



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



***PLAN DE SALUD MENTAL
DE LA REGIÓN DE MURCIA
2006-2009***



***Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica
Servicio Murciano de Salud
Consejería de Sanidad***

Elaboración y redacción:

Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

Servicio Murciano de Salud

PRESENTACIÓN

I INTRODUCCIÓN

II ANÁLISIS DE SITUACIÓN

II.1.- Caracterización del problema

- II.1.a) Prevalencia y repercusión de los Trastornos Mentales en población general
- II.1.b) Caracterización del problema de las Drogodependencias
- II.1.c) Demografía. Estructura de edades. Dinamismo demográfico. Zonas de Salud

II.2. Organización asistencial. Marco de referencia

- II.2.a) Proceso de transformación de la Atención Psiquiátrica y de Salud Mental.
- II.2.b) Antecedentes históricos y Transformación de la Asistencia a la Salud Mental en la Región de Murcia
- II.2.c) Organización y Gestión
- II.2.d) Formación Continuada, Docencia e Investigación
- II.2.e) Sistemas de Registro de Información Sanitaria en Salud Mental. Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP)
- II.2.f) Sectorización
- II.2.g) Programas asistenciales. Organización asistencial

II.3. Análisis de la demanda

- II.3.a) Indicadores
- II.3.b) Demanda de los Programas Asistenciales Comunitarios
- II.3.c) Demanda de la Atención Hospitalaria. Datos asistenciales
- II.3.d) Demanda de la Atención de las Unidades de Rehabilitación .Datos asistenciales

II.4. Análisis de la oferta. Recursos asistenciales

- II.4.a) Recursos asistenciales en la Región de Murcia
- II.4.b) Incrementos Estructurales y Humanos (1996-2002)

II 5. Recursos asistenciales del ISSORM para el Enfermo Mental Crónico

- II.5.a) Recursos Servicio de atención a Discapacitados, Inmigrantes y otros colectivos en atención al Enfermo Mental Crónico.
- II.5.b) Recursos Servicio de atención a Personas Mayores en atención al Enfermo Mental Crónico.

II.6. Recursos Económicos de la Red de Salud Mental. Gasto Sanitario.

- II.6.a) Gasto Farmacéutico

III CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

- III.1. Conclusiones y oportunidades de mejora sobre Organización Asistencial y Gestión
- III.2. Conclusiones y oportunidades de mejora en Formación Continuada- Docencia e Investigación
- III.3. Conclusiones y oportunidades de mejora en el RACP
- III.4. Conclusiones y oportunidades de mejora en el Programa de Atención a Adultos
- III.5. Conclusiones y oportunidades de mejora en el Programa Infanto-Juvenil
- III.6. Conclusiones y oportunidades de mejora en el Programa de Drogodependencias

- III.7. Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa de Hospitalización Psiquiátrica
- III.8. Conclusiones y oportunidades de mejora en el Programa de Rehabilitación

IV OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

- IV.1. Línea de actuación 1: GESTIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES
- IV.2. Línea de actuación 2: SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS
- IV.3. Línea de actuación 3: RECURSOS ESTRUCTURALES EN SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS
- IV.4. Línea de actuación 4: RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS
- IV.5. Línea de actuación 5: PROGRAMAS ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS
- IV.6. Línea de actuación 6: PROGRAMA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL
- IV.7. Línea de actuación 7: PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS EN SALUD MENTAL
- IV.8. Línea de actuación 8: PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL
- IV.9. Línea de actuación 9: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL
- IV.10. Línea de actuación 10: PROGRAMA DE PSICOGERIATRÍA EN SALUD MENTAL

BIBLIOGRAFÍA

RELACIÓN DE AUTORES Y COLABORADORES

Índice de Tablas:

Tabla 1: Estimaciones para el año 2000 de las 10 primeras causas de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) para todas las edades y en adultos de 15 a 44 años.	16
Tabla 2: Estimaciones para el año 2000 de las 10 primeras causas de los años perdidos por discapacidad (APD) para todas las edades y en adultos de 15 a 44 años.	17
Tabla 3: Prevalencia de patología mental según el sexo en diversos estudios comunitarios internacionales y nacionales	19
Tabla 4: Prevalencia (%) de trastornos mentales en población de 18 a 54 años en EE.UU. Datos de los estudios ECA, NCS y revisión de significación clínica.....	19
Tabla 5: Prevalencia de alteraciones psicopatológicas entre niños y adolescentes.....	20
Tabla 6: Prevalencia de trastornos mentales en personas de más de 65 años.	21
Tabla 7: Comparativa de tasas de mortalidad y suicidios. Murcia-España.....	22
Tabla 8: Prevalencias de consumo de sustancias de abuso alguna vez en la vida, en adultos de 15-65 años en el periodo 1998-2001 en Murcia y 2001-2003 en España.	23
Tabla 9: Prevalencia de consumo sustancias de abuso en los últimos 30 días en escolares:.....	24
Tabla 10: Población, extensión y densidad por Área de Salud. Región de Murcia. 2004	29
Tabla 11: Comparativa de tasas de natalidad, mortalidad y suicidios. Murcia-España	30
Tabla 12: Población de la Región de Murcia por grupos de edad y sexo.	32
Tabla 13: Indicadores de estructura demográfica en porcentajes. Evolución 1981-2003.....	32
Tabla 14: Usuarios C.A.R.M. con Tarjeta Sanitaria. Distribución por Áreas Sanitarias.	33
Tabla 15: Principios básicos de la atención a la Salud Mental recogidos en Ley General de Sanidad.....	34
Tabla 16: Conclusiones del Informe de Situación de Salud Mental, publicado en julio de 2002 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.....	35
Tabla 17: Recomendaciones de acciones globales en Salud Mental de la OMS	36
Tabla 18: Plazas anuales ofertadas de Formación Postgraduada en Salud Mental para el año 2005.	53
Tabla 19: Sectorización del tratamiento ambulatorio de la Salud Mental en el Área Sanitaria I.	60
Tabla 20: Sectorización del tratamiento ambulatorio de Salud Mental en Áreas Sanitarias II, III, IV, V.	60
Tabla 21: Sectorización del tratamiento ambulatorio de la Salud Mental en el Área Sanitaria VI.....	60
Tabla 22: Sectorización del tratamiento hospitalario de la Salud Mental. Región de Murcia.	61
Tabla 23: Sectorización del tratamiento ambulatorio de la Salud Mental en la Región de Murcia, en relación con el programa de Rehabilitación.	61
Tabla 24: Prescripción de psicofármacos en la Región de Murcia 2000-2004.....	65
Tabla 25: Indicadores asistenciales en los programas asistenciales de los CSM/CADs la Subdirección General de Salud Mental en el periodo 1998-2004.	67
Tabla 26: Diagnósticos (%) de primeras consultas, personas atendidas y del total de consultas del Programa de Adultos en los Centros de Salud Mental.	70
Tabla 27: Agrupaciones diagnósticas (%) en las primeras consultas por Áreas Sanitarias en el Programa de Infante-Juvenil	74
Tabla 28: Comparativa de indicadores de actividad asistencial global (Total Programas) de los CSM/CAD del S.M.S. entre los años 1998-2004.	83
Tabla 29: Comparativa de indicadores de actividad asistencial del “Programa Adultos” de los CSMs del S.M.S. en los años 1998-2004.	84
Tabla 30: Comparativa de los principales indicadores de actividad asistencial del “Programa Infante-Juvenil” de los CSMs del S.M.S. entre los años 1998-2004.....	85
Tabla 31: Comparativa de los principales indicadores de actividad asistencial del “Programa Drogodependencias” de los CSM/CAD del S.M.S. de los años 1998-2004.....	86
Tabla 32: Actividad asistencial global de los CSM/CAD por Áreas Sanitarias en el año 2004.....	87
Tabla 33: Datos sociodemográficos de los pacientes ingresados en las Unidades de Agudos del Hospital Psiquiátrico en el año 2004.....	92
Tabla 34: Datos sociodemográficos de los pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia del Hospital Psiquiátrico en el año 2004.	92
Tabla 35: Comparación de los indicadores asistenciales de las Unidades Psiquiátricas Hospitalarias (UPH) de la Región de Murcia en el año 2004.....	93
Tabla 36: Evolución de los indicadores de actividad asistencial hospitalaria entre los años 1998 y 2004 en la Región de Murcia.	93
Tabla 37: Indicadores de actividad asistencial hospitalaria: Comparación evolutiva entre el total de Unidades Psiquiátricas Hospitalarias (UPH) en H. Generales y el H. Psiquiátrico. 1998-2004.....	93
Tabla 38: Número de pacientes ingresados y estancia media de los GRDs psiquiátricos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en el año 2004.	94

Tabla 39: Análisis comparativo altas hospitalarias drogodependencias como diagnóstico principal.....	95
Tabla 40: Indicadores de recursos estructurales y humanos de Salud Mental en la Región de Murcia....	105
Tabla 41: Recursos estructurales hospitalarios específicos de Salud Mental. Región de Murcia 2004....	106
Tabla 42: Recursos estructurales del Programa de Rehabilitación. Región de Murcia 2004.	106
Tabla 43: Recursos estructurales del Programa de Adultos. Región de Murcia 2004.	106
Tabla 44: Recursos estructurales del Programa de Infanto-Juvenil. Región de Murcia 2004.	107
Tabla 45: Recursos estructurales del Programa de Drogodependencias. Región de Murcia 2004.	107
Tabla 46: Recursos humanos de Salud Mental en la Región de Murcia en el año 2004.	108
Tabla 47: Recursos humanos de Salud Mental por Áreas Sanitarias. Región de Murcia 2004.	108
Tabla 48: Recursos humanos específicos de los C.S.M. por Áreas Sanitarias. Año 2004.....	108
Tabla 49: Recursos humanos específicos de la atención hospitalaria a la Salud Mental. Año 2004.	108
Tabla 50: Recursos humanos en los CSM/CAD agrupados por Programas Asistenciales. Año 2004.	109
Tabla 51: Programas asistenciales y recursos humanos en los CSM/CAD. Red Salud Mental.	110
Tabla 52: Comparación de los recursos humanos disponibles en los Centros de Salud Mental con las estimaciones de necesidades de la AEN.	111
Tabla 53: Comparación de los recursos humanos disponibles en las Unidades hospitalarias de Salud Mental con las estimaciones de necesidades de la AEN.....	111
Tabla 54: Comparación de los recursos humanos disponibles en el Programa de Rehabilitación de Salud Mental con las estimaciones de necesidades de la AEN.....	111
Tabla 55: Crecimiento de los Recursos Humanos en la Red de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud entre los años 1996 y 2002 (no incluidas plazas del antiguo INSALUD)	112
Tabla 56: Crecimiento de los Recursos Humanos en la Red de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud entre los años 1996 y 2004 (Incluidos recursos Insalud).....	112
Tabla 57: Crecimiento anual en recursos sanitarios/estructurales específicos de Salud Mental entre los años 1996 y 2005 en el Servicio Murciano de Salud.....	113
Tabla 58: Comparación del Presupuesto en Salud Mental del S.M.S. (1996-2004).....	116
Tabla 59: Presupuestos en Salud Mental de las diferentes Gerencias del S.M.S. en el año 2004.	117
Tabla 60: Evolución del gasto farmacéutico por Psicofármacos en los años 2000-2004.	118

Índice de Gráficas:

Gráfica 1: Prevalencia de consumo de cocaína en polvo alguna vez, según sexo y grupo de edad en población de 15-65 años en la Región de Murcia 1998-2001	25
Gráfica 2: Evolución del uso de la vía en los admitidos a tratamiento por consumo de heroína. 1998-2001	25
Gráfica 3: Prevalencia de consumo de alcohol diario según sexo, en población de 15-65 años en la Región de Murcia 1998-2001	26
Gráfica 4: Evolución de la población de derecho según los censos oficiales. 1900-2004	30
Gráfica 5: Evolución de las Inmigraciones procedentes del extranjero. 1991-2003	31
Gráfica 6: Distribución de población por grupos de edad, sexo y totales. Región de Murcia 2004	32
Gráfica 7: Modelo de Salud Mental Comunitaria. Recursos implicados del Servicio Murciano de Salud	63
Gráfica 8: Esquema de organización y funcionamiento de un Centro de Salud Mental	64
Gráfica 9: Comparativa 1998-2004, de las primeras consultas y atendidos. Programa adultos	68
Gráfica 10: Comparativa 1998-2004 por grupos de edad de los casos nuevos en el programa de adultos	68
Gráfica 11: Comparación del estado civil de los primeros casos en el Programa de Adultos. 1998-2004	69
Gráfica 12: Nivel educativo en primeros casos en el Programa de Adultos en los años 1998-2004	69
Gráfica 13: Comparación de la situación laboral de los primeros casos en el Programa adultos 1998-2004	69
Gráfica 14: Agrupaciones diagnósticas (%) de los primeras consultas, de las atendidas y del total de consultas en el Programa de Adultos	71
Gráfica 15: Agrupaciones Diagnósticas (%) de las primeras consultas por Áreas Sanitarias	71
Gráfica 16: Distribución por edades de los casos nuevos y atendidos en el Programa de Infanto-Juvenil	72
Gráfica 17: Distribución por motivo de consulta de los casos nuevos en el Programa de Infanto-Juvenil	72
Gráfica 18: Agrupaciones diagnósticas (%) de los Casos Nuevos del Programa Infanto-Juvenil	73
Gráfico 19: Distribución por Géneros % de los pacientes atendidos en el programa drogodependencias	75
Gráfico 20: Evolución Diapositivas 1ª consulta, en %. 1998-2004	76
Gráfico 21: Distribución por diagnósticos % de 1ª consulta, en programa Drogas	76
Gráfico 22: Evolución diagnósticos % personas atendidas, en programa drogas 1998-2004	77
Gráfico 23: Distribución de diagnósticos personas atendidas por C.S.M./C.A.D. %	77
Gráfico 24: Distribución Patología Dual	78
Gráfico 25: Distribución de diagnósticos de Patología Dual	78
Gráfico 26: Drogas consumidas en relación a los trastornos psiquiátricos	79
Gráfico 27: Evolución asistencial "Unidad Móvil" 1998-2004	80
Gráfico 28: Evolución asistencia CEA-Cartagena, 1999-2004	80
Gráfico 29: Evolución programas asistenciales con población en riesgo de exclusión social	81
Gráfico 30: Evolución asistencial programas Comisarias, Juzgados e Instituciones Penitenciarias	81
Gráfica 31: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendida entre 1998 y 2004 en la totalidad de programas asistenciales de Salud Mental	83
Gráfica 32: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendidas entre los años 1998-2004 en el programa de adultos	84
Gráfica 33: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendidas entre los años 1998-2004 en el programa de infanto-juvenil	85
Gráfica 34: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendidas entre los años 1998-2004 en el programa de drogodependencias	86
Gráfica 35: Comparación por Áreas Sanitarias y Media Regional de las Tasas de Incidencia, prevalencia y frecuentación atendida de la totalidad de programas asistenciales en el año 2004	87
Gráfica 36: Evolución del nº total de consultas por programas asistenciales entre 1988 y 2004 en los Centros de Salud Mental/CADs del Servicio Murciano de Salud	88
Gráfica 37: Total de consultas en el programa de adultos entre 1998-2004 en la red asistencial del antiguo INSALUD	88
Gráfica 38: Primeras y total de consultas por programas asistenciales de los Centros de Salud Mental/CADs del S.M.S en el período entre 1988-2004	89
Gráfica 39: Nº de revisiones por programas asistenciales de los Centros de Salud Mental/CADs del S.M.S en el período entre 1988-2004	89
Gráfica 40: Primeras consultas y urgencias atendidas en el programa de Drogodependencias del S.M.S. en el período entre 1988-2004	90
Gráfica 41: Revisiones atendidas en el Programa de Drogodependencias del S.M.S. 1988-2004	90
Gráfica 42: Actividad asistencial global de las UPHs del S.M.S. entre los años 1978-2004	96
Gráfica 43: Comparación de actividad asistencial entre las UPH del H. Psiquiátrico y de los H. Generales	96
Gráfica 44: Actividad asistencial del H. Psiquiátrico en el período comprendido entre los años 1978-2004	97
Gráfica 45: Actividad asistencial de las UPHs de los Hospitales Generales del S.M.S. 1987-2004	97

Gráfica 46: Evolución asistencial del Programa de Rehabilitación de Adultos.....	98
Gráfica 47: Agrupaciones diagnósticas (%) de paciente atendidos en las Unidades de Rehabilitación 2004. ...	99
Gráfica 48: Usuarios atendidos por Servicio de Orientación en C. Día. Programa Drogas.1998-2004	99
Gráfica 49: Usuarios atendidos Formación Laboral en Centro de Día. Programa Drogas 1998-2004	99
Gráfica 50: Usuarios atendidos por Agencia de Empleo C. Día. Programa de Drogas 1998-2004.....	100
Gráfica 51: Contratos realizados desde Agencia de Empleo C. Día. Programa de Drogas 1998-2004.....	100
Gráfica 52: Porcentaje de empresas o entidades contratantes. Programa Drogas	101
Gráfica 53: Usuarios que han utilizado recursos de Comunidad Terapeutica	101
Gráfica 54: Evolución Presupuestos-Gastos de la red de Salud Mental del S.M.S. Años 1983-2004.....	117

I ***INTRODUCCIÓN***

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, tanto a nivel nacional como internacional se han introducido importantes cambios en la organización sanitaria especializada en salud mental, impulsando el abandono progresivo de la atención en instituciones custodiales a favor de una atención comunitaria integrada en la organización sanitaria general.

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

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

Este proceso de transformación de la atención a la salud mental en el Servicio Murciano de Salud emprendido en la última década, sigue precisando un compromiso político, económico, técnico y social amplio y mantenido en el tiempo. Las bases teóricas y conceptuales del proceso de transformación siguen vigentes, y aunque se ha avanzado mucho en la implantación del modelo asistencial, la complejidad del proceso y la necesidad de cambios a nivel sanitario y social en un momento importante de integración en este periodo inicial de Transferencia Sanitaria en nuestra Región, justifica la elaboración de este tercer Plan de Salud Mental, que por primera vez, tanto a nivel regional como estatal, integra en un mismo Plan la problemática de la Salud Mental y de las Drogodependencias, dado que en nuestra comunidad autónoma la atención sanitaria a las drogas está desde hace más de 15 años integrada en la red de salud mental, y cada vez es más frecuente la comorbilidad de estas enfermedades.

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

En el Plan de Salud de la Región de Murcia (2003-2007), se identifica la salud mental como uno de los principales problemas de salud de nuestra región, priorizando la intervención en esta área en base a cuatro criterios: “magnitud del problema”, “severidad del problema”, “factibilidad de abordaje” (teniendo en cuenta la eficacia de la solución y la viabilidad de la misma), y “alineamiento estratégico con el sistema sanitario público de la región”, y se marcan tres objetivos generales que debe contemplar este Plan de Salud Mental, que son: “disminuir el impacto de la cronicidad de los trastornos mentales”, “reducir la comorbilidad asociada a los mismos”, y “disminuir la discapacidad asociada a estos trastornos”.

Para conseguir estas metas u objetivos, se precisa un compromiso compartido entre el Gobierno Regional, los Profesionales, los Ciudadanos y las Instituciones tanto Sanitarias como Sociales, así como una financiación adecuada, que el propio Plan de Salud estima en el caso de Salud Mental como de “inversión alta” por su más que previsible elevado coste.

En el presente Plan, tras un análisis de situación donde se realiza una caracterización de la problemática de la salud mental en general, los programas asistenciales implantados en nuestra Región, el análisis de la demanda, así como los recursos disponibles, se elaboran una serie de conclusiones que sirven para establecer los objetivos y actividades del nuevo Plan de Salud Mental para el periodo 2006-2009, que pretenden diseñar las actuaciones más importantes

y necesarias en esta materia para proporcionar a la población la mejor calidad asistencial en salud mental.

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

- Carácter público, equitativo y participativo.
- Eficaz y eficiente, procurando la mejor atención al paciente, dentro de las limitaciones de un servicio público.
- Integrado en el Sistema Sanitario General dentro de la asistencia especializada.
- Orientado a un desarrollo en el marco comunitario, con distribución de recursos por áreas sanitarias y en coordinación con el resto de los dispositivos sanitarios y no sanitarios del área para la asistencia y promoción de la Salud Mental.
- Con una concepción integral de la salud mental, tanto en lo referente a una perspectiva biopsicosocial del enfermar, como a una inclusión de las actividades de promoción, prevención y rehabilitación junto a las asistenciales.
- Contemplando la continuidad de cuidados y el abordaje multidisciplinario del paciente.

II ANÁLISIS DE SITUACIÓN.

II.1.- Caracterización del problema

Desde que se estableció la definición de salud por la OMS como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», se acepta que la salud mental es un componente fundamental de la salud que permite la realización de las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales del individuo. Cada vez hay más evidencias de las consecuencias que los problemas de salud mental plantean en todo el mundo, sin diferencias de edad, sexo o nivel social.

Para una adecuada planificación de los servicios sanitarios dirigidos a la prevención y atención de los problemas de Salud Mental es necesario cuantificar el impacto de la enfermedad mental en la población. Este análisis no está exento de numerosas dificultades (la definición de caso, utilización de criterios diagnósticos operativos, complejidad de los estudios fiables con, al menos, dos fases de aplicación, etc) que justificarían la variabilidad de los datos disponibles.

El objetivo de este apartado es recopilar los datos más relevantes disponibles para dar una orientación sobre la importancia de la Salud Mental en términos de cuantificación del impacto de la enfermedad mental en diversos ámbitos: en población general, en Atención Primaria y en la Atención Especializada.

II.1.a) Prevalencia y repercusión de los Trastornos Mentales en población general

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

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

Los AVAD de una enfermedad equivalen a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (APP) en la población y los años de vida perdidos por discapacidad (APD) como consecuencias de los casos incidentes de esa enfermedad y que abarca los años equivalentes de vida “sana” perdidos en estados de salud no óptima (OMS, 2001).

En las estimaciones originales de la OMS para el año 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10.5% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones. Sin embargo, la estimación para el año 2000 es del 12.3% y se estima que ascenderá al 15% para el año 2020. Este incremento estimado, próximo al 50% en 30 años, es superior al que se producirá en el resto de enfermedades en todo el mundo, incluyendo las enfermedades cardiovasculares.

Entre las 10 primeras causas principales de AVAD para el año 2000 en todas las edades figuran el trastorno depresivo unipolar en cuarto lugar, pero si se considera el grupo de edad de 15 a 44 años, aparecen cinco trastornos mentales entre los diez primeros (ver tabla 1).

Tabla 1: Estimaciones para el año 2000 de las 10 primeras causas de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) para todas las edades y en adultos de 15 a 44 años.

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

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

Los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad en la actualidad. Considerando únicamente el componente de discapacidad de la carga, las estimaciones de la OMS para el año 2000 muestran que las enfermedades mentales son responsables del 30.8% de todos los años de buena salud perdidos por discapacidad (APD). En concreto la depresión causa la mayor proporción de discapacidad, casi del 12 % del total. Entre las 10 primeras causas de discapacidad (APD) en el mundo figuran cuatro enfermedades neuropsiquiátricas: el trastorno depresivo unipolar, los trastornos por consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastornos afectivo bipolar (ver tabla 2)

Tabla 2: Estimaciones para el año 2000 de las 10 primeras causas de los años perdidos por discapacidad (APD) para todas las edades y en adultos de 15 a 44 años.

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

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

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

Recientemente se ha publicado los primeros resultados del *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in the year 2000 (ESEMeD/MHEDEA 2000)* específicamente diseñado para soslayar muchas de las dificultades y limitaciones de los grandes estudios epidemiológicos que se han realizado en las últimas décadas (utilizando una metodología estándar en 5 países europeos para facilitar la comparabilidad de los datos obtenidos (ESEMeD / MHEDEA 2000, 2004a). Dentro de este gran proyecto se han analizado los patrones de prevalencia de los trastornos mentales en Europa (ESEMeD / MHEDEA 2000, 2004b), los patrones de comorbilidad de las enfermedades mentales (ESEMeD / MHEDEA 2000, 2004c), el impacto en la calidad de vida y discapacidad (ESEMeD / MHEDEA 2000, 2004d), así como la utilización de los servicios de Salud Mental (ESEMeD / MHEDEA 2000, 2004e) y la utilización de fármacos psicotrópicos (ESEMeD / MHEDEA 2000, 2004f). A lo largo de este capítulo se irán comentando los principales resultados de este proyecto.

En relación al impacto en la calidad de vida y discapacidad de los trastornos mentales en Europa, los resultados del estudio (ESEMeD / MHEDEA 2000, 2004d) sugieren que: i) los trastornos mentales se asocian a unos niveles de discapacidad y de pérdida de calidad de vida importantes; ii) la discapacidad y la pérdida de calidad de vida se incrementan con el número de trastornos mentales presentes mostrando casi una relación dosis-respuesta; iii) algunos trastornos mentales muestran un mayor impacto que otros. Ajustando por género, edad y la comorbilidad mental y/o física, los cinco trastornos mentales con un mayor impacto son: distimia, episodio de depresión mayor, trastornos por estrés post-traumático, por pánico y fobia social; iv) el impacto de la patología mental sobre la discapacidad y la calidad de vida parece similar o superior al impacto de otras patologías físicas crónicas comunes (enfermedades neurológicas, artritis, patología cardíaca). Sin embargo, la patología física más incapacitante, la patología neurológica, tiene una prevalencia del 0.9%, mucho menor que cualquiera de las patologías mentales analizadas.

El impacto económico de los trastornos mentales es duradero y de una gran magnitud. Parte de estas repercusiones puede ser medida, como las necesidades de servicios de asistencia sanitaria y social, la pérdida de empleo, el descenso en la productividad, el impacto sobre las familias y los cuidadores, el impacto negativo sobre la mortalidad prematura, ... Un estudio realizado en EE.UU. en 1990 sugiere que el coste anual de las enfermedades mentales en EE.UU. se aproximaba al 2.5% del Producto Nacional Bruto (PNB), mientras que en países europeos se ha estimado que el gasto en los trastornos mentales supone alrededor de un 23% en los Países Bajos y que en el Reino Unido, sólo los gastos de los pacientes hospitalizados ascendían al 22% (revisado en OMS, 2001).

Sin embargo, otros factores claramente implicados en las repercusiones económicas de las enfermedades mentales son difícilmente valorables: el descenso en la productividad laboral y en las oportunidades sociales y laborales para los individuos y sus familias, por ejemplo. La existencia de estos costes no mensurados sugieren que todas las estimaciones disponibles sobre las repercusiones económicas de las enfermedades mentales sean probablemente muy inferiores a las reales.

En la tabla 3 se recogen las tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos halladas en los estudios comunitarios nacionales e internacionales realizados en las últimas dos décadas. Las tasas de prevalencia oscilan entre el 9 y el 29% en los estudios internacionales y entre el 11 y el 19% en los estudios de ámbito nacional. En todos ellos destaca una mayor prevalencia general de trastornos mentales en la población femenina que en la masculina, relacionados probablemente con las diferencias en la distribución de los trastornos. Las diferencias encontradas pueden justificarse por diferencias de morbilidad entre las comunidades anglosajonas y las de los países del sur de Europa y por diferencias metodológicas (definición de caso psiquiátrico, diferencia en las escalas utilizadas, ...)

Tabla 3: Prevalencia de patología mental según el sexo en diversos estudios comunitarios internacionales y nacionales

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

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

De los estudios presentados destacan dos que son considerados en la actualidad como referencia en las estimaciones de prevalencia de enfermedades mentales en población general: el estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area)(Regier et al, 1984; Regier et al, 1988), y la encuesta NCS (National Comorbidity Survey)(Kessler et al, 1994). En el estudio ECA, desarrollado entre 1980 y 1985, se estudiaron a casi 20.000 personas en cinco comunidades diferentes de EE.UU. Encontraron que el 15% de la población tenía problemas mentales o de abuso de sustancias. En la encuesta NCS, realizada entre 1990 y 1992 para una prevalencia de un año, casi el 50% de los participantes habían padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida y cerca del 30% lo habían presentado en los 12 meses previos.

Tabla 4: Prevalencia (%) de trastornos mentales en población de 18 a 54 años en EE.UU. Datos de los estudios ECA, NCS y revisión de significación clínica

	ECA 1980-1985	NCS 1990-1992	Revisión 2002
Trastornos de ansiedad	13.3	18.7	13.3
▣ Fobia Social	2.0	7.4	3.7
▣ Fobia Simple	8.5	8.6	4.4
▣ Agorafobia	5.0	3.7	2.2
▣ Trastorno de ansiedad generalizada	--	3.4	2.8
▣ Trastorno de pánico	1.6	2.2	1.7
▣ Trastorno obsesivo-compulsivo	2.3	--	2.4
▣ Trastorno por estrés post-traumático	--	3.6	3.6
Trastornos del ánimo	10.4	11.1	5.7
▣ Episodio de depresión mayor	6.5	10.1	5.2
▣ Depresión mayor unipolar	5.4	8.9	4.5
▣ Distimia	5.7	2.5	1.6
▣ Trastorno bipolar tipo I	1.2	1.3	0.6
▣ Trastorno bipolar tipo II	0.6	0.2	0.3
Otros trastornos			
▣ Esquizofrenia / sdr. esquizofreniforme	1.3	--	1.2
▣ Trastornos de personalidad antisocial	2.0	--	2.0
▣ Anorexia nerviosa	0.1	--	0.1

▪ Trastorno de somatización	0.3	--	0.2
▪ Incapacidad cognitiva grave	1.3	--	0.2
Trastornos por uso de sustancias	11.7	11.5	7.6
▪ Trastorno por uso de alcohol	9.1	9.9	6.5
▪ Trastorno por uso de drogas	4.0	3.6	2.4
Total trastornos mentales (no incluye uso de sustancias, drogas, alcohol)	22.0	23.4	16.5
Total trastornos mentales (incluyendo uso de sustancias, drogas, alcohol)	29.6	30.2	20.9

Fuente: Narrow y cols (2002).

En relación a los patrones de prevalencia de los trastornos mentales en Europa (ESEMEd / MHEDEA 2000, 2004b), uno de cada cuatro participantes manifestaron haber presentado algún trastorno mental a lo largo de su vida y uno de cada 10 lo han experimentado en los últimos 12 meses. Los trastornos mentales más frecuentes fueron: Depresión Mayor (13% a lo largo de la vida y 4% en los últimos 12 meses), Fobia específica (8% y más del 3% respectivamente), Abuso de alcohol y distimia (4.1% y 4.1% respectivamente), Distimia y Fobia Social (1.1% y 1.2% respectivamente). Las mujeres casi duplican el riesgo de haber tenido un trastorno mental en los últimos 12 meses y tienen más riesgo de tener un trastorno afectivo o un tr. de ansiedad y un menor riesgo de presentar un trastorno por alcohol. Las tasas más altas de trastornos mentales se encontraron entre los más jóvenes con edades entre 18 y 24 años, observándose un progresivo declive asociado a la edad.

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

Tabla 5: Prevalencia de alteraciones psicopatológicas entre niños y adolescentes.

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

Roberts RE, Attikisson CC y Rosenblatt A (1998)

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

Tabla 6: Prevalencia de trastornos mentales en personas de más de 65 años.

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

MacDonald, AJD (1997)

Por otro lado, es muy frecuente que en un mismo individuo coexistan dos o más trastornos mentales asociados o no a trastornos físicos, en especial en edades avanzadas. Diversos estudios sugieren que la comorbilidad psiquiátrica afecta al 79% de todas las personas enfermas, es decir, sólo el 21 % de los pacientes padecían únicamente un trastorno mental (OMS, 2001). Las comorbilidades más frecuentes se encuentran en la coexistencia de los trastornos de ansiedad y de depresión (cerca del 50%) y en la presencia de trastornos mentales asociados al consumo de alcohol y a otras drogodependencias. La importancia de la comorbilidad radica en las graves consecuencias que tiene para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectas.

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

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

El Índice de Suicidios ha descendido de manera considerable, en la misma proporción en que lo ha hecho este índice a nivel nacional, permaneciendo en unas cifras ligeramente superiores a las estatales, a pesar de que la tasa de mortalidad en nuestra región es inferior a la de España (7,85 por 1000 hab. frente a 9.16 por 1.000 hab).

Tabla 7: Comparativa de tasas de mortalidad y suicidios. Murcia-España.

Tasa de Suicidios/100.000 hab.	Murcia	España
1995	8,72	8,10
2001	5,54	5,39
Tasa de Mortalidad/1.000 hab.	Murcia	España
2003	7,85	9,16

Fuente: INE. Indicadores demográficos básicos.

La carga del suicidio estimada en Años de Vida Ajustada por Discapacidad (AVAD) ha sido estimada en 1.8% del total de discapacidades en el mundo para el año 1998. Esta cifra es similar a las discapacidades producidas por guerras y homicidios y aproximadamente el doble de la producida por la diabetes. Diversos estudios sugieren una prevalencia global de 80-100% de trastornos mentales en los casos de suicidio consumado. Se estima que el riesgo a lo largo de la vida de suicidio en personas con trastornos afectivos, principalmente depresión, es de 6-15%, de un 7-15% en alcoholismo y de un 4-10% en esquizofrenia (OMS, 2000).

En relación a la utilización de los servicios de Salud Mental por parte de la población general en Europa (ESEMeD / MHEDEA 2000, 2004e), los datos disponibles sugieren una utilización insuficiente de los mismos y una importante necesidad de mejora.

A pesar de la cronicidad de algunos trastornos mentales y de la creencia estigmatizadora de que no se curan, las personas con trastornos mentales pueden alcanzar y mantener estilos de vida productivos y satisfactorios, formando parte integrada en sus comunidades de referencia si se les proporciona el tratamiento y los recursos adecuados. En las últimas décadas se han producido importantes novedades en la comprensión de los fenómenos relacionados con la salud mental que han cambiado la forma y el contexto en el que se pueden tratar estos problemas. En la actualidad se dispone de intervenciones eficaces para la mayoría de los trastornos mentales y del comportamiento que pueden ser utilizadas eficazmente en el ámbito de la Salud Mental comunitaria. Según datos recogidos en diversos informes de la OMS, cerca del 80% de los pacientes con esquizofrenia pueden mantenerse libres de recaídas al cabo de un año de tratamiento con una combinación de fármacos antipsicóticos y de diversas intervenciones familiares y más del 60% de las personas que sufren de una depresión pueden recobrar con una adecuada combinación de medicación antidepresiva y de intervenciones psicoterapéuticas efectivas.

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

Sin embargo, no siempre es posible disponer de dichas intervenciones eficaces en la realidad. Para poder reducir el desfase detectado entre las intervenciones eficaces y las intervenciones disponibles es necesario mejorar el desarrollo de servicios de salud mental comunitaria así como su accesibilidad, avalado por una política y una planificación seria y rigurosa que ayude a establecer un programa integral que abarque desde la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales a la rehabilitación de las personas con trastornos mentales y el fomento de la salud mental en la comunidad. Es imprescindible una política clara que defina una estrategia coherente e integral, con una inversión acorde con la prioridad que deben tener los problemas de Salud Mental acordes a su magnitud, a la carga socio-económica que representan y a la disponibilidad de tratamientos eficaces y asequibles en el ámbito comunitario.

II.1.b) Caracterización del problema de las Drogodependencias

Las drogodependencias representan un problema de gran trascendencia en nuestro entorno. ocupando uno de los primeros lugares en orden de importancia, a los que se enfrenta nuestra sociedad.

Es tanto un problema social por la incidencia que tiene sobre el medio familiar y laboral, sin olvidar su relación con la delincuencia y lo que esto supone en cuanto a inseguridad ciudadana, como un problema de salud pública por su asociación con numerosas enfermedades, accidentes laborales y de tráfico y por las repercusiones que esta situación tiene sobre los perfiles de morbi-mortalidad en nuestro medio.

Es por tanto, un problema complejo de origen multicausal del conjunto de la sociedad, por lo que su abordaje deberá ser lo más integral y globalizador posible.

Consumo de sustancias psicoactivas

Como fuente de información sobre consumo de sustancias psicoactivas disponemos del Sistema de Registro de Casos de la Red de Salud Mental, de la información procedente de las Encuestas Domiciliarias sobre el consumo de drogas, que unido a los indicadores indirectos sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes admitidos a tratamiento en los centros específicos de la Región y a las Encuestas Escolares dan una buena aproximación al fenómeno del consumo en nuestra Comunidad Autónoma.

Las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas, procedente de las Encuestas Domiciliarias sobre el consumo de drogas, se presentan en la siguiente tabla. El patrón de consumo es similar para el periodo 1999-2001, con aumentos en la prevalencia de consumo de todas las sustancias. Entre las que más se han incrementado están la cocaína, que ha pasado de 4,1% al 9,8% en dos años, el éxtasis que ha duplicado el consumo en los dos últimos años, las anfetaminas y los alucinógenos. Lo mismo se observa en España en el periodo 2001-2003 .

Tabla 8: Prevalencias de consumo de sustancias de abuso alguna vez en la vida, en adultos de 15-65 años en el periodo 1999-2001 en Murcia y 2001-2003 en España.

	Murcia		España	
	1999	2001	2001	2003
Tabaco	36,5	37,6	68.4	68.2
Alcohol		64,9	89.0	88.6
Cannabis	24,7	27,5	23.8	29.0
Cocaína	4,1	9,8	4.8	5.9
Éxtasis	3,7	7,0	4.0	4.6
Anfetaminas, speed	3,3	5,2	2.9	3.2
Alucinógenos	2,2	5,1	2.8	3.0
Heroína	0,8	0,8	0.6	0.9
Inhalables	0,6	0,6	0.8	1.0
Base, basuco, crack	0,5	0,6	0.5	0.5

Fuente: Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en la Región de Murcia , 1999 y 2001.

Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en España 2001 y 2003

Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia y Observatorio Español sobre drogas.

En relación con el consumo de **sustancias psicoactivas ilegales en escolares** en los últimos 30 días, comparando los años 2002 y 2004 en la Región de Murcia, podemos decir que se observa una tendencia de descenso en la prevalencia del consumo de cocaína, éxtasis y anfetaminas, aumentando la prevalencia del cannabis y los alucinógenos (posiblemente por la moda del uso de la Ketamina).

Tabla 9: Prevalencias de consumo de sustancias de abuso en los últimos 30 días, en escolares .Región de Murcia 2002-2004, España 2002-2004.

COCAÍNA		CANNABIS		ÉXTASIS		ANFETAM.		ALUCINÓG.		
Año 2002	Año 2004	Año 2002	Año 2004							
4.4%	2.9%	19%	21.1%	2%	1.4%	1.8%	1.6%	1.1%	1.6%	Región
3.2%	3.8%	22.5%	25.1%	1.9%	1.5%	2%	1.8%	1.2%	1.5%	España

Fuente: Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia.
Encuesta Escolar sobre Drogas de la Región de Murcia.
Encuesta Escolar sobre Drogas..PNsD, Ministerio de Sanidad.

CANNABIS

Prevalencia en adultos: El cannabis es la droga ilícita más consumida en adultos, un 29% la ha probado alguna vez en el año 2003 (36,2% de los hombres y 18,7% de las mujeres). La prevalencia de consumo ha aumentado desde el año 1998 al 2001 en Murcia (gráfico anterior).

La edad media de inicio en el consumo de hachís es de 18 años, no produciéndose cambios en el consumo con relación a los encuestados en el año 1998. El consumo en hombres duplica al de las mujeres, y el grupo de 15-19 años es el que mayor consumo diario de hachís tiene, con el 5,7%.

Admisiones a tratamiento: A nivel nacional se observa un aumento en la demanda de tratamiento en los últimos años, pasando de un 5,4% (2895 casos) en 2000 a 10,2% (4768 casos) en 2002. También se observa un aumento del consumo en aquellas personas que demandan tratamiento por otras drogas (el 32,3% en el 2001).

Prevalencia en escolares: En Murcia el 31,8% de los escolares de 14 a 18 años ha probado el cannabis. y en los últimos 30 días el 21,1%. Por sexo, la frecuencia es mayor en los chicos para todos los tipos de consumo.

COCAÍNA

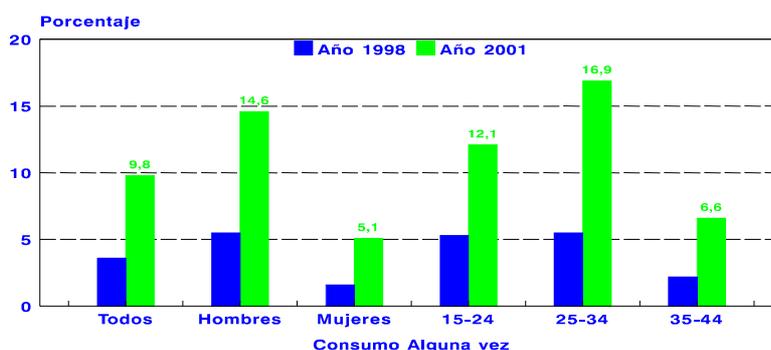
Prevalencia en adultos: El consumo de cocaína en adultos de 15-65 años casi se ha triplicado en Murcia, pasando del 3,6% del año 1998 al 9,8% en el 2001. El aumento se ha producido en todos los grupos de edad y en mayor medida en hombres. Así mismo, en España se observa un ascenso de 1.1 % de 2001 (4,8%) a 2003 (5,9%)

Admisiones a tratamiento: El 25.5% de los admitidos a tratamiento (11.686 casos) en el año 2002, lo han hecho por cocaína o cocaína mezclada con heroína como droga principal, mientras que en el año 1999 el 9,6% (8.702) de los casos lo hacían por cocaína. Cuando se le pregunta por el consumo de drogas secundarias el 26% de todos los casos, consumen la cocaína. En la región se observa un incremento de la prevalencia de consumo y de las admisiones a tratamiento.

Prevalencia en escolares: - La prevalencia del consumo de cocaína aumentó hasta el año 2002 (4,4%), observándose un descenso significativo en la Región de Murcia en 2004 (2,9%), sobre todo entre los escolares de 14 a 16 años. La edad media de inicio del consumo de cocaína se mantiene entre los 15 y 16 años, de manera similar que en España

Los principales motivos para el consumo fueron experimentar nuevas sensaciones y divertirse. El consumo le genera problemas, estando en primer lugar, problemas físicos. El ser consumidor de cocaína esta asociado significativamente a: tener mala relación con los padres, regresar después de las 3 de la madrugada en las salidas, estar insatisfecho con los estudios y tener disponibilidad económica.

Gráfica 1: Prevalencia de consumo de cocaína en polvo alguna vez, según sexo y grupo de edad en población de 15-65 años en la Región de Murcia 1998-2001



Fuente: Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia
Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998 y 2001
Servicio de Epidemiología.

HEROÍNA

Prevalencia en adultos: La prevalencia de consumo durante 2003 es del 0,9% (1,5% en hombres y 0,3% en mujeres), habiéndose incrementado desde el año 2001 (Tabla 1)

Admisiones a tratamiento: Datos extraídos del Sistema de Información no revelan cambio en las demandas en los consumidores de heroína, (60% en el año 1998 al 59,8% en el 2002). Es de destacar en estos pacientes el cambio de uso de la vía por la que se administran la droga principal, observándose que continúa el descenso en los que usan la vía parenteral en un 70,5% desde 1991, del (84,6% al 14,1%), utilizando la vía fumada-inhalada con mayor frecuencia, como se observa en el gráfico 3. Hemos de mencionar que Murcia es la Comunidad Autónoma donde se ha producido el mayor descenso del uso de la vía parenteral.

Prevalencia en escolares: Los datos de la encuesta escolar del año 2004 presentan una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 1,3% con una edad de inicio de 14,4 años.

Gráfica 2: Evolución del uso de la vía en los admitidos a tratamiento por consumo de heroína. Periodo 1998-2001.



Fuente : Observatorio sobre Drogas de la R. de Murcia
Servicio de Epidemiología

ALCOHOL

En la Región de Murcia, el alcohol es la sustancia más consumida en adultos.

Los datos de la encuesta domiciliaria de 2003 indican que un 14,1% bebe diariamente (21,9% de hombres frente al 6,2% de mujeres), descendiendo en 1,6 puntos en relación al año 2001, siendo este descenso debido al menor consumo de los hombres. La edad media de inicio en el consumo en los encuestados del año 2003 es de 16,7 años (15,9 en varones frente a 17,6 de mujeres), valores similares a los del año 2001.

Admisiones a tratamiento: Desde el año 1987 se ha producido un aumento de los pacientes que acuden a tratamiento. Durante 2003 se atendieron en la región a 1.120 personas. La edad media es de 41,5 años, el 85% de los casos son hombres y llevan consumiendo alcohol 19 años de media. Además, en los últimos 30 días, un 77% ha consumido anfetaminas, un 18 % cannabis y un 14 % cocaína.

Prevalencia en escolares: Los datos procedentes de la última encuesta escolar sobre consumo de drogas realizada en el año 2004 en la Región de Murcia, señalan que el alcohol es la sustancia que presenta un mayor consumo entre escolares entre 14-18 años. Un 65% lo ha consumido en el último mes y casi el 80.7% lo ha probado alguna vez. La edad media del primer consumo es 13,7 años. La edad de comienzo de consumo semanal de bebidas alcohólicas es 15,4 años. Este último dato indica un ligero retraso con respecto a años anteriores.

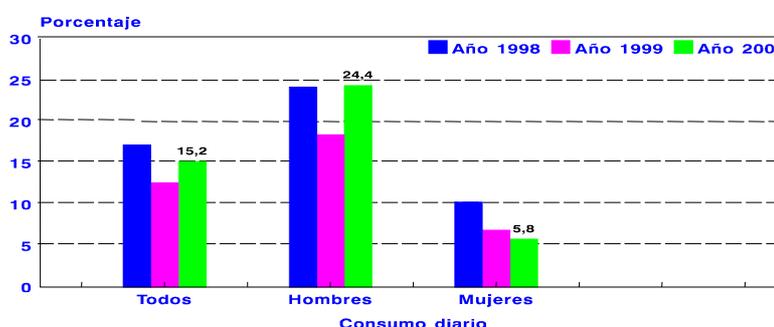
Un 29,5% declaran haber sufrido algún problema como consecuencia de consumir alcohol. Los problemas de salud son los más citados (9,3%), seguidos de conflictos sin agresión física 8,1%, los que afectan a las relaciones familiares (8%), los relacionados con las actividades escolares (7,2%) y en menor porcentaje riñas, discusiones, problemas económicos, etc...

Las bebidas más consumidas por los escolares durante los últimos 12 meses previos a la entrevista son: los combinados y cubatas (72,8%), seguido de vino (55,4%), cerveza/sidra (54,7%), licores de frutas (42%) y licores fuertes (39,1%).

Los escolares murcianos consumen las bebidas alcohólicas, básicamente, durante el fin de semana. El 30,5% dice consumir todos los fines de semana.

El porcentaje de borracheras también se ha incrementado un 55,8% declara que se han emborrachado alguna vez y un 9,9% dicen haber tenido tres o más borracheras en los últimos 30 días. Un 89,5% de los bebedores de fin de semana se han emborrachado alguna vez. En cuanto a la percepción acerca del consumo que tienen los escolares, el 7,1% piensa que su consumo de alcohol es excesivo (bastante/mucho).

Gráfica 3: Prevalencia de consumo de alcohol diario según sexo, en población de 15-65 años en la Región de Murcia 1998-2001.



Fuente : Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia
Encuestas domiciliarias sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998, 1999 y 2001
Servicio de Epidemiología.

TABACO

Prevalencia: En 2001 un 68,2% de los españoles entre 15 a 65 años había probado en alguna ocasión el tabaco, y un 41,5% lo hacía en los últimos 30 días. El consumo según sexo, globalmente. En 2001 la prevalencia de fumadores diarios fue más alta en los hombres (40,1%) que entre las mujeres (30,1%). Se han reducido las diferencias entre hombres y mujeres, aumentando la prevalencia en estas últimas.

La edad de inicio en el primer consumo se situó en 2001 en los 16,5 años habiendo aumentado en medio punto con respecto a 1995. La edad media en el consumo diario se ha retrasado en dos años con respecto a la edad de inicio en el primer consumo.

Prevalencia en escolares: Respecto al consumo de tabaco en los últimos 30 días en la Región, se ha pasado de una prevalencia de 28,7% en 2002 a un 37,5% en 2004; observándose una tendencia de ascenso, similar a la de la población escolar española (en España, en el año 2002 fue de un 29,4% y en el año 2004 de 37,4%). La edad media de inicio de consumo del primer cigarrillo es a los 13,2 años, mientras que la edad media de comienzo del consumo diario es a los 14,5 años. Así mismo, de los escolares entre 14 y 16 años que fuman, el 64,4 % se convierten en consumidores diarios de tabaco.

Urgencias y Mortalidad relacionadas con Sustancias Psicoactivas.

Desde el año 1989, se tienen monitorizados dos hospitales, uno en Murcia y otro en Cartagena, con el objetivo de conocer qué pacientes acuden a urgencias por un motivo relacionado con estas sustancias. Se observa un descenso en el número total de episodios con respecto a años anteriores (160 durante 2001, 261 durante 2002). La mayoría de las urgencias están motivadas por la reacción orgánica aguda no infecciosa (30,6%) y por reacción psicopatológica aguda (30,6%) seguido por la sobredosis (25,4%) y el síndrome de abstinencia (13,3%).

De los pacientes que acuden a urgencias hospitalarias durante 2002 el 50,6% están directamente relacionados por el consumo de cocaína y el 15,8% tienen una serología positiva frente al VIH.

La mortalidad en estos pacientes en los últimos años cuenta con un ligero ascenso del número de casos (1,3% en 2001 y 6,5% en 2002).

Programas específicos de atención para drogodependientes.

Según los datos publicados por el Plan Nacional sobre Drogas 2003, recogidos de la información aportada por el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas, los resultados en los diferentes programas son:

En lo que respecta a los “programas libres de drogas”, han sido atendidos 58.530 pacientes, perteneciendo a la región 1.947.

En los “Programas de mantenimiento de metadona”, hay que destacar que la mayoría de los pacientes reciben dicha dispensación en centros de tratamiento específicos de drogodependencias. Se han atendido 88.700 de los cuales 3.339 son de Murcia

En cuanto a los “Programas de reducción del Daño” asociado al consumo de drogas durante el año 2003 se han incrementado tanto los centros de emergencia social, como las unidades móviles. En este programa se han atendido en la región a 1.513 usuarios

También los “Programas de intercambio de jeringuillas” (PIJs), han experimentado un importante aumento de su actividad, habiendo intercambiado un total aproximado de 5.205.784 jeringuillas o kits sanitarios, de los que 112.359 pertenecen a Murcia. En estos programas han participado centros de emergencia social, unidades móviles, oficinas de farmacia y diversos dispositivos.

Respecto a los “Programas de asistencia al alcoholismo”, han sido atendidas un total de 44.519 personas de las cuales 1.144 fueron atendidas en Murcia .

Con respecto a los “Programas de atención a drogodependientes con problemas jurídico penales”, según investigaciones, se demuestra que el tratamiento de los delincuentes adictos a las drogas, durante y después del encarcelamiento, puede tener un efecto muy beneficioso sobre su uso futuro de drogas, su comportamiento delictivo y su funcionamiento social. Dentro de estos programas están los "programas de comisarías y juzgados" se atendieron en Murcia, según datos del PNSD, 400 personas, y se dio tratamiento intra-penitenciario con metadona en el “programa de instituciones penitenciarias” alrededor de 246.

II.1.c) Demografía. Estructura de edades. Dinamismo demográfico. Zonas de Salud.

La Región de Murcia está compuesta por 45 municipios con una superficie total de 11.314 Km², con una población de 1.294.694 habitantes (197.445 más que el año 1996), y con una densidad de población media de 114,43 habitantes por Km².

La población se distribuye entre: 2 municipios de más de 100.000 habitantes, 2 de entre 50.000 y 100.000, 10 de entre 20.000 y 50.000, 13 entre 10.000 y 20.000, 9 entre 5.000 y 10.000 y 9 menores de 5.000. El 53% de los habitantes de nuestra comunidad se concentran en tres grandes ciudades: Murcia, Cartagena y Lorca, siendo la capital (Murcia) la que concentra el 31% de toda la población.

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

	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	T. Región
Población (nºhab)	501.994	333.828	154.042	68.641	56.946	179.334	1.294.694
Superficie (km²)	2.052,4	1.482,1	2.410,4	2.380,6	1.573,7	1.414,8	11.314
Densidad (h/km²)	244,6	225,2	63,9	28,8	36,2	126,8	114,4

Fuente:Consejería de Economía y Hacienda. CREM. Padrón Municipal de Habitantes R. Murcia (2004)

Tabla 10: Población total, <16 años, entre 16-64 años, >65 años, por Áreas de Salud.

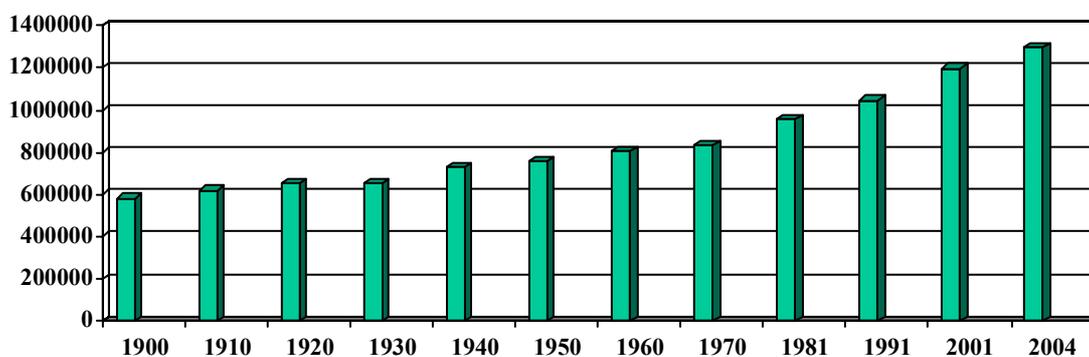
MUNICIPIOS	POBLACIÓN	< 16 años.	16-64 años	> 65 años
TOTAL ÁREA 1	501.994	101.152 (20,15%)	331.065 (65,95%)	69.777 (13,90%)
TOTAL ÁREA 2	333.828	61.058 (18,29%)	226.702 (67,91%)	46.068 (13,80%)
TOTAL ÁREA 3	154.042	29.160 (18,93%)	101.622 (65,97%)	23.260 (15,10%)
TOTAL ÁREA 4	68.641	13.207 (19,24%)	42.550 (61,99%)	12.884 (18,77%)
TOTAL ÁREA 5	56.946	11.885 (20,87%)	36.554 (64,19%)	8.508 (14,94%)
TOTAL ÁREA 6	179.334	37.194 (20,74%)	117.213 (65,36%)	24.927 (13,9%)
TOTAL REGIÓN MURCIA	1.294.694	238.224. (18,4%)	873.918 (67,5%)	182.552 (14,1%)

Fuente:Consejería de Economía y Hacienda. CREM. Padrón Municipal de Habitantes R. Murcia (2004)

La Región de Murcia se ha caracterizado en los últimos decenios por experimentar un crecimiento mayor que el de la población española, estando entre las primeras, con un incremento del 13,85% desde el censo de 1991, por encima de la media nacional que se sitúa en un 5,77%, y cuando hay varias comunidades autónomas que experimentan un descenso poblacional. Así mismo, el crecimiento vegetativo es positivo en nuestra Región al superar el número de nacimientos al de defunciones, ocupando el primer lugar por Comunidades Autónomas.

Por municipios, los mayores crecimientos se han producido en la mayoría de los del área sanitaria II (Los Alcázares: 124,4%, Torre Pacheco 45,8%, Mazarrón: 45,5%, San Javier:38,8%, Fuente Alamo: 37,4%, San Pedro del Pinatar: 34,9%), coincidiendo con aquellos de mayor porcentaje de población extranjera (Mazarrón: 32%, Los Alcázares: 30%, Fuente Álamo:26%, Torre Pacheco: 20%, San Javier, Lorca y Jumilla: 15%), y en solo en algunos casos motivado por una alta natalidad.

Gráfica 4: Evolución de la población de derecho según los censos oficiales. 1900-2004.



Fuente: INE. Censo de Población.

Tabla 11: Comparativa de tasas de natalidad, mortalidad y suicidios. Murcia-España.

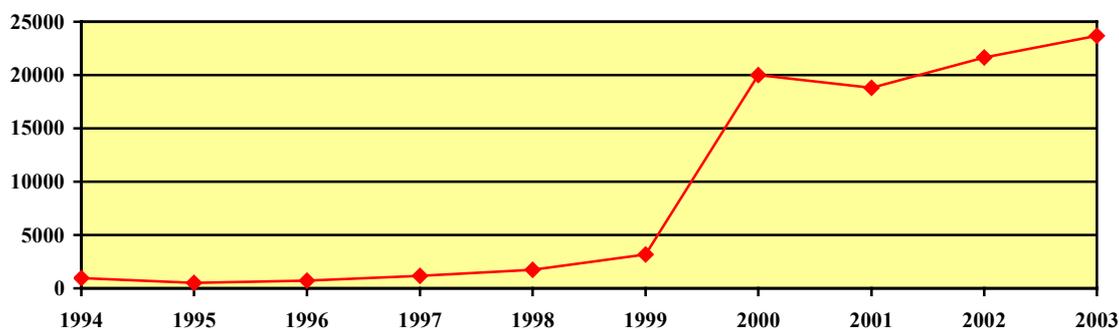
	Murcia 2003	España 2003
Tasa de Natalidad (Por 1.000 habitantes)	13,15	10,50
Tasa de Mortalidad (Por 1.000 habitantes)	7,85	9,16
	Murcia 2001	España 2001
Tasa de Suicidios (Por 100.000 habitantes) 2001	5,54	5,39

Fuente: INE. Indicadores demográficos básicos.

El 89,73% de los habitantes de la Región son españoles (el 81% de los residentes en nuestra región han nacido en ella, y el 83% de ellos en el mismo municipio donde viven), frente al 10,27% de nacionalidad extranjera, de los que se ha producido un notable incremento desde 1991 en que suponían el 0,3%. El porcentaje de extranjeros empadronados en la Región, se ha multiplicado por 11 en los últimos 7 años.

De la población extranjera, el 15% son europeos, el 50% americanos, y el 33% africanos, y por países, destacar que del total de extranjeros el 40% son ecuatorianos, el 29% marroquíes, el 6% colombianos y el 3% ucranianos.

Gráfica 5: Evolución de las Inmigraciones procedentes del extranjero. 1991-2003.



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

En relación con la estructura demográfica por sexo y edad, es el primer año en que el número de hombres supera al de mujeres a nivel regional, sin duda debido al aumento de la población extranjera en la que el porcentaje de hombres es mucho mayor (66% frente al 34%), así mismo, tenemos una población mas joven que la media nacional (24,23% frente al 20,51% de menores de 20 años), estando a la cabeza por comunidades autónomas, y paralelamente disponemos de un 14,37% de mayores de 65 años frente al 16,76% de España.

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

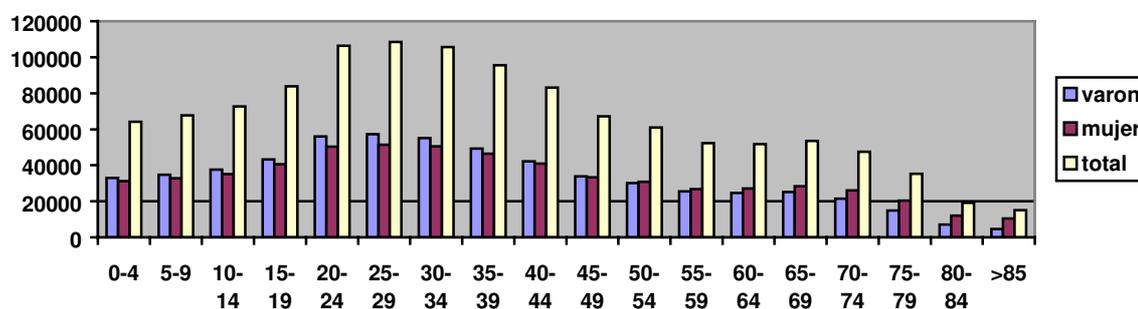
Es del todo previsible que a esta mayor presencia demográfica, corresponderá una mayor presencia social de estos colectivos, que se está traduciendo en mayores demandas de servicios.

Tabla 12: Población de la Región de Murcia por grupos de edad y sexo.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
0-15 años	130.164	113.174	238.224.
16-64 años	452.045	424.354	873.918
> 65 años	77.164	107.793	182.552
TOTAL	659.373	645.321	1.294.694

Fuente:Consejería de Economía y Hacienda. CREM. Padrón Municipal de Habitantes R. Murcia (2004)

Gráfica 6: Distribución de población por grupos de edad, sexo y totales. Región de Murcia 2004



Fuente:Consejería de Economía y Hacienda. CREM. Padrón Municipal de Habitantes R. Murcia (2004)

Tabla 13: Indicadores de estructura demográfica en porcentajes. Evolución 1981-2003

	1981	1991	2003
ESTRUCTURA POR EDAD			
Menores de 20 años/Población total	38,2	31,9	23,5
Entre 20 y 64 años/Población total	51,6	56,2	62,4
Mayores de 64 años/Población total	10,2	11,8	14,1
INDICE DE VEJEZ			
Mayores de 64 años/menores de 20 años	26,7	37,1	59,9
INDICE DE DEPENDENCIA			
Juvenil: <20 años/Población 20-64 años	74,0	56,8	37,7
Anciana: >64 años/Población 20-64 años	19,8	21,1	22,6
Total: <20+>64 años/Población 20-64 años	93,8	77,8	60,3
MUJERES EN EDAD FERTIL			
Mujeres de 15 a 49 años/Total mujeres	45,5	49,2	53,0
PROPORCIÓN DE MASCULINIDAD			
Hombres/Mujeres	96,5	96,2	101,6

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

Con el objeto de maximizar la operatividad y eficacia de los servicios sanitarios a nivel primario, la Ley General de Sanidad, Real Decreto 137/1984, establece la división de las Áreas de Salud en las Zonas Básicas de Salud. Estas se definen como el marco territorial de la Atención Primaria de Salud donde desarrollan las actividades los centros de salud. Encomienda su delimitación a las Comunidades Autónomas atendiendo a criterios geográficos y sociales.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, delimitó las Zonas de Salud, y el Mapa Sanitario Regional, cuya composición actual viene reflejada en la Orden de 12 de mayo de 2005, de la Consejería de Sanidad (BORM 130 de 8 de junio de 2005).

Tabla 14: Usuarios C.A.R.M. con Tarjeta Sanitaria. Distribución por Áreas Sanitarias.

Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI
485.540	323.503	159.007	68.358	56.636	173.866

Fuente: D.G. Aseguramiento y Prestaciones. Servicio Regional de Tarjeta Sanitaria. 31/7/2004.

II.2. Organización Asistencial. Marco de referencia.

II.2.a) Proceso de Transformación de la Atención Psiquiátrica y de Salud Mental.

En las últimas décadas, tanto en el ámbito internacional como nacional, se han introducido importantes cambios en la organización sanitaria especializada en Salud Mental. Se ha impulsado el abandono progresivo de la atención en grandes instituciones custodiales a favor de una atención comunitaria más flexible y abierta integrada en la organización sanitaria general.

La transformación de la atención psiquiátrica que, bajo la etiqueta de Reforma Psiquiátrica, se ha producido en España desde la década de los años ochenta se inició en nuestro país con la publicación del “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica”, donde se reflejan las bases conceptuales y directrices del proceso de reforma.

El apoyo de mayor rango a este proceso lo constituye la publicación de la Ley General de Sanidad en 1986. En su artículo 20 (Capítulo III) se recogen los aspectos más importantes del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (ver tabla).

Tabla 15: Principios básicos de la atención a la Salud Mental recogidos en la Ley General de Sanidad (25 de abril de 1986).

- Plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y total equiparación del enfermo mental
- La atención a los problemas de salud mental se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos ambulatorios y de hospitalización parcial que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización
- La hospitalización de los pacientes se realizará en unidades de psiquiatría de los hospitales generales.
- Se desarrollarán servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
- En coordinación con los servicios sociales, se atenderán los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.
- Atención especial a los problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

De forma esquemática, los principios generales fundamentales de la Reforma Psiquiátrica realizada en nuestro país podrían ser resumidos en (García y Vázquez-Barquero, 1999; AEN, 2000; Salvador-Carulla y cols, 2001):

- i) una concepción de la atención a la salud mental de forma integral e integrada en el Sistema Nacional de Salud;
- ii) una cobertura universal de las necesidades sanitarias, sin que se de ningún tipo de selección o discriminación de los pacientes;
- iii) una ordenación territorial y descentralizada de la atención, tomando como referencia las áreas sanitarias;
- iv) la definición del Centro de Salud Mental como eje de la organización de los servicios y, por consiguiente, la superación del modelo hospitalario centrado en el hospital psiquiátrico;
- v) la redefinición de la hospitalización, poniendo el énfasis en la atención extrahospitalaria y comunitaria;
- vi) el mantenimiento de la continuidad de cuidados, disponiendo para ello de equipos multidisciplinares y de dispositivos asistenciales diversificados;

- vii) una concepción biopsicosocial de la atención a la enfermedad, utilizando como referente el equipo multidisciplinar;
- viii) la coordinación con otros niveles del sistema sanitario, con las agencias sociales y educativas, así como con otros recursos médicos y sociales.

Aunque el modelo teórico y conceptual está ampliamente aceptado, la aplicación práctica de estos principios a lo largo de las últimas dos décadas ha seguido un ritmo desigual en las distintas Comunidades Autónomas. En el Informe de Situación de Salud Mental, publicado en julio de 2002 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud-Subcomisión de Prestaciones se recogen las conclusiones principales del análisis de situación de la atención a la Salud Mental en el territorio español y que, de forma esquemática, se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 16: Conclusiones del Informe de Situación de Salud Mental, publicado en julio de 2002 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de prestación de servicios asistenciales en Salud Mental ha seguido un ritmo desigual en las diferentes Comunidades Autónomas, aunque se detectan unas tendencias comunes en cuando a su desarrollo. • El esquema básico de la prestación sanitaria a los problemas de Salud Mental se articula a través de una red que tiene su eje principal en el Centro de Salud Mental: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estos centros se han desarrollado frecuentemente al margen de los Centros de Salud generales, lo que ha llevado a una situación de escasa integración en la red sanitaria general, con excepción de las unidades de hospitalización de corta estancia desarrolladas en los hospitales generales y ○ Aunque se ha mejorado su accesibilidad, no se ha alcanzado en muchos casos una adecuada ratio de profesionales. • Falta una mayor clarificación del espacio sociosanitario en relación a la problemática específica de los pacientes mentales. • Es necesaria una integración más estrecha entre la red de salud mental y la red sanitaria general. • Existe una gran diversidad de sistemas de obtención, registro y evaluación de la información que dificulta el conocimiento adecuado de la realidad y la comparabilidad de las distintas soluciones adoptadas ante las mismas necesidades y problemas. • Ausencia de cartera de servicios en salud mental • Gran variabilidad en los programas y proyectos piloto puestos en marcha en cada Comunidad. • Carencias relativas de recursos en alguno de los elementos de la red de Salud Mental que revela las dificultades que conlleva la adecuación de los recursos a las disponibilidades de la Comunidad y a la evolución de la demanda y de los criterios de calidad asistencial.

Probablemente esta situación no hace sino reflejar las dificultades en el desarrollo e implantación de un modelo integral de la Atención a la Salud Mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su “Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas” recoge diez recomendaciones de acciones globales para seguir desarrollando y mejorando la atención a los trastornos mentales (ver siguiente tabla).

Tabla 17: Recomendaciones de acciones globales en Salud Mental de la OMS

1. Dispensar tratamiento en la Atención Primaria
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos
3. Prestar asistencia en la comunidad
4. Educar al público
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional
7. Desarrollar recursos humanos
8. Establecer vínculos con otros sectores (educación, trabajo, asistencia social, legislativo y organizaciones no gubernamentales)
9. Vigilar la Salud Mental de las comunidades
10. Apoyar nuevas investigaciones

II.2.b. Antecedentes históricos y Transformación de la Asistencia a la Salud Mental en la Región de Murcia

Antecedentes históricos

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

Coincidiendo con la 1ª Ley de Beneficencia en el año 1820. (Asistencia Psiquiátrica depende de las Juntas Municipales), la asistencia se centra en la primera institución psiquiátrica que se conoce en Murcia, llamada “Casa de Recogidas”: En la segunda mitad del siglo XIX, coincidiendo con la 2ª Ley de Beneficencia (1849) se constituye el llamado “Departamento de Dementes”, ubicado en las dependencias del antiguo Hospital Provincial de Murcia (1855). Durante todo este periodo de tiempo, no hay constancia de la existencia de consultas y/o tratamiento ambulatorio.

A finales del siglo XIX (1892), casi coincidiendo con los “Decretos” y “Reales Ordenes” de 1862-1887 en los que se traspasaban las competencias de la asistencia psiquiátrica a las Provincias/Diputaciones, se edifica el primer Manicomio Provincial en San Esteban-Murcia. Desde entonces y hasta el inicio de la Reforma Psiquiátrica en Murcia, la asistencia psiquiátrica en nuestra Región estuvo centrada en el Hospital Psiquiátrico Provincial, una institución prestigiada por la talla científica y talante personal de sus diferentes responsables (Dr. Alberca, Dr. Valenciano, Dr. Barcia,...). Como eventos históricos de estos años cabe destacar el “Decreto sobre la Asistencia a Enfermos Mentales” (1931) y el inicio de la actividad asistencial del “Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica” (PANAP) a partir de 1940.

En la década de los sesenta, el antiguo Insalud inicia la asistencia ambulatoria psiquiátrica con los llamados “Neuropsiquiatras”. En el año 1966 se traslada el Manicomio Provincial a su actual ubicación, inaugurándose el Manicomio Provincial (nuevo Hospital Psiquiátrico). Se incorporan nuevas técnicas terapéuticas y se aproxima al modelo de institución terapéutica y rehabilitadora, desplazando a sus propios profesionales para pasar consultas ambulatorias en diferentes municipios de la región. Se inicia así mismo tratamiento ambulatorio a través de los “Dispensarios de Higiene Mental (AISNA), y se pasa consulta en dependencias de Sanidad y Cruz Roja.

Reforma Psiquiátrica en Murcia

A partir de la primera mitad de los años ochenta (casi coincidiendo con el “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” y la “Ley General de Sanidad”) se inicia el proceso de transformación de la Asistencia a la Salud Mental en Murcia con el desarrollo de una red comunitaria de centros de salud mental formada por equipos multidisciplinares. El antiguo Insalud comienza la apertura de alguna unidad de salud mental extrahospitalaria. También en esta década se inicia la apertura de las primeras unidades psiquiátricas hospitalarias en hospitales generales (UPH Hospital General por parte del Servicio Murciano de Salud y UPH Hosp. Virgen de la Arrixaca por parte del Insalud), inicia su actividad la Unidad Hospitalaria de Alcoholismo en el Hospital Psiquiátrico, aparecen las primeras camas de “Desintoxicación Hospitalaria” en el Hospital General y se abre el primer “Dispensario de Metadona” en Cruz Roja.

En 1988 se publica las “Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Región de Murcia”, donde se recogen las transformaciones iniciales emprendidas. Este documento proporciona un marco de trabajo para seguir profundizando en la implantación del modelo de Salud Mental desde una perspectiva integral. Muchas de las indicaciones que se recogen en el citado documento mantienen su vigencia en la actualidad.

En el año 1986-7 se produce la división del Hospital Psiquiátrico en dos áreas claramente diferenciadas: a) una, denominada Hospital psiquiátrico “Román Alberca”, que conservaba su dependencia de la Consejería de Sanidad e incluye dos pabellones de agudos, la unidad de subagudos y un Centro de Día, y b) otra, denominada Residencia “Luis Valenciano”, dependiente de Servicios Sociales y que incluía los pabellones de crónicos. En aquel momento una misma consejería agrupaba acciones sanitarias y de servicios sociales (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales). Se consideró que tal medida podía haber acentuado los componentes de la asistencia social, responsabilizando a los servicios sociales en los procesos de rehabilitación y superación de la estructura manicomial. Sin embargo, los mecanismos de coordinación no funcionaron adecuadamente produciéndose un estancamiento en el proceso de transformación del Hospital Psiquiátrico.

En la década de los años noventa y a partir de la creación del Servicio Murciano de Salud (Ley 2/1990) y de la presentación del Plan de Salud de la Región de Murcia en 1992 se elabora el primer Plan de Salud Mental de la Región de Murcia (1995-1999) como un instrumento que facilite la transformación de la asistencia a la salud mental en nuestra región. En él se inicia una definición ajustada del modelo de funcionamiento de los diferentes servicios y se plantean diversas estrategias para continuar el proceso de transformación. En 1999 se publica el segundo Plan de Salud Mental de la Región de Murcia (1999-2001) donde se sigue profundizando en este proceso marcando líneas directrices y objetivos orientados junto a una asignación presupuestaria específica.

En esta década es cuando se produce el mayor desarrollo de los programas asistenciales, así como de las unidades de tratamiento con opiáceos, se crean nuevas unidades de rehabilitación, y se publican dos Planes de Salud Mental y dos Planes Autonómicos de Drogodependencias. Para evitar la duplicidad de redes asistenciales (Insalud y SMS), se sectoriza la asistencia psiquiátrica en nuestra región (Orden de Sectorización Psiquiátrica Región de Murcia-1995). Esto permite que los Centros de Salud Mental atiendan a toda la población, y que la asistencia de los mismos se canalice a través de Atención Primaria. Se inicia el desarrollo, implantación y utilización del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Murcia.

El cierre y posterior demolición del Hospital General Universitario de Murcia, a finales del año 1999, provoca una reducción importante en el número de camas psiquiátricas y de desintoxicación, a pesar de su reubicación provisional, así como alteraciones importantes en el funcionamiento del programa de drogodependencias y en el de dispensación de metadona. Esta

reducción en el número de camas hospitalarias, junto con el progresivo incremento en las necesidades asistenciales, así como la escasa implantación de servicios de psiquiatría en otros hospitales de la región, han condicionado el proceso de transformación previsto para el Hospital Psiquiátrico. Las dos unidades de agudos de dicho hospital han servido para amortiguar la necesidad de camas mientras se han ido desarrollando los servicios de psiquiatría en los hospitales “Rafael Méndez” de Lorca y “Santa María del Rosell” de Cartagena.

En la actualidad estamos en una etapa de transición importante tras la reciente asunción de las Transferencias Sanitarias. Esto ha supuesto que 5 Unidades de Salud Mental (Consultas externas del H. Virgen de la Arrixaca, Centro de Salud Mental de Alcantarilla, Molina, Cieza y del H. Morales Meseguer) y 3 Unidades Psiquiátricas Hospitalarias (H. Virgen de la Arrixaca, H. El Rosell de Cartagena y H. Rafael Méndez de Lorca) se hayan incorporado al nuevo Servicio Murciano de Salud. Estos servicios asistenciales, sobre todo las USM, presentan importantes deficiencias en relación a los recursos humanos y estructurales en comparación con los centros equivalentes provenientes del SMS. Así mismo, y en parte condicionado por estas deficiencias, el desarrollo de los diferentes programas asistenciales en dichos centros es también bastante desigual. Por otro lado, la edificación del nuevo Hospital General de Murcia, la remodelación de varias unidades psiquiátricas hospitalarias en hospitales de la Región y la puesta en marcha de los nuevos recursos específicos de Salud Mental que se están diseñando y acometiendo supone un importante reto y la justificación de este nuevo Plan de Salud Mental.

Aunque la persistencia de las unidades de agudos en el Hospital Psiquiátrico “Román Alberca” ha sido y es frecuentemente malinterpretada, es preciso recordar el error en el que se puede caer al equiparar los conceptos de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica con el cierre de los hospitales psiquiátricos, sin tener en cuenta que dichos procesos son mucho más complejos (García y Vázquez-Barquero, 1999). La transformación definitiva de este hospital psiquiátrico será una consecuencia indirecta del cambio asistencial que se está produciendo, con todas las dificultades inherentes, y no un objetivo en sí mismo. Esta situación transitoria no debe enmascarar el hecho más importante de todo este proceso: la implantación de un modelo de atención a los problemas de Salud Mental desde una orientación comunitaria en la Región de Murcia.

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

1. Integración de la psiquiatría por ley en el sistema sanitario general como una especialidad más.
2. Desarrollo de una estructura administrativa, con rango de Subdirección General de Salud Mental, que imparta directrices con competencias para la planificación, gestión y evaluación de los recursos.
3. Integración funcional de todas las redes de servicios psiquiátricos en una única red asistencial. Aunque existían dos redes asistenciales (Servicio Murciano de Salud e INSALUD), la distribución en áreas de referencia ha permitido evitar la duplicidad o el solapamiento de los recursos, de forma que, funcionalmente, se han comportado como una única red asistencial que garantizara la provisión de servicios para todas las áreas sanitarias. No ha ocurrido lo mismo con la dependencia jerárquica, como ya se ha comentado en el apartado anterior.
4. Desarrollo de recursos humanos y estructurales específicos de Salud Mental. Se han creado y consolidado equipos multidisciplinares para la atención a los problemas de Salud Mental con psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales, ... Se han ido creando recursos estructurales específicos de Salud Mental, aunque con una creciente insuficiencia de recursos humanos y materiales para atender las especiales necesidades de estos pacientes (sobre todo en el Área de Rehabilitación y en Infanto-Juvenil) y para atender la creciente demanda de servicios especializados.

Persisten diferencias claras en el desarrollo de los recursos necesarios en las diferentes áreas.

5. Organización de la asistencia en función de cinco programas asistenciales específicos: Programa de Adultos, de Infanto-Juvenil, de Drogodependencias, de Rehabilitación y de Hospitalización, aunque con un desarrollo desigual entre ellos.
6. Formación postgrado de profesionales específicos. La creación de la Comisión Asesora de la Unidad Docente de Salud Mental en enero de 2002, vinculada actualmente a la Unidad Docente del nuevo Hospital General Universitario, ha supuesto el impulso de una formación postgrado más acorde con el modelo de asistencia comunitaria que se está desarrollando. Desde esta unidad se coordina la formación del 60% de los residentes de Psiquiatría y de la totalidad de los residentes de Psicología Clínica de la Región.

La complejidad que supone la atención integral a los problemas de Salud Mental desde un modelo de Salud Mental Comunitaria exige que profesionales con distinta formación y cualificación participen en la actividad asistencial, aportando de forma complementaria los conocimientos y habilidades propios en cada caso en coordinación con las de los demás dispositivos asistenciales. Estos dispositivos incluyen desde los Centros de Atención Primaria a los dispositivos específicos de Salud Mental (Centros de Salud Mental, Unidades de Corta Estancia en Hospitales Generales, Unidades de Media Estancia y Centros de Rehabilitación), pasando por otras especialidades médicas y estructuras socio-sanitarias específicas.

En este sentido es conveniente señalar, y comentar brevemente, los esfuerzos realizados en los últimos años en tres áreas importantes y estratégicamente necesarias para seguir desarrollando el modelo asistencial propuesto: las relaciones con Atención Primaria, el desarrollo organizativo de la red comunitaria y el desarrollo específico del área de Rehabilitación.

Relaciones con Atención Primaria:

Aunque hoy en día ya no se cuestiona la importante labor que está realizando y que debe realizar el personal sanitario de Atención Primaria en la atención a los problemas de Salud Mental, aún no se ha desarrollado un modelo de integración claro. El desarrollo del modelo de Salud Mental Comunitario en las distintas comunidades autónomas, e incluso en diferentes países, se ha acompañado de diversas experiencias con características específicas que han sido agrupadas básicamente en cuatro modelos (Vázquez-Barquero y cols, 1998). En general, el más desarrollado en nuestro entorno es el de “consulta y enlace” entre los diferentes equipos de Atención Primaria y los equipos comunitarios de salud mental.

En este contexto, las relaciones entre ambos equipos han evolucionado hasta la fecha en función de diversas características (motivación personal de los profesionales que forman parte de los diferentes equipos, antigüedad de los equipos, evolución de la presión asistencial, ...). Estas relaciones han incluido e incluyen una gran variedad de iniciativas llevadas a cabo por los equipos y que abarcan desde sesiones clínicas hasta la supervisión compartida de casos. Sin embargo, algunas de estas iniciativas que se han llevado a cabo se han caracterizado por no estar definidas en el marco de una estrategia institucional, han respondido más a iniciativas concretas y más o menos locales, no se han mantenido en el tiempo y no se ha evaluado el efecto de las diferentes iniciativas. El resultado es que no se ha desarrollado en profundidad un modelo claro de relación entre Atención Primaria y Salud Mental y las relaciones entre los diferentes equipos en la actualidad no pasan de contactos verbales entre profesionales (generalmente telefónicos), esporádicas sesiones formativas (con una orientación más teórica que práctica y cuya organización depende de iniciativas personales o promovidas por agentes externos a la organización sanitaria) y los informes de derivación y alta preceptivos.

Desde hace tiempo se viene fraguando desde Atención Primaria y Salud Mental la necesidad de mejorar y regularizar la colaboración y comunicación entre Atención Primaria y Salud Mental. Se reconoce cierto grado de desconocimiento mutuo, a la vez que la realidad en el

trabajo de los profesionales pone de manifiesto unas determinadas carencias estructurales y un cambio social de vivir la enfermedad difícil de asimilar por ambos grupos. Esta situación ha cristalizado recientemente en la creación por parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Comisión Mixta Atención Primaria-Salud Mental, de orientación multidisciplinar con representantes de los diferentes profesionales implicados (médicos, psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería y trabajo social).

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

Se está trabajando para desarrollar de forma consensuada un “modelo de cooperación” (documento 29-1-04). Este modelo ya ha sido propuesto y desarrollado en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007 y asumido por en el IV Encuentro de Responsables de Autónomos de Salud Mental (Toledo, 26 de marzo de 2004).

Relación del ISSORM con la atención al Enfermo Mental Crónico (EMC)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este Centro, que es desagregado del Hospital Psiquiátrico Provincial, inicialmente atendía a más de 400 enfermos mentales, con diferentes patologías y diferentes necesidades de tratamiento, por lo que el ISSORM ordena la creación de 3 centros diferenciados que sirvan para dar la necesaria atención a las características especiales que presentan cada grupo de enfermos, así como la reubicación en otros Centros del Instituto de parte de su población. En la actualidad los tres Centros cubren la atención de más de 250 personas.

- La Residencia Psicogeriatrica “DR. Fco. Javier Asturiano”.
- El C.O. “Dr. Julio López Ambit”, destinado a la atención de personas con enfermedad mental y deficiencia mental asociada.
- La residencia para Enfermos Mentales Crónicos “Luis Valenciano”.
- Se añade una unidad psicogeriatrica en la Residencia de Personas Mayores de Espinardo, también procedente de la misma reordenación.

Desarrollo de la red comunitaria

La red de salud mental proveniente del antiguo INSALUD ha tenido un desarrollo menor a lo largo de los últimos veinte años y presenta carencias estructurales y de personal que dificultan la implantación de programas asistenciales posibles o implantados en otros centros de salud mental. Tal y como se desarrolla en el apartado correspondiente, la equiparación de recursos estructurales y humanos permitirá el desarrollo de programas asistenciales comunes con el resto de la red de salud mental. También se han detectado deficiencias en la comunicación interna que deben ser corregidas para permitir la integración y participación plena de los profesionales provenientes del antiguo INSALUD en la elaboración y desarrollo de grupos de trabajo.

Promovidas por la Subdirección de Salud Mental en los últimos tres años se han creado cuatro comisiones: Adultos, Infanto-juvenil, Drogodependencias y Rehabilitación, que se corresponden con los programas asistenciales del mismo nombre. En dichas comisiones han participado 48 profesionales de la propia red de salud mental, representando los diferentes estamentos profesionales y centros de la región, con reuniones mensuales durante los años 2002-2004. Su trabajo se ha plasmado en el documento “Líneas maestras para el desarrollo de la Cartera de Servicios”. En este documento se abordan los trastornos mentales más graves y prevalentes, estableciendo líneas de trabajo para la elaboración de protocolos y/o guías de práctica clínica que conformarán la cartera de servicios plenamente desarrollada de los centros de salud mental y drogodependencias.

Las líneas de trabajo aceptadas por las distintas comisiones suponen un consenso sobre la metodología de elaboración de las guías e implican a los profesionales que han de llevarlas a cabo. Actualmente el borrador de la primera guía elaborada por el grupo de trabajo de trastornos de la conducta alimentaria está siendo revisado por los profesionales para recibir sugerencias. Estos grupos de trabajo parten del apoyo del programa de formación continuada que, antes de su constitución o de forma paralela, va elaborando cursos de formación sobre la materia objeto de la guía (Cursos de trastornos de la conducta alimentaria, Curso de terapia grupal de la Bulimia) y sobre metodología aplicable en su elaboración (Curso de Medicina Basada en Evidencias: Lectura crítica, Estrategias de búsqueda, Guías de práctica clínica, etc.)

En esta línea de utilización de la formación como instrumento de gestión y de introducción de cambios, se ha iniciado un proyecto de implantación de la Intervención Familiar en la Esquizofrenia en los centros de salud mental y drogodependencias y unidades de rehabilitación. A lo largo de los tres últimos años se ha formado a 50 profesionales de los

diferentes centros de la región mediante un curso intensivo de introducción y se ha mantenido supervisiones por centros durante los dos últimos años. En la actualidad cinco centros de salud mental, tres unidades de rehabilitación y un C.A.D. participan en el programa de supervisión.

Desarrollo específico del área de Rehabilitación

La inauguración de la unidad de rehabilitación de San Andrés en el 2001 ha permitido seguir avanzando en la creación de una red de unidades de rehabilitación por área de salud. Actualmente funciona con un equipo multiprofesional completo. También está terminada la unidad de rehabilitación de Caravaca, aunque todavía no está dotada de personal, y en fase de construcción la nueva unidad de rehabilitación de Cartagena.

La comisión de rehabilitación (Programas asistenciales) se ha reunido mensualmente durante los tres últimos años. Su trabajo ha quedado plasmado en el documento "Líneas maestras para el desarrollo de la Cartera de servicios. Rehabilitación". En este documento se establecen los programas básicos que deben incluir todas las unidades de rehabilitación.

Actualmente el grupo de trabajo regional ha detectado diversas oportunidades de mejora. Entre ellas, se ha empezado a elaborar un protocolo que sirvan para derivación de pacientes a las unidades a nivel regional, así como un plan individualizado de rehabilitación común a todas las unidades y que pueda servir de referencia a las futuras unidades previstas o ya edificadas como la de Caravaca. También participan en el Programa de Intervención Familiar en la Esquizofrenia descrito en el apartado anterior.

En nuestra Región existe un amplio desarrollo de los programas de rehabilitación e inserción sociolaboral de drogodependientes, que ha permitido la implantación de un modelo útil para la implantación de los mismos, gracias, en gran medida, a los Programas de Iniciativas Comunitarias del Fondo Social Europeo.

Sin embargo, en lo que hace referencia a enfermos mentales, el desarrollo ha sido menor, necesitando un impulso importante para alcanzar los mínimos recomendables. Esto requiere, no sólo incremento presupuestario, sino la aplicación de un modelo para el desarrollo y la gestión .

La principal dificultad radica en que gran parte de las actuaciones de rehabilitación e inserción sociolaboral se encuadran en el llamado "espacio sociosanitario", lo que supone que haya que recurrir a entidades sin ánimo de lucro, empresas, entidades locales u otras dependencias de la Administración Regional.

Gran número de Comunidades Autónomas, con amplia experiencia en el campo de la rehabilitación, han optado por propiciar desde la propia Administración Sanitaria la creación de una Fundación de ámbito regional.

Este instrumento permite, por un lado, el desarrollo de actividades en colaboración con la Administración, en especial con los distintos niveles de los Servicios de Atención a la Salud Mental y Drogodependencias; y por otro lado, que la financiación que provenga del Servicio Murciano de Salud (a través del capítulo 4 del Programa Presupuestario 413 A, Salud Mental) pueda verse incrementada por otros recursos provenientes de Fondo Social Europeo, entidades locales, empresas, otras Fundaciones, donaciones y otras dependencias de la Administración Regional.

Asimismo, se daría una respuesta concreta y amplia, a las demandas referidas en el dictamen emitido por el Consejo Económico y Social de la Región de Murcia, en relación con el Plan Regional de Acción Integral para personas con discapacidad, en el campo de la Salud Mental.

En resumen, el proceso de desarrollo e implantación de la Reforma Psiquiátrica en Murcia está siendo un proceso complejo que ha seguido un ritmo desigual, con diferentes implicaciones de las administraciones responsables. Al igual que lo que ha ocurrido en otras

Comunidades Autónomas (García y Vázquez-Barquero, 1999), el mayor peso en el desarrollo e implantación de dicha transformación ha descansado en el Servicio Murciano de Salud, frente al escaso desarrollo alcanzado en el territorio dependiente del antiguo INSALUD. Con el proceso de transferencias en competencias sanitarias completado recientemente (enero de 2002), en la Región de Murcia persisten importantes diferencias a subsanar en la implantación del modelo comunitario de asistencia a los problemas de salud mental, tanto en recursos estructurales como humanos en las diferentes áreas sanitarias.

El proceso de transformación de la Atención a la Salud Mental en el Servicio Murciano de Salud emprendido en las últimas décadas sigue precisando de un compromiso político, económico, técnico y social amplio y mantenido. Las bases teóricas y conceptuales del proceso de transformación siguen vigentes.

Aunque se ha avanzado mucho en la implantación del modelo asistencial, la complejidad del proceso y la necesidad de cambios que afectan a diferentes niveles (tanto sanitarios, como políticos y sociales) en un momento importante de integración en este período inicial de Transferencias Sanitarias en la Región de Murcia justifica la elaboración de este tercer Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia.

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

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA A LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA. (I)			
<i>Siglos</i>	Hospitalaria	Eventos Históricos	
XVIII XIX	Ingresos en primitivo H. de la Caridad o Provincial, sin ubicación fija y por poco tiempo. Envío de pacientes a Valencia y Granada.	Asistencia por Instituciones Religiosas (Hnos.S.Juan de Dios y Mercedarios) en Manicomios y Asilos.	
<i>Años</i>	Hospitalaria	Ambulatoria	Eventos Históricos
1820-50	1ª Institución Psiquiátrica en el Barrio de Sta.Eulalia. "Casa de Recogidas".	No hay constancia de consultas, si las hubo, se realizarían en el mismo Hospital Provincial por algún médico general.	1820 1ª Ley de Beneficencia. Dependencia de las Juntas Municipales.
1855	Ubicación en sótanos del antiguo Hospital Provincial de Murcia. "Departamento de Dementes".		1849 2ª Ley de Beneficencia. Dependencia del Estado
			1862-87 Dctos y RR.OO. sobre traspaso de competencias a las Provincias/Diputaciones.

Fuente: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA A LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA. (II)			
<i>Años</i>	Hospitalaria	Ambulatoria	Eventos Históricos
1892	1º Manicomio Provincial en San Esteban-Murcia.	Consulta en el propio Manicomio	Competencias de las Diputaciones
1930-45	Clínicas psiquiátricas del Dr. Muñoz y del Dr. Valenciano.		1931 Decreto sobre la Asistencia a Enf. Mentales >1940 (PANAP) Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica
1966	2º Manicomio Provincial en El Palmar-Murcia. (Nuevo Hospital Psiquiátrico)	>1960 El Insalud inicia asistencia con Neuropsiquiatras. Desde el H.P. se pasan consultas en varios municipios. Dispensarios de Higiene Mental. AISNA. Consultas en Sanidad y Cruz Roja.	>1950 Psicofármacos eficaces. Inicios de Reforma en EEUU y Europa. Antipsiquiatría (Basaglia). 1970-80 1º pasos de Reforma Psiquiátrica en España. Mejora de condiciones en Hosp.Psiquiatricos. Comienza desinstitucionalización de crónicos.
1975-80	Se abren camas psiquiátricas en Hosp.Virgen Arrixaca.(UPH)		1975 Cátedra de Psiquiatría en Murcia.

Fuente: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ASISTENCIA PÚBLICA A LA SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE MURCIA. (III)			
<i>Años</i>	Hospitalaria	Ambulatoria	Eventos Históricos
1984	U.Alcoholismo H.Psiquiátrico	Apertura de los CSM por Diputación/C.Autónoma. Equipos multidisciplinares.	>1980 Inicios de la Psiquiatría Comunitaria.
1986	Apertura de U.P.H.en el Hospital General.(Murcia) 1ª Camas de UDH en H.General		1982 1ª Cátedra Psicología Médica 1985 Informe Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. (Psiquiatría Comunitaria)
1987/8		Apertura por Insalud de las Unidades de Salud Mental.	1985 1º Plan Nacional de Drogas Plan Regional de Intervención en Drogas (PRID)
1987	Hospital Psiquiátrico se divide en dos recursos diferenciados. Agudos (UPH/UCE) y Subagudos (UME) dependen de Sanidad. Residencia Luis Valenciano (ULE) depende de Servicios Sociales.		1º Dispensario de Metadona en Cruz Roja

Fuente: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

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

Fuente: Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

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

NORMATIVA ESPECÍFICA EN DROGODEPENDENCIAS Y ESTRUCTURAS DE REFERENCIA

Plan Nacional sobre Drogas

Se crea en 1985 e Intenta estructurar, sistematizar y coordinar las distintas actuaciones dirigidas a paliar la problemática generada por las drogas, sobre todo por las denominadas *ilegales*. Aglutina a varios Ministerios: *Sanidad, Justicia, Trabajo y Educación*.

Plan Regional de Intervención en Drogodependencias (P.R.I.D.), 1985

Es el referente histórico de la Atención a las Drogodependencias en la Región de Murcia. Tuvo como gran virtud la de aglutinar todos los recursos públicos (regionales y municipales) y privados (Cáritas, Cruz Roja y AREMUPD), dando lugar a una Red Asistencial Regional única, integrada en el Sistema Sanitario y a una línea de actuación en formación y prevención. Supuso una mayor rentabilidad de los recursos disponibles, evitando la duplicidad de redes que aún existen en otras regiones españolas, y proporcionando unas líneas directrices coherentes, con rigor científico y criterios de realidad, que han permitido una adaptación ágil y flexible a los cambios progresivos del problema de la drogodependencia.

ORDEN de 20 de febrero de 1990 de la Consejería de

Regula los criterios para la autorización de unidades, centros, servicios y establecimientos de tratamiento de las drogodependencias. Los define y clasifica en: Unidades Asistenciales, Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Centros de Día y Comunidades Terapéuticas

ORDEN de 2 de abril de 1990 de la Consejería de

Se crea la **Comisión Regional de acreditación, evaluación y control de centros o servicios de tratamiento con opiáceos**. Al amparo del **Real Decreto 75/1990, de 19 de Enero**, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos. Adscrita a la Dirección General de Salud. Se establecen las funciones y su composición

Orden de la Consejería de Sanidad de 1 de Octubre de 1991, por la que se crea el

Adscrito a la Dirección General de Salud, con rango de Jefe de Sección. Coordina desde el punto de vista técnico, todas las actuaciones relacionadas con la prevención, asistencia y reinserción, así como otras de índole social y administrativa relacionadas con las drogodependencias. Representa a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en la Comisión Técnica del Plan Nacional sobre Drogas, así como en otros foros de ámbito nacional.

DECRETO Nº 83/1992, de 12 de noviembre de la

Se crea el **Consejo Asesor Regional de Drogodependencias**. Es un Órgano Autónomo de participación y consulta para el estudio y seguimiento en materia de prevención, control y lucha contra las drogas. Adscrito a la Consejería de Sanidad, está presidido por el Consejero de Sanidad. Está compuesto por representantes de la administración regional, local, colegios profesionales, ONGs, Universidad, organizaciones sindicales, empresariales, juveniles,....

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

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

**PLAN
AUTONÓMICO
SOBRE DROGAS**
1993-1996

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

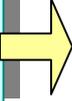
Ley 6/1997, de 22 de
octubre, sobre
Drogas, para la
prevención,
asistencia e
integración social

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

**PLAN REGIONAL
SOBRE DROGAS,**
1998-2000

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

**ESTRATEGIA
NACIONAL SOBRE
DROGAS 2000-2008**



Publicada por el Ministerio del Interior mediante Real Decreto 1911/99 de 17 de diciembre.

El plan Nacional sobre Drogas , fruto del consenso y la voluntad política en 1985, tras casi 15 años de vigencia y permanente actualización, necesita adecuarse a la realidad actual del fenómeno de las drogas así como adelantarse a previsibles cambios.

Tiene en cuenta los trabajos que la Unión Europea ha venido desarrollando durante, con la aprobación en el Consejo Europeo de Helsinki de la Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas 2000-2004, continuación del Plan de Acción de Drogas 1995-1999, aprobado en Cannes en 1995.

**PLAN DE SALUD
MENTAL Y DROGAS
2006-2009**



En la actualidad está en proceso de elaboración, y está prevista su publicación en el primer trimestre de 2006, con posterioridad a la publicación del nuevo Plan de Salud de la Región de Murcia.

Tiene como novedad que aparecen integrados en un solo plan los anteriores planes de salud mental y de drogodependencias.

Se ha constituido un grupo de redacción del plan que coordina y recopila los trabajos de los diferentes grupos de expertos.

En materia de drogodependencias, se recoge en el borrador del futuro plan una atención especial al abordaje de la problemática derivada del consumo de drogas legales, sobre todo entre la población más joven.

II.2.c) Organización y Gestión.

La asistencia sanitaria en salud mental en nuestra región, previa a transferencias sanitarias, dependía de dos instituciones públicas, del Servicio Murciano de Salud (SMS) y del INSALUD, coexistiendo, por así decir, dos redes asistenciales con recursos propios, que no se superponían para evitar la duplicidad de redes asistenciales en Salud Mental y optimizar recursos, prestando la asistencia de manera sectorizada. Coexistían dos modelos de gestión (cada uno de una Administración) así como dos organigramas de funcionamiento muy dispares entre sí.

En los organigramas previos a Transferencias de las redes asistenciales en salud mental del INSALUD y del S.M.S., se evidenciaba que en el INSALUD no existía un responsable común, que coordinara, gestionara o planificara la red propia, actuando de manera totalmente independiente cada una de las Gerencias de los hospitales respectivos, con presupuesto propio, y siendo “autónomas” respecto a los recursos estructurales y humanos de su competencia.

En el organigrama del S.M.S. anterior a Transferencias, la estructura organizativa era aun mas compleja, distribuyéndose en dos centros de gestión de gasto con presupuesto propio y en tres Direcciones, sin una coordinación real y efectiva entre ellas. Era el antiguo Departamento de Salud Mental el que asumía la planificación, dirección, coordinación y gestión no sólo de los recursos a su cargo (toda la red extrahospitalaria del SMS), sino también la planificación y coordinación de los restantes recursos de salud mental de la región. De la misma forma, asumía las relaciones en materia de salud mental en los distintos niveles institucionales, tanto regionales como autonómicos y nacionales.

La asunción de las Transferencias Sanitarias en el año 2002, ha supuesto un cambio importante en la planificación, organización y estructura de la Red de Salud Mental. Se tiene que tener en cuenta, que la dependencia de una sola Administración Sanitaria implica que la organización, gestión, dirección y planificación de los recursos de salud mental tiene que pasar por un periodo de adaptación y de definición del modelo a seguir, dadas las peculiaridades de la red de salud mental tanto por la diversidad de recursos y estructuras, por los programas asistenciales existentes, así como por la necesidad inexcusable de relación con S. Sociales, Educación, Justicia... Dado que los modelos de gestión, dirección, coordinación y planificación del SMS y del INSALUD en materia de salud mental, no eran coincidentes, se ha optado por definir un modelo común para que la asistencia en salud mental sea lo mas operativa, eficaz y eficiente posible.

La necesidad de una única red de salud mental, integrándose las dos redes existentes en una sola organización, con el mismo modelo de funcionamiento, los mismos objetivos, iguales programas asistenciales, métodos de actuación, cartera de servicios, evaluación y sistema de registro, así como una planificación unitaria, motivó que en la estructura del nuevo S.M.S. se decidiera la creación de una Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, al mismo nivel que las otras dos Subdirecciones que se creaban (Subd. Gnral. de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias sanitarias y Subd. Gnral. de Asistencia Especializada), dependientes todas ellas de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

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

- a) La asunción de la dirección técnica, programación, coordinación y evaluación de todos los centros, unidades y servicios de salud mental hospitalarios y extrahospitalarios en el ámbito del S.M.S., y de los programas dirigidos a la prevención, promoción, asistencia y reinserción en materia de enfermedades mentales y asistencia psiquiátrica.

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

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

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

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

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

II.2.d) Formación Continuada, Docencia e Investigación

En las conclusiones del análisis de la situación del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001 se puso de manifiesto la necesidad de una adecuada docencia y formación continuada. Durante este período se han dado pasos desde la actual Subdirección General de Salud Mental para subsanar esta situación: 1) Plan de Formación Continuada, 2) Formación postgraduada en Salud Mental, 3) Investigación y 4) Estructura docente en los Servicios Centrales.

Formación Continuada:

La Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud ha fomentado la Formación Continuada como una estrategia de gestión considerándola, no como un fin en sí mismo, sino como un medio para mejorar las competencias de sus profesionales y desarrollar un sistema de gestión del conocimiento que facilite la adaptación eficiente y eficaz de la organización a un entorno cambiante.

La elaboración de los planes de Formación Continuada institucionales son el reflejo del nivel de concienciación del equipo de gestión sobre la importancia de la Formación Continuada al asignar unos recursos materiales y humanos a este fin. Sin embargo, desde el principio se consideró que la Formación Continuada era algo más ambicioso que la mera realización de actividades formativas aisladas. Se ha intentado fomentar y facilitar la difusión e implantación de otras estrategias igualmente importantes para la formación continuada de los profesionales (sesiones clínicas, bibliográficas, asistencia a cursos y congresos científicos, estimular los procesos de autoaprendizaje y de autoevaluación en los profesionales, implicación en proyectos de investigación y su difusión pública, ...).

Tras varias iniciativas previas, en el año 2001 se publicó el primer Plan de Formación Continuada del Departamento de Salud Mental. En dicho documento se realiza una revisión conceptual de la Formación Continuada, sus componentes, los factores favorecedores y las barreras existentes, las características específicas en Salud Mental con sus antecedentes en Murcia y los objetivos a conseguir. Desde entonces se ha publicado anualmente un plan de formación cuya organización es consecuencia del compromiso claro de la Subdirección General de Salud Mental con un área a menudo demasiado infravalorada en las organizaciones sanitarias. Sin embargo, su publicación no deja de ser la punta de un iceberg que ha ido acompañada de numerosas iniciativas encaminadas a facilitar su implantación, difusión y la participación de los profesionales de Salud Mental:

- 1) difusión a todos los centros implicados de los diversos planes de Formación Continuada mediante la presentación del mismo y la difusión de ejemplares del mismo en cada uno de los centros implicados, así como calendarios con el cronograma de actividades formativas y de posters;
- 2) se ha creado y consolidado la figura del Responsable de Formación Continuada en los diferentes Centros Asistenciales, con la elaboración y difusión en los centros de sus respectivas funciones. Estos profesionales han colaborado activamente y han posibilitado otra de las características de los Planes de Formación Continuada de Salud Mental: la descentralización en el sistema de selección del personal interesado en los cursos. Este procedimiento forma parte de una estrategia asumida para descentralizar la gestión de los recursos humanos implicando a los responsables de cada uno de los centros asistenciales al considerarles como los más capacitados para seleccionar a aquellos profesionales más adecuados en función de los objetivos de cada curso
- 3) en el año 2001 se creó la Comisión de Formación Continuada de la Subdirección General de Salud Mental con los Responsables de Formación Continuada de cada uno de los centros asistenciales, manteniendo reuniones periódicas anuales;

- 4) la motivación e implicación de los profesionales se ha visto reflejada a través de la participación en diferentes cursos como docentes, así como en el interés mostrado en participar en las diferentes actividades que se han ido programando. La afluencia a los cursos ha superado con creces nuestras expectativas en la mayoría de las actividades organizadas;
- 5) básicamente, las actividades formativas se han agrupado en 4 grandes áreas temáticas (Gestión, Programas Asistenciales, Metodología e Investigación e Informática). Todas ellas se han realizado a través de la Escuela de Administraciones Públicas o bien han sido homologadas por la misma;
- 6) diversas actividades formativas han sido el paso inicial de un proceso encaminado a una mayor implicación de los profesionales en la mejora de la calidad asistencial, mediante la formación de diversos grupos de trabajo orientados a la elaboración e implantación de Guías de Práctica Clínica (Trastornos de Alimentación, Atención a los problemas por consumo de Cocaína, Programas de Psicoeducación en Psicóticos y Técnicas de relajación). Este planteamiento ha requerido una estrecha colaboración con el equipo de gestión de la Subdirección General de Salud Mental, de forma que las actividades formativas propuestas sean congruentes con los objetivos y actividades de la subdirección;
- 7) se ha potenciado y facilitado, en la medida de lo posible, la participación como profesorado de los profesionales de nuestra propia organización. Esta estrategia pretende reconocer y potenciar los recursos humanos de la Subdirección General de Salud Mental, así como ir consiguiendo un grado de autosuficiencia docente cada vez mayor, sacando el máximo provecho a todos los conocimientos implícitos o explícitos de la organización; y
- 8) se sigue trabajando para facilitar y mejorar el acceso a los recursos bibliográficos necesarios en el contexto de una adecuada formación continuada:
 - a. ampliación de los fondos bibliográficos en la hemeroteca del Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria de la Secretaría Sectorial de Atención al ciudadano, Calidad Asistencial y Drogodependencias;
 - b. potenciación de los recursos bibliográficos disponibles a través del Portal Sanitario de la Región de Murcia (www.murciasalud.es),
 - c. formación en habilidades de búsqueda y lectura crítica de literatura científica,).

Formación postgraduada en Salud Mental

En la Región de Murcia existen en estos momentos dos Unidades Docentes acreditadas para la formación de residentes de Psiquiatría: la Unidad Docente de la Subdirección General de Salud Mental y la Unidad Docente del Hospital Virgen de la Arrixaca. La primera de ellas, también está acreditada para la formación de Psicólogos Clínicos (P.I.R.).

En agosto de 1998, se publicó la primera convocatoria de la prueba selectiva para la formación de enfermeros especialistas en Salud Mental, así como la primera relación de las unidades docentes acreditadas y la oferta de plazas. A diferencia de otras Comunidades Autónomas, no se dispone en la actualidad de ninguna acreditación para la formación de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

1) Unidad Docente de la Subdirección General de Salud Mental:

Tras la demolición del antiguo Hospital General Universitario de Murcia, con su desacreditación docente, y la reubicación del Servicio de Psiquiatría en el Hospital Morales Meseguer, se creó la Unidad Docente de la Subdirección General de Salud Mental (U.D.S.M.) mediante resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud con fecha de 9 de enero de 2002 con competencias en la formación de los especialistas en Psiquiatría y Psicología

Clínica de la Región de Murcia. En concordancia con la Disposición Adicional Sexta de la Orden de 22 de junio de 1995 que regula la composición y funcionamiento de las Comisiones de Docencia, se determinó la composición de la correspondiente Comisión Asesora.

Desde entonces se han elaborado y aprobado:

- el Programa de Rotaciones de los residentes (MIR y PIR) actualmente vigente, con el que se garantiza la utilización de los recursos disponibles siguiendo las indicaciones de la *Guía de Formación de Especialistas en Psiquiatría*, elaborada por la Comisión Nacional de la Especialidad y aprobada por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de fecha 25 de abril de 1996,
- los planes de formación teórica anual ofertada por la U.D.S.M., compuesta por diversas actividades formativas a lo largo del año en formato curso/taller y sesiones clínico-bibliográficas todos los miércoles;
- el sistema de Actualización del Compromiso Docente de los Centros Asistenciales y de Acreditación/Reacreditación de Tutores de la U.D.S.M.
- Se ha ampliado la oferta de formación de Psicólogos Clínicos (P.I.R.) en una plaza, de forma que para el año 2005 se han ofertado 2 plazas.

2) Unidad Docente del Hospital Virgen de la Arrixaca:

Con una oferta de 2 residentes de Psiquiatría por año, no dispone de Comisión Asesora específica y está integrada en la Unidad Docente del citado Hospital.

Aunque mantienen su autonomía en la gestión de sus recursos y en su organización docente, se han desarrollado diversas iniciativas conjuntas encaminadas a la mejora de la formación postgraduada en Salud Mental. Entre ellas la de garantizar la representación de la Unidad Docente del Hospital Virgen de la Arrixaca en la Comisión Asesora de la Unidad Docente de Salud Mental, tanto de los adjuntos como de los residentes en formación. Sin embargo, esta área ofrece algunas áreas de mejora encaminadas a la optimización de los recursos de formación en ambas unidades docentes.

Tabla 18: Plazas anuales ofertadas de Formación Postgraduada en Salud Mental para el año 2005.

	U.D.S.M.	U.D. Virgen Arrixaca	Total Regional
Plazas MIR Psiquiatría	3	2	5
Plazas PIR Psicología Clínica	2	-	2

En la formación de los MIR de Medicina Familiar y Comunitaria intervienen activamente 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.

Investigación

Actualmente la producción científica en Salud Mental sigue centrándose alrededor de la producción de tesis doctorales y de publicaciones científicas en los hospitales de referencia en la formación de especialistas (MIR y PIR): el Servicio de Psiquiatría del antiguo Hospital General Universitario, provisionalmente ubicado en el Hospital Morales Meseguer, y el Servicio de Psiquiatría del Hospital Virgen de la Arrixaca.

La situación real es claramente mejorable, aunque a través de la Unidad Docente de la Subdirección General de Salud Mental se han tomado diversas iniciativas al respecto (facilitar el acceso a fondos bibliográficos, formación continuada en temas de metodología e investigación, facilitar iniciativas individuales para participar en diversos proyectos de investigación, facilitar la difusión de las actividades de formación, docencia e investigación que se realizan en la Región de Murcia a través de su publicación anual en la Memoria Asistencial de la Subdirección General de Salud Mental (publicada desde 1999).

Sin embargo, persiste una orientación eminentemente asistencial en los servicios de Salud Mental. Aunque se ha utilizado de forma puntual la información del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos, su uso para la realización de trabajos de investigación es claramente insuficiente. Por otro lado, en un contexto de excesiva presión asistencial la mejora en estos temas debe de ser planteada a medio y largo plazo.

Estructura docente en los Servicios Centrales:

Al igual que en el resto de estructuras asistenciales del Servicio Murciano de Salud existen las respectivas Unidades Docentes (de las diferentes Gerencias de Atención Primaria y en los distintos hospitales de la Región), con una infraestructura más o menos adecuada a sus necesidades, para poder mantener las actividades formativas emprendidas y seguir mejorando en esta área estratégica, es necesario contar con una adecuada estructura docente en la Subdirección General de Salud Mental.

Las peculiares características del área de Salud Mental (con diferentes centros asistenciales distribuidos en toda la región) y las actividades emprendidas (Plan de Formación Continuada específico de Salud Mental), así como la existencia de una Unidad Docente de Salud Mental justificarían la creación de la estructura docente adecuada en la propia Subdirección General de Salud Mental, dotada de personal específico.

II.2.e) Sistemas de Registro de Información Sanitaria en Salud Mental. Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (RACP)

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

En Salud Mental, coincidiendo con el proceso de implantación de la llamada Reforma Psiquiátrica, va creciendo la necesidad de disponer de sistemas de registros que permitan obtener los datos necesarios para una correcta planificación sanitaria. De esta forma, se ha desarrollado a nivel nacional un sistema de información específico de drogodependencias, el Sistema Estatal de Información en Toxicomanías (SEIT), que incluye todos los pacientes que solicitan tratamiento en los centros integrados en el Plan Nacional de Drogas. En Murcia este registro lleva funcionando desde el año 1996 y su gestión depende del Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad.

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

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.

El desarrollo de estos sistemas específicos de Salud Mental en España ha seguido un proceso desigual según las diferentes comunidades autónomas. Esta situación ha dado lugar a la existencia de 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, etc.). A diferencia del SEIT, no ha existido una iniciativa estatal que unifique las diversas experiencias en RACP.

La importancia de los RACP viene reflejada en el interés por los responsables de las diversas administraciones sanitarias y universitarias con competencias en Salud Mental. En abril de 1998 se reunieron en Sevilla en un taller de trabajo bajo el tema "La reforma psiquiátrica no concluida". Entre sus conclusiones destacaron la necesidad de desarrollar e implantar "un sistema de información generalizado en sus características básicas, compatibles con el sistema de información sanitario general y utilizable tanto para la evaluación de la actividad clínica como para la de gestión" que debe tener en cuenta los sistemas ya existentes.

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 autoridades sanitarias sobre los objetivos y finalidad del R.A.C.P.
- Disposición de personal cualificado que se encargue de la difícil labor de implantación del registro, mantenimiento, gestión y análisis del material recogido.
- Sensibilización, formación y colaboración de los equipos sanitarios.
- 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.

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

Para su adecuada implantación ha sido necesaria una mejora constante del software utilizada para su diseño, una importante inversión en material informático en cada CSM/CAD, una clara implicación de los profesionales, desde los servicios centrales de Salud Mental a los profesionales de los diferentes centros encargados de la elaboración de los indicadores y, posteriormente, de todos los profesionales responsables de la cumplimentación e introducción de los datos en el sistema. Se han realizado esfuerzos importantes en la difusión del sistema y en fomentar su conocimiento y utilización a través de cursos de formación integrados en los diferentes planes de formación continuada elaborados por la Subdirección General de Salud Mental en los últimos años.

En líneas generales la información que se recoge en el RACP de la Región de Murcia se centra en dos tipos de protocolos:

- **Hoja de registro básico:** Se aplica a cada paciente sólo en su primer contacto en un CSM o en un 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, anualmente, se utiliza para la elaboración de las memorias de la actividad asistencial de la Subdirección General de Salud Mental. En el período previo a las transferencias sanitarias, también se utilizó para la facturación al INSALUD en relación a la actividad asistencial de los centros sanitarios del antiguo Servicio Murciano de Salud en virtud de los convenios firmados.

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

II.2.f) Sectorización.

La sectorización de los recursos asistenciales en nuestra Región, viene definida a través de la “Orden de la Consejería de Sanidad (Mayo 1995) sobre la Sectorización de los Servicios Asistenciales de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia”, referida tanto a sectorización ambulatoria (contemplando la asistencia en los programas de Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias), como a la sectorización hospitalaria. No obstante, debido al tiempo transcurrido desde el inicio de la sectorización, se han producido modificaciones en la misma, coincidiendo con los traslados y aperturas de nuevos recursos asistenciales, quedando actualizados en el momento actual tal y como se expone a continuación (incluye tablas).

1) Sectorización Ambulatoria.

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

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

Programa Drogodependencias: Atiende a personas con conductas adictivas.

Área Sanitaria I. Atención a Adultos

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

- Subárea I. (Zonas de salud: Vistabella, Infante, Beniaján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo). Su centro de salud mental es el CSM Infante-Murcia.
- Subárea II. (Zonas de salud: Espinardo, San Andrés, Cabezo de Torres, Barrio del Carmen, La Ñora). Su centro de salud mental es el CSM San Andrés-Murcia.
- Subárea III. (Zonas de salud: Murcia-Centro, Vistalegre, Santa María de Gracia). Su centro de salud mental está ubicado en el Hospital Morales Meseguer.
- Subárea IV. (Zonas de salud: Alcantarilla). Su centro de salud mental es el ubicado en el centro de salud de Alcantarilla. (Zonas de salud: Sangonera la Seca, Alhama, Nonduermas, La Alberca, Algezares, El Palmar, Campo de Cartagena). Su centro de salud mental está ubicado en el Hospital Virgen de la Arrixaca. (Zonas de salud: Mula). Su centro de salud mental está ubicado en el centro de salud de Mula.

Área Sanitaria I. Atención Infanto-Juvenil.

- Toda la población del área sanitaria I, menos la zona de salud de Mula, tiene como centro de salud mental Infanto-Juvenil de referencia, el ubicado en el CSM San Andrés de Murcia (modificación de la orden de sectorización).
- Zona de salud de Mula. Centro de salud mental de Mula, ubicado en el centro de salud de Mula.

Área Sanitaria I. Atención a Drogodependencias.

- Toda la población del área sanitaria I tiene como centro de atención a drogodependencias el denominado CAD de Murcia, ubicado en c/ Fontes Pagán de Murcia, anexo al Hospital General Universitario.

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

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

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

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

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

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

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

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

Área Sanitaria VI. Atención a Adultos.

- Las zonas de salud de: Cieza y Abarán, tienen como referencia el Centro de Salud Mental de Cieza.
- Las zonas de salud de: Molina, Molina-La Ribera, Alguazas, Las Torres de Cotillas y Archena, tienen como referencia el CSM de Molina.
- Las zonas de salud de: Fortuna y Abanilla, tienen como referencia el Centro de Salud Mental ubicado en el Hospital Morales Meseguer de Murcia.

Área Sanitaria VI. Atención Infanto-Juvenil.

- Toda la población del área sanitaria VI, tiene como centro de salud mental Infanto-Juvenil de referencia, el ubicado en el CSM de Molina de Segura (modificación de la orden de sectorización).

Área Sanitaria VI. Atención a Drogodependencias.

- Las zonas de salud de Cieza y Abarán, tienen como referencia para este tipo de asistencia el Centro de Atención a Drogodependientes de Cieza, ubicado en el centro de salud de Cieza.
- Las zonas de salud de: Molina, La Ribera de Molina, Alguazas, Las Torres de Cotillas, Archena, Fortuna y Abanilla, tienen como referencia el Centro de Atención a Drogodependientes de Murcia, anexo al Hospital General Universitario.

2)Sectorización Hospitalaria.

La sectorización hospitalaria se plantea adjudicando a las unidades que actualmente tenemos en la Región de Murcia, las zonas de población que les corresponden. Asimismo, se contemplan en la Orden mencionada al principio, las unidades de hospitalización psiquiátrica que se han planificado, cuya población a asistir se irá detrayendo de las unidades que actualmente las atienden.

Unidad de Psiquiatría Hospital General Universitario de Murcia.

- En esta unidad se hospitalizarán las siguientes zonas de salud: Vistabella, Murcia-Infante, Murcia-Carmen, Beniaján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo, Espinardo, Cabezo de Torres, San Andrés, La Ñora, Vistalegre, Santa María de Gracia y Murcia-Centro.
- Estas tres últimas zonas pasarán a hospitalizarse en la Unidad del Hospital Morales Meseguer, tras su apertura.

Unidad Psiquiátrica Hospital Virgen de la Arrixaca.

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

Unidad Psiquiátrica Hospital Morales Meseguer.

- En esta unidad se hospitalizarán los pacientes del área de salud VI y las zonas de Vistalegre, Santa María de Gracia y Murcia-Centro, pertenecientes al área I y que actualmente están siendo hospitalizadas en el Hospital General.

Unidad de Psiquiatría Hospital Virgen del Rosell de Cartagena.

- En esta unidad se hospitalizan los habitantes de todas las zonas sanitarias del área II.

Unidad de Psiquiatría Hospital Rafael Mendez de Lorca.

- En esta unidad se hospitalizan los habitantes de todas las zonas sanitarias del área III

Unidades de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico “Román Alberca”. Murcia.

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

Este modelo de sectorización presenta una serie de deficiencias debido a que no corresponden de igual manera las zonas de salud con cada uno de los centros de salud mental y los programas a que hemos hecho referencia, dándose la paradoja que en un mismo centro de salud mental, para el programa de adultos las zonas de salud no sean las mismas que para el programa infanto-juvenil o el de drogodependencias, al igual que ocurre con el programa de hospitalización, aunque en este caso estaría justificado al no disponerse en la actualidad de todas las unidades que son necesarias. El programa de Rehabilitación Psiquiátrica, que no fue sectorizado en la anterior Orden, al no disponer de suficientes recursos, presenta una sectorización provisional que se expone en una de las tablas que se adjuntan a continuación.

Tabla 19: Sectorización tratamiento ambulatorio de Salud Mental en el Área Sanitaria I.

Subáreas de Salud	Zonas de Salud	Centros de Salud Mental (CSM)/(CAD)
PROGRAMA DE ADULTOS		
1	Vistabella, Infante, Beniján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo	CSM Infante
2	Espinardo, San Andrés, Cabezo de Torres, Barrio del Carmen, La Ñora	CSM San Andres
3	Murcia-Centro, Vistalegre, Santa María de Gracia	CSM-Hospital M. Meseguer
4	Alcantarilla, Alhama, Librilla, Sangonera. Nonduermas, La Alberca, Algezares, El Palmar, Campo de Cartagena	CSM Alcantarilla CSM-Hospital Virgen de la Arrixaca
	Mula	CSM-Mula
PROGRAMA INFANTO-JUVENIL		
1, 2, 3 y 4	Vistabella, Infante, Beniján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo, Espinardo, San Andrés, Cabezo de Torres, Barrio del Carmen, La Ñora. Murcia-centro, Vistalegre, Santa María de Gracia Alcantarilla, Sangonera la Seca, Alhama	CSM-Inf-Juv. (San Andrés)
	Mula	CSM-Mula
PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS		
	Toda la población del Área Sanitaria I	CAD-Murcia #

CAD: Centro de Atención a Drogodependencias

Tabla 20: Sectorización del tratamiento ambulatorio de Salud Mental en las Áreas Sanitarias II, III, IV y V de Murcia.

Áreas de Salud	Zonas de Salud	Centros de Salud Mental (CSM)
PROGRAMAS DE ADULTOS, INFANTO-JUVENIL Y DROGODEPENDENCIAS		
II	Cartagena	CSM. Cartagena
III	Lorca, Totana, Puerto Lumbreras y Aledo	CSM. Lorca
	Aguilas	CSM. Aguilas
IV	Caravaca, Calasparra, Cehegín, Bullas, Moratalla.	CSM. Caravaca
V	Yecla	CSM. Yecla
	Jumilla	CSM. Jumilla

Tabla 21: Sectorización tratamiento ambulatorio de Salud Mental en el Área Sanitaria VI.

Zonas de Salud	Centros de Salud Mental (CSM)
PROGRAMA DE ADULTOS	
Cieza, Abarán, y Blanca.	CSM- Cieza
Molina	CSM- Molina
Fortuna, Abanilla, Molina-La Ribera, Alguazas, Las Torres de Cotillas, Archena, Ceutí y Lorquí	CSM- Morales Meseguer
PROGRAMA INFANTO-JUVENIL	
Toda el Área Sanitaria VI	CSM- Molina
PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS	
Cieza, Abarán, y Blanca	CAD-Cieza #
Molina, La Ribera de Molina, Alguazas, Las Torres de Cotillas, Archena, Fortuna y Abanilla	CAD-Murcia

CAD: Centro de Atención a Drogodependencias

Tabla 22: Sectorización del tratamiento hospitalario de la Salud Mental. Región de Murcia.

Zonas de Salud	Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UPH)
Vistabella, Murcia-Infante, Murcia-Carmen, Beniaján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo, Espinardo, Cabezo de Torres, San Andrés, La Ñora, Vistalegre, Santa María de Gracia y Murcia-Centro.	Hospital General Universitario de Murcia # (H. Morales Meseguer)
Nondermas, La Alberca, Algezares, El Palmar, Campo de Cartagena, Alcantarilla, Sangonera, Alhama, Librilla y Mula. Área II (Cartagena)	Hospital Virgen de la Arrixaca Hospital Virgen del Rosell
Área III (Lorca)	Hospital Rafael Méndez
Áreas de Salud IV, V y VI	Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" **

En la actualidad se encuentra ubicada provisionalmente en el Hospital "Morales Meseguer" de Murcia

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

Tabla 23: Sectorización del tratamiento ambulatorio de la Salud Mental en la Región de Murcia, en relación con el programa de Rehabilitación.

Áreas de Salud	Zonas de Salud	Centros de Salud Mental (CSM)	Centros de Rehabilitación
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN			
Subáreas	Área Sanitaria I (Murcia)		
Subárea 1 (Area I)	Vistabella, Infante, Beniaján, Alquerías, Beniel, Puente Tocinos, Santomera, Monteagudo	CSM-Infante	U.R-C.Día S. Andrés
Subárea 2 (Area I)	Espinardo, San Andrés, Cabezo de Torres, Barrio del Carmen, La Ñora.	CSM SanAndrés	U.R-C.Día S. Andrés
Subárea 3 (Area I)	Murcia-Centro, Vistalegre, Santa María de Gracia	CSM-Hospital Morales Meseguer	U.R-C.Día S. Andrés *Prov. en H.P.
Subárea 4 (Area I)	Alcantarilla	CSM Alcantarilla	U.R-C.Día H. Psiquiátrico
	Sangonera, Alhama, Librilla, Nondermas, La Alberca, Algezares, El Palmar, Campo de Cartagena	CSM-Hospital Virgen Arrixaca	U.R-C-Día H. Psiquiátrico
	Mula	CSM-Mula	U.R-C-Día H. Psiquiátrico
Area II	Área Sanitaria II (Cartagena)	CSM-Cartagena	U.R-C.Día Cartagena
Area III	Área Sanitaria III (Lorca)	CSM Lorca-Águilas	U.R-C.Día Lorca

II.2.g) Programas asistenciales. Organización asistencial.

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

El programa de atención a Adultos se organiza y actúa en relación a la Salud Mental de la población general mayor de 16 años, que resida en el área de salud correspondiente, debiendo cubrir las necesidades de prevención, diagnóstico precoz, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos de dicha población, así como las correspondientes tareas de rehabilitación.

El programa Infanto-Juvenil debe cubrir a la población comprendida entre 1 y 15 años, que resida en el área de salud correspondiente, y al igual que en el programa de Adultos, debe cubrir las necesidades de prevención, diagnóstico precoz, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos de dicha población.

El programa de Drogodependencias es un programa específico que se organiza y actúa con referencia a la población con problemas de ludopatías (como conducta adictiva), abuso y dependencia de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Debe cubrir de igual manera todas las necesidades especificadas en los anteriores programas.

El programa de Rehabilitación y Reinserción constituye una parte esencial de los dispositivos asistenciales, teniendo como finalidad principal lograr el máximo nivel posible de recuperación, normalización del comportamiento e integración psicosocial, evitando la marginación que supone la pérdida de la salud mental.

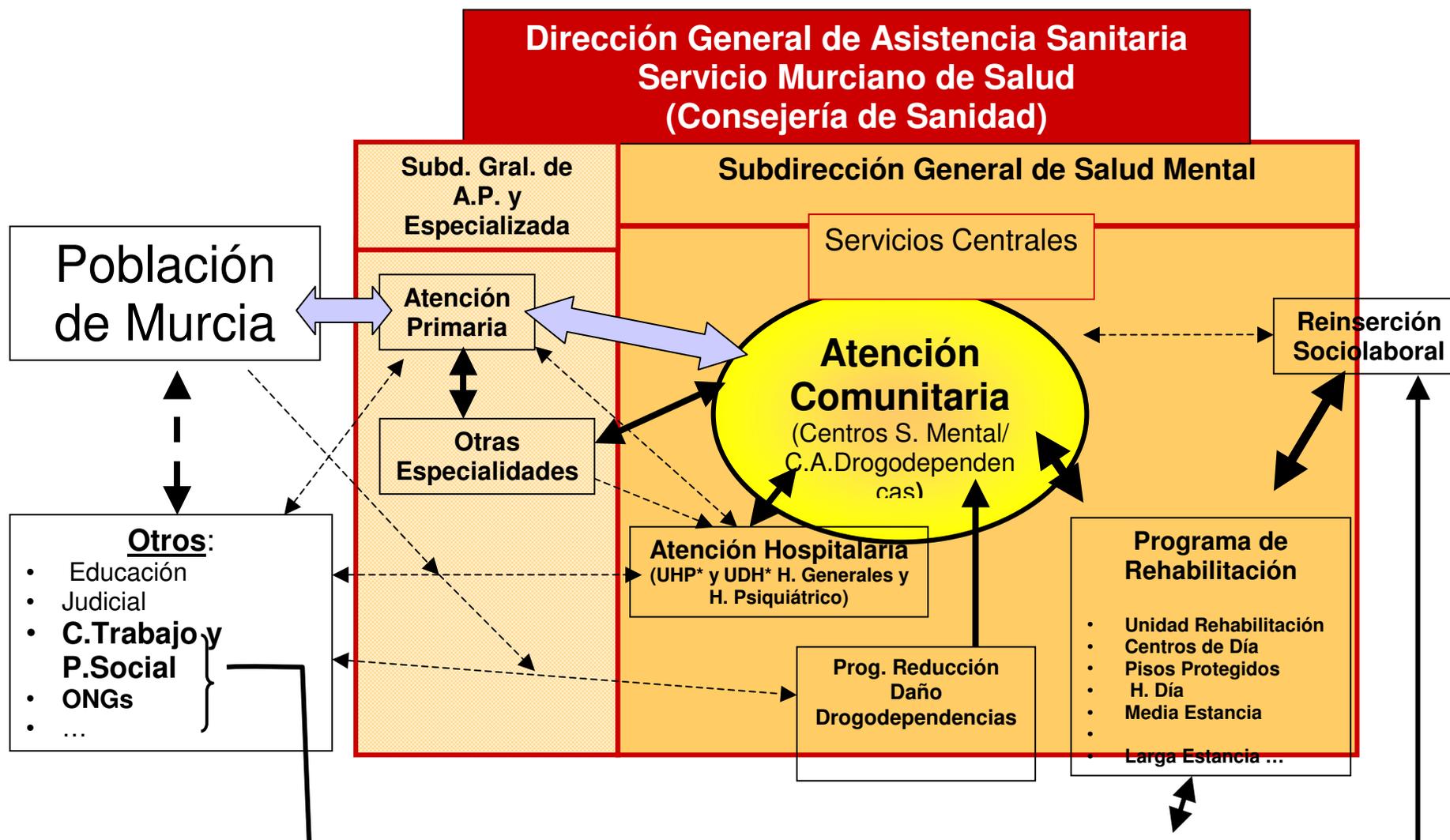
El programa de Hospitalización está dirigido a aquella problemática de salud mental, que no es posible resolver en el ámbito extrahospitalario por sus características clínicas fundamentalmente.

Dada la variabilidad de programas y posibilidades de intervención, remitimos al lector a las Guías de organización y funcionamiento de los diferentes programas, editadas en el año 1999 y disponibles en “Portal Sanitario MurciaSalud.es”.

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

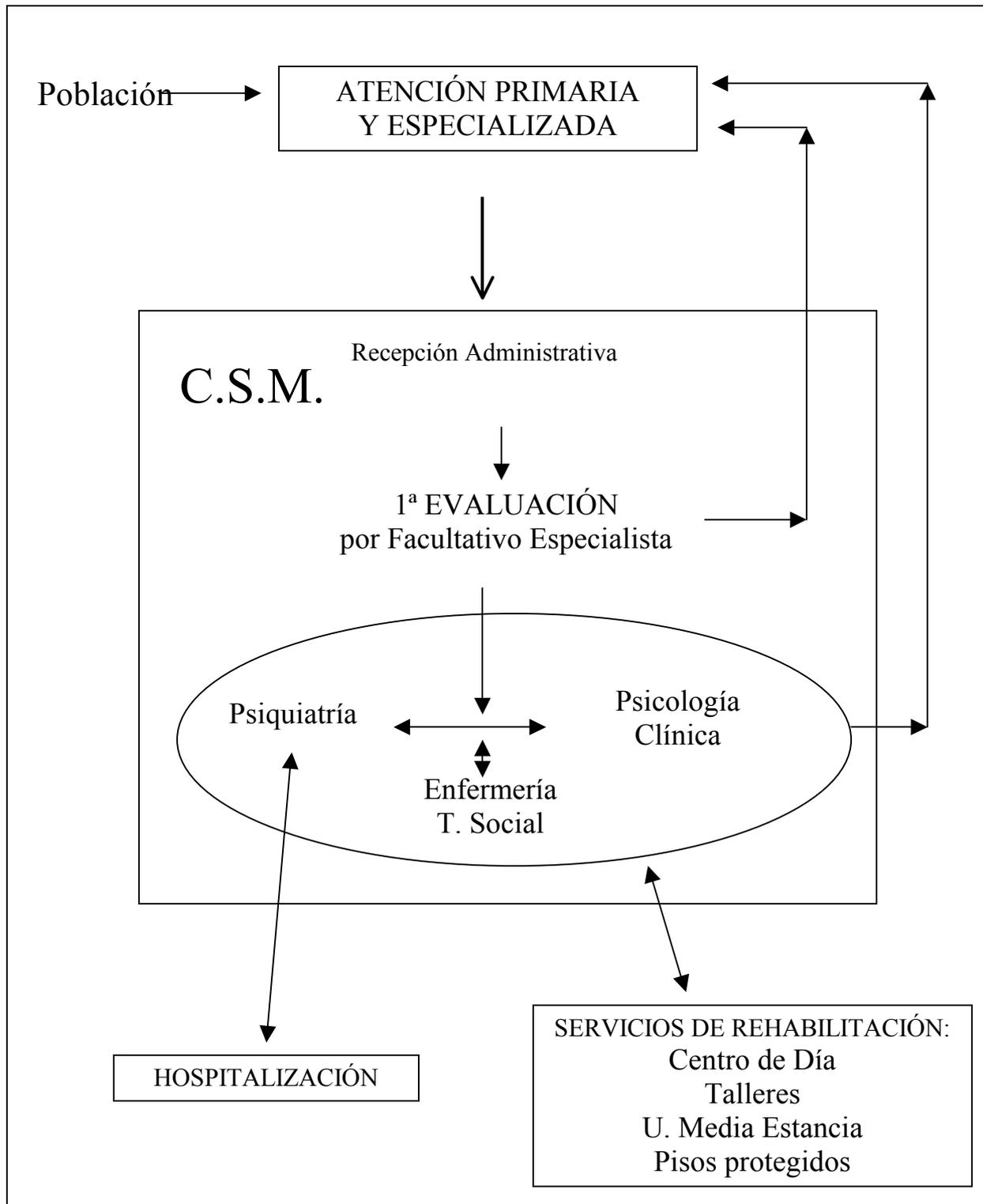
Se incluyen de forma esquemática otros gráficos donde se intenta reflejar de la manera más simple posible, la organización y funcionamiento de los centros de salud mental.

* Modelo de Salud Mental Comunitaria: Recursos implicados del Servicio Murciano de Salud



*UHP: Unidad Hospitalización Psiquiátrica ; *UDH: Unidad Desintoxicación Hospitalaria

Gráfica 8: Esquema de organización y funcionamiento de un Centro de Salud Mental



II.3. Análisis de la demanda

II.3.a) Indicadores

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

En relación con el consumo de psicofármacos en nuestra región, estudiando dicho consumo a través del número de recetas prescritas en el periodo 2000-2004 (análisis del “Listado de Grupos Terapéuticos con acción sobre el Sistema Nervioso Central”, grupos: N05A, N05B, N05C, N06A), se evidencia un aumento constante en todos los grupos y años. Pero mientras que en los grupos N05A (Neurolépticos), N05B (Tranquilizantes) y N05C (Hipnótico-Sedantes), el aumento es moderado e incluso superponible al aumento demográfico, no ocurre lo mismo con el grupo N06A (Antidepresivos) en los que este aumento es muy significativo, siendo del 30% en el año 2002 sobre el 2000, y representando un incremento acumulado del 39,7% en los cuatro últimos años.

Tabla 24: Prescripción de psicofármacos en la Región de Murcia.2004

Nº Cartillas Sanitarias	Activos	Pensionistas	Mutualistas
1.201.040	918.065 (76,44%)	276.225 (23,0%)	6.750 (0,56%)

N05A Neurolépticos	2000		2002		2004	
	Nº Recetas	376.000	24% activ. 76% pens.	359.000 (<5 %)	25% activ. 75% pens.	390.111 (> 8%)
Nº Recetas principios activo más frecuentes.	322.000 (85,5%)	N. Clásicos	280.000 (78%)	N. Clásicos	261.109 (67%)	N. Clásicos
	54.000 (14,5%)	N. Atípicos	79.000 (22%)	N. Atípicos	129.002 (33%)	N. Atípicos
N05B Tranquilizantes	2000		2002		2004	
	Nº Recetas	950.000	35% activ. 65% pens.	1.056.000 (>11 %)	36% activ. 64% pens.	1.172.072 (>11 %)
N05C Hipnót-Sedante	2000		2002		2004	
	Nº Recetas	224.000	20% activ. 80% pens.	247.000 (>10 %)	21% activ. 79% pens.	282.678 (>14 %)
N06A Antidepresivos	2000		2002		2004	
	Nº Recetas	441.000	43% activ. 57% pens.	576.000 (>30 %)	41% activ. 59% pens.	616.357 (>7 %)
Nº recetas principios activo más frecuentes	101.000	34% activ. 66% pens.	100.000(<1%)	33% activ. 67% pens.	95.867(<4 %)	37% activ. 62% pens.
	Triciclicos (23%)		Triciclicos(17%)		Triciclicos (15%)	
	340.000	46% activ. 54% pens.	476.000(>40%)	42% activ. 58% pens.	410.954	45% activ. 55% pens.
	ISRS (77%)		ISRS+otr (83%)		ISRS (67 %)	
					109.536	41% activ. 59% pens.
					Otros (18 %)	
					ISRS+Otros(9%)	

Fuente: D.G.Aseguramiento y Prestaciones S.M.S.

Así mismo, permanece prácticamente invariable en este periodo 2000-2004 la proporción de nº de recetas activos/pensionistas en todos los grupos terapéuticos estudiados, siendo constante en todos ellos un mayor consumo por parte del colectivo pensionistas, mucho más acusado en los grupos N05A (Neurolépticos) y N05C (Hipnótico-Sedantes). Solamente en el grupo N06A (Antidepresivos), la proporción activos/pensionistas tiende más a equilibrarse, sobre todo si analizamos el consumo de ISRS.

Analizando el número de recetas por principio activo, en el caso de los Neurolépticos (N05A), progresivamente aumenta significativamente el número de recetas de “Neurolépticos Atípicos” a costa de los “Típicos”. En el caso de los Antidepresivos (N06A), se evidencia un aumento de la proporción de los llamados “ISRS” sobre los “Tricíclicos”.

Relacionado con la utilización de servicios, la información está parcialmente sesgada al coexistir dos sistemas de atención e información en Salud Mental, el formado por los CSM/CAD pertenecientes al antiguo S.M.S., que dispone de un “Sistema de Registro de Casos Psiquiátricos (RACP), y a los que disponía el antiguo Insalud. No obstante, como cada una de estas instituciones atienden a una población determinada, estando sectorizada la asistencia, los datos que se reflejan a continuación extraídos del RACP son valorables dado que representan a más de un 75% de la población regional.

Tal y como se observa en las tablas que se exponen a continuación, en el periodo comprendido entre 1998 y 2004, se ha producido una disminución importante de la incidencia atendida (ajustada a población), tanto en total programas como específicamente en los programas de adultos y drogas, no así en el programa infanto-juvenil en el que se observa un aumento en tal indicador. Así mismo se evidencia un incremento tanto en la prevalencia como en la frecuentación atendida (ajustadas a población), siendo mucho mayor en el programa infanto-juvenil. Es de destacar el gran aumento registrado en las urgencias atendidas en los CSM.

Sobre la utilización de estos servicios, hay que remarcar que los tiempos de espera para ser atendidos los pacientes en los CSM/CAD dependientes del S.M.S., que en el año 1998 eran en todos los casos inferiores a las cuatro semanas, siendo la media no superior a las dos semanas, en la actualidad estos tiempos de espera o demoras en la atención se han casi duplicado debido al aumento considerable en la demanda de atención por parte de Atención Primaria, así como por la permanencia en tratamiento en los CSM/CAD de pacientes detectados con patología psiquiátrica grave.

Tabla 25: Indicadores asistenciales en los programas asistenciales de los CSM/CADs la Subdirección General de Salud Mental en el período 1998-2004.

S.M.S. Total Programas.	
Indicadores	1998/2004 (%)
Incidencia atendida	-18,38%
Prevalencia atendida	+36,72%
Frecuentación atendida	+52,03%
Casos Nuevos	-3,12%
Pacientes Atendidos	+62,33%
Total Consultas	+80,53%
Urgencias atendidas	+219,14%
Consultas paciente/año	+11,23%

S.M.S. Programa Adultos.		S.M.S. Programa Infanto-Juvenil.		S.M.S. Programa Drogas	
Indicadores	1998/2004 (%)	Indicadores	1998/2004 (%)	Indicadores	1998/2004 (%)
Incidencia atendida	-27,5%	Incidencia atendida	+12,8%	Incidencia atendida	-16,4%
Prevalencia atendida	+29,3%	Prevalencia atendida	+70,4%	Prevalencia atendida	+36,2%
Frecuentación atendida	+61,1%	Frecuentación atendida	+78,4%	Frecuentación atendida	-11,4%
Casos Nuevos	-12,4%	Casos Nuevos	+36,4%	Casos Nuevos	-1,3%
Pacientes Atendidos	+55,9%	Pacientes Atendidos	+109,1%	Pacientes Atendidos	+61,0%
Total Consultas	+94,2%	Total Consultas	+119,1%	Total Consultas	+31,5%
Urgencias atendidas	+296,9%	Urgencias atendidas	+156,2%	Urgencias atendidas	-23,2%
Consult. paciente/año	+31,4%	Consult. pacient/año	+5,0%	Consult. pacient/año	-18,3%

II.3.b) Demanda programas asistenciales ambulatorios.

1) Perfil de los usuarios de los Centros de Salud Mental. Programa Adultos.

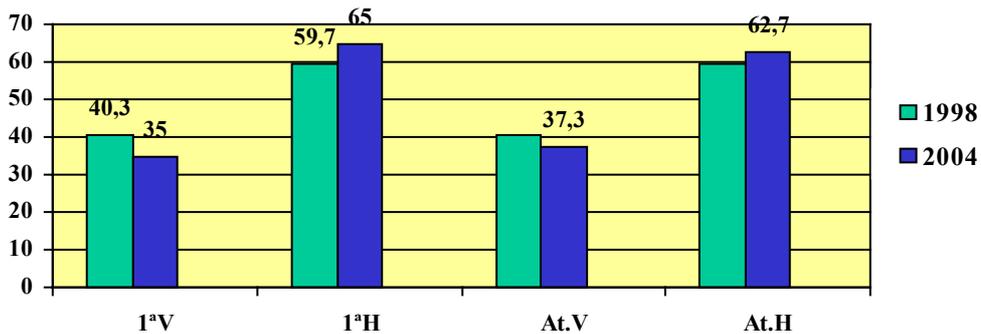
Los datos que se proporcionan a continuación son los referidos al año 2004, tanto en relación con los pacientes que acuden por primera vez a los CSM/CAD, como con los datos de pacientes atendidos, y las comparaciones se realizan, son respecto a los datos del año 1998 (que son los que aparecían en el anterior Plan de salud Mental), están referidas sólo a los datos de primeras consultas (casos nuevos). Así mismo, los datos que se exponen, no corresponden a actividad asistencial total de la red ambulatoria, sino a los de la red que gestionaba el antiguo SMS, que supone más del 75% de la población de la Región de Murcia, dado que el sistema de registro de casos psiquiátricos no está aún implantado en los centros dependientes del antiguo Insalud.

El perfil predominante es el de mujer (65%), en un grupo de edad mayoritario que va desde los 25 a los 39 años (32%), con un nivel socio-educativo medio/bajo (estudios primarios 43%, seguido de un 21% para E.G.B/Bachiller elemental). Es muy llamativo el que permanezcan unos porcentajes tan altos en los que no tienen ningún tipo de estudios (20%), aunque haya descendido al 5% (10% en 1998) el relativo a analfabetos. (Ver gráficas)

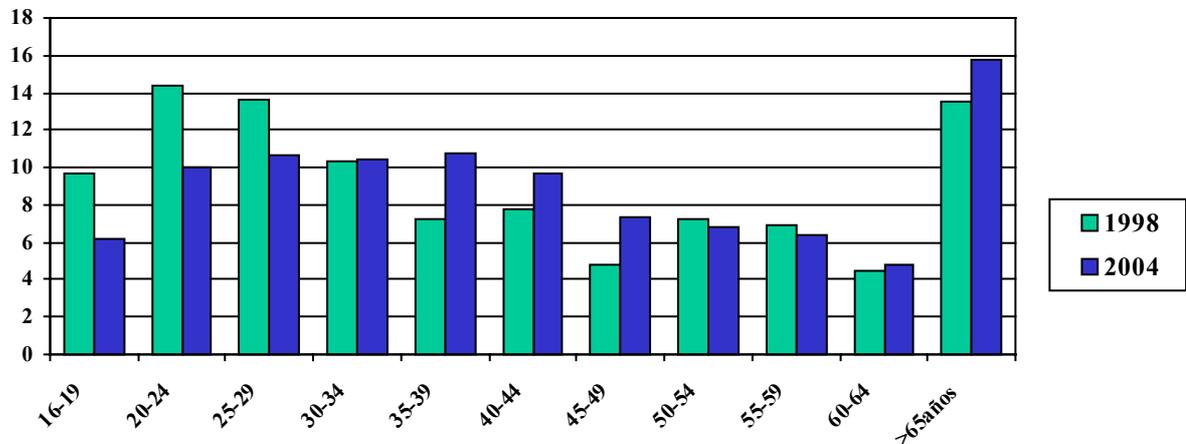
En cuanto al estado civil encontramos que se concentra entre casados (52%) y solteros (32%), siendo la actividad laboral de ama de casa (17,8%), el trabajo fijo (21,3%) y el trabajo eventual y jubilados (16,2%) los mas frecuentes, apareciendo un 7,7% de estudiantes, y un 8,5% en situación de parado. Respecto al tipo de convivencia nos encontramos con que el 56% conviven con la familia propia, y que el 26,6% lo hacen con su familia de origen (padres). (Ver gráficas)

Comparativamente con el perfil de los pacientes del año 1998, destacar que respecto a la edad, han aumentado los porcentajes referidos a los rangos de edad comprendida entre los 35 y 50 años (más de un 10%), al igual que los de aquellos mayores de 65 años (3% más), pero han descendido de manera significativa los de las edades comprendidas entre los 16 y 29 años (12% menos); y con respecto a la situación laboral destacar que ha aumentado un 4% el apartado de Jubilados, un 7% los que están en I.L.T.P., y que han descendido un 4% los que están en paro, estudiantes y labores domésticas.

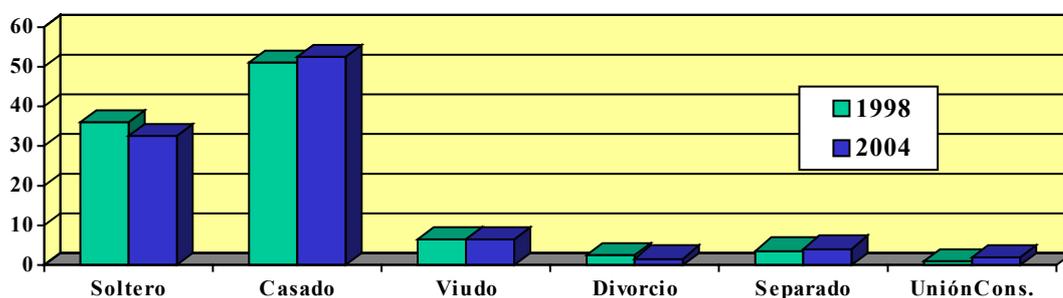
Gráfica 9: Comparativa de las primeras consultas (casos nuevos) y atendidos años 1998-2004 en el programa de adultos (Fuente: Memorias Asistenciales 1998-2004)



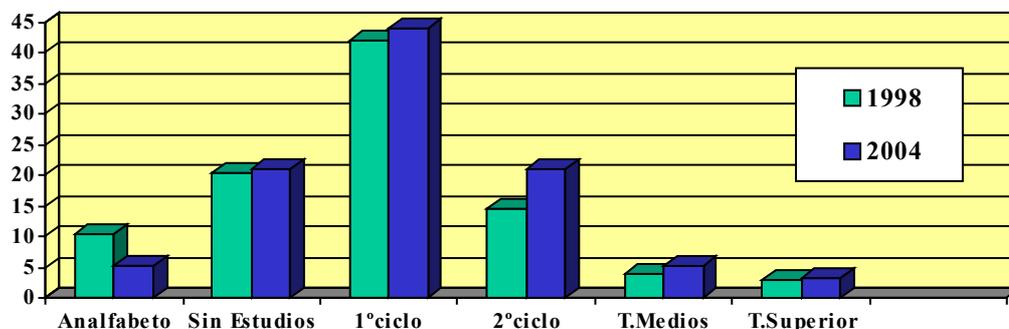
Gráfica 10: Comparativa 1998-2004 por grupos de edad de los casos nuevos en el programa de adultos. (Fuente: Memorias Asistenciales 1998-2004)



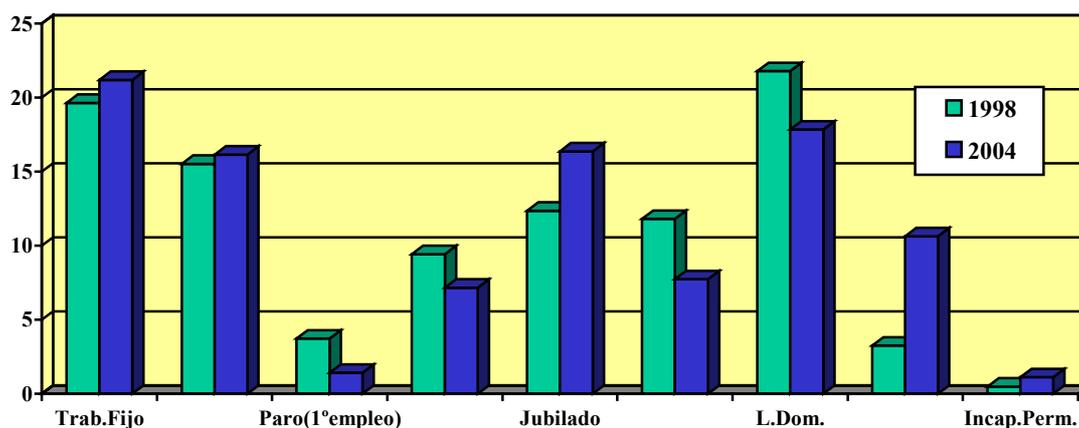
Gráfica 11: Comparación del estado civil de los primeros casos en el Programa de Adultos en los años 1998-2004. (Fuente: Memorias Asistenciales 1998-2004)



Gráfica 12: Nivel educativo en primeros casos en el Programa de Adultos en los años 1998-2004. (Fuente: Memorias Asistenciales 1998-2004)



Gráfica 13: Comparación de la situación laboral de los primeros casos en el Programa de Adultos entre los años 1998-2004. (Fuente: Memorias Asistenciales 1998-2004)



En el apartado de diagnósticos, de primeras consultas, el grueso del porcentaje aparece en los trastornos afectivos 14,6% (25% en 1998) en el que las mujeres representan casi el 70% de estos trastornos, seguido por los trastornos neuróticos 48,1% (35 % en 1998) en el que las mujeres representan un 69%, y las Distimias que suponen un 7,2% con un 82,3% de sexo femenino. Por último los trastornos psicóticos suponen un 3,2% (5,8% en 1998), donde las mujeres representan un 40% de este tipo de trastornos. (Ver gráficas). Es el sexo masculino el que prevalece sobre el femenino en los apartados: otros diagnósticos de la CIE-10, retraso mental, trastornos de la personalidad, y psicosis.

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

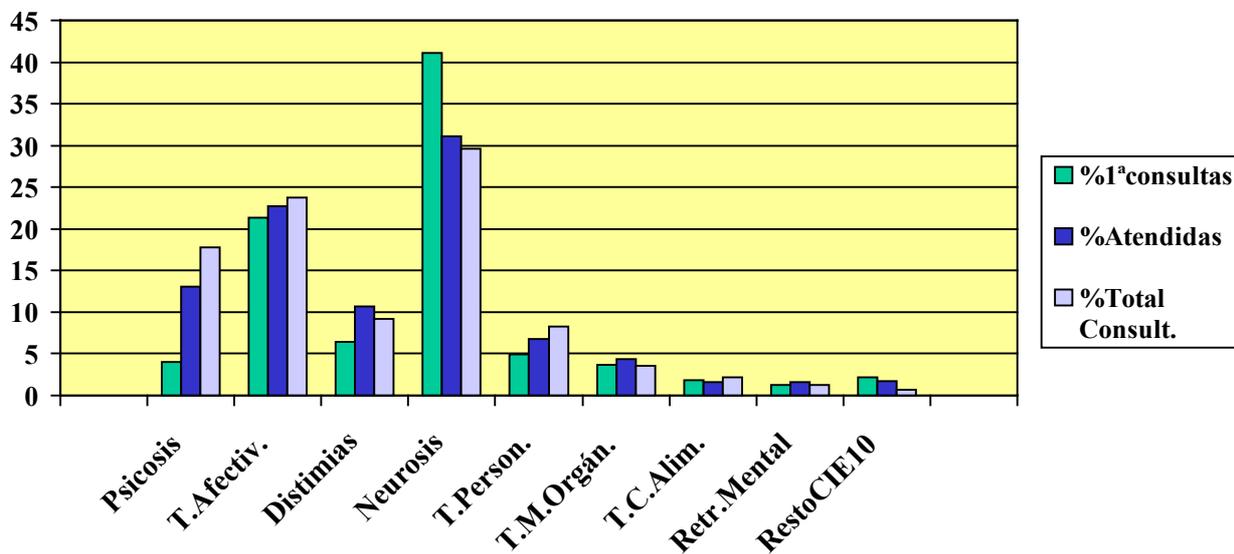
En referencia a centros de salud mental y/o áreas sanitarias, los porcentajes de las agrupaciones diagnósticas, tal y como se refleja en las tablas posteriores, varían significativamente, evidenciándose en los casos nuevos una demanda inferior a la media en las áreas IV y V en “psicosis”, en el área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

Tabla 26: Diagnósticos (%) de primeras consultas, personas atendidas y del total de consultas del Programa de Adultos en los Centros de Salud Mental.

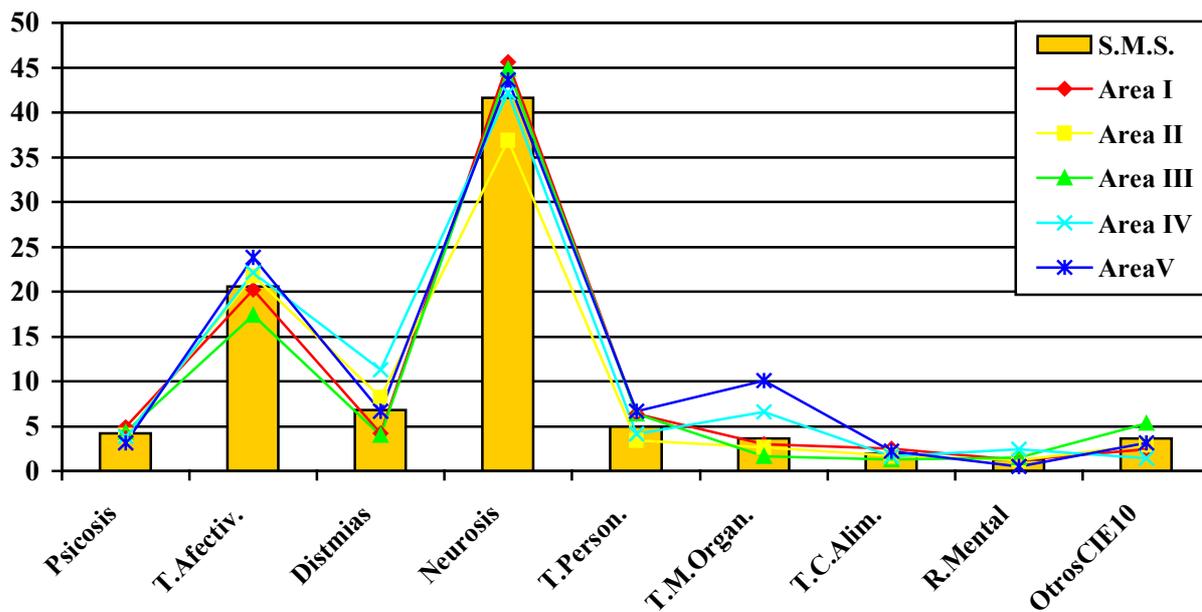
Diagnósticos	1ª consulta %	Atendidas		Total Consultas %
		Atendidas %	Prevalencia Atendida..	
Sin Especificar	6,60	3,57	-	-
Psicosis	3,19	12,35	3,28	17,80
T. Afectivos	14,64	19,44	5,16	23,77
Distimias	7,24	10,89	2,89	9,20
Neurosis	48,08	34,54	9,18	29,62
T. Personalidad	4,21	7,30	1,94	8,28
T.M. Orgánicos	2,82	4,27	1,13	3,59
T.C. Alimenticia	0,57	1,59	0,42	2,17
Retraso Mental	1,25	1,65	0,44	1,29
Otros. Resto de CIE 10	5,10	2,03	0,36	0,64
Sin datos diag./Sin Diag.Psiq	6,26	2,32	-	3,65
Total	(100)	100	26,59	100

Fuente: Memoria Asistencial año 2004

Gráfica 14: Agrupaciones diagnósticas (%) de los primeras consultas, de las atendidas y del total de consultas en el Programa de Adultos



Gráfica 15: Agrupaciones Diagnósticas (%) de las primeras consultas por Áreas Sanitarias



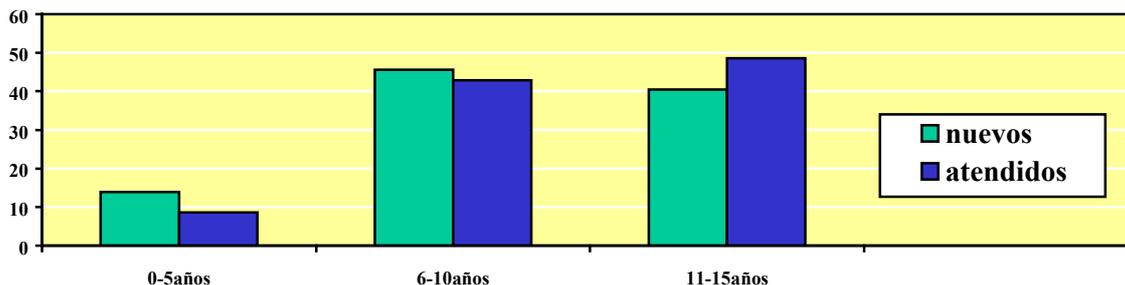
2) Perfil de los usuarios del Programa Infanto Juvenil.

Hasta el año 1998, no se disponía de un sistema de información lo suficientemente fiable y común para todos los centros que atienden a este tipo de programa y patología, por lo que los datos comparativos que pueden aparecer se realizan sobre los expuestos en el Plan de Salud Mental 1999. Los datos actuales se realizan con los que proporciona nuestro RACP referidos al año 2004.

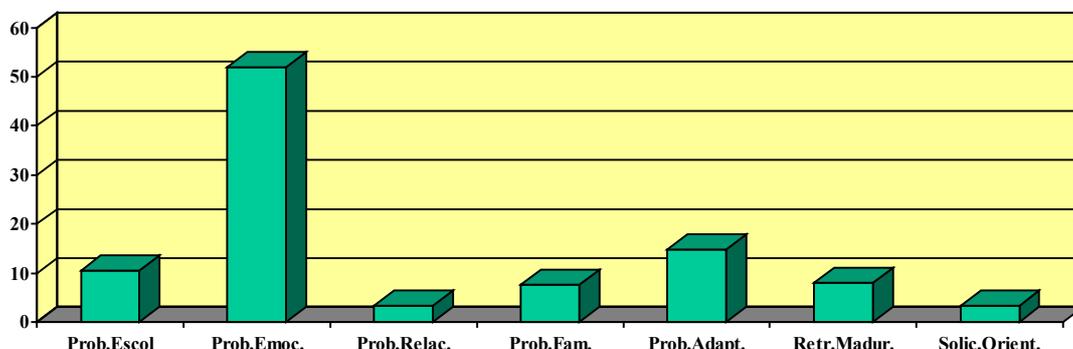
El perfil del usuario de los centros de salud mental infanto-juvenil corresponde a un individuo de sexo femenino (62,7%) (predominio de sexo masculino en 1998), con una edad de entre 6 y 10 años (42,8%) y de 11 a 15 años (48,6%), suponiendo la franja de 6 a 15 años un 91,4% del total. El nivel cultural se centra en E.G.B. Bachiller elemental, estando escolarizado correspondiendo con su edad el 81,8%. Convive con su familia de origen en un 78,7% de los casos, y destacar que el 13,2% de todos los pacientes atendidos conviven con “familia monoparental”.

El 81,3% de los casos atendidos no presentaban antecedentes asistenciales en salud mental, y el principal motivo de consulta en los casos nuevos es por “problemas emocionales” en un 51,9% seguido de “problemas de adaptación” en un 14,7%, y de “problemas escolares” y “retrasos madurativos” en un 10,5% y 8% respectivamente.

Gráfica 16: Distribución por edades de los casos nuevos y atendidos en el Programa de Infanto-Juvenil. (Fuente: Memoria Asistencial año 2004).



Gráfica 17: Distribución por motivo de consulta de los casos nuevos en el Programa de Infanto-Juvenil. (Fuente: Memoria Asistencial año 2004).



Demanda por diagnósticos psiquiátricos. Programa Infanto-Juvenil.

Respecto a las agrupaciones diagnósticas más frecuentes que nos encontramos, son "otros trastornos de las emociones y del comportamiento, o tics", así como la agrupación "otros diagnósticos del resto de la CIE-10", que suponen un 13% de los casos respectivamente, seguido por "Trastorno de las emociones de comienzo en la infancia" (9%), "problemas relacionados con circunstancias familiares" (6,4%), "trastornos disociales" (5,3%), y "trastornos hiperkinéticos" y "trastornos de ansiedad" con un 4,8% y 4,6% respectivamente.

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

Gráfica 18: Agrupaciones diagnósticas (%) de los Casos Nuevos del Programa Infanto-Juvenil. (Fuente: Memoria Asistencial año 2004).

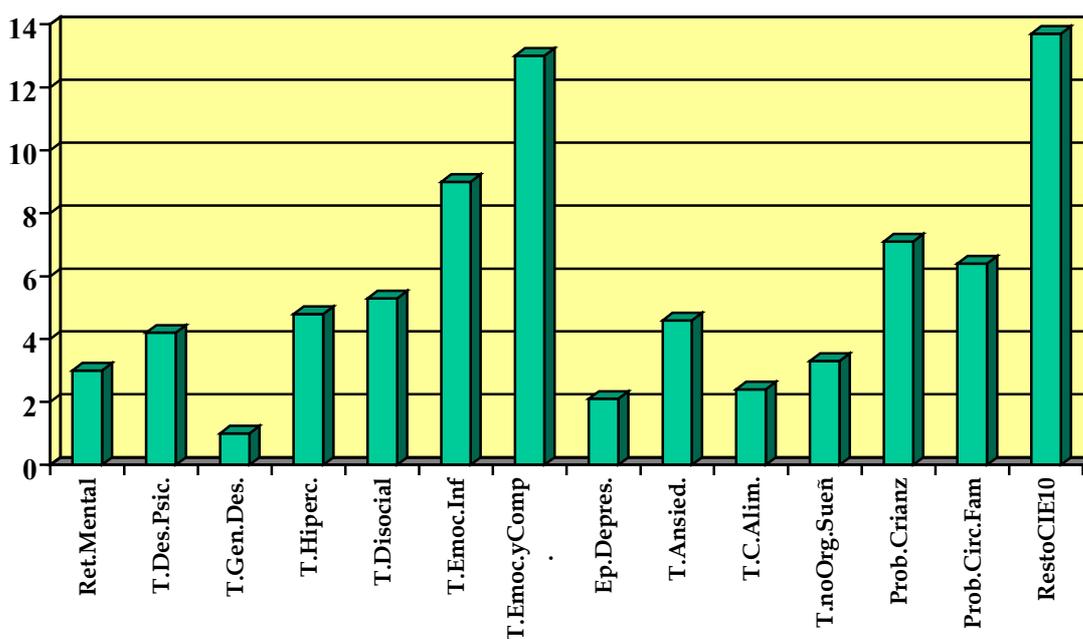


Tabla 27: Agrupaciones diagnósticas (%) en las primeras consultas por Areas Sanitarias en el Programa de Infanto-Juvenil.

Agrupaciones Diagnósticas	Area I	Area II	Area III	Area IV	Area V	S.M.S.
	%	%	%	%	%	%
Sin Especificar	12,5	4,7	11,0	2,2	3,5	11,1
Retraso Mental	3,7	5,3	0,7	4,9	3,5	3,0
T. Desarrollo Psiq.	3,8	1,2	2,9	6,5	1,7	4,2
T. Generalizados Desarr.	4,2	2,0	0,4	0	0	1,0
T. Hipercinéticos	4,0	7,8	2,5	7,6	3,5	4,8
T. Disociales	6,7	6,3	2,2	9,2	5,2	5,3
T. Emociones comienzo infanc	6,5	6,7	15,7	21,2	8,6	9,0
Otr.Tr.Emoc.y comport.o tics.	12,1	13,1	20,9	17,9	8,6	13,0
Otros Diag. y Resto CIE 10	9,8	14,5	14,6	8,2	13,8	13,7
Episodios Depresivos	0,7	1,8	6,2	0,5	3,5	2,1
Trast. de Ansiedad	3,8	4,9	6,6	3,3	8,6	4,6
Trast. Conducta Alimentaria	1,1	2,2	2,6	6,5	0	2,4
Tr. No orgánicos del sueño	2,3	2,0	1,8	10,3	0	3,3
Otros.Probl.relac. con crianza	8,7	1,8	1,8	0,5	6,9	7,1
Probl.conCircunst. Familiares	3,9	6,8	6,6	0	15,5	6,4
Probl.con hechos negat.niñez	1,6	0,6	1,1	0	0	1,2
Sin Diagnóstico Psiquiátrico	0,8	6,1	1,5	0	12,1	2,8
Sin Datos	13,8	12,3	0,7	1,1	5,2	4,9
Total	(100)	(100)	(100)	(100)	100	100%

Fuente: memoria Asistencial año 2004

3) Perfil de los usuarios de los Centros de Salud Mental. Programa Drogas.

La red de Drogodependencias atiende a una población de 1.294.694 de habitantes.

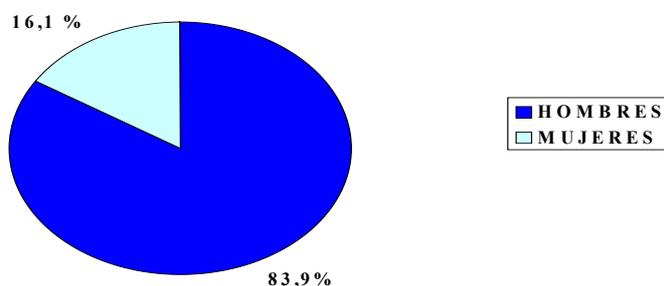
Durante el año 2004 se han atendido un total de 5.964 pacientes (CADs más Unidad Móvil), siendo el usuario que más acude a tratamiento un individuo de sexo masculino (83,9%) con edades comprendidas entre los 30-34 años (21,6%), soltero (48,7%), con trabajo eventual y/o fijo (57,43%).

La cocaína es la primera droga por la que se demanda tratamiento (33,1%), seguido por el alcohol (29%) y por los opioides (7,9%). Sin embargo, son estos últimos los que siguen generando el mayor porcentaje de consultas atendidas (30,1%) seguido del alcohol (26,1%) y la cocaína (23,9%).

Comparando con años anteriores la demanda de tratamiento por adicción a cocaína ha sufrido un marcado ascenso, pasando de 14,9% en 2000 a 33,1% en 2004. Por el contrario los opioides han pasado de un 25,3% a 7,9%.

Para concluir, podemos decir que la diferencia entre la población que inicia tratamiento en los centros y la población total atendida se encuentra en el tipo de droga atendida, que para la primera población es la cocaína (33,1%), y para la segunda los opiáceos (30,1%) .

Gráfico 19: Distribución por géneros (%) de los pacientes atendidos en el Programa de Drogodependencias. (Fuente: Memoria Asistencial año 2004.



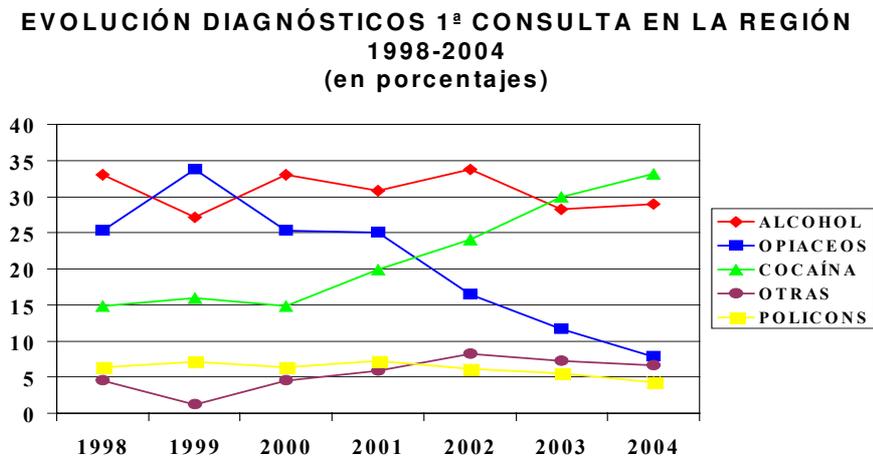
Demanda por Diagnóstico. Programa Drogas

PROGRAMAS ASISTENCIALES:

Programa Ambulatorio: llevado a cabo por los CAD y CSM repartidos por las seis áreas de salud de la región, con una demanda asistencial de 5.112 pacientes que han generado unas 41.600 consultas.

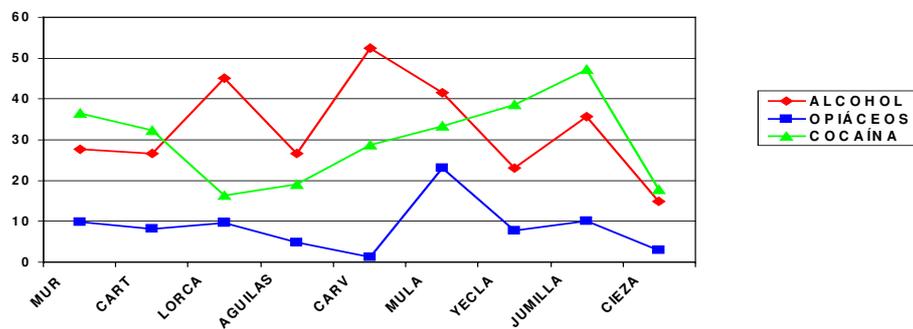
En las siguientes gráficas, se puede observar cual ha sido la evolución:

Gráfica 20: Evolución diagnósticos (%) 1ª consulta, en programa drogas. 1998-2004.



Gráfica 21: Distribución por diagnósticos (%) de 1ª consulta en programa drogas.

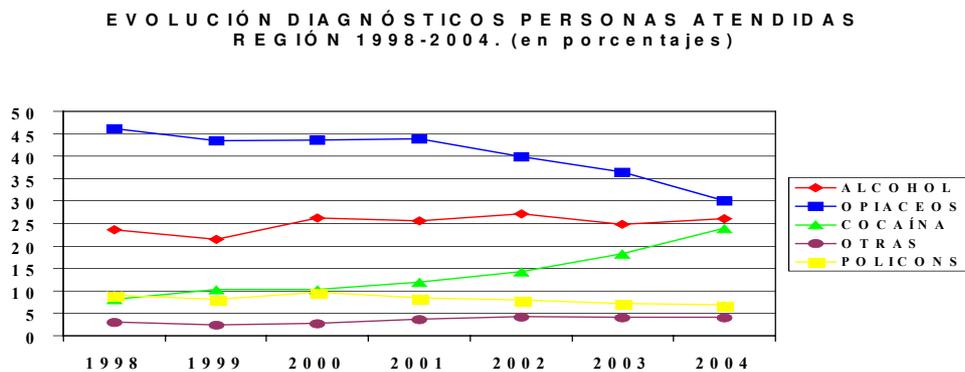
**DISTRIBUCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE
1ª CONSULTA POR CENTROS 2004
(en porcentajes)**



Como anteriormente se ha indicado la primera droga por la que se demanda tratamiento durante el año 2004 ha sido la cocaína, la cual sigue una curva ascendente desde el 2000, y los opiáceos van en descenso

Por centros también es la cocaína la droga que causa mas demandas de tratamiento, y es el alcohol en Lorca, Aguilas, Caravaca y Mula.

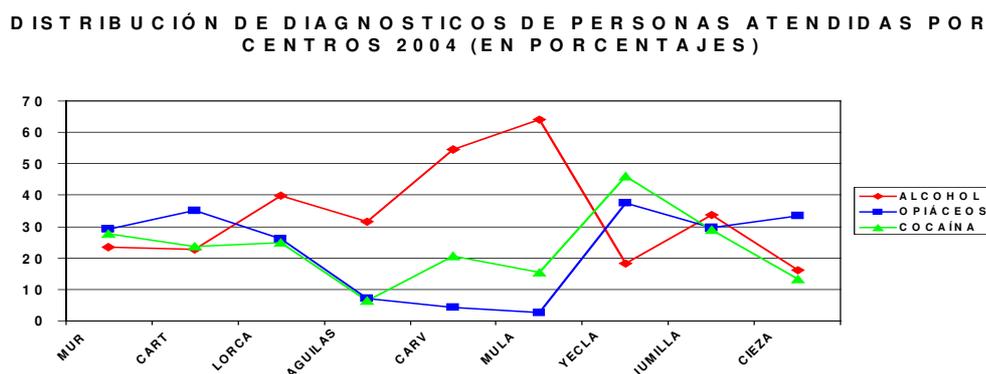
Gráfica 22: Evolución diagnósticos (%) personas atendidas, en programa drogas. 1998-2004



Los opiáceos generan el mayor porcentaje de personas en tratamiento, a expensas de los centros de Murcia, Cartagena y Cieza, aunque desde 2001 se ha podido observar como va en descenso.

Si observamos la distribución por centros, en Lorca, Aguilas, Caravaca, Mula y Jumilla hay mas pacientes en tratamiento por alcohol, droga que de manera general está en ligero ascenso respecto al año anterior.

Gráfica 23: Distribución de diagnósticos personas atendidas por CSM/CAD. %.



En relación con el tabaco, aunque existe la oferta de tratamiento en los CADs de la Región, todavía no existe apenas demanda. El nº de personas atendidas en todos los CADs durante el 2004 según datos del RACP, ha sido 169 pacientes, lo que supone el 3.3%.

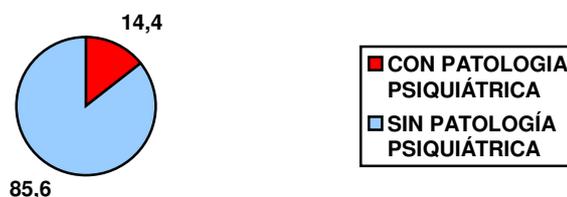
PATOLOGÍA DUAL

Últimamente se está evidenciando un aumento de pacientes en los que además de su problema de drogodependencias se asocia algún trastorno psiquiátrico, por ello se ha intentado ver como quedaba registrado este último diagnóstico.

Se ha encontrado un problema en el sistema de registro ya que sólo permite dos diagnósticos, que en la mayoría de los casos quedan registrados cómo primera y segunda droga de abuso, con lo que la patología dual asociada a las drogodependencias queda infradiagnosticada.

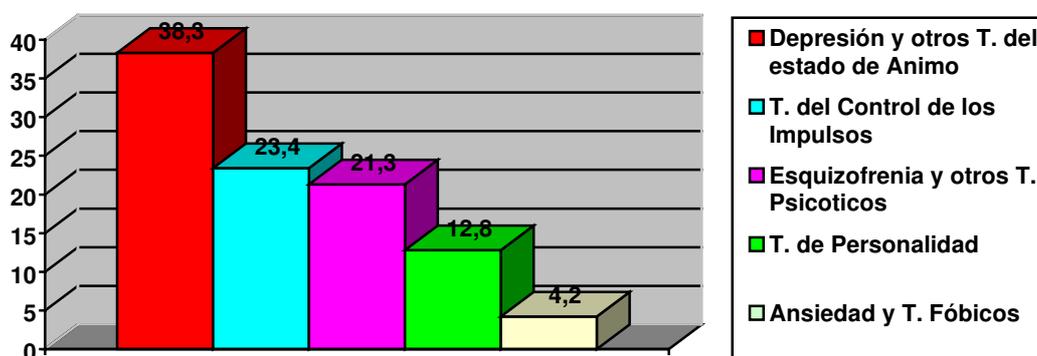
De una muestra de 326 pacientes correspondientes al CAD de Murcia, cuyo diagnóstico principal es el de dependencia a drogas, se han obtenido los siguientes datos respecto a patología dual:

Gráfica 24: Distribución "Patología Dual".

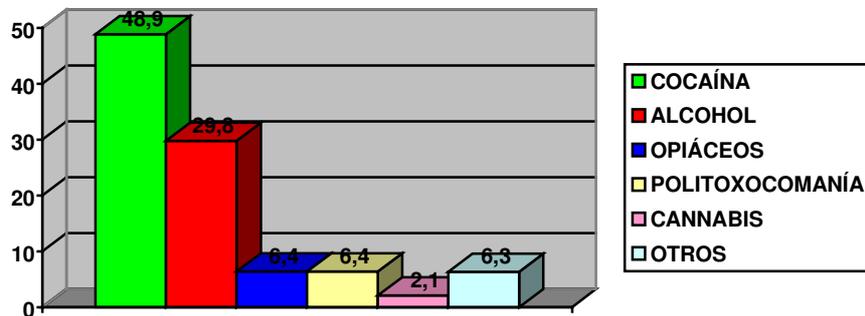


El segundo diagnóstico de trastorno mental queda distribuido de la siguiente manera:

Gráfica 25: Distribución de diagnósticos de Patología Dual



Gráfica 26: Drogas consumidas en relación a los trastornos psiquiátricos



De la misma muestra de 326 pacientes, figura como 2º diagnóstico la dependencia de una 2ª droga, destacando la Cocaína como primera droga de consumo con un 46.8% y el Alcohol con un 29.8%.

Es altamente significativa la asociación de estas dos drogas como primera y segunda drogas consumidas con un 42,5% del total.

Como resumen podemos concluir que:

- La Cocaína es la droga que más se asocia a la presentación de patología dual (patología psiquiátrica concomitante)
- La Cocaína es la droga consumida que con más frecuencia presenta un segundo diagnóstico de dependencia por otra sustancia de abuso.
- La asociación cocaína-alcohol como primer y segundo diagnóstico o viceversa es altamente significativa

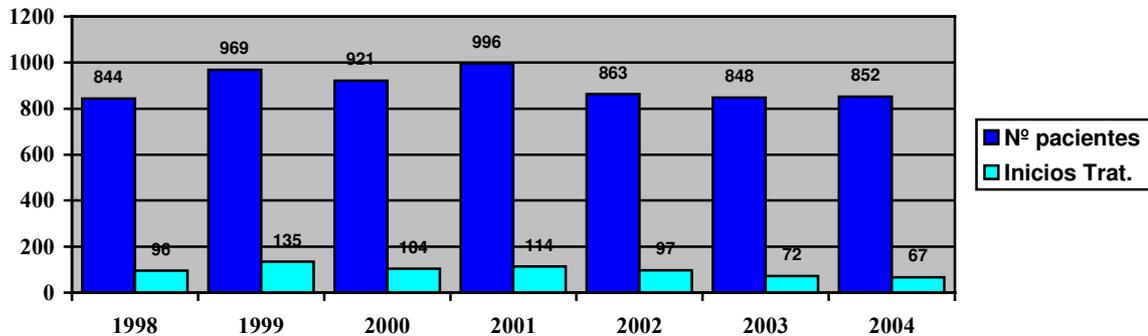
Programa de reducción de daños:

1.-UNIDAD MÓVIL

La Unidad Móvil lleva a cabo un programa de bajo umbral y durante 2004 ha dispensado metadona a 852 pacientes en 24 puntos de dispensación repartidos en Murcia y pedanías y varios municipios cercanos. Como puede observarse en el gráfico el nº de pacientes atendidos se mantiene en los últimos tres años, aunque el nº de inicios de tratamiento en 2004 es el mas bajo.

Además la Unidad Móvil tiene un programa de intercambio de jeringuillas y reparto de preservativos (durante 2004 se intercambiaron 50.441 jeringuillas y 9.300 preservativos), un programa de tuberculosis (despistaje y tratamiento), y el programa de tratamientos directamente observado (antiretrovirales y tratamientos psiquiátricos).

Gráfica 27: Evolución asistencial “Unidad Móvil” 1998-2004



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

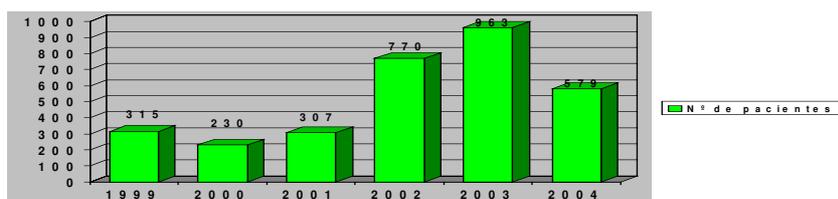
En la actualidad están funcionando los CEA de Cartagena y de Murcia, aunque este último inició el 2003 su funcionamiento. Ambos centros son de “La Huertecica”, ONG con la que existe convenio de colaboración con el SMS.

Su programa ofrece los siguientes servicios:

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

Gráfica 28: Evolución asistencial CEA-Cartagena, 1999-2004

EVOLUCIÓN ASISTENCIAL CEA-CARTAGENA 1999-2004



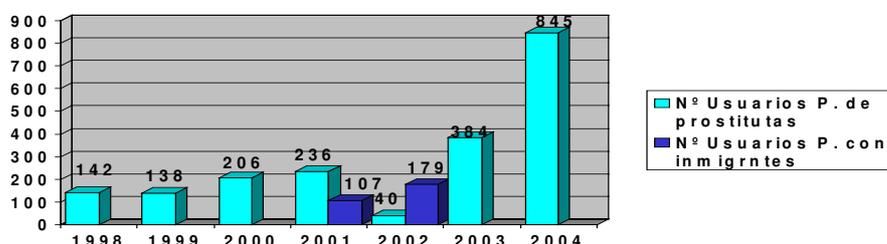
3.- Programa de prostitutas y los Programas de INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, COMISARÍAS Y JUZGADOS:

Los lleva a cabo Cruz Roja, mediante un convenio de colaboración con el SMS, y como consecuencia de los cambios sociales producidos por la inmigración, Cruz Roja Murcia ha puesto en marcha programas específicos para este colectivo.

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

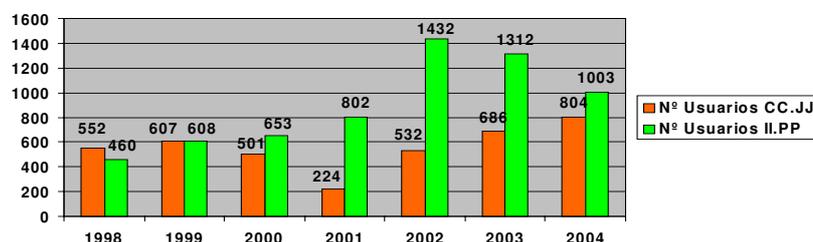
Grafica 29: Evolución programas asistenciales con población en riesgo de exclusión

EVOLUCIÓN DE PROGRAMAS ASISTENCIALES CON POBLACIÓN EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL



Gráfica 30: Evolución asistencial programas: Comisarías, Juzgados, e Instituciones Penitenciarias

EVOLUCIÓN ASISTENCIAL PROGRAMAS DE COMISARÍAS Y JUZGADOS E INSTITUCIONES PENITENCIARIAS 1998-2004



4) Datos asistenciales ambulatorios.

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

Existe un crecimiento continuo en la actividad de los Centros de Salud Mental en sus distintos programas. (ver gráficas). Ese crecimiento ha sido más pronunciado en los últimos años en el programa de adultos, por el proceso de integración funcional de redes, con la incorporación de la totalidad de los dispositivos de Salud Mental a los servicios especializados del Sistema Sanitario y la utilización de los cauces normalizados de derivación desde Atención Primaria, habiéndose consolidado actualmente, pero este aumento constante en la actividad está colapsando los CSM, provocando un aumento en las demoras (listas de espera), y lo que es peor, desviando la atención a la patología psiquiátrica menos grave en detrimento de la atención a la patología grave o trastorno mental severo, con la consiguiente pérdida de la operatividad con que fueron diseñados los centros de salud mental. Se hará más significativo también este crecimiento, de forma progresiva, en los programas de Salud Mental Infanto-Juvenil y Drogodependencias que se han incluido en los cauces habituales de derivación de pacientes.

En las gráficas de evolución asistencial relativas a la atención prestada en CSMs en sus programas de atención a adultos e infanto-juvenil, se observa una disminución de actividad en el año 1994, que se corresponde con que los centros dependientes del Insalud dejan de proporcionar datos asistenciales, por lo que desde ese año las gráficas solo reflejan la actividad asistencial realizada por los CSMs dependientes del SMS. En la actualidad siguen las dificultades para conseguir datos completamente fiables relativos a la actividad asistencial realizada por centros del antiguo Insalud (aún contabilizan actividad de “neuropsiquiatría”), no estando normalizada ni la toma de datos ni el trasvase de esa información, por lo que se incluyen gráficas específicas con esos datos.

Los datos de los dispositivos de rehabilitación son escasos, disponiendo desde fechas muy recientes de un sistema de registro uniforme compatible con el resto de programas, por lo que no se incluye ningún gráfico al respecto. De los datos disponibles, solamente puede indicarse que su atención está dirigida casi exclusivamente al paciente psicótico, con una discreta tendencia hacia la baja rotación de los pacientes que acuden a los pocos recursos específicos que existen, siendo estos dispositivos deficitarios en recursos estructurales y humanos, y los que precisan un mayor crecimiento y dotación.

Un hecho significativo respecto a los datos asistenciales ambulatorios, es que la Tasa de Incidencia Atendida (nº de pacientes que han contactado con los CSM/CAD por 1ª vez, por 1.000 habitantes) disminuye progresivamente en el periodo 1998-2002 en el programa adultos, en el programa drogas, y en “total programas”, iniciándose un ascenso a partir del año 2003; no así en el programa infanto-juvenil en el que esta tasa no experimenta prácticamente variación. La Tasa de Prevalencia Atendida (nº total de pacientes que han sido atendidos en los CSM/CAD, por 1.000 habitantes) se estabiliza o aumenta muy ligeramente en todos los programas hasta el año 2003 en que vuelve a aumentar en todos, y la Tasa de Frecuentación Atendida (nº total de consultas realizadas en los CSM/CAD, por 1.000 habitantes), experimenta un aumento considerable, excepto en el programa drogas en que ocurre lo contrario hasta el año 2003 en que vuelve a aumentar. El número de consultas paciente/año se mantiene o aumenta ligeramente, el índice sucesivas/primeras aumenta constantemente, y se mantiene el índice de resolución (altas/atendidos).

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

Tabla 28: Comparativa de indicadores de actividad asistencial global (Total Programas incluidos en RACP) de los CSM/CAD del S.M.S. entre los años 1998-2004.

	Total Programas 1998	Total Programas 1999	Total Programas 2000	Total Programas 2001	Total Programas 2002	Total Programas 2003	Total Programas 2004
Población	>800.000	>800.000	>800.000	>800.000	>875.000	>875.000	>950.000
Tasa Incidencia	13,49	12,34	10,93	10,56	9,27	10,08	11,01
Tasa Prevalencia	27,86	31,05	32,10	32,84	32,00	35,51	38,09
Tasa Frecuentación	151,51	161,48	179,78	204,91	174,04	194,06	230,34
% 1ª visitas (1ª + > 6 meses)	8,90	7,64	6,08	5,15 (14,67)	5,32 (16,26)	5,22 (15,93)	4,78 (14,99)
Consultas paciente/año	5,43	5,20	5,60	6,24	5,44	5,69	6,04
Indice sucesivas/1ª (<6 meses/1ª+ >6meses)	10,22	12,12	14,86	17,69 (5,56)	17,06 (4,91)	18,08 (5,17)	19,22 (5,44)
Indice resolución (%)	15,88	16,58	15,56	14,11	13,31	16,31	16,23

(Fuente: Memorias Asistenciales años 1998-2004).

Gráfica 31: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendida entre 1998 y 2004 en la totalidad de programas asistenciales de Salud Mental.

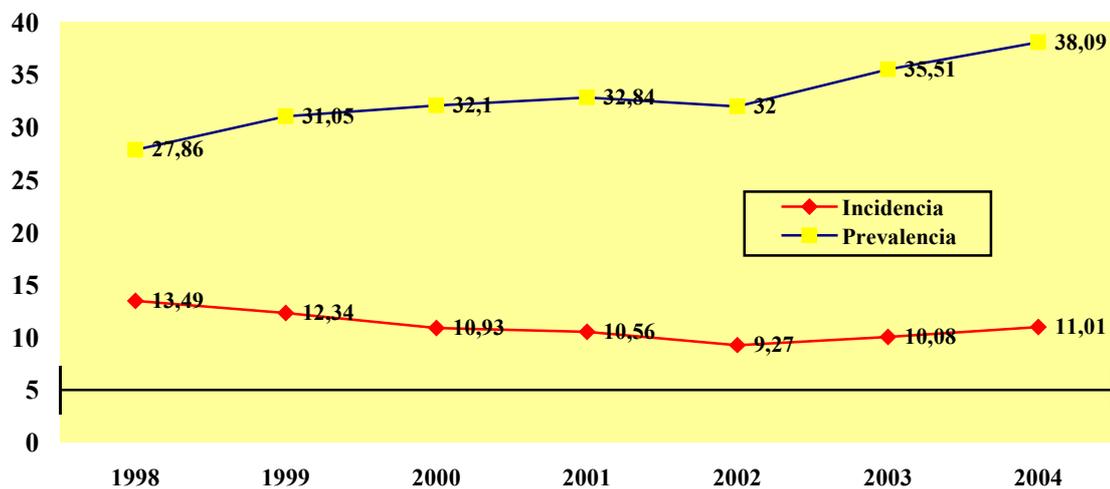


Tabla 29: Comparativa de indicadores de actividad asistencial del “Programa Adultos” de los CSMs incluidos en RACP del S.M.S. en los años 1998-2004.

	Programa Adultos Año 1998	Programa Adultos Año 1999	Programa Adultos Año 2000	Programa Adultos Año 2001	Programa Adultos Año 2002	Programa Adultos Año 2003	Programa Adultos Año 2004
Población	746.000 581.880 #	746.000 581.880 #	746.000 581.880 #	746.000 581.880 #	838.854 683.666 #	838.854 683.666 #	900.000 738.000 #
Tasa Incidencia	9,92 12,71#	8,91 11,42#	8,00 10,26 #	7,69 9,86 #	6,16 7,56 #	7,09 8,71 #	7,19 8,78 #
Tasa Prevalencia	22,4 28,72#	24,82 31,82#	25,57 32,78 #	25,89 33,20 #	24,53 30,10 #	26,88 32,98 #	28,96 35,32 #
Tasa Frecuentación	102,92 131,95#	113,96 146,10#	127,84 163,90 #	147,22 188,74 #	125,72 154,26 #	145,48 178,51 #	165,73 202,12 #
% 1ª visitas (1ª + > 6 meses)	9,63	7,82	6,26	5,22 (15,64)	4,90 (16,92)	4,88 (17,39)	4,34 (15,38)
Consult. paciente/año	4,59	4,59	5,00	5,68	5,12	5,41	6,03
Indice sucesivas/1ª (<6meses/1ª+>6meses)	9,38	11,79	14,30	17,24 (5,09)	18,42 (4,62)	19,49 (4,74)	20,96 (5,20)
Indice resolución (%)	17,13	18,27	16,30	14,60	13,49	16,42	16,70

Solo población mayor de 15 años.

(Fuente: Memorias Asistenciales años 1998-2004).

Gráfica 32: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendidas entre los años 1998-2004 en el programa de adultos.

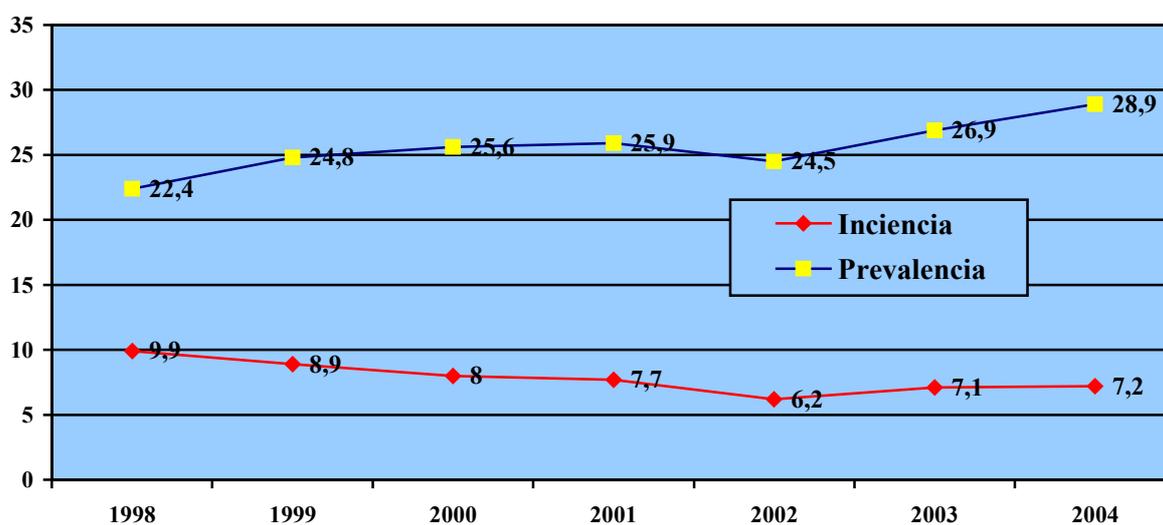


Tabla 30: Comparativa de indicadores de actividad asistencial del “Programa Infanto-Juvenil” de los CSMs incluidos en RACP del S.M.S. entre los años 1998-2004

	Programa Inf-Juv. Año 1998	Programa Inf-Juv. Año 1999	Programa Inf-Juv. Año 2000	Programa Inf-Juv. Año 2001	Programa Inf-Juv. Año 2002	Programa Inf-Juv. Año 2003	Programa Inf-Juv. Año 2004
Población	911.000 200.420 ^s	911.000 200.420 ^s	911.000 200.420 ^s	911.000 200.420 ^s	1.035.000 191.500 ^s	1.035.000 191.500 ^s	1.115.700 205.300 ^s
Tasa Incidencia	1,8 8,27 δ	1,91 8,68 δ	1,88 8,55 ^s	1,88 8,53 ^s	1,90 10,27 ^s	1,80 9,72 ^s	2,03 11,02 ^s
Tasa Prevalencia	2,6 11,81 δ	3,2 14,53 δ	3,60 16,37 ^s	3,76 17,10 ^s	3,72 20,13 ^s	3,88 20,99 ^s	4,43 24,10 ^s
Tasa Frecuentación	14,1 63,90 δ	17,49 79,52 δ	22,48 102,18 ^s	24,93 113,32 ^s	21,60 116,74 ^s	20,31 109,81 ^s	25,15 136,68 ^s
% 1ª visitas (% 1ª + > 6 meses)	13	10,91	8,37	7,52 (15,20)	8,80 (19,56)	8,86 (20,04)	8,06 (17,61)
Consult. paciente/año	5,4	5,47	6,24	6,63	5,80	5,23	5,67
Indice sucesivas/1ª (<6meses/1ª+>6meses)	6,7	8,16	10,90	12,23 (5,55)	10,37 (4,09)	10,28 (3,98)	11,36 (4,66)
Indice resolución (%)	20,6	17,41	20,45	19,49	16,81	19,60	19,84

^s Datos referidos a la población menor de 16 años
(Fuente: Memorias Asistenciales años 1998-2004).

Gráfica 33: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendidas entre los años 1998-2004 en el programa de infanto-juvenil.

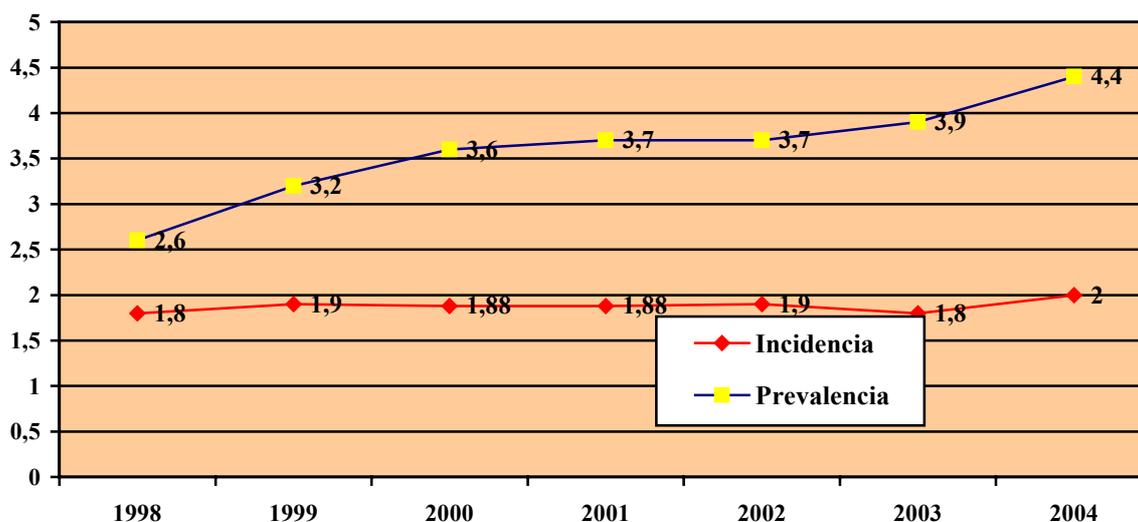


Tabla 31: Comparativa de indicadores de actividad asistencial del “Programa Drogodependencias” de los CSM/CAD del S.M.S. de los años 1998-2004.

	Programa Drogas Año 1998	Programa Drogas Año 1999	Programa Drogas Año 2000	Programa Drogas Año 2001	Programa Drogas Año 2002	Programa Drogas Año 2003	Programa Drogas Año 2004
Población	1.096.000	1.096.000	1.115.000	1.115.000	1.201.040	1.201.040	1.294.694
Tasa Incidencia	1,58	1,35	0,95	0,89	0,81	1,19	1,32
Tasa Prevalencia	2,93	3,11	2,98	3,16	2,97	3,75	3,99
Tasa Frecuentación	28,85	25,53	25,03	28,15	20,38	28,27	32,13
% 1ª visitas (% 1ª + > 6 meses)	5,5	5,26	3,82	3,18 (10,88)	3,98 (10,41)	4,20 (8,13)	4,12 (11,80)
Consult. paciente/año	9,84	8,28	8,40	8,91	6,86	7,55	8,04
Indice sucesivas/1ª (<6 meses/1ª+>6meses)	17,18	18,01	24,39	29,60 (7,94)	23,43 (8,34)	22,39 (10,28)	22,99 (7,39)
Indice resolución (%)	5,98	6,66	6,53	6,18	8,55	12,81	10,40

(Fuente: Memorias Asistenciales años 1998-2004).

Gráfica 34: Evolución de las tasas de incidencia y prevalencia atendidas entre los años 1998-2004 en el programa de drogodependencias.

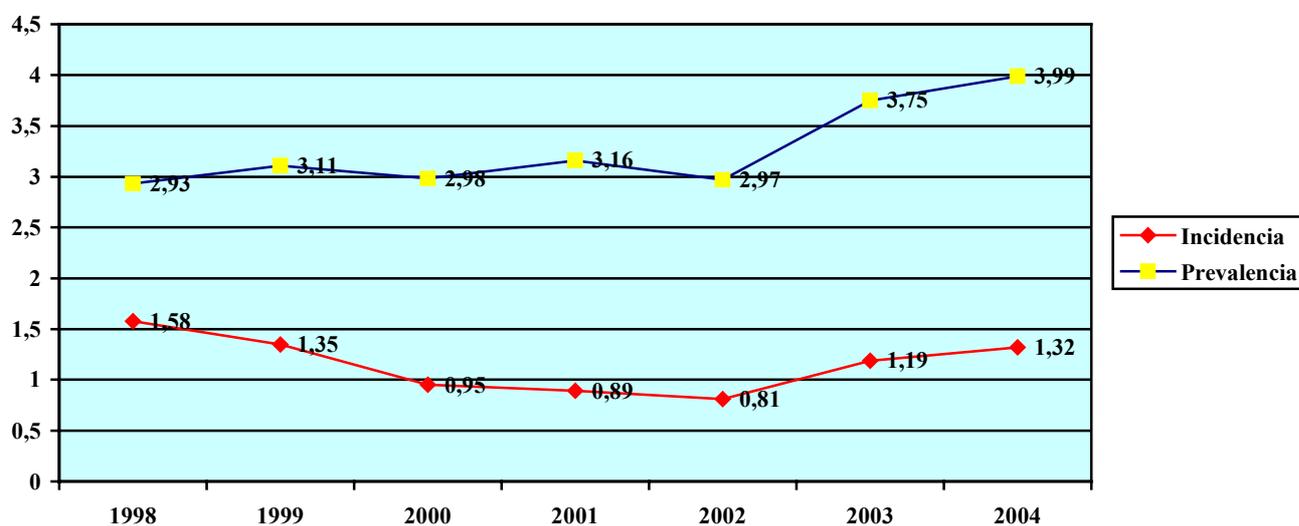
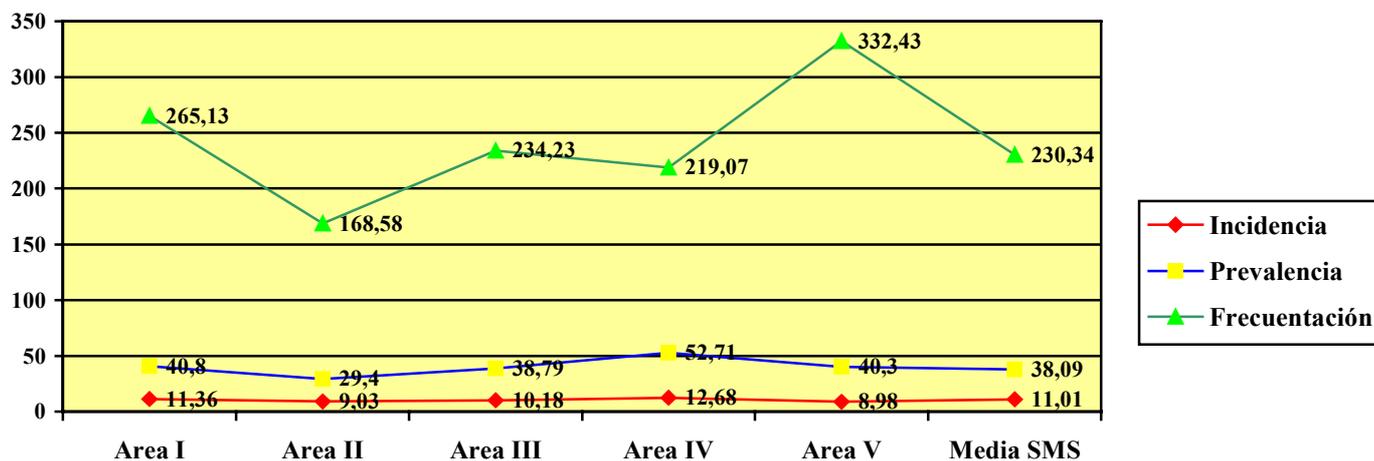


Tabla 32: Actividad asistencial global de los CSM/CAD por Áreas Sanitarias en el año 2004.

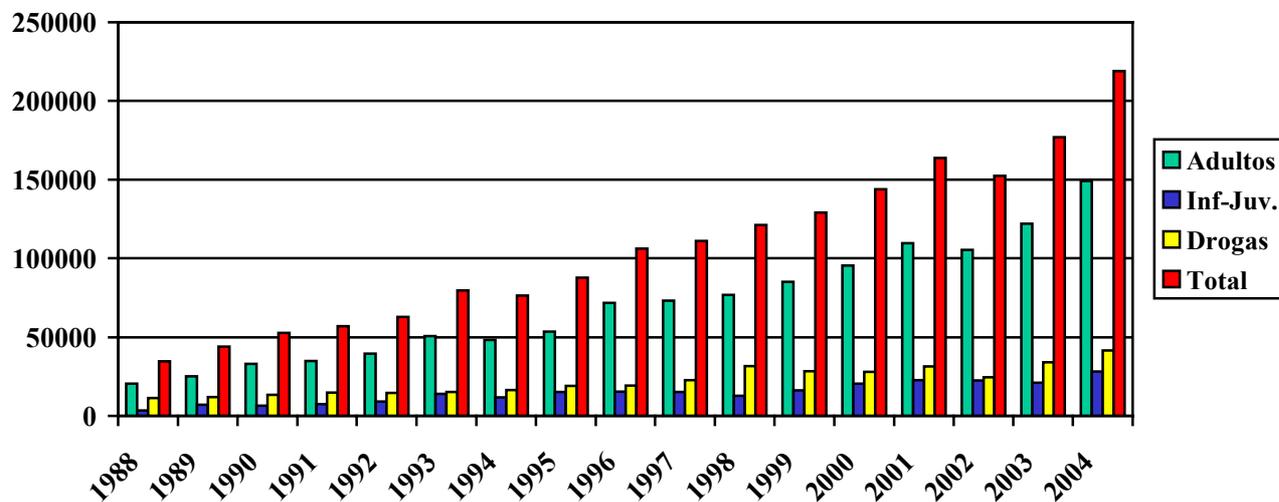
	CSMs Area I Adultos	CSMs Area I Infantil	CSMs Area I Drogas*	CSMs Area I Tot.Prog	CSMs Area II Tot.Prog	CSMs Area III Tot.Prog	CSMs Area IV Tot.Prog	CSMs Area V Tot.Prog	CSM Area VI Drogas	Total. Año 2004
Población	260.000 208.000	501.000 93.000	620.000	>300.000	333.000	154.000	68.000 **90.000	57.000	50.000	>950.000
Tasa Incidencia T.Incid.>/<16años	8,73 10,91	2,15 11,59	1,03	11,36	9,03	10,18	**12,68	8,98	2,80	11,01
Tasa Prevalencia	31,58 39,47	4,29 23,13	2,52	40,80	29,40	38,79	***52,7 1	40,30	6,84	38,09
Tasa Frecuentación	184,47 230,58	26,12 140,99	26,63	265,13	168,58	234,23	**219,0 7	332,43	54,20	230,34
% 1ª visitas (% 1ª + > 6 meses)	4,73 14,86	7,79 (18,41)	3,87 (12,04)	5,13 (14,95)	5,36 (16,11)	4,34 (16,58)	5,79 (19,78)	2,07 (6,82)	5,16 (11,03)	4,78 (14,99)
Consultas paciente/año	5,84	6,11	10,55	6,49	5,73	6,04	4,15	10,73	7,92	6,04
Indice sucesivas/1ª (<6meses/1ª+ >6meses)	19,07 5,39	11,83 (4,43)	24,80 (7,30)	17,89 (5,49)	16,98 (4,98)	21,05 (4,78)	15,35 (3,78)	46,28 (13,39)	18,26 (8,01)	19,22 (5,44)
Indice resolución (%)	18,52	17,52	11,76	17,46	20,61	16,18	9,63	12,54	10,53	16,23

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

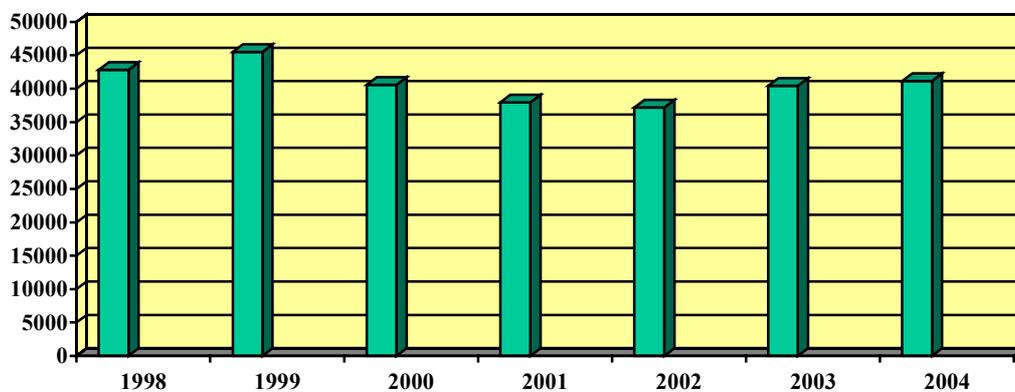
Gráfica 35: Comparación por Áreas Sanitarias y Media Regional de las Tasas de Incidencia, prevalencia y frecuentación atendida de la totalidad de programas asistenciales año 2004.



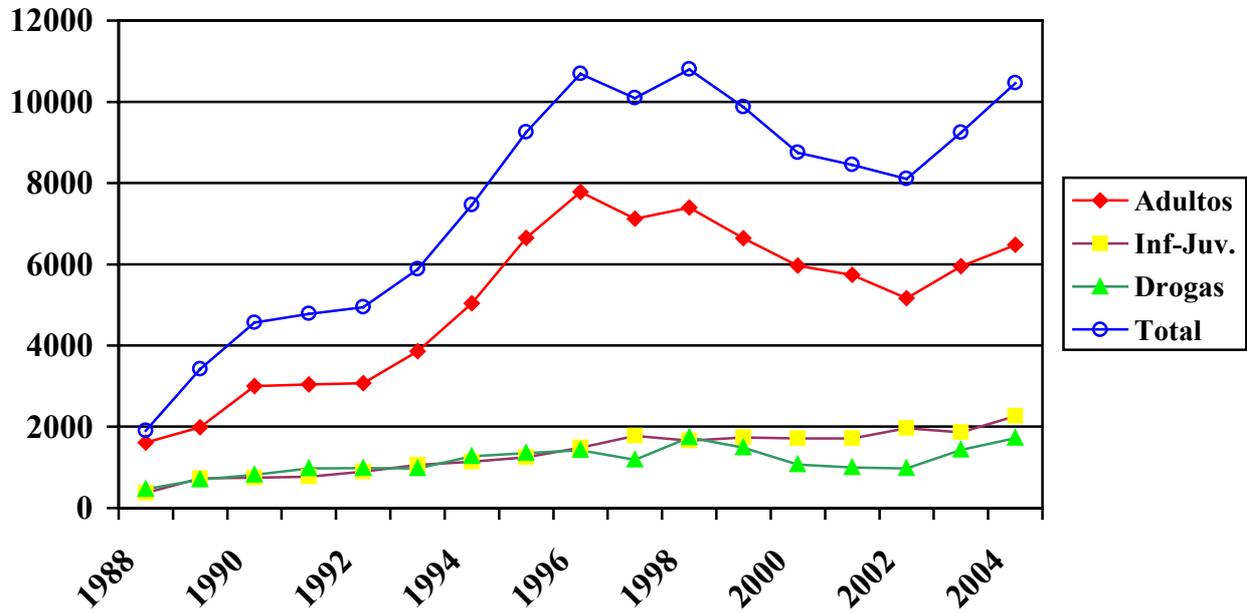
Gráfica 36: Evolución del nº total de consultas por programas asistenciales entre 1988 y 2004 en los Centros de Salud Mental/CADs del Servicio Murciano de Salud.



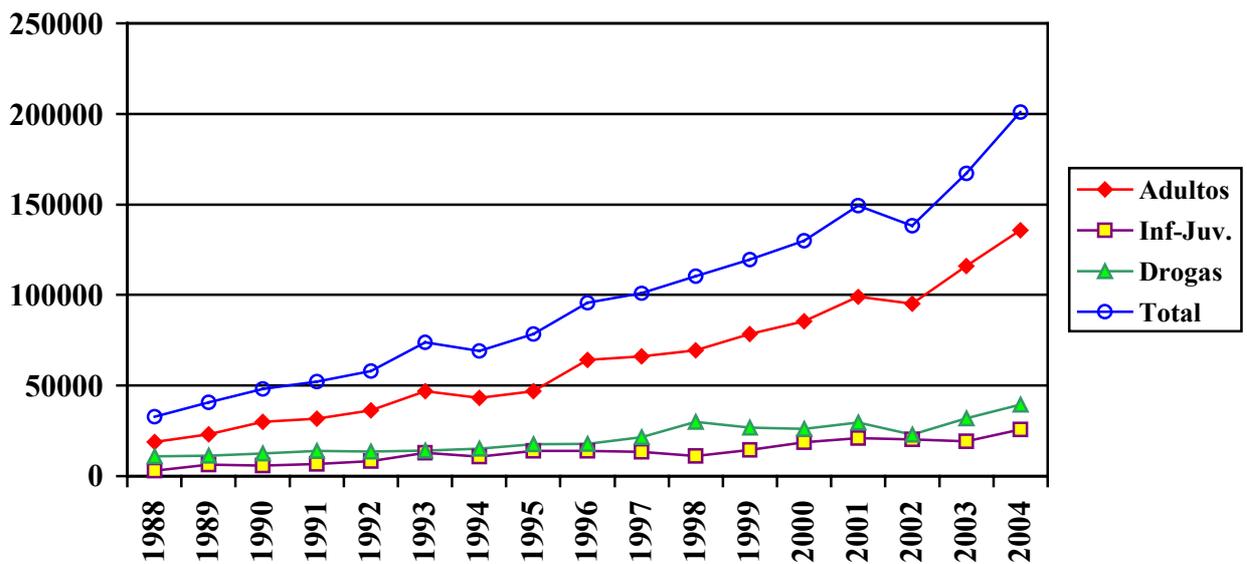
Gráfica 37: Total de consultas en el programa de adultos entre 1998-2004 en la red asistencial del antiguo INSALUD



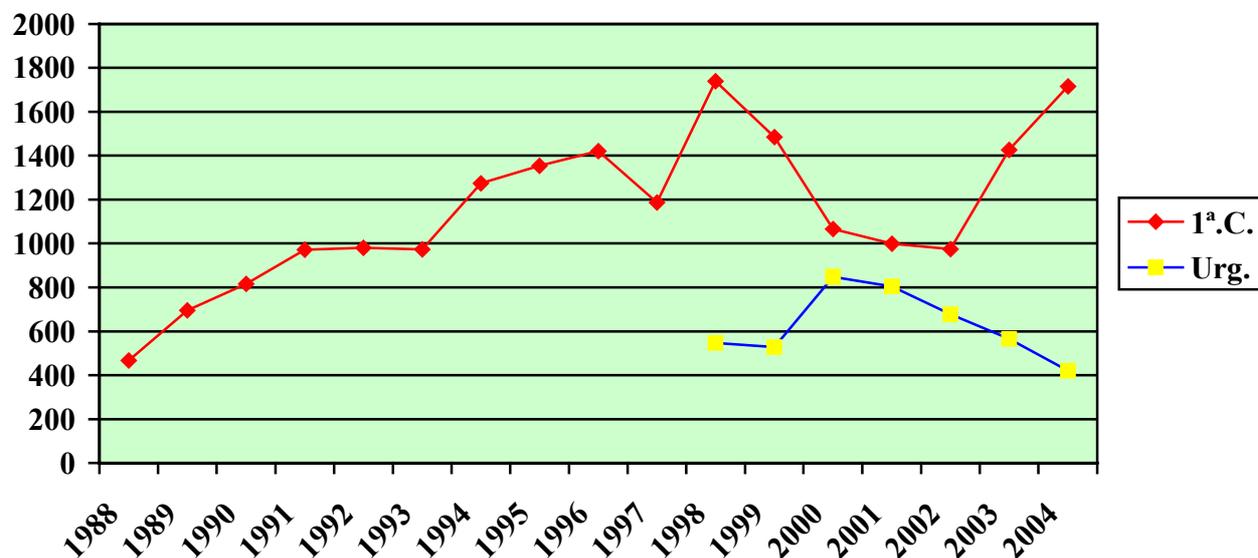
Gráfica 38: Primeras consultas por programas asistenciales de los C.S.M./C.A.D.s. incluidos en RACP del S.M.S en el período entre 1988-2004.



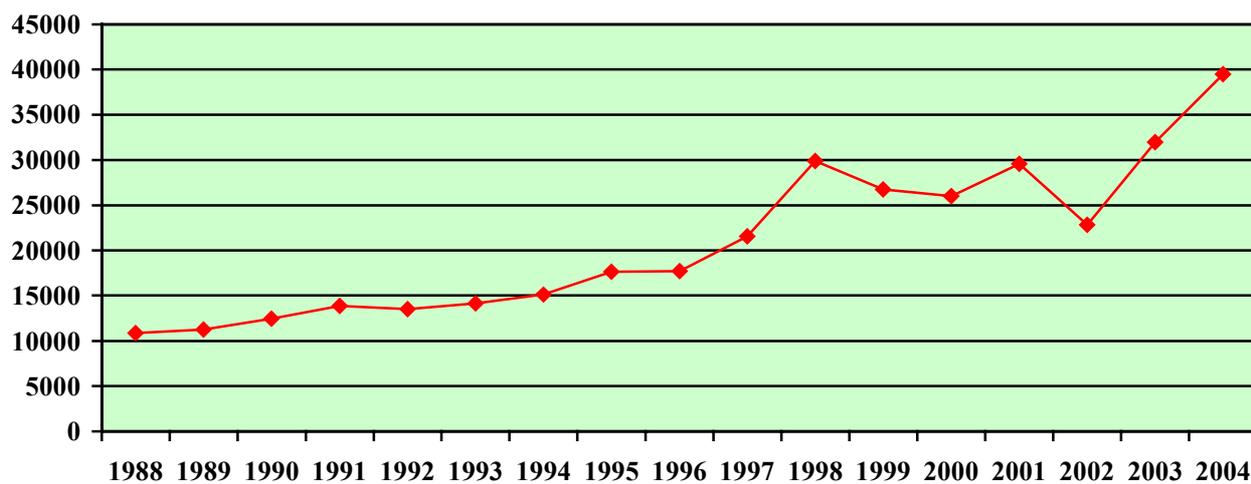
Gráfica 39: Revisiones (consultas sucesivas) por programas asistenciales de los C.S.M./C.A.D.s. incluidos en RACP del S.M.S en el período entre 1988-2004.



Gráfica 40: Primeras consultas y urgencias atendidas en el programa de Drogodependencias del S.M.S. en el período entre 1988-2004.



Gráfica 41: Revisiones atendidas en el Programa de Drogodependencias del S.M.S. entre los años 1988-2004.



II.3.c) Demanda Atención Hospitalaria. Datos Asistenciales Hospitalarios

Las fuentes utilizadas son el sistema propio de información del área de Salud Mental al que remiten las diferentes Gerencias de Atención Especializada del Servicio Murciano de Salud, de sus servicios de psiquiatría. Los datos aportados son escasos al no tener un sistema de registro unificado en el programa de hospitalización psiquiátrica, ni estar informatizados los datos.

La actividad asistencial global, se mantiene prácticamente estable desde el año 1988, habiéndose mantenido anteriormente en niveles de ingresos más bajos coincidiendo con que el Hospital Psiquiátrico era el único recurso hospitalario de la Región. Es a partir del año 2000 cuando se evidencia un incremento en el número de ingresos totales, mantenido en el tiempo.

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

Respecto a la actividad de las unidades de psiquiatría en hospitales generales, se mantiene la tendencia ascendente del número de ingresos en la UPH del Hospital General (exceptuando los años 1999 y 2000, por cambio de ubicación y reducción del número de camas), y en la reciente UPH del Hospital Virgen del Rosell. La UPH del Hospital Virgen de la Arrixaca, que presentaba un aumento constante en el número de ingresos, motivado por el progresivo aumento del número de camas destinadas a esta unidad, ha visto truncada esa tendencia de manera significativa a lo largo de los últimos años a pesar de que mantiene el número de camas.

El índice de ocupación medio de toda la red hospitalaria que se mantenía alrededor del (91%) hasta el año 2002, desciende significativamente a partir del año 2003, siendo la media de este índice en las UPHs de los Hospitales Generales de un 97,6%, significativamente mayor que el del Hospital Psiquiátrico (82,3%), que sigue supliendo con sus recursos estructurales el déficit de camas de corta estancia en hospitales generales. Respecto a la estancia media, esta ha descendido significativamente en los últimos años, (16,53 días en 1998, y 13,34 días en 2004), permaneciendo en cifras superiores en las unidades de agudos de Hospital Psiquiátrico (14,1 días), que en las de Hospitales Generales (12,8 días). La UPH del Hospital Virgen de la Arrixaca tiene la peculiaridad de ser una unidad abierta, compartiendo planta con el servicio de Neurocirugía.(ver gráficos).

En relación al índice ingresos/reingresos, la proporción en las UPHs del Hospital Psiquiátrico es de 1/2, en las UPHs de los Hospitales Generales es de casi 1/1, siendo su explicación el hecho de tener una mayor disponibilidad de camas el Hospital Psiquiátrico y ser superior al 50% los diagnósticos de psicosis esquizofrénicas en este hospital (GRD 430) así como por ser derivados a este recurso aquellos pacientes que tienen que permanecer más tiempo ingresados debido a la patología que presentan.(ver gráficas).

Así mismo, destacar que los ingresos/altas de pacientes con abuso y/o dependencia a drogas, a pesar de existir una pequeña unidad de desintoxicación hospitalaria en un hospital general, se están realizando en la práctica totalidad de las UPHs, siendo el hospital psiquiátrico el que está soportando la mayor proporción de todos estos ingresos, 54% de todos los ingresos regionales por estos diagnósticos. (ver gráficas).

Un hecho significativo en relación al número de reingresos detectados en las UPHs, es el que este número disminuye progresivamente desde el año 1988 coincidiendo con el aumento constante de la actividad de los Centros de Salud Mental y CAD, invirtiéndose esta tendencia en los últimos años, debido básicamente al aumento de la presión asistencial en las UPHs y muy

probablemente al intentar reducir la estancia media para poder disponer de camas libres para los ingresos urgentes.(ver gráficas).

Hay que señalar la habitual inmovilización de camas de corta estancia por pacientes crónicos, al no disponer de camas suficientes de media y larga estancia, no existir suficientes servicios de rehabilitación y no estar en funcionamiento el programa específico, así como por las dificultades para la derivación de pacientes a los recursos residenciales (camas de larga estancia) de Servicios Sociales.

La Unidad de Media Estancia, ubicada en el Hospital Psiquiátrico, presenta desde hace años un escaso movimiento, debido a que alberga (en casi un 70% de los casos) a pacientes de larga estancia, no siendo operativa, los índices de rotación son extremadamente bajos, su estancia media muy alta, y su índice de ocupación prácticamente del 100%.

El perfil del paciente atendido en las unidades hospitalarias de corta estancia del hospital psiquiátrico (38% de los ingresos regionales), es el de un varón (63%), soltero (62%), con una edad comprendida entre los 20 y 49 años (81%), con un nivel de instrucción/educativo medio-bajo (E.Primarios-EGB 69%), y que ya ha tenido algún ingreso hospitalario anterior (72%).

El perfil del paciente de la unidad de media estancia del mismo hospital (100% de los ingresos regionales), es el de un varón (82%), soltero (91%), con una edad comprendida entre los 20 y 49 años (95%), con nivel educativo medio-bajo (E.primarios-EGB (91%), con más de un ingreso hospitalario anterior (94%).

Tabla 33: Datos sociodemográficos de los pacientes ingresados en las Unidades de Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico en el año 2004.

Sexo	%	Edad	%	Nivel Instrucción	%	E. Civil	%
Hombre	62,8%	< 19	2,1%	Universitario	4,5%	Soltero.	62,3%
Mujer	37,2%	20-29	23,2%	B.U.P.	11,3%	Casado.	20,8%
		30-39	36,3%	E.G.B.	26,3%	Sep/Div.	12,7%
		40-49	21,5%	F.P.	10,3%	Viudo.	1,8%
		50-59	10,0%	E. Primarios.	33,4%	Unión cons.	2,3%
		> 60	6,7%	Lee y escribe.	10,9%		
				Analfabeto.	3,1%		

Datos obtenidos de la Memoria Asistencial del Hospital Psiquiátrico, 2004

Tabla 34: Datos sociodemográficos de los pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia del Hospital Psiquiátrico en el año 2004.

Sexo	%	Edad	%	Nivel Instrucción	%	E. Civil	%
Hombre	82,9%	<= 19	-	Universitario	2,2%		
Mujer	17,1%	20-29	26,1%	B.U.P.	6,5%	Soltero.	91,3%
		30-39	47,8%	E.G.B.	23,9%	Casado.	2,2%
		40-49	21,7%	F.P.	4,3%	Sep/Div.	6,5%
		50-59	4,3%	E. Primarios.	54,3%	Viudo.	-
		> 60	-	Lee y escribe.	6,5%		
				Analfabeto.	2,2%		

Datos obtenidos de la Memoria Asistencial del Hospital Psiquiátrico, 2004

Tabla 35: Comparación de los indicadores asistenciales de las Unidades Psiquiátricas Hospitalarias (UPH) de la Región de Murcia en el año 2004.

Hospital	Rafael Méndez (Lorca)	Virgen del Rosell Cartagen	Virgen Arrixaca (Murcia)	Hospital General* (Murcia)	Total UPH Hospitales Generales	UPH Hospital Psiquiátrico	Total
Nº Camas	14	24	14	16	68	52	120
Ingresos	268	525	408	511	1.712	1.060	2.772
Estancias	3.998	6.597	4.162	7.037	21.794	15.001	36.795
E.Media	14,92	12,57	10,20	13,77	12,79	14,05	13,34
Ind. Ocupac. (%)	78,24%	83,84%	81,23%	135,63%	87,80%	79,04%	84,01%
Ind.Rotac. Anual	19,14	24,40	29,14	36,05	25,04	20,38	23,10
Camas utilizadas	10,95	20,12	11,37	19,23	59,70	41,10	100,81

* Ubicada provisionalmente en el Hospital Morales Meseguer de Murcia.

Tabla 36: Evolución de los indicadores de actividad asistencial hospitalaria entre los años 1998-2004 en la Región de Murcia.

Años	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nº Camas	100	92	98	98	98	114	120
Ingresos	2.021	2.083	2.339	2.369	2.385	2.613	2.772
Estancias	33.755	31.231	32.839	32.162	32.598	34.287	36.795
E.Media	16,53	14,99	13,99	13,57	13,67	13,12	13,34
Ind. Ocupación (%)	92,48	93	91,80	89,91	91,13	82,40	84,01%
Ind.Rotación Anual	20,40	22,58	23,86	24,17	24,34	22,92	23,10
Camas utilizadas	92,48	85,56	89,97	88,11	89,31	93,93	100,81

Tabla 37: Indicadores de actividad asistencial hospitalaria: Comparación evolutiva entre el total de Unidades Psiquiátricas Hospitalarias (UPH) en Hospitales Generales y el Hospital Psiquiátrico entre los años 1998 y 2004.

UPHs Hosp.Generales/ Hosp.Psiquiátrico	Año 1998		Año 2000		Año 2002		Año 2004	
	UPHs H.Gen	Hosp. Psiqu.	UPHs H.Gen	Hosp. Psiqu..	UPHs H.Gen	Hosp. Psiqu.	UPHs H.Gen	Hosp.. Psiqu.
Nº Camas	48	52	46	52	46	52	68	52
Ingresos	1.080	941	1.368	1.005	1.410	959	1.712	1.060
Estancias	16.987	16.768	17.373	15.757	17.200	14.962	21.794	15.001
E.Media	15,47	18,85	12,59	16,53	12,20	16,61	12,79	14,05
Ind. Ocupac. (%)	96,96	88,34	103,47	83,02	102,44	78,83	87,80%	79,04%
Ind.Rotac. Anual	22,50	18,12	29,74	19,33	29,92	18,46	25,04	20,38
Camas utilizadas	46,54	45,93	47,60	43,17	47,12	41,00	59,70	41,10

Tabla 38: Número de pacientes ingresados y estancia media de los GRDs psiquiátricos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en el año 2004.

Código G.R.D.	U.P.H. Virgen del Rosell			U.P.H. Ciudad Sanitaria			Agudos (Corta Estancia) Hospital Psiquiátrico			U.P.H. M. Meseguer			U.P.H. Rafael Méndez		
	Número paciente	%	Estancia Media	Número paciente	%	Estancia Media	Número paciente	%	Estancia Media	Número paciente	%	Estancia Media	Número paciente	%	Estanc Media
425	17	3,29	8,82	20	5,09	7,45	20	1,97	5,15	17	3,56	7,35	-	-	
426	28	5,43	8,07	22	5,60	9,23	52	5,13	11,90	25	5,23	13,00	10	3,66	
427	5	0,97	9,60	8	2,04	10,63	26	2,57	8,42	19	3,97	10,00	3	1,10	
428	50	9,69	9,36	42	10,69	6,45	116	11,45	9,43	60	12,55	11,73	25	9,15	
429	9	1,74	12,56	16	4,07	12,25	80	7,90	18,48	10	2,09	10,30	8	2,93	
430	243	47,09	16,31	181	46,06	13,33	437	43,14	17,32	213	44,56	16,11	181	66,30	
431	12	2,33	8,00	5	1,27	9,60	7	0,69	7,86	20	4,18	9,40	-	-	
432	1	0,19	6,00	4	1,02	15,00	2	0,20	3,50	1	0,21	15,00	-	-	
449-51	26	5,04	6,85	31	7,89	6,48	2	0,20	5,50	33	6,90	7,37	14	5,13	
714-5	16	3,11	12,81	-	-	-	4	0,39	10,50	5	1,05	6,00	1	0,36	
743-4	1	0,19	4,00	-	-	-	2	0,20	11,50	2	0,42	4,50	6	2,19	
745	6	1,16	7,50	-	-	-	31	3,06	13,77	3	0,63	5,33	2	0,82	
746	-	-	-	-	-	-	10	0,99	4,40	-	-	-	-	-	
748-7	26	5,04	8,35	11	2,80	7,00	98	9,67	11,38	9	1,88	8,63	6	2,19	
749	1	0,19	1,00	-	-	-	13	1,28	4,38	1	0,21	3,00	1	0,36	
750	8	1,55	8,63	-	-	-	5	0,49	11,20	2	0,42	5,00	2	0,82	
751	24	4,65	7,33	13	3,31	5,62	97	9,58	8,80	10	2,09	11,30	7	2,56	
753	6	1,16	16,83	8	2,04	18,50	-	-	-	10	2,09	26,80	3	1,10	
470	14	2,71	9,36	14	3,56	9,32	-	-	-	21	4,39	22,90	1	0,36	
Varios(*)	23	4,43	16,74	18	4,58	9,75	11	1,09	22,82	17	3,56	12,29	4	1,46	
Total altas Procesadas	516	100	12,57	393		10,75	1.013	96,39	13,87	478		13,65	273	100	14,92
Total altas U.P.H.	516	100	12,57	408	100	10,20	1.052	100	14,05	506	100	13,77	273	100	14,92

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

Tabla 39: Análisis comparativo de altas hospitalarias por drogodependencias como diagnóstico principal. 2004

	Unidad Desintoxicación (UDH)				Hospitales Generales (UPHs)				Hospital Psiquiátrico (UPHs) *				Total Hospitalizaciones			
	Opiác.	Coca+ Otr drog	Alcohol	Total	Opiáceo	Coca+ otr drog	Alcohol	Total	Opiáceo	Coca+ otr drog	Alcohol	Total	Opiáceo	Coca+ otr drog	Alcohol	Total
Numero Ingresos	33 (38%)	5 (3%)	35 (16%)	73 (16%)	20 (24%)	52 (32%)	69 (31%)	141 (30%)	33 (38%)	108 (65%)	115 (53%)	256 (54%)	86 (100%)	165 (100%)	219 (100%)	470 (100%)
Estancias	352	48	228	628	130	414	545	1089	450	1.187	967	2.604	932	1.649	1.740	4.321
E.media	10,7	9,6	6,5	8,6	6,5	8,0	7,9	7,7	13,7	11,0	8,4	10,1	10,8	10,0	7,9	9,2
% total ingresos	45,20%	6,85%	47,94%	100%	1,17%	3,05%	4,05%	4,48%	3,26%	10,66%	11,35%	25,27%	3,10%	5,95%	7,90%	16,95%

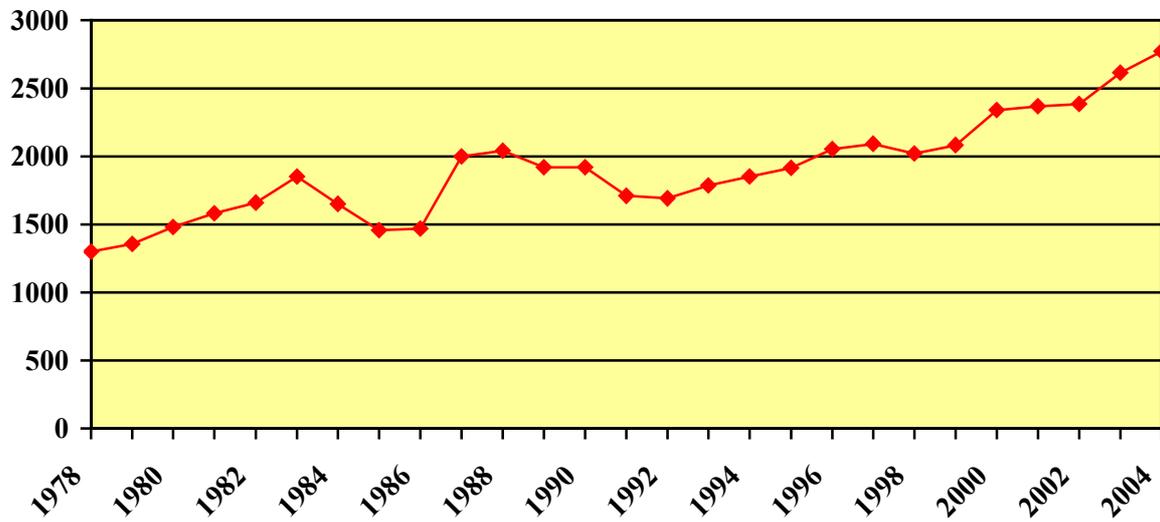
* Datos extraídos de altas codificadas GRDs

Opiáceos: 743-744-745.

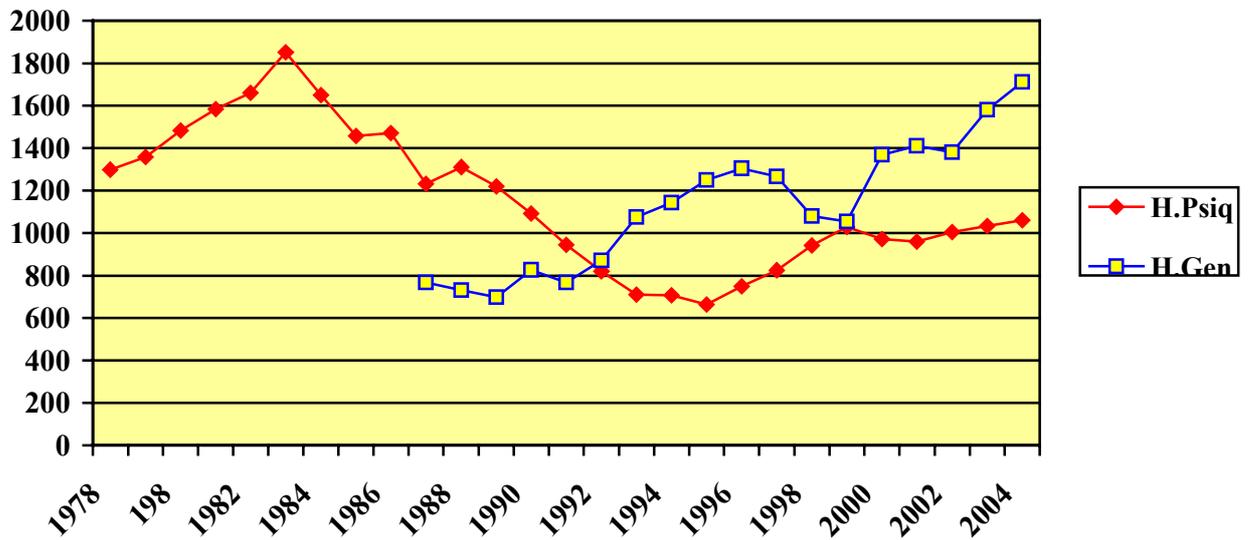
Cocaína u otras drogas: 746-747-748.

Alcohol: 749-750-751

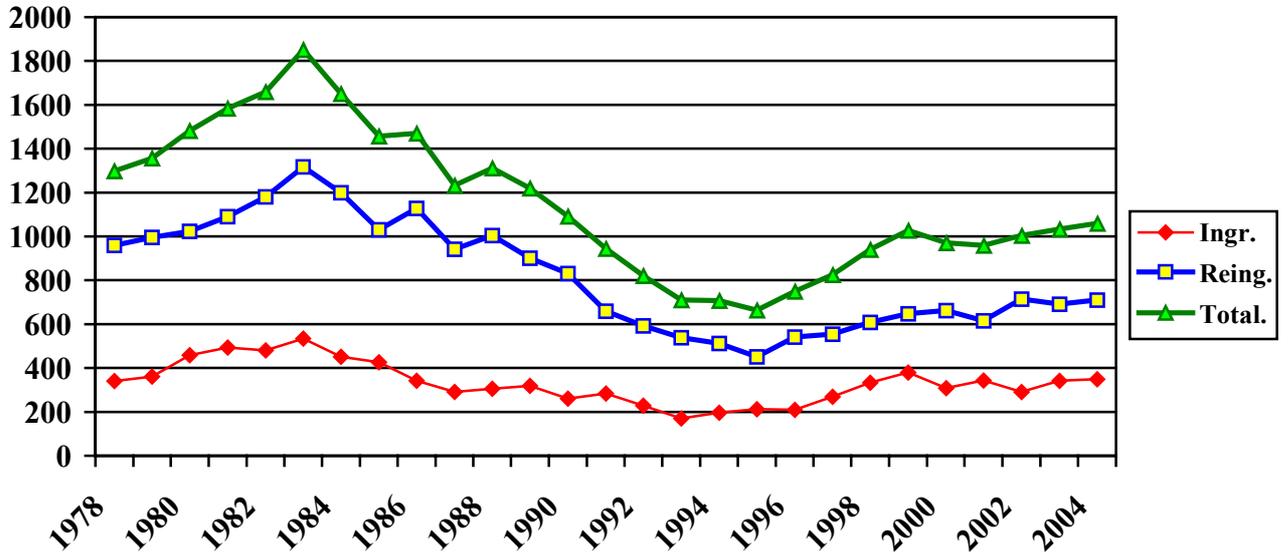
Gráfica 42: Actividad asistencial global de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UPH) del S.M.S. entre los años 1978-2004.



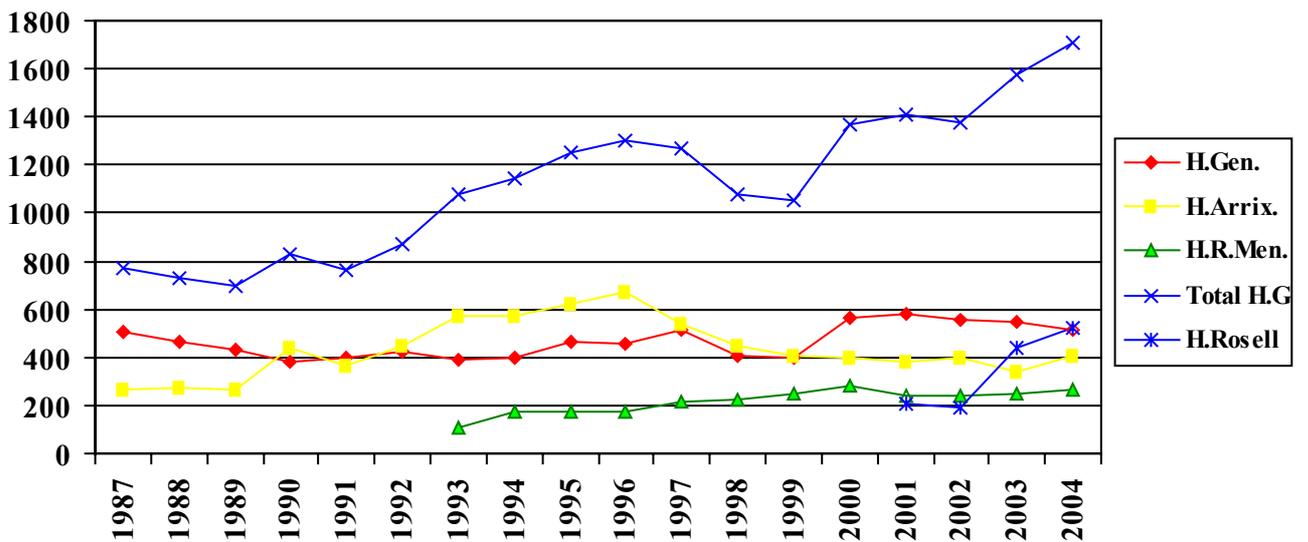
Gráfica 43: Comparación de la actividad asistencial entre las UPH del Hospital Psiquiátrico y las de los Hospitales Generales.



Gráfica 44: Actividad asistencial del Hospital Psiquiátrico en el período comprendido entre los años 1978-2004.



Gráfica 45: Actividad asistencial de las UPHs de los Hospitales Generales del S.M.S. entre los años 1987-2004.



II.3.d) Demanda Atención Unidades de Rehabilitación. Datos Asistenciales.

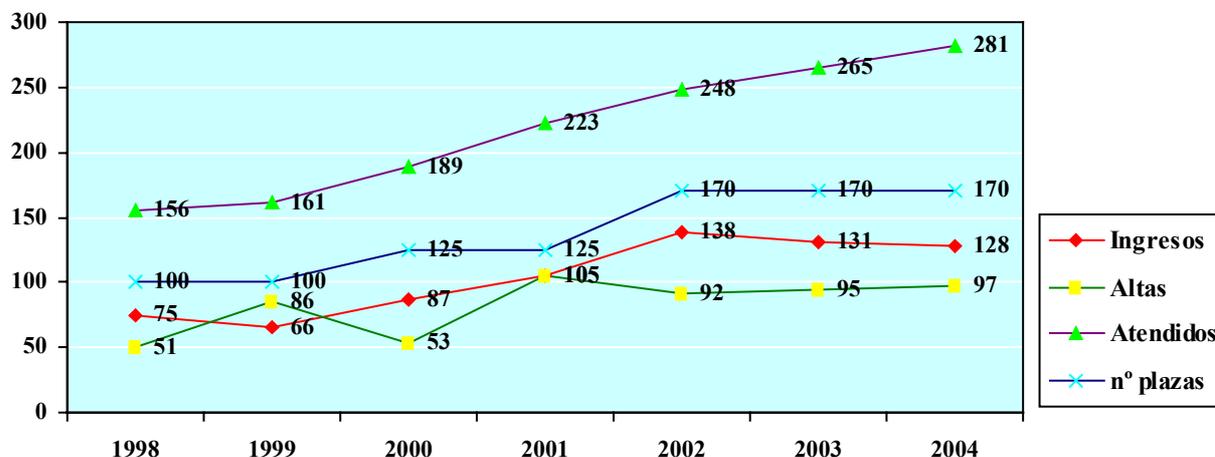
Hasta el momento actual no se dispone de un sistema de información lo suficientemente fiable y común para todas las unidades de rehabilitación, por lo que los datos son escasos, y sin casi posibilidad de hacer comparaciones fiables. Los datos que se aportan han sido extraídos de las memorias asistenciales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

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

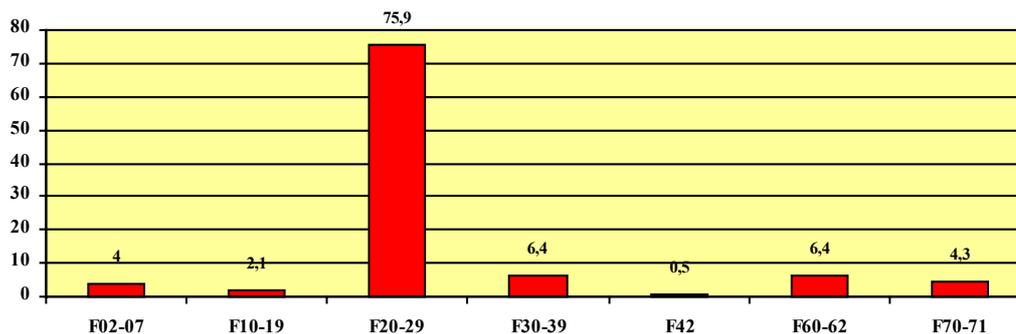
Respecto a las agrupaciones diagnósticas más frecuentes de los pacientes atendidos en las Unidades de Rehabilitación, son los Trastornos Esquizofrénicos (F20-29) con un 75,9% de los casos, seguido por los Trastornos Afectivos (F30-39) y Trastornos de la Personalidad (F60-62) con un 6,4% en ambos casos.

En relación con las diferentes unidades, las agrupaciones diagnósticas que destacan por su % significativo sobre el resto de la media regional son las siguientes: “trast. esquizofrénicos” (84,9%) en el área I, “trast. Afectivos” (8,9%) en el área II, y trast. personalidad” (8,0%) en el área III.

Gráfica 46: Evolución asistencial del Programa de Rehabilitación de Adultos.



Gráfica 47: Agrupaciones diagnósticas (%) en los paciente atendidos en las Unidades de Rehabilitación del S.M.S. en el año 2004.



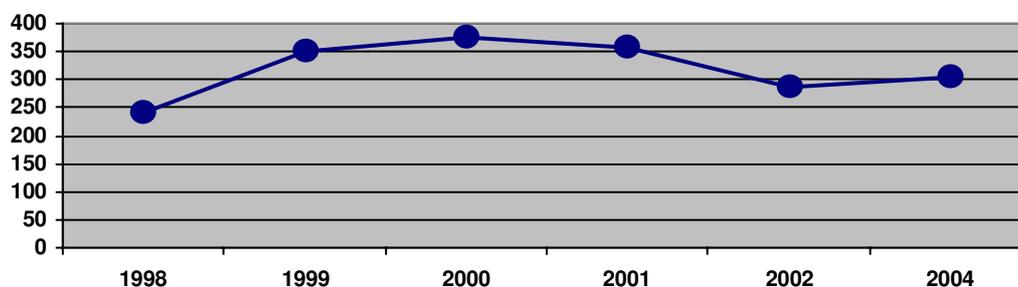
Programa Rehabilitación Drogodependientes.

PROGRAMAS DE INCORPORACIÓN SOCIO-LABORAL:

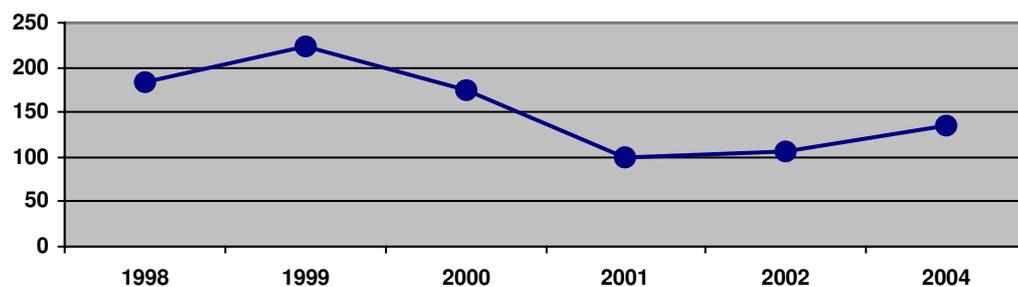
1.- CENTROS DE DÍA:

En la actualidad contamos en la Región con dos Centros de Día, uno en Murcia “Heliotropos”, u otro en Cartagena “La Huertecica”, y la evolución en los últimos años de los diferentes programas de Centro de Día han sido los siguientes

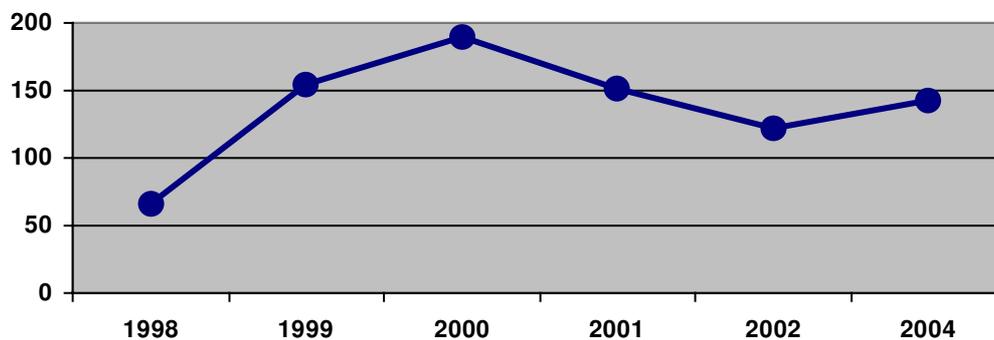
Gráfica 48: Usuarios atendidos por Servicio de Orientación en los Centros de Día "Heliotropos" y "La Huertecica". 1998-2004



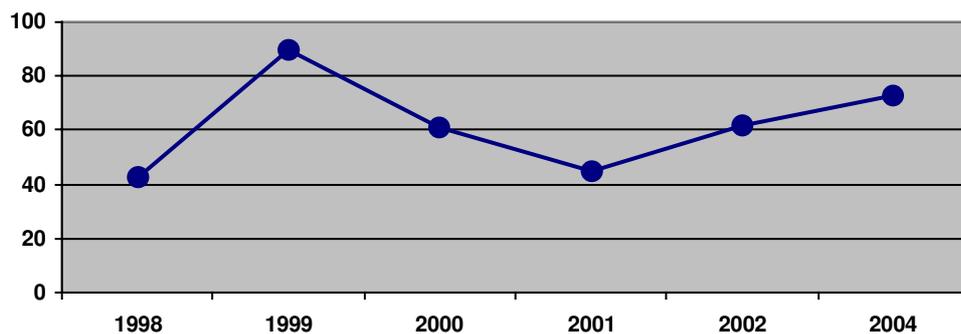
Gráfica 49: Usuarios atendidos en Formación Laboral en los Centros de Día "Heliotropos" y "La Huertecica". 1998-2004



Gráfica 50: Usuarios atendidos por Agencia de Empleo en los Centros de Día "Heliotropos" y "La Huertecica". 1998-2004



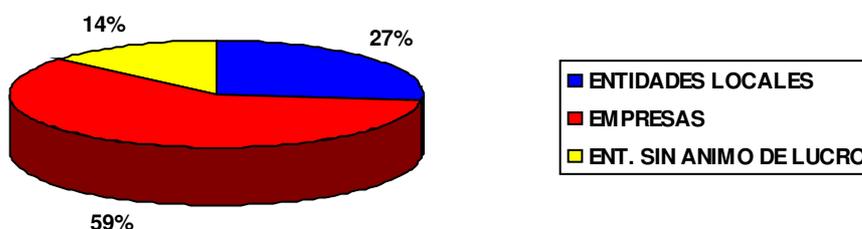
Gráfica 51: Contratos realizados desde Agencia de Empleo en los Centros de Día "Heliotropos" y "La Huertecica".1998-2004.



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

Según los datos aportados durante 2004, las empresas contratantes quedan distribuidas de la siguiente manera:

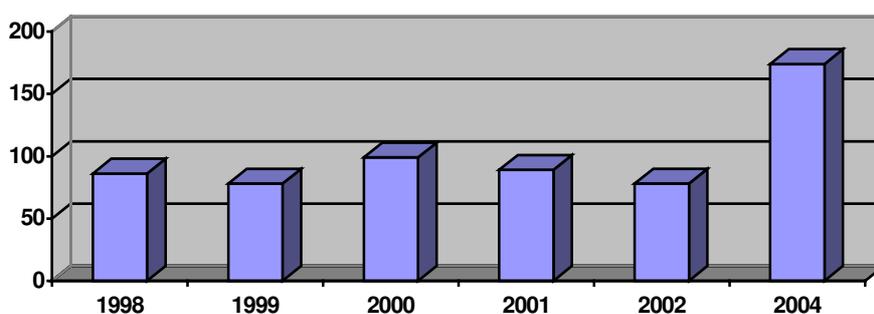
Gráfica 52: Porcentaje de empresas o entidades contratantes.



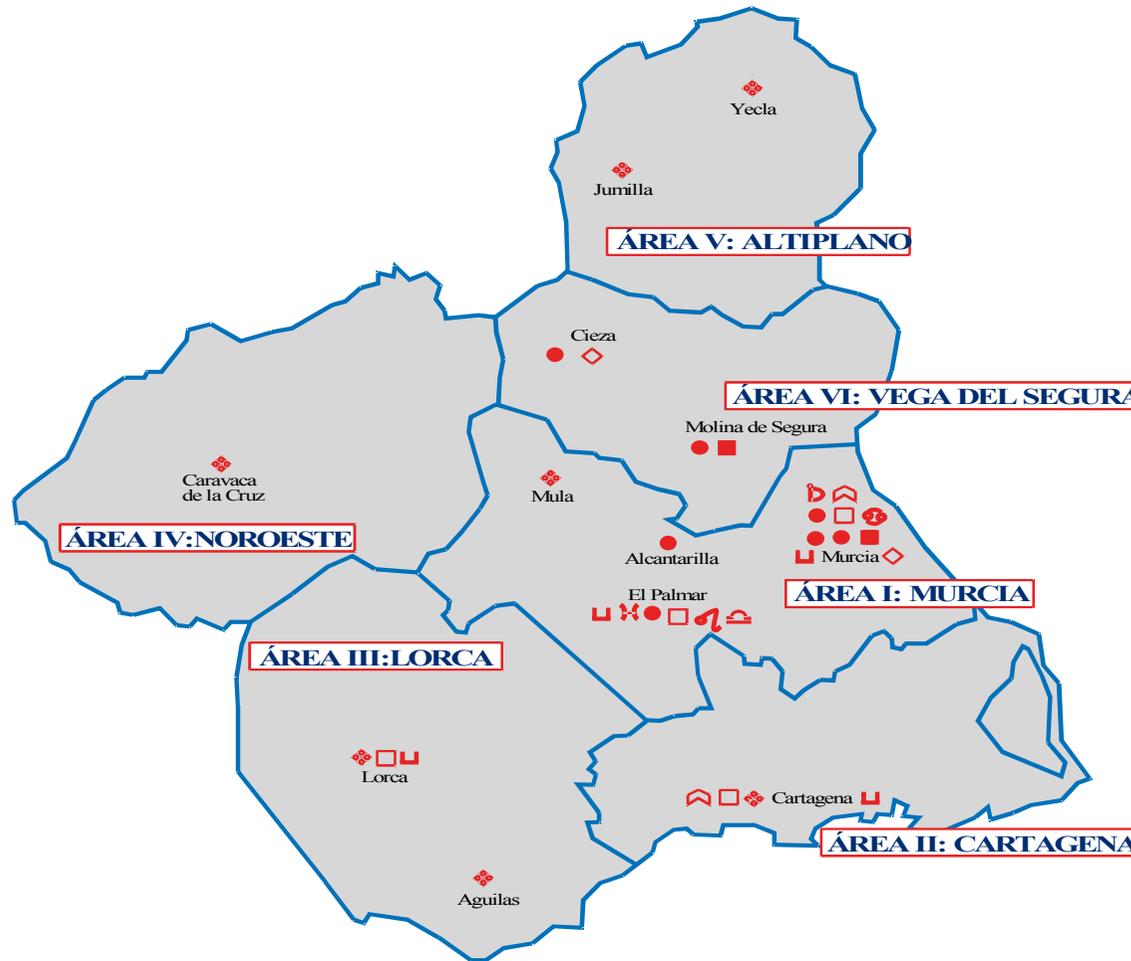
COMUNIDADES TERAPÉUTICAS:

Hasta comienzos del año 2003 solo disponíamos, mediante convenios, de dos comunidades terapéuticas: “La Huertecica” y “Betania”. Durante 2003 se amplió el convenio de plazas en la comunidad terapéutica “Betania” y se realizó convenio de 12 plazas con la comunidad terapéutica “Proyecto Hombre”, con lo que en la actualidad disponemos de 47 plazas en comunidad terapéutica.

Gráfica 53: Usuarios que han utilizado los recursos de Comunidad Terapéutica



RECURSOS SANITARIOS SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS. REGIÓN DE MURCIA.



- ❖ CSM (programas adultos, I-J, drogas)
- CSM (programa adultos)
- ◇ CAD (programa drogodependencia)
- U. atención infanto-juvenil
- ⌘ Hospital psiquiátrico
- U. Hospital General
- ⌞ U. Rehabilitación-Centro de Día
- 🏠 Pisos protegidos
- 🏠 Unidad media y larga estancia
- 👦 Centro de Día infanto-juvenil
- 🏠 Centro de Día Drogodependencias
- 🚚 Unidad Móvil Drogodependencias

II.4. Análisis de la oferta. Recursos asistenciales.

II.4.a) Recursos asistenciales en la Región de Murcia

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

Es importante el señalar que, como se evidencia en el mapa y tablas de recursos, hay diferentes áreas sanitarias que están peor dotadas tanto en recursos hospitalarios como ambulatorios y que básicamente son las áreas y centros dependientes del antiguo Insalud donde se evidencia una importante deficiencia en la dotación de recursos estructurales y humanos.

En relación con los recursos estructurales, las áreas IV, V y VI no disponen en la actualidad de camas psiquiátricas propias en sus hospitales generales de referencia, el área II no tiene las suficientes, y no se dispone de suficientes camas de desintoxicación hospitalaria en unidades específicas. El área II a pesar de tener una población que supone la cuarta parte de la totalidad de la Región y un área geográfica tan amplia sólo dispone de un CSM de referencia, dificultando enormemente la accesibilidad y utilización de este tipo de recurso, y las áreas I y VI no disponen de recursos estructurales suficientes. El mayor déficit se evidencia en recursos estructurales específicos para el programa de rehabilitación psiquiátrica, siendo un programa básico para el paciente psicótico, que a su vez presenta la patología más grave y crónica.

En relación con los recursos humanos, si observamos la tabla comparativa por áreas sanitarias, el área VI es la más deficitaria, cualquiera que sea la cualificación profesional. En casi todas las áreas son los profesionales que se precisan en el programa de rehabilitación y en el de infanto-juvenil los más deficitarios, sobre todo en las áreas IV, V y VI que son las peor dotadas, y así mismo, son estas áreas donde el déficit de psicólogos es más importante. Se precisa un número superior de ATS/DUE en programas asistenciales ambulatorios de las áreas II, IV y VI.

Estos déficit en recursos humanos detectados, son relacionados con la media regional que se expone, pero si la comparación se realiza con las cifras que sugiere la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), estos déficit son mucho más acusados en todas las áreas y programas asistenciales. (ver tablas).

No se dispone de datos fiables actualizados de recursos estructurales y humanos en materia de salud mental de la mayoría de las Comunidades Autónomas (últimos datos comparables son del año 1996), por lo que no es posible aportar tablas comparativas con la media nacional, ni con otras Comunidades Autónomas.

Tabla 40: Indicadores de los recursos estructurales y humanos específicos de Salud Mental en la Región de Murcia.

Año 2004			
Población C.C.A.A. de Murcia:		1.294.694 hab	
Nº Camas Corta Estancia:	114	Camas/100.000 hab:	8,8
Nº Camas Media Estancia:	50	Camas/100.000 hab:	3,8
Nº Camas Larga Estancia:	100	Camas/100.000 hab:	7,7
Nº Hospital de Día/Centro de Día	7	Nº H.Día/C.Día/100.000 hab.	
Plazas H. Día/C. Día	238	Nº plazas/100.000 hab:	18,40
Nº C.S.M./C.A.D.	15	Habitantes/CSM-CAD	86.300
Psiquiatras	68	Psiquiatras/100.000 hab	5,3
Psiquiatras + M. Drogas	79	Psiquiat + M. Drog./100.000 hab	6,1
Psicólogos	46	Psicólogos/100.000 hab	3,6
ATS/DUE	84	ATS/DUE /100.000 hab	6,5
Trabajador Social	14	T.Social/100.000 hab.	1,1
Terapeuta ocupacional/ Terapeuta	9/8	T.Ocupacional/100.000 hab.	1,3

RECURSOS ESTRUCTURALES DE SALUD MENTAL POR AREAS SANITARIAS

AREA SANITARIA I.	
2 unidades corta estancia (52 camas) H. Psiquiátrico	C.S.M. I de Murcia "San Andrés". Prog. adultos.
1 unidad corta estancia (16 camas) H. M. Meseguer	C.S.M. II de Murcia "Infante". Prog. Adultos.
1 unidad corta estancia (14 camas) H. V. Arrixaca	C.S.M. "Morales Meseguer". Programa Adultos.
1 unidad de media estancia (50 camas).H.Psiquiatric.	C.S.M. "Virgen de la Arrixaca". Programa Adultos.
1 unidad Desintoxicació (UDH)-(2-4 camas) H.General	C.S.M. de Alcantarilla. Programa Adultos.
5 pisos terapéuticos (25 plazas)	C.S.M. Infanto-Juvenil de Murcia "San Andrés"
1 U.Rehabilitación-C.Día. (60 plazas). H. Psiquiátrico.	C.S.M. de Mula. Prog. Adultos, Infanto-Juvenil, Drogas
1 U.Rehabilitación-C Día. (50 plazas). "San Andrés".	C.A.D. de Murcia. Programa de Drogodependencias
1 C. Día Infanto-Juvenil (18 plazas). "San Andrés".	1 unidad móvil. Programa de Drogodependencias
1 C. Día, Progr. Drogas.(25 plazas).(Conveniado)	1 U.T.O. en Murcia.
	1 U.T.O. en Mula.
AREA SANITARIA II	
C.S.M. de Cartagena. Programa adultos.	1 C.de Día (Prog. Drogas) (25 plazas) (Conveniado)
C.S.M. de Cartagena. Programa Infanto-Juvenil.	1 U.T.O. Cartagena.
C.S.M. de Cartagena. Programa Drogodependencias.	1 U.T.O. La Unión. (SMS-Ayuntamiento).
U. Rehabilitación-C. De Día. Cartagena.(40 plazas)	1 U.T.O. Mazarrón. (SMS-Ayuntamiento).
1 Unidad Corta Estancia (24 camas) H. Virgen Rosell	
AREA SANITARIA III	
C.S.M. de Lorca. Programa Adultos.	C.S.M. de Aguilas. Prog. Adultos, Inf-Juv., y Drogas.
C.S.M. de Lorca. Programa Infanto-Juvenil.	1 U.T.O. Lorca
C.S.M. de Lorca. Programa Drogodependencias.	1 U.T.O. Aguilas (SMS-Ayuntamiento).
1 Unidad Corta Estancia (14 camas). H. Rafael Méndez	1 U.T.O- Totana (SMS-Ayuntamiento).
U. Rehabilitación-C.de Día de Lorca.(20 plazas).	
AREA SANITARIA IV	
C.S.M. de Caravaca. (Programa Adultos, Infanto – Juvenil y Drogodependencias).	
AREA SANITARIA V	
C.S.M. de Jumilla: Prog. Adultos, Inf.-Juv., y Drogas	C.S.M. de Yecla: Prog. Adultos, Inf-Juv., y Drogas
1 U.T.O. Jumilla.	1 U.T.O. Yecla.
AREA SANITARIA VI	
C.S.M. de Cieza. Programa Adultos.	C.S.M. de Molina. Programa Adultos e Infanto-Juvenil.
C.A.D. de Cieza.- Programa Drogodependencias	
1 U.T.O. Cieza. (SMS-Ayuntamiento).	

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

Tabla 41: Recursos estructurales hospitalarios específicos de Salud Mental en la Región de Murcia en el año 2004.

Recursos estructurales hospitalarios	Nº Camas
U.P.H. Hospital Morales Meseguer (H.General)	16
U.P.H. Hospital Virgen de la Arrixaca.	14
U.P.H. Hospital Virgen del Rosell.	24
U.P.H. Hospital Rafael Méndez	14
2 U.P.Hs. Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".	52
1 Unidad Desintoxicación Hospitalaria. (Hospital General).	2*
1 Unidad de Media Estancia. (Hospital Psiquiátrico).	48

- No tiene nº definido de camas. 2 es el nº de camas ocupadas de media al año.
- UPH: Unidad Psiquiátrica Hospitalaria de Corta Estancia.

Tabla 42: Recursos estructurales del Programa de Rehabilitación en la Región de Murcia en el año 2004.

Recursos estructurales Programa Rehabilitación	
Area Sanitaria I.	
U.Rehabilit.-C Día. (50 plazas). "San Andrés". C. Día Inf.-Juvenil (18 plazas). "San Andrés". C. Día, Progr. Drogas.(25 plazas).(Convenido)	U.Rehabilit.-C.Día. (60 plazas). H. Psiquiátrico. 4 pisos terapéuticos (24 plazas)
Area Sanitaria II	
U. Rehabilit.-C. De Día. Cartagena.(40 plazas)	C. Día (Prog. Drogas) (25 plazas) (Convenido)
Area sanitaria III	
U. Rehabilitación.-C.de Día de Lorca.(20 plazas).	

Tabla 43: Recursos estructurales del Programa de Adultos en la Región de Murcia en el año 2004.

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

Tabla 44: Recursos estructurales del Programa de Infanto-Juvenil en la Región de Murcia en el año 2004.

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

Tabla 45: Recursos estructurales del Programa de Drogodependencias en la Región de Murcia en el año 2004.

Recursos estructurales Programa Drogodependencias.	
Area Sanitaria I.	
C.A.D. de Murcia. Unidad Móvil U.T.O. de Murcia	C.S.M. de Mula U.T.O. de Mula.
Area Sanitaria II	
C.A.D. de Cartagena. U.T.O. Cartagena.	U.T.O. La Unión. (SMS-Ayuntam.). U.T.O. Mazarrón. (SMS-Ayuntam.)
Area Sanitaria III	
C.A.D. de Lorca U.T.O. Lorca. U.T.O- Totana (SMS-Ayuntamiento).	C.S.M. de Águilas U.T.O. Aguilas (SMS-Ayuntamiento).
Area Sanitaria IV	
C.S.M. de Caravaca.	
Area Sanitaria V	
C.S.M. de Jumilla U.T.O. Jumilla.	C.S.M. de Yecla U.T.O. Yecla.
Area Sanitaria VI	
C.A.D. de Cieza.	U.T.O. Cieza. (SMS-Ayuntamiento).

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

Tabla 46: Recursos humanos de Salud Mental en la Región de Murcia en el año 2004.

	Psiquiatras	M. Drogas	Psiqui+M.Dr	Psicólogos	ATS/DUE	T.Social	T/T.Ocupa.
Total Región	68	11	79	46	84	14	8/9
1.294.694 h	1/19.000 h.	1/117.700 h	1/16.400 h.	1/28.000 h.	1/15.400 h	1/92.500 h	1/76.200 h

Tabla 47: Recursos humanos de Salud Mental por Áreas Sanitarias en la Región de Murcia en el año 2004.

AREA I	Psiquiat	M.Drog	Psicól.	ATS	T.Social	T/T.Ocup.
Hospitalarios.	18	1	8	38	3	7/2
Ambulatorios.	21	7	16	16	5	4
AREA II	Psiquiat.	M.Droga	Psicólogo.	ATS	T.Social	T.Ocup
Hospitalarios.	2	-	-	7	-	-
Ambulatorios.	11	2	9	6	3	1/2
AREA III	Psiquiatra	Psicólogo	ATS/DUE	T.Social	T.Ocupac.	
Hospitalarios.	2	-	7	-	-	
Ambulatorios.	6	6	5	2	2	
AREA IV	Psiquiatras	Psicólogos	ATS/DUE			
Ambulatorios	4**	2**	1			
AREA V	Psiquiatras	Psicólogos	ATS/DUE			
Ambulatorios	2	1	3			
AREA VI	Psiquiatras	M.Droga	Psicólogos	ATS/DUE		
Ambulatorios.	3	1	3	3		

Tabla 48: Recursos humanos específicos de los Centros de Salud Mental por Áreas Sanitarias en la Región de Murcia en el año 2004.

	Psiquiatras	M. Drogas	Psiquiatras +Med.Drog	Psicólogos	ATS/DUE	T.Social	T.Ocupac.
Área I	21	6	27	17	16	5	4
501.994 h	1/24.000 h.	1/83.500 h.	1/18.500 h.	1/29.500 h.	1/31.400 h.	1/100.500 h	1/125.500 h
Área II	11	2	13	10	6	3	2
333.828 h	1/30.300 h.	1/167.000 h	1/25.700 h.	1/33.400 h.	1/55.600 h.	1/111.000 h.	1/167.000 h
Área III	6	-	6	6	5	2	2
154.042 h	1/25.500 h.		1/25.500 h.	1/25.600 h.	1/30.800 h.	1/77.000 h.	1/77.500 h.
Área IV *	3	-	3	1	1	-	-
68.641 h	1/23.000 h.		1/23.000 h.	1/68.000 h.	1/68.000 h.		
Área V *	2	-	2	1	3	-	-
56.946 h	1/28.500 h.		1/28.500 h.	1/57.000 h.	1/19.000 h.		
Área VI	3	2	5	3	3	-	-
179.334 h	1/60.000 h.	1/90.000 h	1/35.800 h.	1/60.000 h.	1/60.000 h.		
Total Región	46	10	56	38	34	10	8
1.294.694 h	1/28.000 h.	1/129.500 h.	1/23.000 h.	1/34.000 h.	1/38.000 h	1/129.500 h	1/162.000 h

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

Tabla 49: Recursos humanos específicos de la atención hospitalaria a la Salud Mental en la Región de Murcia en el año 2004.

	Psiquiatras	M. Drogas	Psiqui+M.Dr	Psicólogos	ATS/DUE	T.Social	T/T.Ocupac
Total Región	22	1	23	8	50	4	7/2
1.294.694 h	1/59.000 h.	1/1294694h	1/56.300 h.	1/162.000 h.	1/26.000 h	1/324.000 h	1/144.000 h

Tabla 50: Recursos humanos en los Centros de Salud Mental agrupados por Programas Asistenciales en la Región de Murcia en el año 2004.

	Adultos		Infanto-Juvenil		Drogas		Total Regional	
	Psiquiatra	Psicólogo	Psiquiatra	Psicólogo	Psiq/M.Drog	Psicólogo	Psiq M.Drog	Psicólogo
Área I (501.994 h.)	16 1/31.400	10 1/50.200	5 1/100.500	3 1/167.000	6 1/83.600	4 1/125.500	27 1/18.600	17 1/29.500
Área II (333.828 h.)	8 1/41.700	6 1/55.600	2 1/167.000	2 1/167.000	3 1/111.000	2 1/167.000	13 1/25.700	10 1/33.400
Área III (154.042 h.)	5 1/30.800	4 1/38.500	1 1/154.000	1 1/154.000	1 1/154.000	1 1/154.000	7 1/22.000	6 1/25.600
Área IV (68.641 h.)	1½ 1/45.700	½ 1/137.000	1 1/68.600	¼ 1/274.000	½ 1/137.000	¼ 1/274.000	3 1/23.000	1 1/68.600
Área V (56.946 h.)	1 1/57.000	½ 1/114.000	½ 1/114.000	¼ 1/228.000	½ 1/114.000	¼ 1/228.000	2 1/28.500	1 1/57.000
Área VI (179.334 h.)	2 1/90.000	1½ 1/120.000	1 1/179.000	½ 1/360.000	2 1/90.000	1 1/179.000	5 1/36.000	3 1/60.000
Total Murcia (1.294.694 h.)	33½ 1/38.500	22½ 1/57.500	10½ 1/123.300	7 1/185.000	13 1/99.500	8½ 1/152.300	57 1/22.700	38 1/34.000

- Los profesionales de las áreas sanitarias III, 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

Tabla 51: Programas asistenciales y recursos humanos en los Centros de Salud Mental / CAD de la red de Salud Mental en el año 2004.

Centro CSM/CAD	Población referencia	Programas				Profesionales							
		Adultos	Drogas	Inf-Juv.	Rehabil.	Psiqu/Mdr	Psicologo	ATS	T.Social	T.Ocup.	Ax.Adm	Aux.Clin	Ordena
CAD-Murcia	620.000	-	+++	-	-	6	4	4	1	-	-	3	-
CSM-Infante.	150.000	+++	-	-	-	4	3	2	1	-	1	1	-
CSM S.Andrés	110.000	+++	-	-	-	4*	3	2	1	-	2	-	1
CSM S.Andrés	320.000	-	-	-	+++	1	1	2	1	3	1	2	1
CSM S.Andrés	490.000	-	-	+++	-	6	3	3	1	1	3	1	-
CSM-Arrixaca	67.000	+++	-	-	-	2*	1	1	-	-	1	-	-
CSM-Alcantarilla	57.000	+++	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-
CSM-M.Meseguer	140.000	+++	-	-	-	3	1	1	-	-	1	-	-
CSM-Molina	Ad-47.000 IJ-179.000	+++	-	+++	-	2	1	1	-	-	-	-	-
CSM-Cieza	50.000	+++	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-
CAD-Cieza	50.000	-	+++	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-
CSM-Cartagena	334.000	+++	+++	+++	+++	13	9*	6	3	3	7	4	2
CSM-Lorca	124.000	+++	+++	+++	+++	6	6	5	2	2	3	3	1
CSM-Aguilas	30.000	+++	+++	+++	-	1	1	1	-	-	1	-	-
CSM-Caravaca	68.000	+++	+++	+++	-	3	1	1	-	-	1	1	-
CSM-Mula	22.000	+++	+++	+++	-	1	1	-	-	-	1	-	-
CSM-Yecla/Jumilla	57.000	+++	+++	+++	-	2	1	3	-	-	2	-	-

Tabla 52: Comparación de los recursos humanos disponibles en los Centros de Salud Mental con las estimaciones de necesidades de la AEN (.profesionales/100.000 habit.)

CSM/CAD	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeros	T.Sociales	T.Ocupac.
Adultos	5	4	3	0,5	
Inf-Juv.	1,5	1	0,5	0,5	
Psicogeriatría	1	0,5	0,5	0,5	
Rehabilitac.	0,5	0,5	3*	1	1
Drogas	1	2	1	0,5	
Total Mínimo	9	8	8	3	1
Total Óptimo	12	11	10	3	2
Murcia	4,7	3,2	2,8	0,8	0,7

* Estimación realizada sobre la base de una prevalencia de un 0,6% de Trastornos Mentales Graves o Crónicos, considerando que el 15% de los mismos necesitaría una atención específica y que un profesional puede ser responsable de 50 casos como máximo.

Para poder desarrollar una atención domiciliaria, estas cifras debieran incrementarse.

Tabla 53: Comparación de los recursos humanos disponibles en las Unidades hospitalarias de Salud Mental con las estimaciones de necesidades de la AEN (.profesionales/100.000 habit.)

Dispositivo	Plazas Mínimas	Plazas Óptimas	Murcia
Corta Estancia	12	15	9,6
Corta estancia Inf-Juv.	3	5	-
Media Estancia	8	10	4,2
Hospital de Día	10	19	-
Hosp. Día Inf-Juv.	9	15	-

Tabla 54: Comparación de los recursos humanos disponibles en el Programa de Rehabilitación de Salud Mental con las estimaciones de necesidades de la AEN (.profesionales/100.000 habit.)

Dispositivo	Plazas Mínimas	Plazas Óptimas	Murcia
Centros de rehabilitación	20	50	21
C. de Día y actividad Ocupacional	20	50	(20 ONGs)
C.Rehabilit.laboral/Taller proteg.	15	30	-
Unidad Residencial	20*	20*	(8,4 S.Soc.)
Minirresidencia	20	50	-
Pisos tutelados	20	50	2
Pensiones supervisadas	5	10	-

*Depende de la existencia previa de pacientes hospitalizados con grave deterioro psicosocial

Para realizar estas estimaciones, realizadas por la AEN, se han tenido en cuenta los datos de prevalencia de estudios epidemiológicos nacionales e internacionales, los recogidos en los diversos Planes de Salud Mental de las CCAA, las publicadas por el Royal College de Psiquiatras del Reino Unido, por el Group of Advancement of Psychiatry de la APA,.....

II.4.b) Incrementos Estructurales y Humanos (1996-2004).

El crecimiento experimentado en los últimos años se ha realizado a expensas básicamente de los dispositivos comunitarios. Este crecimiento ha tenido lugar de una forma desigual, tanto por áreas como por colectivos. En las siguientes tablas se exponen los incrementos de los recursos humanos, en el periodo comprendido entre los años 1996 y 2002, realizados por el antiguo Servicio Murciano de Salud, dado que los realizados por el antiguo Insalud, a pesar de su necesidad, fueron anecdóticos, y tabla comparativa de los años 1995, 2004 y previsión de incremento en 2005 incluyendo los profesionales que plantea el actual P.S.M.D.

En relación con los recursos estructurales, se incluyen así mismo los que en la actualidad están iniciados y/o en obras, y con fecha máxima de recepción en 2005.

Tabla 55: Crecimiento de Recursos Humanos (plazas de nueva creación por grupos profesionales) en la Red de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud previo a transferencias, entre los años 1996 y 2002 (no se incluyen las plazas del antiguo INSALUD)

	Crecimiento neto y % en H.P.-UDH-	Crecimiento neto y % en CSM-CAD	Total Crecimiento neto y %
Grupo A (Psic.-M.Drog.-Psic.-M.Int.)	4-(31%)	25-(46%)	29-(43%)
Grupo B (ATS-T.Soc.-T.Ocup.-Inform)	10+6-(66%)	23-(96%)	33-(81%) +6(UDH)
Grupos C-D-E (A.Clin.-A.Adm.-Cel.-Ord.-.....)	10-(13%)	20-(91%)	30-(30%)
TOTALES	24+6-(26%)	68-(68%)	98-(46%)

Tabla 56: Crecimiento de Recursos Humanos (plazas de nueva creación por grupos profesionales) en la Red de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud entre los años 1996 y 2004 (Incluidos recursos INSALUD)

	Año 1995 Número de profesionales	Año 2004 Nº profesionales y % crecimiento respecto a 1995	Año 2005 Nº profesionales incluido incremento aprobado y % crecimiento 1995
Grupo A (Psiquiatras. M.Drogas. Psicólogo)	91	123-(35%)	148-(62%)
Grupo B (ATS-T.Sociales-T.Ocupacional- Informát)	63	112-(78%)	130-(106%)
Grupos C-D-E (A.Clin.-A.Adm.-Cel.-Ord.-.....)	119	164-(38%)	179-(50%)
TOTALES	273	399-(46%)	457-(68%)

Tabla 57: Crecimiento anual en recursos sanitarios/estructurales específicos de Salud Mental entre los años 1996 y 2005 en el Servicio Murciano de Salud.

Año	Descripción	Área Sanitaria
1996	Centro de Salud Mental. –Águilas	Área III
	Unidad Tratam. Opiáceos. –Águilas.	Área III
	Centro de Salud Mental . -Mula	Área I
1997	U. Trat. Opiáceos.-Totana,	Área III
	U. Trat. Opiáceos.- Mazarrón, y La Unión	Área II
	U. Trat. Opiáceos.- Jumilla	Área V
	Unidad Dexint. Hospitalaria.-Murcia	Área I
1998	U. Rehab.-C.Día Toxicómanos.-Cartagena.	Área II
	U. Rehab.-C.Día Toxicómanos.-Murcia	Área I
	Unidad Tratam. Opiáceos.-Mula	Área I
	Ampliación Centro de Día.-Hosp. Psiquiátrico	Area I
1999	U. Rehabilitación.-C.Dia Lorca	Area III
2000	Centro Salud Mental Adultos e Inf-Juv. San Andrés.	Area I
	U. Rehabilitación Adultos e Inf-Juv. San Andrés	Area I
2002	U.P.H. Hospital Virgen del Rosell. Cartagena	Área II
	Pabellón Dirección Hospital Psiquiátrico	Área I
2003	Ampliación U.P.H. Hosp.R.Méndez. Lorca	Área III
	Ampliación Centro Salud Mental. Molina	Área VI
2004	Centro de Salud Mental y U. Rehab. Caravaca	Area IV
2005	Centro Atención Drogas y U.T.O. Murcia	Área I
	U.P.H. Hospital Reina Sofía. Murcia	Área I
	U. Trast. Alimentación. Hospital Reina Sofía. Murcia	Área I

II.5. Recursos Asistenciales del ISSORM para el EMC.

La evolución de la demanda ha obligado a realizar un gran esfuerzo, en la asunción, creación y disposición de plazas, sin olvidar la necesidad de dar salida a los numerosos casos que con carácter de emergencia social se han de abordar desde los respectivos servicios.

Es por tanto un trabajo continuo e inacabable que, poco a poco, se va plasmando, aunque no por ello se ha de obviar la exigencia continua y permanente de demanda social y política.

Un pormenorizado análisis del estado de la situación, conclusiones y propuestas puede consultarse en dos documentos básicos; el Plan Regional de Acción Integral Personas con Discapacidad de la Región de Murcia y Libro Blanco Bases Plan de Acción para Personas Mayores (Web de la Consejería de Trabajo y Política Social/ ISSORM). Por ello entraremos a revisar los recursos asistenciales.

En relación al ISSORM referiremos los recursos asistenciales sectorizándolos por programas:

- Recursos atendidos y gestionados por programas del Servicio de Atención a Discapacitados, Inmigrantes y Otros Colectivos;
- Recursos atendidos y gestionados por el Servicio de Atención a Personas Mayores.

Ambos Servicios, dependientes de la Subdirección de Gestión de Servicios Sociales, ni que decir tiene que atienden un gran número de usuarios afectados de diversas patologías y que los recursos a los que hacemos referencia no son todos los que gestiona el Instituto. Hemos procedido a segregar aquellos que muy específicamente atienden personas cuyo diagnóstico principal es enfermedad mental crónica. También es importante señalar que, dado el perfil de la demanda, podemos afirmar que en cada uno de nuestros recursos asistenciales existiría un cierto número de personas con algún tipo de trastorno mental o patología psiquiátrica secundaria.

II.5.a Recursos Servicio de Atención a Discapacitados, Inmigrantes y otros colectivos en atención a Enfermos Mentales Crónicos:

A. CENTROS PROPIOS

CENTRO	UBICACIÓN	Nº PLAZAS
RESIDENCIA "LUIS VALENCIANO"	Ctra. de Mazarrón, s/n EL PALMAR (Murcia)	88
C.O."JULIO LÓPEZ AMBIT-MEJÍAS	Ctra. de Mazarrón, s/n EL PALMAR (Murcia)	100
CENTRO DE DÍA "LUIS VALENCIANO"		20

B. CENTROS CONCERTADOS Y OTROS (Datos referidos al año 2006)

ENTIDAD	Nº PLAZAS
ASPRODES Enfermos Mentales - LORCA	7
CENTRO "VILLA SOFIA". JUMILLA	35
CENTROS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA	10

II.5.b Recursos Servicio de Atención a Personas Mayores en atención a Enfermos Mentales Crónicos:

A. CENTROS PROPIOS

CENTRO	UBICACIÓN	Nº DE PLAZAS
RESIDENCIA PSICOGERIÁTRICA “FRANCISCO JAVIER ASTURIANO”	Ctra. de Mazarrón, s/n EL PALMAR (Murcia)	53
UNIDAD PSICOGERIÁTRICA R.P.M. ESPINARDO	Ctra de Madrid, s/n Espinardo (Murcia)	60
CONSTRUCCIÓN RPM PSICOGERIÁTRICA “EL PALMAR”	Ctra. de Mazarrón, s/n EL PALMAR (Murcia)	140

Servicio de Estancias Diurnas para Personas Mayores con Alzheimer u otro tipo de Demencias

CENTRO DE DÍA	Plazas SEDA
RESIDENCIA FTE. CUBAS (Cartagena)	20
RESIDENCIA SAN BASILIO(Murcia)	10

B. CENTROS CONCERTADOS

CENTRO DE DÍA	Plazas SEDA
“Ntra. Sra. De Fátima” MOLINA	15
Sta María Josefa. MURCIA	5
TOTAL	20

SUBVENCIONES A AYUNTAMIENTOS PARA ESTANCIAS DIURNAS

CENTROS	Nº Plazas SEDA
PERSONAS MAYORES AYUNTAMIENTO DE BLANCA	10
PERSONAS MAYORES AYUNTAMIENTO MULA	10
PERSONAS MAYORES (ALZHEIMER) AYUNT. YECLA	30
AYUNTAM. DE ARCHENA	5
AYUNTAM. CEUTI	10
AYUNTAM. SAN PEDRO	10
AYTO. MURCIA	15

II.6. Recursos Económicos de la Red de Salud Mental. Gasto Sanitario.

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

El aporte de recursos económicos por parte de la Administración Autónoma aplicados a la atención sanitaria en materia de Salud Mental ha sido muy importante a lo largo de todos estos años. La evolución del gasto ha sido más relevante en el periodo comprendido entre los años 1996 y 2004 (incremento superior al 89%), aunque en años anteriores este incremento, aunque inferior, ha sido constante.

El gasto sanitario derivado de la asistencia en materia de salud mental que realizó el Servicio Murciano de Salud en el año 2004 en los capítulos I, II, y IV (gastos de personal, gastos corrientes y subvenciones), fue muy superior a los tres mil millones de pesetas, sin incluir los gastos realizados en las diferentes inversiones estructurales (capítulo VI), que al ser ejecutadas de forma plurianual, no deben contabilizarse por años naturales.

Tabla 58: Comparación del Presupuesto en Salud Mental del Servicio Murciano de Salud años 1996-2004. (Programas 413A y 412D. No incluidas Gerencias)

	1996 (D+K)	2004 (A+D)	% incremento
Capítulo I (Gastos de personal)	991.937.000	1.816.885.000	83%
Capítulo II (Gastos corrientes)	239.332.000	397.554.000	66%
Capítulo IV (Subvenciones)	176.335.000	353.046.000	100%
Capítulo VI (Inversiones)	126.987.000	333.938.000	**
TOTAL	1.534.591.000	2.901.439.000	89%

- Cifras en pesetas.

**En el periodo 1996-2004, las inversiones totales realizadas a través del programa 412D, 412K, y 413A,(Capítulo VI), en la Red de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud, han sido de 2.500 millones de pesetas. Otras inversiones realizadas en la Red de Salud Mental, ejecutadas con cargo a otros programas presupuestarios del SMS han sido en los tres últimos años: CSM Caravaca, U.Rehab.Cartagena, UPH H.Rosell, ampliación UPH Lorca, UPH y UTA H.Reina Sofia, y CAD Murcia, que suponen un importe total añadido de 1.800 millones de pesetas.

Las diferentes unidades psiquiátricas hospitalarias (UPHs), así como los recursos extrahospitalarios de salud mental que dependen tanto de Gerencias de Atención Especializada como de Gerencias de Atención Primaria, pertenecientes todas al S.M.S., no están incluidas en la anterior tabla y se especifican en esta otra, al no disponer de programa presupuestario propio y estar incluidas en el de sus Gerencias respectivas. Las cifras que se exponen en la siguiente tabla, referentes al año 2004, no son exactas, siendo cantidades estimadas con un margen de error de +/- 5%.

Tabla 59: Presupuestos en Salud Mental de las diferentes Gerencias del Servicio Murciano de Salud en el año 2004.

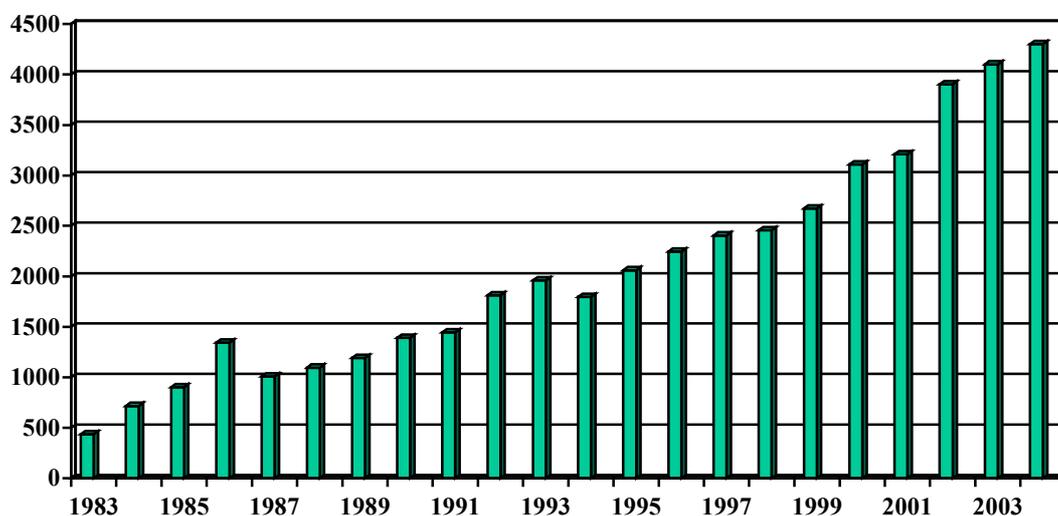
Gerencias Hospitalarias y/o At.Primaria.	Total capítulos presupuestarios I y II*
Gerencia Hosp. General.	375.000.000
Gerencia Hosp. Arrixaca + A.P. Murcia	193.000.000
Gerencia Hosp. Rosell + A.P. Cartagena	314.000.000
Gerencia Hosp. R.Méndez + A.P. Lorca	143.000.000
Gerencia Hosp. M.Meseguer + A.P. Murcia	85.000.000
Total	1.110.000.000

*Cifras en pesetas.

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

El incremento del año 1986 corresponde a la apertura de las UPHs del Hospital General y del Hospital Virgen de la Arrixaca, que anula por completo la disminución presupuestaria que se habría producido a partir de este año, dado que coincide en el tiempo con la separación de los pabellones de crónicos del Hospital Psiquiátrico, que pasan a depender presupuestariamente de Servicios Sociales. Los pequeños incrementos de los años 1992 y 1993 corresponden con obras realizadas en Hosp. Psiquiátrico, y es a partir del año 1995 cuando el incremento es constante y mayor, llegando a sus máximos actuales debido a las fuertes inversiones realizadas en recursos estructurales, sobre todo a partir del año 2000.

Gráfica 54: Evolución Presupuestos-Gastos generales de la red de Salud Mental del S.M.S. en el período comprendido entre los años 1983-2004. (Cifras en millones de pesetas)



El gasto sanitario en materia de Salud Mental del S.M.S. para el año 2004, supone el 3,4% del total del gasto del Servicio Murciano de Salud para ese año (sin incluir gasto farmacéutico).

II.6.a) Gasto Farmacéutico.

Analizado el gasto farmacéutico en psicofármacos, a través de recetas, de los años 2000-2004, financiado por el S.M.S., lo que más llama la atención es el incremento del mismo en todos los grupos terapéuticos analizados (incremento global acumulado del 79,2%), destacando de manera excesiva el grupo N05A (neurolépticos) con un incremento acumulado en los cuatro últimos años de un 136,4% (17%, 24%, 22% y 34% respectivamente), y el grupo N06A (antidepresivos) con un incremento acumulado del 37% (16% y 17% respectivamente). Los incrementos evidenciados en los grupos N05B y N05C (entre un 4% y un 7% anual), podrían achacarse al incremento porcentual similar del número de cartillas sanitarias.

Conviene destacar que el gasto farmacéutico de “neurolépticos” se produce a expensas de los llamados “Atípicos” en un 91%, dándose la paradoja de que el número de recetas de los llamados “Clásicos” representa un 71% de todas las prescripciones. El incremento constante del gasto en este grupo es directamente proporcional al incremento del número de prescripciones de “neurolépticos atípicos”. Así mismo, en el grupo N06A (antidepresivos) el 98% del gasto lo representan los llamados ISRS, a pesar de que el número de prescripciones de estos fármacos representan el 83% del total del grupo referido.

En el año 2004, el gasto farmacéutico de los grupos terapéuticos con acción sobre el Sistema Nervioso Central: N05A+N05B+N05C+N06A, suponen el 12,6% del “gasto farmacéutico total” financiado por Servicio Murciano de Salud.

Tabla 60: Evolución del gasto farmacéutico por Psicofármacos en los años 2000-2004.

Listado Grupos Terapéuticos con acción sobre el Sistema Nervioso Central.				
		Grupo N05A: Neurolépticos. Grupo N05B: Tranquilizantes.		Grupo N05C: Hipnóticos Sedantes. Grupo N06A: Antidepresivos.
N05A Neurolépticos	2000		2004	
Importe (ptas)	1.126.484.000	85% Atípicos 15% Clásicos	2.662.000.000 15.998.942 €	91% Atípicos 9% Clásicos
El incremento acumulado del gasto del Grupo N05A entre los años 2000 y 2004, es del 136,4%				
En el año 2004, el Grupo N05A (Neurolépticos), supone el 5,25% del gasto farmacéutico del SMS				
N05B Tranquilizantes	2000		2004	
Importe (ptas)	451.000.000	35% activos 65% pension.	537.388.000 3.229.767 €	38% activos 62% pensionist
El incremento acumulado del gasto en el Grupo N05B entre los años 2000 y 2004, es del 19,1%				
En el año 2004, el Grupo N05B (Tranquilizantes), supone el 1,06% del Gasto Farmacéutico del SMS				
N05C Hipnót.-Sedantes	2000		2004	
Importe (ptas)	143.000.000	20% activos 80% pension.	175.433.000 1.054.373 €	22% activos 78% pensionis
El incremento acumulado del gasto en el Grupo N05C entre los años 2000 y 2004, es del 22,7%				
En el año 2004, el Grupo N05C, (Hipnótico-Sedantes) supone el 0,35% del Gasto Farmacéutico del SMS				
N06A Antidepresivos	2000		2004	
Importe (ptas)	1.844.000.000	4% Tricíclico 96% ISRS y otros	3.012.232.000 18.103.878 €	2% Tricíclic 71% ISRS 27%Otros
El incremento acumulado del gasto en el Grupo N06A entre los años 2000 y 2004, es del 63,3%				
En el año 2004, el Grupo N06A, (Antidepresivos) supone el 5,95 del Gasto Farmacéutico del SMS				
Importe Total Grupos	21.422.980 euros 3.564.484.000 pesetas		38.391.800 euros 6.387.858.000 pesetas	
El incremento acumulado del gasto en el Total Grupos entre los años 2000 y 2004, es del 79,2%				
En el año 2004, los Grupos N05A-B-C yN06A, suponen el 12,61% del Gasto Farmacéutico del SMS				

* Cifras en millones de pesetas.

Fuente: D.G.Aseguramiento y Prestaciones del S.M.S.

III CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN.

Conclusiones del análisis de situación.

Oportunidades de mejora.

Desde la elaboración del anterior Plan de Salud Mental (1999-2001), la Red de salud mental ha experimentado un importante aumento de recursos estructurales y humanos (ver apartado recursos), así como casi duplicado los recursos económicos necesarios para llevar a cabo el desarrollo de sus diferentes programas asistenciales, aunque desde la asunción de la transferencia sanitaria el crecimiento en recursos humanos en salud mental, ha sido muy escaso.

La actividad asistencial global ha aumentado de forma considerable, mucho más evidente en relación con la actividad extrahospitalaria, con un incremento muy importante en la demanda de servicios y tratamiento.

Los Servicios Centrales de Salud Mental, a partir de la Transferencia Sanitaria, se han estructurado de una manera más acorde con las necesidades de organización y gestión de la Red de Salud Mental, con la creación de la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.

La Formación Continuada, la Docencia y la Investigación han mejorado ostensiblemente, elaborándose anualmente (desde el año 2001) un Plan de Formación Continuada específico para Salud Mental. Así mismo en el año 2002 se creó una Unidad Docente, dependiente de los Servicios Centrales de Salud Mental, y su correspondiente Comisión Asesora, con competencias en la formación de especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica.

Promovidas por la Subdirección General de Salud Mental se han creado diferentes comisiones: Adultos, Infanto-juvenil, Drogodependencias y Rehabilitación, que corresponden con cada uno de los programas asistenciales. En dichas comisiones están participando un elevado número de profesionales de la propia red de salud mental, representando las diferentes profesiones y centros de la región. Su trabajo se ha plasmado en el documento “Líneas maestras para el desarrollo de la Cartera de Servicios”. En este documento se abordan los trastornos psiquiátricos más graves y prevalentes, estableciendo líneas de trabajo para la elaboración de protocolos y/o guías de práctica clínica que conformarán la cartera de servicios plenamente desarrollada de los centros de salud mental y drogodependencias. Las líneas de trabajo marcadas por las distintas comisiones implican un consenso sobre la metodología de elaboración de las guías, implican a los profesionales que han de llevarlas a cabo y permiten orientar la formación continuada de los profesionales, lo que convierte a la formación en una importante estrategia de gestión.

III.1. Conclusiones y oportunidades de mejora sobre Organización Asistencial y Gestión.

1. Desde la asunción de las transferencias sanitarias se viene realizando el proceso de unificación e integración funcional de los recursos de salud mental. Este proceso necesita consolidarse, al continuar existiendo diferente dependencia jerárquica y funcional en los recursos asistenciales, dependiendo unos recursos de gerencias de atención especializada y otros de gerencias de atención primaria, sin una suficiente coordinación.
2. 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.
3. No está descentralizada la gestión, ni se articulan los recursos por áreas sanitarias. Se deberían aplicar los procedimientos de gestión que actualmente se vienen implantando en el sistema sanitario, con las correcciones específicas necesarias, en el área de Salud Mental
4. La mayor parte de los recursos de salud mental no están jerarquizados, dependiendo de gestión distinta la mayor parte de los hospitalarios y los ambulatorios. Solo existe a nivel extrahospitalario la figura de coordinador de centro y/o programa.
5. Quedan por desarrollarse acuerdos y convenios con distintas administraciones y organismos, que permitan una actuación coordinada entre instituciones implicadas en la Salud Mental.(Educación, S.Sociales, Trabajo, Justicia...)
6. Aun habiéndose creado la Subdirección General de Salud Mental, al mismo nivel que las Subdirecciones Generales de Primaria y Especializada, para organizar, planificar y gestionar adecuadamente los recursos de Salud Mental del S.M.S. en el actual período de transición en el que se encuentra nuestra Comunidad, se precisa una Subdirección lo suficientemente dotada de personal para poderlos hacer operativos y que facilite el proceso de integración en materia de Salud Mental.

III.2. Conclusiones y oportunidades de mejora en Formación Continuada-Docencia-Investigación.

1. No se dispone de ningún puesto reconocido en la relación de puestos de trabajo de la Subdirección General de Salud Mental encargado de la organización y coordinación de las actividades de formación continuada, docencia post-graduada y de investigación.
2. Aun habiéndose elaborado 4 Planes de Formación Continuada en Salud Mental, se debieran tomar las medidas adecuadas para mantener una estrategia de formación continuada.
3. Se ha incrementado considerablemente la suscripción a revistas científicas en materia de Salud Mental y su acceso se ha facilitado enormemente a través del portal sanitario de la Región de Murcia (www.murciasalud.es).
4. Se debe garantizar la adecuada formación a los especialistas que se forman en Salud Mental. Existen importantes diferencias en la organización, planificación y supervisión de la formación de los MIR de Psiquiatría en las dos Unidades Docentes que existen en la actualidad.
5. Aunque se han realizado algunos contactos previos, aún no se dispone de la acreditación necesaria para la formación de Enfermeros especialistas en Salud Mental en la Región de Murcia a pesar de disponer de todos los recursos necesarios.
6. Sigue predominando una orientación eminentemente asistencial en la red de Salud Mental en perjuicio de otras actividades importantes y necesarias para el adecuado desarrollo tanto de la red asistencial como de los profesionales implicados en ella, como son la investigación y la docencia.

III.3. Conclusiones y oportunidades de mejora en el RACP

1. Aún existen dispositivos asistenciales en la actual red de Salud Mental que no tienen implantado el sistema de registro. Esta situación se centra en las unidades hospitalarias y en aquellos centros provenientes del antiguo INSALUD. Para subsanar esta circunstancia es necesario tomar diversas medidas relacionadas con la dotación de recursos humanos, informáticos y con la sensibilización y formación del personal implicado.
2. Cumpliendo con la línea de actuación número 7 del Área de Salud Mental del Plan de Salud 2003-2007, es necesario adecuar el sistema de información disponible en la actualidad en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo.

III.4. Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa de atención a Adultos

1. Es uno de los programas más desarrollados de la red de salud mental, habiéndose mejorado en los últimos años debido al incremento en recursos humanos y estructurales, aunque presenta algunas deficiencias que deben ser corregidas para su mejor funcionamiento.
2. Se evidencia en los últimos años una masificación en estos servicios, siendo requeridos sus profesionales para todo tipo de consultas, incluidas las de patología leve, como probable resultado de una insuficiente coordinación con Atención Primaria.
3. Como consecuencia de esta situación, se empieza a detectar una insuficiente dedicación a los programas específicos relacionados a la patología psiquiátrica más grave (pacientes psicóticos).
4. En los recursos transferidos del antiguo INSALUD, se evidencia un insuficiente número de profesionales, que siendo ostensible respecto a psiquiatras y enfermeros, respecto a psicólogos la deficiencia es más que acusada. No disponen de personal auxiliar específico para salud mental, ni trabajador social, ni terapeutas ocupacionales, por lo que no pueden llevar a cabo con un mínimo de calidad los diferentes programas, ni mantener el sistema de registro (RACP).
5. En los últimos años, debido al aumento de actividad asistencial en todos los centros, las demoras respecto a las derivaciones desde Atención Primaria, se han duplicado, y la demanda de tratamiento psicológico ha crecido de forma desmesurada, 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.
6. Respecto a recursos estructurales, no se disponen de los suficientes para atender a la población actual, siendo muy deficitarias las áreas sanitarias V y VI, y precisando ampliación de los mismos las restantes áreas.

III.5. Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa Infanto-Juvenil.

1. A pesar de los incrementos realizados en recursos humanos en los últimos años, sigue existiendo un déficit de profesionales dedicados a este tipo de asistencia, así como una insuficiente formación y unidad de criterio respecto a su organización, actividad y funcionamiento.
2. En relación con los recursos estructurales, se ha mejorado muy satisfactoriamente los relativos al área sanitaria I, aunque no se disponen de los suficientes y son muy deficitarias las áreas sanitarias IV, V y VI, y precisan ampliación de los mismos las áreas II y III.
3. No se dispone de suficientes dispositivos tipo “centro de día”, con actividades dirigidas a potenciar un desarrollo evolutivo normal mediante una detección precoz y la mejora del pronóstico a través de programas de tratamiento intensivo en este tipo de recursos.
4. No se dispone de ningún recurso hospitalario con camas específicas para este tipo de patología en toda la Región, y aunque debe evitarse este tipo de ingresos en la infancia, son necesarias algunas camas para casos muy específicos imposibles de tratar ambulatoriamente.
5. Se ha trabajado conjuntamente con Servicios Sociales en el campo de la salud mental infanto-juvenil y se ha participado en la elaboración de algún protocolo, aunque debe seguir mejorando esta coordinación.
6. Sigue evidenciándose una insuficiente relación y coordinación con los organismos responsables de la educación en la Región de Murcia, a pesar de la importancia que presenta.

III.6. Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa Drogodependencias.

1. Se evidencia en los últimos años un aumento en la demanda de tratamiento de la adicción a cocaína.
2. El alcohol sigue siendo la droga que genera el mayor número de demandas de tratamiento ambulatorio, y se constata la necesidad de mayor número de plazas en Comunidad Terapéutica.
3. Existe una demora para tratamiento de desintoxicación hospitalaria , por lo que se hace necesaria la creación de una Unidad de Desintoxicación con recursos suficientes.
4. En lo que se refiere a los Programas de Bajo Umbral , se ha constatado un aumento en la utilización del Centro de Encuentro y Acogida y una estabilización en la Unidad Móvil.
5. La Patología Dual está infradiagnosticada, según se desprende de un estudio realizado sobre pacientes atendidos en el CAD de Murcia.
6. Aunque en los Centros/Unidades de tratamiento de drogodependientes de la Región existe la oferta de programas para la deshabituación tabáquica, son muy pocas las personas que solicitan su tratamiento.
7. Esta misma situación se evidencia con las ludopatías
8. En el área de integración socio-laboral, los programas que se llevan a cabo están dando una respuesta adecuada a la población atendida, aunque existen carencias como es la falta de medidas de apoyo residencial

III.7. Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa de Hospitalización.

1. La creación de la Unidad Psiquiátrica Hospitalaria (UPH) del área II y la ampliación del número de camas de la UPH del área III, ha conseguido que el número de camas de hospitalización breve disponibles en la Región de Murcia sea suficiente en términos generales. A pesar de estas ampliaciones, persiste una insuficiencia de camas en relación con las ubicadas en hospitales generales, siendo la situación más llamativa la ausencia de UPH en el Área Sanitaria VI, así como la práctica inexistencia de camas específicas para desintoxicación a drogas.
2. El Hospital Psiquiátrico sigue albergando casi la mitad de camas de corta estancia de la Región, no habiendo sido posible la transformación de estas unidades en unidades de media estancia, al no haberse creado aún las necesarias camas de corta estancia en los Hospitales Generales de las diferentes áreas sanitarias.
3. Los hospitales de las Áreas Sanitarias 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.
4. 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 utilizar recursos de Larga Estancia.
5. 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.

III.8. Conclusiones y oportunidades de mejora en el programa de Rehabilitación.

1. A pesar de la apertura de dos nuevas unidades de rehabilitación en Murcia y Lorca, y ser el programa que proporcionalmente ha experimentado el mayor crecimiento (debido a la escasez de este tipo de recursos), es en el que persiste el mayor déficit de recursos y de programas específicos necesarios para avanzar en el proceso de superación de las estructuras tradicionales de atención psiquiátrica.
2. Son necesarios los convenios que posibiliten la actuación conjunta de las instituciones implicadas en la atención 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 escasos, y se evidencia una insuficiente formación y unidad de criterio respecto a su organización y funcionamiento.
4. Los recursos estructurales del tipo Unidades de Rehabilitación/Centro de Día y pisos terapéuticos, exceptuando los existentes en el programa drogodependencias, son muy escasos, siendo la rotación/movilidad de pacientes muy baja.
5. Se evidencia la prácticamente ausencia de programas y dispositivos de reinserción socio-laboral, tan necesarios para la normalización e integración del enfermo mental.

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 detectadas, 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 el periodo de vigencia de este Plan de Salud Mental (2006-2009).

IV OBJETIVOS Y ACTIVIDADES.



IV. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD MENTAL

En el Plan de Salud 2003-2007 de la Región de Murcia, se recogen los siguientes Objetivos Generales del Área de Salud Mental, que tienen que desarrollarse en este nuevo Plan de Salud Mental:

- Disminuir el impacto de la cronicidad de los trastornos mentales.
- Reducir la comorbilidad asociada a los trastornos mentales.
- Disminuir la discapacidad asociada a los trastornos mentales.

Para la consecución de estos "objetivos generales", se plantean a continuación en el presente Plan de Salud Mental, una serie de objetivos y actividades que desarrollan las "líneas estratégicas de actuación" del Plan de Salud 2003-2007 de la Región de Murcia del área de Salud Mental (recogidas en cursiva).

Esas líneas de actuación se han dividido en varios apartados en aras de una mayor claridad: Gestión, Recursos Estructurales y Humanos, y Programas Asistenciales. Para cada línea de actuación se proponen una serie de objetivos y actividades con sus indicadores y cuantificación económica.

A pesar de que de forma genérica objetivos y actividades relacionadas con la prevención primaria, están recogidas en el Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007, se incluyen en este documento de forma más específica, así como los relacionados con la prevención secundaria y terciaria. Los relativos y específicos del programa drogodependencias, se encuentran de manera más pormenorizada en el documento que se ha elaborado específicamente como "Plan de Drogodependencias 2006-2009".

Aunque no se especifique explícitamente, el actual Plan da por contemplado, como mínimo, el mantenimiento de los recursos y programas actuales de la red de salud mental de nuestra Comunidad Autónoma.

VI.1.- Línea de actuación 1: INTEGRACIÓN DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL EN LAS DISTINTAS GERENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

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

ACTIVIDAD 1.1: Jerarquización de los servicios asistenciales.
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Creación de plazas de estructura que permitan jerarquizar los servicios y organizar mejor su funcionamiento por áreas sanitarias.• Indicadores: Porcentaje de jefaturas de servicio y sección en la red de Salud Mental, por Áreas Sanitarias, al término del Plan.
ACTIVIDAD 1.2: Adscripción de los centros de salud mental a sus unidades de referencia hospitalarias
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Adscribir los CSM y CAD y las unidades psiquiátricas hospitalarias a las respectivas Gerencias de Especializada de sus áreas de referencia• Indicadores: Adscripciones realizadas, a partir del año 2007.
ACTIVIDAD 1.3: Realización de contratos de gestión en materia de salud mental, con las diferentes Gerencias de Especializada del SMS
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Incluir en los contratos de gestión anuales que realiza el SMS entre la Dirección General de Asistencia Sanitaria y las Gerencias de Especializada de las áreas sanitarias respectivas, actuaciones y objetivos específicos en materia de salud mental.• Indicadores: nº de contratos de gestión anuales realizados, con objetivos y actuaciones específicas de salud mental.
ACTIVIDAD 1.4: Creación de comisión de dirección en la Subdirección de salud mental
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Creación de una comisión de dirección compuesta por los coordinadores de CSM/CAD, jefaturas de unidades y /o servicios de la red de salud mental.• Indicadores: Creación de la comisión en 2007. Nº de reuniones por año
ACTIVIDAD 1.5: Creación de una comisión de asesoramiento en temas de salud mental
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Creación de una comisión en la que participen los profesionales, las sociedades científicas y las asociaciones de familiares y usuarios con la finalidad de asesorar sobre líneas de actuación futuras, y sugerir mejoras en programas existentes. Esta comisión se reunirá al menos una vez al año.• Indicadores: Existencia de la comisión al finalizar la vigencia del Plan. Nº de reuniones y actas de las mismas

ACTIVIDAD 1.6: Creación y transformación de puestos de trabajo adecuados a las titulaciones de especialistas en la red de salud mental.

- **Descripción:** Promover la creación y transformación de puestos de trabajo adecuados a las siguientes titulaciones: Psicólogo/especialista en Psicología Clínica, Enfermero/Enfermero especialista S.M., Medico Drogas/Psiquiatra.
- **Indicadores:** Porcentaje de plazas creadas y/o transformadas en cada titulación al finalizar el Plan

ACTIVIDAD 1.7: Mejora de la coordinación y comunicación con Atención Primaria

- **Descripción:** Consolidación mediante la formalización de la comisión Atención Primaria-Salud Mental, actualmente en funcionamiento
- **Indicadores:**
 - Creación de la comisión en el año 2006. Nº de reuniones por año
 - Documento de trabajo con propuestas de mejora en coordinación y comunicación.
 - Protocolos en Atención Primaria sobre temas de salud mental elaborados conjuntamente.

ACTIVIDAD 1.8: Dotación de recursos humanos específicos dedicados a la formación, docencia e investigación.

- **Descripción:** Creación de una plaza de Responsable de Formación, Docencia e Investigación en la Subdirección General de Salud Mental.
- **Indicador:** Creación de la plaza.

ACTIVIDAD 1.9: Elaboración de Planes de Formación Continuada específicos de Salud Mental.

- **Descripción:** Elaboración de un Plan anual de Formación Continuada específico sobre Salud Mental, siguiendo las directrices de la D.G. de Calidad, Formación e Investigación Sanitaria
- **Indicador:** Publicación anual del Plan de Formación Continuada de Salud Mental

ACTIVIDAD 1.10: Mejora de la formación y supervisión de los especialistas en formación (MIR de Psiquiatría y PIR) de la Región de Murcia.

- **Descripción:** Garantizar la participación conjunta en la elaboración de los planes de formación de especialistas de Salud Mental a través de la Comisión Asesora de la Unidad Docente de Salud Mental así como de la Unidad Docente del Hospital Virgen de la Arrixaca, estableciendo los mecanismos de evaluación y supervisión necesarios para garantizar la adecuada formación
- **Indicador:**
 - Elaboración del Plan de Rotaciones de las diferentes especialidades (MIR de Psiquiatría y PIR) en las dos Unidades Docentes.
 - Elaboración anual del Plan de Formación de Residentes en cada Unidad Docente.
 - Informe de evaluación del cumplimiento de los puntos anteriores.

ACTIVIDAD 1.11: Acreditación docente de la Subdirección General de Salud Mental para la formación de Enfermeros Especialistas en Salud Mental

- **Descripción:** Para la acreditación docente en la formación de Enfermeros Especialistas en Salud Mental se precisa la firma de un convenio en el que se especificará la participación concreta de cada entidad (Servicio Murciano de Salud y Escuela Universitaria de Enfermería), así como la responsabilidad de la financiación de la misma.
- **Indicador:**
 - Elaboración y firma de un convenio de colaboración
 - Tramitación de la solicitud de la acreditación docente correspondiente.
 - Dotación económica necesaria para el inicio de la formación postgraduada en la especialidad de Salud Mental.

ACTIVIDAD 1.12: Ampliación del número de plazas MIR-PIR ofertadas en la Región.

- **Descripción:** Ampliación del nº de plazas MIR y PIR acreditadas, y adecuación de las plazas ofertadas a las necesidades de la Región.
- **Indicador:**
Iniciación del procedimiento de acreditación en el año 2006.
nº de plazas MIR y PIR ofertadas e incremento respecto a años anteriores

ACTIVIDAD 1.13: Adecuación de la sectorización de los servicios asistenciales de salud mental a la nueva orden de sectorización de asistencia sanitaria.

- **Descripción:** Reordenación de la sectorización asistencial en salud mental, siguiendo las directrices que marque la D.G. de Planificación como consecuencia de nueva orden de sectorización de la asistencia sanitaria regional
- **Indicador:** Publicación de orden de sectorización.

VI.2.- Línea de actuación 2: SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS

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

ACTIVIDAD 2.1: Sistema de Información y Vigilancia de Salud Mental.

- **Descripción:** Diseño y puesta en marcha, en el marco del P.D.S.I.S., de un sistema de registro de Salud Mental capaz de proporcionar los datos a partir de la optimización de los registros existentes en la actualidad, extendiendo su uso a todos los centros y unidades de la red.
- **Indicador:** Funcionamiento a pleno rendimiento del Sistema de Información descrito anteriormente, antes de finalizar el Plan en todos los centros y unidades de la red de salud mental.

ACTIVIDAD 2.2: Sistema centralizado de registro informático del programa de dispensación de metadona.

- **Descripción:** Diseño y puesta en marcha, en el marco del PDSIS, de un sistema centralizado de registro informático del programa de dispensación de metadona en todos los CSM/CAD de la Red Regional de Salud Mental y Drogodependencias
- **Indicador:** Funcionamiento a pleno rendimiento del Sistema de registro descrito anteriormente, antes de finalizar el Plan en todos los centros y unidades de la red de salud mental que administren metadona.

ACTIVIDAD 2.3: Adaptación del actual Observatorio sobre Drogas de la Región a las nuevas necesidades, para la planificación de recursos y actividades.

- **Descripción:** Creación mediante Decreto, del Observatorio Regional de Drogas para la recogida de datos y actualización del procesamiento de la información, para mantener actualizada la incidencia, prevalencia y tendencias del consumo de drogas en la Región
- **Indicador:** Informes y memorias emitidas por el Observatorio, así como periodicidad de los mismos.

VI.3.- Línea de actuación 3: RECURSOS ESTRUCTURALES EN SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS

Establecer una distribución homogénea de recursos estructurales en las diferentes áreas sanitarias, dando prioridad a las áreas más desfavorecidas. (Común a todos los Programas).

ACTIVIDAD 3.1: Dotación y mejora de recursos estructurales del área sanitaria I

- **Descripción:**
 - Solicitud de terrenos para construcción del nuevo CSM Infante.
 - Reestructuración funcional del CAD de Murcia y la Unidad Móvil de Drogodependencias.
 - Reubicación y reestructuración funcional de la U.D.H. del Hospital Reina Sofía de Murcia.
 - Apertura de nueva U.P.H. en Hospital Morales Meseguer
 - Diseño y construcción de una Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil
- **Indicadores:** Edificación, mejora, o apertura de las unidades

ACTIVIDAD 3.2: Dotación y mejora de recursos estructurales del área sanitaria II

- **Descripción:**
 - Apertura de una UDH en el Área II.
 - Inicio de construcción de nueva UPH en nuevo Hospital de Los Arcos
 - Estudio de viabilidad para un nuevo CSM en área del Mar Menor.
 - Apertura de una nueva Unidad de Rehabilitación-H.Día en Cartagena.
 - Inicio de construcción de nueva UPH en nuevo Hospital de Cartagena.
 - Estudio de viabilidad y solicitud de terrenos para nuevo CSM en Cartagena.
 - Inicio de la construcción de una Unidad de Tratamiento con Opiáceos en el nuevo Centro de Salud del Puerto de Mazarrón
- **Indicadores:** Apertura/construcción de las unidades y centros citados.

ACTIVIDAD 3.3: Dotación y Mejora de recursos estructurales del área sanitaria III

- **Descripción:** Construcción de un nuevo CSM en Lorca.
- **Indicadores:** Apertura del CSM.

ACTIVIDAD 3.4: Dotación y mejora de recursos estructurales del área sanitaria IV

- **Descripción:**
 - Apertura de nueva Unidad de Rehabilitación en el nuevo CSM de Caravaca.
 - Apertura de Unidad de Tratamiento con Opiáceos en el CSM de Caravaca
 - Apertura de una Unidad de Tratamiento con Opiáceos en el Centro de Salud de Mula, con dependencia funcional del CSM Caravaca
- **Indicadores:** Apertura de las diferentes Unidades

ACTIVIDAD 3.5: Dotación y Mejora de recursos estructurales del área sanitaria V

- **Descripción:** Construcción de un nuevo CSM en Yecla.
- **Indicadores:** Apertura del CSM

ACTIVIDAD 3.6: Dotación y Mejora de recursos estructurales del área sanitaria VI

- **Descripción:**
 - Construcción de nuevo CSM-Molina, reorganizando los recursos estructurales de la zona
 - Inicio del proceso de construcción de nuevo CSM-Cieza , unificando los recursos estructurales de la zona
- **Indicadores:** Apertura/inicio construcción de los CSM.

VI.4.- Línea de actuación 4-a:

RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS

Establecer una distribución homogénea de recursos humanos en las diferentes áreas sanitarias, dando prioridad a las áreas más desfavorecidas, y a recursos transferidos de INSALUD. (Común a todos los Programas).

ACTIVIDAD 4.1: Dotación de recursos humanos para el área sanitaria I

- **Descripción:**
 - Dotación de recursos humanos de la UPH Morales Meseguer.
 - Incremento de recursos humanos de los CSMs transferidos (Arrixaca, Alcantarilla)
 - Potenciación de los recursos humanos de la UDH Hospital Reina Sofía.
 - Incremento de recursos humanos CSM Infante y San Andrés.
- **Indicadores:** nº de plazas creadas en cada uno de los recursos.

ACTIVIDAD 4.2: Dotación de recursos humanos para el área sanitaria II

- **Descripción:**

Potenciación de los recursos humanos del CSM Cartagena..
Implementación del nº de plazas para la nueva U.Rehabilitación-H.Día de Cartagena.
Potenciación/Dotación de los recursos humanos de la UPH y UDH de Cartagena.
- **Indicadores:** Nº de plazas creadas en cada uno de los recursos.

ACTIVIDAD 4.3: Dotación de recursos humanos para el área sanitaria III

- **Descripción:**
 - Creación de plazas para la UPH Rafael Mendez.
 - Creación de plazas para CSM de Lorca y Águilas.
- **Indicadores:** Nº de plazas creadas en cada uno de los recursos

ACTIVIDAD 4.4: Dotación de recursos humanos para el área sanitaria IV

- **Descripción:** Creación de plazas para el CSM de Caravaca.
- **Indicadores:** Nº de plazas creadas.

ACTIVIDAD 4.5: Dotación de recursos humanos para el área sanitaria V

- **Descripción:** Creación de plazas para el CSM de Yecla-Jumilla.
- **Indicadores:** Nº de plazas creadas.

ACTIVIDAD 4.6: Dotación de recursos humanos en el área VI

- **Descripción:**
 - Potenciación/Creación de plazas para el CSM-Molina.
 - Potenciación/Creación de plazas para el CSM-Cieza.
- **Indicadores:** Nº de plazas creadas.

Línea de actuación 4-b: RECURSOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN A ENFERMO MENTAL CRÓNICO (EMC) EN CENTROS DEL ISSORM

Proceder a la generación de plazas de distintas especialidades y a la adecuación a las características de atención de cada recurso, dando prioridad a los más desfavorecidos y tendiendo a su estabilización.

ACTIVIDAD 4.7: Dotación de recursos humanos en los centros del programa de discapacidad en atención a EMC.

- **Descripción:** Dotación de recursos humanos en : los centros Luis Valenciano y Julio López Ambit-Mejías.
- **Indicadores:** Número de plazas creadas en cada uno de los recursos.

ACTIVIDAD 4.8: Dotación de recursos humanos en los centros del programa de atención a personas mayores con EMC

- **Descripción:** Dotación de recursos humanos en: La Residencia Psicogeriátrica Francisco Javier Asturiano.
- **Indicadores:** N° de plazas creadas en el recurso.

VI.5.- Línea de actuación 5:

PROGRAMAS ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL. PROGRAMA ADULTOS.

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

OBJETIVOS GENERALES PARA TODOS LOS PROGRAMAS

1. Mejorar la calidad de la atención garantizando la continuidad de cuidados en el paso por diferentes dispositivos
2. Establecer unos mínimos en la atención que permitan ordenar a la demanda, para prestar especial atención a los trastornos más graves
3. Mejorar la coordinación y comunicación con Atención Primaria
4. Mejorar los niveles de coordinación entre los diferentes programas asistenciales de la red de salud mental

VI.5.a) PROGRAMA ADULTOS

OBJETIVOS

- Potenciar el apoyo y la colaboración con las familias en las patologías más graves (psicoeducación)
- Propiciar acuerdos con otras instituciones de cara a la intervención en problemas relacionados.

ACTIVIDADES E INDICADORES

ACTIVIDAD 5.1: Dotación de recursos estructurales y humanos específicos para este programa.

- **Descripción:** Contemplado el los objetivos y actividades marcados en las líneas de actuación 3 y 4.
- **Indicador:** Contemplado en indicadores de líneas de actuación 3 y 4.

ACTIVIDAD 5.2: Definición y desarrollo de programas básicos.

- **Descripción:** Desarrollo de los programas básicos contemplados en el documento “Líneas maestras para el desarrollo de la cartera de servicios”
- **Indicadores:** Guías de práctica clínica de trastornos psicóticos, de la alimentación, trastornos afectivos, y de ansiedad. Protocolo de relajación.

ACTIVIDAD 5.3: Definición de trastorno mental grave.

- **Descripción:** Definir los trastornos mentales graves de forma que permitan darles prioridad en la asistencia de cara a un tratamiento integral
- **Indicadores:** Registro de trastorno mental grave a través del Sistema de Registro de Registro de Salud Mental.

ACTIVIDAD 5.4: Desarrollo del programa de psicóticos

- **Descripción:** Impulso al programa de psicóticos en todos los centros con medidas concretas que permitan el seguimiento del caso , la psico-educación y las intervenciones familiares.
- **Indicadores:**
 - N° de centros con programa de psicóticos (psico-educación, habilidades sociales, intervención familiar,.....)
 - N° de centros con programas de intervención familiar de la esquizofrenia implantados (multi o unifamiliares), con programas de habilidades sociales, psicoeducación...
 - N° de casos evaluados en los programa al término del Plan

ACTIVIDAD 5.5: Mejora de la coordinación hospital-centro de salud mental

- **Descripción:** Elaboración o actualización de un protocolo de derivación, con especial atención a los trastornos psicóticos
- **Indicadores:** Protocolo de derivación Hospital- Centro de Salud Mental.

ACTIVIDAD 5.6: Formación y puesta en marcha de la intervención familiar en la esquizofrenia

- **Descripción:** Extensión del programa de supervisión de la intervención familiar en la esquizofrenia a todos los centros de la red de salud.
- **Indicadores:**
 - Número de centros con profesionales formados.
 - Número de profesionales formados y realizando intervenciones familiares al acabar el periodo del Plan

ACTIVIDAD 5.7: Desarrollo de programa específico para psicosis maniaco-depresiva

- **Descripción:** Impulso al programa de P.M.D. en todos los centros con medidas concretas que permitan el seguimiento del caso, en concreto en lo referente a la "clínica de litio".
- **Indicadores:** n° de centros con programa P.M.D., y clínica de litio. N° de casos tratados por año, al acabar la vigencia del Plan

ACTIVIDAD 5.8: Revisión de la atención a los trastornos menos graves

- **Descripción:** Estudio de la atención a los trastornos menos graves revisando la atención y las posibilidades de colaboración con atención primaria .
- **Indicadores:** protocolos comunes con atención primaria dirigidos a este tipo de trastornos, a la finalización del Plan

VI.6.- Línea de actuación 6: PROGRAMA INFANTO-JUVENIL EN SALUD MENTAL.

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

Objetivos:

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

ACTIVIDADES E INDICADORES

ACTIVIDAD 6.1: Dotación de recursos estructurales y humanos específicos para este programa.
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Contemplado en los objetivos y actividades marcados en las líneas de actuación 3 y 4.• Indicador: Contemplado en indicadores de líneas de actuación 3 y 4.
ACTIVIDAD 6.2: Elaboración de programas
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Elaboración de protocolos y programas específicos siguiendo las "Líneas maestras para la elaboración de la cartera de servicios" elaboradas por la comisión de Infanto-juvenil• Indicadores: N° de protocolos o programas específicos elaborados, a la finalización del Plan
ACTIVIDAD 6.3: Mejora de la coordinación infanto-juvenil a nivel regional
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Reuniones de coordinación específicas de coordinadores de Infanto-juvenil• Indicadores: N° de reuniones específicas de infanto-juvenil/año, durante la vigencia del Plan
ACTIVIDAD 6.4: Mejora de la coordinación y comunicación con Atención Primaria
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Mejora de la coordinación y comunicación con pediatría• Indicadores: Documentos de trabajo con atención primaria, elaborados hasta finalización del Plan.

<p>ACTIVIDAD 6.5: Potenciación de la prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Elaboración de una guía de recursos, relacionados con la salud mental, orientados a la prevención (comunidad, municipales, etc.) • Indicadores: Existencia de la guía de recursos al finalizar el Plan
<p>ACTIVIDAD 6.6: Creación de una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Diseño y puesta en funcionamiento de una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil • Indicadores: Construcción de la Unidad al finalizar el Plan (dependencia de la construcción del Hospital Materno-Infantil en la Arrixaca)
<p>ACTIVIDAD 6.7: Creación de una comisión Educación – Salud Mental Infanto-Juvenil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de una comisión mixta para tratar temas de salud mental en el ámbito escolar y mejora de la comunicación entre orientadores o profesores y salud mental • Indicadores: Creación de la comisión, y Documento de trabajo con propuestas concretas, al finalizar el Plan
<p>ACTIVIDAD 6.8: Creación de una comisión Justicia – Salud Mental Infanto-Juvenil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de una comisión mixta para abordar problemas de salud mental en Protección del Menor mejorando la coordinación y comunicación existente. • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Creación de la comisión, y Documento de trabajo con propuestas concretas, al finalizar vigencia del Plan



**VI.7.- Línea de actuación 7:
PROGRAMA DE DROGODEPENDENCIAS EN SALUD MENTAL.**

Optimización del proceso asistencial del paciente con problemas de drogodependencias garantizando la continuidad de la asistencia con especial atención a los problemas derivados del abuso de drogas legales.

Objetivos

- Configuración de una red de drogodependencias integrada en la atención especializada de salud mental, que de cabida a los recursos asistenciales públicos y concertados/convenidos.
- Adaptación y aplicación de programas eficaces para el tratamiento del abuso de cocaína en la región de Murcia.
- Desarrollo línea de intervención específicas para drogodependientes con patología psiquiátrica asociada (patología dual).
- Ampliar la cobertura de tratamiento en Comunidades Terapéuticas para alcohólicos.
- Disminuir la demora para acceder a tratamiento en las unidades de drogodependencias de la Región.
- Definir el funcionamiento de las unidades de hospitalización de drogodependencias en la Región.
- Ampliar la cobertura de tratamiento para las ludopatías en la Región.
- Poner en marcha de forma generalizada, programas de bajo umbral.
- Facilitar el acceso de la mujer drogodependiente con cargas familiares, a los programas de rehabilitación-reinserción.
- Aumentar la cobertura asistencial a los problemas derivados del abuso y dependencia de drogas legales.

ACTIVIDAD 7.1: Dotación de recursos estructurales y humanos específicos para este programa.

- **Descripción:** Contemplado en los objetivos y actividades marcados en las líneas de actuación 3 y 4.
- **Indicador:** Contemplado en indicadores de líneas de actuación 3 y 4.

ACTIVIDAD 7.2: Diagnóstico y tratamiento de los problemas de abuso y dependencia al tabaco en Atención Primaria.

- **Descripción:** Aplicación de los programas de atención al tabaquismo existentes en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.
- **Indicador:**
 - N° de Centros de Atención Primaria que aplican el programa de tabaquismo.
 - N° pacientes atendidos en dicho programas.

ACTIVIDAD 7.3: Detección precoz y tratamiento de los problemas de abuso y dependencia de alcohol en Atención Primaria.

- **Descripción:** Aplicación de los programas de atención al alcoholismo existentes en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.
- **Indicador:**
 - N° de Centros de Atención Primaria que aplican el programa de alcoholismo.
 - N° pacientes atendidos en dicho programas.

<p>ACTIVIDAD 7.4: Ampliación de recursos específicos de tratamiento del alcoholismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: • Ampliar nº de plazas en Comunidad Terapéutica para tratamiento del alcoholismo. • Desarrollo de programa de atención al alcoholismo en el medio hospitalario • Indicador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nº de plazas incrementadas en Comunidad Terapéutica. ○ Nº pacientes atendidos. ○ Nº de hospitales con programa de atención al alcoholismo.
<p>ACTIVIDAD 7.5: Aplicación de programas específicos para el tratamiento de la dependencia de cocaína.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Aplicación de programas científicamente validados para el tratamiento de la dependencia de cocaína en las unidades especializadas de atención a drogodependencias de la red de Salud Mental y servicios asistenciales concertados/convenidos, siguiendo las líneas maestras para el desarrollo de la cartera de servicios. • Indicador: Guía de práctica clínica para el tratamiento de la adicción a la cocaína.
<p>ACTIVIDAD 7.6: Desarrollo de recursos para drogodependientes con patología psiquiátrica asociada (patología dual).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Implantación de programas para el diagnóstico, estudio, investigación y tratamiento de los pacientes con patología dual. • Indicador: Nº de programas de patología dual.
<p>ACTIVIDAD 7.7: Garantizar el correcto diagnóstico y tratamiento de la patología dual en la red de Salud Mental y Drogodependencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Inclusión en los protocolos diagnósticos de las unidades de la red Salud Mental, el despistaje de patología dual. • Indicador: Historia clínica.
<p>ACTIVIDAD 7.8: Tratamiento de la ludopatía en la red asistencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Ofertar atención especializada a los problemas de adicción al juego en las unidades especializadas de drogodependencias pertenecientes a la red de Salud Mental en colaboración con las asociaciones de autoayuda. • Indicador: Número de pacientes atendidos.
<p>ACTIVIDAD 7.9: Programa residencial para apoyo al tratamiento ambulatorio y/o centro de día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: • Dotación de plazas de alojamiento para facilitar la cumplimentación del tratamiento a pacientes con domicilio distante de los recursos asistenciales. • Indicador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Número de alojamientos. ○ Número de pacientes usuarios de los mismos.
<p>ACTIVIDAD 7.10: Reestructuración de unidades de desintoxicación hospitalaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Contemplado en el apartado de recursos estructurales. • Indicador: <ul style="list-style-type: none"> ○ Número de camas de desintoxicación hospitalaria. ○ Número de usuarios de las mismas.

ACTIVIDAD 7.11: Potenciación del programa de dispensación de metadona en Oficinas de Farmacia.

- **Descripción:** Incremento del número de farmacias asociadas al programa de dispensación de metadona, así como del número de pacientes derivados a dicho programa desde las Unidades de Atención a Drogodependencias.
- **Indicador:**
 - Número de farmacias asociadas.
 - Número de pacientes en el programa.

ACTIVIDAD 7.12: Reestructuración del Programa de la Unidad Móvil de Atención a Drogodependientes.

- **Descripción:** Adecuar el programa de la Unidad Móvil de Drogodependencias a las necesidades actuales de la red asistencial.
- **Indicador:**
 - Número de recursos incluidos en programa de sustitutivos opiáceos.
 - Número de pacientes atendidos en dichos recursos.

ACTIVIDAD 7.13: Tratamiento del tabaquismo en la red asistencial.

- **Descripción:**
- Ofertar atención especializada multidisciplinar a los problemas de adicción al tabaco mediante programas estructurados validados científicamente, en coordinación con el nivel de Atención Primaria.
- **Indicador:**
 - Número de intervenciones de deshabituación tabáquica en Atención Primaria.
 - Número de intervenciones de deshabituación tabáquica en los centros y unidades de Atención en Drogodependencias y Centros de Salud Mental.

ACTIVIDAD 7.14: Programas de detección precoz e intervención temprana con menores consumidores de drogas.

- **Descripción:**
- Poner en marcha programas de diagnóstico precoz e intervención temprana con menores consumidores de drogas y con especial atención a los hijos de adictos, en colaboración con la Consejería de Trabajo y Política Social.
- **Indicador:**
 - Número de programas implantados.
 - Número de usuarios atendidos.
 - Número de actuaciones de colaboración con otras instituciones.

ACTIVIDAD 7.15: Generalizar los programas de prevención, detección, vacunación, quimioprofilaxis y tratamiento de la tuberculosis, hepatitis y SIDA.

- **Descripción:**
- Implantación en todas las unidades de atención a drogodependencias de medidas de prevención del contagio y aplicación de medidas encaminadas a la prevención, detección, quimioprofilaxis y vacunación. Seguimiento de tratamientos directamente observados con tuberculostáticos y antirretrovirales, en coordinación con la Dirección General de Salud y en colaboración con los recursos asistenciales concertados/convenidos.
- **Indicador:**
 - Número de pruebas diagnósticas realizadas.
 - Número de pacientes con diagnóstico positivo.
 - Número de pacientes en tratamiento con tuberculostáticos.

ACTIVIDAD 7.16: Generalizar los programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas.

- **Descripción:** Implantar en todas las unidades de Atención a Drogodependencias los programas de intercambio de jeringuillas , sexo seguro y consumo de menos riesgo.
- **Indicador:** - Porcentaje de unidades de drogodependencias que desarrollan dichos programas.

ACTIVIDAD 7.17: Facilitar el acceso a los programas de tratamiento e integración socio-laboral de mujeres drogodependientes.

- **Descripción:** Adaptar los recursos mejorando la accesibilidad de mujeres con problemas de drogodependencias, teniendo en cuenta la conciliación de la vida familiar y el tratamiento, en colaboración con otras entidades.
- **Indicador:** Número medidas adoptadas.

ACTIVIDAD 7.18: Modificación del R.A.C.P. en programa drogodependencias. (Contemplado en Línea de Actuación 2, Actividad 2.1).

- **Descripción:** Inclusión de un tercer ítem diagnóstico en el registro de casos, específico para diagnóstico de patología dual.
- **Indicador:** Modificaciones realizadas en el Registro acumulativo de casos psiquiátricos.



**VI.8.- Línea de actuación 8-a:
PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL.**

Potenciación de recursos hospitalarios específicos para la atención de los trastornos mentales.

ACTIVIDAD 8.1: Dotación de recursos estructurales y humanos específicos para este programa.

- **Descripción:**
- Contemplado en objetivos y actividades marcados en líneas de actuación 3, 4 y 6.
- **Indicador:** Contemplado en indicadores de líneas de actuación 3, 4 y 6.

ACTIVIDAD 8.2: Elaboración y ejecución de un Plan de Transformación del H Psiquiátrico “Román Alberca”

- **Descripción:**
- Elaboración del Plan de Transformación del Hospital Psiquiátrico “Román Alberca” y la Transformación de al menos una unidad de corta estancia, en unidad de media estancia o en unidades específicas
- **Indicadores:**
 - Elaboración del documento
 - Transformación de UCE en UME y/o unidades específicas antes de finalizar la vigencia del plan

ACTIVIDAD 8.3: Mejora de los recursos estructurales para pacientes de media estancia.

- **Descripción:**
- Ampliación y mejora de los dispositivos estructurales actuales dedicados a terapias específicas para pacientes de "media estancia" en el Hospital Psiquiátrico.
- **Indicador:** Realización de las obras.

ACTIVIDAD 8.4: Apertura de nueva UPH en Hospital Morales Meseguer

- **Descripción:**
- Ubicación definitiva de una UPH en Hospital Morales Meseguer que de cobertura a las zonas de referencia del mencionado hospital (parte de área I y área sanitaria VI), con una dotación mínima de 20 camas y máxima de 24 camas.
- **Indicador:** Puesta en marcha de la unidad en el año 2006

ACTIVIDAD 8.5: Potenciación del número de camas psiquiátricas en Cartagena

- **Descripción:** Ampliar el nº de camas de hospitalización en el área sanitaria II
- **Indicador:** Aumento del % de camas para hospitalización respecto al año 2005

ACTIVIDAD 8.6: Coordinación con el Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca

- **Descripción:**
- Coordinación del equipo de Salud Mental con el hospital para garantizar las interconsultas de pacientes ingresados y la atención o derivación de los pacientes con trastorno mental del servicio de Urgencias.
- **Indicador:** Protocolo de interconsulta y derivación.

ACTIVIDAD 8.7: Coordinación con el Hospital Virgen del Castillo de Yecla

- **Descripción:**
- Coordinación del equipo de Salud Mental con el hospital para garantizar las interconsultas de pacientes ingresados y la atención o derivación de los pacientes con trastorno mental del servicio de Urgencias.
- **Indicador:** Protocolo de interconsulta y derivación.

ACTIVIDAD 8.8: Promoción de la creación de camas de media/larga estancia psiquiátrica

- **Descripción:**
- Promoción de acuerdos/conciertos, que propicien la creación de camas de media/larga estancia para enfermos mentales crónicos no susceptibles de atención en recursos de corta estancia
- **Indicador:** N° de camas creadas, convenidas o concertadas a la finalización del plan.

Línea de actuación 8-b:**PROGRAMA DE LARGA ESTANCIA DEL "ISSORM" EN SALUD MENTAL.**

Creación de plazas para enfermos mentales crónicos en el ISSORM.

ACTIVIDAD 8.9: Aumento del n° de plazas en centro público

- **Descripción:** Construcción de un nuevo módulo en la Residencia Luis Valenciano.
- **Indicadores:** N° de plazas creadas.

ACTIVIDAD 8.10: Creación de Centro de Día en centro público.

- **Descripción:** Apertura de Centro de día en en la Residencia Luis Valenciano
- **Indicadores:** N° de plazas creadas en Centro de Día.

ACTIVIDAD 8.11: Aumento del N° de plazas residenciales concertadas en centros privados.

- **Descripción:** Concertación de plazas con entidades privadas mediante concursos públicos.
- **Indicadores:** N° de plazas residenciales creadas en centros privados.

ACTIVIDAD 8.12 : Creación de Centros de Día en centros privados

- **Descripción:** Apertura de Centros de Día privados, concertado con el ISSORM.
- **Indicadores:** N° de plazas de centro de día concertados en centros privados

**VI.9.- Línea de actuación 9:
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL.**

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

Objetivos relacionados con el ámbito de la rehabilitación.

- Definir la vertiente rehabilitadora en los distintos dispositivos de forma que se garantice la continuidad asistencial (hospital, centro de salud mental, unidad de rehabilitación, Centro de día, U.M.E, alternativas residenciales, ...)
- Dotar a cada área con, al menos, una unidad de rehabilitación
- Desarrollar los programas básicos definidos en las Líneas Maestras en todas las unidades de rehabilitación
- Potenciar la comisión de rehabilitación para unificar criterios y desarrollar los programas básicos comunes.
- Mejorar el inicio de la rehabilitación en los centros de salud mental (psicoeducación familiar, evaluación, gestor del caso,..)
- Promover la formación de los diferentes colectivos profesionales para dotarles de los conocimientos y habilidades necesarias para desarrollar programas de rehabilitación en sus ámbitos respectivos

ACTIVIDADES E INDICADORES

ACTIVIDAD 9.1: Dotación de recursos estructurales y humanos específicos para este programa.
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Contemplado en los objetivos y actividades marcados en las líneas de actuación 3 y 4. • Indicador: Contemplado en indicadores de líneas de actuación 3 y 4.
ACTIVIDAD 9.2: Elaboración de protocolos de derivación
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Elaboración de protocolos de derivación que permita y garantice la continuidad de cuidados en el paso de unos dispositivos a otros. • Indicadores: Protocolo de derivación
ACTIVIDAD 9.3: Apertura de nuevas unidades de rehabilitación.
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Apertura de nuevas unidades de rehabilitación en áreas deficitarias de ámbito comunitario y en estrecha relación con el centro de salud mental correspondiente • Indicadores: Número de unidades abiertas, a la finalización del Plan.
ACTIVIDAD 9.4: Desarrollo de programas básicos de rehabilitación

<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Puesta en marcha de los programas definidos en el documento “Líneas maestras para el desarrollo de la Cartera de Servicios” en todas las unidades de rehabilitación • Indicadores: N° de programas elaborados, a la finalización del Plan.
ACTIVIDAD 9.5: Creación de una comisión socio-sanitaria
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: Creación de una comisión mixta donde estén representados los servicios asistenciales de rehabilitación, los servicios de inclusión social y empleo y cuantas entidades públicas o privadas participen en la rehabilitación e inserción de enfermos mentales y/o drogodependientes, facilitando la rehabilitación y la integración sociolaboral, mediante la utilización de todos los recursos sociales necesarios (vivienda, educación, formación y empleo, salud y servicios sociales), para la inserción de las personas con estas patologías a través de los proyectos individuales de inserción.
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> ○ Existencia de la comisión. ○ Servicios y entidades representadas
ACTIVIDAD 9.6: Completar la formación específica en Rehabilitación de los profesionales de salud mental
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: • Desarrollo de un programa de Formación Continuada específico sobre la materia • Diseño y ejecución de curso formativo como gestor de procesos de rehabilitación social
<ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: N° de profesionales formados, y n° de cursos realizados

Objetivos relacionados con el ámbito laboral.

- Fomentar la incorporación laboral de enfermos mentales y/o drogodependientes en proceso de rehabilitación provenientes de los Servicios Asistenciales de Salud Mental y Drogodependencias
- Mejorar la capacidad de inserción profesional de pacientes con Trastornos Mentales Severos y Drogodependientes a través de la Iniciativa Comunitaria EQUAL del F.S.E. cofinanciandola con el SMS.

ACTIVIDADES E INDICADORES

ACTIVIDAD 9.7: Desarrollo del Programa de Reinserción laboral del SMS
<ul style="list-style-type: none"> • Descripción: • Promoción de la incorporación laboral a través de fundación o asociación que gestione la reinserción laboral en estrecha colaboración con las unidades de rehabilitación. • Establecer y desarrollar convenios con ONGs • Establecimiento y desarrollo de convenios con el fin de facilitar la reinserción laboral de los pacientes psiquiátricos • Acuerdos entre las administraciones públicas, los agentes sociales y ONGs para la contratación de personas con problemas de salud mental y/o drogodependencias • Potenciar la adaptación de los recursos de formación ocupacional, formación prelaboral y formación reglada a las necesidades y características de la población con trastorno mental o drogodependencias • Indicadores: • n° de convenios/acuerdos firmados • n° de pacientes contratados/formados...

ACTIVIDAD 9.8: Implantar en cada Unidad de Rehabilitación de Área un Programa de Empleo/Orientación Laboral para enfermos mentales y/o drogodependientes como colectivos con discapacidad y especiales dificultades de acceso al trabajo, en colaboración con la Consejería de Trabajo y Política Social

- **Descripción:**

- Desarrollar experiencias de inserción laboral tipo Taller de Empleo, cursos de formación ocupacional, orientación para el empleo y centros especiales de empleo en colaboración con los recursos de rehabilitación en salud mental
- Incrementar la ayuda a la contratación de drogodependientes y enfermos mentales a través de convocatorias públicas de ayudas a empresas, entidades locales y ONGs
- Impulsar más centros de formación prelaboral para enfermos mentales que no tengan experiencia laboral.

- **Indicadores:** nº de programas implantados
- nº cursos formación, orientación....
- incremento efectivo de ayudas

ACTIVIDAD 9.9: Presentar proyectos al 2º Plan de Transferencia 2005-2007 de la Iniciativa Comunitaria EQUAL del FSE a través de la Dirección General de Economía y Planificación de la Consejería de Hacienda y Economía

- **Descripción:**

- Actos de difusión y/o captación de personas y entidades con la finalidad de propiciar la transferencia
- Actividades dirigidas a profesionales de otros sectores responsables de programas de empleo e inclusión y personas con capacidad de decisión política del ámbito local
- Estudios e investigaciones sobre temas concretos en relación con los programas de rehabilitación e inserción, y su impacto sobre el territorio y sobre la población con trastornos mentales de la Región de Murcia
- Organización de seminarios, jornadas, talleres y foros de encuentro de profesionales en el ámbito de la rehabilitación en inserción social

- **Indicadores:** nº de proyectos aprobados

Objetivos relacionados con el ámbito comunitario.

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

ACTIVIDAD 9.10: Actuaciones en el medio comunitario

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

ACTIVIDAD 9.11: Elaboración de una guía de actuación y coordinación que facilite la colaboración en el trabajo asistencial en población con trastorno mental y drogodependencia de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Trabajo y Política Social (ISSORM)

- **Descripción:**
- Elaboración de una guía que facilite la incorporación social de enfermos mentales y drogodependientes, que optimice los recursos sociales existentes, así como las redes de apoyo sociales, familiares y comunitarias, que permitan de forma precoz, individualizada y flexible, mejorar la disfunción social de las personas con trastornos mentales severos
- Elaboración de un protocolo/modelo que desarrolle las actuaciones de los diplomados en Trabajo Social de la Red de Salud Mental del SMS, y la derivación a los Servicios Sociales, para la atención social de dichas personas, y el acceso a las prestaciones sociales básicas
- **Indicador:** Guías y protocolos elaborados

ACTIVIDAD 9.12: Aplicar los recursos de mediación y acompañamiento que apoyen los procesos de integración social de los usuarios en situación de exclusión , debido al trastorno mental o drogodependencia que padecen.

- **Descripción:**
- Realización de Proyectos Individuales de Inserción a personas con problemas de salud mental o drogodependencias que garanticen apoyos personalizados, y adecuados a cada caso individual, con el objetivo de evitar situaciones de exclusión social, favoreciendo la integración laboral y social de estas personas
- Reforzar y/o desarrollar específicamente actuaciones de integración para las siguientes problemáticas:
- Trastornos Mentales Severos con deterioro cognitivo grave
- Pacientes diagnosticados de Patología Dual

- Inmigrantes con enfermedad mental y/o drogodependencias
- Mujeres y menores con trastorno mental grave, o drogodependencia
- **Indicador:** nº de proyectos individualizados de Inserción realizados

ACTIVIDAD 9.13: Establecer la coordinación entre los Servicios de Atención Social

- **Descripción:** Reuniones interdepartamentales entre los distintos dispositivos de salud, empleo, educación y servicios sociales para el establecimiento de protocolos de derivación que garantice la atención integral de las personas con problemas de salud mental o drogas
- Desarrollo de una jornada formativa e informativa para los Trabajadores Sociales de la Red de Salud Mental (recursos públicos), como de los T.S. de los recursos privados conveniados, que permita la actualización del conocimiento de las prestaciones sociales, susceptible de ser utilizada por la población con trastorno mental y drogodependencias
- Desarrollo de una jornada/encuentro de trabajo para el estudio y diagnóstico situacional, para la coordinación asistencial entre profesionales de Servicios Sociales de Atención Primaria y profesionales de la Red Asistencial de Salud Mental y Drogas.
- **Indicador:** nº reuniones interdepartamentales
- Nº de jornadas y actuaciones formativas

ACTIVIDAD 9.14: Desarrollar Programas de Acompañamiento para la inclusión social

- **Descripción:**
- Diseño, implantación y desarrollo de redes de apoyo social en el ámbito local, que propicien la colaboración y sincronización de todos los sistemas de protección social, incluyendo el sistema asistencial sanitario de salud mental y drogas, y el de la Iniciativa Social, en el ámbito de la salud mental y drogodependencias en todas las áreas de salud de la Región
- **Indicador:** nº de actuaciones de acompañamiento

ACTIVIDAD 9.15: Mejorar la autonomía e integración social de los enfermos mentales severos

- **Descripción:** Dotación de plazas de alojamiento en pisos normalizados, para mejorar la autonomía e integración social, en colaboración con asociaciones y/o entidades
- **Indicador:** nº plazas de alojamiento

Objetivos relacionados con el ámbito de la participación.

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

ACTIVIDAD 9.16: Impulsar el desarrollo de un plan de sensibilización hacia la población general, los agentes sociales y la red de voluntariado, estableciendo programas de formación y fomento de actividades que desarrollen la igualdad y la no discriminación social y laboral hacia los drogodependientes y enfermos mentales

- **Descripción:**
- Realización bianual de un congreso internacional sobre rehabilitación – reinserción sociolaboral de enfermos mentales y/o drogodependientes
- Realización de campañas de información y sensibilización dirigidas a la población general a través de los medios de comunicación de ámbito regional, en colaboración con asociaciones.
- Acciones de mediación directa de profesionales preparados para poder introducir en las empresas normalizadas a exdrogodependientes y pacientes con trastorno mental severo, teniendo la garantía y el apoyo del mediador laboral
- Desarrollar estrategias para que las personas con trastorno mental severo y/o drogodependencia que tienen un puesto de trabajo, puedan mantenerlo y compatibilizarlo con el tratamiento.
- **Indicador:** realización del congreso
- nº campañas de información y sensibilización
- nº de personas contratadas en empresas
- Duración media de los contratos

ACTIVIDAD 9.17: Propuestas de ocio a enfermos mentales y/o drogodependientes

- **Descripción:**
- Impulsar actividades de ocio, tiempo libre y deportes a través de convenios de colaboración con Asociaciones y Federaciones Deportivas, Clubes, Concejalías de Juventud, Deporte, Medio Ambiente, ONGs,..., que contribuyan a elevar los niveles de vida de enfermos mentales y/o drogodependientes
- Patrocinar programas culturales (cine, teatro, revistas) dirigidos a la población general, que favorezcan una imagen más positiva, fomentando la tolerancia ante las enfermedades mentales y las drogodependencias
- **Indicador:** nº de actuaciones y/o programas de ocio y tiempo libre

VI.10.- Línea de actuación 10: PROGRAMA DE PSICOGERIATRÍA EN SALUD MENTAL

Diseño y puesta en marcha de programas específicos de psicogeriatría.

Objetivos:

- Mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes geriátricos con trastornos mentales
- Establecer una guía de recursos socio-sanitarios para estos pacientes
- Proveer una formación específica en psicogeriatría a los profesionales de la salud mental

ACTIVIDADES E INDICADORES

ACTIVIDAD 10.1 Dotación de recursos estructurales y humanos específicos para este programa.
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Contemplado en los objetivos y actividades marcados en las líneas de actuación 3 y 4.• Indicador: Contemplado en indicadores de líneas de actuación 3 y 4.
ACTIVIDAD 10.2: Mejora de la atención integral de pacientes geriátricos con trastornos mentales.
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Diseño e implantación de protocolos específicos para la atención integral de pacientes geriátricos con trastornos mentales.• Indicadores: Protocolo de atención al paciente geriátrico con trastorno mental
ACTIVIDAD 10.3: Mejora de la derivación a servicios socio-sanitarios
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Creación de un protocolo de derivación entre Salud Mental y los Servicios Sociosanitarios y/o Sociales• Indicadores: Protocolo de derivación.
ACTIVIDAD 10.4: Formación más específica en psicogeriatría de los profesionales de salud mental
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Desarrollo de un programa de Formación Continuada específico sobre la materia• Indicadores: Nº de profesionales formados, y nº de cursos realizados.
ACTIVIDAD 10.5: Guía de recursos socio-sanitarios
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Diseño de una guía de recursos socio-sanitarios que comprenda los recursos sociales y sanitarios específicos para este tipo de pacientes en la Región.• Indicadores: Guía de recursos socio-sanitarios
ACTIVIDAD 10.6: Mejora de la coordinación y derivación con Neurología y Unidad de Demencias.
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Elaboración de un protocolo de derivación con Neurología y Unidad de Demencias que optimice la coordinación entre servicios.• Indicadores: Protocolo de derivación.

Línea de actuación 10-b: PROGRAMA DE PSICOGERIATRÍA EN EL ISSORM

Objetivo: Creación de plazas Psicogerítricas en el ISSORM.

ACTIVIDAD 10.7: Aumento del nº de plazas de psicogerítrico en centro público.
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Construcción de Residencia Psicogerítrica en El Palmar.• Indicadores: Nº de plazas creadas.
ACTIVIDAD 10.8: Aumento del nº de plazas psicogerítricas concertadas con entidades privadas.
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Concertación de plazas residenciales psicogerítricas con entidades privadas.• Indicadores: Nº de plazas concertadas.

Objetivo: Creación de plazas en servicios de estancias diurnas para personas mayores con Alzheimer y otras demencias en el ISSORM.

ACTIVIDAD 10.9: Aumento del Nº de plazas para la atención a personas mayores con Alzheimer y otras demencias en Servicios de Estancias Diurnas , en centros del ISSORM.
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Creación de plazas en los Servicios de Estancias Diurnas que dispone el ISSORM en sus centros.• Indicadores: Nº de plazas creadas.
ACTIVIDAD 10.10: Aumento del Nº de plazas para la atención a personas mayores con Alzheimer y otras demencias en Servicios de Estancias Diurnas mediante Convenios con Ayuntamientos y/o entidades privadas.
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Concertación de nuevos Servicios de Estancias diurnas para personas mayores con alzheimer y otras demencias. Aumentar el nº de plazas en los Servicios de Estancias Diurnas que actualmente se encuentran conveniados.• Indicadores: Nº de plazas creadas.

Objetivo: Aumento del nº de plazas para la atención a personas mayores con Alzheimer y otras demencias en los centros residenciales tanto públicos, como a través de conciertos en los privados

ACTIVIDAD 10.11: Aumento del Nº de plazas para la atención a personas mayores con Alzheimer y otras demencias en centros residenciales públicos y privados (conciertos)
<ul style="list-style-type: none">• Descripción: Aproximadamente el 20% de las plazas residenciales públicas y concertadas están ocupadas por personas con Alzheimer y otras demencias.<ul style="list-style-type: none">○ Aumentar del número de plazas públicas y concertadas para personas mayores dependientes.• Indicadores: 20% del número de plazas creadas para personas mayores dependientes

RELACIÓN DE AUTORES Y COLABORADORES.

Elaboración y Redacción:
Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica

Antonio Rodríguez Molino	Auxiliar Coordinador.
Carlos Giribet Muñoz	Subdirector General de Salud Mental
Cayetano Martínez Valera	Auxiliar Administrativo
Fernando Navarro Mateu	Responsable Form. Continuada, Docencia e Investigación
Francisco Javier Segura Entrena	Analista de Aplicaciones-Informático
José Antonio Peñalver Pardínez	J. Sección Rehabilitación-Reinserción
Josefina Celdrán Lorente	Responsable Programas Reducción de Daños.
Julián Oñate Gómez	J. Servicio Drogodependencias
Julio Cesar Martín García-Sancho	J. Servicio Programas Asistenciales Adult-Rehab.
María José Rizo Alarcón	Auxiliar Administrativa

Integrantes de los Grupos y Comisiones de trabajo implicados en el Plan de Salud Mental y Drogodependencias

Grupo de trabajo: Programa Adultos

Ana María Hurtado López.	Enfermera.	CSM de Cartagena
Antonio Micol Torres.	Psiquiatra.	CSM de Caravaca
Ascensión Garriga Puerto.	Psicóloga.	CSM "San Andrés"
Carmen Martínez Sánchez.	Psicóloga.	CSM de Cartagena
Esther Carrasco Parrado.	Psiquiatra.	CSM "Infante"
Isabel Illán Cano.	Enfermera.	CSM "Infante"
José M ^a Aroca Tejedor.	Psicólogo.	CSM de Lorca
José M ^a Salmerón Arias-Camisón	Psiquiatra.	CSM de Yecla-Jumilla
Josefa Palazón Rodríguez.	Psicóloga.	CSM "Infante"
Juana María Martínez Berbén.	Trab. Social.	CSM "Infante"
Julio C. Martín García-Sancho.	Psicólogo.	Subd.Gnral. Salud Mental.
M ^a José García Gómez.	Trab. Social.	CSM de Cartagena
M ^a Luisa Terradillos Basoco.	Psiquiatra.	CSM de Cartagena

Grupo de trabajo: Programa Infanto-Juvenil

Asunción Gomariz Rosique.	Psicóloga	CSM Inf.-Juv. de Cartagena.
Carmen Mondejar Fernández.	Enfermera.	CSM Inf.-Juv. "S. Andrés".
Concepción Gómez-Ferrer Górriz	Psiquiatra	CSM Inf.Juv. "San Andrés"
Dolores Juárez Salvador.	Psiquiatra.	CSM Inf.-Juv. de Cartagena.
Isabel Cuellar Mirasol.	Psicóloga.	CSM Inf.-Juv. "S. Andrés".
Julio C. Martín García-Sancho.	Psicólogo	Subd.Gnral. de Salud Mental
Lucrecia Fructuoso Sánchez.	Trab. Social.	CSM Inf.-Juv. "S. Andrés".
Luis de Orte de Villambrosía.	Psiquiatra.	CSM Inf.-Juv. "S. Andrés".
M ^a Fe Lozano Semitiel.	Psicóloga	USM Inf.-Juv. de Lorca.
M ^a José Ruiz Lozano.	Psiquiatra	CSM Inf.-Juv. de S. Andrés.
M ^a José Ruiz Lozano.	Psiquiatra.	CSM Inf.-Juv. de "S. Andrés".

Grupo de trabajo: Programa Rehabilitación Psiquiátrica

Caridad Espinosa Delgado.	Psiquiatra.	CSM-Rehab. de Cartagena
Carlos Martínez Cano.	Enfermero.	CSM-Rehab. de Cartagena.
Carmen Serra Alemán.	Psicóloga.	CSM de Lorca
Concepción Díaz Sánchez.	Psicóloga.	CSM-Rehab. de Lorca
Fco. Javier Manzanera López.	Psiquiatra.	Hospital Psiquiátrico
José Antonio Peñalver Pardines.	Psiquiatra.	Subd.Gnral. de Salud Mental
Julio Cesar Martín García-Sancho	Psicólogo.	Subd.Gnral. de Salud Mental
M ^a José Pedreño Yepes.	Trab. Social.	CSM-Rehab. de Cartagena.
M ^a .Luz Hernández Tarrés.	Psicóloga.	CSM-Rehab. "San Andrés"
Rafael Vela Garriga.	Psiquiatra.	CSM-Rehab. "San Andrés"

Grupo de trabajo: Programa Inserción Sociolaboral

Juana Ruiz del Cerro		S.E.F.
Carmen Serrano Amigot		Sub.Pens., Prog.Incl. ISSORM
María Pérez Parra		Sub.Pens., Prog.Incl. ISSORM
Begoña G ^a . Sampedro Ferrero		D.Gnral. Inmigración, Volunt...
Luis Pelegrín Calero	Psicólogo	Asoc. Muro. Rehabil. ISOL
Jose Antonio Peñalver Pardínez	Psiquiatra	Subd.Gnral. de Salud Mental
Juan Antonio Cueto García		Asoc. Huertecica
Jesús Barberá		Secret.Aut.Acción Social SS

Grupo de trabajo: Programa Drogodependencias

Adriana Massotti León.	Psicólogo.	C.A.D. de Cieza
Alfredo Cano Reyes.	Enfermero.	C.A.D. de Murcia
Ana García Ruiz.	Psicóloga.	C.A.D. de Cartagena
Antonio Micol Torres.	Psiquiatra.	C.S.M. de Caravaca-Mula
Catherine Seiquer de la Peña.	Psiquiatra.	C.A.D. de Murcia
Consuelo Egea Zaspata.	Médico Drogodep.	Unidad Móvil
Gregoria Albarracín Pérez.	Enfermera.	C.S.M. de Lorca
José Luis Jodar Mata.	Enfermero.	C.A.D. de Murcia
Jose M ^a Salmerón Arias-Camisón.	Psiquiatra.	C.S.M. de Yecla/Jumilla
José Manuel Montesinos Martínez.	Enfermero.	C.A.D. de Cartagena
José Martínez Serrano.	Psiquiatra.	C.S.M. de Lorca
Josefina Celdrán Lorente	Psiquiatra.	Subd. Gnral de Salud Mental
M ^a José Valcárcel Arroyo.	Trabaj. Social.	C.A.D. de Cartagena
M ^a Isabel Aguilar Sáez	Psiquiatra.	C.A.D. de Murcia
M ^a . Dolores Tornero García.	Psiquiatra.	C.A.D. de Cieza
María José Ignacio del Río.	Enfermera.	C.A.D. de Murcia
Marisol Martín Marzo.	Trabaj. Social.	C.A.D. de Murcia
Pilar Caballero Martínez.	Psicóloga.	C.A.D. de Murcia
Rosa María Gómez Sánchez.	Psiquiatra.	C.A.D. de Murcia
Rosa Martínez Sánchez.	Médico Drogodep.	C.A.D. de Murcia

Grupo de trabajo: Salud Mental Plan de Salud Región de Murcia

Carlos Giribet Muñoz.	Psiquiatra	Subd. Gnral. de Salud Mental.
Concepción Gómez Ferrer Górriz.	Psiquiatra	CSM Inf-Juv. "San Andrés".
Elena Hormigo Julio.	Méd. Familia.	E. A. P. Area III.
Esperanza García Elósegui.	Enfermera	Hospital Psiquiátrico
Fernando Navarro Mateu.	Psiquiatra	Subd. Gnral. de Salud Mental.
Francisco Manzanera López.	Psiquiatra.	Hospital Psiquiátrico
Jose Antonio Peñalver Pardines.	Psiquiatra	Subd. Gnral. de Salud Mental.
Jose Manuel Peñalver Mellado.	Psiquiatra	UPH Hosp. V. Rosell.
Cartagena.		
Juan de Dios Arnaldos Herrero.	Méd. Familia.	E. A. P. Area II.
Julián Oñate Gómez.	Psiquiatra	Subd. Gnral. de Salud Mental.
Luis López Sánchez.	Psiquiatra.	CSM "Infante".
M ^a . Dolores Torres Chacón.	Psicóloga	D.G.F.P, In At. Div. C.Educ.-
Cult.		
Manuel Galiana Cela.	Psiquiatra	Hospital Psiquiátrico.
María Luz Hernández Terrés.	Psicóloga	CSM-Rehab. "San Andrés".
Matías del Cerro Oñate.	Psiquiatra.	CSM "San Andrés".
Miguel Angel Miralles González.	Psicólogo.	Subd. Gestión de Serv.
Sociales.		
Pedro Pozo Navarro.	Psiquiatra	UPH Hospital General Murcia.
Salomé Castaño Garrido.		D.G.F.P., In, At. Div.. C.Educ-
Cult		

Grupo de trabajo: Comisión de Coordinadores Red de Salud Mental.

Adriana Massotti León.	Psicóloga	C.A.D. de Cieza
Antonia López Sánchez.	Psicóloga	CSM Inf.-Juv.Cartagena
Antonio Llanes Castaño.	Psiquiatra	CSM "San Andrés".
Antonio Micol Torres.	Psiquiatra	C.S.M. de Caravaca/Mula.
Ignacio Cabezas Hurtado.	Psicólogo	CSM de Cartagena.
Jose M ^a Salmerón Arias-Camiso.	Psiquiatra	C.S.M. de Yecla/Jumilla
Juan Carlos Sánchez Sánchez.	Psicólogo	CSM "San Andrés".
Juan Jiménez Roset. Psiquiatra.	Psiquiatra	CAD de Cartagena
Luis López Sánchez.	Psiquiatra	CSM "Infante".
M ^a Fe Lozano Semitiel.	Psicóloga	CSM Lorca/Aguilas.
Matías del Cerro Oñate.	Psiquiatra	CSM Inf.-Juv. "San Andrés".
Miguel Santiuste de Pablo.	Psiquiatra	CSM de Cartagena.
Rosa María Gómez Sánchez.	Psiquiatra	C.A.D. de Murcia

Grupo de trabajo: Comisión Asesora. Unidad Docente Salud Mental

Adriana Massotti León.	Psicóloga	CAD. de Cieza
Antonio Rodríguez Molino.	Auxiliar Coord.	Subd. Gnral de Salud Mental.
Carlos Martín Fernández Mayorales.	PIR	Hospital Morales Meseguer
Carmen Martínez Sánchez.	Psicóloga	CSM. de Cartagena
Catherine Seiquer de la Peña.	Psiquiatra	CAD de Murcia
Elisa Valero Ruíz.	Psiquiatra	CSM de Lorca/Aguilas
Fernando Navarro Mateu.	Psiquiatra	Subd. Gnral de Salud Mental.
Inés Morán Sánchez.	MIR Psiquiat.	Hospital Morales Meseguer
Inmaculada Cárceles Arnau.	Psicóloga	CSM de Yecla/Jumilla
José Abellán Estrella.	Psiquiatra	Hospital Virgen de la Arrixaca
José Andrés Muñoz.	Director Médico	Hospital General Universitario
Josefa Palazón Rodríguez.	Psicóloga	CSM "Infante"
Juan Rodado Martínez	Psiquiatra	UPH. Morales Meseguer
Julio Cesar Martín García-Sancho.	Psicólogo	Subd. Gnral. de Salud Mental.
M ^a José Ruíz Lozano.	Psiquiatra	CSM Inf.-Juv. "San Andrés"
M ^a Asunción de Concepción Salesa.	MIR Psiquiat.	Hospital Morales Meseguer
Manuel Galiana Cela.	Psiquiatra	Hospital Psiquiátrico
María Jesús Jiménez Moreno.	PIR	CSM "San Andrés"
Martín del Toro Mellado.	Psicólogo	CSM de Caravaca/Mula

Grupo de trabajo: Comisión Mixta Atención Primaria-Salud Mental

Atención Primaria

Amor Gea.	Trabaj. Social	GAP de Murcia
Concha Escribano Sabater	Méd. Familia	Subd. General A.P.
Isabel Garre.	Pediatra	C.Salud Cartagena Oeste
Isabel Santos Ortuño	Méd. Familia	Gerencia A.P. Murcia
Jerónimo Rueda Salmerón	Méd. Familia	CAP I. Santa M ^{oa} de Gracia
Jesús García Molina	Méd. Familia	GAP Cartagena-Barrio Peral.
Juan José Pedreño.	Méd. Familia	C.Salud Murcia Infante
Luisa Pilar León Martínez.	Méd. Familia	EAP Mar Menor GAP Cartag
Manuel Gutierrez Santos.	Méd. Familia	EAP El Palmar. CAP I Murcia
Rosario Hernández Vera.	Méd. Familia	Gerencia A.Primaria Lorca

Salud Mental

Antonio Micol Torres	Psiquiatra	CSM de Caravaca/Mula
Esther Carrasco Parrado.	Psiquiatra	CSM "Infante"
Fernando Navarro Mateu	Psiquiatra	Subd. Gnral. de Salud Mental
Isabel Lázaro Montero	Psiquiatra	CSM "Morales Meseguer"
José Abellán Estrella.	Psiquiatra	Hospital Virgen de la Arrixaca
Jose M ^a Salmerón Arias-Camisón	Psiquiatra	CSM de Yecla/Jumilla
Juan Carlos Sánchez Sánchez	Psicólogo	CSM "San Andrés"
Julio C. Martín García-Sancho	Psicólogo	Subd. Gnral. de Salud Mental.
M ^a José Lozano Semitiel	Psicóloga	CSM de Lorca/Aguilas
M ^a Luisa Pujalte Martínez.	Enfermera	CSM "San Andrés"
Matías del Cerro Oñate.	Psiquiatra	CSM Inf.-Juv. "San Andrés"
Miguel Santiuste de Pablos	Psiquiatra	CSM de Cartagena

Grupo de trabajo: Comisión Responsables de Formación Continuada Red Salud Mental

Adriana Massotti León.	Psicóloga	CAD de Cieza.
Carmen Martínez Sánchez.	Psicóloga	CSM de Cartagena.
Elisa Valero Ruiz.	Psiquiatra	CSM de Lorca/Aguilas.
Fernando Navarro Mateu.	Psiquiatra	Subd. Gnral de Salud Mental.
Inmaculada Cárceles Arnau	Psicóloga	CSM Yecla-Jumilla.
Isabel Illán Cano.	Enfermera.	CSM "Infante".
Joaquín Cánovas Conesa	Enfermero	Hospital Psiquiátrico.
José Abellán Estrella	Psiquiatra	CSM Virgen Arrixaca
José Manuel Peñalver. Rosell.	Psiquiatra	UPH. Hospital Virgen del
Juan Carlos Sánchez Sánchez.	Psicólogo	CSM "San Andrés".
M ^a . Dolores Martínez Quiles.	Psiquiatra	CSM de Alcantarilla.
M ^a . José Ruíz Lozano.	Psiquiatra	CSM Inf.-Juv. "San Andrés".
Mariano Beltrán y Monreal	Enfermero	UPH. H.Morales Meseguer.
Martín del Toro Mellado.	Psicólogo	CSM de Caravaca.
Mateo Campillo	Psiquiatra	CSM Morales Meseguer
Rosa M ^a . Gómez Sánchez.	Psiquiatra	CAD de Murcia.

BIBLIOGRAFÍA.

- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN): Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos Técnicos, 4. Madrid, 2000.
- Bases para un Plan de Transformación de la Asistencia Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Región de Murcia. Consejería de Sanidad, 1988.
- Documento de trabajo. Presentación de la Comisión Mixta Atención Primaria-Salud Mental 2004.
- de Santiago A, Herrán A y Vázquez-Barquero JL: Epidemiología de la enfermedad mental en la comunidad. En: Vázquez-Barquero JL (Ed). *Psiquiatría en Atención Primaria*, 1998. Grupo Aula Médica SA, Madrid.
- ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators(2004a). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 109[Suppl. 420], 8-20.
- ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators(2004b). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 109[Suppl. 420], 21-27.
- ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators(2004c). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 109[Suppl. 420], 28-37.
- ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators(2004d). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 109[Suppl. 420], 38-46.
- ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators(2004e). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 109[Suppl.], 109-47.
- ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators(2004f). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 109[Suppl. 109], 55-64.
- Espino A: Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2002, vol XXII, nº 81, pp: 39-61.
- Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León. Junta de Castilla y León, 2003
- Fernández Liria A, Dieguez Porres M: La reforma psiquiátrica en España: aspectos diferenciales. *Revista de Administración Sanitaria* 1998; 11(5): 85-102.
- García J y Vázquez-Barquero JL: Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Esp Psiquiatr* 1999; 27 (5): 281-291.
- Jorm, A. (2003). Población anciana y epidemiología de los trastornos mentales en la vejez. *In "Tratado de psiquiatría. Tomo III"* (M. Gelder, J. López-Ibor, and N. Andreasen, Eds.), pp. 1939-1946. *Psiquiatría Editores, S.L.*, Barcelona.
- Junta de Castilla y León (2003). "Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León."
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., and Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51, 8-19.
- Kringen E, Torgersen S, Cramer, V: A Norwegian Psychiatric Epidemiological Study. *Am J Psychiatry* 2001;158:1091-1098.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad BOE nº 102.
- MacDonald, AJD: Mental Health in old age. *BMJ* 1997; 315: 413-417
- Memoria Asistencial 1998. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Memoria Asistencial 1999. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Memoria Asistencial 2000. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Memoria Asistencial 2001. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.

- Memoria Asistencial 2002. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Mental and Behavioural Disorders (2000). "Preventing suicide. A resource for general psysicians." Geneva.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid, 1985.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de situación de Salud Mental. Madrid, 2003.
- Narrow y cols: Revised prevalence estimates of Mental Disorders in the United States. Using a clinical significance criterion to reconcile 2 survey's estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:115-123.
- Offord, D. (2003). Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia. In "Tratado de psiquiatría. Tomo III" (M. Gelder, J. López-Ibor, and N. Andreasen, Eds.), pp. 2032-2037. Psiquiatría Editores, S.L., Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (2000). "Preventing suicide. A resource for general psysicians". Mental and Behavioural Disorders. Ginebra (Suiza).
- Organización Mundial de la Salud -OMS- (2001). "Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas." Ginebra (Suiza).
- Plan de Formación Continuada 2001. Departamento de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud.
- Plan de Formación Continuada 2002. Departamento de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud.
- Plan de Formación Continuada 2003. Departamento de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud.
- Plan de Formación Continuada 2004. Departamento de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud.
- Plan de Salud 2003-2007. Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo.
- Plan Director. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo.
- Plan Director. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1995-1999. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo.
- Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Consellería de Sanitat. Consellería de Benestar Social. Generalitat Valenciana, 2001.
- Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad.
- II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Junta de Castilla y León, 2003.
- Rajmil y cols: Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit* 1998; 12: 153-159
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD Jr, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, and Locke BZ. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* **45**, 977-986.
- Regier, D., Myers, J., Kramer, M., Robins, L., Blazer, D., Hough, R., Eaton, W., and Locke, B. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: historical context, mayor objectives and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* **41**, 934-941.
- Roberts, R., Attikisson, C., and Rosenblatt, A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* **155**, 815-825
- Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, gómez-Beneyto M y Torres F: La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas?. En: Cavases JM, Villalbí JR y Aibar C (ed) : La Salud y el Sistema Sanitario en España ” Invertir en Salud. Prioridades para la Salud Pública en España”. Informe SESPAS 2002. (<http://www.sespas.aragob.es/informe.html>).
- Vázquez-Barquero JL: Los flujos de la demanda en salud mental. Introducción teórica: el modelo de Godberg y Huxley. En: García J y Aparicio V (Ed): Nuevos sistemas de atención en Salud Mental: evaluación e investigación. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 1990. Pp: 229-244.

- Vázquez-Barquero JL, Herán A y Vázquez-Bourgon ME: La enfermedad mental en atención primaria: una perspectiva general. En: Vázquez-Barquero JL (Ed). *Psiquiatría en Atención Primaria*, 1998. Grupo Aula Médica SA, Madrid
- Vazquez-Barquero JL, Diez Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego C, Menéndez J, Mirapeix C: A community Mental Health Survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17: 227-241.