

**PLAN DE SALUD MENTAL
DE LA REGIÓN DE MURCIA
1999 - 2001**

salud mental



PLAN DIRECTOR

DIRECCIÓN DEL PLAN

Francisco Marqués Fernández

Consejero de Sanidad y Consumo

José Luis Gil Nicolás

Secretario General

Consejería de Sanidad y Consumo

Martín Quiñonero Sánchez

Director General de Salud

Consejería de Sanidad y Consumo

José López López

Director General Asistencial

Servicio Murciano de Salud



Región de Murcia

Consejería de Sanidad y Consumo

ELABORACIÓN Y REDACCIÓN

CARLOS GIRIBET MUÑOZ
FERNANDO NAVARRO MATEU
(DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL S.M.S.)

COLABORACIONES

RAFAEL ASENSIO EGEA
INOCENCIA GÓMEZ FERNÁNDEZ
RAFAEL GOMIS CEBRIÁN
PILAR GONZÁLEZ CUBERO
CAYETANO MARTÍNEZ VALERA
JULIÁN OÑATE GÓMEZ
PEDRO PARRA HIDALGO
JOSÉ ANTONIO PEÑALVER PARDINEZ
ANTONIO RODRÍGUEZ MOLINO
FRANCISCO JAVIER SEGURA ENTRENA
MARÍA JOSÉ VELASCO GARCÍA

DISEÑO GRÁFICO Y MAQUETACIÓN

TALLER ARTES GRÁFICAS DE INSERCIÓN LABORAL DE DROGODEPENDIENTES
PROYECTO C.A.V.A.

**PLAN DE SALUD MENTAL
REGIÓN DE MURCIA**

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL

PLAN DIRECTOR DE SALUD MENTAL

1999-2001

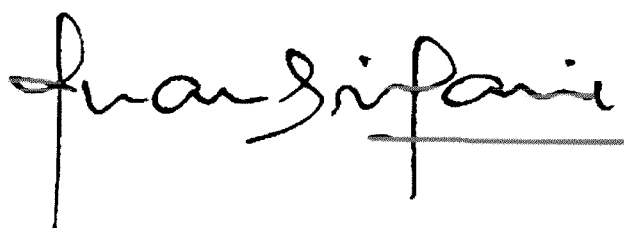
I.S.B.N.: 84-95393-02-6

Depósito legal, Nº: MU-1983-1999

DON JUAN ANTONIO MEGÍAS GARCÍA, SECRETARIO DEL CONSEJO DE GOBIERNO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

CERTIFICO: Que según resulta del borrador del acta de la sesión celebrada el día doce de marzo de mil novecientos noventa y nueve, a propuesta del Consejero de Sanidad y Política Social, el Consejo de Gobierno aprueba el Plan de Salud Mental para el período comprendido entre el mes de marzo de 1999 y el final del año 2001.

Y para que conste y a los procedentes efectos, expido, firmo y sello la presente en Murcia a doce de marzo de mil novecientos noventa y nueve.

A handwritten signature in black ink, reading "Juan Gripani". The signature is written in a cursive style with a horizontal line under the last part of the name.

INDICE DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	13	de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.)	92
1.- INTRODUCCIÓN	15	3.2.3.- Formación, docencia e investigación	92
2.- ANÁLISIS DE SITUACIÓN	19	3.3.- Conclusiones a los programas asistenciales	93
2.1. Caracterización del problema	21	3.3.1.- Conclusiones al programa de atención a Adultos	93
2.1.1.- Epidemiología de la patología mental en adultos	27	3.3.2.- Conclusiones al programa Infanto-Juvenil.	93
2.1.2.- Demografía. Estructura de edades y dinamismo demográfico.	29	3.3.3.- Conclusiones al programa de Hospitalización Psiquiátrica	94
2.2.- Organización asistencial	33	3.3.4.- Conclusiones al programa de Rehabilitación.	94
2.2.1.-Sectorización.	34	4.- OBJETIVOS Y ACTIVIDADES	95
2.2.2.- Programas asistenciales	37	COORDINACIÓN	97
2.3.- Análisis de la demanda	42	GESTIÓN	97
2.3.1.- Atención ambulatoria.	42	REGISTRO ACUMULATIVO DE CASOS PSIQUIÁTRICOS (R.A.C.P.)	97
2.3.2.- Atención hospitalaria	54	PROBLEMAS DE SALUD	98
2.4.- Análisis de la oferta (recursos asistenciales)	62	FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	98
2.4.1.- Modelo Asistencial	62	RECURSOS	99
2.4.2.- Organización y Gestión.	63	5.- ANEXOS	101
2.4.3.- Sistemas de Evaluación. Registro de Casos Psiquiátricos.	63	5.1.- Formación continuada, investigación y docencia	103
2.4.4.- Programas asistenciales por áreas sanitarias	65	5.1.1.- Docencia	103
2.4.5.- Urgencias psiquiátricas	80	5.1.2.- Formación continuada	104
2.4.6.- Prevención	82	5.1.3.- Investigación	106
2.4.7.- Formación, docencia e investigación	84	5.2.- Coordinación	108
2.4.8.- Evolución del gasto sanitario en Salud Mental (S.M.S.)	85	5.3.- Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.)	112
3.- CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN. DETECCIÓN DE PROBLEMAS ..	89		
3.1.- Problemas de Salud. Prevención	91		
3.2.- Organización Asistencial	91		
3.2.1.- Servicios Centrales y Asistenciales	92		
3.2.2.- Registro Acumulativo			

INDICE DE ILUSTRACIONES

Gráfica 1: Prevalencia de trastornos mentales en adultos de más de 18 años en una población de 184.000 habitantes en Estados Unidos	24
Gráfica 2: Pirámides de población de la región de Murcia y España en 1991	31
Gráfica 3: Pirámide de población por grupos de edad y sexo. Región de Murcia 1995	32
Gráfica 4: Organización asistencial. Flujo de pacientes en Salud Mental	39
Gráfica 5: Esquema de organización y funcionamiento del centro de salud mental	40
Gráfica 6: Esquema de organización y funcionamiento del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil	41
Gráfica 7: Recursos sanitarios regionales en Salud Mental- 1997	66
Gráfica 8: Urgencias Psiquiátricas. Niveles de acceso.	81
Gráfica 9: Evolución de los presupuestos de Salud Mental entre 1983 a 1998	87
Gráfica 10: Organigrama actual de la red asistencial en Salud Mental dependiente del Servicio Murciano de Salud (S.M.S.)	108
Gráfica 11: Organigrama actual. Red asistencial en Salud Mental. INSALUD.	109

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características de algunos de los estudios comunitarios de doble fase (*) . .	21
Tabla 2: Investigaciones realizadas en España	22
Tabla 3: Estimaciones de la prevalencia en un período de 6 meses en los EE.UU. (*)	23
Tabla 4: Prevalencia ponderada de trastornos psiquiátricos en Cantabria según el sistema PSE-CATEGO-ID (*)	24
Tabla 5: Prevalencia de trastornos psiquiátricos y casos tratados	25
Tabla 6: Estimación de cualquier visita por razones de salud mental a psiquiatras o médicos generales realizadas durante un período de 6 meses en EE.UU. (*)	26
Tabla 7: Proporción de casos tratados y no tratados en Salud Mental por médicos generales o especialistas en psiquiatría	27
Tabla 8: Población, extensión y densidad por municipio y Área de Salud. Región de Murcia 1996	29
Tabla 9: Tablas relacionadas con el Programa de Adultos- 1997	44
Tabla 10: Tablas relacionadas con el Programa de Drogodependencias-1997 . .	47
Tabla 11: Evolución asistencial de la atención a los adultos en los Centros de Salud mental	51
Tabla 12: Evolución asistencial del programa de drogodependencias	51
Tabla 13: Evolución asistencial en la atención infanto-juvenil	52
Tabla 14: Comparación de la actividad y utilización de los recursos asistenciales ambulatorios de Murcia y del resto del Estado	53
Tabla 15: Evolución asistencial del Hospital Psiquiátrico de El Palmar	55
Tabla 16: Evolución asistencial del Hospital General Universitario de Murcia	56

Tabla 17: Evolución asistencial de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca ...	57	Tabla 32: Datos sobre las plazas y su utilización en Hospitales y Centros de Día en Murcia y en el estado español en 1996	76
Tabla 18: Evolución asistencial del Hospital Rafael Méndez.....	57	Tabla 33: Datos sobre los Centros de Salud Mental en Murcia y en el estado español en 1996	77
Tabla 19: Evolución asistencial Hospital Psiquiátrico-Hospitales Generales	58	Tabla 34: Datos comparativos anuales entre la Región de Murcia y el estado español.	77
Tabla 20: Evolución asistencial Hospitalización- Asistencia Ambulatoria	59	Tabla 35: Recursos humanos y número de camas en los dispositivos hospitalarios de la Región de Murcia (1997)	78
Tabla 21: Comparación de la actividad y utilización de los recursos asistenciales hospitalarios de Murcia con el estado español	60	Tabla 36: Datos generales asistenciales en la Región de Murcia relacionados con la atención a la Salud Mental	78
Tabla 22: AREA SANITARIA I (MURCIA). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997)	67	Tabla 37: Tipos de prevención	83
Tabla 23: AREA SANITARIA II (Cartagena). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997).	68	Tabla 38: Evolución en el número de MIR en psiquiatría y PIR formados en la Región de Murcia	84
Tabla 24: AREA SANITARIA III (LORCA). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997).	69	Tabla 39: Crecimiento en recursos sanitarios/estructurales específicos de Salud Mental en la Región de Murcia	85
Tabla 25: AREA SANITARIA IV (NOROESTE). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997).	70	Tabla 40: Crecimiento en recursos humanos en la red de Salud Mental dependiente del Servicio Murciano de Salud (SMS)	86
Tabla 26: AREA SANITARIA V (ALTIPLANO). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997).	71		
Tabla 27: AREA SANITARIA VI (V. SEGURA). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997).	72		
Tabla 28: Recursos humanos (tanto del S.M.S. como del Insalud) en la atención ambulatoria a la Salud Mental en la Región de Murcia (1997)	73		
Tabla 29: Recursos humanos implicados en la atención a la Salud Mental en Murcia y en el estado español.	74		
Tabla 30: Datos regionales y estatales sobre la atención hospitalaria a la Salud Mental	75		
Tabla 31: Número de camas de hospitalización media y de larga estancia en 1996 en Murcia y en el estado español	76		

PRESENTACIÓN

El Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000, prevé en su Objetivo nº 11, la aprobación del Plan Regional de Salud Mental, que habrá de comprender, en síntesis, la ordenación de los recursos sanitarios existentes en el campo de la salud mental con el fin de evitar su actuación dispersa; la consecuente coordinación entre todos los niveles asistenciales mediante el establecimiento de los cauces apropiados; y, en fin, el establecimiento de una cartera de servicios de los dispositivos de Atención de Adultos, Atención de Salud Mental Infanto-Juvenil y Hospitalización y Rehabilitación.

Para llevar adelante el cumplimiento de dicho Objetivo, el Consejo de Gobierno, en su sesión de 16 de julio de 1998, aprobó las directrices que debían presidir la elaboración del Plan Regional de Salud Mental, plasmando de esta forma la voluntad de nuestro Gobierno regional de acometer la planificación de la salud mental en nuestra Comunidad Autónoma.

Cabe destacar como más relevantes de entre las directrices aprobadas, las que se dirigen al acercamiento de la atención de salud mental a los usuarios, estableciendo como ámbito de actuación el comunitario, potenciando los servicios de rehabilitación y reinserción social, declarando el carácter público, equitativo y participativo de la atención de salud mental y, en definitiva, disponiendo que el Plan de Salud Mental abarque una serie de medidas dirigidas a la prevención, asistencia e integración, todo ello bajo la óptica de la necesaria e insoslayable coordinación y colaboración de las Administraciones Públicas, Instituciones y particulares implicados.

Debemos señalar igualmente que el Plan de Salud Mental 1999-2001, cobra especial relevancia porque su vigencia se desarrolla en un período de tiempo en el que se van a producir las transferencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, y en el que la colaboración entre las Administraciones con competencias sanitarias es un objetivo prioritario. Se establecen, también, en el Plan de Salud Mental los mecanismos que harán posible la progresiva adaptación de estas transferencias.

Se trata de un Plan realista, muy alejado de los planteamientos puramente teóricos, en el que se contemplan los recursos necesarios para poder llevar a cabo las actuaciones previstas en sus objetivos. Para su elaboración se ha contado con una amplia colaboración de profesionales, Instituciones y Organismos, así como las Asociaciones cuya actividad se desenvuelve en este campo, que con sus respectivas aportaciones han permitido que vea la luz un Plan que, sin lugar a dudas, constituye un instrumento fundamental para el abordaje de la Salud Mental en la Región de Murcia.

Francisco Marqués Fernández
Consejero de Sanidad y Política Social



1. INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

A lo largo de estos diez últimos años se han llevado a cabo en el estado español una serie de proyectos de reforma de la asistencia psiquiátrica tradicional. Estas reformas han tenido un diferente nivel de desarrollo según las distintas Comunidades Autónomas. Básicamente, todos estos proyectos han tenido como marco de referencia el informe de la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica y la Ley General de Sanidad y se han concretado en una serie de planes autonómicos aparecidos a lo largo de estos años como marcos orientadores, tanto teórica como estratégicamente, para las actuaciones en el campo de la Salud Mental.

Como todo proceso activo, la reforma psiquiátrica ha ido pasando por diversas etapas que se han visto reflejadas en los distintos planes regionales que se han publicado paulatinamente. Se ha seguido una evolución desde planteamientos ideológicos y descriptivos de un modelo de atención hasta los intentos de precisar la gestión de dicho modelo y de introducir elementos de consenso técnico que lo puedan hacer operativo.

En nuestra Región se comenzó tempranamente el proceso de reforma con la elaboración de varios documentos que diversos grupos de expertos fueron realizando haciendo especial hincapié en la definición del modelo a seguir y las prioridades para su desarrollo.

De estos documentos se publicó en 1.987 "Bases para un Plan de transformación de la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Región de Murcia", y en 1995 el "Primer Plan de Salud Mental de la Región de Murcia", que ha tenido una buena difusión fuera de nuestra Comunidad y que fue realizado a través de distintas comisiones técnicas que se encargaron de elaborar unas guías de organización y funcionamiento de los distintos programas que conforman la red de Salud Mental y que intentan aproximarse a unas normas de acreditación y definición de servicios, constituyendo globalmente una amplia definición del modelo de atención.

Este "Primer Plan de Salud Mental (1995-1999)" ha sido incumplido en más del 50% de sus objetivos y actuaciones, no porque estas no fueran necesarias, aunque fueran ambiciosas, sino porque básicamente carecían de una cuantificación económica y de una dotación presupuestaria definida, así como de un compromiso formal por parte de todas las Administraciones y Organismos que estaban implicados en su consecución, haciéndolas inviables. Este hecho es uno de los motivos que justifica la realización de este nuevo Plan de Salud Mental. Otro de ellos, ya mencionado previamente, se relaciona con el período de tiempo que abarca (1999-2001). Este período cobra una especial relevancia dado que coincide con el proceso de preparación de las transferencias sanitarias a nuestra Comunidad Autónoma. En este contexto son imprescindibles los esfuerzos encaminados a lograr un funcionamiento coordinado de todas las administraciones implicadas con competencias sanitarias.

Tras un análisis de situación donde se realiza una caracterización de la problemática de la salud mental en general, los programas asistenciales implantados en la actualidad en nuestra Región y el análisis de la demanda así como de los recursos disponibles, se elaboran una serie de conclusiones que sirven para establecer los objetivos del nuevo Plan de Salud Mental.

Al establecerse los objetivos, prioridades y recursos para este período de tiempo, se está diseñando la adaptación a estas transferencias, señalando los déficits de la red de salud mental, sus costes y la necesidad de este tipo de recursos para equipararnos, al menos, al resto del Estado y

INTRODUCCIÓN

demandar en las transferencias lo que realmente se está gastando en salud mental en la Región.

El modelo asistencial propuesto tiene una base legal e ideológica en la Ley General de Sanidad, en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y en las Bases para un plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la Salud Mental en la Región de Murcia.

Los **principios básicos** del modelo de atención a la Salud Mental en los que se basa la realización de este plan pueden resumirse en los siguientes:

- * Carácter público, equitativo y participativo.
- * Eficaz y eficiente, procurando la mejor atención al usuario, dentro de las limitaciones de un servicio público.
- * 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 para la asistencia y promoción de la Salud Mental.
- * Con una concepción integral de la Salud Mental, tanto en lo referente a una perspectiva biopsicosocial del enfermar humano, como a una inclusión de las actividades de promoción, prevención y rehabilitación junto a las asistenciales.
- * Contemplando la continuidad de los cuidados y el abordaje multidisciplinario del usuario.

2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

2.1.- Caracterización del problema

La Salud Mental plantea un campo de intervención muy amplio al encontrarse estrechamente relacionada con los estados de salud por los que las personas atraviesan a lo largo de su vida.

Por otra parte, la Salud Mental también se vincula, al igual que la propia formulación del concepto de salud, con los estilos de vida y, por tanto, a todos aquellos factores que puedan proteger o exponer a los individuos a una situación de riesgo.

De esta manera, los datos epidemiológicos en población general, resultan útiles para comprender la "verdadera" morbilidad que existe en una comunidad determinada.

En los últimos años, se ha mostrado un gran interés por evaluar de manera fidedigna la exten-

sión y naturaleza de la enfermedad mental en la población general. Sin embargo, muy pocos autores han incorporado en sus estudios diseños estandarizados para la recogida y exploración de datos. Esta situación es, probablemente, la responsable de la gran disparidad de datos encontrados en la literatura.

Con la aplicación de diversas estrategias metodológicas (en especial el diseño de doble fase) es posible aplicar sistemas estandarizados de exploración psicopatológica al estudio de grandes poblaciones sin que disminuya la fiabilidad de la información. En la última década diversos autores han utilizado dichos diseños en el análisis epidemiológico de la población general (Tabla 1) obteniéndose diversas tasas de prevalencia de las enfermedades mentales en la población general que oscilan entre 7.3 y 23.8%.

Tabla 1: Características de algunos de los estudios comunitarios de doble fase (*)

ESTUDIOS	ORIGEN DE LA MUESTRA	PREVALENCIA PONDERADA		
		Hombres	Mujeres	Total
Vázquez-Barquero y cols (1981)	Rural (España)	19,1	28,3	23,8
Henderson y cols (1981)	Urbano (Australia)	7,1	11,1	9,0
Bebbington y cols (1981)	Urbano (Inglaterra)	6,1	14,9	10,9
Hodiamont y cols (1977)	Urbano (Holanda)	7,2	7,5	7,3
Vázquez-Barquero y cols (1989)	Rural (España)	8,1	20,6	14,7

(*) Fuente: Vázquez-Barbero JL y cols, 1993¹

¹ Vázquez-Barquero JL y cols: Estudio comunitario de salud mental de Cantabria: una recopilación final de resultados. En: González de Rivera JL, Rodríguez F y Sierra A (eds). El método epidemiológico en salud mental. Ed. Científicas y Técnicas, SA. 1993. Barcelona. pp. 165-185.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La tabla 2 muestra las tasas de prevalencia de tener un trastorno mental en los estudios e investi-

gaciones realizadas en España en población general:

Tabla 2: Investigaciones realizadas en España

TIPO DE AREA	PREVALENCIA POR 1000 HAB.	AUTOR	REGIÓN	TIPO DE INVESTIGACIÓN
Rural:	4,95*	Seva-Díaz (1982)	Huesca	D
	5,50	Seva-Díaz (1981)	Córdoba	D
	14,69	Seva Díaz (1982)	Huesca	D
	14,74	Vázquez-Barquero (1987)	Cantabria	A
	15,10*	Muñoz et al (1979)	Navarra	D
	17,74	Muñoz (1979)	Navarra	D
	17,78	Muñoz (1987)	Navarra	A
	19,10*	Vázquez et al (1986)	Cantabria	D
	19,50	Muñoz et al (1981)	Navarra	A
	22,30	Muñoz et al (1981)	Navarra	D
	25,90*	Muñoz et al (1979)	Navarra	D
	27,40	Muñoz et al (1981)	Navarra	A
Urbano	11,50	Seva Díaz y Ciserra (1982)	Soria	D
	15,30	Seva Díaz y Ciserra (1983)	Soria	D
	26,40	Muñoz et al (1979)	Navarra	D
	30,90	Herrera et al (1987)	Barcelona	D

A= Contacto directo. Juicio clínico

D = Medida por cuestionario

* Calculado por Muñoz et al 1995

Fuente: Plan Director 1995-1999. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia

En las tablas 3 y 4 se muestran las prevalencias de la patología mental por diagnósticos obtenida en el estudio puesto en marcha en el National Institut Mental Health- Epidemiologic Catchment Area (NIMH-ECA) durante los años 80 y el resultado del estudio comunitario de salud mental en Cantabria respectivamente. En el primero de estos estu-

dios, un 19.1 % de la población presentaba uno o más trastornos (con un error estándar de la media de 0.4), siendo la patología con mayor prevalencia la ansiosa (8.9% de la población). En el estudio realizado en España, la prevalencia total era de un 14.74%, siendo de nuevo la patología ansiosa la más prevalente (4.38%).

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 3: Estimaciones de la prevalencia en un período de 6 meses en los EE.UU. (*)

TRASTORNO	Tasa por cada 100 habitantes (error estándar de la media)	
Cualquier trastorno contemplado en el DIS	19,1	(0,4)
Cualquier trastorno contemplado en el DIS a excepción del deterioro cognitivo y el abuso de sustancias psicoactivas	13,7	(0,4)
Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas	6,0	(0,3)
Abuso / dependencia de alcohol	4,7	(0,2)
Abuso / dependencia de drogas	2,0	(0,1)
Trastornos esquizofrénicos / esquizofreniforme	0,9	(0,1)
Esquizofrenia	0,8	(0,1)
Trastorno esquizofreniforme	0,1	(0,0)
Trastornos afectivos	5,8	(0,3)
Episodio maníaco	0,5	(0,1)
Episodio depresivo mayor	3,0	(0,2)
Distimia	3,3	(0,2)
Trastorno por ansiedad	8,9	(0,3)
Fobia	7,7	(0,3)
Crisis de angustia	0,8	(0,1)
Obsesivo-compulsivo	1,5	(0,1)
Trastorno por somatización	0,1	(0,0)
Trastorno de la personalidad: Personalidad antisocial	0,8	(0,1)
Deterioro cognitivo grave	1,3	(0,1)

(*) Fuente: Burke JD y Regier DA, 1995²

²Burke JD y Regier DA: Epidemiología de los trastornos mentales. En: Hales RE, Yudofsky SC y Talbott JA (eds). Tratado de Psiquiatría. 1995. Barcelona. 2ª edición. pp: 87-112.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 4: Prevalencia ponderada de trastornos psiquiátricos en Cantabria según el sistema PSE-CATEGO-ID (*)

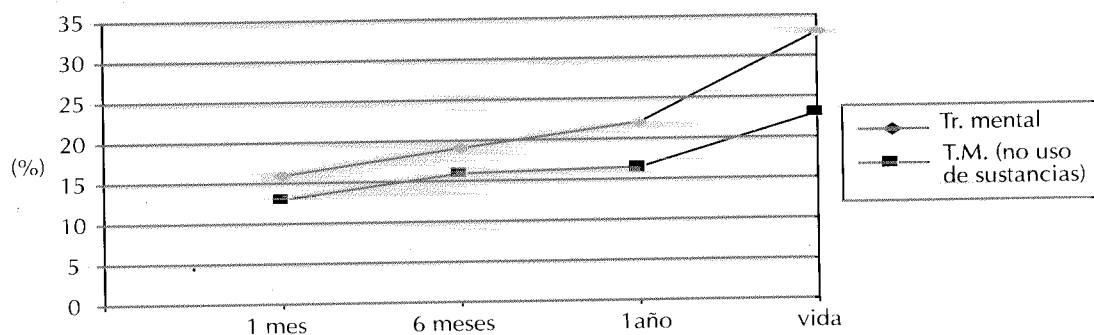
CLASES PSE- CATEGO	ICE-9	PREVALENCIA PONDERADA		
		Hombres	Mujeres	Total
A+ (AN+)	Neurosis de ansiedad (300.0)	2,39	6,07	4,38
A+ (AP+)	Neurosis fóbica (300.2)	0,17	6,11	3,35
B+	Neurosis obsesiva (300)	---	0,16	0,09
N+	Neurosis depresiva (300.4)	1,72	5,67	3,81
M+	Psicosis maniaco-depresiva (forma maníaca 296.1)	0,17	---	0,08
P+	Psicosis maniaco-depresiva (Forma depresiva 296.2)	2,57	2,08	2,30
S+	Esquizofrenia paranoide (295.3)	0,92	0,33	0,56
P+	Psicosis reactiva (279.9)	---	0,16	0,09
O?X+	Psicosis inespecífica (319.9 ; 299.0)	0,17	---	0,08
TOTAL		8,11	20,58	14,74

(*) Fuente: Vázquez-Barbero JL y cols, 1993¹

Los datos obtenidos por el NIMH-ECA en EE.UU. indican que 1 de cada 5 personas ha sufrido un trastorno psiquiátrico en los 6 meses previos al estudio, y si se toma como período

toda la vida de una persona, la probabilidad asciende a 1 de cada 3 norteamericanos (Gráfica 1).

Gráfica 1: Prevalencia de trastornos mentales en adultos de más de 18 años en una población de 184.000 habitantes en Estados Unidos.



(*) Fuente: Bernardo M, 1997³

³Bernardo M: Epidemiología psiquiátrica. En: Vallejo J (de). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4ª Edición. Ed. Masson, SA. Barcelona, 1997. Pp: 61-68.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

A pesar de las dificultades metodológicas en la consecución de datos de la población general, la prevalencia de la patología psiquiátrica nos informa sobre la existencia de una alta proporción de sujetos con trastornos psiquiátricos que no reciben nunca ningún tipo de tratamiento.

La tabla 5, muestra la prevalencia de trastornos psiquiátricos encontrada y la proporción de casos tratados:

Tabla 5: Prevalencia de trastornos psiquiátricos y casos tratados

AUTORES	LUGAR	MUESTRA	PREVALENCIA	% CASOS TRATADOS
Srole y cols (1962)	U.S.A.	1660	23,4	26,7
Helgason (1964)	Islandia	5395	28,6	16,08
Hare y Shaw (1965)	U.K.	1940	20,7	8,5
Haghell (1966)	Suecia	2283	15,6	34,6
Dohrenwend (1970)	U.S.A.	257	27,6	19,70
Brunetti (1973)	Francia	683	5,7	23,00
Lehtinen y Väisänen (1980)	Finlandia	1000	26,3	52,00
Muñoz y Crespo (1981)	España	1626	28,6	40,69
Medianos y cols (1987)	Grecia	1577	35,0	52,56

Fuente: Plan Director 1995-1999. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia

La tabla 6 presenta las estimaciones de la utilización de los servicios sanitarios y de salud mental en los sujetos con trastornos específicos y con cualquiera de los trastornos contemplados en el DIS durante un período de 6 meses. Destaca que sólo el 17.6% entre los individuos

con cualquier trastorno del DIS/DSM-III buscó algún tipo de tratamiento psiquiátrico (a través de un médico o un especialista) en ese período de tiempo y el 4,5% de los sujetos sin ningún trastorno mental también buscó atención psiquiátrica.

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 6: Estimación de cualquier visita por razones de salud mental a psiquiatras o médicos generales realizadas durante un período de 6 meses en EE. UU. (*)

DIAGNÓSTICO	Visitas a Salud Mental (error estándar de la media)	
Sin trastorno mental	4,5	(0,2)
Cualquier trastorno DIS/DSM-III	17,6	(0,9)
Cualquier trastorno DIS/DSM-III a excepción del deterioro cognitivo y el abuso de sustancias psicoactivas	22,0	(1,2)
Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas	12,4	(1,3)
Abuso / dependencia del alcohol	12,7	(1,5)
Abuso / dependencia de drogas	11,0	(2,0)
Trastorno esquizofrénico/ esquizofreniforme	48,1	(5,5)
Esquizofrenia	48,6	(5,9)
Trastorno esquizofreniforme	43,8	(15,3)
Trastornos afectivos	30,5	(2,1)
Episodio maniaco	32,8	(6,9)
Episodio depresivo mayor	38,2	(2,8)
Distimia	24,2	(2,5)
Trastorno por ansiedad	20,1	(1,3)
Fobia	18,6	(1,4)
Crisis de angustia	50,4	(5,4)
Obsesivo-compulsivo	26,5	(4,2)
Trastorno por somatización	60,9	(9,0)
Trastorno de la personalidad. Personalidad antisocial	17,3	(4,0)
Deterioro cognitivo grave	6,6	(1,5)

(*) Burke JD y Reiger D.A. 1995²

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Sin embargo, cuando examinamos la proporción de casos tratados, bien por Atención Primaria o por un profesional específico en Salud Mental y casos no tratados, podemos observar (ver tabla 7), como a una mayor gravedad del trastorno aumenta el porcentaje de casos tratados por el profesional específico en Salud Mental. No obstante, sigue existiendo una alta proporción de individuos no tratados o tratados en Atención Primaria con trastornos graves.

- * Nivel de información del sujeto sobre la enfermedad y su tratamiento.
- * Las actitudes del sujeto hacia la enfermedad y sus modos de tratamiento.
- * Nivel de retraimiento social.
- * Factores generales de orden demográfico y étnico.

El segundo tipo, se relaciona con la disponibilidad o acceso de dicho tratamiento a la población, tales como:

Tabla 7: Proporción de casos tratados y no tratados en Salud Mental por médicos generales o especialistas de psiquiatría

Tipo de Trastorno	No tratados	Tratados	
		A.P.	Específico
Psicosis	24%	0%	76%
Casos Borderline	57%	0%	43%
T. Personalidad *	55%	18%	27%
Neurosis	72%	21%	8%

Incluye Alcoholismo

Fuente: Plan Director 1995-1999. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia

Muchos de estos estudios muestran también que la mayor parte de los pacientes que se han puesto en tratamiento lo hacen en fases avanzadas de la enfermedad. Este aspecto de la cronicidad que presentan comúnmente los pacientes en los servicios clínicos específicos, se añade a la complejidad de tratar un trastorno mental.

El alto porcentaje de casos no tratados tiene un especial interés desde el punto de vista de la planificación de servicios. Existen dos tipos de factores que influyen o condicionan la demanda de cuidados. El primer tipo se relaciona con la disposición del sujeto a utilizar el tratamiento tales como:

- * La demanda y la oferta de servicios sanitarios.
- * La accesibilidad de los servicios (geográfica y burocrática).
- * El coste económico de su utilización.

2.1.1.- Epidemiología de la patología mental en adultos

Por lo que se refiere a grupos diagnósticos de interés, los trastornos esquizofrénicos presentan tasas de incidencia anual que oscilan entre 0,2 a 0,6 por mil mientras las tasas de prevalencia puntual variaban entre el 2,5 y 5,3 por mil. En general, la tasa de prevalencia es igual a grandes rasgos para hombres y mujeres, aunque se ha

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

observado que los hombres presentan una edad de inicio más temprana (Burke y Regier, 1995³).

Los trastornos depresivos se presentan en la actualidad como el conjunto sindrómico de trastornos psíquicos más frecuentes en el mundo occidental, tanto en la población general como en la población clínica. Las evidencias epidemiológicas sugieren que su incidencia se halla en aumento. Se calcula que entre el 20 y el 25% de los pacientes que acuden a su médico de familia por problemas psíquicos corresponden a alguna forma de trastorno depresivo. La prevalencia de sintomatología depresiva en la población general se sitúa entre el 9 y el 20%. Para la depresión mayor, la prevalencia en vida estimada es de un 3 a 6 % en varones y de un 5 a 10% en mujeres. El riesgo de padecer un trastorno bipolar a lo largo de la vida es, para ambos sexos, ligeramente inferior al 1%. (Bernardo, 1997⁴).

Respecto a la conducta suicida, se calcula que el suicidio consumado es la causa de muerte para 8.34 personas por cada 100.000 habitantes y año. Parece que el 4-5% de la población hace algún intento de suicidio a lo largo de su vida y que, de este porcentaje, entre el 15 y el 24% repiten en el período de un año. Las tasas de intentos de suicidio atendidos en los servicios de urgencias psiquiátricas son altísimas y pueden suponer el 6-22% de las demandas de atención (González y Ferrer, 1997⁴).

Los trastornos por ansiedad presentan unas tasas de prevalencia global en población general que oscilan entre el 4 y 8%, con un claro predominio entre mujeres y jóvenes. Las crisis de ansiedad y la agorafobia con crisis de angustia son relativamente infrecuentes (0.4-

1.6%), mientras que las fobias no especificadas y el trastorno por ansiedad generalizada llegan a afectar al 19% de la población. La incidencia del trastorno obsesivo-compulsivo parece ser más alta de lo que se suponía con tasas de prevalencia en 6 meses del 0.9 al 2.4 en el NIMH-ECA (Bernardo, 1997⁵).

En relación a los datos sobre abuso-dependencia de sustancias psicoactivas, el estudio NIMH-ECA permite estimar que alrededor del 6% del total de la población norteamericana cumple criterios de abuso-dependencia del alcohol u otras drogas.

Los trastornos de la personalidad (en concreto la personalidad antisocial) presentaba una tasa de prevalencia a los 6 meses en el NIMH-ECA del 0.8% con predominio en los varones menores de 45 años.

Los trastornos de la alimentación de cualquier tipo han sido descritos hasta en un 4% de los adolescentes y jóvenes. Se estima que la anorexia nerviosa tiene lugar en cerca del 0.5-1% de las chicas adolescentes y es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres (entre 10 y 20 veces). La prevalencia de mujeres jóvenes con algunos síntomas de anorexia, pero sin cumplir criterios diagnósticos es de un 5%. Aunque inicialmente se describió más frecuentemente entre las clases altas, recientes estudios epidemiológicos no muestran esa distribución. Parece ser más frecuente en los países desarrollados y su prevalencia aumenta entre jóvenes cuyas profesiones se requiere de una delgadez, como las modelos y el ballet. La bulimia nerviosa es más prevalente, con cifras estimadas entre 1 y 3% de las mujeres jóvenes. Su inicio suele ser más tardío que la anorexia

⁴ González AI y Ferrer E: Epidemiología especial. Estudios de morbilidad de los trastornos psiquiátricos. En: Manual del Residente de Psiquiatría. Litofinter, SA. Madrid, 1997. Pp: 537-541.

⁵ Kaplan HI y Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Williams & Wilkins. Baltimore, Maryland-USA. 1998. Pp.: 720-731.

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

nerviosa, siendo también más frecuente entre las mujeres (Kaplan y Sadock, 1998⁵).

2.1.2.- Demografía. Estructura de edades y dinamismo demográfico.

La Región de Murcia está compuesta por 45 municipios con una superficie total de 11.314 Km², con una densidad media de 96,98 habitantes por Km².

La región está dividida en seis áreas sanitarias territoriales, que respondiendo a la Ley General de Sanidad, son las denominadas Áreas de Salud. Su delimitación ha sido realizada teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, de dotación de medios de comunicación, así como de instalaciones sanitarias.

Tabla 8: Población, extensión y densidad por municipio y Área de Salud. Región de Murcia 1996

MUNICIPIOS	POBLACION	KM ²	DENSIDAD
Albudeite	1.328	17,0	78,12
Alcantarilla	31.872	16,3	1.955,34
Alhama de Murcia	15.318	311,6	49,16
Beniel	7.862	10,1	778,42
Campos del Río	2.019	47,3	42,68
Librilla	3.759	56,5	66,53
Mula	13.386	634,1	21,11
Murcia	345.759	885,9	390,29
Pliego	3.373	29,4	114,73
Santomera	1.460	44,2	33,03
TOTAL ÁREA 1	434.634	2.052,4	211,70
Los Alcázares	5.501	19,8	277,83
Cartagena	170.483	558,3	305,36
Fuente Álamo	9.046	273,5	33,07
Mazarrón	16.142	318,9	50,62
San Javier	16.773	75,1	223,34
San Pedro del Pinatar	13.644	22,3	611,84
Torre Pacheco	20.345	189,4	107,42
La Unión	14.046	24,8	566,37
TOTAL ÁREA 2	265.980	1.482,1	179,46
Águilas	25.702	251,8	102,07
Aledo	991	49,7	19,94
Lorca	69.045	1.675,2	41,22
Puerto Lumbreras	10.474	144,8	72,33
Totana	21.441	288,9	74,22

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

TOTAL ÁREA 3	127.653	2.410,4	52,96
Bullas	10.488	82,2	127,59
Calasparra	8.917	185,5	48,07
Caravaca de la Cruz	21.824	858,8	25,41
Cehegín	14.085	299,3	47,06
TOTAL ÁREA 4	63.935	2.380,6	26,86
Jumilla	20.439	970,6	21,06
Yecla	28.415	603,1	47,11
TOTAL ÁREA 5	48.854	1.573,7	31,04
Abanilla	6.130	236,6	25,91
Abarán	12.002	114,4	104,91
Alguazas	6.973	23,7	294,22
Archena	14.163	16,4	863,60
Blanca	5.690	87,1	65,33
Ceuti	6.924	10,2	678,82
Cieza	31.680	366,8	86,37
Fortuna	6.295	148,5	42,39
Lorquí	5.424	15,8	343,29
Molina del Segura	41.109	170,4	241,25
Ojós	608	45,3	13,42
Ricote	1.603	87,5	18,32
Las Torres de Cotillas	15.093	38,8	388,99
Ulea	1.010	40,1	25,19
Villanueva del Segura	1.469	13,2	111,29
TOTAL ÁREA 6	156.173	1.414,8	110,39
TOTAL REGIÓN DE MURCIA	1.097.249	11.314	96,98

Fuente: Plan de Salud de la Región de Murcia 1998 - 2000 y Boletín Epidemiológico de Murcia 1998; 19 (584)

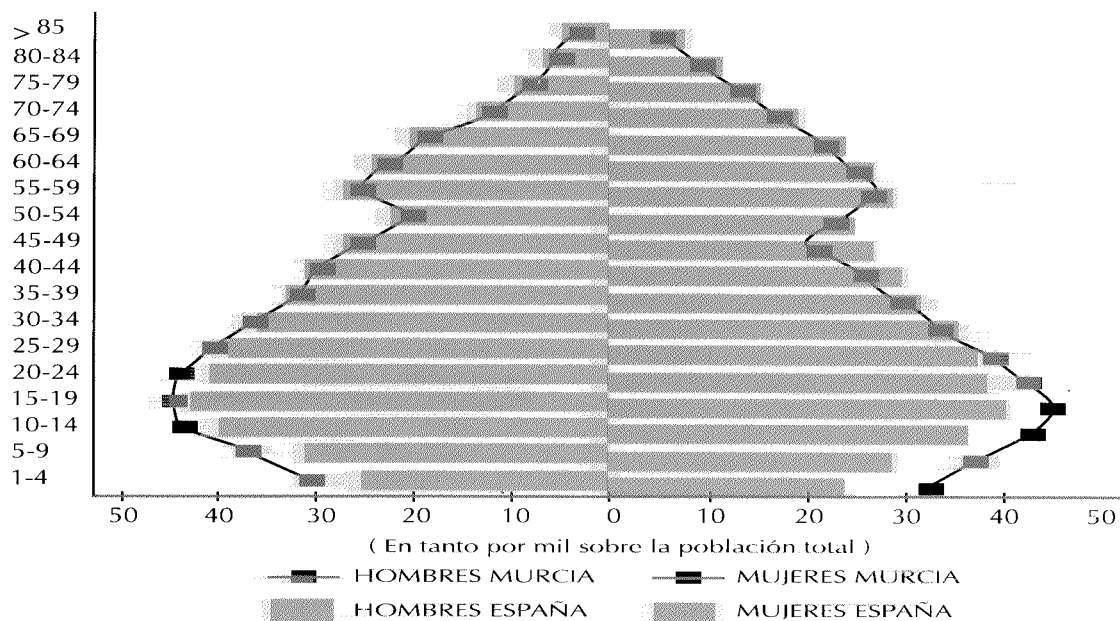


ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La estructura de la población en la Región de Murcia se desprende de las pirámides de población de Murcia y España. (ver gráfico).

este crecimiento fue para nuestra región próximo al 10%).

Gráfica 2: Pirámides de población de la Región de Murcia y España en 1991

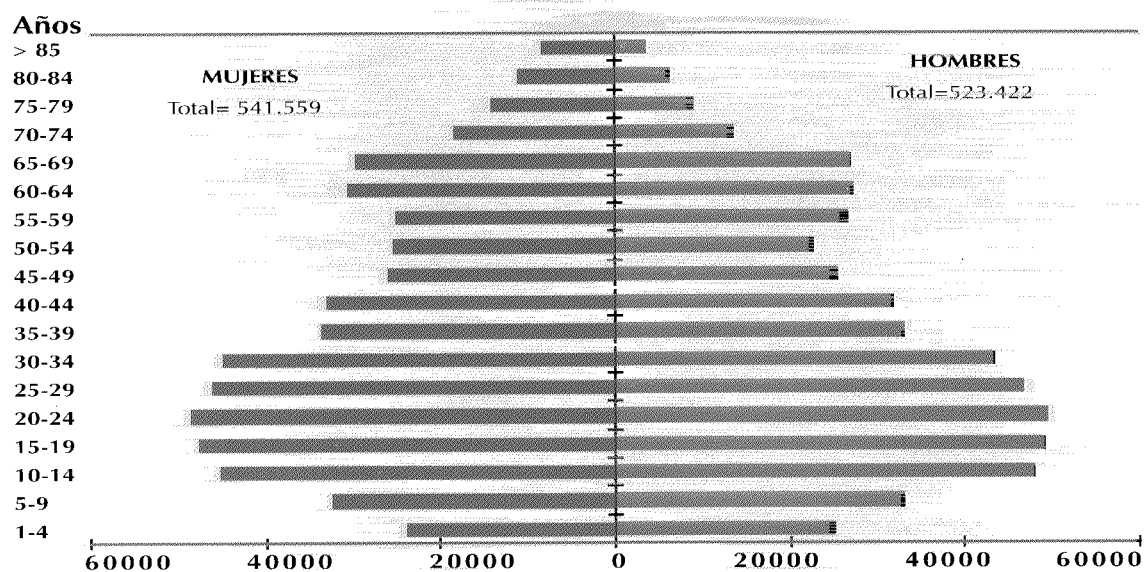


Fuente: Elaboración propia a partir de datos censales de 1991

De la comparación de ambas pirámides se desprende la existencia de un menor nivel de envejecimiento en nuestra Región, junto con una mayor presencia de efectivos demográficos jóvenes. La confluencia de los dos hechos anteriores da lugar a que la Región de Murcia presente una población más joven en términos comparativos, que la española en su conjunto. Todo esto se debe a un mayor incremento en la natalidad en nuestra región que, unido al cese en los últimos años de los saldos migratorios negativos, hace posible que el crecimiento de la población murciana sea superior al que se produce en el conjunto de España (mientras que la población española se incrementó en torno a un 3% en el último período intercensal,

Del estudio poblacional conviene destacar la presencia de dos colectivos significativos desde el punto de vista de los incrementos de población en el último período intercensal: el que corresponde a las edades más tempranas (1-15 años) y el referente a las últimas edades de lo que podemos calificar como efectivos demográficos jóvenes (16-25 años). Es del todo previsible que a esta mayor presencia demográfica, corresponderá una mayor presencia social de estos colectivos, que se está traduciendo en mayores demandas de servicios. (Este tipo de datos es de máxima importancia para planificar la asistencia en el programa de atención psiquiátrica infanto-juvenil y, con posterioridad, en el de adultos).

Gráfica 3: Pirámides de población por grupos de edad y sexo. Región de Murcia 1995



Fuente: Proyecciones de población de derecho en la Región de Murcia 1986-2000

2.2.- Organización asistencial

Antecedentes:

La asistencia psiquiátrica en Murcia ha estado históricamente asociada al Hospital Psiquiátrico Provincial, una institución prestigiada por la talla científica de sus diferentes responsables (Dr. Alberca, Dr. Valenciano, Dr. Barcia...), y que supone la principal fuente de referencia para cualquier análisis de la evolución de la atención a la Salud Mental en nuestra Comunidad. Las diversas etapas por las que pasa la asistencia psiquiátrica se van contemplando en las modificaciones tanto conceptuales, técnicas y arquitectónicas que van incidiendo en el Manicomio Provincial de Murcia, incorporando técnicas y aproximándose al modelo de institución terapéutica (sobre todo con el traslado a las nuevas instalaciones a principio de los años 70), con alguna experiencia aislada de intento de sectorización.

En la primera mitad de los ochenta comienza a producirse el desarrollo de una red comunitaria de centros de S.M. independiente del Hospital Psiquiátrico y posteriormente se realiza la apertura de una unidad en el Hospital General (año 1986). En este período la unidad del Hospital Virgen de la Arrixaca, con dependencia administrativa del Insalud, va aumentando su número de camas y su capacidad asistencial.

Un hecho determinante de la situación actual, es la separación que se produce en 1987, del Hospital Psiquiátrico en dos áreas. Una, denominada Hospital Psiquiátrico Román Alberca, conservaba su dependencia de la Consejería de Sanidad e incluía el pabellón de agudos, un pabellón de subagudos y un Centro de día. La otra área, denominada Residencia Luis Valenciano, se conformaba con el resto de los pabellones de crónicos, con población con necesidades de atención residencial, y pasaba a depender de Servicios Sociales. En

aquel momento en el que una misma Consejería agrupaba acciones sanitarias y de servicios sociales, parecía que tal medida podría haber acentuado los componentes de la asistencia social, responsabilizando a los servicios sociales en los procesos de rehabilitación y superación de la estructura manicomial.

Tras la creación de dos Consejerías independientes, los mecanismos de coordinación no funcionaron adecuadamente, produciéndose un estancamiento en el proceso de transformación del Hospital Psiquiátrico. Con la reunificación de nuevo en una sola consejería, se debería consensuar prioritariamente acuerdos y básicamente definir la política que se va a llevar a cabo con los pacientes psiquiátricos para de esta manera intentar organizar la asistencia psiquiátrica tanto desde el punto de vista extrahospitalario como hospitalario, y dentro de este campo, definir los objetivos para con los pacientes psicóticos crónicos.

En Abril de 1993, se pone en marcha una unidad de 10 camas psiquiátricas en el Hospital "Rafael Méndez" de Lorca, con dependencia administrativa del Insalud. Esta unidad "nace" deficitaria tanto por el número de camas como por el número de facultativos (solo está dotada con UN psiquiatra), dado que tiene que atender a toda el área sanitaria nº3 (con una población de 127.653 hab..).

Por estas mismas fechas, se llevan a cabo numerosos contactos con Insalud para evitar la duplicidad de redes asistenciales en Salud Mental y optimizar los recursos, integrándose los neuropsiquiatras de zona en nuevos centros o unidades de Salud Mental que gestiona el Insalud.

Gracias a toda esta planificación y coordinación, se consigue que los centros de salud mental, cubran toda la población y que la asistencia de los mismos se canalice a través de Atención Primaria, en relación a las primeras consultas.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Todo este proceso de integración sanitaria, se complementa en Mayo de 1995 con la Orden de la Consejería de Sanidad sobre la Sectorización de los Servicios Asistenciales de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia, referido tanto a nivel de sectorización ambulatoria (contemplando la asistencia en los programas de Adultos; Infanto-Juvenil y Drogodependencias), así como a la sectorización hospitalaria.

A su vez, la red asistencial ambulatoria de salud mental está organizada por diversos programas, (adultos, infanto-juvenil, drogodependencias, hospitalización y rehabilitación), quedando sin sectorizar el programa de rehabilitación debido a la escasez de recursos de este tipo existentes en nuestra región.

Este modelo de sectorización presenta una serie de deficiencias debido a que no corresponden de igual manera las zonas de salud con cada uno de los centros de salud mental y los programas a que hemos hecho referencia. Se da la paradoja de que en un mismo Centro de Salud Mental, para el programa de adultos las zonas de salud no sean las mismas que para el programa infanto-juvenil o el de drogodependencias, al igual que ocurre con el programa de hospitalización, aunque en este caso estaría justificado al no disponerse en la actualidad de todas las unidades que son necesarias.

2.2.1.-Sectorización.

A) Sectorización Ambulatoria.

Programa Adultos: Programa que atiende a la población mayor de 16 años.

Programa Infanto-Juvenil: Atiende a la población menor de 16 años.

Programa Drogodependencias: Atiende a personas con problemas de alcoholismo y otras drogodependencias.

Área Sanitaria I. Atención a Adultos

Las zonas de salud del área I, se agrupan en 4 subáreas (a efectos de funcionalidad territorial) y cada una de ellas se refiere a un Centro de Salud Mental o unidades de salud mental, que conforman un solo equipo de actuación en esa subárea.

Subárea I: (Zonas de salud: Vistabella, Infante, Beniján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo). Su Centro de Salud Mental es el nº 2, ubicado en el centro de salud de San Andrés-Murcia.

Subárea II: (Zonas de salud: Espinardo, San Andrés, Cabezo de Torres, Barrio del Carmen, La Ñora). Su Centro de Salud Mental es el nº 1, ubicado en el barrio de La Seda-Murcia.

Subárea III: (Zonas de salud: Murcia-Centro, Vistalegre, Santa María de Gracia). Su Centro de Salud Mental está ubicado en el Hospital Morales Meseguer.

Subárea IV:

• *Zonas de salud:* Alcantarilla. Su Centro de Salud Mental está ubicado en el centro de salud de Alcantarilla.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

- *Zonas de salud:* Sangonera la Seca, Alhama, Nonduermas, La Alberca, Algezares, El Palmar, Campo de Cartagena. Su Centro de Salud Mental está ubicado en el Hospital Virgen de la Arrixaca.
- *Zonas de salud:* Mula. Su Centro de Salud Mental está ubicado en el centro de salud de Mula.

Área Sanitaria I. Atención Infanto-Juvenil.

La atención a la salud mental Infanto-juvenil en el área I queda sectorizada de la siguiente forma:

- *Zonas de salud:* Vistabella, Infante, Beniaján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo, Espinardo, San Andrés, Cabezo de Torres, La Ñora, Murcia-Carmen, Nonduermas, La Alberca, Algezares, El Palmar y Campo de Cartagena. Su Centro de Salud Mental es el que está ubicado en el Barrio de La Seda de Murcia.
- *Zonas de salud:* Murcia-Centro, Vistalegre, Santa María de Gracia. Equipo de Infanto-Juvenil, ubicado en el Centro de Salud Mental de San Andrés.
- *Zonas de salud:* Alcantarilla, Sangonera la Seca, Alhama. Unidad de salud mental de Alcantarilla, ubicada en el centro de salud de Alcantarilla.
- *Zona de salud de Mula.* Centro de Salud Mental de Mula, ubicado en el centro de salud de Mula.

Área Sanitaria I. Atención a Drogodependencias.

Toda la población del área sanitaria I tiene como centro de atención a drogode-

pendencias el CAD (Centro de Atención a Drogodependientes).

Área Sanitaria II. Atención a Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias.

Todas las zonas de salud de esta área sanitaria tienen como referencia para estos tipos de atención, el Centro de Salud Mental de Cartagena.

Área Sanitaria III. Atención a Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias.

Las zonas de salud de los Municipios de Lorca, Totana, Puerto Lumbreras y Aledo, tienen como referencia para estos tipos de atención, el Centro de Salud Mental de Lorca.

Las zonas de salud del Municipio de Águilas, tienen como referencia para estos tipos de atención, el Centro de Salud Mental de Águilas.

Área Sanitaria IV. Atención a Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias.

Todas las zonas de salud de este área sanitaria tienen como referencia para estos tipos de atención el Centro de Salud Mental de Caravaca.

Área Sanitaria V. Atención a Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias.

Las zonas de salud del Municipio de Yecla, tiene como referencia para estos tipos de atención, el Centro de Salud Mental de Yecla.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Las zonas de salud del Municipio de Jumilla, tiene como referencia para estos tipos de atención el Centro de Salud Mental de Jumilla.

Área Sanitaria VI. Atención a Adultos e Infanto-Juvenil.

Las zonas de salud de: Cieza y Abarán, tienen como referencia para estas modalidades de asistencia el Centro de Salud Mental de Cieza.

Las zonas de salud de: Molina, Molina-La Ribera, Alguazas, Las Torres de Cotillas y Archena, tienen como referencia para estas modalidades de asistencia el Centro de Salud Mental de Molina.

Las zonas de salud de: Fortuna y Abanilla, tienen como referencia para estas modalidades de atención el Centro de Salud Mental ubicado en el Hospital Morales Meseguer de Murcia.

Área Sanitaria VI. Atención Drogodependencias.

Las zonas de salud de Cieza y Abarán, tienen como referencia para este tipo de asistencia el Centro de Atención a Drogodependientes de Cieza, ubicado en el Centro de Salud de Cieza.

Las zonas de salud de: Molina, La Ribera de Molina, Alguazas, Las Torres de Cotillas, Archena, Fortuna y Abanilla, tienen como referencia el Centro de Atención a Drogodependientes "Club Remo" de Murcia, en c/ Fontes Pagán, anexo al Hospital General Universitario.

B) Sectorización Hospitalaria.

La sectorización hospitalaria se plantea adjudicando a las unidades que actualmente tenemos en la Región de Murcia, las zonas de población que les corresponden.

Unidad de Psiquiatría Hospital General Universitario de Murcia.

En esta unidad se hospitalizarán las siguientes zonas de salud: Vistabella, Murcia-Infante, Murcia-Carmen, Beniján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo, Espinardo, Cabezo de Torres, San Andrés, La Ñora, Vistalegre, Santa María de Gracia y Murcia-Centro.

Estas tres últimas zonas pasarán a hospitalizarse en la Unidad del Hospital Morales Meseguer, tras su apertura.

Unidad Psiquiátrica Hospital Virgen de la Arrixaca.

En esta unidad se hospitalizarán las siguientes zonas de salud: Nonduermas, La Alberca, Algezares, El Palmar, Campo de Cartagena, Alcantarilla, Sangonera la Seca, Alhama y Mula.

Unidad Psiquiátrica Hospital Morales Meseguer.

En esta unidad se hospitalizarán los pacientes del Área de Salud nº 6 y las zonas de Vistalegre, Santa María de Gracia y Murcia-Centro, pertenecientes al área 1 y que actualmente están siendo hospitalizadas en el Hospital General.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Unidad de Psiquiatría Hospital Virgen del Rosell de Cartagena.

En esta unidad (cuando se realice su apertura), se hospitalizarán todas las zonas de salud que componen el Área II.

Unidad de Psiquiatría Hospital Rafael Méndez de Lorca.

En esta unidad se hospitalizarán los habitantes de todas las zonas que componen el Área III.

Unidades de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", Murcia.

En estas unidades se atienden de manera transitoria la siguientes áreas de salud: Área II, Área IV, Área V, y Área VI.

2.2.2.- Programas asistenciales

La red de Salud Mental de la Región de Murcia se encuentra organizada por diversos programas asistenciales. Los que existen en la actualidad, sin detrimento de que en un futuro puedan existir otros, son: Adultos, Infanto-Juvenil, Drogodependencias, Rehabilitación y Hospitalización.

El programa de atención a 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, debiendo cubrir las necesidades de prevención, diagnóstico precoz, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos de dicha población, así como las correspondientes tareas de rehabilitación (ver guía de organización y funcionamiento de los centros de atención a Adultos).

El programa Infanto-Juvenil debe cubrir a la población comprendida entre 0 y 15 años, que resida en el área de salud correspondiente, y al igual que en el programa de Adultos, debe cubrir las necesidades de prevención, diagnóstico precoz, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos de dicha población (ver guía de organización y funcionamiento de los centros de atención Infanto-Juvenil).

El programa de Drogodependencias es un programa específico que se organiza y actúa con referencia a la población con problemas de abuso y dependencia de alcohol y drogas ilegales. Debe cubrir de igual manera todas las necesidades especificadas en los anteriores programas.(ver guía de organización y funcionamiento de los centros de atención a drogodependencias).

El programa de Rehabilitación y Reinserción constituye una parte esencial de los dispositivos asistenciales, teniendo como finalidad principal lograr el máximo nivel posible de recuperación, normalización del comportamiento e integración psicosocial, evitando la marginación que supone la pérdida de la Salud Mental (ver guía de organización y funcionamiento de programas de Rehabilitación).

El programa de Hospitalización está dirigido a aquella problemática de salud mental, que no es posible resolver en el ámbito extrahospitalario por sus características clínicas fundamentalmente. Dada su variabilidad y posibilidades de intervención se remite al lector a la guía de organización y funcionamiento de los Servicios de Hospitalización Psiquiátrica, incluida en este Plan de Salud Mental.

Al disponer de varios programas asistenciales, es fundamental el que todos estos recursos tengan una coordinación interna, o propia del programa, y otra externa que la relacione con el reto de programas asistenciales. Sin estas

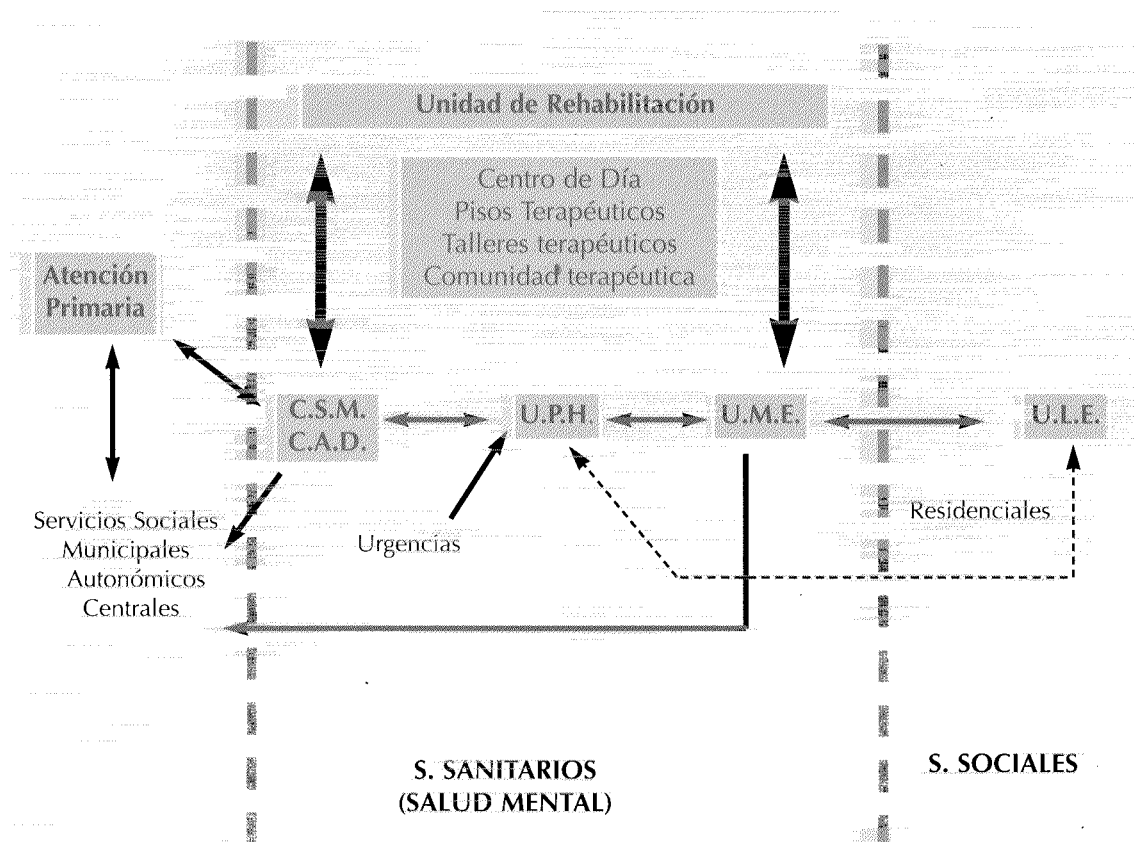
ANÁLISIS DE SITUACIÓN

coordinaciones su funcionamiento sería anárquico. Dada su importancia se ha realizado un apartado específico en el Anexo a este análisis situacional.

Para facilitar una mejor comprensión de la organización asistencial de la red de Salud Mental se ha elaborado un gráfico explicativo que permite, a su vez, describir el flujo de pacientes en la red sanitaria y las vías de derivación entre las unidades en función de criterios clínicos principalmente.

Se incluyen de forma esquemática otros dos gráficos donde se intenta reflejar de la manera más simple posible, la organización y funcionamiento de los Centros de Salud Mental y del programa específico Infanto-Juvenil.

Gráfica 4: Organización asistencial. Flujo de pacientes en Salud Mental.



C.S.M. = Centro de Salud Mental

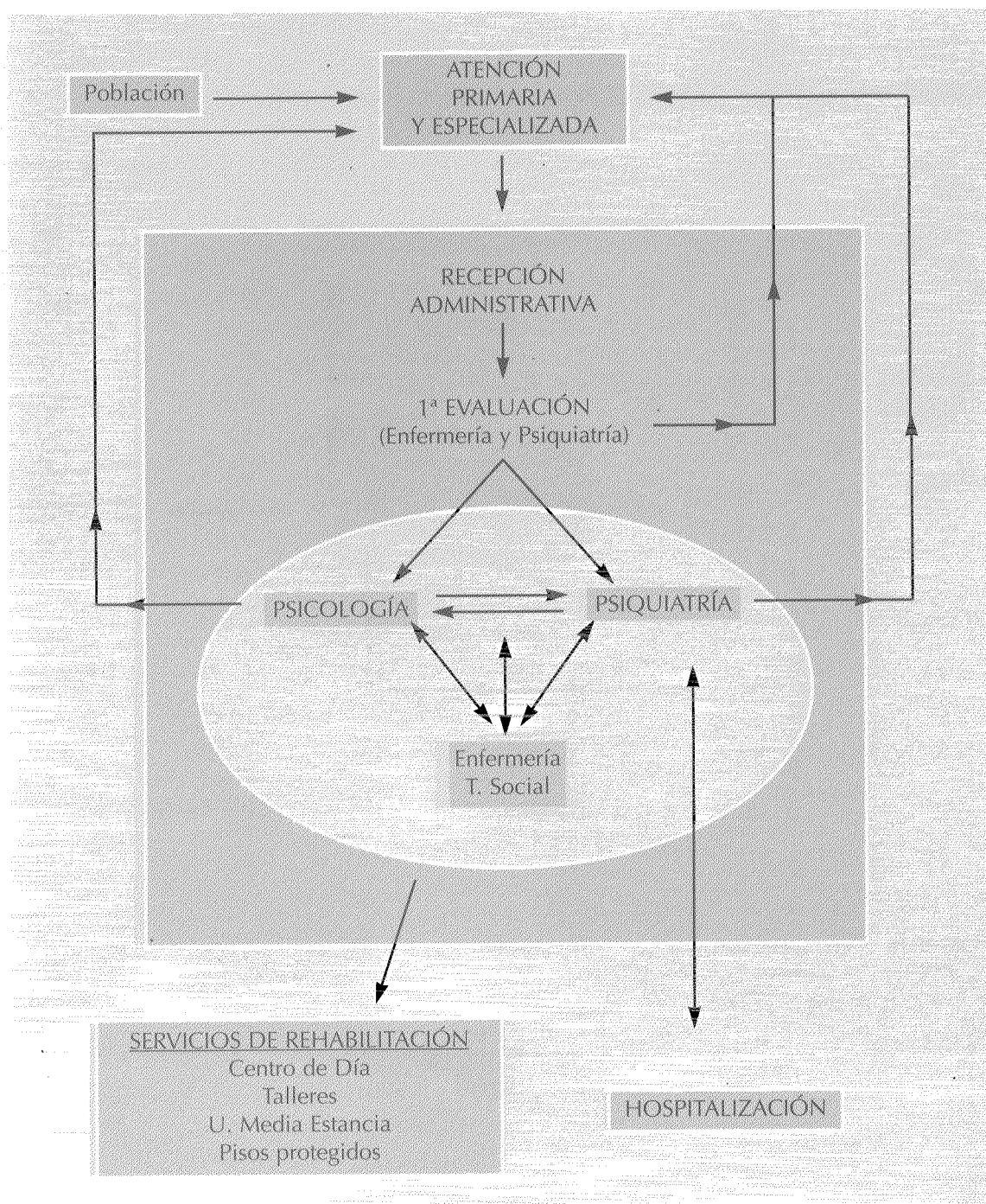
U.P.H. = Unidad Psiquiátrica Hospitalaria

U.L.E. = Unidad de Larga Estancia

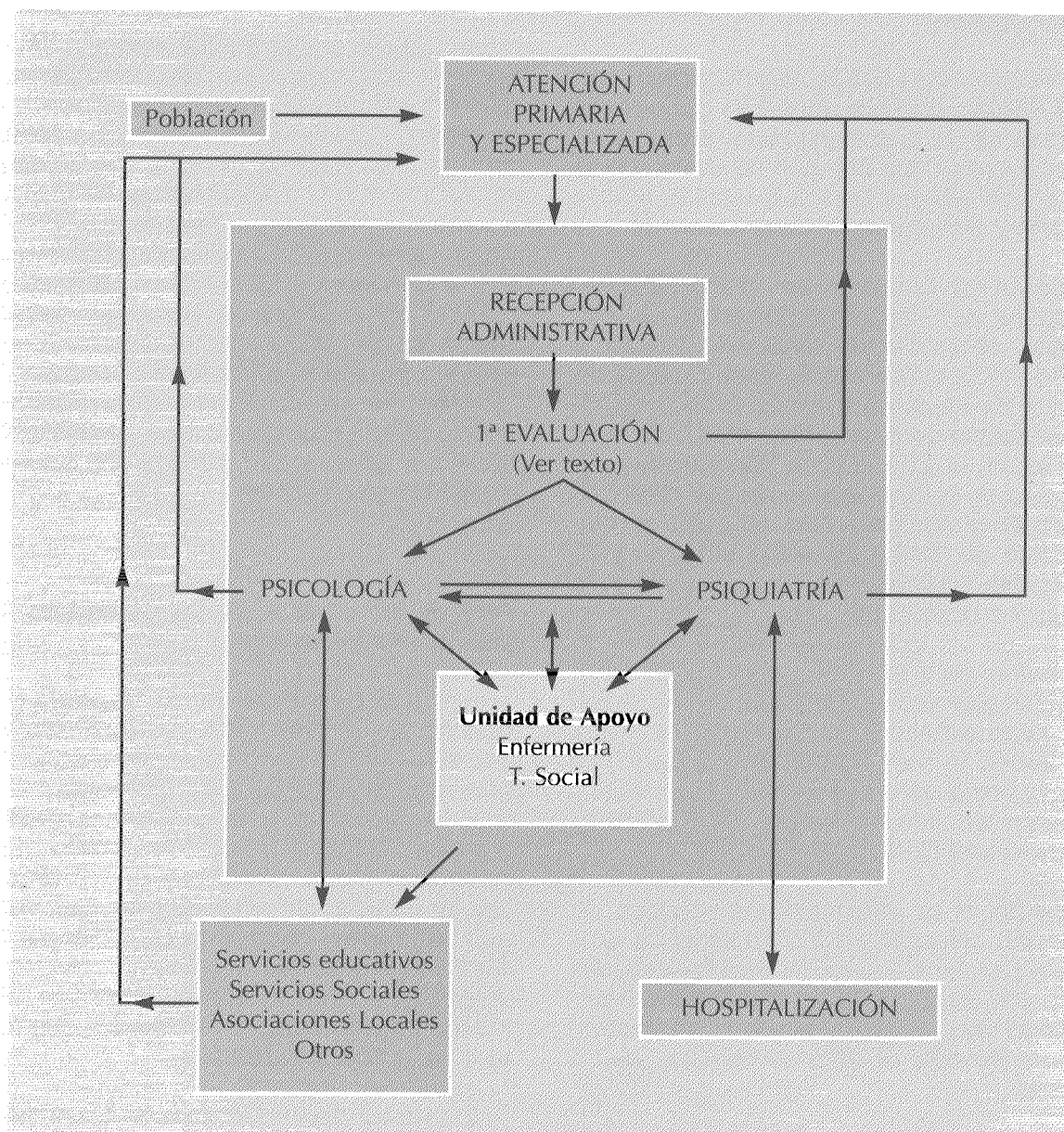
C.A.D. = Centro de Atención a Drogodependencias

U.M.E. = Unidad de Media Estancia

Gráfica 5: Esquema de organización y funcionamiento del Centro de Salud Mental



Gráfica 6: Esquema de organización y funcionamiento del Centro de Salud Infanto-Juvenil



2.3.- Análisis de la demanda

2.3.1.- Atención ambulatoria.

Perfil de los usuarios de los Centros de Salud Mental en Murcia:

No existen estudios epidemiológicos en nuestra Región que nos permitan conocer la morbilidad de la patología mental existente. Los indicadores indirectos que tenemos son la utilización de servicios de Salud Mental, índices de suicidio y consumo de psicofármacos.

Respecto al consumo de tranquilizantes, este supone el 11% de las personas que son atendidas clínicamente, (Encuesta Nacional de Salud 1995), diferenciado entre un 8,1% en varones y un 13,2% en mujeres. Es muy significativo el hecho de que cuanto más bajo es el estatus social, el consumo de tranquilizantes es mucho mayor, al igual que se da si el nivel cultural es bajo o muy bajo. Este consumo es muy significativo en franjas de edad entre 45 y 75 años (16,5%). La franja de edad entre 5 y 15 años supone apenas un 1,7%.

Así mismo, en el año 1995, las tasas de suicidio en la Región eran de 8,72 por 100.000 habitantes, algo superiores a la media nacional (8,10), siendo lo más significativo el que esta tasa en la franja de edad entre los 15 y 19 años es superior en nuestra Región (3,10) que la media nacional (2,79).

Respecto a la utilización de servicios, la información disponible plantea algunos problemas en relación a la existencia de dos redes de atención a la Salud Mental, el S.M.S. e INSA-LUD. Cada una de ellas atiende a una población determinada al estar sectorizada dicha asistencia.

Sobre la utilización de estos servicios, hay que remarcar que los tiempos de espera para ser atendidos los pacientes en los CSM/CAD

dependientes del S.M.S., son en todos los casos inferiores a las cuatro semanas, siendo la media no superior a las dos semanas (datos facilitados por las Gerencias de Atención Primaria del Insalud).

Al coexistir dos redes de atención en Salud Mental, que dependen de administraciones diferentes, se da la paradoja de que las interconsultas, peticiones de pruebas complementarias y expedición de recetas que se originan en los CSM/CAD dependientes del S.M.S., no pueden hacerse directamente por el hecho de no pertenecer administrativamente al Insalud, ni disponer de los permisos pertinentes. La consecuencia es que los pacientes deben ser derivados de nuevo a su médico de Atención Primaria para que a través del "circuito" Insalud le sean realizadas las recetas y pruebas solicitadas. Esta situación supone una pérdida de tiempo y operatividad, junto a una duplicidad en el trabajo a realizar.

Perfil de los usuarios de los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil:

Hasta el año 1998, no se disponía de un sistema de información lo suficientemente fiable y común para todos los centros que atienden a este tipo de patología, por lo que los datos que aparecen a continuación se extraen y se extrapolan de las memorias asistenciales de dos Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de Murcia, que atienden a una población de unos 400.000 habitantes en total. Con el nuevo sistema de información y registro recientemente implantado, si se podrá tener acceso a este tipo de datos.

El usuario de los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil corresponde a un individuo de sexo masculino (60%) con una edad de 5 a 9 años (45%) y de 10 a 14 años (36%),

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

suponiendo la franja de 5 a 14 años un porcentaje del 81% del total. El nivel cultural se centra en E.G.B., Bachiller elemental (65%).

Los porcentajes referidos a los grupos de edad (5 a 9 años y de 10 a 14 años) eran a la inversa hasta el año 1994.

Respecto a los diagnósticos nos encontramos que "otros trastornos con manifestaciones físicas" representa el 18,3%, para trastornos de ansiedad en Infancia y Adolescencia el 11,4%, un 4,5% para trastornos afectivos y un 5,4% para trastornos de conducta. Cabe resaltar el porcentaje de un 22% para factores no atribuibles a trastornos mentales específicos. Hasta el año 1994 el porcentaje para los "factores no atribuibles a trastornos mentales" era de un 13%, así como los porcentajes referidos a trastornos de ansiedad y afectivos eran superiores a los actuales. Estos datos se corresponden básicamente con el gran aumento de demanda de consultas en los últimos años para este tipo de población.

Perfil de los usuarios de los Centros de Salud Mental de Adultos:

Los datos que se proporcionan a continuación están referidos exclusivamente a las primeras consultas (casos nuevos), y no corresponden a los datos de la totalidad de la red ambulatoria, sino al de varios centros de salud mental, con una población cercana a los 400.000 habitantes, extrapolando estos datos a la totalidad de la Región, dado que el sistema de registro de casos psiquiátricos no se ha empezado a implantar en todos los centros dependientes del Servicio Murciano de Salud hasta el año 1998.

El perfil predominante es el de mujer (60%), en dos grupos de edad mayoritarios que van desde los 15 a los 29 años (38%)

(15 a 19 años: 10%; 20 a 24 años: 14,4%; 25 a 29 años: 13,6%), y de 30 a 50 años (30%), con un nivel socio-educativo medio/bajo (estudios primarios 42%, seguido de un 14% para E.G.B/Bachiller elemental). Es muy llamativo el alto porcentaje de pacientes que no tienen ningún tipo de estudios (20%), y el 10% de analfabetos (ver gráficas)

En cuanto al estado civil encontramos que se concentra entre casados (50%) y solteros (35%). La actividad laboral de ama de casa (21,8%), el trabajo fijo (19,6%) y el trabajo eventual (15,5%) son los más frecuentes, apareciendo un 11,8% de estudiantes. Respecto al tipo de convivencia encontramos con que el 56% conviven con la familia propia, y que el 26,6% lo hacen con su familia de origen (padres). (Ver gráficas)

En el apartado de diagnósticos vemos que el grueso del porcentaje aparece en los trastornos neuróticos (35,5%), seguido por los trastornos afectivos (25%). Por último los trastornos psicóticos suponen un (5,8%, donde las mujeres representan un 40% de este tipo de trastornos) (ver gráficas).

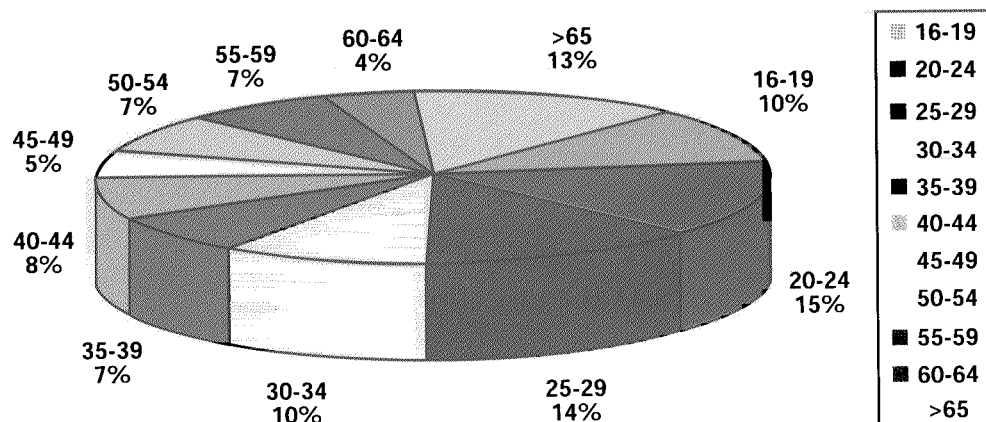
PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

TIPO CONSULTA	HOMBRES %	MUJERES %
Primeras	40,3	59,7
Revisiones	40,4	59,6
Totales	40,4	59,6

PROGRAMA ADULTOS 1997

EDAD	%
16-19	9,67
20-24	14,34
25-29	13,63
30-34	10,30
35-39	7,29
40-44	7,77
45-49	4,83
50-54	7,21
55-59	6,97
60-64	4,44
>65	13,5



PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

PROGRAMA ADULTOS 1997

PROGRAMA ADULTOS 1997

DIAGNOSTICOS C.I.E.10 (AGrupados)	%
Psicosis	5,79
T. Afectivos	25,35
Distimias	6,15
Neurosis	35,49
T. Personalidad	4,86
Toxicomanías	2,95
T.M. Orgánicos	4,94
T.C. Alimenticia	2,06
Retraso Mental	0,97
Otros	1,37
Sin Especificar	10,08

SITUACIÓN LABORAL	%
Trabajo fijo	19,65
Trabajo eventual	15,53
En paro (busca 1 ^{er} empleo)	3,72
En paro (no 1 ^{er} empleo)	9,43
Retirado, jubilado	12,36
Estudiante	11,81
Labores domésticas	21,79
I.L.T.P.	3,25
Incapacidad permanente	0,48
Sin datos	1,98

TIPO DE CONVIVENCIA	%
Solo	5,07
Con familia propia	56,18
Con familia de origen	26,62
Solo con hijos	4,68
Con otros familiares	2,77
En instituciones	0,08
Sin datos	4,60

ESTADO CIVIL	%
Soltero	34,94
Casado	50,08
Viudo	6,50
Divorciado	2,54
Separado	3,88
Unión Consensuada	1,11
Sin datos	0,95

NIVEL EDUCATIVO	%
Analfabeto	10,38
Sin estudios	20,21
1º y 2º grado (1 ^{er} ciclo)	42,23
2º grado (2º ciclo)	14,42
3 ^{er} grado (T. Medios)	3,80
3 ^{er} grado (T. Superiores)	2,77
Sin datos	6,18

Perfil de los usuarios de los Centros de Atención a Drogodependencias:

Los datos que se exponen a continuación están referidos a las primeras consultas de los centros de atención a drogodependencias, y no corresponden a la totalidad de la red de salud mental. Se han utilizado los del CAD de Murcia, que atiende a una población de 500.000 habitantes y que dispone de un sistema de registro de casos psiquiátricos. A partir del año 1998 comienza a implantarse un sistema unificado de registro por lo que a partir de ese momento sí será posible el tener datos fiables de la totalidad de la red.

El usuario que más acude a tratamiento es un individuo de sexo masculino (85,6%), con edades comprendidas entre 20-29 años (44,4%) y entre 30-39 años (35%), con un nivel cultural bajo (70% de estudios primarios). Acerca del estado civil predominan los solteros con un 49,8% y en cuanto a su actividad laboral son personas en paro (36%), y con trabajo fijo y/o eventual (50,4%)

Con respecto a años anteriores se ha modificado la edad de los pacientes, ya que anteriormente las edades comprendidas entre los 20-29 años suponían un 55%, era mayor el número de solteros con un 59%, y respecto al nivel cultural este ha subido ya que anteriormente era mucho mayor el porcentaje de los que no tenían ningún tipo de estudios.

La sustancia más consumida entre los que contactan con el CAD es la heroína (39%), seguido del consumo de alcohol (25,7%) y de la cocaína es de un (22%). El resto de las drogas tienen unos porcentajes muy bajos, y no significativos.

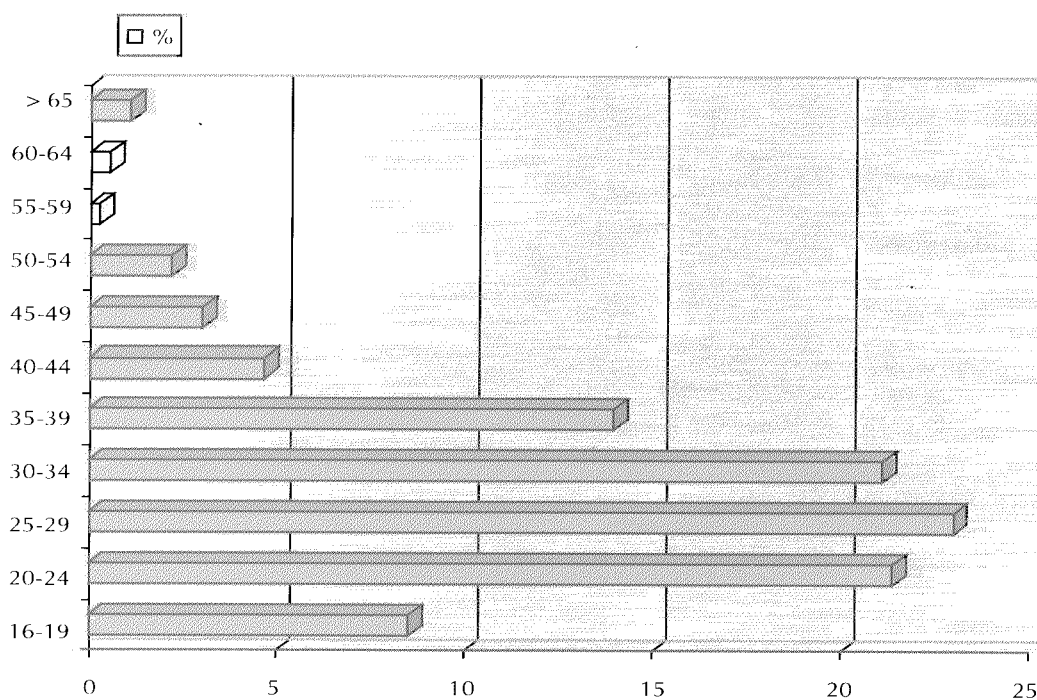
Con respecto a años anteriores ha subido ligeramente el porcentaje de diagnósticos de alcoholismo, pero lo más significativo es que el relativo al consumo de heroína ha descendido en un 32% y por el contrario ha subido muy significativamente el relativo al consumo de cocaína.

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

TIPO CONSULTA	HOMBRES %	MUJERES %
Primeras	81	19
Revisiones	85,7	14,3
Totales	85,6	14,4

EDAD	%
16-19	8,49
20-24	21,37
25-29	23,01
30-34	21,10
35-39	13,97
40-44	4,66
45-49	3,01
50-54	2,19
55-59	0,27
60-64	0,55
>65	1,10

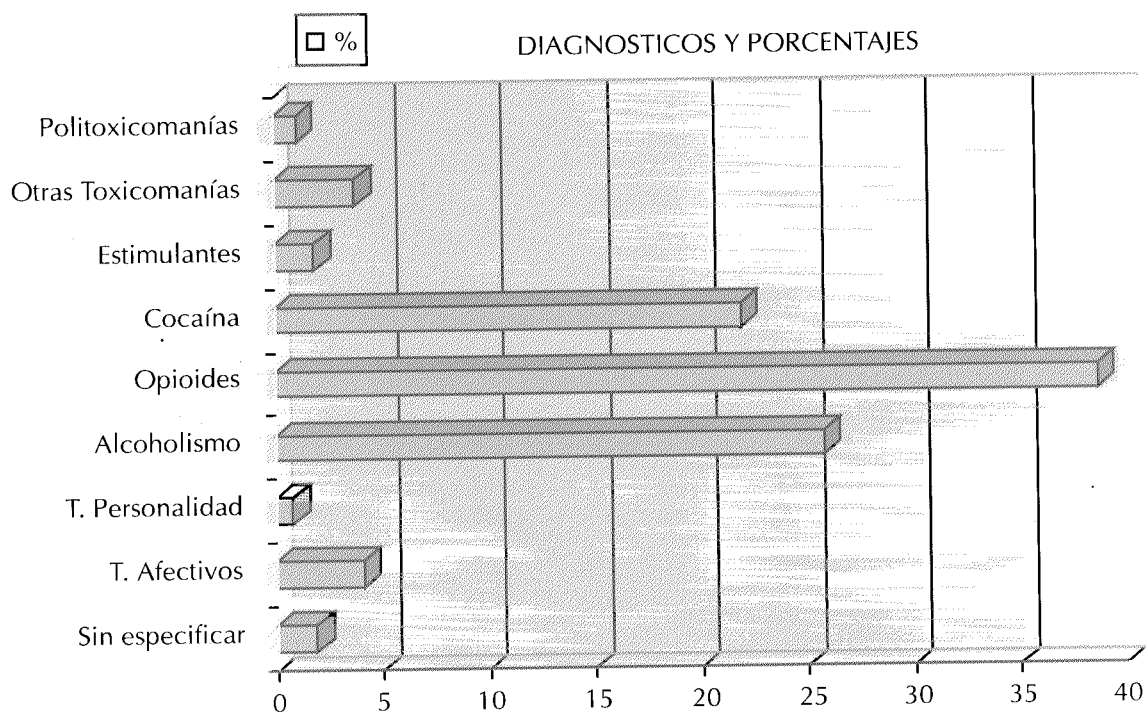


ANÁLISIS DE SITUACIÓN

PROGRAMA DROGODEPENDENCIAS 1977

ESTADO CIVIL	%
Soltero	49,86
Casado	31,78
Viudo	1,64
Divorciado	0,27
Separado	10,96
Unión Consensuada	5,48

DIAGNOSTICO CIE 10	%
Sin especificar	1,92
T. Afectivos	4,11
T. Personalidad	0,82
Alcoholismo	25,75
Opioides	38,63
Cocaína	21,92
Estimulantes	1,92
Otras Toxicomanías	3,84
Politoxicomanías	1,10



PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

PROGRAMA DROGODEPENDENCIAS 1977

INICIATIVA DE LA DEMANDA	%
Iniciativa propia	41,92
Médico A.P.	27,40
Especialista	1,82
Servicio U.H.	1,46
Servicio R.S.M.	13,50
Judicial	5,11
Otros	8,03
Sin datos	0,73

TIPO DE CONVIVENCIA	%
Solo	6,85
Con familia propia	31,78
Con familia de origen	49,86
Solo con hijos	1,10
Con otros familiares	8,49
En instituciones	1,64
Sin datos	0,27

NIVEL EDUCATIVO	%
Analfabeto	3,56
Sin estudios	13,15
1º y 2º grado (1º ciclo)	62,19
2º grado (2º ciclo)	15,07
3º grado (T. Medios)	2,19
3º grado (T. Superiores)	3,56
Sin datos	0,27

PROGRAMA DROGODEPENDENCIAS 1977

PROFESIÓN	%
Profesionales, técnicos, ...	3,56
Directivos. Administración	1,64
Pers. Serv. Admin. y Admón.	5,21
Comerciantes, Vendedores	12,05
Pers. Serv. Hostelería	13,42
Pers. Agricultura	10,14
Construcción, industria	38,90
No bien especificada	14,25
Prof. Fuerza Armadas	0,27
Sin datos	0,55

SITUACIÓN LABORAL	%
Trabajo fijo	23,01
Trabajo eventual	27,40
En paro (busca 1º empleo)	1,92
En paro (no 1º empleo)	33,97
Retirado, jubilado	6,58
Estudiante	2,19
Labores domésticas	3,56
I.L.T.P.	0,82
Incapacidad permanente	0,27
Sin datos	0,27

Datos asistenciales ambulatorios.

Las fuentes utilizadas son el sistema propio de información del Departamento de Salud Mental al que remiten la información los dispositivos dependientes del Servicio Murciano de Salud y las Unidades de Salud Mental y los servicios de psiquiatría de los hospitales dependientes de INSALUD.

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

Como se puede observar en las gráficas de evolución asistencial relativas a la atención

prestada en CSMs en sus programas de atención a adultos e infanto-juvenil, se observa una disminución de actividad en el año 1994, que se corresponde con el hecho de que los centros dependientes del Insalud dejan de proporcionarnos los datos correspondientes. A partir de ese año, las gráficas solo reflejan la actividad asistencial realizada por los CSMs dependientes del SMS. (En la actualidad se siguen teniendo grandes dificultades para conseguir datos relativos a la actividad asistencial realizada por Insalud, no estando normalizada ni la toma de datos ni el trasvase de esa información).

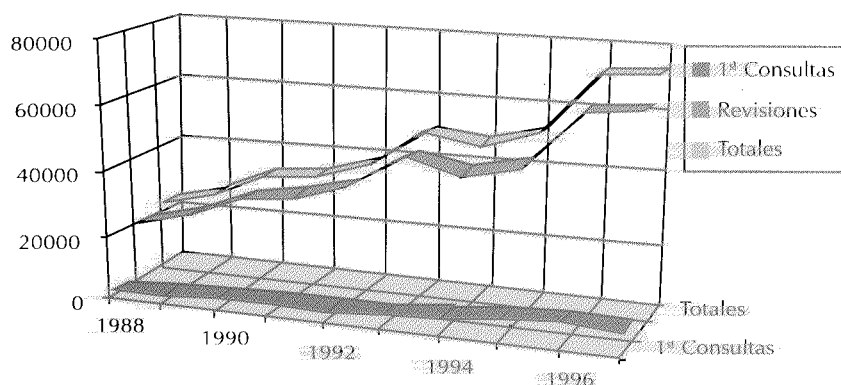
Los datos disponibles relacionados con los dispositivos de rehabilitación son muy escasos al no disponer de ningún sistema de registro adecuado. Los pocos datos disponibles orientan hacia una cronificación e inmovilización de los pacientes atendidos en los, por otro lado escasos, recursos disponibles. En nuestra región, el programa menos desarrollado y, por tanto, con grandes carencias es el de rehabilitación.

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 11: Evolución asistencial de la atención a los adultos en los Centros de Salud Mental

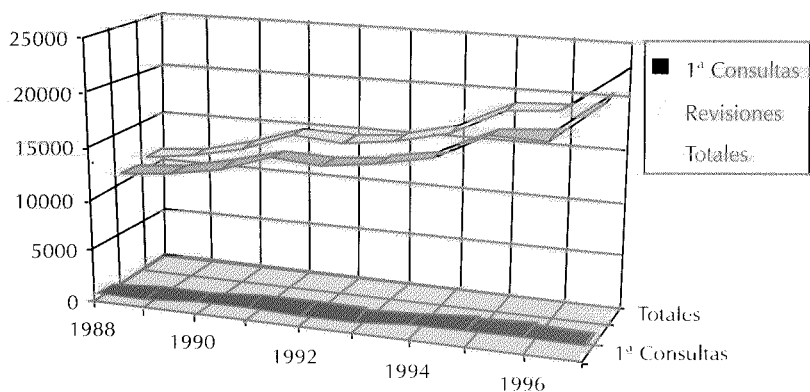
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1ª Consultas	1.608	1.985	3.001	3.042	3.069	3.854	5.043	6.654	7.785	7.124
Revisiones	18.852	23.162	29.893	31.673	36.245	46.908	43.198	46.924	64.057	66.033
Totales	20.460	25.147	32.894	34.715	39.314	50.762	48.241	53.578	71.842	73.157



* A partir de 1994 solo se reflejan datos de los centros dependientes del S.M.S.

Tabla 12: Evolución asistencial del programa de drogodependencias

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1ª Consultas	467	696	817	971	979	973	1.274	1.354	1.420	1.186
Revisiones	10.872	11.243	12.445	13.856	13.488	14.125	15.112	17.640	17.730	21.538
Totales	11.339	11.939	13.262	14.827	14.467	15.098	16.386	18.994	19.150	22.724

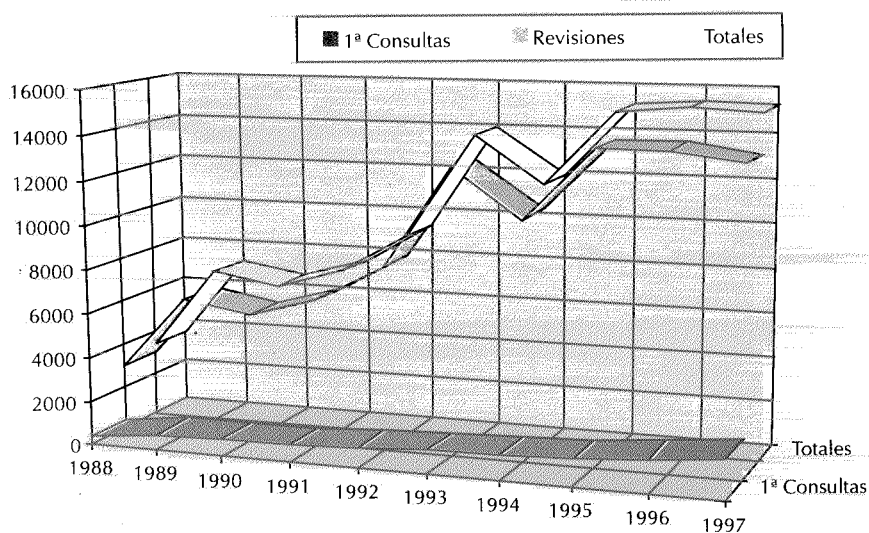


* A partir de 1994 solo se reflejan datos de los centros dependientes del S.M.S.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 13: Evolución asistencial en la atención infanto-juvenil

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1ª Consultas	367	732	748	773	896	1.058	1.140	1.247	1.485	1.778
Revisiones	2.986	6.288	5.783	6.640	8.277	12.805	10.678	13.837	13.870	13.455
Totales	3.353	7.020	6.531	7.413	9.173	13.863	11.818	15.084	15.355	15.233



* A partir de 1994 solo se reflejan datos de los centros dependientes del S.M.S.

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Comparación de la actividad y utilización de los recursos asistenciales ambulatorios de la Región con la media del Estado.

Sobre su utilización/1.000 habitantes (a partir del año 1995), respecto a las primeras consultas, se realizan un 55% más que en el resto del Estado, un 20% más de consultas totales y un 15% más de consultas sucesivas o de revisión.

En relación a la actividad realizada en los Centros de Salud Mental, el índice de sucesi-

vas/primeras es significativamente inferior al resto del Estado, obedeciendo este dato al mayor número de primeras visitas y a una mejor operativización de los Centros de Salud Mental.

Respecto al número de habitantes/Centro de Salud Mental (cobertura), en relación a la población general las cifras son discretamente mayores a las del Estado, lo que indica un menor número de CSMs en nuestra Región respecto a la situación estatal.

Tabla 14: Comparación de la actividad y utilización de los recursos asistenciales ambulatorios de Murcia y del resto del Estado

	CENTROS / UNIDADES DE SALUD MENTAL año 1996					
	COBERTURA	ACTIVIDAD		UTILIZACIÓN		
	Habitantes / C.S.M.	Total consultas	Índice Sucesivas / 1ª visitas	Total consultas / 1.000 hab.	1ª Consultas / 1.000 hab.	Cons. Sucesivas / 1.000 hab.
MURCIA	72.293	118.961	6,2	109,7	15,2	94,5
TOTAL ESTADO	70.757	3.616.203	8,6	92,1	9,6	82,5

FUENTE: Indicadores año 1996. Sistemas de Información en Salud Mental. Encuesta Nacional de Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tas CONSULTAS ATENDIDAS EN C.S.M. / U.S.M.	AÑO 1991	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996
MURCIA	4.786	4.944	6.099	8.364	15.066	16.535
TOTAL ESTADO	217.525	233.729	278.402	290.346	348.146	378.107

CONSULTAS SUCESIVAS ATENDIDAS EN C.S.M. / U.S.M.	AÑO 1991	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996
MURCIA	57.420	61.010	73.624	76.436	99.753	102.426
TOTAL ESTADO	1.818.836	2.110.067	2.553.534	2.690.172	2.961.154	3.238.096

CONSULTAS TOTALES ATENDIDAS EN C.S.M. / U.S.M.	AÑO 1991	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996
MURCIA	62.206	65.954	79.723	84.800	114.819	118.961
TOTAL ESTADO	2.036.361	2.343.796	2.831.936	2.980.518	3.309.300	3.616.203

FUENTE: Sistemas de Información en Salud Mental. Encuesta Nacional de Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo.



2.3.2.- Atención hospitalaria

Datos asistenciales hospitalarios.

Las fuentes utilizadas son el sistema propio de información del Área de Salud Mental al que remiten los dispositivos dependientes del Servicio Murciano de Salud (S.M.S.), y los servicios de psiquiatría de los hospitales dependientes de INSALUD. Los datos aportados son escasos al no tener un sistema de registro unificado en el programa de hospitalización psiquiátrica, ni estar informatizados los datos.

El dato más significativo es el progresivo descenso de actividad en Hospital Psiquiátrico a partir de 1983, coincidiendo con la apertura de la red comunitaria de Centros de Salud Mental, y la posterior apertura de unidades en hospitales generales (ver gráficos). Aunque esta tendencia se ha visto invertida en los dos últimos años, debido básicamente al insuficiente número de camas de corta estancia en hospitales generales.

Respecto a la actividad de las unidades de psiquiatría en hospitales generales, se mantiene la tendencia ascendente del número de ingresos en la UPH del Hospital General, en el Hospital Rafael Méndez en el último año, y en la UPH del Hospital Virgen de la Arrixaca. Los índices de ocupación de todas las UPHs, incluido el Hospital Psiquiátrico, son similares y respecto a la estancia media, las unidades de agudos del hospital psiquiátrico presentan unas cifras significativamente superiores al resto de unidades hospitalarias. La UPH del Hospital Virgen de la Arrixaca tiene la peculiaridad de ser una unidad abierta en el Servicio de Medicina Interna (ver gráficos).

En relación al índice ingresos/reingresos, los datos son: 1/2 en la UPH del Hospital Psiquiátrico, en la UPH del Hospital General es de casi 1/1, y en las de los Hospitales Rafael Méndez y Virgen de la Arrixaca es de 2/1, siendo su expli-

cación el hecho de tener una mayor disponibilidad de camas el Hospital Psiquiátrico y ser superior al 50% los diagnósticos de psicosis esquizofrénicas en estas UPHs, así como por ser derivados a este recurso aquellos pacientes que tienen que permanecer mas tiempo ingresados debido a la patología que presentan (ver gráficos).

Un dato importante en relación al número de reingresos detectados en las UPHs, es el que este número disminuye progresivamente desde el año 1988 coincidiendo con el aumento constante de la actividad de los Centros de Salud Mental y CAD. Esta tendencia se invierte en los dos últimos años, debido básicamente al aumento de la presión asistencial en las UPHs y, muy probablemente, al intentar reducir la estancia media para poder disponer de camas libres para los ingresos urgentes (ver gráficos).

Hay que señalar la habitual inmovilización de camas de agudos por pacientes crónicos, al no disponer de camas suficientes de Media y Larga estancia, no existir suficientes servicios de rehabilitación y no estar en funcionamiento programas específicos, así como por las dificultades para la derivación de pacientes a los recursos residenciales de ISSORM.

Comparación de la actividad y utilización de los recursos asistenciales hospitalarios de la Región con la media del Estado.

Respecto a la actividad de estos recursos asistenciales, la Estancia Media Global, así como la referida a la de Hospitales Generales y Hospital Psiquiátrico, es **menor** en la Región de Murcia que la media del resto del Estado.

Respecto a la utilización de estos recursos, los índices de ocupación de las camas del H. General como en las del H. Psiquiátrico son muy superiores a la media del Estado. Esta

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

situación nos indicaría, por un lado, el déficit de camas/100.000 y, por otro, (debido a que la estancia media es inferior), a que su utilización está siendo rentabilizada al máximo. Los ingresos/100.000 habitantes son algo superiores a la media, a costa de los realizados en H. Psiquiátrico, al no disponer de camas suficientes en Unidades del Hospital General.

En lo referente a la actividad y utilización de recursos tipo Hospital de Día, la ausencia de estos recursos en nuestra región hace que su creación sea imprescindible en los próximos años. De igual manera, respecto a recursos tipo Centro de Día, nuestra Región se encuentra por debajo de la media del Estado.

Tabla 15: Evolución asistencial del Hospital Psiquiátrico de El Palmar

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Ingresos	340	361	458	493	480	534	451	427	342	291
Reingresos	959	996	1.024	1.090	1.180	1.317	1.199	1.030	1.128	942
TOTALES	1.299	1.357	1.482	1.583	1.660	1.851	1.650	1.457	1.470	1.233

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Ingresos	305	319	261	284	229	171	196	213	209	270
Reingresos	1.005	901	831	660	592	539	512	451	541	555
TOTALES	1.311	1.220	1.092	944	821	710	708	664	750	825

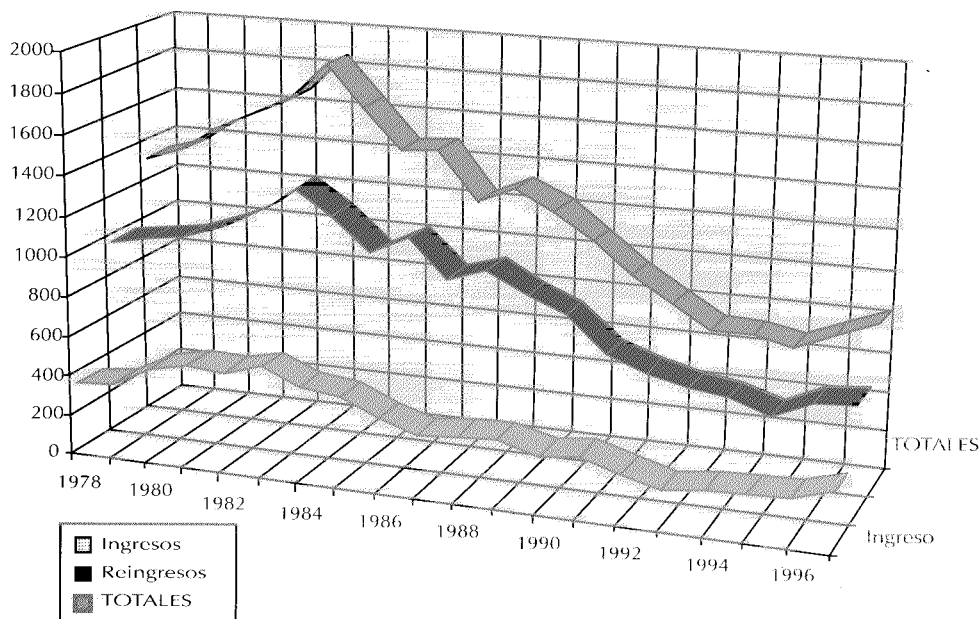
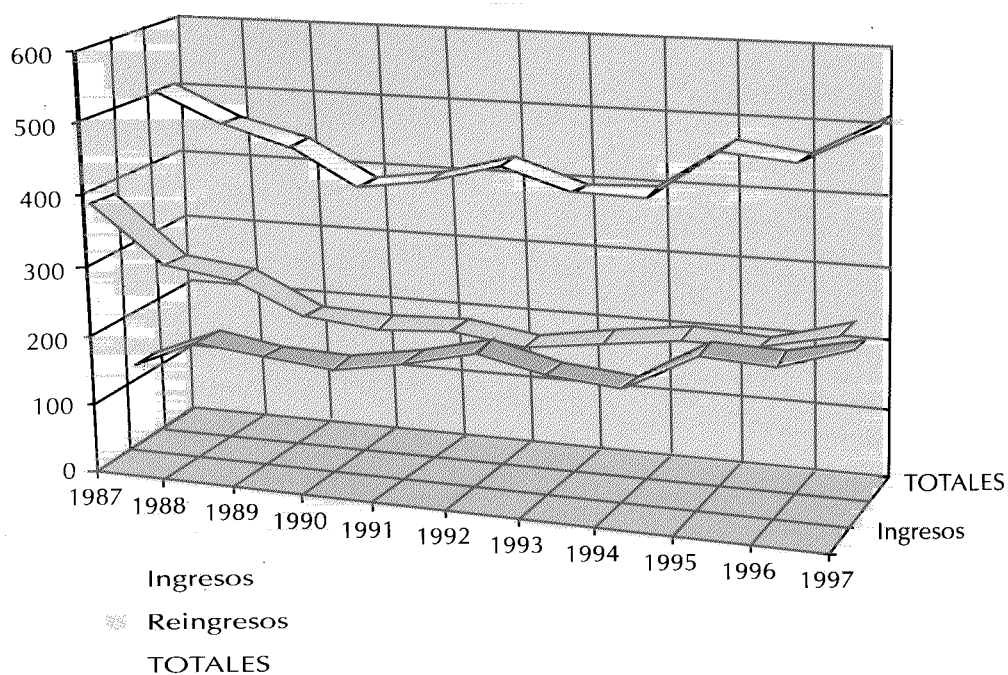


Tabla 16: Evolución asistencial del Hospital General Universitario de Murcia

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993 *	1994	1995	1996	1997
Ingresos	380	297	285	241	236	240	228	242	257	252	280
Reingresos	124	165	150	143	163	187	165	155	211	205	234
TOTALES	504	462	435	384	399	427	393	397	468	457	514



PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 17: Evolución Asistencial de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Total ingresos	264	270	264	443	368	444	574	574	624	670	539

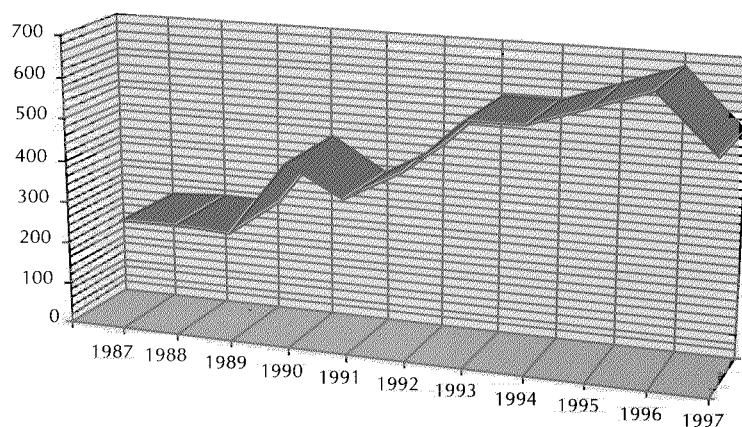
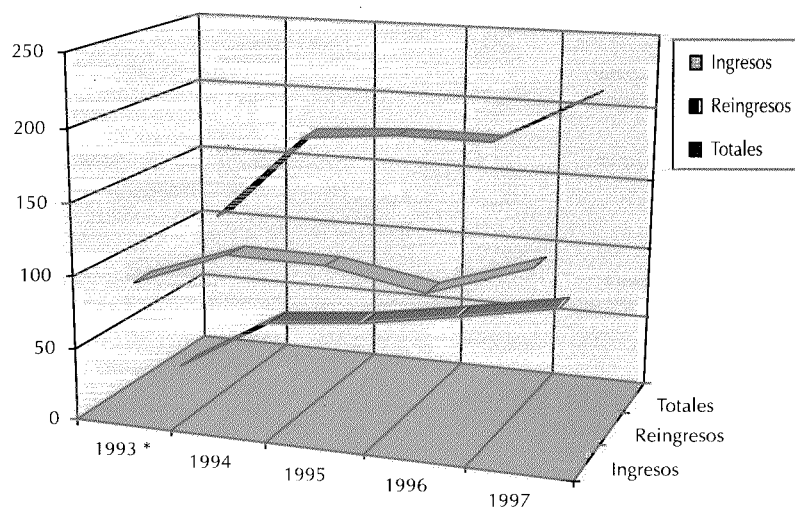


Tabla 18: Evolución asistencial del Hospital Rafael Méndez

	1993 *	1994	1995	1996	1997
Ingresos	94	119	118	106	129
Reingresos	15	54	60	72	85
TOTALES	109	173	178	178	214



Esta unidad se inauguró en abril de 1993.

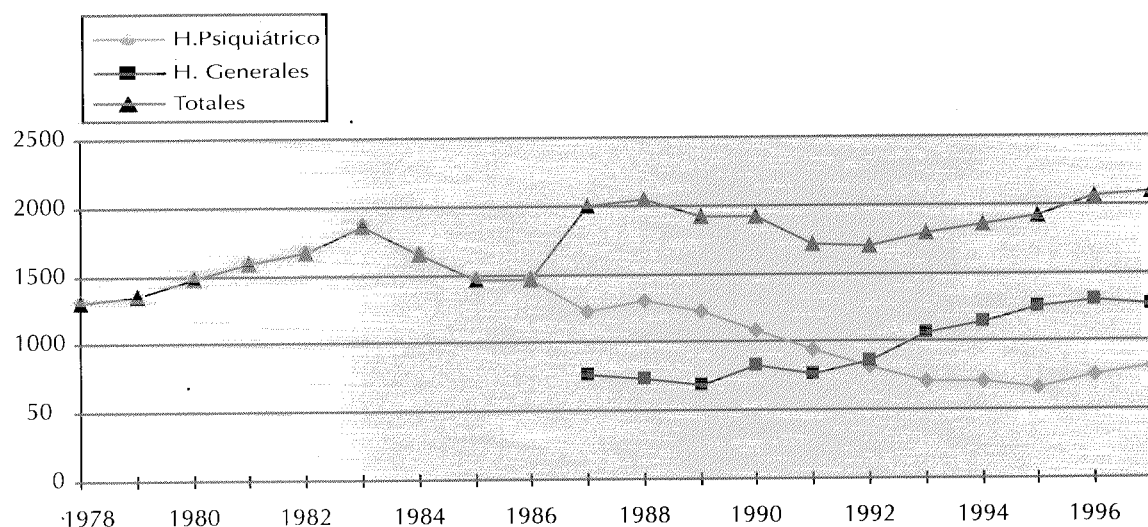
PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 19: Evolución asistencial Hospital Psiquiátrico-Hospitales Generales

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
H. Psiquiátrico	1.299	1.357	1.482	1.583	1.660	1.851	1.650	1.457	1.470	1.233
H. Generales										768
TOTALES	1.299	1.357	1.482	1.583	1.660	1.851	1.650	1.457	1.470	2.001

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
H. Psiquiátrico	1.311	1.220	1.092	944	821	710	708	664	750	825
H. Generales	732	699	827	767	871	1.076	1.144	1.251	1.305	1.267
TOTALES	2.043	1.919	1.919	1.711	1.692	1.786	1.852	1.915	2.055	2.092



Año 1986: Apertura UPH H. General y H.U. Arrixaca.

Año 1987: Separación unidades residenciales.

Año 1993: Apertura UPH H. Rafael Méndez.

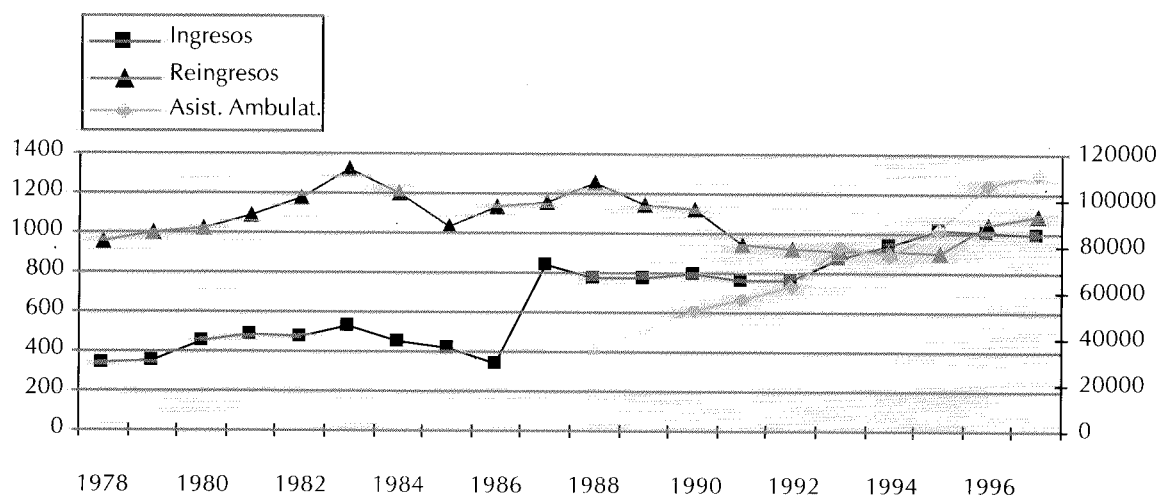
PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 20: Evolución asistencial Hospitalización - Asistencia Ambulatoria

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Ingresos	340	361	458	493	480	534	451	427	342	847
Reingresos	959	996	1.024	1090	1.180	1.317	1.199	1.030	1.128	1.154
Asistencia Ambulatoria										

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Ingresos	782	780	797	766	764	876	940	1.018	1.010	1.003
Reingresos	1.260	1.139	1.122	945	927	910	912	897	1.045	1.089
Asistencia Ambulatoria	35.152	44.106	52.687	56.956	62.954	79.723	76.445	87.656	106.347	111.114



Año 1986: Apertura UPH H. General y H.U. Arrixaca.

Año 1987: Separación unidades residenciales.

Año 1993: Apertura UPH H. Rafael Méndez.

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

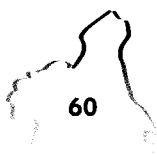
Tabla 21: Comparación de la actividad y utilización de los recursos asistenciales hospitalarios de Murcia con el estado español.

HOSPITALIZACIÓN BREVE (H. General + H. Psiquiátrico) año 1996						
	COBERTURA		ACTIVIDAD			UTILIZACIÓN
	UPH /100.000	Camas /100.000	Total Ingresos	Total Estancias	E. Media En días	Ingresos /100.000 Índice Ocupación
MURCIA	0,5	9,6	2.055	35.182	17,1	1,9 92,7
TOTAL ESTADO	0,4	10,6	63.172	1.115.904	17,7	1,7 76%

HOSPITALES GENERALES año 1996						
	COBERTURA		ACTIVIDAD			UTILIZACIÓN
	UPH /100.000	Camas /100.000	Total Ingresos	Total Estancias	E. Media En días	Ingresos /100.000 Índice Ocupación
MURCIA	0,3	4,8	1.305	16.935	13	1,2 89%
TOTAL ESTADO	0,3	6,3	45.206	687.154	15,2	1,3 76%

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS año 1996						
	COBERTURA		ACTIVIDAD			UTILIZACIÓN
	UPH /100.000	Camas /100.000	Total Ingresos	Total Estancias	E. Media En días	Ingresos /100.000 Índice Ocupación
MURCIA	0,2	5	750	18.247	24,3	0,7 96%
TOTAL ESTADO	0,1	4,1	17.966	454.189	25,3	0,5 80%

HOSPITALES Y CENTROS DE DÍA año 1996						
	ACTIVIDAD				UTILIZACIÓN	
	UNIDADES		PLAZAS		PLAZAS / 100.000 Hab.	
	Hospitales de día	Centros de día	Hospitales de día	Centros de día	Hospitales de día	Centros de día
MURCIA	0	2	0	80	0	7,4
TOTAL ESTADO	45	100	933	2.983	2,5	8,9



ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Ingresos en unidades de hospitalización breve en Hospitales Generales	AÑO 1991	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996
MURCIA	767	871	1.076	1.144	1.251	1.305
TOTAL ESTADO	33.286	28.762	33.334	37.439	40.946	45.206

Estancias en unidades de hospitalización breve en Hospitales Generales	AÑO 1991	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996
MURCIA	N.D.	N.D.	N.D.	14.524	17.025	16.935
TOTAL ESTADO	609.450	534.608	633.809	664.728	677.197	687.154

Ingresos en unidades de hospitalización breve en Hospitales psiquiátricos	AÑO 1991	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996
MURCIA	944	821	710	688	664	750
TOTAL ESTADO	17.139	14.795	14.090	16.712	17.192	17.966

Estancias en unidades de hospitalización breve en Hospitales Psiquiátricos	AÑO 1991	AÑO 1992	AÑO 1993	AÑO 1994	AÑO 1995	AÑO 1996
MURCIA	25.947	20.837	18.295	17.100	16.325	18.247
TOTAL ESTADO	441.238	406.466	470.304	402.029	455.592	454.189

FUENTE: Sistemas de Información en Salud Mental. Encuesta Nacional de Salud Mental
Ministerio de Sanidad y Consumo.

2.4.- Análisis de la oferta (recursos asistenciales)

2.4.1- Modelo Asistencial.

El modelo asistencial implantado actualmente en nuestra Región y que se pretende seguir desarrollando, está basado legal e ideológicamente en la Ley General de Sanidad.

Las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud propuesto por la Ley General de Sanidad son, entre otras (*Título III, Artículo 46 de la L.G.S.*):

- * La extensión de sus servicios a toda la población.
- * La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud.
- * La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- * La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

El Capítulo III de la Ley General de Sanidad, en su Artículo 20, tras indicar la plena integración de las actuaciones relativas a la Salud Mental en el Sistema Sanitario General y afirmar la total equiparación del enfermo mental a cualquier otra forma de manifestarse la enfermedad, insiste en la necesidad de disponer en el ámbito comunitario de los recursos que sean precisos para evitar, en la medida de lo posible, la necesidad de hospitalización.

El criterio de la plena integración de las actuaciones de Salud Mental en el Sistema Sanitario General implica una adaptación práctica del modelo de atención a los problemas de salud mental a la ordenación y organización de la Asistencia Sanitaria General. Dado que la prestación de los cuidados sanitarios se ordena en dos grandes niveles: el de

la Atención Primaria y el de la Asistencia Especializada, los recursos comunitarios a potenciar, o sea los Servicios y Programas de los que sea necesario disponer para dar la respuesta a los problemas de salud mental de la población, tendrán que ordenarse en relación a estos dos ámbitos de la asistencia sanitaria. Además de los dispositivos estrictamente sanitarios, el modelo asistencial de la salud mental debe disponer de recursos variados que le permitan establecer Programas de Rehabilitación y de Reinserción Social, Programa Infanto-Juvenil y otros, necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental. Para ello es absolutamente necesaria la coordinación y participación de los Servicios Sociales.

El Capítulo III de la LGS constituye las Áreas de Salud como las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario. Cada área se responsabiliza de llevar a cabo una gestión unitaria de los centros y establecimientos de la Comunidad Autónoma que se encuentren en su demarcación territorial, y se responsabiliza de las prestaciones y programas sanitarios que se vayan a desarrollar en su territorio.

El Artículo 69, dentro del Capítulo III, dedicado a las Áreas de Salud, señala dos aspectos muy interesantes para la organización y gestión sanitarias. Por un lado, se trata de la tendencia hacia la autonomía de la gestión: "En los Servicios Sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control administrativo de su gestión, implantando una *dirección participativa por objetivos*".

Por otro lado, se señala que la Administración Sanitaria establecerá, oídas las sociedades científicas sanitarias, *sistemas de evaluación de la calidad asistencial*, entendiendo estos como parte de un proceso continuado. Con este último aspecto, no se trata sólo de disponer de un procedimiento para calificar a un determinado servicio o para establecer la

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

eficacia de un programa asistencial, sino de poner en marcha un modelo asistencial abierto capaz de disponer en sí mismo de las vías para poder modificarse y adaptarse a las situaciones reales y llevar a cabo una distribución racional de los recursos en función de los resultados de dicha evaluación.

2.4.2.- Organización y Gestión.

La integración de la Salud Mental en la Asistencia Sanitaria General exigida por la LGS y su ubicación en el ámbito de la Atención Especializada exige la superación de algunas dificultades relacionadas con una separación histórica de ambos tipos de asistencia y también a los distintos y variados patrimonios de sus centros asistenciales.

La culminación del proceso de las transferencias de la Sanidad a los Servicios Regionales de Salud facilitará esta integración y, en esos momentos, la asistencia psiquiátrica, al igual que el resto de las especialidades médicas, se encontrará completa y exclusivamente incluida en la organización y gestión del Área de Salud. Durante el período de transición es necesaria la dependencia jerárquica de los dispositivos asistenciales dependientes del S.M.S. de los Servicios Centrales de Salud Mental.

Mientras se culmina este proceso de integración que permitiría la gestión desde Atención Especializada, los Servicios Centrales de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud deberán ser los que gestionen directamente sus propios recursos asistenciales en Salud Mental con el objetivo de lograr una máxima coordinación funcional y la necesaria integración entre todos los recursos existentes en la Región.

2.4.3.- Sistemas de Evaluación. Registro de Casos Psiquiátricos.

La exigencia de establecer un sistema de evaluación de la calidad asistencial se hace más urgente para las actividades de la asistencia psiquiátrica que para la asistencia general. Esto es así porque mientras que en ésta existe una abundante experiencia en gestión de recursos y una cierta tradición de gerencia sanitaria, no sucede lo mismo en el de la asistencia psiquiátrica, donde los nuevos sistemas de gestión sanitaria apenas son utilizados. Es de desear que, en un futuro no muy lejano, existan abundantes profesionales cualificados en la organización y gestión de los programas de salud mental.

La falta de experiencia y de tradición en salud mental en la aplicación de sistemas de evaluación coinciden en nuestro ambiente sociocultural con una cierta desconfianza en todo lo que pueda suponer sistemas de control, recogida de datos e, incluso, la publicación de los mismos. Por este motivo es necesario que la implantación de un sistema de evaluación cuente con la participación de todos los implicados dándole una significación que afecte positivamente a la motivación individual y a las posibilidades de desarrollo en equipo. Una de las consecuencias deseables de la evaluación es el que los resultados de la misma determinen más o menos directamente la distribución de los recursos.

Todo sistema de evaluación gira en torno a la recogida y valoración de determinados indicadores. Para llegar a una integración con la Asistencia Sanitaria General se tiene que alcanzar previamente la aceptación de un sistema de evaluación completo en el que puedan estar incluidos los indicadores y criterios que sirven para todas las actividades de la Asistencia Sanitaria General, entre las que se encuentran con pleno derecho las propias de la asistencia psiquiátrica.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En los últimos años y dentro del ámbito de actuación del INSALUD se ha venido utilizando bajo el título de PROYECTO SIGNO un sistema de evaluación de la actividad asistencial según el cual se incorporan dentro de los Objetivos Pactados de Organización y Gestión del Contrato Programa una serie de herramientas de gestión:

- * la codificación del Conjunto Mínimo Básico de Datos;
- * la contabilidad analítica a nivel de coste por servicio, con el propósito de llegar al conocimiento del coste por proceso;
- * la utilización de herramientas de Gestión Clínica (GDR).

El control de la actividad que realizan los Servicios con los pacientes hospitalizados se lleva a cabo analizando los documentos clínicos (Historias Clínicas) que llegan al archivo. Se establecen dos tipos de medidas: las relativas a la cantidad de trabajo bien terminado (Sistema GDR) y las que hacen referencia al índice de complejidad que alcanzan las actuaciones de los Servicios (case mix index).

Por otra parte, los métodos para conocer las actividades de los equipos en la atención a los problemas de Salud Mental se han utilizado otras vías como han sido la creación de Registros Acumulativos de Casos y/o la cuantificación de las variadas actuaciones que realizaba cada profesional o equipo. Para evitar duplicidades en la metodología de la evaluación resultaría conveniente que la asistencia psiquiátrica fuese evaluada con la misma metodología que el resto del dispositivo sanitario. Dentro de esa metodología general se deberían introducir las variantes necesarias para que las peculiaridades asistenciales y de evaluación que sean propias de la Salud Mental y que se derivan del tipo de patologías a las que debe hacer frente, de las singularidades de los procedimientos terapéuticos empleados y de las características de los procesos de rehabili-

tación de los enfermos mentales.

Dada la importancia que adquiere el proceso de evaluación de actividades en cuanto determinante para la obtención de los recursos sería recomendable que en los Servicios Centrales de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud exista una unidad responsable de la recogida y elaboración de los datos, así como del diseño de la metodología de evaluación de las actividades asistenciales propias de la atención a los trastornos mentales, de modo que sea compatible con los métodos que se utilizan en la Asistencia Sanitaria General.

Los criterios de gestión de la asistencia a los problemas de salud mental han de basarse en dos principios fundamentales: la descentralización de la gestión y el sistema de acreditación y evaluación de los Servicios y las actividades desarrolladas por los mismos. Este sistema de acreditación supone la existencia de unas normas de acreditación que deben estar claramente estructuradas y aprobadas por el máximo nivel político para fundamentar la posibilidad de clasificar, en base a criterios estándares técnicos de estructura y proceso, a cualquier dispositivo público o privado que participe en las actividades y programas asistenciales de atención a los problemas de Salud Mental en cada Área Sanitaria. Este sistema de acreditación ha de completarse con un sistema continuo de evaluación de resultados y ha de disponer de indicadores válidos y publicados, claramente destacados a lo largo de todo el proceso de la gestión y suficientemente bien conocidos y valorados por los profesionales y por la Administración.

En la actualidad, se está implantando en toda la red asistencial de Salud Mental del S.M.S. un sistema informatizado de Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.). Desde hace un año se ha implantado en la red ambulatoria dependiente del S.M.S. y recoge la actividad asistencial diaria de todos los pro-

profesionales implicados con un sistema compatible con los sistemas de información utilizados en el Insalud. En un futuro inmediato se pretende ampliar el sistema al resto de los dispositivos sanitarios responsables de la atención hospitalaria y de rehabilitación. Consideramos que el funcionamiento de este sistema es básico e imprescindible tanto para la gestión, planificación y evaluación de recursos, como para la formación e investigación. (ver Anexos).

Sería del todo recomendable, que los recursos de salud mental dependientes del Insalud utilizaran este sistema para facilitar una progresiva integración en los sistemas de evaluación y gestión de los recursos sanitarios en Salud Mental.

2.4.4.- Programas asistenciales por áreas sanitarias.

2.4.4.a) Recursos asistenciales en la Región de Murcia

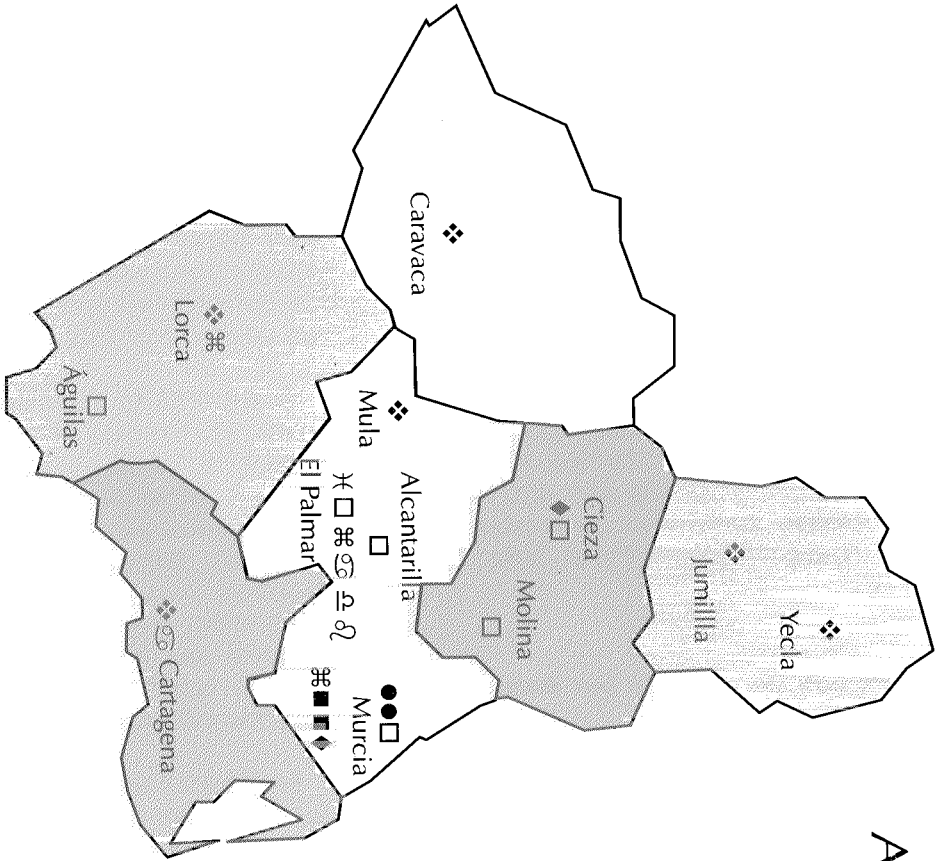
Según se observa en el mapa de recursos, el crecimiento experimentado en los últimos años se ha realizado a expensas básicamente de los dispositivos comunitarios. Este crecimiento ha tenido lugar de una forma desigual, tanto por áreas como por colectivos (ver mapa sanitario).

Las seis áreas que determina el mapa sanitario regional, están diseñados por criterios exclusivamente geográficos, no siendo homogéneas desde el punto de vista poblacional. La población más dispersa se encuentra en las áreas pequeñas, por lo que la distribución de recursos continua manteniendo desigualdades que deberán subsanarse en los próximos años con arreglo al principio de equidad.

Es importante el señalar que, como se evidencia en el mapa de recursos, es el Área Sanitaria II la que está peor dotada tanto a nivel de recursos hospitalarios (no posee ninguno) como ambulatorios, a pesar de tener una población que supone la cuarta parte de la totalidad de la Región y un área geográfica tan amplia. El Área Sanitaria VI que tampoco dispone de recursos hospitalarios propios (160.000 habitantes) y sí presenta un déficit acusado de profesionales.

Es básicamente en las áreas y centros dependientes de Insalud, donde se evidencia una insuficiente dotación en recursos humanos. Tanto globalmente como por áreas sanitarias, en recursos estructurales y humanos es el S.M.S. el que aporta la mayor parte de los recursos asistenciales sin lugar a dudas. Esta situación se solucionaría con una implicación más activa del Insalud en resolver estas carencias.

AÑO 1997



- ❖ CSM (programas adultos, I-I), drogas
- CSM (programa adultos)
- ◆ CAD (programa drogodependencia)
- U. atencion infanto-juvenil
- U. Salud Mental (INSALUD)
- ✕ Hospital psiquiátrico
- U. Hospital General
- Centro de día
- Pisos protegidos
- Unidad media y larga estancia

RECURSOS SANITARIOS SALUD MENTAL