



**Universidad Internacional de La Rioja  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria**

**Trabajo Fin de Máster**

**Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental  
Área III  
SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

**Presentado por:** M<sup>a</sup> del Pilar Galindo Piñana  
**Asesorado por:** Sergio García Vicente

**Ciudad:** Cartagena (Murcia)  
**Fecha:** 10 de Febrero 2017

## ÍNDICE

1.	Propósito del Documento.....	9
2.	Marco general y características de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del Servicio Murciano de Salud.....	9
3.	Análisis Estratégico Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del Servicio Murciano de Salud.....	11
3.1.	Análisis Externo.....	11
3.1.1.	Datos Demográficos de la Región de Murcia.....	11
3.1.2.	Datos Demográficos del Área III de Salud de la Región de Murcia.....	12
3.1.3.	Recursos Sanitarios en el Área III de Salud de la Región de Murcia.....	14
3.1.4.	Red de Salud Mental de la Región de Murcia.....	15
3.1.5.	Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud.....	17
3.1.6.	Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca.....	17
3.1.7.	Recursos Sociales y Comunitarios del Área III de Salud de la Región de Murcia.....	19
3.1.8.	Recursos Estructurales del Área III de Salud: Equipamiento.....	20
3.1.9.	Centro de Salud Mental-Centro de Atención al Drogodependiente de Lorca.....	21
3.1.10.	Centro de Salud Mental-Centro de Atención al Drogodependiente de Águilas.....	22
3.1.11.	Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca.....	22
3.1.12.	Actividad Asistencial del Sistema Sanitario de la Región de Murcia.....	23
3.1.13.	Plan Estratégico del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia.....	27
3.2.	Análisis Interno de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud de la Región de Murcia.....	31
3.2.1.	Modelo Organizativo de Gestión: Estructura Funcional.....	31
3.2.2.	Estructura de Coordinación y Organización.....	32
3.2.3.	Recursos Humanos.....	34
3.2.4.	Cartera de Servicios.....	35
3.2.5.	Funcionamiento general de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud.....	41
3.2.6.	Previsión de la Demanda.....	47
3.2.7.	Matriz DAFO y Análisis CAME.....	51
4.	Plan de Actuación de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud de la Región de Murcia.....	56
4.1.	Misión.....	56
4.2.	Visión.....	56

4.3. Valores.....	57
4.4. Líneas Estratégicas: Objetivos Asistenciales y Factores Clave de Éxito....	58
4.5. Viabilidad Económica.....	65
4.6. Mapa de Procesos de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud.....	66
4.7. Procesos Estratégicos, Operativos y de Soporte de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud.....	75
4.8. Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente.....	76
4.9. Atención Centrada en el Paciente.....	87
4.10. Guías Clínicas y Protocolos Asistenciales para una Atención Integrada.....	88
4.11. Investigación, Gestión del Conocimiento e Innovación en Salud Mental.....	90
4.12. Monitorización del Plan de Gestión: Cuadro de Mando.....	92
5. Bibliografía.....	100
Anexo I: Curriculum Vitae.....	104

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Áreas de salud, zonas de salud, CSM, unidades de rehabilitación y unidad de hospitalización de la red de salud mental de la Región de Murcia.....	15
Tabla 2. Recursos Estructurales Área III.....	20
Tabla 3. Evolución mensual de los indicadores de hospitalización en todos los servicios del Hospital Rafael Méndez de Lorca (2015).....	26
Tabla 4. Recursos Humanos de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud (Región de Murcia).....	34
Tabla 5. Porcentaje de Primeras Consultas y Tasa de Frecuentación en función del Programa Asistencial en el año 2015 en el CSM de Lorca y CSM de Águilas.....	42
Tabla 6. Porcentaje de Primeras Consultas y Tasa de Frecuentación en función del diagnóstico en el año 2015 (CSM de Águilas).....	43
Tabla 7. Porcentaje de Primeras Consultas y Tasa de Frecuentación en función del diagnóstico en el año 2015 (CSM de Lorca).....	44
Tabla 8. Porcentaje de Consultas y Tasa de Frecuentación en función del Programa Asistencial y el Rol Profesional (CSM de Águilas).....	44
Tabla 9. Porcentaje de Consultas y Tasa de Frecuentación en función del Programa Asistencial y el Rol Profesional (CSM de Lorca).....	45
Tabla 10. Porcentaje de Consultas y Tasa de Frecuentación en función del Programa Asistencial y Rol Profesional (CSM de Lorca y CSM de Águilas).....	46
Tabla 11. Evolución mensual de los indicadores de hospitalización en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Rafael Méndez de Lorca (2015).....	47
Tabla 12. Análisis Interno (Debilidades y Fortalezas).....	52
Tabla 13. Análisis Externo (Amenazas y Oportunidades).....	53
Tabla 14. Indicadores por Ámbito Asistencial.....	96
Tabla 15. Indicadores por Dimensiones de Calidad.....	97

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Localización geográfica de las Áreas de Salud de la Región de Murcia.....	15
Figura 2	Localización geográfica del Área III de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y Zonas de Salud.....	17
Figura 3	Modelo de Salud Mental Comunitario.....	71
Figura 4	Mapa de Procesos de la Atención a la Salud Mental Comunitaria del Área III (Lorca-Águilas).....	72
Figura 5	Mapa de Procesos “Programa de Atención a los Trastornos Mentales Graves del Área III (Lorca-Águilas)”.....	73
Figura 6	Mapa de Procesos Corporativo Hospitalización del Hospital General Universitario Rafael Méndez Área III (Lorca).....	74
Figura 7	Mapa Estratégico de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud del SMS.....	93
Figura 8	Cuadro de Mando Integral de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud del SMS.....	95

## ÍNDICE DE SIGLAS

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
ACP	Atención Centrada en el Paciente
ADANER	Asociación Anorexia Nerviosa y Bulimia de la Región de Murcia
AG	Acuerdo de Gestión
AGCPSTM	Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental
AP	Atención Primaria
AP-GRD	All Patient Diagnosis Related Group
AR	Atención Residencial
AFEMAC	Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Águilas y Comarca
AFEMTO	Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Totana y Comarca
AREMUPD	Asociación Murciana para la Prevención de las Drogodependencias
ASMUJER	Asociación Murciana de Jugadores en Rehabilitación
ASPRODES	Asociación de Promoción al Deficiente
ASOFEM	Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Lorca y Comarca
CAD	Centro de Atención a Drogodependencias
CAME	Corregir, Afrontar, Modificar, Explotar
CARM	Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
CCAA	Comunidades Autónomas
CD	Comisión Directiva
CD	Centro de Día
CEIC	Comité de Ética de Investigación Clínica
CIE 9 <sup>a</sup> MC	Clasificación Internacional de Enfermedades. 9 <sup>a</sup> revisión: Modificación Clínica
CIE 10 <sup>a</sup>	Clasificación Internacional de Enfermedades. 10 <sup>a</sup> revisión
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos

CREM	Centro Regional de Estadística de Murcia
CSM	Centro de Salud Mental
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades
DSM IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Texto revisado
EFQM	European Foundation for Quality Management
ETAC	Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario
EEUU	Estados Unidos
FEAFES	Federación Murciana de Asociaciones de Familias y Enfermos
GPC	Guía de Práctica Clínica
HPRA	Hospital Psiquiátrico Román Alberca
HUVA	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
IEMA	Índice de Estancia Media Ajustada
IMAS	Instituto Murciano de Acción Social
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRAS	Infección Relacionada con la Atención Sanitaria
ISOL	Inserción Socio Laboral
ISO	International Organization for Standardization
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
LAP	Ley de Autonomía del Paciente
MAP	Médico de Atención Primaria
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
NHS	National Health Service
NYPACOLD	Asociación Lorquina de Niños y Padres Contra la Drogas
OCDE	Organización para la Cooperación y el desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPBE	Otros Productos Basados en la Evidencia
PAC	Plan de Acción Coordinada

PDCA	Plan, Do, Check, Act
PDSIS	Plan de Sistemas de Información Sanitaria
PEA	Punto Especial de Aislamiento
PIB	Producto Interior Bruto
PIR	Plan Individualizado de Rehabilitación
RACP	Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos
RSC	Responsabilidad Social Corporativa
SEIT	Sistema Estatal de Información en Toxicomanías
SINAPS	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SMS	Servicio Murciano de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS.SS	Servicios Sociales
SWAP	Safer Wards for Acute Psychiatric
TEC	Terapia Electro Convulsiva
TMC	Trastorno Mental Común
TMG	Trastorno Mental Grave
UDH	Unidad de Desintoxicación Hospitalaria
UE	Unión Europea
UGC	Unidad de Gestión Clínica
URA	Unidad de Rehabilitación de Área
URME	Unidad Regional de Media Estancia
UMU	Universidad de Murcia
UTCA	Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
UTO	Unidad de Tratamiento de Opiáceos

## **1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO**

En el momento actual, se están produciendo cambios en la organización sanitaria del Servicio Murciano de Salud que constituyen un reto para las estructuras sanitarias existentes y que ofrecen la oportunidad de introducir cambios que mejoren o desarrollen aspectos funcionales y de gestión.

El referente normativo vigente en la actualidad, el Plan de Salud 2010-2015 [1] y el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2010-2013 [2], así como, la Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud y el Acuerdo de Gestión 2016 del Área de Salud III, continúan su desarrollo, aplicando criterios de búsqueda de la excelencia y de gestión eficiente, para dar respuesta a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y cuidadores.

Ante la nueva organización y estructura sanitaria es necesaria una revisión del posicionamiento estratégico del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca, para su redefinición y el despliegue y desarrollo de una gestión clínica integrada en el marco de referencia actual.

La presente Memoria de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III, del Servicio Murciano de Salud, pretende ser una propuesta de un nuevo modelo de gestión, planificación y desarrollo de la gestión integrada en Salud Mental y Psiquiatría de dicha Área de Salud.

## **2. MARCO GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DELA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DEL ÁREA III DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD.**

La Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, estructuró el sistema sanitario de la Región de Murcia, separando la función de planificación de la actividad sanitaria, de la de provisión de servicios, siendo asumida la primera por la Consejería de Sanidad y Consumo, y la segunda por el Servicio Murciano de Salud (SMS, en adelante), ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria en la Región de Murcia.

Con efectos de 1 de enero de 2002, se ha hecho efectivo el traspaso de competencias en materia sanitaria de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. A su vez, por Decreto 93/2001, de 28 de diciembre, se acepta el traspaso de competencias en materia sanitaria de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma, conforme a lo previsto en el Real Decreto 1474/2001, asumiendo la Consejería de Sanidad y Consumo las competencias, funciones y servicios del traspaso a través de su ente instrumental SMS, con la

excepción de las facultades de inspección que se adscriben a la citada Consejería. Por otra parte, el Decreto 95/2001, de 28 de diciembre, establece los Centros Directivos del SMS, a fin de dotar a éste de una cobertura organizativa adecuada, acorde con la importancia y trascendencia del traspaso de servicios efectuados a la Comunidad Autónoma, para la plena asunción de la función ejecutiva en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

La Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica, actualmente la Dirección de Programas, Innovación y Atención a la Cronicidad, es la Unidad, a través de la cual la Dirección General de Asistencia Sanitaria ejerce la dirección técnica, programación, coordinación y evaluación de todos los centros, unidades y servicios de salud mental hospitalarios y extrahospitalarios en el ámbito del Servicio Murciano de Salud, y de los programas dirigidos a la prevención, promoción, asistencia y reinserción en materia de enfermedades mentales y asistencia psiquiátrica.

Tras el citado marco legislativo, la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud del SMS, tiene las siguientes características:

- Sistema sanitario público. Provisión de servicios, pública y de gestión descentralizada a nivel autonómico.
- Financiación pública a través de los presupuestos del Estado que asegura el derecho de todos a la protección de la salud.
- Extensión de la cobertura sanitaria pública a toda la población. Universal (cobertura del 99% de la población) y gratuito.
- Equidad en el acceso a las prestaciones y solidaridad en el mantenimiento del sistema.
- Nivel de Atención Especializada y Modelo de Atención a la Salud Mental Comunitario.

El documento “Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006” [3], recoge en la Línea Estratégica 2 Atención a los trastornos mentales, los siguientes aspectos en sus Objetivos y Recomendaciones: “La atención a las personas con trastornos mentales, se desarrollará mediante un modelo biopsicosocial de base comunitaria orientado a los usuarios, con una práctica asistencial justificada en pruebas aceptadas por la comunidad internacional y una concepción integrada de la atención”.

De acuerdo con lo anterior, cabe destacar los principios básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental y drogodependencias del SMS, en el que se encuentra la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III:

- Autonomía: Capacidad del sistema para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas.
- Continuidad: Capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente a lo largo de la vida, y coherente entre los servicios que la componen.

- Accesibilidad: Capacidad del Servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familias cuándo y dónde lo necesiten.
- Comprensividad: Fomentando el reconocimiento y la efectividad del derecho a recibir asistencia en todas las necesidades causadas por el trastorno mental, lo que supone el reconocimiento de la rehabilitación como actividad sanitaria.
- Equidad: En la distribución de recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad a las necesidades de la población.
- Recuperación Personal: En el caso de un episodio psicótico la recuperación implicaría por un lado, la atención a los aspectos clínicos de la enfermedad y, por otro, la atención dirigida a superar en la medida de lo posible los efectos de la misma.
- Responsabilidad: De las instituciones sanitarias referente a los pacientes y sus familias y la comunidad.
- Calidad: Implica la utilización de procedimientos basados en pruebas, lo que supone para los usuarios lograr resultados positivos; para los profesionales, hacer un mejor uso de los conocimientos y evidencias científicas.

### 3. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

#### 3.1. Análisis Externo

##### 3.1.1. Datos Demográficos de la Región de Murcia

En este apartado se expone el análisis de datos demográficos y de salud de la Región de Murcia, considerados de especial relevancia para la configuración del análisis externo, extraídos del Portal Estadístico de la Región de Murcia [4].

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM) está compuesta por 45 municipios, con una superficie total de 11.314 Km<sup>2</sup>, con una población de 1.463.249 habitantes, y con una densidad de población media de 129.34 habitantes por Km<sup>2</sup>. La población se distribuye entre 3 municipios de más de 50.000 habitantes, 11 de entre 20.000 y 50.000, 12 entre 10.000 y 20.000, 10 entre 5.000 y 10.000, y 9 menores de 5.000. El 53% de los habitantes de la CARM se concentra en tres grandes ciudades: Murcia, Cartagena y Lorca.

Un 51.72% de la población tiene menos de 40 años (Menos de 20 años, 23.10%; Entre 20 y 64 años, 61.43% y 65 ó más, 14.97%), con un porcentaje mayor en hombres (50.12%) que mujeres (49.88%). El índice de envejecimiento es del 0.8, y la tasa de crecimiento de los hombres, en el periodo 2003-2007 fue del 10.4% para los hombres y del 9% para las mujeres. Un 85.5% de los habitantes de la región son españoles y el 14.5% restante son extranjeros.

Respecto a la tasa de actividad en la región, es del 60.4% y la población parada es del 7.56%, siendo el gasto público un 13.42% más bajo que en el resto de España. El nivel medio de pobreza en la región es del 26.4%, aproximadamente siete puntos por

encima de la media en España (19.9%). En una escala de 1 a 7, la media de la satisfacción laboral es de 5.03.

En la Región de Murcia la esperanza de vida al nacer es de 82.4 años (Hombres, 79.9 años; mujeres, 84.9 años), estando la tasa de mortalidad en un 6.9% (566 por 100000 habitantes; hombres 730 y mujeres, 427).

Un 33.9% de la población mayor de 16 años afirma ser fumadora y un 71.69% consume alcohol. La media de edad en el inicio del consumo de alcohol está en 18 años.

Un 51.34% de la población mayor de 16 años realiza ejercicio físico, aunque un 19.5% de las personas mayores de 18 años son obesas (un 10.8% de las personas entre 2 y 17 años). Un 67.2% percibe su salud como buena o muy buena (hombres, 73.96%; mujeres, 59.91%).

El 25% de la población de 16 ó más años padece dolores de espalda crónicos; Artrosis, Hipertensión Arterial, **Trastornos Mentales**, Varices y Colesterol alto son por este orden las enfermedades crónicas más frecuentes, mientras que en niños son el Asma, la Alergia y los **Trastornos de Conducta**.

En un rango de 0 (mejor) a 12 (peor), la media de salud mental de las personas de 16 ó más años es 1.51, con 8.03 en conducta Prosocial y 4.79 en hiperactividad.

Aproximadamente un 10% de la población de la región ha tenido algún tipo de accidente y un 3% ha sufrido agresiones. Un 15.15% tuvieron restricciones en su vida diaria por dolores y un 6.78% han permanecido en cama por problemas de salud. 123.66 de cada 1000 habitantes presentan una discapacidad total (hombres, 89.01%; mujeres, 152.36%), un 58% discapacidad severa (hombres, 34.6%; mujeres, 83.30%) y un 47.97% presentan discapacidad leve (hombres, 35.37%; mujeres, 58.40%). La tasa de suicidio en la región se sitúa en 7.04.

### *3.1.2. Datos Demográficos del Área III de Salud de la Región de Murcia*

El Área III de Salud de la Región de Murcia, ocupa los municipios de Lorca (91714 habitantes), Águilas (34632 habitantes) y Puerto Lumbreras (14694 habitantes), según padrón del Instituto Nacional de Estadística (2015) con una densidad de población de 54.8, 138.1 y 101.5, respectivamente [5].

Un 22.67% de la población tiene menos de 20 años (Águilas, 22.36%; Lorca, 23.11%; Puerto Lumbreras, 22.53%), un 61.71 tiene entre 20 y 64 años (Águilas, 61.86%; Lorca, 62.22%; Puerto Lumbreras, 61.05) y un 15.62% tiene 65 ó más años (Águilas, 15.78%, Lorca, 14.66%; Puerto Lumbreras, 16.43%). Doscientas treinta y cuatro personas residentes en Águilas son extranjeros, de los que un 42.73% proceden de países europeos; en Lorca residen 964 extranjeros, de los que un 21.99% proceden de países europeos, y en Puerto Lumbreras residen 146 extranjeros, de los que un 29.45% proceden de Europa. En el año 2015, el saldo migratorio en Águilas ha sido de una

pérdida de 14 habitantes, en Lorca de un incremento de 56 y en Puerto Lumbreras un incremento de 217.

La tasa de mortalidad por 100000 habitantes es de 745.55 (hombres, 758.81; mujeres, 731.48). En 2015, 10466 personas se encontraban desempleadas (Águilas, 28.62%; Lorca, 62.68%; Puerto Lumbreras, 8.70%) de las que un 40.68% son hombres y un 59.32% son mujeres.

La prevalencia de los trastornos mentales por 100 habitantes es del 15.26% (hombres, 8.69%; mujeres, 21.94%). En niños se valora que los trastornos mentales están entre un 12 y un 22%. Con respecto a la salud mental en población infantil entre 4 y 15 años aparecen síntomas emocionales en un 2.29%, problemas de conducta en un 2.22%, hiperactividad en un 4.99%, problemas con los compañeros en un 1.67% y conducta prosocial en un 8.03%.

En población adulta, la prevalencia del deterioro cognitivo leve es del 2.6%, Alzheimer (2.0%), Demencia mixta (0.9%) y Demencia vascular (0.7%).

La Región de Murcia experimentó entre 1995 y 2007 un ciclo de expansión económica, con un crecimiento medio anual de su PIB (4.3%) por encima del crecimiento medio nacional (3.5%) y muy superior al crecimiento de los países miembros de la UE-27. Sin embargo, esta etapa de expansión se detuvo abruptamente por el impacto de la crisis iniciada en 2008 y la consiguiente desaceleración económica provocó una fase de fuerte recesión, con una importante contracción del PIB regional en 2009 (-4.6%), más aguda que la caída registrada en España (-3.7%) o en la UE-27. Esta severa crisis económica provocó un retroceso del 1.7% en media anual para el periodo 2008-2011 en la Región de Murcia, mayor que la caída del 1.1% para el mismo periodo en el caso de España, y sólo inferior en el conjunto de las Comunidades Autónomas a la Comunidad Valenciana, y muy similar a la caída experimentada en regiones limítrofes como Castilla-La Mancha o Andalucía [6].

Aun siendo muy profundo el impacto de la recesión, en Lorca la resistencia a la caída ha sido más pronunciada que en el resto de la Región de Murcia. Así, mientras el número de empresas afiliadas a la Seguridad Social entre 2009 y 2013 disminuyó cerca de un 10% en la región, esta reducción ha sido de un 6% en Lorca.

La profunda crisis económica exigió inevitablemente una reorientación del gasto público que en el caso de Lorca se vio también alterado por los graves efectos del gran terremoto que sacudió a la ciudad en mayo de 2011. Apenas dos días después, se aprobó el Real Decreto-ley 6/2011 de 13 de mayo, por el que se procedía a la adopción de las primeras medidas para ayudar e indemnizar a los afectados en una serie de aspectos: ayudas por daños personales, alquileres, rehabilitación y reconstrucción de viviendas, beneficios fiscales y en materia de seguros sociales.

Es en este contexto de superación de la gran crisis económica y de los devastadores efectos del terremoto de 2011, en el que Lorca debe abordar en toda su complejidad, los problemas inherentes a los municipios de gran extensión.

Lorca se ubica en el suroeste de la Península Ibérica, en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Formando, junto con los municipios de Águilas, Aledo, Alhama de Murcia, Librilla, Mazarrón, Puerto Lumbreras y Totana, la comarca del Valle del Guadalentín, aunque su ámbito de influencia se extiende más allá, alcanzando poblaciones de las vecinas provincias de Almería y Granada.

### *3.1.3. Recursos Sanitarios en el Área III de Salud de la Región de Murcia*

El mapa sanitario de la Región de Murcia se organiza a través de 9 Áreas Sanitarias, 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.

Cada área sanitaria dispone de una Gerencia que gestiona la totalidad de los recursos sanitarios públicos de su área respectiva, estando integrada Atención Primaria, Especializada y Salud Mental. A su vez, estas Áreas de Salud se encuentran divididas en 76 Zonas de Salud.

La Red de Salud Mental de Murcia es una organización integrada y dependiente del SMS. Se organiza en torno a cinco programas asistenciales que se ofertan mediante 28 dispositivos asistenciales. El eje principal de la asistencia lo constituyen los Centros de Salud Mental y los pacientes acceden a ellos derivados por los equipos de Atención Primaria de su área de referencia, o a través de médicos especialistas.

Las Áreas de Salud de la Región de Murcia son las siguientes: Área de Salud I (Murcia/Oeste), Área de Salud II (Cartagena), Área de Salud III (Lorca), Área de Salud IV (Noroeste), Área de Salud V (Altiplano), Área de Salud VI (Vega Media del Segura), Área de Salud VII (Murcia/Este), Área de Salud VIII (Mar Menor), Área de Salud IX (Vega Alta del Segura). (Figura 1).

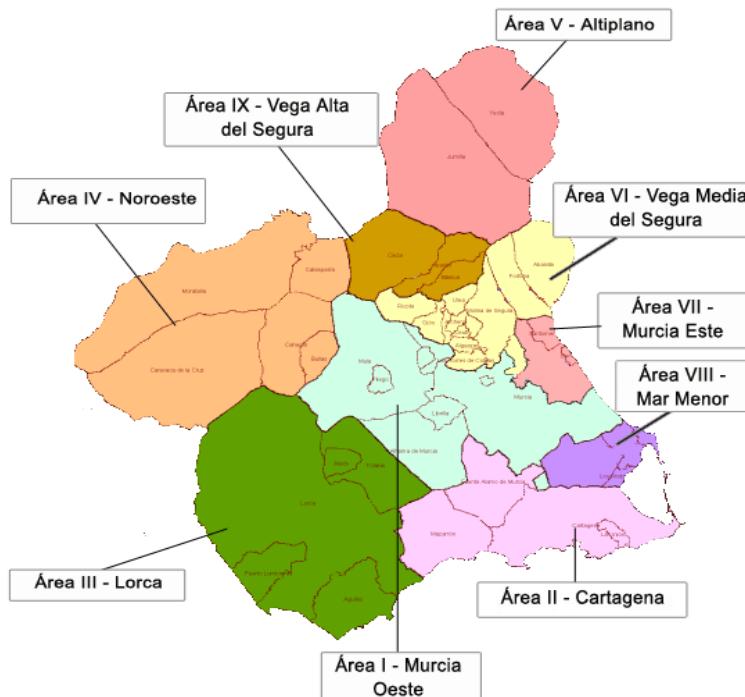


Figura 1. Localización geográfica de las Áreas de Salud de la Región de Murcia.

### 3.1.4. Red de Salud Mental de la Región de Murcia

Los recursos estructurales de la red de salud mental se organizan en dos grupos:

- Sectorización ambulatoria por área de salud para la atención al adulto, infanto-juvenil y atención a drogodependencias, en 14 Centros de Salud Mental (CSM).
- Sectorización hospitalaria, con 6 Unidades de Psiquiatría de la Región, repartidas en 5 hospitales públicos y 1 Hospital Psiquiátrico.

La distribución los Centros de Salud Mental y Adicciones, Unidades de Rehabilitación y Hospitalización Psiquiátrica que constituyen la red de Salud Mental y Adicciones de la Región de Murcia, distribuidos por Áreas de Salud, se detalla a continuación en la tabla 1 [7].

Área de Salud	Zona de Salud	CSM-CAD	Unidad de Rehabilitación	Unidad de Hospitalización
Área I Murcia Oeste	Alhama-Librilla, Alcantarilla, Sangonera la Seca, El Palmar, Sangonera de Verde, Espinardo, San Andrés, La Ñora, Nonduermas, La Alberca, Algezares, Campo de Cartagena, Aljucer, Mula.	4-1	1	1 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)
Área II Cartagena	Molinos Marfagones, Cartagena Casco, Cartagena Este, Barrio Peral,	1-1	1	1 Hospital General Universitario

	Los Barreros, Los Dolores, San Antón, Sta. Lucía, Mar Menor, Fuente Álamo, La Unión, Pozo Estrecho, La Manga, Mazarrón, Puerto Mazarrón			Santa Lucía (Cartagena)
Área III Lorca	Lorca San José, Lorca La Paca, Lorca San Diego, Lorca Centro, Totana, Puerto Lumbreras, Aledo, Águilas Sur, Águilas Norte.	2-2	1	1 Hospital General Universitario Rafael Méndez (Lorca)
Área IV Noroeste	Bullas, Calasparra, Caravaca, Barranda, Cehegín, Moratalla.	1-1	1	1 Hospital Psiquiátrico Román Alberca (Murcia)
Área V Altiplano	Yecla Este Yecla Oeste Jumilla	2-1	0	1 Hospital Psiquiátrico Román Alberca (Murcia)
Área VI Vega Media del Segura	Murcia Centro, Vistalegre, Sta. M <sup>a</sup> de Gracia, Zarandona, El Ranero, Fortuna, Abanilla, Cabezo de Torres, Molina Norte, Molina Sur, La Ribera de Molina, Alguazas, Torres de Cotillas, Ceutí, Lorquí, Archena, (Ricote, Ulea, Ojós)	3-1	1	1 Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia) 1 Hospital General Universitario Morales Meseguer (Murcia)
Área VII Murcia Este	Alquerías, Barrio Carmen, Beniaján, Puente Tocinos, Vistabella, Llano Brujas, Monteagudo, Infante, Beniel, Santomera	3-1	1	1 Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia)
Área VIII Mar Menor	San Pedro del Pinatar, San Javier, Torre Pacheco Este, Torre Pacheco Oeste, Los Alcázares	1-1	1	1 Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena)
Área IX	Cieza Este, Cieza Oeste, Abarán, Blanca	1-1	1	1 Hospital General Universitario Morales Meseguer (Murcia)

Tabla 1. Áreas de salud, zonas de salud, CSM, unidades de rehabilitación y unidad de hospitalización de la Red de Salud Mental de la Región de Murcia.

### *3.1.5. Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área de Salud III del Servicio Murciano de Salud*

La Unidad de Gestión Clínica del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, del que se expone la presente Memoria Clínica, se encuentra en el Área III de Salud de la Región de Murcia, corresponde al nivel de asistencia especializada y carácter comunitario.

El Área III de Salud de la Región de Murcia cuenta con 11 Zonas Básicas de Salud adscritas (Águilas/Sur, Águilas/Norte, Lorca/Centro, Lorca/San Diego, Lorca/San José, Lorca/La Paca, Lorca/San Cristóbal, Lorca/Sutullena, Puerto Lumbreras, Totana/Norte, Totana/Sur), 10 Centros de Salud, 28 Consultorios, 10 equipos de Atención Primaria, 2 bases 061, 2 Puntos de Atención Continuada (PAC), 3 Puntos de Especial Aislamiento (PEA), 3 Servicios de Urgencias y 1 hospital de referencia (Hospital General Universitario Rafael Méndez), situado en Lorca.

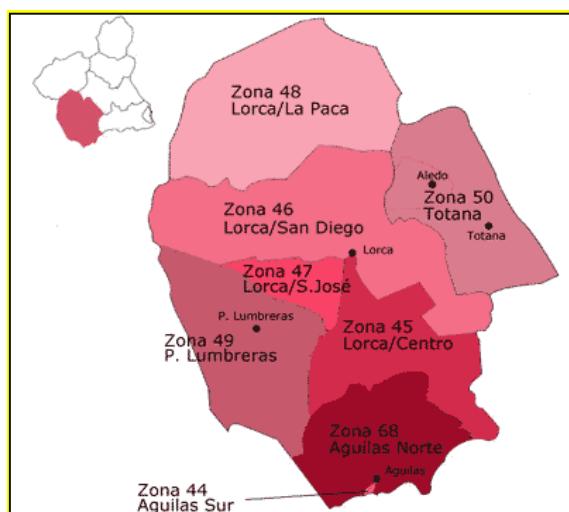


Figura 2. Localización geográfica del Área III de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y Zonas de Salud.

### *3.1.6. Hospital General Universitario Rafael Méndez*

El Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca, es un hospital público perteneciente a la red de hospitales del Servicio Murciano de Salud, inaugurado en 1990, contando en la actualidad con 283 camas en funcionamiento. Ubicado aproximadamente a 4 kilómetros del centro urbano, en la denominada diputación de la Torrecilla, con acceso directo desde la autovía del mediterráneo.

Es el Hospital de referencia del Área III que proporciona asistencia sanitaria especializada a los habitantes de dicha área de salud, que engloba los municipios de Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana, que ascienden a un total de 172.630 habitantes.

Además del hospital, se cuenta con un centro de especialidades, ubicado en el centro urbano de Lorca, en el antiguo hospital Santa Rosa de Lima.

El Hospital universitario cuenta con 987 puestos en recursos humanos de los que 9 puestos son directivos, 174 facultativos, 513 de personal sanitario no facultativo, y 291 personal no sanitario.

El Hospital General Universitario Rafael Méndez dispone de una Unidad de Psiquiatría de Hospitalización Breve para el tratamiento intensivo en régimen de ingreso y 24 horas. Su objetivo principal es el estudio y estabilización y remisión sintomática de aquéllos cuadros psiquiátricos agudos que requieran hospitalización a tiempo total y atención continuada (24 horas); la estancia media será la adecuada para la estabilización de la fase aguda o crisis presentada y se adaptará a las necesidades de cada paciente, durante un período aproximado de una a tres semanas. Durante el ingreso se cubren aspectos diagnósticos y terapéuticos, así como la atención a la salud general. Dispone de 14 camas y un equipo multidisciplinar especializado en la atención a esta población.

Los objetivos específicos de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP, en adelante) son:

- Tratamiento intensivo en medio hospitalario de la patología mental que no puede ser realizado en otro dispositivo terapéutico y que por la gravedad de la sintomatología aguda no pueden continuar recibiendo la atención en su entorno comunitario.
- Restablecimiento de las condiciones necesarias para continuar el tratamiento en régimen ambulatorio.
- Realización de actividades de observación, diagnóstico, tratamiento y cuidados relacionados con la práctica de la Psiquiatría que por su complejidad o nivel de riesgo deben llevarse a cabo en el medio hospitalario.
- Ser un dispositivo hospitalario que forma parte de la red de continuidad de cuidados en la asistencia a la salud mental.
- Coordinación con los Centros de Salud Mental ambulatorios, instituciones sociales y judiciales del Área III.

El ingreso se realiza por derivación desde los servicios de urgencias o desde los Centros de Salud Mental (programados), pudiendo tener carácter voluntario o involuntario, precisándose en este último caso autorización judicial.

El Servicio de Psiquiatría ofrece asistencia ambulatoria en los Centros de Salud Mental y Drogodependencias de referencia de Lorca y Águilas. La Unidad Hospitalaria Psiquiátrica (UHP) se coordina con el resto de recursos de la red de salud mental del área, constituyendo con ellos el circuito asistencial de Salud Mental del área de referencia, tanto con respecto a la recepción de los pacientes como al alta o remisión de los mismos.

Las prestaciones de la UHP son: Acogida, valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, derivación con informe de alta y cita en Centro de Salud Mental

correspondiente; Prevención y promoción de la salud mental; Interconsulta hospitalaria; Atención a familiares; Atención a urgencias psiquiátricas hospitalarias; Colaboración con las restantes especialidades del hospital y Formación e Investigación.

Además de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y los dos Centros de Salud Mental ambulatoria (CSM), el área cuenta con dos Unidades de Atención a Drogodependencias (CAD), tres Unidades de Tratamiento de Opiáceos (UTOs), una Unidad de Rehabilitación de Área (URA) y un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC).

Los recursos sanitarios de Salud Mental del Área III pueden derivar a los siguientes dispositivos regionales:

- Unidad Regional de Media Estancia "Manuel Pérez Seiquer" (URME), ubicada en Murcia, a aquellos pacientes con trastorno mental grave en los que se hace necesaria una hospitalización más prolongada.
- Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil, ubicada en el nuevo Hospital Materno Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA).
- Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), ubicada en el Hospital Universitario Reina Sofía, para la desintoxicación hospitalaria de pacientes con trastornos adictivos.
- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), destinada al tratamiento en régimen hospitalario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- Unidad de Terapia Electroconvulsiva (ETC), destinada a la aplicación de ETC para pacientes en descompensación aguda en régimen ambulatorio y/o mantenimiento.

### *3.1.7. Recursos Sociales y Comunitarios del Área III de Salud*

La UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de la Región de Murcia dispone de los siguientes recursos de soporte e inserción laboral, gestionados por diferentes entidades públicas y privadas, que colaboran en la atención a personas que padecen problemas de salud mental y/o drogodependencias.

#### 1. Servicios Sociales Municipales:

Con dos niveles de atención: Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) y Servicios Sociales Especializados.

#### 2. Instituto Murciano de Acción Social (IMAS):

Servicio de Atención a las personas con discapacidad y otros colectivos. Contrato de Plazas con las entidades para la atención a la enfermedad mental, en Atención Residencial (AR) y Centro de Día (CD):

- Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Lorca y Comarca (ASOFEM) (CD).
  - Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Águilas y Comarca (AFEMAC) (CD).
  - Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Totana y Comarca (AFEMTO) (CD).
  - Asociación de Promoción al Deficiente. Lorca. (ASPRODES) (AR).
3. Entidades del Tercer Sector:
- Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial. Sede Lorca (ISOL).
  - Federación Murciana de Asociaciones de Familias y Enfermos (FEAFES).
  - Centro de Día Heliotropos. Fundación Diagrama.
  - Colectivo La Huertecica.
  - Asociación Betania.
  - Asociación Pro-Sauces. Comunidad Terapéutica Las Flotas.
  - Proyecto Hombre Murcia.
  - Fundación Entorno Slow.
  - Fundación del Santo y Real Hospital de Caridad de Cartagena. Unidad de Patología Dual.
  - Asociación Murciana para la Prevención de las Drogodependencias (AREMUPD).
  - Asociación Anorexia Nerviosa y Bulimia de la Región de Murcia (ADANER).
  - Asociación Murciana de Jugadores en Rehabilitación (ASMUJER).
  - Asociación Lorquina de Niños y Padres Contra la Droga (NYPACOLD).
4. Recursos Sanitarios Privados y/o con plazas concertadas por la Administración Pública:
- Hospital Virgen del Alcázar de Lorca.
  - Clínica San Felipe del Mediterráneo de Murcia.
  - Sanatorio del Doctor Muñoz.
5. Cruz Roja de Murcia.
6. Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

### *3.1.8. Recursos Estructurales del Área III de Salud: Equipamiento*

Para una población de 173.080 habitantes, los recursos estructurales del Área III de Salud del SMS quedan configurados del siguiente modo (Tabla 2):

Área de Salud	Población	NZS*	NCS*	NCL *	Superficie	D.P	Hab/ZS	Hab/CS	Hab/CL
Área III de Lorca	173.080	11	10	29	2.410	71	15.734	17.308	5.968

Tabla 2. Recursos Estructurales Área III.

NZS: N° Zonas de Salud. NCS: N° Centros de Salud. NCL: N° Consultorios Locales. DP: Densidad de Población (Padrón 2015).

Los dispositivos ambulatorios, Centro de Salud Mental-Centro de Atención de Drogodependientes (CSM-CAD), Unidad de Rehabilitación de Área (URA), Centro de Día (CD) y Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC), que configuran la UGC de Psiquiatría del Área III del Servicio Murciano de salud disponen de los siguientes elementos arquitectónicos generales y equipamientos:

### *3.1.9. CSM-CAD Lorca*

El Centro de Salud Mental (CSM) de Lorca fue construido en un solar cedido por el Ayuntamiento de Lorca, situado en la calle Tenor Mario Gabarrón. Ubicado junto al Centro de Salud Lorca-Sutullena, en una superficie construida de 2512 metros cuadrados distribuidos en dos plantas y un sótano.

En la planta baja se sitúan la “Unidad de Adultos”, la “Unidad Infanto-Juvenil” y el “Centro de Atención al Drogodependiente”, con una puerta de acceso diferente para este último dispositivo. La planta baja cuenta con tres zonas de recepción y administración, veintidós consultas, tres salas de espera, una consulta de administración de opiáceos, otra de control de tóxicos, dos salas de tratamiento grupal y otra de reuniones.

La primera planta está destinada a la “Unidad de Rehabilitación del Área” (URA) y al “Hospital de Día”. Dispone de un área de recepción, diez consultas, dos salas de tratamiento grupal, seis salas de terapias polivalentes, una sala de espera, un comedor y gimnasio.

El CSM de Lorca dispone de un sótano que acoge el aparcamiento y otras dependencias.

- 22 despachos provistos de ordenadores personales que faciliten la realización de informes, altas, registros epidemiológicos, cumplimentación de sistemas de información y otras actividades asistenciales, docentes e investigadoras. Los despachos de los Médicos Especialistas en Psiquiatría disponen de impresora para la emisión de receta electrónica. Así mismo, cada despacho dispone de teléfono para llamadas entre extensiones del propio Centro de Salud Mental y otros recursos sanitarios del Área III (UHP y AP).
- 2 Salas de Terapia Grupal, una de las salas con espejo unidireccional que divide la sala de observación.
- 1 Sala de Reuniones: Pueden ser utilizadas para sesiones docentes, reuniones de equipo, biblioteca.
- 1 Dispensario de Metadona.
- 1 aseo con espejo unidireccional.
- 3 mostradores para recepción de pacientes a nivel administrativo, ubicadas en la sección de Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias, provistos de tres

puntos de trabajo con ordenadores personales, impresora, fotocopiadora y teléfono.

- 1 Archivo de Historias Clínicas en papel y Documentación Clínica.

### *3.1.10. CSM-CAD Águilas*

El Centro de Salud Mental (CSM) de Águilas se encuentra ubicado en el Consultorio Casa del Mar, en la calle Explanada del Muelle de Águilas. En dicho Consultorio se comparte actividad asistencial con la Unidad de Higiene Bucodental y la Unidad de Educación Maternal dependientes de Atención Primaria. El CSM-CAD de Águilas consta de la siguiente infraestructura:

- 9 despachos, provistos de ordenadores personales que faciliten la realización de informes, altas, registros epidemiológicos, cumplimentación de sistemas de información y otras actividades asistenciales, docentes e investigadoras. Los despachos de los Médicos Especialistas en Psiquiatría disponen de impresora para la emisión de receta electrónica. Así mismo, cada despacho dispone de teléfono para llamadas entre extensiones del propio Centro de Salud Mental y otros recursos sanitarios del Área III (UHP y AP).
- 1 Sala de Terapia Grupal.
- 1 Sala de Reuniones. Utilizada para sesiones docentes, reuniones de equipo, biblioteca.
- 1 Dispensario de Metadona.
- 1 aseo con espejo unidireccional.
- 1mostrador para recepción de pacientes a nivel administrativo, provistos de dos puntos de trabajo con ordenadores personales, impresora, fotocopiadora y teléfono.
- 1 Sala de Espera, común para todas las Unidades.
- 1 Archivo de Historias Clínicas en papel y Documentación Clínica.

### *3.1.11. Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca*

El Hospital Rafael Méndez consta de 283 camas, 6 quirófanos, 2 paritorios, 38 locales de consulta, 13 puestos de hemodiálisis, 8 puestos hospital de día oncohematológico, 3 puestos hospital de día médicos, 6 puestos hospital de día quirúrgico, 12 ecógrafos, 1 TC, 1 mamógrafo, 6 salas convencionales RX, 2 Telemundo RX, y 4 Arco multifunción RX y una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP). La UHP está ubicada dentro del Hospital General Universitario Rafael Méndez en la Primera Planta.

La UHP dispone de los siguientes elementos arquitectónicos generales y equipamientos para la atención psiquiátrica de aquéllos pacientes que sufren descompensaciones clínicas:

El número total de camas es de 14 camas distribuidas en 7 habitaciones con un cuarto de baño con wc, lavabo y ducha donde se extreman las medidas de seguridad.

Las instalaciones comprenden:

- 1 Despacho de Psiquiatría.
- 1 Despacho de Enfermería.
- Control de Enfermería, cuya ubicación permite un máximo de visibilidad y observación directa del paciente en los espacios comunes, además de ser un lugar accesible para los mismos.
- Correas de sujeción mecánica con imanes para anclaje u otros sistemas de contención con seguridad y eficacia contrastadas, utilizadas según protocolo asistencial.
- Espacios comunes multifuncionales: Comedor, sala de lectura/TV/juegos, actividades ocupacionales. Ubicada en espacios diferenciados y con elementos decorativos que mejoran la confortabilidad del medio.
- Área Administrativa: Espacio reservado para el archivo de documentación e historias clínicas y donde podrá ubicarse el personal administrativo de apoyo a la UHP.
- Otros espacios: Botiquín, aseos y vestuario del personal, lencería, office, almacén de limpieza.

Otros materiales son:

- Material general no sanitario: Elementos de limpieza, elementos para aseo, vajilla. Aparato de TV/música, Juegos de mesa, libros, material recreativo, material para terapia ocupacional, juegos y material lúdico y papelería.
- Material Básico Sanitario: Esfingomanómetros, fonendoscopios, termómetros, material curativo y de enfermería, báscula, nevera para conservar determinados fármacos y extracciones, etc.
- Fármacos generales y específicos (psicofármacos).
- Material Sanitario específico: Test diagnósticos. Escalas e instrumentos de evaluación psicopatológica. Material para sujeción mecánica. Materiales específicos del programa de rehabilitación.
- Paneles informativos.

### *3.1.12. Actividad Asistencial del Sistema Sanitario de la Región de Murcia*

En los últimos años los sistemas de registro de la información han adquirido un gran protagonismo en el campo de la Salud Mental. Importancia, acompañada de un crecimiento en los sistemas de registro de información sanitaria por su utilización en investigación epidemiológica, gestión y planificación de recursos asistenciales y en evaluación de los rendimientos de las diversas estructuras asistenciales.

El Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) es 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, ha ido creciendo la necesidad de disponer de sistemas de registros que permitan obtener 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 la Región de Murcia este registro está 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). En 1997 se inició en la Región de Murcia el desarrollo e implantación de un RACP en la red ambulatoria asistencial de Salud Mental del SMS. En dicho registro se recoge la actividad asistencial de los Centros de Atención a Drogodependientes (CAD) y de los Centros de Salud Mental (CSM). Desde las transferencias sanitarias, los datos obtenidos a través del RACP sirven para la planificación y gestión de los servicios sanitarios relacionados con la Salud Mental, permitiendo una gran fluidez y agilidad en la obtención y análisis de los diferentes indicadores y en su inmediata aplicación en las diferentes estrategias diseñadas e implantación.

En 2015 se han recogido en el CMBD [8], 2984 episodios asistenciales en el entorno hospitalario público y privado de la Región de Murcia, resultados muy similares a los del año anterior (2972). La asistencia hospitalaria con internamiento supone un 98.5% de los episodios notificados (2940 altas en 2015, incluye la media-larga estancia) y presenta un aumento del 1.9% en relación con el año anterior.

Las estancias producidas por los pacientes dados de alta en este período (98286) disminuyen un 0.6% con un comportamiento complejo debido a la media-larga estancia. Las estancias en los hospitales privados permanecen invariantes, pero las debidas a la concertada aumentaron un 52%, magnitud similar al descenso observado en los episodios sufragados por otras fuentes.

Valorando ambos datos de manera conjunta, la estancia media hospitalaria regional es de 33.4 días (34.2 días, en el año 2014), siendo de 21.1 días en los hospitales del SMS (21.4, en 2014) y de 145.3 días en los hospitales privados (157.8, en 2014) que desarrollan más servicios de media larga estancia. La estancia media de los pacientes agudos asistidos en hospitales del SMS (descontando la Unidad Regional de Media Estancia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca) es de 12.4 días, similar a la del año anterior (12.7).

El perfil de los pacientes atendidos, por edad y sexo, no presenta variaciones interanuales. El nivel de reingresos a 30 días en el mismo hospital (8.9%) ha aumentado con respecto al año anterior (5.5%). Un 90.1% de las altas con internamiento se produce en hospitales del SMS. Por otra parte, el SMS financia el 92.2% del total de las altas (dadas en sus hospitales o en la concertada), valores superponibles. La actividad

concertada alcanza la del año anterior (90.6% y 91.6% respectivamente), 5.1% de los episodios son financiados y se centra en la larga estancia.

Uno de los indicadores de la eficiencia de un hospital o sistema sanitario es el índice de estancia media ajustada (IEMA), calculado con las altas que han tenido una estancia dentro de los márgenes esperados (*inliers*), lo que significa no tener en cuenta los pacientes de media-larga estancia, ni los pacientes agudos con una estancia inhabitualmente alargada. Si se toma como referencia los resultados de los hospitales españoles recogidos por el Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad en 2014, la eficiencia del conjunto del Sistema Sanitario Murciano (público y privado) en la asistencia a estos pacientes es 0.99 similar a la del conjunto de hospitales españoles (IEMA de 1.00) y a la del año anterior (1.00).

La Cie-9MC, clasificación utilizada para codificar la asistencia, no es la más adecuada para recoger los diagnósticos psiquiátricos. Hecha esta salvedad, la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes es el diagnóstico más frecuente con 1053 altas, que suponen el 35.8% de las altas y el 58.9% de las estancias totales. Para *All Patient Diagnosis Related Group* (AP-GRD), la psicosis (GRD 430, 52.6% de las altas, 1547 episodios) es el Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) más frecuente, y en el conjunto del Sistema Sanitario Murciano, se encuentra en la novena posición por número de altas. Todas ellas cifras similares a las del año anterior.

En la tabla 3, se recoge la evolución mensual de los indicadores de hospitalización del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca.

En 2015, el número de ingresos ha variado entre 819 del mes de Septiembre y 1045 del mes de Marzo, alcanzando su cota más baja en el mes de Junio con 716. En general, el hospital soporta una fuerte presión de ingresos por urgencias, desde un 75.64% del mes de Octubre hasta un 85.27% del mes de Julio; a pesar de esta variación intermensual, la presión de ingresos por urgencias se mantiene en torno a un promedio del 80% durante todo el año. No se encuentra un patrón claro en el número de altas externas, dado que en unos meses (Febrero, Mayo, Agosto y Octubre) el balance es negativo, mientras que el resto de meses, la diferencia entre ingresos y altas es positiva.

La tasa de ocupación del hospital es relativamente elevada, variando entre un 65.87% del mes de Agosto y un 74.61% del mes de Febrero. En promedio, la tasa de ocupación se mantiene en un 70% durante todo el año. Por último, el porcentaje de camas en funcionamiento es en promedio superior al 85%, variando entre el 80.20% de Agosto y Septiembre y el 95.70% de Marzo.

Indicador	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Balance	63	-7	0	24	-33	18	4	-10	33	-10	17	2
Ingresos	998	993	1045	929	966	932	910	842	819	1010	1000	967
Ingresos urgentes	800	780	852	740	778	716	776	748	693	764	771	780
Ingresos programados	198	213	193	189	188	216	134	94	126	246	229	187
% ingresos programados	19.84	21.45%	18.47%	20.34%	19.46%	23.18%	14.73%	11.16%	15.38%	24.36%	22.90%	19.34%
Presión de urgencias	80.16	78.55%	81.53%	79.66%	80.54%	76.82%	85.27%	88.84%	84.62%	75.64%	77.10%	80.66%
Altas externas	935	1000	1045	905	999	914	906	852	786	1020	983	965
Traslado a otro hospital	34	24	23	29	30	19	25	19	18	31	32	33
Ocupación	195	214	206	205	199	185	174	160	160	188	195	192
Índice de ocupación	69.22%	74.61%	70.95%	72.47%	69.29%	64.70%	70.36%	65.87%	70.47%	72.19%	70.66%	68.75%
Camas instaladas	301	302	303	303	303	303	303	303	283	303	303	303
Camas funcionantes	282	287	290	262	288	286	247	243	227	261	276	280

Tabla 3. Evolución mensual de los indicadores de hospitalización en todos los servicios del Hospital Rafael Méndez de Lorca (2015)

### *3.1.13. Plan Estratégico del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia*

El actual Plan de Salud de la Región de Murcia es el marco estratégico donde se recoge la política de salud a desarrollar por las administraciones públicas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Recoge las acciones e iniciativas de cambio necesarias para mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población de la Región de Murcia, incluyendo así mismo una serie de actuaciones para que el Sistema Sanitario pueda adaptarse con éxito a la nueva realidad demográfica de la Región y a las necesidades y expectativas de la sociedad. Se centra fundamentalmente en la salud de la población, más allá de la organización y la productividad de los servicios sanitarios, compartiendo la responsabilidad sobre ella con otros ámbitos no estrictamente sanitarios y con los propios ciudadanos. Como consecuencia, se articula en torno a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la equidad, la eficiencia, la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios, estableciendo objetivos cuantificables.

El III Plan de Salud de la Región de Murcia [9] se articula en torno a los grandes problemas de salud (lo que en el Plan se han denominado “componentes verticales” de la estructura), haciendo especial referencia a la necesidad de integrar acciones dirigidas a determinados colectivos (“componentes diagonales”) y sobre la base de unas acciones específicas de fortalecimiento y modernización del Sistema Sanitario de la Región de Murcia en el nuevo contexto competencial (“componentes horizontales”). Incluye los objetivos estratégicos y las propuestas de actuación; en total, 79 líneas de actuación definidas para cada uno de los componentes verticales, horizontales y diagonales identificados.

Pretende centrar sus esfuerzos en aquellos condicionantes que, en mayor medida, pueden impactar en el nivel de salud de la sociedad murciana. Entre estos:

- ❖ Promover la implicación del ciudadano con su salud, fomentando conductas y estilos saludables de vida.
- ❖ Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.
- ❖ Disminuir las desigualdades en salud, que en gran parte son causantes de los resultados desfavorables evidenciados.
- ❖ Potenciar la Atención Primaria, como base del sistema sanitario, principal interlocutor del paciente y gestor de su salud, y promotor de la salud colectiva.
- ❖ Mejorar la práctica clínica en el sistema sanitario, promoviendo la reducción de la variabilidad, la continuidad de cuidados y la seguridad clínica.
- ❖ Reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia, para promover la autonomía de la ciudadanía.
- ❖ Fortalecer la gestión del sistema sanitario para mejorar la respuesta de las organizaciones y profesionales a las expectativas de la sociedad.

- ❖ Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas, mediante el desarrollo y evaluación de vías clínicas integrales entre niveles asistenciales, así como mejorar la efectividad de los tratamientos curativos, rehabilitadores y paliativos.
- ❖ Promocionar la capacitación e implicación del paciente y su entorno con su enfermedad, mediante intervenciones individuales y grupales.
- ❖ Mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

El Plan de Salud hace especial énfasis en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la esfera del compromiso personal. En segundo lugar, el sistema sanitario murciano se enfrenta al desafío de actualizar sus formas de hacer y sus recursos para responder tanto a las expectativas ciudadanas como a las exigencias del desarrollo científico. Desafío que exige una acertada combinación de actuaciones, centradas más que en la ampliación de sus recursos, en la capacidad de modificar sus estilos asistenciales para alcanzar mayor capacidad resolutiva y mayor continuidad de los cuidados en el conjunto del sistema sanitario.

Por último, destaca como imprescindible el desarrollo de políticas intersectoriales para acometer los retos que plantea el Plan de Salud, y que sólo desde la consideración de la salud como un reto de Gobierno, y no sólo de la Consejería de Sanidad y Consumo, podrán tener éxito. Esta necesidad de desarrollar políticas intersectoriales está en plena sintonía con el objetivo de la Unión Europea de “introducir la política de salud en todas las políticas”, así como con otras que se están desarrollando en países con sistemas sanitarios avanzados.

Las áreas de actuación prioritarias del Plan de Salud son:

1. Salud y sociedad, orientado a actuar sobre los condicionantes colectivos que pueden influir en la salud de la población, así como sus estilos y hábitos de vida.
2. Salud y sistema sanitario, en el que se evalúa la contribución del sistema sanitario a la salud de la población y se elaboran las propuestas de mejora para adaptarlo a los desafíos que plantea el desarrollo científico y el incremento de las expectativas de la ciudadanía.
3. Implicación del paciente y dolencias crónicas, en el que se pretende reflejar los principales problemas de salud que afectan a la ciudadanía, identificando actuaciones factibles que hayan demostrado su efectividad en la mejora de la salud de los pacientes, incorporando en todas ellas la implicación con la enfermedad como una estrategia que ha demostrado su utilidad en la mejora de la estabilidad y complicaciones de las patologías crónicas.

De forma sintética, a continuación se recogen las líneas de actuación propuestas para cada ámbito.

Salud y sociedad:

- Promover la implicación del ciudadano con su salud, fomentando conductas y estilos saludables de vida.
- Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.
- Actuar sobre las desigualdades en salud y sus determinantes, como elementos que en gran parte condicionan los resultados desfavorables evidenciados.

Salud y sistema sanitario:

- Fortalecer la atención primaria como base del sistema sanitario, principal interlocutor del paciente y gestor de su salud, y como promotor de la salud colectiva.
- Promover la seguridad clínica en el sistema sanitario (reducir la variabilidad clínica y fortalecer la continuidad de cuidados en el sistema sanitario) reduciendo los efectos adversos y las complicaciones de la atención médica.
- Reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia para promover la autonomía de la ciudadanía.
- Fortalecer el sistema de gestión, incorporando la cultura de evaluación sistemática de resultados.

Implicación del paciente y dolencias crónicas:

- Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas y los sistemas de información que los sustentan.
- Promoción del autocuidado e implicación del paciente con su enfermedad, por parte del sistema sanitario.
- Desarrollo y evaluación de vías clínicas integrales entre niveles asistenciales (gestión de la enfermedad) de las patologías más prevalentes.
- Consolidar y mejorar los enfoques preventivos, diagnósticos y de tratamiento del cáncer.

Los planes de acción, están formados por el conjunto de objetivos y las estrategias de intervención de cada una de las líneas de actuación prioritarias establecidas, los indicadores de seguimiento y las metas a alcanzar en cada una de ellas. Entre los objetivos marcados sobre los determinantes y problemas de salud, se encuentran los marcados sobre las enfermedades relevantes, entre otras, las referidas a salud mental.

Los propósitos marcados en este grupo de enfermedades relevantes son:

- Puesta en marcha del IV Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia, para avanzar hacia una cobertura integral de la enfermedad mental y la drogadicción.

- Asegurar el cumplimiento de los diferentes programas asistenciales de salud mental (infanto-juvenil, adultos y psicogeriatría, drogas, rehabilitación) que están incorporados en éste, especialmente en grupos de exclusión y patologías emergentes (trastornos de personalidad, situación de violencia de género detectada en salud mental, patología dual).
- Actuar sobre el diagnóstico precoz, disminuyendo la prevalencia, morbilidad y repercusión psicosocial de las enfermedades mentales y drogodependencias.
- Actuar sobre el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mentales y drogodependencias, mejorando los estándares de calidad y disminuyendo la repercusión psicosocial.
- Disminuir la mortalidad por suicidio en enfermos mentales y drogodependientes.
- Asegurar el seguimiento coordinado entre niveles sociosanitarios (educación, servicios sociales, etc.). Es necesario la coordinación con Equipos de Orientación de los Centros Educativos.
- Promover la implicación del enfermo y de su familia en el proceso de su enfermedad.
- Erradicar el estigma asociado a las personas con trastorno mental.

El Plan de Salud de la Región de Murcia 2015 se ha elaborado con el propósito de mejorar la salud de la población reduciendo las desigualdades y fortaleciendo el Sistema Sanitario. Para ello se despliegan una serie de objetivos y estrategias de intervención organizados con tres niveles de relevancia progresiva. Además, se establecen una serie de indicadores que permiten valorar la efectividad de las estrategias en cada nivel y realizar los ajustes pertinentes. Además, para facilitar este proceso de evaluación y seguimiento, el Plan de Salud, se ha fraccionado en Planes de Actuación para los bienios 2010-2011, 2012-2013 y 2014-2015.

Tal y como queda recogida en la Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud, los ejes estratégicos que, de manera específica, rigen la actuación de nuestro sistema sanitario público, al servicio de alcanzar los objetivos previstos en el Plan de Salud 2010-2015, son:

- A. Los Resultados en Salud.
- B. La Sostenibilidad del Sistema/Gestión del Conocimiento.
- C. La Atención a la Cronicidad.
- D. Procesos Asistenciales.

Los citados ejes estratégicos se alinean con el Plan de Salud y con los proyectos o programas que ya desarrollan el Servicio Murciano de Salud y la Consejería de Sanidad.

El desarrollo de la visión y de los ejes estratégicos se apoya en el despliegue en el sistema regional de salud de un conjunto de Proyectos Estratégicos.

Por último, el Plan de Salud Regional vigente en la actualidad y los criterios de excelencia del Modelo EFQM configuran las líneas estratégicas de los Contratos de Gestión del Servicio Murciano de Salud (SMS), siendo uno de los objetivos prioritarios

lograr la excelencia a través de las unidades de gestión clínica y por procesos para facilitar la continuidad asistencial, situando al paciente como eje del sistema, y contando para ello con profesionales implicados para mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario desde un punto de vista económico y medioambiental.

El Plan de Salud Mental de la Región de Murcia actual es concebido como un documento de referencia, a través del cual la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Murcia propone y diseña unas líneas de actuación, objetivos y medidas necesarias para ejecutar sus contenidos en el marco de la atención a la salud mental de nuestra región. Se trata de un marco de referencia sobre las actuaciones a desarrollar en esta materia en el periodo de vigencia de este Plan. Su justificación viene precedida por la necesidad de alineamiento estratégico con el sistema sanitario público de la región, y su adaptación a la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta los contenidos reflejados en la Declaración Europea para la salud mental, la Declaración de Helsinki, el Plan de Acción Europeo/Estrategias de la Unión Europea en materia de salud mental, y el Real Decreto de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

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

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

### **3.2. Análisis Interno de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del Servicio Murciano de Salud**

#### *3.2.1. Modelo Organizativo de Gestión: Estructura Funcional*

La estructura funcional de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud del SMS, es asimilable a la de una organización unitaria compleja dirigida al paciente como eje del sistema. El modelo de Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM), entidad carente de personalidad jurídica propia podría ser un

sistema de gestión alternativo válido para conseguir los objetivos estratégicos de la unidad.

El AGCPSM estaría constituido por la integración de las diferentes Unidades de Gestión Clínica (UGC) formadas por las estructuras orgánicas asistenciales o funcionales de psiquiatría y salud mental, adscritas a la institución hospitalaria, junto a una Unidad de Gestión para el Análisis de Datos e Información, y por una Unidad de Continuidad Asistencial para la Atención al Paciente.

El AGCPSM es un modelo de organización dirigido a implicar y responsabilizar a los profesionales en el funcionamiento del servicio de salud, orientando su participación a la consecución de la actividad clínica y de la gestión.

Agrupará al conjunto de los recursos humanos, espacios y equipamientos materiales; se gestionará de forma autónoma e integrada, con criterios de calidad y eficiencia y se basará sobre un modelo de funcionamiento dirigido a la necesaria continuidad asistencial del paciente.

El Director del ACGPSM es el responsable ante la Gerencia del cumplimiento de los objetivos marcados a través del Acuerdo de Gestión formalizado entre las partes. Será su responsabilidad el gestionar de forma integrada todos los asuntos relacionados con la atención psiquiátrica y salud mental dependiente del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca. Además, garantizará una visión global del planteamiento de los recursos, de las necesidades y de los objetivos, realizando todas las acciones derivadas de las directrices del Plan Estratégico de Salud Mental y de las directrices de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

### *3.2.2. Estructura de Coordinación y Organización*

El AGCPSM garantizará un funcionamiento coordinado e integrado en el resto de la red de salud mental del SMS, así como, con otras instituciones sociosanitarias.

El Director del AGCPSM será designado por el Gerente del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca.

Para garantizar un adecuado funcionamiento asistencial y de gestión, contará con el apoyo de una Comisión Directiva y con diversos órganos específicos adaptados a las peculiaridades del contexto organizativo general.

La Comisión Directiva (CD) estará constituida por los coordinadores responsables de la Unidad de Gestión Administrativas, de la Unidad de Cuidados Asistenciales y de las Unidades Clínicas que constituyen el AGCPSM. También formarán parte de ella los Coordinadores Secretarios de las Comisiones de Asistencia y Calidad, de Rehabilitación, de Investigación y Ética, de Formación Continuada y Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental.

Como órganos asesores, la Comisión Directiva del AGCPSTM dispondrá de comisiones consultivas específicas para Asistencia y Calidad, Rehabilitación y Participación de Usuarios, Formación Continuada y Docencia, y, Investigación y Ética.

El Presidente de dichos órganos será el Director del AGCPSTM; además existirá un Secretario. Los Coordinadores serán miembros de la Comisión Directiva.

El Organigrama quedaría configurado del siguiente modo:

- Dirección del AGCPSTM.
- Comisión Directiva:
  - Director del AGCPSTM
  - Coordinador de Gestión
  - Coordinador de Cuidados
  - Coordinador de Asistencia y Calidad
  - Coordinador de Formación Continuada
  - Coordinador de Investigación y Ética
  - Secretario
- Comisión de Asistencia y Calidad
  - Miembros de la Comisión Directiva
  - Coordinador Programa Adultos
  - Coordinador Programa Drogodependencias
  - Coordinador Programa Infanto-Juvenil
- Comisión de Rehabilitación y Usuarios:
  - Miembros de la Comisión Directiva
  - Representante de Asociaciones de Pacientes y Familiares
  - Responsable del Programa de Rehabilitación y Continuidad
  - Secretario
- Comisión de Formación Continuada y Docencia
  - Miembros de la Comisión Directiva
  - Coordinador de Formación Continuada y Docencia
  - Coordinador de la Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental
  - Secretario
- Subcomisión de Formación de la Especialidad
  - Tutores miembros de la Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental.
  - Tutores de Rotación
  - Representantes de los MIR, PIR y EIR
  - Coordinador de Formación Continuada y Docencia
- Comisión de Investigación y Ética
  - Miembros de la Comisión Directiva
  - Coordinador de Investigación y Ética
  - Investigadores principales de los proyectos activos aprobados por el CEIC
  - Secretario

### 3.2.3. Recursos Humanos

El personal que configura los recursos humanos de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del Servicio Murciano de Salud, se clasifica en personal facultativo (Médicos Especialistas en Psiquiatría y Psicólogos Clínicos) y no facultativo (Enfermería Especialista en Salud Mental, Terapeuta Ocupacional, Auxiliar de Enfermería y Trabajador Social), y personal no sanitario (Auxiliares Administrativos, Celadores y Seguridad).

El desglose por recursos humanos en los distintos dispositivos, ambulatorios y hospitalarios del Área III de Salud de la Región de Murcia se expone en la tabla 4.

	AP	CSM-CAD LORCA	CSM-CAD ÁGUILAS	UHP	URA	ETAC
Médico						
Especialista en Psiquiatría	0	8	3	3	1	1
Psicólogo						
Especialista en Psicología Clínica	1	10	3	0	1	0
Psicólogo Clínico de Interconsulta	0	0	0	1	0	0
Enfermera						
Especialistas en Salud Mental	0	5	2	5	1	2
Enfermera	0	0	0	1	0	0
Trabajador Social	0	4	1	1	1/2	1/2
Terapeuta Ocupacional	0	3	0	0	3	0
Auxiliar de Enfermería	0	3	0	6	1	1
Auxiliar Administrativo	0	7	2	1	1	1/2
Personal Subalterno (Celador)	0	1	1	3	0	0
Seguridad	0	3	2	3	3	0
Total						
Profesionales	1	47	16	26	11+(1/2)	5

Tabla 4. Recursos Humanos de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud.

Además de los recursos humanos anteriormente detallados por dispositivos asistenciales, la UGC dispone de:

- 1 Psicólogo Clínico de Interconsulta ubicado en el Hospital.
- 1 Psicólogo Clínico ubicado en Atención Primaria.

Todos los profesionales prestan atención integral sanitaria a personas con enfermedad mental común y/o grave, basando su abordaje en la gestión por procesos y la coordinación sanitaria y sociosanitaria.

#### *3.2.4. Cartera de Servicios*

El Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud [10] y el procedimiento para su actualización, establece en el anexo III la Cartera de Servicios comunes de Atención Especializada, en concreto para la Atención a la Salud Mental [11].

La atención especializada comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel.

El acceso del paciente a la atención de urgencia hospitalaria, que se presta durante las veinticuatro horas del día a pacientes que sufren una situación clínica aguda que obligue a una atención inmediata de los servicios del hospital, se realiza por remisión del médico de atención primaria o especializada o por razones de urgencia o riesgo vital que puedan requerir medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario.

La atención especializada se presta, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.

La atención a la salud mental garantiza la necesaria continuidad asistencial e incluye:

- El diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.
- Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares, y la rehabilitación.
- Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
- Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

El artículo 1 del Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud establece que “El sistema Nacional de Salud facilitará atención y asistencia sanitaria a toda la población, conforme a lo establecido en la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad, en este Real Decreto y demás disposiciones que resulten de aplicación”. El anexo I del citado Real Decreto 63/1995 incluye la atención especializada y, dentro de ella y como modalidades de asistencia, “la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares y, en su caso, la hospitalización”.

En el citado marco legislativo, la cartera de servicios de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del SMS, queda configurada en los diferentes dispositivos asistenciales, en torno a cinco programas asistenciales:

1. Programa de Atención a Adultos.
2. Programa de Drogodependencias.
3. Programa Infanto-Juvenil.
4. Programa de Rehabilitación.
5. Programa de Hospitalización.

#### *1. Programa de Atención a Adultos*

El Programa de Adultos atiende a la población general mayor de 16 años, con problemas de salud mental, que resida en la zona III de salud. Para despeñar las funciones asistenciales de prevención, diagnóstico precoz, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos de dicha población. Este programa dispone de equipos multiprofesionales configurados por las categorías profesionales de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería Especialista en Salud Mental, Trabajo Social y Terapia Ocupacional, ubicados en los distintos recursos y dispositivos ambulatorios de salud mental de la UGC (CSM-CAD de Lorca y Águilas). Dentro del Programa Adultos se encuentra el Subprograma Psicogeriatría con respecto a la población mayor de 65 años y el Programa de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género.

El Programa de Adultos se complementa con los recursos de soporte e inserción laboral gestionados por diferentes entidades públicas y privadas: Instituto Municipal de Acción Social (IMAS), Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial (ISOL), Federación Murciana de Asociaciones de Familias y Enfermos (FEAFES) entre otras.

#### *2. Programa de Drogodependencias*

El Programa de Drogodependencias es un programa específico que se organiza y desarrolla en los Centros de Atención a Drogodependencias del Área III, actuando sobre la población con problemas de abuso y dependencia de alcohol, tabaco, drogas ilegales y problemas de ludopatía (como conducta adictiva). Este programa dispone de equipos multiprofesionales configurados por las categorías profesionales de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería Especialista en Salud Mental, Auxiliar de Enfermería y Trabajo Social. Ubicados en los distintos recursos y dispositivos ambulatorios de Salud Mental de la UGC (CSM-CAD de Lorca y Águilas).

#### *3. Programa Infanto-Juvenil*

El programa Infanto-Juvenil atiende a la población comprendida entre 0 y 15 años con problemas de salud mental, que reside en el área III salud. Para desempeñar las funciones asistenciales de prevención, diagnóstico, orientación y tratamiento de los problemas psicológicos y psiquiátricos de dicha población. Este programa dispone de equipos multiprofesionales configurados por las categorías profesionales de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería Especialista en Salud Mental, Trabajo Social y Terapia Ocupacional. Ubicados en los distintos recursos y dispositivos ambulatorios de Salud Mental de la UGC (CSM-CAD de Lorca y Águilas).

El abordaje terapéutico a la población infanto-juvenil requiere de intervenciones extensivas a otros contextos como las familias, las escuelas, cuidadores institucionales, entre otros. Para ello, el programa coordina sus actuaciones a nivel institucional con los dispositivos educativos, sociales, jurídicos y sanitarios.

#### *4. Programa de Rehabilitación y Reinserción*

El Programa de Rehabilitación se desarrolla en la Unidad de Rehabilitación de Área (URA). 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.

El programa de rehabilitación de salud mental de adultos se enmarca dentro del Modelo de Atención Comunitaria para la atención a los trastornos mentales graves (TMG) entendiendo por tales, aquellos trastornos discapacitantes y de larga duración que requieren de una atención integral de tratamientos biológicos, psicosociales, de rehabilitación, cuidados y apoyos.

El objetivo general de la URA, Centro de Día (CD) es favorecer que las personas a las que atiende, adquieran o recuperen en la medida de sus posibilidades, las habilidades y competencias personales/sociales necesarias para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio social y familiar, mejorando su calidad de vida. Para ello, el proceso rehabilitador se organiza de manera progresiva y flexible adaptándose a las necesidades detectadas del paciente y su entorno y se plasma en el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), que precisa para su elaboración de la participación activa del paciente y de su familia.

La actividad de la URA se organiza en torno a las siguientes áreas: Valoración del paciente y su familia, para detectar las necesidades específicas en función de las cuales establecer los objetivos de intervención que se plasman en el Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR); Rehabilitación Psicosocial, dirigida a mejorar la autonomía personal y social del usuario, incluyendo la participación en distintos programas (Actividades Básicas de la Vida Diaria, ABVD, psicomotricidad, rehabilitación cognitiva, ocio y tiempo libre, psicoeducación, cuidados de enfermería, manejo de situaciones de estrés y orientación a recursos prelaborales, entre otros); Intervención en el Medio Comunitario; Atención a Familias; e Intervención en Domicilio.

Para desempeñar dichas funciones asistenciales, este programa dispone de un equipo multiprofesional configurado con las categorías profesionales de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería Especialista en Salud Mental, Auxiliar de Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional. Ubicado en el CSM de Lorca, constituyéndose como Unidad de Referencia del Área III.

El paciente accede al Programa de Rehabilitación derivado desde el Programa de Adultos de los CSMs de Lorca y Águilas. La actividad de la URA concluye con el alta del paciente y su derivación a otros dispositivos asistenciales/reabilitadores, garantizando la continuidad de cuidados.

##### *5. Programa Asertivo-Comunitario*

El Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) del Área III es un programa dependiente de los Servicios de Salud Mental del SMS que proporciona atención comunitaria integral, intensiva y flexible a personas con un Trastorno Mental Grave y cuyas necesidades no pueden ser satisfechas desde el resto de programas del Área. Tiene como misión atender a personas adultas con trastorno mental severo que por esta patología no acude a los recursos normalizados. Siendo el equipo el que se desplaza a su domicilio garantizando la asistencia integral (de salud general, psiquiátricas, psicológicas, rehabilitadoras, sociales y legal) del paciente en su entorno, en coordinación con los recursos socio-sanitarios disponibles en la comunidad.

Para desempeñar las funciones asistenciales, este programa dispone de un equipo multiprofesional configurado con las categorías profesionales de Psiquiatría, Enfermería Especialista en Salud Mental, Auxiliar de Enfermería y Trabajo Social.

## *6. Programa de Hospitalización*

La hospitalización es aquella prestación sanitaria que se realiza a los pacientes con necesidad de ingreso. Está dirigido a aquella problemática de salud mental, que no es posible resolver en el ámbito extrahospitalario por sus características clínicas fundamentalmente. En el Área III existe una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de agudos o corta estancia ubicada dentro del Hospital General Universitario Rafael Méndez. Su misión es atender a los pacientes psiquiátricos en situación aguda o de crisis que no puedan ser tratados adecuadamente en la comunidad. El ingreso se realiza por derivación desde los Servicios de Urgencia Hospitalarios o desde los Centros de Salud Mental, pudiendo tener carácter voluntario o involuntario, precisándose en este último caso, autorización judicial.

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) se orienta al tratamiento y cuidado intensivo de las personas adultas con patología psiquiátrica en régimen de atención continuada 24 horas al día, con dotación de equipos multiprofesionales especializados configurado con las categorías profesionales de Psiquiatría, Enfermería Especialista en Salud Mental, Enfermería y Auxiliar de Enfermería, y con un tiempo de estancia media breve.

Las prestaciones durante el ingreso son: Acogida, valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, derivación con informe de alta y cita al Centro de Salud Mental correspondiente. Prevención y promoción de la salud mental. Interconsulta hospitalaria. Colaboración con las restantes especialidades del hospital. Formación e investigación. Se hará partícipe al paciente del proceso terapéutico.

Así mismo, presta atención hospitalaria a la urgencia psiquiátrica incorporada dentro del Servicio de Urgencia del Hospital, realizando acogida clínica, valoración, diagnóstico, tratamiento, observación, y alta con derivación a Centro de Salud Mental de referencia o ingreso si procede en la UHP. Se garantiza la atención en situación de crisis desde el punto de vista ético y de respeto a la dignidad del paciente (traslado voluntario, contención mecánica, etc.).

La UHP se coordina con el resto de recursos de salud mental del área, constituyendo con ellos el circuito asistencial de Salud Mental del área de referencia, tanto en relación a la recepción de los pacientes como al alta o remisión de los mismos (CSM, CAD, Unidades de Media Estancia, etc.).

De acuerdo con todo ello, la Dirección General de Programas, Innovación y Atención a la Cronicidad del Servicio Murciano de Salud establece las siguientes prestaciones para la atención a la salud mental y drogodependencias, a nivel ambulatorio y hospitalario, basadas en la evidencia científica, y ofreciendo un abordaje psicoterapéutico integral, teniendo como eje al paciente y cuidador principal:

- Evaluación global clínica (Criterios de Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales, Cie 10<sup>a</sup>).
  - Entrevista clínica, individual y familiar, si procede ésta última.
  - Exploración diagnóstica psicológica y psiquiátrica.
  - Historia clínica electrónica.
  - Psicodiagnóstico: Técnicas, estrategias y procedimientos de evaluación y diagnóstico psicológico.
  - Diagnóstico Social de población en riesgo de exclusión social.
  - Elaboración de Informe Clínico.
  - Elaboración de Informe Social.
- Técnicas Terapéuticas
- Tratamientos Psicofarmacológicos.
- Programa de Tratamiento con Medicación Depot. Incluye la propia administración de la medicación, junto con actividades de seguimiento y apoyo, desarrollados por enfermería bajo la supervisión del médico psiquiatra responsable.
  - Programa de Tratamiento con Litio.
  - Programa de Tratamiento con Clozapina.
  - Programa de Intervención en Adicciones: Programas con agonistas/antagonistas opiáceos; Tratamiento con Disulfiram inyectable/ Carbimida Cálcica.
  - Programa de Seguimiento Ponderal en Trastornos de la Alimentación: Incluye asesoramiento y consejo nutricional, además de la propia medición.
  - Programa de Analíticas de Orina: detección de tóxicos en orina; litemias; analítica general.
- Tratamientos Psicológicos:
1. Individual: Cognitivo-Conductual, Conductual, Terapia Dialéctico Comportamental, Terapia de Aceptación y Compromiso, Terapia Interpersonal.
  2. Grupal: Multifamiliar para TMG; Psicoeducación para Trastorno Mental Grave; Grupos de Adolescentes; Grupo de Tratamiento Integral e Intensivo de las Adicciones (Modelo Matrix ©); Grupo de Violencia de Género para Mujeres; Grupo de Control de Ansiedad y Relajación; Grupo de Problemas de la Vida Diaria.
- Plan de Cuidados de Enfermería. Enfermería, “Gestoría de Casos” en coordinación con Coordinador de Enfermería de Atención Primaria, Médico de Atención Primaria y Pediatra.

- Intervención de Rehabilitación y Reinserción Social.
- Rehabilitación Cognitiva: Programa Gradior.
- Talleres Ocupacionales: Informática, Cocina, Manejo del cuero.
- Programa de Intervención Socio-Familiar.
- Programa de Atención a Trastorno Mental Común (TMC). Contrato Terapéutico.
- Programa de Atención a Trastorno Mental Grave (TMG): Elaboración del Plan de Actuación Coordinada (PAC).
- Programa de la Unidad de Rehabilitación: Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR).
- Programa de Adicciones.
- Programa de Atención Infanto-Juvenil.
- Atención Domiciliaria.
- Atención de Urgencia e Intervención en Crisis.
- Interconsulta con otras especialidades médicas.
- Prevención y sensibilización; Programas de Psicoeducación y Promoción de la Salud Mental.
- Programa de Coordinación con otros recursos asistenciales y no asistenciales. Coordinación con Equipo de Atención Primaria a fin de garantizar tanto la continuidad de cuidados como la detección precoz de los trastornos psiquiátricos graves; con Unidades de Hospitalización del Área y de la Región a fin de garantizar tanto la continuidad de cuidados como la prevención secundaria o terciaria detección precoz de los trastornos psiquiátricos graves; Coordinación Sociosanitaria con IMAS, Centros de Servicios Sociales, Servicios del Menor; Coordinación con tercer sector (Asociaciones, Comunidades Terapéuticas, ...); Coordinación con Equipos Educativos y de Atención Temprana; Coordinación con Justicia.

La Historia Clínica Electrónica que se emplea se registra en el Sistema de Información de Atención Especializada (Selene) de la red de salud mental del SMS, a través de la cual se realiza la actividad asistencial diaria, correspondiendo la explotación de información y datos clínicos a la Dirección General de Programas, Innovación y Atención a la Cronicidad.

La actividad asistencial recogida en dicho sistema de información permite clasificar la asistencia del siguiente modo: Consultas de Acogida, Primeras Consultas, Consultas Sucesivas, Gestiones sociosanitarias, elaboración de Informes Clínicos, Visitas Domiciliarias, Consultas de Urgencias.

### *3.2.5. Funcionamiento General de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud*

A partir de los datos registrados en el Sistema de Información de Atención Especializada (Selene) por Centros Ambulatorios de la UGC del Área III (CSM-CAD) y por Programas Asistenciales, referidos al año 2015, las tablas 5 a 10, recogen los

indicadores generales de consultas en los Centros de Salud Mental de Lorca y Águilas del Área III.

La tabla 5 presenta el porcentaje de consultas en función del Programa Asistencial en ambos Centros y en los Programas de Tratamiento Asertivo y de Rehabilitación de Adultos. Los Programas que se desarrollan por separado en ambos Centros tienen el mayor porcentaje en primeras consultas en el Programa de Adultos (Águilas, 66.18%; Lorca, 67.43%), seguido por el Programa de Infanto-Juvenil (Águilas, 31.18%, Lorca, 24.12%) y en último lugar en el Programa de Adultos/Drogas (Águilas, 2.64%; Lorca, 8.45%).

Atendiendo al número de consultas sucesivas que generan los distintos Programas Asistenciales en ambos Centros, la tasa de frequentación, entendida como el número de veces promedio que una persona ha ido durante todo el año, en función de la primera consulta, es la siguiente:

CSM Águilas (21.57) y CSM Lorca (18.56) en el Programa de Adultos. En el Programa Infanto-Juvenil, la tasa de frequentación en el CSM de Lorca es 14.15 y en el CSM de Águilas es 7.85. Finalmente, la tasa de frequentación del Programa Adultos/Drogas en el CSM de Águilas es 187.15 y en el CSM de Lorca es 65.75.

Centro	Programa	Nuevas	Primeras	%	Sucesivas	Tasa	* Año
Águilas	Adultos	396	501	66.18	10806	21.57	1570
	Adultos/ Drogas	12	20	2.64	3743	187.15	131
	Infantil	137	236	31.18	1854	7.85	406
<b>TOTAL</b>		<b>757</b>	<b>100</b>		<b>16483</b>		
Lorca	Adultos	1008	1476	67.43	27405	18.56	4565
	Adultos/ Drogas	96	185	8.45	12164	65.75	554
	Infantil	490	528	24.12	7473	14.15	1279
<b>TOTAL</b>		<b>2189</b>	<b>100</b>		<b>47042</b>		
CSM	Asertivo	3	8		977		45
Lorca-Águilas	Rehab./Adultos	6	22		8573		64

Tabla 5. Porcentaje de Primeras Consultas y Tasa de Frecuentación en función del Programa Asistencial en el año 2015 en el CSM de Lorca y CSM de Águilas.

Notas: **Nuevas**: Primera vez que un paciente acude a un CSM; **Primeras**: Sumatorio de Nuevas y pacientes que vuelven al CSM después de un año de ser atendido en CSM o después de un alta; **%**: porcentaje de primera consulta sobre el total de consultas/año; **Sucesivas**: Número de consultas atendidas por paciente en el año actual y anteriores; **Tasa**: Promedio de consultas sucesivas dividido entre primeras consultas; **Atendidas por año**: Número de citas por año realizadas por diferentes pacientes.

La tabla 6 presenta los indicadores generales de consultas en función del diagnóstico (Cie 10<sup>a</sup>) en el CSM de Águilas. En dicho Centro, el porcentaje de consultas más elevado (46.74%) se ha producido en Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-48), seguido por un 16.45% de consultas por Trastornos del Comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la Infancia y Adolescencia (F90-98), un 8.96% en Trastornos del Humor Afectivos (F30-39), un 7.82% en Trastornos mentales y del comportamiento debido al Consumo de Sustancias Psicótropas (F10-19), y un 5.21% de Trastornos del Desarrollo Psicológico (F80-89); el resto de categorías diagnósticas obtuvieron porcentajes por debajo del 5%.

Con respecto a la tasa de frecuentación en función de la primera consulta, la Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastornos de Ideas Delirantes (F20-29)obtuvo la tasa más elevada(139.05), seguido por Trastornos mentales y del comportamiento debido al Consumo de Sustancias Psicótropas (F10-19) con una tasa de 76.58, y Trastornos de Personalidad y Comportamiento del Adulto (F60-69) con una tasa de 47.22; en el resto de categorías diagnósticas, las tasas de frecuentación fueron relativamente bajas.

Diagnóstico	Nuevas	Primeras	%	Sucesivas	Tasa	Atendidas * Año
F01-F09	10	10	1.63	229	22.90	39
F10-F19	31	48	7.82	3676	76.58	158
F20-F29	11	21	3.42	2920	139.05	54
F30-F39	38	55	8.96	1870	34.00	318
F40-F48	243	287	46.74	3680	12.82	765
F50-F59	9	12	1.95	106	8.83	18
F60-F69	17	27	4.40	1275	47.22	121
F70-F79	7	21	3.42	402	19.14	50
F80-F89	14	32	5.21	245	7.66	37
F90-F98	56	101	16.45	854	8.46	181
<b>TOTAL</b>	<b>614</b>	<b>100</b>				

Tabla 6. Porcentaje de Primeras Consultas y Tasa de Frecuentación en función del diagnóstico en el año 2015 (CSM de Águilas)

**Notas:** **F01-F09:** Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.**F10-F19:** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas. **F20-F29:** Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes. **F30-F39:** Trastorno del humor (afectivos). **F40-F48:** Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. **F50-F59:** Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. **F60-F69:** Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. **F70-F79:** Retraso Mental. **F80-F89:** Trastornos del desarrollo psicológico. **F90-F98:** Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

**Nuevas:** Primera vez que un paciente acude a un CSM; **Primeras:** Sumatorio de Nuevas y pacientes que vuelven al CSM después de un año de ser atendido en CSM o después de un alta; %: porcentaje de primera consulta sobre el total de consultas/año; **Sucesivas:** Número de consultas atendidas por paciente en el año actual y anteriores; **Tasa:** Promedio de consultas sucesivas dividido por primeras consultas; **Atendidas por año:** Número de citas por año realizadas por diferentes pacientes.

La tabla 7 presenta los indicadores generales de consultas en función del diagnóstico (Cie 10<sup>a</sup>) en el CSM de Lorca. En dicho Centro, el porcentaje de primeras consultas más elevado en función del diagnóstico (54.42%), se ha producido en Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos (F40-48), seguido por un 12.53% de Trastornos del Humor (afectivos) (F30-39), un 8.67% en Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-F98), y un 7.94% en Trastornos mentales y del comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicótropas (F10-19).

Con respecto a la tasa de frecuentación sobre primera consulta, la tasa en Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastorno de Ideas Delirantes (F 20-29) fue de 216.07, seguida de la tasa 77.96 en Trastornos mentales y del comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicótropas (F10-19) y de 46.18 en Trastornos de

Personalidad y del Comportamiento del Adulto (F60-69). En el resto de categorías diagnósticas se obtuvieron valores por debajo de 30 puntos.

Diagnóstico	Nuevas	Primeras	%	Sucesivas	Tasa	Atendidas * Año
F01-F09	17	24	1.36	495	20.63	96
F10-F19	75	140	7.94	10915	77.96	480
F20-F29	25	67	3.80	14477	216.07	591
F30-F39	125	221	12.53	6339	28.68	1026
F40-F48	701	960	54.42	11447	11.92	2306
F50-F59	33	40	2.27	811	20.28	102
F60-F69	33	77	4.37	3556	46.18	377
F70-F79	15	30	1.70	856	28.53	128
F80-F89	34	52	2.95	1362	26.19	164
F90-F98	122	153	8.67	3257	21.29	481
<b>TOTAL</b>	<b>1764</b>	<b>100</b>				

Tabla 7. Porcentaje de Primeras Consultas y Tasa de Frecuentación en función del diagnóstico en el año 2015 (CSM de Lorca).

**Notas:** **F01-F09:** Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos. **F10-F19:** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas. **F20-F29:** Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes. **F30-F39:** Trastorno del humor (afectivos). **F40-F48:** Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. **F50-F59:** Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. **F60-F69:** Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. **F70-F79:** Retraso Mental. **F80-F89:** Trastornos del desarrollo psicológico. **F90-F98:** Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

**Nuevas:** Primera vez que un paciente acude a un CSM; **Primeras:** Sumatorio de Nuevas y pacientes que vuelven al CSM después de un año de ser atendido en CSM o después de un alta; **%:** porcentaje de primera consulta sobre el total de consultas/año; **Sucesivas:** Número de consultas atendidas por paciente en el año actual y anteriores; **Tasa:** Promedio de consultas sucesivas dividido por primeras consultas; **Atendidas por año:** Número de citas por año realizadas por diferentes pacientes.

La tabla 8 presenta el porcentaje de consultas en función del Programa Asistencial y el Rol Profesional en el CSM de Águilas. En dicho Centro, la primera consulta fue atendida mayoritariamente por los psiquiatras seguida de los psicólogos en el Programa de Adultos (90.62% y 9.38%, respectivamente) y en el Programa Infanto-Juvenil (psiquiatras, 86.86%; psicólogos, 13.14%), mientras que en el Programa de Adultos/Drogas, la primera consulta fue atendida por psiquiatras en un 60% seguida de los psicólogos en un 40%.

Con respecto a la tasa de frequentación sobre primera consulta, la tasa más elevada se obtuvo en los psicólogos (56.28) en el Programa de Adultos, mientras que la tasa más baja la obtuvieron los psiquiatras en el Programa Infanto-Juvenil (2.63).

Programa	Rol profesional	Nuevas	Primeras	%	Sucesivas	Tasa	Atendidos
							*Año
ADULTOS	Enfermería	15	----	----	2599	----	140
	Psiquiatra	350	454	<b>90.62</b>	4998	11.01	1142
	Psicólogo	28	47	<b>9.38</b>	2645	<b>56.28</b>	260
	Trab.Social	3	----	----	564	----	28
<b>TOTAL</b>		<b>501</b>	<b>100</b>				
DROGAS/	Enfermería	1	----	----	1998	----	40
	Psiquiatra	7	12	<b>60</b>	624	52.00	47

ADULTOS	Psicólogo	4	8	<b>40</b>	844	21.10	35
	Trab.Social	----	----	----	277	----	9
<b>TOTAL</b>		<b>20</b>	<b>100</b>				
INFANTIL	Enfermería	4	----	----	170	----	16
	Psiquiatra	115	205	86.86	540	<b>2.63</b>	222
	Psicólogo	18	31	13.14	1087	35.06	166
	Trab.Social	----	----	----	57	----	2
<b>TOTAL</b>		<b>236</b>	<b>100</b>				

Tabla 8. Porcentaje de Consultas y Tasa de Frecuentación en función del Programa Asistencial y el Rol Profesional (CSM de Águilas).

Notas: **Nuevas**: Primera vez que un paciente acude a un CSM; **Primeras**: Sumatorio de Nuevas y pacientes que vuelven al CSM después de un año de ser atendido en CSM o después de un alta; %: porcentaje de primera consulta sobre el total de consultas/año; **Sucesivas**: Número de consultas atendidas por paciente en el año actual y anteriores; **Tasa**: Promedio de consultas sucesivas dividido por primeras consultas; **Atendidas por año**: Número de citas por año realizadas por diferentes pacientes.

La tabla 9 presenta el porcentaje de consultas en función del Programa Asistencial y el Rol Profesional en el CSM de Lorca. En dicho Centro, la primera consulta fue atendida prácticamente por igual por psiquiatras y psicólogos en el Programa de Adultos (51.02% y 48.98%, respectivamente) y en el Programa Adultos/Drogas (psiquiatras, 47.57% psicólogos, 52.43), mientras que en el Programa de Infanto-Juvenil el porcentaje de primeras consultas en los psiquiatras fue de 44.7% y de los psicólogos un 55.3%.

Con respecto a la tasa de frecuentación la tasa más elevada (29.97) se obtuvo en los psiquiatras en el Programa de Adultos/Drogas, seguida por los psicólogos (24.97) en el mismo Programa, mientras que la tasa más baja se obtuvo por los psicólogos (9.58) en el Programa de Infanto-Juvenil.

Programa	Rol profesional	Nuevas	Primeras	%	Sucesivas	Atendidos	
						Tasa	*Año
ADULTOS	Enfermería	984	----	----	3535	----	1803
	Psiquiatra	15	753	51.02	13326	17.69	1688
	Psicólogo	7	723	48.98	10258	14.19	997
	Trab. Social	2	----	----	1196	----	77
<b>TOTAL</b>		<b>1476</b>	<b>100</b>				
DROGAS/ADULTOS	Auxiliar	----	----	----	1115	----	51
	Enfermería	88	----	----	4942	----	234
	Psiquiatra	3	88	47.57	2637	<b>29.97</b>	136
	Psicólogo	4	97	52.43	2422	<b>24.97</b>	108
	Trab. Social	1	----	----	1048	----	25
<b>TOTAL</b>		<b>185</b>	<b>100</b>				
INFANTIL	Enfermería	314	----	----	850	----	408
	Psiquiatra	48	236	44.70	3363	14.25	454
	Psicólogo	125	292	55.30	2797	9.58	378
	T. Ocupacional	2	----	----	88	----	17
	Trab. Social	1	----	----	375	----	22
<b>TOTAL</b>		<b>528</b>	<b>100</b>				

Tabla 9. Porcentaje de Consultas y Tasa de Frecuentación en función del Programa Asistencial y el Rol Profesional (CSM de Lorca).

Notas: **Nuevas**: Primera vez que un paciente acude a un CSM; **Primeras**: Sumatorio de Nuevas y pacientes que vuelven al CSM después de un año de ser atendido en CSM o después de un alta; %: porcentaje de primera consulta sobre el total de consultas/año; **Sucesivas**: Número de consultas atendidas por paciente en el año actual y anteriores;

**Tasa:** Promedio de consultas sucesivas dividido por primeras consultas; **Atendidas por año:** Número de citas por año realizadas por diferentes pacientes.

La tabla 10 presenta el porcentaje de consultas en función de los Programas Asertivo y de Rehabilitación de Adultos y el Rol Profesional del Área III.

En el Programa Asertivo Comunitario el 100% de las primeras consultas son atendidas por los psiquiatras, mientras que en el Programa de Rehabilitación de Adultos un 61.45% de primeras consultas son atendidas por psicólogos y un 13.63% por psiquiatras.

En el Programa Asertivo Comunitario la tasa de frecuentación fue de 109.38, y en el Programa de Rehabilitación de Adultos la tasa de frecuentación de los psiquiatras fue de 85 y de los psicólogos fue de 79.95.

Programa	Rol profesional	Nuevas	Primeras	%	Sucesivas	Atendidos	
						Tasa	*Año
ASERTIVO	Enfermería	----	----	----	1	----	----
	Psiquiatra	3	8	100	875	109.38	47
	Trab. Social	----	----	----	50	----	7
<b>TOTAL</b>			<b>8</b>	<b>100</b>			
REHABILI-TACIÓN ADULTOS	Enfermería	----	----	----	1452	----	18
	Psiquiatra	----	3	13.63	255	85	2
	Psicólogo	5	19	61.45	1519	79.95	19
	T. Ocupacional	----	----	----	4761	----	23
	Trab. Social	1	----	----	523	----	2
<b>TOTAL</b>			<b>22</b>				

Tabla 10. Porcentaje de Consultas y Tasa de Frecuentación en función del Programa Asistencial y Rol Profesional (CSM de Lorca y CSM de Águilas).

Notas: **Nuevas:** Primera vez que un paciente acude a un CSM; **Primeras:** Sumatorio de Nuevas y pacientes que vuelven al CSM después de un año de ser atendido en CSM o después de un alta; **%:** porcentaje de primera consulta sobre el total de consultas/año; **Sucesivas:** Número de consultas atendidas por paciente en el año actual y anteriores; **Tasa:** Promedio de consultas sucesivas dividido por primeras consultas; **Atendidas por año:** Número de citas por año realizadas por diferentes pacientes.

De los datos analizados en las tablas anteriores podemos destacar las **siguientes conclusiones:**

En el CSM de Águilas la tasa de frecuentación más elevada ha sido en el Programa de Adultos –Drogas. Estos resultados pueden deberse a la atención intensiva a esta población en los programas de analíticas de orinas y de tratamientos grupales.

En ambos Centros de Salud Mental el mayor porcentaje de primeras consultas corresponden a Trastornos Neuróticos, Secundarios a Situaciones Estresantes y Somatomorfos (F40-F48). Dato que nos puede apuntar la excesiva demanda de Trastorno Mental Común (TMC) en detrimento de la atención a Trastorno Mental Grave (TMG), siendo una posible explicación la iatrogenia de los problemas de la vida cotidiana y las dificultades de contención por parte del Médico de Atención Primaria (MAP).

En la tabla 11 se presenta la evolución mensual de los Indicadores de Hospitalización en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Rafael Méndez de Lorca Área III:

En la UHP, prácticamente, todos los ingresos se produjeron por urgencias; el número de ingresos mensuales varió entre 13 en el mes de Agosto y 26 en el mes de Enero. Ningún ingreso fue programado. El índice de ocupación también fue muy variable, entre un 46.4% en el mes de Junio y un 69.1% en el mes de Enero. Prácticamente, todas las camas instaladas estuvieron en funcionamiento, excepto en los meses de Agosto (71.43%) y Septiembre (69.23%).

Indicador	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Balance	3	7	-4	7	-3	0	1	0	1	-1	0	4
Ingresos	26	24	19	18	19	20	24	13	19	17	14	21
Ingresos urgentes	26	24	19	18	19	20	24	13	19	16	14	21
Ingresos programados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
% ingresos programados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Presión de urgencias	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	94.1%	100%	100%
Altas externas	23	17	23	11	22	20	23	13	18	18	14	17
Traslado a otro hospital	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Ocupación	10	9	9	10	9	7	9	6	6	7	6	7
Índice de ocupación	69.1%	66.3%	65.4%	68.6%	66.1%	46.4%	60.8%	56.2%	59.6%	58.7%	47.8%	61.6%
Camas instaladas	14	14	14	14	14	14	14	14	13	14	14	14
Camas funcionantes	14	14	14	14	14	14	14	10	9	11	12	12

Tabla11. Evolución mensual de los indicadores de hospitalización en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Rafael Méndez de Lorca (2015).

### 3.2.6. Previsión de la Demanda

Los siguientes datos de salud y poblacionales, y su análisis nos permite prever y anticiparnos al estudio y planificación de las posibles modificaciones en el modelo de gestión y provisión de la actividad sanitaria de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del SMS.

Según datos referidos al censo de población por sexo, edad y municipios del Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM) [4], en el año 2015, la población mayor de 65años en los tres grandes municipios del Área III (Águilas, Lorca y Totana) fue de 21873 personas (9649 varones, 44.1%; 12224, 55.9% mujeres). En los tres municipios, el porcentaje de mujeres (55.5%, 56.2%, 55.5%, respectivamente) siempre fue mayor que el de varones (44.6%, 43.8%, 44.6%, respectivamente).Aumentando el índice de vejez (población de 65 o más años/población de menores de 20 años) cronológicamente durante el período 2011 a 2015, del 61.5% a 70.6% en Águilas, de 60% a 63.4% en Lorca, y, de 59% a 58% en Totana.

Por otro lado, aunque no se disponen de datos desagregados por áreas de salud, es importante destacar que la tasa de dependencia en la CARM (proporción de personas menores de 16 años o mayores de 65 años sobre la población en edad de trabajar) ha ido creciendo paulatinamente desde un 49.3% en 2012 hasta un 51.6% en 2016, siendo la dependencia funcional del médico mayoritaria en nuestra Comunidad Autónoma del Sistema de Salud Público (94.8%) frente a un 4.12% de la consulta privada, un 0.6% de la Sociedad Médica y un 0.4% de otros medios [5].

Respecto a los datos de 2015 referidos a inmigración, hay que destacar que las migraciones interiores desde otros municipios de Murcia a los municipios con mayor población del Área III del SMS (Águilas, Lorca y Totana) proceden del territorio español (Águilas, 77.5%; Lorca, 60.6%; Totana, 61.3%), seguido por extranjeros de diversas procedencias (Águilas, 22.5%; Lorca, 39.4%; Totana, 38.7%), siendo la mayor parte de las migraciones procedentes de africanos (Águilas, 52.4%; Lorca, 66.9%; Totana, 32.6%). Las inmigraciones desde fuera de la Región de Murcia, también han sido más elevadas desde otras CC. AA. (Águilas, 71.3%; Lorca, 46.4%; Totana, 50.3%) que la recibida de otros países (Águilas, 28.7%; Lorca, 53.6%; Totana, 49.7%). En este caso, la presión mayor también viene de la población africana (Águilas, 49.7%; Lorca, 64.7%), mientras que en Totana la presión mayor proviene de países de América (61.7%).

Según datos del Sistema Nacional de Salud (2015) el porcentaje de población general adulta en riesgo de mala salud mental en la CARM ha aumentado de un 20.3% en 2006 (varones, 15.2%; mujeres, 25.3%) a un 22.1% en 2011 (varones, 16.8%; mujeres, 27.5%), aunque en población mayor de 65 años en la CARM se espera una media de años saludables de 10.9 (varones, 13 años; mujeres, 9.3 años) [12].

Respecto al parámetro “calidad de vida relacionada con la salud en la población española con enfermedades crónicas”, los datos extraídos de la Consejería de Sanidad de la CARM (2015), refieren que sobre un total de 8907 personas entrevistadas con enfermedad crónica (56.5% mujeres, 35.1% mayores de 65 años), un 27.4% informaron de problemas de movilidad entre leves y no poder caminar; un 12.6% de problemas para el autocuidado, un 22.3% de problemas para realizar las actividades cotidianas, un 43.8% de sufrir dolores entre leves y extremos, y un 24.9% de sufrir ansiedad o depresión leve a ansiedad o depresión extrema [13].

Otras fuentes destacan, aun no disponiendo de datos desagregados por áreas de salud, que el consumo de antidepresivos y ansiolíticos en España en el año 2011 fue de 64 dosis diarias por 1000 habitantes, 13 puntos por encima de la media de la OCDE (El País, 2014). En esta misma línea, de los datos obtenidos de la Consejería de Sanidad (2015) de la CARM, referidos a la tasa media acumulativa de consumo de medicamentos con potencial adictivo en el período 2006-2014, fue de 8.27 dosis diarias por 1.000 habitantes para los opiáceos, incrementándose progresivamente desde 2006 (5.09 dd/1.000 h.) hasta 2014 (9.62 dd/1.000 h.), mientras que el consumo de ansiolíticos en este mismo período ha variado de 57.33 dosis diarias por 1.000 h. en 2006, hasta 68.64 dosis diarias por 1.000 h. en 2014.

Del Informe de Evolución 2004-2013 de Indicadores Hospitalarios de la Región de Murcia [14], se observa que con respecto al indicador tasa de frecuentación hospitalaria, en el período 2004-2013, se registró una tasa de 103.27 altas por 1.000 h., bajando en obstetricia y ginecología (39.9 a 37.5 altas por mil mujeres de 15 y más años), pediatría (34.5 a 33.2 por 1.000 niños de 0 a 14 años) y en especialidades quirúrgicas (de 45.9 a 46.3 por 1.000 h.). Las estancias, sin embargo, se han incrementado en un 1.17%. La

estancia media se ha situado en 8.50 días, siendo superior a la registrada el año anterior (2012) (8.31días), habiendo subido en hospitales de larga estancia (hasta los 105.7 días) y bajado en los psiquiátricos (de 77.02 a 71.6 días). Además, la ocupación ha aumentado en los psiquiátricos, permaneciendo estable en los centros de larga estancia. Respecto al número de urgencias atendidas, ha sido un 1.73% más elevado que en 2012, aumentando en hospitales de agudos, larga estancia y psiquiátricos.

Respecto a la tasa de morbilidad hospitalaria por diagnóstico en la CARM en 2014, fue de 237 por 100.000 h. para los trastornos mentales, de las que 160 fueron por psicosis orgánicas, otras psicosis y trastornos mentales debidas al uso de drogas o de alcohol (Demencia senil, presenil y vascular; Trastornos Esquizofrénicos; Psicosis Alcohólicas y Síndromes de Dependencia del Alcohol; Psicosis por Drogas, Dependencia de Drogas y Abuso de Drogas sin dependencia; Otras Psicosis). Otro dato, necesario destacar, es la tasa de morbilidad hospitalaria para los Trastornos Neuróticos, de la Personalidad y otros No Psicóticos (excepto drogas o alcohol) y Retraso Mental, que fue de 77 por 100.000 h., mientras que la tasa de morbilidad por Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos de los Sentidos, fue de 273 por 100.000 h., de las que 166 fueron por enfermedades del Sistema Nervioso Central (Parkinson, Esclerosis múltiple, Epilepsia y Crisis Recurrentes, y Otras Enfermedades del Sistema Nervioso Central).

Otros datos de interés, relevantes y a tener en cuenta, para la especialización del Programa de Atención a Drogas en la UGC del Área III, son los indicadores clave del SNS [15], referidos a las prevalencias a nivel de la población general del consumo de drogas. Para el año 2015 la prevalencia de bebedores de riesgo, es del 1.6 (varones, 1.9; mujeres, 1.2). El porcentaje de consumidores de cannabis en el año 2013 en población de 15 a 64 años, es de 9.2 (varones, 12.94; mujeres, 5.4), de éxtasis es 0.7 (varones 1.0; mujeres, 0.3), de alucinógenos es 0.3 (varones, 0.5; mujeres, 0.1), de anfetaminas es 0.6 (varones, 0.8; mujeres, 0.4), de cocaína es 2.2 (varones, 3.3; mujeres, 1.0) y de heroína es 0.1 (varones, 0.1; mujeres, 0.0).

En población escolar adolescente, el porcentaje de consumidores de cannabis en el año 2014 fue de 25.4 (varones, 28; mujeres, 23), de éxtasis fue de 0.9 (varones, 1.2; mujeres, 0.6), de alucinógenos fue de 1.2 (varones, 1.6; mujeres, 0.7), de anfetaminas fue de 0.9 (varones 1.3; mujeres, 0.6), de cocaína fue de 2.8 (varones, 3.3; mujeres, 2.2), de heroína fue de 0.5 (varones, 0.7; mujeres, 0.2).

De estos datos se puede concluir la necesidad de adaptar modelos de atención a drogodependencias a poblaciones de alto riesgo como son la población adolescente, con elevada tendencia a consumo de cannabis y el consumo de riesgo de alcohol en población adulta. Datos que coinciden con los proporcionados en el último informe del Observatorio Regional de Drogodependencias [16] que indica una prevalencia de consumo de cannabis del 7.9%. De igual modo y de forma estimada de acuerdo al análisis de las memorias de actividad anuales de los Centros de Atención a Drogodependencias del Área III, hay que destacar que la sustancia más consumida en

CAD de Lorca son los estimulantes (42.4%), seguido de consumo de alcohol (23.7%), un 22.5% por opiáceos, y un 9.3% de consumidores de cannabis. En el CAD de Águilas la prevalencia más elevada corresponde al consumo de opiáceos; sobre pasando este dato al consumo de estimulantes y alcohol.

Como conclusión, los datos obtenidos del Centro Regional de Estadística de la Región de Murcia (CREM) así como del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2015, apuntan a cambios demográficos de la población, así como, un progresivo índice de vejez y de dependencia anciana y juvenil, una tendencia a un mayor empleo de recursos sanitarios, con elevada prevalencia de enfermedades crónicas y repercusiones en calidad de vida.

Los datos anteriores apuntan en el momento actual, a un mayor índice de frecuentación hospitalaria, un mayor consumo de medicamentos, el envejecimiento progresivo de la población, un amplio espectro de pacientes con pluripatología, y a un perfil de pacientes con enfermedades crónicas complejas de alto riesgo, categorizados en el nivel 3, (siguiendo la pirámide de Kaiser) que desarrollan más de una condición (comorbilidades) y con aumento del grado de dependencia funcional para la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y discapacidad.

El análisis de los datos expuestos, referidos a porcentaje de población mayor de 65 años, aumento del índice de vejez y de dependencia, datos de inmigración, índice de dependencia funcional, consumo de psicofármacos, y otros indicadores hospitalarios de la Región de Murcia, la prevalencia de enfermedades crónicas, o los perfiles de consumo de sustancias propios del Área III del SMS, permiten prever un cambio de patrón de las enfermedades y el previsible incremento en el uso de recursos sanitarios, lo que lleva a la necesidad de anticipar y adaptar la organización sanitaria que articule nuevos modelos de gestión para poder dar una respuesta más eficaz y eficiente a las necesidades de los pacientes, así como, contribuir a la sostenibilidad del sistema. Un modelo de atención especializada de salud mental comunitaria adaptado a los cambios poblacionales, al nuevo patrón de enfermedades crónicas, y el riesgo de enfermedad mental asociado al consumo de sustancias.

El patrón de enfermedades está cambiando requiriendo de cuidados más complejos, por lo que debemos centrar los esfuerzos y adecuar la atención sanitaria a estos nuevos perfiles de enfermedad. En esta línea de argumentación y conocidas las expectativas de este nuevo perfil de paciente acerca de la atención sanitaria, así como las características sociosanitarias de los mismos, podremos planificar nuevos modelos de atención sanitarios de Calidad Excelente de la atención con parámetros de coste-efectividad. Este nivel de atención precisa de un nuevo modelo de gestión de casos con un *garante* (enfermero/a) que gestione activamente y agrupe los cuidados de estas personas.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “la cronicidad será el principal reto de salud para el siglo XXI”, habiendo previsto que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad de 2020, que hacia 2030 se doblará la incidencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años y, que, por

tanto, si este problema no se aborda adecuadamente consumirán la mayor parte de los recursos sanitarios.

Por tanto, para la población asistencial de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III, personas que padecen enfermedades mentales crónicas de larga evolución, con necesidades, no sólo clínicas, sino sociales, se aboga por un modelo de atención comunitaria en salud mental y drogodependencias integrado multidimensional y multiprofesional consensuado con el paciente, siendo determinante la continuidad asistencial y la coordinación sociosanitaria.

De forma general, las nuevas fórmulas de gestión y planificación sanitaria para adaptar la organización a los cambios en el entorno y los nuevos perfiles de usuarios, irán encaminadas a:

1. Atención integral centrada en el paciente y el cuidador.
2. Continuidad asistencial: AP-AE.
3. Atención a personas con enfermedades crónicas.
4. Gestión de casos, incorporando nuevas herramientas y nuevos roles en los cuidados. Integrar /crear el papel de la Enfermera Gestora de Casos o de Enlace en la UGC; gestión compartida en equipos multidisciplinarios.
5. Desarrollar nuevos dispositivos asistenciales (Programas de consultoría y equipos de soporte intrahospitalario).
6. Promover la colaboración y alianzas entre personas, equipos y organizaciones sanitarias, como es, entre Medicina Interna y Salud Mental.
7. Planes de cuidados estandarizados y personalizados para el paciente y la persona cuidadora.
8. Integración de los sistemas de información clínica (Historia clínica compartida por todos los niveles asistenciales que atienden al paciente).
9. Incorporación de herramientas básicas de telemedicina.
10. Coordinación Sociosanitaria.
11. Adaptación cultural de los programas asistenciales. En este sentido es necesario destacar la aplicación del Modelo Matrix de Tratamiento Integral e Intensivo de las Adicciones de EE.UU. basado en la Evidencia Científica, adaptado a población española e implantado y aplicado en la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del SMS. Siendo el CSM-CAD de Águilas, Clínica Certificada por el Instituto Matrix de Los Ángeles, por adecuarse a los estándares de Acreditación desde el año 2012.  
Así mismo, se valora la necesidad de disponer de un mediador cultural dado el incremento de las inmigraciones, que favorezca adaptaciones a la nueva realidad poblacional del Área III.

### *3.2.7. Matriz DAFO y Análisis CAME*

Una vez realizado el análisis externo e interno de la UGC, disponemos de un diagnóstico para la toma de decisiones de carácter estratégico, necesario para validar la

continuidad o cambio sobre la oferta asistencial existente y la asignación de medios técnicos y económicos que supone.

El análisis DAFO (acrónimo de las iniciales de las características a analizar: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) constituye la herramienta para conocer la situación presente, así como, el riesgo y oportunidades que brinda el entorno, para poder afrontar el futuro y la previsión de la demanda.

En la tabla 12 y 13, se expone el análisis de las fortalezas y debilidades, y, amenazas y oportunidades de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud, que constituyen el análisis interno y externo respectivamente.

<b>ANÁLISIS INTERNO</b>	
<b>DEBILIDADES</b>	<b>FORTALEZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación y comunicación compleja con el Médico de Atención Primaria derivador a los Centros de Salud Mental.</li> <li>• Elevada diversidad de condiciones contractuales de la plantilla que configuran los recursos humanos de la UGC.</li> <li>• Equipos multiprofesionales reducidos en algunos dispositivos ambulatorios.</li> <li>• Infraestructura física limitada y en algún CSM-CAD, obsoleta y reducida.</li> <li>• Sobrecarga asistencial en los dispositivos ambulatorios.</li> <li>• Desgaste profesional.</li> <li>• Dificultad en la gestión de continuidad de cuidados con Atención Primaria.</li> <li>• Desconfianzas ante las nuevas formas de gestión.</li> <li>• No disponer en plantilla de mayor número de profesionales de la categoría de Terapia Ocupacional.</li> <li>• Necesidad de nueva formación para nuevas formas de realizar la actividad asistencial.</li> <li>• Cronicidad y complicación orgánica en adicciones de larga evolución.</li> <li>• No se realiza evaluación para la mejora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de liderazgo, transparencia y participación.</li> <li>• Flexibilidad organizativa.</li> <li>• Coordinación inter- e intra-institucional.</li> <li>• Estructura del servicio y facilidad de acceso (Accesibilidad).</li> <li>• Historia Clínica Electrónica.</li> <li>• Cualificación del personal.</li> <li>• Experiencia como equipo multidisciplinar cohesionado, motivado y cualificado.</li> <li>• Relaciones con la Facultad de Ciencias Sociosanitarias del Campus de Lorca de la Universidad de Murcia.</li> <li>• Profesionales de la UGC vinculados a programas de formación continuada y docencia, centrada en los intereses de la organización.</li> <li>• Interés docente e investigador.</li> <li>• Ambiente de trabajo, comunicación entre los profesionales del servicio y trabajo en equipo. Gestión de casos.</li> <li>• Profesionales que comparten cultura, habilidades y capacidades en el mismo ámbito de actividad de Salud Mental Comunitaria.</li> <li>• Profesionales que comparten valores sobre el paciente como eje del sistema. Modelo de Atención centrada en el paciente.</li> <li>• Modelo de Gestión basado en Procesos.</li> <li>• Procesos y circuito asistencial definido.</li> <li>• Aplicación de Guías de Práctica Clínica, Protocolos y Vías Clínicas.</li> <li>• Unidad de Rehabilitación de Área.</li> <li>• Satisfacción de los profesionales.</li> <li>• Aprobación de Protocolo de</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación Sociosanitaria.</li> <li>• Coordinación con asociaciones de pacientes con TMG.</li> <li>• Coordinación con URA y ETAC.</li> <li>• Integración de recursos en continuidad de cuidados.</li> <li>• Programa asistencial para TMG.</li> <li>• Programa asistencial para mujeres víctimas de violencia doméstica.</li> <li>• Proceso de Continuidad Asistencial: CSM-UHP, UHP-CSM.</li> <li>• Elaboración del Plan de Actuación Coordinada (PAC) y censo actualizado de psicóticos.</li> </ul>
--	--

Tabla 12. Análisis Interno (Fortalezas y Debilidades)

<b>ANÁLISIS EXTERNO</b>	
<b>AMENAZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusión ante el nuevo modelo de gestión por Área única.</li> <li>• Exigencias desconocidas de nueva gestión ante la posibilidad de elección de profesional y centro.</li> <li>• Variabilidad contractual para seleccionar los recursos humanos con los que llevar a cabo el proyecto.</li> <li>• Características de la población (envejecimiento).</li> <li>• Incremento de la población asistencial, sin garantizar nuevos recursos.</li> <li>• Competidores externalizados que ofrezcan servicios más competitivos.</li> <li>• Aumento de la demanda de Trastorno Mental Común, en detrimento del Trastorno Mental Grave.</li> <li>• Cambios sociales en las estructuras familiares.</li> <li>• Escasos recursos laborales para las personas con TMG y Adicciones.</li> <li>• Inadecuación de los criterios de eficiencia basados primordialmente en la evidencia científica en un ámbito de actividad donde los criterios de evaluación de la eficiencia deben incluir aspectos psicosociales además de los médicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendaciones del Plan Estratégico de Salud Mental de nuevas formas de gestión.</li> <li>• Atención a la cronicidad.</li> <li>• Posibilidad de competir con calidad ante los nuevos retos y exigencias asistenciales.</li> <li>• Posibilidad de consolidar una red sociosanitaria para la atención integral de TMG.</li> <li>• Posibilidad de realizar nuevas estrategias asistenciales: Teleasistencia, seguimiento a distancia (apps para móvil para determinados perfiles de pacientes).</li> <li>• Nuevos sistemas de comunicación (Internet, redes sociales).</li> <li>• Relaciones con Atención Primaria.</li> <li>• Alianzas estratégicas con otros Hospitales de la Región de Murcia.</li> <li>• Nuevas ofertas docentes e investigadoras para salud mental.</li> <li>• Calidad como objeto de financiación ante la nueva situación asistencial.</li> <li>• Necesidad de adaptar nuevas formas de gestión ante el nuevo entorno político y social.</li> </ul>

Tabla 13. Análisis Externo (Amenazas y Oportunidades).

Una vez formuladas las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, seleccionaremos las más importantes para cada uno de los dispositivos de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental, introduciendo acciones para cada una de ellas.

El análisis CAME (Corregir, Afrontar, Modificar y Explotar) es una metodología suplementaria del análisis DAFO que nos proporciona orientaciones para actuar sobre los aspectos hallados en los diagnósticos de situación obtenidos, así como, adaptar y abordar los cambios y orientar las actividades de gestión.

Con este análisis realizado, la UGC definirá e implantará acciones para corregir debilidades, afrontar las amenazas, mantener fortalezas y explotar oportunidades. Se exponen algunas acciones por su especial relevancia para la UGC:

- **Corregir las debilidades**, hacer modificaciones para que dichas debilidades dejen de existir o dejen de afectar negativamente.
  - Debilidad detectada: Coordinación y comunicación compleja con el Médico de Atención Primaria derivador a los Centros de Salud Mental.  
Forma de Corregir la debilidad: Acciones de mejora de los cauces de comunicación con AP. Aumentar la periodicidad de las reuniones con AP.
  - Debilidad detectada: Ausencia de Modelo de Evaluación.  
Forma de Corregir la debilidad: Acciones para la implantación de un modelo de evaluación de los procesos.
- **Afrontar las amenazas**: Innovar. A través de estrategias para evitar que las amenazas se conviertan en debilidades.
  - Amenaza detectada: Escasos recursos laborales para las personas con TMG y Adicciones.  
Forma de afrontar la amenaza: Crear alianzas con empresas del sector.
  - Amenaza detectada: Envejecimiento de la población.  
Forma de afrontar la amenaza: Planificar programas específicos de Geriatría y atención a la cronicidad.
  - Amenaza detectada: Cronificación de determinada población de personas con trastornos adictivos.  
Forma de afrontar la amenaza: Intervención precoz, de carácter motivacional e intensificación de los tratamientos en Adicciones.
- **Mantener las fortalezas**: Proponer medidas para evitar perder las fortalezas de la UGC, manteniendo los puntos fuertes y fortalecerlos para que continúen siendo una ventaja competitiva.
  - Fortaleza detectada: Satisfacción de los profesionales.  
Forma de mantener la fortaleza: Realizar estudios a través de encuestas, para conocer el clima laboral y satisfacción de los profesionales, seguir

trabajando en la misma línea para que sigan satisfechos en el futuro, y establecer un sistema de retribución e incentivos.

- Explotar las oportunidades, a través de estrategias y la planificación de acciones para convertir las oportunidades en futuras fortalezas.

- Oportunidad detectada: Aparición de nuevas tecnologías (TICs) que propicia poder atender a pacientes potenciales a través de determinadas TICs.

Forma de explotar la oportunidad: Crear una aplicación de móvil para determinados perfiles de pacientes para consultas directas en una franja horaria determinada.

Las conclusiones extraídas del análisis DAFO y CAME ayudarán a la UGC a establecer los objetivos y a desarrollar estrategias y programas que, por un lado, capitalicen las oportunidades y fortalezas, y, por otro, contrarresten las amenazas y debilidades.

Se presenta la siguiente propuesta de estrategias:

- Estrategias para la optimización de Fortalezas y Oportunidades:
  - Estimular y favorecer la participación de los profesionales en las diferentes comisiones del Servicio.
  - Incrementar la autogestión de la UGC.
  - Protocolizar el modelo de gestión basado en procesos.
- Estrategias para aprovechar Oportunidades y compensar Debilidades:
  - Constitución de equipos de trabajo para la detección de necesidades de mejoras de la UGC.
  - Potenciar de forma integrada la participación e intereses asistenciales, formativos y científicos de los diferentes estamentos profesionales del equipo.
- Estrategias para aprovechar Fortalezas y compensar Amenazas.
  - Sistema de Incentivos a los profesionales, plasmado en el Acuerdo de Gestión.
  - Desarrollo de espacios y tiempos para la comunicación y discusión del equipo para la detección, análisis y planteamientos de soluciones ante los problemas detectados.
- Estrategias para compensar Debilidades y Amenazas del entorno.
  - Trabajar con Atención Primaria en el desarrollo de protocolos para racionalizar y adecuar la derivación.
  - Proteger una oferta asistencial equitativa y ajustada a procesos clínicos, garantizando de forma especial el tratamiento y los recursos para el Trastorno Mental Grave.

## **4. PLAN DE ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL DEL ÁREA III DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA**

### **4.1. Misión**

La Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del Servicio Murciano de Salud, desarrolla su actividad en el marco de la Misión institucional del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca.

- Proporcionar atención sanitaria de calidad a la población de referencia, de manera eficiente y accesible, en el mejor ámbito y asegurando la continuidad y satisfacción.
- Proporcionar atención integral en salud mental de forma multidisciplinar, eficiente, segura, satisfactoria y respetuosa con la dignidad del paciente atendiendo a sus necesidades para lograr su mejor recuperación, su máxima autonomía, su reintegración social y la continuidad de cuidados. La actividad principal se caracteriza por la evaluación, diagnóstico y tratamiento integral de los trastornos mentales graves y drogodependencias en población de adultos e infanto-juvenil.
- Planificación, gestión y evaluación de los recursos específicos de Salud Mental integrados en la red pública del SMS, así como de los programas dirigidos a la prevención, promoción, asistencia y reinserción en materia de enfermedades mentales y asistencia psiquiátrica garantizando la sostenibilidad en el uso de los recursos públicos.
- Coordinación con otros ámbitos sanitarios y sociales (Atención Primaria y Especializada, Servicios Sociales, ONGs,...), imprescindibles para garantizar una adecuada continuidad de cuidados con criterios de máxima calidad, eficacia, eficiencia y efectividad.
- Promover el máximo compromiso de los profesionales integrados en equipos multidisciplinarios, con una cultura asistencial de servicio e innovación continuada de la cartera de servicios, el desarrollo personal y profesional del equipo humano y su implicación en la docencia, formación continuada y la investigación en Salud Mental.
- Colaborar con las asociaciones de pacientes y familiares de personas con problemas de salud mental para potenciar su participación activa en la consecución del mejor tratamiento, la rehabilitación y la integración social, y contribuir a la lucha contra el estigma y la discriminación social asociados a las personas con enfermedad mental.

### **4.2. Visión**

- Ser una UGC de referencia en la prestación de servicios de salud mental en el sector sanitario público, teniendo como principios básicos de nuestra actividad respetar y promover la independencia, la autonomía y la dignidad de las personas

que pretende la máxima calidad, eficacia, eficiencia y seguridad de sus servicios, persiguiendo la excelencia en la atención y cuidado de las personas.

- Mantener el eje de la atención en el paciente, la familia y la comunidad desde una estructura participativa y estructurada mediante una red de servicios sanitarios y sociosanitarios que comparta los valores de equidad, eficiencia y calidad.
- Comprometido con el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores, e intentando implicar al ciudadano con su proceso asistencial convirtiéndose en un referente para usuarios y profesionales con altas cuotas de satisfacción.
- Orientado a un desarrollo en el marco comunitario, en coordinación con el resto de dispositivos sanitarios y no sanitarios.
- Con una concepción integral de la salud mental, tanto en lo referente a una perspectiva biopsicosocial del enfermar, como a la inclusión de las actividades de promoción, prevención y rehabilitación junto a las asistenciales.
- Contemplando la continuidad asistencial y el abordaje multidisciplinar del paciente.
- Ser una Unidad de Gestión Clínica en Psiquiatría y Salud Mental excelente que lidere la investigación, la formación continuada y la innovación, potenciando el desarrollo profesional y facilitando la generación y difusión del conocimiento.
- Conseguir favorecer la racionalización de procesos y procedimientos, que generarán importantes economías de escala, con las correspondientes mejoras en la eficiencia y equidad del sistema.

#### **4.3. Valores**

Nuestro compromiso es velar por el mayor interés de las personas con enfermedad mental desde el respeto a su dignidad, la profesionalidad y la dedicación, fomentando la atención en salud mental mediante el trabajo en equipos multidisciplinares basados en la cooperación y el compromiso en la consecución de unos objetivos comunes, apostando por una cultura organizativa centrada en la mejora continua desde la gestión del conocimiento, la transparencia, la investigación, la formación continuada y la implicación en los procesos de cambio.

El modelo de atención a la Salud Mental de la UGC se basa en los siguientes valores:

- Orientación del servicio a la comunidad, respetando los valores esenciales de la persona, la atención centrada en el paciente y el compromiso con su seguridad, el trabajo en equipo, la transparencia y la responsabilidad, la eficiencia, la innovación y la mejora continua, la utilización del mejor conocimiento para la toma de decisiones y compromiso con el desarrollo sostenible de la comunidad y el medio ambiente.
- Humanización de la asistencia psiquiátrica teniendo como eje y centro de la asistencia al usuario.
- Equidad, universalidad y accesibilidad en la asistencia.
- Participación y corresponsabilidad de los usuarios.

- Calidad integral como respuesta a las expectativas de los usuarios.
- Mejora continua de los procesos.
- Profesionalidad. Competencia profesional, trabajo en equipo y gestión participativa, así como compromiso con la organización. Respeto, empatía y responsabilidad.
- Transparencia, comunicación y descentralización de la gestión.
- Gestión del conocimiento e innovación.
- Fomento de la investigación e innovación.
- Cooperación con otros organismos públicos y privados implicados en la Salud Mental.
- Respeto y compromiso con el medioambiente.

#### **4.4. Líneas Estratégicas: Objetivos Asistenciales y Factores Clave de Éxito**

La Ley 4/1994 de 16 de julio, de Salud de la Región de Murcia prevé la creación de un entorno organizativo más flexible y horizontal que permite mejorar y aumentar la rapidez y agilidad en la coordinación de recursos, la descentralización y autonomía en la gestión y la toma de decisiones, la participación y corresponsabilidad por parte de los profesionales, así como la orientación hacia el paciente; este entorno organizativo se sustenta en un modelo de gestión que permite racionalizar el coste del modelo sanitario que disfruta la sociedad murciana para permitir su supervivencia, perfeccionamiento y aplicación solidaria.

En el artículo 32 de la citada Ley, “Dirección por objetivos”, se establece que los centros, servicios y establecimientos del SMS deberán contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control por resultados, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen en los costes y en la calidad de la asistencia; así mismo, se formulará un presupuesto para cada uno de ellos donde figuren los objetivos a alcanzar y sus costes.

En este marco, el SMS diseñó el Acuerdo de Gestión 2013-2015 del Área III de Salud como un convenio de carácter especial entre el propio SMS y sus Centros Sanitarios. Los dos referentes para el diseño y la elaboración del Acuerdo fueron la Estrategia 2015 de Mejora Asistencial de la Región de Murcia y el cuarto Plan de Salud de la Región de Murcia, quien, a su vez establece, las líneas directrices de trabajo mediante las áreas priorizadas en el Plan de Salud Vigente. Correspondiendo la gestión de Salud Mental extrahospitalaria en el Área III a la Subdirección General de Programas, Innovación y Cronicidad del SMS de la Dirección General de Asistencia Psiquiátrica de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, a través del desarrollo del Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia.

De este modo, es la Estrategia 2015 de Mejora Asistencial de la Consejería de Sanidad y Política Social [17,18], el Acuerdo de Gestión 2016 del Área III, quienes marcan las líneas y ejes estratégicos, alineados con las líneas de actuación que el actual

Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Subdirección General de Programas, Innovación, Cronicidad de la Dirección de Asistencia Psiquiátrica del SMS define para la red de Salud Mental y Drogodependencias en la Región de Murcia.

Las líneas estratégicas que marcarán el posicionamiento de la UGC del Área III de Psiquiatría y Salud Mental, están alineadas con la Estrategia 2015 de Mejora Asistencial de la Región de Murcia y se plasman en los Objetivos Estratégicos marcados en el Acuerdo de Gestión 2016, para el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área III alineados, así mismo, con las líneas de actuación y objetivos que marca el Plan de Salud Mental y Drogodependencias.

Las líneas estratégicas marcadas en la Estrategia 2015 de la Consejería de Sanidad y Política Social, son:

1. Desarrollar sistemas de gestión de la organización sanitaria de la Región de Murcia en línea con el Modelo de Evaluación EFQM.
2. Desarrollar el modelo corporativo de atención a pacientes con enfermedades crónicas, con el objetivo de impulsar la gestión integral y coordinada de la asistencia, mejorando la continuidad entre niveles, asegurando la efectividad de la atención y mejorando la calidad de vida de pacientes y cuidadores.
3. Nuevo modelo de Contrato de Gestión, apostando por la integración de recursos, orientado a la evaluación de resultados y contemplando las especificidades de cada Área.
4. Evaluación del Modelo de Gerencias de Área y definición de estructuras organizativas.
5. Nuevo modelo organizativo de Gestión Clínica, basado en el protagonismo de los profesionales y la descentralización de la gestión.
6. Conocer la Cartera de Servicios de la Región de Murcia, sus necesidades y procedimiento de actualización.
7. Impulsar la continuidad de la Atención y coordinación entre niveles de atención, identificando procesos críticos en cada área de salud.
8. Impulsar Cultura de Evaluación de Resultados, con especial enfoque en la medida de la efectividad y de la calidad percibida, a través de la puesta en marcha de un Plan de Monitorización de Indicadores en todos los niveles del SMS.
9. Disminuir la Variabilidad de la Práctica Clínica en el uso de pruebas diagnósticas, indicaciones quirúrgicas o de ingreso, etc. para pacientes de similares características, identificando y priorizando los procesos asistenciales con una variabilidad no justificada.
10. Promover una Cultura de Seguridad en el SMS, priorizando actividades relacionadas con la seguridad de los medicamentos, las infecciones nosocomiales y los sistemas de notificación que promuevan el aprendizaje en la organización sanitaria.
11. Elaboración del nuevo Plan de Mejora del Uso de Medicamentos.

12. Desarrollo de procedimientos que permitan priorizar las demoras para procedimientos diagnósticos y terapéuticos en función de la gravedad y los resultados esperados; homogeneizar procedimientos y criterios de admisión en las listas de espera.
13. Marcar las exigencias a los Proveedores Externos con los que el SMS concierta para garantizar la calidad y la eficiencia de las prestaciones asistenciales, debiendo estar inmersos en el proceso de continuidad asistencial y la información pertinente incorporada a la historia clínica.
14. Evaluación de las tecnologías sanitarias, para dotarnos de las oportunas garantías en cuanto a la adecuada relación coste beneficio.
15. Impulsar la Historia Clínica Electrónica Única en el SMS. Redefinición de las aplicaciones actuales (OMI, SELENE), la integración del sistema de información y la protección y seguridad de datos.
16. Promover la Gestión del Conocimiento, estableciendo mecanismos y procedimientos entre las diferentes áreas de salud para favorecer el aprendizaje conjunto, la identificación de buenas prácticas y el benchmarking en la organización sanitaria.
17. Elaborar el Código de Buen Gobierno, basado en los principios de rendición de cuentas, transparencia y gestión eficiente de las organizaciones.
18. Desarrollar un modelo de gestión basado en una estrategia de Responsabilidad Social Corporativa, con el objetivo de contribuir de forma activa y voluntaria a alcanzar un equilibrio económico, medioambiental y social.

Los ejes estratégicos establecidos en la Estrategia 2015 de Mejora Asistencial de la Región de Murcia son:

- A. Resultados en salud.
- B. Sostenibilidad del Sistema/Gestión del Conocimiento.
- C. Atención a la Cronicidad.
- D. Procesos Asistenciales.

Los factores que contribuirán al éxito de las intervenciones son:

- El alineamiento de los liderazgos, incorporando desde el inicio a todos los niveles de dirección de las áreas de salud y a los profesionales que ejercen liderazgos intermedios en las estructuras del sistema sanitario (Coordinadores, Jefes de Servicio...).
- Coordinación de toda la planificación estratégica y con especial atención a su despliegue.
- Estratificación y Calendarización de las Actuaciones previstas.
- Organizadas mediante el Contrato de Gestión.

Para el ejercicio 2016 los objetivos pactados en el Acuerdo de Gestión del Área III se han centrado en los siguientes objetivos:

1. Monitorizar y mejorar la efectividad y la calidad percibida de la asistencia sanitaria.
2. Seguridad del paciente.
3. Evaluación de la accesibilidad y de la actividad de los servicios.
4. Uso racional de los medicamentos.
5. Promover la formación y actualización de los conocimientos de los profesionales.
6. Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante un adecuado cumplimiento presupuestario.

Los objetivos se evaluaron con indicadores definidos. Con carácter general, se han valorado las mejoras relativas en actividad o rendimiento frente al punto de partida (mejora conseguida frente al espacio total de mejora posible/valor estándar/meta en cada caso). Se han realizado dos cortes anuales de seguimiento del cumplimiento del Acuerdo de Gestión, uno a finales del primer semestre del año y otro al cierre del ejercicio.

Las líneas de actuación y objetivos del actual Plan de Salud Mental y Drogodependencias constituyen la base de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental, y se sustancian en:

- Línea de Actuación 1: Promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma.

Objetivos:

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

- Línea de Actuación 2: Atención a los Trastornos Mentales.

Objetivos:

- Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente con trastorno mental, que garantice la continuidad de la asistencia, con unos estándares de calidad en cualquier punto del Sistema.
- Establecer una distribución homogénea de recursos estructurales en las diferentes áreas sanitarias, creando los recursos comunitarios necesarios, y dando prioridad a las áreas más desfavorecidas.
- Proceder a la generación de plazas de profesionales de las distintas categorías, y a la adecuación a las características de atención de cada recurso, dando prioridad a las áreas y recursos más desfavorecidos.
- Establecimiento de medidas específicas de organización, formación, coordinación y gestión que optimice el proceso asistencial y mejoren la calidad de la atención a los pacientes con trastornos mentales, integrando

todos los recursos asistenciales de salud mental, en sus respectivas Gerencias de Área.

- Línea de Actuación 3: Coordinación Interinstitucional e Intrainstitucional.

Objetivos:

- Promover la cooperación de todos los agentes involucrados en la mejora de la salud mental, implantando mecanismos de coordinación institucional, que garanticen la atención integral de personas.
- Mejorar la comunicación y coordinación con Atención Primaria para aplicar el modelo de cooperación.
- Potenciar la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares (asociaciones de familiares y usuarios) así como de los profesionales (asociaciones profesionales).

- Línea de Actuación 4: Gestión del Conocimiento, Formación, Docencia e Investigación.

Objetivos:

- Formación Continuada.
- Formación Especializada.
- Investigación.

- Línea de Actuación 5: Sistemas de Información en Salud Mental.

Objetivos:

- 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 período de vigencia del presente Plan.

Alineado con el citado marco estratégico del SMS en el área de Psiquiatría y Salud Mental, las líneas estratégicas que marcarán el posicionamiento de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III, son las siguientes:

- Desarrollar el Sistema de Gestión de la Unidad, mejorando, estandarizando y consolidando la gestión de los procesos asistenciales, principalmente, impulsando la gestión por procesos de Trastorno Mental Grave y Drogodependencias, con el paciente como eje central del Servicio; y definiendo un conjunto de indicadores clave consensuados con todos los profesionales del Servicio de Psiquiatría.
- Garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión del Servicio. Mejorar la Calidad Asistencial y Seguridad del paciente: Implementar Guías de Práctica Clínica y Protocolos Clínicos basados en la evidencia científica. Abordaje integral de todos los aspectos de la seguridad del paciente en salud mental, abarcando la formación como base de la cultura de seguridad de los/las profesionales y la ciudadanía, potenciando la participación

de los pacientes en su seguridad, el uso seguro de los medicamentos, la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, todo ello apoyado en un modelo de evaluación enfocado a conocer las medidas preventivas y organizativas que impulsan la práctica clínica segura, estableciendo un sistema de información válido y fiable a lo largo del tiempo, evaluando el impacto en salud en el futuro de las medidas implantadas.

- Implantación de un Modelo de Evaluación de Resultados y mejora continua, a través de la implantación del Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) como modelo de Gestión.
- Mejorar la Continuidad Asistencial, a través de mecanismos de comunicación efectivos y eficaces, sistemas de información compartidos entre los Centros de Atención Primaria, Centros de Salud Mental, Unidad de Rehabilitación, Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) y Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y otros servicios hospitalarios de la Región de Murcia (Unidad de TEC, URME).
- Mejorar la Coordinación Sociosanitaria. Mejorar la comunicación con Centros de Servicios Sociales Municipales, Organizaciones No Gubernamentales, Asociaciones de Pacientes y Familiares, Comunidades Terapéuticas y Centros Educativos.
- Facilitar al paciente la accesibilidad de los recursos asistenciales de Salud Mental, conjugando con ello el derecho a la libre elección médico-especialista y de centro, de acuerdo con la regulación correspondiente.
- Potenciar la rehabilitación en los pacientes con Trastorno Mental Grave y el apoyo a sus familiares y cuidadores, como elemento básico del modelo asistencial.
- Reforzar e impulsar el trabajo en equipo multidisciplinar, favoreciendo la comunicación interna y midiendo el clima y la satisfacción de los profesionales del servicio, procurando la mayor implicación posible de los profesionales en la gestión.
- Potenciar el Programa Docente e Investigador, impulsando la docencia y líneas estratégicas de Investigación entre los profesionales del Servicio (TMG, Patología Dual, Suicidio). Transferencia del conocimiento al Servicio.
- Promover Cultura de Calidad e Innovación en el Servicio de Psiquiatría del Área III del Servicio Murciano de Salud.

- Mejorar la Seguridad del Paciente. Completa implantación en el servicio, del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNAPS).
- Promover la Cultura de Seguridad en el Servicio de Psiquiatría. Potenciar la evaluación continua de la seguridad de nuestros centros y servicios. Fomentar la participación ciudadana. Abrir y desarrollar línea de investigación sobre seguridad del paciente en salud mental.
- Implantar y homogeneizar los Sistemas de Información comunes a toda la red de salud mental y drogodependencias de la red sanitaria general.
- Promover, implantar y medir prácticas en las áreas de interés de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC). Buenas prácticas en la gestión de recursos humanos, gestión informática y protección de datos, gestión de la calidad asistencial, gestión económica, gestión ambiental, gestión de pacientes (participación en las decisiones clínicas), ética (preocupación por el respeto de los derechos de los pacientes), gestión de proveedores, transparencia y transferencia de la información como política de comunicación del Centro junto a la identificación de necesidades de los grupos de interés, colaboración de la UGC con Asociaciones de Pacientes, ciudadanas en todas aquéllas actividades que impliquen fundamentalmente un fomento de la salud.

La UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del SMS, realiza una apuesta firme por el modelo comunitario, incorporado en la Estrategia de Salud Mental del SMS, implicando la integración y normalización de los servicios asistenciales de salud mental en la red sanitaria general, la prestación de los servicios en un ámbito cercano a la vida natural de los usuarios, reduciendo las hospitalizaciones a lo imprescindible, y el apoyo a la integración y la normalización de la población afectada a través de una organización orientada hacia la recuperación.

Los Objetivos Estratégicos de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III serán:

- Los objetivos marcados por el Plan Estratégico de Salud Mental y Drogodependencias del SMS en vigor [19].
- Los objetivos de gestión relativos a la atención en salud mental incluidos en el Contrato de Gestión del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca, relativos a Salud Mental, Calidad de los Cuidados Hospitalarios, Evaluación de la Accesibilidad y de la Actividad del Servicio, Uso Racional de los Medicamentos (Prescripción de calidad en fármacos específicos).
- Proporcionar a las personas con enfermedad mental una atención integrada desde una estrategia comunitaria que facilite la necesaria continuidad de cuidados y permita alcanzar los objetivos de prevención, tratamiento y rehabilitación deseables.

- Acceder a un sistema de información compatible con nuestro entorno asistencial y que favorezca la unificación de los procedimientos de gestión administrativa, tales como la regulación del flujo de pacientes, el registro de la actividad asistencial y la tramitación y la resolución de incidencias.
- Adoptar decisiones diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras en función a protocolos, vías y guías clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible.
- Mantener un funcionamiento inter y multiprofesional en la actividad clínico asistencial.
- Proporcionar una atención integral e individualizada a las necesidades de cada paciente mediante el modelo de gestión de casos y gestión por procesos.

De acuerdo a las líneas y los objetivos estratégicos planteados en Salud Mental y Drogodependencias, la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III, reconoce para su desarrollo como factores clave de éxito, las siguientes ventajas competitivas:

1. Atención integral e integrada centrada en el paciente.
2. Garantía de continuidad de cuidados.
3. Multidisciplinariedad y trabajo en equipo. Gestión de Casos.
4. Alta profesionalidad técnica y relacional.
5. Aplicación de programas de tratamiento basados en Guías Clínicas, Protocolos y Evidencia Científica.
6. Amplia diversidad de recursos socio-sanitarios del Área que prestan atención a la persona con enfermedad mental.

Para el cumplimiento de los objetivos estratégicos se seleccionarán aquellos indicadores que nos proporcionarán información fiable, relevante y útil y nos guiarán en la consecución de la estrategia, configurando así el Cuadro de Mando Integral de la UGC que será conocido por todos los miembros de la organización, y cuyos resultados serán difundidos con garantías de transparencia a pacientes, ciudadanía y sociedad.

#### **4.5. Viabilidad Económica**

El análisis de la viabilidad se realiza desde un planteamiento analítico utilizando un estudio de costes y de producción.

- En el capítulo de costes se incluirán:
  - Costes directos del Servicio: Personal, funcionamiento, etc.
  - Costes de utilización de otros servicios.
  - Costes estructurales.
- En el capítulo de producción se incluirán los siguientes apartados:
  - Asistencia (actividad, prestaciones, protocolos implantados, etc.).
  - Docencia (profesorado, alumnos, residentes, innovación).
  - Investigación (proyectos financiados, publicaciones).

Como fuente de información de referencia se utilizarán los datos correspondientes al histórico reciente (año 2016). Con el análisis de los datos obtenidos se realizará la previsión y se obtendrá una valoración de la tarifa aplicable a cada procedimiento, actuación, prestación etc.

El Acuerdo de Gestión a firmar entre el Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca y la UGC de Salud Mental y Psiquiatría identificará los objetivos específicos a cumplir. El seguimiento del desarrollo del ejercicio correspondiente permitirá analizar el grado de consecución de los objetivos pactados en el Contrato de Gestión. De ese año se podrá extraer información para la aplicación de Planes de Mejora que consigan ajustar el funcionamiento y corregir desviaciones, con el objetivo de poder alcanzar con éxito la implantación del Plan Funcional.

La viabilidad económica se obtendrá de la cuenta de resultado y del balance obtenido entre ingresos por actividad y gastos debido a recursos y consumos directos o inducidos. Se contará, además, con una subvención de la actividad que podrá ser positiva o negativa según el resultado del balance. El resultado positivo será la fuente para los incentivos y estrategias de motivación.

#### **4.6. Mapa de Procesos de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud**

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

La atención a la Salud Mental en el Área III de Salud de la Región de Murcia se presta en modalidad ambulatoria (CSM) y hospitalaria (UHP), orientada de acuerdo con la perspectiva del Modelo de Salud Mental Comunitaria (Figura 3).

En la Figura 4 se detalla el Macroproceso (Mapa Nivel 0) a nivel comunitario de los Centros de Salud Mental y Drogodependencias del Área III de Lorca y Águilas. En dicho mapa se identifican los procesos clave, estratégicos y de soporte de ambos CSMs, exponiéndose el conjunto de actividades mutuamente relacionadas entre sí, destinadas a generar valor añadido sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos de nuestros clientes (personas con enfermedad mental) [20].

A su vez, el Mapa 0 de Procesos, se descompone en distintos subprocesos y procedimientos. Cada uno de los procesos de la UGC, se caracteriza por:

- Tener una misión o propósito claro.
- Tener entradas y salidas.
- Identifica clientes, proveedores y producto final.
- Se descompone en tareas.
- Asignación de responsabilidad del proceso a un miembro del Equipo Asistencial.

A continuación, se expone en la Figura 5 el Mapa de Procesos de Atención a Trastorno Mental Grave, y, finalmente en la Figura 6, Proceso Corporativo de Hospitalización del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca (Área III). Actualmente, la UHP no dispone de proceso propio, formando parte, tanto del Macroproceso de Hospitalización de dicho Hospital, como del Proceso de atención a la salud mental comunitaria como programa específico. La URA dispone de un Mapa de Procesos, así mismo, disponemos de un Mapa de Procesos de Continuidad de Cuidados.

Cada uno de los procesos contiene una ficha en la que se reúnen los elementos claves que lo definen. Estos elementos son, propietario del proceso, misión, alcance, entradas, proveedores, salidas, clientes (personas con necesidades de atención en Salud Mental y Drogodependencias), indicadores para su monitorización, validación, periodicidad de las inspecciones, documentos y/o registros, recursos humanos y materiales.

El Mapa Nivel 0 a nivel comunitario de los Centros de Salud Mental y Drogodependencias del Área III de Lorca y Águilas, tiene la siguiente misión:

MISIÓN DEL PROCESO
<p><b>Qué:</b> Atención especializada ambulatoria y hospitalización psiquiátrica breve a la población del Área III de Salud.</p>
<p><b>Para qué:</b> Diagnosticar, evaluar, tratar y prevenir problemas de Salud Mental para garantizar el bienestar biopsicosocial de la población atendida con criterios de calidad y con un coste razonable.</p>
<p><b>Para quién:</b> Pacientes del Área III de Salud derivados desde Atención Primaria y otros dispositivos (UHP, Judicial, SS.SS, ONGs) especializados de dicha área.</p>

Descriptivamente, en el Mapa de Procesos de Salud Mental Comunitaria de la UGC (Figura 4), los procesos estratégicos se representan en la parte superior y los procesos de soporte en la parte inferior. El núcleo central está ocupado por los procesos clave (Admisión, Acogida, Tratamiento Integral, Unidad de Rehabilitación, Tratamiento Asertivo Comunitario) que constituyen la cartera de servicios de salud mental y drogodependencias a nivel comunitario.

Los clientes de los dispositivos ambulatorios de Salud Mental y Drogodependencias son AP, AE, UHP, y otros (Juzgado, Centros de Inserción), que derivan a personas con problemas de salud mental, con unas necesidades de tratamiento y expectativas; así, el paciente inicia el proceso configurado por el circuito asistencial de la Atención en los CSMs. Se realiza la actividad de Admisión al Centro siendo asignado a un determinado Programa Asistencial de acuerdo a sus necesidades iniciales. La actividad siguiente es realizar la Acogida, para a continuación seguir un abordaje integral de su enfermedad (Intervención de Enfermería, Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social) atendiendo a las necesidades y haciéndole partícipe en la toma de decisiones clínicas; para de acuerdo a su evolución, necesidades y/o recuperación, proceder al alta asistencial o derivación a otro recurso o programa especializado (URA, ETAC, UHP).

Para el desarrollo del proceso asistencial, otros procesos clave son la coordinación interinstitucional e intrainstitucional, el trabajo en equipo y gestión de casos, así como, la formación, la participación en actividades de docencia e investigación.

Para la consecución de dichos procesos operativos o clave, son considerados como procesos estratégicos, necesarios para el mantenimiento de la atención comunitaria a salud mental, el Contrato de Gestión del Área III, la Planificación Estratégica del Plan de Salud Mental y Drogas del SMS, las Directrices Institucionales marcadas por la Consejería de Sanidad, el SMS, el Plan Nacional sobre Drogas, y la Estrategia Nacional en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, los Protocolos y Guías Clínicas Basadas en la Evidencia, los Servicios Jurídicos, la Financiación y el Control Presupuestario, y la Gestión de la Calidad (Gestión por Procesos, Modelo EFQM, y Evaluación de la Práctica Clínica).

Los procesos de apoyo o soporte que apoyan a los procesos operativos o clave para que se cumplan, son la Gestión de Servicios (Limpieza, Seguridad), Gestión Económico-Logística (Suministros, Inventario, Gestión Económica), Gestión de Personas (Riesgos Laborales, Asesoría Jurídica, Recursos Humanos), Gestión de la Información (Sistemas de Información, Archivo, Documentación, Biblioteca, Informática), Apoyo Diagnóstico (Laboratorio, Exploraciones Especiales).

Respecto a los límites del Proceso Asistencial, el Mapa 0 identifica la entrada y la salida de la atención comunitaria en salud mental y drogodependencias, aunque en el caso de las personas con diagnóstico de TMG, es difícil identificar el límite final, existiendo un Mapa de Procesos específico para TMG (Figura 5).

La entrada en el proceso puede producirse en cualquiera de los niveles de atención sanitaria (urgencias, primaria o especializada) y la salida, en cualquiera de los niveles asistenciales, por alta o derivación.

Respecto a los límites y alcance del Proceso Asistencial a nivel ambulatorio son:  
**Límite Inicial:** Pacientes con problemas de salud mental que acuden al CSM derivados desde Atención Primaria, especializada (UHP) y/u otros dispositivos socio-sanitarios del Área III.

**Límite Final:** Pacientes dados de alta, derivados de manera definitiva a otros recursos (residenciales/larga estancia), que cambian de Área de Salud de referencia o exitus.

En la Figura 5 se muestra el Proceso de Atención a Trastorno Mental Grave, entendiendo por tales a aquéllas personas que reúnen criterios diagnósticos CIE 10<sup>a</sup>/DSM IV-TR del espectro de la Esquizofrenia (F20 a F29), Trastornos de Humor (Afectivos) (F31), y Trastornos de la Personalidad Graves, fundamentalmente, Paranoide, Límite, Esquizoide (F60.0, F60.1 y F60.3).

En este proceso se observa cómo los clientes (AP, UHP, o bien otros recursos) son asignados, a través del proceso de Acogida, directamente al programa de Adultos; se realiza el proceso de Acogida (Valoración Diagnóstica) y se incorpora al Plan de Actuación Coordinada (PAC), lo que supone un abordaje multidisciplinar, pudiendo, de acuerdo a su evolución, necesidades y/o recuperación, proceder a derivación a un programa especializado (URA, ETAC, UHP), y, posteriormente, si fuese posible, proceder al alta asistencial, por recuperación o cambio de domicilio fuera del Área III de Salud, o, normalmente, derivación a otros recursos sociosanitarios de inserción social y/o laboral (ISOL, ASOFEM/AFEMAC, URME).

Para el desarrollo del proceso asistencial de TMG, otros procesos clave son la coordinación interinstitucional e intrainstitucional, el trabajo en equipo y gestión de casos, así como, la formación, la participación en actividades de docencia e investigación.

El proceso tiene la siguiente misión:

#### MISIÓN DEL PROCESO

**Qué:** Valoración multidisciplinar, tratamiento integral de los pacientes con TMG, así como prevención de los mismos.

**Para qué:** Dar cobertura a las necesidades de las personas con TMG con criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, para conseguir el mayor grado de autonomía e integración social.

**Para quién:** Pacientes del Área III de Salud con diagnóstico de TMG.

Respecto a los límites y alcance del Proceso Asistencial de TMG, son:

**Límite Inicial:** Pacientes del programa de Adultos con diagnóstico de TMG.

**Límite Final:** Pacientes derivados de manera definitiva a otros recursos (residenciales/larga estancia), que cambian del Área de Salud de referencia o exitus.

Como características relevantes, cabe destacar que el proceso de Atención comunitaria a nivel ambulatorio del Área III (Lorca-Águilas), está centrado en el paciente, garantiza la continuidad asistencial, incluye los procesos clave que aportan valor añadido a la organización, asegurando la participación e implicación de todos los profesionales, y es flexible para adaptarse a nuevos requerimientos e incorporar mejoras.

En la Figura 6 se muestra el Mapa Proceso Corporativo de Hospitalización del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca Área III.

El proceso tiene la siguiente misión:

<b>MISIÓN DEL PROCESO</b>
<p><b>Qué:</b> Diagnosticar, establecer el plan terapéutico, prestar cuidados, realizar tratamientos, evaluar el curso clínico y pronóstico, información al paciente y/o familia.</p>
<p><b>Para qué:</b> Para procurar la curación del paciente y/o aliviarle en sus síntomas, prevenir complicaciones evolutivas, asegurar una adecuada continuidad de cuidados, evitar riesgos para la Salud Pública.</p>
<p><b>Para quién:</b> Pacientes remitidos desde Urgencias, desde el propio Hospital (consultas externas, URPA, etc.), desde AP, por otros hospitales o centros asistenciales de la misma o distinta Área Sanitaria (referencia autorizada).</p>

Límites y alcance del Proceso:

Límite de entrada: Ingreso administrativo que coincide con el ingreso real del paciente.  
Límite de salida: Hasta que el paciente es dado de alta médica y administrativa en hospitalización por cualquiera de los motivos establecidos (curación o mejoría, alta voluntaria, traslado a otro hospital, traslado a centro sociosanitario, fuga o fallecimiento).

Las excepciones al Alcance del Proceso Corporativo de Hospitalización son:

- Hospitalización a Domicilio.
- Hospitalización en Unidades de Cuidados Intensivos o Reanimación.
- Hospital de Día Médico.
- Hospital de Día Quirúrgico.
- Unidades de Observación en Urgencias.

Como puede observarse en dicho Mapa de Procesos, Salud Mental forma parte del Plan de Acción Coordinada y de los Procesos Asistenciales Integrados, y la Hospitalización Psiquiátrica dentro de las actuaciones realizadas a nivel de la Asistencia en el Hospital.

## MODELO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

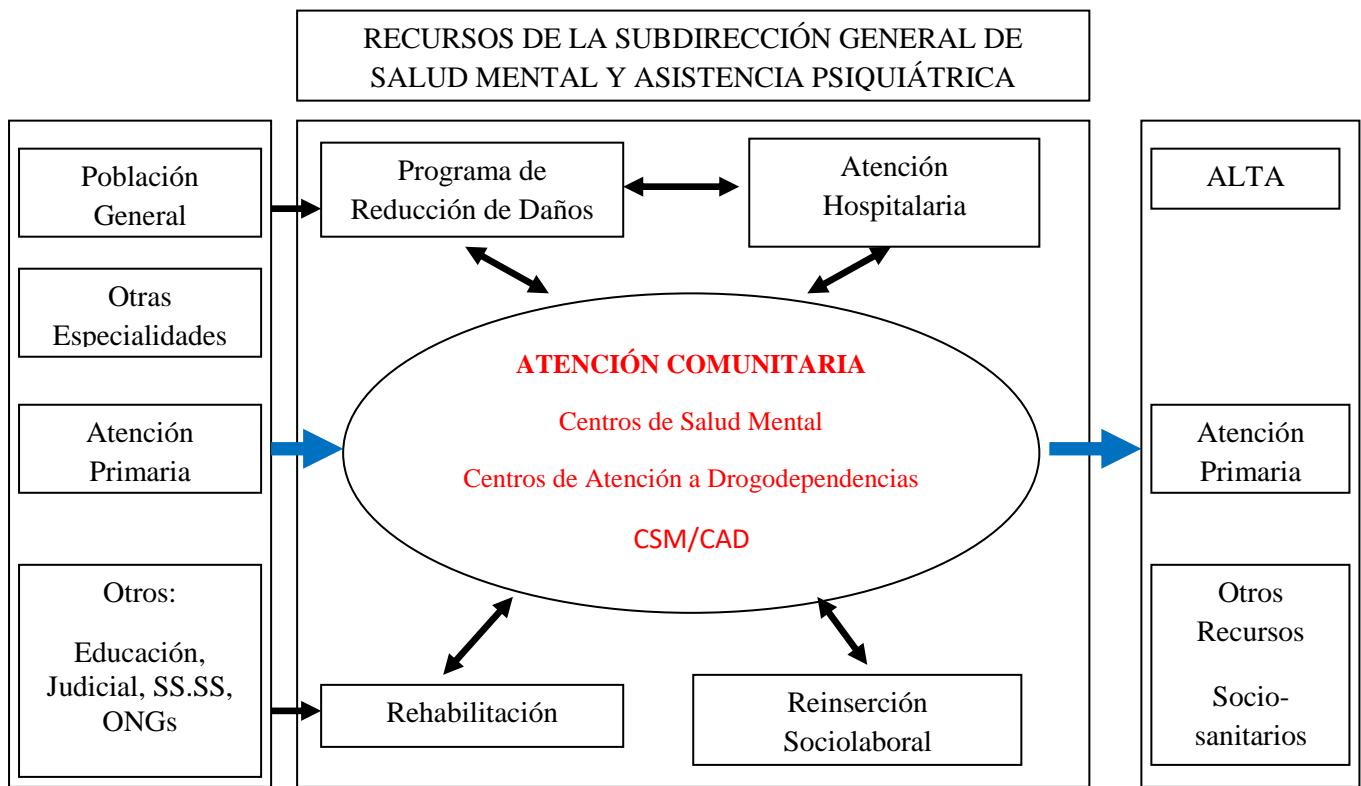


Figura 3. Modelo de Salud Mental Comunitario

### MAPA DE PROCESOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA ÁREA III (LORCA-ÁGUILAS)

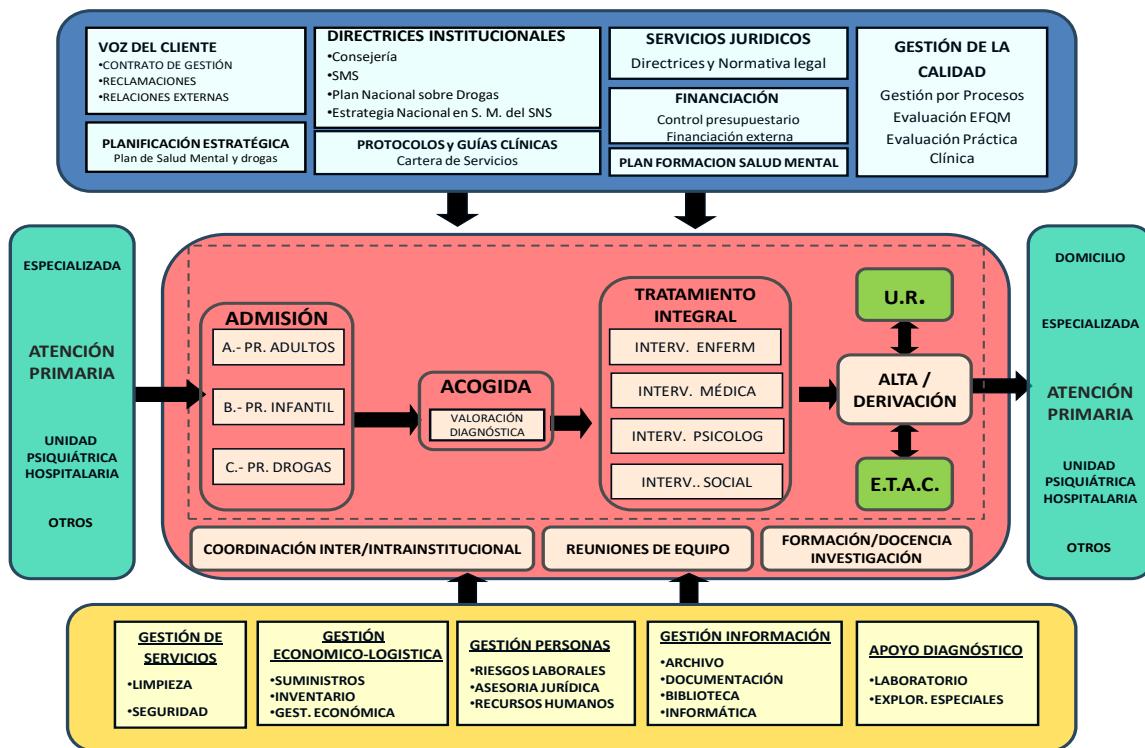


Figura 4. Mapa de Procesos de la Atención a la Salud Mental Comunitaria del Área III (Lorca-Águilas). (Reproducido con permiso).

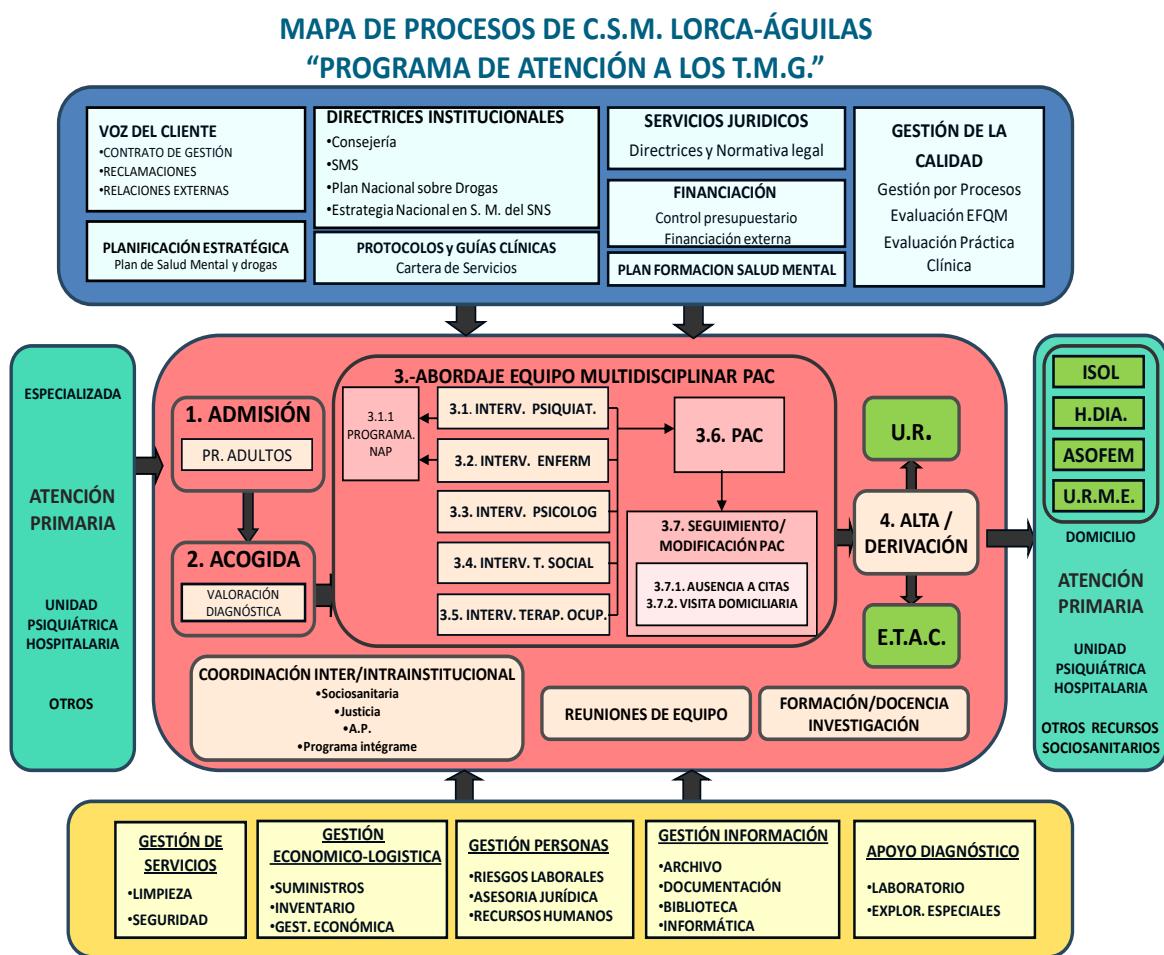


Figura 5. Mapa de Procesos “Programa de Atención a los Trastornos Mentales Graves del Área III (Lorca-Águilas). (Reproducido con permiso).

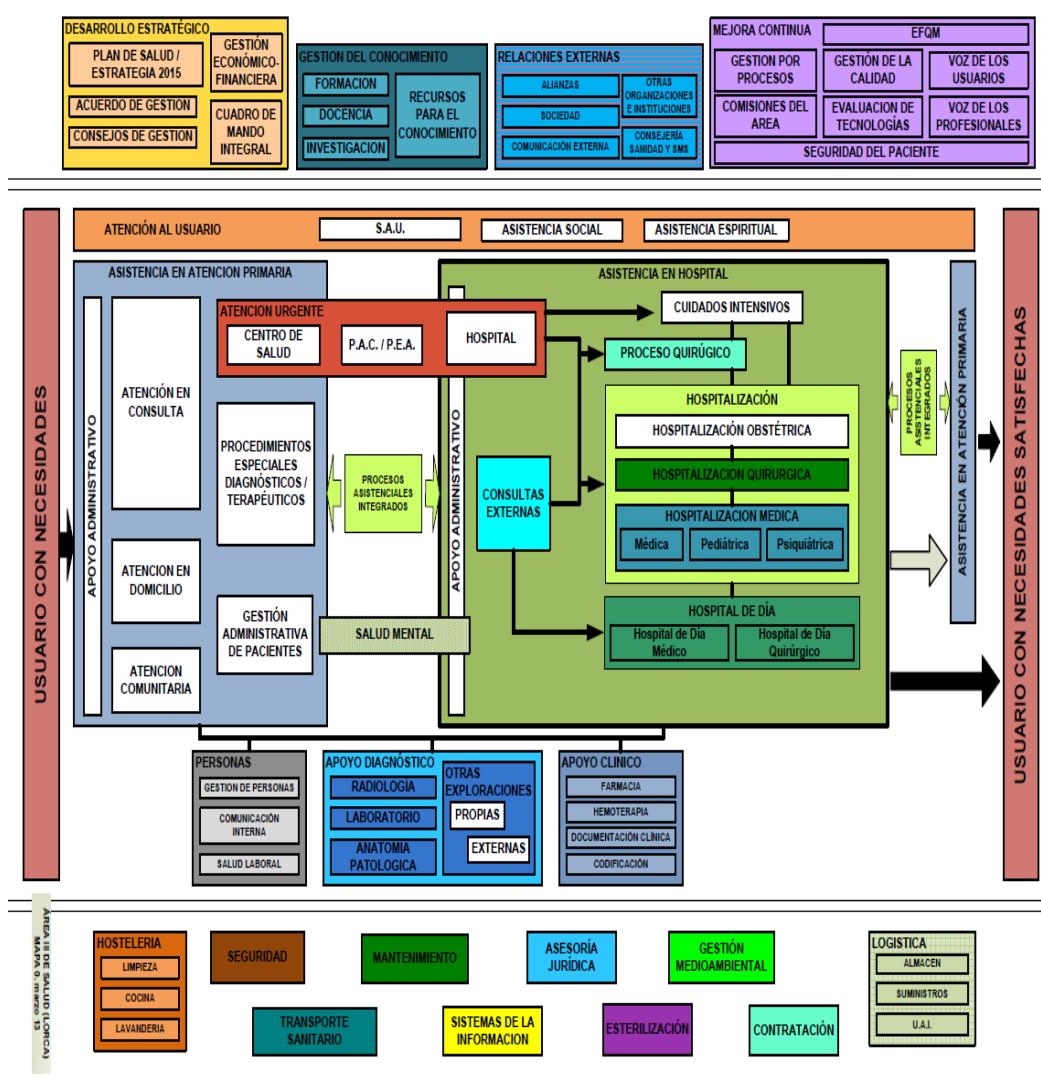


Figura 6. Mapa de Procesos Corporativo Hospitalización del Hospital General Universitario Rafael Méndez Área III (Lorca). (Reproducido con permiso).

La UGC de Psiquiatría y Salud mental del Área III del SMS, dispone de los siguientes Mapas de Procesos, que pueden ser consultados en la website de murciasalud.

- Mapa de Procesos de la Unidad de Rehabilitación del Área III (Lorca-Águilas).
- Mapa de Proceso de Atención a los Trastornos Mentales Graves: Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos en CSM de Lorca y Águilas.
- Mapa de Proceso de Atención Integral al Trastorno Mental Grave: Modelo de Abordaje Multiprofesional de Lorca-Águilas.
- Mapa de Proceso de Continuidad Asistencial a pacientes con problemas de Salud Mental.

#### **4.7. Procesos Estratégicos, Operativos y de Soporte de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud**

Los procesos de la Unidad de Gestión Clínica del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área III son:

- Los procesos estratégicos o de gestión, son los que nos aportan información para el direccionamiento de la organización y sobre el cumplimiento de los objetivos, recogidos en el Plan de Salud/Estrategia 2015, Acuerdo de Gestión, Consejos de Gestión, Cuadro de Mando Integral, Plan de Salud Mental y Drogodependencias, normativas autonómicas y nacionales, Relaciones Externas (Alianzas, Sociedad, Comunicación Externa, Otras Organizaciones e Instituciones, Consejería de Sanidad y SMS), Gestión de la Calidad (Evaluación de la Práctica Clínica, Gestión por Procesos, Comisiones del Área, Modelo EFQM, Evaluación de las Tecnologías, Voz de los Usuarios, Voz de los Profesionales), protocolos y guías clínicas, que aportan referencias claras sobre los objetivos y la orientación de la organización, y los sistemas de información. Son necesarios para el mantenimiento y progreso de la organización.
- Los procesos operativos o clave en Salud Mental y Drogodependencias, son aquéllos referidos a los procesos clínico asistenciales, es decir, la actividad de consulta ambulatoria prestada a través de los distintos programas asistenciales en los CSM-CAD (Adultos, Infanto-Juvenil, Drogodependencias, Rehabilitación, Asertivo-Comunitario y Hospitalización) y en la UHP, la atención hospitalaria psiquiátrica, y, afectan por tanto a la satisfacción del usuario/paciente/cliente.
- Los procesos de soporte o apoyo, son los que facilitan al Servicio y aportan los recursos imprescindibles para la realización correcta de los procesos operativos. En la UGC de Psiquiatría del Área III, los procesos de soporte son los de servicios (hostelería, limpieza, lavandería, seguridad), gestión económico-logística (gestión económica, suministros e inventario), gestión de personas (Riesgos Laborales, Asesoría Jurídica, Recursos Humanos), gestión de la información (Sistemas de Información, Archivo, Documentación, Biblioteca, Informática), Farmacia, Transporte Sanitario, Esterilización, Gestión Medioambiental, y de Apoyo Diagnóstico (Laboratorio, exploraciones especiales).

Los anteriores procesos son sometidos a monitorización a través del uso de indicadores; cuando los indicadores no alcanzan los niveles esperados o el servicio detecta una oportunidad de mejora, se inician actividades propias de evaluación utilizando el ciclo de Deming como herramienta básica para la mejora continua de los procesos. Además de la representación gráfica de los Procesos de la UGC, el elemento más significativo es la autoevaluación que permite realizar un seguimiento del proceso de mejora continuada.

#### **4.8. Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente**

Desde el año 2005 la Consejería de Sanidad y el SMS han optado por el Modelo Europeo de Calidad (EFQM) como referencia para orientar y definir su sistema de gestión. Esta opción se ha visto reforzada en el Plan de Salud actual y en la Estrategia en vigor del Servicio Murciano de Salud donde se define como el marco de gestión de la organización sanitaria del SMS.

La UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud de la Región de Murcia aplica los criterios de excelencia y gestión eficiente del Modelo EFQM orientado a resultados, al cliente (paciente), promoviendo el liderazgo y la constancia en los objetivos, gestionando por procesos, desarrollando el potencial de las personas y su implicación en la actividad que realizan a través del aprendizaje continuo y la oportunidad de innovación, desarrollando alianzas y en consonancia con la Responsabilidad Social Corporativa.

El Plan de Calidad está basado en el conjunto de actuaciones en materia de calidad que se llevarán a cabo en el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de la Región de Murcia, planificado, y, a ejecutar a 4 años, siendo revisado al inicio del tercer año para la valoración del cumplimiento con lo establecido o si fuera necesario alguna modificación y aplicación de áreas de mejora de dicho Plan de Calidad.

Para que el Plan de Calidad se pueda llevar a cabo, será necesario asegurarse de la implicación real y activa, de la organización a la que pertenece la UGC, es decir, tanto de los Directivos como del conjunto de profesionales. Para ello, es necesario liderar la Cultura de Calidad en el Servicio y motivar a los profesionales, para ver hasta dónde están dispuestos a implicarse y comprometerse en el proceso de gestión de la calidad.

El Plan de Calidad recogerá los objetivos estratégicos, los procesos clave, los indicadores y estándares, y el sistema de monitorización de indicadores, así como, se establecerán responsabilidades y la calendarización de dicho sistema de gestión de calidad. Se utilizarán herramientas orientadas a la mejora de la práctica clínica, como las Guías de Práctica Clínica (GPC), que facilitan la aplicación de la mejor evidencia disponible a la asistencia, así como, Vías Clínicas, Rutas asistenciales, Protocolos Clínicos, y Planes de Cuidados.

Así mismo, se identificarán y seleccionarán los indicadores de resultados, de producción y proceso e indicadores centinelas que midan el impacto real de nuestra actividad en los pacientes, los métodos para medir, las estrategias para reunir los datos, los procedimientos para la síntesis y se promoverá la notificación regular de los resultados.

En la UGC de Psiquiatría y Salud Mental se establecerán indicadores en las siguientes dimensiones:

- Atención centrada en el paciente.
- Adecuación y Accesibilidad.
- Efectividad clínica.
- Eficiencia.
- Seguridad del Paciente.
- Continuidad asistencial.
- Satisfacción de los pacientes.
- Sostenibilidad económica.
- Docencia e investigación.
- Tecnologías de la Información.

Para cada una de las dimensiones se establecerán los indicadores basados en la evidencia científica de mejor resultado de la UGC, lo que nos permitirá avanzar en el conocimiento de la calidad del Servicio, identificar áreas de mejora y poder establecer nuevas fórmulas de gestión y organización de la UGC y tomar las decisiones de un modo objetivo basadas en el mejor desempeño.

Se apostará por la transparencia en la transferencia de información, la difusión de los resultados alcanzados, incluso abierto a la ciudadanía, y que ésta se utilice para tomar decisiones basadas en el mejor desempeño del Servicio y de los Profesionales que lo componen.

La evaluación del desempeño permitirá alinear los objetivos de mejora de la efectividad de la práctica clínica con los objetivos financieros, lo que permitirá, a nivel macroeconómico tomar decisiones, a fin de reducir desigualdades entre las áreas de salud más desfavorecidas, y, a nivel meso y micro, permitirá comparar temporalmente los resultados de nuestra UGC con respecto a los años anteriores (Autoevaluación), así como, con otras UGC semejantes de la CARM, siempre que hayan empleado el mismo tipo de indicadores (Evaluación Comparativa).

La realidad de la asistencia sanitaria, cada vez más efectiva y compleja, ha convertido la seguridad del paciente en una de las dimensiones de la calidad asistencial más valoradas tanto por los ciudadanos como por los profesionales y gestores de los servicios sanitarios. Esta situación, ha hecho necesario un cambio cultural en cuestiones como la gestión adecuada de riesgos asistenciales, la aplicación de la mejor evidencia disponible sobre prácticas seguras y la comunicación y diálogo sobre el riesgo clínico con los pacientes entre los profesionales implicados de la atención sanitaria. En este sentido, la Seguridad del Paciente (SP) se constituye como una dimensión esencial del Plan de Calidad Asistencial de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III.

En el marco legislativo de la Estrategia 8 del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) [21], “Mejorar la Seguridad de los pacientes atendidos en los Centros Sanitarios del SNS”, la Estrategia Nacional para la Seguridad del Paciente 2010-2015 [22], y del Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia 2012-2016 (PAMSP) [23], las estrategias en materia de seguridad del paciente (SP) de la UGC de Psiquiatría y Salud

Mental del Área III, irán principalmente dirigidas a prevenir y minimizar los riesgos asistenciales, auspiciando la mejora de la calidad asistencial mediante la disminución de las circunstancias que pueden causar daños al paciente en relación con la asistencia prestada, con una actitud eminentemente preventiva que propicie un cambio profundo en nuestra cultura organizacional.

Es necesario destacar que la enfermedad mental confiere una mayor vulnerabilidad en riesgos que pueden derivarse del propio comportamiento de estos pacientes, del comportamiento de otros pacientes o resultado directo de su propia enfermedad o de sus tratamientos o cuidados.

En este sentido, el Informe de la Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) de 2004 sobre incidentes adversos de hospitalización psiquiátrica [24] nos señalan las áreas que requieren una valoración detallada y priorización, refiriendo que:

- El evento centinela registrado con más frecuencia, fue el suicidio (14%).
- Los errores de medicación en las unidades de hospitalización, supusieron el 11%
- Las lesiones o muerte por inmovilización, el 4%.
- El 13% de los eventos centinelas registrados provenían de Hospitales Psiquiátricos y el 5,7% de las Unidades de Hospitalización Breve de los Hospitales Generales.
- Las causas más frecuentes relacionadas con los suicidios registrados como eventos centinelas fueron el entorno físico, la evaluación de pacientes y la formación.
- Las causas más frecuentes relacionadas con la inmovilización, fueron la comunicación entre profesionales y la formación.

En esta línea, el MSSSI ha desarrollado el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNAPS), como sistema de notificación nacional al alcance de los profesionales sanitarios. El SMS tiene implantado dicho sistema de notificación, comenzando a implantarse progresivamente en los servicios de salud mental.

En el área de la Salud Mental y Psiquiatría, es de mención especial, el primer informe a nivel mundial sobre incidentes de seguridad del paciente en salud mental “*Con la Seguridad en Mente: Servicios de Salud Mental y Seguridad del Paciente*”, elaborado en el año 2006 por la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente de Reino Unido y su Observatorio de Seguridad del Paciente [25]. Utiliza como herramienta fundamental las notificaciones recibidas en el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje. Se recogen 45.000 incidentes en salud mental notificados mayoritariamente por servicios de salud mental con hospitalización.

Los cuatro tipos de incidentes notificados con más frecuencia y que corresponden a un 84% del total fueron:

- Accidentes.

- Comportamientos agresivos o disruptivos.
- Autolesiones.
- Fugas.

Una conclusión clara de este estudio es el importante reto en seguridad del paciente que implica la hospitalización de pacientes agudos, destacándose los riesgos asociados a la medicación y se hace hincapié en la necesidad de implantar políticas y guías para mejorar distintos aspectos de la seguridad del paciente (seguridad sexual, suicidio, fugas, etc.)

Según el citado informe, los problemas de seguridad del paciente atendidos en los dispositivos de salud mental en relación a la medicación son similares a los de otros ámbitos sanitarios, con la particularidad de los riesgos específicos inherentes a los psicofármacos y la vulnerabilidad de la población atendida. Existe una enorme variabilidad en la práctica clínica prescriptora, así como importante porcentaje de ingresos debidos a efectos adversos de la medicación psicotrópica. Actualmente, el perfil de los efectos secundarios está cambiando y ha aumentado la preocupación por los problemas cardiovasculares y metabólicos de la población psiquiátrica, en especial de los trastornos mentales graves.

Como conclusiones, cabe destacar:

- Los incidentes en los que está involucrada la medicación en el ámbito de la salud mental, son frecuentes y especialmente importantes por los riesgos propios de los psicofármacos;
- La medicación prescrita para el tratamiento de las enfermedades mentales son un factor importante en el número de muertes por intoxicación medicamentosa;
- Los pacientes con enfermedad mental no suelen tener un adecuado seguimiento de los efectos adversos de los medicamentos y con frecuencia se producen interacciones farmacológicas no controladas, de ahí la importancia de la monitorización de los pacientes a los que se prescriben psicofármacos;
- Es necesario involucrar a los profesionales en el uso de guías de práctica clínica que mejoren la capacidad de prescripción y seguimiento, especialmente de los antipsicóticos, como puede ser la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente del SNS.

Por tanto, las líneas estratégicas en materia de seguridad [26] del paciente psiquiátrico de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III, serán:

- Línea de Seguridad del paciente de Salud Mental:  
Desarrollar medidas estructurales, funcionales y de procedimientos asistenciales que garanticen la seguridad de pacientes en los dispositivos de la red de salud mental (especialmente en la unidad de hospitalización).

Las medidas/acciones que se llevarán a cabo en esta línea son:

- Completa implantación en el servicio, del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNAPS).
  - Elaborar e implantar protocolos sobre la seguridad del paciente en servicios de salud mental para el comportamiento agresivo o antisocial, autolesiones y suicidio, fugas y/o abandonos no programados de la unidad, seguridad sexual y garantía de derechos en la hospitalización voluntaria e involuntaria, de acuerdo a las necesidades detectadas en el ámbito de actuación hospitalario y ambulatorio.
  - Aplicación del protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental.
  - Promover cultura de seguridad del paciente entre los profesionales, a través de acciones como, facilitar la formación sobre seguridad del paciente en salud mental a todos los profesionales implicados.
  - Fomentar la participación ciudadana en la seguridad del paciente, a través de acciones como la gestión y análisis de sugerencias, quejas, reclamaciones de los usuarios de los servicios sanitarios y elaborar informes sobre encuestas de satisfacción, con el fin de conocer la percepción e introducir acciones de mejora.
- 
- Línea de Uso Seguro del Medicamento:  
Desarrollar e implementar herramientas y procedimientos que minimicen los problemas relacionados con la seguridad en el uso de medicamentos, así como la implantación de prácticas seguras relacionadas con el uso del medicamento, tales como:
    - Implantar una cultura de seguridad del paciente en la organización.
    - Mejorar la comunicación entre profesionales sanitarios y entre niveles asistenciales en relación con la prescripción.
    - Establecer procedimientos explícitos para el almacenamiento, etiquetado, prescripción, preparación, dispensación y administración de medicamentos de alto riesgo.
    - Establecer sistemas hospitalarios de unidosis.
    - Mejorar la identificación de pacientes.
    - Fomentar la participación de los pacientes en su propia seguridad.
    - Asegurar la formación continuada de los profesionales sanitarios en seguridad de medicamentos.

Las acciones que se llevarán a cabo son:

- Implantar sistemas de ayuda a la prescripción relacionadas con la seguridad, estableciendo protocolos para medicamentos de alto riesgo.
- Implementación del sistema de prescripción electrónica intrahospitalaria y ambulatoria. Evitar el uso de abreviaturas y designación de dosis no estandarizadas; utilizar sistemas de verificación y chequeo de las prescripciones realizadas verbalmente.

- Implementar procedimientos normalizados de trabajo sobre revisión de la medicación en pacientes polimedicados y/o pluripatológicos.
- Potenciar el Observatorio para la Seguridad del Paciente, desarrollando mecanismos de evaluación permanente de la implantación de las medidas de calidad y seguridad del medicamento en los centros sanitarios.
- Línea de Prevención y Control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS):  
Planificar, implementar y priorizar recursos para la prevención, control y seguimiento de las IRAS.

Las acciones que se llevarán a cabo son:

- Desarrollo de un Plan de Vigilancia, prevención y control de las IRAS en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, definiendo actuaciones normalizadas para los procesos relacionados con las IRAS.
- Incorporación de todos los centros a la iniciativa “Manos seguras” y a los proyectos de ámbito comunitario destinados a mejorar las buenas prácticas relacionadas con la prevención de la infección como Bacteriemia y Neumonía Zero.
- Identificación de puntos críticos (prácticas seguras e inseguras) en materia de Seguridad del Paciente.
- Participar en la evaluación del grado de implantación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en la Unidad de Psiquiatría del Área III del Servicio Murciano de Salud.

Para cada una de estas acciones en materia de Seguridad del Paciente se establecerán indicadores de evaluación.

Los factores involucrados en el Plan de Seguridad Clínica y Gestión de Riesgos Asistenciales [27] en la UHP del Área III, son los relacionados con los elementos estructurales de la unidad y los relativos a la seguridad de las prácticas asistenciales, que a continuación se detallan:

1. Seguridad estructural de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica:
  - La UHP contará con las medidas pasivas necesarias y suficientes para garantizar el bienestar y seguridad de los pacientes. Aspectos como el diseño, el bienestar y la creación de un ambiente que favorezca la contención y el autocontrol.
  - Existir áreas diferenciadas por sexo, como dormitorios y cuartos de baño para garantizar la privacidad y la seguridad sexual.
  - Situada en una planta que facilite la accesibilidad desde el servicio de urgencias y el acceso a zonas ajardinadas y disminuya el riesgo de precipitación.

- Sin exceso de pasillos que dificulten la observación, así como puntos ciegos o de difícil vigilancia. El control de enfermería estará situado de forma que permita el máximo de visibilidad.
- Las habitaciones serán de dos camas y dispondrán de baño con medidas de seguridad.
- La habitación de cuidados especiales estará dotada de medidas especiales de seguridad para evitar que el paciente pueda autolesionarse y contará con circuito cerrado de televisión para su supervisión continua. La cama de aislamiento requiere de medidas específicas de seguridad y fijaciones reversibles, así como dispositivos homologados de contención mecánica.
- Los cuartos de baño tendrán en cuenta potenciales riesgos para la seguridad del paciente.
- El estucado de la pared será liso para evitar daños y erosiones.
- La entrada principal contará con una puerta de seguridad, llamador con interfono y apertura con tarjeta.
- Todas las puertas serán de construcción sólida.
- Los extintores no serán fácilmente accesibles para los pacientes, procurando conciliar la normativa de prevención de incendios con la seguridad de los pacientes.
- Especial cuidado con todo el mobiliario de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (mesillas de dormitorios, cubiertos, mesas y mesillas del comedor).

En resumen, es necesario revisar todos los elementos que puedan suponer un peligro potencial para los pacientes como son los apliques de los baños, espejos, cordones, tomas de electricidad, cristales, ventanas, salidas de emergencias, tomas de gases, luces de lectura, cabeceros, mesillas y otro mobiliario, salidas de aire acondicionado, protectores del paso de camas para las paredes, planchas móviles de los falsos techos, cordones, cortinas, puntos que puedan utilizarse como fijación para intentos de suicidio por ahorcamiento..., eliminando todos aquéllos elementos que no sean indispensables y seguros.

## **2. Procedimientos asistenciales en la UHP:**

La mayoría de los incidentes adversos presentan patrones sistemáticos y recurrentes que pueden minimizarse atendiendo a los siguientes factores:

- Coordinación y cohesión del equipo terapéutico, delimitación, funciones claras y responsabilidades claras del equipo a través de información escrita y accesible. Conocimiento de los procedimientos habituales del servicio. Debe existir una planificación de reuniones para poder anticiparse, discutir y prepararse para posibles problemas y riesgos potenciales, identificando y gestionando las condiciones de trabajo que pueden facilitar errores, como el estrés, el cansancio, etc.
- Transmisión de Información a través de procedimientos efectivos de comunicación interna del equipo. Así mismo, a los pacientes y familiares se

les debe proporcionar de forma protocolizada información de las normas y funcionamiento de la unidad.

- Estandarización y protocolización de las situaciones de riesgo.
  - o Elaboración de un Protocolo de contención mecánica o inmovilización:
    - Fomentando el uso de las sujetaciones limitado y justificado.
    - Estableciendo procedimientos y normativas claras, formando e involucrando a todos los profesionales.
  - o Suicidio y autolesiones.
    - Existencia y activación de un Protocolo específico de Prevención de Conductas Suicidas.
  - o Abandono no programados de la Unidad de Hospitalización.
    - Cuando se produce un abandono no autorizado de la UHP, se informará al Supervisor de Enfermería y al Psiquiatra de Guardia, informando, así mismo, a la dirección del Hospital, fuerzas de orden público e instancia judicial competente en caso de que el paciente estuviera ingresado mediante autorización judicial.
  - o Caídas y accidentes.

Algunas recomendaciones para la gestión de los riesgos relacionados con las caídas y accidentes son:

    - Los pacientes que requieren una mayor labor de prevención de accidentes son los que están sometidos a polifarmacia, los drogodependientes, personas con déficits cognitivos y ancianos.
    - En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.
  - o Seguridad sexual.

Algunas alteraciones psicopatológicas (desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad...), así como, la estrecha convivencia durante la hospitalización, son factores que favorecen la aparición de relaciones sexuales durante el ingreso.

    - En las normas facilitadas en el protocolo de acogida quedará reflejada la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante el ingreso.
    - Se controlará la entrada a cualquier habitación que no sea la propia.
    - La sospecha de este tipo de conductas requiere supervisión estrecha.
  - o Administración de medicación e identificación de pacientes.
  - o Comportamiento agresivo, violento o antisocial.
    - El consumo de sustancias psicoactivas ha sido identificado como una causa subyacente importante del comportamiento agresivo.
  - o Prevención del consumo de sustancias

En esta línea hay que destacar la presencia cada vez más frecuente de pacientes con patología dual en la UHP que plantea una situación de riesgo potencial, como es, la introducción y consumo de tóxicos dentro de la Unidad. Algunas de las acciones serán:

- Diseño de un procedimiento dirigido a prevenir o reducir al mínimo este tipo de incidentes que entrañan riesgos de intoxicaciones, retrocesos en la evolución e inducción al consumo en pacientes previamente no consumidores.
- Registrar las pertenencias de los pacientes al ingreso e informar de la prohibición del consumo en la UHP.
- Hacer referencia dentro de las medidas psicoeducativas al riesgo de consumo de tóxicos.
- Realizar análisis de tóxicos en orina de forma periódica.

En general, en Salud Mental los errores más frecuentes son aquéllos derivados del uso de medicamentos y de los procedimientos relacionados con los cuidados y seguimientos de los pacientes [28].

En el ámbito de la Salud Mental se tendrá especialmente en cuenta:

- Los factores relacionados con la organización del entorno sanitario, la distribución, y definición de las funciones asistenciales en el equipo multidisciplinar.
- La protocolización de las prácticas y situaciones de riesgo (uso de medicamentos, uso de terapia electroconvulsiva, contención mecánica, prevención de suicidio, abandono de la unidad hospitalaria, consumo de drogas durante el ingreso, relaciones sexuales entre pacientes durante el ingreso hospitalario).

A modo de síntesis, algunas de las estrategias consensuadas para la disminución de los errores en materia de Seguridad del Paciente en Salud Mental, que son incorporadas en la Gestión de la Calidad de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud, son:

- Limitar las horas de trabajo ininterrumpido para disminuir la fatiga y el estrés de los profesionales.
- Adecuar el entorno a las prácticas asistenciales.
- Mejorar los aspectos relacionados con la comunicación.
- Asegurar la formación continuada y el aprendizaje supervisado.
- Aumentar la capacidad de autogestión y participación de los pacientes.
- Establecer manuales de organización funcional de los dispositivos de salud mental del área.
- Protocolizar las prácticas y situaciones de riesgo.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
- Fomentar un entorno de aprendizaje.

Para finalizar, el Servicio Nacional de Salud Británico (NHS), a través del Proyecto Safer Wards for Acute Psychiatry (SWAP) desarrolla intervenciones dirigidas a mejorar los problemas de seguridad del paciente de las unidades de hospitalización psiquiátrica, estableciendo tres grandes vías de actuación:

- 1- Mejorar el entorno físico: Diseño de la unidad, ambiente, uso del espacio, limpieza, mantenimiento, eliminación de puntos ciegos, entorno terapéutico e implicación de los usuarios para mantener un ambiente agradable y apacible.
- 2- Crear una presencia visible del personal: Revisar y optimizar el uso del tiempo del personal de manera que se emplee un mayor porcentaje del mismo en el cuidado directo del paciente.
- 3- Involucrar a los pacientes en la seguridad de la unidad: Elaborar un manual de seguridad del paciente, introducir un sistema a través del cual usuarios de alta visitan la unidad y prestan apoyo a los pacientes ingresados así como examinar directivas junto a los usuarios que puedan mejorar la seguridad del paciente en la unidad.

De este modo, para el desarrollo de estas líneas de actuación relacionadas con la Seguridad del Paciente, la UGC tiene que incidir en los siguientes aspectos:

- Construir una Cultura Positiva de Seguridad.
- Aplicación de Prácticas Clínicas Seguras y actualización o erradicación de otras por inseguras, inútiles o inefficientes.
- Desarrollar la capacidad para reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar.
- Compartir información sobre eventos adversos.
- Partir de la premisa de que los errores están relacionados principalmente con el sistema en el que se trabaja (Situaciones, estructura y funciones de la organización), apostando por un enfoque sistémico, de fallos del sistema, y no, por un enfoque centrado en los fallos de personas.
- Promover la comunicación de eventos adversos.
- Detectar precozmente el evento adverso, analizar causas y diseñar planes de actuación para prevenir su ocurrencia.
- Incorporar la Seguridad del Paciente en el plan estratégico, objetivos y proyecto de trabajo de la UGC.
- Asumir un enfoque no punitivo, constructivo, dirigido especialmente a propiciar cambios en el sistema de trabajo.
- Conocer los factores y situaciones de riesgo en los diferentes dispositivos de salud mental (Mapas de Riesgos).
- Informar y formar a todo el equipo sobre áreas y factores de riesgo potenciales que entraña el ingreso en la UHP y participar en la elaboración de Mapas de Riesgo.

- Formación continuada: Los módulos de formación continuada de los profesionales deberán incluir un Plan de Formación específica en Seguridad de Pacientes.
- Creación de Grupos Nominales en la UGC, que propicie la implicación de los profesionales en la detección de áreas de riesgo, aportando información para la elaboración de Mapas de Riesgo y áreas de mejora, incorporando la cultura de la seguridad en sus tareas asistenciales habituales
- Establecer estrategias de intervención en seguridad, estructurales y de procedimientos
- Es imprescindible el cumplimiento íntegro de los protocolos clínicos y de gestión de riesgos existentes.
- Promover la participación del paciente para que se corresponibilice en su seguridad durante el tránsito por la UGC.

Por último, para estas acciones, dirigidas a aumentar la seguridad del paciente durante los tratamientos sanitarios, e incorporadas en el Plan de Calidad de la UGC, se definirán indicadores de medición y evaluación para el aprendizaje e introducción de acciones de mejora. De este modo, podremos emplear indicadores o sucesos centinela, triggers y otros indicadores de estructura, proceso y resultado que permitirán conocer el estado de la seguridad del paciente desde diversas perspectivas.

Los principales indicadores en materia de SP abarcarán las siguientes dimensiones:

- Complicaciones; Reingresos; Caídas.
- Continuidad Asistencial.
- Infección Hospitalaria.
- Satisfacción de Pacientes y Familiares.
- Sugerencias o Reclamaciones.

La gestión clínica de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III está orientada a la mejora continua, aplicando un sistema integral y sistémico de manera proactiva y armónica.

Además, es indispensable conocer la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención sanitaria recibida. Esta información permitirá detectar áreas de mejora según los usuarios del Servicio. En el Plan de Calidad de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del SMS, se incorporarán actuaciones dirigidas a la medida de la calidad percibida por los pacientes, con el propósito de incorporar el punto de vista del paciente respecto a la atención prestada, concebido como un elemento fundamental en el proceso de mejora continua.

Para medir la calidad percibida de la atención sanitaria se procederá a la elaboración de un *Cuestionario de Calidad Percibida* que contemple aspectos como la empatía de los profesionales, accesibilidad, información o competencia profesional, aspectos de confort y apariencia física de las instalaciones, la información en cantidad y calidad que reciben de los profesionales, la capacidad de respuesta de los profesionales y la

continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales, entre otros. El cuestionario será sometido a un análisis de validez. Igualmente, se emplearán otro tipo de técnicas cualitativas, como el grupo focal y las entrevistas con pacientes, familiares y profesionales.

#### **4.9. Atención Centrada en el Paciente**

El enfoque asistencial de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del SMS es la provisión de una atención integral al paciente y sus familiares, y centrada en el paciente, una atención respetuosa que responde a las preferencias individuales, necesidades y valores del paciente, asegurando que el paciente y sus familiares son el referente de todas las decisiones clínicas que le afectan.

La UGC sigue los principios de una atención centrada en el paciente (ACP), propuestos por el Instituto Picker. Dichos principios son respeto a los valores, preferencias y necesidades del paciente; atención integrada; información, comunicación y educación del paciente; confort; apoyo emocional y ayuda para reducir miedos y ansiedades; involucrar a la familia y amigos; garantías en las transiciones y continuidad asistencial y fácil acceso a la atención sanitaria.

En este sentido, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (LAP), refuerza el respeto al principio de autonomía, apostando de forma decidida por una atención sanitaria “centrada en el paciente”. El paciente pasa a ser un actor responsable del proceso que busca la mejor calidad de vida posible. Esta participación más activa del paciente en su proceso sanitario, se ha comprobado, que tiene sus ventajas en mejores resultados de salud y mayor seguridad clínica.

Para prestar una atención centrada en el paciente la UGC considera clave los siguientes aspectos:

- El impacto del estilo de práctica del profesional.
- El positivo efecto de la activación del paciente.
- La importancia de la participación del paciente en las decisiones.
- El rediseño de procesos en base a los informes de resultado en la intervención por parte del paciente.

Los factores organizacionales de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental que favorecen una atención centrada en el paciente, son:

- El liderazgo que asegura el desarrollo de un programa asistencial centrado en el paciente.
- La visión estratégica del valor de la comunicación con el paciente.
- La participación activa del paciente y su familia, en las decisiones clínicas.
- La satisfacción de los profesionales en el desarrollo del programa asistencial.

- El uso continuado de la información, que proveen los instrumentos que valoran la experiencia del paciente.
- La provisión de recursos desde la Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud.
- Fomentar las iniciativas profesionales.
- La transparencia e incentivación de logros.
- La cultura de cambio y aprendizaje (innovación).

Por tanto, para la UGC son factores de éxito para prestar una atención centrada en el paciente:

- Potenciar el rol activo de los pacientes y familiares en el diseño de su proceso asistencial.
- Dar valor a la comunicación e información, favoreciendo así la seguridad y la mejora de los resultados clínicos.
- Aplicar un modelo innovador de gestión de casos, prestando atención integral e individualizada, acorde a las necesidades, preferencias e intereses de los pacientes y familiares, que contribuya a la eficiencia y sostenibilidad del sistema.
- Diseñar estrategias terapéuticas adaptadas a los nuevos perfiles de pacientes, atendiendo a la cronicidad de determinados diagnósticos clínicos.
- Asegurar la continuidad asistencial, entre los distintos dispositivos sanitarios y sociales.

#### **4.10. Guías Clínicas y Protocolos Asistenciales para una Atención Integrada**

En el Plan de Calidad publicado en el año 2006 por el Ministerio de Sanidad, la estrategia 10 propone «mejorar la práctica clínica», creándose el proyecto GuiaSalud, iniciativa de coordinación y cooperación entre Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, con el objetivo de desarrollar y poner a disposición de todos los profesionales sanitarios instrumentos de información, registro, selección, implantación y actualización de Guías de Práctica Clínica (GPC).

El Portal GuíaSalud [29] está orientado al estudio, actualización, elaboración, implementación, evaluación, difusión y acceso de las Guías de Práctica Clínica (GPC) y de Otros Productos Basados en la Evidencia (OPBE).

En la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del SMS, se siguen, además de las GPC del Catálogo de GPC del SNS, las siguientes GPC elaboradas por equipos multidisciplinares de los Centros de Salud Mental y Drogodependencias del SMS:

- Guía de Práctica Clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja (2011).
- Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental (2009).
- Guía de Práctica Clínica de los trastornos depresivos (2009).

- Guía de Práctica Clínica de los trastornos de conducta alimentaria (2005).

Los beneficios potenciales del empleo de las GPC son diversos y se extienden para todos los protagonistas de la atención sanitaria en salud mental y drogodependencias. Pueden servir para mejorar los resultados en salud de los pacientes, promoviendo actuaciones adecuadas y pertinentes, permite disminuir la variabilidad injustificada al seleccionar tratamientos o exploraciones complementarias, ofrece a los profesionales directrices basadas en los mejores resultados de la investigación biomédica, aportando referencias sobre puntos de buena práctica clínica y para mejorar la eficiencia de los recursos y controlar los costes sin amenazas para la calidad de la asistencia.

Los Protocolos son documentos dirigidos a facilitar el trabajo clínico, elaborado mediante una síntesis de información que detalla los pasos a seguir ante un problema asistencial específico. Está consensuado entre profesionales, con carácter de “acuerdo a cumplir” y se adapta al entorno y a los medios disponibles. En Salud Mental y Drogodependencias en el SMS, se emplean los siguientes Protocolos:

- Protocolo de monitorización y manejo de la salud física en personas con trastorno mental grave en Unidades de Rehabilitación de Salud Mental de Adultos.
- Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad.
- Procesos de la unidad de corta estancia del Hospital Psiquiátrico Román Alberca (HPRA)
- Protocolo de continuidad de cuidados de enfermería en pacientes con trastorno mental grave y tratamiento intramuscular.
- Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H.
- Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad TDA-H. Revisión 2012.
- Protocolo de Coordinación Sociosanitaria. Salud Mental, 2016.
- Protocolo de relajación. Salud Mental.
- Protocolo de salud mental: derivación hospital - atención ambulatoria.
- Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en trastornos del espectro autista (TEA).
- Protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental.
- Protocolo de utilización de los medicamentos antipsicóticos atípicos en condiciones diferentes a las autorizadas en psicosis y/o trastornos del comportamiento asociado a demencia.

Las mencionadas GPC y Protocolos pueden consultarse en el website de murciasalud.

#### **4.11. Investigación, Gestión del Conocimiento e Innovación en Salud Mental**

La investigación es fundamental para desarrollar una actividad clínica de excelencia, así como realizar una docencia actualizada que contribuya, a formar residentes plenamente capacitados para el desarrollo de su profesión.

Los objetivos básicos de la Investigación en Psiquiatría y Salud Mental, deben ser por un lado la investigación translacional a la práctica clínica, y, por otro, un objetivo docente.

La Gestión del Conocimiento constituye otro de los proyectos de soporte del modelo de gestión de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III del SMS.

La propuesta en esta área es el establecimiento de mecanismos y procedimientos entre las diferentes áreas de salud que favorezcan el intercambio de experiencias, el aprendizaje conjunto, la identificación de buenas prácticas y el benchmarking en la organización sanitaria, así como, promover herramientas de gestión del conocimiento en materia de seguridad del paciente en los Centros de Salud Mental y Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, elaborando un catálogo de recursos formativos y evaluando la transferencia del conocimiento al puesto de trabajo, implantando el programa y estableciendo el plan de seguimiento y evaluación.

Para la Gestión de la Innovación y su Evaluación, es clave en la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud de la Región de Murcia, los siguientes aspectos:

- Crear una Cultura de Innovación en la UGC generando un contexto donde se pueda innovar, a través de la detección conjunta de problemas y posibles soluciones, contando con todos los implicados de la UGC y otros agentes externos, creando un proceso de colaboración, coparticipación, creatividad, generación de ideas, convertibles en un servicio o proceso que añada valor a los pacientes, incorporando la visión del paciente y familiares, y la transformación de estas ideas en proyectos de innovación y resultados económicos y sociales sostenibles en el tiempo.
- Impulsar un proceso de innovación abierta que propicie la relación con organizaciones de otros sectores, la incorporación de la ciudadanía y otros grupos de interés, para el diseño de nuevas soluciones que supongan un beneficio al paciente, y estableciendo alianzas que sirvan a su vez para el impulso del tejido empresarial murciano.
- Apostar por un modelo de innovación abierta, añadiendo valor al paciente y al ciudadano, mejorando su satisfacción y su seguridad, mejorando resultados en salud. Innovación basada en generar valor y resultados, basado en las personas, propiciando una cultura de creatividad y espacios de conversación que estimulen la innovación entre los profesionales.

La Gestión de la Innovación en la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud se basará en las siguientes premisas:

- Desarrollar un modelo de integración y el trabajo en red, rediseñando la atención al paciente crónico, impulsando la alta especialización.
- Potenciar la excelencia en investigación y docencia.
- Desarrollar un modelo de gestión sostenible basado en un modelo de Gestión Avanzada y con una orientación hacia la Responsabilidad Social Corporativa.
- Potenciar a las personas impulsando el talento, el liderazgo y el trabajo en equipo.
- Colaboración, cooperación, cocreatividad con otros agentes del entorno, tejido empresarial (asociaciones, pacientes, otros profesionales, empresas de inserción).
- Retorno eficiente y sostenible, con visibilidad y capacidad de atraer talento para atraer aliados y profesionales competentes.
- Medir resultados en salud, realizando pagos por resultados en salud.
- La innovación irá acompañada de un proceso de evaluación continuo.

Acciones clave de identificación de problemas, identificación de líneas de innovación y pequeños retos en cada una de ellas:

- Innovaciones en procesos
- En nuevos servicios (teleasistencia, redes, telemedicina, e -Health)

Para la gestión de la innovación se tomará como referencia la norma UNE 166001. Las buenas prácticas para gestionar la innovación y el proceso serán:

- Asignar responsabilidades específicas para dinamizar aspectos relacionados con la innovación a algunas personas o departamentos: Estructuras de Soporte.
- Configurar un proceso o método para la recogida estructurada, análisis, evaluación y priorización de ideas y proyectos que genere una cartera de proyectos de innovación: Proceso/Flujo.
- Establecer presupuestos para invertir en actividades innovadoras, asumiendo que los retornos de estas inversiones son inciertos por naturaleza: Asignar recursos.
- Crear equipos específicos de personas para emprender iniciativas y desarrollar proyectos, dotándolas de tiempo y otros recursos requeridos y capacitándoles en metodologías para la creatividad y para la gestión de proyectos innovadores: Equipos y líderes de proyectos.
- Analizar las lecciones aprendidas en los proyectos realizados y extraer conclusiones para reforzar la eficacia de proyectos futuros. Compartir las “mejores prácticas” entre equipos de proyectos: Compartir resultados.
- Rentabilizar hacia el exterior nuestra experiencia en innovación y determinar el grado en que hemos de proteger nuestra libertad intelectual: Retorno.

La UGC dispondrá de un Mapa de Procesos de Innovación; así mismo, se analizará y seleccionará una herramienta de innovación útil, se analizarán y seleccionarán métricas de innovación comunes, reconocimiento de las actividades de innovación y desarrollo de sesiones informativas y de contraste de experiencias innovadoras.

El proceso de innovación se desplegará de forma secuencial y por etapas, desde la generación de ideas, hasta la puesta en el mercado, con la valoración del retorno social y económico.

La UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III considerará innovación a la introducción de cambios en las formas de hacer que aporten mayor valor y utilidad a los pacientes y sus familiares.

#### **4.12. Monitorización del Plan de Gestión: Cuadro de Mando**

La implementación efectiva de la estrategia de la UGC constituye un factor crítico para el éxito perdurable de nuestro Servicio. Partiendo de dicha premisa, como instrumento de gestión, la UGC de Psiquiatría y Salud Mental del Área III de salud de la Región de Murcia diseñará el Cuadro de Mando Integral (CMI) alineado con la estrategia corporativa y los objetivos estratégicos del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca.

Es necesario destacar los siguientes aspectos:

- En la elaboración del CMI de la UGC participarán todos los profesionales del Servicio.
- La adopción del CMI y el Mapa Estratégico serán instrumentos de gestión para orientar el plan estratégico a la implantación y el seguimiento del desempeño de la UGC.
- CMI estará alineado con el Plan Estratégico corporativo del Hospital General Universitario Rafael Méndez, el Servicio Murciano de Salud y la Consejería de Sanidad de la CARM.

La UGC dispondrá de un CMI que permitirá monitorizar el despliegue de la visión, ejecución e implementación de la estrategia a partir de la medición y seguimiento de resultados, constituyendo, así, la herramienta de gestión de la Unidad, que traducirá la estrategia y la misión en un amplio conjunto de medidas de la actuación y que permitirá la monitorización de la implantación de las acciones de mejora para navegar hacia un éxito competitivo futuro [30].

Para la elaboración del CMI el punto de partida será el Mapa Estratégico (Figura 7), esto es, la representación gráfica que describe de forma lógica la estrategia de la UGC y cómo se llevará a cabo mediante relaciones causa-efecto entre objetivos estratégicos para cada una de las perspectivas; Situando la perspectiva clientes y la perspectiva financiera al mismo nivel en la cúspide del mapa estratégico al mismo nivel de importancia.

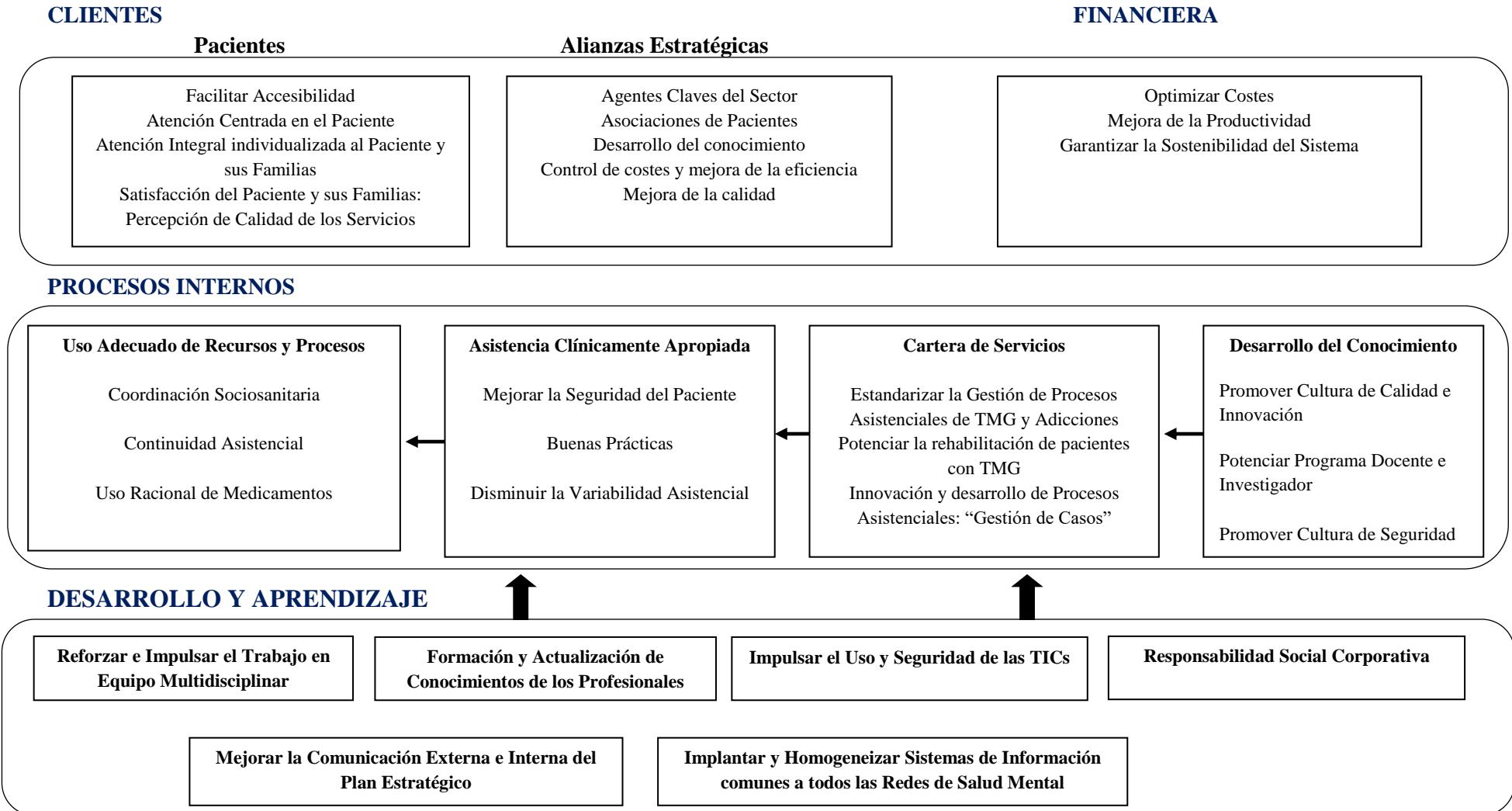


Figura 7. Mapa Estratégico de la UGC de Psiquiatría y Salud Mental Área III de Salud del SMS (Fuente: Elaboración propia)

El CMI tiene como misión aportar los indicadores pertinentes para medir los objetivos estratégicos descritos en el mapa estratégico. Para la medición de resultados, desempeño o eficiencia de la UGC se diseñará un sistema que integre no sólo indicadores financieros, sino también indicadores de tipo no financiero (perspectiva de clientes, proceso y aprendizaje y desarrollo futuro), que permitirá guiar las decisiones con una visión multidimensional e integradora y que proporcionará información adecuada, fiable y relevante para asegurar el éxito a largo plazo.

Respecto a los indicadores de la perspectiva financiera, se ampliará la visión de resultados, a resultados del Servicio; por un lado, resultados económicos, y por otro, resultados en mejora de la salud de la población; la perspectiva del cliente también se amplía a otros *stakeholders* o agentes de interés.

Como puede observarse en el CMI propuesto (Figura 8), se establece una jerarquía entre perspectivas, unas perspectivas son un medio para conseguir el éxito en otra(s) perspectiva(s) que representa(n) la finalidad última de la UGC. Podemos observar, una perspectiva adicional que corresponde a la misión y propósito del Servicio, situada por encima de la perspectiva financiera, con el fin de explicitar que los resultados financieros contribuyen a alcanzar la razón de ser final del Servicio.

El esquema de clasificación de los objetivos estratégicos de la UGC en forma de perspectivas nos permite identificar las relaciones causales entre objetivos estratégicos y, por tanto, la representación gráfica eficaz de la estrategia de la UGC. Nuestro modelo de CMI corresponde a un modelo de segunda generación que constituye la representación gráfica del modelo de actividad de la UGC de una manera más efectiva, nos ayuda a la hora de razonar en la elección de indicadores y objetivos, y, a ponderar más fácilmente las implicaciones de las decisiones y acciones a lo largo del mapa.

La monitorización y evaluación de resultados permitirá a la UGC la toma de decisiones en aspectos como la planificación, la detección de señales de alarma u oportunidades, el seguimiento de las acciones correctoras, y, a la alta dirección, en otros aspectos como la rendición de cuentas, la evaluación o los sistemas de incentivos que deberán plasmarse en el AG del año siguiente.

Se seleccionarán un conjunto de indicadores representativos de eficiencia, de actividad, calidad asistencial, accesibilidad, seguridad del paciente, eficacia, continuidad de cuidados, de satisfacción y de impacto de resultados en salud [31,32].

A continuación se presenta el diseño de un cuadro que pretende ser homogéneo y útil para todos los usuarios del mismo, con el conjunto de los indicadores considerados relevantes, actualizados, fiables y útiles para el desempeño de la UGC.

Las fuentes de información para la selección de indicadores, incluyen los registros sanitarios administrativos en Salud Mental (Selene), la explotación de datos del CMDB, bases de datos generada a partir de la actividad de los recursos de la UGC, encuestas de salud y memorias de funcionamiento.

**Misión:** Asistencia Sanitaria Integral y de Calidad que mejore la salud mental de la población.

**Visión:** Ser excelentes en la consecución de resultados en salud añadiendo valor a todas las partes, alcanzando el éxito con y mediante las personas, favoreciendo la innovación, desarrollo de alianzas y redes estratégicas y responsables con un futuro sostenible.

Énfasis en Calidad, Seguridad y Eficiencia

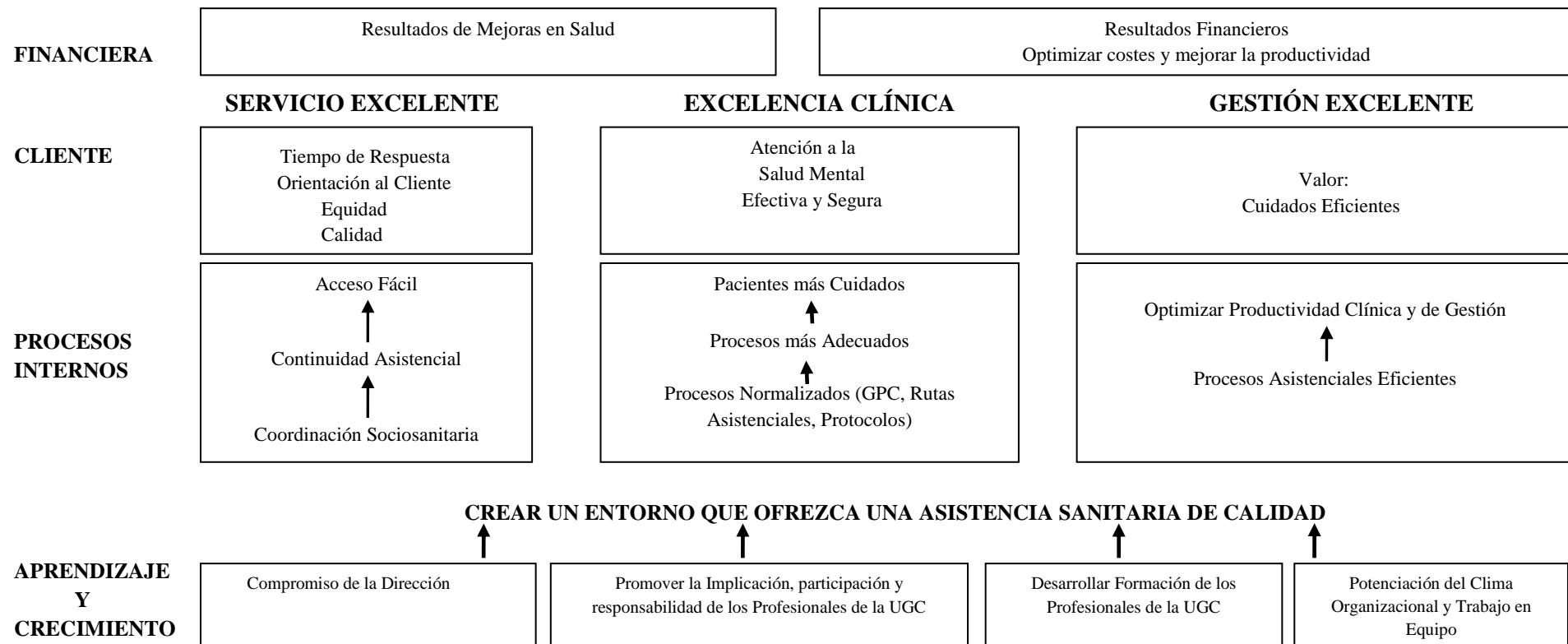


Figura 8. Cuadro de Mando Integral UGC de Psiquiatría y Salud Mental Área III de Salud del SMS (Fuente: Elaboración Propia)

Esta propuesta de CMI aplicada al área de Psiquiatría y Salud Mental pretende incluir datos económicos, de recursos humanos y de satisfacción de los pacientes y familiares, a la par que los datos de actividad y calidad que vienen a traducir los ejes de la gestión clínica y en consonancia con el modelo de gestión de calidad EFQM [33].

Como puede apreciarse en el CMI, algunos indicadores pueden reflejar la situación en más de un dominio que definen una asistencia sanitaria de calidad, entendiendo como tal una atención segura, efectiva, centrada en el paciente, a tiempo, eficiente y equitativa; distinguiendo los dominios de Accesibilidad, Resultados, Recursos, Seguridad, Equidad, Gasto, Calidad Asistencial, Continuidad/Coordinación, etc.

A continuación se propone una selección de indicadores por ámbito asistencial y dimensiones de la Calidad.

<b>Unidad de Hospitalización Psiquiátrica</b>	Coste Medio de la Estancia Hospitalaria Gasto Farmacéutico por cama Número absoluto de ingresos Número de Altas Estancia Media Índice de Ocupación Índice de Rotación Índice de Reingresos ≤ 3 días Porcentaje de ingresos urgentes Índice de Ingresos Programados Índice de Reingresos sin Programar Tasa de Cumplimentación de Altas con Informe de alta, Codificación diagnóstica (Criterios CIE 10 <sup>a</sup> ) y citación en CSM Plan de Cuidados Individualizados Cuidados de Enfermería
<b>Atención Ambulatoria</b>	Frecuentación de Pacientes Nuevos (Incidencia) Frecuentación de Pacientes Totales (Prevalencia) Ratio de Pacientes por Programa Asistencial. Ratio de Profesionales por Programa Asistencial. Número de Visitas Total por Programa Asistencial al año. Número de Altas por Programa Asistencial al Año. Índice de Frecuentación por Programa Asistencial. Porcentaje de Personas que siguen Tratamientos Grupales. Número de sesiones de Gestión de Casos. Número de Atención a Urgencias (sin cita programada) Porcentaje de reinicios Pacientes nuevos con diagnóstico de Esquizofrenia con PAC registrado en la Historia Clínica en los 60 días siguientes al diagnóstico

Tabla 14. Indicadores por Ámbito Asistencial

Indicadores de Población	Nº de pacientes nuevos Nº de reinicios torales Nº de reinicios antes de 1 año del alta % de pacientes diagnosticados con códigos adicionales % de pacientes diagnosticados tras 3 consultas % de pacientes no diagnosticados
Indicadores de Actividad No Presencial	Nº de Interconsultas no Presenciales Nº Total de consultas Telefónicas Nº Total de consultas a través de la Carpeta de Salud
Indicadores de Calidad: Seguridad del Paciente	Nº y % de hetero y autoagresiones Nº y % de Fugas Nº y % de eventos adversos en la medicación Nº y % de pacientes a los que se les ha realizado un procedimiento de contención Nº y % de caídas en pacientes hospitalizados % de pacientes > 65 años en tratamiento con escitalopram a dosis superiores a las indicadas en ficha técnica % de pacientes en tratamiento de Valproico y Valpromida como eutimizantes en niñas y mujeres en edad fértil Índice de Notificaciones en SiNAPS. Notificaciones de Reacciones Adversas a medicamentos. Nº y % de Suicidios Nº de pacientes que consumen sustancias durante el ingreso hospitalario
Indicadores de Calidad: Accesibilidad	Pacientes derivados desde AP al CSM para la Primera Consulta que esperan 50 días o más para ser atendidos. Presión asistencial. Total de Derivaciones AP. Primeras Consultas con demora >15 días. Demora Media en Consulta sucesiva. Índice Sucesivas/Primeras. % de Pacientes atendidos en Primeras consultas < 15 días, <30 días y > de 30 días.
Indicadores de Calidad Asistencial	% de Satisfacción de pacientes y familiares con la atención % de pacientes que recomendarían la UGC para atender a otras personas % de profesionales satisfechos con el clima laboral Número de reclamaciones y Demora en responder. Proceso de TMG estandarizado y documentado Proceso de Drogodependencias estandarizado y documentado Participación del paciente en la elaboración de su PAC

Indicadores de Eficacia	Índice Sucesivas/Primeras Índice Sucesivas/Primeras. % de pacientes con seguimiento y procedimiento de enfermería % de pacientes que tienen atención con el Trabajador Social % de Consultas Urgentes/Intervenciones en Crisis realizadas % de Consultas no Presenciales % de Reinicios antes de transcurridos 1 año. % de Reinicios totales % de Inasistencias Totales % de Cancelaciones Ajustadas % de Altas Médicas
Uso Racional del Medicamento	Realización de dos entregas anuales a los profesionales de los datos correspondientes a su perfil prescriptor DDD de Risperidona + Olanzapina prescritas
Gasto en Farmacia	Datos de prescripción de psicofármacos genéricos. Datos de prescripción de antipsicóticos de última generación. Datos globales.
Coordinación Atención Primaria- Atención Especializada (AP-AE) y otros Recursos Sociosanitarios	Aplicación de Protocolo de Coordinación Sociosanitaria. Número de pacientes derivados a Recursos Sociosanitarios. Número de Sesiones de Gestión de Casos AP-AE. Número de Sesiones de Gestión de Casos con Dispositivos Sociosanitarios. Número de Acciones de Detección Precoz de la Violencia de Género al año. Aplicación del Protocolo de Violencia de Género. Número de Contrataciones y Acciones Formativas de Personas con TMG.
Continuidad de Cuidados Trastorno Mental Grave (TMG)	Existencia de Protocolo de Continuidad de Cuidados para TMG Existencia de un documento escrito con la descripción del Proceso de Interconsulta desde AP. Entrega de Informe para Médico de Atención Primaria. Número de pacientes con riesgo de síndrome metabólico adscritos al protocolo de continuidad de cuidados AE-AP. Número de Pruebas de Laboratorio solicitadas a usuarios con TMG (Control de litemias, serología...). % de altas con derivación a AP
Continuidad	Altas hospitalarias por TMG en las que el paciente acude a la cita del CSM en menos de 7 días

Asistencial TMG y Adicciones	Pacientes derivados por consulta desde CSM al CAD que acuden a la cita Pacientes derivados por consulta desde CAD al CSM que acuden a la cita Casos con derivación que no acuden a la cita y a los que se les realiza seguimiento telefónico
Codificación de la Actividad Asistencial	Consulta con formulario cumplimentado en Salud Mental Consulta con formulario cumplimentado en Urgencias Hospitalarias
Impacto de Resultados en Salud	% de pacientes que han referido una mejoría en la calidad de vida % de pacientes que han mejorado su adherencia al tratamiento % de pacientes que han mejorado su conciencia de enfermedad tras el tratamiento % de pacientes que piensan cambiar su actitud hacia el consumo de tóxicos
Formación	Nº de Cursos relacionados con la Especialidad realizados por los profesionales Nº de Profesionales que colaboran como profesores tutores en la Docencia Práctica de Pregrado
Investigación	Nº de Proyectos de Investigación Nº de Proyectos de Investigación Competitivos Nº de Profesionales que participan en Proyectos de Investigación Nº de Publicaciones Nº de Publicaciones en Revistas JCR

Tabla 15. Indicadores por Dimensiones de Calidad

\* AE (Atención Especializada); AP (Atención Primaria); TMG (Trastorno Mental Grave); PAC (Plan de Acción Coordinada); CSM (Centro de Salud Mental); CAD (Centro de Atención a las Drogodependencias).

La medida de dichos indicadores nos dará las indicaciones efectivas de hasta qué punto se está ejecutando adecuadamente la estrategia y orientar las acciones que tomar, para, efectivamente, implantar la estrategia de la UGC; permitiendo controlar y evaluar la estrategia, planificar las acciones de mejora oportunas y poder establecer comparaciones con otras unidades próximas.

Los resultados se presentarán y difundirán con transparencia a todos los usuarios del sistema y a la ciudadanía.

## **5. BIBLIOGRAFÍA**

- [1] Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010. Edita: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010. Depósito legal: MU-955-2010 ISBN: 978-84-96994-44-7. Accesible: [www.murciasalud.es/plandesalud](http://www.murciasalud.es/plandesalud)
- [2] Portal Sanitario de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. [Consultado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=46>
- [3] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Consultado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)
- [4] Portal Estadístico de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia [Consultado 22 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://econet.carm.es>
- [5] Instituto Nacional de Estadística [Consultado 22 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://ine.es>
- [6] Definición de estrategias para el desarrollo económico y empleo. Mejora de la calidad de vida y bienestar en el Municipio de Lorca. Indicadores del Municipio de Lorca. Ayuntamiento de Lorca. Universidad de Murcia. Universidad Politécnica de Cartagena. Ayuntamiento de Lorca [Consultado 23 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.lorca.es/ficheros/file/novedadespagprincipal/indicadores-municipio-lorca/1%20Informe%20ejecutivo/Estudio%20de%20definici%C3%B3n%20de%20estrategias%20LORCA.pdf>
- [7] Portal Sanitario de la Región de Murcia. Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. [Consultado 25 de septiembre de 2016]. Disponible en: [www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es)
- [8] Informe Regional CMBD 2015. División Psiquiatría Área III. [Consultado 28 de septiembre de 2016]. Disponible en: [www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es)
- [9] Portal Sanitario de la Región de Murcia. Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. [Consultado 30 de septiembre de 2016]. Disponible en: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan\\_salud\\_2010-2015.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/185877-Plan_salud_2010-2015.pdf)
- [10] Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. [Consultado 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: [www.msc.es](http://www.msc.es) > Profesionales > Prestaciones Sanitarias
- [11] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consultado 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/docs/CarteraDeServicios.pdf>

[12] Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave. Colección Documentos. Serie Documentos Técnicos. Nº 21005. Edita Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. [Consultado el 8 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenfermental.pdf>

[13] Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad Región de Murcia. Proyecto Geo Salud. Elaboración a partir del Padrón 2015. [Consultado 3 de septiembre de 2016]. Disponible en: [www.murciasalud.es/planificacion/](http://www.murciasalud.es/planificacion/)

[14] Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. [Consultado 4 de noviembre de 2016]. Disponible en: [www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS)

[15] Indicadores Clave. Sistema Nacional de Salud. [Consultado 12 de octubre de 2016]. Disponible en: [www.inclasns.msssi.es/](http://www.inclasns.msssi.es/)

[16] Observatorio Regional sobre Drogas. Región de Murcia. Plan Nacional Sobre Drogas. [Consultado 23 de septiembre de 2016]. Disponible en: [www.edrogas.es/observatorio](http://www.edrogas.es/observatorio)

[17] Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud. Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación. Consejería de Sanidad y Política Social. Región de Murcia [Consultado 6 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=255748>

[18] Plan de Salud 2013-2018. Estrategia de Salud Mental. [Consultado 6 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://docplayer.es/9916292-Plan-de-salud-2013-2018-estrategia-de-salud-mental.html>

[19] Portal Sanitario de la Región de Murcia. Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Plan de Salud Mental 2010-2013. [Consultado 30 de septiembre de 2016]. Disponible en: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/234247-plan\\_salud\\_mental.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/234247-plan_salud_mental.pdf)

[20] Proceso de Atención Integral al Trastorno Mental Grave. Modelo de Abordaje Multiprofesional de Lorca. 2015. Murcia: Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental.

[21] Estrategia 8 del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Consultado 4 de noviembre de 2016]. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/.../sns/planCalidadSNS/](http://www.msssi.gob.es/.../sns/planCalidadSNS/)

[22] Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Edita: Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. [Consultado 4 de

noviembre de 2016]. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad\\_ESP.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf)

[23] Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia 2012-2016 PAMSP. Portal Sanitario de la Región de Murcia. Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. [Consultado 28 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/247037-PAMSP.pdf>

[24] Sistemas de Seguridad del Paciente capítulo, Política de eventos centinela y RCA2. [Consultado 8 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/sentinelevents/sentineleventalert/>

[25] Con la Seguridad en Mente: Servicios de Salud Mental y Seguridad del Paciente. 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del Paciente/julio 2006. National Patient Safety Agency. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. [Consultado 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: [www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad\\_en\\_mente.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf)

[26] Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. [Consultado 25 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>

[27] Seguridad del Paciente y Prevención de Efectos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. [Consultado 26 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/formacion/tutoriales/seguridad-paciente-prevencion-efectos-adversos/>

[28] Salud Mental 2009. Sistema de Información de Atención Primaria del SNS. [Consultado 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/Salud\\_Mental\\_2009.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf)

[29] Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. [Consultado 6 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/>

[30] Alonso Punter, JC. Balanced Score Card. Universidad Internacional de la Rioja. Máster en Dirección y Gestión Sanitaria. 2016-2017. Material no publicado.

[31] Sistema de Información de Atención Primaria-Sistema Nacional de Salud. Actividad Asistencial ordinaria. Informe Estadístico. Año 2007. [Consultado 16 de

enero de 2017]. Disponible en:  
[https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/2012\\_Actividad\\_ordinaria\\_AP.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/2012_Actividad_ordinaria_AP.pdf)

[32] Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [Consultado 17 de enero de 2017]. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es)

[33] Astier Peña, MP et al. Propuesta de indicadores para cuadros de mando de servicios médicos y quirúrgicos. Rev Adm Sanit 2004; 2(3): 485-507.

## **Anexo I: CURRICULUM VITAE**

### **FORMACIÓN BÁSICA**

Doctora en Psicología. Universidad de Murcia. Julio de 2012.

Especialista en Psicología Clínica. 2009.

### **EXPERIENCIA PROFESIONAL**

Enero 2017 hasta la actualidad. Psicóloga Clínica en Centro de Rehabilitación de Salud Mental Área II de Salud del Servicio Murciano de Salud.

Enero 2010 a enero 2017, Psicóloga Clínica en Centro de Salud Mental de Águilas. Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud.

Enero de 2012 a enero 2017, Coordinadora de Centro de Salud Mental de Águilas. Área III de Salud del Servicio Murciano de Salud.

Febrero de 2013 a la actualidad, Profesora Asociada del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

Enero 2014 hasta la actualidad, participación en Comisión de Violencia de Género y Comisión de Formación de la Subdirección General de Salud Mental.

13 de febrero de 2004 a 30 de abril de 2006. Prestación de Servicios como Psicóloga Clínica, a través de convenio de Colaboración suscrito entre Colegio Oficial de Psicólogos y el Ministerio de Justicia para la Implantación del Servicio de Atención Psicológica Especializada en Oficina de Asistencia a las Víctimas en el Palacio de Justicia de Cartagena. .

2006-2009. Directora de Servicio de Patología Dual de la Fundación del Santo y Real Hospital de Caridad de Cartagena.

Marzo 2005 a 31 de diciembre de 2006. Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial.

2007. Taller de Empleo Virgen de la Caridad. Fundación del Santo y Real Hospital de Caridad de Cartagena.

1997 a 2004. Educador “C” en Casa de Acogida de Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica. Ayuntamiento en Propiedad. Excedencia Voluntaria hasta la actualidad.

1994 a la actualidad, Práctica Profesional de la Psicología Clínica.

Colaboración con la Unidad Docente, Formación e Investigación de la Subdirección General de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud:

- Tutor de Prácticas Curriculares. Grado en Psicología. Universidad de Murcia. Curso 2015-2016. 200 horas.
- Tutor de Prácticas Curriculares. Grado en Psicología. Universidad de Murcia. Curso 2015-2016. 100 horas.
- Tutor de Prácticas de Máster Universitario en Investigación, Tratamiento y Patologías asociadas a las drogodependencias. Universidad de Valencia. 2016. 262 horas.
- Tutor de Prácticas de Máster Universitario en Investigación, Tratamiento y Patologías asociadas a las drogodependencias. Universidad de Valencia. 2015. 150 horas.

Tutora de Prácticas Clínicas en Servicio de Patología Dual de la Fundación del Santo y Real Hospital de Caridad de Cartagena (Murcia):

- Tutora de Prácticas Clínicas I, en Diplomatura de Terapia Ocupacional de la Universidad Católica de San Antonio. Murcia. 180 horas. Curso 2007-2008.
- Tutora de Prácticas Clínicas II, en Diplomatura de Terapia Ocupacional de la Universidad Católica de San Antonio. Murcia. 177 horas. Julio 2008.

**BECAS DE COLABORACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN**

- Beca de Investigación “Despliegue y Desarrollo del Programa Argos”. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. Plan Regional de Drogodependencias 2007-2010. 2 de Noviembre 2010 a 1 de mayo de 2011.
- Beca de Colaboración “Estudio de Investigación que permita la Adaptación de modelos asistenciales y programas de prevención indicada en población jurídico-penal con problemática en consumo de drogas del Proyecto Plan Regional de Drogodependencias 2007-2010 (PRD09/B04)”. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. 1 de abril de 2009 a 30 de junio de 2009.
- Beca de Investigación “Elaboración de un Protocolo de Actuación específica en pacientes con abuso-dependencia a cocaína, basado en el Modelo Matrix de Intervención Intensiva y su Adaptación Cultural”. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, Consejería de Sanidad y SMS. Abril-Julio 2008.

- Beca de Investigación en el “Proyecto de Investigación sobre Programas y Modelos de Tratamiento de Drogas”. Vicerrectorado de Investigación. Universidad de Murcia. Junio-Diciembre 2006.

## **EXPERIENCIA DOCENTE**

- V Edición “Modelo Matrix, Tratamiento Psicosocial de las Adicciones”. Universidad Internacional del Mar, Universidad de Murcia, Campus Mare-Nostrum. 21-23 de septiembre de 2016.
- Curso “Modelo Matrix, Tratamiento Psicosocial de las Adicciones”. Universidad Internacional del Mar, Universidad de Murcia, Campus Mare-Nostrum. 16-18 de septiembre de 2015.
- “I Jornadas de Salud Mental y Violencia de Género. Una A-puesta en Común”. Organizado por la Subdirección General de Salud Mental del SMS. Incluido en el Plan Integrado de Formación Continuada Sanitaria de la Región de Murcia. 11 de Julio de 2014.
- Curso “Modelo Matrix, Tratamiento Psicosocial de las Adicciones”. Universidad Internacional del Mar, Universidad de Murcia, Campus Mare-Nostrum. 9-11 de julio de 2013.
- “Sesión de Formación Programa Argos sobre Entrevista Motivacional y Consejo Médico en Población Adulta. Proyecto Argos-Adultos”. Organizado por SMS y la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo. Incluido en el Plan Integrado de Formación Continuada Sanitaria de la región de Murcia. 16 de mayo de 2012.
- “Proyectos de Investigación de Argos”. Septiembre 2011.Organizado por SMS y la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo. Incluido en el Plan Integrado de Formación Continuada Sanitaria de la región de Murcia.
- Jornada de Prevención de la Violencia de Género. Organizada por Asociación de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios de Cartagena. 25 de noviembre de 2010.
- “Atención al Usuario Hospitalario”. 10 de enero de 2005. Organizado por Fomento Universitario de Cartagena.
- Curso “Especialista Universitario en Drogodependencias; Módulo “Intervención Psicológica en Drogodependencias II. 28 de Noviembre de 2005. Universidad de Murcia. 4 horas.

- Acción Formativa “Jornadas sobre Violencia Doméstica”. 24 de enero de 2005. Incluida en el Plan de Formación Continuada para Policías Locales de la Región de Murcia 2004. 2 horas.
- “Control de estrés para Personal Sanitario”. Diciembre de 2004. Organizado por Fomento Universitario de Cartagena.
- Curso de Formación Profesional Ocupacional “Atención Especializada a enfermos de Alzheimer”. Octubre de 2003. Subvencionado por Servicio Regional de Empleo y Formación. Organizado por Ayuntamiento de Cartagena. 54 horas.
- Curso de Formación Profesional Ocupacional “Animador Geriátrico”. 26 horas. Octubre de 2003. Subvencionado por Servicio Regional de Empleo y Formación. Organizado por Ayuntamiento de Cartagena.
- Curso de “Especialista en Atención Geriátrica”. Junio de 2002. Subvencionado por el Fondo Social Europeo. Organizado por el Ayuntamiento de Cartagena. 55 horas.

## **FORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Cursos del Plan Integrado de Formación Continuada de la Subdirección General de Salud Mental del SMS e incluidos en el Plan Integrado de Formación Continuada Sanitaria de la Región de Murcia:

- “I Jornada de Salud Mental y Atención Primaria”. Organizado por Subdirección General de Salud Mental. Abril 2016.
- “Actualización en la Comprensión y Abordaje de las Psicosis en una Red de Servicios de Salud Mental Comunitarios”. Organizado por Subdirección General de Salud Mental. Abril 2016.
- “I Jornada sobre Buenas Prácticas en Salud Mental del Servicio Murciano de Salud”. Organizado por Subdirección General de Salud Mental. Junio 2015.
- “Implantación en Salud Mental de la guía para mujeres maltratadas por su pareja”. Organizado por Subdirección General de Salud Mental. Octubre 2011.
- “Abordaje Grupal Multifamiliar en Salud Mental”. Organizado por Subdirección General de Salud Mental. Julio 2011.
- “Aplicación Práctica de la Guía de la Esquizofrenia”. Organizado por Subdirección General de Salud Mental. Abril 2011.
- “Tratamiento integrado de Base Familiar en la Esquizofrenia”. Organizado por Subdirección General de Salud Mental. Julio 2007.

**Otros Cursos y Formación:**

- Máster en Bioética. Universidad Católica de San Antonio. 2015.
- “El desafío de la Patología Dual”. Organizado por la Subdirección General de Salud Mental del SMS, la Sociedad Española de la Patología Dual y la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia. Julio 2014.
- “Symposium Científico de Opiáceos”. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías. Mayo 2014.
- XL Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías. Abril 2013

**FORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

- II Jornada de Actualización de Conocimientos para profesionales del Modelo Matrix: Evaluación del Modelo. Organizado por Servicio Murciano de Salud, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Diciembre de 2015.
- Curso para la capacitación de Supervisor de Terapeutas Especializados en el Modelo Matrix. 2012
- Terapeuta Especializado por The Matrix Institute para el tratamiento de las adicciones. Consejería de sanidad y Política Social (Región de Murcia, España) y The Matrix Institute (California, EE.UU). Septiembre 2011.
- II Jornadas sobre Hábitos de Consumo de Drogas en Inmigrantes. Consejería de Sanidad y Consumo, en colaboración con la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Plan Regional sobre Drogodependencias 2008.
- Drogas e Inmigración desde una Perspectiva Cultural. Consejería de Sanidad y Consumo, en colaboración con la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. 2008.
- Formación de Formadores para la prevención de drogodependencias en el ámbito familiar. Consejería de Sanidad. Plan Regional sobre Drogodependencias. 2007.
- Rehabilitación Neuropsicológica del deterioro cognitivo. Aplicación de Nuevas Tecnologías (Programa Gradior). Fundación Intras. 2005
- Máster Universitario en Intervención Psicosocial en Servicios Sociales y Psicología Jurídica. Universidad de Murcia. 53 créditos. 1995-1997

## **COMUNICACIONES**

- Comunicación Oral “Eficacia del Programa Matrix para el tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias”. En III International Congress Dual Disorders Addictions and the other Mental Disorders. Sociedad Española de Patología Dual. Barcelona 23-26 de octubre de 2013.
- Comunicación Oral “Perfiles Clínicos y de Personalidad de Pacientes Duales en Seguimiento con el Programa Matrix de tratamiento de las Adicciones “XVI Jornadas Nacionales de Patología Dual. Sociedad Española de Patología Dual. Valencia 12-14 de junio 2014.
- Comunicación Oral “Intervención Integral de los Trastornos por uso de sustancias comórbidos con trastornos psicóticos desde la Atención Ambulatoria”. XVI Jornadas Nacionales de Patología Dual. Sociedad Española de Patología Dual. Valencia 12-14 de junio 2014.
- Comunicación Oral “Eficacia del tratamiento con Palmitato de Paliperidona: Un estudio Prospectivo en pacientes con patología dual”. XVI Jornadas Nacionales de Patología Dual. Sociedad Española de Patología Dual. Valencia 12-14 de junio 2014.
- Comunicación Oral “Eficacia del Palmitato de Paliperidona inyectable en fase aguda y mantenimiento en paciente con trastorno Esquizoafectivo y consumo de cannabis”. XVI Jornadas Nacionales de Patología Dual. Sociedad Española de Patología Dual. Valencia 12-14 de junio 2014.
- Comunicación Oral “Perfiles Clínicos y de Personalidad de Pacientes Duales en Seguimiento con el Programa Matrix de tratamiento de las Adicciones. “Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías. 29-30 de mayo de 2014.

## **PUBLICACIONES:**

- Gómez Castillo, MD., Torres Ortúño, AI., Galindo Piñana, P., López Durán, A. “Análisis de la psicopatología familiar como una herramienta terapéutica en los trastornos de la Conducta Alimentaria”. Anales de Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Junio 2016.
- Galindo Piñana, P. “Trabajando la Experiencia del Modelo Matrix en el Centro de Salud Mental de Águilas”. I Jornada sobre Buenas Prácticas en Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. Subdirección General de Salud Mental. Julio de 2015.
- Galindo Piñana, P. “Comunicación de Malas Noticias. Aspectos Psicológicos y Bioéticos”. Editorial Monsávez. Junio de 2016.