

**GERENCIA REGIONAL
DE SALUD MENTAL**



PROGRAMA DE ACCIÓN
PARA EL IMPULSO Y MEJORA DE LA
SALUD MENTAL EN LA CARM
2019-2022





“Las personas como las aves, son diferentes en su vuelo,
pero iguales en su derecho a volar.”

Anónimo

Nuestro agradecimiento a los que nos han animado a elaborar este documento y a los que han participado en su realización. Sin todos y cada uno de ellos el resultado no hubiera sido el mismo.

Como las aves, volar juntos nos facilitará alcanzar el destino.

Imagen “Derecho a volar” cedida por Luis Cánovas.





CONTENIDO

1. AUTORÍA	10
2. PREFACIO	22
3. JUSTIFICACIÓN	28
4. MARCO NORMATIVO	34
5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN MURCIA	40
5.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO	42
5.2 MAPA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA	45
5.3 LA SALUD MENTAL EN LA CARM	47
5.3.1 DATOS DE MORBILIDAD POR TRASTORNO MENTAL _____	47
5.3.2 RED PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL _____	54
5.3.3 DISPOSITIVOS Y RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL _____	57
5.3.4 DEPENDENCIA FUNCIONAL POR ÁREAS DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS Y RECURSOS DE SALUD MENTAL _____	64
5.3.5 OFERTA GENERAL DE SERVICIOS _____	66
5.3.6 DATOS ASISTENCIALES _____	69
6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL	77
7. PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL A LAS ÁREAS DE SALUD DE LA CARM	79
8. ESTRUCTURA JERÁRQUICA DE SALUD MENTAL EN LAS ÁREAS	81
9. LÍNEAS ESTRATÉGICAS de SALUD MENTAL 2019-2022	84
9.1 INTRODUCCIÓN	86
9.2 MISIÓN, VISIÓN, VALORES	92
9.3 METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN	98
9.4 ESTRATEGIAS, OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN	102
9.4.1 EJE I. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL	106
LÍNEA ESTRATÉGICA I.1: PREVENCIÓN DE TOXICIDAD MEDIOAMBIENTAL EN EL NEURODESARROLLO (PROYECTO HOJA VERDE) _____	106
LÍNEA ESTRATÉGICA I.2: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO _____	112
LÍNEA ESTRATÉGICA I.3: PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN MENORES CON ANTECEDENTES DE TRASTORNO MENTAL EN LOS PADRES _____	116
LÍNEA ESTRATÉGICA I.4: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO _____	122
9.4.2 EJE II. PRESTACIONES	129
LÍNEA ESTRATÉGICA II.1: MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TMG EN TODAS LAS ÁREAS _____	132
LÍNEA ESTRATÉGICA II.2: OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL TMC PARA EVITAR LA CRONICIDAD DE LOS PACIENTES Y GARANTIZAR LA CALIDAD ASISTENCIAL _____	134
LÍNEA ESTRATÉGICA II.3: PREVENCIÓN DE LA PSICOPATOLOGIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA (SANITARIZACIÓN DEL MALESTAR) _____	135
LÍNEA ESTRATÉGICA II.4: MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES _____	137
LÍNEA ESTRATÉGICA II.5 MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES INFANTOJUVENILES _____	140
LÍNEA ESTRATÉGICA II.6: ORDENACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE INSERCIÓN LABORAL Y EMPLEO PARA TMG _____	142



9.4.3 EJE III. CONTINUIDAD ASISTENCIAL	145
III.A. COORDINACIÓN AP-SM	147
LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.1: SECTORIZACIÓN CSM-AP _____	149
LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.2: MEJORA EN EL ÁREA DE COMUNICACIÓN Y COOPERACIÓN AP-CSM _____	150
LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.3: IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO MULTIPROFESIONAL AP-SM EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD _____	151
LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.4: MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA _____	152
LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.5: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN AP-SM _____	153
III.B. CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA RED DE SALUD MENTAL	154
LÍNEA ESTRATÉGICA III.B.1: PROMOCIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO Y EN RED _____	156
LÍNEA ESTRATÉGICA III.B.2: MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA FACILITAR EL PROCESO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL _____	157
LÍNEA ESTRATÉGICA III.B.3: PROPUESTAS DE CAMBIOS ORGANIZATIVOS QUE FACILITEN EL PROCESO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL _____	159
III.C. COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA	161
LÍNEA ESTRATÉGICA III.C.1: COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA _____	164
9.4.4 EJE IV. CIUDADANÍA: ESTIGMA Y DERECHOS	166
LÍNEA ESTRATÉGICA IV.1: DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS ASISTENCIALES QUE PROMUEVAN LOS DERECHOS, LA PARTICIPACIÓN Y LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y SUS FAMILIAS _____	170
LÍNEA ESTRATÉGICA IV.2: MEJORA DEL CONOCIMIENTO EN MATERIA DE DERECHOS EN SM ENTRE PROFESIONALES DEL ÁMBITO SOCIO SANITARIO _____	172
LÍNEA ESTRATÉGICA IV.3: PROMOCIÓN DE ACCIONES ANTIESTIGMA _____	173
9.4.5 EJE V. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	174
LÍNEA ESTRATÉGICA V.1: FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA _____	174
LÍNEA ESTRATÉGICA V.2: FORMACIÓN CONTINUADA _____	176
LÍNEA ESTRATÉGICA V.3: INVESTIGACIÓN _____	178
9.5 RESUMEN	180
10. PRESUPUESTO ECONÓMICO PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA	214
RESUMEN NECESIDADES _____	227
11. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO	230
ANEXOS	234
ANEXO I: DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL _____	236
ANEXO II: CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SNS (SM) _____	252
ANEXO III: FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES EN SM _____	256
ANEXO IV: ASPECTOS LEGISLATIVOS Y NORMATIVOS SOBRE VG _____	264
ANEXO V: COORDINACIÓN AP-SM _____	268
ANEXO VI: COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA _____	276
ANEXO VII: LISTADO DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS _____	284



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población extranjera en Murcia. INE 2017	44
Tabla 2: Mapa Sanitario de la CARM	45
Tabla 3: Evolución del riesgo por sexo de mala salud mental en \geq de 15 años en Murcia 2006-2011	47
Tabla 4: Riesgo mala salud mental en Murcia por edad y sexo año 2011	47
Tabla 5: Prevalencia por sexos en \geq de 15 años de Trastorno Mental . Murcia 2006-2011	47
Tabla 6: Comparación internacional de la prevalencia en los últimos 12 meses de los trastornos mentales (TM) entre estudios incluidos en la Iniciativa Mundial para Estudios de SM	48
Tabla 7: Prevalencia poblacional e IC95% de TM según Áreas de Salud en la Región de Murcia	49
Tabla 8: Profesionales por CSM y ratio por 100.000 habitantes (Adultos)	58
Tabla 9: Profesionales en los ETAC	60
Tabla 10: Profesionales por CSM y ratio por 100.000 habitantes (Infanto-juvenil)	60
Tabla 11: Profesionales por CSM y ratio por 100.000 habitantes (Adicciones)	61
Tabla 12: Número de profesionales en UR y ratio por 100.000 habitantes	62
Tabla 13: Número de profesionales en HD	62
Tabla 14: Número de profesionales en UHB	63
Tabla 15: Número de profesionales en URME	63
Tabla 16: Número de profesionales en PT	63
Tabla 17: Recursos extrahospitalarios de Salud Mental por Áreas de Salud	64
Tabla 18: Recursos hospitalarios de Salud Mental por Áreas de Salud	65
Tabla 19: Programa Adultos. Datos asistenciales 2017 por Áreas de Salud	69
Tabla 20: Programa Infanto-Juvenil. Datos asistenciales 2017 por Áreas de Salud	69
Tabla 21: Programa Adicciones. Datos asistenciales 2017 por Áreas de Salud	70
Tabla 22: Unidades de Rehabilitación de Adultos. Datos asistenciales 2017	70
Tabla 23: Hospital de Día de Infanto-Juvenil. Datos asistenciales 2017	70
Tabla 24: Distribución casos hospitalización por Áreas de Salud. Fuente CMBD	71
Tabla 25: Altas por diagnóstico principal en Hospitales del SMS. Fuente: CMBD (adaptada)	72
Tabla 26: Indicadores de las Altas Inliers del Servicio de Psiquiatría. Fuente: CMBD 2016	73
Tabla 27: Datos asistenciales Hospitales concertados. Fuente CMBD (modificada)	73
Tabla 28: Evolución/años de Altas, Estancias y Estancias Medias hospitalarias por tr. Psiqu. CREM	74
Tabla 29: Recomendaciones para la distribución del tiempo de coordinación	82
Tabla 30: Cronograma L.E. I.1	110
Tabla 31: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. I.1	111
Tabla 32: Cronograma L.E. I.2	115
Tabla 33: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. I.2	115
Tabla 34: Cronograma L.E. I.3	121
Tabla 35: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. I.3	121
Tabla 36: Cronograma L.E. I.4	128
Tabla 37: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. I.4	128
Tabla 38: Cronograma L.E. II.1	133
Tabla 39: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.1	133
Tabla 40: Cronograma L.E. II.2	134



Tabla 41: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.2	134
Tabla 42: Cronograma L.E. II.3	136
Tabla 43: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.3	136
Tabla 44: Cronograma L.E. II.4	138
Tabla 45: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.4	139
Tabla 46: Cronograma L.E. II.5	141
Tabla 47: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.5	141
Tabla 48: Cronograma L.E. II.6	143
Tabla 49: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.6	144
Tabla 50: Cronograma L.E. III.A.1	149
Tabla 51: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.A.1	149
Tabla 52: Cronograma L.E. III.A.2	150
Tabla 53: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.A.2	150
Tabla 54: Cronograma L.E. III.A.3	151
Tabla 55: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.A.3	151
Tabla 56: Cronograma L.E. III.A.4	152
Tabla 57: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.A.4	152
Tabla 58: Cronograma L.E. III.A.5	153
Tabla 59: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.A.5	153
Tabla 60: Cronograma L.E. III.B.1	156
Tabla 61: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.B.1	156
Tabla 62: Cronograma L.E. III.B.2	158
Tabla 63: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.B.2	158
Tabla 64: Cronograma L.E. III.B.3	160
Tabla 65: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.B.3	160
Tabla 66: Cronograma L.E. III.C.1	165
Tabla 67: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.C.1	165
Tabla 68: Cronograma L.E. IV.1	171
Tabla 69: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. IV.1	171
Tabla 70: Cronograma L.E. IV.2	172
Tabla 71: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. IV.2	172
Tabla 72: Cronograma L.E. IV.3	173
Tabla 73: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. IV.3	173
Tabla 74: Cronograma L.E. V.1	175
Tabla 75: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. V.1	175
Tabla 76: Cronograma L.E. V.2	177
Tabla 77: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. V.2	177
Tabla 78: Cronograma L.E. V.3	179
Tabla 79: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. V.3	179
Tabla 80: Profesionales CSM Adultos	216
Tabla 81: Estimación de crecimiento en RRHH-CSM Adultos (AEN)	216
Tabla 82: RRHH CSM-Adultos. Acciones prioritarias 2019	217
Tabla 83: RRHH-CSM Adultos. Acciones prioritarias 2020	217



Tabla 84: RRHH CSM Adultos. Acciones prioritarias 2021	218
Tabla 85: RRHH CSM Adultos. Acciones prioritarias 2022	218
Tabla 86: RRHH UR/HD. Acciones prioritarias 2019-2022	219
Tabla 87: RRHH ETAC. Acciones prioritarias 2019-2022	219
Tabla 88: RRHH UHB. Acciones prioritarias 2019	220
Tabla 89: RRHH UHB. Acciones prioritarias 2020	220
Tabla 90: RRHH UHB. Acciones prioritarias 2021	221
Tabla 91: Profesionales CSM-IJ	222
Tabla 92: Estimación necesidades RRHH-CSM-IJ (AEN)	222
Tabla 93: RRHH: Programa Infantojuvenil. Acciones prioritarias 2019	222
Tabla 94: Programa Infantojuvenil. Acciones Prioritarias 2020	223
Tabla 95: Programa Infantojuvenil. Acciones prioritarias 2021	223
Tabla 96: Programa Infantojuvenil. Acciones prioritarias 2022	223
Tabla 97: Programa Infantojuvenil. UHB-IJ	224
Tabla 98: Profesionales Programa Adicciones (CSM y CAD)	225
Tabla 99: Estimación necesidades RRHH-CSM Adicciones (AEN)	225
Tabla 100: Programa Adicciones. Acciones prioritarias 2019	225
Tabla 101: Programa Adicciones. Acciones prioritarias 2020	226
Tabla 102: Programa Adicciones. Acciones prioritarias 2021	226
Tabla 103: Integración Programa Adicciones en CSM	226
Tabla 104: Jerarquización. Acciones prioritarias 2019	227
Tabla 105: Jerarquización. Acciones prioritarias 2020	227
Tabla 106: Jerarquización. Plazas amortizadas/transformadas	227
Tabla 107: Total necesidades RRHH y estructurales	228
Tabla 108: Balance global presupuestario	228
Tabla 109: Incremento de RRHH necesario 2019-2022	228
Tabla 110: Resumen Actuaciones 2019-2022	229
Tabla 111: Ratio de camas de UHB por 100.000 habitantes	243
Tabla 112: Plazas disponibles en recursos concertados/subvencionados para Adicciones	251

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Población de Murcia por sexos. INE 2017	42
Gráfico 2: Pirámide de población de Murcia por grupos de Edad. INE 2017	43
Gráfico 3: Pirámide de población de Murcia por sexos y edad. INE 2017	43
Gráfico 4: Prevalencia de algún TM en el último año según Áreas de Salud, ambos sexos.	49
Gráfico 5: Evolución por sexos del Nº de Suicidios en la Región de Murcia 2011-2016	50
Gráfico 6: Tasas de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA., 2016.....	50
Gráfico 7: Número de Suicidios por grupo de edad y sexo en Murcia 2016.....	51
Gráfico 8: Tasas de suicidio por Área de Salud en Murcia 2016	52
Gráfico 9: Distribución casos hospitalización por sexo y edad. Fuente: CMBD	71
Gráfico 10: Distribución casos hospitalización por meses. Fuente: CMBD	72
Gráfico 11: Evolución del Número de suicidios en España por sexos 2011-2016	113
Gráfico 12: Mujeres víctimas de VG por cada 10000	123



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Red de Salud Mental y Adicciones. Dispositivos Asistenciales	55
Figura 2: Mapa Sanitario y recursos de Salud Mental en la CARM	56
Figura 3: Estructura Jerárquica de SM en las Áreas de Salud	81



1. AUTORÍA





DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN DEL PROGRAMA

DE CONCEPCIÓN SALESA, ASUNCIÓN	Psiquiatra y Médica de Familia. Gerente GRSM y Hospital Psiquiátrico Román Alberca (HPRA)
HURTADO LOPEZ, ANA M ^a	Enfermera especialista SM. Directora Enfermería HPRA. GRSM
MARTÍNEZ SERRANO, JOSÉ	Psiquiatra. Director Médico HPRA. GRSM
ORTIZ MARTÍNEZ, ANTONIO	Enfermero y Antropólogo. Director de Gestión. HPRA. GRSM

GRUPO DE TRABAJO

ÁLVAREZ MUÑOZ, F ^o JAVIER	Psiquiatra. Técnico UDIF-SM y Coord. Programa de Psiquiatría UDMSM
CELDRÁN LORENTE, JOSEFINA	Psiquiatra. Coordinadora Calidad. GRSM
CEREZO CORBALAN, JOSE MARIA	Psiquiatra. Coordinador SM-AP. GRSM
GARRIGA PUERTO, ASCENSIÓN	Psicóloga Clínica. UDIF HPRA
LÓPEZ SÁNCHEZ, LUIS	Psiquiatra. Programa Euroempleo. Salud Mental
LOZANO SEMITIEL, MARIFÉ	Psicóloga Clínica. Hospital Psiquiátrico Román Alberca
MARTIN GARCÍA-SANCHO, JULIO CESAR	Psicólogo Clínico. Jefe Servicio Programa Adultos. GRSM
NAVARRO MATEU, FERNANDO	Psiquiatra. Coordinador UDIFSM y Jefe de Estudios UDMSM
OÑATE GÓMEZ JULIÁN	Psiquiatra. Jefe de Servicio Programa Adicciones. GRSM
PALMA GONZÁLEZ, M. CARMEN	Psiquiatra. Jefa Servicio Programa Infanto-Juvenil. GRSM
PEÑALVER PARDÍNEZ, JOSE A.	Psiquiatra. Coordinador de Programas. Inserción Laboral
PUJALTE MARTÍNEZ, M ^a LUISA	Enfermera especialista SM. Técnica UDIF-SM y Coord. Programa de Enfermería de Salud Mental UDMSM
RUIZ PERIAGO, BARTOLOMÉ	Psicólogo. Coordinación Sociosanitaria. GRSM



Eje I: Promoción y Prevención en Salud Mental

COORDINACIÓN

OÑATE GÓMEZ, JULIÁN
PALMA GONZÁLEZ, M. CARMEN

Psiquiatra. Jefe Servicio. Progr. Drogodependencias
Psiquiatra. Jefa Servicio. Progr. Infanto-Juvenil

GRUPO DE TRABAJO

AYLLÓN PÉREZ, M^a ANGELES
BAÑÓN GONZÁLEZ, RAFAEL

CELDRÁN LORENTE, JOSEFINA

CEREZO CORBALÁN, JOSE MARÍA
GARNICA MARTÍNEZ, BEATRIZ
GARRIGA PUERTO, ASCENSIÓN
GIL SANCHEZ, ALFONSO
JIMÉNEZ ROSET, JUAN
MARÍN LÓPEZ, JOSEFINA
MARTÍN GARCÍA-SANCHO, JULIO CESAR
MEDINA GARRIDO, M^a LORETO
MONTEAGUDO PIQUERAS, OLGA
ORTEGA GARCÍA, JUAN ANTONIO
TOMÁS LIZCANO, AURORA

Enfermera especialista Obstetro-Ginecología. Área IX
Médico Forense. Director Inst. Medicina Legal y Ciencias Forenses
Psiquiatra. Coordinador Calidad. Gerencia Regional Salud Mental (GRSM)
Psiquiatra. Coordinador SM-AP
Pediatra. Coordinador Regional de Pediatría
Psicóloga Clínica. UDIF HPRA
Psiquiatra. CSM Molina Segura
Psiquiatra. Coordinador CSM Área VIII
Médica de Familia. SGPCC
Psicólogo Clínico. Jefe Servicio. Programa Adultos
Psiquiatra. HPRA
Médica de Familia. Jefa Servicio. Educación para la Salud
Pediatra. Jefe Unidad Pediatría Ambiental. HCUV Arrixaca
Enfermera. Coordinadora Regional Enfermería. SGPCC

COLABORACIÓN

ABELLÓN RUIZ, JUAN
ARTÉS LÓPEZ, MANUEL
CABALLERO PELÁEZ, CARMEN
DÍAZ – CANEJA GRECIANO, ÁNGELES
GÓMEZ MORCILLO, CONCHA
IOFRÍO ARCE, ANTONIO
LÓPEZ SÁNCHEZ, DULCE
MORAL ZAFRA, ELENA
PAGÁN MOTOS, ANA
RAMÍREZ TIRADO, CRISTINA
ROBLES SÁNCHEZ, FUENSANTA
RUIZ RIQUELME, JOAQUÍN
RUIZ LOZANO, M^a JOSÉ

Farmacéutico. Hospital Mar Menor
Psiquiatra. CSM Lorca
Psicóloga Clínica. CSM Yecla
Psiquiatra. CSM Cartagena
Enfermera. CAP Cieza
Pediatra. CAP El Ranero. Murcia
Psicóloga Clínica. CSM Jumilla
Psiquiatra. CSM Cieza
Psicóloga Clínica. Coordinadora. CSM Águilas
Médica de Familia. CAP Torre Pacheco
Psiquiatra. CSM. Molina de Segura
Psiquiatra. CSM Caravaca-Mula
Psiquiatra. Coordinadora Programa Infanto-juvenil CSM S. Andrés



Eje II: Prestaciones

COORDINACIÓN

CELDRÁN LORENTE, JOSEFINA

Psiquiatra. Coordinadora Calidad. (GRSM)

GRUPO DE TRABAJO

CAMPILLO CASCALES, MARÍA JOSE

Psicóloga Clínica. UCA CSM Lorca

CEREZO CORBALÁN, JOSE MARIA

Psiquiatra. Coordinador. SM-AP

CONSUEGRA SÁNCHEZ, ROSARIO

Psiquiatra. ETAC CSM Cartagena

GARCÍA ARENAS, JOSE JOAQUÍN

Terapeuta Ocupacional. Rehabilitación CSM Lorca

GÓMEZ SÁNCHEZ, ROSA MARÍA

Psiquiatra. UCA Murcia

HERNÁNDEZ TUDELA, ALFONSO

Psicólogo Clínico. CSM Caravaca

LÓPEZ SÁNCHEZ, LUIS

Psiquiatra. Programa Euroempleo. Salud Mental

MARTÍN GARCÍA-SANCHO, JULIO C.

Psicólogo Clínico. Jefe de Servicio Programas de Adultos y Rehabilitación. GRSM

MARTÍN FDEZ.-MAYORALAS, CARLOS

Psicólogo Clínico. Coordinador. Rehabilitación CSM S. Andrés Murcia

MARTÍNEZ REVENTÓS, ALBERTO

Trabajador Social. CSM Molina de Segura

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ANABEL

Enfermera especialista SM. CSM Murcia Este

OÑATE GÓMEZ, JULIÁN

Psiquiatra. Jefe de Servicio de Adicciones. GRSM

PALMA GONZÁLEZ, CARMEN

Psiquiatra. Jefa de Servicio. Programa Infanto-Juvenil. GRSM

PEÑALVER PARDÍNEZ, JOSE A.

Psiquiatra. Coordinador de Programas. Inserción Laboral

RUIZ LOZANO, MARÍA JOSÉ

Psiquiatra. CSM S. Andrés. Programa Infanto-Juvenil

VIÑAS PIFARRE, ROSA

Psiquiatra. Jefa de Sección. CSM Molina de Segura

COLABORACIÓN

ARTÉS LÓPEZ, MANUEL

Psiquiatra. CSM Lorca Programa Infanto-Juvenil.

CABALLERO PELÁEZ, CARMEN

Psicóloga Clínica. CSM Yecla

CABEZAS HURTADO, IGNACIO

Psicólogo Clínico. Coordinador CSM Cartagena

CANTÓ MARTÍNEZ, BERENICE

Psiquiatra. CSM Águilas

COY FUSTER, LEONOR

Psiquiatra. Psicóloga. Jefa de Sección CSM S. Andrés Murcia

CRESCO PORTERO, ÁLVARO

Psiquiatra. UCA CSM Lorca

DÍAZ- CANEJA, ÁNGELES

Psiquiatra. CSM Cartagena. Programa Infanto-Juvenil

GALINDO PIÑANA, PILAR

Psicólogo Clínico CSM Mar Menor

GARRIGOS GÓMEZ, ROSA

Psicóloga. Directora de Federación de SM de Murcia

JIMÉNEZ ROSET, JUAN

Psiquiatra. Coordinador CSM Mar Menor

LÓPEZ LÓPEZ, ANTONIO

Psicólogo Clínico. Coordinador CSM Adult. S. Andrés Murcia

LÓPEZ SÁNCHEZ. DULCE NOMBRE DE M^a

Psicóloga Clínica. CSM Jumilla

LUCAS MARTÍNEZ, GINÉS

Enfermero especialista SM. UCA CSM Cieza

MANZANERA LÓPEZ, FRANCISCO J.

Psiquiatra. Rehabilitación CSM Caravaca

MANZUR ROJAS, PAVEL

Psiquiatra. UCA CSM Caravaca

MARTÍNEZ BENÍTEZ, SILVESTRE

Psiquiatra. ETAC

MARTÍNEZ-MOYA, AMPARO

Psicóloga Clínica. CSM Arrixaca Murcia

MEDINA SÁNCHEZ, CARMEN

Psiquiatra. CSM Alcantarilla

MEJÍAS VERDÚ, DESIDERIO

Psiquiatra. Jefe de Sección. CSM Cieza

MICOL TORRES, ANTONIO

Psiquiatra. Jefe de Servicio. CSM Caravaca

MORENO SÁNCHEZ, SALVADOR

Psicólogo. Insertor laboral. Programa Euroempleo

OLIVÁN ROLDÁN, CARLOS

Psiquiatra. ETAC CSM Lorca



ORTEGA GARCÍA, RICARDO L.
PAGÁN MOTOS, ANA
MANZUR ROJAS, PAVEL
PELEGRÍN CALERO, LUIS
PÉREZ GARCÍA, MARÍA
ROBLES SÁNCHEZ, FUENSANTA
RUIZ RIQUELME, JOAQUÍN
SÁNCHEZ BAHILLO, ANGEL
SÁNCHEZ MARTÍNEZ, PILAR
SANTIUSTE DE PABLOS, MIGUEL A.
VALDIVIA MUÑOZ, FRANCISCO
VALENCIANO MARTÍNEZ, LUIS
VALERA BERNAL, JESÚS
VELASCO NIETO, M^a DOLORES

Psiquiatra. Jefe de Sección. UCA CSM Cartagena
Psicóloga Clínica. Coordinadora CSM Águilas
Psiquiatra. UCA CSM Caravaca
Psicólogo. Pdte. Asociación Murciana de Rehabilitación
Psiquiatra. CSM Cieza. Programa Infanto-Juvenil
Psiquiatra. CSM Molina de Segura. Programa Infanto-Juvenil
Psiquiatra. CSM Caravaca. Programa Infanto-Juvenil
Psiquiatra. CSM Mar Menor
Psicóloga. Insertora laboral Programa Euroempleo
Psiquiatra. Jefe de Área de Salud Mental del Área VII
Psiquiatra. CSM Infante Murcia
Psiquiatra. Coordinador. H^o de Día Francisco Román
Psicólogo Clínico. CSM Lorca
Psicóloga Clínica. Rehabilitación CSM Cartagena



Eje III: Continuidad Asistencial

III.A Coordinación AP-SM

COORDINACIÓN

CEREZO CORBALÁN, JOSE MARIA

Psiquiatra. Coordinador SM-AP. GRSM

GRUPO DE TRABAJO

BROTOS ROMÁN, JOSEFA

Médica de Familia. CAP Murcia Sur

CELDRÁN LORENTE, JOSEFINA

Psiquiatra. Coordinadora Calidad. GRSM

GARRIGA PUERTO, ASCENSIÓN

Psicóloga Clínica. UDIF HPRA

LOJO FRITSCHI, FERNANDO

Psiquiatra. Jefe de Sección. CSM de Lorca.

MACANÁS, EMILIO

Médico de Familia. Coordinador Ap. CS Antº García. Molina

MARTIN GARCIA-SANCHO, JULIO CESAR

Psicólogo Clínico. Jefe Servicio Programa Adultos. GRSM

OÑATE GÓMEZ, JULIÁN

Psiquiatra. Jefe de Servicio Programa Adicciones. GRSM

ORTEGA LINARES, CONCHA

Médica de Familia. Subdirección Médica. Gerencia de Lorca

PALMA GONZÁLEZ, M. CARMEN

Psiquiatra. Jefa Servicio Programa Infanto-Juvenil. GRSM

RAMÍREZ TIRADO, CRISTINA

Médica de Familia. CAP Torre Pacheco Oeste

SÁNCHEZ BAHILLO, ÁNGEL

Psiquiatra. CSM Área VIII

SANTIUSTE DE PABLOS, MIGUEL

Psiquiatra. Coordinador de SM. Área VII

SESMA, RAQUEL

Médica de Familia. Responsable Formación CAP. Molina Segura

VIÑAS PIFARRE, ROSA

Psiquiatra. Jefa de Sección. CSM Molina Segura

COLABORACIÓN

BANACLOIG DELGADO, CRISTINA

Enfermera especialista SM. CSM Cartagena

DÍAZ GUTIÉRREZ, GONZALO

Psicólogo Clínico. CSM Cartagena

HURTADO LÓPEZ, ANA M^a

Enfermera especialista SM. Directora Enfermería HPRA. GRSM

JIMÉNEZ ROSET, JUAN

Psiquiatra. Coordinador CSM Área VIII

LÓPEZ LÓPEZ, ANTONIO

Psicólogo Clínico. CSM San Andrés

LÓPEZ SÁNCHEZ LUIS

Psiquiatra. Programa Euroempleo. Salud Mental

MORENO GIL, PEDRO

Psicólogo Clínico. CSM Molina Segura

NAVARRO MATEU, FERNANDO

Psiquiatra. Coordinador UDIFSM y Jefe de Estudios UDMSM

PEDREÑO AZNAR, MARÍA ANA

Enfermera especialista SM. CSM Cartagena

RUIZ PERIAGO, BARTOLOMÉ

Psicólogo. Coordinación Sociosanitaria. GRSM

TORREGROSA, SILVIA

Trabajadora Social. CSM Cieza

VIDAL VIDAL, M^a TERESA

Pediatra. CAP Archena



Eje III: Continuidad Asistencial

III.B Continuidad de Cuidados en la Red de Salud Mental

COORDINACIÓN

LÓPEZ SÁNCHEZ, LUIS

MARTÍN GARCÍA-SANCHO, JULIO C.

Psiquiatra. Programa Euroempleo. Salud Mental

Psicólogo Clínico. Jefe de Servicio de Programas de Adultos y Rehabilitación. GRSM

GRUPO DE TRABAJO

CRESPO PORTERO, ÁLVARO

GONZÁLEZ FAJARDO, ANA MARAVILLAS

LÓPEZ JIMÉNEZ, M^a JESÚS

LOZANO SEMITIEL, MARIFÉ

LOZANO OLMOS, ISABEL

MARTÍNEZ INGLÉS, JOSÉ FRANCISCO

MEDINA GARRIDO, LORETO

PALMA GONZÁLEZ, M. CARMEN

PEDREÑO AZNAR, MARIÁN

ROSAGRO ESCÁMEZ, FRANCISCO

SANTIUSTE DE PABLOS, MIGUEL A.

VIÑAS PIFARRE, ROSA

Psiquiatra. Programa de Adicciones. CSM de Lorca

Enfermera especialista SM. Supervisora de enfermería UHB H^o Morales Meseguer

Trabajadora Social. CSM Yecla

Psicóloga Clínica. HPRA

Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría. HCUV Arrixaca.

Psiquiatra. Jefe de Área de Salud Mental del Área II.

Psiquiatra. Jefa de Servicio. HPRA.

Psiquiatra. Jefa Servicio. Programa Infanto-Juvenil

Enfermera especialista SM. CSM Cartagena

Psiquiatra. CSM San Andrés

Psiquiatra. Jefe de Área de SM. Área VII

Psiquiatra. Jefa de Sección. CSM Molina de Segura

COLABORACIÓN

CELDRÁN LORENTE, JOSEFINA

CEREZO CORBALÁN, JOSE MARÍA

DEL CERRO OÑATE, MATÍAS

MARTÍN FDEZ.-MAYORALAS, CARLOS

OÑATE GÓMEZ, JULIÁN

VALENCIANO MARTÍNEZ, LUIS

Psiquiatra. Coord. Calidad. GRSM

Psiquiatra. Coordinador SM-AP. GRSM

Psiquiatra. Jefe de Sección URME. H^o. Psiquiátrico Román Alberca

Psicólogo Clínico. Coordinador. Rehabilitación CSM S. Andrés Murcia

Psiquiatra. Jefe Servicio. Programa Drogodependencia

Psiquiatra. Coordinador. H^o de Día Francisco Román



Eje III: Continuidad Asistencial

III.C Coordinación Sociosanitaria

COORDINACIÓN

RUIZ PERIAGO, BARTOLOMÉ

Psicólogo. Coordinación Sociosanitaria. GRSM

GRUPO DE TRABAJO

ALBURQUERQUE INIESTA, CARMEN

Trabajadora Social. Dirección General Política Social. PAIN

DUARTE LÓPEZ, ANDRÉS

Psicólogo. Jefe Área Ayuntamiento Murcia

GARRIGA PUERTO, ASCENSIÓN

Psicóloga Clínica. Técnica de la UDIF-SM y Coord. Programa de Psicología Clínica de la UDMSM

GARRIGÓS GÓMEZ, ROSA

Coordinadora Salud Mental Murcia (FEAFES)

GUILLÉN TORRES, MERCEDES

Trabajadora Social. Dirección General Política Social

LÓPEZ JIMÉNEZ, M^a. JESÚS

Trabajadora Social. CSM Yecla

MARTÍN FDEZ.-MAYORALAS, CARLOS

Psicólogo Clínico. Coordinador. Rehabilitación CSM S. Andrés Murcia

MARTÍNEZ BENÍTEZ, SILVESTRE

Psiquiatra. Coordinador Equipo Asertivo Comunitario Murcia

MARTÍNEZ BERBÉN, JUANA MARÍA

Trabajadora Social. CSM Murcia Infante

MARTÍNEZ REVENTOS, ALBERTO

Trabajador Social. CSM Molina de Segura

MARTÍNEZ TUDELA, INMACULADA

Trabajadora Social. CSM Lorca

MUÑOZ RODRÍGUEZ, NIEVES

Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología. Dirección General de Planificación Sanitaria

RECIO BERNÁRDEZ, M^a PALOMA

Técnico De la Dirección General de Planificación Sanitaria

RIPOLL SPITERI, ANTONIO

Pedagogo. Jefe Servicio Planificación. Consejería Familia E Igualdad de Oportunidades

ROMERO CARRILLO, ROSA MARÍA

Trabajadora Social. CSM Águilas

ROS BARRIO, NIEVES

Trabajadora Social. CSM Cartagena

RUIZ MORENO, ANA ISABEL

Enfermera especialista SM. CSM Cieza

SÁNCHEZ SORIANO, CATALINA

Jefa de Servicio. Atención a Personas con Discapacidad IMAS

SANTIUSTE DE PABLOS, MIGUEL ÁNGEL

Psiquiatra. Coordinador Salud Mental Área VII

SAURA MARTÍNEZ, M^a DEL CARMEN

Técnico. Atención a Personas con Discapacidad IMAS

TORREGROSA GARCÍA, SILVIA

Trabajadora Social. CSM Cieza.

VALERA BERNAL, JESÚS

Psicólogo Clínico. Coordinador Programa Adultos CSM Lorca.

VIÑAS PIFARRE, ROSA

Psiquiatra. Jefa de Servicio CSM Molina de Segura



Eje IV: Ciudadanía: Estigma y Derechos

COORDINACIÓN

LOZANO SEMITIEL, MARIFÉ

Psicóloga Clínica. Hospital Psiquiátrico Román Alberca

GRUPO DE TRABAJO

DE CONCEPCIÓN SALESA, ASUNCIÓN

Psiquiatra y Médica de Familia. Gerente GRSM y HPRA

ESCOBAR FERNÁNDEZ, JOSÉ LUIS

Psiquiatra. Asociación Murciana de Salud Mental-AEN

GARRIGOS GÓMEZ, ROSA

Federación Salud Mental Región Murcia

JORQUERA GARCÍA, BASILIO

Presidente. Asociación Barlovento

MACANAS VICENTE, GABRIEL

Profesor de Derecho Civil. Universidad de Murcia

MARCO ORENES, GRACIELA

Fiscal. Fiscalía de la Región de Murcia

NAVARRO MATEU, FERNANDO

Psiquiatra. Coordinador UDIFSM y Jefe de Estudios UDMSM

OLMO GARCÍA, MARIANO

Abogado. Director Técnico. Fundación para la tutela y defensa del adulto en la Región de Murcia

POZO NAVARRO, PEDRO

Psiquiatra. Sociedad Murciana de Psiquiatría

RIPOLL SPITERI, ANTONIO

Pedagogo. Jefe de Servicio. IMAS Región de Murcia

RUIZ PERIAGO, BARTOLOMÉ

Psicólogo. Coordinación Sociosanitaria. GRSM

SÁNCHEZ VERA, JUANA

Jefa de Gabinete de la Consejería de Salud



Eje V: Gestión del Conocimiento

COORDINACIÓN

NAVARRO MATEU, FERNANDO Psiquiatra. Coordinador UDIFSM y Jefe de Estudios UDMSM

GRUPO DE TRABAJO GENERAL

ÁLVAREZ MUÑOZ, Fº JAVIER Psiquiatra. Técnico UDIF-SM y Coord. Programa de Psiquiatría UDMSM

GARRIGA PUERTO, ASCENSIÓN Psicóloga Clínica. Técnica UDIF-SM y Coord. Programa de Psicología Clínica UDMSM

PUJALTE MARTÍNEZ, Mª LUISA Enfermera especialista SM. Técnica UDIF-SM y Coord. Programa de Enfermería de Salud Mental UDMSM

RUIZ MARTÍNEZ, ANA Mª Administrativa. UDIF-SM

GRUPO DE TRABAJO FORMACIÓN ESPECIALIZADA

ALMELA BERNAL, JOAQUÍN Enfermero especialista SM. Supervisor de Área. HPRA

CABALLERO MARTÍNEZ, PILAR Psicóloga Clínica. CD-IJ San Andrés. Murcia

CASSINELLO MARCO, MANUEL MIR Psiquiatría

GARCÍA CARMONA, JUAN ANTONIO MIR Psiquiatría

GAVILÁN MORALES, MARÍA MIR Psiquiatría

GIL SÁNCHEZ, JOAQUÍN PIR Psicología Clínica

GONZÁLEZ FAJARDO, ANA MARAVILLAS Enfermera especialista SM. Supervisora UHB Hº GU Morales Meseguer

GONZÁLEZ SÁNCHEZ, ROSARIO PIR Psicología Clínica

GUERRERO PINTOR, RUBÉN Enfermero especialista SM. URME HPRA

LÁZARO MONTERO DE ESPINOSA, ISABEL Psiquiatra. Hº GU Morales Meseguer

LÓPEZ LÓPEZ, ANTONIO Psicólogo Clínico. CSM San Andrés

LÓPEZ MARCO, DÉVORA Psiquiatra. CSM IJ San Andrés

LÓPEZ ORTÍN, MARÍA EIR Enfermería SM

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ANA ISABEL Enfermera especialista SM. CSM Murcia Este

MESEGUER SALVADOR, Mª JESÚS PIR Psicología Clínica

MURILLO MURILLO, ROSA Representante DGRRHH

NAVARRO PÉREZ, ALMUDENA Psicóloga Clínica. Servicio Psicología Clínica. HGUSL

RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, ALICIA MIR Psiquiatría

SÁNCHEZ GIMÉNEZ, JUAN DE LA CRUZ PIR Psicología Clínica

SEIQUER DE LA PEÑA, CATHERINE Psiquiatra. UCA Murcia

VALENCIANO MARTÍNEZ, LUIS Psiquiatra. Coordinador. Hº de Día Francisco Román

VILLA ARTERO, VICTORIA EIR Enfermería SM



GRUPO DE TRABAJO FORMACIÓN CONTINUADA

ALARCÓN TERROSO, RICARDO	Psiquiatra. CSM Cartagena
ALMELA BERNAL, JOAQUÍN	Enfermero especialista SM. Hº. Psiquiátrico Román Alberca
CARLES DIEZ, LUIS	Psiquiatra. CSM San Andrés
GALINDO PIÑANA, PILAR	Psicóloga Clínica. Unidad Rehabilitación Cartagena
GARCÍA ARENAS, JOSÉ JOAQUÍN	Terapeuta Ocupacional. Unidad Rehabilitación Lorca
GÓMEZ SÁNCHEZ, ROSA M.	Psiquiatra. Coordinadora UCA Murcia
HERNÁNDEZ TUDELA, ALFONSO	Psicólogo Clínico. CSM Caravaca
LÓPEZ MARTÍNEZ, ISABEL	Psicóloga Clínica. CSM IJ San Andrés
LOZANO OLMOS, ISABEL	Psiquiatra. UHB. HCU Virgen de la Arrixaca
MARTÍNEZ BERBÉN, JUANA MARÍA	Trabajadora Social. CSM Infante. Murcia
MARTÍNEZ LÓPEZ, CRISTINA	Psicóloga Clínica. CSM Molina de Segura
MARTÍNEZ MIRETE, M ^a JOSÉ	Psiquiatra. CSM Alcantarilla
MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, ANA ISABEL	Enfermera especialista SM. CSM Murcia Este
MARTÍNEZ-MENA GARCÍA, MARISA	Psicóloga Clínica. UHB HGU Reina Sofía
ORTEGA GARCÍA, M ^a DOLORES	Psiquiatra. CSM IJ Cartagena
PÉREZ CRESPO, FRANCISCO	Psiquiatra. CSM Yecla/Jumilla
RIPOLL SPITERI, CARMEN MARÍA	Psicóloga Clínica. CSM Cieza
ROBLES BABREZO, JOSÉ MANUEL	Enfermero especialista SM. UHB HGU Rafael Méndez
SÁNCHEZ SÁNCHEZ, JUAN CARLOS	Psicólogo Clínico. UHB-IE_PS HGU Morales Meseguer
VALERO SOTO, CARMEN M ^a	Enfermera especialista SM. UHB HGU Reina Sofía

GRUPO DE TRABAJO INVESTIGACIÓN

CELDRÁN LORENTE, JOSEFINA	Psiquiatra. Coordinadora. Calidad. GRSM
CEREZO CORBALÁN, JOSÉ M ^a	Psiquiatra. Coordinador SM-AP. GRSM
HURTADO LÓPEZ, ANA M ^a	Enfermera especialista SM. Directora de Enfermería. HPRA
MARTÍ ESQUITINO, JESÚS	Psicólogo Clínico. UHB HPRA
MARTÍNEZ ROS, M ^a TERESA	Médica de Familia. Directora General de Planificación, Investigación, Farmacia Y Atención al Ciudadano
MARTÍNEZ SERRANO, JOSÉ	Psiquiatra. Director Médico. HPRA
MARTÍNEZ VÁZQUEZ, ALBERTA	Representante de AFESMO.
NAVARRO PÉREZ, ALMUDENA	Psicóloga Clínica. Servicio Psicología Clínica. HGUSL
PEDREÑO AZNAR, MARIA ANA	Enfermera especialista SM. CSM Cartagena
ROSIQUE DÍAZ, PEDRO ALFONSO	Psiquiatra. Hospital de Día HPRA
SÁNCHEZ MECA, JULIO	Psicólogo. Catedrático. Universidad Murcia
SÁNCHEZ NANCLARES, GORKA	Responsable Área Innovación del SMS
SÁNCHEZ SÁNCHEZ, JUAN ANTONIO	Médico de Familia.



2. PREFACIO





Hace ya treinta y dos años, la Ley General de Sanidad abrió la esperanza a miles de personas, con un texto alentador: “Sobre la base de la total equiparación de la persona con enfermedad mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales, se desarrollarán, en el ámbito comunitario, los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para su adecuada atención integral”.¹

Veinte años después, el 13 de diciembre de 2006, se aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esta Convención fue el resultado de un largo proceso, en el que participaron varios actores: Estados miembros, Observadores, Cuerpos y organizaciones importantes de la ONU, Relator Especial sobre Discapacidad, Instituciones de derechos humanos nacionales, y Organizaciones no gubernamentales, entre las que tuvieron un papel destacado las organizaciones de personas con discapacidad y sus familias, con relevante presencia española.

Este nuevo instrumento jurídico ha supuesto importantes consecuencias para las personas con discapacidad, entre las que destacan la “visibilidad” de este grupo ciudadano dentro del sistema de protección de derechos humanos de Naciones Unidas, la asunción irreversible del fenómeno de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, y el contar con una herramienta jurídica vinculante a la hora de hacer valer los derechos de estas personas.

El Estado Español firmó y ratificó esta Convención, más su Protocolo facultativo, por lo que desde el 3 de mayo de 2008 este cuerpo normativo internacional forma parte plenamente del ordenamiento jurídico español².

La OMS, durante la última década, nos viene recordando que:

- 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta.
- Alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año.
- Cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos.
- Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental.
- Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada.
- Amén de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas.

¹ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986.

² Instrumento de ratificación del Protocolo Facultativo a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. BOE núm. 97, de 22 de abril de 2008.



- Más allá de la enorme carga emocional para los individuos, sus familias y sociedad, el costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto.³

El Foro Económico Mundial (World Economic Forum; WEF) junto con la Facultad de Salud Pública de Harvard, analizó el impacto económico de las cinco enfermedades crónicas más frecuentes: el cáncer, la diabetes, los trastornos cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y los trastornos mentales, y estimó su carga económica para los próximos 20 años. Consideradas globalmente, estas enfermedades crónicas supondrán un coste acumulado mundial de 47 billones de dólares durante el periodo comprendido entre el año 2011 y el 2030, siendo los trastornos mentales los responsables de más del tercio de este gasto económico.

Según los economistas no puede haber progreso económico sin salud mental. Tras años de elaboración de informes y de lucha por parte de entidades sanitarias se ha advertido a diferentes asociaciones internacionales, como la OMS o la Federación Mundial de la Salud Mental, que “no hay salud, sin salud mental”. Pero se ha ido más allá y son los analistas y expertos en economía mundial quienes lanzan la voz de alarma, concluyendo que tampoco hay progreso económico sin salud mental. Y es que este problema, a menudo olvidado o relegado en los sistemas sanitarios, puede llegar a arrastrar consigo, -además del sufrimiento de millones de afectados-, nada menos, que 16 billones de dólares en las próximas dos décadas, lo que equivale al 1,3% del PIB mundial⁴.

Los problemas de salud mental ocupan el primer puesto de la carga económica derivada de los problemas de salud más frecuentes. Pero además, si se tiene en cuenta que las personas con trastorno mental presentan una probabilidad mayor para desarrollar a su vez otro tipo de patologías somáticas crónicas, el coste verdadero de los trastornos mentales puede ser incluso superior⁵.

Y la prevalencia de los trastornos mentales continúa aumentando, causando efectos considerables en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países.

A pesar de todo lo expuesto, no deja de ser una paradoja que la priorización de los planes de salud mental en algunos países occidentales siga partiendo de la insuficiencia en la atención a las personas con trastornos mentales y cuestionando el desarrollo de la reforma psiquiátrica en Europa, también en nuestro país. Ello puede atribuirse, en parte, a la falta de

³ Invertir en SALUD MENTAL. OMS 2004.

⁴ Thomas Insel . Para afrontar las enfermedades mentales. Worl Economic Forum. En: <https://es.weforum.org/agenda/2015/02/para-afrontar-las-enfermedades-mentales/>

⁵ El coste social y económico de los trastornos mentales. Disponible en <https://www.psicoactiva.com.›.Inicio.›.Artículos.psicología>



una presión social al respecto y a las reticencias que en todo el sistema sanitario suscita la salud mental.

Reticencias que pueden ser explicadas, por una parte, por el propio desarrollo histórico de la asistencia psiquiátrica que nace asociada a la «beneficencia», fuera del ámbito sanitario, de tal forma que durante siglos ha primado el carácter custodial o de protección social del enfermo sobre el terapéutico, dando origen al mantenimiento de estereotipos negativos en relación con la salud mental y la persona con trastorno mental. Y, por otra, a características propias del trastorno mental que afectan tanto a la definición de la necesidad asistencial, como al propio proceso asistencial creando en los gestores sanitarios, generalmente poco conocedores de la salud mental, una cierta inseguridad.

En España, esta paradoja es también una realidad. Recientemente, la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría⁶ hizo público el informe de la Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. Entre las 14 comunidades autónomas que participaron en la encuesta figura Murcia (no participaron Galicia, Extremadura y La Rioja). Con esta evaluación ha sido posible cuantificar la implementación del modelo de atención comunitaria en SM en el 2014, mediante el cálculo del porcentaje de la población expuesta a cada una de las 39 prácticas que lo caracterizan.

Recordar que los principios del Modelo Comunitario tal y como se definió en la Estrategia en SM del SNS, son: autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad.

De los resultados globales de la evaluación se obtiene que más del 80% de la población española no estuvo expuesta en 2014 a una atención en salud mental organizada según el modelo de atención comunitaria tal y como lo define la Estrategia en Salud Mental del SNS.

Las carencias más importantes se relacionan con la ausencia de una perspectiva de salud pública, con la mala gestión y rendición de cuentas, y con el bloqueo o ralentización del desarrollo de equipos, servicios y redes de servicios de orientación comunitaria.

Esta información contradice la creencia generalizada de que la atención a la salud mental en nuestro país se ajusta al modelo comunitario. El modelo de atención a la salud mental está necesitado de una modernización de la gestión clínica, de mecanismos de rendición de cuentas y de la incorporación de una visión de salud mental pública que traspase las fronteras de los servicios.

Así, entendemos que la elevada incidencia y prevalencia de los trastornos mentales, unida a la carga emocional y económica que supone la atención a las personas con trastorno mental, sumada a la capacidad de mejorar en la coordinación sociosanitaria y en la

⁶ Gómez-Beneyto , M y otros. Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol.38, nº133, Enero-junio 2018



colaboración con atención primaria, no puede hacernos mirar en otra dirección. Se trata de una cuestión de derechos, como usuarios del sistema sanitario y de derechos fundamentales.

Por todo ello, considerábamos imprescindible revisar nuestra forma de funcionamiento, nuestros recursos y nuestra organización. Mejorar nuestros sistemas de información y poder llevar a cabo una planificación de acuerdo a los resultados y todo ello desde el paradigma de la recuperación, de la participación ciudadana y del respeto a los derechos humanos.

La OMS en su Plan de Acción para Salud Mental 2013-2020 pretende priorizar la atención a los trastornos mentales, estableciendo una propuesta de acciones, metas y objetivos concretos que permitan una mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias. Los cuatro objetivos planteados en este plan de acción son:

1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.
2. Proporcionar, en el ámbito comunitario, servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

En consonancia con lo anterior el Programa de Acción para la Salud Mental (SM) de la CARM supone:

1. la revisión del modelo y estructura de funcionamiento de la atención que prestamos a las personas con problemas de salud mental en la Región,
2. la elaboración e implementación de un Plan Estratégico en SM 2019-2022,
3. la incorporación de nuevos paradigmas en la atención y en la gestión de la SM de los ciudadanos.



3. JUSTIFICACIÓN





JUSTIFICACIÓN

“Hay muchas maneras de mejorar las vidas de la personas con trastornos mentales. Una manera importante es a través de políticas, planes y programas que permitan gozar de mejores servicios. Para implementar dichas políticas y planes, se necesita buena legislación –es decir, leyes que sitúen a las políticas y planes en el contexto de estándares de derechos humanos– y buenas prácticas aceptadas internacionalmente”⁷.

En la CARM el desarrollo de la Red de Salud Mental en las últimas décadas, aunque importante, sigue siendo insuficiente, situándose por debajo de las recomendaciones nacionales e internacionales. El proceso de dicho desarrollo e implantación del modelo comunitario ha seguido un ritmo desigual, persistiendo en nuestra Región algunas diferencias a subsanar, tanto en recursos estructurales como humanos, en las diferentes Áreas sanitarias

Por otro lado, existe una demanda creciente por parte de los ciudadanos de especialistas en salud mental, con el riesgo de sanitarizar los problemas y vicisitudes de la vida cotidiana. Esta situación se añade a nuestra dificultad para establecer modelos de colaboración con Atención Primaria, dando lugar a la persistencia de la AP como puerta de entrada al sistema sanitario, cuando en realidad tiene que ser el eje vertebrador del mismo.

Si a todo lo anterior sumamos la complejidad de la coordinación sociosanitaria, imprescindible para prestar una atención adecuada a las necesidades de las personas con TMG y otros colectivos especialmente vulnerables, el resultado nos lleva a que la atención a la SM siga siendo no únicamente una ocupación del Sistema de Salud, sino también una preocupación.

Nuestro reto sigue siendo favorecer y facilitar una atención integrada e integral de las personas que, por distintas causas, llegan a cada uno de estos tres ámbitos y que comparten el denominador común del sufrimiento psíquico, el suyo y en gran medida el de sus familias. Este esfuerzo debe dirigirse a encontrarnos en nuestras semejanzas y acercar nuestras diferencias.

Matices de la AP como son: la visión holística del paciente, la potenciación de la palabra, de la escucha, la comprensión, , la relación longitudinal con el paciente y con su familia, etc., son aspectos que no son contemplados habitualmente por otras especialidades, pero sí lo son por SM. Estos matices precisan de un cuerpo de conocimientos y de unas capacidades específicas también diferentes del resto de las especialidades, y, por supuesto, es preciso tiempo para aplicarlas. Por tanto, creemos que AP y SM comparten algo más que los pacientes.

También en el ámbito de la atención a la SM, se plantean retos y dificultades. Nos preguntamos si puede dar cabida la práctica basada en la evidencia a la subjetividad del

⁷ Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación 2006.



movimiento de recuperación, dicho de otro modo: ¿son compatibles el modelo de recuperación con los modelos más biologicistas?

El planteamiento científico, objetivo, basado en la evidencia, hace hincapié en la realidad científica externa, mientras que el modelo de recuperación destaca la importancia de las experiencias subjetivas y de los derechos de autonomía de las personas que están en proceso de recuperación. Los dos modelos entrarán en conflicto en muchas circunstancias. Pero las decisiones de tratamiento no se pueden tomar enteramente por motivos científicos y basados en hechos. Las decisiones sobre tratamiento engloban, más bien, factores médicos y elecciones basadas en valores.⁸

El modelo médico basado en la evidencia ha pecado de paternalista, acentuando la enfermedad, la debilidad y las limitaciones más que el potencial crecimiento. Esto ha hecho que resulte desesperanzador, tanto para la persona afectada como para los profesionales, al implicar que la biología es determinante y el punto de control es externo.

Este supuesto conflicto entre subjetividad y objetividad se podría resolver en gran parte, de tal forma que para las personas más afectadas, en un momento dado, y con mayor limitación de sus capacidades para tomar decisiones, planteamos un tratamiento externamente razonado que favorezca su mejoría y, por tanto, de pie a ir cambiando el punto de control, desde el profesional a la persona que se está recuperando. A las personas en proceso de recuperación se les debería dar la máxima oportunidad de volver a ganar el control sobre sus vidas, dotarlas de mayor capacidad de elección sobre las intervenciones basadas en la evidencia y otros servicios disponibles.⁹ Nuestro esfuerzo ha de dirigirse a entender la recuperación como un proceso dinámico, con necesidades cambiantes que precisan de respuestas adaptadas a cada momento y variables entre personas.

Nuestra ruta, como cualquier proceso de recuperación, puede sufrir modificaciones, cambios de rumbo y pasos atrás; pero no nos debe desviar la atención de nuestros objetivos principales en el futuro. Las principales razones y necesidades que han motivado este Programa de Acción son:

- Entender la organización de la asistencia sanitaria a la SM bajo la influencia de una creciente conciencia de ciudadanía y de sensibilidad hacia el respeto a los derechos humanos.
- Integrar la promoción y prevención de los trastornos mentales, así como el tratamiento, y coordinación entre instituciones y dentro de las mismas, fomentando la recuperación, inserción social y laboral de las personas con trastornos mentales.

⁸ Munetz MR, Frese FJ. Getting ready for recovery: reconciling mandatory treatment with the recovery vision. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001; 25 (1): 35-42.

⁹ Frese II, F.J., Stanley J., Kress K., Vogel-Scibilia S. Integración de la práctica basada en la evidencia en el modelo de recuperación. En: Howard Goldman; Robert E. Drake. *Práctica basada en la evidencia en el cuidado de la salud mental*. 1ª ed. Aula Médica. 2005; p 25-32.



- Acercar y adecuar los recursos sanitarios a las necesidades de la población en cada una de las Áreas de Salud.
- Establecer un marco director del desarrollo de la atención sanitaria a la SM a corto y medio plazo que haga factible el diseño de un Plan de SM para la CARM.

Durante los primeros ocho meses transcurridos tras la asunción de competencias de la Gestión Regional de Salud Mental, por parte de la gerencia del HPRA¹⁰, con la inestimable ayuda de profesionales de distintos ámbitos, usuarios y familiares (sin ellos, sinceramente, hubiera sido imposible), hemos tratado de realizar una imagen de la asistencia sanitaria a los problemas de SM y definir los aspectos más relevantes, del momento, sobre los que intervenir dentro del sistema sanitario. Se perfilan de este modo las líneas estratégicas sobre las que dibujar las coordenadas de aquellas acciones consideradas prioritarias tras el análisis de la organización de la atención a la SM desde el SMS.

Las Líneas Estratégicas consideradas son:

1. Promoción de la SM y Prevención del trastorno mental.
2. Mejora de las Prestaciones
3. Asegurar la Continuidad de Cuidados.
4. Avanzar en la participación de la Ciudadanía: luchar contra el estigma y velar por los derechos de las personas para las que trabajamos.
5. Reforzar la Gestión del conocimiento.

También en estos meses, hemos reflexionado sobre la necesidad de integrar los recursos de SM en sus Áreas de Salud y hemos ido avanzando en este proceso de integración. Tenemos que reconocer que con cautela y cierto temor. La sombra de la posible repercusión, negativa, sobre la normalización de la gestión dentro de cada una de las Áreas sanitarias es una realidad. Efectivamente, puede suceder. Pero por ello creemos que ha sido importante poder contar con este periodo de planificación y estos 4 años de marco estratégico definido. Sin duda, la clave de la evolución dependerá de la adecuada planificación y evaluación de los servicios por parte del SMS, del compromiso de los gerentes de área, del liderazgo de los responsables de Área y de la implicación de todos los profesionales. Pero todos estos factores resultan necesarios para poder seguir avanzando y construir un tejido sociosanitario comunitario que pueda responder adecuadamente a las demandas de las personas en su territorio.

En definitiva, creemos que era imprescindible detenernos y valorar la situación de la atención sanitaria a las personas con problemas de SM y definir una ruta que, siempre mejorable, nos permita continuar el desarrollo del modelo de atención comunitaria en nuestra

¹⁰ BORM Nº 279, 2 de diciembre de 2017.



región, con la flexibilidad necesaria para poder aprender de nuestros errores y rectificar en los planteamientos.



4. MARCO NORMATIVO





MARCO NORMATIVO

4.1 LEGISLACIÓN ESTATAL

La atención a la salud mental en nuestro país, se articula a través de un marco legislativo que implica tanto al Sistema Nacional de Salud (SNS) como a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y que deriva del reconocimiento expreso que recoge la Constitución Española sobre el derecho a la protección de la salud y de las competencias que otorga a las Comunidades Autónomas para su desarrollo.

Así, el artículo 43 de la Constitución Española de 1978, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la Protección de la Salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la Salud Pública a través de medidas preventivas y de la prestación de servicios necesaria, debiendo fomentarse también la educación sanitaria. En su artículo 148.1.26, establece que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias, entre otras, en materia de sanidad.

La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, consagra en su artículo 20 la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el SNS y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, estableciendo los principios a los que las administraciones sanitarias competentes han de adecuar su actuación en este ámbito.

En esta misma Ley, se basa la ordenación territorial en la definición de las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud mediante el establecimiento del Mapa Sanitario de cada Comunidad Autónoma. Las Áreas de Salud son estructuras fundamentales, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos, salvo excepciones que atienden a una población entre 200.000 y 250.000 habitantes y disponen de al menos un Hospital General con los servicios necesarios para atender su población de influencia.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización; en el Anexo II, Cartera de servicios comunes de AP, punto 8, enumera en concreto las actividades que incluye la atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada, y en el Anexo III, Cartera de servicios comunes de atención especializada, punto 7, la Atención a la SM.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, busca garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía, la promoción de la autonomía personal y la atención de las personas en situación de dependencia, garantizando un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español. En dicho cometido colaborarán tanto la Administración General del Estado como las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales.



La Estrategia en SM del SNS (2006), establece recomendaciones generales sobre la forma de desarrollar las intervenciones en el ámbito de la salud mental de manera integral y semejante en el conjunto del SNS.

El instrumento de ratificación (BOE, 21 de abril de 2008) de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Nueva York, 13 de diciembre de 2006), reconoce la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad puedan ejercer, plenamente y sin discriminación, todos los derechos humanos y libertades fundamentales, proporcionándoles para ello el apoyo que precisen.

La resolución 2451, de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (en la actualidad está en fase de borrador la Estrategia Nacional sobre Drogas y Adicciones 2017-2024).

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, que establece medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

4.2 LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

Durante la década de los años noventa, a partir de la creación del SMS (Ley 2/1990), se produce el mayor desarrollo de los programas asistenciales. Se publican los dos primeros Planes de SM y los dos primeros Planes Autonómicos de Drogodependencias, y se sectoriza la asistencia psiquiátrica.

A efectos sanitarios, la Región está dividida en la actualidad en nueve Áreas sanitarias territoriales que, respondiendo a la Ley General de Sanidad, son las denominadas Áreas de Salud. Diseñadas por criterios exclusivamente geográficos, no son homogéneas ni desde el punto de vista poblacional, ni por la cantidad de recursos asistenciales en materia de salud mental. La distribución de recursos continúa manteniendo desigualdades que deberían subsanarse en los próximos años con arreglo al principio de equidad.

De conformidad con la Ley 4/1994 de 26 de Julio de Salud de la Región de Murcia, la Consejería de Sanidad es la encargada de asumir el desarrollo y ejecución de las competencias y funciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la asistencia sanitaria, siendo el SMS el ente responsable de la prestación de la asistencia sanitaria a los ciudadanos y de la gestión de los servicios sanitarios públicos que integra, correspondiendo a la actualmente desaparecida Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica a través de los distintos Programas, hacerla efectiva en su ámbito de actuación.

El Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000, preveía en su Objetivo nº 11, la aprobación del Plan Regional de SM, que buscaba: la ordenación de los recursos existentes en el campo de la salud mental con el fin de evitar su actuación dispersa; la consecuente coordinación entre los niveles asistenciales mediante el establecimiento de los cauces



apropiados; y por último, el establecimiento de una cartera de servicios de los dispositivos de Atención de Adultos, Atención de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospitalización y Rehabilitación.

Para cumplir el Objetivo, el Consejo de Gobierno, en reunión de Julio de 1998, aprobó las directrices que debían presidir la elaboración del Plan Regional de SM 1999/2001. Cabe destacar entre estas directrices el establecimiento como ámbito de actuación el comunitario, constituyendo los Centros de Salud Mental (CSM) el elemento básico de la Red Asistencial de SM.

Alineándose con la Estrategia Nacional de SM del 2009-2013, se prepara el IV Plan de SM y Drogodependencias 2010-2013 de la CARM. Los principios básicos del modelo de atención a la salud mental en los que se basó 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.

Hasta el presente, carecemos de un Plan de SM vigente y de la evaluación del desarrollo del anterior, finalizado en el año 2013.

El Decreto 228/2015, de 16 de septiembre, de Consejo de Gobierno, establece los nuevos Órganos Directivos del SMS. Por el mismo, desaparecía la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica y se creaba la Subdirección General de Programas, Cuidados y Cronicidad.

Actualmente, tras la Resolución de 21 de noviembre de 2017 del Director General de Asistencia Sanitaria del SMS, la Directora Gerente del HPRA tiene delegadas las competencias de *“la dirección técnica, programación, coordinación y evaluación de todos los centros, unidades y servicios de salud mental hospitalarios y extrahospitalarios en el ámbito del SMS y*



de los programas dirigidos a la prevención, promoción, asistencia y reinserción en materia de enfermedades mentales y asistencia psiquiátrica”¹¹.

4.3 DECLARACIONES E INFORMES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).

Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, sobre “La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención a la salud mental”.

Consejo de Europa. Convenio de Asturias de Bioética, de 4 de abril de 1997, para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina.

Resolución del Consejo de Europa de 18 de noviembre de 1999 sobre la promoción de la salud mental (2000/C 86/01).

Conclusiones del Consejo de Europa de 15 de noviembre de 2001 sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión (2002/C 6/01).

Informe OMS sobre la Salud en el mundo 2001: Salud Mental nuevos conocimientos nuevos esfuerzos.

Conclusiones del Consejo de la UE sobre "La Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa: hacer frente a los desafíos de la inclusión social y la equidad", adoptadas en la reunión del 2 y 3 de junio de 2003.

Libro Verde de la UE sobre Salud Mental. Bruselas 14.10.2005.

Conferencia Ministerial de la OMS sobre la Salud Mental. (Helsinki - 2005) (Declaración Europea de Salud Mental y Plan de Acción en Salud Mental).

Informe sobre las libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental, al Comité de expertos para el desarrollo de un instrumento de referencia para el Consejo de Europa (2007).

Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (Organización Mundial de la Salud. 2013).

¹¹ BORM Nº 279, 2 de diciembre de 2017.



5. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN MURCIA





ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN MURCIA

5.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Murcia, con una superficie de 11.314 Km², es una comunidad autónoma de tamaño mediano. Presenta una densidad de población de 130 habitantes por Km², muy superior a la densidad de población de España y a la del resto de las Comunidades Autónomas.

Está compuesta por 45 municipios, con la población distribuida en 2 municipios de más de 200.000 habitantes, 2 de 50.000 a 100.000, 13 de 20.000 a 50.000, 14 de 10.000 a 20.000, 6 de 5.000 a 10.000 y 8 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 (INE, 2017).

Las principales características de la estructura de la población en Murcia son:

- Una población de 1.474.273 personas. Es la 10ª Comunidad Autónoma de España en cuanto a población se refiere.
- La población masculina es ligeramente mayoritaria, con 738.241 hombres, lo que supone el 50.08% del total, frente a las 735.830 mujeres que son el 49.91%.

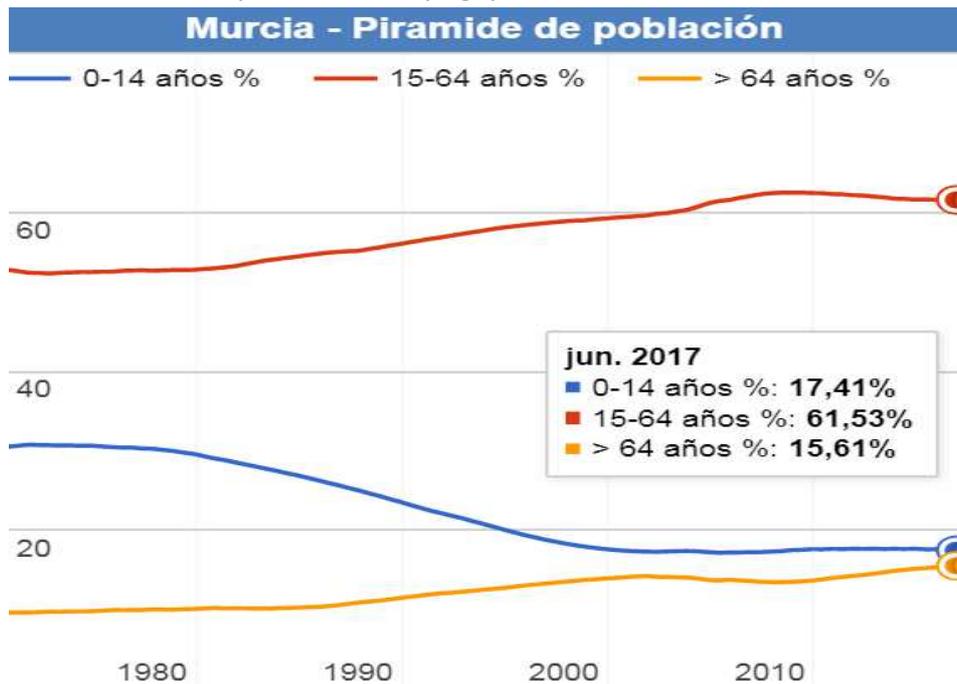
Gráfico 1: Población de Murcia por sexos. INE 2017



- El porcentaje de población de 0-14 años es de 17,41%, el de la población de 15-64 años es de 61,53% y el de población mayor de 65 años es de 15,28%, lo que sitúa a Murcia como la Región de España con menos porcentaje de personas mayores de 65 años.

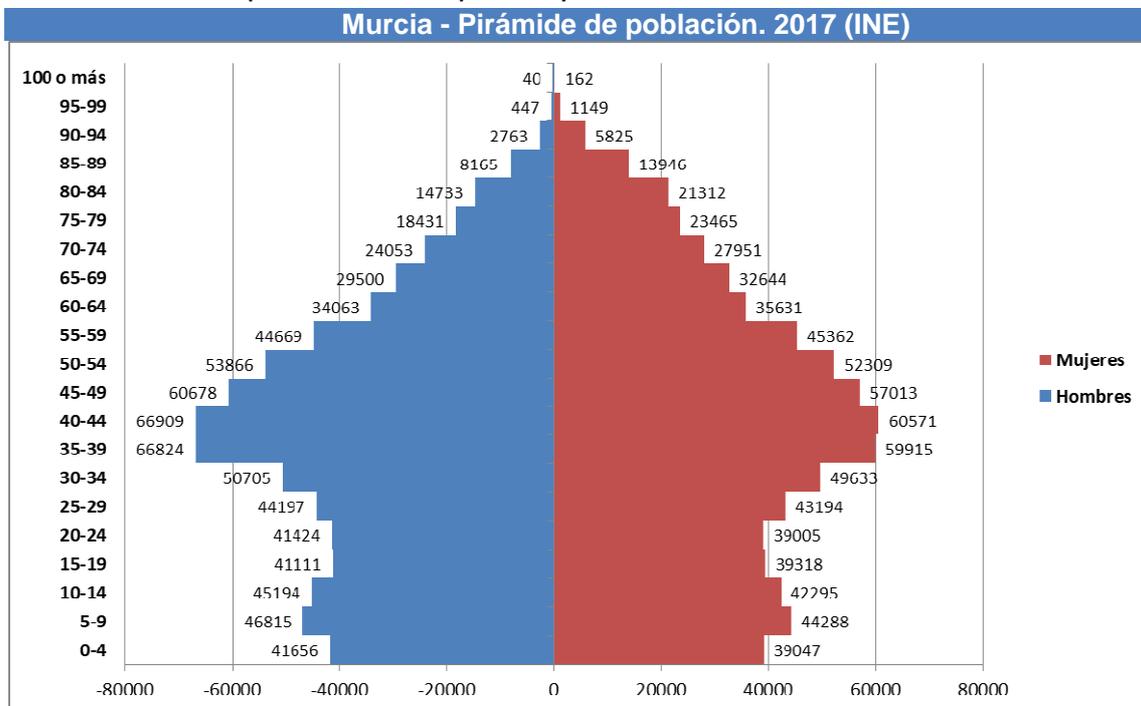


Gráfico 2: Pirámide de población de Murcia por grupos de Edad. INE 2017



Murcia es una de las tres regiones en las que el crecimiento vegetativo de la población (nacimientos menos defunciones) registró un saldo positivo en el primer semestre de 2017. Según datos del INE, en ese periodo se produjeron 7.184 nacimientos y 5.857 defunciones.

Gráfico 3: Pirámide de población de Murcia por sexos y edad. INE 2017



Murcia, con un 7,4%, está entre las comunidades autónomas con menor tasa de mortalidad de España (media 8,8%) (INE, 2016). No obstante, la diferencia no es muy



significativa: la tasa de natalidad no es muy elevada por lo que la situación puede variar en los próximos años hasta llegar a un crecimiento cero y a un saldo vegetativo negativo posteriormente. En 2017 el Índice de juventud (porcentaje de menores de 20 años respecto a la población de 60 años o más) fue de 128,34%, mientras que el Índice de envejecimiento (Número de personas de 65 años y más por cada 100 niños y jóvenes menores de 16 años) fue de 83,38%. El índice o tasa de dependencia (proporción de personas mayores de 65 años y menores de 16 respecto a la población potencialmente trabajadora) ha ido subiendo en los últimos 10 años, siendo en 2017 del 51,86% (INE, 2017).

El índice de Rosset (porcentaje de población con edad ≥ 60 años) es del 20%, lo que se corresponde con una población demográficamente envejecida. Los índices de fecundidad han disminuido en los últimos 35-40 años respecto a las cohortes previas. La cúspide de la pirámide se mantiene apuntada, pese al aumento de la esperanza de vida al nacimiento, que en el 2017 era de 82,5 años. La tasa de envejecimiento demográfico aumentará de modo acusado, sobre todo a partir de 2020 por varios factores: la débil natalidad actual, la alta natalidad registrada entre 1955-1976, que llegarán a la edad de jubilación a partir de 2020, la incorporación de población extranjera a las cohortes entre los 20 y los 45 años y el progresivo aumento de la esperanza de vida¹².

En el 2016, inmigraron a nuestra Comunidad 17.989 habitantes de otras comunidades autónomas y 15.292 extranjeros. Murcia es una de las comunidades, por detrás de Baleares, Melilla y Cataluña, que mayor porcentaje de residentes extranjeros tiene, con un 13.48% de la población total. El saldo migratorio total fue, tras cinco años con valores negativos, de 3.331. La población extranjera se ha incrementado un 0'6% en relación a 2016, cuando 219.353 de los habitantes eran extranjeros, frente a los 220.666 de 2017 (CREM, 2017).

Tabla 1: Población extranjera en Murcia. INE 2017

Extranjeros	Total	UE	Europa no UE	África	Iberoamérica	Norteamérica	Asia	Oceanía	Apátridas
Ambos sexos	202.034	53.392	10.271	92.562	48.038	540	7.447	32	23
Hombres	109.885	25.830	4.206	56.614	22.778	229	4.404	16	14
Mujeres	92.149	27.562	6.065	35.948	25.260	311	3.043	16	9

Datos provisionales a 1 de enero de 2018. Fuente: INE

¹² Moya Ortega, C. y García Marín, R. "Envejecimiento de la Población en la Región de Murcia: Causas y Consecuencias". Papeles de Geografía. 2015, 61; pp. 44-59.



5.2 MAPA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA

El mapa sanitario de la Comunidad se compone de 9 Áreas de Salud, que a su vez incluyen 90 Zonas de Salud¹³.

Tabla 2: Mapa Sanitario de la CARM

Área de Salud	Zona de Salud	Población 2016
I Murcia Oeste	Alcantarilla	18.357
	Alcantarilla-Sangonera la Seca	28.845
	Alhama	21.308
	Mula	24.003
	Murcia-Espinardo	24.669
	Murcia-San Andrés	26.406
	Murcia-La Ñora	12.946
	Murcia-Nonduermas	12.471
	Murcia-La Alberca	18.176
	Murcia-Algezares	12.766
	Murcia-El Palmar	22.996
	Murcia-Campo de Cartagena	10.994
	Murcia-Sangonera La Verde	11.829
	Murcia-Aljucer	7.664
Librilla	5.107	
	Total = 258.537	
II Cartagena	Cartagena-Oeste	22.036
	Cartagena-Molinos Marfagones	15.831
	Cartagena-San Antón	18.755
	Cartagena-Los Barreros	10.224
	Cartagena-Los Dolores	16.504
	Cartagena-Isaac Peral	22.678
	Cartagena-Pozo Estrecho	12.481
	Cartagena-Este	25.324
	Cartagena-Casco Antiguo	19.182
	Cartagena-Santa Lucía	10.186
	Cartagena-Mar Menor	16.394
	Fuente Álamo	16.205
	Mazarrón	18.570
	La Unión	19.818
	La Manga	6.878
	Puerto de Mazarrón	13.425
	Cartagena-Santa Ana	19.109
	Total = 283.600	
III Lorca	Águilas-Sur	14.467
	Lorca-Centro	18.426
	Lorca-San Diego	19.740
	Lorca -San José	23.783
	Lorca -La Paca	3.471
	Puerto Lumbreras	17.376
	Totana-Norte	18.198
	Águilas-Norte	20.309
	Lorca-Sutullena	14.233
	Totana-Sur	13.724
	Lorca-San Cristobal	9.505
	Total = 173.232	

¹³ Población por Área y Zona de Salud (Áreas 1987 y mapa sanitario 2015). Según padrón de habitantes. Región de Murcia 2005-2016. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud.



IV	Noroeste	Bullas	11.714	Total = 71.039
		Calasparra	10.651	
		Caravaca	20.801	
		Caravaca-Barranda	4.984	
		Gehegín	14.938	
		Moratalla	7.951	
V	Altiplano	Jumilla	25.362	Total = 59.399
		Yecla-Este	18.559	
		Yecla-Oeste	15.478	
VI	Vega Media del Segura	Murcia-Vistaalegre	16.256	Total = 262.595
		Murcia-Santa M ^a de Gracia	12.439	
		Murcia-Cabezo de Torres	20.164	
		Murcia-Centro	19.684	
		Abanilla	6.184	
		Alguazas	9.613	
		Archena	24.036	
		Fortuna	9.960	
		Molina-Norte	21.650	
		Molina-Sur	21.080	
		Las Torres de Cotillas	21.341	
		Ceutí	11.321	
		Lorquí	6.969	
		Murcia-Santiago y Zaraiche	15.768	
		Murcia-Zarandona	6.823	
		Murcia-El Ranero	12.423	
Molina-Este	26.884			
VII	Murcia Este	Beniel	11.114	Total = 186.434
		Murcia-Vistabella	14.913	
		Murcia-Beniajan	27.636	
		Murcia-Alquerías	14.440	
		Murcia-Puente Tocinos	16.476	
		Murcia-Monteagudo	13.390	
		Murcia-Barrio del Carmen	16.059	
		Murcia-Infante	18.248	
		Santomera	15.952	
		Murcia-Santiago el Mayor	25.870	
		Murcia-Floridablanca	10.697	
Murcia-Llano de Brujas	12.753			
VIII	Mar Menor	San Javier	29.480	Total = 104.059
		San Pedro del Pinatar	24.660	
		Torre Pacheco-Este	18.308	
		Los Alcázares	15.289	
		Torre Pacheco-Oeste	16.322	
IX	Vega Alta del Segura	Abarán	13.183	Total = 54.838
		Cieza-Este	16.503	
		Cieza-Oeste	18.631	
		Blanca	6.521	
TOTAL REGIÓN DE MURCIA =			1.470.273	



5.3 LA SALUD MENTAL EN LA CARM

5.3.1 DATOS DE MORBILIDAD POR TRASTORNO MENTAL

A partir de la Encuesta Nacional de Salud podemos obtener alguna información sobre el estado de salud mental de la población. Así, la prevalencia en España de trastornos mentales, entre la población mayor de 15 años, se estimaba en el 2006 en un 15,8%. Esta cifra era un poco más baja para Murcia (15,26%) siendo mucho más alta entre las mujeres (21,94%) que entre los hombres (8,69%). Para ese mismo año, el índice de riesgo de mala salud mental entre la población adulta de Murcia era del 20,27% (25,33% en mujeres y 15,24 en hombres), 1,04 puntos por debajo del de España (Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. INE, 2013).

Las cifras aumentaron en el 2011 al 22,09% en Murcia, mientras que en España descendieron al 20,41%. Para la población Infantil, de los 4 a los 14 años, se estimaba este riesgo en Murcia, durante el año 2011, en el 22,37%, muy alto en relación al obtenido para el conjunto de España, que ese mismo año era del 8,2%¹⁴.

Tabla 3: Evolución del riesgo por sexo de mala salud mental en ≥ de 15 años en Murcia 2006-2011

Riesgo mala Salud Mental en Murcia	2006	♂	♀	2011	♂	♀
Adultos ≥ 15 años	20,27	15,24	25,33	22,09	16,82	27,48

Tabla 4: Riesgo mala salud mental en Murcia por edad y sexo año 2011

Riesgo mala Salud Mental en 2011	Murcia		España	
Adultos ≥ 15 años	22,09		20,41	
	♂	♀	♂	♀
	16,82	27,48	16,76	23,89
Infantil 4 – 14 años	22,37		8,2	

A pesar de estas malas cifras respecto al riesgo para la salud mental de la población murciana, la prevalencia de la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales, experimenta un ligero descenso hacia el 2011 (12,37% en adultos, con una prevalencia en mujeres del 17,92% que sigue siendo más del doble que en varones 6,91%). Además, el indicador subjetivo de bienestar en 2013 fue de 6,9 el mismo que la media española¹⁵.

Tabla 5: Prevalencia por sexos en ≥ de 15 años de Trastorno Mental . Murcia 2006-2011

Prevalencia trastorno mental en Murcia	2006	♂	♀	2011	♂	♀
Adultos ≥ 15 años	15,26	8,69	21,94	12,37	6,91	17,92

Entre los años 2010-12, durante la grave crisis económica europea, se realizó en la Región de Murcia un estudio epidemiológico con diseño transversal para el estudio de la

¹⁴ Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS (2009-2013). Sanidad, 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

¹⁵ Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS (2009-2013). Sanidad, 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



prevalencia de los trastornos mentales y sus factores de riesgo/protección genético-ambientales en la población general, el estudio PEGASUS-Murcia (*Psychiatric Enquiry to General Population in SouthEastSpain-Murcia*)¹⁶. Los datos publicados indican que en el período analizado en Murcia (en plena crisis económica) las cifras de prevalencia en los últimos doce meses de las enfermedades mentales en la región duplican las cifras obtenidas casi una década antes en España y en Europa, aunque siguen siendo inferiores a las descritas en EEUU en estudios realizados con la misma metodología (ver tabla 6)¹⁷. En Murcia, las enfermedades mentales se asocian al sexo femenino, en edades jóvenes y en personas con menores ingresos económicos. En el último año, sólo el 47% de las personas con criterios diagnósticos de un trastorno de ansiedad y el 62% de aquellos con un trastorno del ánimo, según criterios diagnósticos DSM-IV, habían visitado a un profesional sanitario¹⁸.

Tabla 6: Comparación internacional de la prevalencia en los últimos 12 meses de los trastornos mentales (TM) entre estudios incluidos en la Iniciativa Mundial para Estudios de SM (“World Mental Health –WMH- Survey Initiative”)

	Región de Murcia (PEGASUS-Murcia) (*) (2010-12) OR (IC95%)	España (ESEMeD) (**) (2001- 02) OR (IC95%)	Europa (ESEMeD) (**) (2000-03) OR (IC95%)	EEUU (WMH survey) (***) (2002-03) OR (IC95%)
Cualquier TM	16.3 (13.9 - 18.6)	8.5 (7.5 - 9.4)	9.6 (9.1 – 10.1)	26.4 (24.7 – 28.0)
Cualquier Tr. afectivo	6.6 (5.4 - 7.8)	4.4 (3.7 - 5.0)	4.2 (3.8 – 4.6)	9.6 (8.8 – 10.4)
Cualquier Tr. de ansiedad	9.7 (7.7 - 11.7)	6.2 (4.6 - 7.8)	6.4 (6.0 – 6.8)	18.2 (16.9 – 19.5)
Cualquier Tr. por sustancias o alcohol	1.0 (0.2 - 1.8) *	0.7 (0.4 - 1.0) **	1.0 (0.8 – 1.2) **	3.8 (3.2 – 4.5) *

* Cualquier trastorno por sustancias. ** Cualquier trastorno relacionado con el alcohol.

(*) Navarro-Mateu y cols. Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, one of the European regions most affected by the economic crisis: the cross-sectional PEGASUS-Murcia project. PLOS One 2015; 10(9):e0137293.

(**) Haro y cols. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc) 2006; 126(12): 445-51.

(***) Demyttenaere y cols. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291: 2581-2590.

¹⁶ Navarro-Mateu y cols. Epidemiology and genetics of common mental disorders in the general population: the PEGASUS-Murcia Project. BMJ Open 2013; 3: e004035.

¹⁷ Navarro-Mateu y cols. Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, one of the European region most affected by the economic crisis: the cross-sectional PEGASUS-Murcia project. PLOS One 2015; 10(9):e0137293.

¹⁸ Navarro-Mateu y cols. Use of health services, adequacy and delay of initial treatment contact of mental disorders in general population: the PEGASUS-Murcia Project. Póster presentado en el XVI World Congress of the World Psychiatry Association. Madrid (España). 14-18 de Septiembre de 2014.



Los análisis preliminares del proyecto PEGASUS-Murcia por Áreas Sanitarias sugieren que existen diferencias entre las Áreas en la prevalencia de TM en los últimos 12 meses (Tabla 7).

Tabla 7: Prevalencia poblacional e IC95% de TM según Áreas de Salud en la Región de Murcia

Algún TM en el último año (N=364)	
Área Salud	% [IC95%]
I Murcia Oeste	12.5 [10.2-15.3]
II Cartagena	15.2 [8.2-26.4]
III Lorca	12.8 [11.3-14.4]
IV Noroeste	20.0 [3.0-66.8]
V Altiplano	16.5 [10.5-25.0]
VI Vega Media	16.0 [15.2-16.9]
VII Murcia Este	15.6 [14.2-17.0]
VIII Mar Menor	26.9 [21.1-33.6]
IX Vega Alta	31.3 [20.3-44.9]
CARM	16.3 [13.7-19.2]

Gráfico 4: Prevalencia de algún TM en el último año según Áreas de Salud, ambos sexos.



En cuanto al **consumo de drogas**, el 11% de los adultos de Murcia, declaraban consumir cannabis en el año 2011 (en España el 9,6%). Estas cifras eran más altas en la cohorte de población entre los 14 – 18 años: 20,1% en Murcia en el 2012, frente al 26,6% en España. Entre la población ≥ 15 años, el 0,62% eran bebedores de riesgo en Murcia durante el 2011, frente al 1,69% de media española¹⁹.

La **Tasa de Mortalidad por Trastornos Mentales y del Comportamiento** en Murcia durante el año 2016, fue del 27,78 por 100.000 habitantes (20,58 para hombres y 35,01 para mujeres) (CREM, 2016).

Respecto a las muertes por causas externas, el **suicidio** sigue siendo la principal causa externa de muerte en España: supone el 26% de las defunciones por causas externas y el 1% de total de las defunciones registradas (Informe Anual SNS, 2016). El suicidio es, después de los tumores, la principal causa de muerte entre la juventud española (de 15 a 34 años). Además, bajo otras causas externas (ahogamientos y envenenamientos, caídas u otros

¹⁹ Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS (2009-2013). Sanidad, 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



accidentes) pueden ocultarse muertes por suicidio que, por distintos motivos, no son asignadas a esta causa²⁰.

En 2016, se produjeron 121 suicidios en la Región de Murcia, 96 hombres y 25 mujeres. Ese año no se registró ningún suicidio en menores de 15 años.

Gráfico 5: Evolución por sexos del Nº de Suicidios en la Región de Murcia 2011-2016²¹

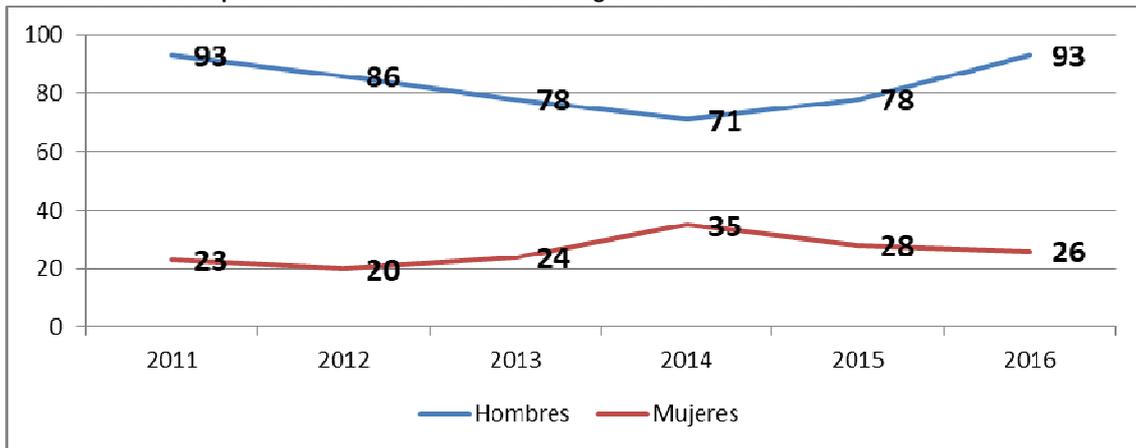
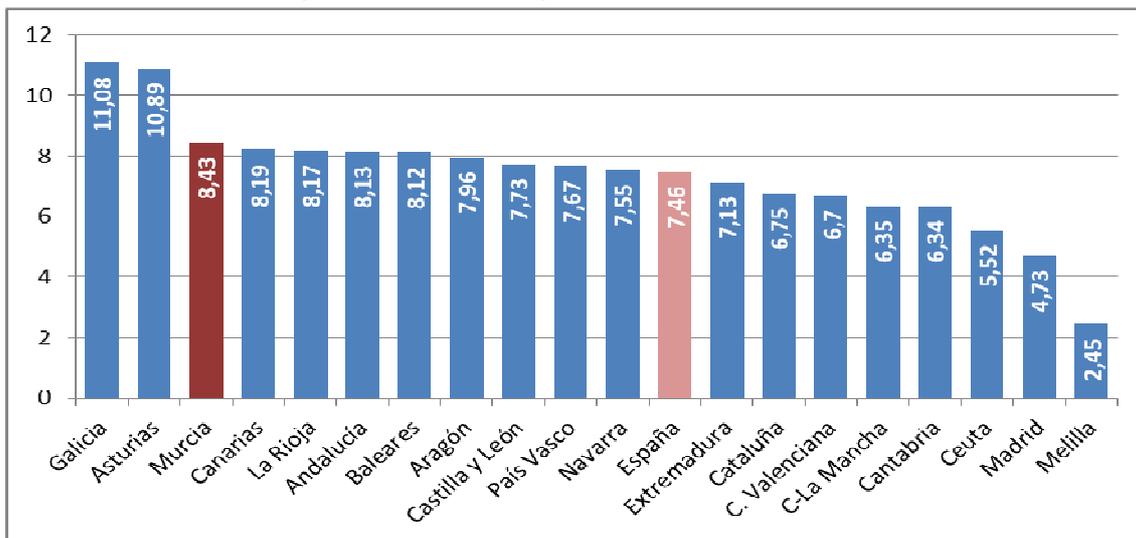


Gráfico 6: Tasas de suicidios por 100.000 habitantes y CC.AA., 2016²²



Murcia fue en 2016 la tercera comunidad en número relativo de suicidios, por debajo de Asturias y Galicia. La tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, por 100.000

²⁰ Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2016. INE, 2017: www.ine.es.

²¹ Gráfico elaborado a partir de datos del Portal Estadístico de la Región de Murcia. CREM. <http://econet.carm.es/web/crem>

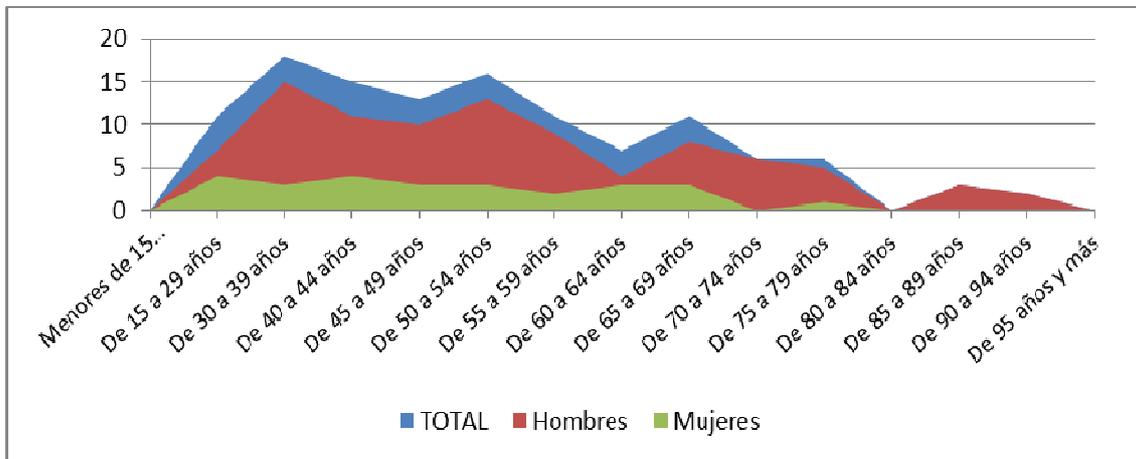
²² Observatorio del Suicidio. Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio. Fuente: Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2016. INE, 2017: www.ine.es.



habitantes, fue en 2016 de 8,43 en Murcia (7,46 la media en España). Esta tasa es tres veces más alta en hombres que en mujeres (por encima de la ratio estatal, 3,84:1 versus 2,93:1).²³

El riesgo de suicidio aumenta con la edad. Los grupos de edad con mayor número de suicidios en la Región de Murcia son el de 30 a 39 años para los varones y 15 a 29 años para las mujeres. El grupo de edad de mayor tasa de mortalidad por suicidio es el de ≥ 75 años. Respecto a las edades más tempranas, este riesgo se multiplica por 7 en el caso de los hombres y se triplica en las mujeres.²¹ Las menores tasas de muerte por suicidio se producen en el grupo de los 15 a 24 años. No obstante, este último grupo es el que presentó un incremento relativo más alto en esta tasa entre los años 2011 y 2013.²⁴

Gráfico 7: Número de Suicidios por grupo de edad y sexo en Murcia 2016²⁵



En la Región, la mayor tasa de suicidio por Área de Salud en el 2016 (número de suicidios ajustados por la población de cada Área) corresponden a la Vega Alta de Segura (Blanca, Abarán y Cieza) con 14,58, seguida de Altiplano (Yecla y Jumilla) con 10,1 y Cartagena y Lorca con 9,8. Las menores tasas corresponden a Mar Menor y Noroeste.²³

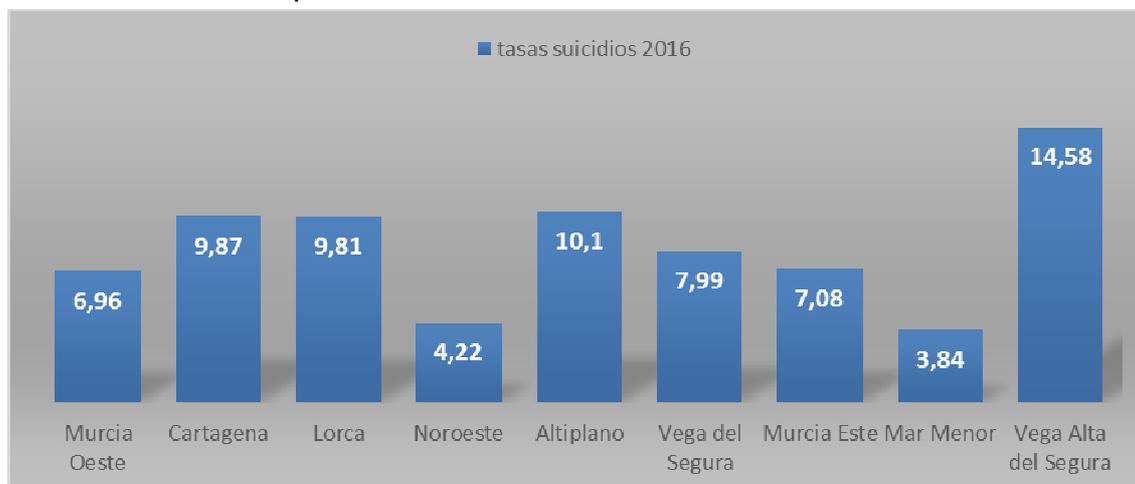
²³ Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2016. INE, 2017: www.ine.es.

²⁴ Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS (2009-2013). Sanidad, 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

²⁵ Gráfico elaborado a partir de datos del Portal Estadístico de la Región de Murcia. CREM. <http://econet.carm.es/web/crem>



Gráfico 8: Tasas de suicidio por 10⁵ habitantes en las Áreas de Salud en Murcia 2016²⁶



El indicador **Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP)** ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de fallecimientos prematuros, en este caso por suicidio, en relación a las expectativas de vida que se consideran razonables. Según el análisis de la CREM (Centro Regional Estadística de Murcia), el AVPP por suicidio para ambos sexos es de 2.331, 1.764,5 para el hombre y 566,5 para la mujer; más del triple en el hombre que en la mujer. El AVPP por suicidio es superior al AVPP por accidentes de tráfico o neoplasias malignas como el cáncer de mama, y es la tercera solo por detrás de neoplasias muy malignas como tráquea o pulmón.²⁷

La **Razón de Años Potenciales de Vida Perdidos (RAPVP)** en la Región de Murcia para el suicidio en ambos sexos es de 1,81. Para el hombre es de 2,68 frente a las mujeres que sería de 0,90. La RAPVP para el suicidio está, tal como AVPP, solo por detrás de neoplasias muy malignas entre ellas el cáncer de tráquea o pulmón.²⁵

En cuanto a datos sobre la **violencia de género (VG)**, durante los años 2014, 2015 y 2016, se registraron un total de 415 mujeres con **TMG y VG**. El 88% son españolas, con una edad media de 40 años y el 44% con trabajo remunerado. El 75% de ellas con uno o más hijos/as²⁸.

Los grupos de edad con mayor porcentaje de VG fueron el de 35 a 39 años (20,8%), el de 45 a 49 años (17,2%) y el de 40 a 44 años (14,4%). El resto de intervalos tienen porcentajes por debajo del 10%. La violencia había sido ejercida por su compañero íntimo actual en el 46%

²⁶ Gráfico elaborado por la Dra Medina Garrido a partir de datos del Portal Estadístico de la Región de Murcia. CREM. <http://econet.carm.es/web/crem>

²⁷ Datos del Portal Estadístico de la Región de Murcia. CREM. <http://econet.carm.es/web/crem>

²⁸ Datos recogidos por los/as responsables de VG de la red de SM de la Región de Murcia relativos al Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género de los años 2014, 2015 y 2016 para la Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.



y por el excompañero íntimo en el 44%. Respecto a la duración del maltrato más prevalente fue la de más de 10 años (36%)²⁹.

El tipo de violencia sufrida era además de la psicológica, física en el 52% de las mujeres y 22% sexual. El 51% de las mujeres habían sufrido violencia tanto psicológica como física y un 15% los tres tipos de violencia²⁷.

²⁹ Datos recogidos por los/as responsables de VG de la red de SM de la Región de Murcia relativos al Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género de los años 2014, 2015 y 2016 para la Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.



5.3.2 RED PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD MENTAL

La Red de Salud Mental de la Región de Murcia, de carácter comunitario, está configurada por los dispositivos sanitarios dependientes del SMS y por la red de dispositivos sociosanitarios que son subvencionados.

La organización de una adecuada atención comunitaria a la población requiere de la coordinación de todos los dispositivos y servicios de SM (sanitarios y sociosanitarios) con los servicios sanitarios generales, con especial esfuerzo dirigido hacia AP, con los servicios sociales y con los servicios comunitarios, en el caso de las estructuras de carácter más sociosanitario.

El proceso de desarrollo e implantación del modelo comunitario en Murcia ha seguido un ritmo desigual, persistiendo en nuestra Región algunas diferencias a subsanar, tanto en recursos estructurales como humanos, en las diferentes Áreas sanitarias.

Del análisis global podemos extraer algunas conclusiones sobre las que podemos trabajar:

- a) Insuficiencia de recursos humanos y materiales para atender la demanda. Esta carencia es mayor en la dotación de dispositivos sanitarios de base en la comunidad.
- b) Insuficiente desarrollo de la atención a sectores de la población especialmente vulnerables como son: los niños, adolescentes, ancianos, mujeres y personas sin hogar con TMG, inmigrantes y penados.
- c) Escasa visibilidad y dotación de recursos, dentro de los programas asistenciales, para la patología dual y las personas con trastornos graves de personalidad.
- d) Variabilidad en la dotación de recursos entre Áreas sanitarias que hay que subsanar atendiendo al principio de equidad. Si bien es cierto que no todas las Áreas pueden disponer de todos los recursos, debemos facilitar el acceso a aquellos ciudadanos que precisen de recursos fuera de su Área.
- e) Dos Áreas sanitarias siguen haciendo uso de la Unidad de Hospitalización breve dentro de un Hospital psiquiátrico.
- f) Insuficiente desarrollo de los recursos intermedios (hospitales de día, pisos terapéuticos, equipos asertivos comunitarios, atención domiciliaria).
- g) Existen centros con necesidades de reforma estructurales.

Dentro del ámbito de actuación comunitario se constituye el CSM como el elemento básico de la Red Asistencial de SM. Los CSM se conforman como equipos multidisciplinares y con funciones de promoción de salud, asistencia ambulatoria, atención domiciliaria, formación, investigación y docencia.

El equipo básico de salud mental se compone por profesionales de:
- psiquiatría



- psicología clínica
- enfermería de salud mental
- trabajo social
- personal auxiliar

El CSM es un recurso especializado, referido a unos Centros de AP (CAP) de quién recibe fundamentalmente la demanda asistencial. Cuenta con el apoyo de una unidad de hospitalización psiquiátrica breve para el tratamiento de usuarios que requieran este tipo de recurso para su recuperación. Desarrolla y dispone de acceso a dispositivos rehabilitadores, tanto a nivel hospitalario (URME), como ambulatorio (Unidades de rehabilitación, Hospital de Día, Centros de Día, otros) y de programas específicos de asistencia domiciliaria (ETAC) o comunitaria. Proporcionará además programas y acciones individuales de rehabilitación e inclusión social a las personas que lo necesiten.

El primer contacto del paciente con el sistema frecuentemente se establece a través de los equipos de AP y los servicios de urgencias. El eje del sistema, tanto en Adultos como en Infanto-Juvenil, son los respectivos CSM y/o UCA. Desde ellos debe impulsarse su labor de promoción y prevención, el trabajo en equipo con una visión biopsicosocial y de colaboración con atención primaria y familias.

Figura 1: Red de Salud Mental y Adicciones. Dispositivos Asistenciales

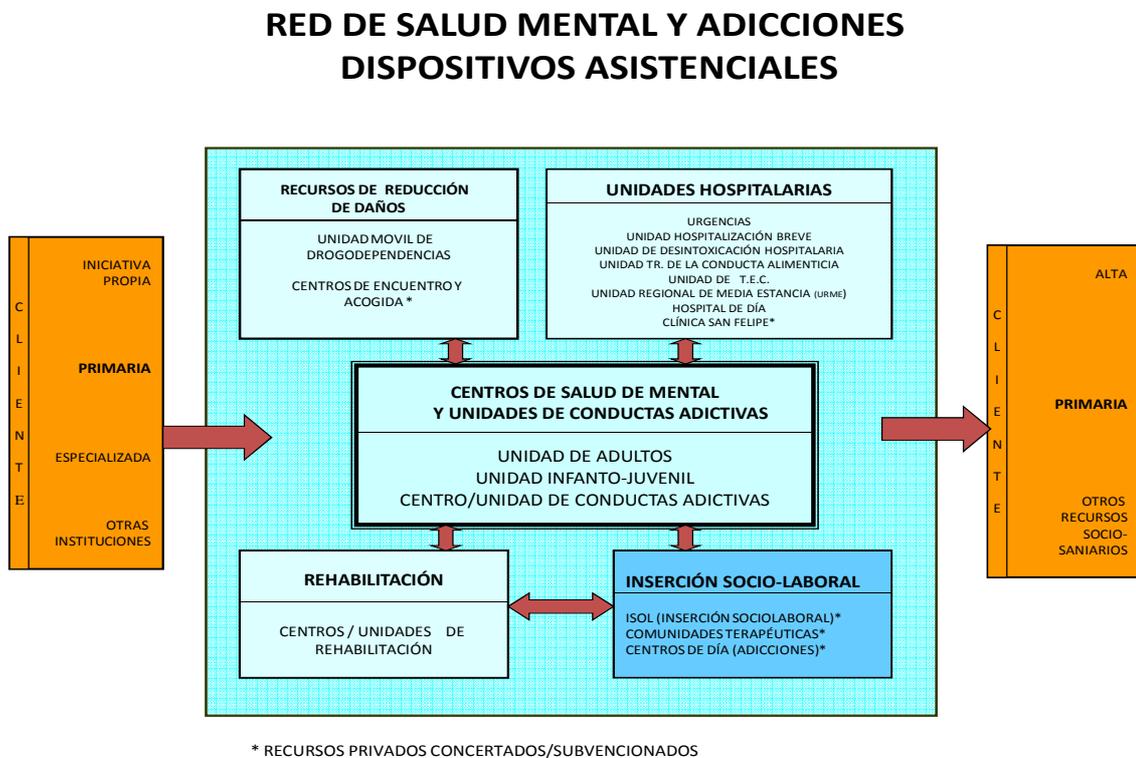
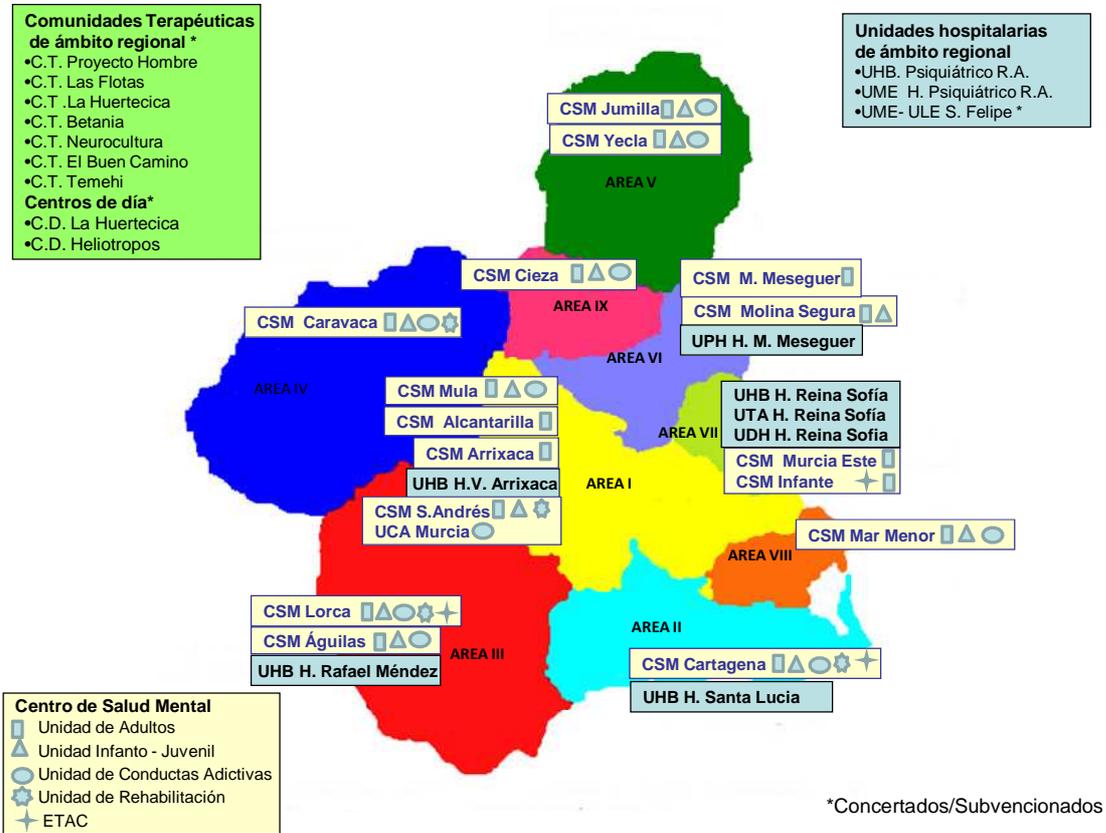


Figura 2: Mapa Sanitario y recursos de Salud Mental en la CARM

MAPA SANITARIO. RECURSOS



5.3.3 DISPOSITIVOS Y RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

La Red de SM de la Región de Murcia se organiza en diversos programas asistenciales que son desarrollados en diferentes dispositivos y recursos de atención a la salud mental, tras su revisión planteamos una serie de propuestas de mejora para los próximos años (ver Anexo I).

DISPOSITIVOS

PROGRAMA ADULTOS:

- a. Centro de Salud Mental de Adultos (CSM)
- b. Unidad de rehabilitación (UR)
- c. Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)
- d. Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de adultos
- e. Unidad Hospitalaria de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTA)
- f. Hospital de Día de Adultos (HDA)
- g. Unidad Regional de Media Estancia (URME)
 - Pisos Terapéuticos (PT)
- h. Unidad de Terapia Electro Convulsiva (TEC)
- i. Clínica San Felipe del Mediterráneo
- j. Recursos concertados/subvencionados para la Inserción Laboral
 - Centro de Rehabilitación Laboral
- k. Programa Euroempleo

PROGRAMA INFANTO-JUVENIL cubre a la población menor de 16 años, que reside en el Área de salud correspondiente. Sus dispositivos son:

- a. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ)
- b. Hospital de Día Infanto-Juvenil (HD-IJ)
- c. Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHB-IJ).

PROGRAMA DE ADICCIONES:

- a. Centro/unidad de Conductas de Adictivas (UCA)
- b. Unidad Móvil de Drogodependencias (UMD)
- c. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)
- d. Recursos concertados/subvencionados para tratamientos de Adicciones
 - Comunidad Terapéutica
 - Centro de Día (CD)
 - Centro de Encuentro y Acogida
- e. Recursos concertados/subvencionados para la Inserción Laboral
 - Centro de Rehabilitación Laboral
- f. Programa Euroempleo



RECURSOS HUMANOS

Durante las tres últimas décadas se ha ido construyendo una red de atención a la salud mental en nuestra Región, dotándose progresivamente de profesionales altamente cualificados. Actualmente la Red de SM Comunitaria cuenta con 713 profesionales de distintas categorías, de ellos 343 profesionales trabajan en el ámbito extrahospitalario, 198 lo hacen en las unidades de hospitalización psiquiátrica de hospitales generales y 172 en el Hospital Román Alberca.

Sin embargo, no siempre ha sido posible planificar su desarrollo que, aunque importante, sigue siendo insuficiente y situándose por debajo de las recomendaciones nacionales e internacionales. A esto ha de sumarse que su construcción no se ha realizado de forma homogénea para los distintos programas asistenciales y para las diferentes Áreas de Salud.

Tabla 8: Profesionales por CSM y ratio por 100.000 habitantes (Adultos)

CSM ADULTOS	Psiquiatra	Psicólogo Clínico	Enf.	T.S.	Pq./ 10 ⁵	Pg./10 ⁵	Enf./10 ⁵	T.S./ 10 ⁵
San Andrés	7	4	3	1	5,5	3,1	2,4	0,8
Alcantarilla	3	2	1	0	4,1	2,7	1,4	0
Arrixaca	1	2	0	0	2,9	5,7	0	0
Cartagena	8	7	4	1	2,8	2,6	1,4	0,4
Lorca	5	7	3	1,5	3,6	5,4	2,1	1,1
Caravaca	3,4	2	2	0,4	4,8	2,8	2,8	0,6
Morales	5	3	2	1	4,2	2,5	1,7	0,8
Molina	6	4	4	1	4,2	2,8	2,8	0,7
MU-Este	4	2	2	1	5,6	2,8	2,8	1,4
Infante	6	3	3	1	4,7	2,4	2,4	0,8
Mar Menor	4.5	2	1	0,4	4,3	1,9	1,0	0,4
Centros multiprograma *								
Mula	2,2	1,2	1	0	3,1	1,6	1,4	0
Águilas	3	3	2	1	2,9	2,9	1,9	1
Jumilla	3,5	2	2,5	0,5	4,5	2,6	3,2	0,6
Yecla	3,5	2	2,5	0,5	3,4	2,0	2,4	0,5
Cieza	4	2	1	0,4	2,4	1,2	0,6	0,2
TOTAL FUNCIONAL	64,34	44,12	31,30	9,50				
NÚMERO MÍNIMO NECESARIO DE PROFESIONALES (ESTIMADO POR LA AEN)³⁰								
TOTAL MÍNIMO	88,21	66,16	51,46	22,05	6	4,5	3,5	1,5

*El Nº total de profesionales atiende a los tres programas asistenciales, distribuyendo el tiempo en función de la presión asistencial.

³⁰ HACIA UNA ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL DE CALIDAD". Grupo de Trabajo . A.E.N.- Profesionales de Salud Mental. Cuadernos Técnicos, 4 Madrid, 2000.



Para el cálculo aproximado del total funcional se han tenido en cuenta las estimaciones propuestas por la AEN. De este modo, en los CSM en los que los profesionales no están repartidos por programas (Adultos, Adicciones e Infantojuvenil) se ha estimado el número de profesionales en función del tiempo proporcional que correspondería a cada programa. Por ejemplo: si la AEN recomienda un mínimo de 7,5 psiquiatras X 100.000 hab. para atender a los tres programas, y de ellos se estima que 6 deberían ocuparse del Programa de Adultos, eso corresponde al 70,58% del total de psiquiatras. Entonces, de los 2,2 psiquiatras que trabajan en el CSM de Mula, el 70,58% (1,55) serían los que “funcionalmente” se encargarían de ese programa. Así con cada una de las categorías profesionales.

De acuerdo con las estimaciones de la AEN, respecto a los recursos humanos mínimos necesarios para dar una atención de calidad en los CSM-A, todavía estamos lejos del ideal. Además, si consideramos que estas estimaciones se hicieron en el año 2000 y que desde entonces han evolucionado las ideas en relación a cómo debería ser prestada la asistencia en esta materia, podríamos pensar que se quedaron cortas en muchos aspectos:

- Tendencia actual a una atención domiciliaria más intensa, que potencie la autonomía de los usuarios y evite la tendencia a la cronificación, hospitalización e internamiento en residencias, de las personas con TMG
- Mayor papel asignado, tanto en la atención a los TMG como a los TMC, a otros perfiles profesionales (Enfermería de SM., Terapia ocupacional, Trabajo Social, etc.) para la composición de los equipos multiprofesionales que se necesitan en el abordaje de unos trastornos de origen siempre complejo y multifactorial.
- Necesidad de superar los viejos modelos de derivación de pacientes y caminar hacia otros de mayor cooperación requieren de ajustes en el número de profesionales que permita dedicar más tiempo a tareas de continuidad asistencial.

En relación a este último punto, las peculiaridades de las relaciones vinculares que se establecen entre usuarios y profesionales de salud mental, cuya calidad es muchas veces imprescindible para la realización de nuestro trabajo, hacen necesario continuar potenciando la política de continuidad asistencial a través de una política de recursos humanos que establezca la situación laboral de nuestros profesionales, reduciendo los altos niveles de eventualidad existentes entre los profesionales de SM.



Tabla 9: Profesionales en los ETAC

ETAC Área	Psiquiatría	Enfermería	TS	TO	ACI	Capacidad Teórica*
Áreas II y VIII	2	3	1	1	0	70
Área III	1	3	0.5	0	1	35
Área VII	2	3	1	0	0	60

*Número de profesionales por 10 (ratio profesional/paciente recomendada = 10 pacientes por profesional³¹)

Las Áreas de Salud I, IV, V, VI y IX no disponen de Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitarios para atender a las personas que más pueden beneficiarse de este tipo de atención: pacientes afectadas por los casos más graves de TMG, abiertamente desvinculadas de los servicios y/o con un perfil de reingreso o estancias hospitalarias importante (más de 3 ingresos o 50 días de estancia al año).³²

Tabla 10: Profesionales por CSM y ratio por 100.000 habitantes (Infanto-juvenil)

CSM I-J	Psiquiatra	Psicólogo Clínico	Enf.	T.S.	Pq./ 10 ⁵	Pg./10 ⁵	Enf./10 ⁵	T.S./ 10 ⁵
San Andrés	4	4	2	1	0,7	0,7	0,3	0,2
Cartagena	4	3,5	1	1	1,4	1,2	0,4	0,4
Lorca	2	2	1	0,5	1,4	1,8	0,7	0,4
Caravaca	0,7	1	1		1,0	1,4	1,4	0
Molina	2	2	1	1	1,2	1,2	0,6	0,6
Mar Menor	1,5	1	1	0,3	1,4	1,0	1,0	0,3
Centros multiprograma *								
Mula	2,2	1,2	1	0	3,1	1,6	1,4	0
Águilas	3	3	2	1	2,9	2,9	1,9	1
Jumilla	3,5	2	2,5	0,5	4,5	2,6	3,2	0,6
Yecla	3,5	2	2,5	0,5	3,4	2	2,4	0,5
Cieza	4	2	1	0,4	2,4	1,2	0,6	0,2
TOTAL FUNCIONAL	17,06	14,86	7,90	4,20				
NÚMERO MÍNIMO NECESARIO DE PROFESIONALES (ESTIMADO POR LA AEN)³³								
TOTAL MÍNIMO	22,1	14,7	7,4	7,4	1,5	1	0,5	0,5

*El Nº total de profesionales atiende a los tres programas asistenciales, distribuyendo el tiempo en función de la presión asistencial.

Si bien las diferencias entre necesidades estimadas y recursos reales no son tan grandes como en el caso de los adultos, la situación no es tan halagüeña cuando se repara en

³¹ Bond GR, Drake RE. The critical ingredients of assertive community treatment. World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA. 2015 Jun;14(2):240–2.

³² Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. Servicio Andaluz de Salud. 2010. file:///D:/Usuarios/jms14d/Downloads/TAC_SAS_2010.pdf

³³ HACIA UNA ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL DE CALIDAD". Grupo de Trabajo . A.E.N.- Profesionales de Salud Mental. Cuadernos Técnicos, 4 Madrid, 2000.



la ausencia en la Región de recursos y dispositivos asistenciales necesarios en el Programa Infantojuvenil:

- UHB- IJ
- HD-IJ sectorizados
- Programas de atención domiciliaria para casos severos.

Por otro lado, el futuro reconocimiento de la especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil³⁴ haría más acuciante la deficiencia de profesionales bien preparados para proporcionar estos cuidados.

Tabla 11: Profesionales por CSM y ratio por 100.000 habitantes (Adicciones)

CAD	Psiquiatra	Psicólogo Clínico	Enf.	T.S.	Pq./ 10 ⁵	Pg./10 ⁵	Enf./10 ⁵	T.S./ 10 ⁵
Cartagena	3	2	3	1,0	1,1	0,7	1,1	0,4
Lorca	1	1	1	1,0	0,7	0,7	0,7	0,7
Caravaca	0,7	0,9	1	0,3	1	1,2	1,4	0,4
CAD-Murcia	6	4	5	1	0,8	0,6	0,7	0,1
Mar Menor	1	1	1	0,3	1,4	1,0	1,0	0,3
Centros multiprograma *								
Mula	2,2	1,2	1	0	3,1	1,6	1,4	0
Águilas	3	3	2	1	2,9	2,9	1,9	1
Jumilla	3,5	2	2,5	0,5	4,5	2,6	3,2	0,6
Yecla	3,5	2	2,5	0,5	3,4	2	2,4	0,5
Cieza	4	2	1	0,4	2,4	1,2	0,6	0,2
TOTAL FUNCIONAL	13,61	11,62	12,80	4,40				
NÚMERO MÍNIMO NECESARIO DE PROFESIONALES (ESTIMADO POR LA AEN)³⁵								
TOTAL MÍNIMO	14,7	29,4	14,7	14,7	1	2	1	1

*El Nº total de profesionales atiende a los tres programas asistenciales, distribuyendo el tiempo en función de la presión asistencial.

Una vez más se hace patente la escasez del número suficiente de profesionales para el despliegue completo de los programas asistenciales. Esta carencia es más manifiesta en especialidades profesionales como la psicología clínica, y el trabajo social. La pretensión de desarrollar el espacio sociosanitario, necesario para el abordaje integral de los TMG, y el Programa de Euroempleo como herramienta terapéutica para la recuperación de los usuarios, requerirá el abordaje de algunos de estos déficits de forma prioritaria.

³⁴ Proyecto de Real Decreto por el que se crea el Título de Médico Especialista en Psiquiatría del Niño y del Adolescente y se modifica el actual Título de Médico Especialista en Psiquiatría por el de Médico Especialista en Psiquiatría del Adulto. SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD Y CONSUMO. DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN PROFESIONAL. 17 de enero de 2018. Documento sometido a trámite de información pública.

³⁵ HACIA UNA ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL DE CALIDAD". Grupo de Trabajo . A.E.N.- Profesionales de Salud Mental. Cuadernos Técnicos, 4 Madrid, 2000.



Tabla 12: Número de profesionales en UR y ratio por 100.000 habitantes

Nº (ratio)	PQ	PG	Enf.	T.S.	T.O.	ACI..	Capacidad Máxima*
San Andrés Áreas I, VI y VII	1 (0,14)	2 (0,28)	2 (0,28)	1 (0,14)	4 (0,55)	2 (0,28)	110-143
Cartagena Áreas II y VIII	0 (0)	3 (0,77)	3 (0,77)	1 (0,26)	6 (1,55)	1 (0,26)	140-182
Lorca Área III	1 (0,57)	1 (0,57)	1 (0,57)	0,5 (0,29)	3 (1,72)	1 (0,57)	75-98
Caravaca Área IV	1 (1,42)	1 (1,42)	2 (2,83)	0,3 (0,95)	2 (2,83)		63- 82
NÚMERO MÍNIMO NECESARIO DE PROFESIONALES (ESTIMADO POR LA AEN)³⁰							
TOTAL MÍNIMO	(0,5)	(0,5)	(3)	(1)	(1)		388-505 (294)

Abreviaturas: **PQ:** Psiquiatría; **PG:** Psicología Clínica; **Enf.:** Enfermería especialista en SM; **TS:** Trabajador Social; **TO:** Terapeuta Ocupacional; **ACI:** Auxiliares de Clínica.

*Número de profesionales por 13 (ratio profesional/paciente recomendada = 13 pacientes por profesional)³⁶

De acuerdo con las recomendaciones de la AEN y dada la población de Murcia, el número de plazas en unidades de rehabilitación psicosocial de la Región debería estar entre un mínimo de 294 y un número óptimo de 735. La ratio profesional/paciente puede oscilar entre 10 y 13.³⁴

Tabla 13: Número de profesionales en HD

HD Infanto-Juvenil	Psiquiatría	Psicología	Enfermería	TS	TO	TSM	ACI	Adm.
HD- IJ S. Andrés Población atendida: 1.464.847	1,5	1	1	0	1	0	1	2
NÚMERO MÍNIMO NECESARIO DE PROFESIONALES (ESTIMADO POR LA AEN)^{37,38}								
TOTAL MÍNIMO x 10⁵ hab.	3	3	6		6		21	
HD Adultos	Psiquiatría	Psicología	Enfermería	TS	TO	TSM	ACI	Adm.
HD-A HPRA Población atendida: 1.464.847	2	1	2	1	1	1	1	0

Abreviaturas: **TS:** Trabajador Social; **TO:** Terapeuta Ocupacional; **TSM:** Terapeuta de Salud Mental; **ACI:** Auxiliares de Clínica; **Cel:** Celadores; **Adm:** Personal de Administración.

36 GTR-AEN sobre rehabilitación psicosocial. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones [Internet]. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002 [cited 2018 Jul 9]. Available from: <https://www.aen.es/docs/ctecnicos6.pdf>

³⁷ Grupo de Trabajo . A.E.N.- Profesionales de Salud Mental. HACIA UNA ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL DE CALIDAD. 2000. Cuadernos Técnicos, 4 Madrid.

³⁸ Jiménez Pascual, A.M. Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2001, vol. XXI, nº77, pp. 115-124.



Tabla 14: Número de profesionales en UHB

UHB	Psiqu.	Psic.	Enf.	TS	TO	TSM	ACI	Cel.	Adm
HPRA Población atendida: 130.438	3	1	8	1*	1	2	18	1	1
Arrixaca (1 para IIPP) Población atendida: 258.537	6		11*	1*			9*	1	1
Sta. Lucía (1 en H.R) Población atendida: 387.659	6	2	15	1*			13	25	1
Rafael Méndez Población atendida: 173.232	3		6	1*			6	1	1
Morales Meseguer Población atendida: 221.824	4	1	11	1*			10	5	1
Reina Sofía Población atendida: 291.283	5	2	9	1			19	6	1
Reina Sofía UTA Población atendida: 1.464.847	1	1	6	1*			6	1	1*
Reina Sofía UDH Población atendida: 1.464.847	1	1	5	1*			6	2	1*

Abreviaturas: **Psiqu.:** Psiquiatría; **Psic.:** Psicología Clínica; **Enf.:** Enfermería; **TS:** Trabajo Social; **TO:** Terapeuta Ocupacional; **TSM:** Terapeuta de Salud Mental; **ACI:** Auxiliares de Clínica; **Cel:** Celadores; **Adm:** Personal de Administración, *Personal compartido con otros servicios

Tabla 15: Número de profesionales en URME

URME	Psiqu.	Psic.	PgS.	Enf.	TS	TO	TSM	ACI	Cel.	Adm
HPRA Población atendida: 1.464.847	5	2	1	15	2*	4	1	37	*	*

Abreviaturas: **Psiqu.:** Psiquiatría; **Psic.:** Psicología Clínica; **PgS:** Psicología Sanitaria; **Enf.:** Enfermería; **TS:** Trabajo Social; **TO:** Terapeuta Ocupacional; **TSM:** Terapeuta de Salud Mental; **ACI:** Auxiliares de Clínica; **Cel:** Celadores; **Adm:** Personal de Administración, *Personal compartido con otros servicios

Tabla 16: Número de profesionales en PT

PT	Psiqu.	Psic.	Enf.	TS	TO	Adm	Capacidad Máxima
HPRA Población atendida: 1.464.847	*	1	1	1*	1	*	8

Abreviaturas: **Psiqu.:** Psiquiatría; **Psic.:** Psicología Clínica; **Enf.:** Enfermería; **TS:** Trabajo Social; **TO:** Terapeuta Ocupacional; **Adm:** Personal de Administración, *Personal compartido con otros servicios



5.3.4 DEPENDENCIA FUNCIONAL POR ÁREAS DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS Y RECURSOS DE SALUD MENTAL

En la CARM, no todas las Áreas de Salud disponen de todos los dispositivos extrahospitalarios de SM. Así, algunos de los dispositivos de un Área pueden dar servicios del programa de Infanto-Juvenil o de Adicciones a los habitantes de otras Áreas:

- CSM de San Andrés atiende a la población Infanto Juvenil de las Áreas VII y parte de la VI. También proporciona el servicio de la UR a los habitantes de estas Áreas.
- El HD del HPRA es un recurso de ámbito regional.
- La UR-HD de Cartagena atiende también a la población del Área VIII.
- El CAD de Murcia atiende a las personas con problemas de Adicción que residen en el Área VI y a la del Área I, salvo los habitantes de Mula.

Tabla 17: Recursos extrahospitalarios de Salud Mental por Áreas de Salud

RECURSOS EXTRAHOSPITALARIOS SALUD MENTAL						
Área de Salud	Tipo de dispositivo	Programas			U. Reh.	ETAC
		Adultos	Inf – Juv	Adicciones		
Murcia Oeste	CSM Alcantarilla					
	CSM HUVA					
	CSM Mula					
	CSM San Andrés					
HP Román Alberca	HD HPRA					
	ETAC					
Cartagena	CSM Cartagena					
	UR-HD Cartagena					
Lorca	CSM Águilas					
	CSM Lorca					
Noroeste	CSM Caravaca					
Altiplano	CSM Jumilla					
	CSM Yecla					
Vega Media del Segura	CSM HMM					
	CSM Molina de Segura					
Murcia/Este	CSM Murcia Este					
	CSM Infante					
	CAD de Murcia					
Mar Menor	CSM-Mar Menor					
Vega Alta del Segura	CSM Cieza					

Abreviaturas: CSM: Centro de Salud Mental; CAD: Centro de Atención al Drogodependiente; HD: Hospital de Día; HUVA: Hospital Virgen de la Arrixaca; HPRA: Hospital Psiquiátrico Román Alberca; HMM: Hospital Morales Meseguer

Tampoco los recursos de tipo hospitalario están completamente sectorizados.



Algunos de los dispositivos siguen siendo de ámbito regional (URME, UTA, UDH), mientras que otros, como las unidades hospitalarias psiquiátricas para los ingresos agudos, ofrecen dicho servicio a habitantes de otras Áreas:

- UHB del HPRA para los pacientes de las Áreas IV y V.
- UHB del Hospital Reina Sofía para pacientes del área VI.
- UHB del Hospital Morales Meseguer para pacientes del Área IX.
- UHB del hospital santa Lucía para los pacientes del Área VIII.

Tabla 18: Recursos hospitalarios de Salud Mental por Áreas de Salud

RECURSOS HOSPITALARIOS SALUD MENTAL						
Área de Salud	Tipo de dispositivo	Programas				
		Adultos	Inf – Juv	Adicciones	Reh.	Agudos
Murcia Oeste	UHB HUVA					
HP Román Alberca	UHB HPRA					
	URME HPRA					
Cartagena	UHB HSL					
Lorca	UHP HRM					
Vega Media del Segura	UHB HMM					
Murcia/Este	UHB HRS					
	UTA HRS					
	UDH HRS					

Abreviaturas: **UHB:** Unidad de Hospitalización Breve; **HUVA:** Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca; **HPRA:** Hospital Psiquiátrico Román Alberca; **URME:** Unidad Regional de Media Estancia; **HSL:** Hospital Santa Lucía; **HRM:** Hospital Rafael Méndez; **HMM:** Hospital Morales Meseguer; **HRS:** Hospital Reina Sofía; **UTA:** Unidad Trastornos Alimentarios; **UDH:** Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.



5.3.5 OFERTA GENERAL DE SERVICIOS

La definimos como las actividades asistenciales mínimas e igualitarias y basadas en la evidencia para cualquier Centro /Unidad/Equipo de SM de la Región (ver Anexos I y II).

Dichas actividades son:

1.- Intervención psicofarmacológica.

Las actuaciones que deben realizarse son:

- Información al usuario
- Información a familiares cuando sea requerido
- Entrevista y valoración diagnóstica
- Seguimiento
- Uso protocolizado de psicofármacos

2.- Intervención psicológica.

Se realiza a través de:

- Evaluación psicológica (entrevista y/o pruebas psicológicas)
- Tratamiento psicológico
 - o Individual
 - o Grupal (Dados los criterios de eficiencia comprobada en múltiples patologías psíquicas, deberá potenciarse al máximo de desarrollo de este método de intervención)
 - o Familiar

3.- Intervención de enfermería.

- Entrevista de acogida
- Proceso de Atención de enfermería (PAE) (Valoración de patrones funcionales de salud, diagnósticos enfermeros, planificación de resultados esperados e intervenciones consecuentes, realización de las intervenciones recomendadas y evaluación)

4.- Intervención de Trabajo Social.

Interviene en el medio familiar, laboral, escolar y comunitario. Valora, diagnostica e realiza acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas con trastorno mental. Los tipos de intervención, pueden ser:

- Individual
- Familiar
- Comunitaria

5.- Intervención de Terapia Ocupacional.

Está orientada a conseguir las habilidades necesarias para una participación activa y plena en la comunidad de la persona, la máxima autonomía en el autocuidado y en el cuidado del hogar, la mayor calidad de vida, disfrute y bienestar.



6.- Actividades docentes y de investigación.

Las diferentes intervenciones se llevarán a cabo de forma coordinada haciendo partícipe al paciente del proceso terapéutico.

7.- Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud Mental.

A. Hoja Verde de Cribado Medioambiental: la investigación ha demostrado no sólo que los sistemas de cribado del desarrollo son una medida preventiva, sino que los programas de intervención temprana son rentables económicamente, además de producir beneficios en la familia y en el niño a largo plazo.^{39, 40, 41}

La importancia de una detección precoz radica en ser una forma de poner en marcha medidas tanto terapéuticas como preventivas.⁴²

Constituye un conjunto de preguntas básicas y concisas que permite detectar los riesgos medioambientales en el embarazo y lactancia a través de una entrevista estandarizada de unos 7 minutos de duración realizada por personal entrenado. Alcanza niveles de detección que oscilan entre el 48 y el 70% de alcohol al inicio del embarazo y del 7,5 al 11% de cannabis.

Las esferas de detección de riesgos abarca: drogas legales e ilegales, fármacos/herboristería/parafarmacia, riesgos laborales, exposiciones a radiaciones ionizantes, socio-económicos, aficiones de riesgo químico y pesticidas en el hogar/jardín.

El objetivo clave en el cribado es la identificación de los niños que necesitarán una evaluación más exhaustiva para determinar si la intervención es necesaria.

Las dificultades de detección se acrecientan en los trastornos más ligeros o menos significativos, conocidos en inglés como “mild delays”. Estos trastornos como los que afectan al lenguaje, la capacidad cognitiva o los trastornos del aprendizaje pueden pasar desapercibidos inicialmente para los clínicos y los padres debido a la falta de signos precoces evidentes.

B. Prevención del suicidio: especialmente en el ámbito de urgencias, hospitalización y en población infanto-juvenil:

- **En el área de atención Infanto-Juvenil**, diseño de objetivos y actuaciones.

³⁹ Alcantud-Marín, F.; Alonso-Esteban, Y. y Rico-Bañón, D. (2014) Sistema de detección precoz del trastorno del desarrollo (SDPTD). Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

⁴⁰ Rydz, D., Srouf, M., Oskoui, M., Marget, N., Shiller, M., Birnbaum, R. & Shevell, M. (2006). Screening for developmental delay in the setting of a community pediatric clinic: a prospective assessment of parent-report questionnaires. *Pediatrics*, 118(4), 1178-1185.

⁴¹ Arruabarrena, I. & de Paul, J. (2012). Early intervention programs for children and families: theoretical and empirical bases supporting their social and economic efficiency. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 117-127.

⁴² Canal, R., García, P., Touriño, E., Santos, J., Martín, V., Ferrari, M. J., Martínez, M., Guisuraga, Z., Boad, L., Rey, F., Franco, M. & Fuentes, J. (2006). La detección precoz del autismo. *Intervención psicosocial*, 15(1), 29-47.



- **En el área de la atención Adultos**, elaboración de un proceso de continuidad de cuidados por Área de Salud.
- **En el área de urgencias hospitalarias**, elaboración de un formulario consensuado, implantado en SELENE, para la evaluación de la conducta suicida en puerta de urgencia (incluye una escala de valoración del riesgo de suicidio).
- **El portal sanitario de la Región de Murcia (Murcia Salud)**, contiene una página web “Prevención Suicida Murcia” elaborada por la Asociación para la Investigación en Salud Mental Román Alberca, de libre acceso. Incluye información sobre factores de riesgo, señales de alerta, conductas a seguir y recursos de ayuda inmediata en la Región de Murcia.
- **El portal Escuela de Salud Región de Murcia**, incorpora contenidos sobre prevención del suicidio en su página web.

C. Violencia de género en mujeres con TM/Adicciones: fundamental incorporar el cribado universal (Sistema RADAR incluido en la acogida de las consultas de SM) para facilitar la detección e intervenciones grupales para su atención.

El Plan de SM 2010-2013 de la antigua Subdirección General de Salud Mental del SMS propuso la elaboración de un protocolo de detección y actuación en los CSM, así como la derivación a programas sociosanitarios específicos. El desarrollo de esta línea de actuación supuso la elaboración de la Guía de Práctica Clínica de Actuación en SM con mujeres maltratadas por su pareja aceptada como Guía de calidad por el Ministerio de Sanidad (GUIASALUD) en 2011⁴³. La Guía entre otras recomendaciones propone un cribado universal (Sistema RADAR incluido en la acogida de las consultas de SM) para facilitar la detección e intervenciones grupales para su atención.

⁴³ Guía de Práctica Clínica de Actuación en Salud Mental con Mujeres maltratadas por su pareja. SMS. Murcia.(2010) http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf



5.3.6 DATOS ASISTENCIALES⁴⁴

Actividad asistencial por centros y programas (2017)

Tabla 19: Programa Adultos. Datos asistenciales 2017 por Áreas de Salud

	CSM	Primeras	Sucesivas	Atendidos	Altas
Área I	Alcantarilla	560	9321	2183	
	Arrixaca	776	6073	1826	32
	San Andrés	1359	23716	4236	89
	Mula	238	5967	1249	21
Área II	Cartagena	2967	40124	8848	322
Área III	Águilas	342	11624	1484	122
	Lorca	1503	26342	4711	455
Área IV	Caravaca	912	18667	3744	28
Área V	Jumilla	451	10044	1395	54
	Yecla	432	10077	1439	105
Área VI	Molina	1646	25901	4276	20
	Morales	1616	20161	3973	
Área VII	Murcia - Este	962	16390	2383	331
	Infante	1178	29851	4035	244
Área IX	Cieza	607	11616	2192	19
TOTAL		14989	256553	45791	1842

Primeras: Número de primeras visitas al centro. *Sucesivas:* Número total de consultas realizadas a partir de la primera. *Atendidos:* Número de pacientes distintos que reciben atención en un año.

Tabla 20: Programa Infanto-Juvenil. Datos asistenciales 2017 por Áreas de Salud

	CSM	Primeras	Revisiones	Atendidos	Altas
Area I, VI y VII	San Andrés	1271	10368	3174	299
Área II	Cartagena	1115	13554	3158	243
Área III	Águilas	158	2057	436	26
	Lorca	497	7654	1341	104
Área IV	Caravaca	347	3093	705	21
Área V	Jumilla	139	2491	264	56
	Yecla	142	2059	319	35
Área VI	Molina	469	9228	1654	105
Área X	Cieza	208	2725	555	25
TOTAL		4346	53229	11606	914

Primeras: Número de primeras visitas al centro. *Sucesivas:* Número total de consultas realizadas a partir de la primera. *Atendidos:* Número de pacientes distintos que reciben atención en un año.

⁴⁴ Fuente: Datos Selene 2017.



Tabla 21: Programa Adicciones. Datos asistenciales 2017 por Áreas de Salud

	CSM	Primeras	Revisiones	Atendidos	Altas
Área I	Mula	11	617	81	1
Área II	Cartagena	793	27075	2706	4
Área III	Águilas	22	2175	109	15
	Lorca	177	13437	618	14
Área IV	Caravaca	127	2599	266	6
Área V	Jumilla	61	7065	128	3
	Yecla	25	4281	93	
Área VII, I y VI	CAD Murcia*	896	12652	1595	124
Área IX	Cieza	25	1683	151	

Primeras: Número de primeras visitas al centro. **Sucesivas:** Número total de consultas realizadas a partir de la primera. **Atendidos:** Número de pacientes distintos que reciben atención en un año.

* No se incluyen los datos de pacientes atendidos en la Unidad Móvil.

Tabla 22: Unidades de Rehabilitación de Adultos. Datos asistenciales 2017

URA	Primeras	Atendidas	Altas
Caravaca	28	111	13
Cartagena	50	168	18
Lorca	27	78	
San Andrés	67	199	4

Primeras: Número de primeras visitas al centro. **Atendidos:** Número de pacientes distintos que reciben atención en un año.

Tabla 23: Hospital de Día de Infanto-Juvenil. Datos asistenciales 2017

HD-IJ	Primeras	Atendidas	Altas
San Andrés IJ	292	275	188

Primeras: Número de primeras visitas al centro. **Atendidos:** Número de pacientes distintos que reciben atención en un año.

Unidades Psiquiátricas Hospitalarias

Murcia dispone de 110 camas en unidades psiquiátricas de hospitales públicos para ingresos de pacientes en crisis aguda, lo que supone 7,75 camas psiquiátricas en hospitales públicos para estancias breves por 100.000 habitantes. El 82,45% de estas camas psiquiátricas de agudos para la población de Murcia, se encuentran ubicadas en Hospitales Generales, estando el resto en un Hospital Psiquiátrico.

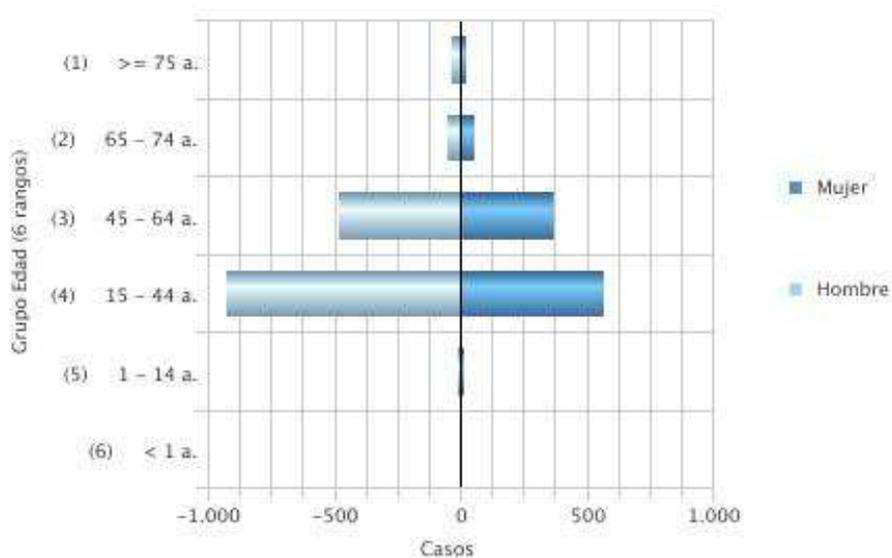
Del informe CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) del 2016, sabemos que el número de altas de **todos los episodios de hospitalización** (públicos, privados, de breve y media estancia) en la Región fue de 2489 que generaron 64.724 estancias hospitalarias, con una estancia media de 14,64 días, IEMA: 1,75 y una tasa de reingresos en menos de 30 días del 12,71.⁴⁵

⁴⁵ Informe Regional CMBD 2016- Psiquiatría. Datos provisionales.



La distribución por sexo y grupos de edad se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 9: Distribución casos hospitalización por sexo y edad. Fuente: CMBD



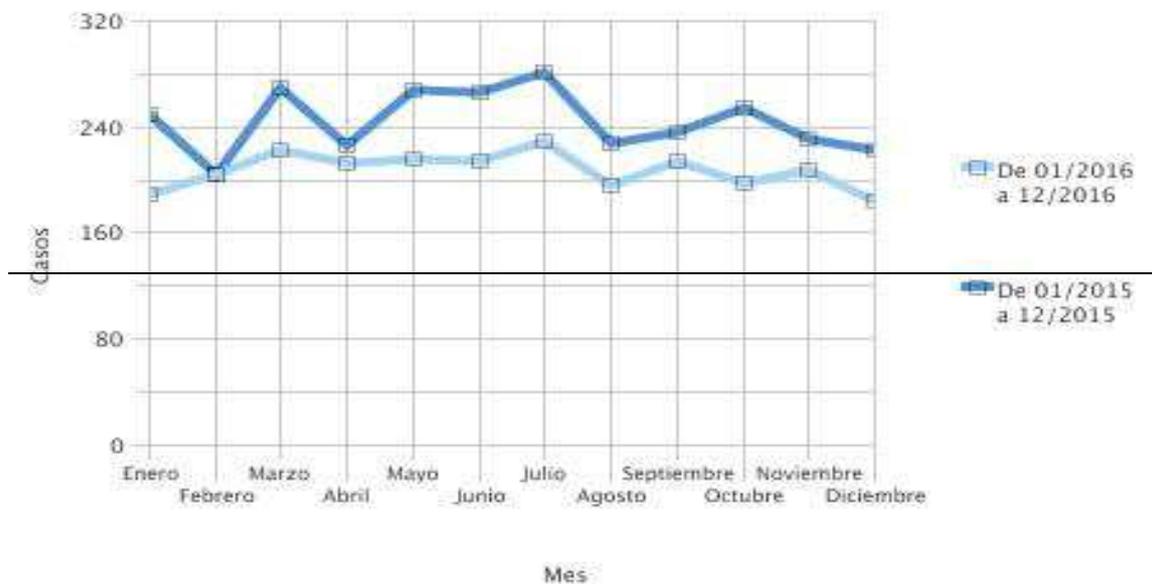
La distribución por Áreas de Salud y a lo largo de año se muestra en la siguiente tabla y gráfico:

Tabla 24: Distribución casos hospitalización por Áreas de Salud. Fuente CMBD

Área de Salud	De 01/2016 a 12/2016		De 01/2015 a 12/2015	
	Casos	%	Casos	%
I-Murcia Oeste	469	18,5%	543	18,2%
II-Cartagena	505	19,9%	627	21,0%
III-Lorca	233	9,2%	261	8,7%
IV-Noroeste	161	6,4%	169	5,7%
V-Altiplano	137	5,4%	125	4,2%
VI-Vega Media del Segura	363	14,3%	420	14,1%
VII-Murcia Este	423	16,7%	457	15,3%
VIII-Mar Menor	147	5,8%	178	6,0%
IX-Vega Alta del Segura	74	2,9%	84	2,8%
Desconocido	3	0,1%	59	2,0%
Foráneos	18	0,7%	61	2,0%
TOTAL	2.533	100,0%	2.984	100,0%



Gráfico 10: Distribución casos hospitalización por meses. Fuente: CMBD



Del examen del CMBD de las hospitalizaciones en la CARM durante el 2016⁴⁶, obtenemos la relación de motivos de ingreso más frecuentes en los hospitales del SMS, hemos recogido los 5 motivos más frecuentes (se ha incluido trastornos por alcohol). Para mayor información puede visitarse la fuente señalada.

Tabla 25: Altas por diagnóstico principal en Hospitales del SMS. Fuente: CMBD (adaptada)

	ALTAS	%	ESTANCIAS	E.M*.
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	799	39,2	25.205	31,55
Trastornos del humor	404	19,8	6.642	16,44
Trastornos de personalidad	237	11,6	4.425	18,67
Trastornos relacionados con sustancias psicotrópicas	162	8	1.962	12,11
Suicidio y lesiones autoinflingidas	97	4,8	891	9,19
Trastornos por alcohol	54	2,6	746	14,35

*E.M.=estancia media

⁴⁶ Informe Regional CMBD 2016- Psiquiatría. Datos provisionales.



Tabla 26: Indicadores de las Altas Inliers del Servicio de Psiquiatría. Fuente: CMBD 2016

Hospital	Altas	%	Estancias	%	E.M.	E.E.	R.(%)	IEMA
COMPLEJO HOSP. U. DE CARTAGENA	560	25,7%	5.926	22,7%	10,58	365	12,48	1,07
HOSP. PSIQUIÁTRICO ROMAN ALBERCA	402	18,4%	4.020	15,4%	10,00	-696	15,10	0,85
HOSP. CLÍNICO U. VIRGEN DE LA ARRIXACA	394	18,0%	3.844	14,7%	9,76	-126	10,05	0,97
HOSP. GENERAL U. REINA SOFIA	383	17,5%	6.967	26,7%	18,19	2.104	7,48	1,43
HOSP. J.M. MORALES MESEGUER	237	10,9%	2.975	11,4%	12,55	197	6,20	1,07
HOSP. RAFAEL MÉNDEZ	207	9,5%	2.375	9,1%	11,47	-84	10,55	0,97
TOTAL	2.183	100,0%	26.107	100,0%	11,96	1.759	10,88	1,07
HOSP. PSIQUIÁTRICO ROMAN ALBERCA sin TEC (Fuente: DATA HPRA)	340	16,0*	4.846	17,9%*	14,25		5,88	

E.M.=estancia media. E.E.=estancia evitable. R. = Reingresos en ≤ de 30 días

* Referido a 2121 altas

Una baja estancia media es un potencial indicador de una baja tasa de complicaciones y efectos adversos, una práctica clínica adecuada y resolutive y una adecuada continuidad de los cuidados en otros niveles de asistencia post-hospitalización.⁴⁷

Los reingresos⁴⁸ pueden ser indicativos de dos situaciones diferenciadas:

- Estar motivados por complicaciones surgidas después del alta pudiendo, entonces, reflejar un inadecuado seguimiento del paciente tras el alta.
- Indicar un alta de hospitalización prematura.⁴⁷

De las 64.724 estancias hospitalarias totales de la Región (2489 altas), anteriormente referida, 14.503 tuvieron lugar en hospitales privados (34 altas, con una estancia media de 426,56 días).

Respecto a Hospitales Concertados, la actividad en los dos últimos años de muestra en la tabla 23:

Tabla 27: Datos asistenciales Hospitales concertados. Fuente CMBD (modificada)

	2016	2015
Altas	33	136
Est. Brutas	14.436	30.389
Est. Media Bruta	437,45	223,45

⁴⁷ Jiménez Paneque, R.E. "Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual". Rev Cubana Salud Pública 2004;30(1): http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm

⁴⁸ Indicadores clave del SNS. <http://inclasns.msssi.es/report/national/>



Los datos arrojados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) revelan que un 2,4% de las altas hospitalarias en 2016 tenían un trastorno mental y/o del comportamiento como diagnóstico principal, ocasionando el 9 % de las estancias hospitalarias.⁴⁹ En la CARM, para el mismo año, el total de altas hospitalarias fue 149.490, siendo el 1,66% (2.489 altas) por trastorno mentales y del comportamiento como diagnóstico principal.

Podemos también ver la evolución en los últimos años de las altas, estancias y estancias medias de los pacientes psiquiátricos a partir de los datos del Centro Regional de Estadística de Murcia.⁵⁰

Tabla 28: Evolución por años de Altas, Estancias y Estancias Medias hospitalarias por trastornos psiquiátricos. CREM

Altas							
Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total UHB	2.145	2.250	2.144	2.476	2.635	2.673	2.494
SMS	2.018	2.119	2.010	2.341	2.488	2.527	2.348
Privados	127	131	134	135	147	146	146
Total Media-Larga	406	390	388	228	275	268	146
SMS	362	357	357	116	126	122	107
Privados	44	33	31	112	149	146	39
Estancias(días)							
Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total UHB	34.475	33.979	34.839	36.486	36.547	36.693	36.740
SMS	30.442	29.434	30.596	32.745	33.624	32.569	32.550
Privados	4.033	4.545	4.243	3.741	2.923	4.124	4.190
Total Media-Larga	53.487	56.359	45.620	49.789	56.808	57.496	45.639
SMS	26.298	27.687	21.680	18.277	21.973	22.578	16.984
Privados	27.189	28.672	23.940	31.512	34.825	34.918	28.655
Estancia Media (días)							
Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total UHB	16,1	15,1	16,2	14,7	13,9	13,7	14,7
SMS	15,1	13,9	15,2	14,0	13,5	12,9	13,9
Privados	31,8	34,7	31,7	27,7	19,9	28,2	28,7
Total Media-Larga	131,7	144,5	117,6	218,4	206,6	214,5	312,6
SMS	72,6	77,6	60,7	157,6	174,4	185,1	158,7
Privados	617,9	868,8	772,3	281,4	233,8	239,2	734,7

⁴⁹ INE, Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2016.

⁵⁰ <http://econet.carm.es/web/crem>



Los índices de ocupación de las UHB de la CARM durante el 2016 quedan reflejados en la siguiente tabla.

Tabla 25: Camas de UHB ocupadas/día. CMBD 2016

DATOS CMBD 2016		
UHB	Camas ocupadas/día (psiquiatría)	Nº Camas
HPRA	13	20
Arrixaca	12	14
Sta. Lucía	21	28
Rafael Méndez	7	14
Morales Meseguer	10	16
Reina Sofía	27	24

El nivel de reingresos urgentes a 30 días en el mismo hospital aumentó en el año 2015 (8,9%) con respecto al año anterior (5,5%).⁵¹

Tabla 26: Flujo de pacientes entre Áreas de Salud, División Psiquiatría. CMBD-AH, SMS, 2016

Flujo de pacientes entre Áreas de Salud, División Psiquiatría. CMBD-AH, SMS, 2016 ⁵²				
Área de Salud	Atendidos en Hospital (%)...			Total (altas)
	De su Área	Otros SMS	Concertada	
I, Murcia Oeste	90,3	9,7	0,0	412
II, Cartagena	95,5	4,5	0,0	466
III, Lorca	96,3	3,7	0,0	216
IV, Noroeste	0,0	100,0	0,0	154
V, Altiplano	0,0	100,0	0,0	128
VI, Vega Media del Segura	58,7	41,3	0,0	332
VII, Murcia Este	83,2	16,8	0,0	368
VIII, Mar Menor	0,0	100,0	0,0	138
IX, Vega Alta del Segura	0,0	100,0	0,0	64
Total SMS Agudos	67,0	33,0	0,0	2.278

Los ingresos psiquiátricos agudos de los pacientes de las Áreas IV y V, que no disponen de este servicio en su hospital, se realizan en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca, ocupando el 50,1% de las camas. Otro 35,3% las ocupan residentes en las Áreas que comparten el

⁵¹ Informe Regional CMBD 2015- Psiquiatría

⁵² Flujo de pacientes entre Áreas de Salud. Implicaciones económico-asistenciales y poblacionales. CMBD-AH, 2016. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1706. Murcia: Consejería de Salud; 2017.



municipio de Murcia, aunque en sus hospitales de Área disponen del servicio de asistencia a pacientes psiquiátricos agudos⁵³.

Los pacientes psiquiátricos que residen en el Área VIII ingresan todos en el Hospital del Área II y los del Área IX en el del Área VI. Así mismo, un 41,3% de la población del Área VI realiza sus ingresos psiquiátricos agudos en otros Hospitales, principalmente en la UHB del Hospital Reina Sofía.²⁸

⁵³ Flujo de pacientes entre Áreas de Salud. Implicaciones económico-asistenciales y poblacionales. CMBD-AH, 2016. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1706. Murcia: Consejería de Salud; 2017.



6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL

El modelo de organización y de trabajo bajo el que se ha desarrollado la Formación Sanitaria Especializada, la Formación Continuada y la Investigación en los últimos años en la Región de Murcia está basado en la **Gestión del Conocimiento** (GC) como una de las principales estrategias de gestión del Servicio Murciano de Salud para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria ofertada a la población de la Región de Murcia. Este modelo de gestión requiere una integración lo más completa posible entre las áreas de gestión, la parte asistencial/clínica y el área de formación, docencia e investigación. Este ha sido el modelo de organización del trabajo bajo el que se ha desarrollado la **Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM)** (www.murciasalud.es/unidaddocentesaludmental) desde sus inicios en el SMS.⁵⁴ La UDIF-SM es la responsable de la organización de:

1) Formación Sanitaria Especializada (FSE)

La Formación Sanitaria Especializada de los médicos internos residentes (MIR) de Psiquiatría, de los psicólogos internos residentes (PIR) de Psicología Clínica y de las enfermeras internas residentes (EIR) de SM de la Región de Murcia con una perspectiva multiprofesional.

2) Formación Continuada (FC)

La FC de los profesionales sanitarios públicos de SM del SMS y de la Consejería de Salud es algo más ambicioso que la mera realización de actividades formativas aisladas. En este sentido se ha fomentado y facilitado la difusión e implantación de otras estrategias igualmente importantes para la FC de los profesionales (sesiones clínicas, bibliográficas, asistencia a cursos y congresos científicos, estimular los procesos de autoaprendizaje y de autoevaluación en los profesionales, implicación en proyectos de investigación y su difusión pública,...).

En la actualidad, se está ejecutando el decimonoveno Plan de FC de Salud Mental con una financiación mixta combinando fondos provenientes del Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP) y gestionados por la Dirección General de Recursos Humanos, y fondos de la propia GRSM y del Hospital Psiquiátrico Román Alberca. En resumen, se han organizado una media de 235 horas formativas/año y se han formado unos 295 alumnos/año en los diferentes cursos organizados incorporando nuevas estrategias docentes alejadas de los cursos presenciales tradicionales (talleres, aprendizaje basado en problemas, sesiones de lectura crítica, grupos de trabajo,...).

⁵⁴ Navarro-Mateu F, Pujalte Martínez ML, Garriga Puerto A, Morán Sánchez I, Ruiz Martínez AM, Giribet Muñoz C. La Gestión del Conocimiento en servicios sanitarios: una experiencia práctica desde la Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM) de la Región de Murcia. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* 2012; 13(3):441-52. http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/008_SIGNO_13_3.pdf



3) Investigación:

El apoyo y fomento de la investigación en temas de salud mental. Por otro lado, colabora en la coordinación de las prácticas de grado y postgrado con las distintas universidades de la Región de Murcia.

En relación con la investigación, la UDIF-SM ha implementado tres estrategias claramente definidas para fomentar la investigación en Salud Mental: a) Formación en itinerarios formativos específicos de metodología de la investigación y de lectura crítica de artículos científicos, así como se ha liderado la organización en los últimos años de un “Club de Lectura Crítica o Journal Club” en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca; b) Se han elaborado documentos estratégicos (“Líneas Estratégicas para el Fomento y Potenciación de la Investigación en Salud Mental en la Región de Murcia 2008-18”) y representado a la organización de salud mental en diferentes foros de investigación; y c) Liderazgo en la elaboración de proyectos de investigación específicos, entre los que destaca el proyecto PEGASUS-Murcia (Psychiatric Enquiry to General Population in SoUtheast Spain-Murcia),⁵⁵ que ha permitido la publicación de más de 35 artículos científicos en revistas científicas de impacto internacional hasta la fecha y ha permitido la realización de otros diseños de investigación (meta-análisis y estudios caso-control), así como ha facilitado la incorporación de investigadores jóvenes.

En resumen, la UDIF-SM de la Región de Murcia forma parte de una estrategia explícita de utilización del conocimiento para facilitar la introducción de cambios y mejorar la calidad asistencial en la organización sanitaria al servicio de los ciudadanos. necesaria la consolidación en la estructura del Servicio Murciano de Salud de la Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM) para seguir permitiendo la utilización del conocimiento como una estrategia prioritaria en la gestión de la salud mental en la Región de Murcia.

⁵⁵ Navarro-Mateu y cols. Epidemiology and genetics of common mental disorders in the general population: The PEGASUS-Murcia Project. *BMJ Open* 2013;3:e004035. <http://bmjopen.bmj.com/content/3/12/e004035.long>



7. PROCESO DE INTEGRACIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL A LAS ÁREAS DE SALUD DE LA CARM

La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, consagra en su artículo 20 la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el Sistema Nacional de Salud y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, estableciendo los principios a los que las administraciones sanitarias competentes han de adecuar su actuación en este ámbito.

La integración de los recursos de SM en cada una de las Áreas Regionales de Salud pretende optimizar la calidad de la asistencia y la eficiencia de los recursos, tanto humanos como estructurales y económicos.

Entendemos que un territorio no es solo una demarcación geográfica. Es mucho más que eso: es un espacio físico donde habitan un conjunto de personas que interactúan entre ellos y ejercen actividades sociales, económicas, culturales y que para tal fin cumplen roles específicos.⁵⁶

La gestión territorial en salud mental permite⁵⁷:

- a. Definir el ámbito territorial de responsabilidad para el ejercicio de funciones de salud y, dentro de ella, la delimitación en espacios menores para el mejor conocimiento de la población, la que puede ser estratificada para el análisis de inequidades y necesidades.
- b. Observar las interacciones sociales que suceden en un territorio y analizar las vulnerabilidades y riesgos que merezcan una respuesta.
- c. Identificar las potencialidades de la población y su entorno para realizar acciones encaminadas a cerrar brechas y corregir deficiencias en los servicios de salud.
- d. Ofrecer una gran posibilidad para la participación activa de la población en la cogestión de servicios de salud (delimitación de prioridades sanitarias; vigilancia, evaluación y control de los problemas de salud; etc.).

OBJETIVOS:

1. Acercar los servicios de SM a la población beneficiaria, mejorando la atención integral de SM para la satisfacción de los ciudadanos.
2. Lograr un aumento progresivo de las acciones de promoción y prevención de la salud, en función a los riesgos y daños prevalentes en cada Área Sanitaria.

⁵⁶ Horacio Capel. Las ciencias sociales y el estudio del territorio. Biblio3W Revista bibliográfica de geografía y ciencias sociales Universidad de Barcelona. 2016. Vol. XXI, núm. 1.149.

⁵⁷ Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental POLÍTICA, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD MENTAL (Versión Revisada) 2005 OMS.



3. Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde los ciudadanos y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud mental.
4. Prestar una atención de SM de calidad, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos, sociológicos y demográficos de la población.

ASPECTOS RELEVANTES:

La gestión en el Área Sanitaria de los recursos de SM es una estrategia útil para el abordaje integral de la SM de una población definida, a partir de una relación más estrecha entre el personal de salud y la comunidad, procurando:

1. Tener un conocimiento más personalizado de individuos y familias, para facilitar la identificación, seguimiento y atención de las personas con problemas de salud mental; focalizando la atención en las familias consideradas en riesgo y colectivos específicos vulnerables
2. Favorecer la estructuración de la oferta de servicios y la Red de servicios de SM. Promoviendo la participación activa de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de acciones de salud mental.
3. Fortalecer la vigilancia comunitaria de la salud mental, aprovechando los recursos locales y comunitarios disponibles. Detectar riesgos actuales y potenciales para la salud mental individual y colectiva, con el propósito de intervenir preventivamente sobre ellos.

FASES DEL PROCESO:

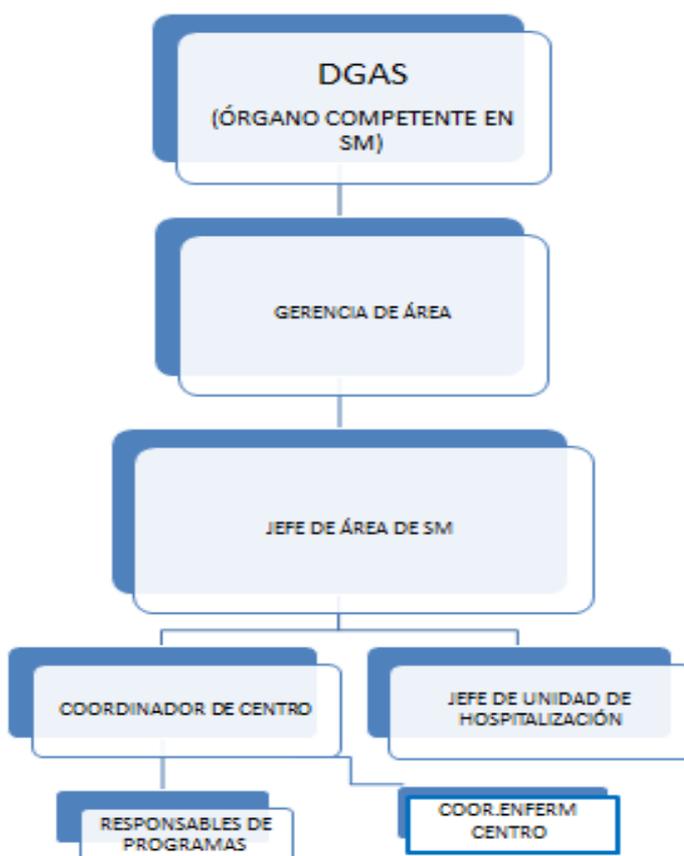
1. Fase I: Traspaso de Gastos Corrientes a las correspondientes Áreas de Salud.
2. Fase II: Traspaso de Gasto de Inversiones a las correspondientes Áreas de Salud.
3. Fase III: Plan estratégico de SM 2019-2022.
4. Fase IV: Definición de la estructura y organización de los servicios de SM en las Áreas.
Modificaciones desde la DGRRHH de las necesidades:
 - Apertura de jefaturas de servicio a psiquiatría y psicología clínica.
 - Revisión del procedimiento de nombramiento de coordinadores de centros.
5. Fase V: Traspaso del personal a las correspondientes Áreas de Salud. Inicio en 2019 con las Áreas que ya disponen de la Jefatura de Área (II, IV, V y VII). Solicitud de Jefaturas de sección de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infantojuvenil y la Unidad Psiquiátrica del hospital Rafael Méndez y de las restantes jefaturas de Área. Traslado del capítulo I en la medida en que se disponga de esta figura.



8. ESTRUCTURA JERÁRQUICA DE SALUD MENTAL EN LAS ÁREAS

La relación jerárquica definida en las Áreas de Salud para SM, se establece de la siguiente forma:

Figura 3: Estructura Jerárquica de SM en las Áreas de Salud



Consideramos que la integración de los servicios de SM en cada una de sus correspondientes Áreas, hace necesario la existencia de un órgano regulador regional que vele por la equidad para todos los ciudadanos de la CARM, canalice y evalúe los resultados de los servicios, que integre aquellos recursos y/o prestaciones que no se vinculen a un área concreta y culmine el proceso de coordinación sociosanitario.

Se hace necesario, a corto plazo, reorganizar el órgano competente en SM dependiente de la DGAS, atendiendo a las necesidades presentes y futuras y definiendo sus competencias y estructura. La extinción de la Subdirección de SM supuso la desaparición de



este órgano directivo como tal, pero no la de su personal, actualmente adscrito a la Subdirección de Programas, Cuidados y Cronicidad o, una parte del mismo, a la DGAS.

Los jefes de Área se dispondrán en los CSM de Área de mayor tamaño (relacionada con la población de referencia y número de profesionales a cargo). Su categoría profesional será Facultativo Sanitario de Psiquiatría o de Psicología Clínica. Asumirán la coordinación del centro, además de las funciones de la jefatura de Área, salvo en el CSM de Área II, San Andrés-Área I, Lorca-Área III que por el tamaño del equipo hace necesaria la existencia de un coordinador de centro. También dispondrán de la figura de coordinador los centros periféricos.

Los coordinadores serán elegidos entre los facultativos (psiquiatras y psicólogos) del centro que concursen al puesto. El proceso de selección entre los candidatos tendrá en cuenta los méritos y la elaboración de una memoria inferior a 15 folios con, al menos, 5 propuestas de mejora para el centro en cuestión. La evaluación del material aportado será llevada a cabo por el jefe de Área de Salud Mental, un profesional facultativo designado por la Gerencia de Área correspondiente y un responsable del órgano competente de la DGSA en SM. El nombramiento tendrá una validez de tres años, con la posibilidad de renovación.

En aquellos centros que por el tamaño del equipo y por su mayor complejidad (CSM Área II, San Andrés-Área I, Lorca-Área III), también se hace necesaria la existencia de un Coordinador de Enfermería que dependerá funcional y jerárquicamente del Coordinador de Centro. Su categoría profesional será la de Enfermera/o especialista en SM y serán elegidos entre los profesionales de enfermería del centro que concursen al puesto. El proceso de selección entre los candidatos tendrá en cuenta los méritos y la elaboración de una memoria inferior a 15 folios con, al menos, 5 propuestas de mejora para el centro en cuestión. La evaluación del material aportado será llevada a cabo por el jefe de Área de Salud Mental y el coordinador del centro y propuesta su nombramiento a la Gerencia de Área. El nombramiento tendrá una validez de tres años, con la posibilidad de renovación.

Todos ellos mantendrán tareas asistenciales por el tiempo proporcional a la complejidad del Área y centro, con la flexibilidad necesaria para poder favorecer el trabajo de coordinación. En líneas generales se establece la siguiente recomendación:

Tabla 29: Recomendaciones para la distribución del tiempo de coordinación

JEFES DE ÁREA	JORNADAS ASISTENCIALES	JORNADAS COORDINACIÓN
>200.000 hab.	1	4
120.000-200.000 hab.	2	3
<120.000 hab.	3	2

Los coordinadores de centros dispondrán de 4 jornadas asistenciales/1 para la coordinación (distribuida de la manera que mejor consideren para su trabajo), siempre con la flexibilidad y apoyo necesario por parte del jefe de área para poder llevar a cabo su tarea de coordinación.



Los responsables de programas dispondrán de 2 jornadas mensuales libres de asistencia destinada a la coordinación del programa, con las matizaciones que se incluyen en el apartado de sus funciones.

Las Unidades de Hospitalización con 15 o menos camas dispondrán de un Jefe de sección, responsable de la unidad (UHIJ, UHP Cieza, UHP Lorca, UME-Área II).

Una relación detallada de las funciones específicas de cada uno de los diferentes responsables puede encontrarse en el Anexo III.

También la UDIF-SM debe incorporarse a la estructura de SM. El Decreto nº 228/2015, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los Órganos Directivos del Servicio Murciano de Salud, atribuye a la Dirección General de Recursos Humanos, entre otras, las competencias en materia de ordenación y evaluación de la docencia, la formación sanitaria especializada y la formación continuada. En esta misma norma, se acordó la supresión de la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

El Director General de Recursos Humanos, de acuerdo a las atribuciones que le confiere el Decreto nº228/2015, resolvió, con fecha 31 de marzo de 2017, “Declarar al Hospital Psiquiátrico Román Alberca entidad titular a la que queda adscrita la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de la Región de Murcia”. Como consecuencia de esta Resolución, la organización de los cursos de formación dependientes de la UDM-SM así como los 23 residentes MIR de Psiquiatría, 15 PIR de Psicología Clínica y 10 EIR de Salud Mental, son gestionados por la referida Unidad desde el Hospital Psiquiátrico Román Alberca, tanto la gestión económica como la gestión de recursos humanos; dándose la paradoja, que el personal que gestiona y lidera la UDM-SM no está adscrito al Hospital.

La actual plantilla de la UDIF-SM está formada por 2 FEA de Psiquiatría, 1 FEA de Psicología clínica. 1 Enfermera especialista en SM y 1 auxiliar administrativo.

Por todo lo anteriormente expuesto, se ha propuesto el traslado de las referidas plazas al Hospital Psiquiátrico Román Alberca.



Gerencia Regional de Salud Mental



9. LÍNEAS ESTRATÉGICAS de SALUD MENTAL 2019-2022



9.1 INTRODUCCIÓN





INTRODUCCIÓN

La OMS en su plan de acción sobre SM 2013-2020 establece que la prestación de servicios comunitarios de salud mental ha de tener un enfoque basado en la recuperación⁵⁸. Países angloparlantes como: Estados Unidos, Inglaterra, Australia, Nueva Zelanda y Escocia, han adoptado hace años la recuperación como principal meta de los planes de salud mental. Nueva Zelanda en 1996 proponía una visión para el desarrollo de los servicios basada en la recuperación y la Estrategia de Salud Mental de Australia 2003-2008 establecía como objetivo de los servicios de SM la recuperación personal, siguiendo la definición de Anthony.⁵⁹ Otros países de nuestro entorno como Irlanda, Canadá y países germanoparlantes también caminan en la misma dirección⁶⁰.

Recuperarse de una enfermedad mental significa tanto volver a ocupar una posición valiosa en la sociedad, como recuperarse a los efectos de haber sido diagnosticado de la enfermedad mental (discriminación, indefensión, efectos negativos del desempleo, sueños rotos...) tanto como de la trastorno en sí⁶¹. Sobre esto aún pesa la visión clásica de la esquizofrenia como una condición crónica, con un pronóstico muy pesimista, que requiere medicación antipsicótica de por vida y con muy pocas expectativas para el paciente y la familia⁶². Esta visión está empezando a cambiar por los estudios de seguimiento a largo plazo, donde se aprecia tanto un nivel de recuperación mayor del esperado⁶³ como la importancia que puede tener la organización de los servicios en los resultados a largo plazo sobre el empleo, las relaciones sociales y la posibilidad de llevar una vida independiente⁶⁴. Tanto es así que la última guía de práctica clínica de la esquizofrenia y trastornos psicóticos del Sistema Nacional de Salud Británico recomienda explícitamente “dar un mensaje positivo sobre la recuperación”⁶⁵.

⁵⁸ OMS. Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. Accedido el 13 de julio de 2018: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

⁵⁹ Anthony, WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993, 16: 11 – 23.

⁶⁰ Slade M. Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge ; New York: Cambridge University Press; 2009. 275 (Cambridge medicine).

⁶¹ Farkas, M. «The Vision of Recovery Today: What It Is and What It Means for Services». World Psychiatry: Official Journal of WPA, 6, nº 2 (junio de 2007): 68-74.

⁶² Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in Schizophrenia, Schiz. Bull. 2006, 32, 3, 432-442

⁶³ Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. Psychological Medicine. 2014 Mar 24;1–10.

⁶⁴ DeSisto MJ, Harding CM, McCormick RV, Ashikaga T, Brooks GW. The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. I. Matched comparison of cross-sectional outcome. Br J Psychiatry. 1995 Sep;167(3):331–8.

⁶⁵ NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. 2014. Accedido el 15 de Julio de 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>.



La recuperación es inicialmente un movimiento social que se pone en marcha en el seno de los usuarios de los servicios de salud mental, en torno a un conjunto de valores compartidos (implicación personal, autodeterminación, esperanza....) que se propone como alternativo a la actual situación de valores y perspectivas existentes y cuya relevancia para los procesos terapéuticos depende tanto de la asunción de esos valores por parte del mundo profesional y de los responsables de la política sanitaria, como del hecho de que "a posteriori" se ha ido disponiendo de una colección de resultados empíricos que demuestran que los tratamientos más eficaces son aquellos que incorporan ingredientes de "recuperación". Entre ellos podríamos destacar por los cambios que introducen tanto en los pacientes como en los servicios la contratación de trabajadores para apoyo entre iguales, las voluntades anticipadas en caso de crisis, la refocalización de los servicios, el modelo de fortalezas o el empleo con apoyo (IPS, por sus siglas en inglés)⁶⁶.

La propuesta de prácticas centradas en la recuperación está produciendo impactos importantes en la actitud de los propios afectados (empoderamiento- involucración de los afectados e interesados, automanejo de la enfermedad, desestigmatización), en la organización de los servicios (participación e implicación de los usuarios del servicio), en la actitud de los profesionales (mayor respeto a la opinión y preferencias de los interesados, cooperación) e incluso obliga a reconsideraciones psicopatológicas.⁶⁷

Los principios de la recuperación resumen bien esa necesidad de un cambio de orientación del sistema: "la recuperación consiste en construir un proyecto de vida que se aleja de la patología y la enfermedad y se acerca a la salud, la fortaleza y el bienestar. Las personas no se recuperan solas; por ello, el proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido en el medio comunitario y no en servicios segregados".⁶⁸

Frente a los modelos basados en el trastorno, el déficit o la discapacidad es necesario avanzar hacia modelos de intervención en los que tenga mayor relevancia el desarrollo de capacidades, competencias y el bienestar de las personas que sufren problemas de salud mental, es decir, hacia una visión centrada en las capacidades, recursos y aspectos positivos del funcionamiento de cada individuo. En palabras de Davidson la recuperación sería "un proceso de restaurar un sentido significativo de pertenencia a la propia comunidad y un sentido positivo de identidad, a pesar de las limitaciones impuestas por una discapacidad".

⁶⁶ Slade: op. Cit.

⁶⁷ Rosillo M, Hernández Monsalve M, Smith SPK. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2013 Jun;33(118):257-71.

⁶⁸ Shepherd G, Boardman J & Slade M. Hacer de la *recuperación* una realidad. Accedido el 15 de julio de 2018. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/servicios/SaludMental/pdf/hacerrecuperacion.pdf>



¿Qué supone hacer de la recuperación la meta crítica de los servicios de Salud Mental? Una de las primeras consecuencias es la ruptura de la lógica departamental, basada en el concepto de derivación, algo que ya está presente en la concepción de la gestión por procesos. Apoyar a una persona con necesidades diferentes y cambiantes a lo largo del tiempo exige una organización flexible y altamente coordinada, tanto en los aspectos clínicos como sociales. Es lo que algunos autores definen como una estrategia de abajo a arriba, pues comienza con las necesidades, preferencias y objetivos de la persona en proceso de recuperación. Minimizar el déficit, la discapacidad o la disfunción difícilmente nos hará llegar al proceso de maximizar la salud y la vida cotidiana de la persona⁶⁹. Hay que incorporar ambos objetivos.

La cultura de la recuperación supone que los servicios, más que focalizarse sobre sus propias necesidades, deben centrarse en la necesidades de los pacientes adaptándose a ellas. Esto implica redefinir la implicación de los usuarios, cuya experiencia en primera persona se considera básica para orientar los cambios. El objetivo último es diseñar servicios capaces de apoyar el regreso a la universidad o al instituto y facilitar las metas de los que quieren casarse, tener familia, comenzar su negocio o vivir en un piso o residencia asistida y trabajar.

El enfoque basado en la recuperación junto con el compromiso de la organización con la intervención desde una perspectiva de género en los diversos ámbitos de actuación, va a garantizar la adecuación de los programas y servicios de salud mental a las características diferenciales de mujeres y hombres, visibilizando a las mujeres como un grupo vulnerable y prioritario y primando el trabajo con las propias mujeres en su tratamiento, mediante una escucha adecuada de los diferentes aspectos biopsicosociales asociados al rol de género, tal como recomiendan directrices europeas⁷⁰ y conforme con el Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM) del SMS⁷¹.

El anterior Plan de SM (2010-13) contenía objetivos parciales que se convierten en ejes de la Estrategia. Significa una evolución, más que una ruptura. Daremos varios ejemplos: “Asegurar la continuidad asistencial del paciente con TMG” objetivo VII.2.1 del último plan, se convierte en un eje de la Estrategia. La Línea de actuación VII.2 “Atención a los trastornos mentales”, actividad 1 y 2: “Desarrollo del proceso de trastorno mental grave (TMG)” e “implantación de la Guía de esquizofrenia”, supusieron un primer intento de romper la ley de cuidados inversos al proponer desarrollar y aplicar los planes de actuación coordinada (PAC) a los TMG, mediante valoraciones multiprofesionales y objetivos comunes. También se

⁶⁹ Davidson L, editor. A practical guide to recovery-oriented practice: tools for transforming mental health care. Oxford: Oxford Univ. Press; 2009. 249 p.

⁷⁰ Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017, sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2018/C 252/10) https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2018.252.01.0099.01.SPA&toc=OJ:C:2018:252:TO

⁷¹ Programa Integral de Atención a la Mujer. Subprograma de Atención al Bienestar Biopsicosocial de las Mujeres. (Pendiente de publicación). Servicio Murciano de Salud. 2018.



desarrollaron procesos de TMG en casi todos los centros y, en algunos casos, los procesos han supuesto romper la lógica de programas separados, con criterios de derivación explícitos, y ahora se integran profesionales de adultos, infanto-juvenil, adicciones, rehabilitación y ETAC en las reuniones de PAC^{72,73}

Dentro de la línea de actuación VII.3 del último plan, la actividad 1: Mejora de la coordinación y comunicación con AP se transforma en una línea estratégica, con el objetivo de implantar un modelo de colaboración. Igualmente, la actividad 6: “Creación de una comisión socio-sanitaria” que, superando la existencia de la propia comisión que planteaba el plan como objetivo, ha elaborado un protocolo de coordinación sociosanitaria aprobado por ambas Consejerías⁷⁴, también constituye una línea estratégica. Por último la 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” da lugar a la creación del proyecto “Euroempleo” que, siendo ya una realidad, se traduce en potenciar otra línea capital de la Estrategia. Por último, la actividad 5: “Comisión asesora en salud mental” con varios grupos de trabajo constituidos en los últimos años, entre ellos el de Estigma y derechos, anticipa el eje V de la presente Estrategia.

El reto de esta Estrategia es impulsar una reorientación de los recursos de salud mental a la luz del modelo de recuperación que sea la base para planificar el desarrollo de la red en el futuro.

⁷² Viñas, R, Martínez, A, Martínez, A M, Celdrán, J, Martínez, AI, Alonso, I. Proceso de atención al trastorno mental grave. Modelo de abordaje integral de Molina de Segura [Internet]. Murcia: Consejería de Sanidad; 2014. 91 p. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/291178-Proceso_Molina.pdf

⁷³ Valera, J., García, JJ, Albacete, A, Franco, L, Oliván, C, Ortuño, MI, et al. Proceso de atención integral al trastorno mental grave: Modelo de abordaje multiprofesional de Lorca. Murcia: Servicio Murciano de Salud. S.G.S.M.; 2015. 110 p.

⁷⁴ [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=54379&IDTIPO=100&RASTRO=c887\\$m](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=54379&IDTIPO=100&RASTRO=c887$m)



9.2 MISIÓN, VISIÓN, VALORES





MISIÓN, VISIÓN, VALORES

MISIÓN

Organizar la asistencia en Salud Mental en torno a un modelo que reconozca todos los derechos y responsabilidades de ciudadano a las personas que presentan un trastorno mental, con actuaciones dirigidas a la normalización e integración plena en la sociedad, evitando su exclusión y considerando al paciente el centro del sistema.

En este contexto, el propósito de este Plan es alinear la misión de la GRSM al desarrollo e implementación en la comunidad de una red de prestaciones adaptadas a las nuevas necesidades de las personas con trastorno mental y a las características sociodemográficas de las Áreas de salud, estableciéndose la coordinación necesaria dentro del Área y entre Áreas para el uso de los recursos existentes.

Planificar, desarrollar y evaluar de forma continuada, permitiendo así los ajustes necesarios, los recursos específicos y programas de SM integrados en la Red Pública del SMS, dirigidos a una atención integral que incluya la promoción, prevención y asistencia sanitaria especializada de calidad en SM en el ámbito de la CARM.

Coordinar las actividades con otros ámbitos sanitarios y sociales (AP y otras Especialidades, Servicios Sociales, ONG,...), imprescindibles para garantizar una adecuada continuidad de cuidados con criterios de máxima calidad, eficacia, efectividad y eficiencia.

Promover el máximo compromiso de los profesionales integrados en equipos multidisciplinares con una cultura orientada a la humanización, mejora e innovación continuada de la prestación de servicios, al desarrollo personal y profesional del equipo humano y su implicación en la docencia pregrado y postgrado, formación continuada y la investigación en SM. Todas ellas, actividades fundamentales que deben estar orientadas por el modelo comunitario de atención.

Facilitar la participación comunitaria estableciendo espacios de interlocución en los que la CARM y el movimiento asociativo relacionado con los problemas de salud mental puedan transmitir sus opiniones, propuestas y necesidades, fomentando su participación en la gestión y evaluación de los Servicios de SM.

VISIÓN

- Favorecer un modelo de atención que respete los derechos de las personas con problemas de salud mental, erradicando el uso de prácticas coercitivas y velar de manera continuada por el cumplimiento de los principios de la Convención de las personas con discapacidad.



- Procurar la mejor atención posible a las necesidades del paciente, garantizando al mismo tiempo la sostenibilidad del sistema público, utilizando los recursos profesionales y técnicos en la mejor combinación de eficacia y utilidad terapéutica.
- Ofrecer más a quien más necesita, evitando la ley de cuidados inversos.
- Finalizar el proceso de la desinstitucionalización.
- Mantener como eje vertebrador del sistema de atención a la SM la asistencia y cuidados de la persona en su entorno (territorial, familiar, social), generando cultura entre los profesionales y en la comunidad de pertenencia, donde todos los ciudadanos participemos, desde nuestro ámbito de responsabilidad, en mantener una sociedad más saludable y contribuir también a la erradicación del estigma.
- Favorecer el bienestar de los profesionales, a través del reconocimiento de su labor, su participación y promoción en la organización.

PRINCIPIOS Y VALORES

Asumimos los valores y principios básicos del modelo de atención comunitaria:

- **Autonomía:** Capacidad del sistema para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas con trastorno mental, así como fomentar su responsabilización en las cuestiones que afecten a su salud mental, al proceso asistencial, y al uso adecuado de los recursos.
- **Continuidad:** Capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente entre los servicios que la componen (continuidad transversal). Esto implica la coordinación con otros recursos y agencias comunitarias, sanitarias y no sanitarias, para poder proporcionar la atención que requieren estas personas desde una perspectiva integral.
- **Accesibilidad:** Capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familias cuando y donde la necesiten. Se debe facilitar el acceso a los recursos a cada ciudadano, lo que incluye la eliminación de barreras físicas, organizativas y las relacionadas con las actitudes de los profesionales.
- **Integralidad:** Fomentar el reconocimiento y la efectividad del derecho a recibir asistencia en todas las necesidades causadas por el trastorno mental, recogiendo las necesidades básicas de autonomía y autocuidado, relaciones afectivas y sociales y las referidas a alojamiento, ocupación, formación y empleo y ocio y tiempo libre.
- **Equidad:** En la distribución de recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad a las necesidades de la población.
- **Recuperación personal:** La recuperación de un TMG implicaría, por un lado, la atención a los aspectos clínicos de la enfermedad y por otro, la atención dirigida a superar en la medida de lo posible los efectos de la misma y retomar el propio curso vital, recuperando al máximo las propias capacidades como individuo y como ciudadano.



- **Responsabilidad y transparencia:** de las instituciones sanitarias frente a los pacientes, sus familias y la comunidad. Implica una gestión eficiente y transparente de los recursos, la difusión de servicios y prestaciones, la explicitación de los criterios de asignación de prioridades y la provisión de cauces administrativos adecuados para la tramitación de quejas y sus respuestas.
- **Calidad:** Aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean utilizando procedimientos basados en pruebas. Implica componentes como la calidad científico-técnica y la aceptación por el usuario de la atención proporcionada.

De acuerdo a estos principios básicos, los valores que sustentan nuestro modelo de atención de la SM son, además de los del modelo de atención comunitario, los siguientes:

- **Compromiso de los profesionales y de la organización** basado en los principios de: ética asistencial, trabajo en equipo, la utilización de la mejor evidencia técnica posible y el uso eficiente de los recursos disponibles (profesionalismo).
- **Salud mental positiva** implica que, más allá de la enfermedad, debemos centrarnos en la promoción y prevención de la salud.
- **Mejora continua de las prestaciones** a través del fomento de la Docencia y Formación, Investigación e Innovación constantes. Los trastornos mentales siguen estando sujetos a múltiples visiones profesionales, algunas de ellas con escasa evidencia científica, lo que tiene como consecuencia una excesiva variabilidad de la práctica clínica en relación con otras Áreas sanitarias. Por ello es imprescindible el empleo de la mejor evidencia científica disponible en el proceso asistencial, así como una adecuada gestión del conocimiento.
- **Sostenibilidad.** La combinación de la eficacia, efectividad y eficiencia de los recursos humanos y estructurales de la red de salud mental garantizan la sostenibilidad del sistema sanitario público.
- **Enfoque de género.** Existe una clara dimensión de género en el campo de la salud mental y debe ser reconocido que las mujeres y los hombres, debido a diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades. Los factores psicosociales de género sitúan a las mujeres en posiciones sociales de desventaja, dependencia, menor control sobre sus vidas y mayor riesgo de sufrir violencia, lo que se tendrá en cuenta en el proceso de planificación y prestación de actuaciones en salud mental.





9.3 METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN





METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

En noviembre de 2017, El SMS delegó en la Gerencia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca⁷⁵, competencias para la Gerencia Regional de SM. Se brindaba con ello la oportunidad, tras la supresión en 2015 de la antigua Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, de continuar mejorando la gestión de los recursos para la atención a la salud mental actualmente existentes en nuestra Comunidad Autónoma.

Se reconocía, a través de esta delegación, la conveniencia de mantener un órgano directivo específico para una gestión eficiente en materia de salud mental, al menos hasta tanto se apruebe la configuración y puesta en marcha de las estructuras de gestión de todas las Áreas de Salud. La sectorización de los recursos, tan ligada al desarrollo del modelo de atención comunitario, se convierte en el caso de la Red de SM en una amenaza si antes no se señalan las diferencias en cuanto a recursos y desviaciones respecto del modelo de intervención en SM entre las diferentes Áreas. Mantener una estructura regional de gestión de la SM, podría ser un modo de evitar el aumento de estas diferencias (contrarias al principio de equidad) y difundir de forma continua el modelo de intervención en SM con los equipos directivos de las gerencias, buscando soluciones frente a las deficiencias detectadas a través de reuniones Inter-Áreas. Las condiciones de uniprovincialidad propias de nuestra Comunidad Autónoma facilitan enormemente que esta tarea se pueda llevar a cabo.

Entre los encargos propios de la GRSM, se dispuso de forma específica la elaboración de unas Líneas Estratégicas en Salud Mental para los próximos cuatro años.

Un primer paso imprescindible, en este marco de trabajo, era realizar un diagnóstico inicial de nuestra organización. Para ello, el equipo directivo de la GRSM optó por la realización de un análisis DAFO como método sencillo y eficaz para elaborar la propuesta de objetivos y actuaciones futuras. Esta metodología, nos ayuda a plantear las acciones que deberíamos poner en marcha para aprovechar las oportunidades detectadas y a preparar a la organización contra las amenazas teniendo conciencia de las debilidades y fortalezas. Del examen del DAFO realizado, surgieron ideas para posibles líneas de acción.

Fruto de estas reflexiones, se decide la elaboración de una Estrategia de organización de la Red Regional de SM en base a cinco ejes de intervención, relacionados e imbricados, pero que por razones de operatividad pensamos conveniente separar:

- Eje I: Promoción de la Salud Mental y Prevención del Trastorno Mental
- Eje II: Prestaciones
- Eje III: Continuidad Asistencial

⁷⁵ BORM, 2 de diciembre de 2017 N° 279: Resolución de 21 de noviembre de 2017 del Director General de Asistencia Sanitaria del SMS.



- Eje IV: Ciudadanía: Derechos y Estigma
- Eje V: Gestión del Conocimiento

Para cada una de estos Ejes se nombró un coordinador dentro del Equipo Directivo de la GRSM. Este coordinador quedaba responsabilizado de organizar un grupo de trabajo con representantes de la Red de SM y otras organizaciones. En el apartado de Autoría se detallan los integrantes de cada uno de ellos.

Dentro de cada grupo, se acordó la realización de un análisis DAFO específico, que permitiera extraer líneas estratégicas y acciones concretas.



9.4 ESTRATEGIAS, OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN





ESTRATEGIAS, OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

El Plan estratégico 2019-2022 se estructura en torno a 5 ejes de intervención con sus correspondientes líneas estratégicas, concretadas en diferentes líneas de acción específicas.

Eje I. Promoción de la Salud Mental y Prevención del Trastorno Mental

- LÍNEA ESTRATÉGICA I.1: PREVENCIÓN DE TOXICIDAD MEDIOAMBIENTAL EN EL NEURODESARROLLO (PROYECTO HOJA VERDE) **11 líneas de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA I.2: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO **9 líneas de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA I.3: PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN MENORES CON ANTECEDENTES DE TRASTORNO MENTAL EN LOS PADRES **10 líneas de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA I.4: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO **10 líneas de acción**

Eje II. Prestaciones

- LÍNEA ESTRATÉGICA II.1: MEJORA DE LA ATENCIÓN AL TMG EN TODAS LAS ÁREAS **7 líneas de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA II.2: OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL TMC EVITANDO LA CRONIFICACIÓN DE LOS PACIENTES Y GARANTIZANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL **2 líneas de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA II.3: PREVENCIÓN DE LA PSICOPATOLOGIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA (SANITARIZACIÓN DEL MALESTAR) **4 líneas de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA II.4: MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES **12 líneas de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA II.5: MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES INFANTOJUVENILES **5 líneas de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA II.6: ORDENACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE INSERCIÓN LABORAL Y EMPLEO PARA TMG **12 líneas de acción**

Eje III. Continuidad Asistencial

III.A. Coordinación AP-CSM

- LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.1: SECTORIZACIÓN CSM-AP **3 líneas de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.2: MEJORA EN EL ÁREA DE COMUNICACIÓN Y COOPERACIÓN AP-CSM **4 líneas de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.3: IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO MULTIPROFESIONAL AP-SM EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD **1 línea de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.4: MEJORA DE LA GESTIÓN **2 líneas de acción**
- LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.5: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL **1 línea de acción**



III.B. Continuidad asistencial en Salud Mental

- LINEA ESTRATÉGICA III.B.1: PROMOCIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO Y EN RED **3 líneas de acción**
- LINEA ESTRATÉGICA III.B.2: MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA FACILITAR EL PROCESO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL **7 líneas de acción**
- LINEA ESTRATÉGICA III.B.3: PROPUESTAS DE CAMBIOS ORGANIZATIVOS QUE FACILITEN EL PROCESO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL **6 líneas de acción**

III.C. Coordinación Sociosanitaria

- LINEA ESTRATÉGICA III.C.1: MEJORA DE LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES, EDUCACIÓN U OTROS, EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TMG Y/O ADICCIONES QUE PRECISEN DE LA INTERVENCIÓN SUCESIVA O SIMULTÁNEA DE DICHS SISTEMAS **11 líneas de acción**

Eje IV. **Ciudadanía: Estigma y Derechos**

- LINEA ESTRATÉGICA IV.1: DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS ASISTENCIALES QUE PROMUEVAN LOS DERECHOS, LA PARTICIPACIÓN Y LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y SUS FAMILIAS **8 líneas de acción**
- LINEA ESTRATÉGICA IV.2: MEJORA DEL CONOCIMIENTO EN MATERIA DE DERECHOS EN SM ENTRE PROFESIONALES DEL ÁMBITO **2 líneas de acción**
- LINEA ESTRATÉGICA IV.3: PROMOCIÓN DE ACCIONES ANTIESTIGMA **2 líneas de acción**

Eje V. **Gestión del Conocimiento**

- LINEA ESTRATÉGICA V.1: FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA **3 líneas de acción**
- LINEA ESTRATÉGICA V.2: FORMACIÓN CONTINUADA **4 líneas de acción**
- LINEA ESTRATÉGICA V.3: INVESTIGACIÓN **4 líneas de acción**



9.4.1 EJE I. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL

LÍNEA ESTRATÉGICA I.1: PREVENCIÓN DE TOXICIDAD MEDIOAMBIENTAL EN EL NEURODESARROLLO (PROYECTO HOJA VERDE⁷⁶)

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del aprendizaje, conducta y desarrollo en los niños son claramente el resultado de complejas interacciones entre factores ambientales (físicos, químicos, biológicos, psicológicos y sociales) y genéticos durante los periodos vulnerables del desarrollo.

La UE insta a los países miembros en su reciente estrategia sobre medioambiente y salud infantil (SCALE) a formar grupos de especialistas y a mejorar el conocimiento entre los factores medioambientales y los trastornos neurológicos de la infancia.

Los neurotóxicos pueden alterar el desarrollo y funciones del Sistema Nervioso de manera específica y de forma permanente. Unos pocos han sido ampliamente estudiados (plomo, mercurio; algunas drogas como alcohol, nicotina, cocaína, opioides), mientras que sobre la mayoría se ha efectuado una investigación mínima.

El alcohol durante el embarazo es teratógeno y neurotóxico para la descendencia; actúa sobre el crecimiento y el desarrollo fetal en cualquier momento de la gestación y no se ha podido establecer ningún nivel de bebida sin efecto. Pasa fácilmente la barrera placentaria y es equimolar en sangre-leche materna. Los efectos teratogénicos y sobre el neurodesarrollo varían a lo largo de los periodos críticos del desarrollo, siendo en el periodo de embriogénesis temprana cuando es extremadamente sensible a su acción.

Los TEAF son un grupo de trastornos que ocurren en personas cuyas madres bebieron alcohol durante el embarazo. Estos efectos pueden incluir problemas físicos, de conducta y de aprendizaje. La forma más grave de presentación se reconoce como síndrome alcohólico fetal (SAF).

⁷⁶ Ortega García JA, Sánchez Saucó MF, Jaimes Vega DC, Pernas Barahona A, Cárceles Álvarez A. Hoja verde. Creando ambientes más saludables durante el embarazo y lactancia materna. Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Murcia, España; 2013. Disponible:

http://pehsu.org/wp/wp-content/uploads/hoja_verde_reproductiva.pdf (Nº Depósito legal: MU-603-2016).

Ortega García JA, Sánchez Saucó MF, Jaimes Vega DC, Pernas Barahona A. Manual de la Hoja verde. Creando ambientes más saludables durante el embarazo y lactancia materna. Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Murcia, España; 2013. Disponible:

<http://pehsu.org/wp/wp-content/uploads/MANUAL-DE-HOJA-VERDE.pdf> (Nº Depósito legal: MU-606-2016).

JUSTIFICACIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas durante la gestación y la lactancia, es la causa prevenible más importante de trastornos del desarrollo graves en el niño⁷⁷.

En el mundo occidental, se estima que se dan de 0,4 a 3 casos de SAF por cada 1000 recién nacidos vivos. El valor medio aplicable a España estaría en los 2/1000. Trabajos clínicos y con búsqueda activa en la etapa escolar alcanzan los 9 casos de SAF por cada 1000 individuos.

La prevalencia de los TEAF por lo menos se ha estimado en 4 veces más casos que de SAF.^{78, 79, 80}

Todos los TEAF/SAF son susceptibles de ser detectados y tratados de forma precoz. La efectividad de la atención temprana se relaciona directamente con la precocidad de la intervención, la intensidad de la misma y la gravedad de la afectación.^{70, 81}

El cribado e intervención precoz intrauterina o en los primeros días de vida postnatal, nos da una oportunidad extraordinaria para poner en marcha mecanismos contra balanceadores del daño por exposición prenatal a alcohol en una etapa de plasticidad y oportunidad para mejorar el constructo cerebral.

Las investigaciones recientes indican unas prevalencias de consumo de alcohol, al inicio del embarazo, muy altas en mujeres embarazadas en nuestro país, desde el 45% descrito en Barcelona hasta el 65% en la Región de Murcia.^{82, 83}

La Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Alcohol y Drogas en España (EDADES-2013), en población de 15 a 65 años de edad, informa que, en los últimos 30 días, el 52.4% de las mujeres con edades entre 15 y 65 años ha ingerido bebidas alcohólicas y el 10% de las mujeres de 20 a 34 años (período de máxima fertilidad) se ha emborrachado en el último mes. Así mismo, en el último mes, el 2.1% de las mujeres de 20 a 35 años bebe a diario.⁸⁴

⁷⁷ Alcantud Marín F, Alonso Esteban Y, Jiménez Pina E. Trastornos del desarrollo asociados con la exposición al alcohol durante el embarazo y la lactancia. 2012. ISBN13: 978-84-7642-903-7.

⁷⁸ Lachenmeier D.W., Rehm J. Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Sci Rep.* 2015; 5: 8126.

⁷⁹ Romera Modamio G, Fernández López A, Jordán García Y, Pastor Gómez A, Rodríguez Miguélez JM, Botet Mussons F, et al. Alcoholic embryofetopathy. Neonatal case reports for the past twelve years. *An EspPediatri.* 1997; 47:405-9.

⁸⁰ May PA, Gossage JP, Kalberg WO, Robinson LK, Buckley D, Manning M, et al. Prevalence

⁸¹ Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Jaén A. Fetopatía alcohólica: puesta al día. *RevNeurol* 2011; 52: S53-S57.

⁸² García-Algar O, Kulaga V, Gareri J, Koren G, Vall O, Zuccaro P, et al. Alarming prevalence of fetal alcohol exposure in a Mediterranean city. *Ther Drug Monit.* 2008;30:249-54.

⁸³ Ortega-García JA, Gutierrez-Churango JE, Sánchez-Sauco MF, Martínez-Aroca M, Delgado-Marín JL, Sánchez-Solis M, et al. Head circumference at birth and exposure to tobacco, alcohol and illegal drugs during early pregnancy. *Childs Nerv Syst.* 2012; 28:433-439.

⁸⁴ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, Madrid, España.



A la luz de estos datos, podemos extrapolar el hecho de que existe desconocimiento de los efectos nocivos del consumo, sobre todo del puntual, de alcohol durante la gestación y la lactancia.

La ingesta de alcohol en general, y en las mujeres embarazadas y lactantes en particular, está infradiagnosticada por la propia cultura mediterránea, en la que socialmente está aceptada la imagen del «bebedor social».

Todo lo anterior provoca que, con frecuencia, no se detecte dicha ingesta y, si se hace, salvo en las mujeres de muy alto riesgo o alcohólicas, no se cuestiona o no se comunican los riesgos.

MARCO ESTRATÉGICO

La OMS y la UE consideran los efectos relacionados con la exposición al alcohol, en general, uno de los retos sanitarios más importantes del siglo XXI, constituyendo el uso inapropiado del alcohol la tercera causa de enfermedad y muerte en Europa. La UE tiene las tasas más altas de consumo de alcohol en el mundo – dobla la media mundial con 10.9 litros /persona en 2010 y 11,2 litros per cápita en España.

En el ámbito español, la Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS, aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS en diciembre de 2013 en relación a la prevalencia y carga de enfermedad, refiere que la vulnerabilidad al alcohol se manifiesta especialmente en el embarazo. En este sentido, el SAF es la primera causa prevenible de defectos congénitos y deficiencia mental y, según el estudio de carga mundial de la enfermedad GBD 2010 en España, el consumo de alcohol ocupa el primer lugar en cuanto causa de carga de enfermedad en la población de 15 a 49 años.

La UE identifica entre las acciones prioritarias a desarrollar en los Estados Miembros para disminuir los atracones de alcohol y el consumo entre los jóvenes:

- a) La reducción de la exposición al alcohol durante el embarazo.
- b) La creación de ambientes más saludables para la infancia.

Además, tanto la UE como la OMS instan a la identificación de medidas y buenas prácticas destinadas a minimizar los impactos en salud con especial atención al consumo de alcohol durante el embarazo.

Por su parte, el Parlamento Europeo, mediante su Resolución de 29 de abril de 2015, sobre la estrategia en materia de alcohol, solicita tanto a los Estados miembros como a la Comisión, que revisen y refuercen las campañas de sensibilización sobre el consumo nocivo de alcohol, dirigidas especialmente a mujeres embarazadas y a informar acerca del impacto del alcohol sobre el feto.

En este contexto, el Consejo de la UE hace hincapié en la importancia de reforzar la cooperación e intercambio de buenas prácticas con el fin de minimizar el impacto en la salud y en el ámbito social, en particular entre los jóvenes, y especialmente entre las embarazadas.



OBJETIVOS Y ACCIONES

Objetivos generales

- Estimar la prevalencia de exposición a neurotóxicos ambientales en general, y a alcohol y otras drogas en particular, desde el inicio del embarazo hasta el final del neurodesarrollo en la Región de Murcia.

- Analizar los trastornos crecimiento y neurodesarrollo por la exposición prenatal a alcohol y otras drogas asociados en los niños y niñas EN RIESGO y la interacción con otros factores medioambientales en la Región de Murcia.

- Estimar la prevalencia de los TEAF en la Región de Murcia.

Objetivos específicos

- Realizar un cribado medioambiental universal en los CAP de la Región de Murcia con la HOJA VERDE como herramienta para detectar parejas embarazadas con exposiciones a neurotóxicos en general y a alcohol y/o a drogas en particular.
 - **Línea de Acción I.1.1:** Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para coordinar y desplegar las acciones del programa.
 - **Línea de Acción I.1.2:** Inclusión de la 'Hoja Verde' como herramienta de cribado en los Sistema de Información de AP / Especializada.
 - **Línea de Acción I.1.3:** Formación en el manejo de la 'Hoja Verde' de los principales grupos de interés: matronas, médicos de familia, enfermeros, pediatras, obstetras y profesionales de la salud mental.
- Describir los factores medioambientales y determinantes geográficos y sociales en los patrones de consumo de alcohol y otras drogas en el embarazo en la Región de Murcia.
 - **Línea de Acción I.1.4:** Análisis de los resultados de la "Hoja Verde".
- Implementar un protocolo para la atención y seguimiento de: embarazadas en riesgo, niños y niñas en riesgo por exposición prenatal a alcohol y otras drogas.
 - **Línea de Acción I.1.5:** Gestión prenatal y postnatal de casos, coordinación y derivación, hacia los servicios de AP, Especializada y Servicios Sociales.
 - **Línea de Acción I.1.6:** Detección y diagnóstico de los niños/as y adolescentes con TEAF u otros trastornos neurocomportamentales asociadas a las drogas por la red socio-sanitaria-educativa.
 - **Línea de Acción I.1.7:** Implantación de un Programa de cribado en niños adoptados procedentes de países con costumbres que implican alta exposición a alcohol prenatal.
- Implementar el programa en las Áreas de Salud.
 - **Línea de Acción I.1.8:** Pilotaje en Áreas de Salud seleccionadas.
 - **Línea de Acción I.1.9:** Análisis y evaluación del pilotaje.
 - **Línea de Acción I.1.10:** Implementación Regional.



- Empoderar a las familias y colectivos ciudadanos en el proceso para mejorar el entorno y el neurodesarrollo.
 - **Línea de Acción I.1.11:** Construcción una red de trabajo sociosanitaria revalorizando el papel de las asociaciones.

CRONOGRAMA

Tabla 30: Cronograma L.E. I.1

Acciones	2019	2020	2021	2022
I.1.1				
I.1.2				
I.1.3				
I.1.4				
I.1.5				
I.1.6				
I.1.7				
I.1.8 PILOTO				
I.1.9				
I.1.10				
I.1.11				



INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 31: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. I.1

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción I.1.1	I.1.1.1 Creación grupo interdisciplinar	Jefe Programa Adicciones
	I.1.1.2 Nº reuniones / actas	Jefe Unidad Pediatría Ambiental/Coordinador Regional
Línea de Acción I.1.2	I.1.2.1 Adaptación e inclusión de la hoja verde en sistema de información OMI – AP	Pediatría/Coordinador SM-AP
Línea de Acción I.1.3	I.1.3.1 Nº de actividades de formación a colectivos diana	Jefa Servicio Educación para la Salud/Jefe Programa Adicciones
	I.1.3.2 Nº de profesionales formados	Jefe Unidad Pediatría Ambiental/ Coordinador SM-AP
Línea de Acción I.1.4	I.1.4.1 Análisis de resultados del cribaje	Jefe Unidad Pediatría Ambiental/ Coordinador SM-AP
	I.1.4.2 Informe de resultados	
Línea de Acción I.1.5	I.1.5.1 Creación de un algoritmo que recoja el circuito asistencial de los casos de riesgo	Jefe Unidad Pediatría Ambiental/Jefe Programa Adicciones/Jefe Programa I-J/ Coordinador SM-AP
	I.1.5.2 Identificación de responsables de proceso y continuidad asistencial	
	I.1.5.3 Nº de casos de riesgo atendidos en cada nivel asistencial	
Línea de Acción I.1.6	I.1.6.1 Nº de TEAF diagnosticados en la red socio-sanitaria	Jefe Programa I-J /Jefe Unidad Pediatría Ambiental
Línea de Acción I.1.7	I.1.7.1 Nº de niños adoptados en seguimiento	Jefe Programa I-J /Jefe Unidad Pediatría Ambiental
Línea de Acción I.1.8	I.1.8.1 Memoria de actuaciones en Área piloto	Jefe de Área/Servicio SM
Línea de Acción I.1.9	I.1.9.1 Informe de evaluación en Área piloto	Jefe de Área/Servicio SM
Línea de Acción I.1.10	I.1.10.1 Memoria de actuaciones en resto de Áreas sanitarias	Jefe de Área/Servicio SM
Línea de Acción I.1.11	I.1.11.1 Nº de actuaciones de asociaciones de afectados y familiares	Directores ONGs / Jefes de Programas Salud Mental



LÍNEA ESTRATÉGICA I.2: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN

Anualmente, cerca de 800 000 personas en el mundo se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. En 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.⁸⁵

El suicidio es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral.⁸³ El suicidio es un problema complejo y, consiguientemente, las actividades de prevención exigen la coordinación y colaboración de múltiples sectores de la sociedad, incluidos los de salud, educación, trabajo, justicia, derecho, defensa, política y medios de comunicación.⁸³

La Comisión de las Comunidades Europeas en el “Libro Verde: Mejorar la Salud Mental de la Población” de 2005, recomienda a los estados miembros la elaboración de estrategias para prevenir los suicidios.⁸⁶

La OMS reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública. Su primer informe sobre el suicidio, «Prevención del suicidio: un imperativo global», publicado en 2014, procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio y otorgar a su prevención una alta prioridad en la agenda mundial de salud pública. También alienta a los países para que desarrollen o fortalezcan estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.⁸³

En 2016 fallecieron por suicidio 3.569 personas en España, 10 personas al día; una cada dos horas y media. Tres de cada cuatro han sido de varones.⁸⁷

El suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España, produciendo el doble de muertes que los accidentes de tráfico, 13 veces más que los homicidios y 80 veces más que la violencia de género. El mayor número de suicidios en ambos sexos se produce entre los 40 y los 59 años. El riesgo de suicidio aumenta con la edad, sobre todo en varones⁸⁸.

⁸⁵ OMS. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

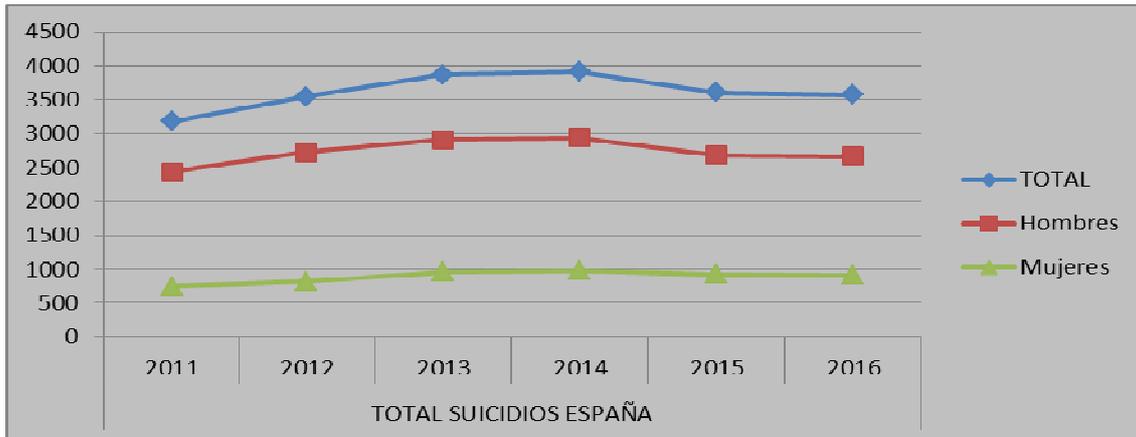
⁸⁶ Comisión de las Comunidades Europeas. “Libro Verde: Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental”. (2005), Bruselas. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

⁸⁷ INE, 2016.

⁸⁸ Fundación Salud Mental España para la Prevención de los Trastornos Mentales y el Suicidio. (fsme.es). España. Suicidios 2016. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2016/españa-suicidios-2016/>



Gráfico 11: Evolución del Número de suicidios en España por sexos 2011-2016⁸⁹



Las tasas de suicidio en España se encuentran en torno al 7,6 por 100.000 habitantes, por debajo de países tales como Bélgica, Francia, Estados Unidos o Australia, y por encima de Reino Unido. Por comunidades autónomas, Galicia y Asturias poseen las mayores tasas de suicidio por 100.000 habitantes, mientras que la menor la registra la Comunidad de Madrid.⁸⁷

La **Región de Murcia** fue en 2016 la tercera comunidad en número relativo de suicidios, con tasas de 8,43 por 100.000 habitantes, solo por debajo de Asturias y Galicia.⁸⁷

⁸⁹ Fundación Salud Mental España para la Prevención de los Trastornos Mentales y el Suicidio. (fsme.es). España. Suicidios 2016. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2016/españa-suicidios-2016/>



OBJETIVOS Y ACCIONES

Objetivos generales

- Disminuir las muertes por suicidio y los intentos de suicidio en la Región de Murcia mediante la detección temprana, tratamiento y prevención de la reincidencia.
- Mejorar la formación e investigación en aspectos relativos al suicidio.
- Mejorar la atención a los pacientes con riesgo de suicidio y sus familiares en los distintos niveles de atención sanitaria.
- Mejorar la atención a los familiares y allegados de personas fallecidas por suicidio.
- Potenciar y favorecer el trabajo en red con otras instituciones y organizaciones.

Objetivos específicos y acciones

- Implementar intervenciones desde los recursos de AP de Salud encaminadas a la prevención de la conducta suicida.
 - **Línea de Acción 1.2.1:** Elaboración de un protocolo para intervenir desde AP con pacientes en riesgo de conducta suicida.
 - **Línea de Acción 1.2.2:** Elaboración de un protocolo de derivación desde AP a Salud Mental de pacientes con elevado riesgo de suicidio e intentos de suicidio.
 - **Línea de Acción 1.2.3:** Incorporación de protocolos a los grupos de trabajo AP - SM que se formen en cada Área de salud.
 - **Línea de Acción 1.2.4:** Realización de actividades de formación dirigidas a profesionales de AP, especialmente en habilidades de entrevista clínica.
- Efectuar la implantación y cumplimentación del formulario de evaluación de la conducta suicida en puerta de urgencias en todos los hospitales públicos de la Región.
 - **Línea de Acción 1.2.5:** Inclusión en los contratos de gestión plurianuales de los hospitales públicos de la cumplimentación del formulario de evaluación de la conducta suicida.
- Mejorar la continuidad asistencial entre el hospital y el CSM en lo relativo a la conducta suicida.
 - **Línea de Acción 1.2.6:** Mejora del proceso de continuidad asistencial entre los hospitales públicos y los CSM para los pacientes con conducta suicida, en especial en la adolescencia y en población geriátrica.
- Mejorar la coordinación entre los recursos públicos de Salud Mental y las organizaciones sociales y sanitarias que desarrollan actividades relacionadas con el suicidio.
 - **Línea de Acción 1.2.7:** Constitución de un grupo de trabajo multisectorial para la coordinación de las actividades relacionadas con el suicidio.



- Actualizar y mejorar los contenidos relativos al suicidio en las plataformas públicas dirigidas a los usuarios de la Región de Murcia.
 - **Línea de Acción 1.2.8:** Actualización y mejora de los contenidos de la página web “Prevención Suicida Murcia”.
 - **Línea de Acción 1.2.9:** Incorporación de contenidos relacionados con el suicidio en la plataforma “Escuela de Salud Región de Murcia”.

CRONOGRAMA

Tabla 32: Cronograma L.E. 1.2

Acciones	2019	2020	2021	2022
1.2.1				
1.2.2				
1.2.3				
1.2.4				
1.2.5				
1.2.6				
1.2.7				
1.2.8				
1.2.9				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 33: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. 1.2

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción 1.2.1	I.2.1.1 Proceso de atención	Coordinador SM - AP
Línea de Acción 1.2.2	I.2.2.1 Elaboración protocolo	Coordinador SM - AP
Línea de Acción 1.2.3	I.2.3.1 % EAP que incorporan protocolo	Coordinador SM - AP
Línea de Acción 1.2.4	I.2.4.1 Nº actividades de formación	Coordinador SM - AP
	I.2.4.2 Nº de discentes en dichas actividades	
Línea de Acción 1.2.5	I.2.5.1 % de cumplimentación del formulario en cada Hospitales con UHB	Jefes de Servicio de la UHB
Línea de Acción 1.2.6	I.2.6.1 Proceso Continuidad	Jefes Programas SM
Línea de Acción 1.2.7	I.2.7.1 Grupo de Trabajo	Jefes Programas SM
	I.2.7.2 Nº de reuniones y actas de reunión	
Línea de Acción 1.2.8	I.2.8.1 Contenidos actualizados	Coordinadora Calidad SM
Línea de Acción 1.2.9	I.2.9.1 Contenidos actualizados	Coordinadora Calidad SM



LÍNEA ESTRATÉGICA I.3: PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN MENORES CON ANTECEDENTES DE TRASTORNO MENTAL EN LOS PADRES

INTRODUCCIÓN

Las personas que tienen un TMG comparten las mismas aspiraciones que el resto de personas. *“Entre estas podríamos señalar algunas especialmente significativas como mantener una relación sentimental o tener hijos. Estos aspectos centrales de la vida a menudo se olvidan o se relegan, priorizándose los aspectos relacionados con la enfermedad (la sintomatología, la medicación, autonomía, etc.). No obstante la proporción de personas con TMG con hijos ha ido aumentando a lo largo del tiempo⁹⁰, muy probablemente relacionado con los procesos de desinstitucionalización y el aumento de su participación o mantenimiento en la comunidad.*

Se han realizado pocos trabajos sobre la experiencia de la paternidad/maternidad en personas con TMG. Esto podría explicarse, en la línea de lo que señalan algunos autores⁹¹, porque la provisión de servicios a menudo está basada en expectativas estereotipadas de que las personas con esquizofrenia son solteras, viven solas, con los padres o en alojamientos supervisados y que no tienen hijos.

Las madres que padecen TMG presentan en general una gran satisfacción con su rol de madres y confianza en sus capacidades⁹² y reconocen la maternidad como un incentivo para cuidarse e intentar mantenerse bien⁹³. Sin embargo, también describen importantes problemas como dificultades económicas, problemas con la disciplina de los hijos y temores sobre el impacto de su trastorno mental sobre sus hijos y sobre la posibilidad de la pérdida de la custodia⁹⁴.

Un ambiente familiar inconsistente e impredecible también contribuye al trastorno mental en los hijos. El trastorno mental de un padre puede crear estrés en el matrimonio y afectar las habilidades de la pareja como padres, lo que a su vez puede afectar al niño.

Los hijos de padres con enfermedades mentales o trastornos por abusos de sustancias, representan una de las poblaciones de mayor riesgo de desarrollar problemas psiquiátricos⁹⁵. Cuando ambos padres padecen un TMG aumenta la probabilidad de trastorno

⁹⁰ McGrath et al., 1999; .The Fertility and fecundity of patients with psychoses.Acta Psychiatrica Scandinavica,99,p441-446.

⁹¹ Bachrach,L.L. 1984.Desinstitutionalization and women:assessing the consequences of public policy.American Psychologist,39,p1171-1177.

⁹² Mowbray et al, 1995.Parenting and the significance of children for women with serious mental illness.Journal of Mental Health Administration,22 p189-200.

⁹³ Nicholson et al (1998a, b).Mothers with mental illness.The Competing demands of parenting and living with mental illness. Psychiatric Services,49,p635-642.

⁹⁴ Contreras M et al 2014.Prevencción de trastornos mentales en hijos de personas afectadas por trastornos mentales graves.FORT-DA.Revista de psicoanálisis de niños.11,p 1.<http://www.fort-da.org/fort-da11/contreras.htm>.

⁹⁵ Prevencción T Mentales. Intervenciones efectiva y compendiadas de OMS. Ginebra 2004.p31.



en los hijos.

Los hijos pueden presentar estrés asociado al hecho de tener que cuidar de sus progenitores y también muestran falta de confianza en sí mismos, miedo y confusión por la falta de conocimiento del trastorno mental y de sus tratamientos. En el caso de los padres, a menudo tienen dificultades para percibir y dar una respuesta adecuada a las necesidades de sus hijos y son frecuentes los sentimientos de temor, vergüenza y culpa, y la pérdida de confianza y competencia en las funciones parentales.⁹⁶

Es importante desarrollar actitudes protectoras o de resiliencia en niños y adolescentes, hijos o hijas de padres y/o madres con trastorno mental para favorecer su desarrollo emocional. Favorecer las habilidades parentales positivas ayuda a la unidad familiar a establecer relaciones de calidad con un vínculo positivo. Proporcionar información sobre los problemas de salud mental, siempre de forma adecuada a la edad del niño/a, les permite entender mejor la situación familiar.

Con mucha frecuencia las familias, los profesionales y la sociedad se ocupan del padre o madre con trastorno mental e ignoran a los niños/as de la familia. Proveer de más atención y apoyo a los hijos/as de padres/madres con trastornos mentales es una consideración importante. A través del asesoramiento la familia puede aprender habilidades parentales para reducir los efectos del trastorno mental de los padres/madres en los hijos/as.

La accesibilidad, la continuidad de la atención y las múltiples posibilidades de contacto de los usuarios con los CAP hacen que sean un lugar idóneo para detectar los factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad.

La AP puede desempeñar un papel importante en el abordaje de este problema. La colaboración de los profesionales de AP y SM en el seguimiento de estos pacientes permitirá su tratamiento en contextos más integrados en la familia y la comunidad. Una intervención integrada y de colaboración es la forma de abordar el problema de la promoción, la prevención, la detección precoz, la asistencia al proceso, la inserción y el apoyo social a las personas con problemas de salud mental y sus familias.

La experiencia clínica y la investigación han demostrado que la intervención precoz en determinados casos, no sólo desde los profesionales sanitarios, sino también desde los recursos intersectoriales educación, servicios sociales y sanidad pueden evitar trastornos psicosociales graves en el futuro.

JUSTIFICACION

http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

⁹⁶ Fundación Orienta. Programa de Prevención Primaria de los Trastornos en hijos de personas que sufren enfermedad mental. <http://www.fundacioorienta.com/es/kidstime-barcelona/>



Las tesis que justificarían la puesta en marcha de este proyecto serían:

1. El grave riesgo para la salud mental infantojuvenil que se quiere prevenir.
2. La facilidad de la implantación de las medidas de prevención en la práctica.
3. La sinergia del trabajo colaborativo entre las unidades de AP y SM.



OBJETIVOS Y ACCIONES

Objetivo general

- Prevenir y detectar precozmente la aparición de trastornos mentales en los menores hijos de personas con trastorno mental.

Objetivos específicos

- Elaborar, coordinar e implementar el Programa de prevención y detección precoz de trastorno mental en los hijos menores de personas con trastorno mental.
 - **Línea de Acción 1.3.1:** Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales de AP y de Salud Mental.
- Intervenir desde AP en la prevención y la detección precoz de los trastornos mentales en los hijos menores de personas con trastorno mental.
 - **Línea de Acción 1.3.2:** Desarrollo de las actividades del Programa de prevención y detección precoz de trastorno mental en menores hijos de personas con trastorno mental.
 - **Línea de Acción 1.3.3:** Inclusión en OMI-AP de los indicadores de factores de riesgo como herramienta de cribado.
- Formar a los profesionales de AP desde los equipos de salud mental infanto-juvenil en la detección y en el desarrollo de factores protectores para los hijos menores de personas con trastorno mental.
 - **Línea de Acción 1.3.4:** Formación a pediatras, médicos de familia y enfermería sobre los factores de riesgo y desarrollo de factores protectores de salud mental, para intervenir con los menores hijos de personas con trastornos mentales.
- Intervenir desde los equipos de Salud Mental para empoderar a los padres con trastorno mental para mejorar sus habilidades parentales.
 - **Línea de Acción 1.3.5:** Realización de un programa de intervención para padres con trastorno mental y/o adicciones para que favorezcan el desarrollo evolutivo de sus hijos, las relaciones de apego y las habilidades de comunicación.
 - **Línea de Acción 1.3.6:** Creación de un grupo de trabajo multiprofesional entre los Programas de SM de Adultos, Adicciones y SM Infanto-juvenil para realizar el proceso de intervención.
- Implementar el Programa en las Áreas de Salud.
 - **Línea de Acción 1.3.7:** Pilotaje en Áreas de Salud seleccionadas.
 - **Línea de Acción 1.3.8:** Análisis y evaluación del pilotaje.
 - **Línea de Acción 1.3.9:** Implementación Regional.
- Empoderar a las familias en las que unos de los padres o ambos tiene trastorno mental y a las asociaciones en la mejora de la salud mental de los hijos menores de personas con trastorno mental.



- **Línea de Acción 1.3.10:** Colaboración, con las asociaciones de familiares y usuarios en primera persona, en la creación de redes sociales efectivas que contribuyan a potenciar factores protectores de los menores con padres afectados por trastorno mental.



CRONOGRAMA

Tabla 34: Cronograma L.E. I.3

Acciones	2019	2020	2021	2022
I.3.1				
I.3.2				
I.3.3				
I.3.4				
I.3.5				
I.3.6				
I.3.7				
I.3.8				
I.3.9				
I.3.10				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 35: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. I.3

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción I.3.1	I.3.1.1 Nº de reuniones y actas	Jefa Programa SM-IJ
Línea de Acción I.3.2	I.3.2.1 Documento del programa	Jefa Programa SM-IJ y GRSM
Línea de Acción I.3.3	I.3.3.1 Indicadores de factores de riesgo en OMI-AP	Jefa Programa SM-IJ Coordinadoras regionales de Pediatría y Enfermería
Línea de Acción I.3.4	I.3.4.1 Nº de actividades formativas I.3.4.2 Nº de profesionales formados	Jefes Programas de SM y Coordinadoras regionales de Pediatría y Enfermería
Línea de Acción I.3.5	I.3.5.1 Programa desarrollado	Jefa Programa SM-IJ
Línea de Acción I.3.6	I.3.6.1 Grupo de trabajo creado (SI/NO)	Jefes de Programas de SM
Línea de Acción I.3.7	I.3.7.1 Memoria de actuaciones Área piloto	Gerente de Área
Línea de Acción I.3.8	I.3.8.1 Informe evaluación Área piloto	Gerente de Área
Línea de Acción I.3.9	I.3.9.1 Nº de Áreas que han implementado I.3.9.2 Memoria de actuaciones en el resto de Áreas	Gerente de Área
Línea de Acción I.3.10	I.3.10.1 Memoria de actuaciones con familiares y asociaciones	Jefa Programa SM-IJ



LÍNEA ESTRATÉGICA I.4: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) fue definida por la Organización de Naciones Unidas⁹⁷ como “todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

La Violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos, de las libertades fundamentales y de discriminación por motivos de género. Es un problema de Salud Pública de primera magnitud que afecta gravemente la salud de las mujeres a lo largo de todas las etapas de su ciclo de vida y a la de sus familias, y que requiere la implementación de actuaciones multidisciplinares e interinstitucionales dirigidas a desarrollar intervenciones efectivas para la prevención, la detección y la adecuada atención a las mujeres que la sufren.⁹⁸

Tal como manifestaba en 2001 la OMS el maltrato a las mujeres es un problema de Salud Pública de primera magnitud. Tras entrevistar a 42.000 mujeres de los 28 estados miembros de la UE un estudio epidemiológico concluye que la violencia machista afecta a 55 millones de mujeres. Una de cada tres había sufrido algún tipo de agresión física y/o sexual desde los 15 años de edad y un 8% la había experimentado en los últimos 12 meses.⁹⁹

En España el Instituto de la Mujer realizó una macroencuestas sobre violencia contra las mujeres mayores de 16 años en el ámbito de la pareja o expareja que muestran un aumento progresivo de la proporción de mujeres que declaran haber sufrido malos tratos alguna vez en la vida (5,1% en 1999, 6,2% en 2002, 6,3% en 2006, 10,9% 2011 y 10,4% en 2015). Según esta última encuesta el tipo de violencia es violencia sexual en un 8,1%, psicológica de control en un 25,4%, psicológica emocional en 21,9% y económica en el 10,8% de los casos¹⁰⁰.

⁹⁷ ONU (1993) Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

⁹⁸ Organización Mundial de la Salud (1996).Violencia contra la mujer: Consulta de la OMS, Ginebra, 5–7 febrero de 1996. Ginebra.

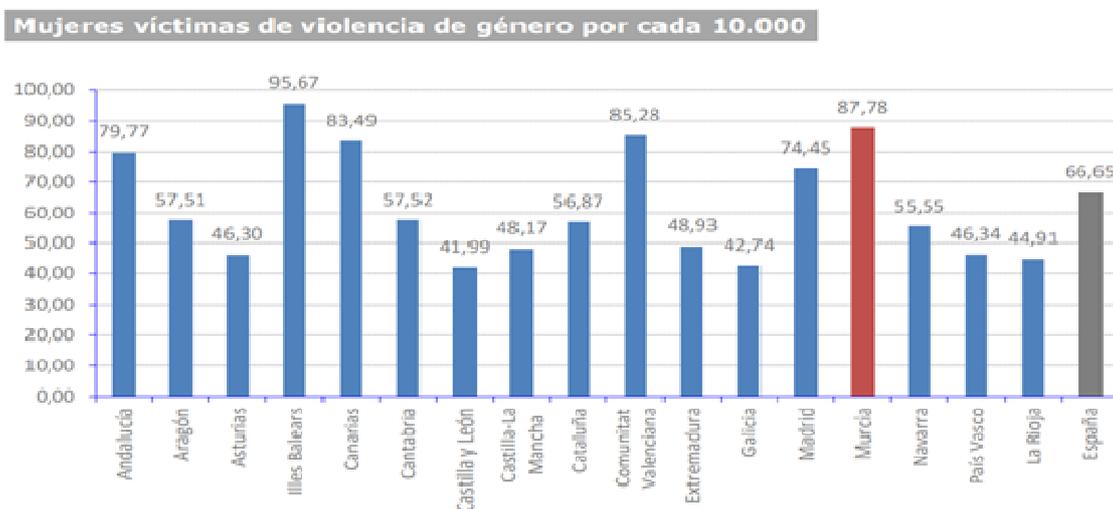
⁹⁹ Agencia de la Unión Europea para los Derechos Fundamentales (2014) Violencia de género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE. Viena. Austria.

¹⁰⁰ Macroencuesta de violencia contra la mujer (2015).Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf



En la Región de Murcia, según el Tribunal Superior de Justicia, la tasa de mujeres que denuncian VG es la segunda más alta de todas las comunidades autónomas (87,8/10.000)¹⁰¹.

Gráfico 12: Mujeres víctimas de VG por cada 10000



fUENTE: Tribunal Superior de Justicia de Murcia (2016)

El protocolo Común¹⁰² señala que las mujeres que sufren VG acudirán con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, en particular a AP, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y a SM/A. Indica que “los equipos de profesionales de Salud Mental también deben estar alerta ante indicios de violencia de género en todas las mujeres que atienden, con especial énfasis en las que padecen TMG y/o son consumidoras de drogas”. Las mujeres con TMG/A tienen menos capacidad para defenderse, más dificultad para expresarse, menos credibilidad en su relato, menos acceso a la información, asesoramiento y a los recursos de forma autónoma, mayor dependencia de terceras personas, más dificultades de acceso al trabajo remunerado y a la educación, menos independencia y mayor control económico. Sus hijas/hijos también deben ser tenidos en cuenta en las actuaciones de intervención. El II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (PENIA) del MSSSI, en vigor, incluye propuestas para visibilizar a los/las menores que sufren VG en su familias y su protección, impulsar un sistema de detección precoz y un registro unificado de menores maltratados que considere la VG¹⁰³

Para una ampliación sobre aspectos legislativos y normativos sobre VG puede consultarse en Anexo IV

¹⁰¹ Observatorio contra la violencia doméstica y de género. Consejo General del Poder Judicial. Año 2017. <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Sala-de-Prensa/Notas-de-prensa/El-numero-de-denuncias-por-violencia-de-genero-aumento-un-16-4-por-ciento-en-2017->

¹⁰² Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género (2012) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

¹⁰³ II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013. MSSSI. Madrid. https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/II_PLAN ESTRATEGICO INFANCIA.pdf



JUSTIFICACIÓN

Las investigaciones sobre mujeres con TMG han encontrado que existe un riesgo muy elevado de que estén o hayan estado sufriendo violencia por parte de sus parejas y/o familiares.^{104,105} Un estudio nacional reciente realizado durante 2015 y 2016 ha encontrado que un 75% de las mujeres con TMG han sufrido violencia en el ámbito familiar o en su pareja en algún momento de su vida y más del 40% han sido víctimas de violencia sexual. Porcentajes entre 2 y 4 veces mayor que el resto de mujeres. El 25% de ellas han sufrido violencia sexual en la infancia, frente al 3,5% del resto de mujeres.¹⁰⁶

En el caso de mujeres con problemas de adicciones la incidencia de violencia ejercida por su pareja es tres veces superior a la de población general y además, y entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia^{107,108,109,110,111} En España estudios más recientes sitúan ese porcentaje en el 69%.¹¹²

Por otro lado sabemos que la VG afecta directamente a la salud mental y puede estar en el origen de los trastornos mentales más frecuentes en las mujeres. En el caso de mujeres atendidas en un CSM resultó que un 8% sufrían violencia de género según lo reflejado en una historia clínica al uso pero, al preguntar de forma sistemática sobre el tema, el porcentaje subió al 28%¹¹³.

En la Red de Salud Mental del SMS se llevó a cabo un estudio de prevalencia de violencia de género revisando 614 historias clínicas. Sin haber preguntado de forma sistemática por la violencia, un 24% relataron haber sufrido violencia a lo largo de su vida. Este porcentaje fue significativamente mayor en las unidades de conductas adictivas que en los CSM (34% versus 19%). Además, en las mujeres con relatos de violencia sufrida la duración de tratamiento era significativamente mayor respecto a las que no (4,4 años versus 2,7 años).

¹⁰⁴ Friedman, SH y Loue, S. Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with serious mental illness. *Journal of Women's Health* 16(4):471-480 (2007).

¹⁰⁵ Goodman LA, Dutton MA, Harris M: Episodically homeless women with serious mental illness: Prevalence of physical and sexual assault. *American Journal of Orthopsychiatry*; 65(4):468-478 (1995)

¹⁰⁶ Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES). (2017) Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Álava. www.fedeafes.org.

¹⁰⁷ Blume, S. B. (1994). Women and addictive disorders. *American Society of Addiction Medicine*, p.p. 1-16.

¹⁰⁸ Swift, W., Copeland, J. y Hall, W. (1996). Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian national survey. *Addiction*, 91, (8), 1141-1150.1996

¹⁰⁹ NIDA (2001) Métodos de tratamiento para la mujer. NIDA. Infobox. 12964. Enero..

¹¹⁰ Frye, V. (2001) Intimate partner sexual abuse among women on methadone. *Violence Vict.* 16 (5). 553-564.

¹¹¹ El-Bassel et al (2003) The relationship between drug abuse and sexual performance among women on methadone. Heightening the risk of sexual intimate violence and VIH. *Addictive Behaviours*, 28 (8), 1385-403.

¹¹² Instituto de Adicciones (2017). Protocolos. Intervención en los CAD ante la violencia de género. Madrid. http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_Pro_tocoloViolenciaGeneroCAD.pdf

¹¹³ Polo, C. (2001) Maltrato a la mujer en la relación de pareja: factores relacionales implicados. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Madrid.



La exposición a la VG también tiene importantes efectos en la salud de los/las menores, con consecuencias tanto físicas, hasta la muerte por homicidio, como psíquicas y a largo plazo o violencia transgeneracional¹¹⁴. El 80,6% de los/las Menores expuestos/as a la VG presentan una alteración psicológica de carácter moderado o grave¹¹⁵.

Cuando las mujeres con trastorno mental, en especial con TMG/A, sufren maltrato, es frecuente que no tengan conciencia de ello, que minimicen el maltrato o que no lo hablen por diversos motivos (miedo a retirada de tutela de sus hijos/as, pérdida de los escasos apoyos que tenga...) y que tampoco relacionen sus problemas de salud con la violencia sufrida¹¹⁶. Lo mismo puede ocurrir con los/las menores con exposición a la VG. La vivencia de violencia, añadida al TMG/A preexistente, o como origen del TM, va a empeorar el curso clínico y, si no es detectada y abordada, va a dificultar las posibilidades de recuperación.

Por tanto los equipos de salud mental deben estar sensibilizados y formados sobre la perspectiva de género, los distintos tipos e impacto de la violencia, preguntar sistemáticamente sobre el tema, tanto a las mujeres como a los menores, y establecer pautas adecuadas para la detección y atención integral coordinándose con los servicios sanitarios, sociales, jurídicos y/o educativos.

En 2010 se formaliza una Red de Responsables de VG representantes de los distintos centros/programas o dispositivos. Desde 2012 hasta la actualidad se ha trabajado en el diseño del registro informatizado de casos de VG elaborando un circuito protegido en SELENE.

Para la atención específica de la violencia de género vivida en mujeres con TM/Adicciones, además de intervenciones individuales, se han potenciado las intervenciones grupales para mujeres con perspectiva de género incluyendo la detección de la VG. Actualmente se llevan a cabo en siete CSM y deben extenderse a todos ellos.

La Red de SM ha participado activamente en todas las acciones sobre el tema organizadas por el SMS, entre las que podríamos destacar el Protocolo de Coordinación Interinstitucional frente a la VG de la CARM, Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana, el Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM) del SMS y en el Protocolo Sanitario de atención a las Agresiones Sexuales o la Comisión Técnica Sociosanitaria frente a la VG de la CARM, actualmente en proceso.

La presente línea estratégica pretende dar continuidad a la anterior trayectoria de trabajo de la Red de Salud Mental, incorporando una especial atención a las mujeres con TMG,

¹¹⁴ Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género (2012) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

¹¹⁵ Delegación del Gobierno para la Violencia de género. Las Víctimas invisibles de la violencia de género (2015). Madrid.

¹¹⁶ Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género (2012) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



mujeres jóvenes, menores con problemas de salud mental que estén o hayan estado sufriendo VG en sus familias y a otros tipos de VG.



OBJETIVOS Y ACCIONES

Objetivo general

Aumentar la sensibilidad ante las diferentes formas de violencia de género y ofrecer al colectivo profesional de los equipos de SM, pautas de actuación consensuadas y homogéneas, que faciliten la detección, evaluación, intervención biopsicosocial y prevención de la violencia de género.

Objetivos específicos

- Sensibilizar y formar a los profesionales sobre la VG contra las mujeres y sus hijos e hijas.
 - **Línea de Acción 1.4.1:** Sensibilización y formación de profesionales en perspectiva de género, nuevas consideraciones de tipos de violencia y sus implicaciones.
 - **Línea de Acción 1.4.2:** Sensibilización y formación de profesionales de AP sobre VG en mujeres bebedoras a través del programa ARGOS-extensible a otras sustancias.
- Visibilizar, detectar y evaluar las situaciones de VG en las consultas de mujeres con TMG y mujeres jóvenes con TM.
 - **Línea de Acción 1.4.3:** Estudio de casos de VG en mujeres con TMG.
 - **Línea de Acción 1.4.4:** Adaptación del cribado de VG a la población de mujeres jóvenes con TM.
- Abordar terapéuticamente la problemática de la VG cuando se detecte en mujeres o menores con TM.
 - **Línea de Acción 1.4.5:** Promoción de intervenciones grupales para mujeres con perspectiva de género y detección de VG.
 - **Línea de Acción 1.4.6:** Detección y atención de la VG en el colectivo de menores con trastorno mental que acuden a Salud Mental.
- Potenciar la derivación y coordinación con los recursos especializados en VG.
 - **Línea de Acción 1.4.7:** Establecimiento de coordinación con los dispositivos específicos de cada Área.
 - **Línea de Acción 1.4.8:** Transformación de recursos específicos de VG para acoger a mujeres con TMG.
- Mejorar el sistema de registro para su adecuado cumplimiento y tratamiento de datos.
 - **Línea de Acción 1.4.9:** Estudio del sistema de registro y extracción de los datos.
 - **Línea de Acción 1.4.10:** Elaboración de medidas correctoras a partir de los resultados del estudio.



CRONOGRAMA

Tabla 36: Cronograma L.E. I.4

Acciones	2019	2020	2021	2022
1.4.1				
1.4.2				
1.4.3				
1.4.4				
1.4.5				
1.4.6				
1.4.7				
1.4.8				
1.4.9				
1.4.10				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 37: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. I.4

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción 1.4.1	I.4.1.1 Nº de acciones formativas	Jefes Programas SM Coordinadores SM UDIF
Línea de Acción 1.4.2	I.4.2.1 Constitución de un grupo de trabajo I.4.2.2 Nº de médicos de familia formados (ARGOS)	Coordinador S.M - AP
Línea de Acción 1.4.3	I.4.3.1 Nº de cribados positivos en mujeres con TMG / Nº total de mujeres con TMG x 100.	Jefes Programas SM Coordinadores SM
Línea de Acción 1.4.4	I.4.4.1 Cribado específico para mujeres jóvenes Incluido en la acogida	Jefes Programas SM Coordinadores SM
Línea de Acción 1.4.5	I.4.5.1 Nº de centros con intervenciones grupales para mujeres con TM/Adicciones y perspectiva de género y detección VG/Nº de centros total x100	Jefes Programas SM Coordinadores SM
Línea de Acción 1.4.6	I.4.6.1 Incorporación un programa RADAR en consultas de SM infanto-juvenil	Jefes Programas SM I-J GRSM
Línea de Acción 1.4.7	I.4.7.1 Nº de sesiones conjuntas SM - dispositivos específicos de VG	Jefes Programas SM Coordinador SM
Línea de Acción 1.4.8	I.4.8.1 Existencia de un piso de acogida para VG unido a prostitución y consumo de drogas	Jefe Programa Adicciones
Línea de Acción 1.4.9	I.4.9.1 Existencia del estudio en el periodo seleccionado	Coordinadora Calidad SM Jefes Programas SM
Línea de Acción 1.4.10	I.4.10.1 Existencia de medidas correctoras en el registro informático	Coordinadora Calidad SM Jefes Programas SM



9.4.2 EJE II. PRESTACIONES

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la atención a la salud mental basada en el modelo comunitario se ha visto beneficiada por la perspectiva de la recuperación, que supone reconocer a la persona con trastorno mental como verdadera protagonista "en primera persona" de su proceso terapéutico y de su crecimiento personal¹¹⁷. Añadir la perspectiva de género resultará, sin duda, una potente herramienta de calidad¹¹⁸ para que la planificación y prestaciones de servicios respondan a las necesidades comunes de hombres y mujeres y a las necesidades que son distintas de forma diferenciada.

En nuestro escenario hoy, la práctica clínica y asistencial que nos encontramos es:

- 1.- La psiquiatría y buena parte de la psicología clínica y otras profesiones implicadas se ofrecen desde un fuerte profesionalismo, pero que apenas deja espacio a la dimensión "personal" del afectado¹¹⁹.
- 2.- Diferentes técnicas de rehabilitación psicosocial (RPS) que han demostrado su eficacia, pero ninguna en particular produce unos efectos globales.
- 3.- La preponderancia de modelos basados en síntomas y déficit da protagonismo a consideraciones biologicistas del comportamiento humano que resultan del todo incompletas y desniveladas¹²⁰.

Es necesario caminar hacia modelos de intervención en los que tengan relevancia el desarrollo de capacidades, competencias y el bienestar de las personas que sufren problemas de salud mental. Así, en el movimiento de recuperación la visión está centrada en las capacidades, recursos y aspectos positivos de funcionamiento de cada individuo. Potenciar el abordaje biopsicosocial conlleva la participación activa de los pacientes en su tratamiento y aumenta las posibilidades preventivas en materia de salud mental.

Si hacemos una revisión de la evolución de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia encontramos que una proporción importante de pacientes han alcanzado cierta recuperación, y un porcentaje menor una recuperación plena. También hemos comprobado que una proporción importante de pacientes presentan remisión de síntomas y que esta remisión (sintomática) y recuperación (funcional) no tiene por qué solaparse.

En ocasiones la recuperación parece haberse producido sin necesidad de una

¹¹⁷ Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. 1 de cada 4 personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida. Accesible en: <http://www.1de cada 4.es>

¹¹⁸ Estrategia de Salud Mental del SNS 2009-2013.

¹¹⁹ Bentall R.P. Medicalizar la mente sirven para algo los tratamientos psiquiátricos?. Barcelona: Herder, 2011.

¹²⁰ Hernández Monsalve M. Complejidad, complementariedad e integración de intervenciones en personas con psicosis. En: M. Hernández Monsalve, Pilar Nieto Degregori. Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Madrid:Ed Grupo 5, 2012; p. 15-78.



intervención profesional o haber sido bastante independiente de la técnica proporcionada por la práctica profesional y parece más bien depender de otras cuestiones muy directamente relacionadas con la "dimensión humana" y la asunción de valores clave en la relación de ayuda. La eficacia de las intervenciones clínicas parece depender no tanto de los componentes específicos de la tecnología aplicada, sino de otros factores no específicos (implicación del afectado en su propio proceso, nivel de empoderamiento, presencia de la esperanza en la recuperación....)¹²¹.

JUSTIFICACIÓN

Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, según aparece en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidos a la ciudadanía.

Finalidad: Garantizar la equidad, accesibilidad y homogeneidad en cada una de las Áreas sanitarias de la Región con especial atención a personas con TMG-D y otros colectivos con especial vulnerabilidad, con unos indicadores o estándares ponderables sobre la calidad del servicio que van a recibir los ciudadanos, siguiendo un modelo de salud mental comunitaria.

La transversalidad y continuidad asistencial de la atención a las personas con trastornos mentales son elementos claves en el desarrollo de un modelo de atención comunitaria en salud mental.

La cartera de servicios en SM viene definida en el BOE, en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que incluye la correspondiente a AP y a SM (ver Anexo pág. 230). Contempla la posibilidad de que en cada Comunidad Autónoma se incorporen los contenidos o las prestaciones que se establecen en sus planes de salud y líneas estratégicas de desarrollo.

El artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS define la prestación sociosanitaria «como el conjunto de cuidados destinados a personas enfermas, generalmente crónicos, que por sus especiales características y/o situación pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social».

Establece, asimismo, que en el ámbito sanitario la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y, en cualquier caso, comprenderá los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la

¹²¹Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. & Chamberlain, J. Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*.2005;41(2): 141-158.



convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Sin embargo, termina diciendo que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes. Este aspecto es absolutamente determinante para poder adecuar la atención.

Prestamos especial interés a los programas de Inserción Laboral para TMG. La necesidad de empleo en personas con TMG se puede contemplar desde una doble perspectiva, como un derecho ciudadano y como un componente más de los programas de rehabilitación, destinados a facilitar la adquisición y mantenimiento de empleo y que se enmarcan dentro de apoyo al empleo de colectivos desfavorecidos, y de atención sociosanitaria en salud mental.

Los programas de formación y empleo se consideran como complementarios a la atención sanitaria (tratamiento y rehabilitación) y contribuyen enormemente a mejorar el curso de la trastorno mental (con evidencias científicas, sobre todo en relación a la modalidad IPS de Empleo con Apoyo, pero que se extiende a los programas de Empleo de práctica habitual, con repercusiones positivas sobre funcionamiento social, grado de satisfacción, autonomía personal y calidad de vida) y tienden a disminuir el uso de recursos sanitarios, especialmente los más costosos y «traumáticos» como pueden ser los de hospitalización, el uso de Urgencias y de Psicofármacos.

Por otra parte, constituyen un soporte básico para asegurar la permanencia dentro de la comunidad de las personas con TMG, eliminando barreras y mejorando sus derechos ciudadanos básicos.

Las personas con trastorno mental pueden trabajar y esto además es beneficioso para su salud mental¹²². Su inserción laboral se basa en el valor del trabajo, como ocupación productiva, dentro del conjunto de intercambios sociales, económicos y políticos posibles¹²³, pero además ofrece empoderamiento a las personas, devolviendo el protagonismo a sus vidas a través de la construcción del propio proyecto vital, como eje de la recuperación de su propia salud¹²⁴.

¹²² Grove & Membrey, 2005, Bell, Fiszdon, Greig, & Bryson, 2005; Bell, Lysaker, & Milstein, 1996; Bryson, Lysaker, & Bell, 2002.

¹²³ Subirats, 2004.

¹²⁴ Pachoud, Plagnol & Leplege, 2010; Seymour, 2010.



LÍNEA ESTRATÉGICA II.1: MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TMG EN TODAS LAS ÁREAS

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Adaptar los recursos y procesos asistenciales en la atención a personas con TMG, desde la perspectiva del modelo de recuperación.
 - **Línea de Acción II.1.1:** Creación de un Grupo de Trabajo para el análisis y propuestas tendentes a la adaptación del funcionamiento de los recursos y procesos de atención a personas con TMG
 - **Línea de Acción II.1.2:** Elaboración de un mapa de recursos por Área para poder implementar los programas y procesos recomendados.

- Atender a las personas con TMG mediante elaboración individualizada del PAC.
 - **Línea de Acción II.1.3:** Inclusión del paciente en el proceso de elaboración de su PAC, considerando sus necesidades y objetivos y, en los casos que lo requieran, a los recursos sanitarios y sociales que puedan dar respuesta a esas necesidades.

- Desarrollar el proceso de intervención temprana en TMG en colaboración con AP.
 - **Línea de Acción II.1.4:** Elaboración y posterior implementación de un proceso de intervención temprana en TMG, en colaboración con AP con la participación de profesionales de todas las Áreas sanitarias de la Región.

- Potenciar la participación de enfermería en la coordinación y colaboración SM-AP en todas las Áreas.
 - **Línea de Acción II.1.5:** Implementación del protocolo de enfermería de colaboración SM-AP en todas las Áreas sanitarias de la Región.

- Desarrollar un proceso de atención para los trastornos graves de personalidad.
 - **Línea de Acción II.1.6:** Elaboración del proceso de tratamiento del trastorno de personalidad grave con la participación de profesionales de todas las Áreas sanitarias de la región y su posterior implementación.

- Desarrollar un proceso de atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria grave.
 - **Línea de Acción II.1.7:** Elaboración de un proceso de atención a las personas con trastornos de la conducta alimenticia grave, con la participación de profesionales de todas las Áreas sanitarias de la Región y posterior implementación.



CRONOGRAMA

Tabla 38: Cronograma L.E. II.1

Acciones	2019	2020	2021	2022
II.1.1	■			
II.1.2	■			
II.1.3	■			
II.1.4		■	■	■
II.1.5	■			
II.1.6		■	■	■
II.1.7			■	■

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 39: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.1

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción II.1.1	II.1.1.1 Creación del grupo de trabajo	GRSM; Jefe de Área;
	II.1.1.2 Documento de propuestas elaborado	Coordinadores de Adultos y de Rehabilitación
Línea de Acción II.1.2	II.1.2.1 Documento con el estudio de análisis de demanda y adecuación de recursos	Jefe de Área, Coordinadores de Adultos y de Rehabilitación
	II.1.3.1 Nº PAC con participación del paciente	Responsable de Programa Adultos; Coordinador de CSM
Línea de Acción II.1.4	II.1.4.1 Proceso elaborado	GRSM; Jefe de Área;
	II.1.4.2 Proceso implantado	Coordinador CSM; Coordinador AP; Responsable Programa Adultos
Línea de Acción II.1.5	II.1.5.1 Protocolo implantado	Jefe de Área, Coordinador CSM; Responsable Programa Adultos
	II.1.6.1 Proceso elaborado	GRSM; Jefe de Área;
Línea de Acción II.1.6	II.1.6.2 Proceso implantado	Coordinador CSM, Responsable Programa Adultos
	II.1.7.1 Proceso elaborado	GRSM; Jefe de Área;
Línea de Acción II.1.7	II.1.7.2 Proceso implantado	Coordinador CSM; Responsable Programa Adultos; Asociaciones



LÍNEA ESTRATÉGICA II.2: OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL TMC PARA EVITAR LA CRONICIDAD DE LOS PACIENTES Y GARANTIZAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Proponer la utilización de intervenciones de psicoterapia con evidencia reconocida.
 - **Línea de Acción II.2.1:** Estudio sobre la utilización en los CSM de la Región de intervenciones de Psicoterapia con evidencia reconocida.

- Revisar y generalizar la utilización del contrato terapéutico en los CSM de todas las Áreas.
 - **Línea de Acción II.2.2:** Utilización del contrato terapéutico en el abordaje de intervenciones grupales en TMC.

CRONOGRAMA

Tabla 40: Cronograma L.E. II.2

Acciones	2019	2020	2021	2022
II.2.1				
II.2.2				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 41: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.2

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción II.2.1	II.2.1.1 Estudio realizado II.2.1.2 Documento elaborado con Recomendaciones sobre Psicoterapia	GRSM. Jefe de Área Coordinador CSM Responsable Programa Adultos
Línea de Acción II.2.2	II.2.2.1 % de utilización del contrato terapéutico	Jefe de Área Coordinador CSM Responsable Programa Adultos



LÍNEA ESTRATÉGICA II.3: PREVENCIÓN DE LA PSICOPATOLOGIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA (SANITARIZACIÓN DEL MALESTAR)

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Facilitar y divulgar el catálogo de recursos sociosanitarios del Área capaces de dar respuesta al malestar provocado por los problemas de la vida cotidiana
 - **Línea de Acción II.3.1:** Elaboración y difusión de un catálogo de recursos por Área, que den respuesta al malestar de la vida cotidiana.

- Realizar prevención cuaternaria a través de una mayor utilización de las indicaciones de no tratamiento.
 - **Línea de Acción II.3.2:** Inclusión en el plan de formación continuada para profesionales de la red de SM de una línea formativa sobre la “Indicación de no Tratamiento”
 - **Línea de Acción II.3.3:** elaboración de una estrategia de colaboración con Primaria para Códigos Z de la CIE-10.
 - **Línea de Acción II.3.4:** Recomendación de utilización de programas de autoayuda, apoyo mutuo, y recursos comunitarios, asociaciones, Programa Activa Murcia...



CRONOGRAMA

Tabla 42: Cronograma L.E. II.3

Acciones	2019	2020	2021	2022
II.3.1				
II.3.2				
II.3.3				
II.3.4				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 43: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.3

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción II.3.1	II.3.1.1 Elaboración del documento	Jefe de Área Coordinador CSM
	II.3.1.2 Catálogos difundidos	Responsable Programa Adultos
Línea de Acción II.3.2	II.3.2.1 Nº de iniciativas realizadas /año	UDIF-SM Jefe de Área
	II.3.2.2 Nº de indicaciones de no tratamiento	Coordinador CSM
Línea de Acción II.3.3	II.3.3.1 Nº de intervenciones coordinadas	Jefe de Área
		Coordinador CSM y Coordinador CAP
Línea de Acción II.3.4	II.3.4.1 Nº Recomendaciones	Jefe de Área Coordinador CSM Responsable Programa Adultos



LÍNEA ESTRATÉGICA II.4: MEJORA DE LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES

OBJETIVOS Y ACCIONES

La aplicación del modelo de recuperación al programa de adicciones obliga a contemplar al paciente adicto desde una perspectiva integral que trasciende el propio proceso de la adicción.

Es necesario implementar un adecuado diagnóstico holístico del paciente adicto como persona con diferentes áreas susceptibles de problemas (salud física, empleo, relaciones familiares, situación legal, salud mental, etc.), estableciendo prioridades para la consecución de objetivos en el marco de un tratamiento integrador.

- Utilizar instrumentos de evaluación para el programa de adicciones.
 - **Línea de Acción II.4.1:** Establecimiento de una línea de formación en la herramienta ASI-6 y posterior implantación de la misma en el Programa de Adicciones de la Red de Salud Mental.
- Generalizar un modelo tratamiento grupal intensivo para personas con dependencia de sustancias en el Programa de Adicciones.
 - **Línea de Acción II.4.2:** Formación de profesionales en el modelo grupal intensivo del consumo de sustancias y posterior intervención mediante el modelo en el programa de adicciones.
- Generalizar la utilización de los procesos enfermeros en las UCA.
 - **Línea de Acción II.4.3:** Implementación de planes de cuidados enfermeros en todas las UCA de la Región.
- Generalizar el abordaje de determinadas adicciones sin sustancia en el Programa de Adicciones.
 - **Línea de Acción II.4.4:** Formación para profesionales en el abordaje de las adicciones sin sustancia y elaboración e implantación del proceso asistencial a las ludopatías.
- Desarrollo de una estrategia para la deshabituación de la dependencia a nicotina de los usuarios con TMG de la Red de Salud Mental.
 - **Línea de Acción II.4.5:** Formación para profesionales sobre el abordaje del tabaquismo, elaboración del Proceso e implantación del mismo.
- Contemplar la perspectiva de género en todos los niveles del proceso asistencial general.
 - **Línea de Acción II.4.6:** Implantación de la Guía de violencia de género en el Programa de Adicciones.
 - **Línea de Acción II.4.7:** Análisis de barreras de acceso a la atención e incorporación de medidas correctoras.



- Ampliación de la cobertura de los programas de reducción de daños en todos los centros/unidades de adicciones de la Región.
 - **Línea de Acción II.4.8:** Puesta en marcha del programa de reducción de daños en todos los centros/unidades de adicciones.
- Generalizar la utilización del programa informático para la gestión de opiáceos en todas las UCA.
 - **Línea de Acción II.4.9:** Implantación del programa informático para la gestión de casos de opiáceos en todas las UCA de la Región.
- Incluir a las familias en el proceso terapéutico de las adicciones.
 - **Línea de Acción II.4.10:** Intervención grupal a las familias.
- Generalizar la utilización de la metodología de intervención mediante elaboración de plan de actuación coordinada (PAC) en el abordaje de las personas con trastornos graves por consumo de sustancias.
 - **Línea de Acción II.4.11:** Generalización de PAC en el abordaje de trastornos adictivos graves.
- Definir la estrategia de Atención Integrada para el abordaje de la patología dual.
 - **Línea de Acción II.4.12:** Elaboración de un proceso para el abordaje de la patología dual y su implantación.

CRONOGRAMA

Tabla 44: Cronograma L.E. II.4

Acciones	2019	2020	2021	2022
II.4.1				
II.4.2				
II.4.3				
II.4.4				
II.4.5				
II.4.6				
II.4.7				
II.4.8				
II.4.9				
II.4.10				
II.4.11				
II.4.12				



INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 45: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.4

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción II.4.1	II.4.1.1 Nº de discentes en formación II.4.1.2 Nº de ASI-6 pasados II.4.1.3 Nº de centros que utilizan el instrumento	UDIF-SM; Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa Adicciones
Línea de Acción II.4.2.	II.4.2.1 Nº de profesionales formados II.4.2.2 Nº de grupos /año II.4.2.3 Nº UCA con Programa Grupal Intensivo	UDIF-SM; Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones
Línea de Acción II.4.3	II.4.3.1 Nº de planes enfermeros desarrollados II.4.3.2 Nº de UCA con planes de enfermeros	Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones
Línea de Acción II.4.4	II.4.4.1 Curso de formación de adicción sin sustancia impartido II.4.4.2 Nº Profesionales formados II.4.4.3 Proceso elaborado II.4.3.4 Nº de UCA con proceso II.4.3.5 Nº de pacientes atendidos	UDIF-SM; GRSM; Jefe de Área; Coord. CSM; Resp.e Programa Adicciones
Línea de Acción II.4.5	II.4.5.1 Curso de formación tabaquismo impartido II.4.5.2 Nº Profesionales formados II.4.5.3 Proceso elaborado II.4.5.4 Nº de UCA con proceso II.4.5.5 Nº de pacientes atendidos	UDIF-SM; GRSM; Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones
Línea de Acción II.4.6	II.4.6.1 Nº de UCA con Protocolo implantado	Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones
Línea de Acción II.4.7	II.4.7.1 Análisis realizado II.4.7.2 Medidas correctoras incorporadas	Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones
Línea de Acción II.4.8	II.4.8.1 Nº pacientes en programa	GRSM; Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adultos
Línea de Acción II.4.9	II.4.9.1 Nº UCA con programa implantado	SMS; GRSM; Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adultos
Línea de Acción II.4.10	II.4.10.1 Nº de intervenciones grupales II.4.10.2 Nº de familias tratadas	Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones
Línea de Acción II.4.11	II.4.11.1 Nº de PAC elaborados	Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones
Línea de Acción II.4.12	II.4.12.1 Proceso elaborado II.4.12.2 Nº de UCA con proceso	GRSM; Jefe de Área; Coord.r CSM; Resp. Programa Adicciones



LÍNEA ESTRATÉGICA II.5 MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES INFANTOJUVENILES

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Mejorar el abordaje en la intervención precoz del TEA.
 - **Línea de Acción II.5.1:** Elaboración proceso intervención precoz del TEA en los CSM-IJ.
 - **Línea de Acción II.5.2:** Implantación del proceso de intervención precoz de TEA.

- Mejorar la coordinación Educación –Salud Mental en el seguimiento de los pacientes incluidos en el protocolo de TDAH.
 - **Línea de Acción II.5.3:** Celebración de reuniones de seguimiento Educación-Salud Mental del protocolo de TDAH.

- Mejorar la coordinación Educación –Salud Mental en el seguimiento de los pacientes incluidos en el protocolo de regional de TEA.
 - **Línea de Acción II.5.4:** Celebración de reuniones de seguimiento Educación-Salud Mental del protocolo de TEA.

- Desarrollar programas de intervención intensiva en la UHCE I-J de ámbito regional.
 - **Línea de Acción II.5.5:** Elaboración de programas de intervención intensiva y su puesta en marcha.



CRONOGRAMA

Tabla 46: Cronograma L.E. II.5

Acciones	2019	2020	2021	2022
II.5.1				
II.5.2				
II.5.3				
II.5.4				
II.5.5				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 47: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.5

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción II.5.1	II.5.1.1 Proceso elaborado	GRSM Jefe de Área Coordinador CSM Responsable Programa Infanto-juvenil
Línea de Acción II.5.2	II.5.2.1 Proceso implantado	Jefe de Área Coordinador CSM Responsable Programa Infanto-juvenil
Línea de Acción II.5.3	II.5.3.1 Nº de reuniones realizadas	Coordinador CSM Responsable Programa Infantojuvenil
Línea de Acción II.5.4	II.5.4.1 Nº de reuniones realizadas	Coordinador CSM Responsable Programa Infanto-juvenil
Línea de Acción II.5.5	II.5.5.1 Nº de programas desarrollados e implementados	Jefe de Sección UHCE-IJ Responsable Programa Infanto-juvenil



LÍNEA ESTRATÉGICA II.6: ORDENACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LAS ACCIONES DE INSERCIÓN LABORAL Y EMPLEO PARA TMG

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Mejorar la organización en cada Área de Salud de los recursos de rehabilitación e inserción laboral, orientándolos hacia los procesos de recuperación de los usuarios
 - **Línea de Acción II.6.1:** Dotación en cada Área de Salud de recursos para la preparación laboral y la adquisición de competencias para el empleo
 - **Línea de Acción II.6.2:** Consolidación del Programa de Empleo con apoyo (Programa Euroempleo) en todas las Áreas de Salud.
 - **Línea de Acción II.6.3:** Ordenación y mejora de los procedimientos de coordinación entre los recursos de inserción laboral y los dispositivos asistenciales de cada Área.

- Mejorar la coordinación con entidades relacionadas con la inserción laboral (Instituto Nacional de la Seguridad Social, IMAS, Servicio de Empleo y Formación, Tercer Sector, entidades locales...
 - **Línea de Acción II.6.4:** Establecimiento de fórmulas de colaboración (protocolos, acuerdos o convenios) entre SMS y las distintas entidades relacionadas con la inserción laboral.

- Mejorar los procesos de evaluación, poner en marcha líneas de investigación y proporcionar al colectivo de profesionales formación específica en estrategias de inserción laboral.
 - **Línea de Acción II.6.5** Elaboración de una herramienta de evaluación específica para los procesos de inserción laboral que facilite la planificación y redistribución de recursos.
 - **Línea de Acción II.6.6:** Puesta en marcha de líneas de investigación sobre inserción laboral en TMG.
 - **Línea de Acción II.6.7:** Realización de cursos específicos sobre inserción laboral en TMG.

- Participar activamente en campañas de difusión y divulgación antiestigma y facilitar la prospección de empleo.
 - **Línea de Acción II.6.8:** Difusión en medios de comunicación de acciones antiestigma.
 - **Línea de Acción II.6.9:** Intervención en ámbitos empresariales y profesionales.

- Considerar la perspectiva de género en las actuaciones de inserción laboral adoptando medidas y estrategias para favorecer el proceso de recuperación de las mujeres y que permita corregir la posición social y cultural de desventaja.



- **Línea de Acción II.6.10:** Dotación de ayudas para la conciliación de la vida familiar y laboral.
- **Línea de Acción II.6.11:** Intervención activa para adaptar los recursos de formación y empleo a las características de las mujeres con TMG.
- **Línea de Acción II.6.12:** Aumento de mujeres con TMG participantes en los programas de inserción laboral.

CRONOGRAMA

Tabla 48: Cronograma L.E. II.6

Acciones	2019	2020	2021	2022
II.6.1				
II.6.2				
II.6.3				
II.6.4				
II.6.6				
II.6.7				
II.6.8				
II.6.9				
II.6.10				
II.6.11				
II.6.12				
II.6.13				



INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 49: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. II.6

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
<i>Línea de Acción II.6.1</i>	II.6.1.1 Propuesta de ordenación e implementación de recursos elaborada en cada Área	GRSM Equipo Gestor Euroempleo
<i>Línea de Acción II.6.2</i>	II.6.2.1 Número de participantes en el Programa por Área y año	Equipo Gestor Euroempleo
<i>Línea de Acción II.6.3</i>	II.6.3.1 Nº de procedimientos establecidos por año	GRSM Equipo Gestor Euroempleo Dirección del Área y Coordinadores de CSM
<i>Línea de Acción II.6.4</i>	II.6.4.1 Nº de protocolos, acuerdos o convenios realizados por año	GRSM Equipo Gestor Euroempleo
<i>Línea de Acción II.6.5</i>	II.6.5.1 Existencia de Base de Datos	Equipo Gestor Euroempleo
<i>Línea de Acción II.6.6</i>	II.6.6.1 Nº de líneas de investigación por año	Equipo Gestor Euroempleo
<i>Línea de Acción II.6.7</i>	II.6.7.1 Nº de cursos por año	Equipo Gestor Euroempleo
<i>Línea de Acción II.6.8</i>	II.6.8.1 Nº de faldones y cuñas por año	Equipo Gestor Euroempleo
<i>Línea de Acción II.6.9</i>	II.6.9.1 Nº de reuniones realizadas por año	GRSM Equipo Gestor Euroempleo
	II.6.9.2 Reconocimiento oficial de “Empresas Mentalizadas”	
	II.6.9.3 Nº de “empresas mentalizadas”	
<i>Línea de Acción II.6.10</i>	II.6.10.1 Nº de personas que reciben ayudas/año	Equipo Gestor Euroempleo
<i>Línea de Acción II.6.11</i>	II.6.11.1 Nº de medidas puestas en marcha/año	Equipo Gestor Euroempleo
<i>Línea de Acción II.6.12</i>	II.6.12.1 Nº de mujeres participantes/año	Equipo Gestor Euroempleo



9.4.3 EJE III. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

INTRODUCCIÓN

“Continuidad: Capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente a lo largo de la vida y coherentemente entre los servicios que la componen”¹²⁵.

“Assitere: hallarse cerca de, sentarse junto a”¹²⁶.

“Coordinación asistencial: Capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un objetivo asistencial común sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente, independientemente del lugar y del tiempo en el que sea atendido¹²⁷. Ésta es una de las expectativas que con más frecuencia ha sido expresada por los pacientes y el personal sanitario”.

La **coordinación asistencial** está identificada como herramienta de gestión clínica generadora de mejor calidad de vida y satisfacción de los usuarios; hecho que se hace más relevante en la atención de pacientes pluripatológicos o con enfermedades crónicas complejas¹²⁸. *“La coordinación no es un espacio o acto administrativo. Coordinarse no es solo encontrarse para intercambiar informaciones sobre un paciente, en un acto que no compromete más allá de su momento. Es el punto y seguido de una relación que debe ser claramente definida y que es una parte importante de la tarea para todos los que en ella participan. Incluye la noción de complementariedad entre las partes diversas que han de ejercer la globalidad de la acción. Para que sea así ha de surgir del convencimiento de que para hacer bien un trabajo es necesaria la ayuda y participación de otros”¹²⁹.*”

La continuidad asistencial: según la definición clásica, es la percepción que tiene el usuario sobre la coherencia de esta asistencia coordinada, que recibe a lo largo del tiempo¹³⁰.

¹²⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo; 2007. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

¹²⁶ J. Leal et al. En “La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental”.

¹²⁷ Starfield B. Coordinación de la atención en salud. En: Starfield B, editor. Atención primaria. Barcelona: Masson; 2002. p. 233-65.

¹²⁸ II Plan de Calidad del sistema sanitario Público de Andalucía 2005-2008. Consejería de Salud. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/II_plan_calidad/II_plan_calidad.pdf

¹²⁹ Leal, J y Escudero, A. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental”. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006. ISBN 84-95287-30-7. Leal et al. En “La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental”.

¹³⁰ Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003; 327:1219-21.



Los elementos que integran la continuidad asistencial se ha agrupado en 3 áreas: Continuidad de relación, de información y de gestión¹³¹.

- Continuidad de relación: Hace referencia al vínculo entre el usuario y su profesional o equipo de referencia.
- Continuidad de información: Hace referencia a la transferencia de la información clínica.
- Continuidad de gestión: Hace referencia a la coherencia de los cuidados establecidos para el usuario y a la accesibilidad que tiene el usuario para acceder a los distintos niveles asistenciales.

*“Esto es especialmente relevante en la **Continuidad Asistencial en SM** y es un elemento crítico en el cuidado de las personas con TMG en un **Modelo Comunitario** entendiendo la comunidad no solo como espacio geográfico sino, sobre todo, como red y entramado de vínculos en los que se construye y desarrolla el sujeto.^{88”}*

*“Por **continuidad asistencial en SM** hemos de entender un entramado de recursos e instituciones, situados en contextos o sistemas organizativos diferentes y todos ellos necesarios para garantizar en la mayor medida las actividades de cura y cuidado o de tratamiento y trato¹³².”*

*“El **trabajo en red** –como experiencia de continuidad asistencial- surge de la percepción conjunta de los problemas comunes y de la posibilidad de resolverlos con base en la articulación entre otros actores sociales involucrados en un problema y en su solución.^{91”}*

¹³¹ Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.

¹³² Leal, J y Escudero, A. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental”. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006. ISBN 84-95287-30-7.



III.A. COORDINACIÓN AP-SM

INTRODUCCIÓN

Estudios epidemiológicos realizados en España y Europa señalan que entre un 25 % y un 53% de los pacientes que consultan en AP presentan algún trastorno mental y que, por diversas razones, un alto porcentaje no son detectados ni tratados por el médico de familia. Por este motivo, en los últimos años las políticas sanitarias en los países occidentales insisten en la necesidad de una estrecha coordinación entre los CAP y los dispositivos especializados en SM, con el fin de incrementar la detección de los trastornos mentales y la adecuación del tratamiento de los mismos.¹³³

En España, a pesar de que los planes sanitarios de muchas comunidades autónomas promueven la coordinación entre los servicios de AP y SM, diversos estudios han puesto de manifiesto que en general, los médicos de familia siguen percibiendo el grado de cooperación como insatisfactorio.^{134,135}

JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

La complejidad que supone la atención integral al paciente con problemas de salud mental desde un modelo de SM 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 CAP a los dispositivos específicos de SM (CSM, UHB, UME y UR), pasando por otras especialidades médicas y estructuras socio-sanitarias específicas.

En el actual sistema sanitario español, la AP está asumiendo crecientes responsabilidades en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las alteraciones mentales. Para una mayoría de las personas con trastorno mental, los servicios de AP se han convertido no sólo en el punto de entrada al sistema sanitario, sino también en el principal medio donde son atendidas sus necesidades.

Este escenario demanda del médico de familia una mejora continuada de sus capacidades específicas y de su disponibilidad de tiempo para diagnosticar y manejar no sólo los componentes psicológicos de la patología somática, sino también ciertas formas de trastornos mentales y una adecuada coordinación entre los diferentes dispositivos de AP y SM. Por otro lado, también demanda a los profesionales de SM una mayor integración y un mayor

¹³³ Luciano J.V y cols. Cooperación entre atención primaria y servicios de salud mental. Atención Primaria. 2009;41(3):131-140.

¹³⁴ Arrillaga M. y cols. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. Aten. Primaria.2004;33:491-5.

¹³⁵ Latorre JM y cols. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. Aten. Primaria.2005;36:85-92.



acercamiento a los profesionales de AP.

Dado que se ha ido produciendo una creciente toma de conciencia sobre el hecho de que la mayoría de las personas con trastorno mental acuden inicialmente a los servicios de AP, y que la mayoría van a ser tratados a este nivel, para poder tratar con efectividad a estos pacientes, es necesario que tengan un fácil acceso a los especialistas en SM. Por lo que es importante saber cómo se va a estructurar la comunicación entre ambos servicios y como conseguir la integración de los servicios de SM con los de primaria, especificando cual es el papel de cada uno en la atención a los pacientes.

El interés creciente por las relaciones entre AP y SM ha motivado la aparición de diversos modelos de interacción, todos ellos caracterizados por un aprendizaje y coordinación bidireccional y una orientación eminentemente práctica y adaptada a las necesidades concretas y reales de los centros o equipos implicados.

CAMINANDO HACIA LA IMPLANTACION DE UN MODELO DE COOPERACIÓN AP-SM EN MURCIA

Objetivo general AP-SM

Teniendo como horizonte general la recomendación de la OMS de *“Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta”*,¹³⁶ el grupo de trabajo propone el desarrollo de cinco líneas estratégicas de actuación que a continuación se exponen de forma detallada, con el objetivo general de conseguir que todas las Áreas de Salud en la Región de Murcia desarrollen un modelo de trabajo multiprofesional entre AP-SM, que posibilite la continuidad asistencial de los pacientes y que también satisfaga a los profesionales, puesto en marcha desde la participación y el consenso mutuo.

En el Anexo IV se describen con más detalle los modelos de interacción AP-SM desarrollados a nivel internacional y nacional, así como diferentes iniciativas llevadas a cabo en la CARM.

¹³⁶ Objetivo 2 del Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. OMS.66 Asamblea Mundial de la Salud. 16 mayo 2013.



LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.1: SECTORIZACIÓN CSM-AP

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Desarrollar y planificar, en colaboración con las Gerencias de Área, la sectorización por Áreas de Salud y Zona Básicas de Salud (ZBS) de los servicios de SM como primera actuación transversal y necesaria para la instauración de un modelo de trabajo basado en la cooperación entre profesionales de AP y de SM.
 - **Línea de Acción III.A.1.1:** Creación de una Comisión Mixta de Salud Mental del Área, grupo de trabajo multidisciplinar de SM-AP por cada Área de Salud, que se convertirá en el eje de transmisión necesario para el diseño, desarrollo, implantación y evaluación de objetivos en las mismas
 - **Línea de Acción III.A.1.2:** Diseño del plan específico de sectorización de SM en las Áreas.
 - **Línea de Acción III.A.1.3:** Implementación de la Sectorización en las ZBS de las Áreas Sanitarias.

CRONOGRAMA

Tabla 50: Cronograma L.E. III.A.1

Acciones	2019	2020	2021	2022
III.A.1.1				
III.A.1.2				
III.A.1.3				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 51: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.A.1

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción III.A.1.1	III.A.1.1.1 % de Áreas que han creado la Comisión Mixta de SM	Dirección Gerencia de las Áreas (apoyo desde GRSM- Coordinación AP-SM)
Línea de Acción III.A.1.2	III.A.1.2.1 % de Áreas que han diseñado el Plan de Sectorización	Dirección Gerencia de las Áreas y Responsables de SM y AP a través de la Comisión Mixta de SM del Área (apoyo desde la GRSM - Coordinación AP-SM)
Línea de Acción III.A.1.3	III.A.1.3.1 % de ZBS Sectorizadas anualmente (Obtenido de informe anual enviado por las Áreas a la GRSM)	Dirección Gerencia de las Áreas y Comisión Mixta de SM del Área (apoyo de la GRSM- Coordinación AP-SM)



LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.2: MEJORA EN EL ÁREA DE COMUNICACIÓN Y COOPERACIÓN AP-CSM

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Referenciar equipos multiprofesionales integrados por especialistas en psiquiatría, psicología clínica, enfermería de SM y trabajo social para cada una de las ZBS. El proceso se adaptará en cada una de las Áreas:
 - **Línea de Acción III.A.2.1:** Nombramiento de un profesional del Centro de Salud AP y otro del CSM correspondiente, que serán los responsables de coordinar las actuaciones comunes. Serán los interlocutores y facilitadores de la comunicación entre instituciones.
 - **Línea de Acción III.A.2.2:** Establecimiento de calendarios de reuniones de trabajo por parte de los equipos de SM sectorizados en los centros de salud correspondientes.
 - **Línea de Acción III.A.2.3:** Creación de una Comisión Mixta regional AP-SM con funciones de asesoramiento, seguimiento y apoyo técnico al proyecto.
 - **Línea de Acción III.A.2.4:** Diseño y realización de una encuesta de satisfacción de profesionales de AP-CSM.

CRONOGRAMA

Tabla 52: Cronograma L.E. III.A.2

Acciones	2019	2020	2021	2022
III.A.2.1				
III.A.2.2				
III.A.2.3				
III.A.2.4				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 53: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.A.2

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción III.A.2.1	III.A.2.1.1 Informe de la Dirección del Área identificando los responsables designados en los CSM y de AP	Dirección del Área y Coordinadores de CAP y CSM
Línea de Acción III.A.2.2	III.A.2.2.1 Informe anual de las Áreas detallando el Nº de reuniones multiprofesionales AP-SM desarrolladas	Dirección-Gerencia del Área, Coordinadores de CSM y CAP
Línea de Acción III.A.2.3	III.A.2.3.1 Informe anual del Nº de reuniones y temas abordados	GRSM- Coordinador de AP-SM. Dirección-Gerencia de las Áreas
Línea de Acción III.A.2.4	III.A.2.4 Diseño y elaboración de la encuesta y análisis de resultados	GRSM- Coordinador de AP-SM. Dirección-Gerencia de las Áreas



LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.3: IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO MULTIPROFESIONAL AP-SM EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Desarrollar actuaciones basadas en un enfoque de trabajo multiprofesional AP-SM y comunitario para el abordaje de las necesidades en salud mental de la población, diseñando estrategias de actuación, en función a las necesidades planteadas en las reuniones de trabajo AP-SM.
 - **Línea de Acción III.A.3.1:** Desarrollo de líneas de colaboración Equipo de SM - Equipo de AP:
 - Diseño conjunto de estrategias de intervención escalonada.
 - Reuniones multiprofesionales con participación de ambos equipos (SM y AP).
 - Realización de otras actividades propuestas desde el Área.

CRONOGRAMA

Tabla 54: Cronograma L.E. III.A.3

Acciones	2019	2020	2021	2022
III.A.3.1				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 55: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.A.3

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción III.A.3.1	III.A.3.1.1 Informe anual de las actividades desarrolladas en las Áreas	Dirección-Gerencia de las Áreas, Responsables de SM y Coordinadores de EAP. (apoyo y asesoramiento de la GRSM)



LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.4: MEJORA DE LA GESTIÓN CLÍNICA

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Impulsar la capacidad de gestión conjunta AP-SM a través del desarrollo de los sistemas de información y dotándoles de las herramientas necesarias. Incluir objetivos de SM en los Contratos de Gestión de todas las Áreas Sanitarias y organizar la red de colaboración AP-SM creando espacios de trabajo donde se estudien y planifiquen conjuntamente las derivaciones de los pacientes considerando las prioridades y necesidades así como los recursos asistenciales existentes en las Áreas (CSM, UHB, Psicología, Psiquiatría, Enfermería SM, Grupos, T. Social, etc.).
 - **Línea de Acción III.A.4.1:** Análisis de las demoras en SM de las Áreas.
 - **Línea de Acción III.A.4.2:** Desarrollo de herramientas de gestión-evaluación en AP y SM:
 - Indicadores de actividad.
 - Cuadros de Mando.
 - Mejoras tecnológicas en la comunicación.
 - Accesibilidad a la historia clínica.
 - Otras actuaciones priorizadas en las Áreas.

CRONOGRAMA

Tabla 56: Cronograma L.E. III.A.4

Acciones	2019	2020	2021	2022
III.A.4.1				
III.A.4.2				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 57: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.A.4

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción III.A.4.1	III.A.4.1.1 Informe anual de la evolución de las demoras en las Áreas	Dirección y responsables de AP y SM del Área. Colaboración de la GRSM y SMS
Línea de Acción III.A.4.2	III.A.4.2.1 Informe anual de reuniones en SMS y con la Subdirección General de Tecnologías de la Información (SGTI) y acuerdos adoptados	Gerencia Salud Mental, Jefes de programas y Coordinador AP-SM, SMS, SGTI



LÍNEA ESTRATÉGICA III.A.5: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN AP-SM

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Fomentar la creación de espacios formativos y de investigación conjuntos AP y SM. Este plan incluirá aspectos destacados en el grupo de trabajo AP-SM (sesiones de Formación Continuada para los profesionales de AP con temas identificados y priorizados conjuntamente con SM: técnicas de entrevista clínica, formación básica en psicología relacional, de la familia, técnicas de orientación, uso de psicofármacos, nuevas adicciones, etc.).
 - **Línea de Acción III.A.5.1:** Desarrollo de actividades formativas y de investigación conjuntas AP y SM.

CRONOGRAMA

Tabla 58: Cronograma L.E. III.A.5

Acciones	2019	2020	2021	2022
III.A.5.1				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 59: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.A.5

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción III.A.5.1	III.A.5.1.1 Informe anual de las actividades formativas y de investigación conjunta en las Áreas de Salud	Responsables de formación e investigación del SMS y la GRSM; Dirección de las Áreas y Coordinadores de Centros de AP y SM



III.B. CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA RED DE SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN

La continuidad de cuidados en SM requiere de una cultura asistencial que, por otra parte, ayuda a construir.

Más específicamente, **la continuidad asistencial en Salud Mental para personas con TMG** requiere¹³⁷:

- Atención integral y continuada.
- Evaluación regular y multidisciplinar de necesidades.
- Elaboración de un Plan Individualizado de tratamiento y cuidados consensuado.
- Participación activa del usuario.
- Prestación de apoyo a cuidadores.
- Facilitación de condiciones adecuadas de alojamiento y actividad.

ANTECEDENTES

El modelo comunitario que inspira el “Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” (1985) y la Ley General de Sanidad (1986) no es posible desarrollar sin asumir distintos principios básicos, irrenunciables. Entre ellos se señala el de Continuidad de Cuidados o Continuidad Asistencial que aparece implícito en los conceptos de Atención Integrada e Integral, así como en el trabajo de equipo multidisciplinario. Estos conceptos impregnan de forma teórica todos los planes de Salud Mental realizados en nuestra Región.

En el año 2007 se elabora y publica el Proceso de Continuidad Asistencial a pacientes con problemas de salud mental¹³⁸. Este proceso tiene como MISIÓN:

“Asegurar la continuidad asistencial a los pacientes de Salud Mental y Adicciones de la Región de Murcia, garantizando su paso por los diferentes recursos (ambulatorios, hospitalarios y programas de rehabilitación/ reinserción) y su correcto abordaje de una manera eficaz y eficiente”.

Este proceso, pendiente de actualización, se ha ido evaluando parcialmente a lo largo de los años y ha supuesto una fuente importante de información.

En Febrero de 2018 se publica la Resolución de Director Gerente del SMS sobre mejora

¹³⁷ Bravo, M^a Fe. En “Tratado de Psiquiatría” de Vallejo Ruiloba, J y Real Cercós, C. Ed. Marban. 2012. IBSN 978-84-7101-871-7. Pp.2154-2174.

¹³⁸ Subdirección General de Salud Mental. Proceso de Continuidad Asistencial a pacientes con problemas de salud mental (2014). Accedido el 15 de julio de 2018.

https://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2237&idsec=88



de la Continuidad Asistencial¹³⁹, donde se aprueba la instrucción nº 1/2018 que señala las bases de relación para la mejora en la continuidad de atención entre los distintos ámbitos asistenciales.

MODELOS ACTUALES

Los procesos de continuidad asistencial tienen una enorme diversidad en sus procedimientos, indicadores y modelos en las descripciones y estudios al respecto que aparecen en las revisiones bibliográficas. Desde una perspectiva de modelos organizativos centrados en la Continuidad Asistencial de Personas con TMG podríamos señalar que los más relevantes son:

- Modelo de Gestión de Casos.
- Modelo Asertivo-Comunitario.

Estos modelos presentan ventajas e inconvenientes pero ambos exigen un cambio de cultura asistencial y una inversión de recursos considerable.

¹³⁹ BORM nº 40, 1029.



LÍNEA ESTRATÉGICA III.B.1: PROMOCIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO Y EN RED

OBJETIVOS Y ACCIONES

La generación de una cultura del trabajo en equipo y el desarrollo de procesos de continuidad requiere de la implementación de los procesos definidos tanto respecto a la continuidad como los específicos de atención a TMG. La puesta en marcha o mejora de estos procesos supone un cambio asistencial en muchos dispositivos centrados en la atención individual en consulta de los profesionales (sobre todo psiquiatras y psicólogos), con agendas cerradas y masificadas. Para que los dispositivos estén perfectamente alineados con esta cultura asistencial es necesario un liderazgo proactivo a nivel de los centros/servicio y del Área.

- Promocionar el trabajo en equipo y en red.
 - **Línea de Acción III.B.1.1:** Actualización del Proceso de Continuidad Asistencial.
 - **Línea de Acción III.B.1.2:** Implementación del Proceso de Continuidad Asistencial en cada Área.
 - **Línea de Acción III.B.1.3:** Fomento del trabajo en equipo en la formación de residentes y en la formación continuada. Colaboración con UDIF y con Responsables de dispositivos/Áreas para la realización de actividades formativas específicas.

CRONOGRAMA

Tabla 60: Cronograma L.E. III.B.1

Acciones	2019	2020	2021	2022
III.B.1.1				
III.B.1.2				
III.B.1.3				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 61: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.B.1

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción III.B.1.1	III.B.1.1.1 Actualización de Proceso de Continuidad (SI/NO)	GRSM
Línea de Acción III.B.1.2	III.B.1.2.1 Nº de Áreas con el proceso activo	Dirección del Área y Coordinadores de CSM
Línea de Acción III.B.1.3	III.B.1.2.2 Nº de reuniones de coordinación entre dispositivos por Áreas	
	III.B.1.3.1 Nº de actividades formativas por año que pongan en valor la cultura de equipo y la necesidad de trabajo coordinado	UDIF; Grupo de Continuidad; Dirección del Área y Coordinadores de CSM
	III.B.1.3.2 Nº de residentes que participan en la elaboración de PAC por Áreas o Centro	



LÍNEA ESTRATÉGICA III.B.2: MEJORA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA FACILITAR EL PROCESO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Integrar en red los sistemas de información sanitarios: es necesario generar pasarelas entre hospitales y resto de recursos de SM.
 - **Línea de Acción III.B.2.1:** Generación en SELENE de las pasarelas necesarias y los permisos para acceder a un sistema de información integrado

- Disponer de Protocolos de derivación reglados en SELENE, creando un formulario único de derivación a recurso externo al SMS.
 - **Línea de Acción III.B.2.2:** Creación de un formulario único de comunicación entre los distintos programas y dispositivos.

- Garantizar el registro adecuado de la actividad e información clínica.
 - **Línea de Acción III.B.2.3:** Desarrollo de cultura sobre la importancia de registrar adecuadamente la actividad en la Hª Clínica Informatizada.
 - **Línea de Acción III.B.2.4:** Compromiso de los responsables de los Centros y servicios en conseguir la adecuada cumplimentación de los registros como una más de sus funciones.

- Mejorar el registro de información del proceso de continuidad en personas con TMG en SELENE, que permita la obtención de indicadores de forma automática.
 - **Línea de Acción III.B.2.5:** Elaboración y/o actualización del censo de personas con TMG en cada Área.
 - **Línea de Acción III.B.2.6:** Creación del indicador que identifique la falta de continuidad en el proceso asistencial de personas con TMG.
 - **Línea de Acción III.B.2.7:** Creación del índice de retorno de pacientes tras la falta de continuidad.



CRONOGRAMA

Tabla 62: Cronograma L.E. III.B.2

Acciones	2019	2020	2021	2022
III.B.2.1				
III.B.2.2				
III.B.2.3				
III.B.2.4				
III.B.2.5				
III.B.2.6				
III.B.2.7				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 63: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.B.2

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
<i>Línea de Acción III.B.2.1</i>	III.B.2.1.1 Existencia de pasarelas y permisos para los profesionales implicados (SI/NO)	GRSM
<i>Línea de Acción III.B.2.2</i>	III.B.2.2.1 Existencia del formulario elaborado (SI/NO)	GRSM
<i>Línea de Acción III.B.2.3</i>	III.B.2.3.1 Nº de profesionales que utilizan la Hª clínica informatizada por Área/dispositivo	Dirección del Área y Coordinadores de CSM
<i>Línea de Acción III.B.2.4</i>	III.B.2.4.1 Aparición de esta función en el catálogo de funciones de los responsables de los distintos dispositivos coordinados (SI/NO)	GRSM
<i>Línea de Acción III.B.2.5</i>	III.B.2.5.1 Existencia de censo en cada Área (SI/NO)	Dirección del Área y Coordinadores de CSM
<i>Línea de Acción III.B.2.6</i>	III.B.2.6.1 Inclusión del indicador en SELENE (SI/NO)	GRSM
<i>Línea de Acción III.B.2.7</i>	III.B.2.7.1 Inclusión del indicador (SI/NO)	GRSM



LÍNEA ESTRATÉGICA III.B.3: PROPUESTAS DE CAMBIOS ORGANIZATIVOS QUE FACILITEN EL PROCESO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Continuar promoviendo cambios organizativos que faciliten el proceso de Continuidad Asistencial. En determinadas Áreas no hay correspondencia entre el Área de Salud y la UHB donde se realizan los ingresos psiquiátricos. Así mismo, hay Áreas con dependencias orgánicas diferentes para distintos dispositivos.
 - **Línea de Acción III.B.3.1:** Sectorización de servicios a nivel de Área.

- Integrar a nivel de Área todos los programas (Adicciones, Infanto Juvenil, Rehabilitación, Adultos) permitiendo un funcionamiento más sencillo y eficaz de los procesos de continuidad asistencial entre los distintos programas.
 - **Línea de Acción III.B.3.2:** Integración de los distintos programas asistenciales en las Áreas.

- Mejorar las tecnologías de comunicación.
 - **Línea de Acción III.B.3.3:** Elaboración de un estudio para aplicar las TIC a los procesos de Continuidad.

- Elaborar el proceso de continuidad de cuidados entre recursos de salud mental y otros dispositivos de ámbito regional y entidades subvencionadas o concertadas.
 - **Línea de Acción III.B.3.4:** Definición de los procedimientos de relación entre todos los dispositivos que intervienen (concertados, subvencionados o de ámbito supra Área y regionales) en el proceso asistencial a personas con TMG.

- Elaborar el proceso de continuidad de cuidados entre urgencias hospitalarias y dispositivos comunitarios.
 - **Línea de Acción III.B.3.5:** Elaboración de procedimientos de comunicación entre servicios de urgencias hospitalarias y dispositivos comunitarios para unificar la continuidad de cuidados de personas con TMG.

- Elaborar un procedimiento de coordinación entre los programas específicos (Adultos, Infanto-juvenil y Adicciones).
 - **Línea de Acción III.B.3.6:** Elaboración de procedimientos de coordinación entre los Programas de Adultos, Infanto-Juvenil y Adicciones



CRONOGRAMA

Tabla 64: Cronograma L.E. III.B.3

Acciones	2019	2020	2021	2022
III.B.3.1				
III.B.3.2				
III.B.3.3				
III.B.3.4				
III.B.3.5				
III.B.3.6				

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 65: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.B.3

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción III.B.3.1	III.B.3.1.1 Nº de servicios completamente sectorizadas	GRSM y Gerencias de Área
Línea de Acción III.B.3.2	III.B.3.2.1 Nº de Áreas completamente sectorizadas	GRSM y Gerencias de Área
Línea de Acción III.B.3.3	III.B.3.3.1 Estudio elaborado (SI/NO)	GRSM y Subdirección General de Tecnologías de Información
Línea de Acción III.B.3.4	III.B.3.4.1 Nº de procedimientos establecidos	GRSM
Línea de Acción III.B.3.5	III.B.3.5.1 Nº de procedimientos elaborados	GRSM
Línea de Acción III.B.3.6	III.B.3.6.1 Existencia del Procedimiento (SI/NO)	GRSM



III.C. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI es difícil concebir la atención a los problemas de salud mental sin una adecuada coordinación intra- e inter-institucional de los recursos sociosanitarios. Este modelo de asistencia orientado a la promoción de la autonomía personal, a la recuperación y atención a la dependencia de las personas con trastorno mental, está sustentado en numerosas iniciativas legislativas nacionales y regionales, así como experiencias contrastadas de su aplicación en diferentes CCAA en España.

En el Anexo VI se describen con detalle las diferentes leyes y normativas, de desarrollo de la coordinación sociosanitaria y las experiencias de tres CCAA: Madrid, Andalucía y Castilla y León.

JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD y SITUACIÓN EN LA CARM

La entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, incluyó al colectivo de personas con trastornos mentales y/o adicciones como potenciales beneficiarios de las prestaciones recogidas en dicha norma. Dicha Ley hizo necesaria la creación y puesta en marcha de un importante número de recursos en el ámbito, en un breve espacio de tiempo, de los servicios sociales con el fin de dar respuesta a las necesidades de las personas que ese nuevo derecho otorgaba a muchos ciudadanos de la Región de Murcia con TMG y del que hasta ese momento carecían.

El hecho de este crecimiento tan significativo de recursos asistenciales ligados al ámbito de los servicios sociales, la elección de los procedimientos de valoración y reconocimiento del derecho subjetivo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, así como la puesta en marcha de estructuras asistenciales (centros de día y centros residenciales de larga estancia) con escasa participación del sistema sanitario, y en concreto, de la red de salud mental adscrita el SMS ni en el diseño, ni en la determinación de perfiles de usuarios, ni en los mecanismos de transición de unas estructuras asistenciales a otras, ha supuesto una escisión en los sistemas de atención y una fractura en el diseño y garantía de los procesos de continuidad asistencial y de cuidados. El resultado es un sistema fragmentado en la atención y continuidad de cuidados de las personas con TMG, de una parte el sistema sanitario con su red de centros y servicios de atención a las personas con TMG, con sus sistemas y procedimientos de acceso, con su propia planificación, cartera de servicios, etc., y de otra, el sistema de dependencia adscrito al ámbito de los servicios sociales, igualmente con su modelo de desarrollo, valoración de necesidades, tipología e implementación de recursos.

Ante esta situación, se consideró necesario iniciar un acercamiento paulatino entre ambos sistemas que permitiera acometer la creación de una estructura formalizada de



coordinación sociosanitaria con el objetivo de garantizar una atención integral e integrada a las personas con TMG en la CARM. Este acercamiento tuvo como resultado la aprobación en 2017 del primer Protocolo de Coordinación Sociosanitaria en la atención a las personas con TMG suscrito por las Consejerías de Salud y de Familia e Igualdad de Oportunidades y que en la actualidad se está procediendo a implementar en cada una de las Áreas de salud. Igualmente este acercamiento pretende promover los acuerdos necesarios para consolidar una red territorial colaborativa entre la administración sanitaria, social y el resto de entidades intervinientes, que mejore la accesibilidad a los recursos, la equidad en su utilización y la eficiencia en sus resultados.

En cualquier caso, construir un sistema de coordinación sociosanitaria en el ámbito de salud mental no se reduce solo a construir una estructura organizativa formal, supone sobre todo, el desarrollo de una herramienta intersistémica capaz de producir respuestas ágiles y continuadas a las necesidades complejas que presentan las personas con TMG y sus cuidadores a lo largo de la vida. Esto implica construir un sistema colaborativo y el consenso de nuevos modelos de trabajo en red, y por tanto, la corresponsabilización de todos los elementos que la integran, en el diseño de respuestas basadas en las necesidades de los pacientes y no tanto en las lógicas particulares de cada institución.

Debemos tender por tanto, por un lado a que transcurra el menor tiempo posible entre la identificación de la necesidad y la formulación de una respuesta asistencial coherente y ajustada, y por otro, a que cada sistema genere internamente estructuras y respuestas asistenciales adecuadas a las necesidades de los pacientes. Equipamientos, servicios y respuestas que posibiliten una transición de un sistema a otro (sanitario a social y viceversa) de forma ágil, armonizada y coherente. Debemos promover un sistema de coordinación entre los ámbitos sanitario y social, que sobre la base de una atención integral centrada en la persona, garantice su continuidad a lo largo de grandes intervalos de tiempo, promoviendo la promoción de la autonomía de la persona, la permanencia en su entorno vital, bajo una perspectiva integradora y de participación en la comunidad, que busque la efectividad de los recursos y la sostenibilidad de los sistemas.

En definitiva, apostar por un cambio de paradigma, que suponga, entre otros, una modificación en los modos de trabajo, profundizando en el trabajo en red y en una concepción colaborativa de las relaciones entre sistemas, en los interlocutores y en los procesos, en los tiempos y el tipo de respuestas a producir, incorporando a los usuarios como sujetos activos y decisivos en los procesos que les afectan.

Una vez formalizada esta estructura de coordinación, deberemos dirigir nuestro esfuerzo a corto y medio plazo, al desarrollo de iniciativas legislativas que permitan una plena coordinación sociosanitaria, especialmente de los sistemas de salud, servicios sociales y dependencia, centrado en lo posible en el ámbito territorial del Área de salud, en la definición pormenorizada de cada uno de los servicios de soporte (modalidades de alojamiento y de atención residencial, empleo, formación, etc.), que garanticen una atención continuada y una transitoriedad ágil en la utilización de servicios de uno u otro sistema con una visión



integradora y normalizadora que facilite la permanencia en el entorno vivencial a las personas con TMG, previniendo situaciones de gran vulnerabilidad social y exclusión, entre otras, aquellas relacionadas con procesos de judicialización penal, desahucio o sinhogarismo y mujeres con TMG que sufran violencia de género.



LÍNEA ESTRATÉGICA III.C.1: COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Crear una estructura colaborativa entre los sistemas de salud, servicios sociales, educación y otros, que garantice los procesos de coordinación y continuidad de cuidados de personas con TMG.
 - **Línea de Acción III.C.1.1:** Implementación, contemplando la perspectiva de género, del Protocolo de Coordinación Sociosanitaria TMG en Áreas de Salud.
 - **Línea de Acción III.C.1.2:** Diseño e implementación, en el marco colaborativo de la coordinación sociosanitaria, de los procesos asistenciales necesarios para mejorar la atención de las personas con TMG en los Programas de Infanto-juvenil y Adicciones.
 - **Línea de Acción III.C.1.3:** Realización de estudios de incidencia y prevalencia de personas con TMG, en cada una de las Áreas sanitarias de la Región de Murcia, que nos permita conocer censo y perfil de las personas con TMG atendidas en la red de SM vinculadas a la Ley 39/2006.
 - **Línea de Acción III.C.1.4:** Diseño e implementación de un programa de gestión y evaluación del Protocolo de Coordinación SS TMG.
 - **Línea de Acción III.C.1.5:** Realización de un Protocolo de Coordinación para la gestión asistencial de procesos de judicialización penal de pacientes con TMG, en coordinación con la Administración Penitenciaria, Judicial y de Servicios Sociales.
 - **Línea de Acción III.C.1.6:** Realización de un Protocolo de Coordinación Sociosanitaria dirigido a la asistencia de las personas sin hogar con TMG, en coordinación con la Administración Regional competente en materia de servicios sociales, los Ayuntamientos que así lo consideren y ONG.
 - **Línea de Acción III.C.1.7:** Diseño de un proceso de intervención específico dirigido a mujeres con TMG, en coordinación con la Administración Regional, Ayuntamientos y ONG.
 - **Línea de Acción III.C.1.8:** Elaboración de un Mapa Sociosanitario de Recursos, a nivel de Área y a nivel regional, que identifique, tanto los servicios sanitarios como los sociales, destinados a la atención de personas con TMG.
 - **Línea de Acción III.C.1.9:** Diseño de un proceso matriz de desarrollo del Protocolo de Coordinación Sociosanitaria a nivel Regional y un proceso adaptado a cada Área de salud.
 - **Línea de Acción III.C.1.10:** Diseño de un Sistema de Información Sociosanitario-Salud Mental, compartido entre los sistemas sanitarios y de servicios sociales, en materia de coordinación sociosanitaria en la atención a personas con TMG.
 - **Línea de Acción III.C.1.11:** Elaboración y desarrollo de una experiencia piloto de gestión integrada de recursos sociales y sanitarios en un Área sanitaria, para el diseño de itinerarios asistenciales organizados en función de los



tiempos y necesidades de las personas con TMG del Área, organizada desde los Equipos Base de Coordinación Sociosanitaria.

CRONOGRAMA

Tabla 66: Cronograma L.E. III.C.1

Acciones	2019	2020	2021	2022
III.C.1.1	■			
III.C.1.2		■	■	
III.C.1.3	■	■	■	
III.C.1.4			■	
III.C.1.5			■	
III.C.1.6			■	
III.C.1.7			■	
III.C.1.8		■		
III.C.1.9		■		
III.C.1.10				■
III.C.1.11		■		

INDICADORES DE EVALUACIÓN Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 67: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. III.C.1

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción III.C.1.1	III.C.1.1.1 Porcentaje de implementación por Áreas de Salud	
Línea de Acción III.C.1.2	III.C.1.2.1 Procesos diseñados (SI/NO)	
Línea de Acción III.C.1.3	III.C.1.3.1 Censo de personas con TMG realizado (SI/NO)	
Línea de Acción III.C.1.4	III.C.1.4.1 Programa diseñado (SI/NO)	
Línea de Acción III.C.1.5	III.C.1.5.1 Protocolo elaborado (SI/NO)	Comisión
Línea de Acción III.C.1.6	III.C.1.6.1 Protocolo elaborado (SI/NO)	Sociosanitaria
Línea de Acción III.C.1.7	III.C.1.7.1 Proceso realizado (SI/NO)	Regional
Línea de Acción III.C.1.8	III.C.1.8.1 Mapa Sociosanitario elaborado (SI/NO)	
Línea de Acción III.C.1.9	III.C.1.9.1 Protocolo diseñado (SI/NO)	
Línea de Acción III.C.1.10	III.C.1.10.1 Plataforma de Información Sociosanitario-Salud Mental diseñada (SI/NO)	
Línea de Acción III.C.1.11	III.C.1.11.1 Memoria de la experiencia piloto (SI/NO)	



9.4.4 EJE IV. CIUDADANÍA: ESTIGMA Y DERECHOS

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los objetivos de la Carta de las Naciones Unidas y de otros acuerdos internacionales, los derechos humanos constituyen una de las bases fundamentales para la legislación de salud mental.

Entre los derechos y principios más importantes se encuentran la *“la igualdad, la prohibición de discriminación, el derecho a la privacidad y a la autonomía personal, la prohibición de tratos inhumanos y degradantes, el principio del ambiente menos restrictivo de la libertad y los derechos a la información y a la participación”* (OMS).

Comúnmente, la discriminación adopta muchas formas, afecta áreas fundamentales de la vida y puede tener impacto sobre el acceso de una persona al tratamiento y atención adecuados, así como sobre otras áreas de la vida, el empleo, la educación y la vivienda.

Los instrumentos internacionales de derechos humanos pueden ser clasificados en forma genérica en dos tipos:

- 1) **Unos que obligan legalmente a los Estados que los han ratificado** (llamados tratados, pactos o convenciones).
- 2) **Otros que se denominan “estándares” internacionales de derechos humanos**, considerados principios o directrices y consagrados en declaraciones, resoluciones o recomendaciones internacionales, emanadas de órganos de carácter internacional.

Ejemplos del primer tipo son los tratados internacionales de derechos humanos tales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), la Convención Internacional de derechos de las personas con Discapacidad, ratificada por el Estado español en 2008. Los instrumentos de la segunda categoría, que incluyen Resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM, 1991), aunque no son legalmente vinculantes, pueden y deben influir la legislación de los países, dado que representan el consenso de la opinión internacional sobre la materia.

El relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud, Dainius Puras, ha pedido recientemente una revisión “revolucionaria” de los sistemas de Salud Mental en todo el mundo, basada en el respeto de los derechos humanos y la superación del modelo biomédico,



en particular sus asimetrías de poder entre expertos y usuarios y el uso sesgado de las evidencias científicas¹⁴⁰.

La Red Mundial de Usuarios creada en 1997 junto a otros movimientos que militan en pro de la defensa de los derechos de las personas con trastornos mentales y discapacidades asociadas, han contribuido al desarrollo del movimiento de “recuperación”.

En el plan de acción sobre SM de la OMS 2013- 2020 se contemplan seis principios y enfoques transversales: **cobertura sanitaria universal, práctica basada en evidencias, enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital, enfoque multisectorial y derechos humanos.**

JUSTIFICACIÓN

Las estrategias más habituales de lucha contra el estigma son: **la protesta, la educación y el contacto social**. La primera tiene por sí misma una efectividad inicial, pero suele disminuir a largo plazo, además de incluir riesgos de favorecer en ocasiones los llamados “efectos rebote”. Las otras dos restantes y especialmente la última es la que tiene mayor y mejores resultados, según las investigaciones psicológicas y sociales más generales¹⁴¹.

La participación es un elemento clave en diseño de acciones antidiscriminatorias efectivas. La evidencia demuestra que el contacto físico entre las personas que sufren problemas de SM y el resto de la ciudadanía, especialmente mediante su inclusión en los ámbitos laboral y educativo, tiene un efecto muy positivo sobre las actitudes y los comportamientos de las personas no discapacitadas. Facilitar la *interacción y los contactos sociales* parece lo más indicado para cambiar no sólo las creencias sino las emociones y posiblemente las conductas. Para ello es necesario favorecer la integración en la vida cotidiana de personas con problemas de salud mental contribuyendo así el cumplimiento y respeto a los derechos. Tenemos que facilitar oportunidades reales de vivir en la comunidad, con los apoyos necesarios para residir en entornos vecinales, trabajar en empleos reconocidos y valorados y mantener relaciones sociales significativas, alejándonos así de prácticas y entornos segregacionistas.

Las **recomendaciones de la OMS** van orientadas a proteger la autonomía y la libertad de la gente:

- Al asegurar que los servicios de salud mental sean accesibles a toda persona que desee usarlos.
- Al establecer criterios claros y objetivos para los ingresos hospitalarios involuntarios y promover, en la mayor medida posible, los ingresos voluntarios.

¹⁴⁰ ONU - Consejo de Derechos Humanos, 2017.

¹⁴¹ Marcelino López, Margarita Laviana, Luis Fernández, Andrés López, Ana María Rodríguez y Almudena Aparicio. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible.



- Al proveer protecciones procedimentales específicas para las personas internadas involuntariamente, como el derecho a la revisión y a la apelación de las decisiones de ingreso.
- Al requerir que ninguna persona sea sujeta a hospitalización involuntaria cuando exista una posible alternativa.
- Al prevenir las restricciones inadecuadas de la autonomía y la libertad en el propio ambiente hospitalario (por ejemplo, pueden protegerse los derechos a la libertad de asociación, a la confidencialidad, y a la participación en el plan de tratamiento).
- Proteger la libertad y la autonomía en la vida civil y política, por ejemplo, a través del reconocimiento en la ley del derecho a votar y de otras libertades de las que gozan los ciudadanos.

Adicionalmente, la legislación puede permitir a las personas con trastornos mentales, a sus familiares o a quienes hayan sido nombrados representantes, **participar en la planificación del tratamiento y en otras decisiones como forma de protección y promoción de sus intereses**. La legislación también puede jugar un papel importante en el intento de asegurar que una persona que sufre trastornos mentales pueda **participar en la comunidad**. Para que esa participación sea efectiva debe incluir el acceso a tratamiento y atención, un ambiente propicio, vivienda, servicios de rehabilitación (por ejemplo, entrenamiento laboral y desarrollo de habilidades de convivencia), empleo, protección contra la discriminación e igualdad, y derechos civiles y políticos (por ejemplo, el derecho a votar, a conducir automóviles y a acceder a los tribunales de justicia).

MODELOS ACTUALES DE REFERENCIA Y SITUACIÓN EN LA CARM

Disponemos de legislación autonómica, nacional e internacional que recoge los derechos de las personas con problemas de SM, así como un número amplio de campañas y planes anti estigma en diferentes CCAA e internacionales. En la CARM se han llevado a cabo algunas actuaciones a través de distintas entidades.

Son ya varias CCAA de nuestro Estado las que incluyen el enfoque de los derechos en sus planes de SM como medio para combatir y luchar contra el estigma. Igualmente existen en el territorio nacional e internacional multitud de campañas antiestigma.

La gran relevancia política concedida por organismos internacionales¹⁴² a la lucha contra el estigma, favoreció la puesta en marcha de campañas a nivel internacional: "*Esquizofrenia: Abre las Puertas*" de la Asociación Mundial de Psiquiatría, la de Reino Unido "*Cambiando mentes: en cada familia del país*" ("*Changing Minds: Every Family in the Land*") promovida por el Royal College of Psychiatrists, y "*¿Loco? ¡Y qué!*" en Alemania son ejemplos de ello.

¹⁴² OMS, Declaración de Helsinki, 2005; Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020.



Es necesaria la utilización combinada de estrategias de intervención, de **protesta, educación y contacto social**, concertando las campañas continuadas en medios de comunicación, junto con actuaciones educativas, de contacto y de protesta, de ámbito local, y acciones sobre grupos diana específicos.

El modelo de recuperación en el abordaje de los problemas de salud mental, como principio orientador de la misión de nuestro trabajo, queda plenamente justificado por la obligación de contribuir a la legitimación de derechos y reconocimiento de la plena autonomía de los usuarios, contribuyendo a la evolución del paciente/objeto de cuidado a ciudadano.

En la CARM apreciamos una serie de circunstancias que pueden favorecer líneas de actuación orientadas hacia el compromiso por la defensa de los derechos de los pacientes y la contribución a la erradicación del estigma, como son: una progresiva implantación de servicios y programas de atención en la comunidad y de promoción de la vida autónoma, un incremento de profesionales formados en el paradigma de los derechos y la recuperación, algunas experiencias en prácticas orientadas a la reducción de prácticas coercitivas, la puesta en marcha progresiva de los PAC (planes de acción coordinada) en los CSM para personas con TMG, la creación del Consejo Asesor de Salud Mental, las alianzas existentes con el movimiento asociativo familiar, de usuarios en primera persona, así como con otras instituciones en el ámbito educativo, laboral, social, judicial etc.

Todo lo dicho convive, sin embargo, con un escaso desarrollo del modelo de atención biopsicosocial y la persistencia de actitudes paternalistas derivadas de una inmadura cultura organizacional orientada a promover la autonomía del paciente: consentimientos informados, decisiones compartidas, etc. y centrada, en muchos casos, en la resolución de síntomas, con una mirada reducida de la persona y su entorno, lo que favorece la fragmentación en los procesos de atención (urgencias, unidades de agudos, estabilización).

Aunque no disponemos de estudios sobre el estigma en nuestra comunidad, nos preocupa la existencia del estigma en el colectivo profesional sanitario hacia personas con trastornos mentales al igual que la presencia del autoestigma en familias y pacientes que siguen escondiendo el trastorno mental, así como en otros colectivos implicados: servicios sociales, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, servicios de formación y empleo, operadores jurídicos, ámbito educativo.



LÍNEA ESTRATÉGICA IV.1: DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS ASISTENCIALES QUE PROMUEVAN LOS DERECHOS, LA PARTICIPACIÓN Y LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y SUS FAMILIAS

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Favorecer la participación del usuario en el diseño e implantación de todas las líneas propuestas, primando el principio de autonomía como el primero de los principios del modelo de atención comunitaria, a los que le siguen los de continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad.
 - **Línea de Acción IV.1.1:** Elaboración de un código de buenas prácticas que incluya los derechos y los deberes de los usuarios de los Servicios de SM.
 - **Línea de Acción IV.1.2:** Revisión y elaboración de protocolos comunes de actuación en el ámbito hospitalario que contemplen las correspondientes adaptaciones a los diferentes Servicios, dando prioridad a los protocolos sobre:
 - Ingreso Involuntario
 - Prevención de Conducta Suicida
 - Contención Mecánica.
 - **Línea de Acción IV.1.3:** Inclusión de indicadores sobre los tres protocolos referidos en la línea de acción IV.1.2 en los acuerdos de gestión de las Unidades de Hospitalización.
 - **Línea de Acción IV.1.4:** Inclusión de, al menos, una acción orientada a la mejora del “ambiente terapéutico” en las unidades de hospitalización psiquiátrica, en los servicios de urgencias y en la Red de SM Comunitaria (espacio físico, dinámica de funcionamiento, normas, ambiente relacional, trabajo en equipo y clima laboral).
 - **Línea de Acción IV.1.5:** Elaboración y aplicación de una encuesta que recoja el grado de satisfacción del usuario y/o familia sobre las estancias en UHB y de Estancia Media.
 - **Línea de Acción IV.1.6:** Evaluación de la competencia intercultural en la Red de SM.
 - **Línea de Acción IV.1.7:** Creación de un Observatorio sobre Estigma y Derechos.
 - **Línea de Acción IV.1.8:** Creación de un grupo de trabajo permanente de participación ciudadana representada por el movimiento asociativo de familiares y del de usuarios en 1ª persona.



CRONOGRAMA

Tabla 68: Cronograma L.E. IV.1

Acciones	2019	2020	2021	2022
IV.1.1				
IV.1.2				
IV.1.3				
IV.1.4				
IV.1.5				
IV.1.6				
IV.1.7				
IV.1.8				

INDICADORES Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 69: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. IV.1

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción IV.1.1	IV.1.1.1 Existencia del documento	GRSM
Línea de Acción IV.1.2	IV.1.2.1 Revisión de los protocolos	Jefes de Área y
	IV.1.2.2 Elaboración de protocolos comunes	Jefes de Servicio
	IV.1.2.3 Implantación	
	IV.1.2.4 1ª Evaluación	
Línea de Acción IV.1.3	IV.1.3.1 Nº de acuerdos de gestión que incluyen los indicadores / Nº total de acuerdos de gestión realizados	Jefes de Área y Jefes de Servicio
Línea de Acción IV.1.4	IV.1.4.1 Nº de acciones realizada al año	Jefes de Área; Jefes de Servicio y Coordinadores CSM
Línea de Acción IV.1.5	IV.1.5.1 Elaboración de la encuesta y diseño del proceso de implementación	
	IV.1.5.2 Nº de encuestas /Nº de pacientes tratados año	Jefes de Servicio
	IV.1.5.3 Análisis de Resultados de Encuestas	
Línea de Acción IV.1.6	IV.1.6.1 Aplicación del instrumento de Evaluación de la Competencia Intercultural de la Red de SM (Ministerio de Sanidad)	Jefes de Área; Jefes de Servicio y Coordinadores
	IV.1.6.2 Evaluación de los resultados de la encuesta	CSM
Línea de Acción IV.1.7	IV.1.7.1 Estudio de la creación del Observatorio	GRSM
	IV.1.7.2 Constitución del Observatorio	
Línea de Acción IV.1.8	IV.1.8.1 Constitución del grupo	GRSM
	IV.1.8.2 Nº de reuniones celebradas/año	



LÍNEA ESTRATÉGICA IV.2: MEJORA DEL CONOCIMIENTO EN MATERIA DE DERECHOS EN SM ENTRE PROFESIONALES DEL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Mejorar el conocimiento en materia de derechos de las personas con trastornos mentales entre el colectivo de profesionales del ámbito Sociosanitario, en consonancia con los instrumentos internacionales.
 - **Línea de Acción IV.2.1:** Inclusión en el plan de formación de los residentes de una línea formativa en materia de derechos, garantizando al menos una acción anual.
 - **Línea de Acción IV.2.2:** Inclusión en el plan de formación continuada para profesionales de la red de SM de una línea formativa en materia de derechos, garantizando al menos una acción anual.

CRONOGRAMA

Tabla 70: Cronograma L.E. IV.2

Acciones	2019	2020	2021	2022
IV.2.1				
IV.2.2				

INDICADORES Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 71: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. IV.2

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción IV.2.1	IV.2.1.1 Nº de iniciativas realizadas /año	UDIF-SM
Línea de Acción IV.2.2	IV.2.2.1 Nº de iniciativas realizadas /año	UDIF-SM



LÍNEA ESTRATÉGICA IV.3: PROMOCIÓN DE ACCIONES ANTIESTIGMA

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Colaborar con los movimientos de usuarios, familiares y otras instituciones, en actividades orientadas a la disminución del estigma asociado a los trastornos mentales.
 - **Línea de Acción IV.3.1:** Recogida y análisis de las iniciativas puestas en marcha en el ámbito internacional, nacional y en la CARM, desde diferentes organizaciones y colectivos, que nos permitan mejorar nuestro conocimiento sobre los procesos de estigmatización y sus consecuencias.
 - **Línea de Acción IV.3.2:** Promoción de acciones orientadas a colectivos específicos que aumenten el conocimiento de los trastornos mentales y colaboren en la modificación de las actitudes: estudiantes, profesionales de la comunicación, agentes de seguridad ciudadana, operadores judiciales y profesionales de la salud, con especial atención a los profesionales de la SM.

CRONOGRAMA

Tabla 72: Cronograma L.E. IV.3

Acciones	2019	2020	2021	2022
IV.3.1				
IV.3.2				

INDICADORES Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 73: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. IV.3

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción IV.3.1	IV.3.1.1 Documento que recoja el estudio y análisis de publicaciones de interés científico en el ámbito del estigma asociados a personas con trastornos mentales	GRSM
Línea de Acción IV.3.2	IV.3.2.1 Nº de actividades realizadas/año	GRSM



9.4.5 EJE V. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

LÍNEA ESTRATÉGICA V.1: FORMACIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA

OBJETIVOS Y ACCIONES

- FORMACIÓN DE RESIDENTES. Mejorar esta formación con un programa teórico complementario que garantice la adquisición de conocimientos imprescindibles, siempre con una orientación Multi e Interprofesional¹⁴³.
 - **Línea de Acción V.1.1:** Inclusión en los planes formativos de las actividades del programa de Formación Teórica Complementaria (FTC) de la UDMSM. (Incluye las Líneas de Acción III.B.1.3 y IV.2.1)

La FTC en la UDMSM se caracteriza por:

 - Un Programa Teórico Común del Residente (PTCR), diseñado por el órgano responsable de la FSE en CARM, destinado a todos los residentes de ciencias de la salud.
 - Un módulo específico de cada una de las especialidades.
 - Un módulo transversal y común a las tres especialidades de la UDMSM (EIR de Salud Mental, PIR de Psicología Clínica y MIR de Psiquiatría).

- PROMOCIÓN DE LOS CUIDADOS DE SALUD DEL RESIDENTE. Establecer espacios de reflexión y encuentro donde se trabajen aspectos relacionados con la salud del residente (por ejemplo, reuniones tipo Balint) y establecer una adecuada colaboración con los servicios de riesgos laborales. La salud del residente es un aspecto clave a tener en cuenta, sabiendo que durante la residencia pueden presentarse períodos de vulnerabilidad psicológica relacionadas con situaciones de estrés.
 - **Línea de Acción V.1.2:** Creación y mantenimiento de espacios de encuentro para los residentes que faciliten la adquisición de competencias en el manejo de situaciones conflictivas en el ámbito asistencial.
 - **Línea de Acción V.1.3:** Coordinación con la Unidad de Riesgos Laborales de la que dependen los Residentes de la UDMSM para dar una respuesta adecuada a la demanda de los residentes en el menor tiempo posible.

¹⁴³ GIFT <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=168919&idsec=898>



CRONOGRAMA

Tabla 74: Cronograma L.E. V.1

<i>Acciones</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
<i>V.1.1</i>				
<i>V.1.2</i>				
<i>V.1.3</i>				

INDICADORES Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 75: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. V.1

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
<i>Línea de Acción V.1.1</i>	V.1.1.1 Nº de actividades realizadas del PTC / Nº de actividades programadas para los diferentes años de residencia del PTC	UDMSM
<i>Línea de Acción V.1.2</i>	V.1.2.1 Nº de residentes que participan en los espacios de encuentro al año y especialidad/ Nº total de residentes disponibles por año de especialidad	UDMSM
<i>Línea de Acción V.1.3</i>	V.1.3.1 Proceso de colaboración entre la UDM-SM y los Servicios de Riesgos Laborales elaborado	UDMSM-Servicio Riesgos Laborales



LÍNEA ESTRATÉGICA V.2: FORMACIÓN CONTINUADA

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Mejorar la calidad de la atención de las personas con problemas de salud mental, mediante la FC de los profesionales que les atienden.
 - **Línea de Acción V.2.1:** Desarrollo de una oferta formativa específica de SM que incluya profesionales de diferentes ámbitos y niveles sanitarios asistenciales. (Incluye Líneas de Acción I.1.3; I.2.4; I.3.4; I.4.2 y III.A.5.1)
 - **Línea de Acción V.2.2:** Planificación de la FC de SM en consonancia con las líneas estratégicas del SNS, del SMS y con la Misión, Visión y Valores de la GRSM de Murcia. (Incluye Líneas de Acción I.4.1; II.3.2; II.4.1; II.4.2; II.4.4; II.4.5; II-6.7; III.B.1.3; IV.2.1 y IV.2.2)

- Mejorar la calidad de la FC ofertada.
 - **Línea de Acción V.2.3:** Optimización de la pertinencia de la FC ofrecida incorporando en la detección de necesidades aportadas por el colectivo de personas con trastorno mental y/o sus familiares.

- Promover la evaluación de los Planes de FC.
 - **Línea de Acción V.2.4:** Incorporación de medidas de impacto o transferencia en la organización, priorizando aquellos con posible mayor repercusión en la mejora de la atención a las personas con trastorno mental.



CRONOGRAMA

Tabla 76: Cronograma L.E. V.2

Acciones	2019	2020	2021	2022
V.2.1				
V.2.2				
V.2.3				
V.2.4				

INDICADORES Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 77: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. V.2

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
Línea de Acción V.2.1	V.2.1.1 Nº de acciones formativas que incluyen a profesionales de otras especialidades sanitarias u otros ámbitos V.2.1.2 (Nº de profesionales individualizados por categoría profesional/ Nº de profesionales de la red de SM por categorías profesional) * 100	UDIF-SM/GRSM
Línea de Acción V.2.2	V.2.2.1 Reunión programada anual de la UDIF-SM con la GRSM previo a la elaboración del PFC	UDIF-SM/GRSM
Línea de Acción V.2.3	V.2.3.1 Reunión anual con una representación de las asociaciones de personas con trastorno mental y/o familiares	UDIF-SM/Gerencia/Asociaciones de Enfermos mentales y/o sus familiares.
Línea de Acción V.2.4	V.2.4.1 % de acciones formativas con indicadores de impacto	UDIF-SM



LÍNEA ESTRATÉGICA V.3: INVESTIGACIÓN

OBJETIVOS Y ACCIONES

- Reconocer la investigación a nivel institucional como área estratégica en SM en la Región de Murcia.
 - **Línea de Acción V.3.1:** Creación de un Comité Asesor para la Investigación en SM liderado por la UDIF-SM, con representación de los diferentes agentes regionales implicados y de orientación multidisciplinar (incluyendo a representantes de las asociaciones de usuarios y/o de familiares). Las funciones que podría asumir son:
 - Identificación y asesoramiento en la implantación de estrategias de mejora para fomentar la investigación en salud mental, en especial sobre el TMG.
 - Propuesta de líneas estratégicas de investigación competitiva y de calidad, siguiendo directrices en concordancia con el Plan Estratégico de SM.
 - Soporte a la Unidad de Apoyo a la Investigación (UAI) en cuantas tareas le sean encomendadas (supervisión/selección de proyectos, tanto de residentes como de tutores, formación específica, elaboración de una memoria anual de investigación, (Incluye Líneas de Acción II.6.6 y III.C.1.3)
 - **Línea de Acción V.3.2:** Difusión de las principales líneas/proyectos de investigación en SM consolidados, así como las colaboraciones con otras especialidades, asociaciones y otras instituciones de investigación a nivel regional, nacional e internacional (Incluye Línea de Acción III.A.5.1).
- Fomentar la Investigación en SM.
 - **Línea de Acción V.3.3:** Inclusión de la formación tanto en Metodología de Investigación como en la Práctica Asistencial Basada en Evidencias en el ámbito de la FC y en FSE, en todas las especialidades de SM.
 - **Línea de Acción V.3.4:** Fomento del empleo de datos generados en práctica asistencial para la realización de proyectos de investigación, mediante empleo y difusión de formularios / procedimientos / documentos y accesibilidad a la información.



CRONOGRAMA

Tabla 78: Cronograma L.E. V.3

Acciones	2019	2020	2021	2022
V.3.1				
V.3.2				
V.3.3				
V.3.4				

INDICADORES Y RESPONSABLES DE LA ACCIÓN

Tabla 79: Indicadores de Evaluación y responsables de la Acción L.E. V.3

LÍNEAS DE ACCIÓN	INDICADORES	RESPONSABLES
<i>Línea de Acción V.3.1</i>	V.3.1.1 Creación del Comité Asesor para la Investigación en Salud Mental (CAISM)	UDIF-SM
<i>Línea de Acción V.3.2</i>	V.3.2.1 Actualización anual la sección de investigación en la página web de la Unidad de Docencia, Investigación y Formación en Salud Mental (UDIF-SM)	UDIF-SM
<i>Línea de Acción V.3.3</i>	V.3.2.2 Elaboración de la memoria de investigación	
	V.3.3.1 Nº de cursos y talleres realizados por año	UDIF-SM
<i>Línea de Acción V.3.4</i>	V.3.4.1 Elaboración del protocolo de autorización al acceso a la información clínica de los usuarios	UDIF-SM



9.5 RESUMEN





EJE I: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL

I.1 Línea Estratégica Prevención de Toxicidad Medioambiental en el Neurodesarrollo (Proyecto Hoja Verde)

I.1.1 Línea de Acción: Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para coordinar y desplegar las acciones del programa.

I.1.1.1	Indicador: Creación grupo interdisciplinar	Responsable: Jefe Programa Adicciones	Cronograma: 2019
I.1.1.2	Indicador: Nº reuniones / actas		

I.1.2 Línea de Acción: Inclusión de la 'Hoja Verde' como herramienta de cribado en los Sistema de Información de AP / Especializada.

I.1.2.1	Indicador: Adaptación e inclusión de la "Hoja Verde" en sistema de información OMI – AP	Responsable: Jefe Unidad Pediatría Ambiental; Coordinador Regional Pediatría y Coordinador SM-AP	Cronograma: 2019
---------	--	---	-------------------------

I.1.3 Línea de Acción: Formación en el manejo de la 'Hoja Verde' de los principales grupos de interés: matronas, médicos de familia, enfermeros, pediatras, obstetras y profesionales de la salud mental.

I.1.3.1	Indicador: Nº de actividades de formación a colectivos diana	Responsable: Jefa Servicio Educación para la Salud y Jefe Programa Adicciones	Cronograma: 2019-2020
I.1.3.2	Indicador: Nº de profesionales formados		

I.1.4 Línea de Acción: Análisis de los resultados de la 'Hoja Verde'.

I.1.4.1	Indicador: Análisis de resultados del cribaje	Responsable: Jefe Unidad Pediatría Ambiental y Coordinador SM-AP	Cronograma: 2022
I.1.4.2	Indicador: Informe de resultados		

I.1.5 Línea de Acción: Gestión prenatal y postnatal de casos, coordinación y derivación, hacia los servicios de AP, Especializada y Servicios Sociales.			
I.1.5.1	Indicador: Creación de un algoritmo que recoja el circuito asistencial de los casos de riesgo	Responsable: Jefe Unidad Pediatría Ambiental; Jefe Programa Adicciones; Jefe Programa I-J y Coordinador SM-AP	Cronograma: 2019-2022
I.1.5.2	Indicador: Identificación de responsables de proceso y continuidad asistencial		
I.1.5.3	Indicador: Nº de casos de riesgo atendidos en cada nivel asistencial		
I.1.6 Línea de Acción: Detección y diagnóstico de los niños/as y adolescentes con TEAF u otros trastornos neurocomportamentales asociadas a las drogas por la red socio-sanitaria-educativa.			
I.1.6.1	Indicador: Nº de TEAF diagnosticados en la red sociosanitaria	Responsable: Jefe Programa I-J y Jefe Unidad Pediatría Ambiental	Cronograma: 2019-2022
I.1.7 Línea de Acción: Implantación de un Programa de cribado en niños adoptados procedentes de países con costumbres que implican alta exposición a alcohol prenatal.			
I.1.7.1	Indicador: Nº de niños adoptados en seguimiento	Responsable: Jefe Programa I-J y Jefe Unidad Pediatría Ambiental	Cronograma: 2020- 2022
I.1.8 Línea de Acción: Pilotaje en Áreas de Salud seleccionadas.			
I.1.8.1	Indicador: Memoria de actuaciones en Área piloto	Responsable: Jefe de Área/Servicio SM	Cronograma: 2019
I.1.9 Línea de Acción: Análisis y evaluación del piloto.			
I.1.9.1	Indicador: Informe de evaluación en Área piloto	Responsable: Jefe de Área/Servicio SM	Cronograma: 2020



I.1.10 Línea de Acción: Implementación Regional.			
I.1.10.1	Indicador: Memoria de actuaciones en resto de Áreas sanitarias	Responsable: Jefe de Área/Servicio SM	Cronograma: 2020-2022
I.1.11 Línea de Acción: Construcción una red de trabajo sociosanitaria revalorizando el papel de las asociaciones.			
I.1.11.1	Indicador: Nº de actuaciones de asociaciones de afectados y familiares	Responsable: Jefes de Programas SM y Directores ONGs	Cronograma: 2019-2022
I.2 Línea Estratégica Prevención del Suicidio			
I.2.1 Línea de Acción: Elaboración de un protocolo para intervenir desde AP con pacientes en riesgo de conducta suicida.			
I.2.1.1	Indicador: Proceso de atención	Responsable: Coordinador SM - AP	Cronograma: 2019-2020
I.2.2 Línea de Acción: Elaboración de un protocolo de derivación desde AP a Salud Mental de pacientes con elevado riesgo de suicidio e intentos de suicidio.			
I.2.2.1	Indicador: Elaboración protocolo	Responsable: Coordinador SM - AP	Cronograma: 2019-2020
I.2.3 Línea de Acción: Incorporación de protocolos a los grupos de trabajo AP - SM que se formen en cada Área de Salud.			
I.2.3.1	Indicador: EAP que incorporan protocolo	Responsable: Coordinador SM - AP	Cronograma: 2020-2022
I.2.4 Línea de Acción: Realización de actividades de formación dirigidas a profesionales de AP, especialmente en habilidades de entrevista clínica.			
I.2.4.1	Indicador: Nº actividades de formación	Responsable: Coordinador SM - AP	Cronograma: 2019-2022
I.2.4.2	Indicador: Nº de discentes en dichas actividades		
I.2.5 Línea de Acción: Inclusión en los contratos de gestión plurianuales de los hospitales públicos de la cumplimentación del formulario de evaluación de la conducta suicida.			
I.2.5.1	Indicador: % de cumplimentación del formulario en cada Hospitales con UHB	Responsable: Jefes de Servicio de las UHB	Cronograma: 2019-2022



I.2.6 Línea de Acción: Mejora del proceso de continuidad asistencial entre los hospitales públicos y los CSM para los pacientes con conducta suicida, en especial en la adolescencia y en población geriátrica.			
I.2.6.1	Indicador: Proceso Continuidad	Responsable: Jefes Programas SM	Cronograma: 2020-2022
I.2.7 Línea de Acción: Constitución de un grupo de trabajo multisectorial para la coordinación de las actividades relacionadas con el suicidio.			
I.2.7.1	Indicador: Grupo de Trabajo	Responsable: Jefes Programas SM	Cronograma: 2019
I.2.7.2	Indicador: Nº de reuniones y actas de reunión		
I.2.8 Línea de Acción: Actualización y mejora de los contenidos de la página web “Prevención Suicida Murcia”.			
I.2.8.1	Indicador: Contenidos actualizados	Responsable: Coordinadora Calidad SM	Cronograma: 2019-2022
I.2.9 Línea de Acción: Incorporación de contenidos relacionados con el suicidio en la plataforma “Escuela de Salud Región de Murcia”.			
I.2.9.1	Indicador: Contenidos actualizados	Responsable: Coordinadora Calidad SM	Cronograma: 2019-2022
I.3 Línea Estratégica Prevención de los Trastornos Mentales en Menores con Antecedentes de Trastorno Mental en los Padres			
I.3.1 Línea de Acción: Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar de profesionales de AP y de Salud Mental.			
I.3.1.1	Indicador: Nº de reuniones y actas	Responsable: Jefa Programa SM-IJ	Cronograma: 2019-2022
I.3.2 Línea de Acción: Desarrollo de las actividades del Programa de prevención y detección precoz de trastorno mental en menores hijos de personas con trastorno mental.			
I.3.2.1	Indicador: Documento del programa	Responsable: Jefa Programa SM-IJ y GRSM	Cronograma: 2019



1.3.3 Línea de Acción: Inclusión en OMI-AP de los indicadores de factores de riesgo como herramienta de cribado.			
1.3.3.1	Indicador: Indicadores de factores de riesgo en OMI-AP	Responsable: Jefa Programa SM-IJ y Coordinadoras regionales de Pediatría y Enfermería	Cronograma: 2019-2022
1.3.4 Línea de Acción: Formación a pediatras, médicos de familia y enfermería sobre los factores de riesgo y desarrollo de factores protectores de salud mental, para intervenir con los menores hijos de personas con trastornos mentales.			
1.3.4.1	Indicador: Nº de actividades formativas	Responsable: Jefes Programas de SM y Coordinadoras regionales de Pediatría y Enfermería	Cronograma: 2019-2022
1.3.4.2	Indicador: Nº de profesionales formados		
1.3.5 Línea de Acción: Realización de un programa de intervención para padres con trastorno mental y/o adicciones para que favorezcan el desarrollo evolutivo de sus hijos, las relaciones de apego y las habilidades de comunicación.			
1.3.5.1	Indicador: Programa desarrollado	Responsable: Jefa Programa SM-IJ	Cronograma: 2019
1.3.6 Línea de Acción: Creación de un grupo de trabajo multiprofesional entre los programas de salud mental de adultos, adicciones y salud mental infanto-juvenil para realizar el proceso de intervención.			
1.3.6.1	Indicador: Grupo de trabajo creado (SI/NO)	Responsable: Jefes Programas de SM	Cronograma: 2019
1.3.7 Línea de Acción: Pilotaje en Áreas de Salud seleccionadas.			
1.3.7.1	Indicador: Memoria de actuaciones Área piloto	Responsable: Gerente de Área	Cronograma: 2019



I.3.8 Línea de Acción: Análisis y evaluación del piloto.			
I.3.8.1	Indicador: Informe evaluación Área piloto	Responsable: Gerente de Área	Cronograma: 2020-2022
I.3.9 Línea de Acción: Implementación Regional.			
I.3.9.1	Indicador: Nº de Áreas que han implementado	Responsable: Gerente de Área	Cronograma: 2020-2022
I.3.9.2	Indicador: Memoria de actuaciones en el resto de Áreas		
I.3.10 Línea de Acción: Colaboración, con las asociaciones de familiares y usuarios en primera persona, en la creación de redes sociales efectivas que contribuyan a potenciar factores protectores de los menores con padres afectados por trastorno mental.			
I.3.10.1	Indicador: Memoria de actuaciones con familiares y asociaciones	Responsable Jefa Programa SM-IJ	Cronograma: 2019-2022
I.4 Línea Estratégica Prevención de la Violencia de Género			
I.4.1 Línea de Acción: Sensibilización y Formación de profesionales en perspectiva de género, nuevas consideraciones de tipos de violencia y sus implicaciones.			
I.4.1.1	Indicador: Nº de acciones formativas que consideran la perspectiva de género y/o sobre tipos de violencia de género (Agresiones sexuales, trata de mujeres con fines de explotación sexual, menores y VG, mutilación genital femenina...)	Responsable: Jefes Programas SM Coordinadores SM UDIF	Cronograma: 2019-2022
I.4.2 Línea de Acción: Sensibilización y formación de profesionales de AP sobre VG en mujeres bebedoras a través del programa ARGOS-extensible a otras sustancias.			
I.4.2.1	Indicador: Constitución de un grupo de trabajo	Responsable: Coordinador S.M - AP	Cronograma: 2019-2021
I.4.2.2	Indicador: Nº de médicos de familia formados (ARGOS)		



I.4.3 Línea de Acción: Estudio de casos de VG en mujeres con TMG			
I.4.3.1	Indicador: Nº de cribados positivos en mujeres con TMG / Nº total de mujeres con TMG x 100.	Responsable: Jefes Programas SM y Coordinadores SM	Cronograma: 2020-2021
I.4.4 Línea de Acción: Adaptación del cribado de VG a la población de mujeres jóvenes con TM.			
I.4.4.1	Indicador: Incorporación en la acogida de un cribado específico para mujeres jóvenes	Responsable: Jefes Programas SM y Coordinadores SM	Cronograma: 2019-2020
I.4.5 Línea de Acción: Promoción de intervenciones grupales para mujeres con perspectiva de género y detección de VG.			
I.4.5.1	Indicador: Nº de centros con intervenciones grupales para mujeres con TM/D y perspectiva de género y detección VG/Nº de centros total x100	Responsable: Jefes Programas SM y Coordinadores SM	Cronograma: 2019-2021
I.4.6 Línea de Acción: Detección y atención de la violencia de género en el colectivo de menores con trastorno mental que acuden a Salud Mental.			
I.4.6.1	Indicador: Incorporación un programa RADAR en consultas de SM infanto-juvenil	Responsable: Jefes Programas SM I-J y GRSM	Cronograma: 2020-2021
I.4.7 Línea de Acción: Establecimiento de coordinación con los dispositivos específicos de cada Área.			
I.4.7.1	Indicador: Nº de sesiones conjuntas SM/D- dispositivos específicos de VG	Responsable: Jefes Programas SM Coordinador SM	Cronograma: 2019-2022
I.4.8 Línea de Acción: Transformación de recursos específicos de VG para acoger a mujeres con TMG.			
I.4.8.1	Indicador: Existencia de un piso de acogida para VG unido a prostitución y consumo de drogas	Responsable: Jefe Programa Adicciones	Cronograma: 2021-2022



I.4.9 Línea de Acción: Estudio del sistema de registro y extracción de los datos.			
I.4.9.1	Indicador: Existencia del estudio en el periodo seleccionado	Responsable: Coord. Calidad SM Jefes Programas SM	Cronograma: 2019-2022
I.4.10 Línea de Acción: Elaboración de medidas correctoras a partir de los resultados del estudio.			
I.4.10.1	Indicador: Existencia de medidas correctoras en el registro informático	Responsable: Coord. Calidad SM Jefes Programas SM	Cronograma: 2º trimestre 2019-2022



EJE II: PRESTACIONES

II.1 Línea Estratégica Mejora de la Atención al TMG en Todas las Áreas

II.1.1 Línea de Acción: Creación de un GRUPO TRABAJO para el análisis y propuestas tendentes a la adaptación del funcionamiento de los recursos y procesos de atención a personas con TMG.

II.1.1.1	Indicador: Grupo de trabajo creado	Responsable: GRSM; Jefe de Área; Coordinadores de Adultos y de Rehabilitación	Cronograma: 2019- 1 ^{er} semestre 2020
II.1.1.2	Indicador: Documento de propuestas elaborado		

II.1.2 Línea de Acción: Elaboración de un mapa de necesidades y recursos por Área para poder implementar los programas y procesos recomendados.

II.1.2.1	Indicador: Documento con el estudio de análisis de demanda y adecuación de recursos	Responsable: Jefe de Área; Coordinadores de Adultos y de Rehabilitación	Cronograma: 2019
----------	--	--	-------------------------

II.1.3 Línea de Acción: Inclusión del paciente en el proceso de elaboración de su PAC, considerando sus necesidades y objetivos y, en los casos que lo requieran, a los recursos sanitarios y sociales que puedan dar respuesta a esas necesidades.

II.1.3.1	Indicador: Nº PAC con participación del paciente	Responsable: Responsable Programa Adultos; Coordinador de CSM	Cronograma: 2019-2022
----------	---	--	------------------------------



II.1.4 Línea de Acción: Elaboración y posterior implementación de un proceso de primeros episodios en colaboración con AP con la participación de profesionales de todas las Áreas Sanitarias de la Región.			
II.1.4.1	Indicador: Proceso elaborado	Responsable: GRSM; Jefe de Área; Coordinadores de Adultos y de Rehabilitación	Cronograma: 4º trimestre 2019 y 3 1ºs trimestres 2020
II.1.4.1	Indicador: Proceso implantado		Cronograma: 2º semestre 2021-2022
II.1.5 Línea de Acción: Implementación del protocolo de enfermería de colaboración SM-AP en todas las Áreas Sanitarias de la Región.			
II.1.5.1	Indicador: Protocolo implantado	Responsable: Jefe de Área; Coord. CSM; Responsable Progr. Adultos	Cronograma: 2019-2022
II.1.6 Línea de Acción: Elaboración del proceso de tratamiento del trastorno de personalidad grave con la participación de profesionales de todas las Áreas Sanitarias de la Región y su posterior implementación.			
II.1.6.1	Indicador: Proceso elaborado	Responsable: GRSM; Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa Adultos	Cronograma: 4º trimestre 2019-1º semestre 2020
II.1.6.2	Indicador: Proceso implantado		Cronograma: 2021-2022
II.1.7 Línea de Acción: Elaboración de un proceso de atención a las personas con trastornos de la conducta alimenticia grave, con la participación de profesionales de todas las Áreas Sanitarias de la Región y posterior implementación.			
II.1.7.1	Indicador: Proceso elaborado	Responsable: GRSM; Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa Adultos	Cronograma: 2º semestre 2020-1º trimestre 2021
II.1.7.2	Indicador: Proceso implantado		Cronograma: 4º trimestre 2021-2022
II.2 Línea Estratégica Optimización de la Atención al TMC para Evitar la Cronicidad de los Pacientes y Garantizar la Calidad Asistencial			



II.2.1 Línea de Acción: Estudio sobre la utilización en los CSM de la región de intervenciones de Psicoterapia con evidencia reconocida y recomendaciones a la Red.			
II.2.1.1	Indicador: Estudio realizado	Responsable: GRSM; Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa Adultos	Cronograma: 2019-2022
II.2.1.2	Indicador: Documento elaborado con Recomendaciones sobre Psicoterapia		
II.2.2 Línea de Acción: Utilización del contrato terapéutico en el abordaje de intervenciones grupales en TMC.			
II.2.2.1	Indicador: % de utilización del contrato terapéutico	Responsable: Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa A	Cronograma: 2019-2022
II.3 Línea Estratégica Prevención de la Psicopatologización de los Problemas de la Vida Cotidiana (Sanitarización del Malestar)			
II.3.1 Línea de Acción: Elaboración y difusión de un catálogo de recursos por Área, que den respuesta al malestar de la vida cotidiana.			
II.3.1.1	Indicador: Elaboración del documento	Responsable: Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa Adultos	Cronograma: 4º trimestre 2019-3º trimestre 2020
II.3.1.2	Indicador: Catálogos difundidos		Cronograma: 2021-2022



II.3.2 Línea de Acción: Inclusión en el plan de formación continuada para profesionales de la red de SM de una línea formativa sobre la “Indicación de no Tratamiento”.			
II.3.2.1	Indicador: Nº de iniciativas realizadas /año	Responsable UDIF-SM; Jefe de Área; Coordinador CSM; Coordinador CAP	Cronograma: 2019-2022
II.3.2.2	Indicador: Nº de indicaciones de no tratamiento		
II.3.3 Línea de Acción: Elaboración de una estrategia de colaboración con Primaria para Códigos Z de la CIE-10			
II.3.3.1	Indicador: Nº de intervenciones coordinadas	Responsable; Jefe de Área; Coordinador CSM; Coordinador CAP	Cronograma: 2019-2022
II.3.4 Línea de Acción: Recomendación de utilización de programas de autoayuda, apoyo mutuo, recursos comunitarios, asociaciones, programa activa...			
II.3.4.1	Indicador: Nº de Recomendaciones	Responsable: Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa A	Cronograma: 2º semestre 2019-2022
II.4 Línea Estratégica Mejora de la Atención a las Adicciones			
II.4.1 Línea de Acción: Establecimiento de una línea de formación en la herramienta ASI-6 y posterior implantación de la misma en el Programa de Adicciones de la Red de Salud Mental.			
II.4.1.1	Indicador: Nº de discentes en formación	Responsable: UDIF-SM; Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa Adicciones	Cronograma: 2019-2022
II.4.1.2	Indicador: Nº de ASI6 pasados		
II.4.1.3	Indicador: Nº de centros que utilizan el instrumento		



II.4.2 Línea de Acción: Formación de profesionales en el modelo grupal intensivo del consumo de sustancias y posterior intervención mediante el modelo en el programa de adicciones.			
II.4.2.1	Indicador: Nº de profesionales formados	Responsable: UDIF-SM; Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa Adicciones	Cronograma: 2019-2022
II.4.2.2	Indicador: Nº de grupos /año		
II.4.2.3	Indicador: Nº de centros/unidades con programa Grupal Intensivo		
II.4.3 Línea de Acción: Implementación de planes de cuidados enfermeros en todos los centros/unidades de adicciones de la Región.			
II.4.3.1	Indicador: Nº de planes enfermeros desarrollados	Responsable: Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa Adicciones	Cronograma: 2º semestre 2019-2022
II.4.3.2	Indicador: Nº de centros/unidades de adicciones con planes de enfermeros		
II.4.4 Línea de Acción: Formación para profesionales en el abordaje de las adicciones sin sustancia y elaboración e implantación del proceso asistencial a las ludopatías.			
II.4.4.1	Indicador: Curso de formación impartido	Responsable: UDIF-SM; GRSM; Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa Adicciones	Cronograma: 2º semestre 2019-2022
II.4.4.2	Indicador: Nº Profesionales formados		
II.4.4.3	Indicador: Proceso elaborado		
II.4.4.4	Indicador: Nº de centros/unidades de adicciones con Proceso		
II.4.4.5	Indicador: Nº de pacientes atendidos		
II.4.5 Línea de Acción: Formación para profesionales. en deshabituación para la dependencia a nicotina			
II.4.5.1	Indicador: Curso de formación impartido	Responsable: UDIF-SM; GRSM; Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa Adicciones	Cronograma: 2º trimestre 2020-2022
II.4.5.2	Indicador: Nº Profesionales formados		
II.4.5.1	Indicador: Proceso elaborado		
II.4.5.1	Indicador: Nº de centros/unidades de adicciones con Proceso		
II.4.5.2	Indicador: Nº de pacientes atendidos		



II.4.6 Línea de Acción: Implantación de la Guía de violencia de género en el Programa de Adicciones.			
II.4.6.1	Indicador: Nº de centros/unidades de adicciones con Proceso implantado	Responsable: GRSM	Cronograma: 2019-2022
II.4.7 Línea de Acción: Análisis de barreras de acceso a la atención e incorporación de medidas correctoras.			
II.4.7.1	Indicador: Análisis realizado	Responsable: Jefe de Área; Coordinador CSM; Responsable Programa Adicciones	Cronograma: 2º trimestre 2019-2022
II.4.7.2	Indicador: Medidas correctoras incorporadas		
II.4.8 Línea de Acción: Puesta en marcha del programa de reducción de daños en todos los centros/unidades de adicciones.			
II.4.8.1	Indicador: Nº pacientes en programa	Responsable: GRSM; Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones	Cronograma: 4º trimestre 2019-2022
II.4.9 Línea de Acción: Implantación del programa informático para la gestión de casos de opiáceos en todos los centros/unidades de adicciones de la Región.			
II.4.9.1	Indicador: Nº centros/unidades de adicciones con programa implantado	Responsable: SMS; GRSM; Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones	Cronograma: 2019-2022
II.4.10 Línea de Acción: Intervención grupal a las familias.			
II.4.10.1	Indicador: Nº de intervenciones grupales	Responsable: Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones	Cronograma: 2019-2022
II.4.10.2	Indicador: Nº de familias tratadas		
II.4.11 Línea de Acción: Generalización de PAC en el abordaje de trastornos adictivos graves.			
II.4.11.1	Indicador: Nº de PAC elaborados	Responsable: Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones	Cronograma: 2019-2022
II.4.12 Línea de Acción: Elaboración de un Proceso para el abordaje de la patología dual.			



II.4.12.1	Indicador: Proceso elaborado	Responsable: Jefe de Área; Coord. CSM; Resp. Programa Adicciones	Cronograma: 2º semestre 2019-2022
II.4.12.2	Indicador: Nº de UCA con proceso		
II.5 Línea Estratégica Mejora de la Atención a los Trastornos Mentales Infantojuveniles			
II.5.1 Línea de Acción: Elaboración Proceso Intervención Precoz del TEA en los CSM-IJ.			
II.5.1.1	Indicador: Proceso elaborado	Responsable: GRSM; Jefe de Área; Coordinador CSM; Resp. Programa Infantojuvenil	Cronograma: 1º semestre 2019
II.5.2 Línea de Acción: Implantación del proceso de intervención precoz de TEA.			
II.5.2.1	Indicador: Proceso implantado	Responsable: Jefe de Área; Coordinador CSM; Resp. Programa Infantojuvenil	Cronograma: 4º trimestre 2019-2022
II.5.3 Línea de Acción: Celebración de reuniones de seguimiento Educación-Salud Mental del protocolo de TDAH.			
II.5.3.1	Indicador: Nº de reuniones realizadas	Responsable: Coordinador CSM; Resp. Programa Infantojuvenil	Cronograma: 2019-2022
II.5.4 Línea de Acción: Celebración de reuniones de seguimiento Educación-Salud Mental del protocolo de TEA.			
II.5.4.1	Indicador: Nº de reuniones realizadas	Responsable: Coordinador CSM; Resp. Programa Infantojuvenil	Cronograma: 2019-2022



II.5.5 Línea de Acción: Elaboración de Programas de Intervención Intensiva y su puesta en marcha.			
II.5.5.1	Indicador: Nº de programas desarrollados en la Región	Responsable: Coordinador CSM; Responsable Programa Infantojuvenil	Cronograma: 4º trimestre 2019-2020
II.6 Línea Estratégica Ordenación y Optimización de las Acciones de Inserción Laboral y Empleo para TMG			
II.6.1 Línea de Acción: Dotación en cada Área de Salud de recursos para la preparación laboral y la adquisición de competencias para el empleo.			
II.6.1.1	Indicador: Elaboración de propuesta de ordenación e implementación de recursos en cada Área	Responsable: GRSM; Equipo Gestor Euroempleo (EGE)	Cronograma: 2019-2022
II.6.2 Línea de Acción: Consolidación del Programa de Empleo con apoyo (Programa Euroempleo) en todas las Áreas de Salud.			
II.6.2.1	Indicador: Nº de participantes en el Programa por Área y año	Responsable: EGE	Cronograma: 2019-2022
II.6.3 Línea de Acción: Ordenación y mejora de los procedimientos de coordinación entre los recursos de inserción laboral y los dispositivos asistenciales de cada Área.			
II.6.3.1	Indicador: Nº de procedimientos establecidos por año	Responsable: GRSM; EGE; Dirección del Área; Coordinadores CSMs	Cronograma: 2019-2022
II.6.4 Línea de Acción: Establecimiento de fórmulas de colaboración (protocolos, acuerdos o convenios) entre SMS y las distintas entidades relacionadas con la inserción laboral.			
II.6.4.1	Indicador: Nº de protocolos, acuerdo o convenios realizados por año	Responsable: GRSM; EGE	Cronograma: 2019-2020



II.6.5 Línea de Acción: Elaboración de una herramienta de evaluación específica para los procesos de inserción laboral que facilite la planificación y redistribución de recursos.			
II.6.5.1	Indicador: Existencia de Base de Datos	Responsable: EGE	Cronograma: 1 ^{os} 3 trimestres 2019
II.6.6 Línea de Acción: Puesta en marcha de líneas de investigación sobre inserción laboral en TMG.			
II.6.6.1	Indicador: Nº de líneas de investigación por año	Responsable: EGE	Cronograma: 2019-2020
II.6.7 Línea de Acción: Realización de cursos específicos sobre inserción laboral en TMG.			
II.6.7.1	Indicador: Nº de cursos por año	Responsable: EGE	Cronograma: 2019-2022
II.6.8 Línea de Acción: Difusión en medios de comunicación de acciones antiestigma.			
II.6.8.1	Indicador: Nº de faldones y cuñas por año	Responsable: EGE	Cronograma: 2019-2022
II.6.9 Línea de Acción: Intervención en ámbitos empresariales y profesionales.			
II.6.9.1	Indicador: Nº de reuniones realizadas por año	Responsable: GRSM; EGE	Cronograma: 2019-2022
II.6.9.2	Indicador: Reconocimiento oficial de “Empresas Mentalizadas”		
II.6.9.3	Indicador: Nº de “empresas mentalizadas”		
II.6.10 Línea de Acción: Dotación de ayudas para la conciliación de la vida familiar y laboral.			
II.6.10.1	Indicador: Nº de personas que reciben ayudas/año	Responsable: EGE	Cronograma: 2019-2022
II.6.11 Línea de Acción: Intervención activa para adaptar los recursos de formación y empleo a las características de las mujeres con TMG.			
II.6.11.1	Indicador: Nº de medidas puestas en marcha/año	Responsable: EGE	Cronograma: 2019-2022
II.6.12 Línea de Acción: Aumento de mujeres con TMG participantes en los programas de inserción laboral.			
II.6.12.1	Indicador: Nº de mujeres participantes/año	Responsable: EGE	Cronograma: 2019-2022



EJE III: CONTINUIDAD ASISTENCIAL

III.A COORDINACIÓN AP-SM

III.A.1 Línea Estratégica Sectorización CSM-AP

III.A.1.1 Línea de Acción Creación de una Comisión Mixta de Salud Mental del Área.

III.A.1.1.1	Indicador: % de Áreas que han creado la Comisión Mixta de SM	Responsable: Dirección/Gerencia de las Áreas (apoyo de GRSM - Coordinación AP-SM)	Cronograma: 2019
III.A.1.2 Línea de Acción Diseño del plan específico de sectorización de SM en el Área.			
III.A.1.2.1	Indicador: % de Áreas que han diseñado el Plan de Sectorización	Responsable: Dirección/Gerencia de las Áreas y Comisión Mixta de SM del Área (apoyo de GRSM - Coordinación de AP-SM)	Cronograma: 2019
III.A.1.3 Línea de Acción: Implementación de la Sectorización en todas las ZBS de las Áreas Sanitarias.			
III.A.1.3.1	Indicador: % de ZBS Sectorizadas anualmente (Obtenido de informe anual enviado por las Áreas a la GRSM)	Responsable: Dirección/Gerencia de las Áreas y Comisión Mixta de SM del Área (apoyo de la GRSM- Coordinación de SM-AP)	Cronograma: 2019-2022



III.A.2 Línea Estratégica Mejora en el Área de Comunicación y Cooperación AP-CSM			
III.A.2.1 Línea de Acción: Nombramiento de un profesional del Centro de Salud AP y otro del CSM correspondiente, que serán los responsables de coordinar las actuaciones comunes. Serán los interlocutores y facilitadores de la Comunicación entre instituciones.			
III.A.2.1.1	Indicador: Informe de la Dirección del Área identificando los responsables designados en los CSM y de AP	Responsable: Dirección del Área y Coordinadores de Centros de AP y SM	Cronograma: 2019-2020
III.A.2.2 Línea de Acción: Establecimiento de calendarios de reuniones de trabajo por parte de los equipos de SM sectorizados en los CS correspondientes.			
III.A.2.2.1	Indicador: Informe anual de las Áreas detallando el Nº de reuniones multiprofesionales AP-SM desarrolladas	Responsable: Dirección/Gerencia del Área, Coordinadores de SM y AP	Cronograma: 2019-2022
III.A.2.3 Línea de Acción: Creación de una Comisión Mixta regional AP-SM con funciones de asesoramiento, seguimiento y apoyo técnico al proyecto.			
III.A.2.3.1	Indicador: Informe anual del Nº de reuniones y temas abordados	Responsable: GRSM - Coordinador de AP-SM - Dirección/Gerencia de las Áreas	Cronograma: 2019-2022
III.A.2.4 Línea de Acción: Diseño, elaboración y de una encuesta de satisfacción AP-SM y el análisis de resultados			
III.A.2.4.1	Indicador: Elaboración de la encuesta y análisis de resultados	Responsable: GRSM - Coordinador de AP-SM - Dirección/Gerencia de las Áreas	Cronograma: 2020-2022



III.A.3 Línea Estratégica Implementación de Procedimientos de Trabajo Multiprofesional AP-SM en todas las Áreas de Salud			
III.A.3.1 Línea de Acción: Desarrollo de líneas de colaboración Equipo de SM-Equipo de AP: <ul style="list-style-type: none"> o Diseño conjunto de estrategias de intervención escalonada. o Celebración de reuniones multiprofesionales con participación de ambos equipos (SM y AP). o Realización de otras actividades propuestas desde el Área. 			
III.A.3.1.1	Indicador: Informe anual de las actividades desarrolladas en las Áreas	Responsable: Dirección/Gerencia de las Áreas, Responsables de SM y Coordinadores de EAP (apoyo y asesoramiento GRSM)	Cronograma: 2019-2022
III.A.4 Línea Estratégica Mejora de la Gestión Clínica AP-SM			
III.A.4.1 Línea de Acción: Análisis de las demoras en SM de las Áreas.			
III.A.4.1.1	Indicador: Informe anual de la evolución de las demoras en las Áreas	Responsable: Dirección de AP y SM del Área. Colaboración de la GRSM y SMS	Cronograma: 2019-2022



III.A.4.2 Línea de Acción: Desarrollo de herramientas de gestión-evaluación En AP y Salud Mental:			
<ul style="list-style-type: none"> o Indicadores de actividad. o Cuadros de Mando. o Mejoras tecnológicas en la comunicación. o Accesibilidad a la historia clínica. o Otras actuaciones priorizadas en las Áreas. 			
III.A.4.2.1	Indicador: Informe anual de reuniones en SMS y con la Subdirección General de Tecnologías de la Información (SGTI) y acuerdos adoptados	Responsable: GRSM, Jefes de Programas y Coord. AP-SM, SMS, SGTI	Cronograma: 2019-2022
III.A.5 Línea Estratégica Formación e Investigación en Salud Mental			
III.A.5.1 Línea de Acción: Desarrollo de actividades formativas y de investigación conjuntas AP y SM.			
III.A.5.1.1	Indicador: Informe anual de las actividades formativas y de investigación conjunta en las Áreas de Salud	Responsable: Responsables de formación e investigación del SMS y la GRSM - Dirección de las Áreas y Coordinadores de CAP y CSM	Cronograma: 2019-2022



III.B CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA RED DE SALUD MENTAL			
III.B.1 Línea Estratégica Promoción del Trabajo en Equipo y en Red			
III.B.1.1 Línea de Acción: Actualización del Proceso de Continuidad Asistencial.			
III.B.1.1.1	Indicador: Actualización de Proceso de Continuidad (SI/NO)	Responsable: GRSM	Cronograma: 2019
III.B.1.2 Línea de Acción: Implementación de Proceso de Continuidad Asistencial en cada Área.			
III.B.1.2.1	Indicador: Nº de Áreas con el Proceso activo	Responsable: Dirección de Área y Coord. de CSM	Cronograma: 2019-2022
III.B.1.2.2	Indicador: Nº de reuniones de coordinación entre dispositivos por Áreas		
III.B.1.3 Línea de Acción: Fomento del trabajo en equipo en la formación de residentes y en la FC. Colaboración con UDIF y con Responsables de dispositivos/Áreas para la realización de actividades formativas específicas.			
III.B.1.3.1	Indicador: Nº de actividades formativas por año que pongan en valor la cultura de equipo y la necesidad de trabajo coordinado	Responsable: UDIF; Grupo de Continuidad; Dirección del Área y Coordinadores de CSM	Cronograma: 2019-2022
III.B.1.3.2	Indicador: Nº de residentes que participan en la elaboración de PAC por Áreas o Centro		
III.B.2 Línea Estratégica Mejora de los Sistemas de Información para Facilitar el Proceso de Continuidad Asistencial			
III.B.2.1 Línea de Acción: Generación en SELENE de las pasarelas necesarias y los permisos para acceder a un sistema de información integrado.			
III.B.2.1.1	Indicador: Existencia de pasarelas y permisos para los profesionales implicados (SI/NO)	Responsable: GRSM	Cronograma: 2019
III.B.2.2 Línea de Acción: Creación de un formulario único de comunicación entre los distintos programas y dispositivos.			
III.B.2.2.1	Indicador: Existencia del formulario elaborado (SI/NO)	Responsable: GRSM	Cronograma: 2019
III.B.2.3 Línea de Acción: Desarrollo de cultura sobre la importancia de registrar adecuadamente la actividad en la Hª Clínica Informatizada.			
III.B.2.3.1	Indicador: Nº de profesionales que utilizan la Hª clínica informatizada por Área/dispositivo	Responsable: Dirección del Área y Coordinadores de CSM	Cronograma: 2020



III.B.2.4 Línea de Acción: Compromiso de los responsables de los Centros y servicios en conseguir la adecuada cumplimentación de los registros como una más de sus funciones.			
III.B.2.4.1	Indicador: Aparición de esta función en el catálogo de funciones de los responsables de los distintos dispositivos coordinados (SI/NO)	Responsable: GRSM	Cronograma: 2019
III.B.2.5 Línea de Acción: Elaboración y/o actualización del censo de TMGs en cada Área.			
III.B.2.5.1	Indicador: Existencia de censo en cada Área (SI/NO)	Responsable: Dirección del Área y Coordinadores de CSM	Cronograma: 2020
III.B.2.6 Línea de Acción: Creación del indicador: ABANDONOS de TMG. (% abandonos).			
III.B.2.6.1	Indicador: Inclusión del indicador en SELENE (SI/NO)	Responsable: GRSM	Cronograma: 2019
III.B.2.7 Línea de Acción: Creación del Índice de recuperación de pacientes en abandono (%).			
III.B.2.7.1	Indicador: Inclusión del indicador (SI/NO)	Responsable: GRSM	Cronograma: 2019
III.B.3 Línea Estratégica Propuestas de Cambios Organizativos que Faciliten el Proceso de Continuidad Asistencial			
III.B.3.1 Línea de Acción: Sectorización de servicios a nivel de Área.			
III.B.3.1.1	Indicador: Nº de servicios completamente sectorizados	Responsable: GRSM y Gerencias de Área	Cronograma: 2019-2022
III.B.3.2 Línea de Acción: Integración de los distintos programas asistenciales en las Áreas.			
III.B.3.2.1	Indicador: Nº de Áreas completamente sectorizadas	Responsable: GRSM y Gerencias de Área	Cronograma: 2019-2022
III.B.3.3 Línea de Acción: Elaboración de un estudio para aplicar las TIC a los procesos de Continuidad.			
III.B.3.3.1	Indicador: Estudio elaborado (SI/NO)	Responsable: GRSM y Subdirección General de Tecnologías de Información	Cronograma: 2019



III.B.3.4 Línea de Acción: Definición de los procedimientos de relación entre todos los dispositivos que intervienen (concertados, subvencionados o de ámbito supra Área y regionales) que intervienen en el proceso asistencial a TMG.			
III.B.3.4.1	Indicador: Nº de procedimientos establecidos	Responsable: GRSM	Cronograma: 2020-2022
III.B.3.5 Línea de Acción: Elaboración de procedimientos de comunicación entre servicios de urgencias hospitalarias y dispositivos comunitarios para unificar la atención continuada de TMG, Intentos de suicidio			
III.B.3.5.1	Indicador: Nº de procedimientos elaborados	Responsable: GRSM	Cronograma: 2020-2022
III.B.3.6 Línea de Acción: Elaboración de procedimientos de coordinación entre los Programas de Adultos, Infanto-Juvenil y Adicciones.			
III.B.3.6.1	Indicador: Existencia del Procedimiento (SI/NO)	Responsable: GRSM	Cronograma: 2019-2022



III.C COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA			
III.C.1 Línea Estratégica Coordinación Sociosanitaria			
III.C.1.1 Línea de Acción: Implementación, contemplando la perspectiva de género, del Protocolo de Coordinación Sociosanitaria TMG en Áreas de Salud.			
III.C.1.1.1	Indicador: Porcentaje de implementación del Protocolo en las Áreas de Salud.	Responsable: Comisión Sociosanitaria Regional (CSSR)	Cronograma: 2019
III.C.1.2 Línea de Acción: Implementación procesos asistenciales TMG. Población Infanto-juvenil y Adicciones			
III.C.1.2.1	Indicador: Procesos diseñados (Sí/No)	Responsable: CSSR	Cronograma: 2020-2021
III.C.1.3 Línea de Acción: Censo y perfil TMG por Áreas			
III.C.1.3.1	Indicador: Censo (Sí/No)	Responsable: CSSR	Cronograma: 2019-2022
III.C.1.4 Línea de Acción: Diseño e implementación de programa de gestión y evaluación del Protocolo de Coordinación SS TMG			
III.C.1.4.1	Indicador: Programa diseñado(SI/NO)	Responsable: CSSR	Cronograma: 2021
III.C.1.5 Línea de Acción: Protocolo coordinación procesos judicialización-TMG			
III.C.1.5.1	Indicador: Protocolo elaborado (Sí/No)	Responsable: CSSR	Cronograma: 2021
III.C.1.6 Línea de Acción: Protocolo coordinación personas sin hogar-TMG			
III.C.1.6.1	Indicador: Protocolo elaborado(SI/NO)	Responsable: CSSR	Cronograma: 2021
III.C.1.7 Línea de Acción: Proceso intervención mujeres-TMG			
III.C.1.7.1	Indicador: Proceso implantado (SI/NO)	Responsable: CSSR	Cronograma: 2021
III.C.1.8 Línea de Acción: Mapa recursos sociosanitarios TMG por áreas			
III.C.1.8.1	Indicador: Mapa elaborado (SI/NO)	Responsable: CSSR	Cronograma: 2020
III.C.1.9 Línea de Acción: Proceso matriz de desarrollo regional y adaptación por áreas del Protocolo de coordinación SS			
III.C.1.9.1	Indicador: Protocolo elaborado (SI/NO)	Responsable: CSSR	Cronograma: 2020



III.C.1.10 Línea de Acción: Sistema de información sociosanitario-SM			
III.C.1.10.1	Indicador: Plataforma de información (SI/NO)	Responsable: CSSR	Cronograma: 2022
III.C.1.11 Línea de Acción: Elaboración y desarrollo de una experiencia piloto de gestión integrada de recursos SS en un área			
III.C.1.11.1	Indicador: Memoria de la experiencia piloto (Sí/No)	Responsable: CSSR	Cronograma: 2020



EJE IV: CIUDADANÍA: ESTIGMA Y DERECHOS

IV.1 Línea Estratégica Diseño e Implantación de Prácticas Asistenciales que Promuevan los Derechos, la Participación y la Autonomía de las Personas con Trastorno Mental y sus Familias

IV.1.1 Línea de Acción Elaboración de un código de buenas prácticas que incluya los derechos y los deberes de los usuarios de los Servicios de SM.

IV.1.1.1	Indicador: Existencia del documento	Responsable: GRSM	Cronograma: 2º semestre 2019
IV.1.2 Línea de Acción Revisión y elaboración de protocolos comunes de actuación en el ámbito hospitalario que contemplen las correspondientes adaptaciones a los diferentes Servicios, dando prioridad a los protocolos sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso Involuntario - Prevención de Conducta Suicida - Contención Mecánica 			
IV.1.2.1	Indicador: Revisión de los protocolos	Responsable: Jefes de Área y Jefes de Servicio	Cronograma: 1 ^{er} semestre 2019
IV.1.2.2	Indicador: Elaboración de protocolos comunes		Cronograma: 2º semestre 2019
IV.1.2.3	Indicador: Implantación		Cronograma: 2020
IV.1.2.4	Indicador: 1ª Evaluación		Cronograma: 4º trimestre 2020
IV.1.3 Línea de Acción Inclusión de indicadores sobre los tres protocolos referidos en la línea de acción IV.1.2 en los acuerdos de gestión de las Unidades de Hospitalización.			
IV.1.3.1	Indicador: Nº de acuerdos de gestión que incluyen los indicadores / Nº total de acuerdos de gestión realizados	Responsable: Jefes de Área y Jefes de Servicio	Cronograma: 2019-2020



IV.1.4 Línea de Acción Inclusión de, al menos, una acción orientada a la mejora del “ambiente terapéutico” en las unidades de hospitalización psiquiátrica, en los servicios de urgencias y en la Red de SM Comunitaria (espacio físico, dinámica de funcionamiento, normas, ambiente relacional, trabajo en equipo y clima laboral).			
IV.1.4.1	Indicador: Nº de acciones realizada al año	Responsable: Jefes de Área; Jefes de Servicio y Coordinadores CSM	Cronograma: 2019-2020
IV.1.5 Línea de Acción Elaboración y aplicación de una encuesta que recoja el grado de satisfacción del usuario y/o familia sobre las estancias en UHB y de Estancia Media.			
IV.1.5.1	Indicador: Elaboración de la encuesta y diseño del proceso de implementación	Responsable: Jefes de Servicio	Cronograma: 2019
IV.1.5.2	Indicador: Nº de encuestas /Nº de pacientes tratados año		Cronograma: 2020
IV.1.5.3	Indicador: Análisis de Resultados de Encuestas		Cronograma: 2021
IV.1.6 Línea de Acción Evaluación de la competencia intercultural en la Red de SM.			
IV.1.6.1	Indicador: Aplicación del instrumento de Evaluación de la Competencia Intercultural de la Red de SM (Ministerio de Sanidad)	Responsable: Jefes de Área; Jefes de Servicio y Coordinadores CSM	Cronograma: 2020
IV.1.6.2	Indicador: Evaluación de los resultados de la encuesta		Cronograma: 2021
IV.1.7 Línea de Acción Creación de un Observatorio sobre Estigma y Derechos.			
IV.1.7.1	Indicador: Estudio de la creación del Observatorio	Responsable: GRSM	Cronograma: 2019
IV.1.7.2	Indicador: Constitución del Observatorio		Cronograma: 2020
IV.1.8 Línea de Acción Creación de un grupo de trabajo permanente de participación ciudadana representada por el movimiento asociativo de familiares y del de usuarios en 1ª persona.			
IV.1.8.1	Indicador: Constitución del grupo	GRSM	Cronograma: 2019-2022
IV.1.8.2	Indicador: Nº de reuniones celebradas/año		
IV.2 Línea Estratégica Mejora del Conocimiento en Materia de Derechos en SM entre Profesionales del Ámbito Sociosanitario			
IV.2.1 Línea de Acción: Inclusión en el plan de formación de los residentes de una línea formativa en materia de derechos, garantizando al menos una acción anual.			
IV.2.1.1	Indicador: Nº de iniciativas realizadas /año	Responsable: UDIF-SM	Cronograma: 2019-2022
IV.2.2 Línea de Acción: Inclusión en el plan de FC para profesionales de la red de SM de una línea formativa en materia de derechos, garantizando al menos una acción anual.			



IV.2.2.1	Indicador: Nº de iniciativas realizadas /año	Responsable: UDIF-SM	Cronograma: 2019-2022
IV.3 Línea Estratégica Promoción de Acciones Antiestigma			
IV.3.1 Línea de Acción: Recogida y análisis de las iniciativas puestas en marcha que nos permitan mejorar nuestro conocimiento sobre los procesos de estigmatización y sus consecuencias.			
IV.3.1.1	Indicador: Documento que recoja el estudio y análisis de publicaciones de interés científico en el ámbito del estigma asociados a personas con trastornos mentales	Responsable: GRSM	Cronograma: 4º trimestre 2019
IV.3.2 Línea de Acción: Promoción de acciones orientadas a colectivos específicos que aumenten el conocimiento de los trastornos mentales y colaboren en la modificación de las actitudes.			
IV.3.2.1	Indicador: Nº de actividades realizadas/año	Responsable: GRSM	Cronograma: 2020-2022



EJE V: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

V.1 Línea Estratégica Formación Sanitaria Especializada

V.1.1 Línea de Acción Inclusión en los planes formativos de las actividades del programa de Formación Teórica Complementaria (FTC) de la UDMSM, bajo la orientación marcada por la GRSM.

V.1.1.1	Indicador : Nº de actividades realizadas del PTC / Nº de actividades programadas para los diferentes años de residencia del PTC	Responsable: UDMSM	Cronograma: 2019-2022
---------	--	---------------------------	------------------------------

V.1.2 Línea de Acción Creación y mantenimiento de espacios de encuentro para los residentes que faciliten la adquisición de competencias en el manejo de situaciones conflictivas en el ámbito asistencial

V.1.2.1	Indicador : Nº de residentes que participan en los espacios de encuentro al año y especialidad/ Nº total de residentes disponibles por año de especialidad	Responsable: UDMSM	Cronograma: 2019-2022
---------	---	---------------------------	------------------------------

V.1.3 Línea de Acción Coordinación con la Unidad de Riesgos Laborales de la que dependen los Residentes de la UDMSM para dar una respuesta adecuada a la demanda de los residentes en el menor tiempo posible.

V.1.3.1	Indicador : Proceso de colaboración entre la UDM-SM y los Servicios de Riesgos Laborales elaborado	Responsable: UDMSM	Cronograma: 2019-2022
---------	---	---------------------------	------------------------------

V.2 Línea Estratégica Formación Continuada

V.2.1 Línea de Acción: Desarrollo de una oferta formativa específica de SM multiprofesional y que incluya profesionales de diferentes niveles sanitarios asistenciales de SM, otros ámbitos sanitario) y de otras esferas.

V.2.1.1	Indicador: Nº de acciones formativas que incluyen a profesionales de otras especialidades sanitarias u otros ámbitos.	Responsable: UDIF-SM/GRSM	Cronograma: 2019-2022
V.2.1.2	Indicador: Nº de profesionales individualizados por categoría profesional/ nº de profesionales de la red de salud mental por categorías profesional * 100		



V.2.2 Línea de Acción: Planificación de la FC de SM en consonancia con las líneas estratégicas del SNS, del SMS y con la Misión, Visión y Valores de la GRSM de Murcia.			
V.2.2.1	Indicador: Reunión programada anual de la UDIF-SM con la GRSM previo a la elaboración del PFC	Responsable: UDIF-SM/GRSM	Cronograma: 2019-2022
V.2.3 Línea de Acción: Optimización de la pertinencia de la FC ofrecida incorporando en la detección de necesidades las aportadas por el colectivo de personas con trastorno mental y/o sus familiares.			
V.2.3.1	Indicador: Reunión anual con una representación de las asociaciones de personas con trastorno mental y/o familiares	Responsable: UDIF-SM/GRSM Asociaciones usuarios y/o familiares	Cronograma: 2020-2022
V.2.4 Línea de Acción: Incorporación de medidas de impacto o trasferencia en la organización, priorizando aquellos con posible mayor repercusión en la mejora de la atención a las personas con trastorno mental.			
V.2.4.1	Indicador: % de acciones formativas con indicadores de impacto	Responsable: UDIF-SM	Cronograma: 2020-2022
V.3 Línea Estratégica Investigación			
V.3.1 Línea de Acción: Creación de un Comité Asesor para la investigación en Salud Mental			
V.3.1.1	Indicador: Creación del Comité Asesor para la Investigación en Salud Mental (CAISM)	Responsable: UDIF-SM	Cronograma: 2019
V.3.2 Línea de Acción: Difusión de las principales líneas/proyectos de investigación en Salud Mental consolidados.			
V.3.2.1	Indicador: Actualización anual la sección de investigación en la página web (UDIF-SM).	Responsable: UDIF-SM	Cronograma: 2019-2022
V.3.2.2	Indicador: Elaboración de la memoria de investigación	Responsable: UDIF-SM	Cronograma: 2019-2022
V.3.3 Línea de Acción: Inclusión de la formación tanto en Metodología de Investigación como en la Práctica Asistencial Basada en Evidencias en el ámbito de la FC y en FSE, en todas las especialidades de SM.			
V.3.3.1	Indicador: Nº de cursos y talleres realizados por año	Responsable: UDIF-SM	Cronograma: 2019-2022
V.3.4 Línea de Acción: Fomento del empleo de datos generados en práctica asistencial para toma de decisiones en gestión clínica, así como para la realización de proyectos de investigación.			
V.3.4.1	Indicador: Elaboración del protocolo de autorización al acceso a la información clínica de los usuarios	Responsable: UDIF-SM	Cronograma: 2019-2022





10. PRESUPUESTO ECONÓMICO PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA



PROGRAMA ADULTOS:

CENTROS DE SALUD MENTAL: Parten de una posición desfavorable el CSM Cartagena, Mar Menor, Cieza y Jumilla ([tabla 8](#)).

Tabla 80: Profesionales CSM Adultos

CSM ADULTOS	Psiq.	Pg.Cl.	Enf.	T.S.	Pq./10⁵	Pg./10⁵	Enf./10⁵	T.S./10⁵
TOTAL FUNCIONAL ACTUAL	64,34	44,12	31,30	9,50				
NÚMERO MÍNIMO NECESARIO DE PROFESIONALES (ESTIMADO POR LA AEN)¹⁴⁴								
TOTAL MÍNIMO	88,21	66,16	51,46	22,05	6	4.5	3.5	1.5
SITUACIÓN DE PARTIDA (% ACERCAMIENTO A MÍNIMOS)	72,94	66,69	60.82	43,08				
NECESIDADES A 4 AÑOS	23,87	22,04	20,16	12,55				

Hay CSM con profesionales compartidos entre programas. Necesidades a 4 años = Total mínimo – Total funcional actual.

Tabla 81: Estimación de crecimiento en RRHH-CSM Adultos (AEN)

DOTACIÓN PRESUPUESTARIA REQUERIDA PARA LOS PRÓXIMOS 4 AÑOS SEGÚN LAS ESTIMACIONES AEN		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	23,87	1.593.712,77
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	22,04	1.471.530,35
ENFERMERÍA ESPEC. SM	20,16	861.501,72
TRAB. SOCIAL	12,55	468.491
	TOTAL	4.395.235,84 €

Las recomendaciones hechas por la AEN en el año 2000, son las referidas, en este caso, a los recursos humanos estimados necesarios para prestar una atención de calidad en los CSM de Adultos. Estas estimaciones se realizaron en un contexto histórico en el cual todavía no se habían desarrollado recursos intermedios como los HD, ETAC, PT y las URA empezaban a crearse. Los modelos rectores de la atención a la salud mental vigentes han seguido evolucionando desde entonces. La apuesta actual por los modelos de recuperación y sociosanitarios en la organización de los servicios de SM, aunque no invalida las recomendaciones anteriores, nos obliga a matizarlas y complementarlas con una mayor apuesta por la participación en la atención de perfiles profesionales como psicología, enfermería y trabajo social.

¹⁴⁴ "HACIA UNA ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL DE CALIDAD". Grupo de Trabajo . A.E.N.- Profesionales de Salud Mental. Cuadernos Técnicos, 4 Madrid, 2000.



ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2019:

Tabla 82: RRHH CSM-Adultos. Acciones prioritarias 2019

INTEGRACIÓN CSM-MULA EN ÁREA I		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	1	66.767
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767
TRAB. SOCIAL*	1	37.330
*Compartido con CSM Alcantarilla		
TOTAL		170.864€

PUESTA EN MARCHA DEL CSM DE MAZARRÓN		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	1	66.767
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	42.734
TRAB. SOCIAL	1	37.330
TOTAL		213.598 €

La apertura del CSM de Mazarrón supondría una mejora considerable en las ratios del CSM Cartagena.

INCREMENTAR LA PLANTILLA EN CSM CIEZA		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	42.734
TOTAL		109.501 €

INCREMENTAR LA PLANTILLA EN CSM MAR MENOR		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	42.734
TOTAL		109.501 €

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2020:

Tabla 83: RRHH-CSM Adultos. Acciones prioritarias 2020

INCREMENTAR LA PLANTILLA EN CSM JUMILLA		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
TRABAJO SOCIAL	1	37.330
TOTAL		37.330 €

INCREMENTAR LA PLANTILLA EN CSM MOLINA		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
TRABAJO SOCIAL	1	37.330
TOTAL		37.330 €

<ul style="list-style-type: none"> • REUBICACIÓN CSM JUMILLA • REUBICACIÓN CSM CIEZA
--



ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2021:

Tabla 84: RRHH CSM Adultos. Acciones prioritarias 2021

CSM EL PALMAR, CON EQUIPO DE APOYO A IIPP*		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	1+ 2 REUBICADO CON. EXT ARRIXACA+ 1 REUBICACIÓN UCE HPRA	66.767
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	2+ 1 REUBICADO CON. EXT ARRIXACA	133.534
ENFERMERÍA ESPEC. SM	3	128.202
TRAB. SOCIAL	2	74.660
TOTAL		403.163 €
CSM ÁREA IV- EQUIPO DE APOYO DOCMICILIARIO		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	42.734
TOTAL		109.501 €
CSM ÁREA V- EQUIPO DE APOYO DOCMICILIARIO		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767
ENFERMERÍA ESPEC. SM	2	85.468
TOTAL		152.235 €

* Incluye equipo de colaboración para el programa puente de Instituciones Penitenciarias

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2022:

Tabla 85: RRHH CSM Adultos. Acciones prioritarias 2022

CSM SANTIAGO-ZARAICHE (incorpora los 3 programas con Unidad de Rehabilitación)		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	3+1 REUBCACIÓN CAD MURCIA+2 REUBICACIONES DE CONS. EXT HMM	200.301
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	4+2 REUBICACIONES HMM+ 1 REUBICACION CAD MURCIA +1 REUBICACIÓN UR SAN ANDRÉS	267.068
ENFERMERÍA ESPEC. SM	4+ 2 REUBICACIONES HMM+ 1 REUBICACIÓN CAD MURCIA + 1 REUBICACIÓN UR SAN ANDRÉS	170.936
TRAB. SOCIAL	3	111.999
TERAPEUTAS OCUPACIONALES	2 REUBICACIONES SAN ANDRÉS	
TOTAL		750.304 €
<ul style="list-style-type: none"> • REUBICACIÓN CSM ALCANTARILLA 		



A. UNIDADES DE REHABILITACIÓN/HOSPITAL DE DÍA

Tabla 86: RRHH UR/HD. Acciones prioritarias 2019-2022

UNIDAD REHABILITACIÓN S. ANDRÉS			
AÑO	2019	2020	2021
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1		1
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1		
TRAB. SOCIAL	1		
T. OCUPACIONAL		1	1
TOTAL/AÑO	146.831 €	42.064 €	108.831 €
TOTAL			297.726 €

HOSPITAL DE DÍA HPRA		
AÑO	2019	
PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767
TOTAL		66.767 €

B. EQUIPOS ASERTIVOS COMUNITARIOS

Tabla 87: RRHH ETAC. Acciones prioritarias 2019-2022

ETAC ÁREA I		
AÑO	2019	2020
FEA PSIQUIATRÍA	1	
ENFERMERÍA ESPEC. SM	2	1
T. SOCIAL	1	1
TOTAL	189.565 €	80.064 €

ETAC ÁREA V I		
AÑO	2019	2020
FEA PSIQUIATRÍA	1	
ENFERMERÍA ESPEC. SM	2	1
T. SOCIAL	1	1
TOTAL	189.565 €	80.064 €

ETAC LORCA		
AÑO	2020	2021
FEA PSIQUIATRÍA		1
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	
T. SOCIAL*	1	
TOTAL	80.064 €	66.767 €

*Apoyará la atención del HD.IJ



ÉTAC ÁREA VII (COLABORACIÓN CON SEMAS ÁREA METROPOLITANA MURCIA)		
AÑO	2019	
FEA PSIQUIATRÍA	1 (REUBICADO DE UCE HPRA)	
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	42.734
TOTAL		42.734 €

C. UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2019:

Tabla 88: RRHH UHB. Acciones prioritarias 2019

UHB SANTA LUCÍA		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	1	66.767
TOTAL		66.767 €

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2020:

Tabla 89: RRHH UHB. Acciones prioritarias 2020

UHB MORALES MESEGUER (con la apertura de UH en HLG y adecuación del número de camas en HGUMM, se produce un ajuste en la UH de HGRS. Incorpora pacientes área IV)		
TRASLADO de UHP HMM a 8ª planta	Coste remodelación y adecuación	Ampliación nº camas y reordenación de Área
Integración de Unidad Regional de TEC en UHP HMM	Coste cero	Supone el traslado desde HPRA: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Anestesista. • 1 Psiquiatra • 1 Enfermera • 1 Tec. Aux. enfermería

UHB LORENZO GUIRAO-CIEZA (Incorpora pacientes de área IX y V)			
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros	Atención Continuada
FEA PSIQUIATRÍA	3	200.301	196.000
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767	
ENFERMERÍA ESPEC. SM	8	341.872	62.824
TEC. AUX. DE ENFERMERÍA	12	301.068	68.280
T. OCUPACIONAL	1	42.064	
Coste adecuación unidad			
TOTAL		952.072 €	327.104 €

- MEJORA Y ADECUACIÓN EN RECURSOS DE UHB HUVA
- MEJORA DE LA UHB DE LORCA



REUBICACIÓN DE PROFESIONALES DE LA UCE DEL HPRA			
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros	Atención Continuada
FEA PSIQUIATRÍA	3	200.301	
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767	
ENFERMERÍA ESPEC. SM	10	427.340	78.530
TEC. AUX. DE ENFERMERÍA	18	451.602	102.420
	TOTAL	-1.146.010 €	-278.950 €
		TOTAL	-1.326.960 €

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2021:

Tabla 90: RRHH UHB. Acciones prioritarias 2021

UME ÁREAS II-VIII			
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros	Atención Continuada
JEFE SECCIÓN FACULTATIVO (PSIQUIATRA)	1	73.513	
FEA PSIQUIATRÍA	1	Ya disponible	98.000
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767	
SUPERVISOR ENFERMERÍA	1	49.634	
ENFERMERÍA ESPEC. SM	7*	299.138	54.971
TEC. AUX. DE ENFERMERÍA	9**	225.801	51.210
TRABAJADOR SOCIAL ⁺			
TERAPEUTAS OCUPACIONALES	2	84.128	
AUX. ADMINISTRATIVO ⁺			
	TOTAL	798.981 €	204.181 €
TOTAL			1.076.675 €

+Compartido con otras unidades del Hosp. *Turnos: (L-V) 2-1-1 / (S, D y F) 1-1-1 **Turnos: (L-V) 1-1-2 / (S, D y F) 2-2-2



PROGRAMA INFANTOJUVENIL:

A. UNIDADES DE INFANTOJUVENIL: parte de una situación desfavorable la Unidad de San Andrés, siendo prioritario para el 2019 ([tabla 10](#)).

Tabla 91: Profesionales CSM-IJ

CSM I-J	Psic.	Pg.Cl.	Enf.	T.S.	Pq./10 ⁵	Pg./10 ⁵	Enf./10 ⁵	T.S./10 ⁵
TOTAL FUNCIONAL ACTUAL	17,06	14,86	7,90	4,20				
NÚMERO MÍNIMO NECESARIO DE PROFESIONALES (ESTIMADO POR LA AEN)¹⁴⁵								
TOTAL MÍNIMO	22,1	14,7	7,4	7,4	1.5	1	0.5	0.5
NECESIDADES A 4 AÑOS	5,04	-0,16	-0,5	3,2				

Considerar que hay centros con profesionales compartidos entre programas.

Necesidades a 4 años = Total mínimo – Total funcional actual.

Tabla 92: Estimación necesidades RRHH-CSM-IJ (AEN)

DOTACIÓN PRESUPUESTARIA REQUERIDA PARA LOS PRÓXIMOS 4 AÑOS		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	5,04	336.502,40
TRAB. SOCIAL	3,2	119.455,87
TOTAL		455.958,27 €

Las recomendaciones hechas por la AEN en el año 2000, son las referidas, en este caso, a los recursos humanos estimados necesarios para prestar una atención de calidad en los CSM de Infanto-Juvenil. Por las razones más arriba expuestas, estas recomendaciones deben ser matizadas en función de la evolución experimentada en los últimos años en los modelos y principios que subyacen a la atención en SM. La próxima especialización en el ámbito de Psiquiatría IJ y la más que probable ampliación, hasta los 18 años, de la atención de este programa va a requerir la consideración especial, en los próximos años, en este ámbito de intervención.

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2019:

Tabla 93: RRHH: Programa Infantojuvenil. Acciones prioritarias 2019

UNIDAD I-J SAN ANDRÉS		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	1	66.767
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767
TOTAL		133.534 €

¹⁴⁵ "HACIA UNA ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL DE CALIDAD". Grupo de Trabajo . A.E.N.- Profesionales de Salud Mental. Cuadernos Técnicos, 4 Madrid, 2000.



HD-IJ SAN ANDRÉS		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	42.734
TOTAL		42.734 €

HD-IJ LORCA		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	1	66.767
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	42.734
T. OCUPACIONAL	1	42.064
TOTAL		218.332 €

HD-IJ AREA II Y VIII **		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	1	REUBICACIÓN
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	REORGANIZACIÓN
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	REORGANIZACIÓN
T. SOCIAL*	0,5	REORGANIZACIÓN
T.OCUPACIONAL	1	REORGANIZACIÓN
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	25.089
TOTAL		25.089 €

*COMPARTIDO CON CSM-IJ

** SE HA LLEVADO A CABO POR EL ESFUERZO Y CONSIDERACIÓN DEL PERSONAL DE csmij Y ura DEL ÁREA II

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2020:

Tabla 94: Programa Infantojuvenil. Acciones Prioritarias 2020

HD I-J SAN ANDRÉS		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	1	66.767
TOTAL		66.767 €

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2021:

Tabla 95: Programa Infantojuvenil. Acciones prioritarias 2021

- INCORPORACIÓN PROGRAMA IJ EN CSM EL PALMAR (YA CONSIDERADO)

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2022:

Tabla 96: Programa Infantojuvenil. Acciones prioritarias 2022

- INCORPORACIÓN PROGRAMA IJ EN ÁREA VII (TRAS REORGANIZACIÓN DEL PERSONAL DE CAD-MURCIA), SE REUBICARÍAN PROFESIONALES DE CSM IJ SAN ANDRÉS, DE ACUERDO A POBLACIÓN ATENDIDA.
- INCORPORACIÓN DE PROGRAMA IJ EN ÁREA VI CSM SANTIAGO-ZARAICHE (YA CONSIDERADO)



B. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN INFANTO-JUVENIL:

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2019:

Tabla 97: Programa Infantojuvenil. UHB-IJ

UH-IJ ARRIXACA			
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros	Atención Continuada
JEFE SECCIÓN PSIQUIATRIA	1	73.513	
FEA PSIQUIATRÍA	1	66.767	
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767	
ENFERMERÍA ESPEC. SM	8*	341.872	62.824
TEC. AUX. DE ENFERMERÍA	12**	301.068	68.280
T. SOCIAL ⁺	1	37.330	
T. OCUPACIONAL	1	42.064	
	TOTAL	929.381 €	131.104 €
		TOTAL	1.060.485 €

+T. S compartido con la UHB (no dispone de trabajador social) *Turnos: (L-V) 2-2-1 / (S,D y F) 1-1-1 **Turnos: 2/2/2



PROGRAMA ADICCIONES

Tabla 98: Profesionales Programa Adicciones (CSM y CAD)

CAD	Psic.	Pg.Cl.	Enf.	T.S.	Pq./10 ⁵	Pg./10 ⁵	Enf./10 ⁵	T.S./10 ⁵
TOTAL FUNCIONAL ACTUAL	13,61	11,62	12,80	4,40				
NÚMERO MÍNIMO NECESARIO DE PROFESIONALES (ESTIMADO POR LA AEN)¹⁴⁶								
TOTAL MÍNIMO	14,7	29,4	14,7	14,7	1	2	1	1
NECESIDADES A 4 AÑOS	1,09	17,78	1,9	10,3				
SITUACIÓN DE PARTIDA (% ACERCAMIENTO A MÍNIMOS)	92,58	39,52	87,07	29,93				

Considerar que hay centros con profesionales compartidos entre los diferentes programas.

En el Programa de Adicciones es llamativa la carencia de profesionales de psicología clínica y trabajo social, imprescindibles para mejorar la atención al colectivo de personas afectadas por la llamada “patología dual”, si bien hay que señalar que el programa de adultos incorpora un número considerable de estas personas. Las recomendaciones hechas por la AEN para los CSM de Adicciones, deben ser matizadas en función de la evolución experimentada en los últimos años en los modelos y principios que subyacen a la atención en SM, como hemos señalado al inicio.

Tabla 99: Estimación necesidades RRHH-CSM Adicciones (AEN)

DOTACIÓN PRESUPUESTARIA REQUERIDA PARA LOS PRÓXIMOS 4 AÑOS		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
FEA PSIQUIATRÍA	1,09	72.775,32
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	17,78	1.187.105,70
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1,9	81.193,12
TRAB. SOCIAL	10,3	384.498,59
	TOTAL	1.725.572,73 €

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2019:

Se considera prioritaria para el 2019 la dotación de 1 profesional de enfermería en CAD de Murcia y Lorca, ante la situación de la que parten relacionada con la población atendida ([tabla 11](#)).

Tabla 100: Programa Adicciones. Acciones prioritarias 2019

PROGRAMA ADICCIONES DE MURCIA		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	42.734
	TOTAL	42.734€

¹⁴⁶“HACIA UNA ATENCIÓN COMUNITARIA DE SALUD MENTAL DE CALIDAD”. Grupo de Trabajo . A.E.N.- Profesionales de Salud Mental. Cuadernos Técnicos, 4 Madrid, 2000.



PROGRAMA ADICCIONES DE LORCA		
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	42.734
TOTAL		42.734 €

INCREMENTAR LA PLANTILLA EN CSM ÁGUILAS		
CATEGORÍA PROFESIONAL	Número	Euros
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	42.734
TOTAL		42.734 €

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2020:

Tabla 101: Programa Adicciones. Acciones prioritarias 2020

PROGRAMA ADICCIONES CARTAGENA		
PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767
TOTAL		66.767 €

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2021:

Tabla 102: Programa Adicciones. Acciones prioritarias 2021

PROGRAMA ADICCIONES CSM MOLINA		
FEA PSIQUIATRÍA	1	Reubicación CAD Murcia
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767 €
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	Reubicación CAD Murcia

PROGRAMA ADICCIONES SAN ANDRÉS		
FEA PSIQUIATRÍA	1	Reubicación CAD Murcia
FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	66.767 €
ENFERMERÍA ESPEC. SM	1	Reubicación CAD Murcia

Tabla 103: Integración Programa Adicciones en CSM

INTEGRACIÓN DEL PROGRAMA DE ADICCIONES EN CSM
<ul style="list-style-type: none"> • INTEGRACIÓN PROGRAMA ADICCIONES EN CSM PALMAR (YA CONSIDERADO, 2021) • INTEGRACIÓN PROGRAMA ADICCIONES EN CSM SANTIAGO-ZARAICHE (YA CONSIDERADO, 2022) • REUBICACIÓN DE PROFESIONALES DEL CAD DE MURCIA EN CSM MOLINA, SAN ANDRÉS Y SANTIAGO-ZARAICHE E INTEGRACIÓN PROGRAMA ADICCIONES EN ÁREA VII-MURCIA ESTE.



NECESIDADES PARA JERARQUIZACIÓN

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2019:

Tabla 104: Jerarquización. Acciones prioritarias 2019

JEFATURAS DE SECCIÓN UH (INFANTO-JUVENIL)	1	73.513
JEFATURAS DE SECCIÓN UH (ÁREA III)*	1	6.746
*transformación de una de las plazas de FEA		80.259 €
JEFATURAS DE ÁREA (ÁREAS I, III, VI, VIII, IX)	5	93.819
		469.095 €
TOTAL		549.354 €

ACCIONES PRIORITARIAS AÑO 2020:

Tabla 105: Jerarquización. Acciones prioritarias 2020

JEFATURAS DE SECCIÓN UH (ÁREAS IX)	1	73.513
COORDINADORES EQUIPO ENFERMERÍA SM*	3	13.041
*Transformación de 3 plazas enfermería especialista de SM en 3 coordinadores de equipo de enfermería para grandes centros: Lorca, San Andrés, Cartagena		
TOTAL		86.554 €

PLAZAS PARA TRANSFORMACIÓN

Tabla 106: Jerarquización. Plazas amortizadas/transformadas

JEFATURA DE SECCIÓN ÁREA I (CSM San Andrés)	1	-73.513
JEFATURA DE SECCIÓN ÁREA II (HSL)	1	-73.513
JEFATURA SECCIÓN ÁREA III (CSM Lorca)	1	-73.513
JEFATURA DE SECCIÓN ÁREA VI (HGUMM)	1	-73.513
JEFATURA DE SECCIÓN ÁREA IX (CSM Cieza)	1	-73.513
JEFATURA DE SECCIÓN INFANTOJUVENIL (HD IJ)	1	-73.513
TOTAL		-441.078 €



RESUMEN NECESIDADES

Tabla 107: Total necesidades RRHH y estructurales

TOTAL NECESIDADES			
2019-2022	RRHH	JERARQUIZACIÓN	RECURSOS ESTRUCTURALES
2019	2.914.061 €	549.354 €	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación UHP HGUMM y HLG
2020	1.769.626 €	86.554 €	<ul style="list-style-type: none"> • Reubicación CSM Cieza, Jumilla • Mejora UHP HUVA • Mejora HRM
2021	1.977.193 €	73.513 €	<ul style="list-style-type: none"> • Reubicación CSM Palmar • UME II-VIII
2022	750.304 €		<ul style="list-style-type: none"> • CSM Santiago-Zaraiche, • Reubicación CSM Alcantarilla
TOTAL	7.411.184 €	709.421 €	

Tabla 108: Balance global presupuestario

BALANCE GLOBAL				
NECESIDADES		AMORTIZACIÓN		TOTAL
RRHH 2019-2022	JERARQUIZACIÓN	REUBICACIONES UCE HPRA	JERARQUIZACIÓN	
7.411.184 €	709.421 €	-1.326.960 €	-441.078€	6.352.567 €

Tabla 109: Incremento de RRHH necesario 2019-2022

RRHH 2019-2022							
NECESIDADES RRHH	Psiquiatría	Psi.Clínica	Enf. SM	T. social	T. Ocu	T.Ax	TOTAL
	19	23	51	16	7	33	149



Tabla 110: Resumen Actuaciones 2019-2022

RESUMEN DE ACTUACIONES					
ÁREA DE SALUD		2019	2020	2021	2022
AREA I	CSM MULA	X			
	MEJORA CSM IJ Y HD IJ SAN ANDRÉS	X	X		
	MEJORA UR SAN ANDRÉS	X	X	X	
	ETAC	X	X		
	ADECUACIÓN UHP		X		
	UHPIJ	X			
	CSM EL PALMAR (Programa puente)				X
	INCORPORACIÓN ADICCIONES EN CSM SAN ANDRÉS				X
AREA II	CSM MAZARRÓN	X			
	MEJORA CAD		X		
	MEJORA HD IJ	X			
	MEJORA UHP	X			
	UME ÁREA II-VIII				X
AREA III	MEJORA ETAC		X	X	
	MEJORA ÁGUILAS	X			
	HD IJ	X			
	J. SECC UHP		X		
AREA IV	EQUIPO APOYO DOMICILIARIO			X	
	INGRESO EN UHG (HGUVA)		X		
	SEPARACIÓN CSM MULA	X			
AREA V	MEJORA CSM JUMILLA		X		
	EQUIPO APOYO DOMICILIARIO			X	
AREA VI	MEJORA CSM MOLINA E INCORPORACIÓN PROGRAMA ADICCIONES		X	X	
	ETAC	X	X		
	MEJORA UHP E INCORPORACIÓN UNIDAD DE TEC. REORGANIZACIÓN ZONAS HOSPITALIZACIÓN, INCORPORACIÓN ÁREA IV.		X		
	CSM SANTIAGO ZARAICHE				X
	MEJORA CSM MOLINA E INCORPORACIÓN PROGRAMA ADICCIONES		X	X	
AREA VII	MEJORA CAD Y REDISTRIBUCIÓN EFECTIVOS A ÁREAS				X
	MEJORA ETAC (COL. SEMAS)	X			
	REDISTRIBUCIÓN UHP		X		
	INCORPORACIÓN PROGRAMA IJ				X
AREA VIII	MEJORA CSM	X			
	UME II-VIII			X	
AREA IX	MEJORA CSM	X			
	UHP		X		
HPRA	MEJORA HD	X			
	CIERRE UCE Y TRASLADO UNIDAD DE TEC		X		
	UBICACIÓN CSM EL PALMAR				X



11. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO





IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

La responsabilidad de la coordinación, implementación y seguimiento de las líneas estratégicas contenidas en el Programa de Acción y la Estrategia de SM para la Región de Murcia 2019-2022 recae sobre la titular de Gerencia de Salud Mental de la Región de Murcia, los Jefes de Programa, Gerencias de Área y Jefes de Área de Salud Mental.

Igualmente, los Coordinadores/as de Centros de Salud Mental y, en su caso, los coordinadores/as de Programa serán responsables de difundir entre los profesionales de los centros, las directrices y resultados relevantes para la atención a la salud mental que así se acuerden.

Colaborarán en la implantación y seguimiento de las líneas estratégicas y acciones del Plan los profesionales de la Red de Salud Mental.

Por otra parte, con la finalidad de realizar el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las actuaciones definidas en el Programa de Acción y la Estrategia de Salud Mental para la Región de Murcia 2019-2022, se considera oportuno la constitución de una Comisión, responsable de dicho seguimiento y del nivel de cumplimiento de los objetivos del Programa y de la implementación de las acciones previstas en el mismo.

La Comisión de Seguimiento estará compuesta, entre otros, por:

- El/la titular de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud o persona en quien delegue, en calidad de Presidente.
- La vicepresidencia de la Comisión será ejercida por la persona titular de la Gerencia Regional de Salud Mental o persona en quien delegue.
- Formarán parte de la misma, en calidad de vocales, los/las Jefes de Servicio de Programa de la Gerencia Regional de Salud Mental, Jefes de Área de Salud Mental y Coordinadores de líneas estratégicas del Plan.
- La secretaría de la Comisión corresponderá a la persona designada por el/la responsable de la Gerencia Regional de Salud Mental, de entre su personal.

Igualmente, y a propuesta de su presidente/a y con objeto de favorecer un mejor desarrollo de las funciones de la Comisión, podrán ser convocados como vocales para asesorar, personas expertas o representantes de entidades públicas o privadas:

- Representantes de otras Consejerías de la Administración Regional u Organismos de la Administración Regional.
- Miembros de la Red de SM que, por la naturaleza del tema a tratar, su experiencia y conocimientos, se considere necesario incorporar.
- Representantes de las Asociaciones de Familiares y Usuarios en primera persona.





ANEXOS





ANEXO I: DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL





DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

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, y es desarrollado en los siguientes dispositivos:

- a. **Centro de Salud Mental de Adultos (CSM)** Es la puerta principal de acceso a la red de atención a la salud mental; realiza la valoración inicial de todos los casos que se le derivan, así como el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales de su zona de referencia.

Ofrece un abordaje psicoterapéutico integral, teniendo como eje al paciente y cuidador principal, utilizando terapia psicofarmacológica y técnicas psicoterapéuticas, individuales y grupales, intervención de enfermería, intervención socio-familiar y actuaciones rehabilitadoras. Dicho abordaje será llevado a cabo mediante técnicas basadas en la evidencia científica (se excluyen la hipnosis, psicoanálisis,...), derivando si procede a otros recursos de la Red de Salud Mental.

Se coordinan con las unidades de salud mental de Infanto-juvenil y adicciones, con los equipos de AP, Servicios Sociales, asociaciones, ONG, Educación, Justicia, etc. para garantizar la correspondiente continuidad de cuidados.

Los CSM están dotados de un equipo multidisciplinar compuesto por psiquiatras, psicólogos/os clínicos, enfermeras/os especialistas de salud mental, personal administrativo y, en la mayoría de las ocasiones, de trabajadores sociales.

Prestaciones: Valoración multiprofesional, diagnóstico, tratamiento psicofarmacológico, tratamiento psicoterapéutico, orientación, y atención domiciliaria en casos de TMG (en muchos casos en coordinación con el ETAC), atención de imprevistos (se entiende con "imprevisto" la asistencia a las personas que acuden sin cita, reconduciéndolos al servicio de urgencias hospitalario o atendiéndolos en el CSM si tienen Historia Clínica abierta), interconsulta con otras especialidades, coordinación con otros recursos asistenciales y comunitarios del Área, prevención y sensibilización, psicoeducación y promoción de la salud mental. Todo ello dirigido hacia la rehabilitación y recuperación del paciente.

Análisis y proyección:

El desarrollo de estos dispositivos, en torno a los cuales se vertebra la atención comunitaria a los problemas de salud mental, continúa siendo desigual. El CSM/consultas externas Arrixaca, el CSM Alcantarilla y el CSM Morales Meseguer, ligados desde sus inicios a las gerencias hospitalarias correspondientes, se desarrollaron de forma independiente a las directrices emanadas de la anterior Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Actualmente, tanto al nivel de dotación de



recursos (humanos, materiales y estructurales) como al de organización de la asistencia, contribuyen a la variabilidad existente en la Red de Salud Mental de nuestra Región. La apertura del CSM Santiago-Zaraiche, así como la completa adscripción del CSM de Mula a la gerencia del Área I, constituyen parte de las propuestas estructurales prioritarias.

Por otro lado, se hace necesario un CSM en El Palmar que permita atender a la población actualmente atendida en las consultas externas de la Arrixaca, incorporándose a este centro los profesionales que desempeñan su labor en estas consultas. Dicho centro puede situarse en las dependencias del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, una vez se reorganicen las unidades de hospitalización breve en Cieza y Hospital Morales Meseguer, y se dotaría con el personal necesario para desarrollar el trabajo de apoyo y coordinación necesario a los centros penitenciarios de la CARM (programa puente).

Respecto al actual CSM del Área II-Cartagena, dada la dimensión de la población que atiende, debería considerarse la puesta en marcha de un equipo básico de SM en Mazarrón, donde ya existe espacio acondicionado para ello y que mejoraría la accesibilidad de la población correspondiente a Mazarrón y Mazarrón Puerto. A medio plazo, consideramos que debe diseñarse el proyecto de un CSM en las instalaciones del Hospital S. M^a del Rosell (CSM- Cartagena-Este) y de la dotación de un Equipo básico de SM para Totana.

Finalmente, los CSM de Jumilla, Cieza y Alcantarilla, por las características de las instalaciones y la disposición de los espacios, precisan de una reubicación.

- b. **Unidad de rehabilitación (UR).** Es el dispositivo asistencial cuyo objetivo es favorecer que las personas a las que atiende, adquieran o recuperen en la medida de sus posibilidades, las habilidades y competencias personales/sociales necesarias para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio social y familiar, mejorando su calidad de vida. Es el eje coordinador de los recursos rehabilitadores sociocomunitarios. La vía de entrada a la unidad es a través del CSM-A.

El equipo multidisciplinar básico está compuesto por psicólogas/os clínicos, enfermeras/os especialistas de salud mental, personal administrativo, trabajador social y terapeuta ocupacional.

Análisis y proyección:

Estos dispositivos están pendientes de un necesario proceso de reflexión sobre sus funciones, buscando la evolución de los mismos desde planteamientos rehabilitadores a otros más centrados en la recuperación de los pacientes con TMG.

Creemos necesaria la constitución de redes y referentes de apoyo en la comunidad. Las UR podrían trabajar en este sentido, transformándose en estructuras intersectoriales y de participación comunitaria activa que favorezcan el desarrollo de las posibilidades de autogestión e independencia de las personas: facilitando procesos de recuperación, el



establecimiento de lazos solidarios, estimulando la sociabilidad, el desarrollo de capacidades, la creatividad, la autogestión, la autonomía y la relación con otros grupos e instituciones.

Si bien se puede entender la existencia de actividades concretas estructuradas que organizarán el modo de inclusión y de vinculación de las personas, tendríamos que plantearnos estancias de libre circulación, con el fin de responder a sus demandas y posibilidades, y con la finalidad de generar una concurrencia motivada en el propio deseo, buscando promover su autonomía, independencia y el pasaje a un rol activo.

No todas las Áreas disponen de estos recursos. Faltan en las Áreas V y IX y son compartidos por las Áreas II y VIII (UR de Cartagena) y I, VI y VII (UR San Andrés). La apertura del CSM Santiago-Zaraiche permitiría la puesta en marcha de otra UR, con la redistribución de efectivos de la UR de San Andrés y los necesarios para evitar la concentración de pacientes de distintas áreas en un solo centro.

- c. **Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC).** Equipo interdisciplinar compuesto esencialmente por psiquiatras, enfermeras/os especialistas de salud mental y trabajador social que atiende a personas adultas con TMG que tienen dificultades para mantener la vinculación con el CSM-A, con mayor riesgo de abandono del tratamiento y consecuente riesgo de descompensación psicopatológica. Desarrollan una atención dirigida al paciente en su entorno, basada en el tratamiento farmacológico y un seguimiento intensivo, en el domicilio del paciente garantizando la asistencia integral del paciente en su entorno en coordinación con los recursos socio-sanitarios disponibles en su comunidad.

Análisis y proyección:

Estos dispositivos sólo existen en la Región, por el momento, en las Áreas II y VIII (compartido), Área III y Área VII (dependiente de la Gerencia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca). Se crea así un agravio comparativo para los usuarios, dependiente de su Área de residencia. Los pacientes con TMG, que viven en las Áreas I, IV, V, VI y IX carecen a día de hoy de este servicio. Sería prioritario el desarrollo de estos servicios de apoyo a la vida autónoma en, al menos, las Áreas I y VI.

A medio plazo tendría que considerarse, por la extensión del territorio y el tamaño poblacional que atienden, la ampliación de los ETAC en las Áreas III y II, favoreciendo mediante una adecuada gestión de recursos y procesos, las intervenciones asertivo-comunitarias desde los CSM y UR de las zonas con menor tamaño poblacional.

Por otro lado, se ha considerado prioritario el refuerzo del ETAC que atiende al área VII, dado que su espacio de intervención (área metropolitana) implica la necesidad de atender de forma colaborativa las necesidades que surgen desde el SEMAS para las personas sin hogar, con una alta prevalencia de TMG.



En las áreas IV y V se ha considerado la necesidad de proporcionar a los CSM de un **Equipo de Apoyo Domiciliario**, formado por enfermería especialista en SM y psicología clínica. Estos equipos estarán a disposición de cualquiera de los programas asistenciales. Su objetivo es apoyar y hacer el seguimiento de forma temporal de aquellos pacientes que, a petición del equipo del CSM, requieran un apoyo o supervisión domiciliaria, para evitar la descompensación, el ingreso en caso de contar con adecuado apoyo familiar o asegurar la estabilización de un paciente ya conocido en el centro.

d. **Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de adultos.** Es un dispositivo asistencial para el tratamiento intensivo y atención continuada (24 horas), para aquellos casos que, por la gravedad de la sintomatología aguda no pueden continuar recibiendo la atención en su entorno comunitario, y cuando la hospitalización reporte mayores beneficios terapéuticos. La estancia media será la adecuada para la estabilización de la fase aguda o crisis presentada y se adaptará en la medida de lo posible a las necesidades de cada paciente. La ubicación habitual es un hospital general y su cobertura asistencial se refiere a un Área sanitaria definida. Las funciones básicas de la unidad psiquiátrica del hospital general son:

- El tratamiento de los pacientes ingresados
- La psiquiatría y psicología de enlace del hospital
- El apoyo a la urgencia hospitalaria

El ingreso puede ser considerado desde el punto de vista asistencial: programado (unidad de salud mental) o urgente; y desde el punto de vista jurídico: voluntario o involuntario. Todos los pacientes saldrán del hospital con un informe de alta en el que constará claramente la fecha de seguimiento en su CSM u otro dispositivo asistencial que se considere adecuado.

Debe existir una coordinación de la UHB con el resto de recursos de Salud Mental del Área, constituyendo con ellos el circuito asistencial de Salud Mental de su Área de referencia, estableciéndose las conexiones funcionales necesarias con los dispositivos asistenciales ambulatorios del Área, así como con los dispositivos de rehabilitación.

El equipo humano está formado por personal de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, auxiliar de enfermería.

Prestaciones: Acogida, valoración, diagnóstico psiquiátrico, tratamiento, alta con derivación a su CSM o ingreso si procede en la unidad de hospitalización psiquiátrica. Se garantizará la atención en la situación de crisis desde un punto de vista ético y de respeto a la dignidad del paciente (traslado involuntario, contención mecánica, etc.). En caso de ingreso se procederá a la evaluación clínica psiquiátrica, psicológica, enfermera y social. Desde la UHB también se realizan actividades de prevención y promoción de la salud mental, tratamiento (psicofarmacológico, psicoterapéutico), rehabilitación, interconsulta hospitalaria, colaboración con las restantes especialidades del hospital, formación e investigación.



Análisis y proyección:

La atención hospitalaria a la urgencia psiquiátrica está incorporada dentro de los servicios de urgencia de los hospitales de la red asistencial de la Región. Las áreas IV y V carecen de servicio de atención en puerta de urgencias en su área. En este momento se ha considerado prioritario reforzar los equipos de SM, con apoyo domiciliario, de esta manera se llega a más personas y se reduce la necesidad de visitas a urgencias y hospitalización. En horario de tarde y noche los pacientes que presentan una urgencia psiquiátrica, entendida como tal, deben ser trasladados. Esta casuística no es elevada, pero provoca dificultad y desazón, tanto en los pacientes como en las familias, por lo que consideramos que no hay que descartar en el futuro la existencia de guardia localizada de especialista de psiquiatría.

Persiste todavía, en contra de las recomendaciones del Informe Ministerial para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica de 1985 y más definitivamente el artículo 20 de la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad, una UHB, que prestan este servicio a la población de las Áreas IV y V, dentro del Hospital Psiquiátrico Román Alberca. La población del Área IX es ingresada en la UHB del Hospital Morales Meseguer, junto con parte de la del Área VI (la residente fuera del Área metropolitana de Murcia). La población del Área VI residente en la ciudad de Murcia, aunque atendida en el CSM Morales Meseguer (ubicado en el interior del hospital del mismo nombre), realiza sus ingresos en la UHB del hospital Reina Sofía.

La solución a la contradicción con la Ley General de Sanidad requiere considerar la posibilidad de apertura de una UHB en el Hospital del Área IX, la cual podría ser también utilizada por los habitantes del Área V (suponiendo además una mejora en la accesibilidad). El ingreso psiquiátrico de la población del Área IV podría tener lugar en la UHB del Hospital Morales Meseguer con el correspondiente incremento en el número de camas. Ello sería posible trasladando la actual UHB a la 8ª planta, con la adecuación necesaria, e integrándose en ella la Unidad de TEC Regional del HPRA que, por su naturaleza, creemos más adecuada en un Hospital General. Señalar que la estructura actual de la UHB del HMM es claramente inadecuada para sus funciones.

La apertura de la UHB de Cieza y la adecuación de la UHB del Hospital Morales Meseguer, permitiría la reordenación coherente respecto a las UHB de las Áreas VI, VII y IX.

Por otro lado, existen diferencias entre las UH que deben tratar de pulirse y recomendaciones que se hacen necesarias para mejorar la calidad de la asistencia prestada. Por un lado, es más que aconsejable que todas ellas cuenten con psicología clínica, no solo para el diagnóstico diferencial, psicometría, sino para las intervenciones breves que pueden llevar a cabo tanto sobre el paciente como sobre la familias. Por otro lado, es recomendable la progresiva inclusión de terapia ocupacional en las UH Breve.



Tabla 111: Ratio de camas de UHB por 100.000 habitantes

UHB	Pobl. atendida	Nº Camas	Camas/10 ⁵ hab.
HPRA	130.438	20	15,33
Arrixaca	258.537	14	5,41
Sta. Lucía	387.659	34	8,77
Rafael Méndez	173.232	14	8,08
Morales Meseguer	221.824	16	7,21
Reina Sofía	291.283	24	8,23

- d. **Unidad Hospitalaria de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTA).** Recurso de ámbito regional enfocado al tratamiento en régimen hospitalario de los Trastornos de la conducta alimentaria. En ella se interviene de forma individual y grupal, tanto con los pacientes como con sus familiares para que aprendan a convivir y tratar en el ámbito doméstico estos trastornos.

Requiere la coordinación con otras especialidades sanitarias (internistas, endocrinas, ginecológicas y dietistas) y entidades. Se coordinará también de forma estrecha con los dispositivos asistenciales ambulatorios, derivadores y receptores de las personas atendidas en esta Unidad, así como con otros recursos relacionados.

El equipo humano está formado por personal de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, auxiliar de enfermería.

Prestaciones: Acogida, valoración, diagnóstico (evaluación clínica psiquiátrica, psicológica y social), tratamiento (biológico, psicofarmacológico, psicoterapéutico), rehabilitación, abordaje nutricional.

- e. **Hospital de Día de Adultos (HDA).** Es un dispositivo asistencial de ámbito regional, de tratamiento intensivo de TMG en régimen de día, sin pernoctación. Ofrece tratamiento psicoterapéutico intensivo durante alrededor de 8 meses (flexible en función de la evolución del proceso) en un programa multidisciplinario de mayor intensidad que el que puede aplicarse en los CSM, sin perder los estímulos de convivencia de la vida cotidiana y manteniéndose el vínculo con el equipo terapéutico del CSM. Se estructura en torno a dos programas específicos definidos por el perfil clínico de los pacientes: un programa específico para Trastornos de Personalidad y un programa específico de Trastornos Psicóticos.

El equipo está formado por personal de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, así como auxiliares y terapeutas.

Prestaciones: Evaluación y diagnóstico, tratamiento farmacológico, psicoterapia individual reglada, psicoterapia grupal, cuidados de enfermería, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, terapia ocupacional, programa de atención familiar.



Análisis y proyección:

Este recurso, único a nivel regional, carece de la dotación de recursos (personales y estructurales) que se precisarían para atender toda la posible demanda a la que va dirigido. Así mismo, también plantea problemas de accesibilidad para los usuarios que viven en las poblaciones más alejadas. Creemos que, como mínimo, tendría que crearse un recurso de este tipo para atender a la población concentrada en los otros dos grandes grupos de población (Áreas II y III).

- f. **Unidad Regional de Media Estancia (URME).** Es un dispositivo hospitalario de ámbito regional destinado a pacientes con TMG que se mantienen descompensadas psicopatológicamente tras un tratamiento habitual implantado en los Equipos de Salud Mental y las UHB. Proporciona un abordaje terapéutico más prolongado, para tratar alteraciones psicopatológicas refractarias, proporcionar estrategias terapéuticas rehabilitadoras y acompañar a la persona en la búsqueda y consecución de su proyecto vital.

Es una unidad estructuralmente abierta y funcionalmente semiabierta, diseñada para cumplir funciones integradas de tratamiento y contención en un medio hospitalario, compartiendo características de los recursos rehabilitadores extrahospitalarios.

El equipo multidisciplinar lo compone personal de psiquiatría, de psicología clínica, de trabajo social, de enfermería, de terapia ocupacional y auxiliar de enfermería.

Prestaciones: Valoración, acogida, psicodiagnóstico, tratamiento farmacológico, psicoterapia individual y grupal, intervención familiar, educación para la salud y prevención de recaídas, evaluación y cuidados de enfermería, evaluación e intervención por trabajo social, valoración e intervención por terapia ocupacional.

Dependiente de la URME están los **Pisos Terapéuticos (PT)**, recursos de ámbito regional. Es una estructura orientada a la recuperación de personas con TMG, que, ofreciendo un alojamiento temporal, facilita la evolución hacia una vida lo más autónoma e independiente posible. El objetivo de los pisos terapéuticos es acompañar a las personas en su proceso de recuperación, en el que se ponderan las competencias y habilidades en la búsqueda de una vida con mayor satisfacción personal a pesar incluso de las limitaciones que pudieran derivarse de la persistencia de ciertos síntomas. El tiempo estimado de estancia se adaptará a las necesidades de las personas.

Los usuarios reciben el apoyo de un equipo multidisciplinar compuesto por psiquiatría, enfermería especialista en salud mental, psicología clínica, trabajo social, terapia ocupacional.

Prestaciones: Valoración e intervención de enfermería, terapia ocupacional y trabajo social, evaluación psiquiátrica y psicológica, tratamiento psicofarmacológico,



tratamiento psicológico individual y grupal, acompañamiento, coordinación con recursos de salud mental, recursos sociales y laborales.

Análisis y proyección:

Actualmente se estudia la reorganización de la URME en dos servicios diferentes:

- Unidad de Media Estancia (UME), para pacientes que requieren ingresos hospitalarios más prolongados (entre 3 y 6 meses) de los habituales en una UHB.
- Unidad de Recuperación Hospitalaria, con estancias entre los 6-9 meses, orientada hacia la recuperación de los pacientes y un funcionamiento abierto.

Dentro del proceso de sectorización de los recursos, la apertura de una UME en el Área II-VIII ayudaría a subsanar el actual déficit de plazas solicitadas para este recurso (actualmente el SMS tiene concertadas plazas en UME privadas).

- g. **Unidad de Terapia Electro Convulsiva (TEC).** Recurso de ámbito regional ubicado en el Hospital Psiquiátrico, que realiza esta terapia en régimen agudo y de mantenimiento (ingresados y ambulatorios), dando este servicio a usuarios de las Áreas II,III, IV, V y VI. Los pacientes ingresados en las UHB de los Hospitales Generales Universitarios “Reina Sofía” y “Virgen de la Arrixaca” reciben esta alternativa terapéutica en sus respectivos centros hospitalarios. La permanencia de esta unidad en un Hospital Psiquiátrico monográfico (carente de servicios médicos de apoyo) constituye, en base a la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad, una incongruencia, siendo conveniente su traslado a un Hospital General.
- h. **Clínica san Felipe del Mediterráneo.** Recurso concertado (50 camas) de ámbito regional de media estancia. Estructuralmente cerrada, ubicada fuera de núcleo urbano, en las proximidades de Sangonera la Verde.
- i. **Recursos concertados/subvencionados para la Inserción Laboral**
Centro de Rehabilitación Laboral. Son recursos destinados a personas con enfermedad mental y/o drogodependencia para ayudarles a recuperar o adquirir los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral.
Ofrecen un abanico variado de actividades y programas tanto individuales como grupales: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, ajuste socio-laboral, talleres prelaborales, apoyo a la formación laboral y búsqueda activa de empleo.
- j. **Programa Euroempleo.** Es un programa financiado por el Fondo Social Europeo, a través del Programa Operativo 2014-2020, destinado a personas con enfermedad mental y/o



drogodependencia, cuyo objetivo es la incorporación laboral y el mantenimiento en el puesto de trabajo.

Ofrece ayudas económicas a la contratación de aquellas personas que se considera en el equipo del Centro de Salud Mental que reúnen un perfil adecuado para incorporarse a un itinerario individualizado que contempla el empleo, como un medio que mejora su proceso de recuperación.

Dispone de profesionales propios (Insertores) que, en colaboración con los profesionales de los equipos de salud mental, elaboran los itinerarios, buscan empleos adecuados a los perfiles de los candidatos trabajadores y prestan apoyo y seguimiento en el puesto de trabajo.

PROGRAMA INFANTO-JUVENIL cubre a la población menor de 16 años, que reside en el Área de salud correspondiente. Sus dispositivos son:

- a. **Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ).** Es la unidad o servicio sanitario en el que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento de las personas menores de 16 años. Ofrecerá un abordaje psicoterapéutico integral, teniendo como eje al paciente y la familia, utilizando terapia psicofarmacológica y técnicas psicoterapéuticas, individuales y grupales, intervención de enfermería e intervención socio-familiar, basadas en la evidencia científica. Entre las actuaciones a nivel asistencial, destacan:
 - Atención ambulatoria
 - Hospitalización
 - Atención Asistencial en Hospital de Día

Desarrolla además actuaciones preventivas y de coordinación con los Centros de Salud Mental de Adultos, con los Equipos de AP, de Educación, de Justicia, de Servicios Sociales y Asociaciones ONG, para garantizar la correspondiente continuidad de cuidados.

El equipo multidisciplinar está compuesto por psiquiatras, psicólogas/os clínicos, enfermeras/os especialistas de salud mental, personal administrativo y trabajadores sociales.

Prestaciones: Promoción de la salud, prevención, valoración multidisciplinar, diagnóstico, tratamiento psicofarmacológico, tratamiento psicoterapéutico con el menor, orientación y psicoeducación a padres, interconsulta con otras especialidades, coordinación con otros recursos asistenciales y no asistenciales

Análisis y proyección:

Este dispositivo no está todavía completamente sectorizado por Áreas. Así, en la USM-IJ de San Andrés, se atiende a parte de la población infantojuvenil de las Áreas I (menos la



de la ZBS de Mula), VI (menos la atendida en el CSM de Molina de Segura) y VII. Es necesario, a corto/medio plazo, la integración del Programa ambulatorio IJ en todos los CSM de las Áreas VI (CSM Santiago-Zaraiche) y VII (CSM Murcia-Este, en espacio que actualmente ocupa el CAD) y CSM El Palmar.

- b. **Hospital de Día Infanto-Juvenil (HD-IJ).** Es el centro sanitario ambulatorio para el tratamiento de menores de 16 años con TMG que necesiten de una atención más intensiva. La vía de entrada es a través de la USM-IJ. El equipo multidisciplinar está compuesto por psiquiatras, psicólogas/os clínicos, enfermeras/os especialistas de salud mental, auxiliar de enfermería, personal administrativo, trabajador social y terapeuta ocupacional.

Análisis y proyección:

Es un recurso de ámbito regional, siendo difícil su uso equitativo por todos los posibles usuarios de la CARM. Problemas de accesibilidad, condicionados por la distancia geográfica, mantienen esta desigualdad. A este problema, habría que añadir la dotación en personal de este recurso, el cual se vería rápidamente desbordado ante una demanda más ajustada a las necesidades reales en la CARM. Sería por consiguiente prioritario el considerar, al menos, la apertura de un Hospital de Día-IJ en las Áreas II y III que son los otros dos grandes núcleos poblacionales de la Región y mejorar la dotación de RRHH en el HD IJ San Andrés.

Los programas de Hospital de día IJ de las áreas II y III se pueden apoyar en las Unidades de Rehabilitación, tanto a nivel estructural como de recursos humanos. Pero en el caso del área III, a pesar de presentar ratios similares en el Programa de atención en Unidad IJ, presenta diferencia en las ratios de personal en la Unidad de Rehabilitación que es imprescindible subsanar para poder apoyar el nuevo programa de Hospital de día- IJ.

Es recomendable la incorporación de un profesional de educación, maestro especialista en pedagogía terapéutica, en el equipo terapéutico de cada uno de los HD IJ, pero no lo hemos podido considerar prioritario.

- c. **Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHB-IJ).** Recurso sanitario de ámbito regional específico para la población infanto-juvenil (menor de 16 años) de la Región de Murcia, afectada por trastornos mentales agudos en los que la atención hospitalaria proporcione claras ventajas al paciente. En ella se realizarán actividades diagnósticas y terapéuticas buscando la rápida estabilización de aquellos pacientes que, por sus características, precisen hospitalización y atención continuada las 24 horas del día. Las funciones básicas de la unidad psiquiátrica I-J son:
- El tratamiento de los pacientes ingresados
 - Coordinación con los profesionales de los USMIJ
 - Interconsulta con los servicios de pediatría y resto de especialidades
 - Funciones docentes y de investigación



Se considera fundamental la comunicación fluida entre el equipo del USM-IJ y el equipo terapéutico de la unidad hospitalaria antes, durante el ingreso y al alta hospitalaria. Todos los pacientes saldrán del hospital con un informe de alta en el que constará claramente la fecha de seguimiento en su USM-IJ u otro dispositivo asistencial que se considere adecuado. Se hará partícipe del proceso terapéutico al paciente, de acuerdo a su edad, y a la familia.

El equipo humano está formado por personal de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermería.

Prestaciones: Acogida, valoración diagnóstica (evaluación clínica psiquiátrica, psicológica, enfermera y social), tratamiento psicofarmacológico, psicoterapéutico y social, promoción y prevención, interconsulta hospitalaria, colaboración con las restantes especialidades del hospital. Formación e investigación.

Análisis y proyección:

Pendiente de apertura, su necesidad en la Región es urgente. Actualmente la población infantil que precisa de este servicio está siendo ingresada en UHB-IJ de otras comunidades autónomas, o en UHB de adultos.

PROGRAMA DE ADICCIONES va dirigido a la población mayor de 16 años con problemas de abuso y dependencia de alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, opiáceos, benzodiazepinas y otras drogas ilegales, así como las ludopatías y otras adicciones comportamentales.

El programa de adicciones, cuenta con los siguientes subprogramas terapéuticos:

- Atención a la dependencia de alcohol
- Atención a la dependencia de opiáceos
- Atención a la dependencia de cocaína y estimulantes
- Atención a la dependencia de tabaco
- Atención a la dependencia de benzodiazepinas
- Atención a las ludopatías

Los dispositivos para el tratamiento son:

D. Centro/unidad de Conductas de Adictivas (UCA). Recurso asistencial ambulatorio en el que se presta una atención integral a las personas con problemas de adicciones, Se ofrecerá un abordaje psicoterapéutico integral, teniendo como eje al paciente y su familia, utilizando terapia psicofarmacológica y técnicas psicoterapéuticas, individuales y grupales, intervención de enfermería e intervención social, basadas en la evidencia científica.

El equipo multidisciplinar está compuesto por psiquiatras, psicólogos/os clínicos, enfermeras/os especialistas de salud mental, personal administrativo, trabajador social.



Prestaciones: Acogida, valoración, diagnóstico, tratamiento psicoterapéutico individual y grupal, tratamiento psicofarmacológico, desintoxicación, rehabilitación, interconsulta con otras especialidades, coordinación con otros recursos asistenciales y comunitarios del Área, prevención de las conductas adictivas, sensibilización y promoción de la salud de personas consumidoras de sustancias.

Análisis y proyección:

Se trata de otro ejemplo de dispositivo no sectorizado por Áreas. El Área VII dispone de un Centro de Atención a las Drogodependencias que ofrece este servicio a la población de las Áreas VI, VII y I (salvo la ZBS de Mula). La organización coherente con una mayor sectorización de los recursos aconseja la integración del Programa de Adicciones en todos los CSM de las Áreas I y VI.

- E. Unidad de Tratamiento con Opiáceos (UTO).** Recurso asistencial ambulatorio dependiente de las UCA en el que se presta atención a las personas con dependencia de opiáceos, mediante programa de mantenimiento con metadona y otros opiáceos sintéticos.

El equipo multidisciplinar está compuesto por psiquiatras, enfermeras/os especialistas de salud mental, personal auxiliar de enfermería.

Prestaciones: tratamiento psicofarmacológico, desintoxicación y deshabituación.

- F. Unidad Móvil de Drogodependencias (UMD).** Es el recurso asistencial enmarcado dentro de la denominada filosofía de reducción del daño, entendida como el conjunto de acciones destinadas a reducir o limitar los daños ocasionados a la salud y la vida de las personas que consumen drogas y los efectos socio-sanitarios y económicos indeseables relacionados con su uso, así como la puesta en contacto del usuario con la red asistencial normalizada.

En la Unidad Móvil se desarrolla el programa de mantenimiento con metadona y otros opiáceos sintéticos, y el programa de intercambio de jeringuillas y distribución de preservativos.

El equipo humano está compuesto por médicos de drogodependencias, enfermeras/os especialistas de salud mental.

Prestaciones: tratamiento psicofarmacológico, desintoxicación y deshabituación.

- G. Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).** Se trata de un dispositivo regional destinado a la realización de desintoxicaciones, de personas con problemas de adicción a distintas sustancias en que no sea posible, debido a las características biopsicosociales y familiares del paciente, esta actuación a nivel ambulatorio o domiciliario. Los pacientes son derivados desde las UCA o CSM para su ingreso programado. Durante el mismo se



procederá a la desintoxicación, así como al diagnóstico y tratamiento de posibles enfermedades orgánicas y psiquiátricas asociadas.

La unidad mantendrá una coordinación con el resto de recursos de tratamiento de las adicciones y los pacientes saldrán con un informe de alta en el que constará claramente la fecha de seguimiento en su CSM, CAD u otro dispositivo asistencial que se considere adecuado.

El equipo humano está formado por personal de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, auxiliar de enfermería.

Prestaciones: Acogida, valoración, diagnóstico (evaluación clínica psiquiátrica, psicológica, enfermera y social), tratamiento de desintoxicación (psicofarmacológico y psicoterapéutico) y tratamiento de enfermedades orgánicas y psiquiátricas asociadas.

H. Recursos concertados/subvencionados para tratamientos de Adicciones. El programa asistencial de adicciones se complementa con otros recursos como Centros de Encuentro y Acogida, Centros de Día, Comunidades Terapéuticas y Centros de Inserción Laboral, gestionados por diferentes entidades públicas y privadas (Diagrama Fundación Psicosocial, Proyecto Hombre, La Huertecica, Betania, Las Flotas, El Buen Camino, Temehi, ISOL, Fundación Entorno Slow, AREMUPD, ASMUJER y Cruz Roja Española).

- **Comunidad Terapéutica.** Son dispositivos de tratamiento en régimen de internamiento, cuyo objetivo principal es facilitar a las personas con conductas adictivas su rehabilitación bio-psicosocial e inserción sociolaboral. Los destinatarios son personas con problemática de adicción, mayores de 18 años, con dificultades de autocontrol en régimen abierto y/o ausencia de ambiente socio-familiar estable.
- **Centro de Día (CD).** Son dispositivos en los que se realizan intervenciones formativas, ocupacionales y terapéuticas, en régimen ambulatorio, encaminadas a favorecer la incorporación social y laboral de personas con problemas de adicciones en proceso de rehabilitación, así como de la atención y apoyo a sus familias.



Tabla 112: Plazas disponibles en recursos concertados/subvencionados para Adicciones

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS	Nº de plazas
Betania	20
El Buen Camino	20
La Huertecica	20
Las Flotas	20
Proyecto Hombre	20
Neurocultura Salud	20
Temehi	10
CENTROS DE DIA	
C.D. La Huertecica	20
C.D. Heliotropos	30

- **Centro de Encuentro y acogida.** Son espacios de descanso, encuentro y cuidados mínimos, asociables a los programas sociosanitarios. Atienden a las carencias inmediatas: limpieza de la ropa, ducha, comida y bebida caliente, descanso, etc. Ofrecen información sanitaria, orientación de recursos sociales, asesoría jurídica o laboral, cura de afecciones menores o derivación sanitaria, y suministran preservativos e intercambian jeringuillas. Están dirigidos a personas con problemas derivados del abuso de drogas y en grave situación de exclusión social, que tienen deteriorada o en grave peligro su salud, con difícil acceso a las redes socio-sanitarias, que no acuden de manera regular a los centros de tratamiento de adicciones, y que carecen de apoyo socio-familiar.
- I. **Recursos concertados/subvencionados para la inserción Laboral** (Compartidos con el Programa de Adultos).
- **Centro de Rehabilitación Laboral.**
- J. **Programa Euroempleo** (Compartido con el Programa de Adultos).



ANEXO II: CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SNS (SM)





CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SNS (SM)

La cartera de servicios en SM viene definida en el BOE, en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que incluye la correspondiente a AP y a SM como se recoge a continuación:

AP: en coordinación con los servicios de atención especializada.

- Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
- Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de AP.
- Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
- Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.
- Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con TMG y prolongado.

Atención Especializada:

- Atención a la salud mental, comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electro-convulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial incluye:
- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatía.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en



hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.



ANEXO III: FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES EN SM





FUNCIONES DE LOS RESPONSABLES EN SM

FUNCIONES DEL JEFE DE ÁREA

Las funciones y atribuciones del Jefe de Área tienen como finalidad el facilitar, organizar y liderar las actividades asistenciales, de coordinación entre recursos del Área y con otras entidades y las labores docentes, de formación e investigadoras que se realizan en el Área.

Son las personas responsables de:

- a) Dirigir las actividades asistenciales del Área de salud con el objetivo de conseguir los mejores niveles de calidad, eficiencia y seguridad que garanticen la prestación de una atención integral e integrada en la red de salud mental. Con este fin detallará los procesos básicos de la asistencia en Salud Mental en el Área, sistematizando los procedimientos o protocolos habituales.
- b) Impulsar la innovación, mejora continua y evaluación de calidad, manteniendo un sistema de documentación clínica, información y control de calidad asistencial, registros de actividad y procedimientos administrativos de apoyo.
- c) Anualmente elaborará la memoria de la actividad clínica, docente e investigadora que se haya llevado a cabo en el Área. La memoria incluirá, como mínimo:
 - evaluación de los resultados asistenciales conseguidos
 - acciones de mejora futuras y evaluación de las anteriores
 - propuesta de indicadores y evaluación de los anteriores
 - consideraciones específicas y propuestas
- d) Formular o recibir propuestas, por parte de sus superiores y/o compañeros de su equipo, sobre actividades asistenciales, docentes o investigadoras y administrarlas una vez aprobadas.
- e) Establecer y pactar con los profesionales los objetivos de cada ejercicio. Todo ello bajo la dependencia inmediata del Director Gerente del Área de Salud y en consonancia con las directrices del SMS y la Consejería de Salud.
- f) Procurar la solución de conflictos y liderar los equipos del área, buscando la mejora continua de la calidad asistencial y el bienestar profesional, creando espacios de trabajo y coordinación adecuados entre todos los recursos del área.
- g) Coordinar las actividades propias de su ámbito con las de otras unidades orgánicas, dispositivos, centros, servicios o departamentos.
- h) Gestionar el Área como unidad homogénea, cuyo centro es el paciente. Todos los recursos deben ser administrados con criterios que permitan su utilización óptima, en beneficio del paciente y velando de forma permanente por los derechos del mismo.
- i) Desarrollar actividades asistenciales propias de su titulación.



- j) Fomentar la participación en sociedades científicas de los miembros de su equipo y suya propia, así como en los foros, reuniones y discusiones locales y regionales.
- k) Promover activamente la participación en la gestión y diseño de actuaciones de los usuarios y familiares, así como de otras entidades locales.
- l) Informar y asesorar de forma permanente a su superior inmediato (Director Gerente del Área de Salud).
- m) Participar activamente en los órganos de dirección o participación en los que sea incorporado en razón de su cargo. Asumir todas aquellas funciones que le sean encomendadas por el Director Gerente del Área de Salud.

FUNCIONES DEL JEFE DE UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

El jefe de servicio/sección de la unidad de hospitalización es la persona responsable de:

- a) Coordinar las actividades profesionales de los miembros de su equipo y de la gestión de los recursos disponibles, revisar la asignación de responsabilidades y ajustar la actuación a protocolos clínicos consensuados y a las mejores prácticas, velando por los derechos de los pacientes.
- b) Participar activamente en la coordinación de SM del área. Las relaciones entre el jefe de servicio y el jefe de área deben ser fluidas, permanentes y bidireccionales, de tal forma que la información esté en posesión de ambos niveles en tiempo real.
- c) Planificar todos los aspectos relacionados con la gestión de recursos humanos, tales como vacaciones reglamentarias, permisos personales y profesionales.
- d) Diseñar, programar y participar en las labores asistenciales del servicio.
- e) Estar en disposición de atender cualquier necesidad asistencial que le sea solicitada por el resto de los miembros del servicio.
- f) Procurar la solución de conflictos y liderar el equipo, buscando la mejora continua de la calidad asistencial y el bienestar profesional.
- g) Contribuir al establecimiento de contactos con otros servicios y organizar la interconsulta y salud mental de enlace, así como la atención del servicio de urgencias en el centro hospitalario.
- h) Cumplir y hacer cumplir el programa de formación de pregrado y de formación posgrado de las especialidades para las que participa la unidad.
- i) Colaborar en la puesta en marcha de actividades docentes y de formación continuada del servicio, del hospital, del área de Salud y de la Unidad Docente de SM, bien directamente o en colaboración.
- j) Proponer líneas de trabajo e investigación con la participación de todos los miembros del servicio. Promover la formación de grupos de trabajo que permitan progresar en la adquisición de conocimientos y responsabilizarse de



- su aplicabilidad a la práctica clínica diaria. Liderar y favorecer el desarrollo de proyectos de investigación.
- k) Gestionar el servicio como unidad homogénea, cuyo centro es el paciente. Todos los recursos deben ser administrados con criterios que permitan su utilización óptima, en beneficio del paciente.
 - l) Mantener actualizados todos los sistemas que permitan evaluar de forma continua los indicadores de actividad y calidad del servicio e introducir las medidas correctoras precisas si se perciben desviaciones.
 - m) Formar parte de los órganos de participación hospitalaria, según se determine por el jefe de área y gerencia del área.
 - n) Establecer y pactar con los profesionales los objetivos de cada ejercicio, así como los objetivos marcados en su proyecto de unidad Hospitalaria. Todo ello bajo la dependencia inmediata del Jefe de área y del director gerente del área de salud y en consonancia con las directrices del SMS y la Consejería de Salud. Los objetivos deben ser planteados desde la perspectiva de la mejora continua en el trabajo, siendo imprescindible la participación de todos los miembros de la unidad.
 - o) Fomentar la participación en sociedades científicas de los miembros de su equipo y suya propia, así como en los foros, reuniones y discusiones locales y regionales.
 - p) Favorecer el contacto y colaboración con las asociaciones de usuarios y de familiares.
 - q) Analizar los resultados: al finalizar el año realizará la Memoria Anual sobre la actividad científico-asistencial del Servicio. Los indicadores de actividad y calidad, previamente establecidos, serán la fuente de información que permitan conocer el resultado de los objetivos pactados. Asimismo serán la base para el planteamiento y discusión de los planes de actuación para el año siguiente y los acuerdos de gestión.
 - r) Participar activamente en los órganos de dirección o participación en los que sea incorporado en razón de su cargo. Asumir todas aquellas funciones que le sean encomendadas por el Jefe de Área.

FUNCIONES DEL COORDINADOR DE CENTRO

El coordinador del centro es la persona responsable de:

- a) Sustituir al jefe de área en sus funciones, por ausencia o delegación de aquél, o a requerimiento de la gerencia del área.
- b) Participar activamente en la coordinación de SM del área. Las relaciones entre el coordinador y el jefe de Área deben ser fluidas, permanentes y bidireccionales, de tal forma que la información esté en posesión de ambos niveles en tiempo real.



- c) Liderar el centro, coordinando las actividades (programación, organización y coordinación) profesionales de sus miembros y la utilización racional y responsable de los recursos de los que se encuentre dotado.
- d) Gestionar el centro como unidad homogénea, cuyo centro es el paciente. Todos los recursos deben ser administrados con criterios que permitan su utilización óptima, en beneficio del paciente, velando por sus derechos de forma permanente.
- e) Procurar la solución de conflictos y liderar el equipo, buscando la mejora continua de la calidad asistencial y el bienestar profesional.
- f) Informar verbalmente y/o por escrito al jefe de área sobre cualquier asunto relevante, a su juicio, relacionado con el mismo.
- g) Participar en las labores asistenciales del centro en todas sus vertientes, con las limitaciones que se determinen junto con el jefe de área.
- h) Colaborar y promover las actividades docentes, de formación continuada del centro e investigación.
- i) Asegurar, junto con el responsable de área, la adecuada relación y coordinación del centro con otros servicios e instituciones del territorio asignado.
- j) Informar al equipo de salud mental de todas aquellas actividades en las que ejerce la representación del mismo.
- k) Planificar el centro elaborando normas de funcionamiento en las distintas actividades. Concretar el cometido específico para cada puesto de trabajo y las obligaciones que presenta asignando las responsabilidades a cada miembro de la unidad, de acuerdo con el jefe de área.
- l) Gestionar las listas de espera.
- m) Definir los procesos terapéuticos y de trabajo que integran el funcionamiento del centro.
- n) Definir los indicadores que faciliten la evaluación y llevar a cabo la evaluación y memoria anual de resultados.
- o) Planificar la atención continuada, de acuerdo a la normativa y siempre reflejado por escrito: vacaciones, formación, salientes de guardia, etc.
- p) Garantizar que los programas de actividades del equipo se desarrollen ateniéndose a los planes generales establecidos por el SMS y la Consejería de Salud.
- q) Fomentar la participación en sociedades científicas de los miembros de su equipo y suya propia, así como en los foros, reuniones y discusiones locales y regionales.
- r) Favorecer el contacto y colaboración con las asociaciones de usuarios y de familiares.
- s) Formar parte de los órganos de dirección o participación en los que sea incorporado en razón de su cargo. Asumir todas aquellas funciones que le sean encomendadas por el Jefe de Área.



FUNCIONES DEL RESPONSABLE DE PROGRAMA

Los responsables de programa dependen jerárquicamente del coordinador de centro para el funcionamiento y organización de la asistencia, y del Jefe de Programa de SM para la planificación del programa al que esté vinculado.

Mantendrá la asistencia y se determinará junto con el coordinador del centro, tras propuesta al jefe de área, el tiempo requerido para sus funciones, en general se establecen en dos jornadas mensuales.

No obstante, se le facilitará por parte del coordinador del centro y del jefe de área las necesidades que sean requeridas para el mejor funcionamiento del programa, sin que ello repercuta negativamente en su labor asistencial.

Igualmente tendrá preferencia a la hora de realizar cursos de formación o asistencia a jornadas específicas de temas relacionados con el programa del que es responsable. Se propone a la DGRRHH su inclusión para el baremo de méritos en la carrera profesional.

Es la persona responsable de:

- a) Garantizar la programación, organización y coordinación de las actividades del equipo del programa que coordina, mediante la participación de sus miembros y la adecuada utilización de los recursos humanos y materiales que estén dentro del ámbito del programa.
- b) Asegurar, junto con el coordinador de centro y responsable de área, la adecuada relación y coordinación del centro con otros servicios e instituciones del territorio asignado.
- c) Garantizar el proceso de evaluación periódica de las actividades realizadas en su programa.
- d) Garantizar que los programas de actividades del equipo se desarrollen ateniéndose a los planes generales establecidos por el SMS y la Consejería de Sanidad.
- e) Facilitar y promover las actividades de formación e investigación que se programen.
- f) Informar al equipo de salud mental de todas aquellas actividades en las que ejerce la representación del mismo.

FUNCIONES DEL COORDINADOR DE ENFERMERIA DE CENTRO

Además de las funciones asistenciales propias de la categoría profesional, el Coordinador de Enfermería, tiene asignadas la gestión de los cuidados, recursos humanos, recursos materiales y formación e investigación del personal a su cargo (enfermería, terapia ocupacional, técnico auxiliar de cuidados) siguiendo las directrices del Coordinador de Centro. Será responsable de:

- a) Dirigir y coordinar la actividad asistencial de los profesionales a su cargo en Centro para conseguir los máximos niveles de efectividad, calidad, eficiencia y seguridad en la prestación de cuidados.



- b) Impulsar la innovación, mejora continua y evaluación de la efectividad, calidad y eficiencia de los cuidados prestados en el Centro.
- c) Impulsar la gestión de los cuidados en el ámbito comunitario, especialmente la atención domiciliaria, proporcionando una atención personalizada e incorporando las actividades de promoción y prevención.
- d) Garantizar junto al Coordinador de Centro la continuidad asistencial, fomentando la coordinación con los demás recursos del área.
- e) Colaborar en el establecimiento de los pactos de objetivos en cada ejercicio con el Coordinador de Centro.
- f) Colaborar en la gestión de recursos humanos del personal a su cargo del Centro y en la adecuación de los mismos en relación a las necesidades asistenciales.
- g) Procurar la solución de conflictos y liderar el equipo, buscando la mejora continua de la calidad asistencial y el bienestar profesional.
- h) Colaborar en la elaboración de indicadores que faciliten la evaluación y llevar a cabo la evaluación y memoria anual de resultados.
- i) Gestionar y evaluar los recursos materiales del Centro, asesorando y formando en la utilización de los mismos de forma eficaz, eficiente y segura para los usuarios y los profesionales.
- j) Formular o recibir propuestas, por parte de sus superiores y/o compañeros de su equipo, sobre actividades asistenciales, docentes o investigadoras y administrarlas una vez aprobadas.
- k) Colaborar y promover las actividades docentes, de formación continuada e investigación.
- l) Cumplir y hacer cumplir el programa de formación de pregrado y de formación posgrado de enfermería en el Centro.
- m) Participar en favorecer el contacto y colaboración con las asociaciones de usuarios y de familiares.

FUNCIONES DEL SUPERVISOR DE ENFERMERÍA DE UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Serán aquellas funciones ya determinadas por las Direcciones de Enfermería correspondientes a los Hospitales del área, en consonancia con las directrices del SMS y la Consejería de Salud en materia de salud mental.



ANEXO IV: ASPECTOS LEGISLATIVOS Y NORMATIVOS SOBRE VG





ASPECTOS LEGISLATIVOS Y NORMATIVOS SOBRE VG

En España, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, es la primera ley europea que recoge una respuesta global frente a la violencia hacia las mujeres en el ámbito de las relaciones de pareja y que señala actuaciones específicas en el ámbito sanitario por la importancia de este en la lucha contra este tipo de violencia. En su artículo 15 establece actuaciones de sensibilización y prevención por parte de las Administraciones Sanitarias, con el fin de optimizar la detección precoz y la asistencia integral. El artículo 32 promueve protocolos de actuación que detallen procedimientos que aseguren una actuación global e integral de las distintas administraciones y servicios implicados. La Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del SNS elaboró en 2007 el primer Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género como herramienta fundamental para el personal sanitario (actualizado en el año 2012, versión vigente en la actualidad).¹⁴⁷

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del SNS, incluye el diagnóstico y la atención a la violencia de género, tanto en el ámbito de la asistencia primaria como en el de la especializada.

Por su parte, en la Región de Murcia, la Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género dispone la necesidad de establecer convenios y protocolos de actuación con las entidades intervinientes en la atención a la violencia de género.

El Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, firmado en Estambul el 11 de mayo de 2011 (en adelante Convenio de Estambul) y que España ratifica el 18 de marzo de 2014 (BOE de 6 de junio)¹⁴⁸ insta a los estados a considerar todas las manifestaciones de violencia ejercidas sobre las mujeres por el hecho de serlo incluyendo, además de la violencia en la pareja o expareja, la violencia sexual, violencia en el ámbito laboral, la trata de mujeres y niñas, explotación sexual, violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, matrimonio a edad temprana, matrimonio concertado o forzado, mutilación genital femenina, feminicidio, y otras formas de violencia que pueda lesionar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres. El término “mujer” incluye a las niñas menores de 18 años.

¹⁴⁷ Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género (2012) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

<https://www.google.es/search?q=protocolo+com%C3%BAn+para+la+actuaci%C3%B3n+sanitaria+ante+la+violencia+de+g%C3%A9nero&oq=protocolo+c&aqs=chrome.3.69i57j0j69i60j69i59j35i39j0.5309j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

¹⁴⁸ BOE de 6 de junio de 2014. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5947



Cumpliendo con el Convenio de Estambul la Legislación española define a los hijos e hijas de menores de una mujer que haya sufrido violencia de género como víctimas directas en la Ley 8/2015¹⁴⁹. Y mediante un Pacto de Estado (septiembre 2017) se apuesta por convertir los centros sanitarios en espacios de detección temprana, atención y derivación, implicándolos activamente en los procesos de valoración de los casos de violencia sobre las mujeres promoviendo la revisión de los protocolos existentes. Impulsa la formación de profesionales sanitarios e insta al seguimiento estadístico de todos los tipos de violencia sobre las mujeres como manera de mejorar la lucha contra los mismos.

El Parlamento Europeo, en Resolución del 14 de febrero de 2017, solicita una nueva estrategia sobre salud mental que promueva un enfoque holístico psicosocial, que considere el género como un pilar fundamental, reconociendo que los factores psicosociales sitúan a las mujeres en desventaja y perjudican la salud mental de las mismas.¹⁵⁰

En la Región de Murcia siguiendo el Convenio de Estambul, la Ley 7/2007, de 4 de abril de la Región de Murcia se modifica dando como resultado la Ley 11/2016, de 15 de junio (BORM nº139 de 17 de junio de 2016). El Pacto Regional contra la Violencia de Género 2018-2023 aprobado con el acuerdo de todos los partidos políticos con representación en la Asamblea Regional junto con el Gobierno Regional y la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades del Gobierno para el área de salud propone garantizar una atención sanitaria integral de las mujeres que sufren violencia de género así como a menores a su cargo mediante la elaboración y difusión de una cartera de servicios con recursos que contribuyan a aumentar la autoestima, desarrollo personal, tratamiento psicológico, individual o de grupo y el establecimiento de equipos multidisciplinares que tengan como objetivo la asistencia y prevención de la violencia contra las mujeres¹⁵¹.

¹⁴⁹ Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222

¹⁵⁰ Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017, sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2016/2096(INI))
https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2018.252.01.0099.01.SPA&toc=OJ:C:2018:252:TO

¹⁵¹ Pacto Regional contra la Violencia de Género 2018-2023 (Murcia)
[https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=144926&IDTIPO=60&RASTRO=c2749\\$m51741,50426,60466](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=144926&IDTIPO=60&RASTRO=c2749$m51741,50426,60466)



ANEXO V: COORDINACIÓN AP-SM





COORDINACIÓN AP-SM

MODELOS ACTUALES DE COORDINACIÓN AP-SM

El interés creciente por las relaciones entre AP y SM ha motivado la aparición de diversos modelos de interacción. Todos ellos caracterizados por un aprendizaje y una coordinación bidireccional y una orientación eminentemente práctica y adaptada a las necesidades concretas y reales de los centros o equipos implicados. De forma teórica, ya que en la práctica se incorporan características de varios de ellos, estos modelos pueden agruparse en tres^{152,153}:

- **Modelo de consulta de atención psiquiátrica ambulatoria en la AP.**

Ha sido el más frecuentemente utilizado en el Reino Unido pero en nuestro país ha tenido un escaso desarrollo. Su principal característica es que en él el psiquiatra pasa de manera regular la consulta programada, atendiendo primeras consultas y sucesivas revisiones, tal como lo haría en un CSM, pero en el ámbito de AP. Existiendo proximidad física entre el médico de familia y el psiquiatra, trabajan de manera independiente manteniendo a lo sumo reuniones esporádicas y de carácter informal.

- **Modelo de vinculación de profesional/es de salud mental en los servicios de AP.**

En él los profesionales de SM, generalmente distintos al psiquiatra, establecen vínculos estables y directos (en algunos modelos a través de la “compra de servicios”) con la AP, y pasan a trabajar directamente con ellos con una dependencia funcional y algunos casos administrativa. Las funciones que asumen los profesionales de la salud mental (psicología clínica, enfermería especialista en salud mental, trabajo social) son de asesoría y apoyo en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con alteraciones generalmente de menor gravedad. Este modelo ha sido asumido principalmente por el Reino Unido en aquellos CAP con capacidad de compra de servicios.

En la actualidad, este modelo está siendo objeto de fuertes debates. Entre las críticas que recibe es el hecho de que pueda haber una excesiva adjudicación de recursos a las patologías menos graves, más transitorias y con buenos resultados terapéuticos (y por tanto con una muy buena imagen en términos de coste/beneficio) y que esto vaya en detrimento de la calidad ofertada a la patología más grave y crónica y con menor eficacia en la respuesta a los tratamientos que a su vez requiere de inversiones y recursos sanitarios más complejos y menos rentables en términos económicos.

- **Modelo de consulta y enlace.**

¹⁵² Vázquez-Barquero y cols. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Aula Médica. Ediciones 1998 y 2007.

¹⁵³ Domper Tornil, J. *Salud Mental y Atención Primaria. Manual de gestión Clínica y sanitaria en salud Mental*. 2012. Grupo Saned.



Este tercer modelo enfatiza el desarrollo de lazos estrechos entre los equipos de AP y SM. Ambos equipos mantienen reuniones periódicas en las que se discuten pacientes de especial complejidad y a veces se les ve conjuntamente. Los equipos comunitarios de SM, además de tratar la patología mental derivada desde AP, tendrían que asumir competencias de asesoría de los equipos de AP. Los objetivos implícitos de este modelo serían:

- ✓ Desarrollar las capacidades del médico de AP para identificar y manejar, de manera autónoma, a las personas con problemas psiquiátricos.
- ✓ Reducir el porcentaje de personas con TMC derivados a los servicios especializados de SM.
- ✓ Acrecentar la temprana identificación de personas con TMG por parte del médico general, facilitando su referencia a los servicios de SM especializados y su manejo conjunto a través de modelos de tratamiento compartido.

La buena comunicación entre los servicios de AP y los de SM constituyen un requisito previo para realizar un tratamiento efectivo de las personas con trastornos mentales. Dado que se ha ido produciendo una creciente toma de conciencia sobre el hecho de que la mayoría de las personas con trastorno mental acuden inicialmente a los servicios de AP, y que la mayoría van a ser tratados a este nivel, para poder tratar con efectividad a estos pacientes, es necesario que tengan un fácil acceso a los especialistas en SM. Por lo que es importante saber cómo se van a estructurar la comunicación entre ambos servicios y como conseguir la integración de los servicios de SM con los de primaria y la atención de ambos hacia la comunidad.

Adicionalmente debe existir un marco de relación entre los profesionales de AP y los de SM, especificando cual es el papel de cada uno en la atención a los pacientes.

SITUACIÓN EN MURCIA Y EN OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

El desarrollo del modelo inicial de "*consulta-enlace*" ha sido claramente incompleto en nuestra Comunidad Autónoma. Esta situación no ha ocurrido exclusivamente en nuestra Región, sino que probablemente ha sido general en otras CCAA¹⁵⁴. En general, el modelo que se ha implantado podría ser definido mejor como un "**modelo de derivación**", donde el primer nivel (AP) asume el papel de filtro del segundo (Atención Especializada de SM). Las relaciones entre los diferentes equipos, salvo algunas excepciones, no pasan de contactos verbales (generalmente telefónicos), esporádicas sesiones formativas (con una orientación más teórica que práctica y cuya organización depende de iniciativas personales o promovidas por la empresa farmacéutica y, ocasionalmente, de actividades institucionales) y los informes de derivación y alta preceptivos. Por otro lado, los indicadores sanitarios utilizados están más centrados en la accesibilidad (número de primeras visitas y lista de espera) que en el proceso o en los resultados.

¹⁵⁴ IV Encuentro de Responsables de Autónomos de Salud Mental, Toledo, 26 de marzo de 2004.



Aunque es innegable la implicación de los profesionales de AP en la atención a los problemas de salud mental, también es cierto que esta implicación se realiza en un contexto de demanda creciente de atención, en el que no están claramente definidos los criterios de derivación entre niveles. Por tanto, en muchas ocasiones, esta derivación está mediada por factores como la sensibilización del profesional, su formación y el escaso tiempo disponible para la detección de estos problemas de salud. En general, el papel de los profesionales de AP suele centrarse en la patología llamada “menor” y en la detección y derivación de la patología denominada “mayor”. Sin embargo, el papel de estos profesionales en el manejo y tratamiento de la patología “mayor” está recibiendo una creciente atención.

Tanto en AP como en SM se está produciendo un aumento de la demanda de asistencia por parte de la población. El efecto de esta situación en SM, es la producción de un colapso de los servicios especializados con un progresivo desplazamiento de la atención hacia la patología menos grave y más demandante frente a un cierto descuido de la patología más grave (Ley de cuidados inversos).

En todas las CCAA, las consecuencias de este modelo, en el contexto ya comentado de progresivo aumento de la demanda asistencial, aparición de nuevas patologías, aumento de las poblaciones de riesgo (ancianos, inmigrantes, ...) junto con una inadecuada dotación y gestión de los recursos disponibles, se han traducido en una creciente masificación de los niveles especializados y un aumento asociado de la demora y de las listas de espera, con las dificultades correspondientes para el adecuado desarrollo del modelo de atención comunitaria a los problemas de salud mental.

A pesar de los numerosos intentos por encontrar la piedra filosofal, las evidencias disponibles sugieren que de las numerosas intervenciones propuestas, ninguna parece ser suficiente por sí misma. Probablemente, la estrategia más efectiva sería aquella en la que se ponen en acción múltiples intervenciones especialmente adaptadas a las características específicas de los cambios propuestos, las del grupo diana, del lugar y de la organización donde se pretenden implantar y centradas en las diferentes barreras que dificultan la introducción de cambios en la organización.

Con este planteamiento y desde una perspectiva multidisciplinar, en el año 2003, se constituyó una Comisión Mixta AP-Salud Mental. Dentro de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS, en la que participaban las Subdirecciones Generales de AP y la de SM. Durante el año 2004 se formaron 3 subgrupos de trabajo encargados de la elaboración de diversos documentos, entre los que destaca el denominado "**Relaciones AP-Salud Mental: Hacia un modelo de Cooperación**"; (aprobado por la Comisión Mixta AP- Salud Mental en febrero de 2005).

Entendiendo como "**MODELO DE COOPERACIÓN**" aquél que trabaja conjuntamente los ámbitos propios de responsabilidad, y busca hacer posible el diseño e implementación de acciones conjuntas, así como delimitar las responsabilidades de cada estructura, su cometido según capacidad y especialidad, garantizando una interfaz de trabajo en equipo, lo cual



permitiría resolver, afrontar y manejar con la misma visión la demanda, derivar adecuada e inteligentemente lo más grave y lo que precise de una atención especializada más urgente con prioridad. También permitiría planificar actuaciones coordinadas con actuaciones secuenciales.

Consecuencia de lo anterior y tomando como base el citado documento, a lo largo de estos años se han desarrollado diversas actuaciones y proyectos piloto en nuestra Región, en sintonía con experiencias similares realizadas en otras CCAA.

Los primeros resultados de estas iniciativas apuntan hacia una clara mejora en el ambiente laboral de los profesionales implicados, así como una mejoría en los circuitos de derivación y en la continuidad asistencial de los pacientes, con resultados bastante satisfactorios en el conjunto de líneas de acción analizadas.

Además de los antecedentes mencionados, dos recientes documentos^{155,156}, indican de forma clara la necesidad de trabajar en un Modelo integrador de servicios sanitarios y de continuidad asistencial, insistiendo en una serie de recomendaciones específicas:

- *“Implementar de forma real y efectiva la coordinación entre AP y SM por todo el territorio.*
- *Recomendar que las CC.AA. desarrollen la cartera de servicios de SM en AP.*
- *Desarrollar acciones formativas específicas para los profesionales sanitarios de AP, implicando a las sociedades científicas correspondientes.*
- *Cada CCAA, en función de las disponibilidades presupuestarias articulará los mecanismos necesarios para implementar las plantillas de los profesionales de SM de modo que se pueda llevar a término su función de apoyo a la AP, mediante la realización de actividades de coordinación, asistenciales (consultas, interconsultas,...), y de formación e investigación.”¹⁵⁴*
- *“Formación integral y desarrollo profesional continuo para una adecuada identificación y diagnóstico de las principales enfermedades mentales, sobre todo de las de intensidad leve-media, por parte de los profesionales sanitarios que trabajan en asistencia primaria.*
- *El desarrollo de guías de intervención clínica actualizadas en asistencia primaria para enfermedades mentales de intensidad leve o moderada.*
- *Definir una cartera actualizada de tratamientos basados en la evidencia científica para enfermedades mentales leves o moderadas y asegurarse de que estén a disposición de los profesionales sanitarios de asistencia primaria. En la*

¹⁵⁵ Estrategias de trabajo para todas las CCAA, incluidas en el Informe sobre “Transversalidad y continuidad asistencial en Salud Mental del Ministerio de Sanidad de 2014, Punto 4. ESTRATEGIAS: 4.1 ÁMBITO SANITARIO.

¹⁵⁶ Consejo Económico y Social de la Región de Murcia: Memoria de la Región de Murcia 2016. Punto 8: Salud mental, felicidad y trastorno mental en España y la Región de Murcia. Apartado 8.6: Lecciones desde la evaluación internacional.



mayoría de los casos se opta por el tratamiento farmacológico, más difícil de seguir en el tiempo e igualmente eficaz en el corto plazo que terapias psicológicas como la Cognitivo-conductual, que tienen tasas de recaída menores.

- *Definir estrategias de colaboración, consulta y formación entre los servicios de salud mental y los de AP, de forma que se vaya creando y fortaleciendo una adecuada cultura de intervención con los trastornos de menor intensidad de afectación en la asistencia primaria, al tiempo que se puede realizar un seguimiento más eficaz de los pacientes de mayor nivel de afectación entre ambos servicios.*¹⁵⁷

¹⁵⁷ Consejo Económico y Social de la Región de Murcia: Memoria de la Región de Murcia 2016. Punto 8: Salud mental, felicidad y trastorno mental en España y la Región de Murcia. Apartado 8.6: Lecciones desde la evaluación internacional.





ANEXO VI: COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA





COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

INTRODUCCIÓN

El art. 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece que *“sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:*

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

2. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

3. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”.

Igualmente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, define la prestación sociosanitaria como aquella que *“comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.* Por otro lado, la citada norma considera necesaria la continuidad de cuidados, responsabilizando a los de servicios sanitarios y sociales de la adecuada coordinación para garantizarla.

La Estrategia de Salud Mental 2006, aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 11 de diciembre de 2006, recogió entre sus líneas estratégicas, la relativa a la Coordinación intrainstitucional e interinstitucional a través de la promoción de la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.

En el mismo plano, La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, reconoce por primera vez el derecho subjetivo a prestaciones asociadas a los diferentes grados y niveles de pérdida de autonomía y situación de dependencia, lo que ha supuesto un excepcional avance en las políticas sociales dirigidas a colectivos con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, incluidas las personas con TMG.



El Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (15 de abril de 2011), avanza las bases de lo que considera un modelo de coordinación sociosanitaria bajo la perspectiva de un nuevo paradigma, definido por los criterios de innovación, visión conjunta y compartida entre ambos sistemas, impulsada desde el liderazgo político, con la participación efectiva de los profesionales, que sitúe a las personas como centro y razón de ser de dicha coordinación, que atienda a l criterio de eficiencia en la gestión y que tenga como objetivo un atención integral y de calidad.

En el ámbito internacional cabe destacar el Plan de Acción Salud Mental 2013-2020 de la OMS que, entre sus objetivos, recoge el de *“proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta, a través del abordaje de la complejidad de los procesos graves relacionados con la salud mental, mediante políticas, planes y servicios de salud mental que tengan en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital”*.

Por otra parte, el artículo 24 de la Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia, recoge que *“Las administraciones públicas de la Región de Murcia ... apoyarán programas específicos, que favorezcan la igualdad e integración social de aquellos colectivos de mujeres que se encuentren en situaciones de especiales dificultades”, en riesgo de exclusión o de especial vulnerabilidad”,* entendiéndose en la presente norma legal como grupos de especial vulnerabilidad, entre otras, a las mujeres con discapacidad, entre las que podríamos incluir las mujeres que padecen un TMG.

El Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010/2013 proponía entre sus objetivos estratégicos, establecer mecanismos de coordinación con los Servicios de Atención Social que garanticen la atención integral de las personas con problemas de salud mental o drogas.

Por último, el Informe de la Comisión de Dependencia, creada en el seno del Consejo Asesor Regional de Salud Mental de la Región de Murcia, recoge entre sus diferentes propuestas de mejora, la necesidad de *“Impulsar la Comisión de Coordinación Sociosanitaria en Salud Mental, con el propósito de diseñar protocolos de coordinación, asignación y derivación de casos entre los sistemas sanitario y social, dar a conocer los recursos para el enfermo mental con la creación de una guía o mapa regional de recursos y elaborar propuestas de mejora del sistema en general”*.

JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

La entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, incluyó al colectivo de personas con trastornos mentales y/o adicciones como potenciales beneficiarios de las prestaciones recogidas en dicha norma. Dicha Ley hizo necesaria la creación y puesta en marcha de un importante número de recursos en el ámbito, en un breve espacio de tiempo, de



los servicios sociales con el fin de dar respuesta a las necesidades de las personas que ese nuevo derecho otorgaba a muchos ciudadanos de la Región de Murcia con TMG y del que hasta ese momento carecían.

El hecho de este crecimiento tan significativo de recursos asistenciales ligados al ámbito de los servicios sociales, la elección de los procedimientos de valoración y reconocimiento del derecho subjetivo establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, así como la puesta en marcha de estructuras asistenciales (centros de día y centros residenciales de larga estancia) con escasa participación del sistema sanitario, y en concreto, de la red de salud mental adscrita el SMS ni en el diseño, ni en la determinación de perfiles de usuarios, ni en los mecanismos de transición de unas estructuras asistenciales a otras, ha supuesto una escisión en los sistemas de atención y una fractura en el diseño y garantía de los procesos de continuidad asistencial y de cuidados. El resultado es un sistema fragmentado en la atención y continuidad de cuidados de las personas con TMG, de una parte el sistema sanitario con su red de centros y servicios de atención a las personas con TMG, con sus sistemas y procedimientos de acceso, con su propia planificación, cartera de servicios, etc., y de otra, el sistema de dependencia adscrito al ámbito de los servicios sociales, igualmente con su modelo de desarrollo, valoración de necesidades, tipología e implementación de recursos.

Ante esta situación, se consideró necesario iniciar un acercamiento paulatino entre ambos sistemas que permitiera acometer la creación de una estructura formalizada de coordinación sociosanitaria con el objetivo de garantizar una atención integral e integrada a las personas con TMG en la CARM. Este acercamiento tuvo como resultado la aprobación en 2017 del primer Protocolo de Coordinación Sociosanitaria en la atención a las personas con TMG suscrito por las Consejerías de Salud y de Familia e Igualdad de Oportunidades y que en la actualidad se está procediendo a implementar en cada una de las Áreas de salud. Igualmente este acercamiento pretende promover los acuerdos necesarios para consolidar una red territorial colaborativa entre la administración sanitaria, social y el resto de entidades intervinientes, que mejore la accesibilidad a los recursos, la equidad en su utilización y la eficiencia en sus resultados.

En cualquier caso, construir un sistema de coordinación sociosanitaria en el ámbito de salud mental no se reduce solo a construir una estructura organizativa formal, supone sobre todo, el desarrollo de una herramienta intersistémica capaz de producir respuestas ágiles y continuadas a las necesidades complejas que presentan las personas con TMG y sus cuidadores a lo largo de la vida. Esto implica construir un sistema colaborativo y el consenso de nuevos modelos de trabajo en red, y por tanto, la corresponsabilización de todos los elementos que la integran, en el diseño de respuestas basadas en las necesidades de los pacientes y no tanto en las lógicas particulares de cada institución.

Debemos tender por tanto, por un lado a que transcurra el menor tiempo posible entre la identificación de la necesidad y la formulación de una respuesta asistencial coherente



y ajustada, y por otro, a que cada sistema genere internamente estructuras y respuestas asistenciales adecuadas a las necesidades de los pacientes. Equipamientos, servicios y respuestas que posibiliten una transición de un sistema a otro (sanitario a social y viceversa) de forma ágil, armonizada y coherente. Debemos promover un sistema de coordinación entre los ámbitos sanitario y social, que sobre la base de una atención integral centrada en la persona, garantice su continuidad a lo largo de grandes intervalos de tiempo, promoviendo la promoción de la autonomía de la persona, la permanencia en su entorno vital, bajo una perspectiva integradora y de participación en la comunidad, que busque la efectividad de los recursos y la sostenibilidad de los sistemas.

En definitiva, apostar por un cambio de paradigma, que suponga, entre otros, una modificación en los modos de trabajo, profundizando en el trabajo en red y en una concepción colaborativa de las relaciones entre sistemas, en los interlocutores y en los procesos, en los tiempos y el tipo de respuestas a producir, incorporando a los usuarios como sujetos activos y decisorios en los procesos que les afectan.

Una vez formalizada esta estructura de coordinación, deberemos dirigir nuestro esfuerzo a corto y medio plazo, al desarrollo de iniciativas legislativas que permitan una plena coordinación sociosanitaria, especialmente de los sistemas de salud, servicios sociales y dependencia, centrado en lo posible en el ámbito territorial del Área de salud, en la definición pormenorizada de cada uno de los servicios de soporte (modalidades de alojamiento y de atención residencial, empleo, formación, etc.), que garanticen una atención continuada y una transitoriedad ágil en la utilización de servicios de uno u otro sistema con una visión integradora y normalizadora que facilite la permanencia en el entorno vivencial a las personas con TMG, previniendo situaciones de gran vulnerabilidad social y exclusión, entre otras, aquellas relacionadas con procesos de judicialización penal, desahucio o sinhogarismo y mujeres con TMG que sufran violencia de género.

MODELOS DE REFERENCIA EN ESPAÑA

La coordinación entre los sistemas sanitario y social es una necesidad percibida desde hace décadas en nuestro país y cuya necesidad se han puesto de manifiesto en numerosos planes y análisis y estudios sociodemográficos promovidos por organismos de ámbito nacional o autonómicos, en acciones estratégicas tanto nacionales como territoriales y en iniciativas legislativas de diferente rango.

Han sido muchas las iniciativas de coordinación sociosanitaria emprendidas desde dichos ámbitos, dirigidas a diversos colectivos como el de personas mayores, personas con discapacidad, etc. En el ámbito que nos ocupa, debemos señalar tres experiencias consolidadas en el ámbito de la gestión coordinada de estrategias asistenciales dirigidas a satisfacer necesidades sociales y sanitarias de las personas con TMG, dirigidas a promover su autonomía personal y social, su bienestar, su dignidad y dentro de lo posible, la permanencia en su entorno habitual.



El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad Autónoma de Madrid, organiza una estructura de coordinación sociosanitaria con niveles estratégicos, tácticos y operativos de decisión e intervención y resultados interesantes a tener en consideración.

En lo que se refiere a la Comunidad Autónoma de Andalucía, los diferentes Planes de Salud Mental de la Junta de Andalucía, prevén la articulación y coordinación de los dispositivos de la red de salud mental, sectorizada y ordenada mediante unidades de gestión clínica con la Fundación Andaluza para la Integración de las Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), fundación pública responsable de la gestión de los recursos de alojamiento, inserción social, empleo, etc., también sectorizada por Áreas de Salud.

La Comunidad Autónoma de Castilla-León tiene un largo recorrido en el desarrollo de soportes legislativos, organizacionales y técnicos en materia de coordinación sociosanitaria y, en concreto, en el ámbito de la salud mental.

La Ley 16/ 2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, contempla la coordinación necesaria para garantizar una atención integrada, en colaboración con los demás servicios y sistemas para el bienestar social, en especial el sanitario. Y por último, la Ley 8/ 2010 de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, tiene por objeto establecer el marco legal de las acciones que permitan hacer efectivo el derecho, a la protección integral de la salud. Ordena funcionalmente las prestaciones sanitarias de forma integral y coordinada en AP, especializada, salud pública, atención de urgencia y atención sociosanitaria.

Respecto a la intervención con personas con trastornos mentales, el Acuerdo 66/2016 de 27 de octubre aprueba las directrices que ordenan el funcionamiento del modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por trastorno mental y establece las bases, principios y funcionamiento de este modelo de atención, cuyo objeto será el de *“posibilitar la permanencia de las personas con discapacidad por trastorno mental en su entorno habitual o domicilio, a través de la utilización de los recursos comunitarios disponibles, articulando de forma coordinada las intervenciones sanitarias y sociales para lograr su inclusión en la comunidad del modo más integrado y autónomo posible”*.





ANEXO VII: LISTADO DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS





LISTADO DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS

1.	AP	Atención Primaria
2.	ARGOS	Programa de prevención del consumo de alcohol y otras drogas
3.	AVPP	Años de Vida Potenciales Perdidos
4.	CAD	Centro de Atención a Drogodependencias
5.	CAP	Centro de Atención Primaria
6.	CARM	Comunidad Autónoma Región de Murcia
7.	CD	Centro de Día
8.	CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
9.	CREM	Centro Regional de Estadística de Murcia
10.	CSM	Centro de Salud Mental
11.	CSM-IJ	Centro de Salud Mental Infante Juvenil
12.	CSSR	Comisión Sociosanitaria Regional
13.	EIR	Enfermero Interno Residente
14.	ETAC	Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario
15.	FC	Formación Continuada
16.	FSE	Formación Sanitaria Especializada
17.	FTC	Formación Teórica Complementaria
18.	GRD	Grupos Relacionados por Diagnóstico
19.	GRSM	Gerencia Regional de Salud Mental
20.	HD	Hospital de Día
21.	HD-IJ	Hospital de Día Infante-Juvenil
22.	HPRA	Hospital Psiquiátrico Román Alberca
23.	IMAS	Instituto Murciano de Acción Social
24.	INE	Instituto Nacional de Estadística
25.	IPS	Empleo con apoyo (por sus siglas en ingles)
26.	MIR	Médico Interno Residente
27.	MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
28.	OMI	Sistema Informático para Atención Primaria
29.	OMS	Organización Mundial de la Salud
30.	PAC	Plan de Actuación Coordinada
31.	PFC	Plan de Formación Continuada
32.	PIR	Psicólogo Interno Residente
33.	RADAR	Proceso de actuación ante la sospecha de violencia de género
34.	SAF	Síndrome Alcohólico Fetal
35.	SELENE	Sistema de registro informatizado del SMS
36.	SGTI	Servicio de Gestión Técnica Integral
37.	SM	Salud Mental
38.	SMS	Servicio Murciano de Salud
39.	SNS	Sistema Nacional de Salud
40.	SS	Servicios Sociales



- 41. **SUGESAN** Programa informático de información en seguridad del paciente
- 42. **TDHA** Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
- 43. **TEA** Trastorno del Espectro Autista
- 44. **TEAF** Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal
- 45. **TIC** Tecnologías de la Información y la Comunicación
- 46. **TM** Trastorno Mental
- 47. **TMC** Trastorno Mental Común
- 48. **TMG** Trastorno Mental Grave
- 49. **UCA** Centro/Unidad de Conductas de Adictivas
- 50. **UDH** Unidad de Desintoxicación Hospitalaria
- 51. **UDIF** Unidad de Docencia, Investigación y Formación
- 52. **UDM** Unidad Docente Multiprofesional
- 53. **UE** Unión Europea
- 54. **UHB** Unidad de Hospitalización Breve(incluye las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los Hospitales generales y la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Hospital Psiquiátrico Román Alberca)
- 55. **UMD** Unidad Móvil de Drogodependencias
- 56. **URME** Unidad de Rehabilitación de Media Estancia
- 57. **UTA** Unidad Hospitalaria de Trastornos de la Conducta Alimentaria
- 58. **VG** Violencia de Género
- 59. **ZBS** Zona Básica de Salud

