

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 22: AREA SANITARIA I (MURCIA). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997).

		0-15 AÑOS	16-64	>65
POBLACIÓN	434.700 HAB	95.614 HAB	266.876 HAB	72.210 HAB
SUPERFICIE	2.140 KM			
DENSIDAD POBLACIÓN	194 HAB / KM			
Distribución Población	URBANA	RURAL	MIXTA	
	43%	49%	8%	

RECURSOS HUMANOS	Psiquiat	M.Droga	MIR	Psicólogo	ATS	T.Social	T.Ocup.
HOSP. SMS	14	1	9	6	27	3	8
HOSP. INSALUD	4	-	8	-	8	-	-
AMBU. SMS	12	7	-	13	10	3	-
AMBU. INSALUD	5	-	-	2	3	-	-

RECURSOS ESTRUCTURALES

- 2 unidades de Agudos (52 camas) H. Psiquiátrico (S.M.S.).
- 1 unidad de Agudos (22 camas) H.General (S.M.S.).
- 1 unidad de Agudos (20 camas) H.U. Arrixaca (Insalud).
- 1 unidad de Subagudos (U.M.E.) (50 camas). H. Psiquiátrico. (S.M.S.).
- 5 pisos terapéuticos (25 plazas) (S.M.S.).
- 1 Centro de Día. (80 plazas). H. Psiquiátrico. (S.M.S.).
- C.S.M. I de Murcia "La Seda". Programa Adultos. (S.M.S.).
- C.S.M. II de Murcia "San Andrés". Programa Adultos. (S.M.S.).
- C.S.M. III de Murcia "Morales Meseguer". Programa Adultos (Insalud).
- C.S.M. "Virgen de la Arrixaca". Programa Adultos (Insalud).
- C.S.M. de Alcantarilla. Programa Adultos e Infanto-

Juvenil. (Insalud).

- C.S.M. de Mula. Prog. Adultos, Infanto-Juvenil, Drogas (S.M.S.).
- C.S.M. Infanto-Juvenil I de Murcia "La Seda" (S.M.S.).
- C.S.M. Infanto-Juvenil II de Murcia "San Andrés" (S.M.S.).
- C.A.D. de Murcia "Remo". Programa de Drogodependencias (S.M.S.).
- 2 unidades móviles. Programa de Drogodependencias (S.M.S.).
- 1 unidad de Desintoxicación (UDH)-(6 camas) H. General (S.M.S.).
- 1 U.T.O. en Murcia (S.M.S.).
- 1 U.T.O. en Mula (S.M.S.e Insalud).
- 1 Centro de Día, Programa Drogodependencias.(25 plazas).

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 23: AREA SANITARIA II (CARTAGENA). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997)

		0-15 AÑOS	16-64	>65
POBLACIÓN	265.934 HAB	58.525 HAB	164.015 HAB	43.394 HAB

SUPERFICIE 1.498 KM

DENSIDAD POBLACIÓN 170 HAB / KM

	URBANA	RURAL	MIXTA
Distribución Población	44%	50%	6%

RECURSOS HUMANOS	Psiquiat	M.Droga	MIR	Psicólogo	ATS	T.Social	T.Ocup.
HOSP. SMS	-	-	-	-	-	-	-
HOSP. INSALUD	-	-	-	-	-	-	-
AMBU. SMS	5	2	-	6	5	2	1
AMBU. INSALUD	3	-	-	2	1	-	-

* Hospital de Referencia H. Psiquiátrico

RECURSOS ESTRUCTURALES

- C.S.M. de Cartagena. Programa adultos. (S.M.S. e Insalud).
- C.S.M. de Cartagena. Programa Infanto - Juvenil. (S.M.S. e Insalud).
- C.S.M. de Cartagena. Programa Drogodependencias. (S.M.S.).
- Centro de Día. Cartagena. (S.M.S. e Insalud).
- 1 Unidad de Desintoxicación (UDH) (2 camas) H. Cruz Roja. Cartagena.
- 1 U.T.O. Cartagena. (S.M.S.).
- 1 U.T.O. La Unión. (SMS-Insalud-Ayuntamiento).
- 1 U.T.O. Mazarrón. (SMS-Insalud-Ayuntamiento).

- **URBANA:** Aquellas cuyos municipios de referencia con población mayor de 20.000 habitantes y que más del 90 % del total de la población de la zona, reside en el núcleo de población cabecera de la misma.
- **RURAL:** Aquella en que menos del 75 % de la población reside en el núcleo de cabecera.
- **MIXTA:** Las que no estuvieron comprendidas en ninguna de las anteriores.

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

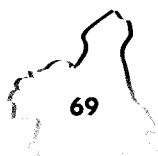
Tabla 24: AREA SANITARIA III (LORCA). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997)

		0-15 AÑOS	16-64	>65
POBLACIÓN	127.653 HAB	28.084 HAB	78.506 HAB	21.063 HAB
SUPERFICIE	2.360 KM			
DENSIDAD POBLACIÓN	53 HAB / KM			
Distribución Población	URBANA	RURAL	MIXTA	
	20%	62%	18%	

RECURSOS HUMANOS	Psiquiat	M.Droga	MIR	Psicólogo	ATS	T.Social	T.Ocup.
HOSP. SMS	-	-	-	-	-	-	-
HOSP. INSALUD	1	-	-	-	6	-	-
AMBU. SMS	3	1	-	4	2	1	-
AMBU. INSALUD	1	-	-	1	1	-	-

RECURSOS ESTRUCTURALES

- 1 unidad de Agudos (10 camas). H. Rafael Méndez (Lorca) (Insalud).
- C.S.M. de Lorca. Programa Adultos. (S.M.S.).
- C.S.M. de Lorca. Programa Infanto - Juvenil. (S.M.S.).
- C.S.M. de Lorca. Programa Drogodependencias. (S.M.S.).
- C.S.M. de Aguilas. Programa adultos e Infanto-Juvenil. (S.M.S. e Insalud).
- C.S.M. de Aguilas Programa Drogodependencias. (S.M.S.).
- 1 U.T.O. Lorca. (S.M.S.).
- 1 U.T.O. Aguilas (SMS-Insalud-Ayuntamiento).
- 1 U.T.O- Totana (SMS-Insalud-Ayuntamiento).
- **URBANA**: Aquellas cuyos municipios de referencia con población mayor de 20.000 habitantes y que más del 90% del total de la población de la zona reside en el núcleo de población cabecera de la misma.
- **RURAL**: Aquella en que menos del 75% de la población reside en el núcleo de cabecera.
- **MIXTA**: Las que no estuvieron comprendidas en ninguna de las anteriores.



PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 25: AREA SANITARIA IV (NOROESTE). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997)

	0-15 AÑOS	16-64	>65	
POBLACIÓN	63.935 HAB	14.066 HAB	39.319 HAB	10.550 HAB
SUPERFICIE	2.386 KM			
DENSIDAD POBLACIÓN	27 HAB / KM			
	URBANA	RURAL	MIXTA	
Distribución Población	0%	49%	51%	

RECURSOS HUMANOS	Psiquiat	M.Droga	MIR	Psicólogo	ATS	T.Social	T.Ocup.
HOSP. SMS	-	-	-	-	-	-	-
HOSP. INSALUD	-	-	-	-	-	-	-
AMBU. SMS	2	-	-	1	1	-	-
AMBU. INSALUD	-	-	-	-	-	-	-

* Hospital de Referencia H. Psiquiátrico

RECURSOS ESTRUCTURALES

- C.S.M. de Caravaca. Programa Adultos, Infanto - Juvenil y Drogodependencias. (S.M.S.).

- **URBANA:** Aquellas cuyos municipios de referencia con población mayor de 20.000 habitantes y que más del 90% del total de la población de la zona reside en el núcleo de población cabecera de la misma.
- **RURAL:** Aquella en que menos del 75% de la población reside en el núcleo de cabecera.
- **MIXTA:** Las que no estuvieron comprendidas en ninguna de las anteriores.

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 26: AREA SANITARIA V (ALTIPLANO). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997)

		0-15 AÑOS	16-64	>65
POBLACIÓN	48.854 HAB	10.748 HAB	30.046 HAB	8.060 HAB

SUPERFICIE 1.579 KM

DENSIDAD POBLACIÓN 32 HAB / KM

	URBANA	RURAL	MIXTA
Distribución Población	100%	0%	0%

RECURSOS HUMANOS	Psiquiat	M.Droga	MIR	Psicólogo	ATS	T.Social	T.Ocup.
HOSP. SMS	-	-	-	-	-	-	-
HOSP. INSALUD	-	-	-	-	-	-	-
AMBU. SMS	2	-	-	1	1	-	-
AMBU. INSALUD	-	-	-	-	-	-	-

* Hospital de Referencia H. Psiquiátrico

RECURSOS ESTRUCTURALES

- C.S.M. de Jumilla. Programa Adultos, Infanto - Juvenil y Drogodependencias. (S.M.S.).
- C.S.M. de Yecla. Programa Adultos, Infanto - Juvenil y Drogodependencias. (S.M.S.).
- 1 U.T.O. Yecla (S.M.S.).
- 1 U.T.O. Jumilla (S.M.S.).

- **URBANA:** Aquellas cuyos municipios de referencia con población mayor de 20.000 habitantes y que más del 90% del total de la población de la zona reside en el núcleo de población cabecera de la misma.
- **RURAL:** Aquella en que menos del 75% de la población reside en el núcleo de cabecera.
- **MIXTA:** Las que no estuvieron comprendidas en ninguna de las anteriores.



PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 27: AREA SANITARIA VI (V. SEGURA). Recursos sanitarios en Salud Mental (1997)

		0-15 AÑOS	16-64	>65
POBLACION	156.173 HAB	34.358 HAB	96.047 HAB	25.768 HAB
SUPERFICIE	1.412 KM			
DENSIDAD POBLACION	106 HAB / KM			
	URBANA	RURAL	MIXTA	
Distribución Población	21%	33%	46%	

RECURSOS HUMANOS	Psiquiat	M.Droga	MIR	Psicólogo	ATS	T.Social	T.Ocup.
HOSP. SMS	-	-	-	-	-	-	-
HOSP. INSALUD	-	-	-	-	-	-	-
AMBU. SMS	-	1	-	1	1	-	-
AMBU. INSALUD	3	-	-	2	2	-	-

* Hospital de Referencia H. Psiquiátrico

RECURSOS ESTRUCTURALES

- C.S.M. de Molina. Programa Adultos e Infanto - Juvenil. (Insalud).
- C.S.M. de Cieza. Programa Adultos e Infanto - Juvenil. (Insalud).
- C.A.D. de Cieza.- Programa Drogodependencias (S.M.S.).
- 1 U.T.O. Cieza. (SMS-Insalud-Ayuntamiento).

- **URBANA:** Aquellas cuyos municipios de referencia con población mayor de 20.000 habitantes y que más del 90 % del total de la población de la zona, reside en el núcleo de población cabecera de la misma.
- **RURAL:** Aquella en que menos del 75 % de la población reside en el núcleo de cabecera.
- **MIXTA:** Las que no estuvieron comprendidas en ninguna de las anteriores.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En resumen, los recursos humanos en la red ambulatoria responsable de la asistencia en la

Región de Murcia se esquematizaría de la siguiente forma:

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)

SALUD MENTAL. REGIÓN DE MURCIA (1997) RECURSOS HUMANOS AMBULATORIOS (SMS + INSALUD)					
	Psiquiatras	M. Drogas	Psicólogos	Ats/Due	T. Social
Área I Murcia	17 (1/25.000 hab)	7 (1/60.000 hab)	15 (1/28.000 hab)	13 (1/32.000 hab)	3 (1/140.000 hab)
Área II Cartagena	8 (1/32.000 hab)	2 (1/127.000 hab)	8 (1/32.000 hab)	6 (1/42.000 hab)	2 (1/127.000 hab)
Área III Lorca	4 (1/31.000 hab)	1 (1/125.000 hab)	5 (1/25.000 hab)	3 (1/41.000 hab)	1 (1/125.000 hab)
Área IV Noroeste *	2 (1/32.000 hab)	-	1 (1/64.000 hab)	1 (1/64.000 hab)	-
Área V Altiplano *	2 (1/25.000 hab)	-	1 (1/50.000 hab)	1 (1/50.000 hab)	-
Área VI V. Segura	3 (1/50.000 hab)	1 (1/150.000 hab)	3 (1/50.000 hab)	3 (1/50.000 hab)	-
Total Murcia	36 (1/30.000 hab)	12 (1/90.000 hab)	33 (1/32.000 hab)	27 (1/40.000 hab)	6 (1/177.000 hab)

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

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

2.4.4.b) Recursos asistenciales en relación al resto del Estado

Para analizar los recursos asistenciales en relación a la situación del resto de Comunidades Autónomas se utilizan los datos obtenidos de la "Encuesta Nacional de Salud Mental 1996", del Ministerio de Sanidad - Planificación Sanitaria.

Respecto al número de profesionales según la Tasa por 100.000 habitantes (tabla 29) nuestra comunidad autónoma dispone de un **menor** número total en la red de salud mental en la Región de Murcia que en el resto del Estado. Aunque el número de psiquiatras es el **mismo** es necesario reseñar que al no estar

incluidas las comunidades autónomas de Cataluña-Galicia-País Vasco en los indicadores, y tener estas Comunidades Autónomas un elevado número de psiquiatras, casi con toda seguridad disponemos de **menos** psiquiatras que en el resto del Estado.

Según estos indicadores, disponemos de un **mayor** número de psicólogos, así como un **menor** número de ATS/DUE, **menos** trabajadores sociales, **menos** auxiliares de clínica, y un **mayor** número de terapias ocupacionales que en el resto del Estado. (Estos datos deberán ser contrastados en cuanto el Ministerio de Sanidad nos haga llegar las encuestas realizadas respecto a los años 1997 y 1998).

Tabla 29: Recursos humanos implicados en la atención a la Salud Mental en Murcia y en el estado español

	TOTAL PERSONAL AÑO 1996		TASA POR 100.000 HAB.	
MURCIA	339		30,9	
TOTAL DEL ESTADO*	9.763		34,4	

	PSIQUIATRAS		PSICOLOGOS	
	Total	tasa/100.000 hab.	Total	Tasa/100.000 hab.
MURCIA	55	5,1	40	3,7
TOTAL DEL ESTADO*	1.422	5	760	2,7

	ATS/DUE		T. SOCIALES	
	Total	tasa/100.000 hab.	Total	Tasa/100.000 hab.
MURCIA	59	5,4	9	0,8
TOTAL DEL ESTADO*	1.662	5,8	357	1,3

	AUX. CLINICA		TERAPIAS OCUPACIONALES	
	Total	tasa/100.000 hab.	Total	Tasa/100.000 hab.
MURCIA	92	8,5	9	0,8
TOTAL DEL ESTADO*	3.784	13,4	129	0,5

* No están incluidos datos de Cataluña, Galicia y País Vasco, que tienen un muy elevado nº de profesionales, por lo que las tasas referidas a total Estado indicadas son inferiores a las reales.

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

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En relación a la cobertura-actividad-utilización de los recursos hospitalarios de "Estancia Breve", nuestra Región dispone de **menos** camas de hospitalización breve que el resto del Estado (camas/100.000 habitantes), siendo este déficit muy acusado en las ubicadas en

hospitales generales, y solo siendo mayor su número que en el resto del Estado respecto a las ubicadas en hospitales psiquiátricos, contraviniendo lo dispuesto en la Ley General de Sanidad.

Tabla 30: Datos regionales y estatales sobre la atención hospitalaria a la Salud Mental

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 %

HOSP. 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 %

HOSP. 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 %

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

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Con relación a la cobertura de camas de Media y Larga estancia, el déficit es "tremendamente acusado", evidenciándose que, en el mejor de los casos, la Región no alcanza el 35% de las camas que de media tiene el resto del Estado, lo que indica sin lugar a dudas como objetivo prioritario el disponer de más recursos de este tipo. Este hecho, unido a la deficiencia de camas de Hospitalización breve, hace casi insostenible la situación y provoca una cobertura muy deficiente para los pacientes psiquiátricos de la Región.

Como se puede apreciar en los datos de la referida Encuesta, nuestra Región no dispone de ningún recurso tipo Hospital de Día, y respecto a los Centros de Día, estamos por debajo de la media.

Respecto a los Centros de Salud Mental, y su cobertura, con relación a la población general las cifras son similares a las del Estado.

Tabla 31: Número de camas de hospitalización media y de larga estancia en 1996 en Murcia y en el estado español

HOSPITALIZACIÓN MEDIA Y LARGA ESTANCIA año 1996		
	CAMAS INSTALADAS	
	TOTAL	CAMAS/100.000 hab.
MURCIA*	48	4,4
MURCIA**	128	11,8
TOTAL ESTADO	13.226	33,8

* Sólo está incluida la Media Estancia.

** Si se incluye el pabellón de la "Residencia Luis Valenciano", que acoge pacientes susceptibles de ser denominados de Larga Estancia, se incluirían 80 camas más.

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

Tabla 32: Datos sobre las plazas y su utilización en Hospitales y Centros de Día en Murcia y en el estado español en 1996.

HOSPITALES Y CENTROS DE DÍA año 1996						
	ACTIVIDAD				UTILIZACION	
	UNIDADES		PLAZAS		PLAZAS/100.000 Hab.	
	Hospitales de Día	Centros de Día	Hospitales de día	Centros de día	Hospitales de Día	Centros de Día
	0	2	0	80	0	7,4
Total Estado	45	100	933	2.983	2,5	8,9

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

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 33: Datos sobre los Centros de Salud Mental en Murcia y en el estado español en 1996.

	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.

Tabla 34: Datos comparativos anuales entre la Región de Murcia y el estado español

	UNIDADES HOSPITALIZACION BREVE EN HOSPITALES GENERALES					
	1991	1992	1993	1994	1995	1996
MURCIA	2	2	2	3	3	3
TOTAL ESTADO	89	84	94	104	105	109
CAMAS HOSPITALIZACION BREVE EN HOSPITALES GENERALES						
MURCIA	32	32	35	50	52	52
TOTAL ESTADO	2.107	2.023	2.206	2.371	2.401	2.467
UNIDADES HOSPITALIZACION BREVE EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS						
MURCIA	2	2	2	2	2	2
TOTAL ESTADO	57	30	31	29	29	29
CAMAS HOSPITALIZACION BREVE EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS						
MURCIA	54	54	52	52	52	52
TOTAL ESTADO	1.694	1.449	1.515	1.689	1.659	1.564
CAMAS HOSPITALIZACION MEDIA Y LARGA ESTANCIA						
MURCIA*	90	45	45	45	48	48
TOTAL ESTADO	20.040	15.291	16.356	14.190	13.331	13.226
CENTROS/UNIDADES DE SALUD MENTAL						
MURCIA	11	12	12	12	14	15
TOTAL ESTADO	477	489	498	523	550	555

* Sólo está incluida Media Estancia, si se contemplan las 80 camas disponibles en la "Residencia Luis Valenciano" susceptibles de ser denominadas de Larga Estancia, el total de camas sería de 128.

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



ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 35: Recursos humanos y número de camas en los dispositivos hospitalarios de la Región de Murcia (1997)

RECURSOS HUMANOS HOSPITALARIOS (SMS + INSALUD)

	U.P.Hs (*)	UME (*) + C. DIA (H.P.)	Total Recursos
Psiquiatras	17	2	19
M.I.R.	17	-	17
Psicólogos	6	2	8
ATS/DUE	41	6	47
T. Sociales	3	1	4
Terap. Ocupacional	2	6	8

(*) U.P.H.: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica U.M.E.: Unidad de Media Estancia

	Nº Camas
U.P.H.H. General	22
U.P.H.H. Psiquiátrico	52
U.P.H.H. Rafael Méndez	10
U.P.H.H. V. Arrixaca	*20
U.H.D.H. General	6
U.M.E.H. Psiquiátrico	48

* No tiene nº definido de camas. 20 es el nº de camas ocupadas de media al año

Tabla 36: Datos generales asistenciales en la Región de Murcia relacionados con la atención a la Salud Mental

Año 1.997

Población C.C.A.A. de Murcia:	1.097.000 hab
Nº Camas UPH / 100.000 hab:	9.66

	H. Gen	H. Psíqu	Total
UPH	3	1	4
Nº Camas	54	52	106
Nº Ingresos	1.267	825	2.092
Nº Estancias	19.016	17.181	36.197
Tasa Ocupación UPH (%)	96	90.5	93.5
Estancia Media UPH (días)	15	20.5	17.3
Frecuent Utilización UPH (‰)	1.15	0.75	1.9

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Nº Camas UME/ULE:	50	Nº Camas/ 100.000 hab	4.55
Nº Hospital de Día/ Centro de Día	2		
Plazas H. Día/C. Día	80	Nº Plazas/ 100.000 hab	7.3
Nº C.S.M.	15	Habitantes /CSM	73.134
		Frecuentación	
Nº 1ª visitas \$	19.492	Utilización 1ª consulta (%)\$	17.8
	125.762	Frecuentación	
Nº sucesivas \$		Utilización sucesivas (%)\$	114.6
	145.254	Frecuentación	
Nº visitas totales \$		Utilización totales (%)\$	132.4
Índice sucesivas/ 1ª visitas \$	6.45		
Actividad media por CSM.			
Consultas/ año\$	9.684		

RECURSOS HUMANOS

Nº Psiquiatras	56	Nº Psiquiatras/ 100.000 hab	5.1
		Nº Psiquiatras + Méd. drogas/ 100.000 hab	6.3
Nº Psicólogos	40	Nº Psicólogos/ 100.000 hab	3.6
Nº ATS/DUE	62&	Nº ATS/DUE/ 100.000 hab	5.7&
Nº Trabajador Social	9		
Nº Auxiliar Clínica	97		
Nº Terapeuta ocupacional	9		
Otros	58		

UPH: Unidad Psiquiátrica Hospitalaria.

ULE: Unidad de Larga Estancia.

UME: Unidad de Media Estancia.

C.S.M.: Centro de Salud Mental.

& No están incluidos los profesionales que no son específicos de Salud Mental, son los profesionales propios del centro donde está ubicado el recurso.

\$ Están incluidas la totalidad de consultas (SMS e INSALUD)

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

2.4.5.- Urgencias psiquiátricas

Las urgencias psiquiátricas, al igual que las urgencias del resto de la Sanidad, se mantienen en base a las guardias de los profesionales que aseguran la continuidad de la asistencia durante las 24 horas del día y los siete días de la semana. En este sentido, las urgencias psiquiátricas se encuentran totalmente integradas en los servicios de urgencias del sistema sanitario y lo hacen como una actividad propia de la Atención Especializada.

Las acciones específicas a realizar en los servicios de urgencia giran en torno a la necesidad de evaluar, diagnosticar y resolver con la mayor brevedad de tiempo posible las situaciones provocadoras de la urgencia y derivar el caso, cuando sea necesario, hacia la actividad, programa o servicio que se considere adecuado.

En la actualidad, la atención sanitaria de las urgencias psiquiátricas provenientes de la población general en la Región de Murcia se realiza en diversos niveles (hospitalario como extrahospitalario) (ver gráfico). Como en cualquier otra especialidad médica, un paciente con una situación que requiera una atención psiquiátrica urgente debiera ser valorado en un primer momento por los Servicios de Urgencia del sistema sanitario (Insalud) de donde se encuentre localizado. Una vez valorado y diagnosticado, si el médico que lo atiende es capaz de resolver el problema, puede remitir al paciente para tratamiento ambulatorio al Centro de Salud Mental (CSM) correspondiente.

Si la situación lo requiere, puede y debe ser enviado mediante el protocolo de derivación correspondiente a los servicios de urgencia psiquiátrica hospitalaria que le corresponda por sectorización (ver decreto de sectorización psiquiátrica), donde el psiquiatra de guardia tomará las decisiones correspondien-

tes según las características del caso (resolución y derivación para tratamiento ambulatorio al CSM o bien, ingreso en la UPH).

La red ambulatoria de Salud Mental (CSMs) no asume genéricamente la atención de las urgencias psiquiátricas generadas por la población a la que da cobertura sanitaria, dado que no es el lugar adecuado (por su infraestructura, personal y medios necesarios) para realizar una adecuada valoración de las urgencias psiquiátricas.

La atención hospitalaria de las urgencias psiquiátricas en la región ha experimentado una evolución paralela a las transformaciones producidas en el ámbito de la hospitalización psiquiátrica. Inicialmente se realizaban en su totalidad en el Hospital Psiquiátrico, y en la actualidad, aunque se mantiene una unidad de urgencias en dicho hospital, se ha incluido la atención de urgencias con psiquiatras de guardia en otros dos hospitales: en el Hospital General Universitario y en la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca, asumiéndose en estos tres centros al mismo tiempo la atención de las urgencias relacionadas con la población ingresada.

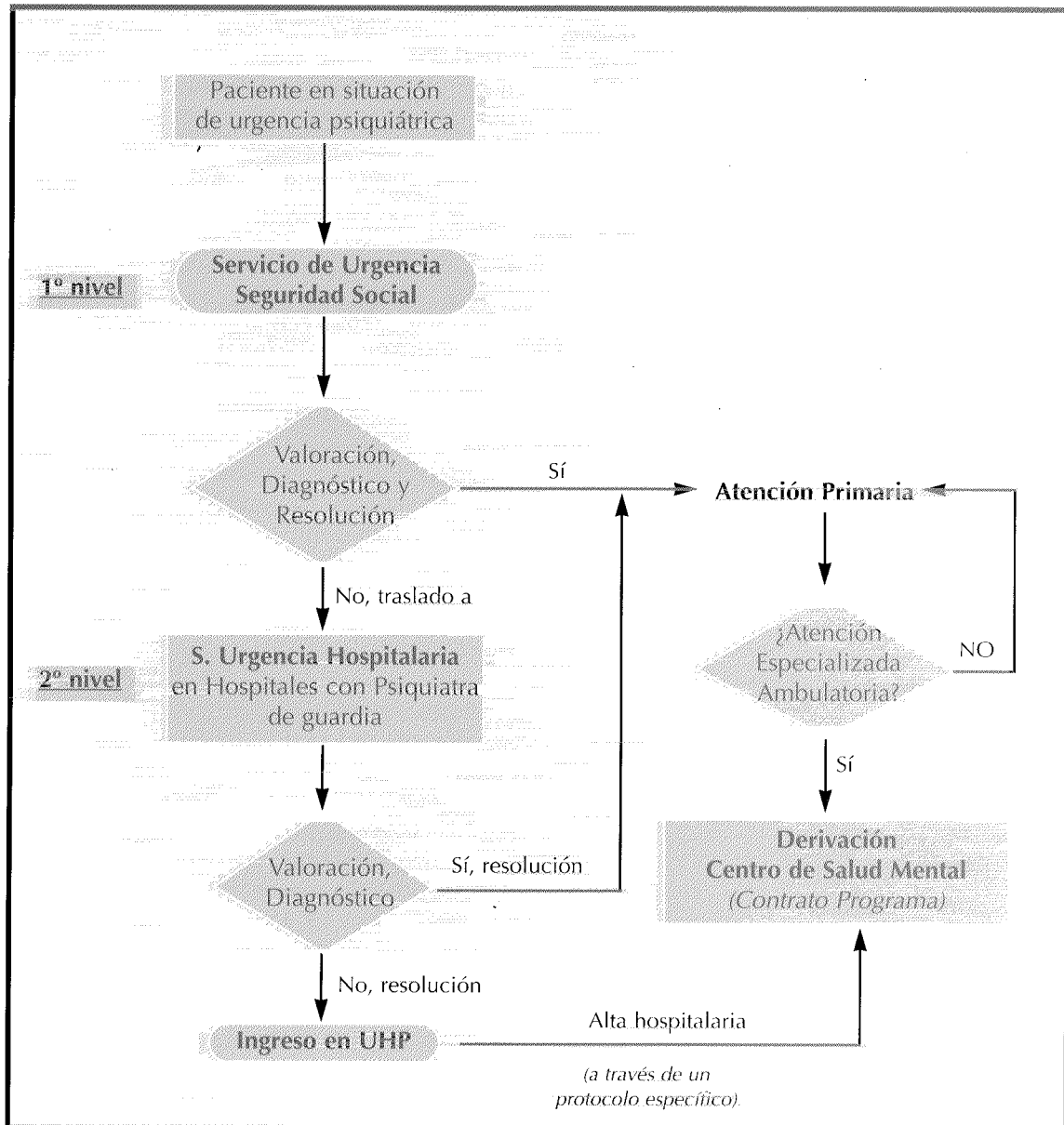
En el hospital "Rafael Méndez" de Lorca, que dispone de una UPH, sólo se atiende en la actualidad por especialistas en psiquiatría (mediante guardias localizadas) a las urgencias psiquiátricas de los pacientes ingresados, siendo el equipo general de guardia del propio hospital el encargado de resolver las urgencias que acuden. Se están elaborando diversos protocolos terapéuticos para facilitar la actuación de dichos profesionales.

En el resto de hospitales de la Región, donde no disponen de personal especializado (Hospital "Virgen del Rosell" de Cartagena, Hospital de Yecla, Hospital Los Arcos, Hospital "Morales Meseguer" de Murcia), la atención de las urgencias psiquiátricas es asumi-

da por los tres hospitales anteriormente señalados en función de sus áreas de referencia y

según el decreto de sectorización psiquiátrica ya mencionado.

Gráfica 8: Urgencias Psiquiátricas. Niveles de acceso.



Personal responsable

En la actualidad, en la Región de Murcia la composición de los equipos responsables de la atención a las urgencias psiquiátricas hospitalarias viene determinada por las peculiaridades de cada hospital. Por ejemplo, en el Hospital General los psiquiatras (con guardias localizadas) y los residentes de psiquiatría (de presencia física) forman parte del Servicio de Psiquiatría del hospital y el resto de personal (enfermería, auxiliares, ...) lo compone el personal del equipo de urgencias de dicho hospital. En el Hospital Psiquiátrico participan junto con el personal del propio centro, los psiquiatras del Centro de Salud Mental de Cartagena. En la Ciudad Sanitaria "Virgen de la Arrixaca", los residentes de psiquiatría están integrados en el equipo de urgencias de medicina interna aunque asumen la responsabilidad de las urgencias psiquiátricas. En el hospital Rafael Méndez de Lorca participan todos los psiquiatras de ese área sanitaria (pertenecientes al CSM de Lorca-Águilas y el psiquiatra de la Unidad de Hospitalización) en la atención de las urgencias de los pacientes ingresados.

En la actualidad no se disponen de **protocolos** o guías de práctica clínica y de derivación específicos para cada una de las situaciones en las que se encuentra la atención a las urgencias psiquiátricas en los distintos dispositivos. Tampoco se dispone de un **registro de casos** para la recogida de datos unificado para toda la Región que permita la planificación y organización racional de dichos servicios.

2.4.6.- Prevención

Las graves repercusiones psico-sociales y económicas que pueden llegar a tener los trastornos mentales, tanto para el enfermo como para su familia justificarían la organización y el desarrollo de programas de prevención. Sin embargo, hasta la fecha no se han elaborado programas de prevención específicos (sobre todo desde la perspectiva de la prevención primaria) para la Región de Murcia, salvo algunas excepciones en el programa de drogodependencias (ver Plan Regional de Drogodependencias).

La justificación a esta situación es compleja por un lado y diversa por otro. El origen multi-causal de las enfermedades mentales dificulta la tarea de identificación y establecimiento de programas preventivos frente a los factores etiológicos, predisponentes y desencadenantes. Un problema añadido es que muchos de estos factores se encuentran en un entorno físico y social que rodean a la población (ej: tipo de vivienda o la violencia del barrio de residencia) donde los profesionales sanitarios tienen muy poco o nulo control y que entrarían dentro de las competencias de las actuaciones en política social y laboral.

Tradicionalmente se han dividido en tres los niveles de actuación en la medicina preventiva: la prevención primaria, secundaria y terciaria (tabla 40). La *prevención primaria* tiene como objetivo evitar la aparición de la enfermedad y, por tanto, su incidencia. Su consecución se realiza mediante la detección e intervención sobre los factores etiológicos y proporcionando a los individuos mecanismos, estrategias o entrenamiento para hacerles menos vulnerables frente a dichos factores. La *prevención secundaria* tiene como objetivo la detección precoz de la enfermedad y el establecimiento de las medidas necesarias para disminuir su duración y, por tanto, su prevalencia. La *prevención terciaria* va encaminada a disminuir

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

las repercusiones negativas de la enfermedad, prevención de recaídas y tareas de rehabilitación.

las recaídas/reagudizaciones y la prolongación en el tiempo de un estado de enfermedad. En este ámbito se vienen realizando diver-

Tabla 37: Tipos de prevención

PREVENCIÓN PRIMARIA
<u>Objetivo:</u> Reducir la aparición (incidencia) del trastorno. <u>Métodos:</u> Eliminar los factores causales.
PREVENCIÓN SECUNDARIA
<u>Objetivo:</u> Reducir la duración (prevalencia) del trastorno. <u>Métodos:</u> Detección precoz y tratamiento temprano.
PREVENCIÓN TERCIARIA
<u>Objetivo:</u> Limitar las consecuencias del trastorno (discapacidades y minusvalías). <u>Métodos:</u> Evitar la aparición de las complicaciones y tratarlas cuando aparecen.

FUENTE: Vázquez-Barquero y cols, 1998⁶

Hasta la fecha, la mayor parte de los esfuerzos realizados en esta área ha sido en la prevención secundaria de los trastornos mentales en el ámbito de atención primaria mediante sesiones formativas teóricas sobre la patología mental, generalmente orientadas hacia los criterios diagnósticos y terapéuticos. Estas sesiones se han realizado de forma irregular y desigual en las diversas áreas sanitarias (desde sesiones formativas reconocidas por la Gerencia de Atención Primaria dentro del programa de Formación Continuada en el área V (Yecla-Jumilla), pasando por áreas donde se realizan periódicamente contactos con los CAP correspondientes, hasta áreas donde no se realizan dichos contactos).

La prevención terciaria tiene como objetivos no sólo prevenir y/o reducir la duración y efectos de las recaídas o de las reagudizaciones, sino minimizar las consecuencias adversas de las enfermedades mentales a largo plazo (discapacidades, minusvalías). Los factores más relacionados con estas complicaciones serían

los programas de psicoeducación con familiares de psicóticos en el C.S.M.-II de San Andrés y en la Unidad de Rehabilitación de Cartagena. Sin embargo, no existe un consenso ni un protocolo para su implantación generalizada en el resto de áreas sanitarias, así como tampoco existe un protocolo de evaluación de los resultados.

Por otro lado, la implantación de otros recursos (clínica de litio o de neurolépticos depot) también se ha realizado de forma irregular en los diversos dispositivos sanitarios de la región, tanto en su metodología como en su implantación geográfica, sin que se hayan puesto en marcha mecanismos de control ni de evaluación.

En lo referente a la descripción de los dispositivos de rehabilitación implantados en la Región de Murcia, remitimos al lector a lo descrito en los apartados anteriores (organización asistencial y análisis de la demanda).

⁶ Vázquez-Barquero JL., Herrán A y Vázquez-Bourgon M^o E. Prevención de la enfermedad mental en Atención Primaria: introducción. En: Vázquez-Barquero JL. (ed.). *Psiquiatría en Atención Primaria*. Grupo Aula Médica, SA. Madrid, 1998. Pp.: 667-693.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

2.4.7.- Formación, docencia e investigación

La Región de Murcia dispone de dos hospitales públicos acreditados para la formación sanitaria especializada de psiquiatras y psicólogos clínicos (MIR y PIR respectivamente): el Hospital General Universitario (HGU) y el Hospital Virgen de la Arrixaca (HVA).

El número de plazas ofertadas en la Región de Murcia para la formación de residentes en los últimos 3 años ha sido la siguiente:

tales responsables de la formación de especialistas (MIR y PIR). No se dispone de datos que permitan su cuantificación en estos momentos, así como no se dispone de ninguna infraestructura consolidada encaminada al apoyo y facilitación de la investigación, docencia y formación continuada desde servicios centrales para el resto de profesionales de la red asistencial de Salud Mental.

Tabla 38: Evolución en el número de MIR en psiquiatría y PIR formados en la Región de Murcia

		1995	1996	1997	1998	Previsión para 1999
H.G.U.	MIR	2	3	3	3	3
	PIR	1	1	1	1	1
H.V.A.	MIR	2	2	2	2	2
	PIR	-	-	-	-	-
TOTAL REGIONAL	MIR	4	5	5	5	5
	PIR	1	1	1	1	1

En la formación de los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria intervienen todos los dispositivos asistenciales de la red de Salud Mental, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio durante su período de formación en Salud Mental (actualmente con una duración de 3 meses). Los Centros de Salud Mental de la región participan también en la realización de prácticas de los estudiantes de psicología, enfermería y trabajadores sociales.

Actualmente la producción científica en Salud Mental se centra alrededor de los hospi-

2.4.8.- Evolución del gasto sanitario en Salud Mental (S.M.S.)

El aporte de recursos económicos por parte de la Administración Autonómica aplicados a la atención sanitaria en materia de Salud Mental ha sido muy importante a lo largo de todos estos años (recordamos que está financiando alrededor del 80% de la red de salud mental).

Si se observa la gráfica de evolución del gasto, el descenso presupuestario de 1987 se justifica por la separación de la Residencia "Luis Valenciano" del Hospital Psiquiátrico, que pasa a depender administrativa y presupuestariamente del ISSORM, así como los incrementos de los años 1992 y 1993, se justifican por el proyecto de remodelación de las instalaciones del actual Hospital Psiquiátrico.

A pesar de que a partir del año 1995 se incluye el presupuesto del programa de Drogodependencias (412K-200millones) en estas gráficas, al pasar a depender del S.M.S., la mayor parte del incremento presupuestario es debida

a una mayor y mejor dotación de personal y estructuras, situación que se ha mantenido y aumentado en los últimos tres años.

Se hace la salvedad de que en esta gráfica no está incluido el gasto generado por la Unidad Psiquiátrica ni por la Unidad de Desintoxicación del Hospital General Universitario (programa 412A), que supone al S.M.S. un gasto aproximado de 250 millones/año. Podría afirmarse que la Comunidad Autónoma de Murcia, a través de los presupuestos del S.M.S., realiza una aportación económica en recursos sanitarios asistenciales dedicados a Salud Mental de unos 2.000 millones de pesetas/año.

No se disponen de datos económicos sobre lo que el Insalud está invirtiendo en mantener sus recursos asistenciales destinados a la atención de la Salud Mental.

Se exponen a continuación los gráficos del crecimiento de recursos estructurales y humanos, así como la evolución del gasto en Salud Mental del S.M.S.

Tabla 39: Crecimiento en recursos sanitarios/estructurales específicos de Salud Mental en la Región de Murcia

	Descripción	Área Sanitaria
1995	C.A.D. de Cieza	Área VI
	Centro de Salud Mental. - Águilas	Área III
1996	Centro de Salud Mental. - Mula	Área I
	Unidad Tratam. Opiáceos. - Águilas	Área III
1997	Unidad Tratam. Opiáceos. - Totana	Área III
	Unidad Tratam. Opiáceos. - Jumilla	Área V
	Unidad Dexint. Hospitalaria. - Murcia	Área I
	Unidad Tratam. Opiáceos. - Mazarrón	Área II
	Unidad Tratam. Opiáceos. - La Unión	Área II
1998	C. Día-U de Rehabilitación. - Lorca	Área III
	Unidad Tratam. Opiáceos. - Mula	Área I
	Ampliación Centro de Día. - Murcia	Área I

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tabla 40: Crecimiento en recursos humanos en la red de Salud Mental dependiente del Servicio Murciano de Salud (SMS)

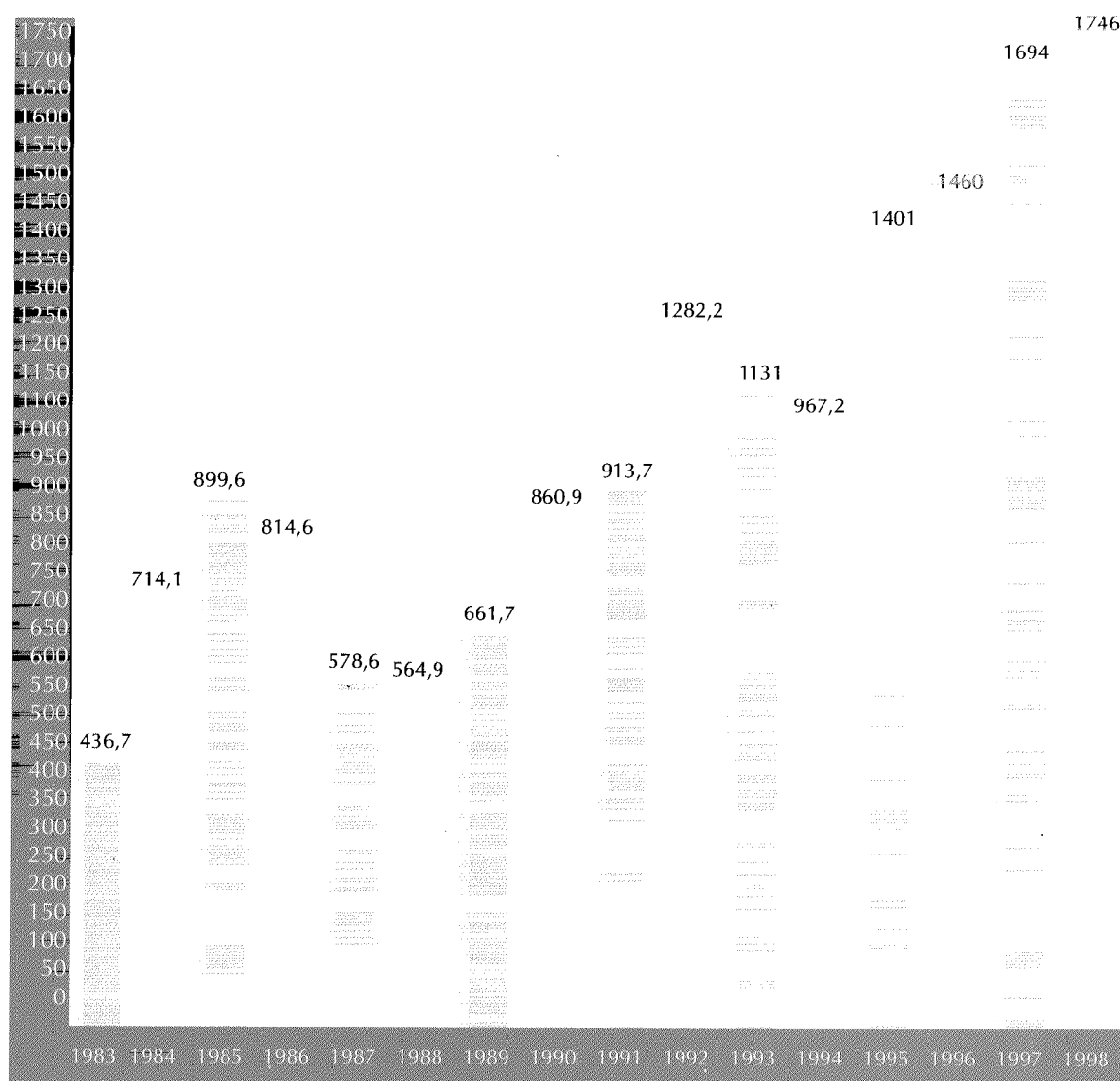
	Profesionales	Número	Área Sanitaria
1996	Psiquiatra	2	III(1)-IV(1)
	Médico drogodep.	1	I
	Enfermería	3	I(1)-II(1)-IV(1)
	Otros	3	I(2)-III(1)
1997	Psiquiatra	3	I(2)-V(1)
	Psicólogo	1	I
	Med. Interna	1	I
	ATS/DUE	7	I(6)-II(1)
	Trabajador Social	1	II
	Otros	3	I(1)-III(2)
1998	Psiquiatra	5	I-II-III(2)-IV
	Psicólogo	2	II(1)-III(1)
	Méd. Anestesista	1	I
	ATS/DUE	2	I(1)-III(1)
	Trabajador Social	1	III
	Terapeuta Ocupacional	4	I(1)-II(1)-III(2)
	Otros	8	I(3)-II-III(3)-IV
TOTALES	Psiquiatra	10	I(3)-II-III(3)-IV(2)-V(1)
	Psicólogo	3	I-II-III
	Médico drogodep.	1	I
	Med. Interna	1	I
	Méd. Anestesista	1	I
	ATS/DUE	12	I(8)-II(2)-III-IV
	Trabajador Social	2	II-III
	Terapeuta Ocupacional	4	I(1)-II(1)-III(2)
	Otros	14	I(6)-II(3)-III(4)-IV

PLAN REGIONAL DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Gráfica 9: Evolución de los presupuestos de Salud Mental entre 1983 a 1998*

EVOLUCIÓN PRESUPUESTOS GASTOS 1983 A 1998 EN SALUD MENTAL



* A partir de 1995 se incluye el programa 412 K (Drogodependencias).

· No está incluido el presupuesto de la UPH del H. General ni el de la UDII, que suponen aproximadamente unos 250 millones/año.

3. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DETECCIÓN DE PROBLEMAS

3.1.- Problemas de Salud. Prevención

- 1.- No se disponen de estudios epidemiológicos que permitan caracterizar la incidencia y prevalencia de la patología mental en la Región de Murcia, datos fundamentales en relación a la planificación y distribución de los recursos sanitarios.
- 2.- No se dispone de información suficiente para definir con claridad los problemas de Salud Mental, dada la inexistencia de un registro de casos psiquiátricos unificado e implantado en la totalidad de la red. No obstante, con los datos disponibles, si se tiene una aproximación razonablemente fiable a la problemática general, pudiéndose afirmar que la demanda de atención psiquiátrica es cada vez mayor, sobre todo en la atención ambulatoria y, dentro de ella, la patología derivada de los trastornos de ansiedad y los cuadros depresivos. El tipo de tratamiento cuya demanda más ha aumentado son las intervenciones psicológicas.
- 3.- Es necesario profundizar, a través de consensos técnicos, en la definición de las prestaciones de Salud Mental, dada la complejidad de la patología y sus formas de abordaje. Se evidencia un déficit acusado de protocolos y/o guías de práctica clínica para las distintas patologías, precisándose más programas asistenciales específicos.
- 4.- Aunque se realizan diversas actividades preventivas relacionadas con el Área de Salud Mental, se carece de programas de prevención primaria específicos adecuados a la realidad de la Región de Murcia. El diseño y puesta en marcha de planes de prevención exige una importante labor de coordinación entre los organismos implicados para optimizar la relación coste/beneficios. La implicación de los servicios sociales, y de los organismos competentes (Dirección General de Salud en la Región de Murcia) es primordial,

entre otros motivos porque numerosos ámbitos de actuación se escapan de la zona de influencia de los servicios meramente asistenciales.

- 5.- Con relación a la prevención secundaria, las sesiones formativas encaminadas al diagnóstico precoz de la patología mental en Atención Primaria se realizan de forma irregular y desigual en las diferentes Áreas Sanitarias y generalmente orientadas hacia el diagnóstico y tratamiento, cuando sería más conveniente reorientarlas hacia la detección de factores predisponentes y desencadenantes.
- 6.- Por último, coincidimos con otros autores⁵ en que la actividad preventiva no puede ser vista como una actividad que surja espontáneamente o como un sub-producto de la atención sanitaria, sino que debe enmarcarse dentro de un proyecto definido con objetivos, estrategias de actuación y métodos de evaluación.

Dada las implicaciones organizativas de la prevención terciaria se analizan con más detalle en las conclusiones del resto de programas asistenciales.

3.2.- Organización Asistencial

- 1.- Aunque se ha realizado el proceso de unificación e integración funcional de redes, este proceso necesita consolidarse. Siguen existiendo dos administraciones diferentes de las que dependen los distintos servicios con una coordinación muy deficitaria. Además no existe una distribución equitativa de recursos, ni mecanismos que garanticen una homogeneidad de planteamientos respecto al desarrollo del proceso de reforma de la atención a la Salud Mental.
- 2.- Hay que aplicar los procedimientos de ges-

CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN - DETECCIÓN DE PROBLEMAS

tión que actualmente se vienen implantando en el sistema sanitario, con las correcciones específicas necesarias en el Área de Salud Mental.

- 3.- Quedan por desarrollarse acuerdos y convenios con distintas administraciones y organismos, que permitan una actuación coordinada entre instituciones implicadas en la Salud Mental.

3.2.1.- Servicios Centrales y Asistenciales

- 1.- Los Servicios Centrales de Salud Mental del S.M.S., se encuentran en la actualidad totalmente en una situación precaria. Sin los recursos humanos y materiales precisos solo se podrá actuar desde el voluntarismo, sin profundizar en la organización y la gestión y con una gran probabilidad de no actuar con la eficacia y eficiencia deseables para lograr un correcto funcionamiento de la red de Salud Mental.

Para organizar, planificar y gestionar adecuadamente los recursos de Salud Mental del S.M.S., se precisan unos Servicios Centrales lo suficientemente dotados en recursos humanos y estructurales para que puedan ser operativos. En el actual período de transición en el que se encuentra nuestra Comunidad Autónoma y que culminará con la finalización de las transferencias sanitarias, es especialmente necesaria la existencia de unos Servicios Centrales operativos que faciliten dicho proceso de integración en materia de Salud Mental.

- 2.- En todos los C.S.M. y C.A.D. persiste una insuficiente coordinación con Atención Primaria, siendo este hecho esencial para conseguir una mejor derivación y asegurar la continuidad de los cuidados en aquellos pacientes que por sus características puedan ser atendidos en el ámbito de Atención Primaria.

- 3.- Entre todos los dispositivos asistenciales de la red sanitaria de Salud Mental persisten también una insuficiente coordinación y vías de comunicación, lo que repercute en una merma en la atención al paciente.

3.2.2.- Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.)

- 1.- Es necesario el perfeccionamiento y explotación de los datos del sistema de Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.) actualmente implantado en la red ambulatoria del S.M.S.
- 2.- Es necesaria la adecuación e implantación del R.A.C.P. a los programas de hospitalización y rehabilitación psiquiátrica en la Región de Murcia.
- 3.- Por diversos motivos, la red dependiente del Insalud no utiliza el R.A.C.P. implantado en el S.M.S. Sería conveniente la implantación y utilización del mismo R.A.C.P. para evitar duplicidades y facilitar el proceso de integración de ambas redes asistenciales.

3.2.3.- Formación, docencia e investigación

- 1.- Se necesita una adecuada formación tanto de los futuros como de los actuales profesionales de la red para adaptarse a los requerimientos técnicos del modelo actual de atención a los problemas de Salud Mental.
- 2.- No se utilizan adecuadamente todos los recursos asistenciales (humanos y materiales) implantados actualmente en la Región de Murcia en la docencia y formación de los futuros profesionales y en la formación continuada de los profesionales que trabajan actualmente para la propia red.
- 3.- Existe una deficiente infraestructura en la red

CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN - DETECCIÓN DE PROBLEMAS

de Salud Mental para fomentar el desarrollo de proyectos de investigación.

- 4.- No se da la suficiente importancia a la actividad asistencial que se está realizando. Tampoco se evalúa, ni se potencia en relación a las repercusiones que tiene en la calidad de la propia actividad asistencial.

Dada su importancia, se adjunta en un anexo a este análisis situacional, un apartado específico sobre este tema.

3.3.- Conclusiones a los programas asistenciales

3.3.1.- Conclusiones al programa de atención a Adultos

Aún siendo el programa más y mejor desarrollado, de la red de salud mental, presenta algunas deficiencias que deben ser corregidas para su mejor funcionamiento.

- 1.- Se evidencia en los dos últimos años una masificación en estos servicios. Sus profesionales son requeridos para todo tipo de consultas; incluidas las de patología leve como resultado de una insuficiente coordinación con Atención Primaria.
- 2.- Como consecuencia de esta situación, se empieza a detectar una insuficiente dedicación a los programas específicos relacionados a la patología psiquiátrica más grave (p.ej.: los pacientes psicóticos).
- 3.- En los recursos responsables de la atención a los adultos en el Insalud se evidencia un insuficiente número de profesionales que, siendo ostensible respecto a los psiquiatras, respecto a los psicólogos, la deficiencia es más que acusada. No disponen de personal auxiliar específico para salud mental, con lo que no pueden implantar el R.A.C.P.

- 4.- La demanda de tratamiento psicológico ha crecido de forma espectacular, provocando listas de espera para este tipo de tratamiento. En este sentido no se ha producido una adecuación de la atención psicoterapéutica a las necesidades asistenciales, por lo que debiera darse preferencia a las terapias de tipo grupal.

3.3.2.- Conclusiones al programa Infanto-Juvenil

- 1.- Existe un déficit acusado de profesionales dedicados a este tipo de asistencia, así como una insuficiente unidad de criterio respecto a su organización, actividad y funcionamiento.
- 2.- Existe una deficiente coordinación e integración entre los distintos dispositivos responsables en la prestación de cuidados a la población infanto-juvenil. Esta situación contribuye a mermar la calidad de la asistencia en Salud Mental en este grupo de población, dificultando el acceso a los servicios, las interconsultas entre los profesionales y los canales de derivación entre los distintos dispositivos asistenciales.
- 3.- No se dispone de ningún recurso hospitalario con camas específicas para este tipo de patología en toda la Región. Aunque debiera evitarse este tipo de ingresos en la infancia, son necesarias algunas camas para casos muy específicos imposibles de tratar ambulatoriamente.
- 4.- No se dispone de ningún dispositivo tipo "centro de día". Aunque en los niños muy pequeños el término rehabilitación resulta confuso, en tanto que no se puede rehabilitar lo que no está desarrollado, pero al menos este tipo de actividades debiera dirigirse a potenciar un desarrollo evolutivo normal mediante una detección precoz y la

mejora del pronóstico. Sería recomendable el desarrollo de programas específicos, al menos, en los trastornos profundos del desarrollo en los niños más pequeños, y en los trastornos de conducta graves.

- 5.- Se evidencia una insuficiente relación y coordinación con los organismos responsables de la educación en la Región de Murcia.

3.3.3.- Conclusiones al programa de Hospitalización Psiquiátrica

- 1.- El número de camas de hospitalización breve disponibles en la Región de Murcia es insuficiente en términos generales. Este hecho es muy acusado respecto a las ubicadas en hospitales generales, siendo la situación más llamativa la ausencia de una UPH en el Área Sanitaria II (Cartagena).
- 2.- Los hospitales de las Áreas Sanitarias II, IV y V no disponen de psiquiatras en su plantilla que supervisen o se responsabilicen tanto de la atención de las urgencias psiquiátricas como de la atención a la patología mental de los pacientes ingresados por otros servicios sanitarios. Así mismo, no existen protocolos terapéuticos adecuados para atender las urgencias que acuden a dichos hospitales.
- 3.- El número de camas de Media Estancia disponibles en la Región de Murcia es insuficiente. Por otro lado, las camas existentes en la actualidad se encuentran ocupadas por pacientes susceptibles de ocupar recursos de Larga Estancia.
- 4.- Existe un déficit muy acusado de camas de Larga Estancia responsable del colapso de las camas de Media Estancia y de las de hospitalización breve (que se encuentran ocupadas en casi un 20% con pacientes que no son susceptibles de este tipo de recursos).

3.3.4.- Conclusiones al programa de Rehabilitación.

- 1.- En este nivel es donde existe el mayor déficit de recursos y de programas específicos necesario para avanzar en el proceso de superación de las estructuras tradicionales de atención psiquiátrica.
- 2.- Son necesarios los convenios que posibiliten la actuación conjunta de las instituciones implicadas en el cuidado de los enfermos mentales crónicos. Sin el desarrollo de estos recursos y convenios, ni las UPHs ni los CSMs funcionarán adecuadamente.
- 3.- Los recursos humanos en este programa son tremendamente escasos.
- 4.- Se evidencia una insuficiente unidad de criterio respecto a su organización y funcionamiento.
- 5.- Los recursos tipo Centro de Día y Pisos terapéuticos son muy escasos, siendo la rotación/movilidad de pacientes mínima.

Desde esta situación y teniendo en cuenta que solo el desarrollo equilibrado de los recursos en Salud Mental por encima de unos mínimos básicos, solucionando las carencias asistenciales actuales tan fácilmente reconocibles, se evitarán los desequilibrios asistenciales actuales en nuestra Región en materia de Salud Mental.

Se proponen a continuación los siguientes objetivos y acciones enmarcándolos en un período de tiempo determinado, (1999-2001).

No se contemplan objetivos y acciones en el campo de las drogodependencias, ya que están recogidas específicamente en el Plan Regional de Drogodependencias, recientemente aprobado y refrendado por el Gobierno Regional.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

COORDINACIÓN

1. Durante el período de vigencia del Plan se establecerán acuerdos de colaboración que mejoren la coordinación y atención de los problemas de salud mental.

1.1. Durante 1999 se revisará el modelo de ordenación Sanitaria de los Servicios de Salud Mental en la Región con el fin de adecuarlo a la ordenación general del Sistema Sanitario.

1.2. Al finalizar el período del Plan se habrá completado la integración funcional de los dispositivos de atención a la Salud Mental del Servicio Murciano de Salud y del Insalud en una red única, independiente de la adscripción patrimonial, que garantice la atención adecuada y la continuidad asistencial.

1.3. Durante 1999 se establecerá una comisión de seguimiento que garantizará la integración funcional y continuidad asistencial en los dispositivos del Servicio Murciano de Salud y del Insalud.

1.4. Se promoverá el establecimiento y desarrollo de acuerdos de colaboración con Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia, dirigidos a garantizar adecuada integración y continuidad a los pacientes de Salud Mental.

1.5. Durante 1999 la Red de Salud Mental participará en la elaboración del Plan Socio-sanitario de la Consejería de Sanidad y Política Social, en el que se establecerán los mecanismos de coordinación de la Red Sociosanitaria que permitan responder a las necesidades de los usuarios con criterios de continuidad, calidad y eficiencia.

1.6. Durante el período del Plan se establecerán y desarrollarán convenios con servicios sociales y organizaciones no gubernamentales, con el fin de facilitar la reinserción socio-laboral de los pacientes psiquiátricos.

GESTIÓN

2. Durante el período del Plan, todos los dispositivos asistenciales de la Red de Salud Mental establecerán con el Servicio Murciano de Salud un contrato de anual de gestión que contemplará los servicios a prestar, los indicadores de calidad de estos servicios y el presupuesto del centro.

2.1. Durante 1999 se desarrollará el organigrama de los Servicios Centrales de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud y se pondrá en marcha la Comisión de Dirección que será la encargada de realizar la propuesta anual de objetivos para los centros, así como su seguimiento y evaluación.

2.2. Para el año 2000 se habrán definido las carteras de servicios de todos los centros de la Red de Salud Mental y se habrán establecido los cauces de coordinación y derivación en el conjunto de la Red.

2.3. Durante 1999 se revisarán los perfiles y requisitos de los puestos de trabajo en los diferentes dispositivos de la Red de Salud mental con el fin de optimizar su adecuación a las funciones a realizar.

REGISTRO ACUMULATIVO DE CASOS PSIQUIÁTRICOS (R.A.C.P.)

3. Para el año 2000 se habrá desarrollado e implantado en toda la Red de Salud Mental un R.A.C.P. para la gestión y evaluación de

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

los servicios, así como para facilitar la continuidad asistencial de los pacientes mediante un registro individualizado.

- 3.1. Durante 1999 se perfeccionará el sistema de información en los CSM/CAD.
- 3.2. Durante 1999 y 2000 se definirá e implantará el sistema informático correspondiente a los programas de hospitalización y de rehabilitación.
- 3.3. Durante el período del Plan se extenderá el sistema de información de los equipos de salud mental a los dispositivos del Insalud (hospitalarios y extrahospitalarios).
- 3.4. Durante el período del Plan se adecuarán los sistemas de información de gestión para establecer el coste por proceso.

PROBLEMAS DE SALUD

4. Durante el período del Plan se habrá protocolizado y evaluado la actuación sanitaria en relación a los problemas de Salud Mental más relevantes, con especial atención a las psicosis funcionales, trastornos profundos del desarrollo en la edad infantil, demencias y trastornos de la alimentación.
- 4.1. Anualmente, a partir del año 2000, se protocolizarán un mínimo de dos problemas de salud contemplando la organización de la asistencia a través de la protocolización de la atención y la normalización de los criterios de derivación, las acciones preventivas encaminadas a informar a la población general, la coordinación con otros profesionales (otras especialidades sanitarias y servicios sociales principalmente) y los mecanismos de apoyo a las asociaciones de afectados.
- 4.2. Durante el año 2001 se evaluarán aque-

llas actividades protocolizadas e implantadas más de 1 año.

- 4.3. A lo largo del plan se mejorará la coordinación entre Atención Primaria y los Centros de Salud Mental a través de la protocolización de problemas de salud, definición de criterios de derivación y actividades de interconsulta.
- 4.4. Durante 1999 se establecerá el programa de gestión de calidad asistencial para los servicios de Salud Mental.

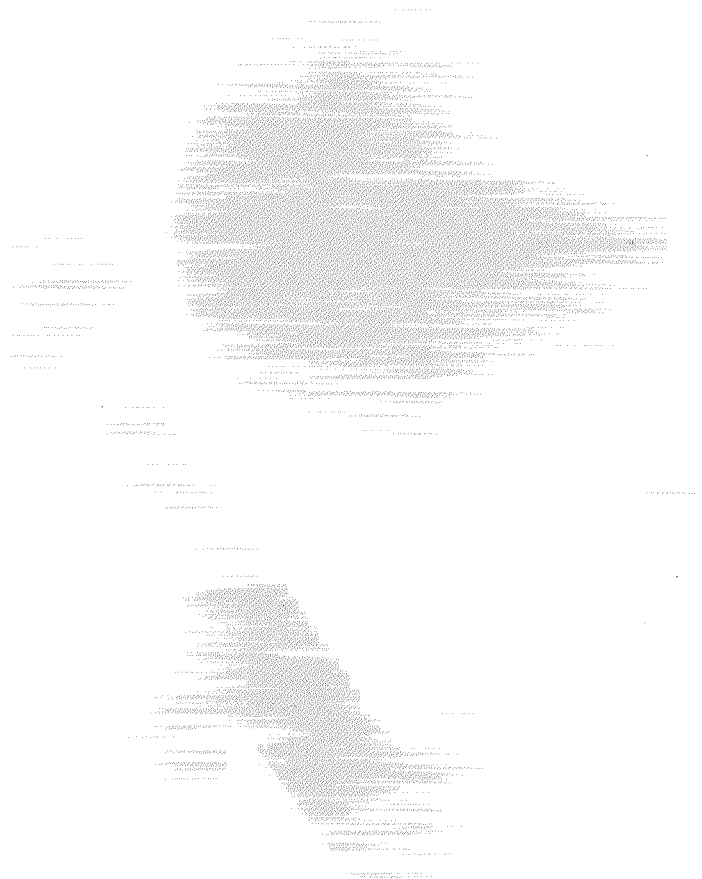
FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

5. Durante 1999 se establecerá un Programa de Formación Continuada, Docencia e Investigación basado en los objetivos del Plan.
- 5.1. Durante el período del Plan se fomentará y facilitará el desarrollo de programas de formación continuada e investigación en los programas de salud mental.
- 5.2. Se incrementará y generalizará la difusión a todos los centros asistenciales de las publicaciones relacionadas con los avances científicos en Salud Mental.
- 5.3. Para el año 2000 se habrá regulado adecuadamente la docencia de pregrado y postgrado en la Red de Salud Mental en el marco del Acuerdo del Servicio Murciano de Salud y la Universidad de Murcia.
- 5.4. La memoria anual de los centros de salud mental recogerá, además de la actividad asistencial, las actividades realizadas en materia de formación continuada, docencia e investigación.

RECURSOS

6. A lo largo del período del Plan continuará el desarrollo de los actuales dispositivos de Salud Mental con el fin de ampliar la oferta de servicios y mejorar la accesibilidad de la población.
- 6.1. Para el año 2000 se pondrá en marcha un Centro de Salud Mental en Murcia donde se integrarán los recursos de Infanto-Juvenil de Murcia, incluyendo la creación de un Centro de Día Infantil, una Unidad de Rehabilitación-Centro de Día para adultos y se reubicará el actual C.S.M.-"La Seda".
- 6.2. Para el año 2001 se pondrán en marcha los Centros de Salud Mental de Mazarrón y de San Javier.
- 6.3. Durante el período del Plan se realizará la puesta en marcha de las Unidades de Hospitalización en el Hospital Morales Meseguer y Ntra. Sra. del Rosell, y se ampliará a 15 camas la Unidad de Hospitalización del Hospital Rafael Méndez.
- 6.4. Para el año 2001 se habrán establecido los mecanismos que permitan la atención hospitalaria en problemas de salud mental infanto-juvenil en un dispositivo adecuado en un hospital general.
- 6.5. A lo largo del Plan se establecerán los mecanismos de coordinación necesarios para asegurar una adecuada atención psiquiátrica a los pacientes ingresados en los hospitales de Caravaca y Yecla.
- 6.6. En el año 2000 se realizará la remodelación y adecuación del pabellón destinado a Dirección, Administración y Docencia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.
- 6.7. A lo largo del Plan se dispondrá en cada una de las Áreas de Salud 1, 2 y 3, de 15-20 plazas en pisos protegidos para pacientes en fase de reinserción.
- 6.8. Durante el período del Plan se construirá en la Residencia Luís Valenciano un pabellón para pacientes de larga estancia con capacidad de 60 camas.
- 6.9. Durante el período del Plan se facilitará la existencia de 30-50 plazas para pacientes psiquiátricos de larga estancia en las Áreas de Salud de Cartagena y Lorca.
- 6.10. Durante el período del Plan se reforzará el Centro de Día del Área de Cartagena y el de Lorca.

4. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES



5. ANEXOS

5.1.- Formación continuada, investigación y docencia

La docencia y la investigación son consideradas como funciones básicas de todo sistema asistencial. El Artículo 104 de la Ley General de Sanidad (LGS) establece que toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia de pregrado, posgrado y formación continuada de los profesionales.

En el punto 6 del mismo Artículo se dice que las Administraciones Públicas competentes en Educación y Sanidad promoverán la revisión permanente de las enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a las necesidades de la sociedad española. Asimismo, dichos Departamentos favorecerán la formación interdisciplinar en Ciencias de la Salud y la actualización permanente de conocimientos.

Como criterio básico para la organización de lo referente a la investigación, el punto 1 del Artículo 106 de la LGS dice que las actividades de investigación habrán de ser fomentadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo.

En el Artículo 107 se capacita a las Comunidades Autónomas para que puedan crear los Organismos de Investigación que consideren oportunos, de acuerdo con la política científica española. Estos Organismos tienen capacidad para establecer sus programas prioritarios y para acreditar unidades de investigación.

La acreditación docente de las unidades para la formación de especialistas depende de la Mesa de Especialidades constituida en el Ministerio de Sanidad. Sin embargo, la organización, regulación y el fomento de las actividades docentes, de formación continuada y de la investigación son responsabilidad de los organismos competentes de cada Comunidad

Autónoma. Hasta ahora estas actividades se han ido realizando en base a los esfuerzos individualizados de diversos profesionales sin un adecuado reconocimiento. Es necesario crear en el ámbito del propio trabajo los suficientes estímulos y recursos facilitadores para que su implantación sea generalizada.

5.1.1.- Docencia

Son aquellas actividades realizadas para la formación de otros profesionales (estudiantes, médicos-M.I.R., psicólogos-P.I.R., otras disciplinas en formación y profesionales de otras especialidades).

Toda la red asistencial de Salud Mental está disponible con estos fines docentes en cualquiera de los casos en el marco de los acuerdos que se lleven a cabo entre los Servicios Centrales, apoyados por los responsables de los diferentes recursos asistenciales, y los tutores de cada uno de los diferentes colectivos.

La actividad docente puede estar:

- * Organizada y ofertada por los propios Equipos de Salud Mental
- * Organizada y dirigida por otras instituciones, siendo los Equipos de Salud Mental colaboradores docentes de las mismas.

En todas las actividades docentes se debería contar con la acreditación correspondiente y las regulaciones legales establecidas entre las instituciones responsables (convenios, acuerdos, decretos, etc...). La participación en la docencia por parte de los miembros de los Equipos de Salud Mental será individual y voluntaria, y el reconocimiento en la forma que se disponga, también será individualizado.

Todas las actividades docentes de los distintos equipos de profesionales en Salud Mental deberán estar programadas con antelación.

Responsabilidad:

- * En todos los Equipos de Salud Mental, habrá un responsable de la docencia que será el Jefe de Servicio, el coordinador y/o profesional en quien delegue esta función.
- * Esta persona coordinará las actividades docentes (distribución, tutorías) entre los miembros del equipo.
- * Será la persona que se relacione para este tema con otras instancias o instituciones que así lo requieran.
- * Coordinará la elaboración de actividades y programas docentes.
- * Desde los Servicios Centrales se prestará el apoyo necesario para la elaboración de convenios, acuerdos... que tengan carácter regional. También se coordinarán las actividades docentes entre los equipos asistenciales para igualar criterios, elaborar programas, etc....

Evaluación

La evaluación de las actividades docentes no puede quedar reducida a la sumación de horas de asistencia pasiva a cursos, conferencias o congresos. El proceso de aprendizaje que se realiza mientras se trabaja en los programas asistenciales también debe ser evaluado como instrumento de docencia y, en consecuencia, debiera ser reconocido.

La acreditación de los cursos regulares de Doctorado de la Universidad, de la formación MIR, PIR y la de los alumnos de Medicina ya está más o menos establecida. Más compleja es la evaluación de los cursos de formación continuada que se deben formar para todos los profesionales de la red asistencial de Salud Mental para afrontar los nuevos problemas asistenciales que van surgiendo, para adoptar los nuevos avances que se están produciendo en nuestra especialidad y para incorporar las nuevas técni-

cas de comunicación y aprendizaje (p.ej.: informática, internet, ...).

Sería conveniente la elaboración de unas normas de acreditación y unos indicadores válidos y explícitos para la evaluación de estas actividades docentes que deben ser bien conocidos por todos los profesionales.

5.1.2.- Formación continuada

Son aquellas actividades teórico-prácticas encaminadas a aumentar y actualizar los conocimientos de los profesionales de Salud Mental en relación al ejercicio de su profesión. La formación continuada y el oportuno reciclaje del personal asistencial en todos sus niveles debiera ser estimulada de modo que, al menos, se lleve a cabo de forma similar a lo que se realiza en otras especialidades sanitarias. Para ello será preciso valerse de algunas de las medidas de control de la calidad del trabajo asistencial y utilizarlas como argumento para forzar el reciclaje de aquellos profesionales que se han quedado atrás en su entrenamiento y aprendizaje.

Los programas de formación continuada debieran estar definidos de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Líneas generales propuestos desde los Servicios Centrales de Salud Mental.
- b) Objetivos propuestos por los equipos de los distintos dispositivos asistenciales de Salud Mental.
- c) Sugerencias y necesidades de formación propuestas por los profesionales de dichos dispositivos.

Objetivos de la formación:

- 1.- Actualizar y complementar los conocimientos necesarios en materia de Salud Mental.
- 2.- Estimular especialmente la incorporación y la actualización constante de las diferentes técnicas terapéuticas en las distintas patologías psiquiátricas.

Características:

El programa de formación continuada se ajustará anualmente a las líneas directrices que se marquen desde el Departamento de Psiquiatría (Servicios Centrales) en función de los objetivos y necesidades asistenciales.

Para su elaboración se tendrá en consideración las sugerencias de los profesionales integrados en la red de Salud Mental en relación a las necesidades provenientes de la práctica asistencial habitual.

Así mismo, el programa de formación será coherente con los objetivos asistenciales que se marquen anualmente en los equipos.

Este programa se desarrollará en horario laboral y/o fuera del mismo de acuerdo con los criterios establecidos desde los servicios centrales en cuanto a las licencias que se concederán, con el fin de no mermar excesivamente otras actividades de los servicios.

Actividades:

Las actividades encaminadas a mantener un programa de formación continuada en los equipos de profesionales de los distintos dispositivos asistenciales de Salud Mental pueden agruparse en tres líneas fundamentales:

- a) Actividades con carácter regional (congresos, jornadas, seminarios, sesiones,

etc...), que serán programadas desde Servicios Centrales, en las que participarán personal de los equipos, centros, y personal de otras instituciones y comunidades.

- b) Actividades de formación de los Equipos de Salud Mental. La responsabilidad de la organización de estas actividades dentro de cada uno de los centros asistenciales será responsabilidad del Jefe de Servicio, Coordinador o de la persona nombrada a tal efecto.

Cada equipo programará sus actividades formativas (sesiones clínicas, bibliográficas, supervisiones, seminarios etc...) posibilitando la participación del mayor número posible de sus profesionales. Muchas veces, algunas de estas actividades pueden presentarse ampliadas a los equipos de su área, intersectorial (hospitales y centros ambulatorios) o de toda la región.

- c) Actividades de formación personal o de grupos de trabajo de los equipos de Salud Mental que decidan formarse o ampliar su formación en temas necesarios y de importancia para la mejora de la actividad asistencial.

Regulación:

La formación estará regulada por los organismos y normas reguladoras competentes (orden, resolución, decreto...) con el fin de que quede garantizado el beneficio público de una formación personal en la que directa o indirectamente intervienen recursos públicos.

Los contenidos se adecuarán a los criterios de definición. Deberán estar programados a finales del año anterior a su desarrollo y habrán de ser aprobados por el Jefe de Departamento y el/los organismos correspondientes.

Deberá consignarse la partida presupuestaria que los financie en la parte correspondiente a la administración autonómica.

La formación personal será autorizada por el Jefe de Departamento a propuesta del interesado sin perjuicio en ningún caso de la organización y actividades asistenciales de los profesionales de Salud Mental. Así mismo, se adecuará a las normas administrativas vigentes (asuntos propios, permisos, vacaciones, etc...).

Responsabilidad:

Serán responsables de la formación:

- a) En los distintos dispositivos de la red de Salud Mental (Hospitalización, Centros de Salud Mental, Unidades de Rehabilitación, ...) será responsable de las actividades de formación el Jefe de Servicio, Coordinador del CSM y/o la persona en la que se haya delegado esta función.
- b) La coordinación general de todas las actividades de formación que así lo requieran se realizará desde los Servicios Centrales por el Jefe de Departamento y/o por la persona designada a tal efecto.

Financiación:

La formación continuada será financiada en una parte por la Administración Regional que en sus presupuestos generales en la partida correspondiente, consignará la cantidad necesaria para desarrollar parte de las actividades programadas.

Se buscarán todas aquellas fuentes de financiación legalmente establecidas para llevar a cabo actividades de formación e investigación. (administración local, instituciones privadas, becas nacionales e internacionales....).

5.1.3.- Investigación

La investigación es uno de los motores de la docencia y de la formación continuada. La investigación clínica y la capacitación para colaborar o realizar estudios epidemiológicos o ensayos clínicos son garantías de una mejor asistencia. Generalmente, la investigación exige un esfuerzo suplementario al de la asistencia y no son muy numerosos los profesionales que se sienten motivados y con conocimientos suficientes para interesarse por ella. Si a esta situación se le añade las dificultades para organizar o entrar a formar parte equipos de investigación y para formarse en temas tan "áridos y aparentemente alejados de la formación clínica" como son la metodología en investigación, conocimientos en informática, ... se explica la realidad en la que nos encontramos.

Aunque la situación global ha mejorado mucho es evidente que no hemos alcanzado un nivel general satisfactorio. Por este motivo, uno de los objetivos importantes propuestos en este Plan es fomentar la actividad investigadora entre los profesionales involucrados en la red de Salud Mental. Con esta finalidad y desde el Departamento de Psiquiatría se tratará de:

- a) promover e incentivar proyectos de investigación con una especial relevancia en el conocimiento, organización y funcionamiento de la asistencia en Salud Mental;
- b) proporcionar los conocimientos necesarios (mediante cursos de formación) y el soporte estructural necesario e imprescindible para la realización de los distintos proyectos de investigación.
- c) facilitar información y el acceso a las posibles subvenciones económicas (becas, ayudas,...) en función de los diferentes proyectos de investigación.

Características:

Las actividades de investigación al igual que las de formación continuada se revisarán anualmente en función de los objetivos, necesidades y demanda de los equipos que intervienen en el tratamiento de la patología mental.

Estas actividades se desarrollarán en horario laboral y en ocasiones fuera del mismo, si tales actividades han sido financiadas desde distintos organismos o instituciones locales, nacionales o internacionales.

Regulación:

Los proyectos de investigación que soliciten apoyo y/o subvención económica de algún tipo a los Servicios Centrales o que deseen utilizar la información propia de los mismos deben ser aprobados por el Jefe de Departamento y/o la comisión que se cree a tal efecto tras la presentación y valoración del proyecto de investigación que se adecuará a las normas vigentes.

Responsabilidad:

Serán responsables de las actividades de investigación:

- a) En los distintos equipos asistenciales el investigador principal del proyecto, que informará de sus actividades al Jefe de Servicio y/o Coordinador con la finalidad de que se facilite un horario que se atenga a las necesidades asistenciales del servicio.
- b) En los Servicios Centrales, el Jefe de Departamento y/o la persona que designe a tal efecto en su labor de monitorización, apoyo y coordinación.

Financiación:

Los equipos pueden solicitar todas aquellas fuentes de financiación que se ofrecen desde las distintas instituciones de carácter regional, nacional y/o internacional, siempre y cuando su temática se ajuste a las líneas de investigación propuestas y prioritarias.

Evaluación

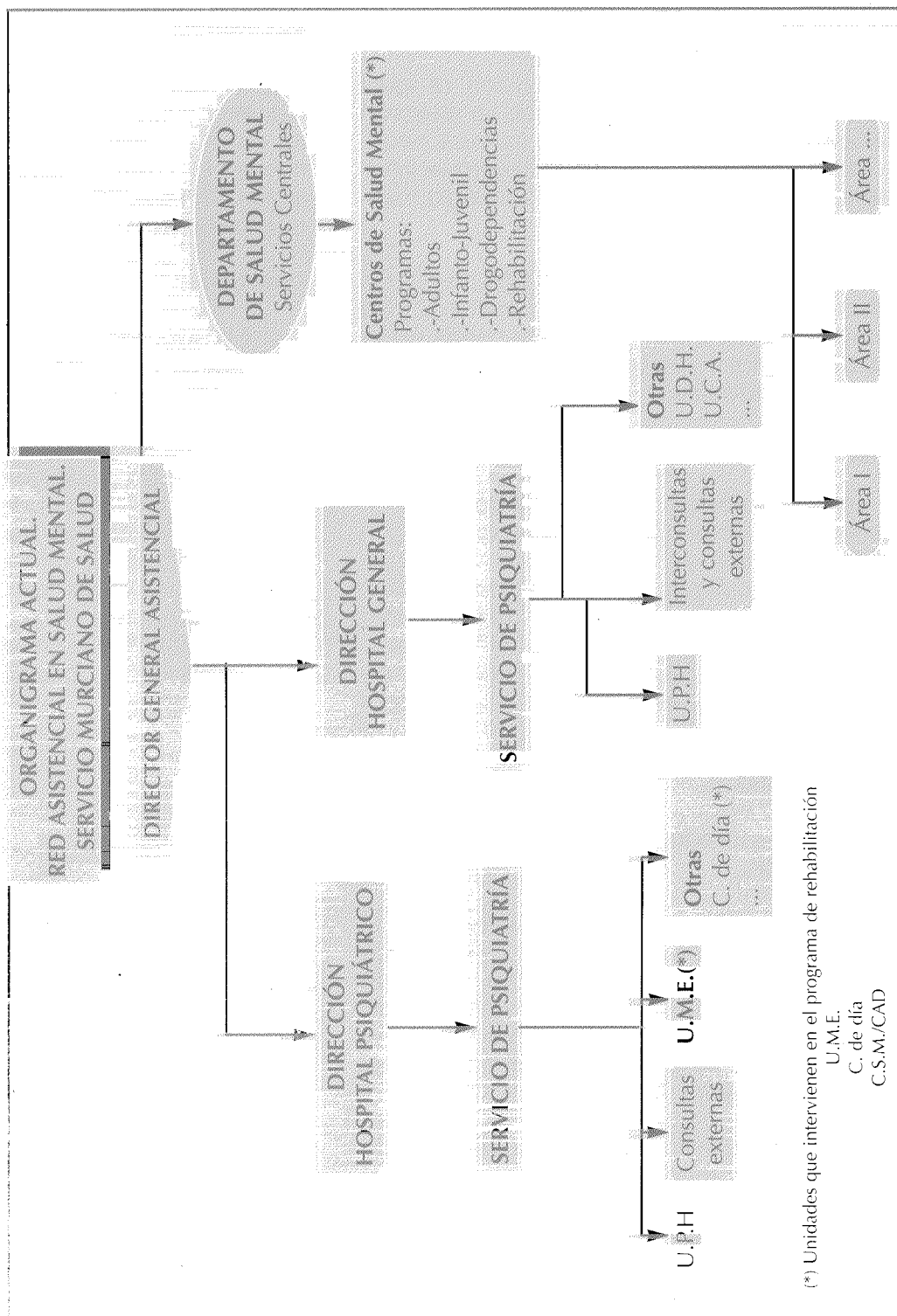
La investigación es más fácilmente evaluable que las actividades docentes o que la formación continuada puesto que es más sencilla la cuantificación del trabajo realizado e incluso decidir sobre la calidad del mismo: la realización de ensayos clínicos bien controlados en las fases de mayor dificultad, las publicaciones en revistas relevantes de ámbito nacional o internacional, la aceptación de los proyectos de investigación por las agencias financieras (de las CCAA, del FIS u otros) son datos que permiten objetivar la capacidad investigadora de los distintos equipos o de los profesionales concretos.

5.2.- Coordinación

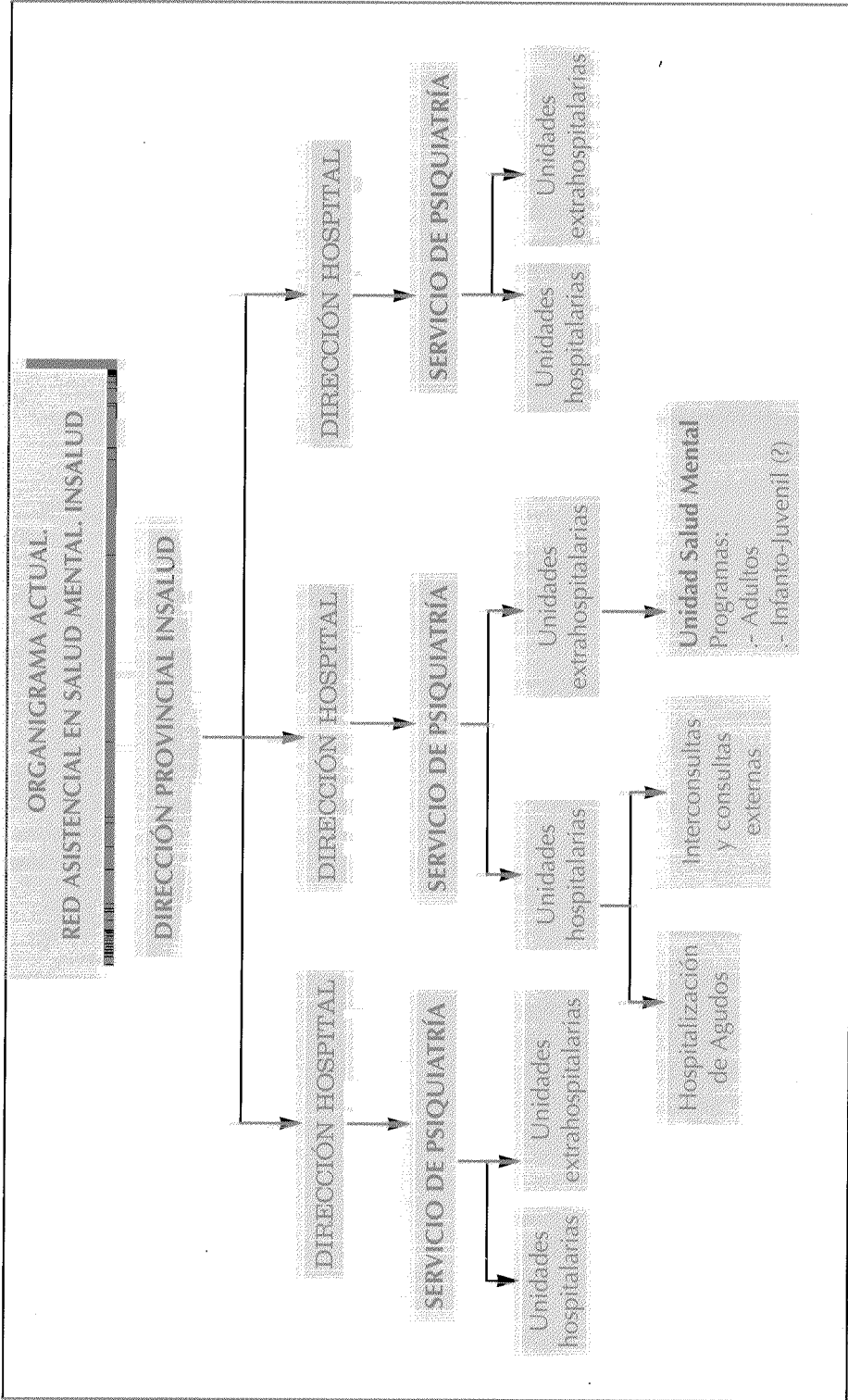
Es una actividad esencial dentro del Departamento de Salud Mental para el desarrollo de sus funciones (asistenciales, prevención, formación, investigación, docencia...).

La complejidad organizativa del Departamento de Salud Mental y de cada uno de los Servicios que lo componen exigen una importante labor de coordinación entre los distintos dispositivos que participan en la asistencia de la patología mental de la población, y dado el actual organigrama del S.M.S. (Gráfica 10), difícilmente puede ser operativo.

Gráfica 10: Organigrama actual de la red asistencial en Salud Mental dependiente del Servicio Murciano de Salud (S.M.S.)



Gráfica 11: Organigrama actual. Red asistencial en Salud Mental. INSALUD.



Quedan pendientes de aprobación para su inclusión en este Plan de Salud Mental, los organigramas elaborados referentes a la red asistencial en Salud Mental del S.M.S. (Previo a Transferencias Sanitarias), y la propuesta de organigrama de la red asistencial en Salud Mental con Transferencias Sanitarias, sin las cuales la organización asistencial no será la correcta en Salud Mental.

Ámbitos de Coordinación

a) Coordinación entre Centros de Salud Mental:

Es aquella que se realiza entre los distintos C.S.M. y el Jefe de Departamento para coordinar los distintos programas y actividades (asistenciales, formativas, investigación, ...) realizados por cada C.S.M. en la atención sanitaria de su área de referencia.

Su organización y periodicidad será responsabilidad del Jefe de Departamento o de la persona en quien delegue.

Objetivos:

- Elaboración y desarrollo de los objetivos (asistenciales y no asistenciales) y programas anuales de cada área asistencial de referencia.
- Evaluación de las actividades realizadas por los distintos servicios.
- Análisis y resolución de problemas encontrados.
- Información y participación en la gestión de los recursos.

b) Coordinación interna en cada C.S.M. y/o Servicio de Hospitalización psiquiátrica:

Es aquella que se realiza entre los componentes o los responsables de las distintas unidades (hospitalarias o no) que forman parte de cada uno de los Servicios de Psiquiatría para coordinar los distintos programas que se lleven a cabo (asistenciales, formativos, investigación, ...).

Se determinará un tiempo exclusivamente dedicado al desarrollo de esta actividad, cuya organización y periodicidad será responsabilidad del Coordinador de cada C.S.M., Jefe de Servicio de UHP, o de la persona en quien delegue.

Objetivos:

- Organización de aspectos internos del funcionamiento del C.S.M., Servicio de hospitalización,
- Elaboración y desarrollo de los objetivos (asistenciales y no asistenciales) y programas anuales en el marco de su área de referencia.
- Evaluación de las actividades realizadas por servicios.
- Análisis y resolución de problemas encontrados.
- Información y participación en la gestión de los recursos.

c) Coordinación Servicios de Hospitalización- C.S.M.

Es aquella que se realiza entre los profesionales que pertenecen a los distintos C.S.M. y los Servicios de Psiquiatría hospitalaria de referencia.

Se determinará un tiempo exclusivamente dedicado al desarrollo de esta actividad, cuya organización y periodicidad será responsabilidad del coordinador y/o responsable de dicha unidad o de la persona en quien delegue.

Objetivos:

- Organización de aspectos internos del funcionamiento de cada una de las unidades de forma independiente.
- Elaboración y desarrollo de los objetivos (asistenciales y no asistenciales) en función de los programas asistenciales establecidos en el marco de su área de referencia.
- Evaluación de las actividades realizadas en cada programa asistencial.
- Análisis y resolución de problemas encontrados.
- Información y participación en la gestión de los recursos.

d) Coordinación externa:

Se realizará a través de los coordinadores de los distintos programas y/o de otro miembro del equipo en quien se delegue según el tipo de actividad que se quiera organizar con otros servicios (sanitarios o no) que intervengan de alguna forma en la atención sanitaria a la salud mental de la zona.

Los dispositivos que debieran tener establecidos unos cauces de coordinación de obligado cumplimiento (protocolizados) con las distintas unidades del Servicio de Psiquiatría serían:

- a) Atención Primaria de Salud.
- b) Otros servicios hospitalarios.
- c) Servicios de Rehabilitación.
- d) Otras instituciones: Ayuntamientos, S. Sociales municipales...

Características de las diferentes reuniones de coordinación:

- La periodicidad de las reuniones (previamente establecida) y los componentes de la misma se establecerán en función del tipo de reunión y de los temas a tratar.
- El responsable de la reunión (Jefe de Departamento, Jefe de Servicio, Coordinador de CSM u otro) establecerá un orden del día que será dado a conocer a los participantes con la mayor antelación posible.
- Las vías de comunicación entre los distintos dispositivos deben estar previamente establecidos.

5.3.- Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (R.A.C.P.)

En los últimos años los sistemas de registro de la información han adquirido un gran protagonismo en el campo de la salud en relación a su utilización para diversas funciones: investigación epidemiológica, gestión y planificación de recursos asistenciales y en la evaluación de los rendimientos de las diversas estructuras asistenciales.

Los R.A.C.P. son considerados como un sistema de información en salud mental consistente en una recogida sistemática de datos concernientes a episodios, enfermedades, personas de un área geográfica delimitada desde el punto de vista sanitario, en el que se asegura la confidencialidad de los datos sobre los usuarios de los servicios.

En especial, los R.A.C.P. en Salud Mental han experimentado un rápido crecimiento debido a diferentes factores, entre los que cabe reseñar el incremento en los servicios asistenciales de Salud Mental, la cronicidad de las enfermedades mentales, del flujo de pacientes entre los diferentes servicios, el seguimiento de los pacientes a lo largo de su vida para estudiar los cambios diagnósticos y los posibles patrones de enfermedad. Un ejemplo de su implantación en España sería el Sistema Estatal de Información en Toxicomanías (SEIT), que incluye todos los pacientes que solicitan tratamiento en los centros integrados en el Plan Regional de Drogas.

Los objetivos de los R.A.C.P. se definen fundamentalmente por su utilización como instrumento planificador y evaluador de los sistemas asistenciales al obtener datos longitudinales de todos los contactos realizados por los pacientes individuales de una población geográfica definida con todas las prestaciones psiquiátricas que se prestan. Son sistemas de información acumulativos, longitudinales, referidos a

poblaciones concretas y cuyas fuentes de información son de carácter secundario, es decir, recogidas con anterioridad y por personal ajeno a la investigación.

Existen diferentes tipos de R.A.C.P. en función de sus objetivos y del origen de sus datos (de un área de registro, referido a una patología psiquiátrica en concreto, según el uso que se le de, ...).

La implantación de un sistema de R.A.C.P. debe plantearse como un proceso activo que requiere una supervisión constante y una revisión crítica periódica, así como de una serie de requisitos:

- Sensibilización de las autoridades sanitarias de la utilidad del R.A.C.P. para la orientación preventiva, la atención a la salud y el bienestar del ciudadano.
- Disposición de un personal cualificado que se encargue de la difícil labor de implantación del registro y organización del material recogido.
- Sensibilización, formación y colaboración del equipo sanitario.
- Inventario de los servicios asistenciales y sociales del área de estudio.
- Disponer de los recursos económicos necesarios.
- Estandarización en los criterios diagnósticos que se vayan a seguir en salud mental por parte de los profesionales que participen en el registro, lo que representaría un incremento en la eficacia y la economía de las operaciones.
- Informatización del R.A.C.P. tendiendo a la centralización de la información del registro mediante terminales de ordenador conectadas a los diferentes servicios que participan en él.
- Sensibilización de los colectivos implicados en la comunidad si fuera necesaria su participación.

Desde hace un año se ha implantado en la red ambulatoria asistencial de Salud Mental de la Región de Murcia un R.A.C.P. que recoge la actividad asistencial de los CSM y CAD. Para su implantación ha sido necesaria una importante inversión en material informático en cada CSM/CAD, así como la formación de los profesionales implicados en su elaboración. En líneas generales la información se recoge en dos tipos de protocolos:

- **Hoja de registro básico:** Se aplica a cada paciente sólo en su primer contacto en un CSM (en los programas de Adultos e Infanto-Juvenil) como con los CAD. Se recogen una serie de datos sociodemográficos del usuario.
- **Hoja de actividades diarias:** Esta hoja se cumplimenta diariamente y aporta información sobre el tipo de contacto entre los pacientes y el CSM/CAD, así como las actividades globales de los servicios y sus características.

Mensualmente se remiten los datos a los Servicios Centrales donde son procesados y se emiten periódicamente unos informes que son devueltos a cada CSM/CAD para su verificación y utilización en la planificación de la actividad asistencial. A su vez, parte de la información recogida sirve la planificación y gestión de los servicios asistenciales, así como para la facturación al INSALUD en relación a los convenios firmados.

Aún cuando se está avanzado en su aplicación, existen varias deficiencias graves que deben subsanarse en un futuro próximo:

- I) Aunque se está en vías de solucionarlo, no se ha implantado todavía un registro de las actividades no asistenciales del equipo (actividades organizativas, docentes, investigación y actividades en la comunidad).
- II) Es necesaria la extensión del R.A.C.P. a todos los dispositivos asistenciales relacionados con la Salud Mental (tanto a nivel de hospitalización y rehabilitación, como su generalización a los dispositivos asistenciales dependientes del INSALUD).
- III) Es necesario dotar adecuadamente a los Servicios Centrales del personal cualificado para el mantenimiento, desarrollo y explotación de los datos que se van generando. Sin la solución de estos problemas, la utilización del R.A.C.P. de la Región de Murcia como instrumento de investigación, planificación, evaluación y gestión de los recursos asistenciales se verá mermada desde su inicio.

HOJA DE DATOS BASICOS ADULTOS

CODIGO DE IDENTIFICACION
 Iniciales nombre apellidos Fecha nacimiento Sexo

CENTRO DE SALUD MENTAL
 HISTORIA CLINICA N.º
 FECHA DE APERTURA:

Nombre <input type="text"/>	Apellido 1 <input type="text"/>	Apellido 2 <input type="text"/>
Lugar de Nacimiento <input type="text"/>	Domicilio actual <input type="text"/>	
Teléfono <input type="text"/>	N.º SS. <input type="text"/>	D.N.I. <input type="text"/>

COBERTURA SANITARIA <input type="checkbox"/> Seguridad Social = 1 Compañía Privada = 2 Sin cobertura = 3 Otras (Beneficiencia...) = 4	ZONA DE SALUD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> - Soltero = 1 - Casado = 2 - Viudo = 3 - Divorciado = 4 - Separado = 5 - Unión Consensuada = 6	AÑO DE LLEGADA A SU LOCALIDAD DE RESIDENCIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NIVEL EDUCATIVO <input type="checkbox"/> - Analfabeto = 1 - Sin estudios = 2 - 1.º y 2.º grado (1.º ciclo) = 3 - 2.º grado 2.º ciclo = 4 - 3.º grado (Títulos medios) = 5 - 3.º grado (Títulos superiores) = 6 - Otras = 7
INICIATIVA DEMANDA <input type="checkbox"/> - Iniciativa propia = 1 - Médico A.P. = 2 - Especialista = 3 - Servicio urgencias hospital = 4 - Servicios de la red S.M. = 5 - Judicial = 6 - Otros = 7	PROFESION <input type="checkbox"/> - Profesionales, Técnicos y Similares = 1 - Directivos y Gerentes de la Administración Pública y las Empresas = 2 - Personal de Servicios Administrativos, Empresas y Administración Pública = 3 - Comerciantes, Vendedores y similares = 4 - Personal de servicios de hostelería, protección y Seguridad, domésticos y similares = 5 - Personal dedicado a Agricultura y Ganadería, Selvicultura, Pesca y Caza = 6 - Construcción, Industria, Minería y Transporte = 7 - Personas con ocupaciones no bien especificadas = 8 - Profesionales de las Fuerzas Armadas = 9	
TIPO DE CONVIVENCIA <input type="checkbox"/> - Solo = 1 - Con familia propia = 2 - Con familia de origen (padres) = 3 - Solo con hijos = 4 - Con otros familiares o amigos = 5 - En institución y/o pisos protegidos = 6	ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS <input type="checkbox"/> - Sin antecedentes asistenciales = 1 - Médico de Atención primaria = 2 - Ambulatoria especializada = 3 - Hospitalización especializada = 4 - Comunidad terapéutica = 5 - Ambulatoria y hospitalización = 6	
SITUACION LABORAL <input type="checkbox"/> - Trabajando fijo = 1 - Trabajando eventual = 2 - En paro (buscando primer empleo) = 3 - En paro (no primer empleo) = 4 - Retirado, Jubilado, Pensionista = 5 - Rentista = 6 - Estudiante = 7 - Labores domésticas = 8 - Incapacidad laboral transitoria eventual = 9 - Incapacidad permanente = 0	MOTIVO DE LA CONSULTA <input type="checkbox"/> - Aparición 1.º síntomas de la patolog. = 1 - Agravación o recaída sintomatolog. = 2 - Ideas o intentos de suicidio = 3 - Solicitud de certificados, informes... = 4 - Solicitud de orientación, consejo, etc. = 5 - Problemas de relación social o agresiv. = 6 - Problemas familiares = 7 - Problemas laborales = 8 - Otros = 9	

Familiar responsable: <input type="text"/>	
Dirección: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>
Observaciones:	

C. S. M. ATENCIÓN ADULTOS

ACUDE			DERIVACIÓN
S. Sí. N. No.			1. Atención primaria . 2. Especialista. 3. Hospitalización psiquiátrica. 4. Servicios de rehabilitación. 5. Unidad de desintoxicación / CAD 6. Otros CSM de la propia red de servicios. 7. Servicios sociales. 8. Comunidad terapéutica. 9. Otras instituciones.
TIPO DE CITA			
1. Primera consulta. 2. Consulta de revisión. 3. Consulta de urgencia/Preferente.			
LUGAR DE CONSULTA			
1. Propio centro. 2. Telefónico. 3. Domicilio. 4. Hospital. 5. Otras instituciones.			
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			
1. Analítica general. (Hemograma, bioquímica, analítica orina). 2. Hormonas tiroideas. 3. Serologías (ser. hepatitis, VIH, otras). 4. Mantoux. 5. Niveles plasmáticos (litemia, otros niveles séricos). 6. Control de orina. 7. EEG 8. T.A.C. 9. Tests psicométricos. 10. Tests proyectivos. 11. Electrocardiograma. 12. Otros.			
TIPO DE INTERVENCIÓN			
1. Tratamiento farmacológico. 2. Programa N.A.P. 3. Programa litio (especificar). 4. Desintoxicación. 5. Intervención individual. 6. Intervención grupal. 7. Psicoterapia familiar. 8. Psicoterapia de pareja. 9. Interconsulta. 10. Informes y peritajes. 11. Gestiones sociosanitarias. 12. Voluntariado y asociaciones. 13. Actividades formativo laborales. 14. Extracciones. 15. Control orina. 16. Otros.			
PROFESIONALES EN PRÁCTICAS			
1. M.I.R. 2. P.I.R. 3. Psicólogo. 4. A.T.S./D.U.E. 5. T. social. 6. Otros.			
ALTA			
1. Criterio facultativo. 2. Decisión del usuario. 3. Cambio de residencia. 4. Fallecimiento.			

HOJA DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA. C.S.M. ATENCIÓN ADULTOS

[illegible]

Professional: _____

[illegible]

HOJA DE DATOS BASICOS INFANTIL

CODIGO DE IDENTIFICACION [] [] [] _ _ / _ _ / _ _

Iniciales nombre apellidos Fecha nacimiento Sexo

CENTRO DE SALUD MENTAL

HISTORIA CLINICA N°.

--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE APERTURA: ____/____/____

Nombre _____ Apellido 1 _____ Apellido 2 _____

Lugar de Nacimiento _____ Domicilio actual _____

Teléfono _____ N.º SS _____ D.N.I. _____

COBERTURA SANITARIA __ Seguridad Social =1 Compañía Privada =2 Sin cobertura =3 Otras (Beneficencia...) =4	ZONA DE SALUD __ __	AÑO DE LLEGADA A SU LOCALIDAD DE RESIDENCIA __ __ __ __
INICIATIVA DEMANDA __ - Médico o pediatra A.P. =1 - Pediatra nivel hosp. =2 - Otro nivel especializado =3 - De la propia red de S.M. =4 - Propia familia =5 - Personal docente =6 - Servicios Sociales =7 - Otros =8	ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS __ - Sin antecedentes asistenciales =1 - Médico de Atención primaria =2 - Ambulatoria especializada =3 - Hospitalización especializada =4 - Comunidad terapéutica =5 - Ambulatoria y hospitalización =6	TIPO DE CONVIVENCIA __ - Familia origen (padres) =1 - Familia monoparental =2 - Acogimiento familiar =3 - Con familia extensa =4 - Cesión familiar =5 - En institución =6 - Adoptivo =7 - Otros =8
N.º HERMANOS __ __ H.º HERMANOS CASADOS __ __ LUGAR EN LA FRATRIA __ __	NIVEL EDUCATIVO - Analfabeto =1 - Sin estudios =2 - 1.º y 2.º grado (1.º ciclo) =3 - 2.º grado 2.º ciclo =4 - 3.º grado (Títulos medios) =5 - 3.º grado (Títulos superiores) =6 - Otras titulaciones =7	SITUACIÓN LABORAL - Trabajando fijo =1 - Trabajando eventual =2 - En paro (buscando primer empleo) =3 - En paro (no primer empleo) =4 - Retirado, Jubilado, Pensionista =5 - Rentista =6 - Estudiante =7 - Labores Domésticas =8 - Incapacidad laboral trans.provisio. =9 - Incapacidad permanente =0
ESCOLARIZACIÓN __ - Escolarizado curso correspondiente edad =1 - Escolarizado pero retrasado en el curso =2 - No escolarizado =3 - Abandono escolar =4 - Centro Educación especial =5 - Integración y apoyo educativo =6 - Otras Instituciones =7	PROFESIÓN - Profesionales, Técnicos y similares =1 - Directivos y Gerentes de la Administración Pública y las Empresas =2 - Personal de Servicios Administrativos, Empresas y Administración Pública =3 - Comerciantes, Vendedores y similares =4 - Personal de servicios de hostelería, protección y Seguridad, doméstica y similares =5 - Personal dedicado a Agricultura y Ganadería, Selvicultura, Pesca y Caza =6 - Construcción, Industria, Minería y Transporte =7 - Personas con ocupaciones no bien especificadas =8 - Profesionales de las Fuerzas Armadas =9	
CENTRO ESCOLAR: _____ _____ CURSO: _____	DATOS DEL PADRE Fecha nacimiento __ __ __ __ Nivel educativo __ Profesión __ Situación laboral __ Antecedentes psiquiátricos __	DATOS DEL MADRE Fecha nacimiento __ __ __ __ Nivel educativo __ Profesión __ Situación laboral __ Antecedentes psiquiátricos __
VER CODIGOS ARRIBA (para antecedentes psiquiátricos misma codificación que el paciente)		
INICIACIÓN, SINTOMATOLOGÍA ÚLTIMOS 6 MESES: __ 1. Si 2. Anterior 3. No presenta sintomatología 4. No se conoce		

Familiar responsable: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Observaciones: _____

Q. S. M.
ATENCIÓN INFANTIL

ACUDE	TIPO DE INTERVENCIÓN	DERIVACIÓN
5. Sí. N. No.	1. Intervención individual. 2. Psicoterapia familiar. 3. Intervención grupal. 4. Tratamiento farmacológico. 5. Interconsulta. 6. Informes y peritajes. 7. Gestiones sociosanitarias. 8. Actividades formativo laborales. 9. Voluntariado y asociaciones. 10. Otros.	1. Atención primaria / Pediatra. 2. Especialista. 3. Servicios de logopedia, psicomotricidad. 4. E.O.S.P. 5. Servicios sociales. 6. Hospitalización psiquiátrica. 7. Centro de atención a drogodependencias. 8. C.S.M. adultos. 9. Otras instituciones.
TIPO DE CITA		
1. Primera consulta 2. Consulta de revisión. 3. Consulta de urgencia/Preferente.		
LUGAR DE CONSULTA		
1. Propio centro. 2. Telefónico. 3. Domicilio. 4. Hospital. 5. Otras instituciones.	PROFESIONALES EN PRÁCTICAS 1. M.I.R. 2. P.I.R. 3. Psicólogo. 4. A.T.S./D.U.E. 5. T. social. 6. Otros.	
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		
1. Tests proyectivos. 2. Tests psicométricos. 3. Análítica general. 4. EEG 5. VERA (pruebas de audición). 6. H. Tiroideas. 7. Niveles plasmáticos. 8. T.A.C. 9. Screening metabólico. 10. Pruebas psicomotoras. 11. Otros.	ALTA 1. Criterio facultativo. 2. No aceptación de la intervención propuesta. 3. Fallecimiento. 4. Pasa a la atención de adultos. 5. Cambio de residencia.	

SERVICIOS CENTRALES

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

DIRECCIÓN: Consejería de Sanidad y Política Social
Ronda de Levante, n.º 11,
4ª planta, 30008 - MURCIA
TELÉFONO: 968 36 26 71 - 36 60 40
FAX: 968 36 26 71

CENTROS DE SALUD MENTAL DEPENDIENTES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

CENTRO DE SALUD MENTAL "LA SEDA" (ADULTOS)

COORDINADOR: Carmen Llor Moreno
DIRECCIÓN: C/. Olof Palme, s/n., Edf. Nalón.
30009 - MURCIA
TELÉFONO: 968 28 15 69 - 70 - 71
FAX: 968 28 36 42

CENTRO DE SALUD MENTAL "LA SEDA" (INFANTIL)

COORDINADOR: M.ª Carmen Palma González
DIRECCIÓN: C/. Olof Palme, s/n., Edf. Nalón.
30009 - MURCIA
TELÉFONO: 968 28 16 42 - 44
FAX: 968 28 16 43

CENTRO DE SALUD MENTAL II-INFANTO-JUVENIL

COORDINADOR: Concha Gómez-Ferrer Górriz
(Infantil)
DIRECCIÓN: C/. Escultor Sánchez Lozano, s/n. 1ª
Dcha. 30005 - MURCIA
TELÉFONO: 968 29 91 11
FAX: 968 29 91 43

CENTRO DE SALUD MENTAL II-ADULTOS

COORDINADOR: Juana González Boluda
DIRECCIÓN: C/. Pintor Pedro Flores, s/n.
30002 - MURCIA
TELÉFONO: 968 25 14 66 - 25 15 18
FAX: 968 26 26 01

CENTRO ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS DE MURCIA

COORDINADOR: Rosa M. Gómez Sánchez
DIRECCIÓN: C/. Fontés Pagán, s/n.
(anexo Función Pública)
TELÉFONO: 968 36 22 07 - 08
FAX: 968 25 30 33

CENTRO ATENCIÓN A DROGODEPENDENCIAS DE CIEZA

COORDINADOR: María Dolores Tornero García
DIRECCIÓN: Avda. Italia, s/n. 30530 - CIEZA
TELÉFONO: 968 45 62 92
FAX: 968 45 62 92 - 76 35 00

CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA

COORDINADOR
CENTRO: Ignacio Cabezas Hurtado
DIRECCIÓN: C/. Real, 8. 30201 - CARTAGENA
TELÉFONO: 968 52 91 11 - 52 91 86 - 72 92 75
FAX: 968 52 77 56

CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA

COORDINADOR: Ramón Vizán Ferrero
DIRECCIÓN: C/. Abad de los Arcos, s/n.
30800 - LORCA
TELÉFONO: 968 46 91 79 - 46 83 08 - 44 66 97
FAX: 968 47 04 05

CENTRO DE SALUD MENTAL DE ÁGUILAS

COORDINADOR: Ramón Vizán Ferrero
DIRECCIÓN: Centro de Salud Águilas-Norte,
Avda. Democracia, s/n.,
Urb. Las Majadas. 30880 - ÁGUILAS
TELÉFONO: 968 44 66 97
FAX: 968 44 66 97
DISPENSARIO METADONA: (968 41 23 22 - 41 14 82)

CENTRO DE SALUD MENTAL DE YECLA

COORDINADOR: Fernando Navarro Mateu (L, Mx, V)
DIRECCIÓN: C/. San José, 8. 30510 - YECLA
TELÉFONO: 968 75 16 50
FAX: 968 75 16 50

CENTRO DE SALUD MENTAL DE JUMILLA

COORDINADOR: Fernando Navarro Mateu (M y J)
DIRECCIÓN: C/. Barón del Solar, s/n.
30520 - JUMILLA
TELÉFONO: 968 78 22 61 - 78 35 88
FAX: 968 78 35 88

CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARAVACA

COORDINADOR: Antonio Micol Torres (M, Mx y J)
DIRECCIÓN: C/. Alfonso Zamora, 15, 1ª planta.
30400 - CARAVACA
TELÉFONO: 968 70 83 22
FAX: 968 70 52 75 - 70 87 22



UNIDAD SALUD MENTAL DE MULA

COORDINADOR: Antonio Micol Torres (L y V)
DIRECCIÓN: Avda. Juan Viñeglas, s/n.
30170 - MULA
TELÉFONO: 968 66 07 44 - 66 17 47 - 66 12 54
FAX: 968 66 20 55

CENTROS SALUD MENTAL DEPENDIENTES DEL INSALUD

CENTRO DE SALUD MENTAL DE MOLINA DE SEGURA

RESPONSABLE: Isabel Lozano Olmos
DIRECCIÓN: Avda. de Levante, s/n.
30500 - MOLINA DE SEGURA
TELÉFONO: 968 61 05 45
FAX: 968 64 11 40

CENTRO DE SALUD MENTAL DE ALCANTARILLA

COORDINADOR: José Zamora Ferrón
DIRECCIÓN: C/. Carmen, s/n.
30820 - ALCANTARILLA
TELÉFONO: 968 80 26 86 (12.30 a 13.30)
FAX: 968 80 87 06

CENTRO DE SALUD MENTAL DE CIEZA

COORDINADOR: Matías Ros Romero
DIRECCIÓN: Hospital de Cieza.
Ctra. Abarán, s/n. 30530 - CIEZA
TELÉFONO: 968 45 34 45 - Ext. 3023-3024-3025
FAX: 968 45 56 32

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

DIRECTOR MÉDICO: Francisco José García Ruiz
DIRECCIÓN: Ctra. Mazarrón, s/n.
30120 - EL PALMAR (Murcia)
TELÉFONO: 968 88 54 73 - 88 49 81 - 88 50 12 -
88 50 96
FAX: 968 88 16 63

CIUDAD SANITARIA VIRGEN DE LA ARRIXACA

DIRECTOR GERENTE: Mariano Guerrero Fernández
DIRECTOR MÉDICO: José Luis Montoya Martínez
JEFE DE SECCIÓN
U. PSIQUIATRÍA: José Hernández Martínez
DIRECCIÓN: Ctra. Cartagena, s/n. 4ª planta.
30120 - EL PALMAR
TELÉFONO: 968 36 95 00
FAX: 968 36 96 73 - 78

HOSPITAL MORALES MESEGUER

DIRECTOR GERENTE: Diego Cazorla Ruiz
DIRECTOR MÉDICO: Domingo Coronado
JEFE SERVICIO
PSIQUIATRÍA: Prof. Demetrio Barcia Salorio
DIRECCIÓN: Marqués de los Vélez, s/n.
30008 - MURCIA
TELÉFONO: Centralita: 968 36 09 00
FAX: 968 20 14 23

HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ

DIRECTOR GERENTE: Carlos Alberto Arenas Díaz
DIRECTOR MÉDICO: José Antonio Mula García
Unidad de
PSIQUIATRÍA: José Manuel Peñalver Mellado
DIRECCIÓN: Ctra. Granada, s/n. 30800 - LORCA
TELÉFONO: 968 44 55 00
FAX: 968 44 55 04

UNIDADES DE REHABILITACIÓN CENTROS DE DÍA

CENTRO DE DÍA - HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

DIRECCIÓN: Ctra. Mazarrón, s/n.
30120 - EL PALMAR (Murcia)
TELÉFONO: 968 88 50 12 - 88 54 73 - 88 50 96
FAX: 968 88 16 63

CENTRO DE DÍA - CARTAGENA

DIRECCIÓN: C/. Real, 8. 30201 - CARTAGENA
TELÉFONO: 968 52 91 11
FAX: 968 52 77 56

CENTRO DE DÍA - LORCA

DIRECCIÓN: C/. Abad de los Arcos, s/n.
30800 - LORCA
TELÉFONO: 968 46 91 79
FAX: 968 47 04 05



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Consumo

servicio
murciano
de salud



INSALUD