



**PROTOCOLO DE
COORDINACION DE
ACTUACIONES PARA LOS
TRASLADOS E
INGRESOS DE PERSONAS QUE
PADECEN
ENFERMEDAD MENTAL
(ACTUALIZACIÓN, marzo 2014)**

PRESENTACIÓN

Las enfermedades mentales son uno de los principales problemas de salud por su alta prevalencia, la discapacidad que provocan, la carga social y económica que generan y por los servicios sanitarios que requiere su atención.

Un objetivo prioritario del Plan de Salud 2010-2015, es la mejora de la salud mental, incidiendo en que la prevalencia y el impacto sanitario adverso de los problemas de salud mental deben reducirse de forma sustancial, ofertando servicios completos mejores y más eficaces a las personas con problemas de salud mental.

El Plan de Salud 2010-2015 presenta como igualdad 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 drogodependencias.
- Asegurar el seguimiento coordinado entre niveles sociosanitarios (educación, servicios sociales...).
- Promover la implantación del enfermo y de su familia en el proceso de su enfermedad.
- Erradicar el estigma asociado a las personas con trastorno mental.

La Estrategia propicia el desarrollo de protocolos de actuación para afrontar los problemas de salud mental más relevantes, además de aquellos otros relacionados con la atención de urgencia ante conductas agresivas y otras emergencias psiquiátricas que puedan surgir.

Las estructuras de coordinación sociosanitaria de nuestra Comunidad Autónoma, han trazado un camino de relación y confluencia entre los servicios de salud y los servicios sociales con el fin de conseguir la continuidad de cuidados a las personas con trastornos mentales a lo largo de su itinerario vital, lo que supone un gran reto, ante la complejidad y las diferencias que existen en ambas redes.

Este Protocolo surgió como una iniciativa de la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano en 2007, hoy es una realidad que tiene el objetivo de mejorar el proceso de atención a personas con enfermedad mental, en todo lo referente a la organización del tratamiento, el traslado y el internamiento, a fin de que se realice con las debidas garantías jurídicas y médicas, y con la continuidad de cuidados que el proceso requiere, desde la cooperación coordinada; pero con el compromiso, el impulso y la confluencia de los diferentes ámbitos administrativos, en función de las competencias propias de cada uno.

La actualización del Protocolo, que afronta la Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias contempla la intersectorialidad siguiendo las recomendaciones de los organismos sanitarios, Emergencias 112 y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, además de la Policía Local incorporando objetivos y planes relacionados con otras instituciones, porque la salud está presente en campos muchos más amplios que el estrictamente sanitario.

Prestar a los ciudadanos servicios eficaces en el tratamiento y cuidado de las personas con enfermedad mental es el objetivo que preside e inspira todas las páginas de este protocolo, así como es necesario determinar criterios para orientar a los profesionales en la práctica diaria de sus intervenciones y que permitan mejorar la calidad en la atención, primando siempre el beneficio del paciente.

Excma. Sra. M.^a Ángeles Palacios Sánchez
Consejera de Sanidad y Política Social.

PRESENTACIÓN

La mejora de las prestaciones sanitarias suele ir ligada a la puesta en marcha de nuevos dispositivos o servicios, que requieren generalmente, inversiones en tecnología y personal y que se traducen en términos de eficacia de las prestaciones y de la accesibilidad al sistema. De esta manera, se contribuye a la mejora de la asistencia de amplios sectores de la población o a la atención de enfermedades muy emergentes, con el objeto de producir un incremento de los niveles de salud. Los problemas de financiación constituyen en este caso, la principal limitación, junto con la formación de los profesionales, para dar una respuesta adecuada a las demandas.

Por paradójico que resulte es, sin embargo, más difícil dar respuesta a problemas muy específicos, que afectan a un número reducido de ciudadanos y cuya solución se basa en la coordinación de las actuaciones entre distintos estamentos. Es este el caso de la atención y el traslado de las situaciones de urgencia en salud mental.

Tradicionalmente dichas situaciones, especialmente las más críticas, se han movido en un confuso ámbito competencial entre el sistema sanitario, los servicios de seguridad estatales y el sistema judicial, generando en la familia confusión a la hora de buscar ayuda en los sistemas públicos.

Es por tanto, en estos casos, en los que se cuestiona la capacidad de coordinación y la eficacia en la resolución de situaciones confusas desde el punto de vista competencial, donde cobra todo su sentido el carácter de servicio a los ciudadanos de los sistemas públicos, obligados a dar una respuesta eficaz y coordinada.

Constituye, un motivo de satisfacción para la Consejería de Sanidad y Política Social, Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias presentar este trabajo fruto de la participación y el

compromiso de un nutrido grupo de profesionales, que tienen el empeño de dar una respuesta a este tipo de situaciones tan dolorosas para la familia y para el paciente.

El Protocolo además tiene el mérito de plantear una respuesta no sólo coordinada, sino integrada en los sistemas ya existentes, lo que implica tanto un esfuerzo de eficiencia, como el mantenimiento de un principio básico de integración de los servicios dirigidos a las personas con enfermedad mental, en los sistemas existentes para el resto de ciudadanos.

El PROTOCOLO que ahora firmamos es fruto de la preocupación por evitar esas disfunciones, por asegurar una mejor atención, por cumplir mejor cada uno su misión; y también de la conciencia de que el correcto hacer individual precisa conocer y actuar de acuerdo con otros, coordinadamente.

Como en otros documentos de este tipo, se ha tratado de plasmar en normas útiles de conducta, la experiencia ya acumulada, de normalizar los procedimientos, de hacer que cada uno conozca y contacte con las otras instituciones y de asegurar una línea fluida de tratamiento y solución de los conflictos concretos que la realidad, tan compleja, provocará.

Para finalizar, debe quedar constancia del agradecimiento que merecen cuantos han intervenido en la elaboración del PROTOCOLO. La respuesta dada desde todas las instituciones firmantes fue desde el principio de pleno apoyo, y las críticas y sugerencias de todos sus representantes han contribuido decisivamente a esta revisión que hace mención entre otras cuestiones a: los nuevos dispositivos asistenciales de salud mental de las diferentes Áreas sanitarias, las emergencias sanitarias en Salud mental y una aclaración sobre la *Sentencia TC (Sala Pleno) de 2 diciembre 2010, con el efecto establecido en el Fundamento Jurídico 3.*

A todos, mi más sincero agradecimiento y enhorabuena, porque su esfuerzo ha merecido la pena.

Juan Manuel Ruiz Ros
Director General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias.

MURCIA, Marzo de 2014

PROTOCOLO DE COORDINACION DE ACTUACIONES PARA LOS TRASLADOS E INGRESOS DE PERSONAS QUE PADECEN ENFERMEDAD MENTAL

Este Protocolo es conforme al art. 17.3 de la Ley 3/2009, de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia que dice: "Igualmente, desde la plena integración de la atención a la salud mental en el conjunto de la asistencia sanitaria general, la Administración velará por que las personas que padezcan trastornos psíquicos puedan disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones y respeto que los demás usuarios. Específicamente, cuando por razón de trastorno psíquico grave, se deba promover el internamiento de la persona, se deberán respetar con estricta observancia las garantías establecidas para estos supuestos en la Legislación Civil.

PREÁMBULO

CONSIDERANDO que la persona con enfermedad mental es, ante todo un ciudadano, que tiene derecho a una asistencia sanitaria de calidad y respetuosa con sus derechos.

CONSIDERANDO que la intervención policial, en el trato con las personas que padecen una enfermedad mental, debe seguir un criterio de intervención mínima, de modo que sólo se produzca bien para cooperar con las autoridades sanitarias, bien porque la conducta de la persona con enfermedad mental sea constitutiva de una infracción penal.

CONSIDERANDO que la adecuada atención médica a las personas con enfermedad mental y la realidad de que, en ocasiones se hace necesaria la intervención de la policía, aconsejan estrechar la colaboración entre todas las instituciones y servicios públicos y en especial entre los sectores sanitario, policial y judicial.

CONVIENEN, dentro del máximo respeto a sus respectivas competencias y en especial a la independencia del poder judicial, ajustar sus pautas de actuación, en orden a la atención a las personas con enfermedad mental, su traslado a los centros de atención sanitaria y su ingreso en las instituciones correspondientes a las reglas de este Protocolo.

ÁMBITO

Las pautas de actuación contenidas en este Acuerdo se aplicarán a todos los traslados e ingresos de personas con enfermedad mental, que se produzcan en esta Comunidad Autónoma de Murcia.

Se constituirá un equipo de trabajo para el seguimiento y buen funcionamiento del protocolo de actuación, formado por los siguientes representantes: Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias, Ayuntamientos, Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias - SMS, Dirección General de Seguridad Ciudadana y Emergencias - 112, Salud Mental del SMS, Atención Primaria del SMS, Cuerpos y Fuerzas de

PAUTAS DE ACTUACIÓN

A.- TRASLADOS E INGRESOS VOLUNTARIOS.

1.- Se consideran traslados voluntarios aquellos en que una persona mayor de edad y en condiciones de decidir por sí, resuelve acudir de forma voluntaria a un centro público o privado, para ser atendido de un trastorno psíquico.

2.- Se consideran ingresos voluntarios aquellos en que una persona mayor de edad y en condiciones de decidir por sí, resuelve ingresar de forma voluntaria en un centro público o privado, para ser atendido de un trastorno psíquico.

3.- Los traslados e ingresos voluntarios así definidos, no precisan de autorización judicial, ni han de ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, salvo que en el curso de la estancia, la persona con enfermedad mental llegue a un estado en que no esté en condiciones de prestar su consentimiento y decidir por sí; llegado ese punto, el ingreso se considerará involuntario a todos los efectos, aplicándose cuanto a continuación se expone según el caso.

B.- INGRESOS INVOLUNTARIOS NO URGENTES.

1.- Se consideran internamientos involuntarios no urgentes aquellos en que siendo necesario, desde el punto de vista médico, el ingreso de una persona en un centro médico por razón de un trastorno psiquiátrico, para su debida evaluación, atención o tratamiento, aquella sin embargo, tiene alterada su capacidad de discernimiento y no está en condiciones de consentirlo, está ya incapacitado judicialmente o es menor de edad y es posible la demora en el internamiento sin peligro ni daño para la persona con enfermedad mental, otras personas o sus bienes.

2.- El ingreso involuntario no urgente se realizará en la Unidad Hospitalaria del Servicio Murciano de Salud, o en el Centro Médico público o privado indicado por el médico, y que se autorice judicialmente. En el caso de menores, se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3.- En todo caso, el ingreso involuntario no urgente (internamiento) de un paciente, aunque esté sometido a la patria potestad o tutela, requiere autorización judicial previa, conforme a lo dispuesto en el Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. La autorización judicial debe ser solicitada por el cónyuge o quien se encuentre en situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes o los hermanos o por el Ministerio Fiscal, si las personas anteriores no existieran o no lo hubieren solicitado, ante el Decanato de los Juzgados del lugar de residencia del enfermo, y si sólo hubiere un Juzgado de Primera Instancia ante éste, aportando los informes médicos de que disponga. Cualquier persona distinta

de éstas, que tenga conocimiento de hallarse alguna persona en condiciones que hagan necesario su ingreso, lo pondrá en conocimiento del Ministerio Fiscal.

4.- Autorizado el ingreso involuntario no urgente (internamiento) por el Juzgado de Primera Instancia, el traslado será realizado por los servicios sanitarios dispuestos por el solicitante o, en su caso, por la Administración Sanitaria; a tal efecto, el Juzgado notificará el Auto al solicitante y lo pondrá en conocimiento, mediante Fax del Director del Centro en que vaya a realizarse.

5.- Sin perjuicio de las concretas órdenes que pueda impartir el Juez autorizante del traslado e ingreso, el médico que asiste a la persona con enfermedad mental, como autoridad sanitaria pública, podrá recabar directamente el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad para la ejecución del traslado, si lo considerase necesario por la oposición que ofrezca el afectado. Este auxilio consistirá en el apoyo al personal sanitario que efectúe el traslado, pudiendo llegar, si fuese necesario para salvaguardar la integridad de las personas y las cosas, a la inmovilización física de la persona a trasladar; pero en todo caso el traslado se efectuará en transporte sanitario.

6.- El Director Gerente del centro público o privado en que se lleve a cabo el ingreso informará al Juzgado correspondiente sobre el curso del ingreso, en los términos que le fuese interesado y hubiese acordado el Juez en su resolución, y como mínimo cada seis meses.

7.- Cuando los facultativos que atiendan a la persona ingresada consideren que no es necesario mantener el ingreso, darán el alta a la persona con enfermedad mental y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

C.- INGRESOS INVOLUNTARIOS URGENTES.

1.- Se considera traslado involuntario urgente aquel que en criterio del médico resulta necesario realizar de inmediato para la atención a la persona con enfermedad mental que tiene alterada su capacidad de discernimiento, no está en condiciones de consentir o es menor de edad o incapacitado. Sobre la base de la valoración realizada, el 112 procederá a la activación del medio más adecuado entre los existentes.

2.- Se considera ingreso involuntario urgente aquel que en criterio del médico resulta necesario realizar de inmediato para la atención a la persona con enfermedad mental que tiene alterada su capacidad de discernimiento, no está en condiciones de consentir o es menor de edad o incapacitado

3.- El médico del servicio de Atención primaria o del Servicio de Urgencias (Teléfono 112), Urgencias Ambulatorias o cualquier otro facultativo que aprecie la necesidad de un traslado o ingreso involuntario urgente debe ordenarlo por sí, sin precisar para ello autorización judicial alguna. El ingreso se producirá en la Unidad de Psiquiatría del Hospital del Servicio Murciano de Salud o en el Centro Médico público o privado que indique el médico, observándose respecto de los menores lo dicho en el punto B.2-, dentro de la red asistencial que se concreta en la adjunta Guía de Recursos como Anexo 1 – A (Unidades de Hospitalización

Psiquiátrica). Para garantizar la máxima eficacia en los ingresos estará el 112 siempre informado de los recursos sanitarios disponibles y en, ningún caso, una persona con enfermedad mental que precise un ingreso será derivado a su domicilio, si es necesario su ingreso.

4.- Producido el ingreso, el médico responsable cuidará de que se comunique de inmediato al Decanato de los Juzgados o al Juzgado de Primera Instancia, si solo hubiere uno, del lugar donde radique el centro de internamiento mediante fax, sin perjuicio de remitir la comunicación ordinaria; en todo caso, debe asegurarse que el Juzgado recibe la comunicación del internamiento, dentro de las 24 horas siguientes a producirse.

5.- Cuando para acceder a la persona con enfermedad mental y proceder a su traslado sea necesario entrar a su domicilio o habitación en contra de su voluntad, el médico dará aviso a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad. Estos, tras evaluar la situación, junto con el personal médico, procederán por sí a la entrada cuando aprecien un flagrante e inminente peligro para la propia persona con enfermedad mental, otras personas o los bienes, dando cuenta después a la autoridad judicial de su intervención; en otro caso, pondrán los hechos en conocimiento del Juzgado o del Decanato donde lo hubiere, solicitando autorización para la entrada en el domicilio, sobre la que resolverá el Juzgado de Primera Instancia que en turno corresponda o, si se dedujera la petición fuera de las horas de audiencia, el propio Juzgado de Instrucción de Guardia en sustitución. En el mismo caso de flagrante e inminente peligro, el personal sanitario podrá acceder al domicilio o habitación en que se halle el afectado, dando cuenta posteriormente a la autoridad judicial de su actuación. En todos los casos cuando la persona con enfermedad mental abandone su domicilio lo hará con la ayuda del personal sanitario y habiéndose adoptado las medidas de contención tanto físicas como farmacológicas dentro del domicilio. La intervención de las Fuerzas y cuerpos de Seguridad irá dirigida a obtener la protección del paciente y terceras personas.

6.- Siempre se utilizará para su traslado, previa activación por el 112, el medio de transporte sanitario que sea adecuado y proporcional a la situación del paciente.

7.- El Sistema sanitario, y en concreto el Servicio Murciano de Salud, dispondrá de todos sus recursos en caso de ser necesaria la hospitalización de una persona con enfermedad mental.

8.- En aquellos casos en que la persona con enfermedad mental que precise el ingreso involuntario urgente, acreditado mediante valoración médica del especialista por escrito, no se encuentre en su domicilio, serán los Cuerpos y Fuerzas de seguridad los que se encarguen de localizarlo. Una vez localizado, se trasladará a la persona con enfermedad mental al centro sanitario correspondiente, en un vehículo sanitario adecuado.

9.- Ante la comisión de un hecho delictivo por una persona que aparente hallarse en estado de enajenación mental, los miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, sin perjuicio de dar cumplimiento a lo dispuesto por la Ley de Enjuiciamiento Criminal en todo lo referente a la detención e instrucción de

derechos al detenido, procederán a su traslado a un centro sanitario donde pueda ser examinado y recibir un primer tratamiento de urgencia, dando cuenta de ello al Juez de Instrucción. Lo mismo hará cuando aprecien síntomas de enajenación en cualquier detenido. El personal sanitario facilitará, en la medida de sus posibilidades, los medios para que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad realicen la custodia en condiciones que garanticen seguridad y eficacia.

D.- TRASLADOS E INTERNAMIENTOS DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL HALLADOS POR LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD.

1.- Cuando los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad hallen en la vía pública o en otro lugar, personas aparentemente aquejadas de una enfermedad mental y con su facultad de discernimiento afectada, en cumplimiento de sus funciones de auxilio y protección a las personas, procederán a su identificación, previo su traslado a las dependencias policiales si fuera preciso, dando aviso al 112 que enviará a los servicios médicos que realizarán la valoración in situ.

2.- Conocida la identidad de la persona, se pondrá en conocimiento de sus familiares o responsables su paradero por, si se hicieran cargo de ella.

3.- No siendo conocidos familiares o personas responsables de la persona aparentemente afectada de una enfermedad mental, o rehusando hacerse cargo de ella, se recabará la ayuda de los servicios sociales correspondientes, ya sean municipales o regionales, procediendo a las actuaciones necesarias según cada caso. Si tal ingreso hubiera de considerarse involuntario, conforme a lo dispuesto en el apartado B de este Acuerdo, se procederá en consecuencia.

DISPOSICIÓN FINAL.

Este Protocolo, del que se dará copia certificada a cada uno de los firmantes, quedará depositado en la Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias.

Al menos una vez al año, y siempre que fuese pedido por cualquiera de los firmantes, se valorará su aplicación y la conveniencia de su actualización o reforma.

MURCIA, Marzo de 2014



ANEXO I

COMPETENCIAS, UNIDADES Y CENTROS Y SERVICIOS PÚBLICOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN MURCIA.

Anexo IA

Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias, Consejería de Sanidad y Política Social > Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

La Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias ejercerá las competencias de dirección y coordinación en materia de tutela de los derechos y obligaciones de los usuarios del sistema sanitario público regional y el estudio e implantación de sistemas de información y atención al ciudadano para el acceso a las prestaciones sanitarias. Igualmente, asumirá las relaciones de apoyo y cooperación con las asociaciones de usuarios de la sanidad y con las Corporaciones Locales.

Asume, también, el ejercicio de las competencias de inspección de los recursos sanitarios y de las diferentes prestaciones sanitarias, así como el ejercicio de las funciones en materia de incapacidad temporal y, en general, de cuantas funciones correspondan a la Inspección de los Servicios Sanitarios.

Asimismo, ejerce la dirección y coordinación de la acción sectorial de drogodependencias.

Anexo I B

SERVICIO MURCIANO DE SALUD

UNIDADES HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA.

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “ROMAN ALBERCA”

Dirección: Ctra. Mazarrón, s/n - 30120 El Palmar

Teléfono centralita: 968 36 58 00 – 968 36 29 00

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA

Dirección: Avda. Intendente Jorge Palacios, 1 – 30003 Murcia

Teléfono centralita: 968 35 90 00

Fax: 968 35 98 19

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Dirección: Ctra. Madrid-Cartagena, s/n - 30120 El Palmar

Teléfono centralita: 968 36 95 00

Fax: 968 36 97 76

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

Dirección: Avda. Marqués de los Vélez, s/n - 30008 Murcia

Teléfono centralita: 968 36 09 00

Fax: 968 23 24 84

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO RAFAEL MÉNDEZ

Dirección: Ctra. Nacional 340, Km. 589 - 30817 Lorca

Teléfono centralita: 968 44 55 00 / 968 44 55 52

Fax: 968 44 24 21

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA MARIA DEL ROSELL

Dirección: Paseo Alfonso XIII, 61 - 30203 Cartagena

Teléfono centralita: 968 32 50 00 – 968 50 48 00

Fax: 968 50 42 96

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA

Dirección: C/ Mezquita, s/n – Paraje Los Arcos - 30202 Santa Lucía - Cartagena

Teléfono centralita: 968 12 86 00

CENTROS DE SALUD MENTAL DEL S.M.S.

CENTRO DE SALUD MENTAL SAN ANDRÉS

- COORDINADORA: D.^a Leonor Coy Fuster
- DIRECCIÓN: C/Escultor Sánchez Lozano, s/n- 30005 - Murcia
- **TELÉFONOS: Programa Adultos Consultas:** 968 28 15 69 - Fax: 968 28 36 42
Programa Adultos Rehabilitación: 968 28 11 72 – Fax: 968 28 11 59
Programa Infanto-Juvenil Consultas: 968 28 16 42 – Fax: 968 28 16 43
Programa Infanto-Juvenil Rehabilitación: 968 29 91 11 – Fax: 968 29 91 43
- Área de salud: Área I Murcia Oeste
- Hospital de referencia: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

CENTRO DE SALUD MENTAL VIRGEN DE LA ARRIXACA

- COORDINADOR: D. José Abellán Estrella
- Dirección: Ctra. Cartagena, s/n (4ª planta) - 30120 El Palmar - Murcia
- **TELÉFONO:** 968 36 95 00 / 968 36 95 35 - Fax: 968 36 97 76
- Área de salud: Área I Murcia Oeste
- Hospital de referencia: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

CENTRO DE SALUD MENTAL DE ALCANTARILLA

- COORDINADORA: D.^a. Guadalupe Jeri Gutiérrez
- Dirección: C/Alcalde Cáscales Vivancos, s/n.
- (Centro de Salud Alcantarilla Centro) 30820 Alcantarilla - Murcia
- **TELÉFONOS:** 968 80 26 86 / 968 89 28 22 - Fax: 968 89 23 22
- Área de salud: Área I Murcia Oeste
- Hospital de referencia: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

CENTRO DE SALUD MENTAL DE MULA

- COORDINADOR: D. Antonio Micol Torres (Lunes y viernes)
- Dirección: Avda. Juan Viñeglas, s/n - 30170 Mula
- **TELÉFONO:** 968 66 05 50 - Fax: 968 66 41 80

- Área de salud: Área I Murcia Oeste
- Hospital de referencia: Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARTAGENA

- COORDINADOR: D. Ignacio Cabezas Hurtado
- Dirección: C/ Real, 8 – 30201 Cartagena
- **TELÉFONOS: Programa Adultos: 968 32 67 00**
Programa Infanto-Juvenil: 968 32 67 20
Programa Drogodependencia: 968 32 66 99
FAX: 968 52 77 56
- Área de salud: Área II Cartagena
- Hospital de referencia: Hospital General Universitario Santa María del Rosell

UNIDAD DE REHABILITACIÓN Y CENTRO DE DÍA DE CARTAGENA

- COORDINADOR: D. Carlos Martín Fernández-Mayoralas
- Dirección: Ingeniero de la Cierva, 26 - 30203 Cartagena
- **TELÉFONOS: 968 50 38 60 / 968 52 02 25 / 968 50 42 03 / 968 50 42 44**
- Fax: 968 50 42 43
- Área de salud: Área II Cartagena
- Hospital de referencia: Hospital General Universitario Santa María del Rosell

CENTRO DE SALUD MENTAL DE LORCA

- COORDINADOR: D. Fernando Lojo Fritschi
- Dirección: C/ Tenor Mario Gabarrón, s/n – 30800 Lorca
- **TELÉFONOS: Programa Adultos: 968 46 91 79 / 46 83 08**
Programa Infanto-Juvenil: 968 46 00 65
Programa Drogodependencias: 968 46 15 96
- Fax: 968 47 04 05
- Área de salud: Área III Lorca
- Hospital de referencia: Hospital General Universitario Rafael Méndez

CENTRO DE SALUD MENTAL DE ÁGUILAS

- COORDINADOR: D. Fernando Lojo Fritschi
- Dirección: Casa del Mar. C/ Explanada del Muelle, s/n - 30880 Águilas
- **TELÉFONO:** 968 92 70 15 - Fax: 968 44 94 55
- Teléfono Dispensario Metadona: 968 41 23 22
- Área de salud: Área III Lorca
- Hospital de referencia: Hospital General Universitario Rafael Méndez

CENTRO DE SALUD MENTAL DE CARAVACA

- COORDINADOR: D. Antonio Micol Torres (M, Mx y J)
- Dirección: C/ Junquico, s/n (Recinto Hospital Comarcal Noroeste)
30400 Caravaca de la Cruz.
- **TELÉFONO:** 968 70 83 22 - Fax: 968 70 52 75
- Área de salud: Área IV Noroeste.
- Hospital de referencia: Hospital Comarcal del Noroeste

CENTRO DE SALUD MENTAL DE YECLA

- **COORDINADOR:** D.^a Ana M.^a García Herrero (L, Mx, V)
- Dirección: C/ Pintor Juan Albert, 2 – 30510 Yecla
- **TELÉFONOS:** 968 75 16 50 / 968 75 00 00 / 968 79 54 21 - Fax: 968 79 31 31
- Área de salud: Área V Altiplano.
- Hospital de referencia: Hospital Virgen del Castillo

CENTRO DE SALUD MENTAL DE JUMILLA

- **COORDINADORA:** D.^a Ana M.^a García Herrero (M y J)
- Dirección: C/ Barón del Solar, s/n – 30520 Jumilla
- **TELÉFONOS:** 968 78 22 61 - 968 75 68 94 - Fax: 968 78 35 88
- Área de salud: Área V Altiplano
- Hospital de referencia: Hospital Virgen del Castillo

CENTRO DE SALUD MENTAL MORALES MESEGUER

- COORDINADOR: D. Mateo Campillo Agustí
- Dirección: C/ Marqués de los Vélez, Hospital Morales Mesequer
- **TELÉFONO:** 968 36 09 00 - Fax: 968 24 38 95
- Área de salud: Área VI Vega Media del Segura
- Hospital de referencia: Hospital General Universitario Morales Mesequer

CENTRO DE SALUD MENTAL DE MOLINA DE SEGURA

- COORDINADORA: D.ª Rosa Viñas Pifarré
- Dirección: C/ Gabriel Cárceles, s/n - 30500 Molina de Segura
- **TELÉFONOS: Programa Adultos:** 968 64 13 26 - Fax: 968 64 13 21
Programa Infanto-Juvenil: 968 64 33 22 - Fax: 968 64 13 21
- Área de salud: Área VI Vega Media Segura.
- Hospital de referencia: Hospital General Universitario Morales Mesequer

CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTE ADULTOS

- COORDINADORA: D.ª María Teresa Bernal Canales
- Dirección: C/ Pintor Almela Costa, s/n 30002-Murcia
- **TELÉFONOS:** 968 25 14 66 / 968 25 15 18 - Fax: 968 26 26 01
- Área de salud: Área VII Murcia Este
- Hospital de referencia: Hospital General Universitario Reina Sofía

CENTRO DE SALUD MENTAL MURCIA-ESTE

- COORDINADOR: D. Miguel Ángel Santiuste de Pablos
- Dirección: Avda. de la Fama, nº 1 - 2ª Planta - 30003 Murcia
- **TELÉFONO:** 968 35 94 60
- Área de salud: Área VII Murcia Este
- Hospital de referencia: Hospital General Universitario Reina Sofía

CENTRO DROGODEPENDENCIAS DE MURCIA

- COORDINADORA: D^a. Rosa M^a. Gómez Sánchez
- Dirección: Avda. de la Fama, nº 1 - 1^a Planta - 30003 - Murcia
- **TELÉFONO:** 968 35 90 62 - Fax: 968 35 93 91
- Área de salud: Áreas I, VI y VII

CENTRO DE SALUD MENTAL Y DROGAS DE CIEZA

- COORDINADOR: D. Desiderio Mejías Verdú
- Dirección: Avda. Italia, s/n - 30530 Cieza
- **TELÉFONO:** 968 45 35 08 - Fax: 968 45 35 08
- Área de salud: Área IX Vega Alta Segura.
- Hospital de referencia: Hospital de la Vega Lorenzo Guirao

ANEXO II A

Protocolo Operativo Gestor Sanitario Psiquiatría – Dirección General de Seguridad Ciudadana y Emergencias

Gestor Sanitario

A1.05 PSIQUIATRIA

Descripción: Síntomas producidos por alteraciones de la percepción y conducta normales.

PA-S Zona: **XY** TR: **ERM / XY**

>>VISTO CAMBIO DE TR
SI AGRESIVO -> A1.05.01
SI NO AGRESIVO -> A1.05.02

A1.05.01 PSIQUIATRIA PACIENTE AGRESIVO

Descripción: Individuo alterado psíquicamente y que presenta una conducta agresiva que puede producir daño a sí mismo, a los objetos circundantes y las personas que le rodean.

PA-S Zona: **XY** TR: **ERM / XY**

>>VISTO CAMBIO DE TR
¿ESTA EN TRATAMIENTO PSIQUIATRICO?
¿ES LA PRIMERA VEZ QUE LE OCURRE?
¿ESTA ARMADO?
¿ES O PUEDE SER PELIGROSO?
&&A-P &&

PA-A Zona: **XY** TR:

AS00/16/24/30

Documento común a todas las tipificaciones.

PA-A Zona: **XY** TR:

CR

Documento común a todas las tipificaciones.

PA-P Zona: **XY(Excepto XY=05,16,24,27,30,43)** TR: **PXY(Excepto 05,16,24,27,30,43)**

INFORMAR A POLICIA LOCAL:
PL NO INTEGRADA/OPERATIVA %NL%XYPL%
SI NO UNIDADES, AVISAR FUERZAS ESTADO
GUARDIA CIVIL %NL%COS%

PA-P **Zona: XY(XY=05,16,24,27,30,43)** **TR:**
PXY(XY=05,16,24,27,30,43)

INFORMAR A POLICIA LOCAL:
PL NO INTEGRADA/OPERATIVA %NL%XYPL%
SI NO UNIDADES, AVISAR FUERZAS ESTADO
SEGÚN ZONA COMPETENCIA:
GUARDIA CIVIL %NL%COS%
POLICIA NACIONAL %NL%XYPN%

PA-T **Zona: XY** **TR: RENF**

LLAMAR CPS VALENCIA %NL%CPS 1%
SI NO CONTACTA
CENTRO COORD. VALENCIA %NL%PUMA RENF 1%
%NL%PUMA RENF 2%

A1.05.02 PSIQUIATRIA PACIENTE NO AGRESIVO

Descripción: Síntomas producidos por alteraciones de la percepción y conducta normales y que no presenta actitud agresiva.

PA-S **Zona: XY** **TR: ERM / XY**

>>VISTO CAMBIO DE TR
¿ESTA EN TRATAMIENTO PSIQUIATRICO?
&&A-(P SI EN VIA PUBLICA) &&

PA-A **Zona: XY** **TR:**

AS00/16/24/30

Documento común a todas las tipificaciones.

PA-A **Zona: XY** **TR:**

CR

Documento común a todas las tipificaciones.

PA-P **Zona: XY(Excepto XY=05,16,24,27,30,43)** **TR: PXY(Excepto 05,16,24,27,30,43)**

A PETICION DE MD SOLICITAR POLICIA LOCAL:
PL NO INTEGRADA/OPERATIVA %NL%XYPL%
SI NO UNIDADES, AVISAR FUERZAS ESTADO
GUARDIA CIVIL %NL%COS%

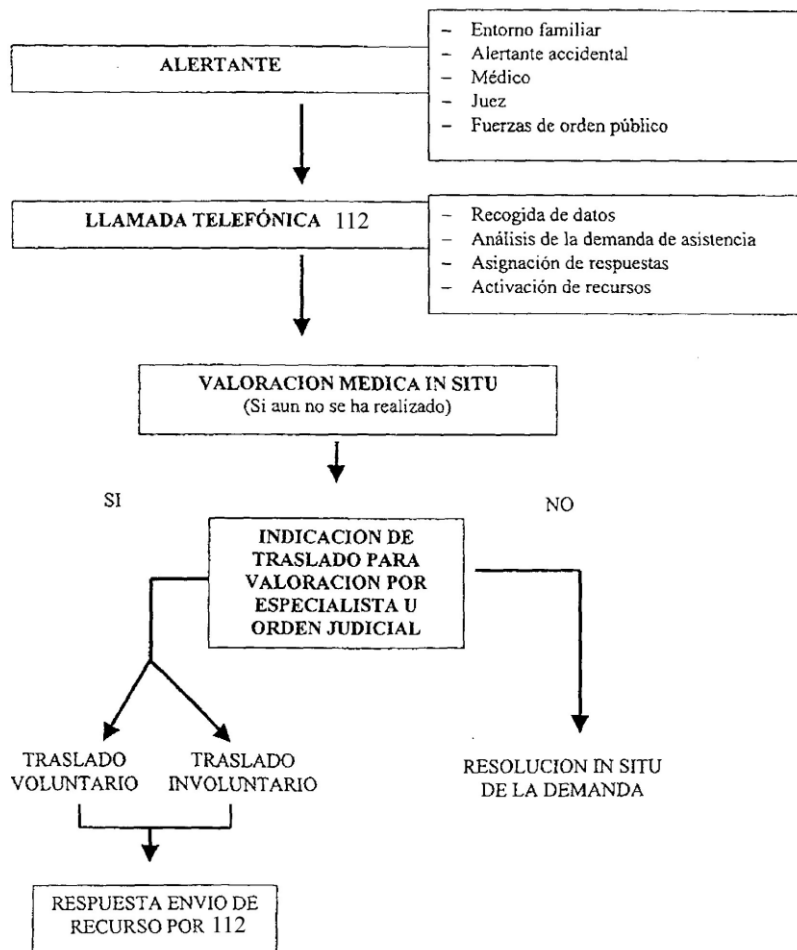
PA-P **Zona: XY(XY=05,16,24,27,30,43)** **TR:**
PXY(XY=05,16,24,27,30,43)

A PETICION DE MD SOLICITAR POLICIA LOCAL:
PL NO INTEGRADA/OPERATIVA %NL%XYPL%
SI NO UNIDADES, AVISAR FUERZAS ESTADO
SEGÚN ZONA DE COMPETENCIA:
GUARDIA CIVIL %NL%COS%
POLICIA NACIONAL %NL%XYPN%

PA-T **Zona: XY** **TR: RENF**

LLAMAR CPS VALENCIA %NL%CPS 1%
SI NO CONTACTA

ALGORITMO ACTUACIÓN ANTE DEMANDA DE ASISTENCIA POR PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA URGENTE (ANEXO II)





ANEXO II B

SERVICIO AUTOMÁTICO DE LLAMADA DE URGENCIA. 112

En la Región de Murcia disponemos de una amplia gama de recursos humanos y materiales para atender situaciones de emergencia:

- Urgencias y Emergencias Sanitarias.
- Bomberos.
- Policía Local.
- Cuerpo Nacional de Policía.
- Guardia Civil.

La Decisión del Consejo de las Comunidades Europeas 91/396/CEE, de 29 de julio de 1991, impone materialmente dos obligaciones a los Estados miembros:

- Introducir el número 112 como número único de llamada de urgencia europeo.
- Adoptar las medidas necesarias para garantizar que las llamadas al número telefónico 112 reciban la respuesta y la atención apropiadas.

En cumplimiento de la citada Decisión, el Gobierno Español, a través del Real Decreto 903/1997, de 16 de junio:

- Habilita el número telefónico 112, con carácter exclusivo nacional, para el acceso al servicio de atención de llamadas de urgencia.
- Regula el acceso a dicho servicio mediante las redes de los operadores telefónicos.

ELEMENTOS BÁSICOS

ACCESO AL 112:

Podrá utilizarse por los ciudadanos para requerir, en casos de urgente necesidad, la asistencia de los servicios públicos competentes en:

- Atención de urgencias sanitarias.
- Extinción de incendios y salvamento.
- Seguridad ciudadana.

- Y, por la posible necesidad de coordinar los anteriores, de protección civil, cualquiera que sea la Admón. de la que dependan.

PRESTACIÓN DEL SERVICIO 112:

Se llevará a cabo por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, que para ello ha dispuesto:

- 1- Establecer los correspondientes centros de recepción de llamadas de urgencia.
- 2- Garantizar la respuesta y atención adecuadas de las llamadas que se produzcan y asegurar una actuación rápida, ordenada y eficaz de los mencionados servicios, en el ámbito que a cada uno le corresponda.

El Servicio

En cumplimiento de lo establecido en los citados Decisión y Real Decreto, el Gobierno de la Región de Murcia, a través del Decreto 67/1997, de 19 de septiembre:

Implanta el servicio de atención de llamadas de urgencia, a través del número telefónico 112, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (en adelante, servicio 1-1-2 REGIÓN DE MURCIA ó 1-1-2 RM), y designa a ésta como entidad prestataria única del mencionado servicio.

El servicio establecido en este Decreto:

- 1-Se configura como un servicio público.
- 2-Que se prestará bajo la forma de gestión directa por la Consejería de Presidencia, a través de la Dirección General de Protección Civil, que adoptará cuantas medidas sean necesarias para la implantación del servicio.

ANEXO II C

FUNCIONES DE LOS ÓRGANOS DIRECTIVOS DE LA CARM

La Dirección General de Seguridad Ciudadana y Emergencias ejercerá las competencias en materia de coordinación de policías locales, emergencias, protección civil, prevención y extinción de incendios y salvamento, las correspondientes al servicio de atención de las llamadas de urgencia a través del Teléfono Único Europeo 1-1-2 y los procedimientos de respuesta a las mismas, así como las relativas al control de accesos y seguridad en inmuebles de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma y la organización y delimitación de las funciones de su personal.

Coordinación de las Policías Locales de la Región de Murcia

“Se entiende por coordinación la determinación de los criterios necesarios para la adecuación de la formación, organización, dotación y

actuación de las Policías Locales al sistema y fines generales de la seguridad pública, dentro de los cometidos que tienen legalmente asignados, así como la fijación de los medios para homogeneizar las Policías Locales de la Región a fin de lograr una acción que mejore su profesionalidad y eficacia, tanto en sus acciones individuales como en las conjuntas, y otro mecanismos e asesoramiento y colaboración, de conformidad con la Ley Orgánica de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y la de Bases de Régimen Local”.

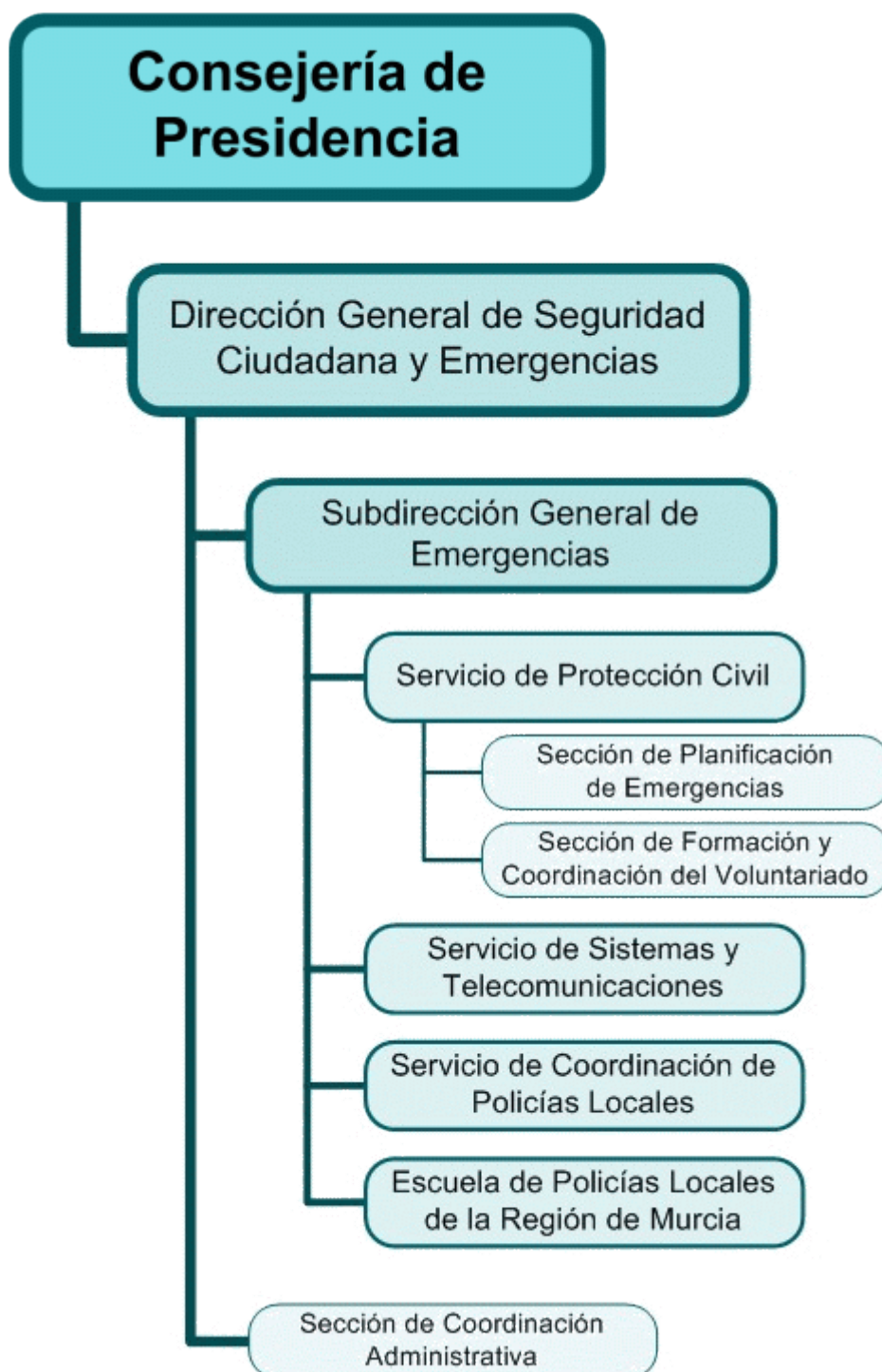
Funciones del Servicio de Coordinación de Policías Locales:

- a) Elaboración de los proyectos de normas para el desarrollo y aplicación de la legislación en materia de Coordinación de Policías Locales.
- b) Estudio y propuestas sobre criterios y programas para la selección y promoción para las diferentes categorías de los Cuerpos de Policía Local.
- c) Colaboración en acciones formativas para Policías Locales.
- d) Estudio y propuesta para la mejora de los Servicios de la Policía Local y sobre homogeneización de medios técnicos, uniformidad, y medios de defensa, entre otros.
- e) Estudio, a solicitud de los Ayuntamientos y en colaboración con los órganos y Entidades competentes, de planes de actuación conjunta entre los distintos Cuerpos de Policía Local, en los supuestos de concurrencia de personas y acontecimientos que rebasen las circunstancias habituales.
- f) Seguimiento de los acuerdos de la Comisión de Coordinación de las Policías Locales.
- g) Seguimiento y supervisión de los acuerdos de las Corporaciones Locales en materia de Policías Locales.
- h) Asesoramiento en esta materia a las Corporaciones Locales.
- i) Cualesquiera otras que le sean encomendadas en el ámbito de sus competencias.

Funciones de la Policía Local en la materia:

- Actuación dentro del ámbito territorial del municipio respectivo, salvo en situaciones de emergencia y previo requerimiento de las autoridades competentes y autorización del Alcalde respectivo.
- Policía Local como policía judicial en sentido genérico.
- Participa en funciones de policía judicial.
- Colaborador de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en funciones de policía judicial.
- Seguridad ciudadana, auxilio y protección a las personas.

Estructura de la Dirección General de Seguridad Ciudadana y Emergencias



El DECRETO 53/2001, de 15 de junio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Presidencia (BORM 26 Junio 2001) establece la Estructura de la Dirección General de Emergencias en los siguientes artículos:

Artículo 48.- Dirección General.

1.- La Dirección General de Emergencias es el Centro Directivo al que le corresponde, además de las funciones establecidas con carácter general en la normativa regional vigente para las Direcciones Generales, el ejercicio de las competencias en materia de protección civil, prevención y extinción de incendios y salvamento, así como las correspondientes al servicio de atención de llamadas de urgencia a través del teléfono único europeo 1- 1- 2 y los procedimientos de respuesta a las mismas.

2.- Para el ejercicio de estas competencias, la Dirección General de Emergencias se estructura en:

- a) El Centro de Coordinación de Emergencias.
- b) La Sección de Coordinación Administrativa.
- c) Los asesores y/o técnicos que se determinen en la relación de puestos de trabajo.

Artículo 49.- Centro de Coordinación de Emergencias.

1.- Al frente del Centro de Coordinación de Emergencias habrá un Director con rango administrativo de Subdirector General, al que le corresponde establecer la Plataforma Tecnológica y Operativa de atención de llamadas a través del número telefónico 1-1-2, así como activar de forma coordinada los organismos o entidades de naturaleza pública o privada, cuyos servicios puedan ser requeridos en caso de emergencia, a fin de asegurar la vida o integridad física de las personas y/o sus bienes.

2.- En el supuesto de que se tenga que activar un Plan de Emergencia de Protección Civil, el Centro de Coordinación de Emergencias actuará como Centro de Coordinación Operativa (CECOP), ostentando su dirección técnica el Director del Centro.

3.- El Centro de Coordinación de Emergencias se estructura en las siguientes unidades:

- a) Servicio de Protección Civil.
- b) Servicio de Sistemas y Telecomunicaciones.

Artículo 50.- Servicio de Protección Civil.

1.- Le corresponde el ejercicio de las funciones de planificación, coordinación, dirección y control de las unidades y/o puestos dependientes del Servicio, en relación con las siguientes actuaciones:

- a) Elaboración de los proyectos de planes y programas de actuación y equipamiento regionales, en materia de protección civil.
- b) Elaboración del Inventario de Riesgos Potenciales en la Región, su prevención y control.
- c) Elaboración, desarrollo e implantación de los planes de Protección Civil y Protocolos de actuación para hacer frente a los distintos tipos de emergencia.
- d) Asesorar y asistir a las Corporaciones Locales, Entidades y Empresas en aquellas actuaciones preventivas que le sean solicitadas.
- e) Coordinación de las agrupaciones locales de voluntarios de Protección Civil, y el asesoramiento a la Comisión Regional de Protección Civil.
- f) Elaboración e implantación de los planes formativos en materia de Protección Civil, así como el desarrollo de actuaciones y campañas informativas.
- g) Cualesquiera otras que le sean encomendadas en el ámbito de sus competencias.

2.- Para el cumplimiento de sus funciones, el Servicio se estructura en las siguientes unidades administrativas:

- a) Sección de Planificación de Emergencias, a la que compete las funciones de ejecución, informe y propuesta de las actuaciones del Servicio en materia de Planes de emergencia regional, recursos movilizables, colaboración con las Corporaciones Locales e inventario de Riesgos Potenciales de la Región, así como de los recursos movilizables.
- b) Sección de Formación y Coordinación del Voluntariado, a la que compete las funciones de ejecución, informe y propuesta de las actuaciones del Servicio en materia de actividades formativas de emergencia, asesoramiento a empresas y Corporaciones Locales, Protección Civil y Municipal, voluntariado y campañas de información sobre estos temas.

3.- Asimismo, el Servicio de Protección Civil contará con los técnicos que se determinen en la Relación de Puestos de Trabajo.

Artículo 51.- Servicio de Sistemas y Telecomunicaciones.

1.- Le corresponde el ejercicio de las funciones de planificación, coordinación, dirección y control de las unidades dependientes del Servicio, en relación con las siguientes actuaciones:

- a) La gestión, administración y mantenimiento de los sistemas informáticos y de telecomunicaciones del Centro de Coordinación de Emergencias y de sus unidades periféricas.
- b) La elaboración y gestión de los planes informáticos y de telecomunicaciones de la Plataforma Tecnológica asociada al Centro de Coordinación de Emergencias, así como sus revisiones en coordinación con el Servicio de Gestión Informática de la Consejería y con la Dirección General de Sistemas de Información y Comunicaciones.
- c) La Gestión y custodia de las bases de datos y de los ficheros informatizados asociados al 1-1-2, asegurando la organización de los sistemas de seguridad de la información.
- d) Cualesquiera otras que le sean encomendadas en el ámbito de sus competencias.

2.- Para el desarrollo de sus funciones, el Servicio contará con los técnicos que se determinen en la relación de Puestos de Trabajo.

Artículo 52.- Sección de Coordinación Administrativa.

Le corresponde realizar las funciones de apoyo, coordinación y asistencia administrativa a las distintas Unidades de la Dirección General, y en concreto, las funciones de registro auxiliar y archivo de documentos, inventario y patrimonio, vigilancia y control de accesos, asuntos generales, gestión de personal, gestión económica y presupuestaria, con especial dedicación a la elaboración del anteproyecto de presupuestos de la Dirección General, tramitación de expedientes de gasto, seguimiento y control presupuestario y tramitación de los expedientes de contratación, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otras unidades de la Consejería, así como desempeñar la Secretaría de la Comisión Regional de Protección Civil.

ANEXO III

ACTUACIÓN SANITARIA CON PACIENTES AGITADOS Y DE DIFÍCIL MANEJO

INTRODUCCIÓN

En la actuación cotidiana de una unidad de urgencias/emergencias sanitarias, se puede dar la situación de actuar en una emergencia con pacientes agitados por varios tipos de patologías que causa la activación de la unidad, nos referiremos aquí a la actuación sobre el problema en sí del estado agitado o su posibilidad en un paciente y su manejo adecuado. Este paciente manifestará una posible exaltación de síntomas de alteración mental y/o física que puede variar en cualquier momento, por lo que su manejo adecuado es primordial para la seguridad del paciente y del propio personal de la Unidad.

Consideraremos paciente agitado-agitado psicomotriz o con la posibilidad de considerarlo así, a todo paciente que en la información recibida por el CCU-061 **Centro de Coordinación de Urgencias de la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias Región de Murcia 061**, integrado en la Sala del 1-1-2) o tras la valoración inicial por el médico de la Unidad, se considere encuadrado en paciente agitado o violento por causas ajenas a sí mismo, que se pueden encuadrar en:

1. • Causas orgánicas:
 - Tóxicas: Abuso, sobredosis o abstinencia de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, estimulantes, etc.)
 - Metabólicas: hipoglucemia, encefalopatía, etc.
 - Neurológicas: postconvulsiones, TCE, ACV, tumores, etc.
2. • Causas psiquiátricas:
 - Psicóticas: esquizofrenia, psicosis, etc.
 - No psicóticas: trastornos de la personalidad, crisis de ansiedad, etc.
3. • Causas no encuadradas en las anteriores:
 - Reacciones desbordantes por pérdidas en catástrofes o accidentes.
 - Estrés agudo.
 - Abusos sexuales o físicos.
4. • Intento de autolisis-suicidio.
5. • Ingreso psiquiátrico involuntario y voluntario (se toman las precauciones necesarias ante el posible cambio de opinión).

6. • Intento de agresión a sí mismo, familiares, espectadores o personal interviniente provocado por los motivos anteriores.

En general, cualquier paciente que pueda constituir un peligro para sí mismo o para los demás, provocado por su patología.

Se desarrollan unas guías de actuación del personal interviniente durante las fases en que se desglosa la actuación del equipo sanitario, pues son muy diferentes los pasos a seguir durante cada una de ellas; aunque como **norma marco** siempre primará la seguridad del paciente y del equipo interviniente.

Desglosamos las fases de la actuación, donde describimos la actuación del personal de guardia.

ACTIVACIÓN

Al ser activados, y recibir información del CCU-061 sobre un posible paciente que se ajuste a estas especificaciones, se recabará siempre la presencia de Agentes del Orden Público, tomando esto como **Protocolo cerrado de actuación**. Al tiempo, el médico actuante, pedirá toda la información posible al CCU sobre el motivo concreto que ha causado la activación a través de la información recibida en la llamada, concretando quien llama y qué refiere el llamante, pues contar con toda la información posible, permitirá una mejor y más segura intervención.

APROXIMACIÓN

La aproximación se efectuará igual que cualquier asistencia normal con todos los prioritarios activados, pero con la salvedad de desactivar los prioritarios acústicos pero dejando los luminosos en las cercanías de la ubicación del servicio asignado, siempre que tal hecho sea posible para la seguridad del desplazamiento. Tomando en tal circunstancia las medidas de precaución adecuadas, pues el silenciar los prioritarios acústicos conlleva que la Unidad será menos visible-audible para los usuarios de la vía, al tiempo que, éstos pueden desconocer normalmente los protocolos de emergencia y no considerar una ambulancia con las luces encendidas como activada o en servicio prioritario.

En la aproximación al lugar definitivo de destino, se valorará la ubicación de la posición de la Unidad en el lugar más seguro y sin obstaculizar la llegada de los recursos adicionales (Agentes del Orden Público, Bomberos, más unidades, etc.).

Se considerará a la Unidad punto de referencia para posibles agresiones, por lo que siempre se buscará la colocación de la unidad dejando un punto de salida rápida.

LLEGADA

Una vez que estacionamos la Unidad, siempre que tengamos constancia o sospechemos que el paciente está agresivo, esperaremos la llegada de las Fuerzas del Orden público antes de bajar del vehículo. Nunca se actuará sin su acompañamiento.

Se debe valorar el desconectar los prioritarios luminosos dejando las luces de avería siempre que no sea un hándicap para la seguridad del equipo, pues es un estímulo externo para este paciente tipo que puede influir en elevar su nivel de agresividad o excitación, especialmente en pacientes agitados por causas neurológicas, mas sensibles a las luces estroboscópicas y destellantes.

ASISTENCIA IN SITU

En el abordaje del paciente todo el equipo contribuirá a ayudar al médico de la Unidad en la valoración del entorno para la propia seguridad de la intervención, al tiempo nunca se actuará sin acompañamiento de las fuerzas del orden. El médico de la Unidad, valorará el paso en primer lugar de los agentes de la autoridad.

En la entrada a cualquier habitáculo, el equipo valorará prioritariamente una salida antes de cualquier abordaje del paciente, siempre dejando libre una salida rápida ante cualquier tipo de agresión. Al tiempo nunca se debe obstaculizar al paciente de modo que se sienta encerrado hasta que el medico decida cuál es el método adecuado de tratamiento y abordaje.

Se debe valorar la presencia de cualquier objeto que pueda causar daño a sí mismo, a personal externo y a los propios intervinientes, debiendo de tener en cuenta que cualquier objeto puede convertirse en un arma arrojadiza.

El facultativo decidirá cuál es el medio más adecuado para el tratamiento del paciente, pidiendo la intervención de las fuerzas del orden **que serán las encargadas de efectuar la contención mecánica, para la posterior sedación**, si el médico decide tras la valoración que es el método adecuado de manejo. El resto del equipo colaborará con las fuerzas del orden, dirigiendo el médico su intervención para poder administrar medicación y colocar las medidas de contención mecánica adecuadas.

La contención física, se hará siempre entre los agentes del orden y el equipo de la Unidad asistiéndolos para colocar el material de contención mecánica.

Tras la correcta inmovilización/contención, la evacuación hasta la Unidad, se hará en el medio más apropiado a las circunstancias de la ubicación del servicio, utilizando con los medios de evacuación, siempre las medidas de contención apropiadas, sujetando el paciente al medio (silla de rescate, tabla, etc.), pues es uno de los puntos más conflictivos en el traslado de un paciente junto con el traslado-derivación.

TRASLADO-DERIVACIÓN

El paciente siempre irá con medios de contención mecánica, bien correas o cinchas tipo araña, sujetos a la camilla-bancada. Se debe recordar que además de las correas o cinchas tipo araña, las manos, muñecas, tobillos y cabeza deben de asegurarse en lo posible para evitar cualquier tipo de incidente.

Como la presión psicológica de cualquier paciente contenido será estresante, la observación periódica es primordial, previendo cualquier tipo de incidencia, como vómitos, mareos, crisis de ansiedad, claustrofobia, etc., dando cuenta de ello al médico, que valorará la actuación a seguir.

Si el paciente va sedado, se aplicará el protocolo adecuado para asegurar su tratamiento al tiempo, que **igualmente se aplicarán los medios de contención** antes descritos, pues el nivel de tolerancia a los fármacos de cada paciente es variable, especialmente en paciente con tratamiento multifarmacológico y puede reaccionar más rápido de lo esperado.

Los medios de contención se evaluarán periódicamente, comprobando que el paciente no sufre ningún tipo de daño, al tiempo que se comprueba que no se suelten pues con el forcejeo ningún método es completamente inamovible, al tiempo que este paciente tipo puede desarrollar fuerzas completamente inesperadas en su fisiología.

En algunos casos el facultativo, valorará la presencia de un agente de la autoridad dentro de la unidad, solicitando su colaboración, permitiéndole el acceso y la posición dentro de la cabina asistencial en el lugar más idóneo para la colaboración con el personal asistencial. En caso contrario, el médico, valorará si es necesaria la escolta policial solicitando su colaboración hasta el hospital de destino. Cualquiera de las contingencias se comunicará al CCU-061 previa autorización del médico.

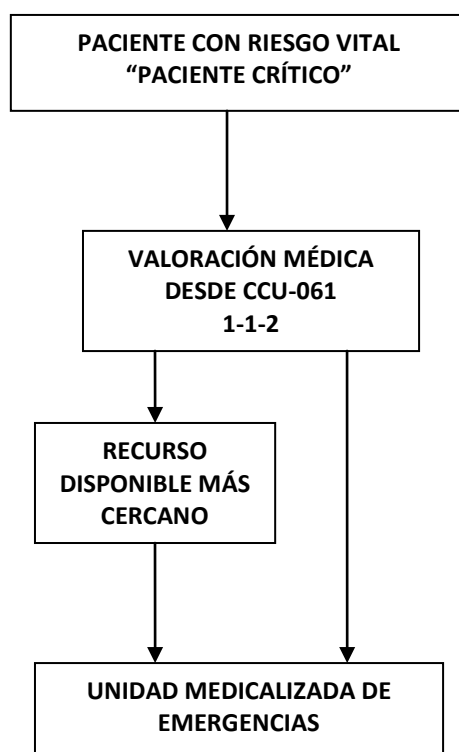
AGORITMO DE ACTUACIÓN

Se hará un aviso previo al hospital de destino, siempre que el paciente pueda provocar cualquier incidente, solicitando la presencia del personal de seguridad interno del hospital. A la llegada, se actuará igual que en cualquier transferencia, pero con la particularidad de los medios de contención mecánica que deben de quitarse solo en presencia del personal interno del hospital, que los solapará con los propios previamente, ante la presencia del personal de seguridad si la situación lo aconseja. En caso de pacientes sedados, se seguirán las normas habituales de transferencia con el material que el médico considere necesario, monitorización cardiaca y/o respiratoria, oxigenoterapia, etc. efectuando la transferencia colaborando en el mantenimiento del nivel asistencial, solicitando al hospital el material necesario y solapando unos cuidados con otros.

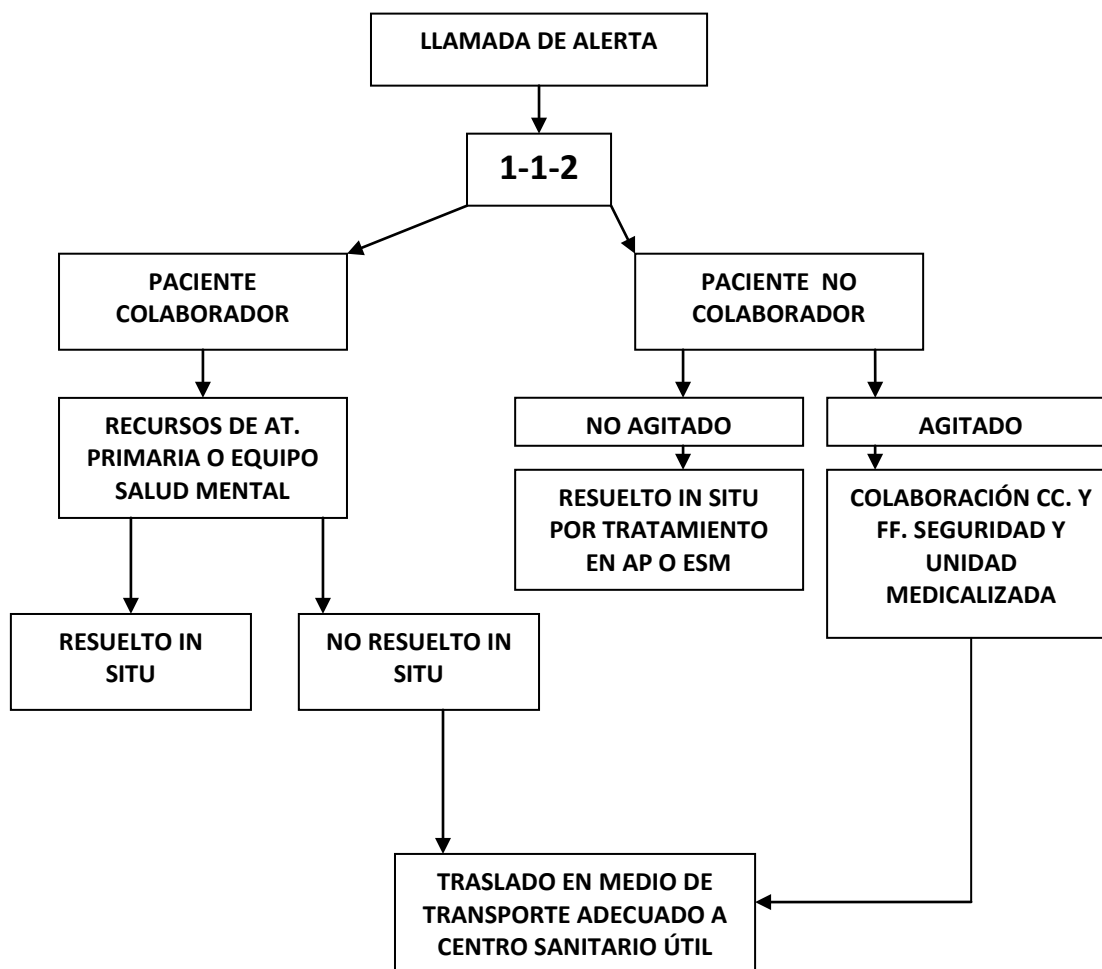
En otro orden de cosas, también queremos aportar flujogramas que faciliten los modos de actuación según el tipo de urgencia del paciente psiquiátrico:

ALGORITMO DE ACTUACION ANTE PACIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL, SEGÚN PRESENTE O NO RIESGO VITAL

1. Enfermo mental con compromiso o riesgo" vital"



2. Enfermo mental sin riesgo vital



La evaluación inicial correrá a cargo del primer médico que asista la urgencia y en todos los casos el Centro de Coordinación de Urgencias 061, es el encargado de gestionar todas las situaciones que requieran movilización de recursos asistenciales y de solicitar la cooperación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.

Para ello una vez recibida la demanda de asistencia y tras recabar la información de los Equipos de Atención Primaria o de Salud Mental (si han intervenido o han sido requeridos para ello), movilizarán todos los recursos necesarios para la resolución de la demanda.

En todo caso, los órganos competentes del Servicio Murciano de Salud promoverán y proveerán de los mecanismos organizativos pertinentes que permitan a través del CCU 061 (1-1-2), el flujo de información clínica entre los distintos niveles asistenciales, necesaria para la resolución de la asistencia.

Anexo IV - Marco normativo.

LEY 11/2000, DE 7 DE ENERO, DE ENJUICIAMIENTO CIVIL *

Art. 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. *El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. Ver Sentencia TC (Sala Pleno) de 2 diciembre 2010, con el efecto establecido en el Fundamento Jurídico 3.*

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal. Ver Sentencia TC (Sala Pleno) de 2 diciembre 2010, con el efecto establecido en el Fundamento Jurídico 3.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Aclaración.*

Sentencia TC (Sala Pleno) de 2 diciembre 2010, con el efecto establecido en el Fundamento Jurídico 3

3. A juicio del órgano judicial que plantea la cuestión, la garantía de la libertad personal establecida en el art. 17.1 CE alcanza a quienes son objeto de la decisión judicial de internamiento a que se refiere el art. 763 LEC, según resulta de la doctrina de este Tribunal Constitucional (SSTC 104/1990 y 129/1999), de manera que dicho precepto, por su condición de norma que fija uno de los casos en que una persona puede ser privada de libertad, concurre al desarrollo del derecho fundamental garantizado en el art. 17.1 CE y debiera, por ello, tener el carácter de ley orgánica, según exige el art. 81.1 CE y se ha reconocido en la STC 129/1999, de 1 de julio, con ocasión de una cuestión planteada respecto del párrafo segundo del propio art. 211 del Código civil. Sin embargo, el precepto cuestionado no tiene tal carácter, lo que implicaría, para el Juzgado, su inconstitucionalidad y nulidad por infracción de los arts. 17.1 y 81.1 CE.

Comentario

Sin embargo, el Tribunal Constitucional consciente de las consecuencias no deseadas que se derivarían de expulsar la norma del ordenamiento jurídico, lo que crearía un vacío normativo de impredecibles consecuencias, al dejar sin habilitación legal la respuesta frente a situaciones derivadas del tratamiento de aquellas personas que padezcan trastornos psíquicos y cuya terapia exigiese un internamiento no voluntario, así como las resoluciones ya adoptadas y que amparan dicha medida, hace una declaración de **"inconstitucionalidad diferida"**, no declara su nulidad sino que insta al legislador a que a la mayor brevedad posible proceda a regular la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica.

LEY 3/2009, DE 11 DE MAYO, DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA.

Principios Rectores

Artículo 7 Principios Rectores

De conformidad con los derechos fundamentales de la persona, los principios rectores que deben informar e inspirar el conjunto de actuaciones destinadas a los usuarios y pacientes en el ámbito de la salud y servir de criterio de interpretación en la aplicación y desarrollo de esta Ley, son los siguientes:

- 1.- Respeto a la personalidad e integridad de la persona.
- 2.- Respeto a la dignidad, sin que nadie pueda sufrir discriminación alguna por razón de nacimiento, edad, nacionalidad, raza, sexo, deficiencia o enfermedad, religión, moral, opinión, económica, ideológica o por cualquier otra circunstancia personal o social.
- 3.- Derecho a recibir un trato humano, respetuoso y adecuado a sus condiciones personales y de comprensión.
- 4.- Acceso a los servicios asistenciales disponibles en condiciones de igualdad efectiva.
- 5.- Derecho a recibir información sanitaria.
- 6.- Respeto al honor e intimidad, debiendo garantizarse la confidencialidad de los datos sobre la salud.
- 7.- Respeto a la libertad de la persona en las decisiones que afecten a su salud.
- 8.- Respeto a la libertad de decisión y actuación que los profesionales sanitarios, con respeto a la «lex artis» y a los principios y derechos contemplados en la presente Ley, adopten en relación a los problemas de salud de los pacientes.

Artículo 8 Humanización de la atención y asistencia sanitaria

Las actuaciones sanitarias destinadas a los ciudadanos deberán ofrecer una atención y trato individualizado, adecuado a las condiciones personales y familiares de los usuarios. En esta línea, la Administración Sanitaria impulsará acciones que profundicen en la humanización de la atención y asistencia sanitaria, en especial fomentando entre profesionales sanitarios y pacientes un espacio de confianza, respeto mutuo y comprensión.

MURCIA MARZO DE 2014