

(PD)

Planificació i Avaluació  
Pla Director de Salut Mental i Addiccions

# Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya

Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya

06

# Pla Director de Salut Mental i Adiccions

## Índex

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

### Pla Director Sociosanitari (Catalunya)

Pla Director Sociosanitari. - (Planificació i avaluació ; 4)

Bibliografia

ISBN 84-393-7264-7

I. Catalunya. Departament de Salut II. Títol III. Col·lecció: Planificació i avaluació ; 4

1. Vells - Assistència mèdica - Catalunya 2. Malalts mentals - Assistència mèdica - Catalunya 3. Malalts terminals - Assistència mèdica - Catalunya

4. Catalunya - Política sanitària

614.39(467.1)

Presentació de la consellera .....	5
1. Resum executiu .....	7
2. Introducció .....	13
2.1 Antecedents històrics .....	14
2.2 El model del Pla director de salut mental i addiccions .....	19
3. Finalitat del Pla .....	25
3.1 Missió .....	26
3.2 Valors .....	26
3.3 Objectius del Pla de Salut 2010 .....	26
3.4 Objectius del Pla director de salut mental i addiccions .....	27
4. Organització del Pla .....	29
5. Anàlisi de situació .....	33
5.1 Anàlisi econòmica. Estimació de la despesa any 2006 .....	34
5.2 Estat de salut .....	35
5.3 Percepció de la salut .....	44
5.4 Utilització de serveis .....	49
5.5 Mortalitat .....	52
5.6 Morbiditat hospitalària .....	55
5.7 Morbiditat ambulatoria .....	57
5.8 DAFO .....	67
6. Propostes .....	75
6.1 Línies i objectius operatius .....	76
6.2 Projectes i prioritats per al 2005 – 2007 .....	99
6.3 Coordinació amb altres serveis .....	108
7. Mapa sanitari .....	109
7.1 Introducció .....	110
7.2 Els eixos del canvi .....	111
7.3 Àmbits d'intervenció implicats .....	115
7.4 Els criteris de planificació .....	118
7.5 Aspectes crítics .....	125
8. Seguiment i avaluació .....	129
9. Actors del Pla .....	137
10. Annex .....	149
11. Índex de figures, gràfics i taules .....	153
11.1 Figures .....	154
11.2 Gràfics .....	154
11.3 Taules .....	155
12. Glossari terminològic .....	157
13. Bibliografia consultada .....	161

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Edita: Direcció General de Planificació i Avaluació.

Pla Director de Salut Mental i Addiccions

Primera edició: Barcelona, octubre de 2006

Tiratge: 2.000 exemplars

ISBN: 84-393-7175-6

Dipòsit legal: B-51433-2006

Assessorament lingüístic: Caballeria T&A SL

Disseny: eggeassociats

Impressió: Dilograf



#### Presentació de la consellera de Salut, Marina Geli, per al Pla director de salut mental i addiccions

La planificació sanitària és un dels eixos fonamentals de la política de Govern. El bon nivell de qualitat i eficiència del sistema sanitari català fa que la salut dels ciutadans de Catalunya sigui una de les millors del món. En aquest marc, la planificació sanitària del Departament de Salut té com a objectiu marcar les directrius estratègiques per continuar

avançant en la millora de l'estat de salut, la disminució de les desigualtats i l'eficiència dels serveis de salut. Fent especial èmfasi en que els serveis de salut continuïn contribuint a la millora de la salut i de la qualitat de vida dels ciutadans amb la incorporació de la nova evidència científica i la visió dels professionals i dels ciutadans.

El Pla de salut de Catalunya és l'eina amb la que es dota el Govern per marcar les prioritats en matèria de salut. El govern de la Generalitat, fomentant el rol directriu del Pla de salut, el reforça creant els Plans directors que s'encarreguen de fer operatives les polítiques marcades en el Pla de salut. El Departament de Salut ha prioritzat sis matèries, en base a l'anàlisi de la salut, dels serveis sanitaris i del context socioeconòmic del país, com a plans directors per al període 2005-07; són la salut mental i les addiccions, l'oncologia, les malalties vasculars, els problemes de salut socio-sanitaris, la immigració i la recerca en ciències de la salut.

Els Plans directors, adaptats a la realitat del nostre país i al context econòmic sanitari, defineixen les activitats i l'ordenació de serveis necessària per assolir les polítiques plantejades amb una visió integrada de la situació i abordant des de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia fins a la rehabilitació, amb les actuacions de diagnòstic i tractament. Els Plans defineixen un model d'atenció i organització de serveis que partint de la realitat permeten continuar avançant en l'eficiència i qualitat del sistema.

Amb aquestes línies els vull presentar el Pla director de salut mental i addiccions, fruit del treball de molts professionals que, juntament amb institucions proveïdores de serveis, associacions de pacients i familiars i tècnics del Departament de Salut, han elaborat les principals línies estratègiques i operatives per assolir els objectius de salut i de qualitat i eficiència de serveis.

El gener de 2005, i dins la declaració de Hèlsinki, la Unió Europea va declarar la salut mental com una prioritat. La visió europea parteix de la convicció que molts dels grans objectius estratègics de la Unió, com són la prosperitat duradora de la seva població, la solidaritat i la justícia social, i la qualitat de vida dels ciutadans, no podran ser assumits sense una millora clara de la salut mental de les persones. Aquesta Declaració assenyala explícitament que cal enfocar els greus problemes de la salut mental des de les polítiques públiques, en una perspectiva integradora que emfatitzi el respecte als drets humans i el rebuig a l'estigma i la discriminació amb el desplegament de polítiques de promoció i prevenció de la salut mental i amb la implementació de models d'atenció de base comunitària i multidisciplinària.

El Departament de Salut ha volgut prioritzar el desplegament del Pla director de salut mental i addiccions atesa l'elevada prevalença de trastorns mentals; perquè aquests problemes de salut generen una gran càrrega personal, familiar, social i sanitària; per tal d'incorporar els aspectes de promoció i prevenció de la salut mental; i perquè cal garantir una atenció adequada tant a les persones amb trastorns mentals greus com a les seves famílies.

Per donar resposta a tots aquests reptes que ens ofereix la societat actual es crea el Pla director de salut mental i addiccions que, amb una periodicitat de tres anys, fixa els objectius d'atenció així com les accions que faran possible que aquests objectius s'assoleixin.

Aquesta important eina de treball s'acompanyarà del desenvolupament posterior dels processos preventius i assistencials i dels circuits necessaris per fer operatives les estratègies en les diferents regions i Governos Territorials de Salut de Catalunya.

El Pla director, que s'acompanya de material de formació destinat als professionals i d'informació per a pacients i familiars, neix amb la voluntat de ser transparent i publicar de forma sistemàtica els seus resultats.

A tots aquells que han participat en l'elaboració del document vull agrair-los la seva dedicació i l'esforç realitzat. Espero i desitjo que aquest Pla sigui d'utilitat per a tots els professionals que treballen en el sistema sanitari i que contribueixi a la millora de la salut i qualitat de vida dels ciutadans de Catalunya del segle XXI.

**Marina Geli i Fàbregas**  
Consellera de Salut

## 1. Resum executiu

## 1. Resum executiu

La salut mental ha estat declarada recentment una prioritat en el sí de la Unió Europea (Declaració d'Hèlsinki, gener de 2005). La visió europea parteix de la convicció que molts dels grans objectius estratègics de la Unió, com són la prosperitat duradora de la seva població, la solidaritat i la justícia social, i la qualitat de vida dels ciutadans, no podran ser assumits sense una millora clara de la salut mental de les persones.

L'OMS defineix la salut mental com un estat de benestar en el que l'individu és conscient de les seves capacitats, pot enfrontar-se a les exigències normals de la vida i treballar de manera productiva i fructífera, i és capaç de contribuir a la seva comunitat.

Però la salut està condicionada per múltiples factors de tota mena: biològics, psicològics, familiars i socials, educatius, econòmics i mediambientals, que es relacionen entre sí i produeixen resultats en termes de salut.

Les ràpides transformacions socials en aquest inici del segle no són alienes als increments de la freqüència de les malalties mentals, les addiccions i altres conductes com la violència, el suïcidi o el comportament antisocial.

A Catalunya, la prevalença vida de patir un trastorn mental o una addicció és del 20,34% en els homes i del 26,92% en les dones (7,4 i 14,17% a l'any, respectivament), unes taxes superiors a les espanyoles i molt similars a les europees<sup>1</sup>.

**Un nou model d'atenció de salut mental i addiccions basat en:**

- L'orientació dels serveis a les **necessitats dels usuaris** i promoure la seva implicació activa en els plans terapèutics i la participació dels seus representants legals en la planificació a nivell central i local.
- **Integració** com a objectiu de millora permanent. Integració entre les xarxes especialitzades (salut mental, drogodependències, hospitalària) i amb la plena implicació de l'atenció primària de salut.
- **Una visió global i de continuïtat assistencial basada en el treball en xarxa** i en la multidisciplinarietat dels equips.
- Un **enfocament comunitari en els serveis i en les prestacions**, amb un model més preventiu, més rehabilitador i més proactiu en totes les intervencions.
- Una **organització basada en el sistema d'atenció integrat i integral amb base territorial**
- Una **pràctica assistencial basada en l'evidència científica** i experiència demostrable.

**Objectius del Pla director de salut mental i addiccions**

**1. Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addiccions:**

- Promoure els factors de protecció de la salut mental.
- Promoure la prevenció dels trastorns mentals i les addiccions a nivell comunitari des d'una visió intersectorial i interdisciplinari.
- Prevenció de trastorns mentals i les conductes de risc relacionades amb el consum de drogues en poblacions més vulnerables.

**2. Millora de l'atenció dels trastorns mentals i addiccions a l'Atenció Primària de Salut (APS):**

- Cartera de serveis específica en salut mental i addiccions a l'atenció primària.
- Millorar la detecció precoç i la capacitat resolutiva de l'atenció primària de salut.
- Millorar la formació dels professionals de l'Atenció Primària de Salut
- Millorar el suport dels equips de SM a l'APS

**3. Incorporació d'una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris, en base territorial:**

- Aconseguir que la cartera de serveis de salut mental i addiccions estigui realment orientada als usuaris i les seves famílies.
- Millorar la cartera de serveis per atendre els problemes de salut prioritzats.
- Reorganitzar els serveis actuals d'acord amb les noves necessitats estratègiques.
- Potenciar un sistema de gestió integrada que garanteixi la continuïtat assistencial.

**4. La veu dels afectats: millorar la seva implicació i assolir el compromís de la xarxa amb els seus drets:**

- Promoure un sistema d'atenció i uns serveis respectuosos amb l'autonomia de les persones, responsables en relació a les seves necessitats i curosos amb els seus drets i les seves responsabilitats.
- Afavorir la participació dels afectats en tant que ciutadans.

**5. La veu dels professionals: aconseguir la seva implicació i la seva satisfacció.**

- Incrementar la satisfacció dels professionals.
- Avaluar la satisfacció dels professionals.
- Assolir una retribució salarial i unes condicions de treball equitatives amb la resta de la xarxa sanitària (Mesa Social / Acord Marc).
- Assolir la formació necessària dels professionals per abordar els canvis estratègics proposats.
- Assegurar la participació dels professionals.

**6. Promoció de l'organització funcional integrada de les xarxes i serveis d'atenció.**

- Integració de les xarxes de salut mental d'adults, d'infantil i de drogodependències.
- Possibilitar un sistema de gestió territorial integrada dels serveis, d'acord amb el Programa d'Atenció a la Dependència i el Pla d'Atenció Integral a les persones amb malaltia mental.

**7. Afavorir la millora dels sistemes de gestió amb la implicació de les entitats proveïdores:**

- Potenciament de la cultura de l'avaluació com a estratègia per a la millora de la qualitat.
- Disminució de la variabilitat clínica inadequada.
- Millorar la informació clínica i epidemiològica mitjançant les noves tecnologies de la informació i la comunicació.

**8. Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau:**

- Planificar les necessitats de professionals per al futur.
- Produir els canvis necessaris en el sistema docent de postgrau, d'acord amb els objectius del Pla.
- Ajustar el sistema MIR, PIR, DUIR a les directrius PDSMiAd.
- Construir un sistema d'experteses i àmbits d'especialització acreditada.

**9. Enfortiment de la recerca epidemiològica i clínica, de l'avaluació dels serveis, i de la cooperació europea:**

- Enfortir la recerca epidemiològica i clínica.
- Estimular la cooperació amb els països de la UE i dels organismes internacionals.

## 1. Resum executiu

nals relacionats.

- Estimular la participació del PDSMiAd i de la xarxa en projectes europeus.
- 10. Assegurar la gestió del canvi:**
- Aconseguir l'equitat de l'oferta assistencial en el territori (mapa sanitari).
  - Promoure la capacitat de decisió i gestió de la comunitat i del territori. Implicació dels Governos Territorials de Salut.
  - Promoure un sistema de control de riscos del canvi.

**Prioritats per al període 2005-2007**

- 1. Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addiccions.**
- Elaborar una guia d'activitats de promoció i prevenció als Equips d'Atenció primària (EAPS's).
  - Promoure l'adequada aplicació del Programa de seguiment del nen sa i de la Guia d'activitats preventives a l'adolescència.
  - Elaborar una guia d'intervencions en l'àmbit educatiu.
  - Desplegament de programes comunitaris del consum de l'alcohol i altres drogues en població adolescent.
  - Elaborar una guia d'activitats preventives en la gent gran.
  - Projectes de prevenció en poblacions vulnerables.
  - Projecte de prevenció del suïcidi.
  - Projecte de lluita contra l'estigma.
- 2. Millora de l'atenció dels trastorns mentals i addiccions a l'Atenció Primària de Salut (APS).**
- Definir la cartera de serveis de salut mental i addiccions i iniciar els projectes demostratius d'implantació en el territori.
  - Definir amb el SEM el programa d'atenció immediata a les persones amb estrès posttraumàtic lligat a situacions de catàstrofes.
  - Disseny de programes de formació continuada.
- 3. Incorporació d'una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris, en base territorial.**
- Definir els criteris territorials de desplegament de serveis (mapa sanitari i socio-sanitari).
  - Implantar a tot Catalunya el programa d'atenció a les urgències psiquiàtriques domiciliàries.
  - Implantació progressiva d'una nova cartera de serveis dels CSM que inclogui:
    - L'atenció a les persones amb psicosis incipient.
    - L'atenció a les persones amb TMS amb més oferta d'atenció domiciliària i suport a les famílies.
    - L'atenció a la població infantil i juvenil amb trastorns mentals greus (TMG).
    - La millora de l'oferta de tractaments psicoterapèutics per a determinades patologies
  - Implantació progressiva d'una nova cartera de serveis en els CAS amb intervencions específiques per patologies i grups d'especial vulnerabilitat i activitats psicoterapèutiques.
  - Millora de l'atenció especialitzada a poblacions vulnerables.
  - Implantació a tot Catalunya del model de gestió clínica del cas.
  - Creació d'unitats funcionals per a l'atenció als infants amb discapacitats psíquiques i físiques.
  - Programes d'atenció als adolescents amb trastorns mentals i problemes de consum de substàncies tòxiques.

- Plans de reordenació dels serveis d'hospitalització i de rehabilitació comunitària.
- Plans de reordenació de l'atenció als TCA, ludopaties i els TLP.

- 4. La veu dels afectats: millorar la seva implicació i assolir el compromís de la xarxa amb els seus drets.**
- Guies sobre tractament i ingrés involuntari i mesures restrictives en psiquiatria.
  - Promoure la creació d'espais de participació activa de les organitzacions de familiars i d'usuaris.

- 5. La veu dels professionals: aconseguir la seva implicació i la millora de la seva satisfacció.**
- Elaborar un Programa de Formació continuada amb l'IES i el CCECS.
  - Sistema retributiu (Mesa social/ Acord marc).

- 6. Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes d'atenció.**
- Elaborar projectes en el territori per afavorir la gestió compartida i/o la proximitat física dels equipaments.
  - Projectes conjunts d'activitats de suport a l'atenció primària de salut.
  - Programa comú en el territori per a l'atenció als adolescents amb TM i problemes de consum.
  - Creació d'espais territorials de cooperació CSMA - CSMIJ - CAS.
  - Incorporació de la salut mental i les drogodependències en el model de pagament capítatiu.
  - Projectes de gestió integrada en el territori entre serveis sanitaris i socials (demostratiu Prodep).

- 7. Afavorir la millora dels sistemes de gestió amb la implicació de les entitats proveïdores.**
- Ampliar les enquestes de satisfacció dels usuaris als dispositius de salut mental i drogodependències.
  - Prosseguir amb els processos d'avaluació externa.
  - Elaborar indicadors de mesura que permetin el benchmarking entre organitzacions, CCAA i altres països de la Regió Europea.
  - Millorar els sistemes actuals de CMBD, que inclogui els CAS.

- 8. Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau.**
- Incrementar la capacitat docent de les Unitats Docents de psiquiatria, psicologia clínica i infermeria psiquiàtrica.
  - Encarregar a l'IES i al CCECS un projecte de revisió de l'actual model de formació més orientada a les prioritats del Pla director.

- 9. Enfortiment de la recerca epidemiològica i clínica de l'avaluació dels serveis.**
- Col·laborar amb el Pla director de recerca en ciències de la salut en la prioritització de les línies de recerca en salut mental i addiccions.
  - Promoure la creació de xarxes temàtiques.
  - Estimular la cooperació amb països europeus i organismes internacionals (OMS, UE...).

### Els factors crítics d'èxit

La proposta del PDSMiAd alineada amb els objectius de la Declaració d'Hèlsinki, representa l'oportunitat decisiva per assolir els nivells d'atenció que necessiten els ciutadans en un aspecte tan significatiu per a la seva salut.

Implica un procés de canvi notable i complex, subjecte per tant a nombrosos factors

## 1. Resum executiu

crítics, que involucra a tots els agents del sistema, inclosos els ciutadans. D'entre el conjunt de factors crítics, destaquem:

- La posta en marxa de l'Agència de salut pública.
- La implicació de l'APS i l'increment de la seva capacitat d'intervenció.
- La suficiència, formació, participació i satisfacció dels professionals.
- El compromís de les entitats proveïdores i dels professionals en els objectius del PDSMiAd.
- La capacitat de lideratge del canvi, d'implantació, seguiment i avaluació, amb la implicació de la planificació, el Servei Català de la Salut, les Regions Sanitàries, l'ICS, les entitats i els professionals
- El finançament, i el ritme sostingut necessari per assolir els objectius i la incorporació de les xarxes de salut mental i drogodependències en el model de pagament capítatiu.
- El reforçament de la cultura interdisciplinària i interdepartamental, la inclusió de l'atenció a les persones amb malalties mentals en el programa d'atenció a la dependència o el desplegament del Pla d'Atenció Integral a les persones amb problemes de salut mental.
- El protagonisme dels Governos Territorials de Salut (GTS).
- La integració entre les diferents xarxes de Salut Mental i Drogodependències.
- La participació activa dels usuaris i la complicitat de la població.
- Un nou sistema d'informació sanitària que estimuli i faciliti l'avaluació de la demanda i la resposta dels serveis.

## 2. Introducció



## 2. Introducció

### 2.1. Antecedents històrics

#### L'atenció psiquiàtrica i de salut mental

El desenvolupament de l'atenció psiquiàtrica a Catalunya ha seguit un procés similar al produït a la major part de països desenvolupats<sup>1</sup>. Tradicionalment, l'assistència psiquiàtrica depenia de les Diputacions provincials i no estava integrada dins del règim de la Seguretat Social (Institut Nacional de Previsió, INSALUD, etc.). Evidentment tenia més la consideració d'assistència de beneficència que no pas d'assistència sanitària. Cal tenir present també la influència que ha tingut el desenvolupament dels manicomis, des de finals del segle XIX fins gairebé els anys setanta, que és quan s'inicia a Catalunya una tímida reforma psiquiàtrica, amb el desenvolupament dels primers serveis comunitaris (Centres d'Higiene Mental promoguts des dels Ajuntaments democràtics, reconeguts i finançats per la Diputació de Barcelona).

Els hospitals psiquiàtrics que hi havia arreu de l'Estat espanyol complien, a més de la funció estrictament sanitària, altres de tipus «asilar» i de guàrdia i custòdia, atès que en ells s'ingressaven aquells individus que per ordre judicial eren declarats «perillosos socials». Aquesta vinculació amb el món de l'Administració de Justícia ha afegit un grau més de complexitat en la gestió de les Institucions Psiquiàtriques.

A mitjans de la dècada dels setanta s'inicia a Europa el moviment de la reforma psiquiàtrica, que té com a referències històriques el corrent psicosocial anglosaxó, el model francès de sectorització i psicoteràpia institucional i l'antipsiquiatria italiana, amb l'obertura dels hospitals psiquiàtrics, l'externament dels malalts que hi ha ingressats, i la seva reinserció i tractament en la comunitat.

Aquest moviment de reforma i canvi arriba a Espanya amb uns anys de retard, i és amb l'aprovació de la Llei General de Sanitat 14/1986, de 25 d'abril quan s'estableix la integració de l'assistència psiquiàtrica dins del sistema sanitari general (Sistema Nacional de Salut). A partir d'aquell moment deixa de ser una competència de les diputacions provincials i evoluciona de manera diferent en tot l'Estat en funció de diferents factors, com per exemple:

- si la Comunitat Autònoma té transferides, o no, les competències en matèria sanitària.
- si es tracta d'una Comunitat Autònoma uniprovincial (com per exemple Astúries, Madrid, o La Rioja).

Catalunya es troba en el grup de les comunitats autònomes que tenen transferides, des de l'any 1981, les competències en matèria de sanitat, a l'igual que el País Basc i Andalusia.

A partir de l'any 2002 es va estendre la transferència de les competències en matèria de sanitat al que es coneixia com a territori INSALUD. Malgrat això, la manera d'accedir a les transferències i els anys transcorreguts encara fa que la situació de les comunitats autònomes d'Andalusia, País Basc i Catalunya sigui sensiblement diferent.

El sistema sanitari català presenta, dins del conjunt de l'Estat espanyol una sèrie de peculiaritats que el fan sensiblement diferent a la resta. La més característica, i molts cops esmentada, és la d'un sector públic que no representava l'any 1981 més del 34% dels llits hospitalaris d'aguts, mentre que aquesta proporció en el conjunt de l'Estat era del 67%, és a dir, gairebé el doble<sup>2</sup>.

I això no només és vàlid dins de l'àmbit de la sanitat general si no que també es pot estendre a l'àmbit de l'atenció psiquiàtrica. Dels hospitals psiquiàtrics existents a Catalunya al 1990, només dos eren de titularitat pública:

- l'Hospital Psiquiàtric de Salt, dependent de la Diputació de Girona, i
- la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramenet (actualment denominada «Centre Assistencial Dr. Emili Mira i López»), de la Diputació de Barcelona.

A la província de Tarragona, l'atenció psiquiàtrica es prestava mitjançant la contractació dels serveis amb l'Institut Pere Mata i el Sanatori Villablanca de Reus. Les comarques de Lleida tampoc disposaven d'un hospital psiquiàtric públic de referència i els malalts mentals de la província normalment s'ingressaven a Reus o a hospitals psiquiàtrics de l'Aragó.

La Diputació de Barcelona també tenia una relació contractual amb els hospitals psiquiàtrics de Sant Boi de Llobregat (Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental, i Benito Menni. Complex Assistencial en Salut Mental), de Martorell (Sagrat Cor, serveis de salut mental), l'Institut Municipal de Psiquiatria de Barcelona (IMPU) o l'Institut Frenopàtic de Barcelona, actualment tancat, així com amb d'altres hospitals generals que tenien Servei de Psiquiatria (Hospital Clínic, Hospital del Mar) atès que amb la Clínica Mental de Santa Coloma no es cobrien les necessitats d'hospitalització dels pacients de la província de Barcelona.

L'any 1990 es formalitzà un conveni entre la Diputació de Barcelona i la Generalitat de Catalunya, mitjançant el qual la Diputació de Barcelona delega en la Generalitat les funcions de gestió dels contractes que tenia establerts amb diferents entitats per atendre els malalts mentals de la província de Barcelona. I no és fins l'octubre de 1992 que es realitzen els traspassos de competències en matèria de salut mental de les altres tres diputacions catalanes (Tarragona, Lleida i Girona).

Tot aquest seguit de recursos estaven dedicats, exclusivament, a l'atenció de la població adulta. És per aquest motiu que el Govern de la Generalitat, a través del Departament de Sanitat i Seguretat Social va posar en marxa, l'any 1989, una xarxa d'atenció específica als infants i adolescents amb problemes de salut mental que en quedaven exclosos. Aquesta xarxa bàsicament de centres concertats es componia inicialment de CAPIP'S (actualment CSMIJ) i de les URPI's (Unitats d'hospitalització psiquiàtrica infantil, vinculades a hospitals generals). Posteriorment aquests recursos s'han anat diversificant i ara ofereixen un ampli ventall assistencial específic, però integrat, en la xarxa de recursos assistencials de salut mental (Unitats d'Hospitalització d'adolescents, hospitals de dia, centres de dia infantils, etc.).

A Catalunya, l'atenció psiquiàtrica es presta per una multiplicitat d'entitats proveïdores de característiques diferents (hospitals generals, hospitals psiquiàtrics, fundacions, associacions de professionals), que conformen la Xarxa de Salut Mental creada pel Decret 213/1999, de 3 d'agost, del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Actualment, els elements bàsics que determinen el desenvolupament dels serveis d'atenció psiquiàtrica i de salut mental a Catalunya són els següents:

- La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya 15/1990, de 9 de juliol (LOSC), marc normatiu i jurídic que estableix en la seva Disposició Addicional Sisena la integració de l'assistència psiquiàtrica en el sistema de cobertura del Servei Català de la

## 2. Introducció

Salut.

- El Pla de Salut de Catalunya (PdS), que defineix els objectius de salut fonamentals per establir les intervencions i accions prioritàries que cal dur a terme per part del sistema sanitari i altres àmbit i institucions implicades en la salut. La promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, l'equitat, l'eficiència, la qualitat dels serveis i la satisfacció dels ciutadans són els eixos al voltant dels quals s'articulen les diferents intervencions i actuacions prioritàries.
- El Decret 213/1999, de 3 d'agost, del Departament de Sanitat i Seguretat Social, pel qual es crea la Xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública, que tipifica els diferents dispositius que formen la xarxa de salut mental.

Per tal de dur a terme aquest desenvolupament de serveis, el mes de setembre de 1999 es va signar l'Acord de reordenació dels serveis d'atenció psiquiàtrica i salut mental de Catalunya, i més concretament els acords per a la reconversió dels hospitals psiquiàtrics monogràfics de Catalunya. Aquesta era una prioritat estratègica del Departament de Sanitat per al període 1999-2006, i l'objectiu primordial d'aquest acord era la millora de la qualitat assistencial dels serveis d'atenció psiquiàtrica i de salut mental que es presta als usuaris del sistema sanitari públic.

El Decret 213/1999, pel qual es crea la Xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública, tipifica els diferents dispositius que formen la xarxa pública de salut mental (tot diferenciant els recursos en funció de la població a atendre (infantil i juvenil o població adulta) en:

- Serveis d'Atenció Especialitzada de Salut Mental, de suport a l'Atenció Primària de Salut (Centres de Salut Mental),
- Serveis d'Urgències Psiquiàtriques,
- Serveis d'Hospitalització d'Aguts,
- Serveis d'Hospitalització de subaguts,
- Serveis d'internament en la Comunitat,
- Serveis d'Hospitalització de Llargada Estada Psiquiàtrica,
- Serveis d'Atenció Específica,
- Serveis d'Hospitalització Parcial,
- Serveis de Rehabilitació Comunitària,
- Serveis d'atenció en unitats polivalents a la comunitat.

L'atenció especialitzada en psiquiatria i salut mental a Catalunya constitueix un veritable subsistema molt complex dins del sistema sanitari català. Els diferents recursos i serveis que formen la xarxa pública de salut mental s'organitzen al voltant de 3 nivells assistencials bàsics:

- l'atenció especialitzada ambulatoria de suport a la primària de salut (Centres de Salut Mental),
- l'atenció hospitalària (urgències psiquiàtriques, hospitalització d'aguts, hospitalització de subaguts, hospitalització de mitjana i llarga durada, hospitalització parcial, unitats d'internament a la comunitat, comunitats terapèutiques i unitats comunitàries polivalents),
- la rehabilitació psiquiàtrica comunitària (Centres de Dia i centres d'inserció laboral).

La provisió dels diferents serveis a Catalunya és majoritàriament privada, amb una composició molt heterogènia que abasta des de les fundacions benèfiques - privades, sense ànim de lucre, organitzacions religioses, associacions de professionals, fins a

les cooperatives de treballadors.

Les entitats proveïdores poden ser grans institucions psiquiàtriques, capaces de proveir serveis de diferent naturalesa (hospitalaris, ambulatoris i de rehabilitació) o bé petites entitats, generalment associacions de professionals sense ànim de lucre, que ofereixen un únic servei (CSM o Centre de Dia). Un tercer grup és el format pels serveis de psiquiatria dels hospitals de la XHUP, algun dels quals són hospitals universitaris de tercer nivell, i que actualment estan en procés d'integració funcional a la xarxa de serveis de salut mental. Existeixen un total de 66 entitats proveïdores de serveis de salut mental.

### L'atenció a les drogodependències

L'organització de l'atenció a les drogodependències ha estat determinada en gran mesura per l'evolució del propi fenomen i la seva conceptualització. Les conductes addictives, actualment acceptades per la comunitat científica com un trastorn mental, han estat considerades en un passat recent com un defecte moral, una mostra de falta de voluntat, una patologia socio-familiar o fins i tot com a part d'un procés de marginalització voluntària.

Per tant, no és d'estranyar que en general els primers serveis per donar atenció a les persones drogodependents hagin sortit de la pròpia xarxa social a partir de les iniciatives de diferents entitats municipals i privades sense afany de lucre. Aquests recursos eren molt diversos pel que fa al seu model d'intervenció i a la seva vinculació amb les administracions i estaven més propers a l'àmbit social i de la beneficència que al sanitari.

La Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya (XAD) es va constituir com una xarxa específica i professionalitzada per donar una atenció integral a les persones amb trastorns relacionats amb el consum de substàncies psicoactives. El desenvolupament d'aquesta xarxa va ser una de les prioritats dels Plans de Drogodependències que s'han anat elaborant al nostre país des de 1986.

El Parlament de Catalunya, sensible a l'impacte de les drogodependències, va aprovar per ampli consens, la Llei 20/1985 de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència<sup>3</sup>. Aquesta Llei, una de les pioneres a Espanya, constitueix l'eix normatiu vertebrador del conjunt de mesures del Pla català de Drogodependències i entén la dependència a les drogues (tant les il·legals com les socialment integrades) com una malaltia comuna que ha de tractar-se en el sistema sanitari.

Fruit del desplegament d'aquesta Llei, parcialment modificada per la Llei 10/1991 i, atesa la necessitat de desenvolupar una acció coordinada i d'assegurar la col·laboració dels departaments del govern de la Generalitat i les administracions locals, es constitueix la Comissió de Coordinació i de Lluita contra les Dependències de Drogues presidida pel Conseller de Sanitat i Seguretat Social, aleshores. Adscrit al mateix Departament es crea el Consell Director i l'Òrgan Tècnic de Drogodependències (OTD), que exercirà les funcions de planificació i programació de les actuacions referides al desplegament de la Llei (Decret 160/1986 de 26 de maig, DOGC núm. 703, publicat el 20 de juny de 1986).

Paral·lelament a Espanya es crea a l'any 1985 el Plan Nacional sobre Drogues (PNSD) com a iniciativa governamental que depenia del Ministerio de Asuntos Exteriores<sup>4</sup>. Amb la finalitat de fer front a la situació social generada pel problema del consum de drogues, així com coordinar i potenciar les polítiques en la matèria

## 2. Introducció

per part de les Administracions Públiques i entitats socials.

Al 1987 l'Òrgan Tècnic de Drogodependències rep l'encàrrec d'elaborar un Pla d'actuacions aprovat pel Consell Executiu i presentat en comissió al Parlament de Catalunya. Van ser un de conjunt propostes d'actuació coordinades entre les diverses administracions de Catalunya per a prevenir el fenomen, donar assistència i rehabilitar a les persones afectades. Dins de l'àmbit estatal es coordina amb el PNSD, que en finança una part. Tots dos plans volien ser una resposta de l'Administració a l'exigència social de resoldre el problema de l'elevat consum d'heroïna, encara que a Catalunya es dirigeix a totes les drogodependències i considera els problemes relacionats amb l'alcohol i les drogues des d'una perspectiva de salut pública.

Pel que fa a l'evolució del fenomen de les drogodependències, a l'inici dels anys 80, s'observa un increment de l'oferta d'heroïna que es va escampar en tots els estrats socials, preferentment en població jove i que va crear una progressiva marginació, juntament amb una pèrdua progressiva de salut i un alt risc de mort prematura, relacionada fonamentalment amb l'aparició de la infecció pel VIH i l'elevada prevalença de consumidors d'heroïna per via parenteral. A principi dels anys noranta, es percep canvis i modificacions en l'entorn dels consumidors de drogues i es posa de manifest, l'increment del consum de drogues de síntesis, conjuntament amb el de l'alcohol. Així com, l'aparició d'un nou perfil de consumidor, allunyat del paradigma del «heroïnòman» fins aleshores l'únic vigent. Sense deixar de banda l'impacte que va suposar la seropositivitat en els usuaris i llurs famílies i, per tant, dins del sistema sanitari, incorporant dins de la XAD nous programes substitutius de la heroïna, la coordinació amb el conjunt de dispositius sanitaris, i una progressiva implantació dels programes de disminució de danys.

La XAD està integrada per centres dependents de diversos organismes (administracions locals, organitzacions no governamentals, Institut Català de la Salut) i les seves activitats estan coordinades per l'OTD, amb la col·laboració del Departament de Benestar i Família pel que fa a les comunitats terapèutiques i els programes de reinserció.

A nivell funcional, la XAD ha quedat estructurada en quatre nivells assistencials:

- Primer nivell. Atenció primària sanitària i social. Sobre tot, en el diagnòstic de la detecció precoç i de consumidors de risc; així com en la intervenció breu.
- Segon nivell. Centres d'Atenció i Seguiment (CAS) a les drogodependències. En un inici, aquests centres estaven sectoritzats a partir d'una base geogràfica comarcal. Cada territori es subdividia en sectors assistencials, en cadascun dels quals hi havia un CAS. Des dels seus inicis han ofert un tractament especialitzat en règim ambulatori. Estan integrats per equips multidisciplinaris, dissenyen un programa de tractament que pot incloure la utilització d'altres dispositius especialitzats de la XAD.
- Tercer nivell. Unitats Hospitalàries de Desintoxicació, Comunitats terapèutiques. A les unitats hospitalàries de desintoxicació es realitza el tractament de la síndrome d'abstinència. En las comunitats terapèutiques s'ofereix un tractament de llarga estada en regim residencial que comporta la realització d'activitats terapèutiques educatives orientades a la inserció social del pacient.
- Quart nivell. Centres i Programes de reinserció. S'utilitzen o bé recursos específics per a drogodependents dirigit a la reinserció en el medi social, o generals dirigits a la població general però dels que poden beneficiar-se el col·lectiu.

L'atenció a les drogodependències va més enllà de l'assistència i engloba d'altres àmbits d'actuació de rellevant importància com la prevenció, reducció de danys, reinserció, docència i investigació i, per últim, la planificació, ordenació i coordinació amb altres departaments i organismes.

La normativa en què es basa l'assistència a les drogodependències a Catalunya és la següent:

1. Llei 1/2002 d'11 de març, de tercera modificació de la Llei 20/1985 de 25 de juliol de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència.
2. Ordre de 31 d'octubre de 1985 del Ministerio de Sanidad y Consumo que regula els tractaments amb metadona dirigits a toxicòmans dependents d'opiacis i estableix que es realitzaran únicament en centres o serveis sanitaris públics o privats sense ànim de lucre, autoritzats per l'administració sanitària de les CCAA.
3. Decret de 9/1986 de 16 de gener, sobre procediment sancionador de la Llei 20/1985 de 25 de juliol de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència.
4. Decret 69/1987 de 20 de febrer pel qual es detallen coles i altres productes industrials inhalables amb efectes euforitzants o depressius.
5. Decret 247/1987 de 20 de juliol pel qual es regula la senyalització de les prohibicions de venda i subministrament de tabac i begudes alcohòliques als menors de 16 anys.
6. Decret 184/1990 de 20 de juny, de creació del programa d'atenció especialitzada per al tractament de conductes addictives, adreçat als interns d'institucions penitenciàries.
7. Reial Decret 75/1990 de 19 de gener que regula els tractaments amb opiacis a drogodependents.
8. Ordre de 20 de febrer de 1991 reguladora dels tractaments que contempla el Reial Decret 75/1990 de 19 de gener.
9. Reial Decret 5/1996 de 15 de gener que modifica el Reial Decret 75/1990.

### 2.2. El model del Pla director de salut mental i addiccions

La Declaració d'Hèlsinki assenyala explícitament que cal enfocar els greus problemes de la salut mental des de la salut pública, de manera que es faciliti la comprensió de les múltiples variables que estan influïnt en l'increment del patiment i de les dificultats de les persones en els països europeus. Aquest malestar està en la base de l'augment dels trastorns de salut mental que s'esperen pels propers anys. Des d'aquesta perspectiva integradora, la Declaració posa èmfasi en el respecte als drets humans i en la implementació de models d'atenció de base comunitària i multidisciplinària. Un sistema de planificació i organització col·laboratiu entre les entitats i els agents que hi participen, i el compromís d'avaluar els resultats dels plans i les intervencions, són els altres eixos de la Declaració.

En concret, es plantegen els següents plans d'acció:

- La promoció de la salut mental per a tothom,
- La demostració del paper central de la salut mental,
- L'eradicació de l'estigma i la discriminació,
- La promoció d'activitats en etapes crítiques de la vida,
- La prevenció dels problemes de salut mental i del suïcidi,
- La garantia d'accés a l'atenció primària per a les persones que tenen problemes de salut mental,
- Una oferta d'atenció efectiva en la comunitat, per a aquells que pateixen problemes greus,
- L'establiment de relacions de cooperació amb altres sectors no sanitaris,

## 2. Introducció

- La competència dels professionals de la salut mental,
- La creació d'un efectiu sistema d'informació sanitària,
- El finançament just i adequat,
- L'avaluació de l'eficàcia de les intervencions i la generació de noves evidències i innovacions.

Hèlsinki suposa una fita fonamental en les estratègies de l'OMS. en relació a la salut mental. El Projecte de Política de la Salut Mental (2001) ja assenyalava la importància d'aquestes polítiques en el marc de les reformes de salut i explicitava que també les accions socials i legislatives externes al sector de la salut podien influir positivament o negativament en la salut mental de la població.

El model que inspira les diferents propostes del Pla director de salut mental i addiccions es basa en aquest marc europeu (figura 1). Un model que ve definit, en primer lloc, per un marc conceptual i epistemològic que parteix de la pròpia Missió i dels valors que li donen suport.

Figura 1. Els components de la definició de model

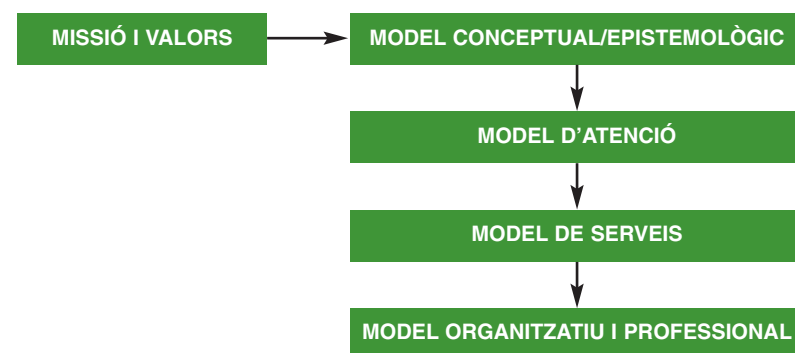


Figura d'elaboració pròpia

En coherència amb la missió i el marc conceptual, i des de l'anàlisi de les demandes i expectatives de tots aquells que han de rebre atenció, cal definir una proposta referida al «què», és a dir, als serveis més adequats que les diferents poblacions diana esperen i necessiten (el model d'atenció). Mantenir aquests objectius amb els recursos necessaris centra llavors la qüestió del «com», el model concret de serveis que cal implementar, i que ha de continuar la coherència iniciada per tal que allò que diem sigui allò que fem. Finalment, un model de serveis ha d'implicar també una proposta organitzativa i una proposta professional.

Un model no és només un seguit de definicions ideològiques generals que ningú s'atreveix a discutir, sinó i sobretot, la manera com els conceptes – la missió – es realitzen. Un model necessita ser planificat, perquè només tindrà èxit si comporta uns objectius clars i realistes, si va acompanyat de totes les accions que, de manera sincronitzada, es requereixen, si genera resultats en salut i satisfacció, i si és convenientment avaluat per anar adaptant-lo als canvis de l'entorn i millorant-lo.

### La proposta epistemològica

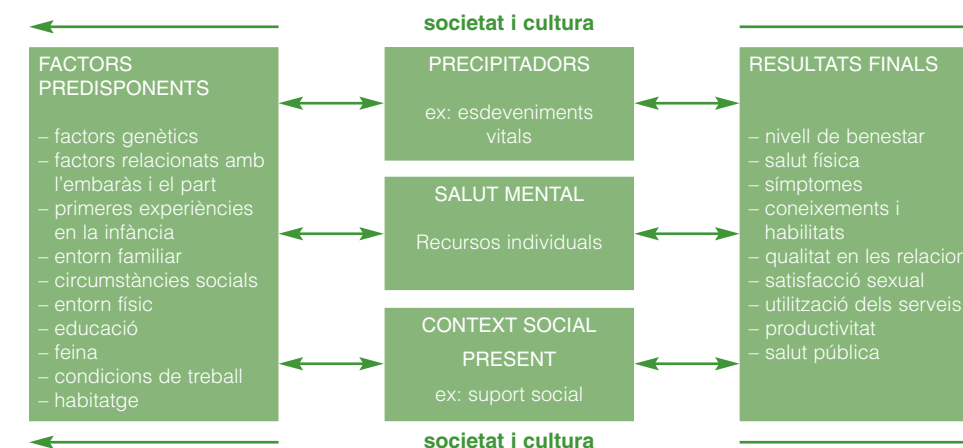
La salut mental, malgrat les dificultats conceptuals que el terme planteja, és un factor essencial per al creixement humà, per a desenvolupar una vida activa, mantenir relacions socials, i per tenir capacitat d'adaptació al medi físic i social que l'envolta.

La construcció de la salut mental al llarg de la vida (figura 2), i en especial durant les primeres etapes de la maduració psicobiològica, comporta una dinàmica tan complexa i plena de variables que es confon totalment amb la biografia i l'experiència de l'individu.

És indubtable que els canvis socials, tant els macroscòpics o globals com els de l'entorn més immediat —tots ells relacionats—, impacten de manera decisiva en l'individu concret, la major part de vegades de manera imperceptible i no conscient.

Molts d'aquests factors, i potser els més importants, no són controlables per la persona individual, però poden admetre influències des de la construcció social, des de les polítiques governamentals i des de la intervenció dels experts i els professionals. Són **factores de caràcter biològic** (com els genètics), **individual** (com les experiències afectives personals), **familiars, socials, econòmics, educatius i mediambientals**.

Figura 2. El model funcional de la salut mental



Font: Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., Ahonen, J. (eds.): Framework for promoting mental health in Europe, Hamina 1999.

Però la salut mental, en tant que condició per a la salut, és també un assumpte que interessa al conjunt de la societat perquè contribueix a la prosperitat, la solidaritat i la justícia social del conjunt. S'han de formular polítiques en matèria de treball, comerç, economia, educació, habitatge, planificació urbana, serveis municipals, assistència social i justícia penal, de tal manera que contribueixin al foment de la salut mental. És per tot això que la salut mental és en primer lloc **un assumpte de salut pública**.

El compromís amb la salut mental de la població implica mirar de relligar, en la perspectiva de salut pública que citàvem, els conceptes de salut i malaltia en tant que fenomen social. Les activitats de **promoció de la salut i la prevenció** d'alguns trastorns evitables, amb estratègies que van des de la identificació dels grups de risc en diferents edats, fins a la lluita contra l'estigma associat a la malaltia mental, són un eix clau d'aquesta proposta.

Els trastorns mentals són modificacions en l'estat de la persona, que poden anar de la vivència de malestar, o petites alteracions de l'humor, ansietat, tristesa o estrès, fins a greus canvis en el comportament, escissions de la personalitat, depressions

## 2. Introducció

greus, temptatives de suïcidi o crisis de pànic. Sempre representen un canvi o un trencament vital, alterant el contacte amb els altres, repercutint en la vida familiar, en la feina i en la situació econòmica. En resum, els trastorns mentals alteren el benestar de la persona i arriben, en ocasions, a estats de gran dependència i provoquen alteracions o patiment en el seu entorn sociofamiliar.

L'alta prevalença de trastorns mentals es relaciona amb les **ràpides transformacions socials** que s'estan produint. Les transformacions socioeconòmiques, com ara les tensions econòmiques, polítiques, ètniques, l'atur, la pobresa, les migracions, la manca de suport familiar i social, la soledat i les ruptures de xarxes socials, són circumstàncies que contribueixen a augmentar la prevalença de suïcidi, conductes antisocials, violència, l'ús de tabac, alcohol i altres drogues, depressió i altres problemes de salut mental. L'envelliment de la població, un èxit sense precedents en les nostres societats, pot comportar també un risc d'increment de trastorns mentals, especialment si no s'afronten les mesures socials i sanitàries apropiades. És així com s'haurà d'anar introduint –es va introduint, de fet– un canvi de paradigma també en el que respecta a la conceptualització científica dels trastorns mentals, un paradigma que tingui en compte el tribut que representen en relació al procés de canvi social en el que estem immersos; i encara que les contribucions mèdiques són fonamentals en les actuacions a realitzar, no poden per si mateixes, fer front al conjunt de factors en joc.

### El model d'atenció

És per això que el Pla director de salut mental i addiccions ha de fixar els seus objectius atenent alhora al creixement i la millora en l'adequació de l'oferta, senyalant un model d'atenció que orienti realment els serveis cap a una direcció concreta: les **necessitats dels usuaris**.

Identificar les necessitats passa ineludiblement per conèixer les **expectatives i els disigs** dels usuaris. Amb un marc conceptual tan ampli com el plantejat, els usuaris del sistema d'atenció són diversos i presenten **necessitats diferents**: així, són usuaris els pacients concrets que demanen atenció, però també les seves famílies en moltes circumstàncies (nens, persones grans, pacients més greus); les poblacions de col·lectius de risc, en el seu conjunt; la comunitat; els serveis d'atenció a les persones, en l'àmbit social, educatiu o sanitari.

La mirada àmplia que proposem per entendre la salut mental i intervenir en les seves alteracions, implica la convergència de molts punts de vista, la sinèrgia de diversos àmbits, disciplines i tecnologies. La **multidisciplinarietat** és una característica essencial que s'ha de traduir en capacitat de treball en equip, de manera interdisciplinària, en les actuacions concretes.

En aquesta perspectiva, tots aquests usuaris han de rebre suport i atenció adaptats a les seves necessitats. Tots ells han de ser considerats com a **ciutadans** amb drets i com a **clients** capaços d'influir en les organitzacions assistencials.

El **lideratge** serà una qüestió fonamental. A més de la capacitat financera necessària, des de la consideració que els problemes de salut mental i addiccions són un problema de govern i no únicament sanitari, s'ha de poder dirigir amb coherència, decisió i claredat en els continguts, amb la participació de les diferents administracions implicades. I el lideratge només serà possible si s'aconsegueix suscitar tota la participació i la complicitat dels agents: usuaris i famílies, professionals, entitats proveïdores, opinió pública en general.

En el Pla director es dibuixa també un objectiu no menys ambiciós que la resta: la **participació dels usuaris**. Hem de millorar la implicació activa dels usuaris i les famílies en els plans terapèutics, i també l'acceptació dels tractaments en general, a través de relacions més transparents i compromeses entre els professionals i els pacients i familiars. Hem de millorar la capacitat de participació dels seus representants en les instàncies polítiques centrals i locals de decisió. I hem de buscar noves oportunitats de participació també en els serveis.

### El model de serveis

Enfocats els problemes de la salut mental en tota l'amplitud descrita, haurem de considerar que són molts els serveis i professionals que a Catalunya s'estan ocupant d'aquesta qüestió. El repte és enorme, atès que, a l'endarreriment en la integració de la salut mental i les drogodependències a la xarxa sanitària general, amb la conseqüent repercussió en el finançament i en la insuficiència de recursos d'atenció a les persones, se suma un model social i de les organitzacions basat en la fragmentació i l'especialització de diverses mirades i competències. En aquestes condicions, que afecten també als serveis i dispositius del mateix sistema de salut mental i addiccions, l'ideal de l'atenció individualitzada real, pacient per pacient, és poc menys que inassolible. Aquest Pla director s'ha de basar doncs, en la **integració** com a objectiu de millora permanent i, a la vegada, com a model de referència per al procés general de canvi. Integració entre les xarxes especialitzades, començant per la salut mental i les addiccions, integració en l'entorn de l'atenció primària –lloc i escenari privilegiat per a les intervencions en salut mental i addiccions–, integració en les modalitats d'intervenció dins la mateixa xarxa especialitzada, integració progressiva amb els serveis socials, educatius i altres.

La integració no és possible sense una visió global compartida i oberta, concretada en la capacitat de **treballar en xarxa**. La xarxa comunitària és el sistema «des d'on» i «allà on» es produeixen els fenòmens de patiment i malaltia. L'**enfocament comunitari** en els serveis i en la prestació, continua essent probablement la manera més racional de tractar la salut mental i la multiplicitat de situacions que planteja. El Pla director hauria de produir un gir notable en l'actual cultura reactiva dels nostres serveis, apostant per un concepte més preventiu, més rehabilitador i més proactiu en totes les intervencions.

Podem dir que molts elements essencials del sistema (des del paper de l'atenció primària, la llunyania amb els serveis socials, la fragmentació del circuit i entre les xarxes especialitzades, l'hospitalització, la recerca o la docència), funcionen amb dinàmiques pròpies i no sempre alineades amb l'estratègia general del conjunt. Per això necessitem revisar el model.

Construir un nou model significa **actualitzar el compromís de l'atenció primària** de salut amb la salut mental. Això, en les actuals condicions del primer nivell assistencial del sistema sanitari, no sembla una fita fàcil ni immediata. El Pla director senyala una perspectiva de col·laboració intensa, dins dels entorns de l'atenció primària, dels especialistes de salut mental en les tasques quotidianes dels CAP. Això serà un repte per a tots, també pels nostres especialistes que hauran d'adaptar els seus coneixements i les seves tècniques a aquest entorn específic.

### El model organitzatiu i professional

El sistema sanitari en el seu conjunt té actualment uns reptes extraordinaris en la seva adaptació sostenible a les necessitats de salut de la població.

## 2. Introducció

En la integració dels nivells tenim una potencialitat de millora fonamental: evitant duplicitats, filtrant millor la demanda, adequant les capacitats resolutives, millorant l'especificitat de l'especialista, millorant la cooperació en la gestió, planificant els serveis, els recursos i les plantilles. En la integració està incentivar la millor resolució dels processos clínics i centrar l'enfocament en els problemes de salut del territori. Integrar és el contrari de jerarquitzar, buscar una nova interface entre la primària i l'especialitzada, reforçant la capacitat de gestió de la primera però buscant la resolució conjunta, en comptes de supeditar un nivell a l'altre. Això implicarà un cost afegit d'intermediació<sup>5</sup>.

Amb el PDSMiAd, els serveis han de passar d'una organització basada en la **concepció de dispositiu** a una altra basada en el **sistema d'atenció a la persona** de base territorial. Equilibrar l'oferta de serveis genèrics amb els programes especialitzats, sense haver de crear contínuament nous dispositius o noves tipologies de serveis. Aprendre a treballar junts, donant-nos suport mútuament, més enllà de la pertinença a una estructura concreta. Reenfocar els serveis d'acord amb les necessitats reals dels usuaris i les famílies, amb equips polivalents amb capacitat de resposta ràpida i afegint un concepte més preventiu a les mateixes. Superant els elements d'institucionalització presents. Diversificant l'oferta i reintroduint amb força els abordatges psicoterapèutics en tots els nivells de l'atenció.

Els professionals hauran de fer un esforç d'adaptació important, promovent l'autoavaluació de la seva pràctica i millorant-la amb la formació i la recerca. En aquest sentit, el Pla director ha insistit en la importància de fer aportacions des de l'**evidència científica** i en aquelles que es consideren bones pràctiques per part de la comunitat científica o dels seus referents. Cal disminuir la variabilitat de la pràctica clínica a través de la utilització de guies i protocols compartits. Acceptant tota la creativitat innovadora que pugui ser provada, és obvi que només la pràctica demostrada pot constituir la base de la planificació pública. A aquestes conviccions, caldrà afegir la de que la pràctica professional no està només subjecta als fets, sinó també als valors. Una **pràctica professional basada en fets i en valors** com a garantia de la veritable orientació als ciutadans.

La gestió d'aquest canvi representarà sens dubte un esforç important a tots els nivells. També per a les entitats proveïdores, les empreses de serveis que tant han contribuït i de manera tant essencial al sosteniment i a l'energia mostrades pel conjunt del sector. Elles seran part fonamental en el lideratge dels **canvis organitzatius** –amb tots els seus components, des de la formació dels professionals fins als sistemes de treball i de gestió– que necessitem.

## 3. Finalitat

### 3. Finalitat

- 3.1. Missió** La Missió del Pla director de salut mental i addiccions és decidir, planificar, executar i avaluar les accions més efectives i els recursos més apropiats per a la millora de la salut mental de la població, d'acord a un model de base comunitària i intersectorial en el que participin els diversos agents, que integri la promoció social dels factors de salut i la prevenció dels trastorns, i que inclogui el tractament, la rehabilitació, i la inserció òptims de les persones i grups de població que pateixen trastorns mentals i addiccions, i el suport a les seves famílies.
- 3.2. Valors**
- l'Equitat territorial en l'accés i en els serveis,
  - l'Atenció integral i coordinada, que impliqui el treball en equip multidisciplinar,
  - la Humanització i la qualitat de l'acció sanitària, realitzada per professionals competents, tot prenent el ciutadà com a centre de l'atenció,
  - la Gestió eficient dels recursos de tal manera que es garanteixi l'eficiència i la sostenibilitat del sistema així com la seva avaluació,
  - l'Ètica professional i de les organitzacions sanitàries,
  - la Recerca i la Innovació constants,
  - la Dignificació de l'atenció a la salut mental i les drogodependències i el Compromís amb la societat.
- 3.3. Objectius del Pla de Salut 2010** S'apunten aquells objectius de salut formulats en l'horitzó 2010 sobre els que incidiran els projectes i intervencions definits en aquest Pla director.
- A. Problemes de salut mental**
1. D'aquí l'any 2010, cal reduir la taxa de mortalitat per suïcidi en un 10%.
  2. D'aquí l'any 2010, cal reduir la taxa de mortalitat per suïcidi en la població menor de 25 anys, almenys en un 10%.
  3. D'aquí l'any 2010, cal reduir la taxa de mortalitat per suïcidi en la població de 65 i més anys, almenys en un 10%.
  4. D'aquí a l'any 2010, cal disminuir la repetició de les temptatives de suïcidi en un 15%.
- B. Consum excessiu d'alcohol**
1. D'aquí l'any 2010 cal reduir la mortalitat per accidents de trànsit associat a graus excessius d'alcoholèmia en els conductors en un 50%.
  2. D'aquí l'any 2010 cal reduir la morbiditat atesa als centres hospitalaris per malalties hepàtiques produïdes per l'alcohol en un 10%.
  3. D'aquí l'any 2010 cal reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol en un 10% en la població major de 15 anys.
  4. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol en la població de 15 a 29 anys en un 10%.
- C. Consum de drogues no institucionalitzades**
1. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la mortalitat per reacció adversa a drogues en un 30%.
  2. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença d'infecció per l'HIV entre els consumidors d'opiacis detectats als centres de la XAD en un 30%.
  3. D'aquí a l'any 2010 cal reduir la prevalença d'infecció per l'HIV entre els consumidors de cocaïna detectats als centres de la XAD en un 15%.
  4. D'aquí a l'any 2010 cal reduir en un 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 64 anys.
- 3.4. Objectius estratègics del Pla director de salut mental i addiccions**
5. D'aquí a l'any 2010 cal reduir en un 20% la prevalença de consumidors de drogues no institucionalitzades en la població de 15 a 29 anys. D'altra banda, els problemes de salut que per la seva magnitud i impacte es formulen objectius en el Pla de salut de Catalunya 2002-2005 són:
- Suïcidi i temptativa de suïcidi.
  - Depressió i trastorns d'ansietat.
  - Trastorns mentals severes a la població adulta.
  - Trastorns mentals greus a la població infantil i adolescent.
  - Patologia dual.
  - Retard mental i trastorns psíquics.
  - Trastorns de la conducta alimentària (TCA).
  - Joc patològic.
  - Trastorn límit de la personalitat (TLP).
  - Trastorns addictius.
- Objectiu 1. Promoure els factors de protecció i disminuir els factors de risc associats a la salut mental.
- Objectiu 2. Promoure estratègies de prevenció dels trastorns mentals, les addiccions i altres conductes de risc relacionades amb el consum de drogues, amb una visió intersectorial i interdisciplinària i amb la participació activa dels usuaris i les famílies.
- Objectiu 3. Millorar la capacitat d'atenció de l'APS a les problemàtiques de salut mental i addiccions, mitjançant l'increment del suport psicosocial per part de l'atenció especialitzada i la disponibilitat d'una cartera de serveis específica en salut mental i addiccions a l'atenció primària.
- Objectiu 4. Aconseguir que la cartera de serveis de Salut Mental i Addiccions estigui realment orientada als usuaris i les seves famílies, tot potenciant un model d'intervenció més actiu i comunitari, especialment per a les poblacions amb trastorns més greus.
- Objectiu 5. Millorar la cartera de serveis, amb la inclusió de la psicoteràpia, i d'acord amb les guies clíniques aprovades, per atendre els problemes de salut prioritzats.
- Objectiu 6. Reorganitzar els serveis actuals d'acord amb les noves necessitats estratègiques.
- Objectiu 7. Potenciar un sistema de gestió integrada en el territori dels serveis de salut mental i addiccions, i dels serveis socials, que garanteixi la continuïtat assistencial.
- Objectiu 8. Incrementar la satisfacció dels professionals mitjançant estratègies de participació i implicació, de desenvolupament professional, i de formació apropiades.
- Objectiu 9. Promoure un sistema d'atenció i uns serveis respectuosos amb l'autonomia dels usuaris, responsables en relació a les seves necessitats, i curosos amb els seus drets i obligacions.
- Objectiu 10. Afavorir la participació activa dels afectats en tant que ciutadans.

### 3. Finalitat

Objectiu 11. Promoure la integració funcional de les xarxes de salut mental d'adults, d'infantil i de drogodependències.

Objectiu 12. Potenciar la cultura de l'avaluació com a estratègia per a la millora de la qualitat a les organitzacions i als professionals.

Objectiu 13. Afavorir la disminució de la variabilitat clínica inadequada.

Objectiu 14. Integrar i millorar la informació clínica i epidemiològica mitjançant les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC's).

Objectiu 15. Afavorir els canvis necessaris per tal d'alinejar els coneixements i habilitats dels futurs professionals als objectius del Pla, en el conjunt del sistema docent.

Objectiu 16. Enfortir la recerca epidemiològica i clínica, i l'avaluació dels serveis.

Objectiu 17. Estimular la cooperació amb els països de la Unió Europea (UE) i dels organismes internacionals relacionats amb la salut mental i les addiccions.

Objectiu 18. Garantir el lideratge del Pla en tot el territori i la gestió del canvi, a través de l'equitat de l'oferta assistencial en el territori, la promoció de la capacitat de decisió i gestió de la comunitat, i el control dels factors crítics que comporta el canvi.

## 4. Organització del Pla director



## 4. Organització del Pla director

El Pla director de salut mental i addiccions compta amb un grup executiu format per la directora i el subdirector en l'àmbit de les Addiccions, el president, el vice-president i la secretària tècnica del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions i un vocal de la Comissió Permanent (figura 3).

La Comissió Permanent del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions està formada per 29 membres, de designació directa, i està coordinada pel vice-president del Consell Assessor.

Figura 3. Estructura dels Plans Directors

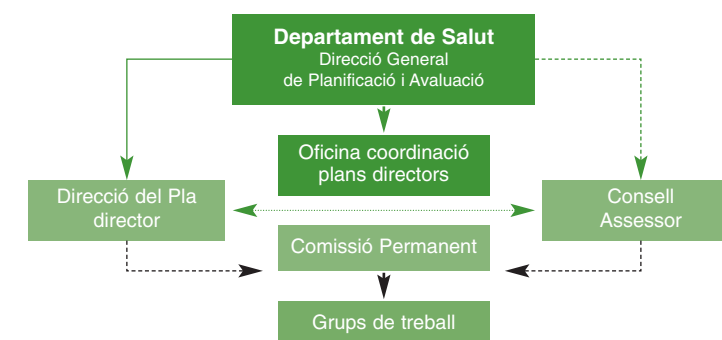


Figura d'elaboració pròpia

La Plenària del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions està composta per un nombre màxim de 90 persones, totes elles expertes i de reconeguda solvència en l'àmbit de la salut mental i les addiccions, vinculades a les universitats catalanes, a centres sanitaris, a l'àmbit de l'atenció primària, a col·legis professionals de l'àmbit de les ciències de la salut, a institucions i centres de recerca biomèdica, a societats científiques, a associacions de pacients i familiars, a associacions d'usuaris i usuàries, a entitats o grups de dones amb l'activitat en l'àmbit de la promoció de la salut de les dones i a les administracions públiques.

Grups de treball: S'han constituït 4 grups de treball per franges d'edat

- Població infantil (de 0 a 12 anys)
- Població adolescent
- Població adulta
- Gent gran

Cada grup ha estat coordinat per professionals de la Comissió Permanent representants de la xarxa de salut mental i de drogodependències.

En els diferents grups de treball han participat més de 190 professionals.

Fases:

- Anàlisi de la salut, dels seus determinants i les desigualtats.
- Anàlisi dels problemes de salut més importants o prevalents.
- Anàlisi de la utilització de recursos.
- Identificació de necessitats.
- DAFO.
- Objectius estratègics.
- Línies d'actuació.
- Accions.

## **5. Anàlisi de situació**

## 5. Anàlisi de situació

L'estat de salut mental d'una societat està íntimament relacionat amb l'estat de salut general i els seus determinants, però també està molt influït pels factors demogràfics, socials i econòmics i pel propi sistema assistencial.

L'alta prevalença dels trastorns mentals i les addiccions es relaciona amb les ràpides transformacions socials que s'estan produint. L'envelliment de la població i les transformacions socioeconòmiques, com ara les tensions econòmiques, polítiques i ètniques, l'atur, la pobresa, les migracions, la manca de suport familiar i social, la soledat i la ruptura de xarxes socials són circumstàncies que contribueixen a augmentar la prevalença de suïcidi, conductes antisocials, violència, l'ús del tabac, alcohol i altres drogues, depressió i altres problemes de salut mental.

Entre els TM, la depressió és considerada una de les principals causes de discapacitat<sup>6</sup>, ocupa el quart lloc entre les primeres causes de malaltia i es preveu que l'any 2020 estarà en segon lloc, després de la cardiopatia isquèmica.

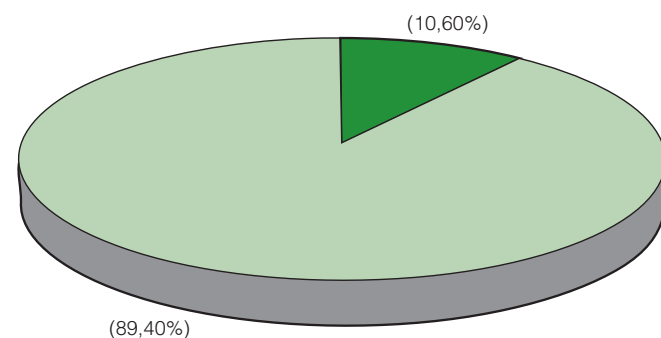
L'OMS<sup>7</sup> ressalta la importància de la prevalença dels TM en la població i preveu que un de cada quatre habitants del planeta patirà alguna forma de trastorn mental o neurològic al llarg de la seva vida. També assenyala que dues tercers parts dels afectats per un TM no arriben a demanar ajuda a un professional sanitari.

A nivell macroeconòmic els costos directes dels problemes de salut mental s'estimen al voltant del 3%-4% del PIB. Els costos indirectes a nivell de pèrdua de productivitat i altres costos socials són enormes.

### 5.1. Anàlisi econòmica. Estimació de la despesa any 2006

Segons un estudi realitzat recentment<sup>8</sup> a Catalunya l'atenció a les malalties mentals suposa una despesa aproximada del 10,6% del pressupost del Departament de Salut (compra de serveis del CatSalut i pressupost consolidat de l'ICS del 2006). Aquest estudi s'ha fet analitzant la despesa que generen totes les malalties incloses en el grup V del CIM-9-MC (Codi Internacional de Malalties – 9a. Revisió- Modificació Clínica) i que engloba tant les malalties mentals, com les addiccions, l'Alzheimer i les demències.

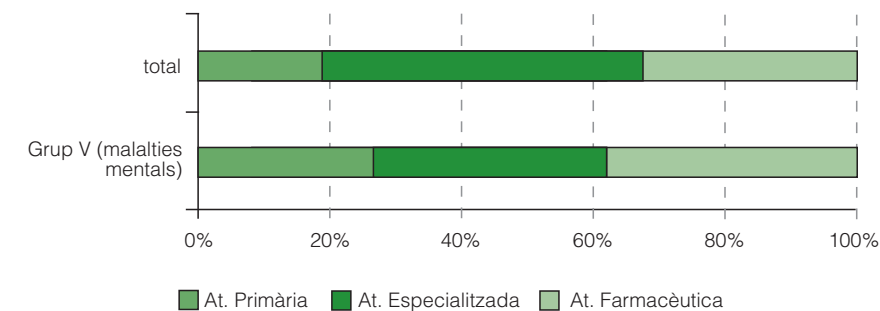
Gràfic 1. Pes relatiu del cost de l'atenció als problemes de salut mental en el total del pressupost de compra de serveis del 2006 (CatSalut - ICS)



Gràfic d'elaboració pròpia. Font de dades: Avaluació de la participació dels Plans directors en la despesa sanitària del CatSalut (juliol 2006)

Si s'analitza amb més detall aquesta despesa, ens trobem que un 26,2% es destina a l'atenció primària (general i especialitzada i serveis de rehabilitació), un 36,3% a l'atenció especialitzada (hospitalització) i un 37,5% a l'atenció farmacèutica (gràfic 2).

Gràfic 2. Comparació de la distribució de la despesa de salut mental en relació al pressupost global de compra de serveis del 2006 (CatSalut - ICS)



Gràfic d'elaboració pròpia. Font de dades: Avaluació de la participació dels Plans directors en la despesa sanitària del CatSalut (juliol 2006)

Atesa la importància de la despesa que genera l'atenció farmacèutica, que en el cas de la salut mental se situa al voltant del 37,5%, considerem que és interessant conèixer quina és la seva distribució (taula 1).

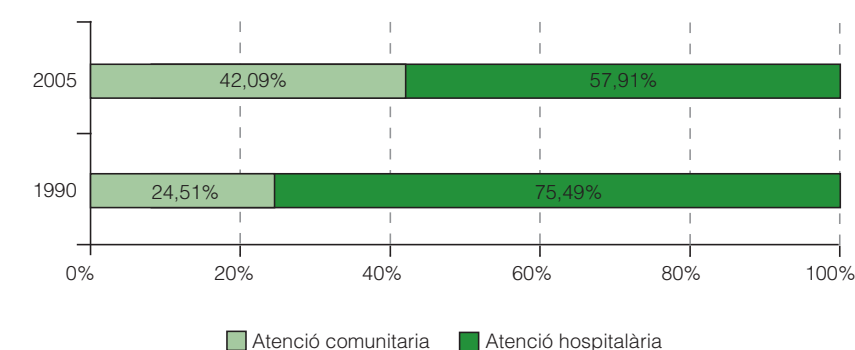
Taula 1. Distribució percentual dels grups terapèutics que generen la despesa farmacèutica en salut mental (2005)

Tipus de producte	% despesa
Antidepressius	47,8
Antipsicòtics	30,4
Fàrmacs antidemència	10,6
Ansiolítics	6,1
Psicoestimulants	2,9
Hipnòtics i sedants	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Taula d'elaboració pròpia. Font de dades: Avaluació de la participació dels Plans directors en la despesa sanitària del CatSalut (juliol 2006)

Finalment cal ressaltar l'esforç que s'ha fet d'ençà l'any 1990 per tal de canviar la tendència del pes que fins llavors tenia l'atenció hospitalària en l'abordatge de les malalties mentals i avançar cap a un model d'atenció comunitària (gràfic 3).

Gràfic 3. Distribució del pressupost sanitari públic de salut mental (1990 vs 2005)



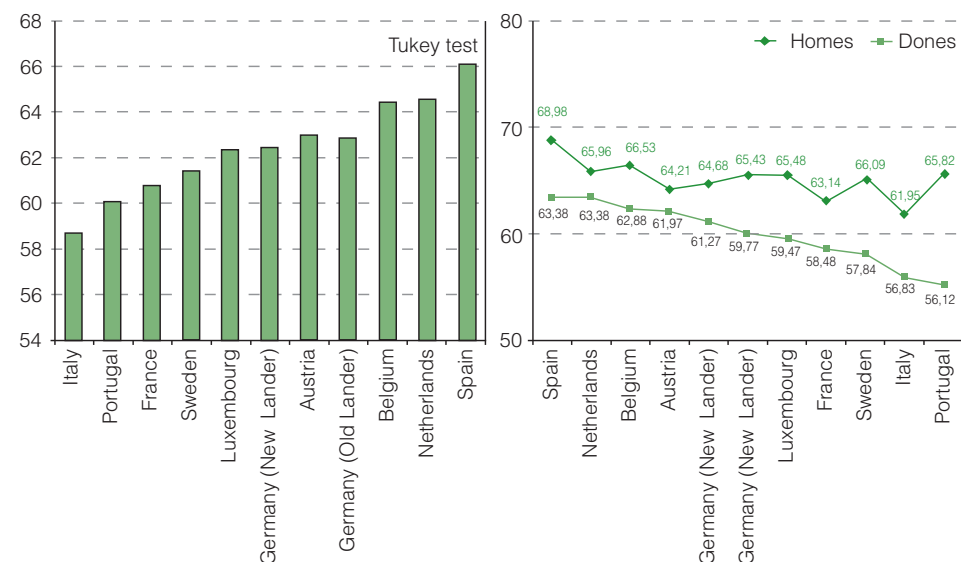
Gràfic d'elaboració pròpia. Font de dades: Departament de Salut - DGPA / Pla director de salut mental i addiccions

### 5.2. Estat de salut

L'Organització Internacional del Treball (OIT), en el seu informe sobre la salut mental en l'àmbit laboral elaborat l'any 2000, destaca l'increment de la incidència dels problemes de salut mental, que afecta a un 10% dels treballadors i comporten absentisme, incapacitat laboral i la pèrdua del lloc de treball.

## 5. Anàlisi de situació

Gràfic 4. Indicadors positius de salut mental en 10 països de la Unió Europea



(subescala de SF36 (de 0 a 100))

Pel que fa a la dimensió negativa dels trastorns mentals es mostren els resultats de diferents instruments de mesura en salut mental referents a períodes de temps i poblacions diferents tot evidenciant l'existència de metodologies prou heterogènies que impedeixen l'adequada comparació de resultats (taula 2).

Taula 2. Taxa de prevalença dels trastorns depressius en diferents estudis europeus

Country	Study	Year	Population	Sample	Instruments	Taxonomy*	Period	Age group	Prevalence		
									All	Male	Female
Europe (o National samples)	MHEDEA ESEMeD <sup>2</sup>	2000-2002	Europe (Spain, Italy, Germany, France, Belgium and Netherlands)	21.425	WMH-CIDI	DSM-IV	12 month	18-65	3,90%	2,60%	5%
Finland	Finland 2000 <sup>3</sup>	2000	national	8.028	CIDI	ICD-10	12 month	30+	-	4	6
France (Basse Normandie)	Sante des BN <sup>4</sup>	1998	regional	1.445	CIDI-S	DSM-IV	12 month	18+	3,4	-	-
Germany (Lubeck & region)	TACOS <sup>5</sup>	1998	regional	4.075	M-CIDI	DSM-IV	12 month	18+64	2,1	1,1	3
Germany	GHS <sup>6</sup>	1999	national	4.181	M-CIDI	DSM-IV	12 month	18-65	8,30%	5,5%	11,20%
Netherlands	NEMESIS <sup>7</sup>	1996	national	7.076	CIDI v 1.1	DSM-III-R	12 month	18-64	5,80%	4,10%	7,50%
France (Paris)	Paris/Sardinia <sup>8</sup>	1994-96	regional	2.260	CIDI-S	DSM-IV	6 month	18+	5,9	-	-
France (Isle de France)	Sante des F <sup>9</sup>	1998	regional	1.183	CIDI-S	DSM-IV	6 month	18+	5,8	-	-
Italy (Sardinia)	Paris/Sardinia <sup>8</sup>	1994-96	3 different areas	1.040	CIDI-S	ICD-10	6 month	18+	6,5	-	-
Germany (Lubeck & region)	TACOS <sup>10</sup>	1998	regional	4.075	M-CIDI	DSM-IV	4 week	18-64	0,8	0,3	1,2
Netherlands	NEMESIS <sup>7</sup>	1996	national	7.076	CIDI v 1.1	DSM-III-R	4 week	18-64	1,70%	1,90%	3,40%
Great Britain	1st survey psych morb <sup>11</sup>	1993	national		CIS-R/SCAN	ICD-10	2 week	16-64	2,30%	1,90%	2,80%
Great Britain	2nd survey psych morb <sup>12</sup>	2000	national		CIS-R/SCAN	ICD-10	2 week	16-64	2,80%	2,60%	3,00

Source: E S Paykel MD FRCP FRCPsych FmedSci., T Brugha MD PhD FFPH (2004) SIZE AND BURDEN OF DEPRESSIVE DISORDERS IN EUROPE. In: European Review on Size and Burden of Mental Disorders. To be published in European Neuropsychopharmacology.

Entre les patologies més importants incloses en els TM destaquen:

- La depressió, el suïcidi i els intents d'autolesió es troben entre els principals problemes de salut per TM. El suïcidi és un problema de salut que afecta especialment les societats desenvolupades i es considera que és una causa de mort prevenible<sup>9</sup>.
- La coexistència de dependència de substàncies i altres diagnòstics psiquiàtrics, que es coneix com a diagnòstic dual, és un problema d'importància en el nostre medi.
- L'esquizofrènia és una malaltia de gran rellevància social que afecta al 1% de la població major dels 18 anys. Està considerada com a una de les 10 causes més importants de discapacitat global per la OMS. S'associa a una elevada comorbiditat mèdica que s'estima disminueix l'expectativa de vida dels pacients en un 20% respecte a la població general<sup>10</sup>.
- El trastorn bipolar és un trastorn mental greu que afecta a un 2-3% de la població. Més de la meitat d'aquests pacients pateixen altres trastorns mentals, especialment abús de substàncies tòxiques i trastorns de la personalitat, que ocasionen un molt important consum de recursos sanitaris<sup>11</sup>.
- El trastorn límit de la personalitat (TLP) és una patologia mental greu que es caracteritza per presentar una gran variabilitat de símptomes: depressius, ansiosos, irritable, conductes suïcides, clínica paranoide i freqüents canvis de caràcter, etc. Sovint les persones amb TLP tenen comorbiditat psiquiàtrica (abús de substàncies tòxiques i trastorn antisocial, entre els més freqüents) i és rellevant l'impacte en la vida familiar, social i els conflictes amb l'àmbit judicial que sovint genera aquesta malaltia.
- En les últimes dècades, els trastorns de la conducta alimentària, especialment l'anorèxia i la bulímia nervioses han esdevingut unes de les patologies psiquiàtriques més preocupants de l'adolescència i joventut. El progressiu increment de la seva prevalença, l'aparent descens de les edats d'inici i la seva potencial gravetat, amb risc significatiu de mort, han despertat una autèntica alarma social<sup>12</sup> i els ha convertit en un important problema de salut pública.
- El joc patològic és un trastorn emergent que afecta a la nostra societat. La prevalença de la conducta de joc està relacionada amb la disponibilitat de les oportunitats<sup>13</sup> i s'està observant un increment paral·lel a la legalització de diferents tipus de joc<sup>14</sup>, especialment entre la població jove<sup>15</sup>.
- El consum excessiu de begudes alcohòliques és responsable d'una elevada morbiditat en la nostra població. En el curs dels últims anys, en el conjunt europeu s'ha observat un fenomen d'homogeneïtzació en els patrons de consum d'alcohol, amb indubtables repercussions socials i sanitàries. En el cas de Catalunya, aquesta homogeneïtzació comporta la progressiva incorporació de la dona al consum de begudes alcohòliques, una tendència a concentrar els consums en els temps dedicats a l'oci i un augment del consum de la cervesa en detriment del vi<sup>16</sup>.
- L'alcohol és l'únic factor responsable de la mortalitat per alguns tipus de malalties, mentre que en altres trastorns la fracció atribuïble a l'alcohol pot oscil·lar notablement. Algunes malalties totalment atribuïbles a l'alcohol (fracció atribuïble: 100%) són<sup>17</sup>: la psicosi alcohòlica, la síndrome de dependència, l'abús d'alcohol i la

## 5. Anàlisi de situació

polineuropatia alcohòlica. Altres malalties amb fraccions diverses són: la demència (11%), l'epilèpsia (30%), o les convulsions (41%).

- El consum de drogues il·legals és responsable d'un important increment de la mortalitat entre els joves. En el conjunt de l'Estat, s'observa una mortalitat de 8,9 defuncions per 100.000 habitants en el grup de 15 a 39 anys (14,7/100.000 en homes i 2,9/100.000 en dones), i una proporció de mortalitat atribuïble a les drogues del 7,8%<sup>18</sup>.
- Tot i la seva limitada prevalença, la dependència de l'heroïna representa un greu problema social i de salut, que s'associa a un increment de la mortalitat arriba a una taxa de 10 defuncions per 1000 persones/ any entre els addictes a aquesta substància residents a Barcelona<sup>19</sup>. L'evolució del consum de cocaïna entre la població de Catalunya indica que l'ús d'aquesta substància s'ha convertit també en un greu problema de salut<sup>20</sup>.

Les previsions demogràfiques indiquen que a finals de la primera dècada del segle XXI a Catalunya, més d'un milió cinc-cents mil persones sobrepassaran els 65 anys d'edat. En qualsevol dels escenaris considerats, l'accentuació de l'envelliment demogràfic és un dels resultats més consistents, fenomen similar al que s'observa en els països del nostre entorn. Així, les projeccions demogràfiques a Europa preveuen que l'any 2030 més del 24% de la població europea tindrà 65 anys o més i a Catalunya aquest percentatge es preveu entre el 18 i 26% segons l'escenari estimat (taula 3).

El coneixement de les característiques demogràfiques de la gent gran i dels indicadors més rellevats sobre la seva evolució, són elements imprescindibles per preveure les seves necessitats i problemes de salut per planificar adequadament les intervencions sanitàries i socials (taula 4).

Taula 3. Població de 65 i més projectada

	Espanya		Unió Europea	
	Pob.*	%	Pob.*	%
2030	11.971	23,44	94.401	24,55
2020	9.527	19,47	80.122	20,76
2015	8.704	18,34	74.694	19,39
2010	7.931	17,36	69.254	18,06
2005	7.306	16,8	65.252	17,16

\* Milers d'habitants  
Font: INE

Font: Eurostat

Taula 4. Població de 65 i més projectada

	Catalunya 2030		
	≥ 65	%	Pob.*
Escenari baix	1.756	26,48	6.633
Escenari mitjà baix	1.565	20,64	7.582
Escenari mitjà alt	1.914	22,6	8.472
Escenari alt	1.726	18,66	9.250

\* Milers d'habitants

Font: Institut d'Estadística de Catalunya

Actualment, i segons el Registre Central d'Usuaris del Servei Català de la Salut, la població de Catalunya supera els 7 milions d'habitants (dones 3.610.692 i homes 3.494.632) els quals, ja un 16,80% són de 65 anys o més (taula 5).

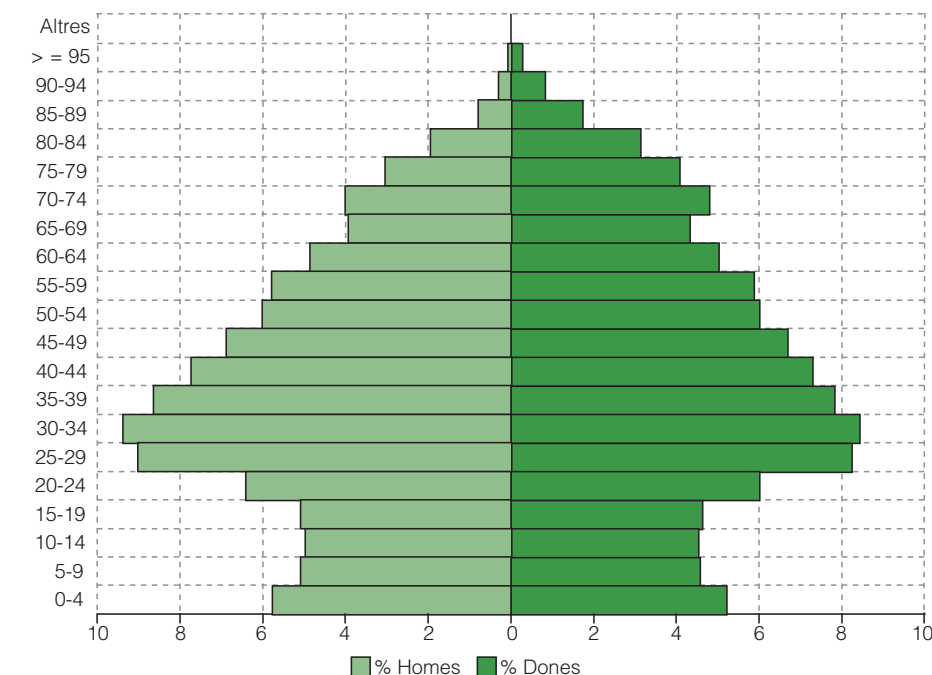
Taula 5. Distribució de població (TIS) per grans grups d'edat i gènere. Catalunya 2005

Grup d'Edat	Nombres absoluts			%		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
0-14	552.730	521.235	1.073.965	15,8%	14,44%	15,11%
15-64	2.447.072	2.390.720	4.837.792	70,02%	66,21%	68,09%
65 i més	494.783	698.678	1.193.461	14,16%	19,35%	16,80%
<b>Total</b>	<b>3.494.632</b>	<b>3.610.692</b>	<b>7.105.324</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Font: Registre Central d'Usuaris. Departament de Salut

La distribució per grups d'edat (gràfic 5), mostra que un 15,11% del total són menors de 15 anys i un 16,80% tenen 65 anys o més, la qual cosa vol dir que ja s'està consolidant una determinada piràmide poblacional on hi ha tants menors de 15 anys (15,11%) com persones de 64 anys o més (16,80%).

Gràfic 5. Piràmide de població



Font: RCA Gener 2005

Tal com es pot observar a la taula 6, per regions sanitàries, segons el decret 105/2005, de 31 de maig, la regió Barcelona, que inclou gran part de l'àrea metropolitana (Barcelona ciutat, part de les antigues Regió Centre, Barcelonès Nord i Maresme i Costa de Ponent), aglutina quasi el 70% del total de la població catalana (69,21%) mentre que la resta es distribueix principalment a Tarragona, especialment si afegim Terres de l'Ebre, (9,57%) i Girona (8,99%).

Taula 6. Distribució de la població per gènere i regió sanitària amb la nova distribució territorial

Regió sanitària	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Lleida	167.297	165.489	332.786	4,79%	4,58%	4,68%
Camp de Tarragona	252.259	254.686	506.945	7,22%	7,05%	7,13%
Terres de l'Ebre	87.434	85.746	173.180	2,50%	2,37%	2,44%
Girona	319.849	319.132	638.981	9,15%	8,84%	8,99%
Catalunya Central	234.361	236.724	471.085	6,71%	6,56%	6,63%
Barcelona	2.401.069	2.516.787	4.917.856	68,71%	69,70%	69,21%
Alt Pirineu i Aran	32.363	32.128	64.491	0,93%	0,89%	0,91%
<b>Total</b>	<b>3.494.632</b>	<b>3.610.692</b>	<b>7.105.324</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Font: RCA. Gener de 2005.

Una de les raons de l'envelliment progressiu de la població catalana és l'augment de l'esperança de vida (EV). L'any 2003, l'EV en néixer va ser de 80,2 (76,9 anys en els homes i de 83,4 en les dones). Aquestes diferències per sexe es mantenen en totes les edats (taula 7).

## 5. Anàlisi de situació

Taula 7. Esperança de vida per grup d'edat a partir dels 65 anys. Catalunya 2003

	Total			
	Homes	Dones	2003	2002
De 65 a 69	16,91	20,86	19,04	19,2
De 70 a 74	133,3	16,55	15,12	15,3
De 75 a 79	10,02	12,52	11,47	11,7
De 80 a 84	7,25	8,99	8,33	8,5
De 85 a 89	5,07	6,07	5,74	5,9
De 90 a 94	3,44	3,96	3,81	4,0
≥ 95	2,33	2,63	2,55	2,8
En néixer	76,86	83,31	80,10	

Font: Servei d'Informació i Estudis, Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2003. Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2005.

Als 65 anys l'esperança de vida de la població encara és alta, però molts dels anys que hom espera viure ho seran amb dependència d'altres persones per desenvolupar les activitats de la vida diària. L'augment de l'Esperança de Vida Sense Incapacitat (EVSI) és, doncs, un objectiu tant o més important que el d'allargar la vida (taules 8 i 9).

Taula 8. Índex d'envel·liment i dependència per gènere i territori. Catalunya 2005

Regió Sanitària	Índex d'envel·liment		Índex de sobreenvelliment		Índex de dependència global		Índex de dependència senil	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
	Lleida	112	154	11	16	46	57	24
Camp de Tarragona	81	112	9	14	43	50	19	26
Terres de l'Ebre	128	170	10	15	49	58	27	37
Girona	84	118	9	15	45	53	21	29
Catalunya Central	97	144	9	15	46	57	23	33
Barcelona	87	135	8	15	42	50	19	29
Alt Pirineu i Aran	127	164	12	19	50	60	28	37
Catalunya	111		12		47		25	

Font: Registre Central d'Usuaris. Departament de Salut

Taula 9. Esperança de vida, esperança de vida lliure d'incapacitat i esperança de vida en bona salut, per sexe i edat. Catalunya, 2000

Sexe	Edat	WV	WVLI	%*	EVBS	X**
Homes	0	76,49	66,78	87,31	60,93	79,66
	25	52,39	43,60	83,23	37,91	72,35
	45	33,73	25,66	76,08	20,95	62,13
	65	17,00	10,76	63,28	8,86	52,08
	85	5,42	1,79	33,02	1,83	33,74
Dones	0	83,24	69,00	82,90	60,65	72,87
	25	58,87	45,40	77,11	37,17	63,14
	45	39,45	26,94	68,28	20,64	52,31
	65	20,91	11,14	53,27	8,52	40,76
	85	6,25	1,80	28,79	2,17	34,76
Total	0	79,87	67,89	84,99	60,78	76,10
	25	55,66	44,50	79,96	37,55	67,46
	45	36,65	26,32	71,80	20,81	56,78
	65	19,11	10,96	57,32	8,69	45,46
	85	5,98	1,78	29,78	2,06	34,52

EV: esperança de vida. EVLI: esperança de vida lliure d'incapacitat. EVBS: esperança de vida en bona salut.

\* Percentatge de vida lliure d'incapacitat (EVLI)-100.

\*\* Percentatge de vida en bona salut (EVBS/EV-100).

Font: Registre de mortalitat de Catalunya. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Elaboració pròpia.

L'evolució de l'EV de la gent gran ha estat positiva en els darrers anys, ja que ha augmentat de forma progressiva el nombre d'anys que es pot esperar viure en aquestes edats. Així, l'any 2001 les dones majors de 65 anys, amb una EV de 21,1 anys, havien guanyat 1,7 anys respecte als valors de l'any 1991. I els homes, amb una EV de 17,2 anys, havien augmentat 1,5 anys en aquesta dècada (taula 10).

Taula 10. Esperança de vida als 60 anys

Homes	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EU (25 països)	18.1 <sup>(e)</sup>	18.0 <sup>(e)</sup>	18.3 <sup>(e)</sup>	18.3 <sup>(e)</sup>	18.5 <sup>(e)</sup>	18.7 <sup>(e)</sup>	18.7 <sup>(e)</sup>	18.9 <sup>(e)</sup>	19.3 <sup>(e)</sup>	19.6 <sup>(e)</sup>	19.6 <sup>(e)</sup>	:
EU (15 països)	18.6	18.5	18.9	18.9	19.0	19.3	19.3	19.4	19.7 <sup>(e)</sup>	20.1 <sup>(e)</sup>	20.1 <sup>(e)</sup>	:
Zona Europea	18.7	18.7	18.9	19.0	19.1	19.4	19.4	19.6	19.9 <sup>(e)</sup>	20.1 <sup>(e)</sup>	20.2 <sup>(e)</sup>	:
Espanya	19.5	19.5	19.7	19.7	19.8	20.0	19.9	19.8	20.3	:	20.6	:
<b>Dones</b>												
EU (25 països)	22.5 <sup>(e)</sup>	22.4 <sup>(e)</sup>	22.8 <sup>(e)</sup>	22.8 <sup>(e)</sup>	23.0 <sup>(e)</sup>	23.2 <sup>(e)</sup>	23.2 <sup>(e)</sup>	23.3 <sup>(e)</sup>	23.6 <sup>(e)</sup>	23.8 <sup>(e)</sup>	23.8 <sup>(e)</sup>	:
EU (15 països)	23.0	22.9	23.3	23.3	23.5	23.7	23.7	23.8	24.1 <sup>(e)</sup>	24.2 <sup>(e)</sup>	24.2 <sup>(e)</sup>	:
Zona Europea	23.2	23.2	23.5	23.6	23.7	23.9	23.9	24.0	24.3 <sup>(e)</sup>	24.4 <sup>(e)</sup>	24.4 <sup>(e)</sup>	:
Espanya	23.8	23.8	24.1	24.2	24.3	24.5	24.5	24.5	24.9	:	25.2	:

(: ) Not available.

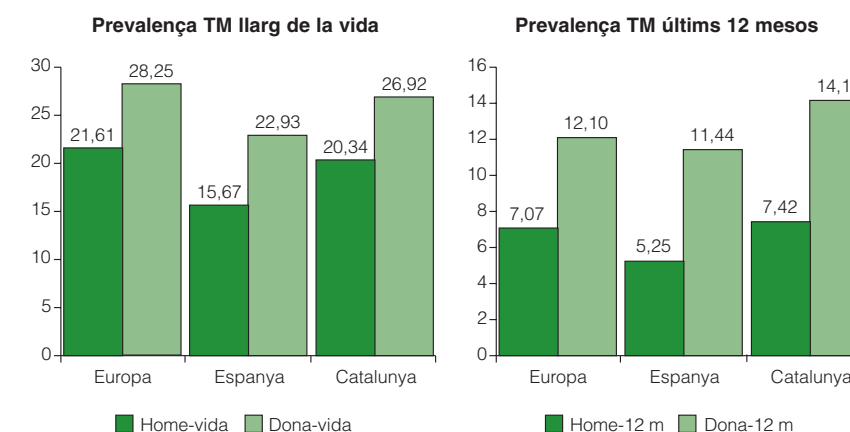
(e) Estimated value.

Font: Eurostat/U.S. Bureau of the Census

Tanmateix, aquesta longevitat de la gent gran a Catalunya queda matisada pel temps que es pot esperar viure sense patir discapacitats o malalties que comporten restriccions per a les activitats habituals. En aquest sentit, l'esperança de vida sense incapacitat (EVSI) és un indicador més acurat de les previsions de salut per a la gent gran.

La prevalença per a qualsevol trastorn i qualsevol edat, al llarg de la vida és de 20,34% pels homes i de 26,92% per les dones, i del 7,42% i 14,17% respectivament, per a la prevalença-any segons l'estudi ESEMeD-Spain, estudi que forma part d'un projecte europeu sobre l'epidemiologia dels TM dut a terme en sis països europeus: Alemanya, Bèlgica, Espanya, França, Holanda i Itàlia. A Catalunya, formant part d'aquest projecte, s'ha realitzat l'estudi SAMCAT, amb 1.647 persones entrevistades del total de la mostra espanyola (gràfic 6).

Gràfic 6. Prevalença de trastorn mental per sexe a Europa, Espanya i Catalunya 2002



Gràfic d'elaboració pròpia. Font: ESEMeD, 2002.

## 5. Anàlisi de situació

Segons aquest estudi, la prevalença de depressió major és del 15,2% al llarg de la vida i del 6,5% en els darrers dotze mesos.

Els trastorns d'ansietat són del 11,3% i 6,4%, respectivament.

En relació a la depressió major, els individus entre 35-49 anys tenen la prevalença més alta al llarg de la vida (17,5%) i, els individus entre 50-64 tenen la més alta en dotze mesos (8,2%).

Pel que fa referència als trastorns d'ansietat, la més alta prevalença en els darrers dotze mesos, s'observa en els sectors més joves de la població entrevistada (grup entre 18-24 anys), i la més alta prevalença al llarg de la vida s'observa en el grup de 35-49 anys.

Pel que fa al sexe, destaca la major prevalença d'aquests trastorns entre les dones que presenten taxes que doblen i, fins i tot, tripliquen les que presenten els homes (taula 11).

Taula 11. Prevalença\* de trastorns mentals al llarg de la vida i prevalença als dotze mesos, per sexe. Catalunya 2002

	Al llarg de la vida			Als 12 mesos		
	Home	Dona	Total	Home	Dona	Total
Qualsevol trastorn mental	20,34 (16,87-23,81)	26,92 (23,62-30,21)	23,73 (1,27-26,19)	7,42 (5,18-9,66)	14,17 (11,42-16,92)	10,9 (9,1-12,69)
Qualsevol trastorn d'ànim	11,31 (8,8-13,83)	20,39 (17,48-23,3)	15,99 (14,05-17,93)	4,14 (2,53-5,74)	9,23 (7-11,46)	6,76 (5,37-8,15)
Qualsevol trastorn d'ansietat	7,6 (5,11-10,09)	14,85 (12,18-17,52)	11,34 (9,45-13,22)	3,41 (1,79-5,03)	9,22 (7,04-11,4)	6,41 (5,02-7,79)
Depressió major	10,83 (8,33-13,33)	19,24 (16,46-22,03)	15,17 (13,29-17,05)	3,94 (2,35-5,53)	8,92 (6,71-11,12)	6,51 (5,14-7,87)
Trastorn distímic	3,07 (1,72-4,41)	7,08 (5,29-8,86)	5,13 (4-6,27)	0,91 (0,18-1,63)	3,15 (1,78-4,51)	2,06 (1,25-2,87)
Trastorn d'ansietat generalitzada	1,96 (0,79-3,13)	5,36 (3,81-6,91)	3,71 (2,75-4,67)	0,33 (0-0,73)	3,15 (1,92-4,38)	1,78 (1,13-2,43)
Fòbia social	1,28 (0,12-2,44)	2,05 (0,89-3,22)	1,68 (0,81-2,55)	0,79 (0-1,84)	1,33 (0,38-2,27)	1,07 (0,29-1,84)
Fòbia específica	2,4 (1,08-3,71)	4,51 (3,08-5,95)	3,49 (2,48-4,49)	0,82 (0,07-1,57)	2,83 (1,64-4,02)	1,86 (1,15-2,57)
Trastorn per estrès posttraumàtic	1,12 (0,19-2,04)	2,2 (0,98-3,43)	1,68 (0,92-2,44)	0,65 (0-1,35)	0,9 (0,08-1,72)	0,78 (0,25-1,32)
Agorafòbia	0,55 (0-1,14)	1,41 (0,49-2,32)	0,99 (0,45-1,54)	0,55 (0-1,14)	1,32 (0,42-2,22)	0,95 (0,41-1,49)
Trastorn d'angoixa	1,46 (0,61-2,3)	4,98 (3,39-6,57)	3,27 (2,36-4,18)	0,46 (0,04-0,89)	2,94 (1,71-4,18)	1,74 (1,07-2,41)
Abús d'alcohol	6,8 (4,56-9,04)	1,52 (0,59-2,46)	4,08 (2,82-5,34)	1,33 (0,34-2,32)	0,19 (0-0,56)	0,74 (0,23-1,26)
Dependència d'alcohol	2,05 (0,74-3,36)	0,42 (0-0,95)	1,21 (0,51-1,9)	0,32 (0-0,71)		0,16 (0-0,35)

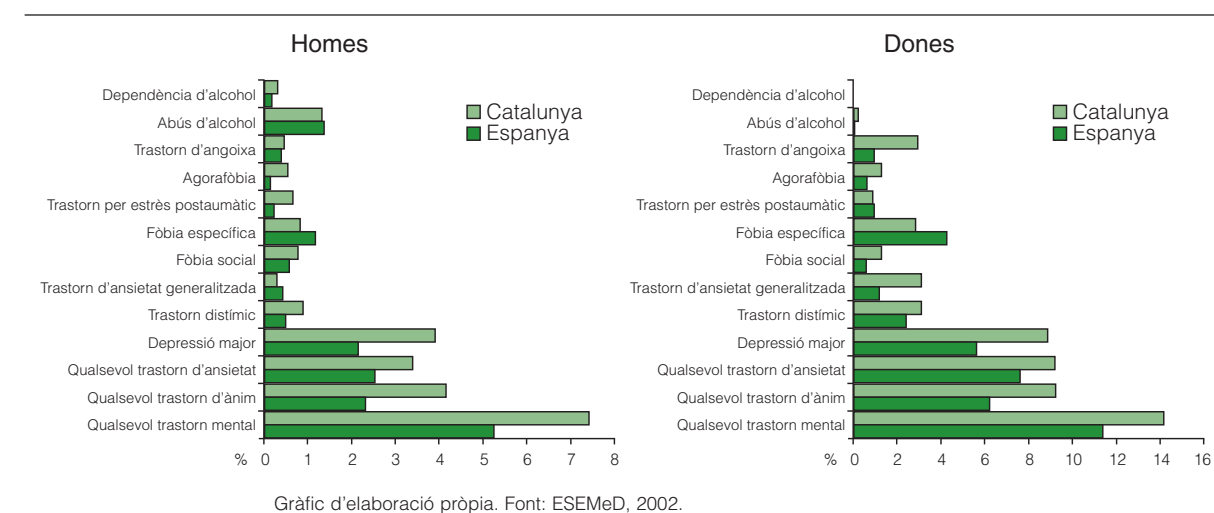
\* Proporcions ajustades i intervals de confiança.

Font: Epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEME-España. Actas Españolas de Psiquiatría (en premsa).

Entre les persones que al llarg dels darrers dotze mesos han presentat un trastorn afectiu (depressió major), el 55,4% han consultat a un professional sanitari per aquest motiu i entre els que han presentat un trastorn d'ansietat ha estat del 43,7%.

Les prevalences de trastorns relacionats amb l'alcohol (abús i dependència) segons aquest estudi són molt baixes si ho comparem per exemple amb les dades obtingudes en l'estudi NESARC<sup>22</sup> en que la prevalença de l'alcoholisme durant els últims 12 mesos es situava en el 8,46%, essent el trastorn psiquiàtric més prevalent després dels trastorns d'ansietat i els trastorns afectius (gràfic 7).

Gràfic 7. Prevalença de trastorns mentals als dotze mesos, per sexe. Catalunya i Espanya, 2002



Igualment un estudi recent de la OMS<sup>23</sup> estima la prevalença del trastorn per dependència de l'alcohol a Europa en un 5% en el cas dels homes i un 1% en el de les dones (taula 12).

## 5. Anàlisi de situació

Taula 12. Prevalença\* de trastorns mentals als dotze mesos, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 2002

N		Qualsevol tr. mental n (%)	OR (IC 95%)	Qualsevol tr. d'ànim n (%)	OR (IC 95%)	Qualsevol tr. d'ansietat n (%)	OR (IC 95%)	Qualsevol tr. per ús d'alcohol n (%)	OR (IC95%)
<b>Sexe</b>									
Home	740	51 (7,42)	0,49 (0,33-0,72)	30 (4,14)	0,42 (0,26-0,69)	23 (3,41)	0,35 (0,2-0,6)	9 (1,33)	7,09 (0,86-58,58)
Dona	905	127 (14,17)	1,0	86 (9,23)	1,0	78 (9,22)	1,0	1 (0,19)	1,0
<b>Grup d'edat</b>									
18-24	144	18 (12,74)	1,0	11 (7,01)	1,0	13 (8,5)	1,0	1 (0,67)	1,0
25-34	292	36 (12,06)	0,94 (0,48-1,82)	15 (4,3)	0,6 (0,24-1,45)	23 (7,45)	0,87 (0,38-1,97)	4 (1,99)	3,03 (0,33-28,02)
35-49	430	43 (9,72)	0,74 (0,39-1,4)	33 (7,27)	1,04 (0,48-2,25)	23 (5,7)	0,65 (0,29-1,47)	3 (0,5)	0,75 (0,08-7,18)
50-64	327	40 (12,45)	0,97 (0,53-1,8)	27 (9,15)	1,34 (0,64-2,79)	24 (6,94)	0,8 (0,36-1,81)	2 (0,67)	1 (0,09-11,14)
> 64	452	41 (8,42)	0,63 (0,34-1,17)	30 (5,92)	0,83 (0,38-1,82)	18 (4,27)	0,48 (0,21-1,08)	( )	(0-0)

\* Nombre de casos, proporcions ajustades i OR no ajustades.

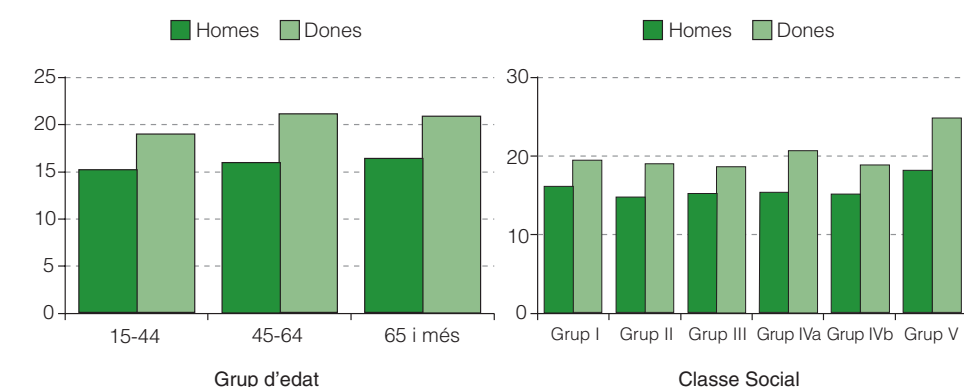
Font: Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, Ferrer M, Ramos J, Kessler R, Alonso J. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEME-España. Actas Españolas de Psiquiatría (en prensa).

### 5.3. Percepció de la salut

L'any 2002 la prevalença de TM estimada a partir dels resultats de l'enquesta de salut de Catalunya<sup>24</sup> (ESCA 2002) i mesurada com a probabilitat de ser cas mitjançant el General Health Questionnaire-GHQ-12<sup>25</sup>, és del 17,9% en la població de 15 anys i més (20,0% en les dones i 15,6% en els homes).

Aquests resultats ens situen en un nivell intermedi amb relació a estudis poblacionals a Espanya i altres països<sup>26</sup> (gràfic 8).

Gràfic 8. Prevalença de problemes de salut mental per classe social, grup d'edat i sexe. Catalunya, 2002



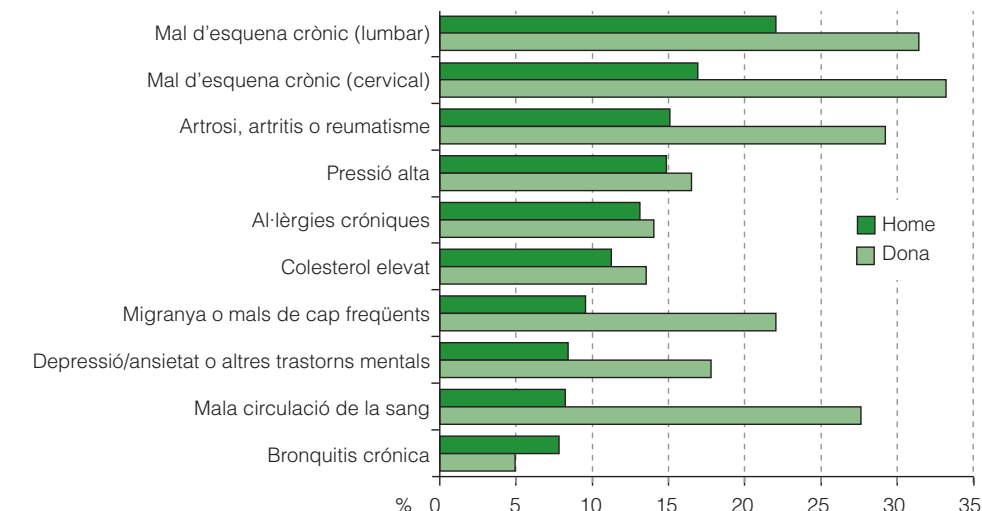
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002

Per grup d'edat i sexe, la probabilitat de patir TM és més elevada en les dones de tots els grups d'edat. Segons la classe social, s'observa una major prevalença de la probabilitat de ser cas en les classes més desfavorides i especialment en les dones d'aquestes classes.

Per regions sanitàries i sexe, les dones de les Terres de l'Ebre, Costa de Ponent, Barcelonès Nord i Maresme, Centre i Barcelona Ciutat presenten una major probabilitat de patir trastorn mental per sobre de la mitjana de Catalunya.

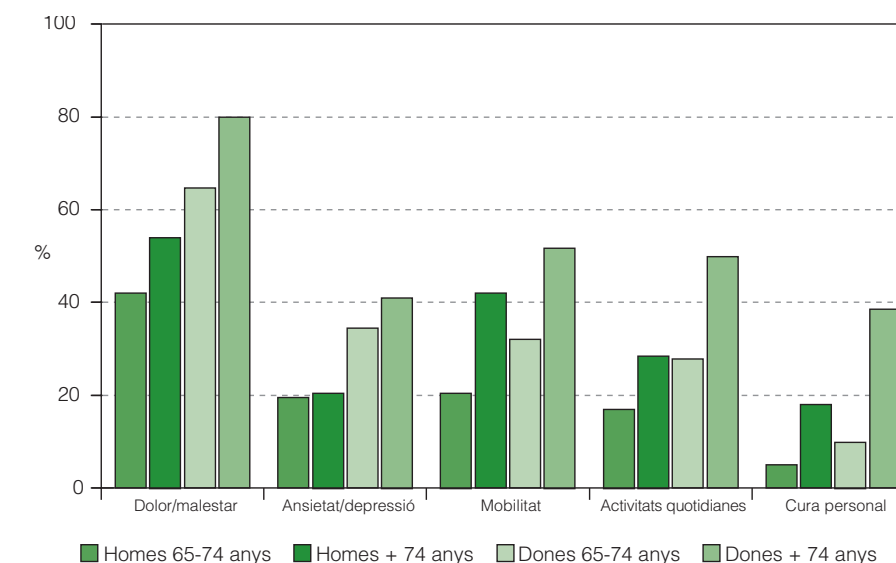
L'ESCA pregunta, a més, sobre un llistat de 26 trastorns crònics triats perquè tenen una alta prevalença, generen més consum de recursos sanitaris o estan relacionats amb els objectius del Pla de salut de Catalunya. Entre aquests trastorns es troba la depressió i/o ansietat o altres trastorns mentals que és el doble en les dones que en els homes (gràfic 9 i 10).

Gràfic 9. Principals trastorns crònics declarats segons el tipus de trastorn i sexe. Catalunya, 2002



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002. Departament de Salut

Gràfic 10. Població que declara tenir problemes (moderats i greus) en aspectes de la qualitat de vida per edat i sexe. Catalunya, 2002



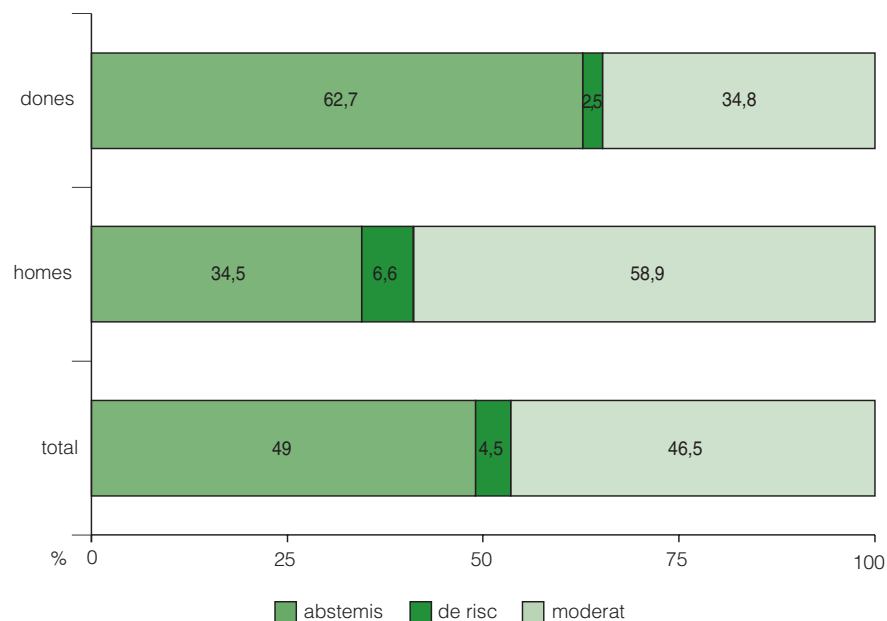
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002. Departament de Salut



## 5. Anàlisi de situació

Les darreres dades obtingudes de l'Enquesta de salut de Catalunya 2002, estableixen que entre un 4,5% (6,6% els homes i 2,5% les dones)<sup>27</sup> dels catalans majors de 14 anys són bevedors de risc, és a dir, consumeixen més de 40 g d'alcohol al dia en el cas dels homes i més de 24 g en el cas de les dones, i tenen un risc augmentat de patir malalties, accidents, lesions o trastorns mentals o del comportament (gràfic 11).

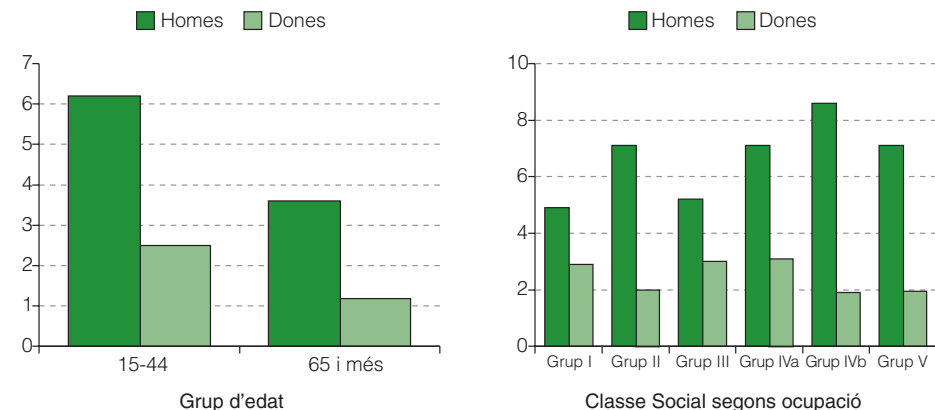
Gràfic 11. Consum d'alcohol per sexe. Catalunya, 2002



Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Departament de Salut

Tant en els homes com en les dones, la major prevalença de consum de risc s'observa entre els 45 i 64 anys, mentre que el grup de 65 i més anys és el que presenta el menor consum de risc (gràfic 12).

Gràfic 12. Consum de risc d'alcohol. Catalunya, 2002

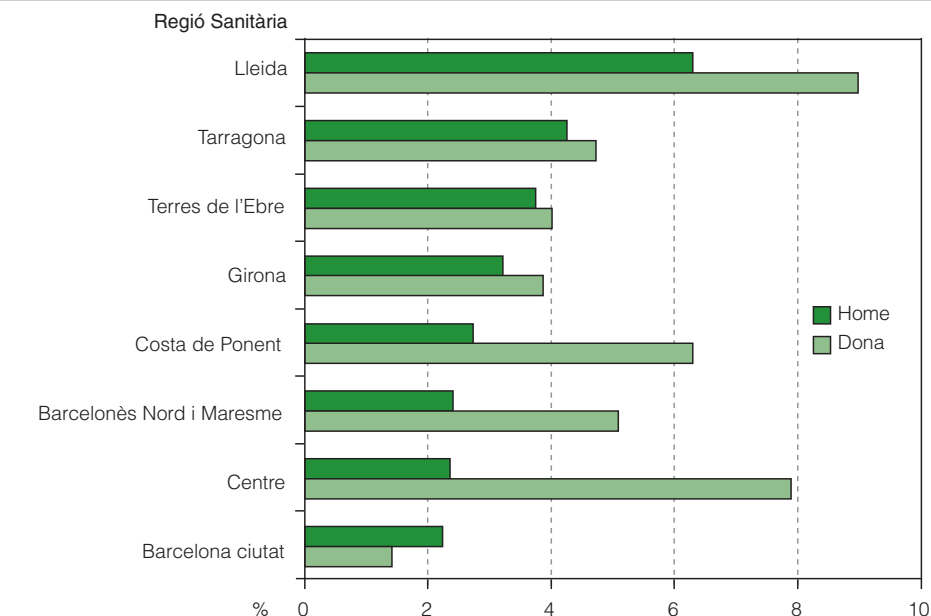


Font: Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Departament de Salut

El consum de risc d'alcohol més alt es dona a les regions de Terres de l'Ebre i de Girona, mentre que el menor és el del Barcelonès Nord i Maresme (gràfic 13).

El consum de risc segons l'ESCA és anormalment baix si tenim en compte que altres

Gràfic 13. Consum de risc d'alcohol per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2002



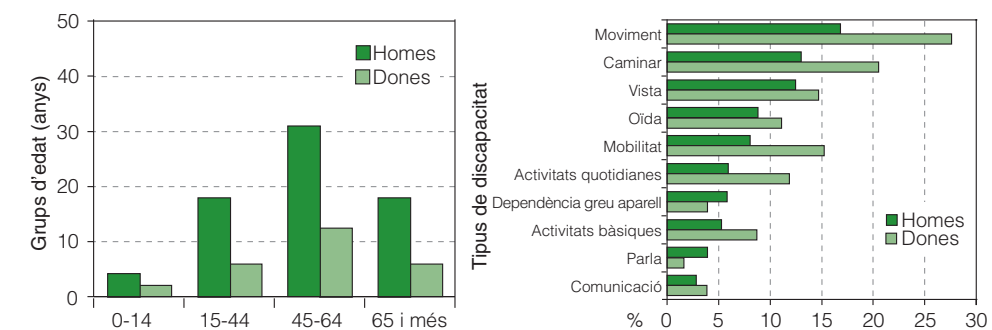
Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002. Departament de Salut

estudis<sup>28</sup> estimen que el consum de risc a Europa se situa al voltant del 15% de la població adulta.

La càrrega global de les malalties mentals abasta la tercera part del total d'anys viscuts amb discapacitat (OMS, 2001). Quatre de les sis malalties més freqüents causants de discapacitats són trastorns mentals, i la depressió constitueix la tercera causa a nivell mundial, amb el 12,5%. Tot i què en menor grau, el suïcidi contribueix també al càlcul dels anys potencials de vida perduts (APVP) i constitueix una de les principals causes de mortalitat prematura en els joves, sens dubte evitable. També segons la OMS<sup>29</sup>, a Europa l'alcohol és el tercer factor de risc per la salut (després del tabac i la hipertensió) contribuint a un 7,4% (12% pels homes i 2% per les dones) de la morbiditat total. D'altra banda, les malalties mentals són un factor de risc de patir altres malalties. La salut mental està íntimament associada amb la salut física i el funcionament social.

El 33,2% dels homes i el 43,6% de les dones de 65 i més anys presenten alguna discapacitat (gràfic 14). La proporció de persones que declaren tenir una o més discapacitats experimenta un increment important a partir dels 80 anys i en tots els grups és major en les dones que en els homes.

Gràfic 14. Població que declara patir alguna discapacitat per grup d'edat i sexe i tipus de discapacitat. Catalunya, 2002



Font: Enquesta de salut de Catalunya 2002. Departament de Salut

## 5. Anàlisi de situació

Les discapacitats declarades més freqüentment són les relacionades amb l'aparell locomotor i segueixen en importància les limitacions greus dels sentits de la vista i l'oïda.

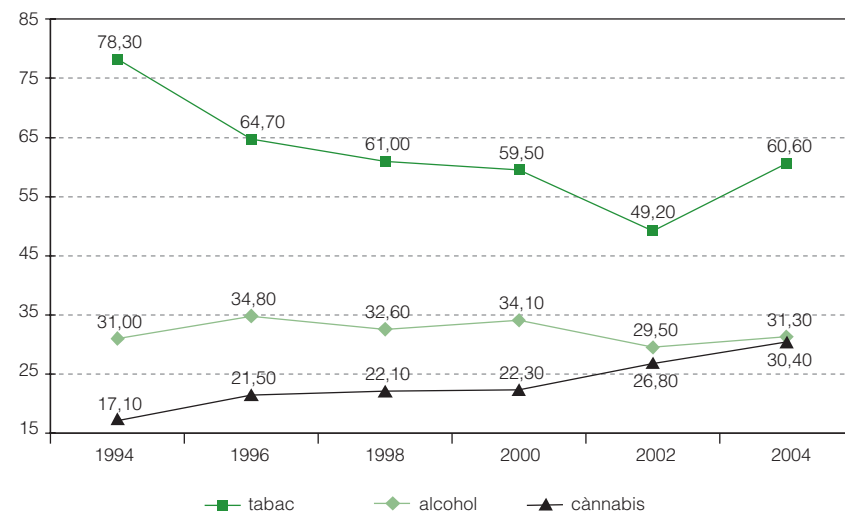
El 91,7% dels homes i el 96,2% de les dones de 65 i més anys presenten alguna malaltia crònica. A partir dels 64 anys, pràcticament a totes les edats destaca la major proporció d'homes que manifesten no tenir cap malaltia crònica i són les dones les que les pateixen en major nombre. Així mateix, s'observa que la proporció de dones que fan una valoració negativa de la seva salut és més elevada que la d'homes, tant en presència o no d'una o vàries discapacitats i/o malalties cròniques.

D'altra banda, l'abús i la dependència de problemes generats pel consum de substàncies tòxiques, principalment els opiàcids, els derivats del cànnabis, la cocaïna, derivats amfetamínic i les anomenades drogues de síntesi, ocasiona complicacions orgàniques i psiquiàtriques associades directament a la substància i/o a la via d'administració, i sovint també té altres repercussions socials i familiars derivades de les condicions en les que es desenvolupa aquest consum. Així, tot i que l'ús de drogues il·legals afecta a una proporció relativament baixa de la població, les seves conseqüències sanitàries i socials continuen sent de gran importància.

Diferents fonts d'informació fan possible una aproximació a la dimensió epidemiològica de l'ús de drogues no institucionalitzades a Catalunya, les quals confirmen una tendència a l'increment de l'ús d'algunes drogues (gràfics 15 i 16), com els derivats del cànnabis i la cocaïna, així com el fort creixement dels problemes sanitaris associats a l'ús de cocaïna i el manteniment d'una elevada demanda d'atenció per part dels consumidors d'opiàcids, malgrat la probable estabilització del seu consum.

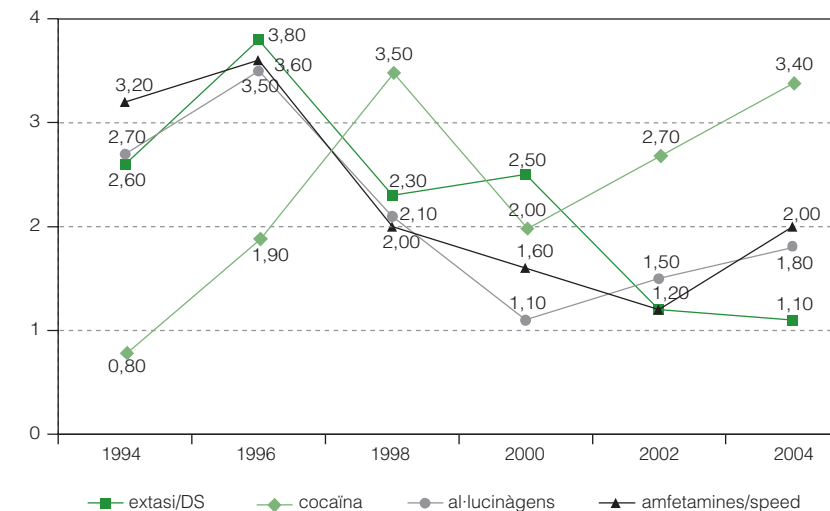
L'evolució de la prevalença de consum de substàncies addictives entre la població escolar de 14 a 18 anys a Catalunya, mostra que l'alcohol és la substància que més es consumeix, seguida pel tabac, el cànnabis i la cocaïna. Segons la mateixa font, en aquest període (1994-2004) s'observa un increment del consum habitual de cànnabis que, se situa en un nivell similar al consum de tabac. El consum de cocaïna esporàdic i habitual continua en una línia ascendent i el consum d'èxtasi decreix.

**Gràfic 15.** Evolució de la prevalença de consum de tabac, alcohol i cànnabis, en els darrers 30 dies (1994-2004)



Font: Enquesta Escolar. Departament de Salut.  
Gràfic d'elaboració pròpia.

**Gràfic 16.** Evolució de la prevalença de consum d'altres substàncies addictives, en els darrers 30 dies (1994-2004)



Font: Enquesta Escolar. Departament de Salut.  
Gràfic d'elaboració pròpia.

Pel que fa a l'evolució del consum de substàncies entre la població general (15-64 anys), s'observa que l'alcohol i el tabac són les substàncies més consumides, seguides del cànnabis. El consum de cocaïna continua creixent i, pel que fa a la franja d'edat entre 15 i 29 anys, s'observa un patró de consum similar a l'obtingut en la població escolar de 14 a 18 anys.

El darrer informe de l'Observatori Català de Nous Consums en l'Àmbit Juvenil, de 2003, constata alguns canvis socials que poden estar influïent en els patrons de consum de substàncies com la competitivitat com a valor, l'augment de l'etapa de joventut, l'allargament del cap de setmana, la importància del consumisme a la societat occidental i la recerca de l'èxit immediat.

Segons l'informe:

- El consum de substàncies legals i il·legals es concentra en els caps de setmana.
- Les substàncies que estan mostrant un augment en el seu consum són l'alcohol, el tabac, el cànnabis i la cocaïna.
- Disminueix l'èxtasi i ketamina.
- Es manté el GHB i l'LSD.
- L'edat d'inici de consum és similar, així com el tipus de substància inicial.
- Els consums posteriors entre les dones són més prudents i controlats que en els homes, excepte pel que fa al consum de tabac.
- L'alcohol, el tabac i el cànnabis són les substàncies més consumides i utilitzades en tots els espais i situacions.
- Augmenta el consum diari de cànnabis i el nombre de persones que el cultiva.
- La cocaïna segueix el seu procés de difusió i popularització.
- El consum d'èxtasi en pastilles decreix.

### 5.4. Utilització de serveis

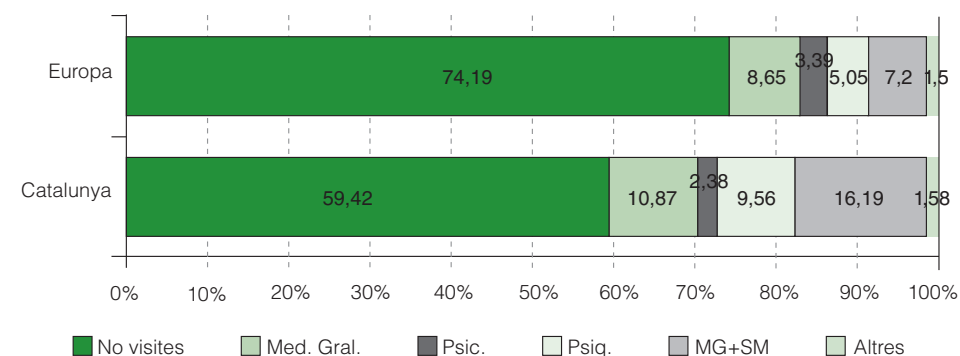
No estan del tot clars els factors que influeixen en la demanda de serveis per part de les persones que presenten algun tipus de trastorn mental o addicció. L'autopercepció del trastorn i l'atribució subjectiva de causa, el llindar personal entre allò normal i allò patològic, l'entrecruament amb els símptomes físics, i el paper de filtre –la capacitat diagnòstica i resolutiva– del metge de capçalera, són factors molt significatius<sup>30</sup>. Entre els

## 5. Anàlisi de situació

quadres greus, l'estigmatització associada a la malaltia mental i les addiccions pot tenir també un paper rellevant en l'ocultació per part del pacient i de la família davant l'entorn.

En l'estudi europeu ESEMeD, el més recent sobre prevalença de trastorns mentals en la població general, s'ha vist que a Catalunya, del total de les persones que han presentat algun trastorn mental en el darrer any, el 59,42% no havia contactat, durant el mateix període, amb cap professional sanitari, mentre que a Europa el percentatge havia estat del 74,19%. (Gràfic 17).

**Gràfic 17.** Distribució de la població amb qualsevol TM en el darrer any, segons l'atenció sanitària rebuda al darrer any. Catalunya 2002



Font: ESEMeD, 2002.  
Gràfic d'elaboració pròpia.

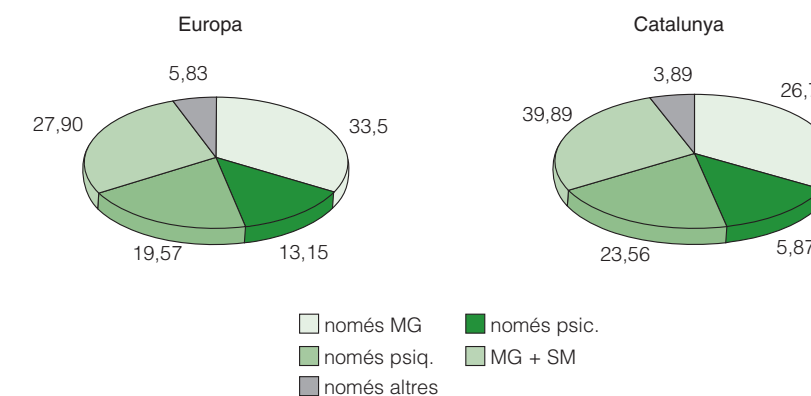
Entre les persones que al llarg dels darrers dotze mesos han presentat un trastorn de l'ànim (depressió major), el 55,4% havien consultat a un professional sanitari per aquest motiu i entre els que havien presentat un trastorn d'ansietat va ser del 43,7%.

Com es pot veure en el cas de Catalunya, el 10,87% de les persones amb trastorn mental havia fet almenys un contacte amb l'atenció primària de salut, mentre que la mitjana europea era del 8,65%. En el cas de l'atenció especialitzada, el percentatge de les persones amb trastorns mentals que havia contactat era del 28,13% a Catalunya i del 15,64% en el conjunt europeu.

Si considerem el total de persones amb trastorn mental que havia fet algun contacte amb el sistema sanitari, la participació exclusiva del metge de capçalera havia estat del 26,79% a Catalunya per 33,54% a Europa. La intervenció només psicològica havia estat del 5,87% a Catalunya i del 13,15% a Europa.

El psiquiatre en exclusiva o juntament amb el metge de família, havia participat en el 63,45% dels casos a Catalunya, mentre que la mitjana europea era del 47,47% (gràfic 18).

**Gràfic 18.** Percentatge d'utilització dels diferents professionals sanitaris, dels que han patit un TM en el darrer any i s'han visitat amb algun professional sanitari en el darrer any. Catalunya 2002



Font: ESEMeD, 2002.  
Gràfic d'elaboració pròpia.

Les dades anteriors són coherents amb un major percentatge d'utilització de fàrmacs en l'entorn català. L'increment espectacular de la prescripció d'antidepressius a partir de l'aparició dels ISRS en la dècada dels 90 en el nostre entorn i en el conjunt europeu, comporta avui un repte formidable per a la salut pública i per a la despesa sanitària. Si a això afegim, com ho proven l'estudi citat i altres, que la depressió i els trastorns mentals en general estan infradiagnosticats i a més, evolucionen a l'alça, què hem d'esperar d'aquest comportament?

En la taula 13 podem veure que entre els catalans diagnosticats de depressió major, el 38,9% reben només tractament farmacològic, el 6,9% tractament psicològic<sup>1</sup> i el 44,3% d'ambdós tipus. Entre els diagnosticats de trastorns d'ansietat a Catalunya, el 39,8% reben solament tractament farmacològic (40,5% a Espanya), el 2,4% tractament psicològic (1,7% a Espanya) i el 42,0% ambdós tractaments (39,4% a l'Estat espanyol).

**Taula 13.** Utilització de fàrmacs psicotròpics als dotze mesos, per sexe i grup terapèutic. Catalunya i Espanya, 2002

Fàrmac	n (%) N = 1.645		Comparació per sexe OR (IC95%)	
	Catalunya	Espanya	Catalunya	Espanya
Qualsevol psicotròpic	340 (18,72%)	991 (16,12%)	2,12 (1,59-2,83)	2,08 (1,75-2,47)
<b>Utilització general</b>				
Antidepressiu	119 (6,36%)	290 (4,69%)	3,03 (1,87-4,91)	2,19 (1,55-3,09)
Ansiolític	247 (13,46%)	722 (11,42%)	2,09 (1,49-2,93)	2,3 (1,86-2,83)
Antipsicòtic	32 (1,95%)	122 (2,15%)	0,96 (0,44-2,08)	1,92 (1,23-2,98)
Estabilitzador de l'ànim	7 (0,27%)	15 (0,23%)	1,15 (0,24-5,59)	0,78 (0,2-3,04)
<b>Utilització exclusiva</b>				
Només Antidepressiu	44 (19,34%)	117 (17,85%)	2,14 (0,97-4,75)	1,03 (0,58-1,81)
Només Ansiolític	168 (75,94%)	527 (73,62%)	0,83 (0,41-1,67)	1,19 (0,74-1,91)
Només Antipsicòtic	7 (3,72%)	46 (7,46%)	0,13 (0,02-0,84)	0,69 (0,36-1,33)
Només Estabilitzador de l'ànim	3 (1,01%)	6 (1,07%)	0,52 (0,05-6,06)	0,37 (0,04-3,08)
<b>Utilització combinada</b>				
Antidepressiu + Ansiolític	61 (74,16%)	136 (69,21%)	3,43 (1,01-11,61)	1,06 (0,41-2,72)
Antidepressiu + Antipsicòtic	6 (9,94%)	14 (9,07%)	0,13 (0,02-0,84)	0,25 (0,06-0,98)

Font: Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, Ferrer M, Ramos J, Kessler R, Alonso J. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEME-España. Actas Españolas de Psiquiatría (en premsa).

## 5. Anàlisi de situació

En el moment d'afrontar l'incessant increment del consum de psicofàrmacs, caldrà tenir en compte:

- que el canvi del model d'atenció a la salut mental, tot fent-lo més accessible i acostant-lo a l'atenció primària, s'associa a la millora de la detecció i, per tant, a la major prescripció<sup>31, 32</sup>.
- que sembla possible que la millor tolerància als nous antidepressius, provoqui una sobreprescripció en l'atenció primària, indicats no tant sols en trastorns menors o subclínic, sinó fins i tot en no trastorn. Aquest comportament, que pot arribar a afectar un 50% de les prescripcions, es compensa, en part, perquè una quarta part dels pacients que surten de la consulta amb una recepta d'antidepressius, no torna a demanar-ne cap altra<sup>33</sup>.
- la prescripció en trastorns lleus o no trastorn es relaciona amb el fenomen de la medicalització de la vida quotidiana, perceptible clarament no solament en l'entorn de l'atenció primària sinó també en l'especialitzada<sup>34</sup>.

La complexitat d'aquests tipus de fenòmens és alta. D'una banda està clar que la depressió no tractada s'associa a risc de suïcidi i a un major nombre de temptatives, però l'increment del consum a què fem referència no ha modificat les taxes de suïcidi al nostre país. També en relació a la discapacitat associada podem veure el mateix comportament paradoxal. Les baixes laborals degudes a depressió s'han incrementat, fins a representar actualment la segona causa d'Incapacitat Laboral a Espanya.

### 5.5. Mortalitat

L'anàlisi de la mortalitat (taula 14), pel que fa a les causes que estan més relacionades amb la salut mental, mostra que a Catalunya, l'any 2003, la taxa específica de mortalitat per trastorns mentals i del comportament (TM), pels 20 grans grups de causes de mort, és de 53,15 morts per 100.000 habitants, (un 13,8 % més que l'any 2002).

Entre els anys 1983 i 2002 les defuncions per TM han sofert un increment molt important, i és l'envelliment progressiu de la població una de les causes fonamentals, en afectar majoritàriament a les persones de més 64 anys.

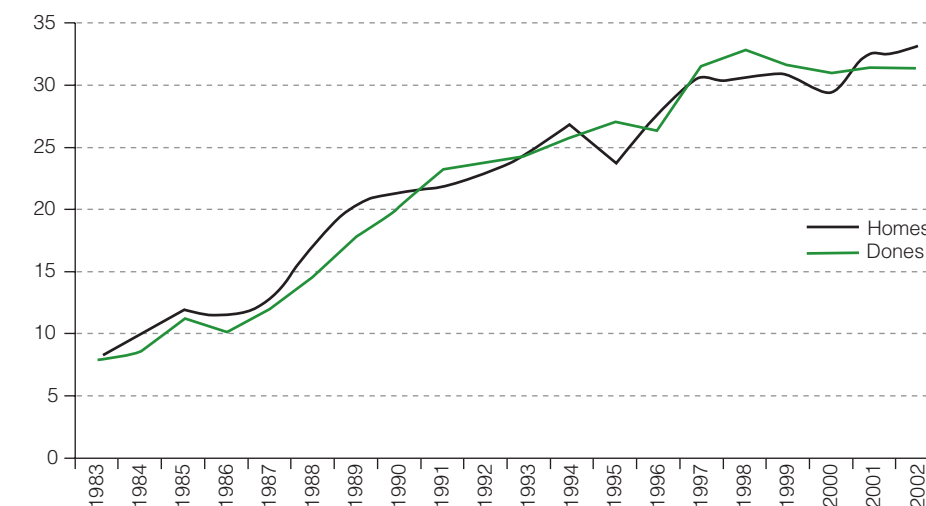
Taula 14. Taxes específiques de mortalitat per Malaltia Mental per grups d'edat i sexe (x100.000 hab.). Catalunya, 2003

	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	> 84	Total
Dones	0	0	0,35	0,78	1,42	0,98	0,92	3,12	21,66	262,29	1.930,15	70,36
Homes	0	0	0	1,73	5,78	7,63	3,77	8,30	31,44	271,83	1.445,80	35,40
Total	0	0	0,17	1,27	3,68	4,35	2,33	5,65	26,13	266,07	1.87,54	53,15

Font: Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut.

A l'hora d'interpretar les dades cal considerar que fins l'any 1999 la malaltia d'Alzheimer estava classificada en el grup de TM i actualment es codifica com a malaltia del sistema nerviós (gràfic 19).

Gràfic 19. Evolució de la mortalitat per TM. Catalunya, 1983-2002



Taxes estandarditzades per 100.000 habitants. Fins l'any 1999 la malaltia d'Alzheimer estava inclosa en aquest grup. Font: Departament de Salut. Registre de Mortalitat.

Taula 15. Taxes estandarditzades (x100.000 hab.) i Mortalitat proporcional estandarditzada. (Població Catalunya 1991). 20 grans grups. Catalunya, 2003

	Dones		Homes		Total	
	TME	%	TME	%	TME	%
I. Infeccioses	11,72	2,20	18,88	1,98	14,97	2,10
II. Tumors	130,92	24,57	302,98	31,82	204,05	28,65
III. Sang	2,41	0,45	3,31	0,35	2,80	0,39
IV. Endocrines	19,88	3,73	26,33	2,77	22,72	3,19
V. Mentals	36,11	6,78	36,24	3,81	37,03	5,20
VI. Nervios	33,44	6,28	34,63	3,64	34,31	4,82
VII. Ull	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00
VIII. Oïda	0,02	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
IX. Circulatori	172,25	32,33	262,58	27,58	211,70	29,73
X. Respiratori	42,95	8,06	116,84	12,27	71,32	10,01
XI. Digestiu	26,37	4,95	48,13	5,06	35,93	5,04
XII. Pell	1,30	0,24	1,16	0,12	1,26	0,18
XIII. Osteomuscular	7,09	1,33	6,01	0,63	6,71	0,94
XIV. Genitourinari	12,64	2,37	20,55	2,16	15,42	2,16
XV. Embaràs i part	0,08	0,02	0,00	0,00	0,04	0,01
XVI. Perinatal	1,58	0,30	1,80	0,19	1,70	0,24
XVII. Congènites	1,64	0,31	1,65	0,17	1,66	0,23
XVIII. Mal definides	12,98	2,44	19,87	2,09	16,11	2,26
XX. Externes	19,35	3,63	51,12	5,37	34,43	4,83
Total	432,75	100	952,08	100	712,18	100

Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut.

L'evolució de la mortalitat per suïcidi i autolesions mostra un augment de les taxes corresponents als homes, així durant el període 1983-2002, el diferencial entre les taxes d'ambdós sexes ha augmentat. La mortalitat per suïcidi és gairebé quatre vegades més freqüent en els homes que en les dones (taula 16).

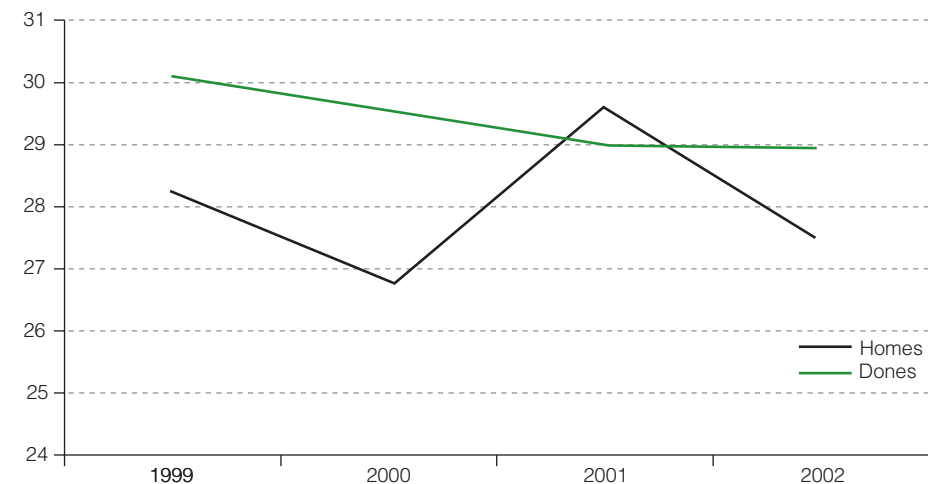
## 5. Anàlisi de situació

Taula 16. Taxes específiques de mortalitat per Trastorn mental, demència senil, malaltia d'Alzheimer, suïcidi i autolesió per grups per edat i sexe (x100.000 hab.). Catalunya, 2003

	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	> 84	Total
<b>Causa 37. Trastorns Mentals</b>												
Dones	0	0	0,35	0,78	1,24	0,98	0,69	1,13	3,91	25,02	148,75	6,60
Homes	0	0	0	1,73	5,61	7,44	3,77	7,12	9,29	21,64	108,36	6,72
Total	0	0	0,17	1,27	3,51	4,26	2,21	4,06	6,37	23,68	136,86	6,66
<b>Causa 38. demència senil, vascular i demència no especificada</b>												
Dones	0	0	0	0	0,18	0	0,23	1,98	17,75	237,27	1.781,40	63,75
Homes	0	0	0	0	0,17	0,19	0	1,19	22,15	250,19	1.337,44	28,68
Total	0	0	0	0	0,17	0,10	0,12	1,59	19,76	242,38	1.650,69	46,49
<b>Causa 39. Malaltia d'Alzheimer</b>												
Dones	0	0	0	0	0	0	0	2,27	28,28	209,33	766,35	37,28
Homes	0	0	0	0	0	0	0	3,26	22,15	150,24	507,60	15,02
Total	0	0	0	0	0	0	0	2,75	25,48	185,94	690,16	26,33
<b>Causa 71. Suïcidis i autolesions</b>												
Dones	0	0	0,35	1,83	2,49	4,91	5,76	3,97	2,71	7,09	8,33	3,56
Homes	0	0	0,33	6,18	8,42	12,59	11,79	13,34	16,44	24,83	45,63	10,45
Total	0	0	0,34	4,06	5,56	8,81	8,74	8,55	8,98	14,11	19,31	6,95
<b>Causa 72. Homicidis</b>												
Dones	0	0	0	0	1,24	0,39	1,38	0,28	0,60	0	1,19	0,57
Homes	0	0	0	1,24	1,49	1,53	0,94	2,08	1,07	0,64	0	1,14
Total	0	0	0	0,63	1,37	0,97	1,17	1,16	0,82	0,25	0,84	0,85

Font: Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Recursos Sanitaris. Departament de Salut.

Gràfic 20. Evolució de la mortalitat per demència senil, vascular i demència no especificada, per sexe. Catalunya, 1999-2002



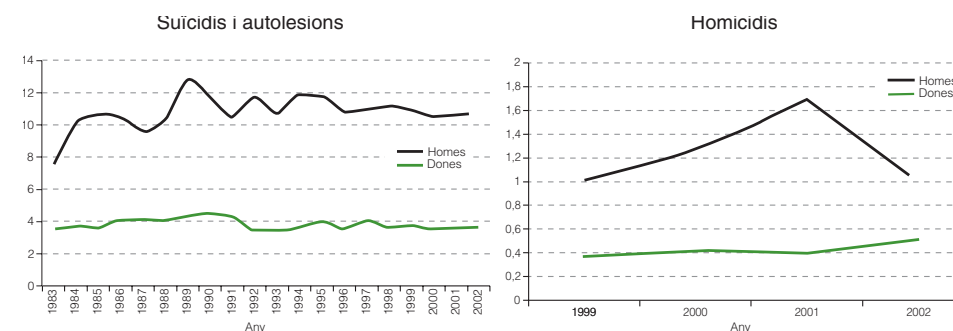
Taxes estandarditzades per 100.000 habitants.  
Font: Departament de Salut. Registre de Mortalitat.

Gràfic 21. Evolució de la mortalitat per malaltia d'Alzheimer en majors de 64 anys, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2000-2002



Font: Departament de Salut. Registre de Mortalitat.

Gràfic 22. Evolució de la mortalitat per suïcidis - autolesions i homicidis, per sexe. Catalunya, 1999-2002



Taxes estandarditzades per 100.000 habitants.  
Font: Departament de Salut. Registre de Mortalitat.

### 5.6. Morbiditat hospitalària

El nombre d'altres en hospitals psiquiàtrics monogràfics i hospitals generals amb activitat psiquiàtrica l'any 2004 va ser de 20.651 (55% homes i 45% dones) si bé, l'any 2004 han notificat al CMBDSM només el 89% dels centres amb aquesta activitat (taules 17, 18, 19, 20 i 21).

Taula 17. Alguns paràmetres de les altes (d'aguts i subaguts) en hospitals psiquiàtrics i de les altes psiquiàtriques en hospitals generals d'aguts de la XHUP, 2004

	Altes d'hospitals psiquiàtrics	Altes psiquiàtriques d'hospitals generals	Total
Nombre d'altres	11.089	9.562	20.651
Homes	6.27 (54,4)	5.182 (54,2)	11.368
Mitjana d'edat (anys)	40,1	45,6	42,7
Estada mitjana d'aguts (dies)	18,8	14,8	16,9
Estada mitjana de subaguts (dies)	79,0	—	64,4

Font: CMBDAH i CMBDSM. CatSalut. Memòria d'activitat 2004

## 5. Anàlisi de situació

Taula 18. Contactes dels hospitals psiquiàtrics i contactes psiquiàtrics dels hospitals generals d'aguts. Anys 2002 i 2003

	Hospitals psiquiàtrics				Hospitals generals			
	Aguts		Subaguts		Amb servei de psiquiatra		Sense servei de psiquiatra	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Nombre de contactes	9.399	9.785	1.392	2.002	8.278	7.269	1.925	1.833
Dones (%)	45,5	46,1	43,4	45,4	47,4	45,8	40,8	42,1
Mitjana d'edat (anys)	40,6	39,7	44,4	41,6	42,1	41,7	53,0	54,1
25-40 anys (%)	41,5	41,5	38,1	41,1	34,9	33,2	18,3	18,5
Estada mitjana (dies)	18,8	18,7	70,4	66,1	14,4	13,9	5,8	6,2
Diagnòstics més freqüents (%)								
Trastorns esquizofrènia	29,4	26,3	52,7	42,6	15,2	12,9	1,5	1,3
Psicosis afectives	19,7	18,6	14,3	15,5	16,1	14,3	4,3	3,6
Trastorns de personalitat	11,2	10,8	8,9	7,6	5,8	5,1	1,6	0,9
Trastorns neuròtics	6,4	5,5	3,8	3,5	7,0	7,2	14,4	15,8
Reacció d'adaptació	5,6	6,5	1,0	3,0	3,1	3,6	1,0	0,9
Síndrome dependència de l'alcohol	5,1	5,3	1,3	3,2	12,6	13,8	9,6	8,2
Hospitals psiquiàtrics	2002	2003						
Contactes nul·les*	362	206						
% sobre el total	3,4	1,7						
Total contactes	10.791	11.987						
Hospitals generals	2002	2003						
Contactes nul·les*	0	28						
* sobre el total	0,00	0,3						
Total contactes	10.203	9.102						

Taula 19. Distribució de les altes dels hospitals psiquiàtrics i de les altes psiquiàtriques dels hospitals generals d'aguts per regió sanitària, 2004

	Hospitals psiquiàtrics				Hospitals generals					
	Aguts		Subaguts		Amb servei de psiquiatra		Sense servei de psiquiatra		Total	
	Estada	Estada	Estada	Estada	Estada	Estada	Estada			
	Altes mitjana	Altes mitjana	Altes mitjana	Altes mitjana	Altes mitjana	Altes mitjana	Altes mitjana			
Lleida	—	—	50	36,2	662	17,6	78	5,0	790	17,5
Tarragona	1.279	16,6	149	68,3	—	—	239	8,1	1.667	20,0
Terres de l'Ebre	—	—	—	—	—	—	52	4,5	52	4,5
Girona	1.082	13,3	213	33,3	152	10,1	235	5,6	1.682	14,5
Costa de Ponent	3.575	19,6	639	87,8	1.042	17,4	187	6,8	5.444	26,8
Barcelonès Nord i Maresme	550	21,1	99	125,6	163	11,9	220	7,4	1.032	26,8
Centre	1.212	18,8	116	34,5	2.319	12,2	562	10,6	4.209	14,5
Barcelona ciutat	1.715	21,5	409	99,5	2.872	14,0	779	5,3	5.775	21,1
<b>Total</b>	<b>9.414</b>	<b>18,8</b>	<b>1.675</b>	<b>79,0</b>	<b>7.210</b>	<b>14,1</b>	<b>2.352</b>	<b>7,2</b>	<b>20.651</b>	<b>20,7</b>

Font: CMBDAH i CMBDSM. CatSalut. Memòria d'activitat 2004

Taula 20. Altes dels hospitals psiquiàtrics i altes psiquiàtriques dels hospitals generals d'aguts de la XHUP dels residents a cada regió sanitària segons la regió sanitària de l'hospital, 2004

Regió sanitària de l'hospital	Terres de Lleida		Costa de Ponent		Barcelonès Nord i Maresme		Barcelona ciutat		Catalunya inespecífics		Estat espanyol		Estranger guda		Total
	Lleida	Tarragona	L'Ebre	Girona	de Ponent	Nord	Centre	ciutat	inespecífics	espanyol	Estranger	guda			
Lleida	698	9	0	2	15	1	6	21	0	28	1	9	9	790	
	86,0	0,6	0,0	0,1	0,4	0,1	0,1	0,4	0,0	8,9	1,1	9,3	3,8		
Tarragona	5	1.246	242	5	40	4	23	29	1	60	7	5	1.667		
	0,6	86,5	70,8	0,3	1,0	0,3	0,5	0,5	1,3	19,0	—	—	8,1		
Terres de l'Ebre	0	2	47	0	0	0	1	0	0	—	1	1	52		
	0,0	0,1	13,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	—	—	0,3		
Girona	5	2	—	1.559	15	31	8	24	6	16	12	4	1.682		
	0,6	0,1	0,0	88,6	0,4	2,2	0,2	0,4	7,7	5,1	—	—	8,1		
Costa de Ponent	36	82	12	88	3.536	119	431	974	38	85	12	31	5.444		
	4,4	5,7	3,5	5,0	84,5	8,5	9,6	17,2	48,7	26,9	—	—	26,4		
Barcelonès Nord i Maresme	4	4	1	8	12	915	32	45	4	3	2	2	1.032		
	0,5	0,3	0,3	0,5	0,3	65,0	0,7	0,8	5,1	0,9	—	—	5,0		
Centre	16	30	11	33	150	55	3.595	245	8	41	13	12	4.209		
	2,0	2,1	3,2	1,9	3,6	3,9	80,3	4,3	10,3	13,0	—	—	20,4		
Barcelona ciutat	48	65	29	65	418	282	382	4.309	21	83	40	33	5.775		
	5,9	4,5	8,5	3,7	10,0	20,0	8,5	76,3	26,9	26,3	—	—	28,0		
<b>Total</b>	<b>812</b>	<b>1.440</b>	<b>342</b>	<b>1.760</b>	<b>4.186</b>	<b>1.407</b>	<b>4.478</b>	<b>5.647</b>	<b>78</b>	<b>316</b>	<b>88</b>	<b>97</b>	<b>20.651</b>		
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—	—	100%		

Font: CMBDAH i CMBDSM. CatSalut. Memòria d'activitat 2004.

Taula 21. Distribució de les altes dels hospitals psiquiàtrics i de les altes psiquiàtriques dels hospitals generals d'aguts de la XHUP que corresponen a les deu categories diagnòstiques més freqüents (segons la CIM-9-MC), 2004

Diagnòstic (codi CIM-9-MC)	Altes d'hospitals psiquiàtrics		Altes psiquiàtriques d'hospitals generals		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Trastorns esquizofrènics (295)	3.388	30,6	948	9,9	4.336	21,1
Psicosis afectives (296)	2.010	18,1	1.121	11,7	3.131	15,2
Trastorns de la personalitat (301)	1.094	9,9	430	4,5	1.524	7,4
Altres psicosis no orgàniques (298)	821	7,4	373	3,9	1.194	5,8
Reacció d'adaptació (309)	650	5,9	265	2,8	650	3,2
Trastorns neuròtics (300)	485	4,4	727	7,6	1.212	5,9
Síndrome de dependència de l'alcohol (303)	588	5,3	1.160	12,1	1.748	8,5
Abús no dependent de drogues (305)	314	2,8	278	2,9	592	2,9
Estats paranoies (297)	274	2,5	77	0,8	351	1,7
Drogodependència (304)	183	1,7	924	9,7	1.107	5,4

Font: CMBDAH i CMBDSM. CatSalut. Memòria d'activitat 2004.

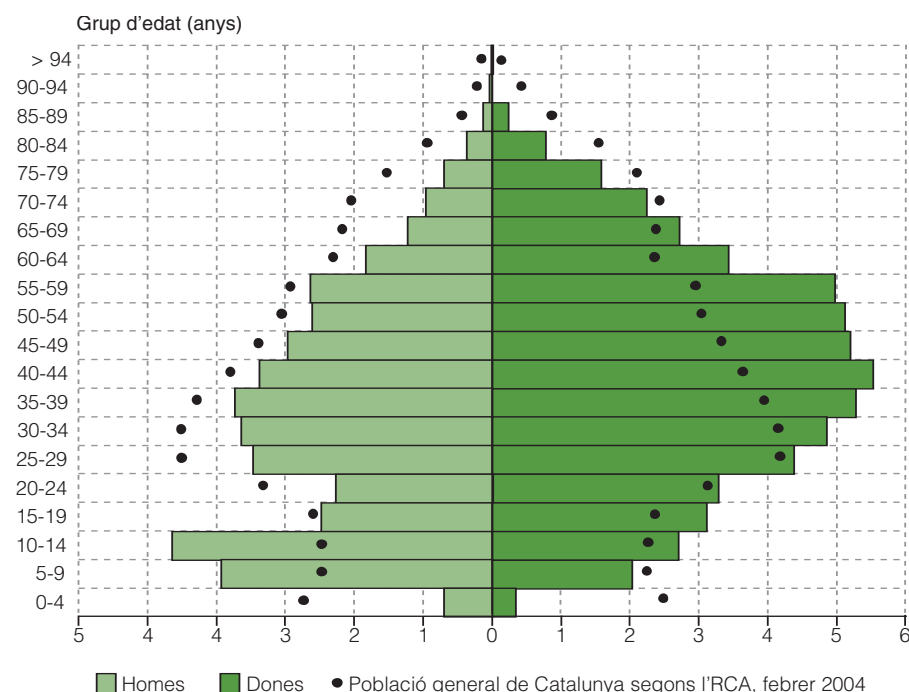
### 5.7. Morbiditat ambulatoria

Pel que fa a la morbiditat psiquiàtrica atesa en els serveis d'atenció primària (AP), s'accepta que aquesta és elevada i que els trastorns més prevalents són la depressió<sup>35,36</sup>, l'ansietat i la dependència de l'alcohol<sup>37,38</sup>. Amb tot la detecció de problemes de salut mental a l'Atenció Primària és insuficient<sup>39,40</sup>.

Durant l'any 2004 (taules 22, 23, 24, 25 i 26), es van notificar 170.470 pacients atesos per part del 91 centres amb activitat psiquiàtrica ambulatoria mitjançant 911.092 visites tant en centres d'adults (58 CSMA) com en centres d'infants i joves (33 CSMIJ).

## 5. Anàlisi de situació

Gràfic 23. Distribució dels pacients atesos en centres de salut mental ambulatoria residents a Catalunya i de la població de Catalunya per sexe i grup d'edat. Any 2003



Taula 22. Pacients atesos als centres de salut mental, 2004

	Adults	Infantils	Total
Nombre de pacients atesos	138.586	31.884	170.470
Homes	48.809 (35,21%)	18.359 (57,58%)	67.168
Mitjana d'edat (anys)	45,81	11,11	39,28

Font: CMBDAH i CMBDSM. CatSalut. Memòria d'activitat 2004

Taula 23. Visites de consulta ambulatoria psiquiàtrica als centres de salut mental, 2004

	Pacients atesos	Primeres visites	Visites successives	Visites per a tractament	Visites d'infermeria i treball social	Altres visites	Total visites	Centres notificadors
Lleida	9.404	3.029	17.054	14.542	7.436	2.509	44.570	7
Tarragona	20.926	7.853	39.258	13.508	17.186	8.672	86.477	9
Terres de l'Ebre	6.202	2.464	13.278	4.865	1.952	1.389	23.948	6
Girona	13.835	5.075	28.234	14.748	12.030	5.732	65.819	10
Costa de Ponent	41.133	15.861	121.907	48.851	32.343	27.192	246.154	18
Barcelonès Nord i Maresme	10.224	3.650	17.518	15.814	4.787	7.218	48.987	6
Centre	35.062	11.163	96.739	30.541	30.656	19.349	188.448	18
Barcelona ciutat	33.684	12.152	79.308	55.499	31.711	28.019	206.889	17
<b>Total</b>	<b>170.470</b>	<b>61.247</b>	<b>413.296</b>	<b>198.368</b>	<b>138.101</b>	<b>100.080</b>	<b>911.092</b>	<b>91</b>

Font: CMBDAH i CMBDSM. CatSalut. Memòria d'activitat 2004.

Taula 24. Diagnòstics més prevalents als centres de salut mental, 2004

Diagnòstic (codi CIM-9-MC)	Homes	%	Dones	%	Total	%
Trastorns neuròtics (300)	11.652	17,3	28.323	29,0	41.177	24,2
Reacció d'adaptació (309)	11.683	17,4	20.468	21,0	32.967	19,3
Psicosis afectives (296)	6.143	9,1	11.824	12,1	18.660	10,9
Trastorns esquizofrènics (295)	6.865	10,2	4.322	4,4	11.762	6,9
Trastorns de la personalitat (301)	3.680	5,5	4.411	4,5	8.357	4,9
Síntomes i síndromes especials, no classificats en cap altre lloc (307)	1.731	2,6	2.992	3,4	4.883	2,9
Trastorns de la infància (313)	2.250	3,3	1.577	1,6	3.967	2,3
Trastorn de la conducta no classificat (312)	2.239	3,3	813	0,8	3.121	1,8
Trastorn depressiu no classificat (311)	883	1,3	1.963	2,0	2.895	1,7
Altres psicosis no orgàniques (299)	1.419	2,1	1.369	1,4	2.863	1,7

Font: CMBDAH i CMBDSM. CatSalut. Memòria d'activitat 2004.

Taula 25. Visites de consulta ambulatoria psiquiàtrica als CSMA i CSMIJ, 2004.

	Pacients atesos	Primeres visites	Visites successives	Visites per a tractament	Visites d'infermeria i treball social	Altres visites	Total visites	Centres notificadors
Lleida	7.120	2.160	12.979	6.589	4.176	2.509	29.253	6
Tarragona	17.491	6.315	37.930	4.411	16.938	8.802	73.296	5
Terres de l'Ebre	5.005	1.957	12.915	1.497	1.949	1.221	19.439	3
Girona	11.697	4.101	25.792	8.519	11.328	4.319	54.059	7
Costa de Ponent	32.680	11.552	95.614	22.927	27.949	25.890	183.832	12
Barcelonès Nord i Maresme	7.399	2.364	9.295	13.154	4.532	5.833	35.178	3
Centre	27.761	8.081	72.989	17.952	29.942	17.081	145.845	10
Barcelona ciutat	29.443	10.231	71.976	30.921	31.181	24.800	169.109	12
<b>Total</b>	<b>138.586</b>	<b>46.761</b>	<b>339.030</b>	<b>105.770</b>	<b>127.995</b>	<b>89.455</b>	<b>709.011</b>	<b>58</b>
<b>Infantils</b>								
Lleida	2.294	969	4.235	7.953	3.260	0	16.317	1
Tarragona	3.435	1.539	1.428	9.097	249	870	13.181	4
Terres de l'Ebre	1.197	507	463	3.368	3	168	4.509	3
Girona	2.148	974	2.442	6.229	702	1.413	11.760	3
Costa de Ponent	8.453	4.309	26.293	26.024	4.394	1.302	62.322	6
Barcelonès Nord i Maresme	2.825	1.286	8.223	2.860	255	1.385	13.809	3
Centre	7.301	3.082	23.950	12.689	714	2.268	42.603	8
Barcelona ciutat	4.241	1.921	7.332	24.578	530	3.219	37.580	5
<b>Total</b>	<b>31.884</b>	<b>14.486</b>	<b>74.266</b>	<b>92.598</b>	<b>10.106</b>	<b>10.625</b>	<b>202.801</b>	<b>33</b>

Font: CMBDAH i CMBDSM. CatSalut. Memòria d'activitat 2004.

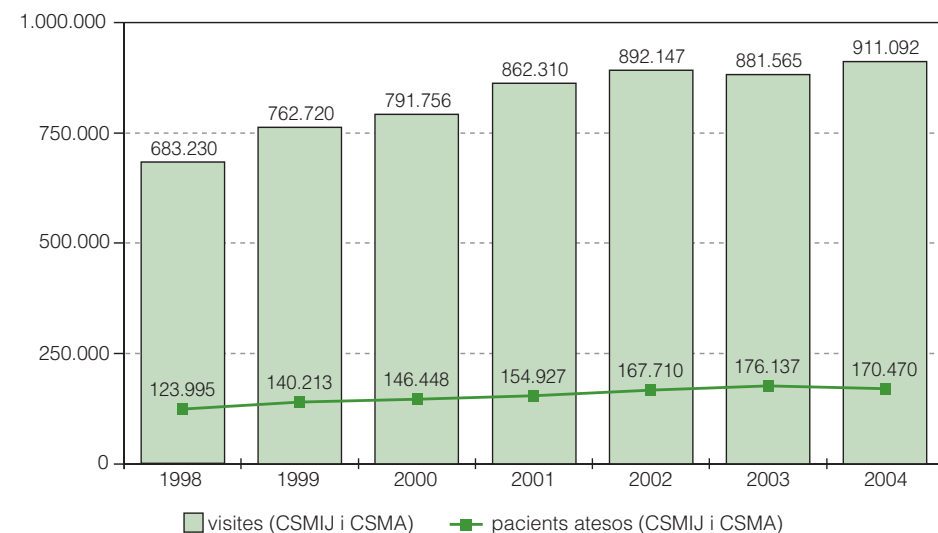
## 5. Anàlisi de situació

Taula 26. Diagnòstics més prevalents als CSMIJ i CSMA, 2004

Diagnòstic (codi CIM-9-MC)	Homes	%	Dones	%	Total	%
<b>Adults</b>						
Trastorns neuròtics (300)	9.715	19,9	26.338	31,0	37.209	26,9
Reacció d'adaptació (309)	8.153	16,7	17.360	20,4	26.084	18,8
Psicosis afectives (296)	6.010	12,3	11.687	13,8	18.389	13,3
Trastorns esquizofrènics (295)	6.795	13,9	4.299	5,1	11.668	8,4
Trastorns de la personalitat (301)	2.701	5,5	3.921	4,6	6.975	5,0
Trastorn depressiu no classificat (311)	859	1,9	1.936	2,3	2.943	2,1
Altres psicosis no orgàniques (298)	1.362	2,9	1.348	1,6	2.785	2,0
Síntomes i síndromes especials, no classificats en cap altre lloc (307)	390	0,9	1.657	1,9	2.137	1,5
Estats paranoides (297)	852	1,7	1.185	1,4	2.104	1,5
Trastorn de la conducta no classificat (312)	904	11,9	273	0,3	1.192	0,9
<b>Infantils</b>						
Reacció d'adaptació (309)	3.530	19,2	3.108	24,6	6.783	21,3
Trastorns neuròtics (300)	1.937	10,6	1.985	15,7	3.968	12,4
Trastorn emocional de la infància (313)	2.185	11,9	1.508	11,9	3.831	12,0
Síntomes i síndromes especials, no classificats en cap altre lloc (307)	1.341	7,3	1.335	10,6	2.746	8,6
Síndrome hipercinètica de la infància (314)	1.938	10,6	360	2,8	2.355	7,4
Trastorn de la conducta no classificat (312)	1.335	7,3	540	4,3	1.929	6,1
Retards específics del desenvolupament (315)	1.160	6,3	539	4,3	1.718	5,4
Trastorns de la personalitat (301)	979	5,3	490	3,9	1.482	4,6
Psicosis originada en la infància (299)	374	2,0	81	0,6	477	1,5
Psicosis afectiva (296)	133	0,7	137	1,1	271	0,8

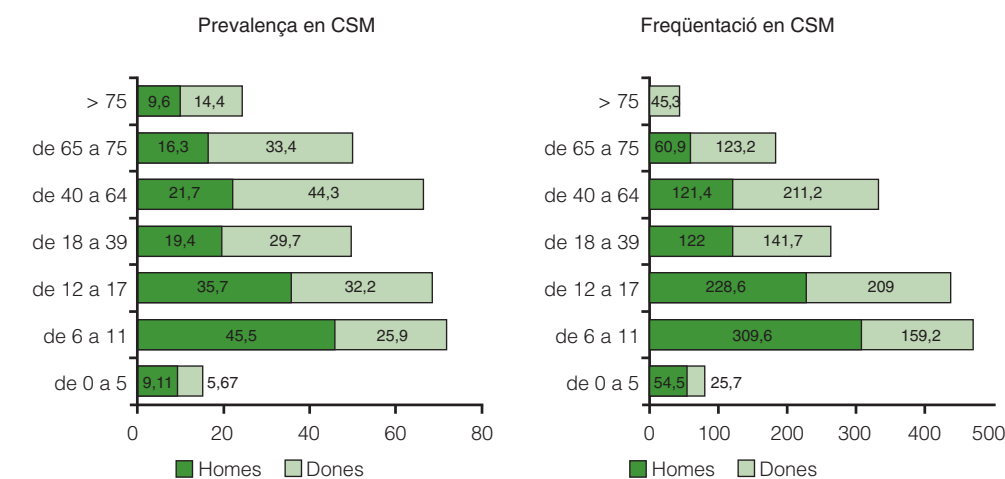
Font: CMBDAH i CMBDSM. CatSalut. Memòria d'activitat 2004.

Gràfic 24. Evolució dels pacients atesos i visites realitzades (CSMIJ i CSMA)



Gràfic d'elaboració pròpia  
 Fonts: Pla director de salut mental i addiccions, Unitat de Mapa Sanitari, CMBDSM i Memòries CatSalut

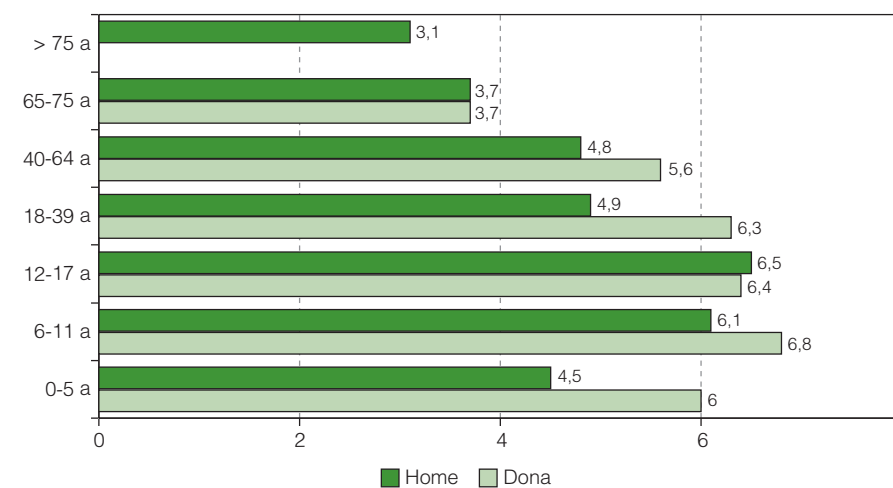
Gràfic 25. Prevalença i freqüentació en Centres de Salut Mental a Catalunya per grups d'edat i sexe Catalunya, 2003



Gràfic d'elaboració pròpia.  
 Fonts: Pla Director de salut mental i addiccions, CMBDSM.

La intensitat de l'atenció rebuda és en general una mica més gran en els homes, en quasi totes les edats, i disminueix de manera important en la població major de 65 anys (gràfic 26).

Gràfic 26. Visites per pacients en CSM per grups d'edat i sexe, 2003



Gràfic d'elaboració pròpia.  
 Fonts: Pla director de salut mental i addiccions, CMBDSM.

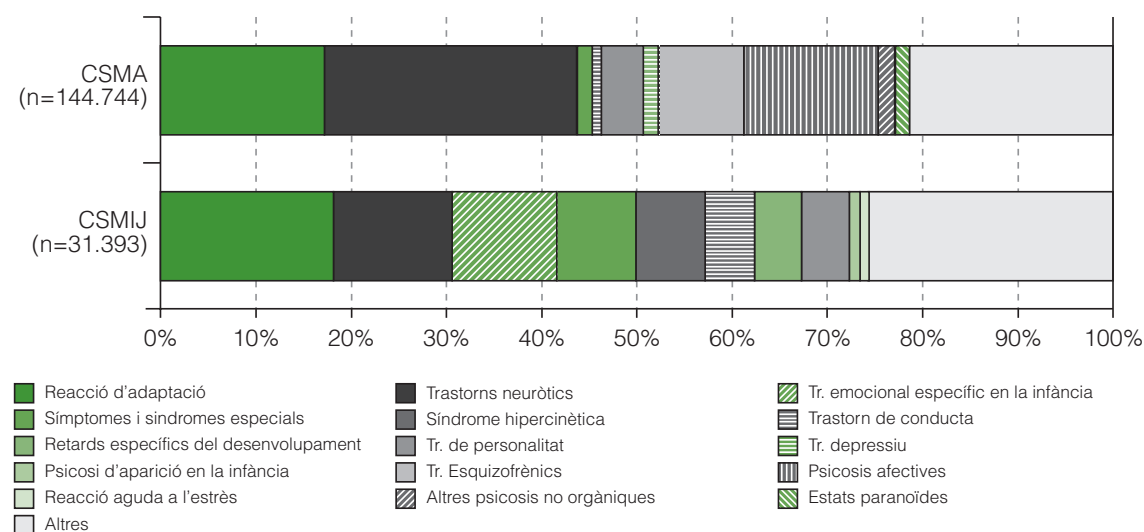
En el gràfic 27 es pot veure la descripció de les patologies més prevalents en els CSMIJ i els CSMA. En els centres infantils i juvenils s'expressa una gran diversitat, que encara seria més gran si no s'haguessin agrupat en un grup d'altres diagnòstics un 25,8% dels casos, percentatge per cert força superior al dels adults.

El factor de diversitat, i per tant l'ampli rang de gravetat que pot expressar, en una etapa vital madurativa com aquesta, podria ser un factor positiu en la prevenció de patologies de l'adult.



## 5. Anàlisi de situació

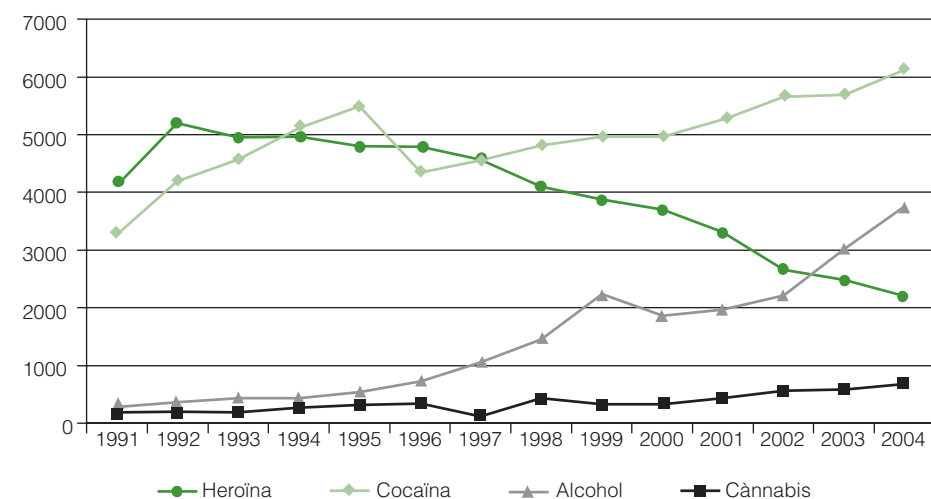
Gràfic 27. Comparació de les categories diagnòstiques més prevalents als CSMIJ i CSMA. Catalunya, 2003



Gràfic d'elaboració pròpia. Fonts: CMBDSM.

La distribució diagnòstica de la població adulta atesa en els centres de salut mental mostra una menor dispersió. Més d'un 30% presenta diagnòstics compatibles amb trastorn mental greu, i més d'un 45% dels casos són trastorns neuròtics i/o de reaccions adaptatives.

Gràfic 28. Evolució dels inicis de tractament en els CAS per droga principal (1991-2004)



Gràfic d'elaboració pròpia. Fonts: SIDC.

Taula 27. Pacients infantils i juvenils: distribució dels pacients, mitjana d'edat i percentatge de dones per diagnòstic principal seleccionat. Any 2003

	Distribució dels pacients		Mitjana d'edat (anys)	Dones (%)
	N	%		
<b>Reacció d'adaptació</b>	<b>5.690</b>	<b>18,1</b>	<b>11,3</b>	<b>47,2</b>
Inhibició específica dels estudis o de la feina	1.277	4,1	10,8	40,6
Reacció depressiva breu	626	2,0	12,6	58,8
<b>Trastorns neuròtics</b>	<b>3.865</b>	<b>12,3</b>	<b>12,4</b>	<b>50,5</b>
Estats d'ansietat	974	3,1	11,9	49,3
Depressió neuròtica	665	2,1	14,0	60,0
<b>Trastorn emocional específic en la infància i adolescència</b>	<b>3.429</b>	<b>10,9</b>	<b>10,6</b>	<b>40,2</b>
Problemes de relació	638	2,0	10,0	43,1
Desordre d'oposició	487	1,6	10,3	31,2
<b>Síntomes i síndromes especials, no classificats a cap altre lloc</b>	<b>2.684</b>	<b>8,5</b>	<b>11,0</b>	<b>50,0</b>
Anorèxia nerviosa i altres trastorns del menjar	873	2,8	13,4	73,5
Enuresi	548	1,7	9,8	32,1
<b>Síndrome hiperkinètica de la infància</b>	<b>2.220</b>	<b>7,1</b>	<b>10,0</b>	<b>14,5</b>
Desordre de manca d'atenció	1.419	4,5	10,3	15,0
<b>Trastorn de conducta no classificat a cap altre lloc</b>	<b>1.630</b>	<b>5,2</b>	<b>11,7</b>	<b>28,0</b>
Trastorn de conducta infrasocialitzada	296	0,9	12,0	26,6
Trastorn mixt de la conducta i les emocions	275	0,9	11,3	36,4
<b>Retards específics del desenvolupament</b>	<b>1.583</b>	<b>5,0</b>	<b>9,1</b>	<b>31,9</b>
Altres dificultat d'aprenentatge específiques	439	1,4	11,0	39,2
Desordres de desenvolupament de parla o llenguatge	413	1,3	6,7	24,2
<b>Trastorns de personalitat</b>	<b>1.528</b>	<b>4,9</b>	<b>12,7</b>	<b>32,8</b>
Altres trastorns de personalitat	389	1,2	11,3	29,6
Trastorn de personalitat afectiu	144	0,5	14,1	32,6
<b>Psicosis amb origen específic en la infància</b>	<b>385</b>	<b>1,2</b>	<b>10,8</b>	<b>32,9</b>
Autisme infantil	111	0,4	10,2	27,9
<b>Reacció aguda a estrès</b>	<b>269</b>	<b>0,9</b>	<b>10,8</b>	<b>46,5</b>
Trastorn predominant d'emocions	104	0,3	10,8	45,3
<b>Altres diagnòstics</b>	<b>1.649</b>	<b>5,3</b>	<b>11,9</b>	<b>45,1</b>
<b>Diagnòstic desconegut o erroni</b>	<b>6.461</b>	<b>20,6</b>	<b>10,7</b>	<b>40,5</b>
<b>Total</b>	<b>31.393</b>	<b>100</b>	<b>11,1</b>	<b>39,2</b>

## 5. Anàlisi de situació

Taula 28. Pacients adults: distribució dels pacients, mitjana d'edat i percentatge de dones per diagnòstic principal seleccionat. Any 2003

	Distribució dels pacients		Mitjana d'edat (anys) Dones (%)	
	N	%	(anys)	(%)
<b>Trastorns neuròtics</b>	<b>38.146</b>	<b>26,4</b>	<b>46,8</b>	<b>72,4</b>
Depressió neuròtica	14.744	10,2	52,7	82,8
Estats d'ansietat	13.387	9,2	43,1	66,5
<b>Reacció d'adaptació</b>	<b>24.946</b>	<b>17,2</b>	<b>44,1</b>	<b>67,7</b>
Reacció d'adaptació amb característiques emocionals mixtes	10.288	7,1	43,6	70,2
Reacció depressiva breu	3.297	2,3	45,0	70,2
<b>Psicosis afectives</b>	<b>20.158</b>	<b>13,9</b>	<b>51,4</b>	<b>66,4</b>
Trastorn depressiu major, episodi únic, lleu, moderat o inespecificat	7.804	5,4	50,4	64,7
Trastorn depressiu major, episodi recurrent, lleu, moderat o inespecificat	6.566	4,5	54,4	72,1
<b>Trastorns esquizofrènics</b>	<b>12.952</b>	<b>8,9</b>	<b>42,3</b>	<b>38,3</b>
Tipus paranoide	6.050	4,2	42,1	33,5
Tipus esquizoafectiu	1.561	1,1	43,0	55,2
<b>Trastorns de personalitat</b>	<b>6.462</b>	<b>4,5</b>	<b>41,2</b>	<b>57,8</b>
Trastorns de personalitat inespecificat	1.589	1,1	38,0	51,0
Altres trastorns de personalitat	1.480	1,0	35,8	60,9
<b>Trastorn depressiu no classificat a cap altre lloc</b>	<b>2.711</b>	<b>1,9</b>	<b>48,1</b>	<b>68,8</b>
<b>Altres psicosis no orgàniques</b>	<b>2.628</b>	<b>1,8</b>	<b>42,0</b>	<b>49,8</b>
Psicosi inespecificada	1.906	1,3	41,5	46,6
<b>Síntomes i síndromes especials, no classificats a cap altre lloc</b>	<b>2.298</b>	<b>1,6</b>	<b>34,7</b>	<b>80,7</b>
Altres trastorns del menjar, i trastorns inespecificats del menjar	623	0,4	30,6	91,9
Bulímia	486	0,3	31,1	95,7
Anorèxia nerviosa	340	0,2	26,1	94,2
<b>Estats paranoies</b>	<b>2.197</b>	<b>1,5</b>	<b>54,5</b>	<b>58,0</b>
Paranoia	1.296	0,9	54,9	58,8
Estat paranoide simple	585	0,4	54,9	58,5
<b>Trastorn de conducta no classificat a cap altre lloc</b>	<b>1.175</b>	<b>0,8</b>	<b>37,5</b>	<b>25,6</b>
Joc patològic	374	0,3	40,9	15,5
Trastorns de control de l'impuls, no classificats a cap altre lloc	497	0,3	33,5	23,8
<b>Altres diagnòstics</b>	<b>11.057</b>	<b>7,6</b>	<b>44,3</b>	<b>59,3</b>
<b>Diagnòstic desconegut o erroni</b>	<b>20.014</b>	<b>13,8</b>	<b>44,5</b>	<b>63,8</b>
Total	144.744	100	45,7	59,9

Taula 29. Evolució de l'activitat en atenció a la salut mental i les addiccions: 1998-2003

	1998	%Δ	1999	%Δ	2000	%Δ	2001	%Δ	2002	%Δ	2003
<b>Salut Mental</b>											
<b>Centres psiquiàtric d'internament</b>											
Nombre de centres	19	0,00	19	5,26	20	-5,00	19	0,00	19	10,53	21
Llits en centres psiquiàtrics	4.056	-3,23	3.925	-2,37	3.832	-3,31	3.705	1,97	3.778	3,41	3.907
Pacients atesos											
(inclou aguts i subaguts)	7.223	-0,40	7.194	0,36	7.220	—	—	—	—	—	—
Altes (inclou aguts i subaguts)	10.169	-2,35	9.930	-0,43	9.887	3,09	10.193	0,26	10.219	6,54	10.887
Dies d'estada mitjana											
(inclou aguts i subaguts)	29,5	2,71	30,3	—	—	99,3	-10,89	88,5	-5,88	83,3	
Dies d'estada mitjana aguts	—	—	—	—	21,3	-4,18	20,4	-8,86	19,0	-0,53	18,9
Dies d'estada mitjana subaguts	—	—	—	—	91,4	-13,67	78,9	-11,92	69,5	0,00	69,5
<b>En hospitals generals</b>											
Llits psiquiàtrics	—	—	—	—	287	22,65	352	18,75	418	6,22	444
Pacients atesos	8.138	1,73	8.279	4,87	8.682	—	—	—	—	—	—
Altes	9.486	-0,12	9.475	5,45	9.991	0,25	10.016	1,44	10.160	0,41	10.202
Dies d'estada mitjana	13,2	-1,52	13,0	8,0	14,04	1,85	14,3	1,40	14,5	-5,52	13,7
<b>Consulta ambulatoria psiquiàtrica</b>											
Centres CSMA	66	0,00	66	3,03	68	0,0	68	0,00	68	1,47	69
Centres CSMIJ	32	6,25	34	0,00	34	2,94	35	17,14	41	0,00	41
Consultes perifèriques	29	17,24	34	5,88	36	2,78	37	-10,81	33	3,03	34
Visites	740.517	-3,33	715.873	10,84	793.466	8,21	858.576	10,77	951.081	-5,81	895.800
Nombre de visites als CSMIJ	139.011	29,48	179.992	1,11	181.994	6,55	193.913	9,49	212.308	-2,38	207.250
Nombre de visites als CSMA	544.219	7,08	552.728	4,93	611.472	8,70	864.663	11,15	738.773	-6,80	688.550
Pacients atesos	122.211	8,94	133.142	9,99	146.448	5,79	154.927	10,07	170.530	-0,82	169.135
Pacients atesos als CSMIJ	—	—	—	—	27.793	4,34	28.989	7,20	31.087	4,79	22.575
Pacients atesos als CSMA	—	—	—	—	118.855	6,13	125.928	10,73	129.443	-2,07	136.560
<b>Hospitals de dia psiquiàtrics</b>											
Nombre d'hospitals de dia	6	0,00	6	50,00	9	33,33	12	33,33	16	-6,25	15
Places	204	0,00	204	23,04	251	29,88	326	33,13	434	-5,76	409
Estades	41.692	14,50	47.739	6,28	50.737	7,61	54.599	209,93	169.216	-20,06	135.295
Altes	574	12,20	644	7,14	690	15,36	796	281,66	3.038	-24,65	2.289
Dies d'estada mitjana	72,6	2,09	74,1	-0,84	73,5	-6,67	68,6	-18,8	55,7	28,85	71,8
<b>Centres de dia de salut mental</b>											
Nombre de centres de dia	49	6,12	52	5,77	55	10,91	61	9,84	67	-4,48	64
Places	1.245	10,36	1.374	14,92	1.579	12,41	1.775	6,76	1.895	-0,63	1.883
Pacients atesos	2.018	13,97	2.300	36,13	3.131	16,80	3.132	16,76	3.657	8,23	3.958
Altes	554	21,48	673	6,98	720	11,67	804	0,00	804	25,37	1.008
Sessions	249.155	14,17	284.452	12,02	318.642	—	—	—	420.931	3,00	433.577
<b>Addiccions</b>											
Nombre de CAS	54	0,00	54	0,00	54	11,11	60	0,0	60	0,0	60
Pacients que han iniciat tractament de desintoxicació	11.678	4,90	12.250	2,14	12.512	-1,61	12.310	3,01	12.681	8,06	13.703
Visites individuals	321.049	2,90	330.352	12,46	371.499	11,63	414.700	8,65	450.571	18,80	535.297
Desintoxicacions ambulatories	10.381	1,21	10.507	-7,11	9.760	-7,23	9.054	28,30	11.616	-8,94	10.578
Determinacions drogues a l'orina	246.868	-8,79	225.159	7,29	241.578	-9,72	218.103	-16,64	181.807	5,64	192.070
Altes per desintoxicació hospitalària	1.352	7,77	1.457	-3,29	1.409	-16,32	1.179	21,88	1.437	-10,65	1.284

## 5. Anàlisi de situació

**Taula 30.** Recursos d'internament en Salut Mental i Addiccions. Catalunya

Regió Sanitària	Hospitals d'aguts		Centres Psiquiàtrics <sup>1</sup>		Unitats Hospitalàries de Desintoxicació	
	Centres	Llits psiquiatria	Centres	Llits	Centres	Llits
Lleida	6	43	6	129	1	2
Tarragona	5	0	2	1.005	1	4
Terres de l'Ebre	3	0	0	0	0	0
Girona	9	3	1	318	1	4
Costa de Ponent	11	60	5	1.696	1	4
Barcelonès Nord i Maresme	6	30	2	444	1	4
Centre	11	159	0	0	2	16
Barcelona Ciutat	13	141	6	271	4	30
Catalunya	64	436	22	3.863	11	64

1. Centres psiquiàtrics: hospitals psiquiàtrics monogràfics i centres autoritzats per a internament psiquiàtric i socio-sanitari, de finançament públic.

Font: Memòria d'activitats 2004 Xarxa Sanitària d'utilització Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social 2005

**Taula 31.** Recursos amb consulta ambulatoria en Salut Mental i Addiccions. Catalunya, 2004

Regió Sanitària	Consultes ambulatories psiquiàtriques						Centres d'atenció i seguiment drogodependències (CAS)	
	CSMIJ <sup>1</sup>	CSMA <sup>2</sup>	Total	Consultes perifèriques		Total		Consultes
				Infantils	Adults			
Lleida	1	6	7	5	2	7	8	
Tarragona	3	5	8	2	0	2	2	
Terres de l'Ebre	1	3	4	2	0	2	1	
Girona	3	7	10	3	0	3	5	
Costa de Ponent	8	13	21	3	1	4	11	
Barcelonès Nord i Maresme	6	7	13	0	0	0	6	
Centre	9	13	22	8	7	15	12	
Barcelona Ciutat	10	16	26	1	1	2	15	
Catalunya	41	70	111	24	11	35	60	

1. CSMIJ: centre de salut mental infantil i juvenil.

2. CSMA: centre de salut mental d'adults.

Font: Memòria d'activitats 2004 Xarxa Sanitària d'utilització Pública. Departament de Salut 2005

**Taula 32.** Hospital de dia\* en l'atenció en Salut Mental. Catalunya 2004

Regió Sanitària	Hospital de dia en hospital general		Hospital de dia de centre psiquiàtric	
	Centres	Places	Centres	Places
Lleida	1	29	0	0
Tarragona	0	0	2	30
Terres de l'Ebre	0	0	0	0
Girona	1	15	0	0
Costa de Ponent	2	35	4	125
Barcelonès Nord i Maresme	2	37	2	31
Centre	5	131	4	62
Barcelona Ciutat	3	42	4	147
Catalunya	14	289	16	395

Font: Memòria d'activitats 2004 Xarxa Sanitària d'utilització Pública. Departament de Salut 2005

\* Recursos d'hospital de dia per a població adulta

**Taula 33.** Centres de dia en l'atenció en Salut Mental. Catalunya 2004

Regió Sanitària	Centres de dia			
	Infantils		Adults	
	Centres	Places	Centres	Places
Lleida	1	20	3	75
Tarragona	0	0	3	85
Terres de l'Ebre	0	0	1	25
Girona	0	0	7	170
Costa de Ponent	1	68	11	275
Barcelonès Nord i Maresme	0	0	5	140
Centre	1	29	10	265
Barcelona Ciutat	3	123	17	607
<b>Catalunya</b>	<b>6</b>	<b>240</b>	<b>57</b>	<b>1.642</b>

Font: Memòria d'activitats 2004 Xarxa Sanitària d'utilització Pública. Departament de Salut 2005.

### 5.8. DAFO

#### Anàlisi interna global

##### Debitats

– Escassa consideració dels grups de risc: Manca d'activitats de prevenció i promoció de la salut. Orientació assistencial versus preventiva

– Atenció primària de salut:

- Infradetecció d'alguns problemes de salut mental com la depressió major i per altra l'increment de la medicalització de problemes relacionats amb la vida quotidiana.
- El Programa de Col·laboració entre l'atenció primària de salut i l'atenció especialitzada no és suficient per incrementar el nivell de resolució de l'Atenció Primària de Salut (APS).
- Es constata una baixa intensitat del suport en general. Relacions centrades en fluxos i fàrmacs.
- Poca transferència de procediments psicològics cap a la primària i poca participació de la infermeria en l'atenció als problemes de salut mental.
- La derivació des de l'APS està generant llistes d'espera per centre de salut mental (CSM). No es considera la Salut Mental com una prioritat en l'APS tot i que representa el 25% de la demanda.
- Infradetecció en determinades franges d'edats i barreres d'entrada a l'especialitzada (nens petits amb trastorns greus del desenvolupament i trastorns mentals greus (TMG), adolescents amb trastorns per abús de substàncies i altres addiccions comportamentals, persones grans amb trastorns mentals o amb risc). Cal destacar també que el diagnòstic de drogodependències està considerat com a criteri d'exclusió per als serveis de salut mental, així com altres patologies emergents com ara els Trastorns Límits de la Personalitat

– Sectorització dels recursos/ territori: Poca racionalitat i correspondència geogràfica dels recursos entre salut mental i addiccions i amb equips d'altres departaments, sobretot pel que fa a la població infantil i juvenil.

– Alta prevalença en els serveis especialitzats. Deficiències en la resposta de la xarxa. Indefinició de la cartera de serveis. Poca atenció a programes especialitzats per patologies:

## 5. Anàlisi de situació

- L'oferta insuficient, amb poc temps per als pacients, pot implicar un increment de la despesa farmacèutica i una medicalització de la vida quotidiana.
- L'increment de la demanda d'atenció a trastorns neuròtics dificulta l'atenció als Trastorns Mentals més greus.
- Llistes d'espera per tractament.
- Força heterogeneïtat de l'oferta en funció dels centres (variabilitat de la pràctica clínica).
- Insuficient intervenció en la crisi.
- Insuficient atenció psicològica.
- Baixa prevalença en serveis de les persones amb Trastorn Mental Greu i Trastorn Mental Sever.
- Poca atenció familiar, social i d'infermeria.
- Enfocament reactiu i no proactiu dels serveis (serveis = estructures).
- Poca atenció a diversitat cultural.
- Manca de programes o d'estratègies amb implicació social: Immigrants, Dones maltractades, Ex presos, altres centrats en serveis socials, etc.
- Poc desenvolupament del Pla de Serveis Individualitzat (PSI) i de l'atenció domiciliària.
- Saturació de molts serveis hospitalaris. Hospitalització de nens i d'adolescents, de gent gran i patologia dual, dificultats en el model de serveis de mitjana i llarga estada, efecte de «porta giratòria» per manca de continuïtat assistencial des dels serveis comunitaris, Llargada Estada, i escassa cooperació amb Centres de Salut Mental i Centres de Dia. Manquen alternatives a la Llargada Estada. Poc personal d'atenció. Finançament baix. Reconversió a mitges.
- Hospitals de Dia heterogenis / Poques Comunitats Terapèutiques / manca d'alternatives residencials per adolescents.
- Model de Centres de Dia poc orientat a Serveis de Rehabilitació Comunitari. Inexistència d'aquest tipus de serveis per a la població adolescent.
- Insuficients recursos de Benestar Social, i necessitat de crear noves tipologies de serveis residencials amb més suport sanitari.
- Poca implicació en alternatives laborals als malalts mentals per als adolescents i els adults.
- Dèficits en la continuïtat assistencial.
- Professionals:
  - Manca de planificació de necessitats (psiquiatres).
  - Pocs psicòlegs clínics i infermers especialitzats en salut mental.
  - Necessitats de formació en relació al model públic.
  - Necessitats de millor carrera professional.
  - Mal retribuïts.
  - Síndrome del Burn-out: desmotivació dels professionals.
  - Manca de formació especialitzada (psiquiatres, psicòlegs, Diplomats d'Infermeria, en infància, adolescència, psicogeriatría, addiccions...).
  - Desigualtats retributives entre la xarxa de salut mental i la xarxa de drogodependències.
  - Manca de definició de les competències professionals.
- Gestió clínica:
  - Poca cultura de qualitat, avaluació de la pràctica.

- Poca aplicació de guies clíniques.
- Poca recerca epidemiològica i clínica.
- Pocs indicadors orientats a resultats.
- Variabilitat clínica no justificada.
- Sistemes d'informació:
  - Poc accés a les noves TIC's.
  - Absència d'Història Clínica Informatitzada.
- Baix finançament, especialment en alguns àmbits (Llargada estada, Centres de Salut Mental. Xarxa d'atenció a les drogodependències (XAD), etc.).

### Fortaleses

- Xarxes àmplies, multidisciplinàries i comunitàries i accessibles.
- Existència d'una xarxa de salut mental infantil i juvenil desenvolupada.
- Professionals motivats amb lideratge, expertesa professional, experiència en el treball interdisciplinari i molt predisposats a col·laborar amb l'Administració.
- Experiències existents en l'àmbit de la promoció i prevenció, sobretot en drogodependències.
- Integració de les xarxes de salut mental i drogodependències.
- La Salut mental ha estat pionera en el desplegament d'un model de gestió clínica del cas (case-management o PSI).

### Anàlisi de l'entorn global

#### Amenaces

- Increment de la demanda i de la complexitat en els centres especialitzats.
- Estigma cultural i social envers la malaltia mental i les drogodependències.
- Delegació de les responsabilitats socials cap al sistema sanitari en general, i la salut mental i les addiccions en particular.
- Entorn competitiu i consumista (indústria farmacèutica, mitjans de comunicació, TV) que impacta en els serveis, els professionals i les demandes dels usuaris.
- Model social en transició: confusió famílies, escola, etc...
- Poca implicació dels serveis d'altres departaments en l'atenció als problemes de salut mental i les drogodependències.
- Poca implicació comunitària i poca participació de l'entorn local (ajuntaments, serveis).
- Insuficient promoció social i política de la recerca en SM, innovació de serveis, etc.
- Dèficits en els sistemes de titulacions i acreditacions d'unitats docents.
- Multiplicitat de xarxes. Xarxes paral·leles i poc integrades (Centres de Desenvolupament i Atenció Precoç, xarxa infantil i d'adults, Xarxa d'atenció a les drogodependències, xarxa de serveis social...).
- Dèficit en el finançament de la salut mental i les addiccions, baix pes relatiu en el pressupost general de sanitat.

#### Oportunitat

- Declaració del Consell de Ministres d'Europa Hèlsinki 2005.
- Preocupació social i política.
- Pla director de salut mental i addiccions.
- Pla Integral d'Atenció a les persones amb problemes de salut mental.
- Nova Agència de Salut Pública de Catalunya.
- Programa d'Atenció a les persones amb dependència.

## 5. Anàlisi de situació

- Nou mapa sanitari sociosanitari i de salut pública.
- Desenvolupament del Programa Salut i Escola,
- Mesa retributiva social amb representació de la xarxa salut mental i drogodependències.
- Treball conjunt amb altres Plans directores (immigració, sociosanitari i oncologia).

### DAFO Població infantil (de 0 a 12 anys)

	Debilitats	Fortaleses
Anàlisi interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baix nivell d'activitat de promoció i prevenció.</li> <li>• Orientació assistencial versus preventiva.</li> <li>• Territorialització no coincident entre xarxes.</li> <li>• Manca d'experiència en auditoria i control de qualitat de serveis.</li> <li>• Falta de continuïtat de programes (ex. Neonatologia, adolescència).</li> <li>• Formació no orientada a la prevenció.</li> <li>• Falta de guies clíniques unificades.</li> <li>• Detecció tardana dels Trastorns Mentals Greus.</li> <li>• Atenció parcial nen / família.</li> <li>• Manca de formació en patologia dual.</li> <li>• Manca de recerca epidemiològica i clínica.</li> <li>• Sistemes d'Informació per desenvolupar (Història Clínica, Pla Terapèutic).</li> <li>• Manca de recursos especialitzats.</li> <li>• Contractació personal sense formació específica.</li> <li>• Falta de formació xarxa hospitalària.</li> <li>• Disminució de l'atenció psicoterapèutica.</li> <li>• Inexistència atenció domiciliària.</li> <li>• Diverses classificacions diagnòstiques.</li> <li>• Manca d'equips d'atenció psicopedagògica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equips multidisciplinaris.</li> <li>• Xarxa salut mental infantil amb bona formació.</li> <li>• Atenció gratuïta i universal.</li> <li>• Xarxes accessibles.</li> <li>• Bona coordinació amb xarxes educatives, socials i justícia.</li> <li>• Professionals motivats.</li> <li>• Professionals disposats a cooperar amb l'Administració.</li> <li>• Experiències de programes de promoció i prevenció.</li> <li>• Experiència d'interconsulta, coordinació intraxarxes i unitats funcionals.</li> <li>• Incipient xarxa d'atenció a la discapacitat intel·lectual.</li> </ul>

	Amenaces	Oportunitats
Anàlisi de l'entorn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiplicitat de xarxes.</li> <li>• Pressió assistencial.</li> <li>• Impossibilitat de fer programes domiciliaris.</li> <li>• Manca de l'especialitat de psiquiatria infantil.</li> <li>• Desigual territorialització amb equips d'altres departaments.</li> <li>• Falta Diplomats d'Infermeria especialistes en salut mental comunitària i treball preventiu.</li> <li>• Estigmatització pacient/famílies.</li> <li>• Mitjans de comunicació.</li> <li>• Perill de la medicalització excessiva.</li> <li>• Recursos humans insuficients.</li> <li>• Persistència de la baixa integració entre xarxes a nivell de l'Administració.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pla Integral d'Atenció a les persones amb problemes de salut mental.</li> <li>• Preocupació social i política per la salut mental.</li> <li>• Pla director de salut mental i addiccions.</li> <li>• Existència de 4 xarxes: d'Atenció Primària de Salut, de Salut Mental, d'Atenció a les dependències, i xarxa Educativa.</li> <li>• Declaració Consell de Ministres d'Europa 2005 Hèlsinki.</li> <li>• Programa del nen sa i protocol de SM.</li> <li>• Possibilitat de programes per marcadors universals.</li> <li>• Desenvolupar programes preventius existents.</li> </ul>

	Amenaces	Oportunitats
Anàlisi de l'entorn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de recursos comunitaris.</li> <li>• Llista d'espera: (població, model d'atenció).</li> <li>• Falta de formació de la xarxa hospitalària en salut mental i salut mental infantil i juvenil.</li> <li>• No existència de l'especialitat de psiquiatria infantil, psicologia clínica infantil, i infermeria comunitària.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nova Agència de Salut Pública.</li> <li>• Experiències Unitats funcionals.</li> <li>• Nou mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública.</li> <li>• Desenvolupar els programes TMG i de psicoteràpia.</li> <li>• Creació d'Observatoris específics.</li> <li>• Difondre el programa Salut - Escola a aquesta franja d'edat.</li> <li>• Possibilitat de programes de prevenció domiciliària d'infermeria comunitària.</li> <li>• Bona salut i salut mental dels nens.</li> </ul>

### DAFO Població adolescent (de 13 a 18 anys)

	Debilitats	Fortaleses
Anàlisi interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'atén el 25% de la població amb TMG.</li> <li>• Escassa cultura de promoció o prevenció a la XSM.</li> <li>• Falta de racionalitat i correspondència geogràfica (CAS, CSMIJ, CSMA i altres).</li> <li>• Variabilitat en la praxis clínica (guies clíniques).</li> <li>• Recursos insuficients per a l'atenció integral (professional/ temps).</li> <li>• Manca de formació.</li> <li>• No avaluació de les intervencions.</li> <li>• Rigidesa dels criteris administratius interxarxes (passi dels CSMIJ als CSMA).</li> <li>• Trastorn per ús de substàncies (TUS).</li> <li>• Barrera d'entrada a la xarxa de salut mental especialitzada.</li> <li>• Mancança de programes específics als Hospitals de Dia.</li> <li>• Llista d'espera.</li> <li>• No coordinació entre els CSMIJ i els CAS.</li> <li>• Manca de model d'intervenció en Trastorns per abús de substàncies.</li> <li>• Escassa activitat de recerca.</li> <li>• Falta de coherència i d'integració dels sistemes de registre i d'informació.</li> <li>• Codificació diagnòstics obsoleta.</li> <li>• Addiccions comportamentals.</li> <li>• No Psicoteràpia / no protocol de suïcidis en urgències (temptatives), no programes rehabilitadors en les psicosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xarxa infanto - juvenil desenvolupada.</li> <li>• Motivació professional.</li> <li>• Xarxa de salut mental amb model definit.</li> <li>• Accessibilitat.</li> <li>• Xarxa de drogues: Integració de la cultura de promoció de la salut (prevenció).</li> <li>• Inici dels programes TMG.</li> <li>• Integració xarxa de salut mental - XAD.</li> </ul>

## 5. Anàlisi de situació

	Amenaces	Oportunitats
Anàlisi de l'entorn	<ul style="list-style-type: none"> <li>No utilització de l'APS.</li> <li>Dèficit de formació en la detecció precoç, la promoció de la salut i els circuits de derivació.</li> <li>Dèficit de formació en els professionals no sanitaris.</li> <li>Escàs desenvolupament del Programa Salut / Escola.</li> <li>Escassa promoció de la recerca.</li> <li>Variables socials (valors socials, economia) que augmenten el risc de la patologia.</li> <li>Situació financera de la Sanitat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existència de programes /guies. Prevenció / Tractament.</li> <li>Desenvolupament del Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals.</li> <li>Desenvolupament del Programa Salut.</li> <li>Escola.</li> </ul>

### DAFO Població adulta (de 19 a 64 anys)

	Debilitats	Fortaleses
Anàlisi interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estructurals: <ul style="list-style-type: none"> <li>sectorització,</li> <li>saturació,</li> <li>desigualtats professionals entre les dues xarxes (salut mental i drogues),</li> <li>accessibilitat,</li> <li>recursos socials.</li> </ul> </li> <li>Assistencials: <ul style="list-style-type: none"> <li>variabilitat,</li> <li>coordinació,</li> <li>prevenció,</li> <li>críteris,</li> <li>alta complexitat,</li> <li>cronicitat,</li> <li>mancances a l'Atenció Primària de Salut.</li> </ul> </li> <li>Culturals: <ul style="list-style-type: none"> <li>estigma.</li> </ul> </li> <li>Formació continuada i específica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estructurals: <ul style="list-style-type: none"> <li>Xarxes àmplies, multidisciplinàries i comunitàries.</li> <li>Diversitat de proveïdors.</li> <li>Programes per cuidar els cuidadors.</li> </ul> </li> <li>Professionals: <ul style="list-style-type: none"> <li>flexibilitat,</li> <li>adaptabilitat,</li> <li>professionalitat,</li> <li>lideratge,</li> <li>evidència científica,</li> <li>suport dels usuaris.</li> </ul> </li> </ul>

	Amenaces	Oportunitats
Anàlisi de l'entorn	<ul style="list-style-type: none"> <li>Socials: <ul style="list-style-type: none"> <li>recursos econòmics escassos,</li> <li>control insuficient: normalització del consum de drogues.</li> </ul> </li> <li>Persistència de l'estigma.</li> <li>Delegació de les responsabilitats socials.</li> <li>Envelliment de la població.</li> <li>Assistencials: <ul style="list-style-type: none"> <li>Atenció a la complexitat creixent de les patologies,</li> <li>risc del desencís,</li> <li>saturació del sistema.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estructurals: vertebració territorial: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mapa sanitari,</li> <li>cartera de serveis,</li> <li>Taula retributiva social.</li> </ul> </li> <li>Escenari Internacional: UE, Hèlsinki, OMS</li> <li>Professionals: <ul style="list-style-type: none"> <li>o consens,</li> <li>mobilització,</li> <li>model comunitari,</li> <li>teixit associatiu,</li> <li>Història clínica.</li> </ul> </li> <li>Sistema d'Informació integrat.</li> </ul>

### DAFO Població gent gran (més de 65 anys)

	Debilitats	Fortaleses
Anàlisi de l'entorn	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infradetecció de la psicopatologia i infrautilització de recursos <ul style="list-style-type: none"> <li>(problemes d'accessibilitat i equitat).</li> </ul> </li> <li>Manca de programes de prevenció i detecció precoç.</li> <li>Formació limitada dels diferents professionals que hi intervenen.</li> <li>Actuacions desarticulades (solapament).</li> <li>Limitació de l'atenció domiciliària.</li> <li>Dificultat d'ingrés hospitalari en cas de patologia aguda.</li> <li>Manca de recursos comunitaris (Hospitals de Dia, Centres de Dia, clubs terapèutic) i/o programes específics de rehabilitació per a aquesta franja d'edat.</li> <li>Infrafinançament de la llarga estada psiquiàtrica.</li> <li>Manca d'un sistema d'informació global del sistema sanitari per poder fer una anàlisi acurada de la utilització dels recursos.</li> <li>Desconnexió entre les diferents xarxes assistencials.</li> <li>Manca de psicogeriatría en els hospitals generals i als centres de salut mental.</li> <li>Reconversió psiquiàtrica no finalitzada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expertesa professional i treball interdisciplinari.</li> <li>Treball de circuit.</li> <li>Suport a l'atenció primària des dels CSM.</li> <li>Paper integrador dels PSI en els nuclis familiars amb malalts amb TM.</li> <li>Serveis de Psiquiatria als hospitals generals: millor atenció de la complexitat i la pluripatologia.</li> </ul>

## 5. Anàlisi de situació

	Amenaces	Oportunitats
Anàlisi de l'entorn	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agreujament de la complexitat (case-mix) de les patologies de la gent gran.</li><li>• Condicions socials i estils de vida poc saludables:<ul style="list-style-type: none"><li>– Aïllament,</li><li>– manca de suport social.</li></ul></li><li>• Exclusió dels pacients &gt;65a. de les residències assistides i dels Hospitals de Dia (tant dels de la xarxa de salut mental com dels socio-sanitaris).</li><li>• Poca atenció dels serveis socials de base a la gent gran amb Trastorns Mentals.</li><li>• Recursos econòmics i criteris d'atenció desviats a altres xarxes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Allargament de l'esperança de vida.</li><li>• Pla Integral d'Atenció a les persones amb Trastorn Mental.</li><li>• Agència de la Dependència.</li><li>• Pla director socio-sanitari.</li><li>• Nou Mapa Sanitari, socio-sanitari, i de salut pública.</li></ul>

## 6. Propostes

## 6. Propostes

El Pla director de salut mental i addiccions ha estructurat les seves propostes en **10 objectius estratègics**, que s'organitzen de manera longitudinal i transversal, tal i com es reflecteix a la figura 4.

Figura 4. Objectius estratègics del Pla director de salut mental i addiccions.

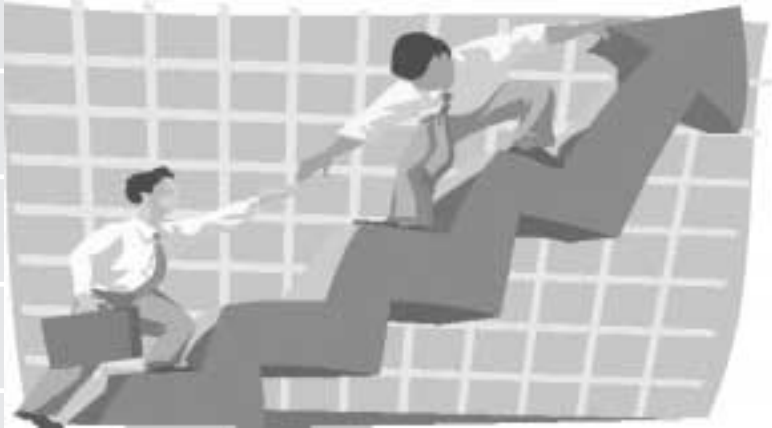
		Objectius estratègics longitudinals				
		1. Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addiccions	2. Millora de l'atenció dels trastorns mentals i les addiccions a l'Atenció Primària de Salut (APS)	3. Incorporar una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris en base territorial	4. La veu dels afectats: millorar la seva implicació i assolir el compromís de la xarxa amb els seus drets	5. La veu dels professionals: aconseguir la seva implicació i la millora de la seva satisfacció
Objectius estratègics transversals	6. Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes d'atenció de Salut Mental i Addiccions					
	7. Afavorir la millora dels sistemes de gestió amb la implicació de les EE.PP					
	8. Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau					
	9. Enfortiment de la recerca epidemiològica i clínica, de l'avaluació dels serveis i de la cooperació europea.					
	10. Assegurar la gestió del canvi					

Figura d'elaboració pròpia.

### 6.1. Línies i objectius operatius

Cadascun d'aquests objectius conté diferents **línies d'actuació** que es desenvolupen mitjançant **objectius operatius** concrets que tot seguit es descriuen.

#### 1. Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addiccions

##### – Línia 1. Promoure els factors de protecció de la salut mental

Els factors de protecció individuals, familiars, comunitaris i socials són determinants claus de la salut mental i de la salut en general. Les intervencions en les primeres etapes de la vida i en l'adolescència, són fonamentals dins d'una política sòlida de salut pública que integrin els diferents agents socials.

*Objectiu operatiu 1.1* Integrar les funcions de promoció dels factors de protecció de la salut mental en l'Agència de Salut Pública.

Projectes a elaborar o implementar:

- Intervenció des de l'Atenció Primària: els CAP disposaran d'un conjunt d'activitats de promoció de la salut mental i educació per la salut des de l'AP: Guia d'activitats de promoció i educació per la salut en els CAP.
- Intervencions en les escoles bressol, i les escoles de primària (escoles de pares), les unitats materno infantil i el món del lleure.

- Creació d'una Comissió permanent de promoció de la Salut Mental (inclòs a l'Agència de Salut Pública de Catalunya).

##### – Línia 2. Promoure la prevenció dels trastorns mentals i les addiccions a nivell comunitari des d'una visió intersectorial i interdisciplinària amb participació activa dels usuaris i les famílies

Es coneixen els factors de risc que faciliten l'aparició dels trastorns mentals i addictius, així com les intervencions més efectives i eficients en aquest camp. Cal però, un abordatge específic per grups d'edat, i la reducció de les conductes de risc relacionades amb les addiccions i les actituds estigmatitzadores de la població, que poden generar més malaltia i posar en crisi valors fonamentals de la societat democràtica

*Objectiu operatiu 2.1* Elaborar estratègies de prevenció dels trastorns mentals i de les addiccions adreçades a la població infantil.

Projectes a elaborar o implementar:

- Programa de suport als pares des de l'embaràs, sobretot en poblacions de risc (ex. Mares consumidores).
- Programa de seguiment del nen sa, especialment la part sobre promoció i detecció de factors de risc dels trastorns mental i les addiccions, per part de l'equip de pediatria de l'atenció primària de salut.
- Ampliar el Programa Salut a l'Escola a l'etapa d'escolarització infantil i de primària.

*Objectiu operatiu 2.2* Elaborar estratègies de prevenció dels trastorns mentals, les addiccions i altres conductes de risc relacionades amb el consum de drogues, adreçades a la població adolescent

Projectes a elaborar o implementar:

- Detecció precoç a l'Atenció Primària de psicopatologia de l'adolescent i consum de substàncies, símptomes d'alarma i antecedents individuals i familiars.
- Programa de facilitació de l'accés dels joves als serveis de consulta de tal manera que assegurin la confidencialitat (buscar ubicacions alternatives que complementin les tardes joves en centres cívics, esportius, espais de lleure vinculats i coordinats amb la xarxa sanitària i disposar d'un telèfon de consulta per a joves) i supervisats per professionals de la salut mental i les addiccions.
- Implementació del programa Salut i Escola al Batxillerat i cicles formatius. (incloure els programes de formació de mestres i professors).
- Programa comunitari per a la prevenció dels problemes relacionats amb el consum d'alcohol i altres drogues adreçat a la població adolescent.
- Projecte de col·laboració amb els mitjans de comunicació sobre la publicitat directa i indirecta de l'alcohol i el tabac.
- Programa de sensibilització educativa per a augmentar la percepció de risc al voltant dels consums de drogues en els centres de secundària (programa Salut-Escola).

*Objectiu operatiu 2.3* Elaborar estratègies de prevenció dels trastorns mentals, les addiccions i altres conductes de risc relacionades amb els consums de drogues adreçades a la població adulta.



## 6. Propostes

Projectes a elaborar o implementar:

- Prevenció en l'àmbit laboral: prevenció del risc, situacions especials de risc, etapa de jubilació.
- Prevenció de les conductes de risc relacionades amb els consums de drogues en l'àmbit universitari.
- Impulsar intervencions de sensibilització al voltant dels consums d'alcohol i altres drogues en l'àmbit del oci i especialment en la nit.
- Difondre estratègies de màrqueting social per augmentar la percepció de risc sobre el consum d'alcohol i altres drogues.

*Objectiu operatiu 2.4* Elaborar estratègies de prevenció dels trastorns mentals, addiccions i altres comportaments de risc relacionats amb el consum de drogues adreçades a la població de gent gran

Projectes a elaborar o implementar:

- Informació i formació als diferents agents socials implicats sobre depressió, ansietat, trastorns mentals severos, alcoholisme i demències en les persones grans.
- Sensibilització dels cossos de seguretat sobre gent gran aïllada, o maltractada.
- Sensibilització i suport dels cuidadors de la gent gran.

*Objectiu operatiu 2.5* Afavorir estratègies de lluita contra l'estigma.

Projectes a elaborar o implementar:

- sensibilització en els mitjans de comunicació, serveis comunitaris i amb les administracions locals.
- Projecte de sensibilització educativa en els centres de secundària (programa Salut i Escola).

– Línia 3. Prevenció de trastorns mentals, addiccions i altres conductes de risc relacionades amb el consum de drogues en poblacions més vulnerables

La prevenció ha de centrar-se en els grups de risc que presenten, característiques específiques sobre les que cal intervenir, incorporant sempre la perspectiva d'edat i de gènere.

*Objectiu operatiu 3.1* en nens d'alt risc.

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte de prevenció adreçats als nens prematurs que contempli la creació d'unitats funcionals (neonatologia, CDIAP, CSMIJ i Pediatria), i el suport als pares, i els aspectes ètics que s'hi relacionen.
- Projecte de prevenció de trastorn mental i addiccions als fills de pares amb malaltia mental i/o addiccions.
- Projecte de prevenció, detecció i atenció precoç als nens amb maltractaments i/o abusos, amb l'extensió a tot Catalunya del **Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments**, incorporant els equips de psiquiatria infantil i juvenil.
- Projecte de prevenció, detecció precoç i intervenció als nens i adolescents amb fracàs escolar.
- Projecte de prevenció i detecció precoç dels pre-adolescents consumidors precoços.
- Projecte de prevenció i detecció precoç adreçat a nens immigrants i fills d'immigrants en situació de risc psicosocial.

*Objectiu operatiu 3.2* en adolescents de risc.

Projectes a elaborar o implementar:

- Desplegar programes preventius adreçats a adolescents amb Trastorns del Comportament Alimentari (TCA), amb psicosis pre-puberal, amb trastorns de conducta, amb consums de tòxics, amb addicció al joc patològic.
- Projecte de prevenció, detecció precoç i assistència dels consums de drogues i altres conductes de risc associades en joves atesos a justícia juvenil.

*Objectiu operatiu 3.3* en adults.

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte de prevenció, i detecció precoç de dones maltractades, en el marc del Pla Interdepartamental coordinat per l'Institut Català de les Dones.
- Projecte de prevenció, i detecció precoç de la població immigrant, amb col·laboració amb el Pla director d'immigració i cooperació. Pla director d'immigració en l'àmbit de la salut
- Projecte de prevenció, i detecció precoç de les persones sense sostre, en col·laboració amb els serveis socials d'atenció primària i els ajuntaments.
- Projecte de prevenció, i detecció precoç dels familiars que tenen cura de persones amb discapacitat.
- Programes contra l'exclusió social de les persones amb consum de drogues.
- Programa d'atenció a les drogodependències a les institucions penitenciàries.

*Objectiu operatiu 3.4* en el vell fràgil.

Projectes a elaborar o implementar:

- Programes per combatre l'aïllament.
- Programes d'atenció especial als vells amb malaltia somàtica i malaltia mental (pluriopatologia).

### 2. Millora de l'atenció dels trastorns mentals i addiccions a l'Atenció Primària de Salut (APS)

– Línia 1. Cartera de serveis específica en salut mental i addiccions a l'atenció primària.

L'atenció primària és la porta d'entrada del sistema sanitari i d'ella depèn l'efectivitat i l'eficiència del conjunt. L'alta prevalença dels factors psicològics presents en els trastorns de la salut general, juntament amb l'accessibilitat dels serveis que presta, fa que el seu paper sigui clau en la detecció i resolució dels trastorns mentals menys greus, a condició de millorar el suport dels equips especialitzats de salut mental

*Objectiu operatiu 1.1* Millorar la detecció precoç i la capacitat resolutiva de l'atenció primària de salut.

Projectes a elaborar o implementar

- Aplicació de les recomanacions per a l'atenció als problemes de salut mental més prevalents a l'atenció primària de salut.
- Guies clíniques adaptades per a les patologies més prevalents: trastorns d'ansietat, depressió i diagnòstic diferencial amb el trastorn bipolar, risc de suïcidi, trastorns somatomorfs, consum i abús de substàncies.
- Protocol de cribatge de consum de risc d'alcohol (Programa «Beveu Menys»).

## 6. Propostes

- Incloure activitats grupals (grups terapèutics i educatius, de relaxació, grups de ajuda mútua i altres), de consell terapèutic, suport familiar i teràpies breus o de resolució de conflictes.
- Aplicació de la Guia d'activitats de l'atenció primària per a la població immigrant.
- Programa d'atenció immediata a les persones que pateixen trastorns adaptatius lligats a esdeveniments socials estressants o situacions de catàstrofes, enfocat al suport emocional de les víctimes i llurs familiars, i a la intervenció preventiva sobre els trastorns per estrès agut.

*Objectiu operatiu 1.2* Millorar la formació dels professionals d'AP.

Projectes a elaborar o implementar:

- Millora de les competències en:
  - a. entrevista psicològica,
  - b. psicofarmacologia,
  - c. contenció emocional,
  - d. consell terapèutic,
  - e. teràpia familiar,
  - f. teràpies breus o de resolució de conflictes,
  - g. intervencions grupals,
  - h. història toxicològica
  - i. consell breu
  - j. promoció d'hàbits de salut mental, addiccions i altres conductes de risc.

*Objectiu operatiu 1.3* Millorar el suport dels equips de Salut Mental a l'Atenció Primària de Salut.

Projectes a elaborar o implementar:

- Designació d'un equip de professionals, de manera proporcional a les necessitats específiques de l'APS, convenientment formats que, des dels centres d'atenció primària de salut col·laborin en les tasques assistencials (de diagnòstic i seguiment individuals), en les activitats grupals, i en les accions preventives i de promoció de la salut. En l'equip participaran psiquiatres, psicòlegs i infermers de les xarxes de salut mental i addiccions.
- Elaborar protocols consensuats, d'assignació de casos a l'atenció especialitzada, que serà avaluat anualment.
- Programa específic d'atenció i seguiment a l'APS de la salut física de les persones amb malaltia mental crònica (TMG i TMS), problemàtica addictiva.
- Programa específic d'atenció i seguiment a l'APS per a la població amb consum de risc d'alcohol (Programa «Beveu menys»).

### 3. Incorporació d'una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris, en base territorial

- Línia 1. Aconseguir que la cartera de serveis de salut mental i addiccions estigui realment orientada als usuaris i les seves famílies, tot potenciant un model d'intervenció més actiu i comunitari.

L'actual model d'atenció ambulatoria especialitzada implica dèficits enormes en l'orientació real a les necessitats dels diferents usuaris, el risc d'una excessiva medicalització, la manca d'efectivitat i adequació dels serveis que presta i la insatisfacció final dels usuaris i les famílies. El model d'atenció ha de transformar-se

per donar respostes més adaptades a les necessitats dels col·lectius que presenten més risc de discapacitat, amb un enfocament comunitari que millori el pronòstic i eviti la cronicitat.

*Objectiu operatiu 1.1* Garantir la intervenció en crisi i l'atenció domiciliària.

Projectes a elaborar o implementar:

- Equip polivalent amb capacitat de resposta ràpida d'atenció a les persones amb psicosis incipient.
- Millora de l'atenció a les persones amb TMS.
- Millora de l'atenció als nens i adolescents amb TMG.
- Equips de salut mental de suport als serveis d'emergències mèdiques (SEM).
- Aplicació del «Protocol d'actuació per a l'atenció a les urgències, el trasllat i els ingressos involuntaris urgents de persones amb malaltia mental», amb col·laboració amb les forces de seguretat.

*Objectiu operatiu 1.2* Prioritzar l'atenció a les psicosis incipients i a la població infantil i juvenil amb Trastorns Mentals Greus.

Projectes a elaborar:

- Generalització dels programa d'atenció específica a la població infantil i juvenil amb Trastorns Mentals Greus.
- Programes d'atenció a les psicosis incipients en el marc de la nova cartera de serveis dels CSM.

*Objectiu operatiu 1.3* Millorar l'atenció especialitzada a les poblacions vulnerables.

Projectes a elaborar o implementar:

- Adequar els programes d'atenció psiquiàtrica a les persones sense sostre.
- Creació de nuclis d'expertesa referents per territori, amb funcions de suport a les xarxes convencionals en l'atenció a la població immigrant (centre de coordinació de recursos, formació, docència, recerca i algunes tasques assistencials en casos especials).
- Ampliar l'oferta de serveis psiquiàtrics d'atenció ambulatoria per a discapacitats intel·lectuals (SESM-DI).
- Programa d'atenció específica a les persones amb intel·ligència límit.
- Programa d'atenció específic a les dones maltractades (atenció de salut mental en les unitats integrades d'atenció a la dona).
- Desplegar el Pla funcional per a l'accés a l'assistència sanitària de Catalunya per a les persones sense papers consumidores de drogues.
- Projecte d'inclusió de les persones amb trastorn mental (TM) discapacitant i simptomatologia persistent en l'Agència de la Dependència.

*Objectiu operatiu 1.4* Garantir el suport a les famílies i el reconeixement com a cuidador principal i de vincle amb l'entorn.

Projectes a elaborar o implementar:

- Programes de suport a les famílies (vinculats al Pla Integral).
- Grups psicoeducatius per famílies, i per territori, orientats a donar eines a les famílies per al recolzament a l'usuari, per afrontar i elaborar el sofriment i per a realitzar la seva funció de cuidador i d'agent col·laborador en tot el procés de tractament i rehabilitació de la persona afectada.
- Reforçar el paper del treballador social en la seva vinculació a les famílies i els seus representants (associacions i fundacions tutelars).

## 6. Propostes

*Objectiu operatiu 1.5* Inclusió de l'oferta de psicoteràpia a la xarxa pública.

Projectes a elaborar o implementar:

- Crear un sistema d'acreditació dels programes de psicoteràpia.
- Incloure les actuacions psicoterapèutiques en els plans funcionals dels diferents serveis de les xarxes especialitzades.
- Diferenciació de l'oferta psicoterapèutica en els CSM dins d'un programa supra-sectorial (per cada 300.000 habitants) d'atenció individual, familiar i grupal, que inclogui les diferents orientacions d'acord amb l'evidència científica disponible, tant en població infantil com adulta.

*Objectiu operatiu 1.6* Potenciar la rehabilitació psicosocial en els serveis de la xarxa pública.

Projectes a elaborar o implementar:

- Incloure les actuacions de rehabilitació psicosocial en els plans funcionals dels diferents serveis de les xarxes especialitzades.

*Objectiu operatiu 1.7* Adequar la utilització dels serveis disponibles en funció de les necessitats individuals del pacient segons un model de gestió de casos.

Projectes a elaborar o implementar:

- Generalització dels Pla de Serveis Individualitzat (PSI).
- L'ampliació dels PSI a població adolescent amb Trastorns Mentals Greus.
- L'ampliació dels PSI a persones amb problemes d'addictius d'evolució crònica.
- Programes conjunts CSMIJ-CSMA per garantir la continuïtat assistencial dels adolescents i joves amb TMG.

– Línia 2. Millorar la cartera de serveis per atendre els problemes de salut prioritzats.

L'adequació de l'atenció significa una adaptació més especialitzada a cada patologia, amb programes d'intervenció basats en l'evidència disponible i amb sistemes de suport a la gestió clínica com són les guies de pràctica clínica. Aquest enfocament ha d'afectar necessàriament i de manera específica a la població infantil, adolescent, adulta i de persones grans, i tant als trastorns mentals com les addiccions.

*Objectiu operatiu 2.1* Millorar la cartera de serveis en relació als **trastorns generalitzats del desenvolupament (TGD)**.

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte d'atenció als trastorns generalitzats del desenvolupament, establint les relacions de cooperació imprescindibles amb les escoles d'educació especial, les escoles específiques per a nens amb psicosis i autisme (centres de dia infantils) i les unitats terapèutiques a temps parcial.
- Elaboració o validació de guies clíniques.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.

*Objectiu operatiu 2.2* Millorar la cartera de serveis en relació als **trastorns per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDH)**

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte d'elaboració o validació d'una guia clínica que contempli tractaments farmacològics, psicològics i psicosocials.
- Programa de detecció i intervenció en abús de substàncies.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.
- Col·laboració amb els centres educatius en l'atenció psicoeducativa

*Objectiu operatiu 2.3* Millorar la cartera de serveis en relació als **trastorns de conducta en adolescents**.

Projectes a elaborar o implementar:

- Elaboració o validació de guies clíniques.
- Coordinació amb els centres educatius per a la detecció precoç i la derivació als serveis especialitzats.
- Projecte alternatiu a l'escolarització regular.
- Programes d'intervenció mixta CSMIJ –CAS.
- Programes específics d'intervenció ambulatoria intensiva als hospitals de dia.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.

*Objectiu operatiu 2.4* Millorar la cartera de serveis en relació als **trastorns del comportament alimentari**.

Projectes a elaborar o implementar:

- Pla de Reordenació de l'atenció a les persones amb trastorns del comportament alimentari (TCA).
- Elaboració o validació de guies clíniques.
- Projecte d'atenció especialitzada en els CSMIJ i els CSMA amb professionals formats.
- Projecte d'atenció específica en els hospitals de dia.
- Projecte de creació d'unitats especialitzades en atenció integral per a persones amb trastorn del comportament alimentari resistent.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.
- Programes de rehabilitació i inserció escolar, social i laboral conjuntament amb els departaments d'educació, Benestar i Família i Treball.

*Objectiu operatiu 2.5* Millorar l'atenció de les **persones amb temptatives d'autòlisi**.

Projectes a elaborar o implementar:

- Protocol de detecció de les temptatives de suïcidi (Atenció Primària de Salut, Serveis d'Urgències, SEM, forces de seguretat, etc.)
- Protocol específic d'atenció a les temptatives de suïcidi.
- Registre de casos
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.

*Objectiu operatiu 2.6* Millorar la cartera de serveis en relació a l'atenció de les **persones amb trastorns psicòtics**.

Projectes a elaborar o implementar:

- Generalització del programa TMG a la infància i l'adolescència
- Programa d'atenció específica a les psicosis incipients
- Programes específics d'intervenció ambulatoria intensiva als hospitals de dia.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.

## 6. Propostes

**Objectiu operatiu 2.7** Millorar l'atenció a les persones amb trastorns de joc patològic i altres socioaddiccions.

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte d'atenció i seguiment des de l'APS dels segments més vulnerables de la població (adolescents com a grup de risc).
- Projecte d'implantació de programes específics.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.
- Elaboració de la guia clínica.

**Objectiu operatiu 2.8** Millorar l'atenció als adolescents amb problemes relacionats amb el consum de drogues.

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte d'atenció sistematitzada a adolescents amb abús o dependència, amb especial atenció al tabac, cànnabis, alcohol i cocaïna.
- Programes d'intervenció mixta CSMIJ –CAS.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.

**Objectiu operatiu 2.9** Millorar l'atenció a les persones amb addicció a l'alcohol i a les benzodiazepines.

Projectes a elaborar o implementar:

- Implementació i extensió del programa «Beveu menys»
- Programes intensius de tractament ambulatori de les persones amb alcoholisme i/o dependència de les benzodiazepines. Diferenciar les especificitats de la gent gran.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.

**Objectiu operatiu 2.10** Millorar l'atenció a les persones amb addicció a la cocaïna.

Projectes a elaborar o implementar:

- Adaptació dels programes terapèutics a la problemàtica específica relacionada amb el consum de cocaïna.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.

**Objectiu operatiu 2.11** Millorar l'atenció a les persones amb addicció a l'heroïna.

Projectes a elaborar o implementar:

- Desenvolupament de recursos adaptats a les necessitats dels consumidors crònics
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels consumidors crònics.
- Programa de participació activa dels afectats.

**Objectiu operatiu 2.12** Millorar l'atenció a les persones amb depressió i trastorn bipolar.

Projectes a elaborar o implementar:

- Elaboració o validació de guies clíniques
- Projecte de nova cartera de serveis de salut mental a l'APS, prioritzant la detecció, el diagnòstic diferencial amb el trastorn bipolar i l'atenció a la depressió.
- Una major intensitat en l'atenció comunitària (garantir psicoteràpia).
- Programes funcionals als hospital de dia.
- Projecte de creació d'unitats de referència per a patologies refractàries.

- Projecte d'atenció específica a la gent gran amb depressió i/o ansietat.
- Programa de suport a les famílies i/o cuidadors de la gent gran amb problemes de depressió/ansietat.
- Programes específics d'atenció a la gent gran amb problemes de depressió / ansietat en l'hospitalització, hospital de dia i centres de dia.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.

**Objectiu operatiu 2.13** Millorar l'atenció a les persones amb trastorn límit de la personalitat (TLP).

Projectes a elaborar o implementar:

- Elaboració o validació de guies clíniques
- Formació específica
- Programa específic d'atenció a les persones amb TLP que garanteixi una atenció especialitzada en l'àmbit ambulatori, guies clíniques (oferta psicoterapèutica).
- Programes diferenciats en els hospitals de dia.
- Atenció hospitalària breu per situacions de risc, i unitats de rehabilitació intensiva amb un programa específic fins a dos anys de durada.
- Projecte de creació d'unitats especialitzades per al diagnòstic i el tractament de les patologies més resistents.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.
- Programa de detecció i d'intervenció en abús de substàncies.

**Objectiu operatiu 2.14** Millorar l'atenció a les persones amb trastorn mental sever (TMS).

Projectes a elaborar o implementar:

- Revisar el programa d'atenció a les persones amb trastorn mental sever (PAE-TMS) predefinint la població diana, millorant la cartera de serveis, reforçant la participació de les famílies, i potenciant l'àrea de rehabilitació.
- Projecte de suport especialitzat a residències i casals de gent gran, on resideixen persones amb TMS.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.

**Objectiu operatiu 2.15** Millorar l'atenció de les persones grans amb problemes de salut mental (ansietat, depressió, alcoholisme, trastorns mentals severos i demències).

Projectes a elaborar o implementar:

- Elaboració de guies clíniques
- Programes específics per aquest grup d'edat que garanteixi una atenció especialitzada tant en l'àmbit ambulatori com hospitalari
- Projecte específic en connexió amb el Pla director sociosanitari pel que fa a les demències.
- Programa d'atenció i suport a les famílies dels afectats.

– Línia 3. Reorganitzar els serveis actuals d'acord amb les noves necessitats estratègiques.

L'enfocament proactiu i comunitari implica un compromís amb el territori que afecta als plans funcionals i l'organització dels actuals dispositius d'atenció, que poden arribar a processos de reconversió en alguns casos. L'atenció centrada en l'usuari i la continuïtat assistencial són aspectes claus.

## 6. Propostes

*Objectiu operatiu 3.1* Reorganització dels serveis d'atenció a la primera infància.

Projectes a elaborar o implementar:

- Integració funcional de les xarxes assistencials (atenció primària de salut, serveis de pediatria hospitalaris, centres de desenvolupament i atenció precoç i centres de salut mental infantil i juvenil), amb un model organitzatiu de porta d'entrada única, compartint professionals, guies clíniques, formació i recerca.
- Implantació en el territori del nou model organitzatiu amb un referent del cas de l'equip de l'atenció primària de salut.

*Objectiu operatiu 3.2* Reorganització dels serveis d'atenció ambulatoria CSMIJ, CSMA i CAS).

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte de millora de l'accessibilitat als recursos d'atenció al jove amb problemes relacionats amb el consum de drogues.
- Projecte de millora de l'accessibilitat als CAS (reestructuració horària i dignificació dels espais assistencials).
- Reorganització dels equips de salut mental (CSMA i CSMIJ) amb una cartera de serveis que promogui la diferenciació clara entre el programa de suport a l'APS, l'atenció especialitzada per patologies basada en les guies clíniques (explicitant l'oferta psicoterapèutica) i els programes d'atenció als casos de psicosis incipient, TMG/TMS.
- Reorganització dels equips dels CAS, potenciant l'especificitat de les intervencions per patologies i per grups d'especial vulnerabilitat, i les activitats psicoterapèutiques.
- Ampliació dels horaris dels serveis ambulatoris per tal d'afavorir l'accessibilitat i la vinculació.
- Millorar la continuïtat assistencial amb flexibilitat en els punts de ruptura: edat, comorbiditat i canvi de serveis.
- Potenciar la infermeria comunitària.

*Objectiu operatiu 3.3* Reorganització dels hospitals de dia.

Projectes a elaborar o implementar:

- Redefinir la triple funció de l'hospital de dia d'adults:
  - a. alternativa a l'hospitalització (pre-crisi).
  - b. continuïtat de l'hospitalització d'aguts, per tal d'afavorir l'estabilització i la readaptació al medi.
  - c. tractament ambulatori intensiu i multidisciplinar en casos greus.
- Disseny del programes de patologia dual per a la població adulta i la gent gran (actualment exclosos del recurs).
- En els hospitals de dia infantil i juvenils oferta de serveis i de programes específics per a les diferents patologies de l'adolescència, incloses les addiccions.
- Oferta de programes especialitzats per a l'atenció a les persones amb TCA, Trastorns Psicòtics, TLP i Trastorns de conducta en adolescents.

*Objectiu operatiu 3.4* Reorganització de l'hospitalització infantil i juvenil.

Projectes a elaborar o implementar:

- Reordenació i sectorització equitativa en el territori de l'hospitalització infanto-juvenil (URPI's, serveis d'urgències psiquiàtriques, unitats d'aguts per a adolescents, i unitat de crisi (UCA).

- Adaptació de les unitats d'aguts a un model d'intervenció més integral i individualitzat.
- Prioritzar l'atenció a les urgències.
- Establir criteris diferenciats per als ingressos a unitats d'hospitals generals i la UCA (Unitat de crisi).
- Desenvolupar unitats de rehabilitació intensiva de mitjana estada per adolescents amb TM greus i problemes d'addiccions.
- Adaptar els serveis d'urgències psiquiàtriques i les unitats d'aguts d'adolescents per tal de poder donar resposta a les urgències relacionades amb el consum de substàncies psicoactives i per portar a terme desintoxicacions en règim d'ingrés.
- Unitats per TCA que compleixin criteris d'hospitalització amb programes específics i personal especialitzat.
- Incorporar la interconsulta i la psiquiatria d'enllaç dins la cartera de serveis de les Unitats de psiquiatria infanto-juvenil dels hospitals.
- Reordenació de les Consultes Externes de Psiquiatria infantil dels hospitals generals.
- Disseny de programes de patologia dual per a la població jove i adolescent.

*Objectiu operatiu 3.5* Reorganització de l'hospitalització d'adults (urgències i aguts).

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte d'adaptació de les unitats d'aguts a un model d'intervenció més integral i individualitzat.
- Programa d'Atenció a la comorbiditat i la patologia dual, amb competències professionals específiques que s'han d'integrar (amb especial referència als hospitals generals amb servei de psiquiatria).
- Projecte de reordenació dels tractaments amb teràpia electroconvulsiva (TEC).
- Projecte de redefinició de les unitats de patologia dual (casos resistents o que impliquin més intensitat – especificitat).
- Projecte de revisió de les necessitats de professionals indispensables per a l'atenció (elaboració de ratis, i revisió de referències internacionals).
- Incorporar la interconsulta i la psiquiatria d'enllaç dins la cartera de serveis dels hospitals generals, a través de les Unitats de psiquiatria dels propis centres —quan hi siguin— o dels operadors del territori.
- Reordenació de les Consultes Externes de Psiquiatria dels hospitals generals (programes especials, investigació).
- Projecte de reordenació per tal de potenciar la complementarietat entre els hospitals psiquiàtrics i les unitats de psiquiatria dels hospitals generals, tot tenint en compte la necessitat de desenvolupar procediments de cooperació que afavoreixin la millor resposta davant les necessitats específiques de cada usuari.

*Objectiu operatiu 3.6* Reorganització de l'hospitalització de la gent gran (urgències i aguts).

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte d'adaptació de les unitats d'aguts, per a l'atenció a la gent gran, amb un model d'intervenció més integral i individualitzat.
- Programa d'Atenció a la comorbiditat i a les necessitats socio sanitàries, amb competències professionals específiques que s'han d'integrar (amb especial referència als hospitals generals amb servei de psiquiatria i de geriatria).
- Projecte de revisió de les necessitats de professionals indispensables per a l'atenció (elaboració de ratis, i revisió de referències internacionals).

## 6. Propostes

- Incorporar la interconsulta i la psiquiatria d'enllaç dins la cartera de serveis dels hospitals generals, i dels serveis sociosanitaris del territori de referència a través de les Unitats de psiquiatria dels propis centres —quan hi siguin— o dels operadors del territori.
- Reordenació de les Consultes Externes de Psiquiatria dels hospitals generals per tal d'adaptar-les a les necessitats específiques de la gent gran (programes especials, investigació).

*Objectiu operatiu 3.7* Reorganització de les unitats d'hospitalització de rehabilitació intensiva.

Projectes a elaborar o implementar:

- Creació del subsistema d'hospitalització rehabilitadora intensiva per a persones amb trastorn mental greu i resistent i riscos associats (reordenació de l'atenció en les unitats d'hospitalització de subaguts, internament a la comunitat i mitjana i llarga estada dels hospitals psiquiàtrics monogràfics).
- Projecte d'acostament d'aquestes unitats al territori, en condicions de seguretat, tot evitant la concentració excessiva en els recintes dels hospitals monogràfics.

*Objectiu operatiu 3.8* Reorganització dels serveis de rehabilitació comunitària (centres de dia i comunitats terapèutiques).

Projectes a elaborar o implementar:

- Conversió progressiva en serveis de rehabilitació comunitària dels actuals centres de dia, diferenciant programes, ampliant la població diana, eliminant les llistes d'espera, i integrant la gestió dels serveis socials d'inserció (prelaboral, habitatge, etc.).
- Reorientació de les comunitats terapèutiques incorporant la funció rehabilitadora de transició a la comunitat de les persones amb TMS o patologia dual.

*Objectiu operatiu 3.9* Planificació del programes serveis i unitats especialitzats i de referència suprasectorial pels casos resistents.

Projectes a elaborar o implementar:

- Redefinir les Unitats Especialitzades i els criteris de planificació.
- Vincular els programes altament especialitzats a la formació i la investigació.

*Objectiu operatiu 3.10* Aspectes específics en l'atenció a les persones grans.

Projectes a elaborar o implementar:

- Desenvolupar un model d'atenció específic per atendre la complexitat de les patologies de la gent gran, conjuntament amb els altres agents que hi intervenen (derivació, seguiment, continuïtat de cures, etc.).
- Desplegar i articular els programes d'atenció psicogeriatrica amb d'altres xarxes sanitàries (primària, neuròlegs, geriatres, sociosanitaris i/o socials).
- Reorganitzar l'hospitalització d'urgències i aguts per a l'atenció a la gent gran.
- El procés de reconversió de les unitats de mitjana i llarga estada dels hospitals psiquiàtrics comptarà també amb unitats sociosanitàries de psicogeriatrica (malalts mentals majors de 65 anys, i amb comorbiditat associada, persones amb demència) i d'alta dependència psiquiàtrica (persones amb malaltia mental severa i gran deteriorament que requereixin un ambient segur i supervisió). La tendència d'aquestes unitats hauria de ser la inclusió en l'entorn comunitari.

*Objectiu operatiu 3.11* Reorganització de les comunitats terapèutiques de Drogodependències.

Projectes a elaborar o implementar:

- Redefinició i diferenciació de les comunitats terapèutiques en funció de les tipologies i necessitats dels usuaris.
- Redefinició i diferenciació del perfil dels professionals en funció de les tipologies de les comunitats terapèutiques establertes.

*Objectiu operatiu 3.12* Reorganització de les Unitats Hospitalàries de Desintoxicació (UHD).

Projectes a elaborar o implementar:

- Redefinició de les Unitats Hospitalàries de Desintoxicació.
- Incorporació de la intervenció en crisis.
- Unificació de l'oferta assistencial.

*Objectiu operatiu 3.13* Aspectes específics en l'atenció a les persones sotmeses a situació judicial.

Projectes a elaborar o implementar:

- Creació de la Unitat psiquiàtrica pericial en col·laboració amb l'Institut de Medicina Legal de Catalunya.
- Reordenació de l'actual sistema d'atenció psiquiàtrica penitenciària, promovent la diferenciació i l'autonomia estricta dels espais i el funcionament dels serveis sanitaris específics, en relació als centres penitenciaris, incloses les actuals infermeries psiquiàtriques.
- Reordenació de l'actual sistema d'atenció psiquiàtrica i a les drogodependències als centres de Justícia Juvenil.
- Revisió i homologació del Programa d'atenció a les persones subjectes a mesures judicials de seguretat de la xarxa convencional.
- Creació de CAS a les Institucions Penitenciàries.

– **Línia 4. Potenciar un sistema de gestió integrada que garanteixi la continuïtat assistencial.**

Les persones amb trastorns mentals i addiccions greus necessiten recursos diversos que responen sovint a diferents competències administratives. Els serveis sanitaris i socials han de ser planificats i implementats territorialment, enfocats als col·lectius als qui s'adreça i lliurats als usuaris de manera integrada quan formen part del procés assistencial o rehabilitador.

*Objectiu operatiu 4.1* Possibilitar un sistema de gestió integrada que faciliti la continuïtat assistencial i la responsabilització de cada servei sanitari i social en el procés d'atenció.

Projectes a elaborar o implementar:

- Creació dels Governos de Salut: la gestió dels recursos ha de respondre a una planificació basada en les necessitats del territori.
- Pla de progressió cap a la història clínica unificada.
- Incloure la salut mental i les addiccions en el sistema de pagament capítatiu.
- Incorporar en el sistema d'avaluació indicadors que avaluin el procés d'atenció i la continuïtat assistencial.

## 6. Propostes

- Promoure en el territori un sistema de gestió integrada dels serveis sanitaris i socials per a l'atenció a les persones amb dependència (Programa d'atenció a la dependència).
- Promoure en el territori aliances estratègiques entre entitats proveïdores.

### 4. La veu dels afectats: millorar la seva implicació i assolir el compromís de la xarxa amb els seus drets.

- **Línia 1. Promoure un sistema d'atenció i uns serveis respectuosos amb l'autonomia de les persones, responsables en relació a les seves necessitats i curosos amb els seus drets i les seves responsabilitats.**

La naturalesa dels trastorns mentals i addictius més greus pot implicar situacions assistencials límits entre l'autonomia i les necessitats de restricció de drets fonamentals, ni que sigui temporalment. Més enllà de les regulacions jurídiques existents, la xarxa de salut mental i addiccions ha d'actualitzar i homogeneïtzar les seves respostes tradicionals, tenint en compte les necessitats de salut de cada usuari i la seva condició de ciutadà amb drets i obligacions, així com la responsabilitat social de la seva acció sanitària.

*Objectiu operatiu 1.1* Protocolitzar i avaluar les pràctiques sobre internament involuntari i mesures restrictives en els serveis d'hospitalització.

Projectes a elaborar o implementar:

- Actualització i implementació de la guia sobre internament involuntari i mesures restrictives en psiquiatria (Comitè de Bioètica de Catalunya).
- Enquesta periòdica a centres, professionals i usuaris sobre l'ús de mesures restrictives.
- Implantar criteris i indicadors de qualitat sobre pràctiques restrictives.

- **Línia 2. Afavorir la participació activa dels afectats en tant que ciutadans.**

El nou model d'atenció que estableix el Pla director necessita de la participació activa dels implicats, un valor estructurant del sistema.

*Objectiu operatiu 2.1* Assegurar la participació dels usuaris: pacients, famílies, comunitat.

Projectes a elaborar o implementar:

- Implicació en el procés terapèutic de les persones amb patologia greu (programes psicoeducatius).
- Definir i avançar en els espais de participació activa de les organitzacions de familiars i d'usuaris amb una perspectiva creixent d'**empowerment** en la planificació i execució dels serveis en el territori (accés a la informació sobre qualitat, activitats, indicadors dels serveis, i participació en plans de millora).
- Promoure la formació dels usuaris organitzats en aquells àmbits que siguin necessaris per a la participació.
- Potenciar la participació dels afectats en els òrgans assessors a nivell central (Consell Assessor) i local (Consells de Salut).

### 5. La veu dels professionals: aconseguir la seva implicació i la millora de la seva satisfacció

- **Línia 1. Incrementar la satisfacció dels professionals.**

La capacitat dels professionals i la seva motivació són el fonament final sobre el que descansa el sistema d'atenció. La situació del mercat laboral és, en molts aspectes, un dels factors crítics de la viabilitat del nou model

*Objectiu operatiu 1.1* Avaluar la satisfacció dels professionals.

Projectes a elaborar o implementar:

- Protocol de tenir cura dels cuidadors i avaluació de la seva execució en les organitzacions.
- Conèixer el grau de satisfacció dels professionals o el clima laboral de les organitzacions.
- Formació continuada, basada en la pràctica de la clínica quotidiana (espais de supervisió o grups de reflexió).

*Objectiu operatiu 1.2* Assolir una retribució salarial i unes condicions de treball equitatives amb la resta de la xarxa sanitària (mesa social/ acord marc).

Projectes a elaborar o implementar:

- Promoure uns sistemes de retribució motivadors (carrera professional, incentius per objectius o altres)
- Facilitar la participació dels professionals dels equips en la planificació, gestió i avaluació dels projectes.

*Objectiu operatiu 1.3* Potenciar la promoció i prevenció de la salut mental dels professionals sanitaris:

Projectes a elaborar o implementar:

- Elaborar programes que fomentin la promoció i prevenció en els professionals de la salut amb majors riscos psicològics o amb un intens contacte amb problemes emocionals.
- Incorporar en els Serveis de Prevenció de Riscos Laborals o de Vigilància de la Salut l'avaluació dels riscos relacionats amb l'estrès laboral i la detecció precoç de problemes de salut mental i conductes addictives.
- Tenir cura del «treball en equip» i disposar d'espais de reflexió sobre els aspectes emocionals de la pràctica assistencial.

*Objectiu operatiu 1.4* Atenció especialitzada als professionals sanitaris amb problemes de salut mental i addiccions.

Projectes a elaborar o implementar:

- Programes PAIMM i RETORN pels professionals sanitaris amb problemes mentals i/o addictius, sobretot pels casos més complexos.
- Elaborar protocols consensuats amb les Entitats Proveïdores.

## 6. Propostes

*Objectiu operatiu 1.5* Assolir la formació necessària dels professionals per abordar els canvis estratègics proposats.

Projectes a elaborar o implementar:

- Formació específica en prevenció de les drogodependències i altres conductes de risc per als professionals de les xarxes especialitzades i a l'Atenció primària (APS).
- Formació en promoció de la salut mental i prevenció de les addiccions i altres conductes de risc relacionades amb el consum de drogues.
- Formació continuada específica en salut mental i addiccions, orientada, bàsicament a l'exercici de la cooperació i la interdisciplinarietat, les competències relacionals i d'intervenció psicoterapèutica, l'atenció integral amb tècniques basades en l'evidència científica i la metodologia de l'avaluació.
- Competències culturals dels professionals de la salut mental i les addiccions.
- Formació en salut mental i addiccions dels professionals de l'APS: etapes evolutives infantils, relació amb els adolescents, patologies més prevalents, eines de cribratge, psicogeriatría, discapacitat intel·lectual.
- Acreditació de la formació d'infermeria en salut mental comunitària i addiccions.
- Acreditació de la formació dels professionals de treball social en salut mental comunitària i addiccions.
- Formació en salut mental i drogodependències a professionals de serveis no sanitaris: programa de prevenció i detecció precoç en trastorn mental i drogoaddiccions i conductes de risc, adreçat a mestres i professors (professionals docents).

*Objectiu operatiu 1.6* Garantir la formació necessària dels professionals per tal d'incrementar la seva competència en el maneig de situacions judicials i conflictes de valors o decisions que poden afectar els drets dels usuaris.

Projectes a elaborar o implementar:

- Incorporar la formació ètica en els plans de formació.
- Incorporar els aspectes jurídics en els plans de formació.
- Guia d'actuació davant conflictes de valors: casos-guia.
- Guia d'actuació en demandes judicials.
- Maneig de les conductes violentes en la pràctica clínica

*Objectiu operatiu 1.7* Assegurar la participació dels professionals.

Projectes a elaborar o implementar:

- Afavorir la implicació dels professionals en la implementació del Pla.

*Objectiu operatiu 1.8* Tenir una política activa de prevenció de la violència per part dels usuaris del sistema sanitari, tot millorant les condicions de seguretat i formant en tècniques de maneig de conflictes.

### 6. Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes i serveis d'atenció

- **Línia 1. Integració de les xarxes de salut mental d'adults, d'infantil i de drogodependències.**

La integració dels serveis d'atenció a la persona és una condició essencial que mesura la veritable orientació a l'usuari de les organitzacions. Les diferents etapes evolutives i la comorbiditat emergent han de ser assumides amb criteris d'integració, continuïtat assistencial i permeabilitat dels programes i serveis de l'àmbit de la salut.

*Objectiu operatiu 1.1* Creació d'unitats funcionals de salut mental i addiccions.

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte per afavorir la gestió compartida i la proximitat física dels equipaments.
- Flexibilitzar el serveis de salut mental per a l'atenció de les persones amb problemes d'addicció.
- Projecte d'activitat i suport a l'APS i Pla anual d'activitats de Salut Mental i Addiccions del Centre d'Atenció Primària.
- Programa comú d'atenció als adolescents amb problemes de consum.
- Projecte creació d'espais territorials de cooperació entre CSMIJ – CAS – CSMA.
- Projecte de creació d'unitats funcionals CSMIJ – CAS.
- Projecte de flexibilització del traspàs de serveis donant més importància a la situació clínica i de vinculació al tractament que a la edat.
- Adaptació de l'actual model PSI: ampliació per a aquells casos indicats de persones amb problemes addictius

- **Línia 2. Possibilitar un sistema de gestió territorial integrada dels serveis, d'acord amb el Pla d'Atenció Integral a les persones amb malaltia mental.**

La integració dels serveis d'atenció a la persona és una condició essencial que mesura la veritable orientació a l'usuari de les organitzacions. D'acord a les àmplies necessitats sanitàries i socials que presenten les persones amb trastorns mentals, es fa necessària la gestió integrada dels serveis en el territori.

*Objectiu operatiu 2.1* Garantir la continuïtat assistencial amb la responsabilització de cada servei sanitari i social.

Projectes a elaborar o implementar:

- reordenació i extensió a tot el territori de les CTIC (població infantil i juvenil).
- Extensió a tot el territori de les unitats funcionals d'atenció materno-infantil.
- Constitució dels Consells territorials de gestió de casos (població adulta).
- Ampliació de les funcions de les CIMSS amb la incorporació de la salut mental (persones grans).
- Desplegament dels grups d'estudi i derivació (GED) en tot el territori (persones amb discapacitat intel·lectual).

### 7. Afavorir la millora dels sistemes de gestió amb la implicació de les entitats proveïdores

- **Línia 1. Potenciació de la cultura de l'avaluació com a estratègia per a la millora de la qualitat.**

Totes les tasques que es deriven de les funcions sanitàries, des de la promoció de la salut al tractament o la rehabilitació, han de ser permanentment provades i avaluades, per tal d'assegurar-nos la millora continua en l'efectivitat i en l'eficiència dels serveis que es presten. La planificació sanitària no és possible sense l'avaluació dels serveis.

*Objectiu operatiu 1.1* Satisfacció dels usuaris.

Projectes a elaborar o implementar:

- Elaboració d'enquestes per a conèixer el grau de satisfacció dels usuaris en tots els serveis de la xarxa de salut mental i addiccions.



## 6. Propostes

- Elaboració de la metodologia de resposta a les millores necessàries a propòsit de les enquestes de satisfacció.

*Objectiu operatiu 1.2* Programes i serveis.

Projectes a elaborar o implementar:

- Definició dels serveis per processos.
- Formació en metodologia.
- Generar indicadors.
- Processos d'avaluació externa consensuats.
- Indicadors de resultats per mesurar la millora de salut.
- Indicadors de mesura consensuats que permetin el **benchmarking** entre les organitzacions.
- Sistema general d'indicadors d'estructura, procés i resultats.

*Objectiu operatiu 1.3* Continuitat assistencial.

Projectes a elaborar o implementar:

- Avaluació del procés de continuïtat

– **Línia 2. Disminució de la variabilitat clínica inadequada.**

L'homologació dels processos terapèutics en base a l'evidència demostrable és un dret dels pacients i un deure pels professionals. Implica un criteri de qualitat bàsic que permet l'anàlisi de resultats de salut, i la seva millora continua.

*Objectiu operatiu 2.1* Promoure la utilització de guies clíniques orientades per patologies i per processos.

Projectes a elaborar o implementar:

- Elaboració progressiva dels diferents guies clíniques que se'n deriven del plantejaments preventius i assistencials d'aquest Pla director.

– **Línia 3. Millorar la informació clínica i epidemiològica mitjançant les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC's).**

El desenvolupament d'instruments basats en les TIC's són fonamentals per la prevenció, el diagnòstic i l'atenció de les persones afectades per trastorns mentals i addictius. Millora la continuïtat assistencial i la seguretat dels pacients.

*Objectiu operatiu 3.1* Impulsar un sistema d'informació integral amb una orientació de salut pública, que permeti fer el seguiment del pacient pels diferents recursos assistencials.

Projectes a elaborar o implementar:

- Millorar els sistemes actuals del CMBD que englobi tots els nivells assistencials (atenció primària, atenció hospitalària, atenció sociosanitària, atenció a la salut mental i les drogodependències).
- Suport a la informatització de tots els serveis de salut mental i addiccions.
- Facilitar la connexió on-line entre tots els serveis de salut mental i addiccions l'atenció primària de salut.

*Objectiu operatiu 3.2* Història clínica informatitzada unitària.

Projectes a elaborar o implementar:

- Consensuar amb els proveïdors una història clínica informatitzada i unitària.

### 8. Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau

– **Línia 1. Produir canvis en el sistema docent de post grau, per tal d'alinejar els coneixements i habilitats dels futurs professionals als objectius del Pla.**

El sistema de formació dels nous professionals ha d'estar alineat amb les necessitats sanitàries de la població i amb el Pla director, de manera que els professionals amb les competències, habilitats, i actituds apropiades puguin sostenir i fer créixer el model d'atenció decidit.

*Objectiu operatiu 1.1* Influir en el canvi de l'actual sistema de formació de postgrau dels MEF, PEF i els especialistes en Infermeria de Salut Mental.

Projectes a elaborar o implementar:

- Assolir més capacitat docent de les institucions catalanes per a la formació d'especialistes MEF, PEF i d'especialitat d'infermeria en salut mental, atenent les necessitats reals de la xarxa.
- Reorientació de la formació dels especialistes en una línia més comunitària, més promotora d'hàbits de salut i preventiva més psicoterapèutica, més rehabilitadora, i amb inclusió de matèries relatives a les competències culturals dels professionals.
- Potenciar les especialitats en: psiquiatria infantil, psicogeriatria i addiccions.
- Incrementar la formació en promoció d'hàbits de salut i prevenció de trastorns mentals, addiccions i altres conductes de risc relacionades amb el consum de drogues, en les especialitats de salut mental, pediatria, i medicina familiar i comunitària.

### 9. Enfortiment de la recerca epidemiològica i clínica, de l'avaluació dels serveis, i de la cooperació europea.

– **Línia 1. Enfortir la recerca epidemiològica i clínica.**

La pluricausalitat de les malalties mentals i les addiccions continuen requerint models de recerca enfocats específicament als diferents aspectes de l'ésser humà. També els canvis en el comportament de la població respecte a la salut mental, la demanda de serveis, les patologies emergents, qüestionen permanentment l'orientació dels serveis sanitaris.

*Objectiu operatiu 1.1* Promocionar la recerca bàsica.

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte de recerca genètica.
- Projecte de recerca amb base neurobiològiques.
- Projecte de recerca dels factors de risc específics lligats al desenvolupament.

*Objectiu operatiu 1.2* Potenciar la recerca epidemiològica.

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte de recerca sobre necessitats i morbiditat (atesa i oculta) en salut mental i addiccions de la població infantil.

## 6. Propostes

- Projecte de recerca sobre necessitats i morbiditat (atesa i oculta) en salut mental i addiccions de la població adolescent.
- Projecte de recerca sobre necessitats i morbiditat (atesa i oculta) en salut mental i addiccions de la població adulta.
- Projecte de recerca sobre necessitats i morbiditat (atesa i oculta) en salut mental i addiccions de la gent gran.
- Projecte de recerca sobre factors de risc dels trastorns mentals i les addiccions i factors de protecció de la salut mental.
- Projecte de recerca epidemiològica sobre els suïcidis.

*Objectiu operatiu 1.3* Promocionar la recerca clínica.

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte de recerca a l'entorn del suïcidi i les temptatives de suïcidi.
- Projecte de recerca sobre el maltractament escolar entre iguals (Bulling).
- Projectes de recerca sobre els maltractadors: de gènere, abús infantil.

– Línia 2. Estimular la cooperació amb els països de la Unió Europea (UE) i dels organismes internacionals relacionats amb la salut mental i les addiccions.

El procés d'integració europea anirà constituint progressivament el nostre entorn de referència en molts dels aspectes claus dels sistemes d'atenció, tant des del punt de vista legislatiu, com assistencial, docent o de recerca. En condicions socioeconòmiques homogènies, Catalunya ha d'obrir-se a la cooperació sinèrgica en el marc de l'Europa del futur.

*Objectiu operatiu 2.1* Participar en projectes comuns.

Projectes a elaborar o implementar:

- Projecte IMHPA.
- Potenciar les aliances de cooperació i el benchmarking amb altres regions europees, especialment amb la regió del Llenguadoc i el nord d'Itàlia.
- Desenvolupar indicadors comuns i actualitzats que permetin la realització d'estudis comparatius en avaluació de serveis i de resultats.
- Facilitar i promoure la participació del PDSMiAd i dels nostres centres i serveis en programes i estratègies de l'OMS a Europa.

### 10. Assegurar la gestió del canvi

– Línia 1. Aconseguir l'equitat de l'oferta assistencial en el territori.

L'equitat de l'oferta és un valor fonamental del sistema sanitari al nostre país, i ha de ser concretada en tot el territori català a través del Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública de Catalunya.

*Objectiu operatiu 1.1* Completar la generalització dels serveis al territori.

Projectes a elaborar o implementar:

- Elaboració del mapa sanitari i sociosanitari de salut mental i addiccions.
- Generalització del PSI a tot el territori, amb inclusió de pacients adolescents i persones amb addiccions.
- Coordinació del PSI amb l'Àrea de rehabilitació, serveis socials i atenció primària.

- Generalització dels serveis especialitzats per a persones amb discapacitat intel·lectual.
- Generalització de les unitats funcionals per a l'atenció primerenca.
- Generalització de les unitats funcionals CSMA – CAS, CSMIJ – CAS.
- Generalitzar els programes d'atenció a la població infantil i juvenil amb TMG.
- Desplegament a tot el territori dels programes de reordenació dels TCA i d'atenció al joc patològic.

– Línia 2. Promoure la capacitat de decisió i gestió de la comunitat i del territori.

La nova organització del sistema sanitari a través dels governs territorials de salut implica un compromís d'acció comunitària que ha d'incloure la salut mental i les addiccions en tota la seva amplitud, com una qüestió prioritària. Les entitats proveïdores han de tenir un paper clau en aquest procés.

*Objectiu operatiu 2.1* Implicació en el Pla director dels Governos territorials de Salut (GTS).

Projectes a elaborar o implementar:

- Implicar les autoritats locals i la xarxa comunitària (programa d'acció integral comunitari).
- Proposar la creació del Comitè territorial de gestió de casos, amb presència de l'administració sanitària, que garanteixi el criteri de funció i responsabilitat de cada servei o competència (inclosos els serveis socials i laborals), així com la continuïtat de l'atenció.
- Revisió de les CTIC.

*Objectiu operatiu 2.2* Assegurar la participació de les entitats proveïdores.

Projectes a elaborar o implementar:

- Definir i garantir la veu dels proveïdors a nivell central i en el territori.

– Línia 3. Promoure un sistema de control de riscos del canvi.

Tot procés del gestió de canvi requereix un sistema d'indicadors de risc que permeti avançar-nos a les situacions de conflicte que sens dubte, apareixeran.

*Objectiu operatiu 3.1* Definició dels indicadors a controlar.

Projectes a elaborar o implementar:

- Construir un sistema d'indicadors que avaluï les estratègies necessàries per controlar els factors crítics d'èxit del PDSMiA (taula 34).

## 6. Propostes

Taula 34. Indicadors de factors crítics i estratègies a implementar

Factors estratègics	Estratègies
Infradotació de recursos per complir la missió del Pla	Planificació estratègica (Mapa Sanitari, sociosanitari i de salut pública) Planificació econòmica Acord marc sobre les diferents fases del Pla director.
Dèficits en la capacitat operativa i la sensibilitat dels àmbits de l'Atenció Primària	Incrementar la participació de l'APS en els projectes del Pla director Pla de comunicació: Explicació del PDSMiAd en sessions territorials amb els coordinadors de les ABS Elaborar un Pla de seguiment anual dels projectes compartits: central i per territoris Compromís definit i contractual també per l'APS
Previsibles dificultats en la continuïtat i en la suficiència dels recursos socials del territori	Mapa sanitari i sociosanitari (integrat) Pla de reconversió dels Hospitals Psiquiàtrics aprovat pels Departaments de Salut i de Benestar i Família Programa d'atenció a la dependència Pla Integral d'atenció a les persones amb problemes de salut mental
Manca d'especialistes suficients i adequament formats (psiquiatres, psicòlegs clínics, especialitat d'infermeria en salut mental, etc.)	Estudi de les necessitats per als propers anys Incrementar la capacitat docent de les institucions catalanes
Formació insuficient per abordar el canvi	Consens amb les entitats proveïdores sobre l'exercici de les competències en aquest àmbit Introduir la necessitat de l'acreditació de les noves competències. Estudiar un sistema d'incentius, pactat amb les empreses del sector Moblització de recursos de l'IES/CCECS
Burn-out dels professionals	Polítiques retributives i de carrera professional (Mesa Social / Acord marc) Promoure els programes de cuidar al cuidador en les entitats proveïdores. Avaluar-los
Lideratge des dels poders públics (administració)	Designar els líders territorials del CatSalut. Incloure'ls en el sistema de seguiment del Pla director de salut mental i addiccions Govers Territorials de Salut (GTS) Inclusió de l'atenció a les persones amb trastorns mentals en els projectes demostratius del programa d'atenció a la dependència Inclusió de la salut mental i les addiccions en els projectes de pagament capítatiu
Manca de cultura de participació efectiva dels usuaris	Grup de reflexió amb tots els implicats sobre oportunitats de participació: Pla de participació
Dificultats en la gestió del canvi degudes a l'estructura de multiproveïdors de serveis	Promoure les aliances estratègiques basades en el territori. Incloure l'avaluació de la cooperació en el SIS. Incloure l'avaluació de la cooperació en l'agenda dels líders territorials
Manca d'inversió en sistemes d'informació i impossibilitat de mesurar els canvis	Grup de treball urgent sobre necessitats d'informació Revisar el SIS actual i realitzar un Pla de SIS

Taula d'elaboració pròpia

### 6.2. Projectes prioritzats per al període 2005 – 2007

#### 1. Promoció de la salut mental i prevenció dels trastorns mentals i les addiccions.

*Objectiu operatiu:* Integrar les funcions de promoció dels factors de protecció de la salut mental en l'Agència de Salut Pública.

*Projectes:*

– Elaborar la guia d'activitats de promoció i educació per a la salut mental en les ABS.

*Objectiu operatiu.* Elaborar estratègies de prevenció dels trastorns mentals i les addiccions adreçades a la població infantil.

*Projectes:*

– Adequada aplicació del Programa de seguiment del nen sa, especialment la part sobre promoció i detecció de factors de risc dels trastorns mental i les addiccions, amb la formació específica dels equips de l'equip de pediatria de l'atenció primària de salut (principalment la infermera).

– Definir les intervencions diana més efectives en la prevenció de trastorns mentals en l'escolarització.

*Objectiu operatiu:* Elaborar estratègies de prevenció dels trastorns mentals, les addiccions i altres conductes de risc relacionades amb el consum de drogues, adreçades a la població adolescent.

*Projectes:*

– Detecció precoç a l'Atenció Primària de psicopatologia de l'adolescent, i consum de substàncies, símptomes d'alarma i antecedents individuals i familiars. Aplicació de la «Guia d'activitats preventives a l'adolescència».

– Incorporar els aspectes de prevenció en salut mental i addiccions a les consultes de joves.

– Prosseguir el desplegament de programes comunitaris per a la prevenció dels problemes relacionats amb el consum d'alcohol i altres drogues adreçat a la població adolescent i dur a terme l'avaluació.

*Objectiu operatiu:* Elaborar estratègies de prevenció dels trastorns mentals i les addiccions adreçades a la població adulta

*Projectes:*

– Definir les intervencions preventives en l'àmbit laboral

– Prosseguir el desenvolupament de programes preventius relacionats amb el consum de drogues i dur a terme l'avaluació.

– Prosseguir el desplegament del **Programa ELSA** (Project Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol.) L'objectiu és conèixer millor les pràctiques de marketing de l'alcohol a nivell europeu per poder promoure canvis que assegurin que no es fa promoció de begudes entre els joves.

*Objectiu operatiu:* Elaborar estratègies de prevenció dels trastorns mentals i les addiccions adreçades a la població de gent gran

*Projectes:*

– Elaborar un guia d'activitats preventives en la gent gran.

*Objectiu operatiu:* Prevenció en poblacions més vulnerables

## 6. Propostes

### Projectes:

- Creació d'unitats funcionals en el territori que contemplin actuacions preventives adreçades als nens prematurs i als pares. Aquestes unitats funcionals hauran d'estar integrades per unitats de neonatologia, Centres de Desenvolupament i Atenció Precoç (CDIAP), Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) i equips de pediatria de l'atenció primària de salut.
- Prosseguir l'extensió del Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments, incorporant els equips de psiquiatria infantil i juvenil.
- Prioritzar els projectes de prevenció de salut mental i addiccions en els fills de pares amb malalties mentals i drogodependències i els nens immigrants i en els fills d'immigrants en situació de risc psicosocial.
- Incloure programes de prevenció i detecció precoç a les Unitats Integrals de Violència de Gènere.
- Incorporar en els territoris demostratius del programa d'atenció a la dependència (ProDep), programes de prevenció i detecció precoç de trastorns mentals en familiars de persones amb discapacitat.
- Planificació dels programes de reducció de danys per tal de reduir l'exclusió social lligada al consum.

*Objectiu operatiu:* Desenvolupar activitats de prevenció dels suïcidi i reduir les taxes de mortalitat

### Projecte:

- Avaluació del Programa d'atenció específica a la població amb risc suïcida del sector sanitari de la Dreta de l'Eixample (Projecte Europeu), adaptat a les diferents situacions vitals i franges d'edat, amb elaboració d'un registre de casos. Implantació progressiva a tot Catalunya.

*Objectiu operatiu:* Afavorir estratègies de lluita contra l'estigma.

### Projectes:

- Consensuar una guia d'actuació amb els mitjans de comunicació.
- Elaborar un programa de sensibilització educativa, fer una experiència pilot i avaluar-la
- Incloure les actuacions previstes en el Pla de Comunicació.

### 2. Millora de l'atenció dels trastorns mentals i les addiccions a l'Atenció Primària de Salut.

*Objectiu operatiu:* Millorar la detecció precoç i la capacitat resolutiva de l'atenció primària de salut.

### Projectes:

- Definir la cartera de serveis de salut mental i addiccions a l'APS. A finals de l'any 2007 s'haurà iniciat la implantació en el 30% del territori.
- Aplicació de la guia de «Recomanacions per a l'atenció als problemes de salut mental més freqüents a l'Atenció Primària de Salut»
- Aplicació del Programa «Beveu Menys».
- Aplicació de la Guia sobre la detecció precoç i l'atenció als trastorns mentals més freqüents en la població immigrant, amb col·laboració amb el Pla director d'immigració i cooperació.
- Definir el Programa d'atenció immediata a les persones que pateixen trastorns adaptatius lligats a esdeveniments socials estressants o situacions de catàstrofes, conjuntament amb els Serveis d'Emergències Mèdiques (SEM).

*Objectiu operatiu:* Millorar la formació dels professionals d'Atenció Primària.

### Projectes:

- Dissenyar els programes de formació continuada dels professionals de l'APS

*Objectiu operatiu:* Millorar el suport dels equips de Salut Mental i Drogodependències a l'APS.

### Projecte:

- Definir el nou Programa de Suport a l'Atenció Primària de Salut. A finals de l'any 2007 s'haurà iniciat la implantació en el 30% del territori.

### 3. Incorporar una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris en base territorial.

*Objectiu operatiu:* Garantir la intervenció en crisi i l'atenció domiciliària.

### Projectes:

- Implantar a tot Catalunya el Protocol d'atenció a les urgències psiquiàtriques domiciliàries i al trasllat de pacients involuntaris:
  - Col·laboració entre els equips sanitaris i les forces de seguretat.
  - Desplegament d'equips de salut mental de suport als Serveis d'emergències mèdiques.

*Objectiu operatiu:* Prioritzar l'atenció a les psicosis incipients i a la població amb Trastorns Mentals Greus.

### Projectes:

- Dissenyar el programa d'atenció a les persones amb psicosis incipient. A finals de l'any 2007 s'haurà iniciat la implantació en el 30% del territori de Catalunya.
- Redefinir el programa d'atenció a les persones amb TMS amb més oferta d'atenció domiciliària i suport a les famílies i potenciant el paper de la infermeria psiquiàtrica i del treballador social. A finals de l'any 2007 s'haurà iniciat la implantació de les millores en el 30% del territori.
- A finals de l'any 2007 s'haurà implantat a tot el territori de Catalunya el programa d'atenció específica a la població infantil i juvenil amb Trastorns Mentals Greus (TMG).

*Objectiu operatiu:* Millorar l'atenció especialitzada a les poblacions vulnerables.

### Projectes:

- Incorporar els aspectes d'atenció psiquiàtrica i psicològica a les dones maltractades, en el marc del Pla Interdepartamental coordinat per l'Institut Català de les Dones i d'acord amb el desplegament d'Unitats d'Atenció Integral a la violència de gènere.
- Elaborar un projecte de detecció precoç i atenció psiquiàtrica i psicològica a les persones sense sostre, en col·laboració amb els serveis socials d'atenció primària i els ajuntaments. Implantació inicial a la ciutat de Barcelona.
- A finals de l'any 2007 s'haurà finalitzat el desplegament dels Serveis Especialitzats en salut mental per a les persones amb discapacitat.
- Desplegar el Pla funcional per a l'accés a l'assistència sanitària de Catalunya a les persones sense papers consumidores de drogues.
- Potenciar nuclis d'expertesa en el territori per a l'atenció a la població immigrants (Mapa sanitari).

## 6. Propostes

- Incloure a les persones amb TM discapacitants i simptomatologia persistent en els projectes demostratius del programa d'atenció a la dependència.

*Objectiu operatiu:* Garantir el suport a les famílies i la seva implicació en el procés assistencial.

*Projectes:*

- Elaborar la guia d'atenció a les famílies conjuntament amb el Departament de Benestar i Família i la FECAFAMM.

*Objectiu operatiu:* Inclusió de l'oferta de psicoteràpia a la xarxa pública

*Projectes:*

- Crear un sistema d'acreditació dels programes de psicoteràpia.
- Ampliar l'oferta de les intervencions psicoterapèutiques des dels Centres de Salut Mental principalment per a l'atenció a trastorns afectius, temptatives de suïcidi, trastorns d'estrès post-traumàtics, trastorns límits de la personalitat (TLP), trastorns del comportament alimentari i en infants i joves, a més, els trastorns per dèficits d'atenció i hiperactivitat (TDHA) i els trastorns obsessiu-compulsiu. A finals de l'any 2007 s'haurà iniciat en el 30% del territori.
- Millorar l'oferta d'intervencions psicoterapèutiques als CAS per tal de prevenir les recaigudes i millorar la motivació i adherència dels pacients als tractaments.

*Objectiu operatiu:* Adequar la utilització dels serveis disponibles en funció de les necessitats individuals del pacient segons un model de gestió de casos.

*Projectes:*

- Implantació en el 100% del territori del Pla de Serveis Individualitzat (PSI).
- Disposar progressivament en el territori de Programes conjunts CSMIJ-CSMA per garantir la continuïtat assistencial de les adolescents i joves amb TMG.

*Objectiu operatiu:* Millorar la cartera de serveis per atendre els problemes de salut prioritzats:

- Trastorns Generalitzats del desenvolupaments (TGD)
- Trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH)
- Trastorns de conducta en adolescents
- Trastorns del comportament alimentari (TCA)
- Trastorns psicòtics
- Trastorns de joc patològic i altres socioaddiccions
- Consum de drogues en adolescents
- Addicció a l'alcohol i les benzodiazepines
- Addicció a la cocaïna
- Addicció a l'heroïna
- Depressió
- Trastorns Límit de la Personalitat
- Trastorns Mentals Severes (TMS)
- Demències

*Projectes:*

- Disposar de guies clíniques i programes d'atenció diferenciats.
- Unitat i programes d'atenció especialitzats per a casos resistents d'acord amb els criteris establerts en el mapa sanitari de salut mental i addiccions.

*Objectiu operatiu:* Reorganitzar els serveis actuals d'acord amb les noves necessitats estratègiques.

Serveis d'Atenció a la primera infància:

*Projectes:*

- Creació d'unitats funcionals formades (equip d'atenció primària de salut, servei de pediatria hospitalari, centres de desenvolupament i atenció precoç i centres de salut mental infantil i juvenil), amb un model organitzatiu de porta d'entrada única, compartint professionals, un referent del cas, guies clíniques i formació. A finals de l'any 2007 s'haurà implantat com a mínim en el 25% del territori.

Serveis d'atenció ambulatoria (CSMIJ, CSM, CAS):

*Projectes:*

- Disposar d'un programa d'intervenció conjunta CSMIJ-CAS. A finals de l'any 2007 és disposarà d'un programa d'intervenció conjunta com a mínim en el 20% del territori.
- Disposar d'una cartera de serveis en els CSM que diferenciï el programa de suport a l'APS, l'atenció especialitzada per patologies basada en guies clíniques i explicitant l'oferta de tractaments psicoterapèutics, programes d'atenció a les psicosis incipients o i als TMS o TMG en infants i joves. A finals de l'any 2007 s'haurà implantat en el 30% del territori.
- Reorganitzar el CAS, amb intervencions específiques per patologies i grups d'especial vulnerabilitat i activitats psicoterapèutiques. A finals de l'any 2007 s'haurà iniciat la implantació en el 20% del territori.
- Elaborar amb la Direcció general de Recursos Sanitaris els criteris d'acreditació dels centres ambulatoris.

Serveis d'hospitalització parcial:

*Projectes:*

- Redefinir les funcions dels hospitals de dia (pre-crisi, continuïtat d'aguts i tractaments ambulatoris intensius).
- Ampliar l'oferta d'atenció especialitzada a: TCA, TLP, trastorns Psicòtics, trastorns de conducta i addiccions en adolescents.

Serveis d'hospitalització infantil:

*Projectes:*

- Desplegament de serveis d'urgències i aguts (mapa sanitari), incorporant llits de desintoxicació hospitalària.
- Definir les indicacions i tipologia de pacients de les necessitats de recursos de mitjana i llarga estada per poblacions adolescents.
- Incorporar la interconsulta i la psiquiatria d'enllaç com a funcions bàsiques dels serveis de psiquiatria infantil dels hospitals generals.

Serveis d'hospitalització d'adults:

*Projectes:*

- Adaptar les unitats d'aguts a un model més integral que incorpori activitats de rehabilitació psicosocial.

## 6. Propostes

- Reorganitzar les unitats de patologia dual per atenció a casos resistents i de més llarga durada.
- Guia clínica sobre Teràpia Electro-convulsiva (TEC) amb l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques (AATM).
- Potenciar la interconsulta i psiquiatria d'enllaç dins la cartera de serveis dels hospitals generals.
- Reordenar les consultes externes de psiquiatria dels hospitals generals cap a programes especials vinculats a formació i recerca.

### Serveis d'hospitalització per a la gent gran (urgències i aguts):

#### *Projectes:*

- Adaptar les unitats d'aguts, per a l'atenció a la gent gran, amb un model d'intervenció més integral i individualitzat.
- Programa d'Atenció a la comorbiditat i a les necessitats sociosanitàries, amb competències professionals específiques que s'han d'integrar (amb especial referència als hospitals generals amb servei de psiquiatria i de geriatria).
- Projecte de revisió de les necessitats de professionals imprescindibles per a l'atenció (elaboració de ratis, i revisió de referències internacionals).
- Potenciar la interconsulta i la psiquiatria d'enllaç dins la cartera de serveis dels hospitals generals, i dels serveis sociosanitaris.
- Reordenar les Consultes Externes de Psiquiatria dels hospitals generals per tal d'adaptar-les a les necessitats específiques de la gent gran (programes especials, investigació).

### Serveis d'hospitalització de rehabilitació intensiva:

#### *Projectes:*

- Definir els criteris territorials del desplegament d'aquests serveis (mapa sanitari)
- Concretar el model global de reconversió de les unitats de mitjana i llarga estada amb el departament de Benestar i Família i iniciar el procés de reconversió.

### Serveis de rehabilitació comunitària:

#### *Projectes:*

- Avaluat els programes de conversió dels actuals centres de dia en serveis de rehabilitació comunitària.
- Ampliar la implantació d'aquests programes. A finals de l'any 2007 s'haurà implantat en el 40% del territori.
- Definir amb el departament de Benestar i Família la Xarxa de rehabilitació comunitària i el model de treball conjunt entre Centres de Dia, serveis prelaborals i clubs socials.

### Comunitats Terapèutiques per a drogodependents:

#### *Projectes:*

- Redefinició i diferenciació de les Comunitats Terapèutiques en funció de les tipologies, necessitats dels usuaris i perfil dels professionals.
- Unitats Hospitalàries de Desintoxicació (UHD)

#### *Projectes:*

- Redefinició de les UHD.

### Serveis específics per a l'atenció a les persones sotmeses a situació judicial:

#### *Projectes:*

- Creació d'una Unitat psiquiàtrica pericial en col·laboració amb l'Institut de Medicina Legal de Catalunya.
- Reordenar l'actual sistema d'atenció psiquiàtrica i a les drogodependències en els centres de justícia juvenil.
- Revisió i homologació del programa d'atenció a les persones subjectes a mesures judicials de seguretat de la xarxa convencional.

*Objectiu operatiu:* Possibilitar un sistema de gestió integrada que faciliti la continuïtat assistencial:

#### *Projectes:*

- Desplegament del Govern de Salut que garanteixi una gestió dels recursos basada en les necessitats del territori.
- Pla progressiu cap a la història clínica unificada.
- Incloure la salut mental i les addiccions en un model de pagament capítatiu.
- Incorporar en els sistemes d'avaluació indicadors que avaluin el procés d'atenció i la continuïtat assistencial.
- El desplegament de programes demostratius d'atenció a la dependència que promoguin en el territori un sistema de gestió integrada dels serveis sanitaris i socials.
- Promoure en el territori aliances estratègiques entre proveïdors.

### **4. La veu dels afectats: millorar la seva implicació i assolir el compromís de la xarxa amb els seus drets.**

*Objectiu operatiu:* Protocol·litzar i avaluar les pràctiques sobre internament involuntari i mesures restrictives en els serveis d'hospitalització.

#### *Projectes:*

- Actualitzar i implementar la guia sobre internament involuntari i mesures restrictives en psiquiatria (comitè de bioètica de Catalunya) conjuntament amb la DG de recursos sanitaris.
- Dissenyar els criteris i els indicadors de qualitat sobre pràctiques restrictives que permeti la seva avaluació.

*Objectiu operatiu:* Assegurar la participació dels usuaris: pacients, famílies, comunitat.

#### *Projectes:*

- Implicació en el procés terapèutic de les persones amb patologia greu (programes psicoeducatius).
- Promoure la creació d'espais de participació activa de les organitzacions de familiars i d'usuaris amb una perspectiva creixent d'empowerment en la planificació i execució dels serveis en el territori (accés a la informació sobre qualitat, activitats, indicadors dels serveis, i participació en plans de millora).
- Promoure la formació dels usuaris organitzats en aquells àmbits que siguin necessaris per a la participació.
- Potenciar la participació dels afectats en els òrgans assessors a nivell central (Consell Assessor) i local (Consells de Salut).

## 6. Propostes

### 5. La veu dels professionals: aconseguir la seva implicació i la millora de la seva satisfacció.

#### Projectes:

- Promoure uns sistemes de retribució equiparables a la resta de la xarxa sanitària (mesa social).
- Facilitar la participació dels professionals dels equips en la planificació, gestió i avaluació de projectes.
- Elaborar amb l'Institut d'Estudis de la Salut i els Consell Català en Ciències de la Salut un Programa de Formació continuada necessari per abordar els canvis estratègics proposats pel Pla.

### 6. Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes i serveis d'atenció.

*Objectiu operatiu:* Integració de les xarxes de salut mental i drogodependències.

#### Projectes:

- Elaborar projectes en el territori per afavorir la gestió compartida i/o la proximitat física dels equipaments.
- Projectes conjunt d'activitats de suport a l'atenció primària de salut.
- Programa comú en el territori per a l'atenció als adolescents amb problemes de consum.
- Creació d'espais territorials de cooperació CSM-CSMIJ-CAS.

*Objectiu operatiu:* Possibilitar un sistema de gestió territorial integrada de serveis d'acord amb el Pla d'Atenció Integral a les persones amb problemes de salut mental

#### Projectes:

- Extensió a tot el territori dels projectes demostratius de CTIC (Coordinació Territorial dels equipaments dels diferents departaments que atenen a la població infantil i juvenil amb discapacitats o risc de patir-ne).
- Ampliació de les funcions de les CIMSS amb la incorporació de la salut mental.
- Desplegament dels Grups d'Estudi i Derivació per a persones amb discapacitat intel·lectual a tot el territori de Catalunya.

### 7. Afavorir la millora dels sistemes de gestió amb la implicació de les entitats proveïdores.

*Objectiu operatiu:* Satisfacció dels usuaris:

#### Projectes:

- Ampliar l'enquesta de satisfacció dels usuaris a tots els dispositius de la xarxa de salut mental i drogodependències.

*Objectiu operatiu:* Programes i serveis

#### Projectes:

- Prosseguir amb el procés d'avaluació externa
- Elaborar indicadors de resultats per mesurar la millora en salut
- Elaborar indicadors de mesura consensuats que permetin el **benchmarking** entre organitzacions, Comunitats Autònomes i altres països de la Regió Europea.

*Objectiu operatiu:* Impulsar un sistema d'informació integral amb una orientació de salut pública.

#### Projectes:

- Millorar els sistemes actuals del CMBD que englobi tots els nivells assistencials, incloent-hi les drogodependències.

### 8. Potenciar la formació continuada i el sistema docent de postgrau.

*Objectiu operatiu:* Influir en el canvi de l'actual sistema de formació de postgrau dels MEF i PEF

#### Projectes:

- Promoure l'increment de la capacitat docent de les institucions catalanes per a la formació d'especialistes MEF, PEF i d'especialitat d'infermeria en salut mental.
- Encarregar a l'Institut d'Estudis de la Salut (IES) i al Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS) un projecte de revisió de l'actual model de formació dels MEF, PEF i infermeria psiquiàtrica, conjuntament amb les Unitats Docents, per tal de garantir una formació orientada a les prioritats del Pla director de salut mental i addiccions.

### 9. Enfortiment de la recerca epidemiològica i clínica, de l'avaluació de serveis i la cooperació europea.

*Objectiu operatiu:* Potenciar la recerca epidemiològica i clínica.

#### Projectes:

- Col·laborar amb el Pla director de política científica en la prioritització de les línies de recerca epidemiològica i clínica en l'àmbit de la salut mental i les addiccions.
- Promoure la creació de xarxes temàtiques de recerca amb aliances estratègiques entre institucions

*Objectiu operatiu:* Estimular la cooperació amb països de la Unió Europea i amb organismes internacionals.

#### Projectes:

- Liderar el projecte IMHPA (**European Platform for Mental Health Promotion and mental Disorders Prevention**). Promoure la convergència de les estratègies i iniciatives que es duguin a terme amb les polítiques de promoció de la salut i la prevenció dels trastorns mentals i les addiccions i altres conductes de risc relacionades amb el consum de drogues, impulsades per la Unió Europea.
- Participar en projectes de **benchmarking** amb altres països de la Unió Europea.
- Participació en projectes europeus.

### 6.3 Coordinació amb altres serveis

El Pla director de salut mental i addiccions és un projecte que se centra fonamentalment en l'àmbit de la salut, tot i que sovint es plantegen accions que també afecten a d'altres departaments.

Actualment s'està elaborant el **Pla d'Atenció Integral a les persones amb problemes de salut mental** on hi participen els departaments de Presidència, Salut, Benestar i Família, Educació, Justícia, Treball i Indústria, Interior, Medi Ambient i Habitatge, i Comerç i Turisme, així com representants de les entitats proveïdores, les associacions de professionals, la Federació Catalana de Familiars de Malalts Mentals, l'Associació de malalts mentals i les organitzacions d'àmbit municipal (FMC i ACM).

Així doncs, serà en el **Pla d'Atenció Integral a les persones amb problemes de salut mental** on es desenvoluparan totes les actuacions que impliquin la coordinació de recursos i serveis interdepartamentals.

## 7. Mapa sanitari



## 7. Mapa sanitari

### 7.1. Introducció

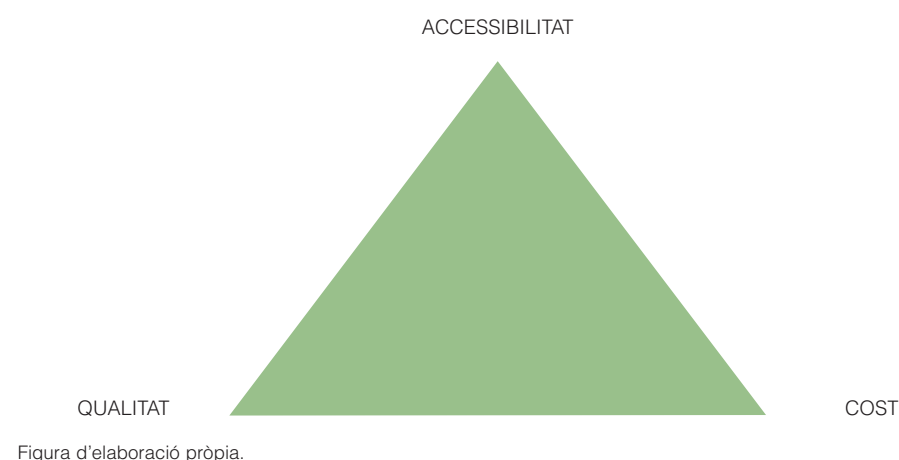
En aquest capítol es presenten els criteris de planificació de serveis en relació amb les necessitats d'atenció a la salut mental i a les drogodependències, en el marc del Pla director de salut mental i addiccions i el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública.

El nou Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública es concep com l'instrument principal de planificació de serveis a Catalunya. La seva elaboració requereix, com a primer pas juntament amb l'anàlisi de la situació, la definició de criteris de planificació de serveis per tal d'avaluar les necessitats de desplegament i adequació dels recursos per donar resposta als problemes de salut de la població. En aquest procés s'han prioritzat els àmbits dels serveis relacionats amb els plans directors del Departament de Salut, entre ells el Pla director de salut mental i addiccions, així com aquells recursos socials que ha prioritzat l'ICASS.

Els principis que orienten les polítiques de salut i de serveis del sistema públic de salut de Catalunya són l'equitat, l'eficiència, la sostenibilitat i la satisfacció dels ciutadans amb els serveis. En la planificació de serveis aquests principis es tradueixen en tres elements clau: l'accessibilitat, en els seus diversos components (espacial, temporal, social i cultural), la qualitat en el resultat i en el procés d'atenció i el cost de les intervencions a dur a terme en els diferents tipus de serveis.

L'exercici de definició de criteris i la discussió de les propostes de desplegament i adequació dels recursos es basa en la interrelació entre aquests elements, de manera que l'atenció es pugui donar el més propera al domicili de les persones afectades, en el moment oportú, sense que es produeixin desigualtats entre grups de població i territoris, però garantint la màxima qualitat possible i en l'alternativa més cost-efectiva (figura 5).

Figura 5. Aspectes claus de la planificació de serveis



El treball de definició de criteris de planificació de serveis s'ha fet mitjançant un grup de treball on han participat professionals assistencials, experts, gestors de serveis, tècnics de la Direcció general de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, de la Regió Sanitària de Barcelona i del Departament de Benestar i Família.

Els objectius específics de les sessions de treball realitzades han estat:

1. Situar el treball de planificació de serveis del Pla director en el marc del Mapa sanita-

ri, sociosanitari i de salut pública (criteris generals de planificació, metodologia, calendari).

2. Identificar les intervencions més efectives per fer front als problema de salut mental i les addiccions, d'acord amb les línies d'actuació establertes en el Pla director.
3. Definir els serveis més adequats i eficients per dur a terme les intervencions identificades.
4. Assenyalar criteris de funcionament i requeriments dels serveis, per tal de donar una atenció accessible, de qualitat i cost-efectiva.

Els resultats de les sessions de treball han permès establir les orientacions necessàries a tenir en compte en la definició dels criteris de planificació de serveis (quines són les intervencions a considerar, en quins serveis s'han de dur a terme, quins són els requeriments principals de recursos que se'n poden derivar i quines relacions entre els diferents tipus de serveis s'han de produir). Aquestes orientacions configuren el nou model d'atenció que impulsa el Pla director i han estat la base per a la definició dels criteris de planificació que afecten els diferents tipus de serveis per a l'atenció a la salut mental i les addiccions.

Per al treball concret de definició dels criteris de planificació, s'ha analitzat la utilització actual dels serveis existents, s'han establert hipòtesis i línies de tendència en la utilització dels serveis d'acord amb els canvis a introduir en el model d'atenció i s'han revisat els estàndards sobre dotació de recursos i capacitat assistencial d'altres països del nostre entorn, com a referència per tal de contrastar les propostes formulades en el si del Pla director i del grup de treball específic del Mapa de serveis per a l'atenció a la salut mental i addiccions.

### 7.2. Del model actual al model d'atenció que impulsa el Pla director de salut mental i addiccions. Els eixos del canvi

Tenint en compte les diferents etapes de la vida, les noves orientacions en els serveis que proposa el Pla director de salut mental i addiccions es relacionen amb:

- Els dèficits detectats en les prestacions actuals (en la cobertura, en la intensitat, en l'adequació, en la qualitat).
- El model d'atenció i les necessitats de la població que prioritza el Pla director de salut mental i addiccions.

La situació actual ve marcada per un profund desequilibri entre l'oferta i la demanda, així com per la fragmentació dels serveis, fruit del predomini de la concepció estructural que es contraposa a una veritable orientació a l'usuari. El sistema genera dèficits en la continuïtat assistencial perquè està poc integrat, tant si ho analitzem des de l'interior de cada xarxa (d'adults, d'infantil juvenil, d'addiccions), com en les relacions entre elles, amb l'atenció primària i l'hospitalària, i, encara més, en les relacions intersectorials. Tot plegat disminueix l'efectivitat i desincentiva l'eficiència.

Algunes característiques concretes de la situació actual que impacten negativament en la provisió de serveis són:

- El programa mínim de col·laboració entre l'APS i l'especialitzada és insuficient per millorar la detecció i la resolució dels problemes de salut mental i addiccions.
- Hi ha una excessiva demanda en l'atenció especialitzada d'adults, alhora que, per la limitació de recursos i el model assistencial actual, existeixen barreres d'entrada en algunes franges d'edat de l'etapa infantil i en persones grans.
- El diagnòstic de dependència a substàncies actua com a impediment per a l'accés de persones amb trastorn mental a alguns serveis de psiquiatria. L'atenció a adolescents amb problemàtica addictiva és molt baixa.

## 7. Mapa sanitari

- Els centres d'atenció a les drogodependències no tenen actualitzada la cartera de serveis en relació a les necessitats emergents.
- Poca definició de la cartera de serveis especialitzada i oferta molt enfocada als tractaments psicofarmacològics, degut en part al poc temps de professional. L'atenció psicològica i d'infermeria és molt baixa en el conjunt de l'oferta.
- Poca especialització en relació als diferents problemes de salut.
- Variabilitat clínica important i poca mesura de resultats.
- Malgrat les prioritzacions fetes, les persones amb TMG i TMS reben una atenció poc activa i poc intensiva. La resposta dels serveis a situacions crítiques és insuficient i poc àgil. Poca atenció domiciliària i manca de cobertura dels programes de gestió de casos.
- Les famílies tenen necessitats de suport poc ateses.
- La rehabilitació comunitària és desigual i se centra en gran part en els models de centre de dia.
- Oferta assistencial dels hospitals de dia poc definida, i poca homogeneïtat sobre intervencions i processos assistencials.
- Existeix saturació en molts serveis hospitalaris, tant per nens i joves com d'adults, i manca reordenació en alguns territoris. Els serveis de subaguts i de llarga estada, així com els de psicogeriatria no responen adequadament a les necessitats dels pacients més greus, i la reconversió d'aquests llits no s'ha acabat de fer.
- Manquen recursos residencials per a adolescents amb trastorns mentals i riscos greus associats.
- L'oferta de serveis socials, educatius especials i ocupacional-laborals és insuficient, i els models actuals necessiten ser revisats.
- Les polítiques interdepartamentals i la gestió integral de serveis presenten greus dificultats.

En definitiva, els serveis actuals no poden, ni pel model d'atenció en el que es basen, ni per la insuficiència de recursos que representen, afrontar amb garanties tota la complexitat dels trastorns mentals i les addiccions presents en la nostra societat.

El Pla director es posiciona en una perspectiva de salut pública que implica l'ampliació del compromís sanitari als àmbits de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, així com un increment dels elements d'integració i coordinació entre els diferents dispositius i serveis d'atenció a les persones.

A partir d'aquí, el nou model de serveis s'organitza en tres grans àmbits d'intervenció, diferenciats per problemes de salut, tipologia o complexitat de les intervencions, i entorn de serveis on aquestes poden resultar més eficients (figura 6). Aquesta classificació respon a una perspectiva organitzativa i de gestió que creiem útil per a la planificació dels serveis, i implica, sens dubte, un cert correlat clínic d'inici, encara que limitat per la freqüent observació de la comorbiditat o de l'evolució tòrpida de molts processos inicialment lleus.

Figura 6. El model organitzatiu dels serveis de Salut Mental i Addiccions

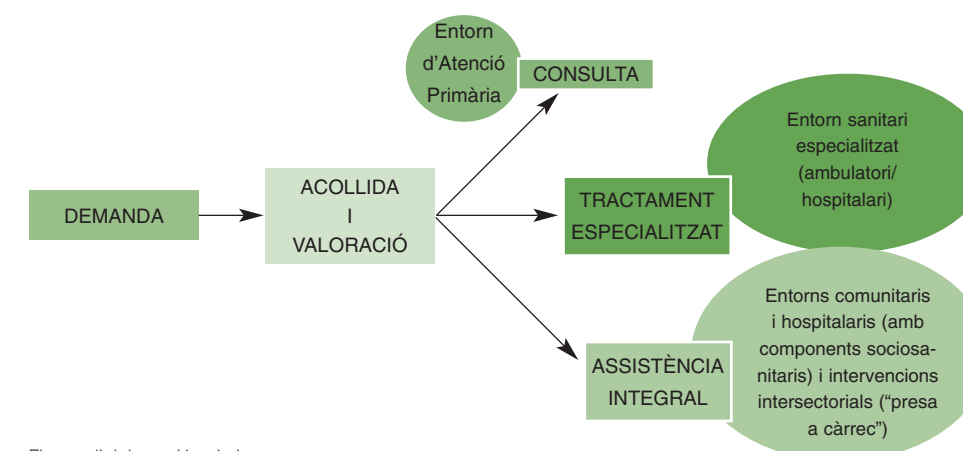


Figura d'elaboració pròpia.

Tal com es mostra a la figura 5, la valoració de la demanda concreta (el problema de salut) és la funció clau que determina el tipus de resposta. El resultat de la valoració conté implícitament un diagnòstic no només clínic, sinó també referit a la pròpia capacitat de l'individu de «fer-se'n càrrec», del seu trastorn (el seu funcionament social actual), i per tant, del grau d'intervenció professional que es requereix.

En aquest sentit ampli, relatiu a la intensitat de recursos que s'han de posar en joc en cada àmbit, podem parlar de resposta de baixa, mitjana o alta complexitat<sup>2</sup>. La valoració hauria d'activar un sistema d'atenció o altre, cada un implicant un enfocament de la resposta orientada a uns objectius específics, contenint modalitats d'intervenció de diferent intensitat, amb implicacions professionals diferents, realitzades en entorns també diferents.

Les implicacions en els serveis necessaris per a cada àmbit són evidents, si enfoquem la planificació tenint en compte l'eficiència.

Aquests tres àmbits es defineixen com:

- Intervencions de l'Atenció Primària de Salut, amb el suport de l'especialitzada
- Tractaments especialitzats experts, per programes i guies clíniques
- Tractaments integrals per a les persones amb trastorns greus de llarga evolució i risc de discapacitat (taula 35).

2. Ens referim a la complexitat d'atenció integral més que al grau d'especialització i sofisticació tecnològica per a l'atenció d'un procés poc freqüent (alta especialització).

## 7. Mapa sanitari

Taula 35. Problemes de salut, serveis i dispositius de cada àmbit d'intervenció

	Problema de salut	Cartera de serveis	Dispositius
Atenció Primària de Salut (baixa complexitat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansietat – Depressió</li> <li>• Trastorns adaptatius</li> <li>• Senyals d'alarma Infanto-Juvenil</li> <li>• Conductes addictives de risc</li> <li>• Altres disfuncions</li> <li>• Malalties cròniques diverses</li> <li>• Altres problemes de salut que requereixen atenció integral (somatitzacions, fibromiàlgia, fatiga crònica, etc...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activitats de promoció/ prevenció</li> <li>• Valoració de la demanda – resolució – interconsulta - derivació</li> <li>• Detecció precoç</li> <li>• Senyals d'alarma en població infantil i adolescent</li> <li>• Activitats de Salut Mental: counselling, resolució de conflictes, infermeria psiquiàtrica, orientació psicològica, orientació familiar, grups</li> <li>• Salut integral per a les persones amb Trastorn mental greu / Trastorn Mental Sever</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equip d'Atenció Primària</li> <li>• Equip integral de suport especialitzat (psiquiatre, psicòleg infanto-juvenil, psicòleg adults, infermer de Salut Mental i Addiccions)</li> </ul>
Tractament especialitzat (mitjana complexitat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressió Greu</li> <li>• Trastorn de la Personalitat</li> <li>• Risc de Suïcidi</li> <li>• Trastorn del comportament alimentari,</li> <li>• Trastorn Límit de la personalitat</li> <li>• Trastorn per déficit d'atenció i Hiperactivitat</li> <li>• Cocaïna</li> <li>• Alcoholisme</li> <li>• Consum en adolescents</li> <li>• Ludopaties</li> <li>• Discapacitats Intel·lectuals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guies clíniques per patologies (especialització)</li> <li>• Oferta integral (psicoteràpia)</li> <li>• Atenció intensiva</li> <li>• Atenció a la crisi</li> <li>• Hospitalització</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil</li> <li>• Centre de Salut Mental d'Adults</li> <li>• Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències</li> <li>• Servei Especialitzat de Salut Mental per a Discapacitats Intel·lectuals</li> <li>• Hospital de Dia</li> <li>• Urgències / Aguts</li> </ul>
Assistència integral (alta complexitat)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquizofrènia i altres psicosis</li> <li>• Addiccions severes</li> <li>• Persones amb Trastorns Mentals Severos o Trastorns Mentals Greus</li> <li>• Poblacions específiques de risc (exclusió social, sense llar, penats, etc...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartera de serveis integrada (interdepartamental): sanitaris, socials, laborals, etc.</li> <li>• Intervencions pacient/ família/ entorn</li> <li>• Atenció a la crisi i a domicili</li> <li>• Programa d'atenció psicosis incipient</li> <li>• Programes TMG/TMS</li> <li>• Rehabilitació i reinserció</li> <li>• Disminució del dany/riscos</li> <li>• Modalitats proactives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre de Salut Mental</li> <li>• Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències</li> <li>• Servei d'Emergències Mèdiques</li> <li>• Pla de Serveis Individualitzats</li> <li>• Hospital de Dia</li> <li>• Serveis de rehabilitació Comunitària</li> <li>• Hospitalització aguts, subaguts i rehabilitació intensiva</li> <li>• Alternatives comunitàries</li> <li>• Altres programes i serveis específics</li> <li>• Serveis Socials</li> <li>• ProDep</li> </ul>

Taula d'elaboració pròpia.

Els eixos més significatius en cadascun dels àmbits descrits serien:

- a) en les polítiques dels serveis de suport a l'Atenció Primària de Salut
- Inclusió de les activitats de promoció i prevenció, en coordinació amb l'Agència de Salut Pública i altres agents de la comunitat.
  - Augment de la capacitat de resolució de l'Atenció Primària de Salut.
  - Augment del suport de la xarxa especialitzada.
  - Desenvolupament d'una cartera de serveis de salut mental i addiccions pròpia de l'Atenció Primària de Salut i adaptada a cada territori i cada comunitat.

- b) en les polítiques dels serveis d'atenció especialitzada de mitjana complexitat
- Integració funcional i en l'activitat clínica de les xarxes de salut mental i addiccions.
  - Especialització de l'oferta per problemes de salut, amb guies clíniques basades en l'evidència científica.
  - Oferta específica de psicoteràpia en la xarxa pública.
  - Intensitat de l'atenció i mesura dels resultats de salut.
  - Priorització de problemes de salut emergents (TDAH, TCA, TLP, prevenció del suïcidi, consum de cocaïna, etc...).
  - Definició, suficiència i amplitud dels programes d'hospitalització parcial.
  - Atenció hospitalària més integral i de qualitat.
  - Actualització de l'oferta dels centres d'atenció i seguiment de les persones amb addiccions.
  - Definició del paper de les consultes externes dels hospitals generals i de les unitats de referència especialitzades.
- c) en les polítiques dels serveis d'atenció integral per a les persones amb trastorns greus de llarga evolució i risc de discapacitat.
- Increment de l'atenció a aquests col·lectius en entorns comunitaris: major intensitat de l'atenció (Programes TMS i TMG, atenció domiciliària, PSI, urgències a domicili, etc...). Assegurament de la continuïtat assistencial.
  - Programes d'atenció precoç i intensiva a les persones amb patologia psicòtica dirigits a millorar el pronòstic de la malaltia
  - Reversió dels recursos de Mitjana i Llarga estada i adequació del model d'hospitalització perllongada
  - Suficiència i reorientació dels serveis de rehabilitació en la comunitat
  - Cartera de serveis d'habitatge, de lleure, de suport a les famílies, educatius i ocupacionals
  - Cooperació amb els serveis d'atenció social i Prodep
  - Reorientació de la psiquiatria penitenciària i model més proactiu per a l'atenció a les persones sense sostre amb trastorns mentals i addiccions

### 7.3. Els diferents àmbits d'intervenció i la intensitat del servei implicats en l'atenció als TM i les addiccions

El Pla director ha prioritzat una sèrie de problemes i intervencions, de forma diferenciada per a l'etapa infantil i adolescent (menors de 18 anys) i l'etapa adulta i la vellesa. Els serveis que estan implicats en l'atenció d'aquests problemes i el desenvolupament de les intervencions proposades, així com la intensitat de cadascun d'ells en el procés d'atenció, queden reflectits en les taules 36 i 37 que es presenten a continuació.

## 7. Mapa sanitari

Taula 36. Serveis implicats en l'atenció als problemes de salut mental i addiccions de la població infantil i juvenil

Serveis	Atenció voluntària								Hosp. parcial	Hospitalització convencional			Rehabilitació comunitària				Recursos socials		
	APS	SSAP	CSM	CAS	EASP (educ.)	CDIAP	SESM-DI	CCEE		Hospital de dia	URTA	Urgències	Aguts	UCA	UCA subaguts	CD infantil centres d'educació especial)	C. terapèutics	Justícia Juvenil	Serveis prelaborals
<b>Problemes de salut/intervencions</b>																			
<b>Intervencions preventives prioritzades en el Pla Director</b>																			
Prematurs de baix pes i de menys de 30 setmanes de gestació	+																		
Mares embarassades i famílies de risc psicosocial	+																		
Fills de pares afectats de trastorns mentals i addiccions	+																		
Nens que pateix maltractaments i abusos físics i sexuals	++																		
Nens amb fracàs escolar	+																		
Nens amb inici de consums, consumidors precoços, socioaddiccions	+																		
<b>Desviació de la normalitat</b>																			
Promoció	++																		
Prevenició	++																		
Detecció	++																		
Resolució	++																		
Derivació	+																		
<b>Trastorns mentals lleus + consum de risc</b>																			
++																			
<b>Problemes de salut prioritzats en el Pla Director, i no inclosos al TMG</b>																			
TDAH	++																		
Trastorns del comportament alimentari (TCA)	++																		
Temptatives de suïcidi	++																		
Altres trastorns mentals que requereixen assistència especialitzada	+																		
<b>Trastorns mentals greus (TMG)</b>																			
+																			
<b>Trastorns de consum que requereixen assistència especialitzada</b>																			
+																			
<b>Trastorns mentals en persones amb discapacitat intel·lectual i intel·ligència límit</b>																			
+																			

Cap implicació  
Poca implicació  
Implicació alta

Taula d'elaboració pròpia.

Taula 37. Serveis implicats en l'atenció als problemes de salut mental i addiccions de la població adulta i la gent gran

Serveis	Atenció ambulatoria										Hosp. Rehab.			Rehabilitació comunitària			Recursos socials			Recursos socials																		
	SMAd-APS	SSAP	CSM	CAS	SESM-DI	PSI	SEM/emse	Serveis de Ref. Especialitzada	Hospital de dia	Urgències	Aguts	Subaguts	Internament a la comunitat (ADP i UAPE)	U.H. Psicogeràtria	U.Pat.Dual	UHE-DI (discapacitat intel·lectual)	UHD (H.G.)	Serveis de rehabilitació comunitària	Serveis d'inserció laboral	Com.ter. (drogodependents)	Llars (pisos)	Llar residència	Llar res. amb suport sanitari	Residències DI (reconversió HP)	Centre de Dia B.F.	Clubs socials	Serveis pre-laborals	Centres de dia de drogues										
<b>Problemes de salut/intervencions</b>																																						
<b>Trastorns mentals lleus, adaptatius (salut mental i addiccions)</b>																																						
Promoció	++																																					
Prevenició	++																																					
Detecció	++																																					
Resolució i/o tractament	++																																					
Derivació	++																																					
<b>Trastorns mentals que requereixen assistència especialitzada: problemes de salut prioritzats per a la població adulta</b>																																						
Depressió	++																																					
Temptativa autolítica (suïcidi)	+																																					
Trastorn límit de personalitat (TLP)	++																																					
Trastorns del comportament alimentari (TCA)	++																																					
Comorbiditat TMG + AD	+																																					
<b>Trastorns mentals que requereixen assistència especialitzada: problemes de salut prioritzats per a la gent gran</b>																																						
Depressió i trastorns d'ansietat en la gent gran	++																																					
Demències	++																																					
<b>Trastorns mentals greus</b>																																						
Psicosis incipient	+																																					
Trastorns mentals greus, de llarga evolució (TMS)	+																																					
<b>Trastorns addicció que requereixen assistència especialitzada</b>																																						
Joc patològic i altres conductes addictives	+																																					
TCA en persones adultes	++																																					
Pacients amb consum d'heroïna (deteriorament crònic)	+																																					
Alcoholisme i BZD	+																																					
Pacients amb consum de cocaïna	+																																					
<b>Trastorns mentals en persones amb discapacitat intel·lectual</b>																																						
Retard mental	+																																					

Cap implicació  
Poca implicació  
Implicació alta

Taula d'elaboració pròpia.

## 7. Mapa sanitari

### 7.4. Els criteris de planificació

#### El procés de construcció dels criteris

El Pla director de salut mental i addiccions ha identificat les necessitats de salut de la població referides a la salut mental i les conductes addictives, així com els factors d'insuficiència quantitativa de l'oferta actual, i els elements crítics que determinen un model d'atenció poc orientat a les necessitats reals dels usuaris i les seves famílies.

Sobre aquesta base hem aplicat les dades d'utilització de serveis dels períodes 2003 i 2004, procedents dels sistemes d'informació sanitària (CMBDH i CMBDSM), així com el registre de centres i serveis de salut mental i addiccions contractats en l'actualitat pel CatSalut, i l'actual sectorització dels mateixos, en les tres xarxes.<sup>3</sup> Els criteris quantitius que s'han proposat tenen en compte:

- Una primera diferenciació i agrupació dels serveis en funció del tipus de demanda (problema de salut de baixa, mitjana o alta complexitat de resolució), el nivell assistencial i els dispositius –més adequats (figura 5, taula 35).
- Les alternatives de canvi que s'exposen en base a l'evidència científica demostrada.

Les referències internacionals, especialment a partir de documents recents de la OMS Europa<sup>41</sup> i del National Health Service<sup>42</sup> han estat valuoses en aquesta fase.

Distribuïdes entre població menor de 18 anys i adults, i agrupades en funció de la complexitat, les diferents formes clíniques i problemes de salut van ser revisades per un grup d'experts, consensuant la diferent rellevància i intensitat de cada dispositiu en la seva resolució (veure les taules 36 i 37).

Els criteris de planificació responen al model proposat i determinen un sistema general de recursos de salut mental i addiccions equilibrat i proporcionat als reptes que es plantegen. Amb tot, s'ha de tenir present la important realitat emergent dels problemes de salut en aquest àmbit i les conseqüències que poden tenir els ràpids canvis socials en els que estem, així com la influència de les accions proposades pel Pla director de salut mental i addiccions sobre els determinants socials en els trastorns mentals i les addiccions. Tot plegat ens indica la necessitat de considerar també aquests criteris com un conjunt, com una nova hipòtesi de treball que es presenta als agents sanitaris i socials per tal que, amb el nou escenari, siguin capaços d'introduir les noves pràctiques assistencials i els nous models de gestió clínica que la població necessita.

Finalment, hem revisat els estàndards i la capacitat assistencial d'altres països i regions del nostre entorn, de manera global quan ha estat possible o parcialment, per tipologia de serveis, quan no hem tingut accés al conjunt del sistema. Aquests referents han estat el Pla Regional de la Lombardia<sup>43</sup>, el Pla Estratègic de salut mental del País Basc<sup>44</sup> i la xarxa de serveis de Bizkaia<sup>45</sup>, alguns dispositius del Roussillon – Languedoc<sup>46</sup>, el Quebec<sup>47</sup>, Noruega<sup>48</sup>, i alguns documents de la OMS<sup>49</sup>.

Aquest procés de comparació presenta dificultats, per la heterogeneïtat de les tipologies de serveis, i la seva nomenclatura. A tal efecte i per tal de facilitar aquesta comparació, durant l'elaboració del Mapa hem codificat i estandarditzat les nomenclatures dels nostres serveis atenent a la descripció de les seves funcions, tal com proposa el Diagrama de Serveis de Salut Mental (ESMS-GEMPII)<sup>50</sup>. Malgrat aquests esforços, recentment iniciats en l'àmbit internacional, el resultat final dels recursos

3. Xarxa de salut mental infanto juvenil, xarxa de salut mental d'adults, i xarxa d'atenció a les drogodependències

que presenta un determinat sistema d'atenció en l'àmbit de la salut mental i les addiccions ha de respondre més aviat a un equilibri global del model i no tant a la comparació dispositiu per dispositiu.

#### Els criteris quantitius

Taula 38. Serveis de base territorial, amb referència de proximitat (En l'etapa infantil i juvenil)

Servei assistencial (codi internacional)	Estàndard proposat	Argument	Elements qualitius d'adaptació
Atenció Primària de Salut (APS)	Equip multidisciplinari de suport a l'Atenció Primària compost per psiquiatre i psicòleg <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenció directa a l'APS (amb el suport de l'equip multidisciplinari únic compartit amb adults)</li> <li>• Suport al Programa del nen sa (pediatria i infermera)</li> <li>• Interconsulta amb el pediatre i el metge de família</li> <li>• Activitats de formació i counselling: alimentació, pautes pels pares, etc.</li> <li>• Atenció integral als pacients amb TMG</li> <li>• Formació i recerca conjuntes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptació en territoris de menor volum demogràfic i major dispersió geogràfica.</li> </ul>
Centres de Desenvolupament i Atenció Precoç (CDIAP)	Oferta actual a Catalunya: 76 centres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assolir una cobertura del 75% de la població crítica (de 0 a 5 anys i 11 mesos)</li> <li>• Assolir un servei d'atenció precoç per comarca</li> <li>• Demanda atesa (2003): 16.491 infants i les seves famílies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En aquelles comarques on ja s'ha assolit la cobertura del 75%, arribar al 85% de la demanda.</li> </ul>
Centres de salut mental (ij-O8)	Equip multidisciplinari compost per psiquiatre, psicòleg, infermera, treballador social i administratiu <sup>5</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalença atesa esperada: 3 per 100 habitants menors de 18 anys (pot variar per criteris qualitius)</li> <li>Diferenciar els programes següents: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenció a l'APS</li> <li>• Programa d'atenció a persones amb TMG: 40-50 persones x any x 100.000 habitants de població general</li> <li>• Atenció general amb guies clíniques i protocols: 520 pacients x 100.000 habitants de població general</li> <li>• Augmentar l'oferta psicoterapèutica: 62 pacients x 100.000 habitants de població general</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispersió geogràfica i ruralitat. Distància i sistemes de comunicació (xarxes de carreteres, etc.)</li> <li>• Altres programes específics segons territori (suport DGAIA, CRAES, CDIAP, Programa «Salut i Escola») amb recursos propis diferenciats.</li> </ul>
Suport de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències als CSMIJ (dda-O8)	Equip assistencial del CAS <sup>6</sup> per interconsulta amb CSMIJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessibilitat de la població adolescent.</li> <li>• Atenció especialitzada a la població adolescent amb problemes de consum.</li> <li>• Integració funcional de les activitats d'ambdues xarxes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptació a territoris de menor volum demogràfic i major dispersió geogràfica.</li> </ul>

4. Xarxa de salut mental infanto juvenil, xarxa de salut mental d'adults, i xarxa d'atenció a les drogodependències

5. S'estima una dedicació mitjana orientativa de 0,25 Psiquiatre i 1 Psicòleg (total 50 hores setmanal de professional) per 100.000 habitants de població general [1,5 psiquiatres i 6 psicòlegs per 100.000 habitants menors de 18 anys]

6. S'estima una dedicació mitjana orientativa d'1,55 psiquiatres, 2,65 psicòlegs, 0,5 DUI i 0,5 Treballadors Socials (208 hores setmanals de professional assistencial + 2 administratius per centre) per 100.000 habitants de població general. [9 psiquiatres, 15,5 psicòlegs, 3 infermeres i 3 treballadors socials per a 100.000 habitants menors de 18 anys]

## 7. Mapa sanitari

Servei assistencial (codi internacional)	Estàndard proposat	Argument	Elements qualitius d'adaptació
Hospital de Dia (ij-D1 + ij-D42)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3,5 places x 10.000 habitants &lt; 18 anys</li> <li>• Caldria diferenciar d'una manera clara les dues tipologies de recurs i la seva cartera de serveis:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. recurs alternatiu a l'internament (sma-D1)</li> <li>b. recurs d'atenció ambulatoria intensiva (sma-D42)</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar els Programes intensius i especialitzats per als problemes de salut prioritzats en el PDSMiAd per a la població infantil i juvenil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptació a territoris de menor volum demogràfic i major dispersió geogràfica.</li> <li>• Transport accessible en alguns territoris.</li> </ul>
Serveis de rehabilitació comunitària (ij-D43)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclosos en els estàndards d'adults</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incloure programes específics per a adolescents en els actuals serveis de rehabilitació comunitària</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptació a territoris de menor volum demogràfic i major dispersió geogràfica.</li> </ul>
Urgències (ij-O3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 servei en cada hospital amb Unitat de Referència en Psiquiatria Infantil (URPI).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serveis d'urgències vinculades a unitats de psiquiatria infantil d'hospitals generals.</li> <li>• Protocols assistencials i serveis d'interconsulta amb consultors especialistes als hospitals d'aguts sense servei de psiquiatria infantil o amb serveis d'hospitalització infantil i juvenil petits.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assajar telemedicina</li> </ul>
Unitat d'aguts (URPI) i Unitat de Crisi per a adolescents (UCA) (ij-R2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 llit x 10.000 habitants. (població &lt;18 anys) (s'inclou URPI i UCA d'aguts)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda esperada: 1.216 altes (2005) – s'inclou URPI i UCA. = 9,51 altes x 10.000 habitants de població ajustada</li> <li>• Atenció psiquiàtrica a malalts mèdics de qualsevol especialitat</li> <li>• Interconsulta psiquiàtrica</li> <li>• Reordenació del territori</li> <li>• Incrementar la disponibilitat</li> <li>• Atenció a col·lectius de risc (DGAIA, Justícia Juvenil, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tots els hospitals generals han de garantir l'atenció psiquiàtrica al menys als pacients mèdics ingressats, i l'activitat d'interconsulta amb les altres especialitats.</li> <li>• Amb serveis propis o amb el suport de la XSM del territori de referència.</li> </ul>

Taula d'elaboració pròpia.

Taula 39. Serveis de base territorial, amb referència de proximitat (En l'etapa adulta i la vellesa)

Servei assistencial (codi internacional)	Estàndard proposat	Argument	Elements qualitius d'adaptació
Atenció Primària de Salut (APS)	Equip multidisciplinari de suport a l'Atenció Primària de Salut, compost per psiquiatre, psicòleg i infermera <sup>7</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartir espais a l'APS</li> <li>• Atenció directa de l'equip assistencial</li> <li>• Atenció conjunta i relació continuada</li> <li>• Planificació de casos</li> <li>• Cartera de serveis de salut mental i Addiccions en cada EAP: (suport psicoterapèutic, counselling, grups, atenció a les famílies, Programa «beveu menys»)</li> <li>• Atenció integral als pacients amb TMS i addiccions greus</li> <li>• Formació i recerca conjuntes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Territoris «especials» de disgregació i/o dispersió rural</li> </ul>
Centres de salut mental (sma-O8)	Equip multidisciplinari, compost per psiquiatre, psicòleg, infermeria, treballador social i administratiu <sup>8</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalença atesa esperada: 2 – 2,3 x 100 habitants &gt;18 anys.</li> <li>Diferenciar els programes següents:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenció a l'APS</li> <li>• Equip d'intervenció en psicosis incipient i TMS. 0,8% de prevalença atesa en total. 20 casos nous x any x població general.</li> <li>• Inclusió d'adolescents als programes de psicosis incipient</li> <li>• Atenció especialitzada sobre guies clíniques i protocols (TLP, TCA i temptatives autolítiques, etc.). 1 x 100 habitants de prevalença atesa.</li> <li>• Incrementar l'oferta psicoterapèutica: 120 casos x 100.000 hab.</li> </ul> </li> <li>• Acol·lida, informació i assessorament a pacients i familiars</li> <li>• Tractament mèdic i psicològic de les drogodependències (Incrementar l'atenció psicoterapèutica, augmentar la intensivitat)</li> <li>• Tractaments de manteniment amb metadona (Manual Pràctica Clínica del TMM)</li> <li>• Programes de salut i educació sanitària (disminució de danys)</li> <li>• Intervenció en l'àmbit sociolaboral /assistència social</li> <li>• Informació i activitats de prevenció a escoles, centres laborals i locals d'oci, propers als CAS</li> <li>• Incrementar el suport a les famílies</li> <li>• Millorar l'accessibilitat en la 1a. Visita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispersió geogràfica i ruralitat. Distància i sistemes de comunicació (xarxes de carreteres, etc.)</li> <li>• Taxes de prevalença i incidència variables per factors sociodemogràfics.</li> </ul>
Centre d'Atenció i Seguiment a les drogodependències (CAS) (dda-O8)	Equip multidisciplinari, compost per psiquiatre, psicòleg, infermeria, treballador social, auxiliar clínic i administratiu <sup>9</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar la cobertura del PSI</li> <li>• Inclusió dels adolescents en el PSI</li> <li>• ProDep (projectes demostratius)</li> <li>• No exclusió per consum de substàncies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alternatives territorials</li> </ul>
Pla de Serveis Individualitzats (PSI) (sma-O21)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equip assistencial de PSI<sup>10</sup></li> </ul>		

7. S'estima una dedicació mitjana orientativa de 13,5 hores setmanals de psicòleg per 100.000 habitants de població general (0,34 psicòleg).[2 psicòlegs per 100.000 habitants menors de 18 anys]

8. S'estima una dedicació mitjana orientativa de 0,25 Psiquiatre i 1 Psicòleg (total 50 hores setmanal de professional) per 100.000 habitants de població general [1,5 psiquiatres i 6 psicòlegs per 100.000 habitants menors de 18 anys]

9. S'estima una dedicació recomanada de 0,9 psiquiatres, 2,5 psicòlegs, 0,9 infermeres, 0,9 treballadors socials i 0,9 auxiliars clínics (244 hores setmanals de professional + 2 administratius per centre) per 100.000 habitants de població general.

10. S'estima una dedicació recomanada de 1,8-2 coordinadors de programes individualitzats per 100.000 habitants de població general.

## 7. Mapa sanitari

Servei assistencial (codi internacional)	Estàndard proposat	Argument	Elements qualitius d'adaptació
Hospital de Dia (sma-D1 + sma-D42)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 plaça x 10.000 habitants de 18 o més anys</li> <li>Caldria diferenciar d'una manera clara les dues tipologies de recurs i la seva cartera de serveis:               <ol style="list-style-type: none"> <li>recurs alternatiu a l'internament (sma-D1)</li> <li>recurs d'atenció ambulatoria intensiva (sma-D42)</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentar els Programes intensius i especialitzats per als problemes de salut prioritzats en el PDSMiAd per a la població adulta i de gent gran</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Territoris especials: comunitats terapèutiques.</li> <li>Transport sanitari accessible en territoris especials</li> </ul>
Serveis de rehabilitació comunitària (sma-D43)	<ul style="list-style-type: none"> <li>3,5 places x 10.000 habitants de població general.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demanda esperada: 50 usuaris x 100.000 habitants</li> <li>Transformació dels centres de dia en Serveis de Rehabilitació Comunitària (SRC), amb la implantació del Programa Individual de Rehabilitació i Reinserció (PIRR):               <ul style="list-style-type: none"> <li>Programes bàsics: Programa funcional d'activitats de Rehabilitació (PFA), Programa d'Atenció a les famílies (PAF), Programa d'Intervenció Comunitària (PIC).</li> <li>Programes específics: Programa de suport a pacients de pisos assistits, Programa específic d'inserció laboral, Programa d'externament de pacients de llarga estada, Programa de suport a iniciatives col·lectives d'inserció social</li> </ul> </li> <li>Ampliar a grups d'adolescents d'entre 16 i 18 anys.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptació en territoris de baix volum demogràfic i dispersió geogràfica.</li> <li>S'ajustarà el procés de transformació en funció dels projectes previstos en el «Pla d'Atenció Integral a les persones amb problemes de salut mental»</li> </ul>
Serveis d'Inserció Laboral (sma-D31 / sma-D71 / sma-D22)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servei prelaboral (sma-D31): 15 – 20 places x 100.000 hab. de població general</li> <li>Servei d'Inserció Laboral (sma-D71): 15 – 20 places x 100.000 hab. població general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Serveis socials integrats en el territori</li> <li>Importància de l'activitat laboral en rehabilitació.</li> <li>Inclusió de casos de població adolescent o amb patologia dual que estiguin indicats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptació en territoris de baix volum demogràfic i dispersió geogràfica.</li> <li>Creixement progressiu dels centres, en funció de la cartera d'usuaris.</li> </ul>
Urgències (sma-O3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>En tots els hospitals amb Unitats d'Aguts.</li> <li>Equip SEM per regió sanitària</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenciació de la intervenció en crisi.</li> <li>Atenció immediata:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Al domicili</li> <li>A l'hospital</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendència a centralitzar en hospitals generals</li> </ul>
Unitat d'aguts (sma-R2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1,2-1,4 llits x 10.000 habitants de 18 o més anys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demanda esperada: 18.526 altes (2005) _ 31,80 altes per 10.000 habitants de població ajustada.</li> <li>Reordenació dels recursos actuals en el territori.</li> <li>Inclou atenció a persones amb diagnòstic dual (SM/AD i SM/DI).</li> <li>Atenció psiquiàtrica a malalts mèdics de qualsevol especialitat, en els hospitals generals.</li> <li>Interconsulta psiquiàtrica (psiquiatria d'enllaç en Hospitals generals).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendència a centralitzar en hospitals generals</li> <li>Tots els hospitals generals han de garantir l'atenció psiquiàtrica al menys als pacients mèdics ingressats, i l'activitat d'interconsulta amb les altres especialitats</li> <li>Amb serveis propis o amb el suport de la xarxa de salut mental del territori de referència.</li> </ul>

Servei assistencial (codi internacional)	Estàndard proposat	Argument	Elements qualitius d'adaptació
Unitat de subaguts (sma-R41)	<ul style="list-style-type: none"> <li>0,8-1 llits x 10.000 habitants de 18 o més anys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demanda esperada: 1.910 altes (2005) _ 3,28 altes per 10.000 habitants de població ajustada.</li> <li>Incrementar la Base comunitària.</li> <li>Incrementar els Programes intensius.</li> <li>∇ EM (&lt; 90 dies).</li> <li>Avaluació multidimensional de la discapacitat per TM.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoure l'accés directe a les unitats de subaguts, sense passar prèviament per aguts</li> </ul>
Unitat d'Internament a la Comunitat (comunitats terapèutiques) (sma-R42)	<ul style="list-style-type: none"> <li>0,5 llits x 10.000 habitants de població de 18 o més anys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementar els Programes intensius.</li> <li>Associat a la cartera de serveis d'Hospital de Dia.</li> <li>Alternativa hospitalària.</li> <li>Patologies de menys risc i de complexitat diversa.</li> <li>Problemes d'accessibilitat a tot el territori.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unitats Polivalents en territoris especials.</li> <li>Comunitats Terapèutiques amb programes d'Hospital de Dia i programes de serveis de rehabilitació comunitària.</li> </ul>
Unitat Hospitalària de Rehabilitació Intensiva (sma-R42)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1,5 llits x 10.000 habitants de població de 18 o més anys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconversió de la llarga estada.</li> <li>Inclou les actuals Unitats d'Alta Dependència Psiquiàtrica (ADP) i les Unitats d'Atenció Psiquiàtrica Especialitzada (UAPE).</li> <li>Inclou les necessitats relatives a mesures penals alternatives.</li> <li>Diferenciació de programes (alta contenció, transició a la comunitat).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendència a incorporar la meitat dels recursos en el territori (ratio estimat entre 0,6 i 0,8 llits x 10.000 habitants de 18 o més anys).</li> <li>Estudiar unitats de referència en hospitals monogràfics.</li> <li>La reconversió dels hospitals monogràfics (equips de suport a la llar - residència).</li> </ul>
Unitat Hospitalària de Desintoxicació UHD (en hospital general) (dd-R4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oferta actual de llits a Catalunya = 64 llits</li> <li>Ràtio 0,09 llits x 10.000 habitants de població general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unificar l'oferta assistencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Funció d'aguts lligada a Servei de Psiquiatria d'hospital general.</li> <li>Distribució territorial</li> </ul>
Llars per a persones amb malaltia mental (pisos) (sma-R13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 – 20 places x 100.000 habitants de població general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessitat social (habitatge) amb suport de baixa intensitat.</li> <li>Requereix d'equips sanitaris de suport (SRC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar el recurs (Benestar i Família) a la gestió integrada del territori</li> </ul>
Llars - Residències per a malalts mentals (sma-R11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>20 - 25 places x 100.000 habitants de població general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessitat social (habitatge) amb suport de mitjana i alta intensitat.</li> <li>Requereix d'equips de SM amb fort suport (CSM, UHRI, etc.).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incorporar el recurs (Benestar i Família) a la gestió integrada del territori.</li> </ul>
Club social (sma-D44)	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 per àmbit d'influència de centre de salut mental d'adults</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servei social.</li> <li>Model de reinserció com a inclusió comunitària a través de la participació i el lleure (importància de les activitats de cap de setmana).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Places per a crisis psicossocials / «respir familiar»</li> <li>Recurs social</li> <li>Mòdul A (menys de 30 usuaris) / Mòdul B (entre 30 i 70 usuaris)</li> </ul>

Taula d'elaboració pròpia.

Nota: en aquesta relació de serveis assistencials de base territorial, amb referència de proximitat no s'han inclòs els recursos socials específics per a drogodependents (centres de dia, comunitats terapèutiques i pisos) a l'espera del desplegament de la futura Llei de serveis socials.

## 7. Mapa sanitari

Taula 40. Serveis de concentració (En l'etapa infantil i juvenil)

Servei assistencial (codi internacional)	Estàndard proposat	Argument	Elements qualitius d'adaptació
Unitat específica de crisi per a adolescents (UCA de subaguts) (ij-r41)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dotació actual: 20 llits</li> <li>Tendir a estendre en el territori, almenys 1 per demarcació provincial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demanda esperada: 110 altes (2005) _ 0,86 altes per 10.000 habitants de població ajustada</li> <li>Incrementar els programes intensius</li> <li>Reforçar els elements de rehabilitació intensiva</li> <li>Ampliació en base a necessitats.</li> <li>Avaluació dels resultats d'aquestes unitats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Models integrats amb altres serveis, fora de la conurbació de Barcelona</li> </ul>
Unitat terapèutica per a adolescents	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 servei per a tot Catalunya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessitat detectada en adolescents de problemàtica greu psicossocial (DGAIA, justícia juvenil, àmbit educatiu)</li> <li>Avaluació de resultats i estudi de noves necessitats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaluació de resultats i estudi de noves necessitats.</li> </ul>

Taula d'elaboració pròpia.

Taula 41. Serveis de concentració (En l'etapa adulta i la vellesa)

Servei assistencial (codi internacional)	Estàndard proposat	Argument	Elements qualitius d'adaptació
Servei Especialitzat en Salut mental per a Discapacitats Intel·lectuals (SESM-DI) (di-O7 / di-O4)	Equip multidisciplinari, per a 1.000.000 habitants de població general, compost per psiquiatre, psicòleg, infermeria, treballador social, i administratiu <sup>11</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalença màxima: 0,56 per població general a Catalunya</li> <li>Equipament ja existent. Ampliar a tot el territori.</li> <li>Atenció a població de totes les edats.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grandària del territori i nombre de serveis de discapacitats intel·lectuals existents (adequar l'estàndard).</li> </ul>
Consultes externes (sma-O8)		<ul style="list-style-type: none"> <li>Caldrà definir una cartera de serveis específica en base a programes altament especialitzats: Clínica del Liti. Teràpia electro-convulsiva (TEC), etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establir pactes territorials entre els serveis i regulació de fluxos de pacients</li> </ul>
Unitats altament especialitzades per al tractament de patologies emergents (Tr. Comportament Alimentari, Tr. Límits de la personalitat, Ludopaties, etc), i atenció a poblacions vulnerables (immigrants, sense sostre, violència de gènere, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendir a estendre en el territori, almenys 1 per demarcació provincial, en funció de les patologies i de les necessitats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unitats i/o programes de referència per al tractament integral en casos greus o resistents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaluació de resultats i estudi de noves necessitats, d'acord amb les propostes dels plans de reordenació específics</li> </ul>
Unitat de Patologia Dual (dd-R41)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenir l'actual oferta (100 llits a Catalunya)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema especialitzat</li> <li>Reconversió a una funció d'unitat de subaguts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definició territorial</li> </ul>
Unitat Hospitalària Especialitzada per a Discapacitats Intel·lectuals (UHE-DI) (di-R4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 – 15 per àmbit territorial de referència</li> <li>4 àmbits territorials a Catalunya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema especialitzat</li> <li>Reconversió a funció de subaguts estrictament sanitària</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforçament de les actuals residències especialitzades per a persones amb discapacitat intel·lectual i trastorn mental.</li> </ul>

<sup>11</sup> S'estima una dedicació recomanada d'1 psiquiatre, 1 psicòleg, 0,5 infermeres i 0,5 treballadors socials (120 hores setmanals de professional + 2 administratius per centre) per 1.000.000 d'habitants.

Servei assistencial (codi internacional)	Estàndard proposat	Argument	Elements qualitius d'adaptació
Unitat Hospitalària Especialitzada per a trastorns de conducta i dany cerebral (sma-R4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>2 o 3 unitats especialitzades per a tot Catalunya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unitats altament especialitzades per atendre pacients amb corees de Huttintong i altres trastorns de conducta i dany cerebral (trastorns neurològics).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualment no es disposa d'aquest recurs</li> </ul>
Unitats Psiquiàtriques Penitenciàries (codi )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dotació actual 67 llits</li> <li>1 Unitat psiquiàtrica pericial: 15 llits</li> <li>Unitat d'aguts, subaguts i de llarga estada d'alta seguretat: <ul style="list-style-type: none"> <li>24 llits d'aguts</li> <li>30 llits de subaguts</li> <li>70 llits de llarga estada d'alta seguretat</li> </ul> </li> <li>Interconsulta psiquiàtrica i consultes ambulatories de psiquiatria en els centres penitenciaris</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Model de desplegament de recursos de psiquiatria en base al Pla de treball conjunt entre els Departaments de Salut i Justícia</li> </ul>

Taula d'elaboració pròpia.

### 7.5. Aspectes crítics per al desenvolupament i adequació dels serveis cap al nou model d'atenció

El nou model d'atenció que proposa el PDSMiAd i el sistema de recursos i serveis a desenvolupar, d'acord amb els criteris de planificació formulats, implica una aposta decidida en les polítiques sanitàries dels propers anys, sense les quals no seria possible assolir bona part dels objectius fixats. És sens dubte un repte que requereix, necessàriament, una suma d'esforços i la complicitat de tots els agents implicats.

En l'anàlisi de situació realitzada pel PDSMiAd s'identifiquen àmpliament un seguit de factors crítics d'èxit i de dificultats que caldrà tenir present per intentar minimitzar un possible impacte negatiu sobre el desenvolupament del nou model proposat. Aspectes com les polítiques de formació i gestió dels recursos humans, el finançament, el compromís de les entitats, els professionals i els afectats, la cooperació entre les diferents xarxes d'atenció a les persones, la implicació dels ens de govern territorial, entre d'altres, són elements fonamentals que incideixen de ple en la proposta de desenvolupament de serveis contemplada en el PDSMiAd.

Val la pena, no obstant, incidir especialment en alguns dels aspectes claus que afecten la planificació.

#### Necessitats de salut i canvis en la demanda

Els estudis previs realitzats han demostrat que més del 50% de les persones que al llarg d'un any pateixen trastorns mentals i d'addiccions, no contacta en aquest mateix període amb professionals de la salut, i això tenint en compte que, comparada amb els països europeus desenvolupats, Catalunya presenta una major accessibilitat. Aquesta dada és rellevant, especialment quan es tracta de problemes greus, el pronòstic dels quals pot millorar ostensiblement amb una detecció i un tractament precoços. Teòricament, això significa que si disminuïm l'estigma associat a la malaltia mental i la dependència de substàncies, i si millorem la detecció, l'accés i la qualitat de l'atenció, la demanda referida a una veritable necessitat de salut (en l'atenció primària i en l'especialitzada) hauria d'augmentar.

Per contra, es produeix una demanda emergent relacionada amb el patiment psíquic en general i a la presentació de circumstàncies adverses en la vida de les persones,



## 7. Mapa sanitari

que fins fa poc no ha constituït una veritable necessitat de salut reconeguda normativament des de la comunitat científica. Si bé es tracta d'un símptoma evident del malestar relacionat amb els canvis socials, expressat individualment, rebota sobre el sistema sanitari, que sovint respon d'una manera excessivament trivial, medicalitzant la demanda. Especialment en l'atenció primària, cal disposar dels instruments adequats per afrontar de manera més saludable aquesta situació. Les polítiques sanitàries hauran de promoure estratègies informatives i educatives en la utilització dels serveis per part de la població general.

Un aspecte com més va més rellevant, és l'adequació del sistema de serveis a la creixent demanda procedent de la immigració, situació que obliga a establir sistemes de formació continuada i equips de suport que millorin les competències professionals de les xarxes sanitàries en aquesta matèria.

### Els recursos humans

Les propostes de desenvolupament de recursos efectuades impliquen un important creixement de recursos humans. Ja ha estat àmpliament comentada la carència de determinats professionals i les accions de millora del sistema docent, que produiran el seu fruit a mig termini. Caldrà també promoure un pla de formació continuada per als professionals de la salut mental que permeti disposar, a més curt termini, de professionals acreditats en els diversos àmbits d'expertesa, que garanteixi una oferta assistencial equitativa als diferents àmbits territorials.

A més a més, aquests canvis afectaran també a la tradicional distribució de les competències professionals dels diversos col·lectius que operen en l'àmbit de la salut mental i les addiccions, un sector especialment multiprofessional. Noves professions, assistencials però no estrictament sanitàries, com ara l'educació social o la teràpia ocupacional, s'estan incorporant tant en els serveis de perfil netament terapèutic com, encara més, en els nombrosos links sanitari – social que es produeixen en el sector.

### L'Atenció Primària de Salut

Bona part de l'èxit en la implementació del nou model als CSM depèn de la capacitat de l'atenció primària per assumir el protagonisme i la responsabilitat en l'atenció a una gran part dels problemes de salut mental de la població, amb el suport dels equips especialitzats. Això requereix una millora de les condicions de treball en l'atenció primària que permetin flexibilitzar les agendes de treball, disminuir la massificació de les consultes i possibiliti l'assumpció de noves funcions o nous rols dels professionals assistencials.

Si bé és cert que molts equips d'atenció primària estan sobrecarregats i amb una gran pressió assistencial, i que bona part dels projectes i propostes dels diferents plans directors recauen en més responsabilitats i activitats de l'Atenció Primària, l'èxit en l'aplicació de les propostes d'aquest PDSMiAd ha de redundar en una disminució de la freqüentació i una racionalització de la prescripció de psicofàrmacs.

De fet, l'Atenció Primària, ja està assumint actualment aquesta demanda, sense eines ni recursos apropiats, i donant una resposta que, sovint, no satisfà als professionals ni als afectats.

La proposta efectuada des de l'àmbit de salut mental, comporta un canvi qualitatiu important i la possibilitat d'oferir una resposta diferent a l'actual, incidint en els aspectes psicològics i emocionals que acompanyen el patiment psíquic i el patiment somà-

tic. S'ha constatat que les persones amb problemes de salut mental consumeixen més recursos sanitaris (fàrmacs, proves...) i són altament freqüentadores dels serveis de salut. A la llarga, la millora d'habilitats dels professionals d'Atenció Primària, juntament amb una oferta assistencial de suport psicològic i promoció de la salut mental, ha de revertir de manera positiva en la salut i qualitat de vida de les persones i en la demanda assistencial.

### Els processos assistencials: una oferta de serveis integrada a nivell territorial

Aconseguir una oferta assistencial integrada a nivell del territori és un aspecte molt important per garantir l'equitat, però pot ser també un aspecte complicat, atesa la gran diversitat de proveïdors, dispositius i orientacions dels professionals.

El PDSMiAd recomana una organització assistencial integrada, de base territorial, amb l'objectiu de millorar l'eficiència i garantir la continuïtat assistencial. Això implica prestar l'atenció al nivell assistencial més adequat, que és aquell amb millor capacitat resolutiva per respondre a les necessitats del cas.

Un sistema d'atenció a la salut mental fragmentat comporta un plus d'ineficiència i un increment de costos. L'existència d'un proveïdor únic en un determinat territori pot millorar l'economia d'escala de les entitats, però no sempre garanteix una resposta integrada i eficient o uns millors resultats

L'establiment d'aliances estratègiques entre proveïdors sembla actualment la millor opció per aconseguir una oferta de serveis integrada, basada en la complementaritat de les intervencions.

### La innovació tecnològica en la gestió: les tecnologies de la informació

Un aspecte fonamental a l'hora de millorar l'atenció requereix ineludiblement la incorporació de les tecnologies de la informació i la comunicació al servei dels professionals sanitaris.

Les entitats proveïdores han realitzat un esforç important per disposar en major o menor grau, d'instruments de recollida i anàlisi de la informació. Però aquests sistemes informàtics són fonamentalment utilitzats per tasques bàsicament administratives, de facturació o de recollida de dades assistencials, però no es tradueixen en una millora de l'atenció en la majoria de casos.

La disponibilitat de les tecnologies de la informació més modernes faciliten que el consum de temps requerit per l'usuari en accessos, programacions, tràmits i recepció d'informacions sigui el mínim desitjat.

A més, en l'àmbit de salut mental, on la continuïtat assistencial és un element fonamental, el desenvolupament de les tecnologies de la informació han de permetre disposar de sistemes de comunicació integrats entre els diferents dispositius d'atenció a la salut mental i amb els del sistema sanitari general, (AP), potenciar el treball en xarxa, disposar d'una història clínica informatitzada i única, o incorporar els Centres de Salut Mental al projecte de recepta electrònica, que s'està començant a implementar en el sistema de salut.

La disponibilitat de les tecnologies d'informació en l'àmbit de la salut mental, ha de concórdar amb el desenvolupament d'aquests sistemes a la xarxa d'atenció sanitària i amb les garanties de confidencialitat i seguretat que preveu la legislació vigent.

## 7. Mapa sanitari

### La col·laboració dels afectats

Les persones amb trastorns mentals ateses als serveis de salut mental, són ciutadans amb els mateixos drets i deures que qualsevol ciutadà, als quals és aplicable la carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària, editada pel Departament de Sanitat i Seguretat Social l'any 2002.

Tot pacient atès en un servei de salut mental ha de ser tractat amb respecte i confidencialitat per part dels professionals assistencials, sense ser objecte de judici ni crítica per la seva malaltia. Té el dret de conèixer el diagnòstic i la naturalesa del trastorn que pateix, així com els diferents tractaments o alternatives terapèutiques i els efectes indesitjables que poden ocasionar, per opinar i decidir amb coneixement de causa.

Ha de tenir la seguretat que les recomanacions fetes pels professionals es basaran en les intervencions més adequades, que hagin mostrat efectivitat, tot prioritant aquelles intervencions amb evidència científica demostrada.

En el moment en què es valori que el pacient amb un trastorn mental greu no és competent per decidir sobre la seva salut o el seu tractament, s'activaran els protocols o actuacions previstes per la normativa vigent.

En termes generals, s'ha de contemplar el paper de la família com un aliat terapèutic, en la mesura que actua com a cuidador del pacient. L'atenció i suport a família, entesa com a cuidador principal del pacient, forma part de la oferta assistencial. En els casos que existeixi un conflicte d'interessos entre la família i els pacients caldrà recórrer als mecanismes de mediació que puguin estar disponibles a nivell professional o legal.

## 8. Seguiment i avaluació

## 8. Seguiment i avaluació

Per tal d'avançar en la utilització i l'anàlisi de la informació disponible, i amb l'objectiu de millorar la qualitat de l'atenció sanitària a les malalties relacionades amb la salut mental és necessari fer un recull d'indicadors per avaluar l'evolució de la mortalitat, la supervivència d'aquest grup de malalties i el control dels seus factors de risc. La integració d'aquesta informació pot contribuir a la identificació de marges de millora de l'atenció i suggerir als gestors i planificadors sanitaris noves iniciatives per a la compra i la provisió de serveis.

Es presenten un conjunt d'indicadors que ens permeten proporcionar informació que recolzi la presa de decisions a l'hora de planificar, organitzar, gestionar i avaluar l'avanç del Pla director de salut mental i addiccions. El propòsit, per tant, és disposar d'informació fiable, consistent i sistemàtica que, amb la periodicitat pertinent, permeti seguir i avaluar el progrés dels principals objectius estratègics del Pla director i d'aquells objectius operatius de transcendència per la correcta implementació del Pla.

L'elecció dels indicadors de seguiment i avaluació s'ha basat en els principis d'objectivitat, validesa, sensibilitat, especificitat i consens. En aquest sentit cal tenir en compte que els actuals sistemes d'informació no permeten obtenir un conjunt exhaustiu d'indicadors. És per aquesta raó que, amb caràcter de progressivitat i factibilitat, s'aniran perfeccionant els indicadors existents i se n'inclouran d'altres que es consideren necessaris per arribar a disposar d'una bona anàlisi de la situació i evolució de l'atenció als trastorns mentals a Catalunya i de la resposta assistencial del sistema sanitari català a aquest important problema de salut.

Pel que respecte a la resta d'objectius que per raons tecnològiques, funcionals o conceptuals no siguin susceptibles de ser avaluats a partir d'indicadors sintètics, s'utilitzaran mecanismes i eines d'avaluació «ad-hoc» detallades en el present document.

El Pla director de salut mental i addiccions utilitzarà, per tant, com indicadors sintètics bàsics de seguiment i avaluació els que es presenten a continuació. Sempre es calcularà l'indicador global per a Catalunya i, si és tècnicament possible, es calcularà també per homes i per dones i de diferents àmbits territorials.

### Objectius i indicadors del Pla director de salut mental i addiccions

#### 1. Increment dels factors de protecció i disminució dels factors de risc

OBJECTIU	Implementació del protocol de Salut Mental en el marc de les activitats de medicina preventiva a l'edat pediàtrica en l'Atenció Primària de Salut
Indicador:	% d'infants inclosos en el programa de seguiment del nen sa pels EAPs, als qual s'ha aplicat el protocol de salut mental infantil i juvenil
Fita:	60% dels nens inclosos al Programa de seguiment del nen sa
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	La millora en la detecció precoç dels problemes de salut mental és un objectiu del PDSMiAd. Aquest protocol és un bon instrument per detectar els factors de risc i senyals d'alarma de patir TM.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Nombre de nens atesos al Programa de seguiment del nen sa de l'EAP, valorats amb el protocol de salut mental infantil i juvenil <b>Denominador:</b> Nombre de nens atesos al Programa de seguiment del nen sa per l'EAP.
Font d'informació:	Sistema de registre del programa d'activitats preventives en AP

#### 2. Estratègies de prevenció dels TM

OBJECTIU	Implementació del Programa Salut i Escola (PSiE)
Indicador:	% d'adolescents amb problemes de salut mental o addiccions, detectats en el marc del PSiE.
Fita:	50% de la prevalença de trastorns mentals i/o addiccions en la població adolescent
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	La millora en la detecció precoç dels problemes de salut mental és un objectiu del PDSMiAd. La fita màxima del PSiE es basa en apropar els serveis sanitaris a un grup d'edat en què s'ha constatat una baixa freqüentació dels serveis de salut. Un dels objectius és identificar la població de risc en l'àmbit de la Salut Mental i Addiccions i propiciar la derivació als serveis assistencials quan calgui.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Nombre d'adolescents en què s'ha detectat problemes de salut mental o addiccions <b>Denominador:</b> Nombre d'adolescents adscrits al programa
Font d'informació:	Sistema de registre del Programa Salut i Escola

#### 3. Millorar la cartera de serveis de salut mental i Addiccions en l'APS i potenciar la capacitat de detecció i resolució dels professionals de l'APS

OBJECTIU	Millorar la capacitat de detecció i resolució dels professionals de l'APS
Indicador:	Taxa de prevalença atesa per TM en l'APS
Fita:	60% de la prevalença/any estàndard de trastorns mentals en la població general (de 15% a 16% pacients amb diagnòstic per TM)
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	Els TM són malalties d'una elevada prevalença en la població general. El PDSMiAd assenyala que la morbiditat psiquiàtrica atesa en els serveis d'APS és elevada i que els trastorns més prevalents són la depressió, l'ansietat i la dependència de l'alcohol. S'ha constatat també que la detecció de problemes de salut mental a l'APS és insuficient.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Pacients atesos pels EAPs amb diagnòstic principal o secundari de Trastorn Mental <b>Denominador:</b> Població de referència dels EAPs
Font d'informació:	Estudi multicèntric de prevalença de trastorns mentals a l'atenció primària de salut (2005-2006).
	Sistema de Registre de l'Atenció Primària de Salut

Indicador:	Índex de cobertura del cribatge de consum excessiu d'alcohol
Fita:	60%
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	Segons la OMS, l'alcohol és el tercer factor de risc per la salut en els països desenvolupats. La identificació precoç i les intervencions breus per part de la primària són de les accions que han demostrat ser més efectives per reduir els problemes d'alcohol. La provisió del consell mínim serà difícil d'avaluar, per tant assumim que fer el cribatge anirà associat a donar consell.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> població de 15 anys o més atesa i assignada amb registre del consum d'alcohol <b>Denominador:</b> població de 15 anys o més atesa i assignada
Font d'informació:	Entitats proveïdores i regions sanitàries. Estudi de preventives de l'EAP.

## 8. Seguiment i avaluació

Indicador:	Taxa de derivació des de l'AP a l'Atenció especialitzada en SM
Fita:	0,8% de la població de referència
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	El PDSMiAd destaca que l'atenció primària és la porta d'entrada del sistema sanitari i d'ella en depèn l'efectivitat i l'eficiència del conjunt del sistema. L'alta prevalença dels factors psicològics presents en els trastorns de la salut general, juntament amb l'accessibilitat dels serveis que presta, fa que el seu paper sigui clau en la detecció i resolució dels trastorns mentals menys greus. Els centres de salut mental han de donar suport als EAPs, i intervenir en els casos més greus o de major complexitat
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Nombre de casos derivats des d'AP a SM <b>Denominador:</b> Població de referència de l'EAP
Font d'informació:	CMBD-SM

### 4. Model d'intervenció actiu i comunitari, especialment amb els trastorns mentals greus

<b>OBJECTIU</b>	Impulsar la detecció i intervenció precoç dels trastorns mentals greus, amb un model d'atenció integral, actiu i comunitari per prevenir i disminuir els riscos d'evolució tòrpida d'aquests trastorns.
Indicador:	% de persones ateses amb trastorns psicòtics incipients i trastorn mental sever
Fita:	Per a població adulta: 8 per mil habitants per a la població infantil i juvenil: 0,4 per mil habitants
Horitzó temporal:	2010 a 50% de l'indicador 2015 a 100% de l'indicador
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	El PDSMiAd reconeix que els trastorns psicòtics constitueixen un important problema de salut pública, tant per les seves dimensions epidemiològiques com per les seves repercussions sanitàries i socials. El PDSMiAd prioritza l'atenció de les persones amb trastorns psicòtics incipients amb un enfocament preventiu, integral i intensiu.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Casos atesos amb psicosis incipient <b>Denominador:</b> Població de referència
Font d'informació:	CMBD-SM
Indicador:	% casos atesos en els CAS de persones amb dependència alcohòlica.
Fita:	1,2 per mil hab.
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	L'alcohol és la primera substància que motiva tractament en els CAS, i és de destacar la rellevància de la comorbiditat psiquiàtrica associada. Tot i això la demanda atesa als centres de drogodependències està per sota de la demanda esperada, atesa l'elevada prevalença poblacional.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Casos atesos amb dependència alcohòlica <b>Denominador:</b> Població de referència
Font d'informació:	Sistema d'Informació sobre drogodependències a Catalunya (SIDC)

Indicador:	Període de latència des del primer consum de cocaïna fins el moment que es fa la demanda de tractament a l'atenció especialitzada
Fita:	disminuir la mitjana de 9 a 7 anys
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	Tot i que la mitjana d'edat d'inici de consum de cocaïna disminueix, la mitjana d'edat d'inici de tractament en els CAS es manté. Això implica un increment del període de latència, amb les complicacions orgàniques i psiquiàtriques que això comporta
Construcció de l'indicador:	Edat mitjana d'inici de tractament per cocaïna - Edat mitjana d'inici de consum de cocaïna
Font d'informació:	Sistema d'Informació sobre drogodependències a Catalunya (SIDC)

Indicador:	Prevalença general atesa als centres de salut mental
Fita:	Per a la població adulta: 2,2% Per a la població infantil i juvenil: 3%.
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	La prevalença general per TM a Catalunya presenta un patró molt similar a la població europea. Tot i això, la prevalença atesa als CSM d'adults és més elevada que a Europa. Això comporta una elevada pressió assistencial a l'especialitzada que dificulta l'atenció adequada dels TM més greus. Per aquest motiu es proposa disminuir la prevalença atesa en els centres de salut mental de manera proporcional a l'increment de la prevalença atesa a l'atenció primària de salut. En canvi, pel que fa referència al centres de salut mental infantil i juvenil es considera que la prevalença atesa està per sota dels referents d'altres països europeus. Per aquest motiu es proposa incrementar la prevalença atesa en aquest sector de la població.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Nombre casos atesos a l'atenció especialitzada <b>Denominador:</b> Població de referència
Font d'informació:	CMBD SM

Indicador:	Mitjana de visites per any, de pacients atesos en els CSM.
Fita:	>12 visites per any en els pacients atesos en els centres de salut mental
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	L'elevada pressió assistencial als CSM dificulta l'atenció adequada dels TM més greus o de major complexitat. El PDSMiAd prioritza l'atenció dels TM més complexos i recomana adequar la intensitat de l'atenció a les situacions de crisi i a la gravetat dels processos assistencials.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Nombre de visites totals del CSM <b>Denominador:</b> Nombre de pacients atesos als CSM
Font d'informació:	CMBD-SM

Indicador:	Temps en Programa de Manteniment de Metadona (PMM)
Fita:	24 mesos
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	L'evidència científica ha demostrat que millora l'efectivitat del tractament a major temps de continuïtat dels pacients en el programa.
Construcció de l'indicador:	Anàlisi de supervivència dels pacients actius en el programa mesurat en mesos.
Font d'informació:	Quadre de comandament de la XAD-PMM

## 8. Seguiment i avaluació

Indicador:	Ratis de tipologia de visita, per pacient i any, en els CSMA
Fita:	visites d'infermeria: >4 visites d'infermeria per pacient i any
visites de tractament familiar:	1 visita de família per pacient i any
visites a domicili:	>0,33 visites domiciliàries per pacient i any
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	En l'anàlisi de situació sobre l'activitat dels CSM s'observa una elevada variabilitat en la tipologia de visites dels CSMA. Amb aquest indicador es proposa millorar la homogeneïtat d'aquests indicadors, per garantir l'equitat en l'atenció als TM.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Nombre de visites de cada tipologia (infermeria/ tractament familiar / a domicili) <b>Denominador:</b> Nombre de pacients atesos
Font d'informació:	CMBD-SM

### 5. Per patologies prioritzades: Guies Clínicas, atenció psicoterapèutica

<b>OBJECTIU</b>	Millora de l'atenció dels problemes de salut mental de major complexitat, en l'entorn de l'atenció especialitzada en salut mental
Indicador:	% de casos atesos suggestius de gravetat clínica
Fita:	60%
Horitzó temporal:	2010: 40% de l'indicador 2015: 60% de l'indicador
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	El PDSMiAd prioritza l'atenció dels TM de major complexitat clínica i recomana augmentar la proporció de pacients atesos amb patologies emergents, d'acord amb les recomanacions formulades per les guies clíniques, en el marc de la medicina basada en l'evidència.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Nombre de casos (pacients) atesos amb diagnòstics suggestius de gravetat clínica (d'acord amb llistat de codis diagnòstics) <b>Denominador:</b> nombre total de casos (pacients) atesos als CSM
Font d'informació:	CMBD SM

<b>OBJECTIU</b>	Incrementar la capacitat resolutiva dels Centres de Salut Mental
Indicador:	Índex de resolució de l'atenció especialitzada
Fita:	0,6%
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	Aquest indicador es fonamenta en la necessitat de readreçar el sistema cap un model de gestió per processos, on un cop resolta la situació que origina la demanda a l'especialitzada es dona per finalitzat el procés assistencial i el cas és remès per a seguiment clínic per nivells assistencials de menor complexitat.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Nombre de pacients donats d'alta clínica als CSM <b>Denominador:</b> Població de referència
Font d'informació:	CMBD SM

<b>OBJECTIU</b>	Millora de l'oferta d'atenció psicoterapèutica als csm
Indicador:	Grau d'implementació d'activitats psicoterapèutiques als CSM
Fita:	En població adulta: oferta d'intervencions psicoterapèutiques en el 6% de la població atesa >18 anys
En població infantil:	oferta d'intervencions psicoterapèutiques en el 11% de la població atesa <18 anys
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	El PDSMiAd defineix com una actuació prioritària l'increment de l'oferta d'intervencions psicoterapèutiques des d'atenció primària especialitzada en salut mental.
Construcció de l'indicador:	Indicador adults: <b>Numerador:</b> Nombre de pacients atesos amb tipologia de visita de tractament psicoterapèutic (individual, familiar o grupal) <b>Denominador:</b> Nombre total de pacients atesos Indicador infantil: <b>Numerador:</b> Nombre de visites de tractament psicoterapèutic (individual, familiar o grupal) <b>Denominador:</b> Nombre total de visites realitzades
Font d'informació:	CMBD SM

### 6. Reorganització dels serveis actuals d'acord amb les noves necessitats estratègiques

<b>OBJECTIU</b>	Disminució dels reingressos a les unitats d'hospitalització
Indicador:	% de readmissions hospitalàries en el termini de 90 dies després d'una alta hospitalària
Fita:	10%
Horitzó temporal:	2010
Periodicitat de l'avaluació:	Anual
Justificació:	Es pressuposa que els serveis o l'atenció rebuda són rellevants per a les necessitats dels pacients i es basen en criteris de bona praxi assistencial. Tot i què en part, una elevada taxa de readmissions hospitalàries pot ser deguda a la naturalesa refractària dels TM, una taxa elevada de reingressos en un relativament curt termini de temps, pot indicar baixa qualitat de l'atenció, altes prematures o un nivell inadequat o insuficient de suport comunitari post alta.
Construcció de l'indicador:	<b>Numerador:</b> Nombre de pacients que reingressen en un termini de 90 dies després d'un alta hospitalària. <b>Denominador:</b> Nombre total d'altes de les unitats d'hospitalització.
Font d'informació:	CMBD SM

## 8. Seguiment i avaluació

### 7. Integració funcional de les xarxes de salut mental d'adults, d'infantil i juvenil i de drogodependències

<b>OBJECTIU</b>	Promoure la integració funcional de les xarxes de salut mental d'adults, d'infantil i juvenil i de drogodependències
<b>Indicador:</b>	Prevalença atesa als CSMIJ per problemes de consum o addiccions
<b>Fita:</b>	25% de la prevalença poblacional estimada a Catalunya
<b>Horitzó temporal:</b>	2010
<b>Periodicitat de l'avaluació:</b>	Anual
<b>Justificació:</b>	Tot i què està constatada una alta prevalença de consum de substàncies a la població adolescent de Catalunya, el PDSMiAd reflecteix en l'anàlisi de situació la baixa prevalença d'atenció per problemes relacionats amb el consum o addicció a substàncies psicoactives en aquest grup de població. Mentre que en molts dels CSMIJ un motiu principal de demanda en aquest sentit es considera un criteri d'exclusió, la XAD prioritza els casos on hi ha instaurada una dependència que comporta uns anys d'evolució. Una de les actuacions prioritzades pel PDSMiAd és impulsar les activitats de prevenció i detecció precoç d'aquests problemes per part de l'atenció especialitzada en aquest grup de població.
<b>Construcció de l'indicador:</b>	<b>Numerador:</b> Nombre de pacients atesos al CSMIJ amb diagnòstic principal de consum o addicció de substàncies <b>Denominador:</b> Població de referència del CSMIJ (ajustada per edat i/o gènere)
<b>Font d'informació:</b>	CMBD SM

#### Recomanacions

Els objectius relacionats amb el Pla Director de Salut Mental i Addiccions seran avaluats a partir de les fonts d'informació mencionades. Aquesta és, sens dubte, una important limitació en la selecció dels indicadors més rellevants que puguin orientar el sistema cap als canvis i les millores proposades.

La millora dels Sistemes d'Informació pel que fa referència a l'atenció a les malalties relacionades amb la salut mental és estratègica i cabdal per poder establir mecanismes adequats de seguiment i avaluació del procés d'implantació del Pla Director.

En aquest sentit cal destacar com a prioritats per al sistema sanitari un avenç en matèria de Tecnologies de la Informació que permeti:

- La compatibilitat dels sistemes de registre entre les Xarxes de Salut Mental (XSM) i d'Atenció a les drogodependències (XAD).
- La millora dels sistemes de registre i l'establiment d'un sistema d'informació homologat per a l'Atenció Primària de Salut.
- Consensuar un model d'Història Clínica compartida, que faciliti la compatibilitat entre els diferents sistemes d'informació de les diverses entitats proveïdores
- Garantir una identificació unívoca dels pacients que permeti el seguiment entre els diferents dispositius assistencials de totes les xarxes d'utilització pública.

## 9. Actors del Pla

## 9. Actors del Pla

### EQUIP DEL PLA DIRECTOR

<b>Maria Luisa de la Puente Martorell</b> Directora general de Planificació i Avaluació	<b>Manel Balcells Díaz</b> Secretari d'Estratègia i Coordinació (2004-abril 2006)
<b>Cristina Molina Parrilla</b> Directora Pla director de salut mental i addiccions	<b>Joan Colom Farran</b> Sots director en l'àmbit de les drogodependències. PDSMiAd
<b>Josep Ramos Montes</b> Coordinador de la Comissió Permanent	<b>Montserrat Grané Alsina</b> Tècnic PDSMiAd
<b>Pilar Duro Herrero</b> Tècnic	<b>José García Ibáñez</b> Assessor
<b>Vicente Turón Gil</b> Assessor	<b>M. Àngels González Ibáñez</b> Assessora
<b>Luis Salvador-Carulla</b> Assessor	<b>Carla Jané Balsebre</b> Tècnic PDSMiAd
<b>Esther Jordà Sampietro</b> Col·laboradora CSB	<b>Maria Làzaro Irazo</b> Secretària
<b>Gemma Salmeron Font</b> Secretària	

### EQUIP REDACTOR

<b>José Garcia Ibáñez</b> <b>Montserrat Grané Alsina</b>	<b>Josep Ramos Montes</b>
---	---------------------------

### COL·LABORADORS DEL DEPARTAMENT DE SALUT

<b>Secretaria General</b> <b>Marta Segura Bonet</b> Secretaria general	<b>Mercé Grau Bonàs</b> Assessoria jurídica
<b>Maria Josep Borràs Pascual</b> Assessoria jurídica	
<b>Direcció General de Planificació i Avaluació</b> <b>Dolors Costa Sampere</b> Adjunta de la DGPA	<b>Genís García Lorente</b> Unitat d'anàlisi de demanda d'Informació
<b>Lluís Bohigas Santasusagna</b> Oficina d'anàlisi econòmica i estratègies d'informació	<b>Pep Fusté Sugrañes</b> Unitat del mapa sanitari
<b>Roger Pla Farnós</b> Oficina de coordinació de plans directors i planificació operativa	<b>Ma. Jesús Pueyo Sanchez</b> Unitat de planificació operativa
<b>Pilar Brugulat Guiteras</b> Servei del pla de salut	<b>Ricard Tresserres Gaju</b> Sots director de la DGPA

**Elena Calvo Valencia**  
Coordinadora dels plans interdepartamentals

**David Elvira Martínez**  
Oficina d'anàlisi econòmica i estratègies d'informació

**Carme Medina Molina**  
Servei del pla de salut

**Direcció General de Salut Pública**  
**Antoni Plasència Taradach**  
Director General de Salut Pública

**Joan Colom Farran**  
Sotsdirector en l'àmbit de les drogodependències

**Direcció General de Recursos Sanitaris**  
**Rafael Manzanera López**  
Director general

**Lluís Josep Torralba Novella**  
Sotsdirector general

**Delegacions Territorials**  
**Sebastià Barranco Tomás**  
Regió Sanitària de Lleida

**Ramón Pujol Martínez**  
Regió Sanitària Alt Pirineus i Aran

**Josep Maria Sabaté Guasch**  
Regió Sanitària Camp de Tarragona

**Ismael Roldan Bermejo**  
Regió Sanitària Terres de l'Ebre

**Ferran Cordon Granados**  
Regió Sanitària de Girona

**Antoni Sans Miret**  
Regió Sanitària Catalunya Central

**Enric Mangas Monge**  
Regió Sanitària de Barcelona

**Josep Ganduxé Soler**  
Regió Sanitària de Barcelona

**Servei Català de la Salut**  
**Enric Agustí Fabrè**  
Sotsdirector

**Carme Casas**  
Àrea de serveis i qualitat

**Salvi Juncà Valdor**  
Unitat d'anàlisi de demanda d'informació

**Mercè Mercader Menéndez**  
Unitat de planificació operativa

**Laura Sampietro Colom**  
Unitat dels plans estratègics

**Carmen Cabezas Peña**  
Sotsdirectora general de promoció de la salut

**Albert Navarro Anadon**  
Gerent de la direcció

**Rosa Gispert Magarola**  
Servei Informació i Estudis

**Ferrer Gadía, Gerard**  
Regió Sanitària de Lleida

**Benavent Vialdegut, Felip**  
Regió Sanitària Alt Pirineus i Aran

**Pilar Magrinyà Piñol**  
Regió Sanitària Camp de Tarragona

**Josep Faba Piñol**  
Regió Sanitària Terres de l'Ebre

**Maria Teresa Faixedas Bransoms**  
Regió Sanitària de Girona

**Remei Juncadella Pianeli**  
Regió Sanitària Catalunya

**Alejandro Guarga Rojas**  
Regió Sanitària de Barcelona

**Montse Bustins Poblet**  
Unitat del CMBD

**Roser Vicente Martínez**  
Unitat del CMBD

## 9. Actors del Pla

### CONSELL ASSESSOR

<b>Miquel Casas Brugué</b> President	<b>Martí Masferrer i Mascort</b> Vicepresident segon (fins a maig de 2006)
<b>Josep Ramos Montes</b> Vicepresident primer	<b>Montserrat Grané Alsina</b> Secretària Tècnica
<b>Vocals</b>	
<i>representació del Departament de Salut</i>	
<b>Enric Agustí Fabré</b> Sotdirector CatSalut	<b>Claudi Camps Garcia</b> Institut d'Assistència Sanitària (IAS)
<b>Carme Casas Puig</b> Àrea de Serveis i Qualitat (CatSalut)	<b>Joan Colom Farran</b> Òrgan Tècnic de Drogodependències
<b>Pilar Duro Herrero</b> Òrgan Tècnic de Drogodependències	<b>Jaume Estany Ricard</b> Consorti Sanitari de Barcelona
<b>Amando Martín Zurro</b> Institut d'Estudis de la Salut	<b>Cristina Molina Parrilla</b> Directora PDSMiAd
<b>Joaquim Maria Solé Montserrat</b> Delegació de Tarragona	<b>Maite Utgés Nogués</b> Hospital Santa Maria de Lleida
<i>en representació del Departament de Benestar i Família</i>	
<b>Carles Celís Gubert</b> Unió catalana de Centres d'Atenció Precoç	<b>Rosa Garcia Villalba</b> Llar residència Masana
<b>Mercè Generó Prat</b> Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona	<b>Àngel Gil Origen</b> ProDep
<b>Carme Iniesta Torres</b> ICASS	<b>Carles Jacobo Masip</b> ICASS
<b>Esther Rovira Campos</b> ICASS	<b>Joan Artur Sales</b> ATRA Clínic
<i>en representació de l'Ajuntament de Barcelona</i>	
<b>Antoni Bulbena i Vilarrasa</b> IAPS. Hospital del Mar	<b>Joan Guix Oliver</b> Agència de Salut Pública de Barcelona
<i>en representació del Diputació de Barcelona</i>	
<b>Margarita Dordella Cirera</b> Àrea de Salut Pública i Consum	<b>Josep Ma. Vinué Perullés</b> Centre Assistencial «Dr. Emili Mira i López»

*en representació de les corporacions empresarials més representatives en l'àmbit de la Salut Mental*

<b>Pere Bonet Dalmau</b> Consorti Hospitalari de Catalunya	<b>Eugeni Bruguera Cortada</b> Institut Català de la Salut
<b>Josep Fàbregas Poveda</b> Fòrum d'Iniciatives de salut mental	<b>Ma. José Fernandez Sanmamed</b> Institut Català de la Salut
<b>Lluís Isern Sitjà</b> Institut Català de la Salut	<b>José Manuel Menchón Magriñà</b> Institut Català de la Salut
<b>Joan Orrit Clotet</b> Unió Catalana d'Hospitals	<b>José Roman López</b> ACES
<b>Pere Anton Soler Insa</b> Unió Catalana d'Hospitals	<b>Marta Torrens Mèlich</b> Consorti Hospitalari de Catalunya
<b>Jordi Tudela Fernández</b> Federació APPS	

*en representació de les societats científiques*

<b>Esteve Amigó Parés</b> Societat Catalana de Pediatria	<b>Gemma Garcia Parés</b> Societat Catalana de Psiquiatria
<b>Josep Guàrdia Serecigni</b> Sociodrogoolcohol	<b>Anna Moretó Reventós</b> Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
<b>José Pérez de los Cobos</b> Sociedad Española de Toxicomanías	<b>Roser Pérez Simó</b> AEN Catalunya
<b>Jordi Sasot Llevadot</b> Societat Catalana de Psiquiatria Infantil	<b>Jorge Luis Tizón Garcia</b> Consell Català d'Especialitats

*en representació dels col·legis professionals*

<b>Ma. Paz Cué Piedra</b> Col·legi oficial de Treballadors Socials	<b>Rosa Gené Aguarod</b> Col·legi de Psicòlegs de Catalunya
<b>Josep Pifarré Paredero</b> Consell Col·legis de Metges de Catalunya	<b>Assumpta Rigol Cuadra</b> Col·legi Oficial d'Infermeria

*en representació de les corporacions locals*

<b>Josep Ma. Roig Tutusaus</b> Federació de Municipis de Catalunya	<b>Jaume Torramadé Ribas</b> Associació Catalana de Municipis i comarques
---	--

*en representació del Consell Interuniversitari de Catalunya*

<b>Antoni Labad Alquézar</b> Universitat Rovira i Virgili	<b>Ma. Teresa Miró Coll</b> Universitat de Barcelona
--	---



## 9. Actors del Pla

### en representació d'associacions de professionals

**Enric Batlle de Santiago**  
Coordinadora de CAS

**Tre Borràs Cabacés**  
Coordinadora de CAS

**Mercè Cervantes Sanjuan**  
Federació Catalana d'Assistència i ajuda al Toxicòman

**Josep Clusa Matinero**  
Fundació Congrés Català de Salut Mental

**Carme Cunillera Forns**  
Coordinadora de CAS

**Leticia Escario Rodríguez-Espiteri**  
Coordinadora de CSMIJ

**Ma. Salut Mas Sangés**  
Coordinadora Centres de Dia

**Jordi Masià Mas-Bagà**  
Fundació SENY

**Mercè Teixidó Casas**  
Coordinadora de CSMA

### en representació d'associacions de familiars i usuaris

**Anna Camprubí Torroella**  
Fundació Tutelar de Malalts Mentals de Catalunya

**Albert Ferrer Piñol**  
Usuaris de Salut Mental

**Xavier Sánchez Pretel**  
Plataforma d'usuaris de Drogues

**Margarita Serrat Borràs**  
Federació de Familiars de Malalts Mentals de Catalunya (FECAFAMM)

### de lliure designació

**Joseba Ahotegui Loizate**  
Fundació Hospital Sant Pere Claver

**Sònia Algueró**  
Fundació Mensalus

**Joan Alvarós Costa**  
CASD Garbí-vent.

**Carles Ballús Pascual**  
Catedràtic emèrit Universitat de Barcelona

**Josep Cornellà Canals**  
Unitat d'adolescents Girona

**José Garcia Ibañez**  
Institut Pere Mata

**Ma. Àngels Gonzalez Ibañez**  
Consorci Sanitari del Maresme

**Antoni Gual Solé**  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

**Paloma Lago Baylin**  
Associació Centre d'Higiene Mental Nou Barris

**Lluís Lalucat Jo**  
Centre d'Higiene Mental Les Corts

**José Antonio Larraz Romeo**  
Sagrat Cor, serveis de salut mental

**Montse Llinàs Vidal**  
Hospital de la Vall d'Hebron

**Teresa Marfull Blanc**  
Federació de Familiars de Malalts Mentals de Catalunya

**Narcís Martí Barnusell**  
Centre Català de Solidaritat-CECAS

**Víctor Martí Carrasco**  
CAS Rubí

**Elvira Martínez Masagosa**  
Diputació de Barcelona

**Diego José Palao Vidal**  
Hospital General de Vic

**Felisa Pérez Anton**  
Associació Benestar i Desenvolupament (ABD)

**Luis Salvador-Carulla**  
Instituto IMEP

**Mercè Saperas Vergara**  
CAS de Mollet

**Josep Toro Trallero**  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

**Vicente Turón Gil**  
Assessor del PDSMiAd

**Agustina Ureña Hidalgo**  
Centre de Psicoteràpia de Barcelon

**Marta Voltas Fornt**  
ACAB

### COMISSIÓ PERMANENT

Joan Alvarós Costa  
Claudi Camps Garcia  
Joan Colom Farran  
Pilar Duro Herrero  
José García Ibañez  
Antoni Gual Solé  
Lluís Lalucat Jo  
Montse Llinàs Vidal  
Víctor Martí Carrasco  
Cristina Molina Parrilla  
Roser Perez Simó  
Mercè Saperas Vergara  
Josep Toro Trallero  
Agustina Urena Hidalgo  
Marta Voltas Fornt

Antoni Bulbena Vilarrasa  
Miquel Casas Brugué  
Josep Cornellà Canals  
Leticia Escario Rodríguez-Espiteri  
Ma. Àngels Gonzalez Ibañez  
Paloma Lago Baylin  
José Antonio Larraz Romeo  
Teresa Marfull Blanc  
Elvira Martínez Masagosa  
Diego José Palao Vidal  
Josep Ramos Montes  
Jorge Luis Tizón Garcia  
Vicente Turón Gil  
Maite Utgés Nogués

### COORDINADORS DELS GRUPS DE TREBALL

#### GT infantil

José García Ibañez  
Mercè Saperas Vergara  
Jorge L. Tizón Garcia

#### GT adults:

Lluís Lalucat Jo  
Antoni Gual Solé

#### GT adolescents

Joan Alvarós Costa  
Pilar Duro Herrero  
Josep Toro Trallero

#### GT gent gran:

Antoni Bulbena Vilarrasa  
Paloma Lago Baylin  
Montserrat Grané

#### 1. Grup de treball: infantil

##### Coordinadors:

José García Ibañez  
Jorge Luis Tizón Garcia

Mercè Saperas Vergara

##### Vocals:

Jordi Artigué Gomez  
ICS-EAPPP

Carme Costas Moragas  
Facultat de Psicologia UAB

## 9. Actors del Pla

Amparo del Pino Gutierrez  
Hospital de Bellvitge

Josep Ferrando Belart  
IES Alexandre Satorra

Jordi Folch Soler  
CSMIJ Osona

Gemma Guinovart Galiana  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Margarita Ibañez Fanés  
Hospital Sant Joan de Déu

Maite Pi Ordoñez  
CSMIJ Girona

Pepi Rivera Luján  
Corporació Sanitària Parc Taulí

Carme Tello Casany  
CSMIJ Lleida

### 2. Grup de treball: adolescents

#### Coordinadors:

Josep Toro Trallero  
Joan Alvarós Costa

#### Vocals:

José Angel Alda  
Hospital Sant Joan de Déu

Anna Bastidas Salvadó  
URPI - Hospital Clínic i Provincial  
de Barcelona

Clara Bardón Cuevas  
CSMIJ Nou Barris

Fina Castro Fornieles  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Letícia Escario Rodríguez Espiteri  
Fundació Eulàlia Torras de Beà

Joan Franch  
Institut Pere Mata

Ma. Angels Gonzalez Ibañez  
Consorci Sanitari del Maresme

Lola Domene Lopez  
Hospital de Dia Sant Joan de Déu

Anna Maria Fornós Barrera  
ASPACE

Xavier Gastaminza Perez  
Hospital de la Vall d'Hebron

Vega Gonzalez Bueso  
Atenció i Investigació de  
Socioaddiccions (AIS)

Rosa Nicolau  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Dolors Petitbó Rafart  
Hospital Sant Joan de Déu

Remei Tarragó Riberola  
Fundació Eulàlia Torras de Beà

Josefa Torregrosa Bertret  
CAP La Min

Pilar Duro Herrero

Aurea Autet Puig  
CAS Manresa

Enric Batlle de Santiago  
Hospital de Mataró

Immaculada Baeza Pertegaz  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Elisa de Frutos Gallego  
EAP Raval

Marc Ferrer Vinardell  
Hospital de la Vall d'Hebron

Mercè Gibert Clois  
ORIENTA Hospital de Dia

Alfons Icart Pujol  
Fundació ORIENTA

Begoña de Irala Indart  
CAS Font Santa

Rosario Jimenez Leal  
EAP Vallcarca (Sant Gervasi)

Cristina Lombardia  
CSMIJ Girona

Josep Matalí Costa  
Hospital de la Vall d'Hebron

Joana Martínez Matilla  
FECAFAMM

Eulàlia Navarro  
Unitat de Crisi d'Adolescents

Maite Pi Ordoñez  
CSMIJ Girona

Rosa Ros Rahola  
CJAS

Lluís Sanchez Planell  
Hospital Germans Trias i Pujol

Jaume Serrano Jordan  
CAS Horta - Guinardó

Glòria Trafach  
Hospital Santa Caterina de Girona

Marta Voltas Fornt  
ACAB

### 3. Grup de treball: adults

#### Coordinadors:

Lluís Lalucat Jo

#### Vocals:

Lluís Albaigés  
CSMA Hospitalet

Sílvia Angel  
Sant Joan de Déu, serveis de salut  
mental. Àrea de Disminuïts Psíquics

Enric Arqués Martí  
Associació JOIA

Josep Barba  
Centre de psicoteràpia de Barcelona,  
serveis de salut mental

Josep Ma. Jansà López del Vallado  
Agència Salut Pública de Barcelona

Luisa Làzaro García  
Hospital Clínic i Provincial

Montse Linàs Vidal  
Hospital de la Vall d'Hebron

Víctor Martí Carrasco  
CAS Rubí

Ma. Teresa Miró Coll  
Universitat de Barcelona

Montse Pàmias  
Hospital Sant Joan de Déu

Josep Pifarré Paredero  
Hospital Santa Maria de Lleida

Ma. Carme Sánchez  
CSMIJ Mataró

Josep Soriano  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Assumpció Soriano Sala  
Hospital de Dia Sant Pere Claver

Vicente Turon Gil  
PDSMiAd

Antoni Gual Solé

Maria del Pino Alonso  
Hospital de Bellvitge

Josep Ma. Argüello Alonso  
Hospital de la Vall d'Hebron

Antoni Arteman Jané  
PAIMM

Fernando Boatas  
Sagrats Cor, serveis salut mental

## 9. Actors del Pla

Pere Bonet Dalmau Fundació ALTHAIA	Ricard Bordas CSMA Maresme Sud
Eugeni Bruguera Cortada UHD-Hospital de la Vall d'Hebron	Lluís Cabrero Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Claudi Camps Garcia IAS	Alfred Capella Batista-Alentorn AEN
Pilar Casaus Institut Pere Mata	Juan José Castellón Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Josefina Castro Fornieles Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Montse Contel Contel CAS Sant Boi –Benito Menni–
Jaume Claret Centre de psicoteràpia de Barcelona, serveis de salut mental	Luis de Angel CSMA Dreta Eixample
Cristina de la Cruz Coma Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Joan de Pablo Rabassó Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
Miquel del Rio Hospital Mútua de Terrassa	Rosa del Valle Centres d'Assistència. «Dr. Emili Mira i López»
Rosa Díaz Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Anna Díaz Pérez Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Josep Fàbregas Poveda Centre de psicoteràpia de Barcelona, serveis de salut mental	Gustau Faus Centre de psicoteràpia de Barcelona, serveis de salut mental
Marc Ferrer Vinardell Hospital de la Vall d'Hebron	Joan Franch Institut Pere Mata
Josep Ma. Gallart Capdevila Hospital de la Vall d'Hebron	Carles Garcia Ribera IAPS. Hospital del Mar
Xavier Gastaminza Pérez Hospital de la Vall d'Hebron	Ma. Àngels Gonzalez Ibañez Consorti Sanitari del Maresme
Josep Guàrdia Serecigni Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Àngels Guiteras CAS Sarrià
Glòria Gurmaches Cortina Sant Joan de Déu, serveis de salut mental	Josep Maria Haro Abad Fundació Sant Joan de Déu
Esther Henar Sala Valuart	Guillem Homet Comunitat Terapèutica del Maresme
Lluís Isern Sitjà USM l'Hospitalet	Imma Jodar Ortega CSMA Mollet

## 9. Actors del Pla

José Antonio Larraz Romeo Sagrat Cor, serveis salut mental	Cristina Lombardia Hospital Santa Caterina, de Girona
Anna Lligoña Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Esther Lobo Polidano Sant Joan de Déu, serveis de salut mental
Pilar Lusilla Palacios PAIMM	Jordi Marfà CSMA Badalona II
Teresa Marfull Blanc FECAFAMM	Albert Mariné CSMA Sabadell
Carles Masip Montero IAPS. Hospital del Mar	Mercè Mercader Menéndez Departament de Salut
José Manuel Menchón Magriñà Hospital de Bellvitge	Manel Montserrat Martínez CSM Esplugues de Llobregat
Gemma Nieva Rifà Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	Ramon Novell Alsina IAS
Josep Ma Otin Hospital de Dia Llúria	Diego José Palao Vidal Hospital General de Vic
Francesc Pérez Arnau CSMA del Prat de Llobregat	Felisa Pérez Anton CAS Sants
José Perez de los Cobos Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Víctor Pérez Solà Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Josep Ma. Pericay Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Josep Pifarré Paredero Hospital Santa Maria de Lleida
Ma. Cristina Pinet Ogué Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Montserrat Prats Roca CSMA Dreta Eixample
Carles Roncero Hospital de la Vall d'Hebron	Ma. Jesús Rufat Fundació els Tres Turons
Manel Salamero Fundació Vidal i Barraquer	Esteve Saluó Cerezuela Departament de Salut
Lluís San Molina Hospital de Sant Rafael	Maite San Emeterio Parra CSMA les Corts
Manel Sanchez Pérez Sagrat Cor, serveis salut mental	Lluís Sanchez Planell Hospital Germans Trias i Pujol
Olga Sanmartino Pomés Barcelona	Blanca Sarró Martín Barcelona
Artur Sardà Garcia CAS Reus	Josep Soriano Hospital de la Santa Creu i Sant Pau 147

## 9. Actors del Pla

**Mercè Teixidó Casas**  
CSMA Sarrià - Sant Gervasi

**Marta Torrens Mèlich**  
Hospital del Mar

**Vicente Turón Gil**  
Assessor PDSMiAd

**Maite Utgés Nogués**  
Hospital Santa Maria de Lleida

**Joan Vegué**  
Centre de psicoteràpia de Barcelona,  
servei de salut mental

**Enric Vicens Pons**  
Sant Joan de Déu, serveis de salut  
mental. Àrea Serveis Penitenciaris

**Marta Voltas Fornt**  
ACAB

### 4. Grup de treball: gent gran

#### Coordinadors:

Antoni Bulbena Vilarrasa  
Paloma Lago Baylin

#### Vocals:

Consol Almenar Monfort  
Benito Menni. C.A. en salut mental

**Esperança Ballesteros Pérez**  
Universitat de Barcelona

**Ma. Angels Cencerrado**  
CSMA Santa Coloma de Gramanet

**Anton Ma. Cervera Alemany**  
Institut d'Assistència Geriàtrica

**Josep Ma. Giralt Coll**  
Unitat Polivalent Creu de Molers

**Elvira Martínez Masagosa**  
Centre Assistencials. «Dr. Emili Mira i  
López»

**Salvador Miret Fallada**  
CSMA de Lleida

**Joaquim Pujol Domènech**  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

**Manel Sánchez Pérez**  
Sagrat Cor, serveis de salut mental

**Helena Toiran**  
Septimània

**Carmen Tejedor Azpeitia**  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

**Glòria Trafach**  
Hospital Santa Caterina de Girona

**Agustina Ureña Hidalgo**  
Centre de psicoteràpia de Barcelona,  
serveis de salut mental

**Josep Ma. Vazquez**  
CAS Sants

**Francisco Verjano**  
SAD l'Hospitalet de Llobregat

**Eduard Vieta**  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Montserrat Grané Alsina

**Jaume Autonell Caldentey**  
Sant Joan de Déu, serveis de salut mental

**Marta Berruezo**  
Coordinadora PSI. CSMA Horta

**Antoni Calvo López**  
ICASS

**Eva Fontova Carbonell**  
Hospital de la Vall d'Hebron

**Pilar Herrero**  
Sagrat Cor, serveis de salut mental

**Cristina Minguell**  
Pla Director Sociosanitari



**Cristina Paez Cot**  
FECAFAMM

**Marcel Rosich Estragó**  
Institut Pere Mata

**Joan Vilalta**  
Institut d'Assistència Sanitària

## 10. Annex

## 10. Annex

Decret 30/2006, de 28 de febrer, pel qual es crea el Pla director de salut mental i addiccions i el seu Consell Assessor.

9650 Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 4584 - 23.2006

lització del Pla de recerca en ciències de la salut.

e) Emetre informes sobre les consultes de política científica a proposta del Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació i del Departament de Salut.

f) Facilitar l'intercanvi d'informació amb altres consells assessors dels àmbits de la salut i la recerca i, molt especialment, amb el Consell Assessor de Sanitat i el Comitè de Bioètica de Catalunya.

g) Avaluació l'evolució de l'activitat investigadora i emetre informes prospectius.

Article 7

7.1 El Consell Assessor de Recerca en Ciències de la Salut es compon dels membres següents:

- President/a.
- Vicepresident/a.
- Coordenador/a: el/la director/a del Pla director de recerca en ciències de la salut.
- Vocals:

Un/una representant del Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació.

Fins a un màxim de 60 persones, totes elles experts i de reconeguda solvència en l'àmbit de les ciències de la salut i la recerca biomèdica vinculades a les universitats catalanes, a centres sanitaris, a institucions i centres de recerca biomèdica, a societats científiques, a entitats o grups de dones amb activitat en l'àmbit de la promoció de salut de les dones i a les administracions sanitàries.

7.2 Les persones vocals són nomenades pel conseller o la consellera de Salut, a proposta dels òrgans rectorals de les entitats respectives. El/la president/a i el/la vicepresident/a són nomenats o nomenades lliurement pel/la conseller/a de Salut. En la composició del Consell Assessor es procurarà assolir la presència d'un nombre de dones que representi un mínim del 50% del total de persones membres d'aquest òrgan col·legiat.

7.3 Assumirà la secretaria del Consell, amb veu i sense vot, un tècnic o tècnica del Departament de Salut.

7.4 Les persones membres del Consell Assessor de Recerca en Ciències de la Salut podran rebre les dietes i les indemnitzacions que els corresponguin, d'acord amb la normativa vigent.

Article 8

El funcionament intern i el règim d'adopció d'acords del Consell s'han d'ajustar a les disposicions generals reguladores dels òrgans col·legiats.

Article 9

Per a un millor funcionament, el Consell Assessor de Recerca en Ciències de la Salut pot exercir les seves funcions en Pleinari i en Comissió Permanent.

Article 10

10.1 Correspon, en tot cas, al Pleinari proposar al director o la directora del Pla criteris per a la coordinació dels principals aspectes d'elaboració del Pla, fixar un calendari de reunions del Consell Assessor i determinar propostes d'objectius a executar per la Comissió Permanent.

10.2 En qualsevol cas, el Pleinari s'ha de reunir en sessió ordinària almenys una vegada

a l'any i en sessió extraordinària sempre que el convoqui la presidència, per iniciativa pròpia o a petició d'un mínim d'un terç dels seus membres.

Article 11

Correspon a la Comissió Permanent que es creï executar les funcions de l'article 6 que li siguin delegades pel Pleinari.

Article 12

12.1 La Comissió Permanent que es creï fa componen el/la president/a, el/la coordinador/a i un nombre màxim de 20 vocals, designats pel conseller o la consellera de Salut d'entre els membres del pleinari.

12.2 Assumirà la secretaria de la Comissió Permanent que es creï un tècnic o tècnica del Departament de Salut.

12.3 La Comissió Permanent que es creï s'ha de reunir en sessió ordinària almenys tres vegades a l'any i en sessió extraordinària sempre que la convoqui la presidència, per iniciativa pròpia o a petició d'un mínim d'un terç dels seus membres.

Article 13

13.1 En el Consell Assessor de Recerca en Ciències de la Salut es constituirà el grup de treball que el president o la presidenta del Consell, a proposta del/la director/a del Pla, a proposta de qualsevol vocal, o, per iniciativa pròpia, consideri necessari per al millor desenvolupament de les funcions d'aquest òrgan.

13.2 Els grups de treball estan constituïts per membres del Consell Assessor, i, si s'escau, per persones externes en l'àmbit material específic que es tracti.

13.3 Al capdavant de cada grup de treball hi ha una persona responsable que ha de ser membre de la Comissió Permanent, amb les funcions de dirigir i coordinar el grup, de fixar el pla de treball i la proposta d'actuacions els quals s'han d'ajustar al contingut i al calendari de treball que determini el pleinari.

13.4 Les propostes que cada grup de treball elabori s'han de recollir en un informe, que s'elevarà al pleinari per a la seva aprovació.

DISPOSICIÓ ADDICIONAL

Única

El Departament de Salut haurà de sotmetre a l'aprovació del Govern el primer Pla director de recerca en ciències de la salut en el termini màxim de 12 mesos a partir de l'entrada en vigor d'aquest Decret.

DISPOSICIÓ FINAL

Única

Aquest Decret entrarà en vigor l'endemà de la seva publicació al DOGC.

Barcelona, 28 de febrer de 2006

PASCUAL MARAGALL I MIRA  
President de la Generalitat de Catalunya

MÀRTINA GELI I FARRIGA  
Consellera de Salut

(06.048.078)

DECRET

30/2006, de 28 de febrer, pel qual es crea el Pla director de salut mental i addiccions i el seu Consell Assessor.

La Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, així com la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, provoquen que el sistema sanitari ha d'estar orientat a la promoció de la salut i a la prevenció de la malaltia.

L'article 62 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, va crear el Pla de Salut de Catalunya com l'instrument indicatiu i el marc de referència per a totes les actuacions públiques en la matèria en l'àmbit de la Generalitat de Catalunya. Així mateix, l'article 64 d'aquesta Llei estableix que correspon al Departament de Salut formular els criteris generals de la planificació sanitària, i també fixar els objectius, els índexs i els nivells bàsics a assolir en les matèries que s'inclouen en el Pla de Salut de Catalunya.

Els trastorns mentals tenen un important impacte en la qualitat de vida de la persona i afecten tots els àmbits de relació interpersonal (familiar, laboral i social). D'altra banda, en un context socioeconòmic en constant evolució, on l'individu sovint està sotmès a fortes tensions laborals i econòmiques, com també l'increment de situacions d'aïllament social i familiar i l'envelliment de la població, entre altres factors, configuren un escenari de creixement progressiu del grau de prevalença de la malaltia mental i les addiccions en el conjunt de la societat.

Es tracta, per tant, d'un aspecte de la salut de la ciutadania al qual cal dedicar una especial atenció. Alhora, les característiques de la prevenció i el tractament d'aquestes malalties i la necessitat de garantir una resposta coordinada de les diferents unitats i institucions del sistema sanitari públic aconsellen disposar d'un pla específic que, amb una periodicitat triennal, definís en aquest àmbit d'intervenció en la salut de les persones les directrius que han d'orientar el Departament de Salut en l'impuls, planificació i coordinació de les accions a desenvolupar amb la finalitat de promoure la salut mental de la població i prevenir, tractar i rehabilitar aquestes malalties.

Al mateix temps, el Pla director de salut mental i addiccions ha de ser un instrument que es tingui en compte en els objectius i les intervencions que fixi el Pla de Salut de Catalunya per a la prevenció, control i tractament d'aquestes malalties.

D'altra banda, en la planificació de les actuacions relacionades amb els trastorns mentals i les addiccions, el Departament de Salut ha de comptar amb la col·laboració d'experts en aquesta matèria que assessorin les fases successives d'elaboració, implantació, avaluació i actualització del Pla. El Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions, que es crea amb aquest Decret, és, doncs, l'instrument que ha de canalitzar el suport científic i tècnic a la tasca de planificació del Departament de Salut. La seva intervenció no se circumscriu només a la fase d'elaboració del Pla director sinó que s'estén a la seva implantació, avaluació i actualització.

## 10. Annex

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 4584 - 23.2006

9651

Per articular territorialment el Pla director de salut mental i partint de l'estructura de descentralització organitzativa del sistema sanitari de Catalunya, s'ha previst la vinculació del pla director a les estructures per a la governabilitat territorial que es constitueixin en l'àmbit de la salut per adaptar els objectius del Pla a les especificitats del seu territori de referència i vetllar per la seva aplicació en aquest àmbit. En aquesta mateixa vessant de vertebració del Pla a la realitat assistencial, el Servei Català de la Salut, com a ens responsable de la contractació de serveis de salut, li correspon garantir que les entitats proveïdores de serveis assumeixin els objectius del Pla i executin actuacions assistencials concretes per fer-los efectius.

A l'empara del que preveu l'article 61 de la Llei 13/1989, de 14 de desembre, d'organització de la Generalitat de Catalunya, d'acord amb el dictamen de la Comissió Jurídica Assessora, a proposta de la consellera de Salut, i amb la deliberació prèvia del Govern,

Decretem:

Article 1

1.1 Es crea el Pla director de salut mental i addiccions com a instrument d'informació, estudi i proposta mitjançant el qual el Departament de Salut determina les línies directrius per impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions a desenvolupar en l'àmbit de la prevenció de la salut mental, la prevenció i el tractament de les malalties associades amb la salut mental i les addiccions, i millorar la qualitat de vida dels afectats.

1.2 El Pla director de salut mental i addiccions ha de definir les estratègies que es tinguin en compte en la determinació dels objectius de salut i operacionals que ha de fixar el Pla de Salut de Catalunya en els àmbits assenyalats en l'apartat anterior.

1.3 Els objectius del Pla director de salut mental i addiccions s'han d'adaptar a la realitat del territori de referència de les estructures per a la governabilitat territorial que es constitueixin en cada moment en l'àmbit de la salut, que vetllaran pel desenvolupament d'aquests objectius, d'acord amb les directrius que fixi el Departament de Salut.

1.4 El Servei Català de la Salut, mitjançant els convenis i contractes de gestió de serveis sanitaris que formalitzi amb les entitats proveïdores de serveis sanitaris, haurà de vetllar per tal que aquestes entitats duguin a terme les actuacions preventives, assistencials i organitzatives necessàries per donar resposta als objectius del Pla director de salut mental i addiccions.

Article 2

2.1 El Pla director de salut mental i addiccions té per funcions:

- Analitzar les necessitats de salut i de serveis sanitaris dels grups de població afectats per malalties mentals i addiccions.
- Proposar àrees prioritàries d'actuació en els àmbits de la promoció de la salut mental, la prevenció i l'assistència de les malalties de salut mental i les addiccions.

c) Definir les mesures que cal adoptar des del punt de vista de la planificació, l'ordenació i l'avaluació dels serveis de salut mental i les addiccions per tal de garantir la cobertura assistencial d'aquestes malalties i la coordinació entre els diferents nivells assistencials.

d) Desenvolupar programes específics per a l'atenció i tractament de determinades patologies emergents.

e) Desenvolupar mesures orientades a fomentar des de l'àmbit de la salut l'atenció integral a les persones amb problemes de salut mental i coordinar el desplegament d'aquestes mesures.

f) Definir actuacions d'abast intersectorial, per la qual cosa preveurà la coordinació amb els departaments de la Generalitat implicats en la lluita contra la malaltia mental i les addiccions i les seves conseqüències socials.

g) Desenvolupar mesures adreçades a la millora de l'atenció dels malalts amb trastorns mentals i addiccions i de les seves famílies de forma coordinada amb el Departament de Benestar i Família i, en el seu cas, amb el Departament de Justícia.

h) Desenvolupar estàndards de qualitat d'atenció d'aquestes malalties.

i) Dissenyar plans d'actuació per fomentar la recerca i la docència en l'àmbit de la salut mental.

j) Formular propostes per desenvolupar el marc normatiu que potenciï la prevenció i l'atenció de qualitat d'aquestes malalties.

2.2 En el desenvolupament d'aquestes funcions es farà el seguiment i la validació de l'ús de la variant del gènere, de forma que es tinguin en compte les especificitats de salut de les dones amb l'objecte de donar resposta i oferir una atenció integral davant les seves necessitats.

Article 3

El Pla director de salut mental i addiccions serà aprovat pel Govern de la Generalitat, a proposta del conseller o la consellera de Salut, i tindrà una vigència de 3 anys.

Article 4

4.1 Al capdavant del Pla director de salut mental i addiccions hi ha el/la director/a del Pla, que serà nomenat o nomenada pel conseller o la consellera de Salut, a proposta conjunta del secretari o secretària d'Estratègia i Coordinació i del director o la directora general de Planificació i Avaluació, d'entre persones professionals amb vinculació funcional, estatutària de serveis de salut o laboral del Departament de Salut o dels ens i organismes que hi són adscrits. La designació per a desenvolupar les funcions de direcció del Pla no suposa l'acces a un nou lloc de treball, ni dona lloc, per tant, a la consolidació de drets a aquest respecte.

4.2 Com a màxim responsable del Pla, corresponen al director o directora del Pla les funcions següents:

- Impulsar, dirigir i coordinar els treballs tècnics del Consell Assessor, a què fa referència l'article 5 d'aquest Decret, en el procés d'elaboració del Pla, fixar-ne els objectius generals i específics i les prioritats, la programació d'actuacions i els calendaris d'execució.

b) Proposar els criteris per a la coordinació dels aspectes principals del procés d'elaboració del Pla director de salut mental i addiccions.

c) Formular la proposta de Pla director de salut mental i addiccions en cadascun dels camps d'actuació assenyalats a l'article 2 d'aquest Decret i elevar-la al secretari o la secretària d'Estratègia i Coordinació i al director o la directora general de Planificació i Avaluació, per a la seva proposta conjunta al conseller o la consellera de Salut.

d) Definir i concretar les actuacions a executar sobre la base dels objectius fixats i proposar-les als òrgans competents.

e) Impulsar i fer el seguiment de la implantació del Pla en les diferents regions sanitàries de Catalunya.

f) Efectuar l'avaluació del procés d'aplicació del Pla.

4.3 Per desenvolupar les funcions que té encomanades, el/la director/a del Pla comptarà amb el suport tècnic i administratiu del Departament de Salut i amb l'assessorament del Consell Assessor al qual fa referència l'article 5.

4.4 En l'àmbit de les addiccions, les funcions assenyalades a l'apartat segon d'aquest article es desenvoluparan amb el suport d'un/a subdirector/a, que serà nomenat o nomenada pel conseller o consellera de Salut, a proposta del secretari o secretària d'Estratègia i Coordinació, d'entre persones professionals amb vinculació funcional o laboral amb el Departament de Salut o els ens i organismes que hi són adscrits. La designació per desenvolupar les funcions de subdirector/a del Pla no suposa l'acces a un nou lloc de treball i la persona designada per a aquest càrrec continuarà duent a terme les funcions pròpies del seu lloc de treball.

Article 5

Es crea el Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions com a òrgan assessor del Departament de Salut en l'àmbit de les malalties mentals i les addiccions, i s'adscriu a la Direcció General de Planificació i Avaluació, la qual donarà el suport administratiu i de gestió al Consell Assessor, actuant en coordinació amb la Secretaria d'Estratègia i Coordinació.

Article 6

6.1 Corresponen al Consell Assessor de salut mental i addiccions les funcions següents:

- Prestar el seu assessorament en totes les actuacions que es derivin del procés d'elaboració i d'implantació del Pla.
- Revisar i valorar la documentació necessària per a l'elaboració del Pla.
- Elaborar i elevar al/la director/a del Pla director de salut mental i addiccions les propostes i suggeriments que consideri oportuns i els informes tècnics que recullin les recomanacions del Consell Assessor en cadascun dels camps d'actuació que, d'acord amb l'article 2 d'aquest Decret, integren el Pla director de salut mental i addiccions.
- Donar assessorament científic i tècnic en les tasques d'implantació, avaluació i actualització del Pla director de salut mental i addiccions.
- Avaluar l'evolució dels successius plans directors de salut mental i addiccions i emetre informes prospectius sobre noves necessitats

# 11. Índex de figures, gràfics i taules

que orientin la seva evolució futura i actualització.

6.2 La producció científica del Consell Assessor ha de tenir en compte, si escau, les guies de pràctica clínica i els protocols generats per altres institucions i per la pròpia Administració sanitària.

**Article 7**

7.1 El Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions es compon dels membres següents:

- a) President/a.
- b) Vicepresident/a primer/a.
- c) Vicepresident/a segon/a: un/a representant del Departament de Benestar i Família.
- d) Coordinador/a: el/la director/a del Pla director de salut mental i addiccions, que té assignades les funcions de coordinar el desenvolupament de les funcions del Consell i de garantir el suport tècnic i administratiu d'aquest òrgan.
- e) Vocal:

Un/a representant del Departament de Justícia.

Fins a un màxim de 90 persones, totes elles expertes i de reconeguda solvència en l'àmbit de la salut mental i les addiccions, vinculades a les universitats catalanes, a centres sanitaris, a l'àmbit de l'atenció primària, a col·legis professionals de l'àmbit de les ciències de la salut, a institucions i centres de recerca biomèdica, a societats científiques, a associacions de pacients i familiars, a associacions d'usuaris i usuàries, a entitats o grups de dones amb activitat en l'àmbit de la promoció de la salut de les dones i a les administracions sanitàries.

7.2 Les persones vocals són nomenades pel/la conseller/a de Salut, a proposta dels òrgans rectors de les entitats respectives. El/la president/a i el vicepresident/a primer/a són nomenats o nomenades lliurement pel conseller o la consellera de Salut. En la composició del Consell Assessor es procurarà assolir la presència d'un nombre de dones que representi un mínim del 50% del total de persones membres d'aquest òrgan col·legiat.

7.3 Assumirà la secretaria del Consell, amb veu i sense vot, un tècnic o tècnica del Departament de Salut.

7.4 Les persones membres del Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions podran rebre les dietes i les indemnitzacions que els corresponguin, d'acord amb la normativa vigent.

**Article 8**

El funcionament intern i el règim d'adopció d'acords del Consell s'han d'ajustar a les disposicions generals reguladores dels òrgans col·legiats.

**Article 9**

Per a un millor funcionament, el Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions pot exercir les seves funcions en Plenari i en Comissió Permanent.

**Article 10**

10.1 Correspon, en tot cas, al Plenari proposar al director o la directora del Pla criteris per a la coordinació dels principals aspectes d'elaboració del Pla, fixar un calendari de reunions del Consell Assessor i determinar propostes

d'objectius a executar per la Comissió Permanent.

10.2 En qualsevol cas, el Plenari s'ha de reunir en sessió ordinària almenys una vegada cada any i en sessió extraordinària sempre que el convoqui la presidència, per iniciativa pròpia o a petició d'un mínim d'un terç dels seus membres.

**Article 11**

Correspon a la Comissió Permanent que es creï executar les funcions de l'article 6 que li siguin delegades pel Plenari.

**Article 12**

12.1 La Comissió Permanent que es creï la componen el/la president/a del Consell Assessor, el/la coordinador/a i un nombre màxim de 30 vocals, designats pel conseller o la consellera de Salut d'entre els membres del Plenari.

12.2 Assumirà la secretaria de la Comissió Permanent que es creï un tècnic o tècnica del Departament de Salut.

12.3 La Comissió Permanent que es creï s'ha de reunir en sessió ordinària almenys tres vegades a l'any i en sessió extraordinària sempre que la convoqui la presidència, per iniciativa pròpia o a petició d'un mínim d'un terç dels seus membres.

**Article 13**

13.1 En el Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions es constituiran els grups de treball que el president o la presidenta del Consell, a proposta del director o la directora del Pla, a proposta de qualsevol vocal o per iniciativa pròpia, consideri necessari per al millor desenvolupament de les funcions d'aquest òrgan.

13.2 Els grups de treball estan constituïts per membres del Consell Assessor i, si s'escau, per persones expertes externes en l'àmbit material específic que es tracti.

13.3 Al capdavant de cada grup de treball hi ha una persona responsable, que ha de ser membre de la Comissió Permanent, amb les funcions de dirigir i coordinar el grup, de fixar el pla de treball i la proposta d'actuacions, els quals s'hauran d'ajustar als continguts i al calendari de treball que determini el Plenari.

13.4 Les propostes que cada grup de treball elabori s'han de recollir en un informe que s'el·laborarà al Plenari per a la seva aprovació.

**DISPOSICIONS ADDICIONALS**

**Única**

El Departament de Salut haurà de sotmetre a l'aprovació del Govern el primer Pla director de salut mental i addiccions en el termini màxim de 6 mesos a comptar des de l'entrada en vigor d'aquest Decret.

**DISPOSICIONS DEROGATÒRIES**

Queda derogada l'Ordre SSS/258/2002, d'11 de juliol, per la qual es regula la composició, les funcions i el règim de funcionament del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental a Catalunya (DOGC núm. 3681, 19.7.2002), i el Decret 149/1990, de 28 de maig, de creació del programa de salut mental (DOGC núm. 1311, de 29.6.1990).

**DISPOSICIONS FINALS**

**Única**

Aquest Decret entrarà en vigor l'endemà de la seva publicació al DOGC.

Barcelona, 28 de febrer de 2006

PASQUAL MARAGALL I MIRA  
President de la Generalitat

MARINA GELI I FARRERA  
Consellera de Salut  
(06.048.080)

**DECRET**

31/2006, de 28 de febrer, pel qual es determina la integració del personal estatutari de l'Institut Català de la Salut que percep els seus hovers pel sistema de contingent i zona en el sistema de prestació de serveis, de dedicació i de retribucions que s'estableixen a la Llei de l'Estatut Marc del personal estatutari dels serveis de salut.

El procés de reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya es va iniciar amb la publicació del Decret 84/1985, de 21 de març, (DOGC núm. 527, de 10.4.1985), de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya, i va significar l'inici d'un important canvi en l'organització del sistema sanitari al qual fa referència aquest nivell assistencial.

Tot i que les mesures previstes en aquest Decret incidien bàsicament en el primer nivell d'accés de la ciutadania al sistema sanitari públic, la reforma que allà es dissenyava s'emmarcava en un projecte molt més ambiciós que havia d'incloure també en l'àmbit de l'atenció especialitzada que es prestava des de l'atenció primària, en fixar, a més, les bases que havien de permetre, mitjançant ulteriors desplegaments normatius, l'adequada integració de les especialitats mèdiques de l'atenció primària dins un sistema sanitari idoni per afrontar les necessitats de la població.

A l'empara de l'esmentat Decret, es dictà l'Ordre del Departament de Salut de 21 de juny de 1986 (DOGC núm. 708, de 2.7.1986), que incorporà les especialitats de radiodiagnòstic i d'anàlisis clíniques en el primer grup d'especialitats i fixava les normes per a la provisió de places de facultatze/facultativa especialista i per a la promoció als llocs de comandament dels nous serveis jerarquitzats de les especialitats referides. Posteriorment, i en compliment de l'article 47 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, es dictà el Decret 284/1990, de 21 de novembre (DOGC núm. 1374, de 30.11.1990), pel qual es dicten normes per a la reordenació de l'atenció de les especialitats mèdiques compreses en el segon grup d'especialitats a què es refereix l'article 1.2.b) del Decret 84/1985, de 21 de març, que va establir el primer pas del marc normatiu que va possibilitar la reordenació de la prestació de l'atenció pel que fa a les especialitats esmentades i la seva adscripció als centres inclosos en la XHUP, amb l'objectiu d'assolir una coordinació més estreta entre els diferents nivells de l'atenció sanitària i entre els professionals i les

## 11. Índex de figures, gràfics i taules

### 1. Figures

- Figura 1 Els components de la definició de model  
 Figura 2 El model funcional de la salut mental  
 Figura 3 Estructura dels Plans Directors  
 Figura 4 Objectius estratègics del Pla Director de Salut Mental i Addiccions  
 Figura 5 Aspectes claus de la planificació de serveis

### 2. Gràfics

- Gràfic 1. Pes relatiu del cost de l'atenció als problemes de salut mental en el total del pressupost de compra de serveis del 2006 (CatSalut – ICS)  
 Gràfic 2. Comparació de la distribució de la despesa de salut mental en relació al pressupost global de compra de serveis del 2006 (CatSalut – ICS)  
 Gràfic 3. Distribució del pressupost sanitari públic de salut mental (1990 vs 2005)  
 Gràfic 4. Indicadors positius de salut mental en 10 països de la Unió Europea  
 Gràfic 5. Piràmide de població  
 Gràfic 6. Prevalença de trastorn mental per sexe a Europa, Espanya i Catalunya, 2002  
 Gràfic 7. Prevalença de trastorns mentals als dotze mesos, per sexe. Catalunya i Espanya, 2002  
 Gràfic 8. Prevalença de problemes de salut mental per classe social, grup d'edat i sexe. Catalunya, 2002  
 Gràfic 9. Principals trastorns crònics declarats segons el tipus de trastorn i sexe. Catalunya, 2002  
 Gràfic 10. Població que declara tenir problemes (moderats i greus) en aspectes de la qualitat de vida per edat i sexe. Catalunya, 2002  
 Gràfic 11. Consum d'alcohol per sexe. Catalunya, 2002  
 Gràfic 12. Consum de risc d'alcohol. Catalunya, 2002  
 Gràfic 13. Consum de risc d'alcohol per regió sanitària i sexe. Catalunya, 2002  
 Gràfic 14. Població que declara patir alguna discapacitat per grup d'edat i sexe i tipus de discapacitat. Catalunya, 2002  
 Gràfic 15. Evolució de la prevalença de consum de tabac, alcohol i cànnabis, en els darrers 30 dies (1994 – 2004)  
 Gràfic 16. Evolució de la prevalença de consum d'altres substàncies addictives, en els darrers 30 dies (1994 – 2004)  
 Gràfic 17. Distribució de la població amb qualsevol TM en el darrer any, segons l'atenció sanitària rebuda al darrer any. Catalunya 2002  
 Gràfic 18. Percentatge d'utilització dels diferents professionals sanitaris, dels que han patit un TM en el darrer any i s'han visitat amb algun professional sanitari en el darrer any. Catalunya 2002  
 Gràfic 19. Evolució de la mortalitat per TM. Catalunya, 1983-2002  
 Gràfic 20. Evolució de la mortalitat per demència senil, vascular i demència no especificada, per sexe. Catalunya, 1999-2002  
 Gràfic 21. Evolució de la mortalitat per malaltia d'Alzheimer en majors de 64 anys, per grup d'edat i sexe. Catalunya, 2000-2002  
 Gràfic 22. Evolució de la mortalitat per suïcidis - autolesions i homicidis, per sexe. Catalunya, 1999-2002  
 Gràfic 23. Distribució dels pacients atesos en centres de salut mental ambulatoria residents a Catalunya i de la població de Catalunya per sexe i grup d'edat. Any 2003  
 Gràfic 24. Evolució dels pacients atesos i visites realitzades (CSMIJ i CSMA)  
 Gràfic 25. Prevalença i freqüentació en Centres de Salut Mental a Catalunya per grups d'edat i sexe Catalunya, 2003

## 11. Índex de figures, gràfics i taules

- Gràfic 26. Visites per pacients en CSM per grups d'edat i sexe, 2003  
 Gràfic 27. Comparació de les categories diagnòstiques més prevalents als CSMIJ i CSMA. Catalunya, 2003  
 Gràfic 28. Evolució dels inicis de tractament en els CAS per droga principal (1991 – 2004)

### 3. Taules

- Taula 1. Distribució percentual dels grups terapèutics que generen la despesa farmacèutica en salut mental (2005)  
 Taula 2. Taxa de prevalença dels trastorns depressius en diferents estudis europeus.  
 Taula 3. Població de 65 i més projectada (Espanya – Unió Europea)  
 Taula 4. Població de 65 i més projectada (Catalunya diferents escenaris)  
 Taula 5. Distribució de població (TIS) per grans grups d'edat i gènere. Catalunya 2005.  
 Taula 6. Distribució de la població per gènere i regió sanitària amb la nova distribució territorial  
 Taula 7. Esperança de vida per grup d'edat a partir dels 65 anys. Catalunya 2003  
 Taula 8. Índex d'envelliment i dependència per gènere i territori. Catalunya 2005  
 Taula 9. Esperança de vida, esperança de vida lliure d'incapacitat i esperança de vida en bona salut, per sexe i edat. Catalunya, 2000  
 Taula 10. Esperança de vida als 60 anys  
 Taula 11. Prevalença\* de trastorns mentals al llarg de la vida i prevalença als dotze mesos, per sexe. Catalunya 2002  
 Taula 12. Prevalença\* de trastorns mentals als dotze mesos, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 2002  
 Taula 13. Utilització de fàrmacs psicotròpics als dotze mesos, per sexe i grup terapèutic. Catalunya i Espanya, 2002  
 Taula 14. Taxes específiques de mortalitat per Malaltia Mental per grups d'edat i sexe (x100.000 hab.). Catalunya, 2003  
 Taula 15. Taxes estandarditzades (x100.000 hab.) i Mortalitat proporcional estandarditzada. (Població Catalunya 1991). 20 grans grups. Catalunya, 2003  
 Taula 16. Taxes específiques de mortalitat per Trastorn mental, demència senil, malaltia d'Alzheimer, suïcidi i autolesió per grups per edat i sexe (x100.000 hab.). Catalunya, 2003  
 Taula 17. Alguns paràmetres de les altes (d'aguts i subaguts) en hospitals psiquiàtriques i de les altes psiquiàtriques en hospitals generals d'aguts de la XHUP, 2004  
 Taula 18. Contactes dels hospitals psiquiàtrics i contactes psiquiàtrics dels hospitals generals d'aguts. Anys 2002 i 2003  
 Taula 19. Distribució de les altes dels hospitals psiquiàtrics i de les altes psiquiàtriques dels hospitals generals d'aguts per regió sanitària, 2004  
 Taula 20. Altes dels hospitals psiquiàtrics i altes psiquiàtriques dels hospitals generals d'aguts de la XHUP dels residents a cada regió sanitària segons la regió sanitària de l'hospital, 2004  
 Taula 21. Distribució de les altes dels hospitals psiquiàtrics i de les altes psiquiàtriques dels hospitals generals d'aguts de la XHUP que corresponen a les deu categories diagnòstiques més freqüents (segons la CIM-9-MC), 2004  
 Taula 22. Pacients atesos als centres de salut mental, 2004  
 Taula 23. Visites de consulta ambulatoria psiquiàtrica als centres de salut mental, 2004

## 11. Índex de figures, gràfics i taules

- Taula 24. Diagnòstics més prevalents als centres de salut mental, 2004
- Taula 25. Visites de consulta ambulatoria psiquiàtrica als CSMA i CSMIJ, 2004
- Taula 26. Diagnòstics més prevalents als CSMIJ i CSMA, 2004
- Taula 27. Pacients infantils i juvenils: distribució dels pacients, mitjana d'edat i percentatge de dones per diagnòstic principal seleccionat. Any 2003
- Taula 28. Pacients adults: distribució dels pacients, mitjana d'edat i percentatge de dones per diagnòstic principal seleccionat. Any 2003
- Taula 29. Evolució d'activitat en atenció a la Salut Mental i Addiccions: 1998 – 2003
- Taula 30. Recursos d'internament en Salut Mental i Addiccions. Catalunya 2004
- Taula 31. Recursos amb consulta ambulatoria en Salut Mental i addiccions. Catalunya, 2004
- Taula 32. Hospital de dia en l'atenció en Salut Mental. Catalunya 2004
- Taula 33. Centres de dia en l'atenció en Salut Mental. Catalunya 2004
- Taula 34. Indicadors de factors crítics i estratègies a implementar
- Taula 35. Problemes de salut, serveis i dispositius de cada àmbit d'intervenció
- Taula 36. Serveis implicats en l'atenció als problemes de salut mental i addiccions de la població infantil i juvenil
- Taula 37. Serveis implicats en l'atenció als problemes de salut mental i addiccions de la població adulta i la gent gran
- Taula 38. Serveis de base territorial, amb referència de proximitat (En l'etapa infantil i juvenil)
- Taula 39. Serveis de base territorial, amb referència de proximitat (En l'etapa adulta i la vellesa)
- Taula 40. Serveis de concentració (En l'etapa infantil i juvenil)
- Taula 41. Serveis de concentració (En l'etapa adulta i la vellesa)

## 12. Glossari terminològic



## 12. Glossari terminològic

AATM	Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques
ABS	Àrea Bàsica de Salut
ACM	Associació de Municipis de Catalunya
AP	Atenció Primària
APS	Atenció Primària de Salut
APVP	Anys Potencials de Vida Perduts
CAP	Centre d'Atenció Primària
CAPIP	Centre d'Atenció Psiquiàtrica Infantil i Primària
CAS	Centre d'Atenció i Seguiment a les drogodependències
CCAA	Comunitats Autònomes
CCECS	Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut
CD	Centre de Dia
CDIAP	Centre de Desenvolupament i Atenció Precoç
CIM-9-MC	Codi Internacional de Malalties-9a Revisió- Modificació Clínica
CIMSS	Comissió Interdepartamental Mixta sociosanitària
CMBD	Conjunt Mínim Bàsic de Dades
CMBDAH	Conjunt Mínim Bàsic de Dades d'Alta Hospitalària
CMBDSM	Conjunt Mínim Bàsic de Dades en Salut Mental
CSM	Centre de Salut Mental
CSMA	Centre de Salut Mental d'Adults
CSMIJ	Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil
CTIC	Comissió Interdepartamental per a la coordinació d'actuacions de l'Administració de la Generalitat adreçades als infants i adolescents amb discapacitats o risc de patir-ne
DAFO	Debitats, Amenaces, Fortaleses i Oportunitats
DG	Direcció General
DGAIA	Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència
DGPA	Direcció General de Planificació i Avaluació
DI	Discapacitat Intel·lectual
DOGC	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
DUIR	Diplomat Universitari Infermeria Resident
EAP	Equips d'assessorament i orientació psicopedagògica
EAPs	Equips d'atenció Primària de Salut
ELSA	Project Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol
ESCA	Enquesta de Salut de Catalunya
ESEMeD-Spain	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
EV	Esperança de Vida
EVBI	Esperança de Vida en Bona Salut
EVLI	Esperança de Vida Lliure d'Incapacitat
EVSI	Esperança de Vida Sense Incapacitat
FECAFAMM	Federació Catalana de Familiars de Malalts Mentals
FMC	Federació de Municipis de Catalunya
GED	Grup d'Estudi i derivació
GHB	Gamma-hidroxibutirat
GHQ	General Health Questionnaire
GTS	Governos Territorials de Salut
ICS	Institut Català de la Salut
IES	Institut d'Estudis de la Salut
IMHPA	European Platform for Mental Health Promotion and Mental Disorders Prevention
IMPU	Institut Municipal de Psiquiatria d'Urgències

## 12. Glossari terminològic

INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
ISRS	Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina
LOSC	Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya
LSD	Lysergic Acid Diethylamide
MEF	Metges en Formació
MIR	Metge Intern Resident
NESARC	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
OIT	Organització Internacional del Treball
OMS	Organització Mundial de la Salut
OTD	Òrgan Tècnic de Drogodependències
PdS	Pla de Salut de Catalunya
PDSMiAd	Pla Director de Salut Mental i Addiccions
PEF	Psicòlegs en Formació
PMM	Programa de Manteniment amb Metadona
PNSD	Plan Nacional Sobre Drogas
PIB	Producte Interior Brut
PIR	Psicòleg Intern Resident
PSI	Pla de Serveis Individualitzat
PT	Pla Terapèutic
SAMCAT	Salut Mental a Catalunya (Estudi epidemiològic)
SM	Salut Mental
SEM	Servei d'Emergències Mèdiques
SESM-DI	Servei Especialitzat de Salut Mental per Persones amb Discapacitat Intel·lectual
SIDC	Sistema d'Informació sobre Dependències a Catalunya
TCA	Trastorn del Comportament Alimentari
TDAH	Trastorns per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat
TEC	Teràpia Electro-convulsiva
TGD	Trastorns Generalitzats del desenvolupament
TIC's	Tecnologies de la Informació i la Comunicació
TLP	Trastorn Límit de la Personalitat
TM	Trastorn Mental
TMG	Trastorn Mental Greu
TMS	Trastorn Mental Sever
TUS	Trastorn per Ús de Substàncies
UADP	Unitat d'Alta Dependència Psiquiàtrica
UAPE	Unitat d'Atenció Psiquiàtrica especialitzada
UCA	Unitat de Crisis per Adolescents
UE	Unió Europea
UHD	Unitat Hospitalària de Desintoxicació
URPI	Unitat de Referència Psiquiàtrica Infantil
VIH	Virus d'Immunodeficiència Humana
XAD	Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de Catalunya
XHUP	Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública de Catalunya
XSM	Xarxa de Salut Mental

## 13. Bibliografía consultada

### 13. Bibliografia consultada

1. Font: ESEMeD i SAMCAT, 2002
2. Thornicroft i Tansella (World Psychiatry Association 2002)
3. Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya 15/1990
4. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya- Núm. 572-7-VIII-85
5. Plan Nacional sobre Drogas, Consumo de drogas en España. En <http://www.mir.es/pnd/doc/presenta/presenta.htm>
6. Guillem López Casanovas: «Los problemas de gestión en el sistema sanitario». El País, 26 de juliol de 2004
7. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1498-504
8. World Health Organisation. World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001.
9. Gisbert, R, Brosa M. Avaluació de la participació dels Plans Directors en la despesa sanitària del CatSalut. Barcelona, juliol 2006.
10. Rhimer Z. Strategies o suicide prevention: Focus on health care. *Journal of affective disorders*, 39(1996) 83-91.
11. Murray CJL, Lopez A.D, eds. Summary: The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press, 1996.
12. Bipolar disorder—costs and comorbidity. Hirschfeld RM, Vornik LA. *Am J Manag Care*. 2005, 11(3 Suppl):S85-90.
13. Toro J. Psiquiatria de la adolescència. Biblioteca de psiquiatria en atención primaria. Aula Médica Ediciones. Madrid 1999.
14. Volberg, R. A. The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *American Journal of Public Health*, 1994; 84: 237-41
15. Walker, M.B. and M.G. Dickerson. The prevalence of problem and pathological gambling. A critical analysis. *Journal of Gambling Studies* 1996; 12(2): 233-49
16. Lesieur, H.R. and R. Klein. Pathological Gambling among high school students. *Addictive Behaviours*, 1987; 12: 129-35
17. Gual A, Colom J. Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe? *Addiction* 1997; 92 (Suppl 1): S21-31.
18. Fox K, et al. Estimating the cost of substances abuse to the medicaid Hospital Care Program. *Am J Public Health* 1995; 85: 1.
19. Brugal MT, Barrio G, Royuela L, de la Fuente L, Regidor E. Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Med Clin (Barc.)* 2004; 123: 775-777.
20. Bargagli AM, Hickman M, Davoli M, Perucci CA, Schifano P, Buster M, Brugal T, Vicente J; COSMO European Group. Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *Eur J Public Health*. 2006;16:198-202.
21. Suelves JM, Brugal MT, Caylà JA, Torralba L. Cambio en los problemas de salud provocados por la cocaína en Cataluña. *Med Clín (Barc)* 2001;117:581-583.
22. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch. Gen. Psychiatry* 2004; 61: 807-816.
23. Rehm, J., R. Room, M. Monteiro, G. Gmel, K. Graham, N. Rehn, C. T. Sempos, U. Frick, and D. Jernigan (2004). «Alcohol.» Comparative quantification of health

### 13. Bibliografia consultada

- risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors, Edited by M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, and C. J. L. Murray. Geneva: WHO.
24. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La salut i els serveis sanitaris a Catalunya: la visió dels ciutadans l'any 2002. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
25. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood Mr, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med* 1970; 24: 18-23.
26. Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz P.E. Segura A. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit* 1988; 12: 153-159.
27. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La Salut i els Serveis Sanitaris a Catalunya. La visió dels ciutadans l'any 2002. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2003.
28. Rehm, J., R. Room, M. Monteiro, G. Gmel, K. Graham, N. Rehn, C. T. Sempos, U. Frick, and D. Jernigan (2004). «Alcohol.» Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors, Edited by M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, and C. J. L. Murray. Geneva: WHO.
29. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2003.
30. Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the Community*. Londres: Tavistock; 1980
31. McManus P, Mant A, Mitchell PB et al. Recent trends in the use of antidepressant drugs in Australia, 1990-1998. *MJA* 2000;173:458-61
32. Pincus HA, Tanielian MA, Marcus SC et al. Prescribing trends in psychotropic medications. *JAMA*. 1998; 279:526-31.
33. A Ortiz i C Lozano, *Aten Primaria* 2005;35(3):152-5
34. Double D. The limits of psychiatry. *BMJ*.2002;324:900-4
35. Bolívar B, Juncosa S, Martínez C, Pasarín I, Pujol E, Rosell M. Taxes d'incidència i prevalença a l'Atenció Primària. Mètodes per a la seva obtenció. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina, 2002.
36. Aragonès E, Gutiérrez MA, Pino M, Lucena C, Cervera J, Garreta I. Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 27:623-628
37. Üstun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care*. New York: John Willey and Sons, 1995
38. Martín C, Pedrosa R, Herrero JJ, De Dios J, Ramírez P, Sáez JM. Prevalencia de Psicopatías en un centro de salud rural. *Aten Primaria* 2003; 31: 39-46
39. Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L, Ramírez R. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1996; 18: 52-58.
40. Gabarrón E, Vidal JM, Haro JM, Boix I, Jover A, Arenas M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en AP. *Aten Primaria* 2002; 29 (6):329-337.
41. Atlas de recursos de Salud Mental en el mundo. 2001 OMS - Ginebra
42. National Health Service. «Modern Standards and Service Models». *Mental Health - National service frameworks* (September 1999)
43. Piano Regionale Salute Mentale Regione Lombardia. Direzione Generale Sanità. Milano
44. Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Plan Estratégico 2004 – 2008. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud (octubre 2004)
45. Memoria de actividad 2005. Servicios extrahospitalarios de salud mental de Biskaia (Osakidetza). Plan Estratégico de salud Mental de Osakidetza.
46. Plan de psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008. de la France.

### 13. Bibliografia consultada

---

47. Organisation des Services de Santé mentale dans la communauté. Enseignements à tirer de la recherche évaluative. Planification – Evaluation Santé Services Sociaux. Québec (abril 1998)
48. Mental Health Services in Norway. Prevention – Treatment - Care (1999 – 2008). HELSE –OG OMSORGSDEPARTEMENTET. Norwegian Ministry of Health and Care Services. January 2005
49. WHO, Mental Health Atlas 2005
50. The European Service Mapping Schedule – Versió GEMP II (ESMS-GEMPII – Diagrama de Servicios de Salud Mental. Versió original: Sonia Johnson, Robert Kuhlmann i el grup EPCAT. Versió castellana: Cristina Romero, Luis Salvador-Carulla, Grup d'Investigació de Medicina Psicosocial - GEMP (versió 4 – Març 2002).