

(PD)

Departamento de Salud
Dirección General de Planificación y Evaluación

Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña

Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña

06

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)

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Edita: Direcció General de Planificació i Avaluació.

Pla Director Sociosanitari

Primera edició: Barcelona, octubre de 2006

Tiratge: 1.500 exemplars

ISBN: 84-393-7264-7

Dipòsit legal: B-46368-2006

Assessorament lingüístic: Caballeria T&A SL

Disseny: eggeassociats

Impressió: Gràfiques Pacífic

Índice

PRESENTACIÓN	5
1. Resumen ejecutivo	7
2. Introducción	13
2.1 Antecedentes históricos	14
2.2. El modelo del Plan Director de Salud Mental y Adicciones	19
3. Finalidad del Plan	25
3.1 Misión	26
3.2 Valores	26
3.3 Objetivos del Plan de Salud 2010	26
4. Organización del Plan Director	29
5. Análisis de situación	33
5.1 Los costes de la salud mental	34
5.2 Estado de salud	35
5.3 Percepción de la salud	44
5.4 Utilización de servicios	49
5.5 Mortalidad	52
5.6 Morbilidad hospitalaria	55
5.7 Morbilidad ambulatoria	57
5.8 DAFO	67
6. Propuestas	75
6.1 Líneas y objetivos operativos	76
6.2 Proyectos priorizados para el periodo 2005 - 2007	99
7. Mapa sanitario	109
7.1 Introducción	110
7.2 Los ejes del cambio	111
7.3 Ámbitos de intervención implicados	115
7.4 Los criterios de planificación	118
7.5 Aspectos críticos	125
8. Seguimiento y evaluación	129
9. Actores del Plan	137
10. Anexo	149
11. Índice de tablas, figuras y gráficos	153
11.1 Figuras	154
11.2 Gráficos	154
11.3 Tablas	155
12. Glosario terminológico	157
13. Bibliografía consultada	161



Presentación de la consejera de salud, Marina Geli, para el Plan Director de Salud Mental y Adicciones.

La planificación sanitaria es uno de los ejes fundamentales de la política de Gobierno. El buen nivel de calidad y eficiencia del sistema sanitario catalán hace que la salud de los ciudadanos de Cataluña sea una de las mejores del mundo. En este marco, la planificación sanitaria del Departamento de Salud tiene como objetivo marcar las directrices estratégicas para continuar avanzando en la mejora del estado de salud, la disminución de las desigualdades y la eficiencia de los servicios de salud; haciendo especial énfasis en que los servicios de salud continúen contribuyendo a la mejora de la salud y de la calidad de vida de los ciudadanos con la incorporación de la nueva evidencia científica y la visión de los profesionales y de los ciudadanos.

El Plan de Salud de Cataluña es la herramienta con la que se dota el Gobierno para marcar las prioridades en materia de salud. El Gobierno de la Generalidad, fomentando el rol directriz del Plan de Salud, lo refuerza creando los planes directores que se encargan de hacer operativas las políticas marcadas en el Plan de Salud. El Departamento ha priorizado seis materias, sobre la base del análisis de la salud, de los servicios sanitarios y del contexto socioeconómico del país, como planes directores para el periodo 2005-07. Estos son: la salud mental y las adicciones, la oncología, las enfermedades vasculares, los problemas de salud sociosanitarios, la inmigración y la investigación en ciencias de la salud.

Los planes directores, adaptados a la realidad de nuestro país y al contexto económico sanitario, definen las actividades y la ordenación de servicios necesaria para alcanzar las políticas planteadas con una visión integrada de la situación y abordando desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta la rehabilitación, con las actuaciones de diagnóstico y tratamiento. Los planes definen un modelo de atención y organización de servicios, que partiendo de la realidad, permiten continuar avanzando en la eficiencia y calidad del sistema.

Con estas líneas les quiero presentar el Plan Director de Salud Mental, fruto del trabajo de muchos profesionales que, junto con instituciones proveedoras de servicios, asociaciones de pacientes y familiares y técnicos del Departamento, han elaborado las principales líneas estratégicas y operativas para alcanzar los objetivos de salud y de calidad y eficiencia de servicios.

En enero de 2005, y dentro de la Declaración de Helsinki, la Unión Europea declaró la salud mental como una prioridad. La visión europea parte de la convicción que muchos de los grandes objetivos estratégicos de la Unión, como son la prosperidad duradera de su población, la solidaridad, la justicia social, y la calidad de vida de los ciudadanos, no podrán ser asumidas sin una mejora clara de la salud mental de las personas. Esta Declaración señala explícitamente que se deben enfocar los graves problemas de la salud mental desde las políticas públicas, en una perspectiva integradora que enfatice el respeto a los derechos humanos y el rechazo al estigma y la discriminación con el despliegue de políticas de promoción y prevención de la salud mental y con la implantación de modelos de atención de base comunitaria y multidisciplinaria.

El Departamento de Salud ha querido priorizar el despliegue del Plan Director de Salud Mental y Adicciones vista la elevada prevalencia de trastornos mentales, porque estos problemas de salud generan una gran carga personal, familiar, social y sanitaria. La finalidad es incorporar los aspectos de promoción y prevención de la salud mental porque debe garantizarse una atención adecuada tanto a las personas con trastornos mentales graves como a sus familias.

Para dar respuesta a todos estos retos que nos ofrece la sociedad actual se crea el Plan Director de Salud Mental que, con una periodicidad de tres años, fija los objetivos de atención así como las acciones que harán posible que se alcancen estos objetivos.

Esta importante herramienta de trabajo se acompañará del desarrollo posterior de los procesos preventivos y asistenciales y de los circuitos necesarios para hacer operativas las estrategias en las diferentes regiones y gobiernos territoriales de salud de Cataluña.

El Plan, que se acompaña de material de formación destinado a los profesionales y de información para pacientes y familiares, nace con la voluntad de ser transparente y publicar de forma sistemática sus resultados.

A todos aquellos que han participado en la elaboración del documento quiero agradecerles su dedicación y el esfuerzo realizado. Espero y deseo que este Plan sea de utilidad para todos los profesionales que trabajan en el sistema sanitario y que contribuyen a la mejora de la salud y la calidad de vida de los ciudadanos de Cataluña del siglo XXI.

Marina Geli i Fàbregas
Consellera de Salut

1. Resumen Ejecutivo

1. Resumen ejecutivo

La salud mental ha sido declarada recientemente una prioridad en el seno de la Unión Europea (Declaración de Helsinki, enero de 2005). La visión europea parte de la convicción de que muchos de los grandes objetivos estratégicos de la Unión, como son la prosperidad duradera de su población, la solidaridad y la justicia social, y la calidad de vida de los ciudadanos, no podrán ser asumidos sin una mejora clara de la salud mental de las personas.

La OMS define la salud mental como un estado del bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad.

Pero la salud está condicionada por múltiples factores de todo tipo: biológicos, psicológicos, familiares y sociales, educativos, económicos y medioambientales, que se relacionan entre sí y producen resultados en términos de salud.

Las rápidas transformaciones sociales en este inicio del siglo no son ajenas a los incrementos de la frecuencia de las enfermedades mentales, las adicciones y otras conductas como la violencia, el suicidio o el comportamiento antisocial.

En Cataluña, la prevalencia de vida de sufrir un trastorno mental o una adicción es del 20,34% en los hombres y del 26,92% en las mujeres (7,4% y 14,17% prevalencia al año, respectivamente), unas tasas superiores a las españolas y muy similares a las europeas.

Un nuevo modelo de atención de salud mental y adicciones basado en:

- La orientación de los servicios a las **necesidades de los usuarios** y la promoción de su implicación activa en los planes terapéuticos y la participación de sus representantes legales en la planificación a nivel central y local.
- **Integración** como objetivo de mejora permanente. Integración entre las redes especializadas (salud mental, drogodependencias, hospitalaria) y con la plena implicación de la atención primaria de salud.
- **Una visión global y de continuidad asistencial basada en el trabajo en red** y en la multidisciplinariedad de los equipos.
- **Un enfoque comunitario en los servicios y en las prestaciones**, con un modelo más preventivo, más rehabilitador y más proactivo en todas las intervenciones.
- **Una organización basada en el sistema de atención integrado e integral con base territorial.**
- **Una práctica asistencial basada en la evidencia científica** y experiencia demostrable.

Objetivos del Plan Director de Salud Mental y Adicciones (PDSMYA)

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y las adicciones:

- Promover los factores de protección de la salud mental.
- Promover la prevención de los trastornos mentales y las adicciones a nivel comunitario desde una visión intersectorial e interdisciplinaria.
- Prevención de trastornos mentales y las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas en poblaciones más vulnerables.

2. Mejora de la atención de los trastornos mentales y adicciones en la Atención Primaria de Salud (APS):

- Cartera de servicios específica en salud mental y adicciones en la Atención Primaria.
- Mejorar la detección precoz y la capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud.
- Mejorar la formación de los profesionales de la AP.
- Mejorar el apoyo de los equipos de SM en la APS.

3. Incorporación de una cartera de servicios orientada a las necesidades de los usuarios, con base territorial:

- Conseguir que la cartera de servicios de salud mental y adicciones esté realmente orientada a los usuarios y a sus familias.
- Mejorar la cartera de servicios para atender los problemas de salud priorizados.
- Reorganizar los servicios actuales de acuerdo con las nuevas necesidades estratégicas.
- Potenciar un sistema de gestión integrada que garantice la continuidad asistencial.

4. La voz de los afectados: mejorar su implicación y alcanzar el compromiso de la red con sus derechos:

- Promover un sistema de atención y unos servicios respetuosos hacia la autonomía de las personas, responsables en relación con sus necesidades y cuidadosos con sus derechos y sus responsabilidades.
- Favorecer la participación de los afectados en cuanto ciudadanos.

5. La voz de los profesionales: conseguir su implicación y su satisfacción:

- Incrementar la satisfacción de los profesionales.
- Evaluar la satisfacción de los profesionales.
- Alcanzar una retribución salarial y unas condiciones de trabajo equitativas con el resto de la red sanitaria (mesa social/ Acuerdo Marco).
- Alcanzar la formación necesaria de los profesionales para abordar los cambios estratégicos propuestos.
- Asegurar la participación de los profesionales.

6. Promoción de la organización funcional integrada de las redes y servicios de atención de salud mental y adicciones:

- Integrar las redes de salud mental de adultos, de infantil y de drogodependencias.
- Posibilitar un sistema de gestión territorial integrada de los servicios, de acuerdo con el Programa de Atención a la Dependencia y el Plan de Atención Integral a las Personas con Enfermedad Mental.

7. Favorecer la mejora de los sistemas de gestión con la implicación de las entidades proveedoras:

- Potenciar la cultura de la evaluación como estrategia para la mejora de la calidad.
- Disminuir la variabilidad clínica inadecuada.
- Mejorar la información clínica y epidemiológica mediante las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

8. Potenciar la formación continuada y el sistema docente de postgrado:

- Planificar las necesidades de profesionales para el futuro.
- Producir los cambios necesarios en el sistema docente de postgrado, de acuerdo con los objetivos del Plan.
- Ajustar el sistema MIR, PIR, DUIR a las directrices PDSMA.
- Construir un sistema de experiencia y ámbitos de especialización acreditada.

1. Resumen ejecutivo

9. Fortalecimiento de la investigación epidemiológica y clínica, de la evaluación de los servicios, y de la cooperación europea:

- Fortalecer la investigación epidemiológica y clínica.
- Estimular la cooperación con los países de la UE y con los organismos internacionales relacionados.
- Estimular la participación del PDSMA y de la red en proyectos europeos.

10. Asegurar la gestión del cambio:

- Conseguir la equidad de la oferta asistencial en el territorio (mapa sanitario).
- Promover la capacidad de decisión y gestión de la comunidad y del territorio. Implicación de los gobiernos territoriales de salud.
- Promover un sistema de control de riesgos del cambio.

Prioridades para el periodo 2005-2007

1. Promocionar la salud mental y prevención de los trastornos mentales y las adicciones

- Elaborar una guía de actividades de promoción y prevención en las ABS.
- Promover la adecuada aplicación del Programa de Seguimiento del Niño Sano y de la Guía de actividades preventivas en la adolescencia.
- Elaborar una guía de intervenciones en el ámbito educativo.
- Desplegar programas comunitarios del consumo del alcohol y otras drogas en población adolescente.
- Elaborar una guía de actividades preventivas para población en la tercera edad.
- Proyectos de prevención en poblaciones vulnerables.
- Elaborar y llevar a cabo un proyecto de prevención del suicidio.
- Elaborar y llevar a cabo un proyecto de lucha contra el estigma.

2. Mejorar la atención de los trastornos mentales y adicciones en la Atención Primaria de Salud (APS)

- Definir la cartera de servicios de salud mental y adicciones e iniciar los proyectos demostrativos de implantación en el territorio.
- Definir con el servicio de emergencias médicas (SEM) el Programa de Atención inmediata a las Personas con Estrés Post-traumático ligado a situaciones de catástrofes.
- Diseñar programas de formación continuada.

3. Incorporar una cartera de servicios orientada a las necesidades de los usuarios, con base territorial

- Definir los criterios territoriales de despliegue de servicios (mapa sanitario y socio-sanitario).
- Implantar en toda Cataluña el Programa de Atención a las Urgencias Psiquiátricas Domiciliarias.
- Implantar progresivamente una nueva cartera de servicios de los CSM que incluya:
 - La atención a las personas con psicosis incipiente.
 - La atención a las personas con trastorno mental severo (TMS) con una mayor oferta de atención domiciliaria y apoyo a las familias.
 - La atención a la población infantil y juvenil con trastornos mentales graves (TMG).
 - La mejora de la oferta de tratamientos psicoterapéuticos para determinadas patologías.
- Implantar progresivamente una nueva cartera de servicios en los centros de atención y seguimiento de drogodependencia (CAS) con intervenciones específicas

para patologías y grupos de especial vulnerabilidad y actividades psicoterapéuticas.

- Mejorar la atención especializada a poblaciones vulnerables.
- Implantar en toda Cataluña el modelo de gestión clínica del caso.
- Crear unidades funcionales para la atención a los niños con discapacidades psíquicas y físicas.
- Crear y llevar a cabo programas de atención a los adolescentes con trastornos mentales y problemas de consumo de sustancias tóxicas.
- Crear y llevar a cabo programas de reordenación de los servicios de hospitalización y de rehabilitación comunitaria.
- Crear y llevar a cabo planes de reordenación de la atención a los TCA, ludopatías y los TLP.

4. La voz de los afectados: mejorar su implicación y alcanzar el compromiso de la red con sus derechos

- Crear guías sobre tratamiento e ingreso involuntario y medidas restrictivas en psiquiatría.
- Promocionar la creación de espacios de participación activa de las organizaciones de familiares y de usuarios.

5. La voz de los profesionales: conseguir su implicación y la mejora de su satisfacción

- Elaborar un programa de formación continuada con el IES y el CCECS.
- Revisar el sistema retributivo (mesa social/Acuerdo Marco).

6. Promover la organización funcional integrada de las redes de atención de salud mental y adicciones

- Elaborar proyectos en el territorio para favorecer la gestión compartida y/o la proximidad física de los equipamientos.
- Elaborar proyectos conjuntos de actividades de apoyo a la Atención Primaria de Salud.
- Crear un programa común en el territorio para la atención a los adolescentes con TM y problemas de consumo.
- Crear espacios territoriales de cooperación CSMA - CSMIJ - CAS.
- Incorporar la salud mental y las drogodependencias al modelo de pago capitativo.
- Crear proyectos de gestión integrada en el territorio entre servicios sanitarios y sociales (demostrativos Prodep).

7. Favorecer la mejora de los sistemas de gestión con la implicación de las entidades proveedoras

- Ampliar las encuestas de satisfacción de los usuarios a los dispositivos de salud mental y drogodependencias.
- Proseguir con los procesos de evaluación externa.
- Elaborar indicadores de medida que permitan el benchmarking entre organizaciones, CCAA y otros países de la Región Europea.
- Mejorar los sistemas actuales de CMBD, que incluya los CAS.

8. Potenciar la formación continuada y el sistema docente de postgrado

- Incrementar la capacidad docente de las unidades docentes de Psiquiatría, Psicología clínica y Enfermería psiquiátrica.
- Encargar al IES y al CCECS un proyecto de revisión del actual modelo de formación más orientada a las prioridades del Plan Director.

1. Resumen ejecutivo

9. Fortalecimiento de la investigación epidemiológica y clínica de la evaluación de los servicios

- Colaborar con el Plan Director de Investigación en Ciencias de la Salud en la priorización de las líneas de investigación en salud mental y adicciones.
- Promover la creación de redes temáticas.
- Estimular la cooperación con países europeos y organismos internacionales (OMS, UE...).

Los factores críticos de éxito

La propuesta del PDSMA alineada con los objetivos de la Declaración de Helsinki, representa la oportunidad decisiva para alcanzar los niveles de atención que necesitan los ciudadanos en un aspecto tan significativo para su salud.

Implica un proceso de cambio notable y complejo, sujeto, por lo tanto, a numerosos factores críticos, que involucra a todos los agentes del sistema, incluidos los ciudadanos. Entre el conjunto de factores críticos, destacamos:

- La puesta en marcha de la Agencia de Salud Pública.
- La implicación de la APS y el incremento de su capacidad de intervención.
- La suficiencia, formación, participación y satisfacción de los profesionales.
- El compromiso de las entidades proveedoras y de los profesionales en los objetivos del PDSMA.
- La capacidad de liderazgo del cambio, de implantación, seguimiento y evaluación, con la implicación de la planificación, el Servicio Catalán de la Salud, las regiones sanitarias, el ICS, las entidades y los profesionales.
- La financiación y el ritmo sostenido necesario para alcanzar los objetivos y la incorporación de las redes de salud mental y drogodependencias en el modelo de pago capitolativo.
- El reforzamiento de la cultura interdisciplinaria e interdepartamental, la inclusión de la atención a las personas con enfermedades mentales en el Programa de Atención a la Dependencia o el despliegue del Plan Integral de Atención a las Personas con Problemas de Salud Mental.
- El protagonismo de los gobiernos territoriales de salud (GTS).
- La integración entre las diferentes redes de salud mental y drogodependencias.
- La participación activa de los usuarios y la complicidad de la población.
- Un nuevo sistema de información sanitaria que estimule y facilite la evaluación de la demanda y la respuesta de los servicios.

2. Introducción

2. Introducción

2. Antecedentes históricos

La atención psiquiátrica y de salud mental

El desarrollo de la atención psiquiátrica en Cataluña ha seguido un proceso similar al producido en la mayor parte de países desarrollados¹. Tradicionalmente, la asistencia psiquiátrica dependía de las diputaciones provinciales y no estaba integrada dentro del régimen de la Seguridad Social (Instituto Nacional de Previsión, INSALUD, etc.). Evidentemente tenía una consideración encarada más a la asistencia benéfica que no a la asistencia sanitaria. Es preciso tener presente, también, la influencia que ha tenido el desarrollo de los manicomios, desde finales del siglo XIX hasta casi los años setenta, que es cuando se inicia en Cataluña una tímida reforma psiquiátrica, con el desarrollo de los primeros servicios comunitarios (centros de higiene mental promovidos desde los ayuntamientos democráticos, reconocidos y financiados por la Diputación de Barcelona).

Los hospitales psiquiátricos que había en todo el Estado español cumplían, además de la función estrictamente sanitaria, otras de tipos «asilar» y de guardia y custodia, puesto que en ellos se ingresaban aquellos individuos que por orden judicial eran declarados «peligrosos sociales». Esta vinculación con el mundo de la Administración de Justicia ha añadido un grado más de complejidad a la gestión de las instituciones psiquiátricas.

A mediados de la década de los setenta se inicia en Europa el movimiento de la reforma psiquiátrica, que tiene como referencias históricas la corriente psicossocial anglosajona, el modelo francés de sectorización y psicoterapia institucional y la antipsiquiatría italiana, con la apertura de los hospitales psiquiátricos, la externalización de los enfermos que hay ingresados, y su reinserción y tratamiento en la comunidad.

Este movimiento de reforma y cambio llega a España con unos años de retraso, y es con la aprobación de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, cuando se establece la integración de la asistencia psiquiátrica dentro del sistema sanitario general (Sistema Nacional de Salud). A partir de aquel momento deja de ser una competencia de las diputaciones provinciales y evoluciona de manera diferente en todo el Estado dependiendo de diferentes factores, como por ejemplo:

- si la comunidad autónoma tiene transferidas o no las competencias en materia sanitaria.
- si se trata de una comunidad autónoma uniprovincial (como por ejemplo Asturias, Madrid, o La Rioja).

Cataluña se encuentra en el grupo de las comunidades autónomas que tienen transferidas, desde el año 1981, las competencias en materia de sanidad, al igual que el País Vasco y Andalucía.

A partir del año 2002 se extendió la transferencia de las competencias en materia de sanidad a lo que se conocía como territorio INSALUD. A pesar de ello, la manera de acceder a las transferencias y los años transcurridos, aún hacen que la situación de las comunidades autónomas de Andalucía, País Vasco y Cataluña sea sensiblemente diferente.

El sistema sanitario catalán presenta, dentro del conjunto del Estado español, una serie de peculiaridades que lo hacen sensiblemente diferente al resto. La más característica, y muchas veces mencionada, es la de un sector público que no representaba el año 1981 más del 34% de las camas hospitalarias de agudos, mientras que esta proporción en el conjunto del Estado era del 67%, o sea, casi el doble².

Y eso no sólo es válido dentro del ámbito de la sanidad general si no que también se puede extender al ámbito de la atención psiquiátrica. De los hospitales psiquiátricos existentes en Cataluña en 1990 sólo dos eran de titularidad pública:

- el Hospital Psiquiátrico de Salt, dependiente de la Diputación de Girona, y
- la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramenet (actualmente denominada «Centro Asistencial Dr. Emili Mira i López»), de la Diputación de Barcelona.

En la provincia de Tarragona, la atención psiquiátrica se prestaba mediante la contratación de los servicios al Instituto Pere Mata y al Sanatorio Villablanca de Reus. Las comarcas de Lleida tampoco disponían de un hospital psiquiátrico público de referencia y los enfermos mentales de la provincia normalmente se ingresaban en Reus o en hospitales psiquiátricos de Aragón.

La Diputación de Barcelona también tenía una relación contractual con los hospitales psiquiátricos de Sant Boi de Llobregat (Sant Joan de Déu, servicios de salud mental, y Benito Menni, complejo asistencial en salud mental), de Martorell (Sagrado Corazón, servicios de salud mental), el Instituto Municipal de Psiquiatría de Barcelona (IMPU) o el Instituto Frenopático de Barcelona, actualmente cerrado, así como con otros hospitales generales que tenían Servicio de Psiquiatría (Hospital Clínico, Hospital del Mar) puesto que con la Clínica Mental de Santa Coloma no se cubrían las necesidades de hospitalización de los pacientes de la provincia de Barcelona.

En el año 1990 se formalizó un convenio entre la Diputación de Barcelona y la Generalidad de Cataluña, mediante el cual la Diputación de Barcelona delega en la Generalidad las funciones de gestión de los contratos que tenía establecidos con diferentes entidades para atender a los enfermos mentales de la provincia de Barcelona. Y no es hasta octubre de 1992 cuando se realizan los traspasos de competencias en materia de salud mental de las otras tres diputaciones catalanas (Tarragona, Lleida y Girona).

Toda esta serie de recursos estaban dedicados, exclusivamente, a la atención de la población adulta. Por ello el Gobierno de la Generalidad, a través del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, puso en marcha, en el año 1989, una red de atención específica a los niños y adolescentes con problemas de salud mental que quedaban excluidos. Esta red, básicamente de centros concertados, se componía inicialmente de los CAPIP (actualmente CSMIJ) y de las URPI (unidades de hospitalización psiquiátrica infantil, vinculadas a hospitales generales). Posteriormente, estos recursos se han ido diversificando y ahora ofrecen un amplio abanico asistencial específico, pero integrado, en la red de recursos asistenciales de salud mental (unidades de hospitalización de adolescentes, hospitales de día, centros de día infantiles, etc.).

En Cataluña, la atención psiquiátrica se presta a través de una multiplicidad de entidades proveedoras de características diferentes (hospitales generales, hospitales psiquiátricos, fundaciones, asociaciones de profesionales), que conforman la Red de Salud Mental creada por el Decreto 213/1999, de 3 de agosto, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Los elementos básicos que han determinado el desarrollo de los servicios de atención psiquiátrica y de salud mental en Cataluña son los siguientes:

- La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña 15/1990, de 9 de julio (LOSC), marco normativo y jurídico que establece en su disposición adicional sexta la integración

2. Introducción

de la asistencia psiquiátrica en el sistema de cobertura del Servicio Catalán de la Salud.

- El Plan de Salud de Cataluña (PdS), que define los objetivos de salud fundamentales para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que es preciso llevar a cabo por parte del sistema sanitario y otros ámbitos e instituciones implicados en la salud. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la equidad, la eficiencia, la calidad de los servicios y la satisfacción de los ciudadanos son los ejes alrededor de los que se articulan las diferentes intervenciones y actuaciones prioritarias.
- El Decreto 213/1999, de 3 de agosto, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, por el que se crea la Red de Centros, Servicios y Establecimientos de Salud Mental de Utilización Pública, que tipifica los diferentes dispositivos que forman la Red de salud mental.

Para llevar a cabo este desarrollo de servicios, en septiembre de 1999 se firmó el Acuerdo de Reordenación de los Servicios de Atención Psiquiátrica y Salud Mental de Cataluña, y más concretamente los acuerdos para la reconversión de los hospitales psiquiátricos monográficos de Cataluña. Ésta era una prioridad estratégica del Departamento de Sanidad para el periodo 1999 - 2006, y el objetivo primordial de este acuerdo era la mejora de la calidad asistencial de los servicios de atención psiquiátrica y de salud mental que se presta a los usuarios del sistema sanitario público.

El Decreto 213/1999, por el que se crea la Red de Centros, Servicios y Establecimientos de Salud Mental de Utilización Pública, tipifica los diferentes dispositivos que forman la Red Pública de Salud Mental (diferenciando los recursos según la población a atender (infantil y juvenil o población adulta) en:

- Servicios de atención especializada de salud mental, de apoyo a la Atención Primaria de Salud (centros de salud mental)
- Servicios de urgencias psiquiátricas
- Servicios de hospitalización de agudos
- Servicios de hospitalización de subagudos
- Servicios de internamiento en la comunidad
- Servicios de hospitalización de larga estancia psiquiátrica
- Servicios de atención específica
- Servicios de hospitalización parcial
- Servicios de rehabilitación comunitaria
- Servicios de atención en unidades polivalentes en la comunidad

La atención especializada en psiquiatría y salud mental en Cataluña constituye un verdadero subsistema muy complejo dentro del sistema sanitario catalán. Los diferentes recursos y servicios que forman la red pública de salud mental se organizan alrededor de 3 niveles asistenciales básicos:

- la atención especializada ambulatoria de apoyo a la primaria de salud (centros de salud mental),
- la atención hospitalaria (urgencias psiquiátricas, hospitalización de agudos, hospitalización de subagudos, hospitalización de media y larga estancia, hospitalización parcial, unidades de internamiento en la comunidad, comunidades terapéuticas y unidades comunitarias polivalentes),
- la rehabilitación psiquiátrica comunitaria (centros de día y centros de inserción laboral).

La provisión de los diferentes servicios en Cataluña es mayoritariamente concertada, con una composición muy heterogénea que abarca las fundaciones benéfico - privadas, sin ánimo de lucro, las organizaciones religiosas y las asociaciones de profesionales.

Las entidades proveedoras pueden ser grandes instituciones psiquiátricas, que proveen servicios de diferente naturaleza (hospitalarios, ambulatorios y de rehabilitación), los servicios de psiquiatría de los hospitales de la XHUP, algunos de los cuales son hospitales universitarios, o bien pequeñas entidades, generalmente asociaciones de profesionales sin ánimo de lucro, que ofrecen un único servicio (CSM o centro de día). Actualmente, existen más de 65 entidades proveedoras de servicios de salud mental.

La atención a las drogodependencias

La organización de la atención a las drogodependencias ha sido determinada en gran medida por la evolución del propio fenómeno y su conceptualización. Las conductas adictivas, actualmente aceptadas por la comunidad científica como un trastorno mental, han sido consideradas en un pasado reciente como un defecto moral, una muestra de falta de voluntad, una patología sociofamiliar o incluso como parte de un proceso de marginalización voluntaria.

Por lo tanto, no es de extrañar que en general los primeros servicios para dar atención a las personas drogodependientes hayan salido de la propia red social a partir de las iniciativas de diferentes entidades municipales y privadas sin afán de lucro. Estos recursos eran muy diversos en lo que concierne a su modelo de intervención y a su vinculación con las administraciones y estaban más próximos al ámbito social y de la beneficencia que al sanitario.

La Red de Atención a las Drogodependencias de Cataluña (XAD) se constituyó como una red específica y profesionalizada para dar una atención integral a las personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. El desarrollo de esta red fue una de las prioridades de los planes de drogodependencias que se han ido elaborando en nuestro país desde 1986.

El Parlamento de Cataluña, sensible al impacto de las drogodependencias, aprobó con un amplio consenso, la Ley 20/1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia³. Esta Ley, una de las pioneras en España, constituye el eje normativo vertebrador del conjunto de medidas del Plan Catalán de Drogodependencias y entiende la dependencia de las drogas (tanto las ilegales como las socialmente integradas) como una enfermedad común que debe tratarse en el sistema sanitario.

Fruto del despliegue de esta Ley, parcialmente modificada por la Ley 10/1991, de la necesidad de desarrollar una acción coordinada y de asegurar la colaboración de los departamentos del Gobierno de la Generalidad y las administraciones locales, se constituye la Comisión de Coordinación y de Lucha contra las Dependencias de Drogas presidida por el entonces consejero de Sanidad y Seguridad Social. Adscritos al mismo Departamento se crean el Consejo Director y el Órgano Técnico de Drogodependencias (OTD), que ejercerá las funciones de planificación y programación de las actuaciones referidas al despliegue de la Ley (Decreto 160/1986, de 26 de mayo, DOGC núm. 703, publicado el 20 de junio de 1986).

Paralelamente, en España se crea en 1985 el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)

2. Introducción

como iniciativa gubernamental que dependía del Ministerio de Asuntos Exteriores⁴, con el fin de hacer frente a la situación social generada por el problema del consumo de drogas, así como coordinar y potenciar las políticas en la materia por parte de las administraciones públicas y entidades sociales.

En 1987 el Órgano Técnico de Drogodependencias recibe el encargo de elaborar un plan de actuaciones aprobado por el Consejo Ejecutivo y presentado en comisión al Parlamento de Cataluña. Fueron un conjunto de propuestas de actuación coordinadas entre las diversas administraciones de Cataluña para prevenir el fenómeno, dar asistencia y rehabilitar a las personas afectadas. Dentro del ámbito estatal se coordina con el PNSD, que lo financia en parte. Los dos planes querían ser una respuesta de la Administración a la exigencia social de resolver el problema del elevado consumo de heroína, aunque en Cataluña se dirige a todas las drogodependencias y considera los problemas relacionados con el alcohol y las drogas desde una perspectiva de salud pública.

En lo que concierne a la evolución del fenómeno de las drogodependencias, al inicio de los años 80, se observa un incremento de la oferta de heroína que se extendió a todos los estratos sociales, preferentemente a la población joven, y que creó una progresiva marginación, junto con una pérdida progresiva de salud y un alto riesgo de muerte prematura, relacionada fundamentalmente con la aparición de la infección por el VIH y la elevada prevalencia de consumidores de heroína por vía parenteral. A principio de los años noventa, se perciben cambios y modificaciones en el entorno de los consumidores de drogas y se pone de manifiesto el incremento del consumo de drogas de síntesis, conjuntamente con el del alcohol; así como, la aparición de un nuevo perfil de consumidor, alejado del paradigma del «heroinómano», hasta entonces el único vigente. Sin dejar de lado el impacto que supuso la seropositividad en los usuarios y sus familias y, por tanto, dentro del sistema sanitario, se incorporan dentro de la XAD nuevos programas sustitutos de la heroína, la coordinación con el conjunto de dispositivos sanitarios y una progresiva implantación de los programas de disminución de daños.

La XAD está integrada por centros dependientes de diversos organismos (administraciones locales, organizaciones no gubernamentales, Instituto Catalán de la Salud) y sus actividades están coordinadas por el OTD, con la colaboración del Departamento de Bienestar y Familia en cuanto a las comunidades terapéuticas y a los programas de reinserción.

A nivel funcional, la XAD ha quedado estructurada en cuatro niveles asistenciales:

- Primer nivel. Atención primaria sanitaria y social. Sobre todo, en el diagnóstico de la detección precoz y de consumidores de riesgo, así como en la intervención breve.
- Segundo nivel. Centros de atención y seguimiento de las drogodependencias (CAS). En un inicio, estos centros estaban sectorizados a partir de una base geográfica comarcal. Cada territorio se subdividía en sectores asistenciales, en cada uno de los cuales había un CAS. Desde sus inicios han ofrecido un tratamiento especializado en régimen ambulatorio. Están integrados por equipos multidisciplinares y diseñan un programa de tratamiento que puede incluir la utilización de otros dispositivos especializados de la XAD.
- Tercer nivel. Unidades hospitalarias de desintoxicación, comunidades terapéuticas. En las unidades hospitalarias de desintoxicación se realiza el tratamiento del síndrome de abstinencia. En las comunidades terapéuticas se ofrece un tratamiento de larga estancia en régimen residencial que comporta la realización de actividades terapéuticas educativas orientadas a la inserción social del paciente.

- Cuarto nivel. Centros y programas de reinserción. Se utilizan, o bien recursos específicos para drogodependientes dirigidos a la reinserción en el medio social, o generales dirigidos a la población general pero de los que puede beneficiarse el colectivo.

La atención a las drogodependencias va más allá de la asistencia y engloba otros ámbitos de actuación de relevante importancia como la prevención, la reducción de daños, la reinserción, la docencia e investigación y, por último, la planificación, la ordenación y la coordinación con otros departamentos y organismos.

La normativa en que se basa la asistencia a las drogodependencias en Cataluña es la siguiente:

1. Ley 1/2002, de 11 de marzo, de tercera modificación de la Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia.
2. Orden de 31 de octubre de 1985 del Ministerio de Sanidad y Consumo que regula los tratamientos con metadona dirigidos a toxicómanos dependientes de opiáceos y establece que se realizarán únicamente en centros o servicios sanitarios públicos o privados sin ánimo de lucro, autorizados por la Administración sanitaria de las CCAA.
3. Decreto de 9/1986 de 16 de enero, sobre procedimiento sancionador de la Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia.
4. Decreto 69/1987, de 20 de febrero, por el que se detallan colas y otros productos industriales inhalables con efectos euforizantes o depresivos.
5. Decreto 247/1987, de 20 de julio, por el que se regula la señalización de las prohibiciones de venta y suministro de tabaco y bebidas alcohólicas a los menores de 16 años.
6. Decreto 184/1990, de 20 de junio, de creación del Programa de Atención Especializada para el Tratamiento de Conductas Adictivas, dirigido a los internos de instituciones penitenciarias.
7. Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, que regula los tratamientos con opiáceos a drogodependientes.
8. Orden de 20 de febrero de 1991, reguladora de los tratamientos que contempla el Real Decreto 75/1990, de 19 de enero.
9. Real Decreto 5/1996, de 15 de enero, que modifica el Real Decreto 75/1990.

2. El modelo del Plan Director de Salud Mental y Adicciones

La Declaración de Helsinki señala explícitamente que es preciso enfocar los graves problemas de la salud mental desde la salud pública, de manera que se facilite la comprensión de las múltiples variables que están influyendo en el incremento del padecimiento y de las dificultades de las personas en los países europeos. Este malestar está en la base del aumento de los trastornos de salud mental que se esperan para los próximos años. Desde esta perspectiva integradora, la Declaración pone énfasis en el respeto a los derechos humanos y en la implantación de modelos de atención de base comunitaria y multidisciplinaria. Un sistema de planificación y organización colaborativo entre las entidades y los agentes que participan, y el compromiso de evaluar los resultados de los planes y las intervenciones, son los otros ejes de la Declaración.

En concreto, se plantean los siguientes planes de acción:

- La promoción de la salud mental para todo el mundo
- La demostración del papel central de la salud mental
- La erradicación del estigma y la discriminación
- La promoción de actividades en etapas críticas de la vida
- La prevención de los problemas de salud mental y del suicidio

2. Introducción

- La garantía de acceso a la atención primaria para las personas que tienen problemas de salud mental
- Una oferta de atención efectiva en la comunidad, para los que sufren problemas graves
- El establecimiento de relaciones de cooperación con otros sectores no sanitarios
- La competencia de los profesionales de la salud mental
- La creación de un efectivo sistema de información sanitaria
- La financiación justa y adecuada
- La evaluación de la eficacia de las intervenciones y la generación de nuevas evidencias e innovaciones

Helsinki supone un hito fundamental en las estrategias de la OMS en relación con la salud mental. El Proyecto de Política de la Salud Mental (2001) ya señalaba la importancia de estas políticas en el marco de las reformas de salud y explicitaba que también las acciones sociales y legislativas externas al sector de la salud podían influir positivamente o negativamente en la salud mental de la población.

El modelo que inspira las diferentes propuestas del Plan Director de Salud Mental y Adicciones se basa en este marco europeo (figura 1). Un modelo que viene definido, en primer lugar, por un marco conceptual y epistemológico que parte de la propia misión y de los valores que la apoyan.

Figura 1. Los componentes de la definición de modelo

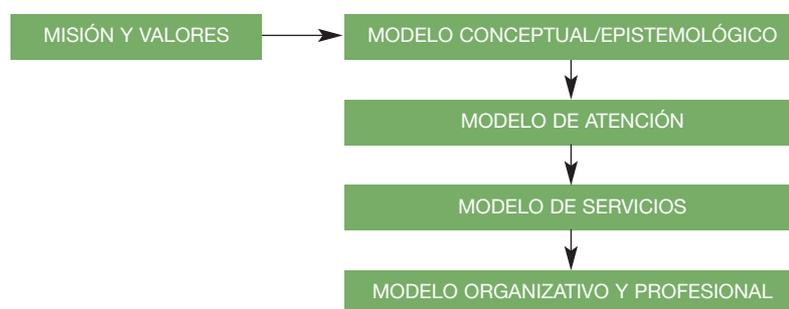


Figura de elaboración propia

En coherencia con la misión y el marco conceptual, y desde el análisis de las demandas y expectativas de todos aquellos que tienen que recibir atención, es preciso definir una propuesta referida al «qué», o sea, a los servicios más adecuados que las diferentes poblaciones diana esperan y necesitan (el modelo de atención). Mantener estos objetivos con los recursos necesarios centra entonces la cuestión del «cómo», el modelo concreto de servicios que es preciso implantar, y que debe continuar la coherencia iniciada para que lo que decimos sea lo que hacemos. Finalmente, un modelo de servicios debe implicar también una propuesta organizativa y una propuesta profesional.

Un modelo no sólo es una serie de definiciones ideológicas generales que nadie se atreve a discutir, sino, y sobre todo, la forma en que los conceptos - la misión - se realizan. Un modelo necesita ser planificado, porque sólo tendrá éxito si comporta unos objetivos claros y realistas, si va acompañado de todas las acciones que, de manera sincronizada, se requieren, si genera resultados en salud y satisfacción, y si es convenientemente evaluado para ir adaptándolo a los cambios del entorno y mejorándolo.

La propuesta epistemológica

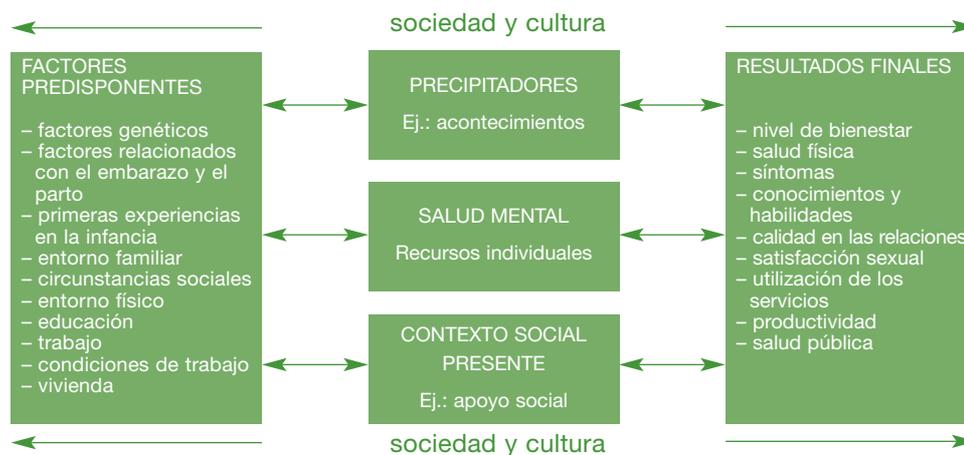
La salud mental, pese a las dificultades conceptuales que el término plantea, es un factor esencial para el crecimiento humano, para desarrollar una vida activa, mantener relaciones sociales y para tener capacidad de adaptación al medio físico y social que la rodea.

La construcción de la salud mental a lo largo de la vida (figura 2), y en especial durante las primeras etapas de la maduración psicobiológica, comporta una dinámica tan compleja y llena de variables que se confunde totalmente con la biografía y la experiencia del individuo.

Es indudable que los cambios sociales, tanto los macroscópicos o globales como los del entorno más inmediato -todos ellos relacionados-, impactan de manera decisiva en el individuo concreto, la mayor parte a veces de manera imperceptible y no consciente.

Muchos de estos factores, y tal vez los más importantes, no son controlables por la persona individual, pero pueden admitir influencias desde la construcción social, desde las políticas gubernamentales y desde la intervención de los expertos y los profesionales. Son **factores de carácter biológico** (como los genéticos), **individual** (como las experiencias afectivas personales), **familiares, sociales, económicos, educativos y medioambientales**.

Figura 2. El modelo funcional de la salud mental



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

Pero la salud mental, en cuanto condición para la salud, es también una cuestión que interesa al conjunto de la sociedad porque contribuye a la prosperidad, la solidaridad y la justicia social del conjunto. Se deben formular políticas en materia de trabajo, comercio, economía, educación, vivienda, planificación urbana, servicios municipales, asistencia social y justicia penal, de tal manera que contribuyan al fomento de la salud mental. Por todo ello, la salud mental es en primer lugar **una cuestión de salud pública**.

El compromiso con la salud mental de la población implica mirar de religar, en la perspectiva de salud pública que citábamos, los conceptos de salud y enfermedad en cuanto fenómeno social. Las actividades de **promoción de la salud y la prevención** de algunos trastornos evitables, con estrategias que van desde la identificación de los grupos de riesgo en diferentes edades, hasta la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental, son un eje clave de esta propuesta.

2. Introducción

Los trastornos mentales son modificaciones en el estado de la persona, que pueden ir de la vivencia de malestar, o pequeñas alteraciones del humor, angustia, tristeza o estrés, hasta graves cambios en el comportamiento, escisiones de la personalidad, depresiones graves, tentativas de suicidio o crisis de pánico. Siempre representan un cambio o una rotura vital que altera el contacto con los otros y repercute en la vida familiar, en el trabajo y en la situación económica. En resumen, los trastornos mentales alteran el bienestar de la persona, llegan, en ocasiones, a estados de gran dependencia y provocan alteraciones o padecimiento en su entorno sociofamiliar.

La prevalencia alta de trastornos mentales se relaciona con las **rápidas transformaciones sociales** que se están produciendo. Las transformaciones socioeconómicas, como por ejemplo las tensiones económicas, políticas, étnicas, el paro, la pobreza, las migraciones, la falta de apoyo familiar y social, la soledad y la ruptura de redes sociales, son circunstancias que contribuyen a aumentar la prevalencia de suicidio, conductas antisociales, violencia, el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, depresión y otros problemas de salud mental. El envejecimiento de la población, un éxito sin precedentes en nuestras sociedades, puede comportar también un riesgo de incremento de trastornos mentales, especialmente si no se afrontan las medidas sociales y sanitarias apropiadas. Así es como se deberá ir introduciendo -se va introduciendo, de hecho - un cambio de paradigma también en lo que respecta a la conceptualización científica de los trastornos mentales, un paradigma que tenga en cuenta el tributo que representan en relación con el proceso de cambio social en el que estamos inmersos; y aunque las contribuciones médicas son fundamentales en las actuaciones a realizar, no pueden por sí mismas hacer frente al conjunto de factores en juego.

El modelo de atención

Por todo lo mencionado, el Plan Director de Salud Mental y Adicciones debe fijar sus objetivos atendiendo a la vez al crecimiento y a la mejora en la adecuación de la oferta, señalando un modelo de atención que oriente realmente los servicios hacia una dirección concreta: **las necesidades de los usuarios**.

Identificar las necesidades pasa ineludiblemente por conocer **las expectativas y los deseos** de los usuarios. Con un marco conceptual tan amplio como el planteado, los usuarios del sistema de atención son diversos y presentan **necesidades diferentes**: así, son usuarios los pacientes concretos que piden atención, pero también sus familias en muchas circunstancias (niños, ancianos, pacientes más graves); las poblaciones de colectivos de riesgo, en su conjunto; la comunidad; los servicios de atención a las personas, en el ámbito social, educativo o sanitario.

La mirada amplia que proponemos para entender la salud mental e intervenir en sus alteraciones, implica la convergencia de muchos puntos de vista, la sinergia de diversos ámbitos, disciplinas y tecnologías. La **multidisciplinariedad** es una característica esencial que debe traducirse en capacidad de trabajo en equipo, de manera interdisciplinaria, en las actuaciones concretas.

En esta perspectiva, todos estos usuarios deben recibir apoyo y atención adaptados a sus necesidades. Todos ellos deben ser considerados **ciudadanos** con derechos y **clientes** capaces de influir en las organizaciones asistenciales.

El **liderazgo** será una cuestión fundamental. Además de la capacidad financiera nece-

saría, desde la consideración que los problemas de salud mental y adicciones son un problema de gobierno y no únicamente sanitario, se debe poder dirigir con coherencia, decisión y claridad en los contenidos, con la participación de las diferentes administraciones implicadas. Y el liderazgo sólo será posible si se consigue suscitar toda la participación y la complicidad de los agentes: usuarios y familias, profesionales, entidades proveedoras, opinión pública en general.

En el Plan Director se dibuja también un objetivo no menos ambicioso que el resto: la **participación de los usuarios**. Debemos mejorar la implicación activa de los usuarios y las familias en los planes terapéuticos, y también la aceptación de los tratamientos en general, a través de relaciones más transparentes y comprometidas entre los profesionales y los pacientes y familiares. Debemos mejorar la capacidad de participación de sus representantes en las instancias políticas centrales y locales de decisión. Y debemos buscar nuevas oportunidades de participación, también en los servicios.

El modelo de servicios

Enfocados los problemas de la salud mental en toda la amplitud descrita, deberemos considerar que son muchos los servicios y profesionales que en Cataluña se están ocupando de esta cuestión. El reto es enorme, puesto que, al atraso en la **integración** de la salud mental y las drogodependencias en la red sanitaria general, con la consecuente repercusión en la financiación y en la insuficiencia de recursos de atención a las personas, se suma un modelo social y de las organizaciones basado en la fragmentación y la especialización de diversas miradas y competencias. En estas condiciones, que afectan también a los servicios y dispositivos del mismo sistema de salud mental y adicciones, el ideal de la atención individualizada real, paciente por paciente, es poco menos que inalcanzable. Este Plan Director debe basarse pues, en la integración como objetivo de mejora permanente y, a la vez, como modelo de referencia para el proceso general de cambio. Integración entre las redes especializadas, empezando por la salud mental y las adicciones, integración en el entorno de la atención primaria -lugar y escenario privilegiado para las intervenciones en salud mental y adicciones-, integración en las modalidades de intervención dentro de la misma red especializada, integración progresiva con los servicios sociales, educativos y otros.

La integración no es posible sin una visión global compartida y abierta, concretada en la capacidad de **trabajar en red**. La red comunitaria es el sistema «desde donde» y «allí donde» se producen los fenómenos de sufrimiento y enfermedad. El **enfoque comunitario** en los servicios y en la prestación continúa siendo probablemente la manera más racional de tratar la salud mental y la multiplicidad de situaciones que plantea. El Plan Director debería producir un giro notable en la actual cultura reactiva de nuestros servicios, apostando por un concepto más preventivo, más rehabilitador y más proactivo en todas las intervenciones.

Podemos decir que muchos elementos esenciales del sistema (desde el papel de la atención primaria, la lejanía con los servicios sociales, la fragmentación del circuito y entre las redes especializadas, la hospitalización, la investigación o la docencia), funcionan con dinámicas propias y no siempre alineadas con la estrategia general del conjunto. Por ello necesitamos revisar el modelo.

Construir un nuevo modelo significa **actualizar el compromiso de la atención primaria** de salud con la salud mental. Esto, en las actuales condiciones del primer nivel asistencial del sistema sanitario, no parece un hito fácil ni inmediato. El Plan Director señala

2. Introducción

la una perspectiva de colaboración intensa, dentro de los entornos de la Atención Primaria, de los especialistas de salud mental en las tareas cotidianas de los CAP. Esto será un reto para todos, también para nuestros especialistas que tendrán que adaptar sus conocimientos y sus técnicas a este entorno específico.

El modelo organizativo y profesional

El sistema sanitario en su conjunto tiene actualmente unos retos extraordinarios en su adaptación sostenible a las necesidades de salud de la población.

En la integración de los niveles tenemos una potencialidad de mejora fundamental: evitando duplicidades, filtrando mejor la demanda, adecuando las capacidades resolutorias, mejorando la especificidad del especialista, mejorando la cooperación en la gestión, planificando los servicios, los recursos y las plantillas. En la integración está incentivar la mejor resolución de los procesos clínicos y centrar el enfoque en los problemas de salud del territorio. Integrar es lo contrario de jerarquizar, buscar una nueva interfase entre la primaria y la especializada, reforzando la capacidad de gestión de la primera pero buscando la resolución conjunta, en lugar de supeditar un nivel al otro. Ello implicará un coste añadido de intermediación.

Con el PDSMA, los servicios tienen que pasar de una organización basada en la **concepción de dispositivo** a otra basada en el **sistema de atención a la persona**, de base territorial; equilibrar la oferta de servicios genéricos con los programas especializados, sin tener que crear continuamente nuevos dispositivos o nuevas tipologías de servicios; aprender a trabajar juntos, apoyándonos mutuamente, más allá de la pertenencia a una estructura concreta; reenfocar los servicios de acuerdo con las necesidades reales de los usuarios y las familias, con equipos polivalentes con capacidad de respuesta rápida y añadiendo un concepto más preventivo a las mismas. Se deben superar los elementos de institucionalización presentes, diversificar la oferta y reintroducir con fuerza los abordajes psicoterapéuticos en todos los niveles de la atención.

Los profesionales tendrán que hacer un esfuerzo de adaptación importante, promoviendo la autoevaluación de su práctica y mejorándola con la formación y la investigación. En este sentido, el Plan ha insistido en la importancia de hacer aportaciones desde la **evidencia científica** y en aquellas que se consideran buenas prácticas por parte de la comunidad científica o de sus referentes. Es preciso disminuir la variabilidad de la práctica clínica a través de la utilización de guías y protocolos compartidos. Aceptando toda la creatividad innovadora que pueda ser probada, es obvio que sólo la práctica demostrada puede constituir la base de la planificación pública. A estas convicciones, deberá añadirse la de que la práctica profesional no está sólo sujeta a los hechos, sino también a los valores. Una **práctica profesional basada en hechos y en valores** como garantía de la verdadera orientación a los ciudadanos.

La gestión de este cambio representará sin duda un esfuerzo importante a todos los niveles. También para las entidades proveedoras, las empresas de servicios que tanto han contribuido y de manera tan esencial al sostenimiento y a la energía mostradas por el conjunto del sector. Ellas serán parte fundamental en el liderazgo de los **cambios organizativos** -con todos sus componentes, desde la formación de los profesionales hasta los sistemas de trabajo y de gestión - que necesitaremos.

3. Finalidad

3. Finalidad

3.1. Misión

La misión del Plan Director de Salud Mental y Adicciones es decidir, planificar, ejecutar y evaluar las acciones más efectivas y los recursos más apropiados para la mejora de la salud mental de la población, de acuerdo con un modelo de base comunitaria e intersectorial en el que participen los diversos agentes, que integre la promoción social de los factores de salud y la prevención de los trastornos, y que incluya el tratamiento, la rehabilitación, y la inserción óptimos de las personas y grupos de población que sufren trastornos mentales y adicciones, y el apoyo a sus familias.

3.2. Valores

- La equidad territorial en el acceso y en los servicios.
- La atención integral y coordinada, que implique el trabajo en equipo multidisciplinario.
- La humanización y la calidad de la acción sanitaria, realizada por profesionales competentes, tomando al ciudadano como centro de la atención.
- La gestión eficiente de los recursos de tal manera que se garantice la eficiencia y la sostenibilidad del sistema así como su evaluación.
- La ética profesional y de las organizaciones sanitarias.
- La investigación y la innovación constantes.
- La dignificación de la atención a la salud mental y las drogodependencias y el compromiso con la sociedad.

3.3. Objetivos del Plan de Salud 2010

Se apuntan aquellos objetivos de salud formulados en el horizonte 2010 sobre los que incidirán los proyectos e intervenciones definidos en este Plan Director.

A. Problemas de salud mental

1. De aquí al año 2010, es preciso reducir la tasa de mortalidad por suicidio en un 10%.
2. De aquí al año 2010, es preciso reducir la tasa de mortalidad por suicidio en la población menor de 25 años, al menos en un 10%.
3. De aquí al año 2010, es preciso reducir la tasa de mortalidad por suicidio en la población de 65 y más años, al menos en un 10%.
4. De aquí al año 2010, es preciso disminuir la repetición de las tentativas de suicidio en un 15%.

B. Consumo excesivo de alcohol

1. De aquí al año 2010, es preciso reducir la mortalidad por accidentes de tráfico asociados a grados excesivos de alcoholemia en los conductores en un 50%.
2. De aquí al año 2010, es preciso reducir la morbilidad atendida en los centros hospitalarios por enfermedades hepáticas producidas por el alcohol en un 10%.
3. De aquí al año 2010, es preciso reducir la prevalencia de consumidores excesivos de alcohol en un 10% en la población mayor de 15 años.
4. De aquí al año 2010, es preciso reducir la prevalencia de consumidores excesivos de alcohol en la población de 15 a 29 años en un 10%.

C. Consumo de drogas no institucionalizadas

1. De aquí al año 2010, es preciso reducir la mortalidad por reacción adversa a drogas en un 30%.
2. De aquí al año 2010, es preciso reducir la prevalencia de infección por el VIH entre los consumidores de opiáceos detectados en los centros de la XAD en un 30%.
3. De aquí al año 2010, es preciso reducir la prevalencia de infección por el VIH entre los consumidores de cocaína detectados en los centros de la XAD en un 15%.
4. De aquí al año 2010, es preciso reducir en un 20% la prevalencia de consumidores

de drogas no institucionalizadas en la población de 15 a 64 años.

5. De aquí al año 2010, es preciso reducir en un 20% la prevalencia de consumidores de drogas no institucionalizadas en la población de 15 a 29 años.

Por otra parte, los problemas de salud que por su magnitud e impacto se formulan objetivos en el Plan de Salud de Cataluña 2002-2005 son:

- Suicidio y tentativa de suicidio
- Depresión y trastornos de ansiedad
- Trastornos mentales severos en la población adulta
- Trastornos mentales graves en la población infantil y adolescente
- Patología dual
- Retraso mental e inteligencia límite y trastornos psíquicos
- Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)
- Juego patológico
- Trastorno límite de la personalidad (TLP)
- Trastornos adictivos

4. Organización del Plan Director de Salud Mental y Adicciones

4. Organización del Plan Director

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones cuenta con un grupo ejecutivo formado por la directora y el subdirector en el ámbito de las adicciones, el presidente, el vicepresidente y la secretaria técnica del Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones y un vocal de la Comisión Permanente (figura 3).

La Comisión Permanente del Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones está formada por 29 miembros, de designación directa, y está coordinada por el vicepresidente del Consejo Asesor.

Figura 3. Estructura de los planes directores



Figura de elaboración propia

La Plenaria del Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones la forman hasta un máximo de 90 personas, todas ellas expertas y de reconocida solvencia en el ámbito de la salud mental y adicciones, vinculadas a las universidades catalanas, a centros sanitarios, al ámbito de la atención primaria, a colegios profesionales de las ciencias de la salud, a instituciones y centros de investigación biomédica, a sociedades científicas, a asociaciones de pacientes y familiares, a asociaciones de usuarios y usuarias, a entidades o grupos de mujeres con la actividad en el ámbito de la promoción de la salud de las mujeres y a las administraciones públicas.

Grupos de trabajo: Se han constituido 4 grupos de trabajo por tramos de edad

- Población infantil (de 0 a 12 años)
- Población adolescente
- Población adulta
- Población de la tercera edad

Cada grupo ha sido coordinado por profesionales de la Comisión Permanente representantes de la Red de Salud Mental y de Drogodependencias.

En los diferentes grupos de trabajo han participado más de 180 profesionales.

Fases:

- Análisis de la salud, de sus determinantes y de las desigualdades
- Análisis de los problemas de salud más importantes o prevalentes
- Análisis de la utilización de recursos
- Identificación de necesidades
- DAFO
- Objetivos estratégicos
- Líneas de actuación
- Acciones

5. Análisis de situación

5. Análisis de situación

El estado de salud mental de una sociedad está íntimamente relacionado con el estado de salud general y sus determinantes, pero también está muy influido por los factores demográficos, sociales y económicos y por el propio sistema asistencial.

La alta prevalencia de los trastornos mentales y las adicciones se relaciona con las rápidas transformaciones sociales que se están produciendo. El envejecimiento de la población y las transformaciones socioeconómicas, como por ejemplo las tensiones económicas, políticas y étnicas, el paro, la pobreza, las migraciones, la falta de apoyo familiar y social, la soledad y la ruptura de redes sociales son circunstancias que contribuyen a aumentar la prevalencia de suicidio, conductas antisociales, violencia, uso del tabaco, alcohol y otras drogas, depresión y otros problemas de salud mental.

Entre los TM, la depresión es considerada una de las principales causas de discapacidad⁶, ocupa el cuarto lugar entre las primeras causas de enfermedad y se prevé que el año 2020 estará en segundo lugar, después de la cardiopatía isquémica.

La OMS resalta la importancia de la prevalencia de los TM en la población y prevé que uno de cada cuatro habitantes del planeta sufrirá alguna forma de trastorno mental o neurológico a lo largo de su vida. También señala que dos terceras partes de los afectados por un TM no llegan a pedir ayuda a un profesional sanitario.

En el ámbito macroeconómico, los costes directos de los problemas de salud mental se estiman cerca del 3%-4% del PIB. Los costes indirectos en cuanto a pérdida de productividad y otros costes sociales son enormes.

5.1. Análisis económico. Estimación del gasto para el año 2006

Según un estudio realizado recientemente⁸ en Cataluña, la atención a las enfermedades mentales supone un gasto aproximado del 10,6% del presupuesto del Departamento de Salud (compra de servicios del CatSalut y presupuesto consolidado del ICS del 2006). Este estudio se ha hecho analizando el gasto que generan todas las enfermedades incluidas en el grupo V de la CIMA-9-MC (Código Internacional de Enfermedades - 9a. Revisión- Modificación Clínica) y que engloba tanto las enfermedades mentales, como las adicciones, el Alzheimer y las demencias.

Gráfico 1. Peso relativo del coste de la atención a los problemas de salud mental en el total del presupuesto de compra de servicios del 2006 (CatSalut - ICS)

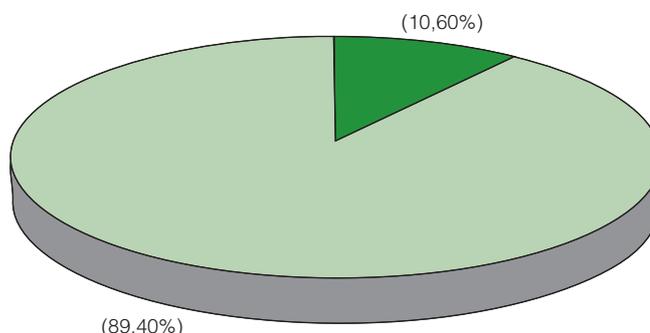


Gráfico de elaboración propia. Fuente de datos: Evaluación de la participación de los planes directores en el gasto sanitario del CatSalut (julio 2006)

Si se analiza con más detalle este gasto, nos encontramos que un 26,2% se destina a la atención primaria (general y especializada y servicios de rehabilitación), un 36,3% a la atención especializada (hospitalización) y un 37,5% a la atención farmacéutica (gráfico 2).

Gráfico 2. Comparación de la distribución del gasto de salud mental en relación con el presupuesto global de compra de servicios del 2006 (CatSalut - ICS)

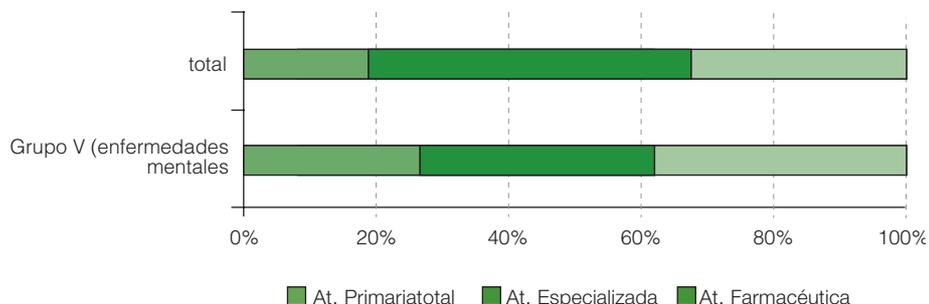


Gráfico de elaboración propia. Fuente de datos: Evaluación de la participación de los planos directores en el gasto sanitario del CatSalut (julio 2006)

Dada la importancia del gasto que genera la atención farmacéutica, que en el caso de la salud mental se sitúa cerca del 37,5%, consideramos que es interesante conocer cuál es su distribución (tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de los grupos terapéuticos que generan el gasto farmacéutico en salud mental (2005)

Tipos de producto	% gasto
Antidepresivos	47,8
Antipsicóticos	30,4
Fármacos antidemencia	10,6
Ansiolíticos	6,1
Psicoestimulantes	2,9
Hipnóticos y sedantes	2,2
TOTAL	100

Tabla de elaboración propia. Fuente de datos: Evaluación de la participación de los planos directores en el gasto sanitario del CatSalut (julio 2006)

Finalmente, es preciso resaltar el esfuerzo que se ha hecho a partir del año 1990 para cambiar la tendencia del peso que hasta entonces tenía la atención hospitalaria en el abordaje de las enfermedades mentales y avanzar hacia un modelo de atención comunitaria (gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución del presupuesto sanitario público de salud mental (1990 vs. 2005)

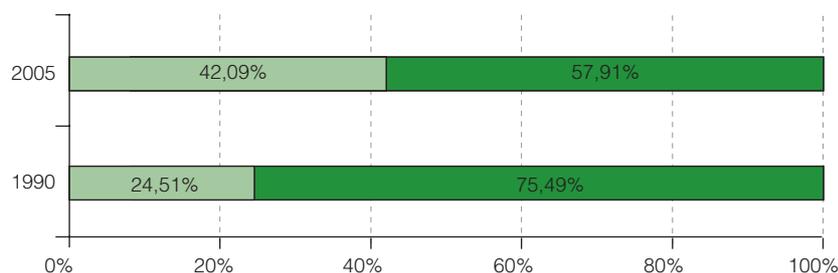


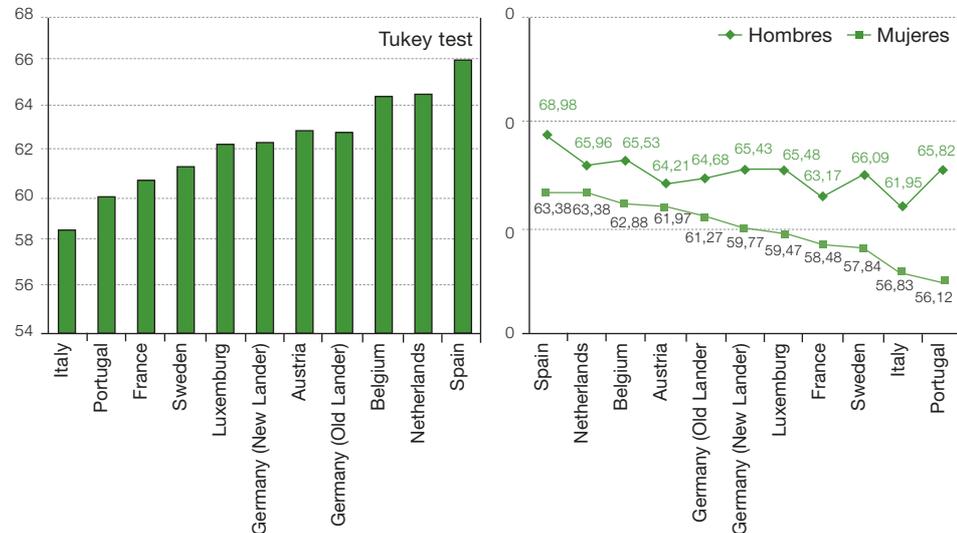
Gráfico de elaboración propia. Fuente de datos: Departamento de Salud - DGPA / Plan Director de Salud Mental y Adicciones

5.2 Estado de salud

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en su informe sobre la salud mental en el ámbito laboral elaborado el año 2000, destaca el incremento de la incidencia de los problemas de salud mental, que afecta a un 10% de los trabajadores y comporta absentismo, incapacitación laboral y la pérdida del puesto de trabajo.

5. Análisis de situación

Gráfico 4. Indicadores positivos de salud mental en 10 países de la Unión Europea



(subescala de SF36 (de 0 a 100))

En cuanto a la dimensión negativa de los trastornos mentales se muestran los resultados de diferentes instrumentos de medida en salud mental referentes a periodos de tiempo y poblaciones diferentes evidenciando la existencia de metodologías suficientemente heterogéneas que impiden la adecuada comparación de resultados (tabla 2).

Tabla 2. Tasa de prevalencia de los trastornos depresivos en diferentes estudios europeos

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

Source: E S Payket 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 las patologías más importantes incluidas en los TM destacan:

- La depresión, el suicidio y los intentos de autolesión se encuentran entre los principales problemas de salud por TM. El suicidio es un problema de salud que afecta especialmente a las sociedades desarrolladas y se considera que es una causa de muerte prevenible⁹.
- La coexistencia de dependencia de sustancias y otros diagnósticos psiquiátricos, que se conoce como diagnóstico dual, es un problema de importancia en nuestro medio.
- La esquizofrenia es una enfermedad de gran relevancia social que afecta al 1% de la población mayor de 18 años. Está considerada como una de las 10 causas más importantes de discapacidad global por la OMS. Se asocia a una elevada comorbilidad médica que se estima disminuye la expectativa de vida de los pacientes en un 20% respecto a la población general¹⁰.
- El trastorno bipolar es un trastorno mental grave que afecta entre un 2% y un 3% de la población. Más de la mitad de estos pacientes sufren otros trastornos mentales, especialmente abuso de sustancias tóxicas y trastornos de la personalidad, que ocasionan un consumo muy importante de recursos sanitarios¹¹.
- El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una patología mental grave que se caracteriza por presentar una gran variabilidad de síntomas: depresivos ansiosos, irritabilidad, conductas suicidas, clínica paranoide y frecuentes cambios de carácter, etc. A menudo, las personas con TLP tienen comorbilidad psiquiátrica (abuso de sustancias tóxicas y trastorno antisocial, entre los más frecuentes) y es relevante el impacto en la vida familiar, social y los conflictos con el ámbito judicial que a menudo genera esta enfermedad.
- En las últimas décadas, los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la anorexia y la bulimia nerviosas, han acontecido como unas de las patologías psiquiátricas más preocupantes de la adolescencia y juventud. El progresivo incremento de su prevalencia, el aparente descenso de las edades de inicio y su potencial gravedad, con riesgo significativo de muerte, han despertado una auténtica alarma social¹² y los ha convertido en un importante problema de salud pública.
- El juego patológico es un trastorno emergente que afecta a nuestra sociedad. La prevalencia de la conducta de juego está relacionada con la disponibilidad de las oportunidades¹³ y se está observando un incremento paralelo a la legalización de diferentes tipos de juego¹⁴, especialmente entre la población joven¹⁵.
- El consumo excesivo de bebidas alcohólicas es responsable de una elevada morbimortalidad en nuestra población. En el curso de los últimos años, en el conjunto europeo se ha observado un fenómeno de homogeneización en los patrones de consumo de alcohol, con indudables repercusiones sociales y sanitarias. En el caso de Cataluña, esta homogeneización comporta la progresiva incorporación de la mujer al consumo de bebidas alcohólicas, una tendencia a concentrar los consumos en los tiempos dedicados al ocio y un aumento del consumo de la cerveza en detrimento del vino¹⁶.
- El alcohol es el único factor responsable de la mortalidad para algunos tipos de enfermedades, mientras que en otros trastornos la fracción atribuible al alcohol puede oscilar notablemente. Algunas enfermedades totalmente atribuibles al alcohol (fracción atribuible: 100%) son¹⁷: la psicosis alcohólica, el síndrome de dependencia, el abuso de alcohol y la polineuropatía alcohólica. Otras enferme-

5. Análisis de situación

dades con fracciones diversas son: la demencia (11%), la epilepsia (30%), o las convulsiones (41%).

- El consumo de drogas ilegales es responsable de un importante incremento de la mortalidad entre los jóvenes. En el conjunto del Estado, se observa una mortalidad de 8,9 defunciones por 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 39 años (14,7/100.000 en hombres y 2,9/100.000 en mujeres), y una proporción de mortalidad atribuible a las drogas del 7,8%¹⁸.
- A pesar de su limitada prevalencia, la dependencia de la heroína representa un grave problema social y de salud, que se asocia a un incremento de la mortalidad y alcanza una tasa de 10 defunciones por 1.000 personas/ año entre los adictos a esta sustancia residentes en Barcelona¹⁹. La evolución del consumo de cocaína entre la población de Cataluña indica que el uso de esta sustancia se ha convertido también en un grave problema de salud²⁰.

Las previsiones demográficas indican que a finales de la primera década del siglo XXI en Cataluña, más de un millón quinientas mil personas sobrepasarán los 65 años de edad. En cualquiera de los escenarios considerados, la acentuación del envejecimiento demográfico es uno de los resultados más consistentes, fenómeno similar al que se observa en los países de nuestro entorno. Así, las proyecciones demográficas en Europa prevén que el año 2030 más del 24% de la población europea tendrá 65 años o más y en Cataluña este porcentaje se prevé entre el 18% y 26% según el escenario estimado (tabla 3 y 4).

El conocimiento de las características demográficas de la población de la tercera edad y de los indicadores más relevantes sobre su evolución, son elementos imprescindibles para prever sus necesidades y problemas de salud, para planificar adecuadamente las intervenciones sanitarias y sociales.

Tabla 3. Población de 65 y más proyectada (España-UE)

Tabla 4. Población de 65 y más proyectada (Cataluña)

	España		Unión Europea		Cataluña 2030			
	Pob.*	%	Pob.*	%	≥ 65	%	Pob.*	
2030	11.971	23,44	94.401	24,55				
2020	9.527	19,47	80.122	20,76	Escenario bajo	1.756	26,48	6.633
2015	8.704	18,34	74.694	19,39	Escenario medio bajo	1.565	20,64	7.582
2010	7.931	17,36	69.254	18,06	Escenario medio alto	1.914	22,6	8.472
2005	7.306	16,8	65.252	17,16	Escenario alto	1.726	18,66	9.250

*Miles de habitantes
Fuente: INE

Fuente: Eurostat

*Miles de habitantes
Fuente: Instituto de Estadística de Cataluña

Actualmente, y según el Registro Central de Usuarios del Servicio Catalán de la Salud, la población de Cataluña supera los 7 millones de habitantes (mujeres 3.610.692 y hombres 3.494.632) de los cuales, ya un 16,80% son de 65 años o más (tabla 5).

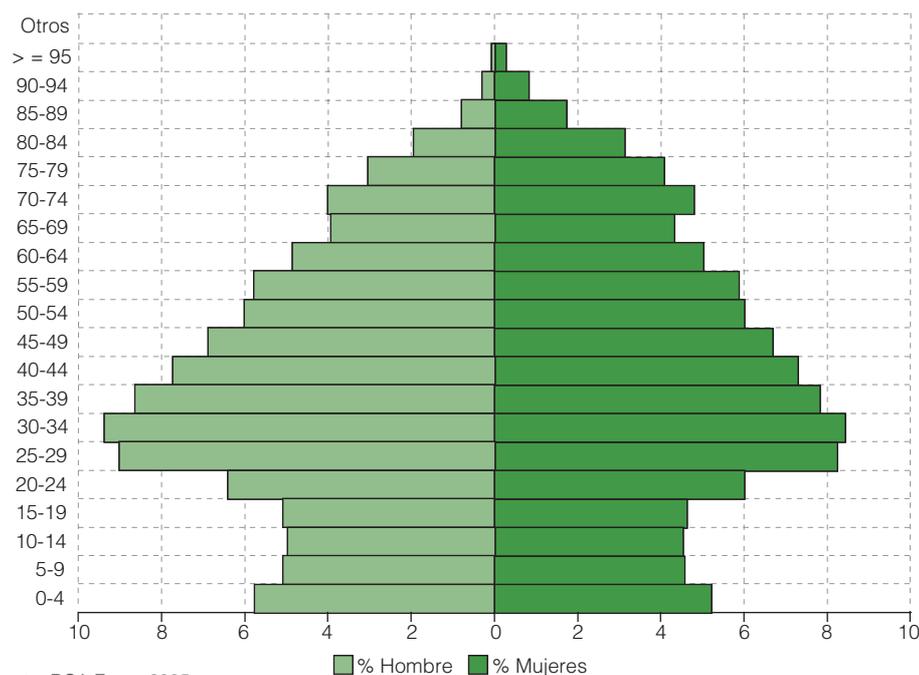
Tabla 5. Distribución de población (TIS) por grandes grupos de edad y género. Cataluña 2005

Grupo de edad	Cifras absolutas			%		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	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 y más	494.783	698.678	1.193.461	14,16%	19,35%	16,80%
Total	3.494.632	3.610.692	7.105.324	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Registro Central de Usuarios. Departamento de Salud

La distribución por grupos de edad (gráfico 5), muestra que un 15,11% del total son menores de 15 años y un 16,80% tienen 65 años o más, lo cual quiere decir que ya se está consolidando una determinada pirámide poblacional donde se encuentran tantos menores de 15 años (15,11%) como personas de 64 años o más (16,80%).

Gráfico 5. Pirámide de población



Fuente: RCA Enero 2005

Tal y como se puede observar en la tabla 6, por regiones sanitarias, según el Decreto 105/2005, de 31 de mayo, la región Barcelona, que incluye gran parte del área metropolitana (Barcelona ciudad, parte de las antiguas Región Centro, Barcelonès Nord y Maresme y Costa de Ponent), aglutina casi el 70% del total de la población catalana (69,21%) mientras que el resto se distribuye principalmente en Tarragona, especialmente si añadimos Terres de l'Ebre, (9,57%) y Girona (8,99%).

Tabla 6. Distribución de la población por género y región sanitaria con la nueva distribución territorial

Región sanitaria	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	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%
Cataluña 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%
Alto Pirineo y Aran	32.363	32.128	64.491	0,93%	0,89%	0,91%
Total	3.494.632	3.610.692	7.105.324	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: RCA Enero 2005

Una de las razones del envejecimiento progresivo de la población catalana es el aumento de la esperanza de vida (EV). El año 2003, la EV al nacer fue de 80,2 (76,9 años en los hombres y de 83,4 en las mujeres). Estas diferencias por sexo se mantienen en todas las edades (tabla 7).

5. Análisis de situación

Tabla 7. Esperanza de vida por grupo de edad a partir de los 65 años. Cataluña 2003

	Hombres	Mujeres	Total	
			2003	2002
De 65 a 69	16,91	20,86	19,04	19,2
De 70 a 74	13,33	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
Al nacer	76,86	83,31	80,10	

Fuente: Servicio de Información y Estudios, Análisis de la mortalidad en Cataluña, 2003. Barcelona. Departamento de Salud, Generalidad de Cataluña, 2005.

A los 65 años, la esperanza de vida de la población aún es alta, pero muchos de los años que se espera vivir lo serán con dependencia de otras personas para desarrollar las actividades de la vida diaria. El aumento de la esperanza de vida sin incapacidad (EVS) es, pues, un objetivo tanto o más importante que el de alargar la vida (tablas 8 y 9).

Tabla 8. Índice de envejecimiento y dependencia por género y territorio. Cataluña 2005

Región Sanitaria	Índice de envejecimiento		Índice de sobreenvejecimiento		Índice de dependencia global		Índice de dependencia senil	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Lleida	112	154	11	16	46	57	24	35
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
Cataluña Central	97	144	9	15	46	57	23	33
Barcelona	87	135	8	15	42	50	19	29
Alto Pirineo y Aran	127	164	12	19	50	60	28	37
Cataluña	111		12		47		25	

Fuente: Registro Central de Usuarios. Departamento de Salud

Tabla 9. Esperanza de vida, esperanza de vida libre de incapacidad y esperanza de vida en buena salud, por sexo y edad. Cataluña, 2000

Sexo	Edad	WV	WVLI	%*	EVBS	X**
Hombres	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
Mujeres	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: esperanza de vida; EVLI: esperanza de vida libre de incapacidad. EVBS: esperanza de vida en buena salud.

*Porcentaje de vida libre de incapacidad, (EVLI/EV)·100. **Porcentaje de vida en buena salud, (EVBS/EV)·100.

Fuente: Registro de mortalidad de Cataluña. Servicio de Información y Estudios.

Dirección General de Recursos Sanitarios. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Elaboración propia.

La evolución de la EV de la población de la tercera edad ha sido positiva en los últimos años, ya que ha aumentado de forma progresiva el número de años que se puede esperar vivir en estas edades. Así, el año 2001 las mujeres mayores de 65 años, con una EV de 21,1 años, habían ganado 1,7 años respecto a los valores del año 1991. Y los hombres, con una EV de 17,2 años, habían aumentado 1,5 años en esta década (tabla 10).

Tabla 10. Esperanza de vida a los 60 años

Hombres	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
EU (25 países)	18.1 ^(e)	18.0 ^(e)	18.3 ^(e)	18.3 ^(e)	18.5 ^(e)	18.7 ^(e)	18.7 ^(e)	18.9 ^(e)	19.3 ^(e)	19.6 ^(e)	19.6 ^(e)	:
EU (15 países)	18.6	18.5	18.9	18.9	19.0	19.3	19.3	19.4	19.7 ^(e)	20.1 ^(e)	20.1 ^(e)	:
Zona Europea	18.7	18.7	18.9	19.0	19.1	19.4	19.4	19.6	19.9 ^(e)	20.1 ^(e)	20.2 ^(e)	:
España	19.5	19.5	19.7	19.7	19.8	20.0	19.9	19.8	20.3	:	20.6	:
Mujeres												
EU (25 países)	22.5 ^(e)	22.4 ^(e)	22.8 ^(e)	22.8 ^(e)	23.0 ^(e)	23.2 ^(e)	23.2 ^(e)	23.3 ^(e)	23.6 ^(e)	23.8 ^(e)	23.8 ^(e)	:
EU (15 países)	23.0	22.9	23.3	23.3	23.5	23.7	23.7	23.8	24.1 ^(e)	24.2 ^(e)	24.2 ^(e)	:
Zona Europea	23.2	23.2	23.5	23.6	23.7	23.9	23.9	24.0	24.3 ^(e)	24.4 ^(e)	24.4 ^(e)	:
España	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.

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

Sin embargo, esta longevidad de las personas de la tercera edad en Cataluña queda matizada por el tiempo que se puede esperar vivir sin sufrir discapacidades o enfermedades que comportan restricciones para las actividades habituales. En este sentido, la esperanza de vida sin incapacidad (EVSI) es un indicador más fiable de las previsiones de salud para la población de la tercera edad.

La prevalencia para cualquier trastorno mental y cualquier edad, a lo largo de la vida es de 20,34% para los hombres y de 26,92% para las mujeres, y del 7,42% y 14,17% respectivamente, para la prevalencia-año según el estudio ESEMeD-Spain, estudio que forma parte de un proyecto europeo sobre la epidemiología de los TM llevado a cabo en seis países europeos: Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia. En Cataluña, formando parte de este proyecto, se ha realizado el estudio SAMCAT, con 1.647 personas entrevistadas del total de la muestra española (gráfico 6).

Gráfico 6. Prevalencia de trastorno mental por sexo en Europa, España y Cataluña 2002

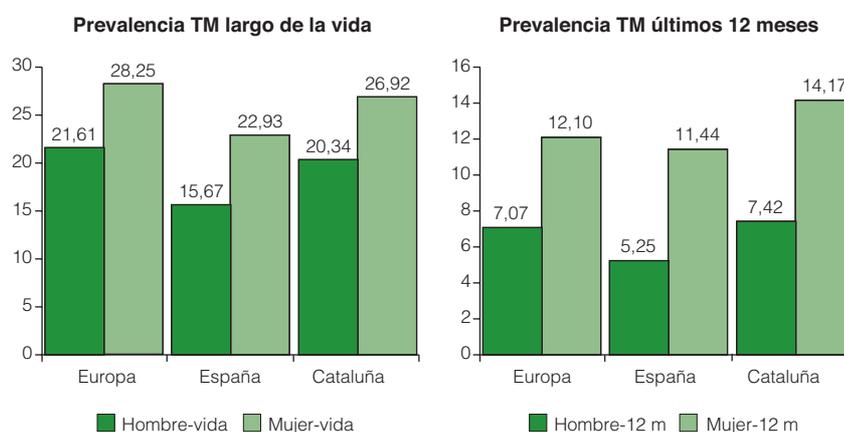


Gráfico de elaboración propia. Fuente: ESEMeD, 2002

5. Análisis de situación

Según este estudio, la prevalencia de depresión mayor es del 15,2% a lo largo de la vida y del 6,5% en los últimos doce meses.

Los trastornos de ansiedad son del 11,3% y 6,4%, respectivamente.

En relación con la depresión mayor, los individuos entre 35-49 años tienen la prevalencia más alta a lo largo de la vida (17,5%) y los individuos entre 50-64 tienen la más alta en doce meses (8,2%).

Respecto a los trastornos de ansiedad, la prevalencia más alta en los últimos doce meses se observa en los sectores más jóvenes de la población entrevistada (grupo entre 18-24 años) y la prevalencia más alta a lo largo de la vida se observa en el grupo de 35-49 años.

En cuanto al sexo, destaca la mayor prevalencia de estos trastornos entre las mujeres que presentan tasas que doblan e, incluso, triplican las que presentan los hombres (tabla 11).

Tabla 11. Prevalencia* de trastornos mentales a lo largo de la vida y prevalencia a los doce meses, por sexo. Cataluña 2002

	A lo largo de la vida			A los 12 meses		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Cualquier trastorno 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)
Cualquier trastorno de ánimo	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)
Cualquier trastorno de ansiedad	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)
Depresión mayor	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)
Trastorno distímico	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)
Trastorno de ansiedad generalizada	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)
Fobia 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)
Fobia 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)
Trastorno por estrés postraumático	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)
Agorafobia	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)
Trastorno de angustia	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)
Fobia social	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)
Dependencia de 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)

* Proporciones ajustadas e intervalos de confianza.

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

Entre las personas que a lo largo de los últimos doce meses han presentado un trastorno afectivo (depresión mayor), el 55,4% han consultado a un profesional sanitario por este motivo y entre los que han presentado un trastorno de ansiedad han consultado el 43,7%.

Las prevalencias de trastornos relacionados con el alcohol (abuso y dependencia) según este estudio son muy bajas si lo comparamos, por ejemplo, con los datos obtenidos en el estudio NESARC²² en que la prevalencia del alcoholismo durante los últimos 12 meses se situaba en el 8,46%, siendo el trastorno psiquiátrico más prevalente después de los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos (gráfico 7).

Gráfico 7. Prevalencia de trastornos mentales a los doce meses, por sexo. Cataluña y España, 2002

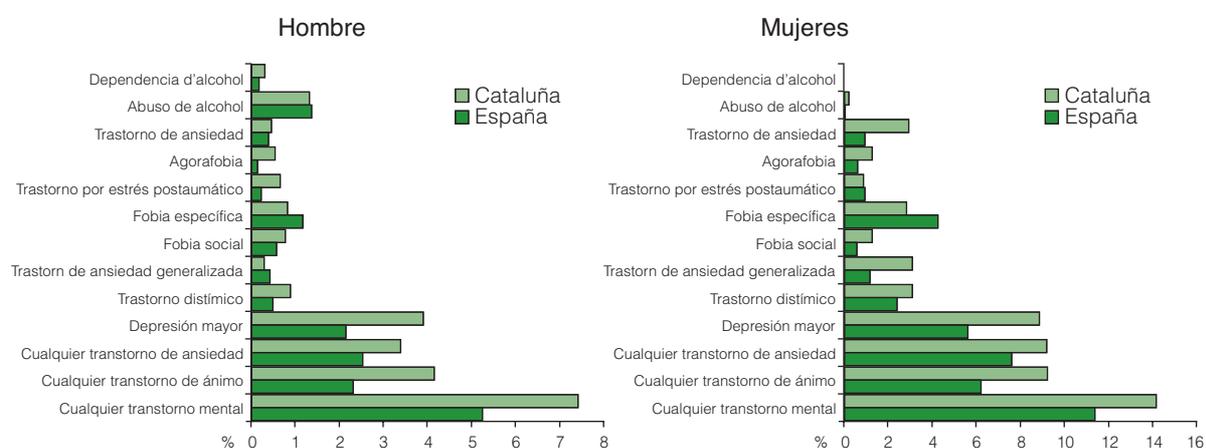


Gráfico de elaboración propia. Fuente: ESEMeD, 2002.

De igual forma, un reciente estudio de la OMS²³ estima la prevalencia del trastorno por dependencia del alcohol en Europa en un 5% en el caso de los hombres y un 1% en el de las mujeres (tabla 12).

5. Análisis de situación

Tabla12. Prevalencia* de trastornos mentales a los doce meses, por sexo y grupo de edad. Cataluña, 2002

	N	Cualquier tr. mental n (%)	OR (IC 95%)	Cualquier tr. de ánimo n (%)	OR (IC 95%)	Cualquier tr. de ansiedad n (%)	OR (IC 95%)	Cualquier tr. por uso de alcohol n (%)	OR (IC95%)
Sexo									
Hombre	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)
Mujer	905	127 (14,17)	1,0	86 (9,23)	1,0	78 (9,22)	1,0	1 (0,19)	1,0
Grupo de edad									
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 (0-0)

* Número de casos, proporciones ajustadas y ORO no ajustadas.

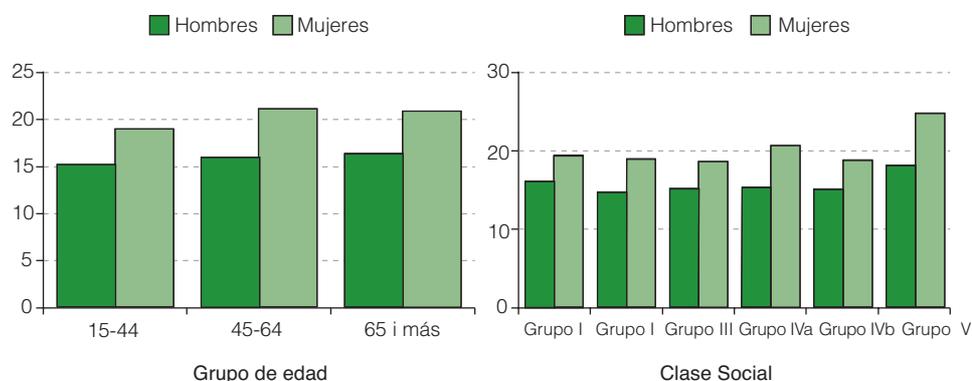
Fuente: Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Membrillo M, Autonell J, Ferrer M, Ramos J, Kessler R, Alonso J. La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación en el proyecto ESEME-España. Actas Españolas de Psiquiatría.

5.3. Percepción de la salud

El año 2002 la prevalencia de TM estimada a partir de los resultados de la encuesta de salud de Cataluña²⁴ (ESCA 2002) y medida como probabilidad de ser caso mediante el General Health Questionnaire-GHQ-12²⁵, es del 17,9% en la población de 15 años y más (20,0% en las mujeres y 15,6% en los hombres).

Estos resultados nos sitúan en un nivel intermedio en relación con estudios poblacionales en España y otros países²⁶ (gráfico 8).

Gráfico 8. Prevalencia de problemas de salud mental por clase social, grupo de edad y sexo. Cataluña, 2002



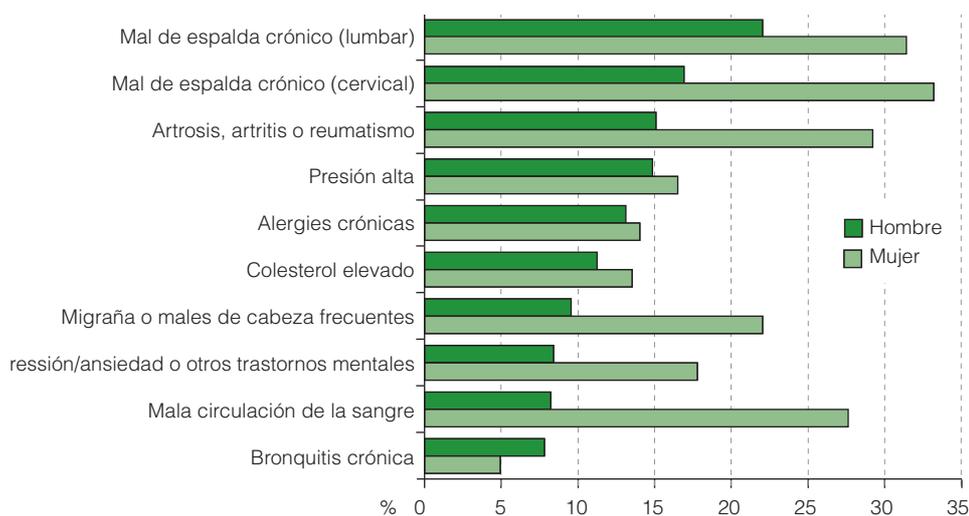
Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2002

Por grupo de edad y sexo, la probabilidad de sufrir TM es más elevada en las mujeres de todos los grupos de edad. Según la clase social, se observa una mayor prevalencia de la probabilidad de ser caso en las clases más desfavorecidas y especialmente en las mujeres de estas clases.

Por regiones sanitarias y sexo, las mujeres de las Terres de l'Ebre, Costa de Ponent, Barcelonès Nord y Maresme, Centro y Barcelona Ciudad presentan una mayor probabilidad de sufrir trastorno mental por encima del promedio de Cataluña.

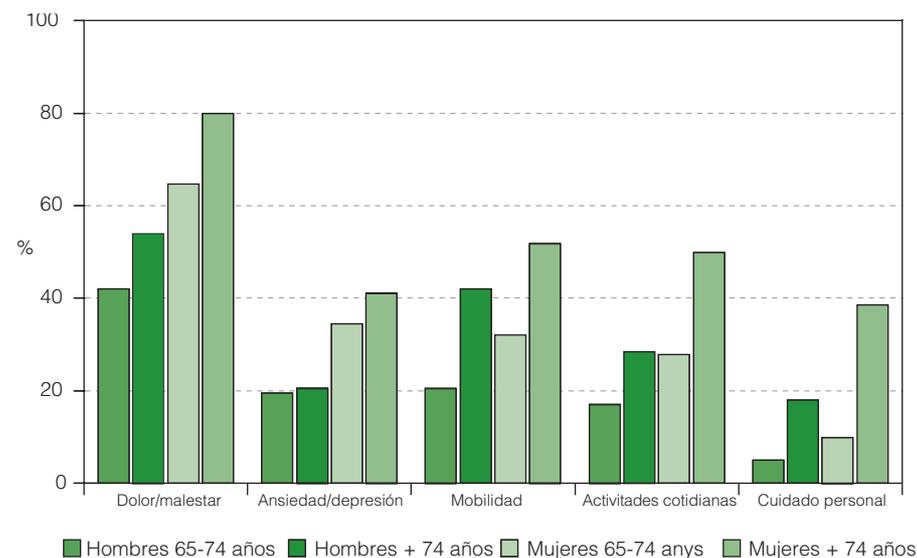
La ESCA pregunta, además, sobre un listado de 26 trastornos crónicos escogidos porque tienen una alta prevalencia, generan más consumo de recursos sanitarios o están relacionados con los objetivos del Plan de Salud de Cataluña. Entre estos trastornos se encuentra la depresión y/o ansiedad u otros trastornos mentales que es el doble en las mujeres que en los hombres (gráfico 9 y 10).

Gráfico 9. Principales trastornos crónicos declarados según el tipo de trastorno y sexo. Cataluña, 2002



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2002. Departamento de Salud

Gráfico 10. Población que declara tener problemas (moderados y graves) en aspectos de la calidad de vida por edad y sexo. Cataluña, 2002

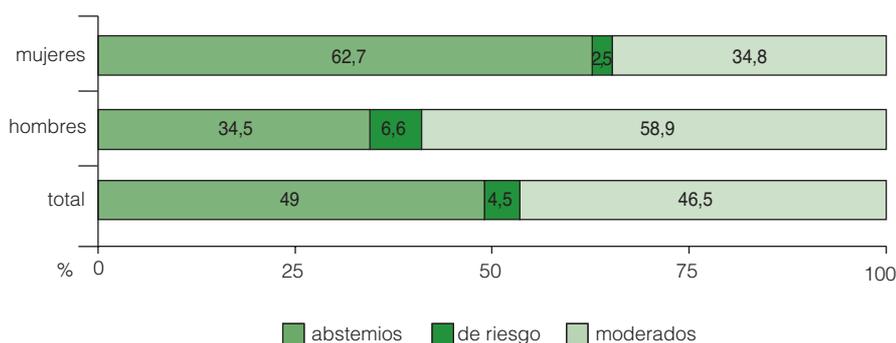


Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2002. Departamento de Salud

5. Análisis de situación

Los últimos datos obtenidos de la Encuesta de salud de Cataluña 2002, establecen que entre un 4,5% (6,6% los hombres y 2,5% las mujeres)²⁷ de los catalanes mayores de 14 años son bebedores de riesgo, o sea, consumen más de 40 g de alcohol al día en el caso de los hombres y más de 24 g en el caso de las mujeres, y tienen un riesgo aumentado de sufrir enfermedades, accidentes, lesiones o trastornos mentales o del comportamiento (gráfico 11).

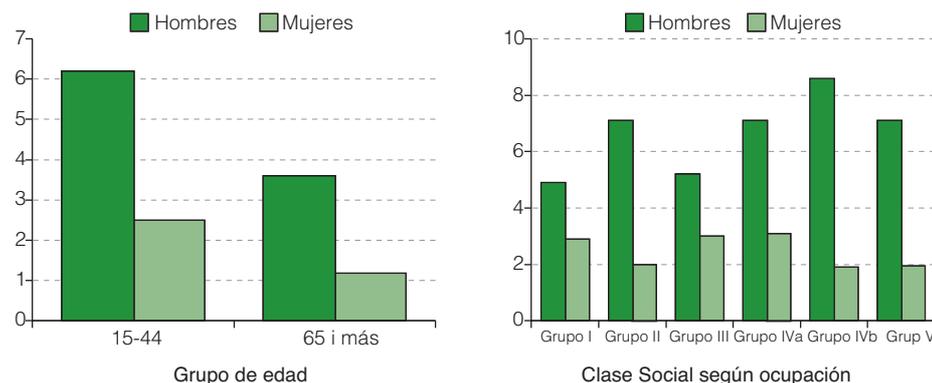
Gráfico 11. Consumo de alcohol por sexo. Cataluña, 2002



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2002. Departamento de Salud

Tanto en los hombres como en las mujeres, la mayor prevalencia de consumo de riesgo se observa entre los 45 y 64 años, mientras que el grupo de 65 y más años es el que presenta el menor consumo de riesgo (gráfico 12).

Gráfico 12. Consumo de riesgo de alcohol. Cataluña, 2002

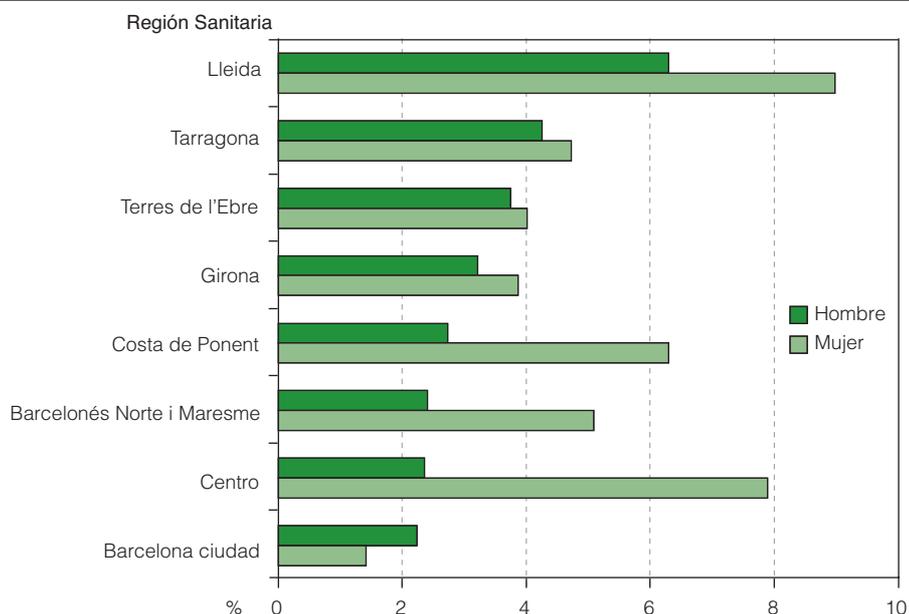


Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2002. Departamento de Salud

El consumo de riesgo de alcohol más alto se da en las regiones de Terres l'Ebre y de Girona, mientras que el menor es el del Barcelonès Nord y Maresme (gráfico 13).

El consumo de riesgo según la ESCA es anormalmente bajo si tenemos en cuenta que otros estudios²⁸ estiman que el consumo de riesgo en Europa se sitúa cerca del 15% de la población adulta.

Gráfico 13. Consumo de riesgo de alcohol por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2002

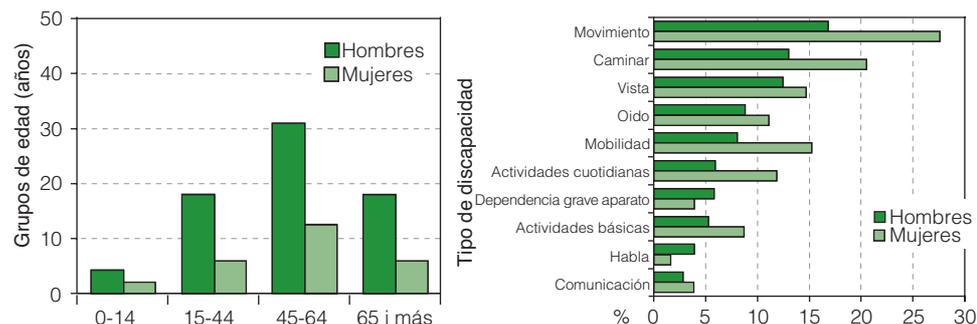


Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2002. Departamento de Salud

La carga global de las enfermedades mentales abarca la tercera parte del total de años vividos con discapacidad (OMS, 2001). Cuatro de las seis enfermedades más frecuentes causantes de discapacidades son trastornos mentales, y la depresión constituye la tercera causa a nivel mundial, con el 12,5%. Aunque en menor grado, el suicidio contribuye también al cálculo de los años potenciales de vida perdidos (APVP) y constituye una de las principales causas de mortalidad prematura en los jóvenes, a pesar de ello evitable. También según la OMS²⁹, en Europa el alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud (después del tabaco y la hipertensión) y contribuye en un 7,4% (12% para los hombres y 2% para las mujeres) a la morbilidad total. Por otra parte, las enfermedades mentales son un factor de riesgo de sufrir otras enfermedades. La salud mental está íntimamente asociada con la salud física y el funcionamiento social.

El 33,2% de los hombres y el 43,6% de las mujeres de 65 y más años presentan alguna discapacidad (gráfico 14). La proporción de personas que declaran tener una o más discapacidades experimenta un incremento importante a partir de los 80 años y en todos los grupos es mayor en las mujeres que en los hombres.

Gráfico 14. Población que declara sufrir alguna discapacidad por grupo de edad y sexo y tipos de discapacidad. Cataluña, 2002



Fuente: Encuesta de salud de Cataluña 2002. Departamento de Salud

5. Análisis de situación

Las discapacidades declaradas con más frecuencia son las relacionadas con el aparato locomotor y siguen en importancia las limitaciones graves de los sentidos de la vista y del oído.

El 91,7% de los hombres y el 96,2% de las mujeres de 65 y más años presentan alguna enfermedad crónica. A partir de los 64 años, prácticamente en todas las edades destaca la mayor proporción de hombres que manifiestan no tener ninguna enfermedad crónica y son las mujeres las que las sufren en mayor número. Asimismo, se observa que la proporción de mujeres que hacen una valoración negativa de su salud es más elevada que la de hombres, tanto cuando está presente o no una o varias discapacidades y/o enfermedades crónicas.

Por otra parte, el abuso y la dependencia de problemas generados por el consumo de sustancias tóxicas, principalmente los opiáceos, los derivados del cannabis, la cocaína, los derivados anfetamínicos y las llamadas drogas de síntesis, conlleva complicaciones orgánicas y psiquiátricas asociadas directamente a la sustancia y/o a la vía de administración, y a menudo también tiene otras repercusiones sociales y familiares derivadas de las condiciones en las que se desarrolla este consumo. Así, a pesar de que el uso de drogas ilegales afecta a una proporción relativamente baja de la población, sus consecuencias sanitarias y sociales continúan siendo de gran importancia.

Diferentes fuentes de información hacen posible una aproximación a la dimensión epidemiológica del uso de drogas no institucionalizadas en Cataluña, las cuales confirman una tendencia al incremento del uso de algunas drogas (gráficos 15 y 16), como los derivados del cannabis y la cocaína, así como el fuerte crecimiento de los problemas sanitarios asociados al uso de cocaína y el mantenimiento de una elevada demanda de atención por parte de los consumidores de opiáceos, pese a la probable estabilización de su consumo.

La evolución de la prevalencia de consumo de sustancias adictivas entre la población escolar de 14 a 18 años en Cataluña, muestra que el alcohol es la sustancia que más se consume, seguida por el tabaco, el cannabis y la cocaína. Según la misma fuente, en este periodo (1994-2004) se observa un incremento del consumo habitual de cannabis, que se sitúa en un nivel similar al consumo de tabaco. El consumo de cocaína esporádico y habitual continúa en una línea ascendente y el consumo de éxtasis decrece.

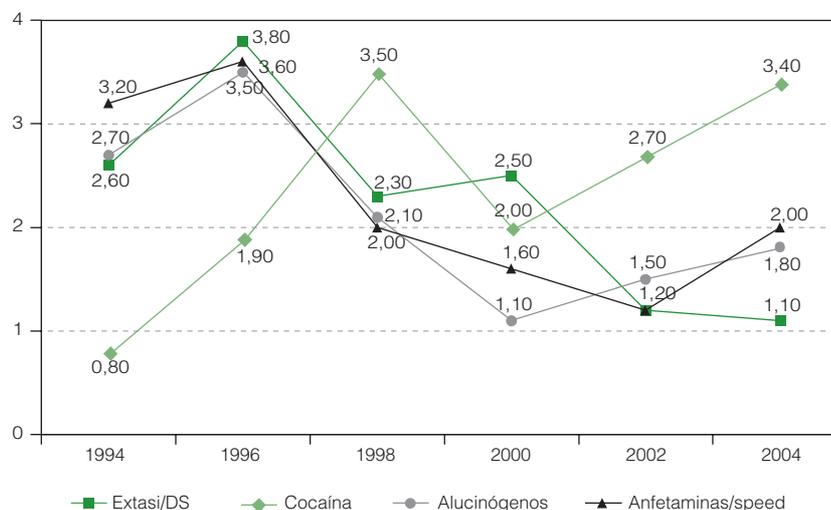
Gráfico 15. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y cannabis, en los últimos 30 días (1994 - 2004)



Fuente: Encuesta escolar. Departamento de Salud.

Gráfico de elaboración propia.

Gráfico 16. Evolución de la prevalencia de consumo de otras sustancias adictivas, en los últimos 30 días (1994 - 2004)



Fuente: Encuesta escolar. Departamento de Salud.
Gráfico de elaboración propia.

En lo que concierne a la evolución del consumo de sustancias entre la población general (15-64 años), se observa que el alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas, seguidas del cannabis. El consumo de cocaína continúa creciendo y, en cuanto a la franja de edad entre 15 y 29 años, se observa un patrón de consumo similar al obtenido en la población escolar de 14 a 18 años.

El último informe del Observatorio Catalán de Nuevos Consumos en el Ámbito Juvenil, de 2003, constata algunos cambios sociales que pueden estar influyendo en los patrones de consumo de sustancias, como son: la competitividad como valor, el aumento de la etapa de juventud, el alargamiento del fin de semana, la importancia del consumismo en la sociedad occidental y la búsqueda del éxito inmediato.

Según el informe:

- El consumo de sustancias legales e ilegales se concentra en los fines de semana.
- Las sustancias que están mostrando un aumento en su consumo son el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína.
- Disminuye el éxtasis y la ketamina.
- Se mantiene el GHB y el LSD.
- La edad de inicio de consumo es similar, así como el tipo de sustancia inicial.
- Los consumos posteriores entre las mujeres son más prudentes y controlados que en los hombres, excepto en cuanto al consumo de tabaco.
- El alcohol, el tabaco y el cannabis son las sustancias más consumidas y utilizadas en todos los espacios y situaciones.
- Aumenta el consumo diario de cannabis y el número de personas que lo cultiva.
- La cocaína sigue su proceso de difusión y popularización.
- El consumo de éxtasis en pastillas decrece.

5.4. Utilización de servicios

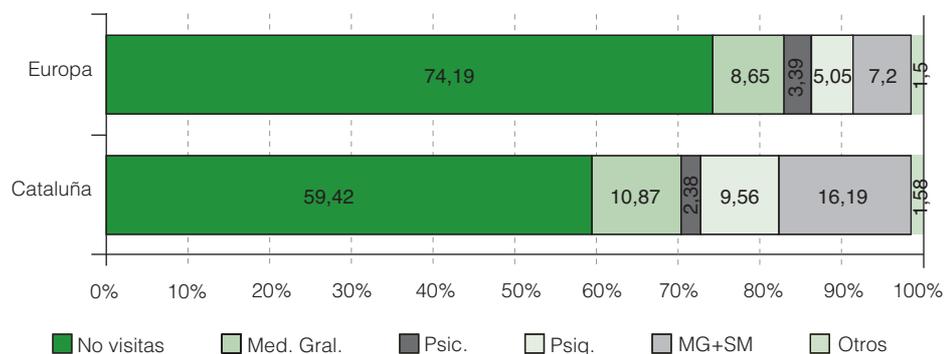
No están del todo claros los factores que influyen en la demanda de servicios por parte de las personas que presentan algún tipo de trastorno mental o adicción. La autopercepción del trastorno y la atribución subjetiva de causa, el umbral personal entre lo normal y lo patológico, el entrecruzamiento con los síntomas físicos, y el papel de filtro -la capacidad diagnóstica y resolutoria- del médico de cabecera, son factores muy

5. Análisis de situación

significativos³⁰. Entre los cuadros graves, la estigmatización asociada a la enfermedad mental y las adicciones puede tener también un papel relevante en la ocultación por parte del paciente y de la familia ante el entorno.

En el estudio europeo ESEMeD, el más reciente sobre prevalencia de trastornos mentales en la población general, se ha visto que en Cataluña, del total de las personas que han presentado algún trastorno mental en el último año, el 59,42% no había contactado, durante el mismo periodo, con ningún profesional sanitario, mientras que en Europa el porcentaje había sido del 74,19% (gráfico 17).

Gráfico 17. Distribución de la población con cualquier TM en el último año, según la atención sanitaria recibida el último año. Cataluña 2002



Fuente: ESEMeD, 2002

Gráfico de elaboración propia.

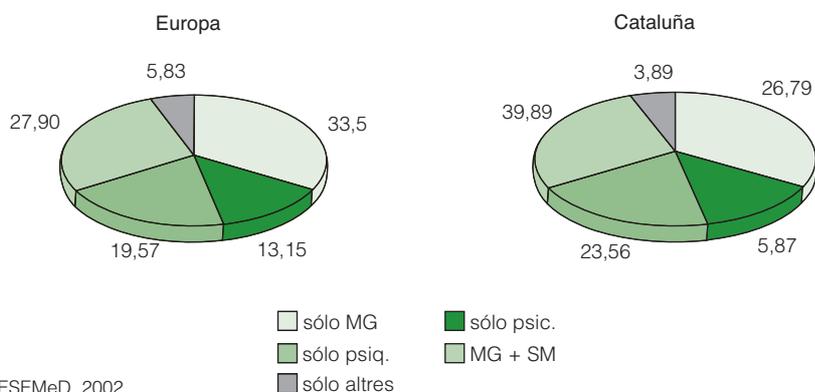
Entre las personas que a lo largo de los últimos doce meses han presentado un trastorno del ánimo (depresión mayor), el 55,4% habían consultado a un profesional sanitario por este motivo y entre los que habían presentado un trastorno de ansiedad fue del 43,7%.

Como puede verse en el caso de Cataluña, el 10,87% de las personas con trastorno mental había tenido al menos un contacto con la atención primaria de salud, mientras que el promedio europeo era del 8,65%. En el caso de la atención especializada, el porcentaje de las personas con trastornos mentales que había contactado era del 28,13% en Cataluña y del 15,64% en el conjunto europeo.

Si consideramos el total de personas con trastorno mental que había tenido algún contacto con el sistema sanitario, la participación exclusiva del médico de cabecera había sido del 26,79% en Cataluña por 33,54% en Europa. La intervención sólo psicológica había sido del 5,87% en Cataluña y del 13,15% en Europa.

El psiquiatra en exclusiva, o junto con el médico de familia, había participado en el 63,45% de los casos en Cataluña, mientras que el promedio europeo era del 47,47% (gráfico 18).

Gráfico 18. Porcentaje de utilización de los diferentes profesionales sanitarios, de los que han sufrido un TM en el último año y se han visitado con algún profesional sanitario en el último año. Cataluña 2002



Fuente: ESEMeD, 2002
Gráfico de elaboración propia.

Los datos anteriores son coherentes con un mayor porcentaje de utilización de fármacos en el entorno catalán. El incremento espectacular de la prescripción de antidepresivos a partir de la aparición de los ISRS en la década de los 90 en nuestro entorno y en el conjunto europeo, comporta hoy un reto formidable para la salud pública y para el gasto sanitario. Si a eso añadimos, como lo prueban el estudio citado y otros, que la depresión y los trastornos mentales en general están infradiagnosticados y además, evolucionan al alza, ¿qué debemos esperar de este comportamiento?

En la tabla 13 podemos ver que entre los catalanes diagnosticados de depresión mayor, el 38,9% reciben sólo tratamiento farmacológico, el 6,9% tratamiento psicológico y el 44,3% de ambos tipos. Entre los diagnosticados de trastornos de ansiedad en Cataluña, el 39,8% reciben sólo tratamiento farmacológico (40,5% en España), el 2,4% tratamiento psicológico (1,7% en España) y el 42,0% ambos tratamientos (39,4% en el Estado español).

Tabla 13. Utilización de fármacos psicotrópicos a los doce meses, por sexo y grupo terapéutico. Cataluña y España, 2002

Fármaco	n (%) N = 1.645		Comparación por sexo OR (IC95%)	
	Cataluña	España	Cataluña	España
Cualquier psicotrópico	340 (18,72%)	991 (16,12%)	2,12 (1,59-2,83)	2,08 (1,75-2,47)
Utilización general				
Antidepresivo	119 (6,36%)	290 (4,69%)	3,03 (1,87-4,91)	2,19 (1,55-3,09)
Ansiolítico	247 (13,46%)	722 (11,42%)	2,09 (1,49-2,93)	2,3 (1,86-2,83)
Antipsicótico	32 (1,95%)	122 (2,15%)	0,96 (0,44-2,08)	1,92 (1,23-2,98)
Estabilizador del ánimo	7 (0,27%)	15 (0,23%)	1,15 (0,24-5,59)	0,78 (0,2-3,04)
Utilización exclusiva				
Sólo antidepresivo	44 (19,34%)	117 (17,85%)	2,14 (0,97-4,75)	1,03 (0,58-1,81)
Sólo ansiolítico	168 (75,94%)	527 (73,62%)	0,83 (0,41-1,67)	1,19 (0,74-1,91)
Sólo antipsicótico	7 (3,72%)	46 (7,46%)	0,13 (0,02-0,84)	0,69 (0,36-1,33)
Sólo estabilizador del ánimo	3 (1,01%)	6 (1,07%)	0,52 (0,05-6,06)	0,37 (0,04-3,08)
Utilización combinada				
Antidepresivo + ansiolítico	61 (74,16%)	136 (69,21%)	3,43 (1,01-11,61)	1,06 (0,41-2,72)
Antidepresivo + antipsicótico	6 (9,94%)	14 (9,07%)	0,13 (0,02-0,84)	0,25 (0,06-0,98)

Fuente: Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Romera B, Membrillo 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).

1 Al menos una visita con un profesional psicólogo

5. Análisis de situación

En el momento de afrontar el incesante incremento del consumo de psicofármacos, deberá tenerse en cuenta:

- Que el cambio del modelo de atención a la salud mental, haciéndolo más accesible y acercándolo a la atención primaria, se asocia a la mejora de la detección y, por tanto, a la mayor prescripción^{31,32}.
- Que parece posible que la mejor tolerancia a los nuevos antidepresivos, provoque una sobreprescripción en la atención primaria, indicados no tan sólo en trastornos menores o subclínicos, sino incluso en no trastorno. Este comportamiento, que puede llegar a afectar a un 50% de las prescripciones, se compensa, en parte, porque una cuarta parte de los pacientes que salen de la consulta con una receta de antidepresivos, no vuelve a pedir ninguna otra³³.
- La prescripción en trastornos leves o no trastorno se relaciona con el fenómeno de la medicalización de la vida cotidiana, perceptible claramente no sólo en el entorno de la atención primaria sino también en la especializada³⁴.

La complejidad de estos tipos de fenómenos es alta. Está claro que la depresión no tratada se asocia a riesgo de suicidio y a un mayor número de tentativas, pero el incremento del consumo a que hacemos referencia no ha modificado las tasas de suicidio en nuestro país. También en relación con la discapacidad asociada podemos ver el mismo comportamiento paradójico. Las bajas laborales debidas a depresión se han incrementado, hasta representar actualmente la segunda causa de incapacidad laboral en España.

5.5. Mortalidad

El análisis de la mortalidad (tabla 14), en cuanto a las causas que están más relacionadas con la salud mental, muestra que en Cataluña, el año 2003, la tasa específica de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento (TM), para los 20 grandes grupos de causas de muerte, es de 53,15 muertos por 100.000 habitantes, (un 13,8% más que el año 2002).

Entre los años 1983 y 2002 las defunciones por TM han sufrido un incremento muy importante, y es el envejecimiento progresivo de la población una de las causas fundamentales, ya que afectan mayoritariamente a las personas de más de 64 años.

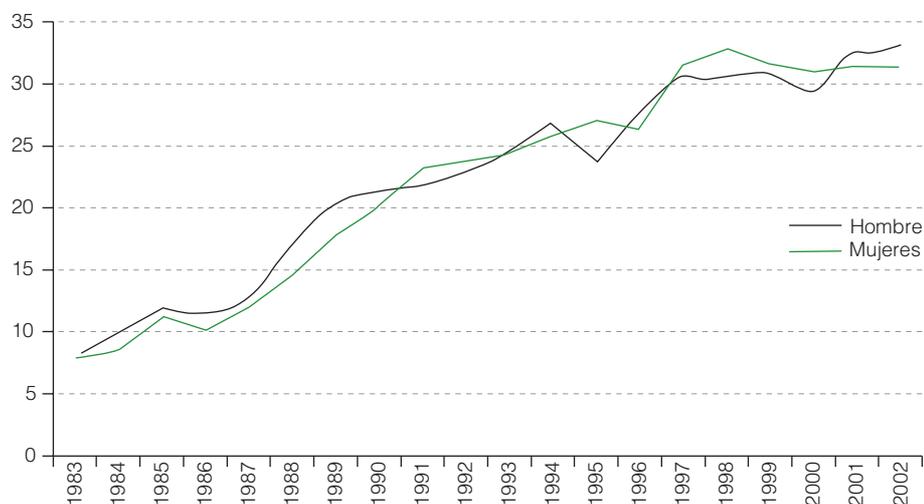
Tabla 14. Tasas específicas de mortalidad por enfermedad mental por grupos de edad y sexo (x100.000 hab.). Cataluña, 2003

	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	> 84	Total
Mujeres	0	0	0,35	0,78	1,42	0,98	0,92	3,12	21,66	262,29	1.930,15	70,36
Hombres	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

Fuente: Servicio de Información y Estudios. Dirección General de Recursos Sanitarios. Departamento de Salud.

A la hora de interpretar los datos es preciso considerar que hasta el año 1999 la enfermedad de Alzheimer estaba clasificada en el grupo de TM y actualmente se codifica como enfermedad del sistema nervioso (gráfico 19).

Gráfico 19. Evolución de la mortalidad por TM. Cataluña, 1983-2002



Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes. Hasta el año 1999 la enfermedad de Alzheimer estaba incluida en este grupo. Fuente: Departamento de Salud. Registro de Mortalidad.

Tabla 15. Tasas estandarizadas (x100.000 hab.) y mortalidad proporcional estandarizada. (Población Cataluña 1991). 20 grandes grupos. Cataluña, 2003

	Mujeres		Hombres		Total	
	TME	%	TME	%	TME	%
I. Infecciosas	11,72	2,20	18,88	1,98	14,97	2,10
II. Tumores	130,92	24,57	302,98	31,82	204,05	28,65
III. Sangre	2,41	0,45	3,31	0,35	2,80	0,39
IV. Endocrinas	19,88	3,73	26,33	2,77	22,72	3,19
V. Mentales	36,11	6,78	36,24	3,81	37,03	5,20
VI. Nerviosas	33,44	6,28	34,63	3,64	34,31	4,82
VII. Ojo	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00
VIII. Oído	0,02	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
IX. Circulatorio	172,25	32,33	262,58	27,58	211,70	29,73
X. Respiratorio	42,95	8,06	116,84	12,27	71,32	10,01
XI. Digestivo	26,37	4,95	48,13	5,06	35,93	5,04
XII. Piel	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. Genitourinario	12,64	2,37	20,55	2,16	15,42	2,16
XV. Embarazo y parto	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. Congénitas	1,64	0,31	1,65	0,17	1,66	0,23
XVIII. Mal definidas	12,98	2,44	19,87	2,09	16,11	2,26
XX. Externas	19,35	3,63	51,12	5,37	34,43	4,83
Total	432,75	100	952,08	100	712,18	100

Servicio de Información y Estudios. Dirección General de Recursos Sanitarios. Departamento de Salud.

La evolución de la mortalidad por suicidio y autolesiones muestra un aumento de las tasas correspondientes a los hombres; así durante el periodo 1983-2002, el diferencial entre las tasas de ambos sexos ha aumentado. La mortalidad por suicidio es casi cuatro veces más frecuente en los hombres que en las mujeres (tabla 16).

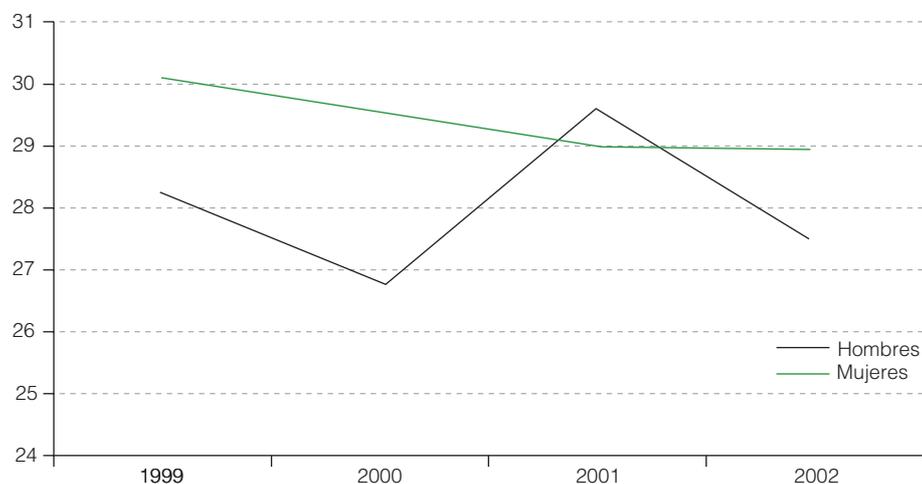
5. Análisis de situación

Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad por trastorno mental, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, suicidio y autolesión por grupos por edad y sexo (x100.000 hab.). Cataluña, 2003

	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	> 84	Total
Causa 37. Trastornos Mentales												
Mujeres	0	0	0,35	0,78	1,24	0,98	0,69	1,13	3,91	25,02	148,75	6,60
Hombres	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
Causa 38. Demencia senil, vascular y demencia no especificada												
Mujeres	0	0	0	0	0,18	0	0,23	1,98	17,75	237,27	1.781,40	63,75
Hombres	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
Causa 39. Enfermedad de Alzheimer												
Mujeres	0	0	0	0	0	0	0	2,27	28,28	209,33	766,35	37,28
Hombres	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
Causa 71. Suicidios y autolesiones												
Mujeres	0	0	0,35	1,83	2,49	4,91	5,76	3,97	2,71	7,09	8,33	3,56
Hombres	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
Causa 72. Homicidios												
Mujeres	0	0	0	0	1,24	0,39	1,38	0,28	0,60	0	1,19	0,57
Hombres	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

Fuente: Servicio de Información y Estudios. Dirección General de Recursos Sanitarios. Departamento de Salud.

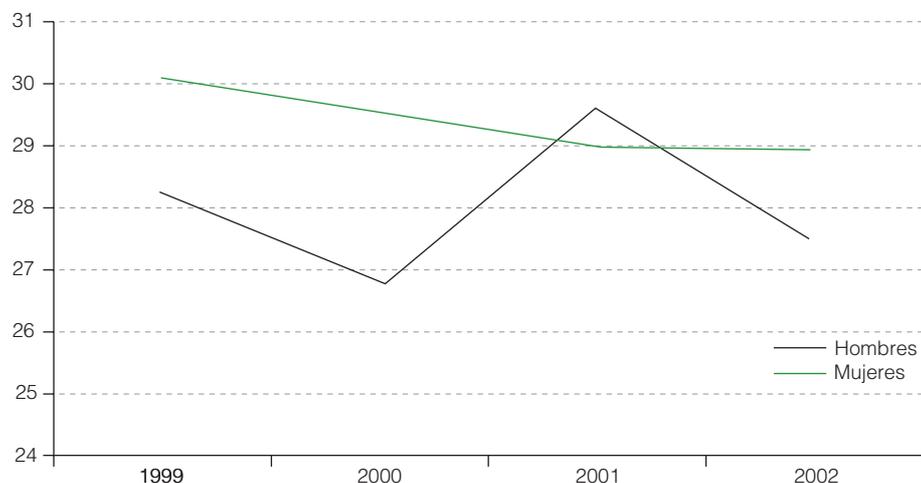
Gráfico 20. Evolución de la mortalidad por demencia senil, vascular y demencia no especificada, por sexo. Cataluña, 1999-2002



Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes.

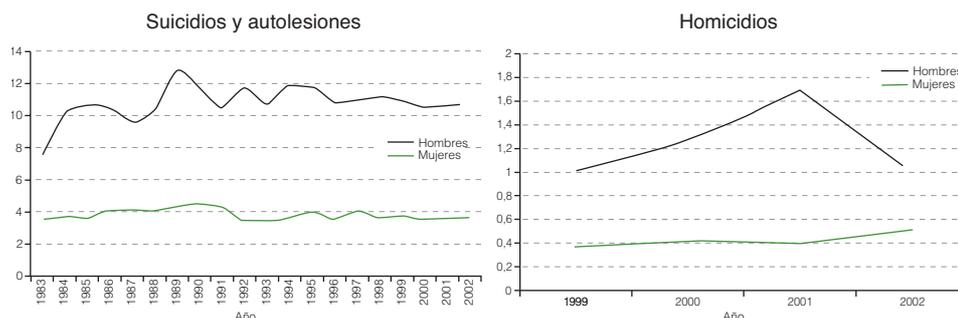
Fuente: Departamento de Salud. Registro de Mortalidad.

Gráfico 21. Evolución de la mortalidad por enfermedad de Alzheimer en mayores de 64 años, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2000-2002



Fuente: Departamento de Salud. Registro de Mortalidad.

Gráfico 20. Evolución de la mortalidad por suicidios - autolesiones y homicidios, por sexo. Cataluña, 1999-2002



Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes.
Fuente: Departamento de Salud. Registro de Mortalidad.

5.6. Morbilidad hospitalaria

El número de altas en hospitales psiquiátricos monográficos y hospitales generales con actividad psiquiátrica el año 2004 fue de 20.651 (55% hombres y 45% mujeres) si bien, el año 2004 han notificado al CMBDSM sólo el 89% de los centros con esta actividad (tablas 17, 18, 19, 20 y 21).

Tabla 16. Algunos parámetros de las altas (de agudos y subagudos) en hospitales psiquiátricos y de las altas psiquiátricas en hospitales generales de agudos de la XHUP, 2004

	Altas en hospitales psiquiátricos	Altas psiquiátricas en hospitales generales	Total
Número de altas	11.089	9.562	20.651
Hombres	6.027 (54,4)	5.182 (54,2)	11.368
Media de edad (años)	40,1	45,6	42,7
Duración media de agudos (días)	18,8	14,8	16,9
Duración media de subagudos (días)	79,0	—	—

Fuente: CMBDAH y CMBDSM. CatSalut. Memoria de actividad 2004

5. Análisis de situación

Tabla 18. Contactos de los hospitales psiquiátricos y contactos psiquiátricos de los hospitales generales de agudos. Años 2002 y 2003

	Hospitales psiquiátricos				Hospitales generales			
	Agudos		Subagudos		Con servicio de psiquiatría		Sin servicio de psiquiatría	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
Número de contactos	9.399	9.785	1.392	2.002	8.278	7.269	1.925	1.833
Mujeres	45,5	46,1	43,4	45,4	47,4	45,8	40,8	42,1
Mediana edad (años)	40,6	39,7	44,4	41,6	42,1	41,7	53,0	54,1
25-40 años	41,5	41,5	38,1	41,1	34,9	33,2	18,3	18,5
Estada mediana	18,8	18,7	70,4	66,1	14,4	13,9	5,8	6,2
Diagnósticos más frecuentes (%)								
Trastornos esquizofrénicos	29,4	26,3	52,7	42,6	15,2	12,9	1,5	1,3
Psicosis afectivas	19,7	18,6	14,3	15,5	16,1	14,3	4,3	3,6
Trastornos de personalidad	11,2	10,8	8,9	7,6	5,8	5,1	1,6	0,9
Trastornos neuróticos	6,4	5,5	3,8	3,5	7,0	7,2	14,4	15,8
Reacción de adaptación	5,6	6,5	1,0	3,0	3,1	3,6	1,0	0,9
Síndrome de dependencia del alcohol	5,1	5,3	1,3	3,2	12,6	13,8	9,6	8,2
Hospitales psiquiátricos	2002	2003						
Contactos nulos*	362	206						
% sobre el total	3,4	1,7						
Total contactos	10.791	11.987						
Hospitales generales	2002	2003						
Contactos nulos*	0	28						
% sobre el total	0,00	0,3						
Total contactos	10.203	9.102						

Tabla 19. Distribución de las altas de los hospitales psiquiátricos y de las altas psiquiátricas de los hospitales generales de agudos por región sanitaria, 2004

	Hospitales psiquiátricos				Hospitales generales				Total	
	Agudos		Subagudos		Con servicio de psiquiatría		Sin servicio de psiquiatría			
	Estancia		Estancia		Estancia		Estancia			
	Altas	media	Altas	media	Altas	media	Altas	media		
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
Barcelonés 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
Total	9.414	18,8	1.675	79,0	7.210	14,1	2.352	7,2	20.651	20,7

Fuente: CMBDAH y CMBDSM. CatSalut. Memoria de actividad 2004

Tabla 20. Altas de los hospitales psiquiátricos y altas psiquiátricas de los hospitales generales de agudos de la XHUP de los residentes en cada región sanitaria según la región sanitaria del hospital, 2004

Región sanitaria del hospital	Terres de		Costa		Barcelonès		Barcelona		Cataluña		Estado		Desconocida	Total
	Lleida	Tarragona	l'Ebre	Girona	de Ponent	Nord i Maresme	Centre	ciudad	inespecíficos	español	Extranjero			
Lleida	698	9	0	2	15	1	6	21	0	28	1	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	4	4	1	8	12	915	32	45	4	3	2	2	1.032	
Nord i Maresme	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 ciudad	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	
Total	812	1.440	342	1.760	4.186	1.407	4.478	5.647	78	316	88	97	20.651	
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—	—	100%	

Fuente: CMBDAH y CMBDSM. CatSalut. Memoria de actividad 2004

Tabla 21. Distribución de las altas de los hospitales psiquiátricos y de las altas psiquiátricas de los hospitales generales de agudos de la XHUP que corresponden a las diez categorías diagnósticas más frecuentes (según la CIMA-9-MC), 2004

Diagnóstico (codigo CIM-9-MC)	Altas de hospitales psiquiátricos		Altas psiquiátricas de hospitales generales		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Trastornos esquizofrénicos (295)	3.388	30,6	948	9,9	4.336	21,1
Trastornos de personalidad (301)	2.010	18,1	1.121	11,7	3.131	15,2
Otras psicosis no orgánicas (298)	1.094	9,9	430	4,5	1.524	7,4
Reacción de adaptación (309)	821	7,4	373	3,9	1.194	5,8
Trastornos neuróticos (300)	650	5,9	265	2,8	650	3,2
Síndrome de dependencia del alcohol (303)	485	4,4	727	7,6	1.212	5,9
Síndrome de dependencia del alcohol (303)	588	5,3	1.160	12,1	1.748	8,5
Abuso no dependiente de drogas (305)	314	2,8	278	2,9	592	2,9
Estados paranoides (297)	274	2,5	77	0,8	351	1,7
Drogodependencia (304)	183	1,7	924	9,7	1.107	5,4

Fuente: CMBDAH y CMBDSM. CatSalut. Memoria de actividad 2004

5.7. Morbilidad ambulatoria

En cuanto a la morbilidad psiquiátrica atendida en los servicios de atención primaria (AP), se acepta que ésta es elevada y que los trastornos más prevalentes son la depresión^{35,36}, la ansiedad y la dependencia del alcohol^{37,38}. Con todo, la detección de problemas de salud mental en la Atención Primaria es insuficiente^{39,40}.

Durante el año 2004 (tablas 22, 23, 24, 25 y 26), se notificaron 170.470 pacientes atendidos por parte de 91 centros con actividad psiquiátrica ambulatoria mediante 911.092 visitas tanto en centros de adultos (58 CSMA) como en centros de niños y jóvenes (33 CSMIJ).

5. Análisis de situación

Gráfico 23. Distribución de los pacientes atendidos en centros de salud mental ambulatoria residentes en Cataluña y de la población de Cataluña por sexo y grupo de edad. Año 2003

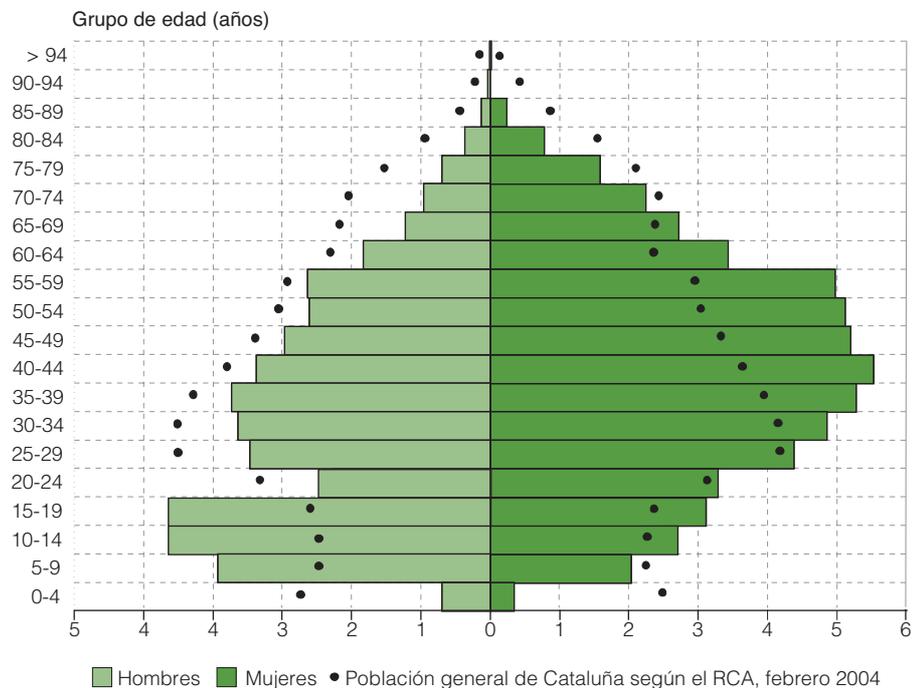


Tabla 22. Pacientes atendidos en los centros de salud mental, 2004

	Adultos	Infantiles	Total
Número de pacientes atendidos	138.586	31.884	170.470
Hombres	48.809 (35,21%)	18.359 (57,58%)	67.168
Mediana de edad (años)	45,81	11,11	39,28

Fuente: CMBDAH y CMBDSM. CatSalut. Memoria de actividad 2004.

Tabla 23. Visitas de consulta ambulatoria psiquiátrica en los centros de salud mental, 2004

	Pacientes atendidos	Primeras visitas	Visitas sucesivas	Visitas para un tratamiento	Visitas enfermería y trabajo social	Otras visitas	Total visitas	Centros notificadores
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
Barcelonés 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 ciudad	33.684	12.152	79.308	55.499	31.711	28.019	206.889	17
Total	170.470	61.247	413.296	198.368	138.101	100.080	911.092	91

Fuente: CMBDAH y CMBDSM. CatSalut. Memoria de actividad 2004.

Tabla 24. Diagnósticos más prevalentes en los centros de salud mental, 2004

Diagnóstico (código CIM-9-MC)	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Trastornos neuróticos (300)	11.652	17,3	28.323	29,0	41.177	24,2
Reacción de adaptación (309)	11.683	17,4	20.468	21,0	32.967	19,3
Psicosis afectivas (295)	6.143	9,1	11.824	12,1	18.660	10,9
Trastornos esquizofrénicos (295)	6.865	10,2	4.322	4,4	11.762	6,9
Trastornos de personalidad (301)	3.680	5,5	4.411	4,5	8.357	4,9
Síntomas y síndromes especiales, no clasificados en ningún otro lugar (307)	1.731	2,6	2.992	3,4	4.883	2,9
Trastornos de la infancia (313)	2.250	3,3	1.577	1,6	3.967	2,3
Trastornos de la conducta no clasificados (312)	2.239	3,3	813	0,8	3.121	1,8
Trastornos depresivos no clasificados (311)	883	1,3	1.963	2,0	2.895	1,7
Otras psicosis no orgánicas (298)	1.419	2,1	1.369	1,4	2.863	1,7

Fuente: CMBDAH y CMBDSM. CatSalut. Memoria de actividad 2004.

Tabla 25. Visitas de consulta ambulatoria psiquiátrica en los CSMA y CSMIJ, 2004

	Pacientes atendidos	Primeras visitas	Visitas sucesivas	Visitas para un tratamiento	Visitas enfermería y trabajo social	Otras visitas	Total visitas	Centros notificadores
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 Norte y Maresme	7.399	2.364	9.295	13.154	4.532	5.833	35.178	3
Centro	27.761	8.081	72.989	17.952	29.942	17.081	145.845	10
Barcelona ciudad	29.443	10.231	71.976	30.921	31.181	24.800	169.109	12
Total	138.586	46.761	339.030	105.770	127.995	89.455	709.011	58
Infantiles								
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 Norte y Maresme	2.825	1.286	8.223	2.860	255	1.385	13.809	3
Centro	7.301	3.082	23.950	12.689	714	2.268	42.603	8
Barcelona ciudad	4.241	1.921	7.332	24.578	530	3.219	37.580	5
Total	31.884	14.486	74.266	92.598	10.106	10.625	202.801	33

Fuente: CMBDAH y CMBDSM. CatSalut. Memoria de actividad 2004.

5. Análisis de situación

Tabla 26. Diagnósticos más prevalentes en los CSMIJ y CSMA, 2004

Diagnóstico (codi CIM-9-MC)	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Adultos						
Trastornos neuróticos (300)	9.715	19,9	26.338	31,0	37.209	26,9
Reacción adaptativa (309)	8.153	16,7	17.360	20,4	26.084	18,8
Psicosis afectivas (295)	6.010	12,3	11.687	13,8	18.389	13,3
Trastornos esquizofrénicos (295)	6.795	13,9	4.299	5,1	11.668	8,4
Trastornos de la personalidad (301)	2.701	5,5	3.921	4,6	6.975	5,0
Trastorno depresivo no clasificada (311)	859	1,9	1.936	2,3	2.943	2,1
Otras psicosis no orgánicas (298)	1.362	2,9	1.348	1,6	2.785	2,0
Síntomas y síndromes especiales, no clasificados en ningún otro lugar (307)	390	0,9	1.657	1,9	2.137	1,5
Estados paranoides (297)	852	1,7	1.185	1,4	2.104	1,5
Trastorno de la conducta no clasificado (312)	904	11,9	273	0,3	1.192	0,9
Infantiles						
Reacción adaptativa (309)	3.530	19,2	3.108	24,6	6.783	21,3
Trastornos neuróticos (300)	1.937	10,6	1.985	15,7	3.968	12,4
Trastorno emocional de la infancia (313)	2.185	11,9	1.508	11,9	3.831	12,0
Síntomas y síndromes especiales, no clasificados en ningún otro lugar (307)	1.341	7,3	1.335	10,6	2.746	8,6
Síndrome hiperkinética de la infancia (314)	1.938	10,6	360	2,8	2.355	7,4
Trastorno de la conducta no clasificado (312)	1.335	7,3	540	4,3	1.929	6,1
Retrasos específicos del desarrollo (315)	1.160	6,3	539	4,3	1.718	5,4
Trastornos de la personalidad (301)	979	5,3	490	3,9	1.482	4,6
Psicosis orgánica de la infancia (299)	374	2,0	81	0,6	477	1,5
Psicosis afectivas (295)	133	0,7	137	1,1	271	0,8

Fuente: CMBDAH y CMBDSM. CatSalut. Memoria de actividad 2004.

Gráfico 24. Evolución de los pacientes atendidos y visitas realizadas (CSMIJ y CSMA)

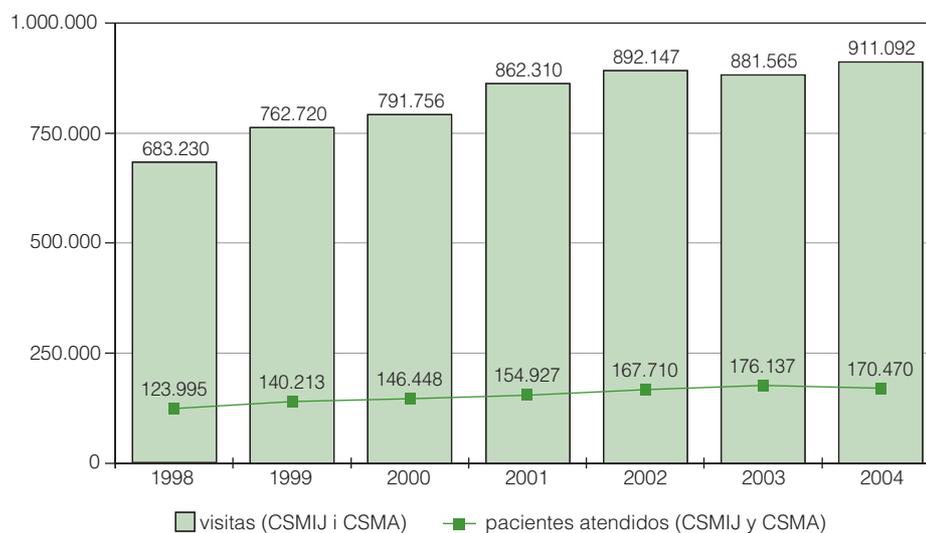


Gráfico de elaboración propia.

Fuentes: Plan director de salud mental y adicciones, Unidad de Mapa Sanitario, CMBDSM y Memorias CatSalut.

Gráfico 25. Prevalencia y frecuentación en centros de salud mental en Cataluña por grupos de edad y sexo, 2003

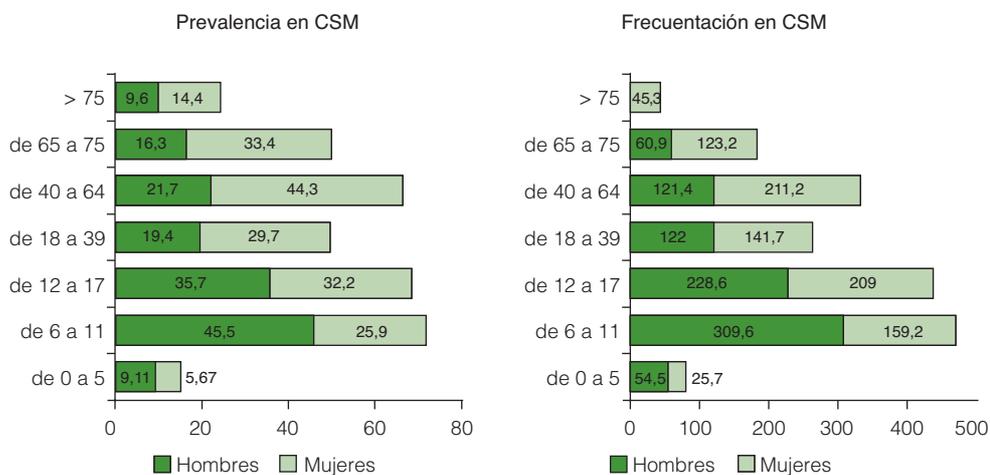


Gráfico de elaboración propia.

Fuentes : Plan Director de Salud Mental y Adicciones, CMBDSM.

La intensidad de la atención recibida es en general un poco mayor en los hombres, en casi todas las edades, y disminuye de manera importante en la población mayor de 65 años (gráfico 26).

Gráfico 26. Visitas por pacientes en CSM por grupos de edad y sexo, 2003

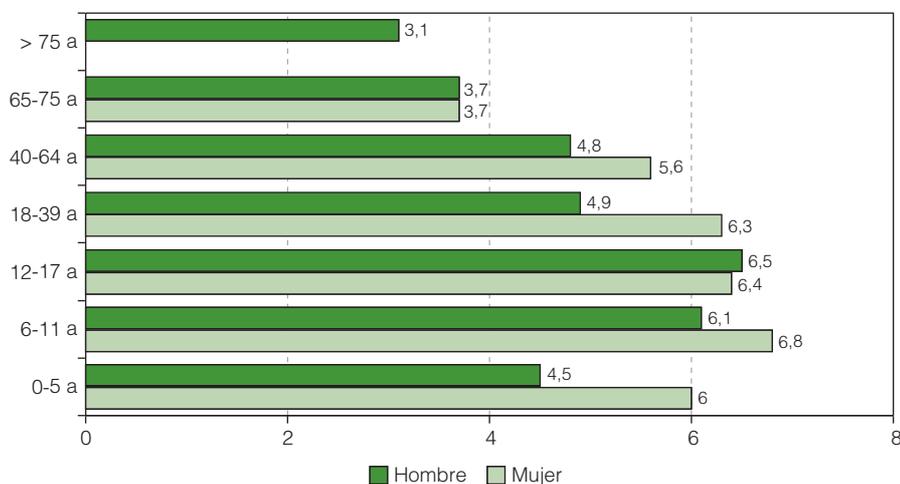


Gráfico de elaboración propia.

Fuentes : Plan Director de Salud Mental y Adicciones, CMBDSM.

En el gráfico 27 puede verse la descripción de las patologías más prevalentes en los CSMIJ y los CSMA. En los centros infantiles y juveniles se expresa una gran diversidad, que aún sería mayor si no se hubiesen agrupado en un grupo de otros diagnósticos un 25,8% de los casos, porcentaje por cierto bastante superior al de los adultos.

El factor de diversidad, y por tanto, el amplio rango de gravedad que puede expresar, en una etapa vital madurativa como ésta, podría ser un factor positivo en la prevención de patologías del adulto.

5. Análisis de situación

Gráfico 27. Comparación de las categorías diagnósticas más prevalentes en los CSMIJ y CSMA. Cataluña, 2003

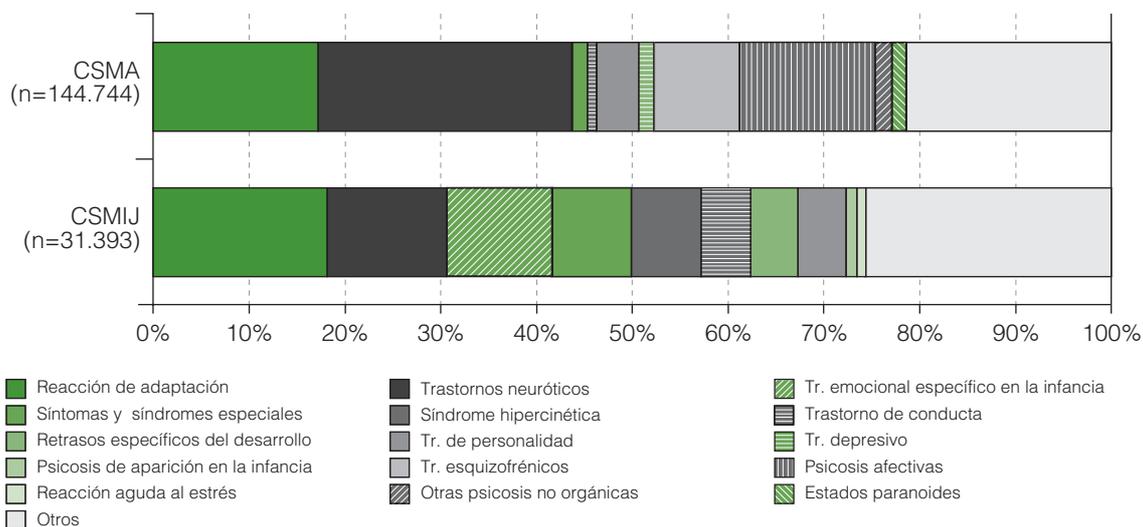


Gráfico de elaboración propia. Fuentes: CMBDSM.

La distribución diagnóstica de la población adulta atendida en los centros de salud mental muestra una menor dispersión. Más de un 30% presenta diagnósticos compatibles con trastorno mental grave, y más de un 45% de los casos son trastornos neuróticos y/o de reacciones adaptativas.

Gráfico 28. Evolución de los inicios de tratamiento en los CAS por droga principal (1991 - 2004)

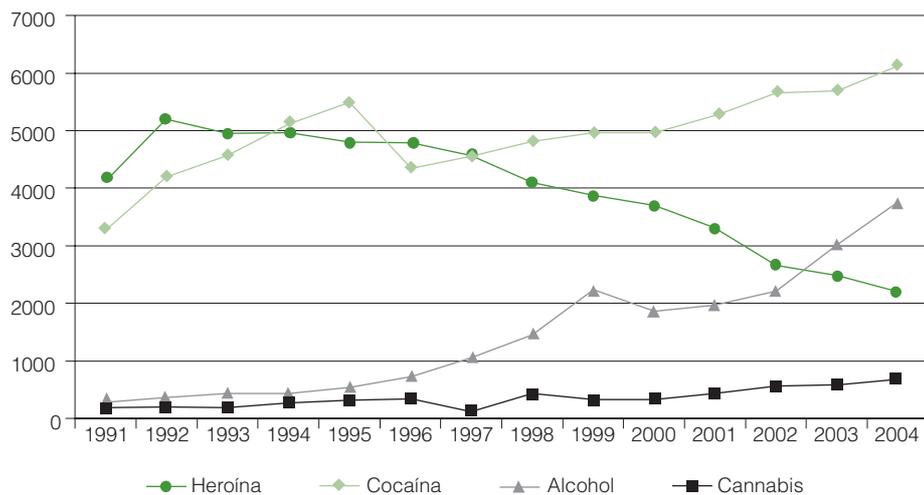


Gráfico de elaboración propia. Fuentes: SIDC.

Tabla 27. Pacientes infantiles y juveniles: distribución de los pacientes, media de edad y porcentaje de mujeres por diagnóstico principal seleccionado. Año 2003

	Distribución de los pacientes		Mediana de edad (anys)	Mujeres (%)
	N	%		
Reacción adaptación	5.690	18,1	11,3	47,2
Inhibición específica de los estudios o del trabajo	1.277	4,1	10,8	40,6
Reacción depresiva breve	626	2,0	12,6	58,8
Trastornos neuróticos	3.865	12,3	12,4	50,5
Estados de ansiedad	974	3,1	11,9	49,3
Depresión neurótica	665	2,1	14,0	60,0
Trastorno emocional específico en la infancia y adolescencia	3.429	10,9	10,6	40,2
Problemas de relación	638	2,0	10,0	43,1
Desorden de oposición	487	1,6	10,3	31,2
Síntomas y síndromes especiales, no clasificados en ningún otro lugar	2.684	8,5	11,0	50,0
Anorexia nerviosa y otros trastornos de la alimentación	873	2,8	13,4	73,5
Enuresi	548	1,7	9,8	32,1
Síndrome hiperkinética de la infancia	2.220	7,1	10,0	14,5
Desorden de falta de atención	1.419	4,5	10,3	15,0
Trastorno de conducta no clasificado en ningún otro lugar	1.630	5,2	11,7	28,0
Trastorno de conducta infrasociada	296	0,9	12,0	26,6
Trastorno mixto de la conducta y de las emociones	275	0,9	11,3	36,4
Retrasos específicos del desarrollo	1.583	5,0	9,1	31,9
Otras dificultades de aprendizaje específico	439	1,4	11,0	39,2
Desorden de desarrollo de habla o lenguaje	413	1,3	6,7	24,2
Trastorno de personalidad	1.528	4,9	12,7	32,8
Otros trastornos de personalidad	389	1,2	11,3	29,6
Trastorno de personalidad afectivo	144	0,5	14,1	32,6
Psicosis con origen específico en la infancia	385	1,2	10,8	32,9
Autismo infantil	111	0,4	10,2	27,9
Reacción aguda a estrés	269	0,9	10,8	46,5
Trastorno presuminante de emociones	104	0,3	10,8	45,3
Otros diagnósticos	1.649	5,3	11,9	45,1
Diagnóstico desconocido o erróneo	6.461	20,6	10,7	40,5
Total	31.393	100	11,1	39,2

5. Análisis de situación

Tabla 28. Pacientes adultos: distribución de los pacientes, media de edad y porcentaje de mujeres por diagnóstico principal seleccionado. Año 2003

	Distribución de los pacientes		Mediana de edad (años)	Mujeres (%)
	N	%		
Trastornos neuróticos	38.146	26,4	46,8	72,4
Depresión neurótica	14.744	10,2	52,7	82,8
Estados de ansiedad	13.387	9,2	43,1	66,5
Reacción adaptación	24.946	17,2	44,1	67,7
Reacción de adaptación con características emocionales mixtas	10.288	7,1	43,6	70,2
Reacción depresiva breve	3.297	2,3	45,0	70,2
Psicosis afectivas	20.158	13,9	51,4	66,4
Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve, moderado o inespecífico	7.804	5,4	50,4	64,7
Trastorno depresivo mayor, episodio recurrente, leve, moderado o inespecífico	6.566	4,5	54,4	72,1
Trastornos esquizofrénicos	12.952	8,9	42,3	38,3
Tipo paranoide	6.050	4,2	42,1	33,5
Tipo esquizoafectivo	1.561	1,1	43,0	55,2
Trastorno de personalidad	6.462	4,5	41,2	57,8
Trastornos de personalidad inespecífica	1.589	1,1	38,0	51,0
Otros trastornos de personalidad	1.480	1,0	35,8	60,9
Trastorno depresivo no clasificado en ningún otro lugar	2.711	1,9	48,1	68,8
Otras psicosis no orgánicas	2.628	1,8	42,0	49,8
Psicosis no especificada	1.906	1,3	41,5	46,6
Síntomas y síndromes especiales, no clasificados en ningún otro lugar	2.298	1,6	34,7	80,7
Otros trastornos de la comida, y trastornos inespecíficos de la comida	623	0,4	30,6	91,9
Bulimia	486	0,3	31,1	95,7
Anorexia nerviosa	340	0,2	26,1	94,2
Estados paranoides	2.197	1,5	54,5	58,0
Paranoia	1.296	0,9	54,9	58,8
Estado paranoide simple	585	0,4	54,9	58,5
Trastorno de conducta no clasificado en ningún otro lugar	1.175	0,8	37,5	25,6
Juego patológico	374	0,3	40,9	15,5
Trastornos de control del impulso, no clasificados en ningún otro lugar	497	0,3	33,5	23,8
Otros diagnósticos	11.057	7,6	44,3	59,3
Diagnóstico desconocido o erróneo	20.014	13,8	44,5	63,8
Total	144.744	100	45,7	59,9

Tabla 29. Evolución de actividad en atención a la salud mental y adicciones: 1998 – 2003

Salud Mental	1998	%Δ	1999	%Δ	2000	%Δ	2001	%Δ	2002	%Δ	2003
C											
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
En hospitals generals											
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
Consulta ambulatoria psiquiàtrica											
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
Hospitals de dia psiquiàtrics											
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
Centres de dia de salut mental											
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
Adicciones											
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. Análisis de situación

Tabla 30. Recursos de internamiento en salud mental y adicciones. Cataluña 2004

Región sanitaria	Hospitales de agudos		Centros psiquiátricos ¹		Unidades hospitalarias de desintoxicación	
	Centros	Camas	psiquiatría	Centros	Camas	Centros
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
Barcelonés Norte y Maresme	6	30	2	444	1	4
Centro	11	159	0	0	2	16
Barcelona Ciudad	13	141	6	271	4	30
Cataluña	64	436	22	3.863	11	64

¹ Centros psiquiátricos: hospitales psiquiátricos monográficos y centros autorizados para internamiento psiquiátrico y sociosanitario, de financiación pública.

Fuente: Memoria de actividades 2004 Red sanitaria de utilización pública. Departamento de Sanidad y Seguridad Social 2005

Tabla 31. Recursos con consulta ambulatoria en salud mental y adicciones. Cataluña, 2004

Región sanitaria	Consultas ambulatorias psiquiátrica			Centros de atención y seguimiento drogodependencias (CAS)			
	CSMIJ ¹	CSMA ²	Total	Consultas periféricas		Total	Consultas
				Infantiles	Adultos		
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
Barcelonés Norte y Maresme	6	7	13	0	0	0	6
Centro	9	13	22	8	7	15	12
Barcelona Ciudad	10	16	26	1	1	2	15
Cataluña	41	70	111	24	11	35	60

1- CSMIJ: centro de salud mental infantil y juvenil.

2. CSMA: centro de salud mental de adultos.

Fuente: Memoria de actividades 2004 Red sanitaria de utilización pública. Departamento de Salud 2005

Tabla 32. Recursos de internamiento en salud mental y adicciones. Cataluña 2004

Región sanitaria	Hospital de día en hospitales de agudos		Hospitales de día de centros psiquiátricos	
	Centros	Places	Centros	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
Barcelonés Norte y Maresme	2	37	2	31
Centro	5	131	4	62
Barcelona Ciudad	3	42	4	147
Cataluña	14	289	16	395

Fuente: Memoria de actividades 2004 Red sanitaria de utilización pública. Departamento de Salud 2005

* Recursos de hospital de día por población adulta

Tabla 33. Centros de día en la atención en salud mental. Cataluña 2004

Región Sanitaria	Centros de día			
	Infantiles		Adultos	
	Centros	Plazas	Centros	Plazas
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
Barcelonés Norte y Maresme	0	0	5	140
Centro	1	29	10	265
Barcelona Ciudad	3	123	17	607
Cataluña	6	240	57	1.642

Fuente: Memoria de actividades 2004 Red sanitaria de utilización pública. Departamento de Salud 2005

5.8. DAFO

Análisis interno global

Debilidades

- No consideración de los grupos de riesgo: falta de actividades de prevención y promoción de la salud. Orientación asistencial versus preventiva.
- Atención Primaria de Salud:
 - Por un lado, la infradetección de algunos problemas de salud mental como la depresión mayor y, por otro, el incremento de la medicalización de problemas relacionados con la vida cotidiana.
 - El Programa Mínimo de Colaboración entre la Atención Primaria de Salud y la atención especializada no es suficiente para incrementar el nivel de resolución de la APS.
 - Se constata poca fluidez en las relaciones y estas se centran la derivación de flujos y fármacos.
 - Poca transferencia de procedimientos psicológicos hacia la primaria y poca participación de la enfermería en la atención a los problemas de salud mental.
 - La derivación desde la APS está generando listas de espera por centro de salud mental (CSM). No se considera la SM como una prioridad en la APS a pesar de que representa el 25% de la demanda.
 - Infradetección en determinadas franjas de edad y barreras de entrada a la especializada (niños pequeños con trastornos graves del desarrollo y trastorno mental grave, adolescentes con trastornos por abuso de sustancias y otras adicciones comportamentales, ancianos con trastornos mentales o con riesgo). El diagnóstico de drogodependencias como criterio de exclusión para los servicios de SM. También patologías emergentes como por ejemplo los trastornos límite de la personalidad.
- Sectorización de los recursos / territorio: Poca racionalidad y correspondencia geográfica de los recursos entre salud mental y adicciones con los equipos de otros departamentos, sobre todo en lo que respecta a la población infantil y juvenil.
- Alta prevalencia en los servicios especializados. Deficiencias en la respuesta de la red. Indefinición de la cartera de servicios. Poca atención a programas especiali-

5. Análisis de situación

zados por patologías:

- Oferta insuficiente, con poco tiempo para los pacientes, lo que puede implicar un incremento del gasto farmacéutico y una medicalización de la vida cotidiana.
- El incremento de la demanda de atención a trastornos neuróticos dificulta la atención a los TM más graves.
- Listas de espera por tratamiento.
- Heterogeneidad de la oferta según los centros (variabilidad de la práctica clínica).
- Insuficiente intervención en la crisis.
- Insuficiente atención psicológica.
- Baja prevalencia en servicios de personas con trastorno mental grave y trastorno mental severo.
- Poca atención familiar, social y de enfermería.
- Enfoque reactivo y no proactivo de los servicios (servicios = estructuras).
- Poca atención a la diversidad cultural.
- Falta de programas o estrategias con implicación social: inmigrantes, mujeres maltratadas, expresidarios, otros centrados en servicios sociales, etc.
- Poco desarrollo del Plan de Servicios Individualizados y de Atención Domiciliaria..
- Saturación de muchos servicios hospitalarios. Hospitalización de niños y adolescentes, de pacientes de la tercera edad y patología dual, dificultades en el modelo de servicios de media y larga estancia, efecto de «puerta giratoria» por falta de continuidad asistencial desde los servicios comunitarios, larga estancia, y cooperación con centros de salud mental y centros de día. Faltan alternativas a la larga estancia. Poco personal de atención. Financiación baja. Reconversión a medias.
- Hospitales de día heterogéneos. Pocas comunidades terapéuticas. Falta de alternativas residenciales para adolescentes.
- Modelo de centros de día poco orientado a servicios de rehabilitación comunitarios. Inexistencia de dicho tipo de servicios para la población adolescente.

- Insuficientes recursos de Bienestar Social, y necesidad de crear nuevas tipologías de servicios residenciales con más apoyo sanitario.

- Poca implicación en alternativas laborales para los enfermos mentales (adolescentes y adultos).

- Déficit en la continuidad asistencial.

- Profesionales:
 - Falta de planificación de necesidades (psiquiatras).
 - Pocos psicólogos clínicos y enfermeros especializados en salud mental.
 - Necesidades de formación en relación con el modelo público.
 - Necesidades de mejor carrera profesional.
 - Mal retribuidos.
 - Síndrome del burn-out : desmotivación de los profesionales.
 - Falta de formación especializada (psiquiatras, psicólogos, diplomados en Enfermería infantil, adolescentes, psicogeriatría, adicciones...).
 - Desigualdades retributivas entre la Red de salud mental y la Red de drogodependencias.
 - Falta de definición de las competencias profesionales.

- Gestión clínica:
 - Poca cultura de calidad, evaluación de la práctica.

- Poca aplicación de guías clínicas.
 - Poca investigación epidemiológica y clínica.
 - Pocos indicadores orientados a resultados.
 - Variabilidad clínica no justificada.
- Sistemas de información:
 - Poco acceso a las nuevas TIC.
 - Ausencia de historia clínica informatizada.
- Baja financiación, especialmente en algunos ámbitos (larga estancia, centros de salud mental, Red de Atención a las Drogodependencias (XAD), etc.).

Fortalezas

- Redes amplias, multidisciplinarias, comunitarias y accesibles.
- Existencia de una red de salud mental infantil y juvenil desarrollada.
- Profesionales motivados con liderazgo, experiencia profesional, experiencia en el trabajo interdisciplinario y muy predispuestos a colaborar con la Administración.
- Experiencias existentes en el ámbito de la promoción y prevención, sobre todo en drogodependencias.
- Integración de las redes de salud mental y drogodependencias.
- La salud mental ha sido pionera en el despliegue de un modelo de gestión clínica del caso (case-management o PSI).

Análisis del entorno global

Amenazas

- Incremento de la demanda y de la complejidad en los centros especializados.
- Estigma cultural y social hacia la enfermedad mental y las drogodependencias.
- Delegación de las responsabilidades sociales hacia el sistema sanitario en general, y la salud mental y adicciones en particular.
- Entorno competitivo y consumista (industria farmacéutica, medios de comunicación, TV) que impacta en los servicios, los profesionales y las demandas de los usuarios.
- Modelo social en transición: confusión familias, escuela, etc.
- Poca implicación de los servicios de otros departamentos en la atención a los problemas de salud mental y las drogodependencias.
- Poca implicación comunitaria y poca participación del entorno local (ayuntamientos, servicios).
- Insuficiente promoción social y política de la investigación en SM, innovación de servicios, etc.
- Déficit en los sistemas de titulaciones y acreditaciones de unidades docentes.
- Multiplicidad de redes. Redes paralelas y poco integradas (centros de desarrollo y atención precoz, red infantil y adultos, red de atención a las drogodependencias, red de servicios sociales...).
- Déficit en la financiación de la salud mental y las adicciones, bajo peso relativo en el presupuesto general de Sanidad.

Oportunidades

- Declaración del Consejo de Ministros de Europa Helsinki 2005.
- Preocupación social y política.
- Plan Director de Salud Mental y Adicciones.
- Plan Integral de Atención a las Personas con Problemas de Salud Mental.

5. Análisis de situación

- Nueva Agencia de Salud Pública de Cataluña.
- Programa de Atención a las Personas con Dependencia.
- Nuevo mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública.
- Desarrollo del Programa Salud y Escuela.
- Mesa retributiva social con representación de la Red de salud mental y drogodependencias.
- Trabajo conjunto con otros planes directores (inmigración, sociosanitario y oncología).

DAFO Población infantil (de 0 a 12 años)

	Debilidades	Fortalezas
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de actividad de promoción y prevención. • Orientación asistencial versus preventiva. • Territorialización no coincidente entre redes. • Falta de experiencia en auditoría y control de calidad de servicios. • Falta de continuidad de programas (ej. Neonatología, adolescencia). • Formación no orientada a la prevención. • Falta de guías clínicas unificadas. • Detección tardía de los trastornos mentales graves. • Atención parcial niño / familia. • Falta de formación en patología dual. • Falta de investigación epidemiológica y clínica. • Sistemas de información por desarrollar (historia clínica, Plan Terapéutico). • Falta de recursos especializados. • Contratación de personal sin formación específica. • Falta de formación red hospitalaria. • Disminución de la atención psicoterapéutica. • Inexistencia atención domiciliaria. • Diversas clasificaciones diagnósticas. • Falta de equipos de atención psicopedagógica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos multidisciplinares. • Red salud mental infantil con buena formación. • Atención gratuita y universal. • Redes accesibles. • Buena coordinación con redes educativas, sociales y justicia. • Profesionales motivados. • Profesionales dispuestos a cooperar con la Administración. • Experiencias de programas de promoción y prevención. • Experiencia de interconsulta, coordinación intraredes y unidades funcionales. • Incipiente red de atención a la discapacidad intelectual.

	Amenazas	Oportunidades
Análisis del entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Multiplicidad de redes. • Presión asistencial. • Imposibilidad de hacer programas domiciliarios. • Falta de la especialidad de psiquiatría infantil. • Desigual territorialización con equipos de otros departamentos. • Faltan diplomados de Enfermería especialistas en salud mental comunitaria y trabajo preventivo. • Estigmatización paciente / familias. • Medios de comunicación. • Peligro de la medicalización excesiva. • Recursos humanos insuficientes. • Persistencia de la baja integración entre redes en el ámbito de la Administración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Integral de Atención a las Personas con Problemas de Salud Mental. • Preocupación social y política por la salud mental. • Plan Director de Salud Mental y Adicciones. • Existencia de 4 redes: APS, XSM, XAD, Educativa. • Declaración Consejo de Ministros de Europa 2005 Helsinki. • Programa del Niño Sano y protocolo de SM. • Posibilidad de programas para marcadores universales. • Desarrollar programas preventivos existentes.

	Amenazas	Oportunidades
Análisis del entorno	<ul style="list-style-type: none"> Falta de recursos comunitarios. Lista de espera: (población, modelo de atención). Falta de formación de la red hospitalaria en salud mental y salud mental infantil y juvenil. No existencia de la especialidad de Psiquiatría infantil, Psicología clínica infantil, y Enfermería comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Nueva Agencia de Salud Pública. Experiencias unidades funcionales. Nuevo mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública. Desarrollar los programas TMG y de psicoterapia. Creación de observatorios específicos. Difundir el Programa Salud y Escuela en esta franja de edad. Posibilidad de programas de prevención domiciliaria de enfermería comunitaria. Buena salud y salud mental de los niños.

DAFO Población adolescente (de 13 a 18 años)

	Debilidades	Fortalezas
Análisis interno Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> Se atiende al 25% de la población con TMG. Escasa cultura de promoción o prevención en la XSM. Falta de racionalidad y correspondencia geográfica (CAS, CSMIJ, CSMA y otros). Variabilidad en la praxis clínica (guías clínicas). Recursos insuficientes para la atención integral (profesional / tiempo). Falta de formación. No evaluación de las intervenciones. Rigidez de los criterios administrativos interredes (paso de los CSMIJ a los CSMA). Trastorno por uso de sustancias (TUS). Barrera a la entrada en la red de salud mental especializada. Carencia de programas específicos en los hospitales de día. Lista de espera. No coordinación entre los CSMIJ y los CAS. Falta de modelo de intervención en trastornos por abuso de sustancias. Escasa actividad de investigación. Falta de coherencia y de integración de los sistemas de registro y de información. Codificación diagnóstica obsoleta. Adicciones comportamentales. No psicoterapia / no protocolo de suicidios en urgencias (tentativas), no programas rehabilitadores en las psicosis. 	<ul style="list-style-type: none"> Red infanto - juvenil desarrollada. Motivación profesional. Red de salud mental con modelo definido. Accesibilidad. Red de drogas: Integración de la cultura de promoción de la salud (prevención). Inicio de los programas TMG. Integración red de salud mental - XAD.

5. Análisis de situación

	Amenazas	Oportunidades
Análisis del entorno	<ul style="list-style-type: none"> • No utilización de la APS. • Déficit de formación en la detección precoz, la promoción de la salud y los circuitos de derivación. • Déficit de formación en los profesionales no sanitarios. • Escaso desarrollo del Programa Salud y Escuela. • Escasa promoción de la investigación. • Variables sociales (valores sociales, economía) que aumentan el riesgo de la patología. • Situación financiera de la Sanidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de programas /guías. Prevención / tratamiento. • Desarrollo del Plan Integral de Atención a las Personas con Trastornos Mentales. • Desarrollo del Programa Salud y Escuela.

DAFO Población adulta (de 19 a 64 años)

	Debilidades	Fortalezas
Análisis interno	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurales: <ul style="list-style-type: none"> – sectorización – saturación – desigualdades profesionales entre las dos redes (salud mental y drogas) – accesibilidad – recursos sociales • Asistenciales: <ul style="list-style-type: none"> – variabilidad – coordinación – prevención – criterios – alta complejidad – cronicidad – carencias en la Atención Primaria de Salud • Culturales: <ul style="list-style-type: none"> – Estigma – Formación continuada y específica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurales: <ul style="list-style-type: none"> – redes amplias, multidisciplinares y comunitarias – diversidad de proveedores – programas para cuidar a los cuidadores • Profesionales: <ul style="list-style-type: none"> – flexibilidad – adaptabilidad, – profesionalidad, – liderazgo – evidencia científica – apoyo a usuarios

	Amenazas	Oportunidades
Análisis del entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Sociales: <ul style="list-style-type: none"> – Recursos económicos escasos – Control insuficiente: normalización del consumo de drogas. – Persistencia del estigma. – Delegación de las responsabilidades sociales. – Envejecimiento de la población. • Asistenciales: <ul style="list-style-type: none"> – atención a la complejidad creciente de las patología – riesgo de los desencantos – saturación del sistema 	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurales: vertebración territorial: <ul style="list-style-type: none"> – mapa sanitario, – cartera de servicios – mesa retributiva social – Escenario internacional: UE, Helsinki, OMS • Profesionales: <ul style="list-style-type: none"> – consenso – movilización – modelo comunitario – tejido asociativo – historia clínica • Sistema de información integrado.

DAFO Població gent gran (més de 65 anys)

	Debilidades	Fortalezas
Análisis del entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Infradetección de la psicopatología e infrautilización de recursos: <ul style="list-style-type: none"> – problemas de accesibilidad y equidad. • Falta de programas de prevención y detección precoz. • Formación limitada de los diferentes profesionales que intervienen. • Actuaciones desarticuladas (solapamiento). • Limitación de la atención domiciliaria. • Dificultad de ingreso hospitalario en caso de patología aguda. • Falta de recursos comunitarios (hospitales de día, centros de día, clubes terapéuticos) y/o programas específicos de rehabilitación para esta franja de edad. • Infr FINANCIACIÓN de la larga estancia psiquiátrica. • Falta de un sistema de información global del sistema sanitario para poder hacer un análisis esmerado de la utilización de los recursos. • Desconexión entre las diferentes redes asistenciales. • Falta de psicogeriatría en los hospitales generales y en los centros de salud mental. • Reconversión psiquiátrica no finalizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia profesional y trabajo interdisciplinario. • Trabajo de circuito. • Apoyo a la Atención Primaria desde los CSM. • Papel integrador de los PSI en los núcleos familiares con enfermos con TM. • Servicios de Psiquiatría en los hospitales generales: mejor atención de la complejidad y la pluripatología.

5. Análisis de situación

	Amenazas	Oportunidades
Análisis del entorno	<ul style="list-style-type: none">• Agravamiento de la complejidad (case-mix) de las patologías de la población de la tercera edad.• Condiciones sociales y estilos de vida poco saludables :<ul style="list-style-type: none">– aislamiento– falta de apoyo social• Exclusión de los pacientes >65 años de las residencias asistidas y de los hospitales de día (tanto de los de la red de salud mental como de los sociosanitarios).• Poca atención de los servicios sociales de base a la población de la tercera edad con trastornos mentales.• Recursos económicos y criterios de atención desviados a otras redes.	<ul style="list-style-type: none">• Alargamiento de la esperanza de vida.• Plan Integral de Atención a las Personas con Trastorno Mental.• Agencia de la Dependencia.• Plan director sociosanitario.• Nuevo Mapa sanitario, sociosanitario, y de salud pública.

6. PROPUESTAS

6. Propuestas

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones ha estructurado sus propuestas en **10 objetivos estratégicos**, que se organizan de manera longitudinal y transversal, tal como se refleja en la figura 4.

Figura 4. Objetivos estratégicos del Plan Director de Salud Mental y Adicciones

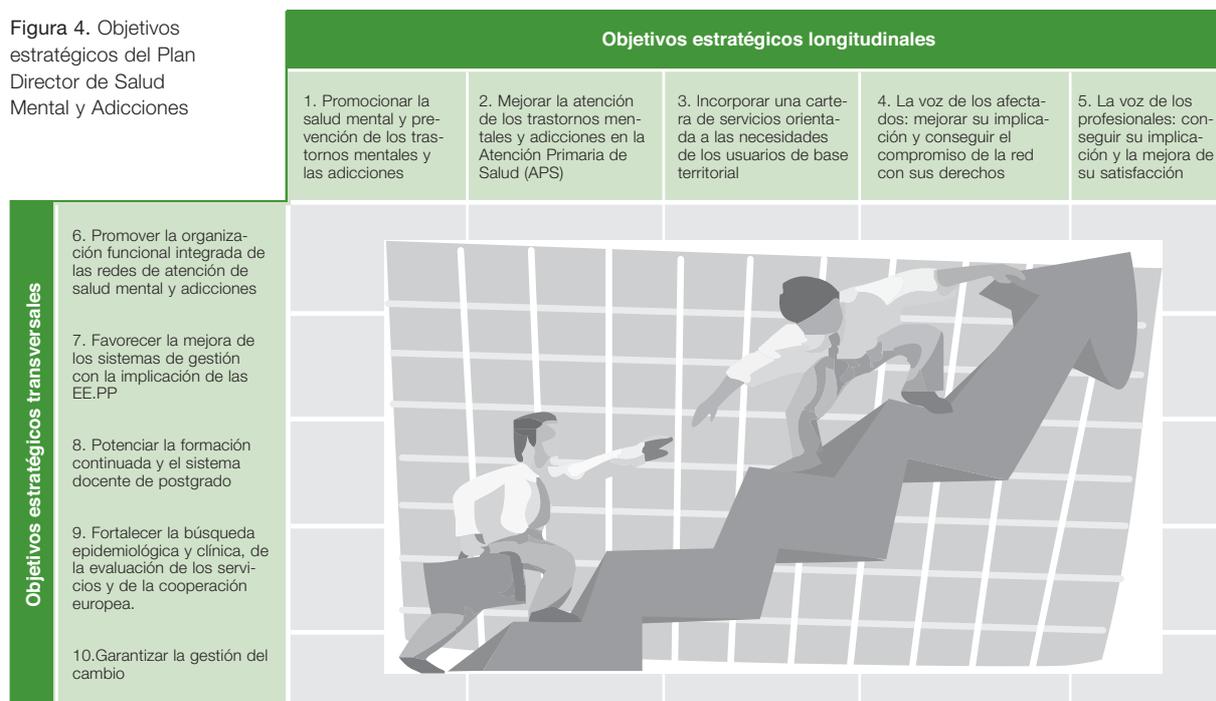


Figura de elaboración propia.

6.1. Líneas y objetivos operativos

Cada uno de estos objetivos contiene diferentes **líneas de actuación** que se desarrollan mediante **objetivos operativos** concretos que acto seguido se describen.

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y las adicciones

– Línea 1. Promover los factores de protección de la salud mental

Los factores de protección individual, familiar, comunitarios y sociales son determinantes para la salud mental y la salud en general. Las intervenciones en las primeras etapas de la vida y en la adolescencia, son fundamentales dentro de una política sólida de salud pública que integre los diferentes agentes sociales.

Objetivo operativo 1.1 Integrar las funciones de promoción de los factores de protección de la salud mental en la Agencia de Salud Pública.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Intervenir desde la Atención Primaria: las Áreas Básicas de Salud dispondrán de un conjunto de actividades de promoción de la salud mental y educación para la salud desde la AP: Guía de actividades de promoción y educación para la salud en las ABS.
- Intervenir en las guarderías, las escuelas de primaria (escuelas de padres), las unidades maternoinfantiles y el mundo del ocio.

- Crear una comisión permanente de promoción de la salud mental (incluida en la Agencia de Salud Pública de Cataluña).

– Línea 2. Promover la prevención de los trastornos mentales y las adicciones en el ámbito comunitario desde una visión intersectorial y interdisciplinaria con participación activa de los usuarios y las familias

Se conocen los factores de riesgo que facilitan la aparición de los trastornos mentales y adictivos, así como las intervenciones más efectivas y eficientes en este campo. Pero es preciso un abordaje específico por grupos de edad, y la reducción de las conductas de riesgo relacionadas con las adicciones y las actitudes estigmatizadoras de la población, que pueden generar más enfermedad y poner en crisis valores fundamentales de la sociedad democrática.

Objetivo operativo 2.1 Elaborar estrategias de prevención de los trastornos mentales y de las adicciones dirigidas a la población infantil.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Programa de apoyo a los padres desde el embarazo, sobre todo en poblaciones de riesgo (ex. madres consumidoras).
- Programa de Seguimiento del Niño Sano, especialmente la parte sobre promoción y detección de factores de riesgo de los trastornos mentales y las adicciones, por parte del equipo de Pediatría de la Atención Primaria de Salud.
- Ampliar el Programa Salud y Escuela a la etapa de escolarización infantil y de primaria.

Objetivo operativo 2.2 Elaborar estrategias de prevención de los trastornos mentales, las adicciones y otras conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas, dirigidas a la población adolescente.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Detectar precozmente en la Atención Primaria de psicopatología del adolescente y consumo de sustancias, síntomas de alarma y antecedentes individuales y familiares.
- Programa de facilitación del acceso de los jóvenes a los servicios de consulta de tal manera que aseguren la confidencialidad (buscar ubicaciones alternativas que complementen las tardes jóvenes en centros cívicos, deportivos, espacios de tiempo librevinculados y coordinados con la red sanitaria y disponer de un teléfono de consulta para jóvenes) y supervisados por profesionales de la salud mental y las adicciones.
- Implantar el Programa Salud y Escuela en el Bachillerato y ciclos formativos (incluir los programas de formación de maestros y profesores).
- Programa comunitario para la prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas dirigido a la población adolescente.
- Proyecto de colaboración con los medios de comunicación sobre la publicidad directa e indirecta del alcohol y el tabaco.
- Programa de sensibilización educativa para aumentar la percepción de riesgo alrededor de los consumos de drogas en los centros de secundaria (Programa Salud y Escuela).

Objetivo operativo 2.3 Elaborar estrategias de prevención de los trastornos mentales, las adicciones y otras conductas de riesgo relacionadas con los consumos de drogas dirigidas a la población adulta.

6. Propuestas

Proyectos a elaborar o implantar:

- Prevención en el ámbito laboral: prevención del riesgo, situaciones especiales de riesgo, etapa de jubilación.
- Prevenir las conductas de riesgo relacionadas con los consumos de drogas en el ámbito universitario.
- Impulsar intervenciones de sensibilización alrededor de los consumos de alcohol y otras drogas en el ámbito del ocio y especialmente en la noche.
- Difundir estrategias de marketing social para aumentar la percepción de riesgo sobre el consumo de alcohol y otras drogas.

Objetivo operativo 2.4 Elaborar estrategias de prevención de los trastornos mentales, adicciones y otros comportamientos de riesgo relacionados con el consumo de drogas dirigidas a la población de la tercera edad.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Informar y formar a los diferentes agentes sociales implicados sobre depresión, ansiedad, trastornos mentales severos, alcoholismo y demencias en los ancianos.
- Sensibilizar a los cuerpos de seguridad sobre población de la tercera edad aislada o maltratada.
- Sensibilizar y dar apoyo a los cuidadores de la población de la tercera edad.

Objetivo operativo 2.5 Favorecer estrategias de lucha contra el estigma.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Sensibilización en los medios de comunicación, servicios comunitarios y en las administraciones locales.
- Proyecto de sensibilización educativa en los centros de secundaria (Programa Salud y Escuela).

– Línea 3. Prevenir trastornos mentales, adicciones y otras conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas en poblaciones más vulnerables. La prevención debe centrarse en los grupos de riesgo que presentan características específicas sobre las que es preciso intervenir, incorporando siempre la perspectiva de edad y de género.

Objetivo operativo 3.1 En niños de alto riesgo.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de prevención dirigido a los niños prematuros que contemple la creación de unidades funcionales (neonatología, CDIAP, CSMIJ y Pediatría), y el apoyo a los padres, y los aspectos éticos que se relacionan.
- Proyecto de prevención de trastorno mental y adicciones a los hijos de padres con enfermedad mental y/o adicciones.
- Proyecto de prevención, detección y atención precoz a los niños con maltratos y/o abusos, con la extensión a toda Cataluña del Protocolo básico de actuaciones en abusos sexuales y otros maltratos, incorporando los equipos de Psiquiatría infantil y juvenil.
- Proyecto de prevención, detección precoz e intervención en los niños y adolescentes con fracaso escolar.
- Proyecto de prevención y detección precoz de los preadolescentes consumidores precoces.
- Proyecto de prevención y detección precoz dirigido a niños inmigrantes e hijos de inmigrantes en situación de riesgo psicosocial.

Objetivo operativo 3. En adolescentes de riesgo.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Desplegar programas preventivos dirigidos a adolescentes con trastornos del comportamiento alimentario (TCA), con psicosis prepuberal, con trastornos de conducta, con consumos de sustancias tóxicas, con adicción al juego patológico.
- Proyecto de prevención, detección precoz y asistencia de los consumos de drogas y otras conductas de riesgo asociadas en jóvenes atendidos en justicia juvenil.

Objetivo operativo 3.3 En adultos.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de prevención y detección precoz de mujeres maltratadas, en el marco del Plan Interdepartamental coordinado por el Instituto Catalán de la Mujer.
- Proyecto de prevención, y detección precoz de la población inmigrante, en colaboración con el Plan Director de Inmigración y Cooperación.
- Proyecto de prevención y detección precoz de las personas sin techo, en colaboración con los servicios sociales de atención primaria y los ayuntamientos.
- Proyecto de prevención y detección precoz de los familiares cuidadores de personas con discapacidad.
- Programas contra la exclusión social de las personas con consumo de drogas.
- Programa de Atención a las Drogodependencias en las instituciones penitenciarias.

Objetivo operativo 3.4 En ancianos frágiles.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Programas para combatir el aislamiento.
- Programas de atención especial a los ancianos con enfermedad somática y enfermedad mental (pluripatología).

2. Mejorar la atención de los trastornos mentales y adicciones en la Atención Primaria de Salud (APS)

– Línea 1. Cartera de servicios específica en salud mental y adicciones en la Atención Primaria

La Atención Primaria es la puerta de entrada del sistema sanitario y de ella depende la efectividad y la eficiencia del conjunto. La alta prevalencia de los factores psicológicos presentes en los trastornos de la salud general, junto con la accesibilidad de los servicios que presta, hace que su papel sea clave en la detección y resolución de los trastornos mentales menos graves, a condición de mejorar el apoyo de los equipos especializados de salud mental.

Objetivo operativo 1.1 Mejorar la detección precoz y la capacidad resolutoria de la atención primaria de salud.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Aplicación de las recomendaciones para la atención a los problemas de salud mental más prevalentes en la atención primaria de salud.
- Guías clínicas adaptadas para las patologías más prevalentes: trastornos de ansiedad, depresión y diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar, riesgo de suicidio, trastornos somatomorfos, consumo y abuso de sustancias.

6. Propuestas

- Protocolo de detección de consumo de riesgo de alcohol (Programa «Bebed menos»).
- Incluir actividades grupales (grupos terapéuticos y educativos, de relajación, grupos de ayuda mutua y otros), de consejo terapéutico, apoyo familiar y terapias breves o de resolución de conflictos.
- Aplicación de la Guía de actividades de la atención primaria para la población inmigrante.
- Programa de atención inmediata a las personas que sufren trastornos adaptativos ligados a acontecimientos sociales estresantes o situaciones de catástrofes, enfocado al apoyo emocional de las víctimas y sus familiares, y a la intervención preventiva sobre los trastornos por estrés agudo.

Objetivo operativo 1.2 Mejorar la formación de los profesionales de AP.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Mejora de las competencias en:
 - a. entrevista psicológica
 - b. psicofarmacología
 - c. contención emocional
 - d. consejo terapéutico
 - e. terapia familiar
 - f. terapias breves o de resolución de conflictos
 - g. intervenciones grupales
 - h. historia toxicológica
 - i. consejo breve
 - j. promoción de hábitos de salud mental, adicciones y otras conductas de riesgo.

Objetivo operativo 1.3 Mejorar el apoyo de los equipos de SM en la APS.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Designar un equipo de profesionales, de manera proporcional a las necesidades específicas de la APS, convenientemente formados que, desde los centros de atención primaria de salud colaboren en las tareas asistenciales (de diagnóstico y seguimiento individuales), en las actividades grupales, y en las acciones preventivas y de promoción de la salud. En el equipo participarán psiquiatras, psicólogos y enfermeros de las redes de salud mental y adicciones.
- Elaborar protocolos consensuados, de asignación de casos a la atención especializada, que serán evaluados anualmente.
- Programa específico de atención y seguimiento en la APS de la salud física de las personas con enfermedad mental crónica (TMG y TMS), problemática adictiva.
- Programa específico de atención y seguimiento en la APS para la población con consumo de riesgo de alcohol (Programa «Bebed menos»).

3. Incorporación de una cartera de servicios orientada a las necesidades de los usuarios con base territorial

– Línea 1. Conseguir que la cartera de servicios de salud mental y adicciones esté realmente orientada a los usuarios y a sus familias, potenciando un modelo de intervención más activo y comunitario

El actual modelo de atención ambulatoria especializada implica un déficit enorme en la orientación real a las necesidades de los diferentes usuarios, el riesgo de una excesiva medicalización, la falta de efectividad y adecuación de los servicios que presta y la insatisfacción final de los usuarios y las familias. El modelo de atención debe transformarse

para dar respuestas más adaptadas a las necesidades de los colectivos que presentan más riesgo de discapacidad, con un enfoque comunitario que mejore el pronóstico y evite la cronicidad.

Objetivo operativo 1.1 Garantizar la intervención en crisis y la atención domiciliaria.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Equipo polivalente con capacidad de respuesta rápida de atención a las personas con psicosis incipiente.
- Mejorar la atención a las personas con TMS.
- Mejorar la atención a los niños y adolescentes con TMG.
- Equipos de salud mental de apoyo a los servicios de emergencias médicas (SEM).
- Aplicar el **Protocolo de actuación para la atención a las urgencias, el traslado y los ingresos involuntarios urgentes de personas con enfermedad mental**, en colaboración con las fuerzas de seguridad.

Objetivo operativo 1.2 Priorizar la atención a las psicosis incipientes y a la población infantil y juvenil con trastornos mentales graves.

Proyectos a elaborar:

- Generalizar los programas de atención específica a la población infantil y juvenil con trastornos mentales graves.
- Programas de atención a las psicosis incipientes en el marco de la nueva cartera de servicios de los CSM.

Objetivo operativo 1.3 Mejorar la atención especializada a las poblaciones vulnerables.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Adecuar los programas de atención psiquiátrica a las personas sin techo.
- Crear núcleos de experiencia referentes para el territorio, con funciones de apoyo a las redes convencionales en la atención a la población inmigrante (centro de coordinación de recursos, formación, docencia, investigación y algunas tareas asistenciales en casos especiales).
- Ampliar la oferta de servicios psiquiátricos de atención ambulatoria para discapacitados intelectuales (SESM-DI).
- Programa de Atención Específica a las Personas con Inteligencia Límite.
- Programa de Atención Específica a las Mujeres Maltratadas (atención de salud mental en las unidades integradas de atención a la mujer).
- Desplegar el Plan Funcional para el Acceso a la Asistencia Sanitaria de Cataluña para las personas sin papeles consumidoras de drogas.
- Proyecto de inclusión de las personas con trastorno mental (TM) discapacitante y sintomatología persistente en la Agencia de la Dependencia.

Objetivo operativo 1.4 Garantizar el apoyo a las familias y el reconocimiento como cuidador principal y de vínculo con el entorno.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Programas de apoyo a las familias (vinculados al Plan Integral).
- Grupos psicoeducativos por familias, y por territorio, orientados a proporcionar herramientas a las familias para el apoyo al usuario, para afrontar y elaborar el sufrimiento y para realizar su función de cuidador y de agente colaborador en todo el proceso de tratamiento y rehabilitación de la persona afectada.

6. Propuestas

- Reforzar el papel del trabajador social en su vinculación a las familias y sus representantes (asociaciones y fundaciones tutelares).

Objetivo operativo 1.5 Incrementar la oferta de psicoterapia en la red pública.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Crear un sistema de acreditación de los programas de psicoterapia.
- Incluir las actuaciones psicoterapéuticas en los planes funcionales de los diferentes servicios de las redes especializadas.
- Diferenciación de la oferta psicoterapéutica en los CSM dentro de un programa suprasectorial (por cada 300.000 habitantes) de atención individual, familiar y grupal, que incluya las diferentes orientaciones de acuerdo con la evidencia científica disponible, tanto en población infantil como adulta.

Objetivo operativo 1.6 Potenciar la rehabilitación psicosocial en los servicios de la red pública.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Incluir las actuaciones de rehabilitación psicosocial en los planes funcionales de los diferentes servicios de las redes especializadas.

Objetivo operativo 1.7 Adecuar la utilización de los servicios disponibles en función de las necesidades individuales del paciente según un modelo de gestión de casos.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Generalización de los planes de servicios individualizados (PSI).
- Ampliar los PSI a población adolescente con trastornos mentales graves.
- Ampliar los PSI a personas con problemas de adicciones de evolución crónica.
- Programas conjuntos CSMIJ-CSMA para garantizar la continuidad asistencial de los adolescentes y jóvenes con TMG.

– Línea 2. Mejorar la cartera de servicios para atender los problemas de salud prioritarios.

La adecuación de la atención significa una adaptación más especializada a cada patología, con programas de intervención basados en la evidencia disponible y con sistemas de apoyo a la gestión clínica como son las guías de práctica clínica. Este enfoque debe afectar necesariamente y de manera específica a la población infantil, adolescente, adulta y de ancianos, y tanto a los trastornos mentales como a las adicciones.

Objetivo operativo 2.1 Mejorar la cartera de servicios en relación con los trastornos generalizados del desarrollo (TGD).

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de atención a los trastornos generalizados del desarrollo, estableciendo las relaciones de cooperación imprescindibles con las escuelas de educación especial, las escuelas específicas para niños con psicosis y autismo (centros de día infantiles) y las unidades terapéuticas a tiempo parcial.
- Elaborar o validar guías clínicas.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.

Objetivo operativo 2.2 Mejorar la cartera de servicios en relación con los **trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDH)**.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de elaboración o validación de una guía clínica que contemple tratamientos farmacológicos, psicológicos y psicosociales.
- Programa de Detección e Intervención en Abuso de Sustancias.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.
- Colaboración con los centros educativos en la atención psicoeducativa.

Objetivo operativo 2.3 Mejorar la cartera de servicios en relación con los **trastornos de conducta en adolescentes**.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Elaborar o validar guías clínicas.
- Coordinación con los centros educativos para la detección precoz y la derivación a los servicios especializados.
- Proyecto alternativo a la escolarización regular.
- Programas de intervención mixta CSMIJ -CAS.
- Programas específicos de intervención ambulatoria intensiva en los hospitales de día.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.

Objetivo operativo 2.4 Mejorar la cartera de servicios en relación con los **trastornos del comportamiento alimentario**.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Plan de Reordenación de la Atención a las Personas con Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA).
- Elaborar o validar guías clínicas.
- Proyecto de atención especializada en los CSMIJ y los CSMA con profesionales formados.
- Proyecto de atención específica en los hospitales de día.
- Proyecto de creación de unidades especializadas en atención integral para personas con trastorno del comportamiento alimentario resistente.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.
- Programas de rehabilitación e inserción escolar, social y laboral conjuntamente con los departamentos de Educación, Bienestar y Familia y Trabajo.

Objetivo operativo 2.5 Mejorar la atención de las **personas con tentativas de autólisis**.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Protocolo de detección de las tentativas de suicidio (Atención Primaria de Salud, servicios de urgencias, SEM, fuerzas de seguridad, etc.).
- Protocolo específico de atención a las tentativas de suicidio.
- Registro de casos.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.

Objetivo operativo 2.6 Mejorar la cartera de servicios en relación con la atención de las personas con **trastornos psicóticos**.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Generalizar en todo el territorio el Programa TMG a la infancia y la adolescencia.

6. Propuestas

- Programa de Atención Específica a las Psicosis Incipientes.
- Programas específicos de intervención ambulatoria intensiva en los hospitales de día.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.

Objetivo operativo 2.7 Mejorar la atención a las **personas con trastornos de juego patológico y otras socioadicciones.**

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de atención y seguimiento desde la APS de los segmentos más vulnerables de la población (adolescentes como grupo de riesgo).
- Proyecto de implantación de programas específicos.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.
- Elaborar la guía clínica.

Objetivo operativo 2.8 Mejorar la atención a los **adolescentes con problemas relacionados con el consumo de drogas.**

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de atención sistematizada a adolescentes con abuso o dependencia, con especial atención al tabaco, cannabis, alcohol y cocaína.
- Programas de intervención mixta CSMIJ -CAS.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.

Objetivo operativo 2.9 Mejorar la atención a las **personas con adicción al alcohol y a las benzodiazepinas.**

Proyectos a elaborar o implantar:

- Implantar y extender el Programa «Bebed menos».
- Programas intensivos de tratamiento ambulatorio de las personas con alcoholismo y/o dependencia de las benzodiazepinas. Diferenciar las especificidades de la población de la tercera edad.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.

Objetivo operativo 2.10 Mejorar la atención a las **personas con adicción a la cocaína.**

Proyectos a elaborar o implantar:

- Adaptación de los programas terapéuticos a la problemática específica relacionada con el consumo de cocaína.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.

Objetivo operativo 2.11 Mejorar la atención a las **personas con adicción a la heroína.**

Proyectos a elaborar o implantar:

- Desarrollar recursos adaptados a las necesidades de los consumidores crónicos.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Consumidores Crónicos.
- Programa de Participación Activa de los Afectados.

Objetivo operativo 2.12 Mejorar la atención a las **personas con depresión y trastorno bipolar.**

Proyectos a elaborar o implantar:

- Elaborar o validar guías clínicas.
- Proyecto de nueva cartera de servicios de salud mental en la APS, priorizando la detec-

- ción, el diagnóstico diferencial con el trastorno bipolar y la atención a la depresión.
- Una mayor intensidad en la atención comunitaria (garantizar psicoterapia).
 - Programas funcionales en los hospitales de día.
 - Proyecto de creación de unidades de referencia para patologías refractarias.
 - Proyecto de atención específica a la población de la tercera edad con depresión y/o ansiedad.
 - Programa de apoyo a las familias y/o cuidadores de la población de la tercera edad con problemas de depresión/ansiedad.
 - Programas específicos de atención a la población de la tercera edad con problemas de depresión / ansiedad en la hospitalización, hospital de día y centros de día.
 - Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.

Objetivo operativo 2.13 Mejorar la atención a las **personas con trastorno límite de la personalidad (TLP)**.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Elaborar o validar guías clínicas.
- Formación específica.
- Programa específico de atención a las personas con TLP que garantice una atención especializada en el ámbito ambulatorio, guías clínicas (oferta psicoterapéutica).
- Programas diferenciados en los hospitales de día.
- Atención hospitalaria breve para situaciones de riesgo y unidades de rehabilitación intensiva con un programa específico de hasta dos años de duración.
- Proyecto de creación de unidades especializadas para el diagnóstico y el tratamiento de las patologías más resistentes.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.
- Programa de Detección y de Intervención en Abuso de Sustancias.

Objetivo operativo 2.14 Mejorar la atención a las **personas con trastorno mental severo (TMS)**.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Revisar el Programa de Atención a las Personas con Trastorno Mental Severo (PAE-TMS) predefiniendo la población diana, mejorando la cartera de servicios, reforzando la participación de las familias, y potenciando el área de rehabilitación.
- Proyecto de apoyo especializado a residencias y centros de la tercera edad, donde residen personas con TMS.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.

Objetivo operativo 2.15 Mejorar la atención de los ancianos con problemas de salud mental (ansiedad, depresión, alcoholismo, trastornos mentales severos y demencias).

Proyectos a elaborar o implantar:

- Elaborar guías clínicas.
- Programas específicos para este grupo de edad que garantice una atención especializada tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario.
- Proyecto específico en conexión con el Plan Director Sociosanitario en cuanto a las demencias.
- Programa de Atención y Apoyo a las Familias de los Afectados.

– Línea 3. Reorganizar los servicios actuales de acuerdo con las nuevas necesidades estratégicas

6. Propuestas

El enfoque proactivo y comunitario implica un compromiso con el territorio que afecta a los planes funcionales y a la organización de los actuales dispositivos de atención, que pueden llegar a procesos de reconversión en algunos casos. La atención centrada en el usuario y la continuidad asistencial son aspectos clave.

Objetivo operativo 3.1 Reorganizar los servicios de atención a la primera infancia.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Integración funcional de las redes asistenciales (atención primaria de salud, servicios de pediatría hospitalarios, centros de desarrollo y atención precoz y centros de salud mental infantil y juvenil), con un modelo organizativo de puerta de entrada única, compartiendo profesionales, guías clínicas, formación e investigación.
- Implantar en el territorio el nuevo modelo organizativo con un referente del caso del equipo de la Atención Primaria de Salud.

Objetivo operativo 3.2 Reorganizar los servicios de atención ambulatoria CSMIJ, CSMA y CAS)

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de mejora de la accesibilidad a los recursos de atención al joven con problemas relacionados con el consumo de drogas.
- Proyecto de mejora de la accesibilidad a los CAS (reestructuración horaria y dignificación de los espacios asistenciales).
- Reorganizar los equipos de salud mental (CSMA y CSMIJ) con una cartera de servicios que promueva la diferenciación clara entre el programa de apoyo en la APS, la atención especializada por patologías basada en las guías clínicas (explicitando la oferta psicoterapéutica) y los programas de atención a los casos de psicosis incipiente, TMG/TMS.
- Reorganizar los equipos de los CAS, potenciando la especificidad de las intervenciones por patologías y por grupos de especial vulnerabilidad, y las actividades psicoterapéuticas.
- Ampliar los horarios de los servicios ambulatorios para favorecer la accesibilidad y la vinculación.
- Mejorar la continuidad asistencial con flexibilidad en los puntos de ruptura: edad, comorbilidad y cambio de servicios.
- Potenciar la enfermería comunitaria.

Objetivo operativo 3.3 Reorganizar los hospitales de día.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Redefinir la triple función del hospital de día de adultos:
 1. alternativa a la hospitalización (precrisis).
 2. continuidad de la hospitalización de agudos, para favorecer la estabilización y la readaptación al medio.
 3. tratamiento ambulatorio intensivo y multidisciplinario en casos graves.
- Diseñar programas de patología dual para la población adulta y la población de la tercera edad (actualmente excluidos del recurso).
- En los hospitales de día infantiles y juveniles, ofrecer servicios y programas específicos para las diferentes patologías de la adolescencia, incluidas las adicciones.
- Ofrecer programas especializados para la atención a las personas con TCA, trastornos psicóticos, TLP y trastornos de conducta en adolescentes.

Objetivo operativo 3.4 Reorganizar la hospitalización infantil y juvenil.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Reordenar y sectorizar equitativamente en el territorio la hospitalización infanto-juvenil (URPI, servicios de urgencias psiquiátricas, unidades de agudos para adolescentes, y Unidad de Crisis (UCA).
- Adaptar las unidades de agudos a un modelo de intervención más integral e individualizado.
- Priorizar la atención a las urgencias.
- Establecer criterios diferenciados para los ingresos en unidades de hospitales generales y la UCA (Unidad de Crisis).
- Desarrollar unidades de rehabilitación intensiva de media estancia para adolescentes con TM graves y problemas de adicciones.
- Adaptar los servicios de urgencias psiquiátricas y las unidades de agudos de adolescentes para poder dar respuesta a las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y para llevar a cabo desintoxicaciones en régimen de ingreso.
- Unidades para personas con TCA que cumplan criterios de hospitalización con programas específicos y personal especializado.
- Incorporar la interconsulta y la psiquiatría de enlace dentro de la cartera de servicios de las unidades de psiquiatría infanto-juvenil de los hospitales.
- Reordenar las consultas externas de psiquiatría infantil de los hospitales generales.
- Diseñar programas de patología dual para la población joven y adolescente.

Objetivo operativo 3.5 Reorganizar la hospitalización de adultos (urgencias y agudos).

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de adaptación de las unidades de agudos a un modelo de intervención más integral e individualizado.
- Programa de Atención a la Comorbilidad y la Patología Dual, con competencias profesionales específicas que se tienen que integrar (con especial referencia a los hospitales generales con servicio de psiquiatría).
- Proyecto de reordenación de los tratamientos con terapia electroconvulsiva (TEC).
- Proyecto de redefinición de las unidades de patología dual (casos resistentes o que impliquen más intensidad - especificidad).
- Proyecto de revisión de las necesidades de profesionales indispensables para la atención (elaboración de ratios y revisión de referencias internacionales).
- Incorporar la interconsulta y la psiquiatría de enlace dentro de la cartera de servicios de los hospitales generales, a través de las unidades de psiquiatría de los propios centros -cuando las haya- o de los operadores del territorio.
- Reordenar las consultas externas de psiquiatría de los hospitales generales (programas especiales, investigación).
- Proyecto de reordenación para potenciar la complementariedad entre los hospitales psiquiátricos y las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, teniendo en cuenta la necesidad de desarrollar procedimientos de cooperación que favorezcan la mejor respuesta ante las necesidades específicas de cada usuario.

Objetivo operativo 3.6 Reorganizar la hospitalización de la población de la tercera edad (urgencias y agudos).

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de adaptación de las unidades de agudos, para la atención a la población de la tercera edad, con un modelo de intervención más integral e individualizado.

6. Propuestas

- Programa de Atención a la Comorbilidad y a las Necesidades Sociosanitarias, con competencias profesionales específicas que deben integrarse (con especial referencia a los hospitales generales con servicio de psiquiatría y de geriatría).
- Proyecto de revisión de las necesidades de profesionales indispensables para la atención (elaboración de ratio y revisión de referencias internacionales).
- Incorporar la interconsulta y la psiquiatría de enlace dentro de la cartera de servicios de los hospitales generales, y de los servicios sociosanitarios del territorio de referencia a través de las unidades de psiquiatría de los propios centros -cuando haya o de los operadores del territorio.
- Reordenar las consultas externas de psiquiatría de los hospitales generales para adaptarlas a las necesidades específicas de la población de la tercera edad (programas especiales, investigación).

Objetivo operativo 3.7 Reorganizar las unidades de hospitalización de rehabilitación intensiva.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Crear el subsistema de hospitalización rehabilitadora intensiva para personas con trastorno mental grave y resistente y riesgos asociados (reordenación de la atención en las unidades de hospitalización de subagudos, internamiento en la comunidad y media y larga estancia de los hospitales psiquiátricos monográficos).
- Proyecto de acercamiento de estas unidades al territorio, en condiciones de seguridad, evitando la concentración excesiva en los recintos de los hospitales monográficos.

Objetivo operativo 3.8 Reorganizar los servicios de rehabilitación comunitaria (centros de día y comunidades terapéuticas).

Proyectos a elaborar o implantar:

- Conversión progresiva en servicios de rehabilitación comunitaria de los actuales centros de día, diferenciando programas, ampliando la población diana, eliminando las listas de espera, e integrando la gestión de los servicios sociales de inserción (pre-laboral, vivienda, etc.).
- Reorientar las comunidades terapéuticas incorporando la función rehabilitadora de transición a la comunidad de las personas con TMS o patología dual.

Objetivo operativo 3.9 Planificar los programas de servicios y unidades especializados y de referencia suprasectorial para los casos resistentes.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Redefinir las unidades especializadas y los criterios de planificación.
- Vincular los programas altamente especializados a la formación y la investigación.

Objetivo operativo 3.10 Aspectos específicos en la atención a los ancianos.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Desarrollar un modelo de atención específico para atender la complejidad de las patologías de la población de la tercera edad, conjuntamente con los otros agentes que intervienen (derivación, seguimiento, continuidad de cuidados, etc.).
- Desplegar y articular los programas de atención psicogeriátrica con otras redes sanitarias (primaria, neurólogos, geriatras, sociosanitarios y/o sociales).
- Reorganizar la hospitalización de urgencias y agudos para la atención a la población de la tercera edad.

- El proceso de reconversión de las unidades de media y larga estancia de los hospitales psiquiátricos contará también con unidades sociosanitarias de psicogeriatría (enfermos mentales mayores de 65 años, y con comorbilidad asociada, personas con demencia) y de alta dependencia psiquiátrica (personas con enfermedad mental severa y gran deterioro que requieran un ambiente seguro y supervisión). La tendencia de estas unidades debería ser la inclusión en el entorno comunitario.

Objetivo operativo 3.11 Reorganizar las comunidades terapéuticas de drogodependencias.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Redefinir y diferenciar las comunidades terapéuticas en función de las tipologías y necesidades de los usuarios.
- Redefinir y diferenciar el perfil de los profesionales en función de las tipologías de las comunidades terapéuticas establecidas.

Objetivo operativo 3.12 Reorganizar las unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD).

Proyectos a elaborar o implantar:

- Redefinir las unidades hospitalarias de desintoxicación.
- Incorporar la intervención en crisis.
- Unificar la oferta asistencial.

Objetivo operativo 3.13 Aspectos específicos en la atención a las personas sometidas a situación judicial.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Crear la Unidad Psiquiátrica Pericial en colaboración con el Instituto de Medicina Legal de Cataluña.
- Reordenar el actual sistema de atención psiquiátrica penitenciaria, promoviendo la diferenciación y la autonomía estricta de los espacios y el funcionamiento de los servicios sanitarios específicos, en relación con los centros penitenciarios, incluidas las actuales enfermerías psiquiátricas.
- Reordenar el actual sistema de atención psiquiátrica y a las drogodependencias en los centros de justicia juvenil.
- Revisar y homologar el Programa de atención a las personas sujetas a medidas judiciales de seguridad de la red convencional.
- Crear CAS en las instituciones penitenciarias.

– Línea 4. Potenciar un sistema de gestión integrada que garantice la continuidad asistencial

Las personas con trastornos mentales y adicciones graves necesitan recursos diversos que responden a menudo a diferentes competencias administrativas. Los servicios sanitarios y sociales deben ser planificados e implantados territorialmente, enfocados a los colectivos a los que se dirigen y entregados a los usuarios de manera integrada cuando forman parte del proceso asistencial o rehabilitador.

Objetivo operativo 4.1 Posibilitar un sistema de gestión integrada que facilite la continuidad asistencial y la responsabilización de cada servicio sanitario y social en el proceso de atención.

6. Propuestas

Proyectos a elaborar o implantar:

- Crear los gobiernos de salud: la gestión de los recursos debe responder a una planificación basada en las necesidades del territorio.
- Plan de Progresión hacia la Historia Clínica Unificada.
- Incluir la salud mental y las adicciones en el sistema de pago capitolativo.
- Incorporar en el sistema de evaluación indicadores que evalúen el proceso de atención y la continuidad asistencial.
- Promover en el territorio un sistema de gestión integrada de los servicios sanitarios y sociales para la atención a las personas con dependencia (Programa de Atención a la Dependencia).
- Promover en el territorio alianzas estratégicas entre entidades proveedoras.

4. La voz de los afectados: mejorar su implicación y alcanzar el compromiso de la red con sus derechos

– Línea 1. Promover un sistema de atención y unos servicios respetuosos hacia la autonomía de las personas, responsables en relación con sus necesidades y cuidadosos con sus derechos y sus responsabilidades

La naturaleza de los trastornos mentales y adictivos más graves puede implicar situaciones asistenciales límite entre la autonomía y las necesidades de restricción de derechos fundamentales, aunque sea temporalmente. Más allá de las regulaciones jurídicas existentes, la red de salud mental y adicciones debe actualizar y homogeneizar sus respuestas tradicionales, teniendo en cuenta las necesidades de salud de cada usuario y su condición de ciudadano con derechos y obligaciones, así como la responsabilidad social de su acción sanitaria.

Objetivo operativo 1.1 Protocolizar y evaluar las prácticas sobre internamiento involuntario y medidas restrictivas en los servicios de hospitalización.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Actualizar e implantar la guía sobre internamiento involuntario y medidas restrictivas en psiquiatría (Comité de Bioética de Cataluña).
- Encuesta periódica a centros, profesionales y usuarios sobre el uso de medidas restrictivas.
- Implantar criterios e indicadores de calidad sobre prácticas restrictivas.

– Línea 2. Favorecer la participación activa de los afectados como ciudadanos

El nuevo modelo de atención que establece el Plan Director necesita de la participación activa de los implicados, un valor estructurante del sistema.

Objetivo operativo 2.1 Asegurar la participación de los usuarios: pacientes, familias, comunidad.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Implicar en el proceso terapéutico a las personas con patología grave (programas psicoeducativos).
- Definir y avanzar en los espacios de participación activa de las organizaciones de familiares y de usuarios con una perspectiva creciente de **apoderamiento** en la planificación y ejecución de los servicios en el territorio (acceso a la información sobre calidad, actividades, indicadores de los servicios, y participación en planes de mejora).

- Promover la formación de los usuarios organizados en aquellos ámbitos que sean necesarios para la participación.
- Potenciar la participación de los afectados en los órganos asesores en el ámbito central (Consejo Asesor) y local (consejos de salud).

5. La voz de los profesionales: conseguir su implicación y la mejora de su satisfacción

– Línea 1. Incrementar la satisfacción de los profesionales

La capacitación de los profesionales y su motivación son el fundamento final sobre el que descansa el sistema de atención. La situación del mercado laboral es, en muchos aspectos, uno de los factores críticos de la viabilidad del nuevo modelo.

Objetivo operativo 1.1 Evaluar la satisfacción de los profesionales.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Protocolo de cuidar de los cuidadores y evaluación de su ejecución en las organizaciones.
- Conocer el grado de satisfacción de los profesionales y el clima laboral de las organizaciones.
- Formación continuada, basada en la práctica de la clínica cotidiana (espacios de supervisión o grupos de reflexión).

Objetivo operativo 1.2 Alcanzar una retribución salarial y unas condiciones de trabajo equitativas con el resto de la red sanitaria (mesa social).

Proyectos a elaborar o implantar:

- Promover sistemas de retribución motivadores (carrera profesional, incentivos por objetivos u otros).
- Facilitar la participación de los profesionales de los equipos en la planificación, gestión y evaluación de los proyectos.

Objetivo operativo 1.3. Potenciar la promoción y prevención de la salud mental de los profesionales sanitarios:

Proyectos a elaborar o implantar:

- Elaborar programas que fomenten la promoción y prevención en los profesionales de la salud con mayores riesgos psicológicos o con un intenso contacto con problemas emocionales.
- Incorporar en los servicios de prevención de riesgos laborales o de vigilancia de la salud la evaluación de los riesgos relacionados con el estrés laboral y la detección precoz de problemas de salud mental y conductas adictivas.
- Cuidar el «trabajo en equipo» y disponer de espacios de reflexión sobre los aspectos emocionales de la práctica asistencial.

Objetivo operativo 1.4. Atención especializada a los profesionales sanitarios con problemas de salud mental y adicciones.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Programas PAIMM y RETORNO para los profesionales sanitarios con problemas mentales y/o adictivos, sobre todo para los casos más complejos.

6. Propuestas

- Elaborar protocolos consensuados con las entidades proveedoras.

Objetivo operativo 1.5 Alcanzar la formación necesaria de los profesionales para abordar los cambios estratégicos propuestos.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Formación específica en prevención de las drogodependencias y otras conductas de riesgo para los profesionales de las redes especializadas y en la Atención Primaria (APS).
- Formación en promoción de la salud mental y prevención de las adicciones y otras conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas.
- Formación continuada específica en salud mental y adicciones, orientada, básicamente al ejercicio de la cooperación y la interdisciplinariedad, las competencias relacionales y de intervención psicoterapéutica, la atención integral con técnicas basadas en la evidencia científica y la metodología de la evaluación.
- Competencias culturales de los profesionales de la salud mental y las adicciones.
- Formar en salud mental y adicciones de los profesionales de la APS: etapas evolutivas infantiles, relación con los adolescentes, patologías más prevalentes, herramientas de detección, psicogeriatría, discapacidad intelectual.
- Acreditar la formación de enfermería en salud mental comunitaria y adicciones.
- Acreditar la formación de los profesionales de trabajo social en salud mental comunitaria y adicciones.
- Formar en salud mental y drogodependencias a profesionales de servicios no sanitarios: Programa de prevención y detección precoz en trastorno mental, drogadicciones y conductas de riesgo, dirigido a maestros y profesores (profesionales docentes).

Objetivo operativo 1.6 Garantizar la formación necesaria de los profesionales para incrementar su competencia en el manejo de situaciones judiciales y conflictos de valores o decisiones que pueden afectar a los derechos de los usuarios.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Incorporar la formación ética en los planes de formación.
- Incorporar los aspectos jurídicos en los planes de formación.
- Guía de actuación ante conflictos de valores: casos-guía.
- Guía de actuación en demandas judiciales.
- Manejo de las conductas violentas en la práctica clínica.

Objetivo operativo 1.7. Asegurar la participación de los profesionales.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Favorecer la implicación de los profesionales en la implantación del plan.

Objetivo operativo 1.8. Tener una política activa de prevención de la violencia por parte de los usuarios del sistema sanitario, mejorando las condiciones de seguridad y formando en técnicas de manejo de conflictos.

6. Promover la organización funcional integrada de las redes y servicios de atención de salud mental y adicciones

- Línea 1. Integrar las redes de salud mental de adultos, de infantil y de drogodependencias

La integración de los servicios de atención a la persona es una condición esencial que mide la verdadera orientación al usuario de las organizaciones. Las diferentes etapas evolutivas y la comorbilidad emergente deben ser asumidas con criterios de integración, continuidad asistencial y permeabilidad de los programas y servicios del ámbito de la salud.

Objetivo operativo 1.1 Creación de unidades funcionales de salud mental y adicciones.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto para favorecer la gestión compartida y la proximidad física de los equipamientos.
- Flexibilizar el servicio de salud mental para la atención de las personas con problemas de adicción.
- Proyecto de actividad y apoyo en la APS y Plan Anual de Actividades de Salud Mental y Adicciones del centro de atención primaria.
- Programa Común de Atención a los Adolescentes con Problemas de Consumo.
- Proyecto de creación de espacios territoriales de cooperación entre CSMIJ - CAS - CSMA.
- Proyecto de creación de unidades funcionales CSMIJ - CAS.
- Proyecto de flexibilización del traspaso de servicios dando más importancia a la situación clínica y de vinculación al tratamiento que a la edad.
- Adaptación del actual modelo PSI: ampliación para aquellos casos indicados de personas con problemas adictivos.

– Línea 2. Posibilitar un sistema de gestión territorial integrada de los servicios, de acuerdo con el Plan de Atención Integral a las Personas con Enfermedad Mental

La integración de los servicios de atención a la persona es una condición esencial que mide la verdadera orientación al usuario de las organizaciones. De acuerdo con las amplias necesidades sanitarias y sociales que presentan las personas con trastornos mentales, se hace necesaria la gestión integrada de los servicios en el territorio.

Objetivo operativo 2.1 Garantizar la continuidad asistencial con la responsabilización de cada servicio sanitario y social.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Reordenar y extender a todo el territorio las CTIC (población infantil y juvenil).
- Extender a todo el territorio las unidades funcionales de atención materno-infantil.
- Constituir los consejos territoriales de gestión de casos (población adulta).
- Ampliar las funciones de los CIMSS con la incorporación de la salud mental (ancianos).
- Desplegar los grupos de estudio y derivación (GED) en todo el territorio (personas con discapacidad intelectual).

7. Favorecer la mejora de los sistemas de gestión con la implicación de las entidades proveedoras

– Línea 1. Potenciar la cultura de la evaluación como estrategia para la mejora de la calidad

Todas las tareas que se derivan de las funciones sanitarias, desde la promoción de la salud al tratamiento o la rehabilitación, deben ser permanentemente probadas y eva-

6. Propuestas

luadas, para asegurarnos la mejora continua en la efectividad y en la eficiencia de los servicios que se prestan. La planificación sanitaria no es posible sin la evaluación de los servicios.

Objetivo operativo 1.1 Satisfacción de los usuarios.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Elaborar encuestas para conocer el grado de satisfacción de los usuarios en todos los servicios de la red de salud mental y adicciones.
- Elaborar la metodología de respuesta a las mejoras necesarias a propósito de las encuestas de satisfacción.

Objetivo operativo 1.2 Programas y servicios.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Definir los servicios por procesos.
- Formar en metodología.
- Generar indicadores.
- Procesos de evaluación externa consensuados.
- Indicadores de resultados para medir la mejora de salud.
- Indicadores de medida consensuados que permitan el benchmarking entre las organizaciones.
- Sistema general de indicadores de estructura, proceso y resultados.

Objetivo operativo 1.3 Continuidad asistencial.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Evaluar el proceso de continuidad.

– Línea 2. Disminuir la variabilidad clínica inadecuada.

La homologación de los procesos terapéuticos sobre la base de la evidencia demostrable es un derecho de los pacientes y un deber para los profesionales. Implica un criterio de calidad básico que permite el análisis de resultados de salud y su mejora continua.

Objetivo operativo 2.1 Promover la utilización de guías clínicas orientadas por patologías y por procesos.

Proyectos a elaborar o implantar

- Elaboración progresiva de las diferentes guías clínicas que se derivan de los planteamientos preventivos y asistenciales de este Plan Director.

– Línea 3. Mejorar la información clínica y epidemiológica mediante las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

El desarrollo de instrumentos basados en las TIC es fundamental para la prevención, el diagnóstico y la atención de las personas afectadas por trastornos mentales y adictivos. Mejora la continuidad asistencial y la seguridad de los pacientes.

Objetivo operativo 3.1 Impulsar un sistema de información integral con una orientación de salud pública que permita hacer el seguimiento del paciente por los diferentes recursos asistenciales.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Mejorar los sistemas actuales del CMBD que engloben todos los niveles asistenciales (atención primaria, atención hospitalaria, atención sociosanitaria, atención a la salud mental y las drogodependencias).
- Apoyar la informatización de todos los servicios de salud mental y adicciones.
- Facilitar la conexión on-line entre todos los servicios de salud mental y adicciones de la Atención Primaria de Salud.

Objetivo operativo 3.2 Historia clínica informatizada unitaria.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Consensuar con los proveedores una historia clínica informatizada y unitaria.

8. Potenciar la formación continuada y el sistema docente de postgrado

– Línea 1. Producir cambios en el sistema docente de postgrado, para alinear los conocimientos y habilidades de los futuros profesionales a los objetivos del Plan.

El sistema de formación de los nuevos profesionales debe estar alineado con las necesidades sanitarias de la población y con el Plan Director, de manera que los profesionales con las competencias, habilidades, y actitudes apropiadas puedan sostener y hacer crecer el modelo de atención decidido.

Objetivo operativo 1.1 Influir en el cambio del actual sistema de formación de postgrado de los MEF, PEF y los especialistas en Enfermería de Salud Mental.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Alcanzar más capacidad docente de las instituciones catalanas para la formación de especialistas MEF, PEF y de especialidad de Enfermería en Salud Mental, atendiendo a las necesidades reales de la red.
- Reorientar la formación de los especialistas en una línea más comunitaria, más promotora de hábitos de salud y preventiva más psicoterapéutica, más rehabilitadora, y con inclusión de materias relativas a las competencias culturales de los profesionales.
- Potenciar las especialidades en: psicoterapia, psiquiatría infantil, psicogeriatría y adicciones.
- Incrementar la formación en promoción de hábitos de salud y prevención de trastornos mentales, adicciones y otras conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas, en las especialidades de salud mental, pediatría, y medicina familiar y comunitaria.

9. Fortalecer la investigación epidemiológica y clínica, de la evaluación de los servicios y de la cooperación europea

– Línea 1. Fortalecer la investigación epidemiológica y clínica

La pluricausalidad de las enfermedades mentales y las adicciones continúa requiriendo modelos de investigación enfocados específicamente a los diferentes aspectos del ser humano. También los cambios en el comportamiento de la población respecto a la salud mental, la demanda de servicios y las patologías emergentes, cuestionan permanentemente la orientación de los servicios sanitarios.

6. Propuestas

Objetivo operativo 1.1 Promocionar la investigación básica.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de investigación genética.
- Proyecto de investigación con base neurobiológica.
- Proyecto de investigación de los factores de riesgo específicos ligados al desarrollo.

Objetivo operativo 1.2 Potenciar la investigación epidemiológica.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de investigación sobre necesidades y morbilidad (atendida y oculta) en salud mental y adicciones de la población infantil.
- Proyecto de investigación sobre necesidades y morbilidad (atendida y oculta) en salud mental y adicciones de la población adolescente.
- Proyecto de investigación sobre necesidades y morbilidad (atendida y oculta) en salud mental y adicciones de la población adulta.
- Proyecto de investigación sobre necesidades y morbilidad (atendida y oculta) en salud mental y adicciones de la población de la tercera edad.
- Proyecto de investigación sobre factores de riesgo de los trastornos mentales y las adicciones y factores de protección de la salud mental.
- Proyecto de investigación epidemiológica sobre los suicidios.

Objetivo operativo 1.3 Promocionar la investigación clínica.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto de investigación en torno al suicidio y las tentativas de suicidio.
- Proyecto de investigación sobre el maltrato escolar entre iguales (bullying).
- Proyectos de investigación sobre los maltratadores: de género, abuso infantil.

– Línea 2. Estimular la cooperación con los países de la Unión Europea (UE) y con los organismos internacionales relacionados con la salud mental y las adicciones.

El proceso de integración europea irá constituyendo progresivamente nuestro entorno de referencia en muchos de los aspectos clave de los sistemas de atención, tanto bajo el punto de vista legislativo, como asistencial, docente o de investigación. En condiciones socioeconómicas homogéneas, Cataluña debe abrirse a la cooperación sinérgica en el marco de la Europa del futuro.

Objetivo operativo 2.1 Participar en proyectos comunes.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Proyecto IMPHA.
- Potenciar las alianzas de cooperación y el benchmarking con otras regiones europeas, especialmente con la región del Languedoc y el norte de Italia.
- Desarrollar indicadores comunes y actualizados que permitan la realización de estudios comparativos en evaluación de servicios y de resultados.
- Facilitar y promover la participación del PDSMA y de nuestros centros y servicios en programas y estrategias de la OMS en Europa.

10. Garantizar la gestión del cambio

– Línea 1. Conseguir la equidad de la oferta asistencial en el territorio.

La equidad de la oferta es un valor fundamental del sistema sanitario en nuestro país, y debe ser concretada en todo el territorio catalán a través del Mapa sanitario, socio-sanitario y de salud pública de Cataluña.

Objetivo operativo 1.1 Completar la generalización de los servicios en el territorio.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Elaborar el Mapa sanitario y sociosanitario de salud mental y adicciones.
- Generalizar el PSI a todo el territorio, con inclusión de pacientes adolescentes y personas con adicciones.
- Coordinar el PSI con el Área de Rehabilitación, servicios sociales y Atención Primaria.
- Generalizar los servicios especializados para personas con discapacidad intelectual e inteligencia límite.
- Generalizar las unidades funcionales para la atención de los bebés y primera infancia.
- Generalizar las unidades funcionales CSMA - CAS, CSMIJ - CAS.
- Generalizar los programas de atención a la población infantil y juvenil con TMG.
- Desplegar a todo el territorio los programas de reordenación de los TCA y de atención al juego patológico.

– Línea 2. Promover la capacidad de decisión y gestión de la comunidad y del territorio.

La nueva organización del sistema sanitario a través de los gobiernos territoriales de salud implica un compromiso de acción comunitaria que debe incluir la salud mental y las adicciones en toda su amplitud, como una cuestión prioritaria. Las entidades proveedoras deben tener un papel clave en este proces.

Objetivo operativo 2.1 Implicación en el Plan Director de los gobiernos territoriales de salud (GTS).

Proyectos a elaborar o implantar:

- Implicar a las autoridades locales y la red comunitaria (Programa de Acción Integral Comunitario).
- Proponer la creación del Comité Territorial de Gestión de Casos, con presencia de la Administración sanitaria, que garantice el criterio de función y responsabilidad de cada servicio o competencia (incluidos los servicios sociales y laborales), así como la continuidad de la atención.
- Revisar y extender en todo el territorio las CTIC.

Objetivo operativo 2.2 Asegurar la participación de las entidades proveedoras.

Proyectos a elaborar o implantar:

- Definir y garantizar la voz de los proveedores en el ámbito central y en el territorio.

– Línea 3. Promover un sistema de control de riesgos del cambio.

Todo proceso de gestión de cambio requiere un sistema de indicadores de riesgo que permita avanzarnos a las situaciones de conflicto que, sin duda, aparecerán.

6. Propuestas

Objetivo operativo 3.1. Definir los indicadores a controlar

Proyectos a elaborar o implantar:

- Construir un sistema de indicadores que evalúe las estrategias necesarias para controlar los factores críticos de éxito del PDSMyA (tabla 34).

Tabla 34. Indicadores de factores críticos y estrategias a implantar

Factores críticos	Estrategias
Infradotación de recursos para cumplir la misión del Plan	Planificación estratégica (Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública) Planificación económica Acuerdo marco sobre las diferentes fases del Plan Director
Déficit en la capacidad operativa y la sensibilidad de los ámbitos de la Atención Primaria	Incrementar la participación de la APS en los proyectos del Plan Director Plan de Comunicación: Explicación del PDSMyA en sesiones territoriales con los coordinadores de las ABS Elaborar un Plan de seguimiento anual de los proyectos compartidos: central y por territorios Compromiso definido y contractual también para la APS
Previsibles dificultades en la continuidad y en la suficiencia de los recursos sociales del territorio	Mapa sanitario y sociosanitario (integrado) Plan de Reconversión de los Hospitales Psiquiátricos aprobado por los departamentos de Salud y de Bienestar y Familia Programa de Atención a la Dependencia Plan Integral de Atención a las Personas con Problemas de Salud Mental
Falta de suficientes especialistas y adecuadamente formados (psiquiatras, psicólogos clínicos, especialidad de Enfermería en Salud Mental, etc.)	Estudio de las necesidades para los próximos años Incrementar la capacidad docente de las instituciones catalanas
Formación insuficiente para abordar el cambio	Consenso con las entidades proveedoras sobre el ejercicio de las competencias en este ámbito Introducir la necesidad de la acreditación de las nuevas competencias Estudiar un sistema de incentivos, pactado con las empresas del sector Movilización de recursos del IES/CCECS
Burn-out de los profesionales	Políticas retributivas y de carrera profesional (Mesa social) Promover los programas de cuidar al cuidador en las entidades proveedoras Evaluarlos
Liderazgo desde los poderes públicos (Administración)	Designar los líderes territoriales del CatSalut Incluirlos en el sistema de seguimiento del Plan Director de Salud Mental y Adicciones Gobiernos territoriales de salud (GTS) Inclusión de la atención a las personas con trastornos mentales en los proyectos demostrativos del Programa de Atención a la Dependencia Inclusión de la salud mental y las adicciones en los proyectos de pago capitativo
Falta de cultura de participación efectiva de los usuarios	Grupo de reflexión con todos los implicados sobre oportunidades de participación: Plan de Participación
Dificultades en la gestión del cambio debidas a la estructura de multiproveedores de servicios	Promover las alianzas estratégicas basadas en el territorio Incluir la evaluación de la cooperación en el SIS Incluir la evaluación de la cooperación en la agenda de los líderes territoriales
Falta de inversión en sistemas de información e imposibilidad de medir los cambios	Grupo de trabajo urgente sobre necesidades de información Revisar el SIS actual y realizar un Plan de SIS

Tabla de elaboración propia.

6.2. Proyectos priorizados para el periodo 2005 - 2007

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y las adicciones

Objetivo operativo. Integrar las funciones de promoción de los factores de protección de la salud mental en la Agencia de Salud Pública.

Proyectos:

- Elaborar la Guía de actividades de promoción y educación para la salud mental en las ABS.

Objetivo operativo. Elaborar estrategias de prevención de los trastornos mentales y las adicciones dirigidas a la población infantil.

Proyectos:

- Adecuada aplicación del Programa de Seguimiento del Niño Sano, especialmente la parte sobre promoción y detección de factores de riesgo de los trastornos mentales y las adicciones, con la formación específica del equipo de pediatría de la Atención Primaria de Salud (principalmente la enfermera).
- Definir las intervenciones diana más efectivas en la prevención de trastornos mentales en la escolarización.

Objetivo operativo. Elaborar estrategias de prevención de los trastornos mentales, las adicciones y otras conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas, dirigidas a la población adolescente.

Proyectos:

- Detección precoz en la Atención Primaria de psicopatología del adolescente y consumo de sustancias, síntomas de alarma y antecedentes individuales y familiares. Aplicación de la Guía de actividades preventivas en la adolescencia.
- Incorporar los aspectos de prevención en salud mental y adicciones a las consultas de jóvenes.
- Proseguir el despliegue de programas comunitarios para la prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas dirigidas a la población adolescente y llevar a cabo la evaluación.

Objetivo operativo. Elaborar estrategias de prevención de los trastornos mentales y las adicciones dirigidas a la población adulta.

Proyectos:

- Definir las intervenciones preventivas en el ámbito laboral.
- Proseguir el desarrollo de programas preventivos relacionados con el consumo de drogas y llevar a cabo la evaluación.
- Proseguir el despliegue del **Programa ELSA** (Project Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol). El objetivo es conocer mejor las prácticas de marketing del alcohol en el ámbito europeo para poder promover cambios que aseguren que no se hace promoción de bebidas entre los jóvenes.

Objetivo operativo. Elaborar estrategias de prevención de los trastornos mentales y las adicciones dirigidas a la población de la tercera edad.

Proyectos:

- Elaborar un guía de actividades preventivas en la población de la tercera edad.

6. Propuestas

Objetivo operativo. Prevención en poblaciones más vulnerables.

Proyectos:

- Creación de **unidades funcionales en el territorio** que contemplen actuaciones preventivas dirigidas a los niños prematuros y a los padres. Estas unidades funcionales tendrán que estar integradas por unidades de neonatología, centros de desarrollo y atención precoz (CDIAP), centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) y equipos de pediatría de la Atención Primaria de Salud.
- Proseguir la extensión del Protocolo básico de actuaciones en abusos sexuales y otros maltratos, incorporando los equipos de psiquiatría infantil y juvenil.
- Priorizar los proyectos de prevención de salud mental y adicciones en los hijos de padres con enfermedades mentales y drogodependencias, en los niños inmigrantes y en los hijos de inmigrantes en situación de riesgo psicosocial.
- Incluir programas de prevención y detección precoz en las unidades integrales de violencia de género.
- Incorporar en los proyectos demostrativos del Programa de Atención a la Dependencia (ProDep), programas de prevención y detección precoz de trastornos mentales en familiares de personas con discapacidad.
- Planificar los programas de reducción de daños para reducir la exclusión social ligada al consumo.

Objetivo operativo. Desarrollar actividades de prevención del suicidio y reducir las tasas de mortalidad.

Proyecto:

- Evaluar el Programa de atención específica a la población con riesgo suicida del sector sanitario de la Derecha del Ensanche (Proyecto Europeo), adaptado a las diferentes situaciones vitales y franjas de edad, con elaboración de un registro de casos. Implantación progresiva en toda Cataluña.

Objetivo operativo. Favorecer estrategias de lucha contra el estigma.

Proyectos:

- Consensuar una guía de actuación con los medios de comunicación.
- Elaborar un programa de sensibilización educativa, hacer una experiencia piloto y evaluarla.
- Incluir las actuaciones previstas en el Plan de Comunicación.

2. Mejora de la atención de los trastornos mentales y las adicciones en la Atención Primaria de Salud

Objetivo operativo. Mejorar la detección precoz y la capacidad resolutoria de la Atención Primaria de Salud.

Proyectos:

- Definir la cartera de servicios de salud mental y adicciones en la APS. A finales del año 2007 se habrá iniciado la implantación en el 30% del territorio.
- Aplicar la Guía de recomendaciones para la atención a los problemas de salud mental más frecuentes en la Atención Primaria de Salud.
- Aplicar el Programa «Bebed menos».
- Aplicar la Guía sobre la detección precoz y la atención a los trastornos mentales más frecuentes en la población inmigrante, en colaboración con el Plan Director de Inmigración y Cooperación.

- Definir el Programa de atención inmediata a las personas que sufren trastornos adaptativos ligados a acontecimientos sociales estresantes o situaciones de catástrofes, conjuntamente con los Servicios de Emergencias Médicas (SEM).

Objetivo operativo. Mejorar la formación de los profesionales de Atención Primaria.

Proyectos:

- Diseñar los programas de formación continuada de los profesionales de la APS.

Objetivo operativo. Mejorar el apoyo de los equipos de salud mental y drogodependencias en la APS.

Proyecto:

- Definir el nuevo Programa de Apoyo a la Atención Primaria de Salud. A finales del año 2007 se habrá iniciado la implantación en el 30% del territorio.

3. Orientar la cartera de servicios a las necesidades de los usuarios de la red de salud mental y adicciones

Objetivo operativo. Garantizar la intervención en crisis y la atención domiciliaria.

Proyectos:

- Implantar en toda Cataluña el Protocolo de atención a las urgencias psiquiátricas domiciliarias y al traslado de pacientes involuntarios:
 - Colaboración entre los equipos sanitarios y las fuerzas de seguridad.
 - Despliegue de equipos de salud mental de apoyo a los servicios de emergencias médicas.

Objetivo operativo. Priorizar la atención a las psicosis incipientes y a la población con trastornos mentales graves.

Proyectos:

- Diseñar el Programa de atención a las personas con psicosis incipiente. A finales del año 2007 se habrá iniciado la implantación en el 30% del territorio de Cataluña.
- Redefinir el Programa de atención a las personas con TMS con más oferta de atención domiciliaria y apoyo a las familias y potenciando el papel de la enfermería psiquiátrica y del trabajador social. A finales del año 2007 se habrá iniciado la implantación de las mejoras en el 30% del territorio.
- A finales del año 2007 se habrá implantado en todo el territorio de Cataluña el Programa de atención específica a la población infantil y juvenil con trastornos mentales graves (TMG).

Objetivo operativo. Mejorar la atención especializada a las poblaciones vulnerables.

Proyectos:

- Incorporar los aspectos de atención psiquiátrica y psicológica a las mujeres maltratadas, en el marco del Plan Interdepartamental coordinado por el Instituto Catalán de la Mujer y de acuerdo con el despliegue de unidades de atención integral a la violencia de género.
- Elaborar un proyecto de detección precoz y atención psiquiátrica y psicológica a las personas sin techo, en colaboración con los servicios sociales de Atención Primaria y los ayuntamientos. Implantación inicial en la ciudad de Barcelona.

6. Propuestas

- A finales del año 2007 se habrá finalizado el despliegue de los servicios especializados en salud mental para las personas con discapacidad.
- Desplegar el Plan Funcional para el Acceso a la Asistencia Sanitaria de Cataluña a las personas sin papeles consumidoras de drogas.
- Potenciar núcleos de experiencia en el territorio para la atención a la población inmigrante (Mapa sanitario).
- Incluir a las personas con TM discapacitantes y sintomatología persistente en los proyectos demostrativos del Programa de Atención a la Dependencia.

Objetivo operativo. Garantizar el apoyo a las familias y su implicación en el proceso asistencial.

Proyectos :

- Elaborar la guía de atención a las familias conjuntamente con el Departamento de Bienestar y Familia y la FECAFAMM.

Objetivo operativo. Incluir la oferta de psicoterapia en la red pública.

Proyectos:

- Crear un sistema de acreditación de los programas de psicoterapia.
- Ampliar la oferta de las intervenciones psicoterapéuticas desde los centros de salud mental principalmente para la atención a trastornos afectivos, tentativas de suicidio, trastornos de estrés post-traumáticos, trastornos límite de la personalidad (TLP), trastornos del comportamiento alimentario y en niños y jóvenes, además, los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDHA) y los trastornos obsesivo-compulsivos. A finales del año 2007 se habrá iniciado en el 30% del territorio.
- Mejorar la oferta de intervenciones psicoterapéuticas en los CAS para prevenir las recaídas y mejorar la motivación y adherencia de los pacientes a los tratamientos.

Objetivo operativo. Adecuar la utilización de los servicios disponibles en función de las necesidades individuales del paciente según un modelo de gestión de casos.

Proyectos:

- Implantar en el 100% del territorio el Plan de Servicios Individualizado (PSI).
- Disponer progresivamente en el territorio de programas conjuntos CSMIJ-CSMA para garantizar la continuidad asistencial de los adolescentes y jóvenes con TMG.

Objetivo operativo. Mejorar la cartera de servicios para atender los problemas de salud priorizados:

- Trastornos generalizados del desarrollo (TGD)
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Trastornos de conducta en adolescentes
- Trastornos del comportamiento alimentario (TCA)
- Trastornos psicóticos
- Trastornos de juego patológico y otros socioadicciones
- Consumo de drogas en adolescentes
- Adicción al alcohol y a las benzodiazepinas
- Adicción a la cocaína
- Adicción a la heroína
- Depresión
- Trastornos límite de la personalidad
- Trastornos mentales severos (TMS)
- Demencias

Proyectos:

- Disponer de guías clínicas y programas de atención diferenciados.
- Unidad y programas de atención especializados para casos resistentes de acuerdo con los criterios establecidos en el mapa sanitario de salud mental y adicciones.

Objetivo operativo: Reorganizar los servicios actuales de acuerdo con las nuevas necesidades estratégicas.

Servicios de atención a la primera infancia:

Proyectos:

- Crear unidades funcionales formadas por el equipo de atención primaria de salud, el servicio hospitalario de pediatría, el centro de desarrollo y atención precoz y el centro de salud mental infantil y juvenil, con un modelo organizativo de puerta de entrada única, compartiendo profesionales, un referente del caso, guías clínicas y formación. A finales del año 2007 se habrá implantado como mínimo en el 25% del territorio.

Servicios de atención ambulatoria (CSMIJ, CSM, CAS)

Proyectos:

- Disponer de un programa de intervención conjunta CSMIJ-CAS. A finales del año 2007 se dispondrá de un programa de intervención conjunta como mínimo en el 20% del territorio.
- Disponer de una cartera de servicios en los CSM que diferencie el Programa de Apoyo en la APS, la atención especializada por patologías basada en guías clínicas y explicitando la oferta de tratamientos psicoterapéuticos, programas de atención a las psicosis incipientes y/o a los TMS o TMG. A finales del año 2007 se habrá implantado en el 30% del territorio.
- Reorganizar el CAS, con intervenciones específicas por patologías y grupos de especial vulnerabilidad y actividades psicoterapéuticas. A finales del año 2007 se habrá iniciado la implantación en el 20% del territorio.
- Elaborar con la Dirección General de Recursos Sanitarios los criterios de acreditación de los centros ambulatorios.

Servicios de hospitalización parcial:

Proyectos:

- Redefinir las funciones de los hospitales de día (precrisis, continuidad de agudos y tratamientos ambulatorios intensivos).
- Ampliar la oferta de atención especializada a: TCA, TLP, trastornos psicóticos, trastornos de conducta y adicciones en adolescentes.

Servicios de hospitalización infantil:

Proyectos:

- Despliegue de servicios de urgencias y agudos (Mapa sanitario), incorporando camas de desintoxicación hospitalaria.
- Definir las indicaciones y tipología de pacientes con necesidades de recursos de media y larga estancia para poblaciones adolescentes.
- Incorporar la interconsulta y la psiquiatría de enlace como funciones básicas de los servicios de psiquiatría infantil de los hospitales generales.

6. Propuestas

Servicios de hospitalización de adultos:

Proyectos:

- Adaptar las unidades de agudos a un modelo más integral que incorpore actividades de rehabilitación psicosocial.
- Reorganizar las unidades de patología dual para atención a casos resistentes y de más larga duración.
- Guía clínica sobre terapia electroconvulsiva (TECA) con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Médicas (AATM).
- Potenciar la interconsulta y psiquiatría de enlace dentro de la cartera de servicios de los hospitales generales.
- Reordenar las consultas externas de psiquiatría de los hospitales generales hacia programas especiales vinculados a formación e investigación.

Servicios de hospitalización para la población de la tercera edad (urgencias y agudos):

Proyectos:

- Adaptar las unidades de agudos para la atención a la población de la tercera edad, con un modelo de intervención más integral e individualizado.
- Programa de atención a la comorbilidad y a las necesidades sociosanitarias, con competencias profesionales específicas que deben integrarse (con especial referencia a los hospitales generales con servicio de psiquiatría y de geriatría).
- Proyecto de revisión de las necesidades de profesionales imprescindibles para la atención (elaboración de ratios y revisión de referencias internacionales).
- Potenciar la interconsulta y la psiquiatría de enlace dentro de la cartera de servicios de los hospitales generales y de los servicios sociosanitarios.
- Reordenar las consultas externas de psiquiatría de los hospitales generales para adaptarlas a las necesidades específicas de la población de la tercera edad (programas especiales, investigación).

Servicios de hospitalización de rehabilitación intensiva:

Proyectos:

- Definir los criterios territoriales del despliegue de estos servicios (mapa sanitario).
- Concretar el modelo global de reconversión de las unidades de media y larga estancia con el Departamento de Bienestar y Familia e iniciar el proceso de reconversión.

Servicios de rehabilitación comunitaria:

Proyectos:

- Evaluar los programas de conversión de los actuales centros de día en servicios de rehabilitación comunitaria.
- Ampliar la implantación de estos programas. A finales del año 2007 se habrá implantado en el 40% del territorio.
- Definir con el Departamento de Bienestar y Familia la Red de rehabilitación comunitaria y el modelo de trabajo conjunto entre centros de día, servicios prelaborales y clubes sociales.

Comunidades terapéuticas para drogodependientes:

Proyectos:

- Redefinir y diferenciar las comunidades terapéuticas en función de las tipologías, necesidades de los usuarios y perfil de los profesionales.

Unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD)

Proyectos:

- Redefinir las UHD.

Servicios específicos para la atención a las personas sometidas a situación judicial:

Proyectos:

- Crear una unidad psiquiátrica pericial en colaboración con el Instituto de Medicina Legal de Cataluña.
- Reordenar el actual sistema de atención psiquiátrica y a las drogodependencias en los centros de justicia juvenil.
- Revisar y homologar el Programa de atención a las personas sujetos a medidas judiciales de seguridad de la red convencional.

Objetivo operativo. Posibilitar un sistema de gestión integrada que facilite la continuidad asistencial:

Proyectos:

- Desplegar el gobierno de salud que garantice una gestión de los recursos basada en las necesidades del territorio.
- Plan progresivo hacia la historia clínica unificada.
- Incluir la salud mental y las adicciones en un modelo de pago capítativo.
- Incorporar en los sistemas de evaluación indicadores que evalúen el proceso de atención y la continuidad asistencial.
- Desplegar programas demostrativos de atención a la dependencia que promuevan en el territorio un sistema de gestión integrada de los servicios sanitarios y sociales.
- Promover en el territorio alianzas estratégicas entre proveedores.

4. La voz de los afectados: mejorar su implicación y alcanzar el compromiso de la red con sus derechos

Objetivo operativo. Protocolizar y evaluar las prácticas sobre internamiento involuntario y medidas restrictivas en los servicios de hospitalización.

Proyectos:

- Actualizar e implantar la Guía sobre internamiento involuntario y medidas restrictivas en psiquiatría (Comité de Bioética de Cataluña) conjuntamente con la Dirección General de Recursos Sanitarios.
- Diseñar los criterios y los indicadores de calidad sobre prácticas restrictivas que permitan su evaluación.

Objetivo operativo. Asegurar la participación de los usuarios: pacientes, familias, comunidad.

6. Propuestas

Proyectos:

- Implicación en el proceso terapéutico de las personas con patología grave (programas psicoeducativos).
- Promover la creación de espacios de participación activa de las organizaciones de familiares y de usuarios con una perspectiva creciente de apoderamiento en la planificación y ejecución de los servicios en el territorio (acceso a la información sobre calidad, actividades, indicadores de los servicios y participación en planes de mejora).
- Promover la formación de los usuarios organizados en aquellos ámbitos que sean necesarios para la participación.
- Potenciar la participación de los afectados en los órganos asesores en el ámbito central (Consejo Asesor) y local (Consejos de Salud).

5. La voz de los profesionales: conseguir su implicación y la mejora de su satisfacción

Proyectos:

- Promover unos sistemas de retribución equiparables al resto de la red sanitaria (mesa social).
- Facilitar la participación de los profesionales de los equipos en la planificación, gestión y evaluación de proyectos.
- Elaborar con el Instituto de Estudios de la Salud y el Consejo Catalán en Ciencias de la Salud un programa de formación continuada necesario para abordar los cambios estratégicos propuestos por el Plan.

6. Promover la organización funcional integrada de las redes y servicios de atención

Objetivo operativo: Integrar las redes de salud mental y drogodependencias.

Proyectos:

- Elaborar proyectos en el territorio para favorecer la gestión compartida y/o la proximidad física de los equipamientos.
- Proyectos conjuntos de actividades de apoyo a la atención primaria de salud.
- Programa común en el territorio para la atención a los adolescentes con problemas de consumo.
- Crear espacios territoriales de cooperación CSM-CSMIJ-CAS.
- Desplegar mesas territoriales de coordinación para la atención a las necesidades de las personas con problemas de salud mental de alta complejidad.

Objetivo operativo. Posibilitar un sistema de gestión territorial integrada de servicios de acuerdo con el Plan de Atención Integral a las Personas con Problemas de Salud Mental.

Proyectos:

- Extender a todo el territorio los proyectos demostrativos de CTIC (Coordinación territorial de los equipamientos de los diferentes departamentos que atienden a la población infantil y juvenil con discapacidades o riesgo de sufrirlas).
- Ampliar las funciones de las CIMSS con la incorporación de la salud mental.
- Desplegar los grupos de estudio y derivación para personas con discapacidad intelectual a todo el territorio de Cataluña.

7. Favorecer la mejora de los sistemas de gestión con la implicación de las entidades proveedoras

Objetivo operativo: Satisfacción de los usuarios:

Proyectos:

- Ampliar la encuesta de satisfacción de los usuarios a todos los dispositivos de la red de salud mental y drogodependencias.

Objetivo operativo: Programas y servicios.

Proyectos:

- Proseguir con el proceso de evaluación externa.
- Elaborar indicadores de resultados para medir la mejora en salud.
- Elaborar indicadores de medida consensuados que permitan el benchmarking entre organizaciones, comunidades autónomas y otros países de la Región Europea.

Objetivo operativo. Impulsar un sistema de información integral con una orientación de salud pública.

Proyectos:

- Mejorar los sistemas actuales del CMBD que englobe todos los niveles asistenciales, abarcando las drogodependencias.

8. Potenciar la formación continuada y el sistema docente de postgrado

Objetivo operativo: Influir en el cambio del actual sistema de formación de postgrado de los MEF y PEF.

Proyectos:

- Promover el incremento de la capacidad docente de las instituciones catalanas para la formación de especialistas MEF, PEF y de especialidad de enfermería en salud mental.
- Encargar al Instituto de Estudios de la Salud (IES) y al Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud (CCECS) un proyecto de revisión del actual modelo de formación de los MEF, PEF y enfermería psiquiátrica, conjuntamente con las unidades docentes, para garantizar una formación orientada a las prioridades del Plan Director de Salud Mental y Adicciones.

9. Fortalecer la investigación epidemiológica y clínica, de la evaluación de servicios y la cooperación europea

Objetivo operativo: Potenciar la investigación epidemiológica y clínica.

Proyectos:

- Colaborar con el Plan Director de Política Científica en la priorización de las líneas de investigación epidemiológica y clínica en el ámbito de la salud mental y las adicciones.
- Promover la creación de redes temáticas de investigación con alianzas estratégicas entre instituciones.

Objetivo operativo: Estimular la cooperación con países de la Unión Europea y con organismos internacionales.

Proyectos:

- Liderar el proyecto IMHPA (**European Platform for Mental Health Promotion and mental Disorders Prevention**). Promover la convergencia de las estrategias e iniciativas que se lleven a cabo con las políticas de promoción de la salud y la prevención

6. Propuestas

de los trastornos mentales y las adicciones y otras conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas, impulsadas por la Unión Europea.

- Participar en proyectos de **benchmarking** con otros países de la Unión Europea.
- Participar en proyectos europeos.

6.3 Coordinación con otros servicios

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones es un proyecto que se centra fundamentalmente en el ámbito de la salud, a pesar de que a menudo se plantean acciones que también afectan a otros departamentos.

Actualmente, se está elaborando el **Plan de Atención Integral a las Personas con Problemas de Salud Mental** donde participan los departamentos de Presidencia, Salud, Bienestar y Familia, Educación, Justicia, Trabajo e Industria, Interior, Medio Ambiente y Vivienda, y Comercio y Turismo, así como representantes de las entidades proveedoras, las asociaciones de profesionales, la Federación Catalana de Familiares de Enfermos Mentales, la Asociación de Enfermos Mentales y las organizaciones de ámbito municipal (FCM y AMC).

Así pues, será en el **Plan de Atención Integral a las Personas con Problemas de Salud Mental** donde se desarrollarán todas las actuaciones que impliquen la coordinación de recursos y servicios interdepartamentales.

7. MAPA SANITARIO

7. Mapa sanitario

7.1. Línies d'actuació i projectes comuns: prevenció vascular

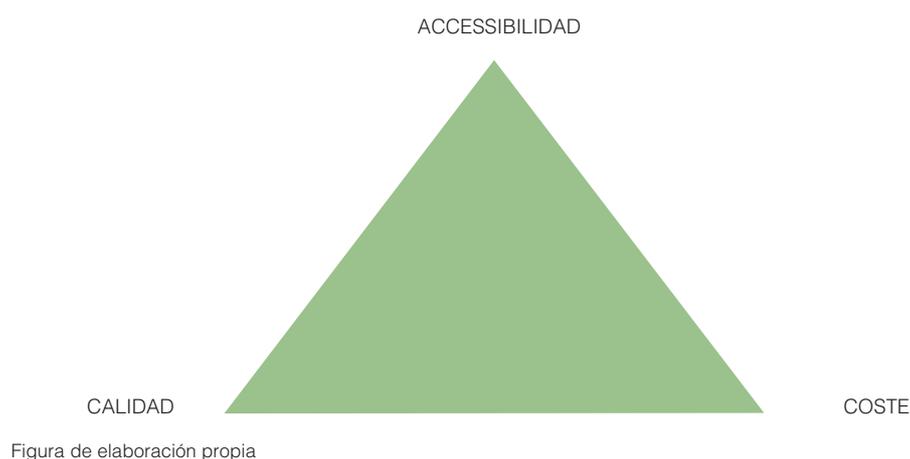
En este capítulo se presentan los criterios de planificación de servicios en relación con las necesidades de atención a la salud mental y a las drogodependencias, en el marco del Plan Director de Salud Mental y Adicciones y el Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública.

El nuevo Mapa sanitario, sociosanitario y de salud pública se concibe como el instrumento principal de planificación de servicios en Cataluña. Su elaboración requiere, como primer paso y junto al análisis de la situación, la definición de criterios de planificación de servicios para evaluar las necesidades de despliegue y adecuación de los recursos para dar respuesta a los problemas de salud de la población. En este proceso se han priorizado los ámbitos de los servicios relacionados con los planes directores del Departamento de Salud, entre ellos el Plan Director de Salud Mental y Adicciones, así como aquellos recursos sociales que ha priorizado el ICASS.

Los principios que orientan las políticas de salud y de servicios del sistema público de salud de Cataluña son la equidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la satisfacción de los ciudadanos con los servicios. En la planificación de servicios estos principios se traducen en tres elementos clave: la accesibilidad, en sus diversos componentes (espacial, temporal, social y cultural), la calidad en el resultado y en el proceso de atención y el coste de las intervenciones a llevar a cabo en los diferentes tipos de servicios.

El ejercicio de definición de criterios y la discusión de las propuestas de despliegue y adecuación de los recursos se basa en la interrelación entre estos elementos, de manera que la atención se pueda dar lo más próxima al domicilio de las personas afectadas, en el momento oportuno, sin que se produzcan desigualdades entre grupos de población y territorios, pero garantizando la máxima calidad posible y en la alternativa más coste-efectiva (figura 5).

Figura 5. Aspectos clave de la planificación de servicios



El trabajo de definición de criterios de planificación de servicios se ha hecho mediante un grupo de trabajo donde han participado profesionales asistenciales, expertos, gestores de servicios, técnicos de la Dirección General de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud, de la Región Sanitaria de Barcelona y del Departamento de Bienestar y Familia.

Los objetivos específicos de las sesiones de trabajo realizadas han sido:

1. Situar el trabajo de planificación de servicios del Plan Director en el marco del Mapa

sanitario, sociosanitario y de salud pública (criterios generales de planificación, metodología, calendario).

2. Identificar las intervenciones más efectivas para hacer frente a los problemas de salud mental y las adicciones, de acuerdo con las líneas de actuación establecidas en el Plan Director.
3. Definir los servicios más adecuados y eficientes para llevar a cabo las intervenciones identificadas.
4. Señalar criterios de funcionamiento y requerimientos de los servicios, para dar una atención accesible, de calidad y coste-efectiva.

Los resultados de las sesiones de trabajo han permitido establecer las orientaciones necesarias a tener en cuenta en la definición de los criterios de planificación de servicios (cuáles son las intervenciones a considerar, en qué servicios deben llevarse a cabo, cuáles son los requerimientos principales de recursos que se pueden derivar y qué relaciones entre los diferentes tipos de servicios deben producirse). Estas orientaciones configuran el nuevo modelo de atención que impulsa el Plan Director y han sido la base para la definición de los criterios de planificación que afectan a los diferentes tipos de servicios para la atención a la salud mental y las adicciones.

Para el trabajo concreto de definición de los criterios de planificación, se ha analizado el uso actual de los servicios existentes, se han establecido hipótesis y líneas de tendencia en la utilización de los servicios de acuerdo con los cambios a introducir en el modelo de atención y se han revisado los estándares sobre dotación de recursos y capacidad asistencial de otros países de nuestro entorno, como referencia para contrastar las propuestas formuladas en el seno del Plan Director y del grupo de trabajo específico del Mapa de servicios para la atención a la salud mental y adicciones.

7.2. Del modelo actual al modelo de atención que impulsa el Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Los ejes del cambio

Teniendo en cuenta las diferentes etapas de la vida, las nuevas orientaciones en los servicios que propone el Plan Director de Salud Mental y Adicciones se relacionan con:

- El déficit detectado en las prestaciones actuales (en la cobertura, en la intensidad, en la adecuación, en su calidad).
- El modelo de atención y las necesidades de la población que prioriza el Plan Director de Salud Mental y Adicciones.

La situación actual viene marcada por un profundo desequilibrio entre la oferta y la demanda, así como por la fragmentación de los servicios, fruto del predominio de la concepción estructural que se contrapone a una verdadera orientación al usuario. El sistema genera déficit en la continuidad asistencial porque está poco integrado, tanto si lo analizamos desde el interior de cada red (de adultos, de infantil juvenil, de adicciones), como en las relaciones entre ellas, con la atención primaria y la hospitalaria, y, aún más, en las relaciones intersectoriales. Todo ello disminuye la efectividad y desincentiva la eficiencia.

Algunas características concretas de la situación actual que impactan negativamente en la provisión de servicios son:

- El Programa mínimo de colaboración entre la APS y la especializada es insuficiente para mejorar la detección y la resolución de los problemas de salud mental y adicciones.
- Hay una excesiva demanda en la atención especializada de adultos, a la vez que, por la limitación de recursos y el modelo asistencial actual, existen barreras de entrada en algunas franjas de edad de la etapa infantil y en ancianos.

7. Mapa sanitario

- El diagnóstico de dependencia de sustancias actúa como impedimento para el acceso de personas con trastorno mental a algunos servicios de psiquiatría. La atención a adolescentes con problemática adictiva es muy baja.
- Los centros de atención a las drogodependencias no tienen actualizada la cartera de servicios en relación con las necesidades emergentes.
- Poca definición de la cartera de servicios especializada y oferta muy enfocada a los tratamientos psicofarmacológicos, debido en parte al poco tiempo del profesional. La atención psicológica y de enfermería es muy baja en el conjunto de la oferta.
- Poca especialización en relación con los diferentes problemas de salud.
- Variabilidad clínica importante y poca medida de resultados.
- Pese a las priorizaciones hechas, las personas con TMG y TMS reciben una atención poco activa y poco intensiva. La respuesta de los servicios a situaciones críticas es insuficiente y poco ágil. Poca atención domiciliaria y falta de cobertura de los programas de gestión de casos.
- Las familias tienen necesidades de apoyo poco atendidas.
- La rehabilitación comunitaria es desigual y se centra en gran parte en los modelos de centro de día.
- Oferta asistencial de los hospitales de día poco definida, y poca homogeneidad sobre intervenciones y procesos asistenciales.
- Existe saturación en muchos servicios hospitalarios, tanto para niños y jóvenes como de adultos, y falta reordenación en algunos territorios. Los servicios de subagudos y de larga estancia, así como los de psicogeriatría no responden adecuadamente a las necesidades de los pacientes más graves, y la reconversión de estas camas no se ha acabado de hacer.
- Faltan recursos residenciales para adolescentes con trastornos mentales y riesgos graves asociados.
- La oferta de servicios sociales, educativos especiales y ocupacional-laborales es insuficiente y los modelos actuales necesitan ser revisados.
- Las políticas interdepartamentales y la gestión integral de servicios presentan graves dificultades.

En definitiva, los servicios actuales no pueden, ni por el modelo de atención en el que se basan, ni por la insuficiencia de recursos que representan, afrontar con garantías toda la complejidad de los trastornos mentales y las adicciones presentes en nuestra sociedad.

El Plan Director se posiciona en una perspectiva de salud pública que implica la ampliación del compromiso sanitario en los ámbitos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como un incremento de los elementos de integración y coordinación entre los diferentes dispositivos y servicios de atención a las personas.

A partir de aquí, el nuevo modelo de servicios se organiza en tres grandes ámbitos de intervención, diferenciados por problemas de salud, tipología o complejidad de las intervenciones, y entorno de servicios donde éstas pueden resultar más eficientes (figura 6). Esta clasificación responde a una perspectiva organizativa y de gestión que creemos útil para la planificación de los servicios, e implica, sin duda, un cierto correlato clínico de inicio, aunque limitado por la frecuente observación de la comorbilidad o de la evolución tórpida de muchos procesos inicialmente leves.

Figura 6. El modelo organizativo de los servicios de salud mental y adicciones.

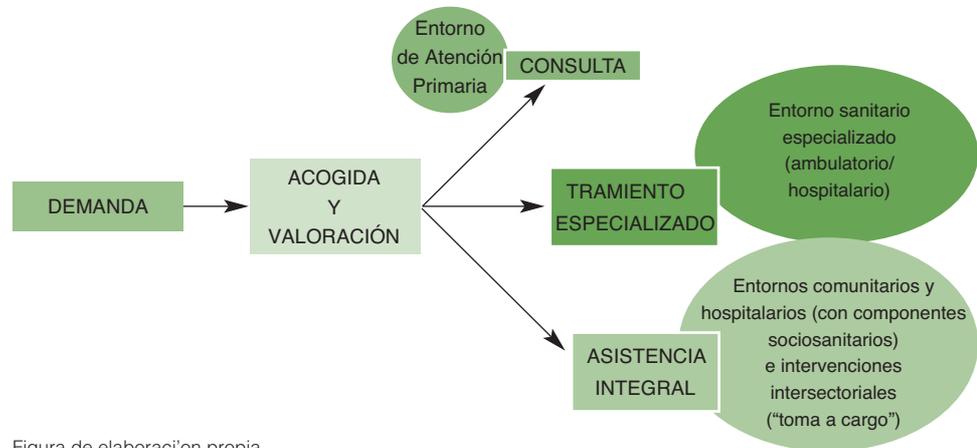


Figura de elaboración propia.

Tal y como se muestra en la figura 6, la valoración de la demanda concreta (el problema de salud) es la función clave que determina el tipo de respuesta. El resultado de la valoración contiene implícitamente un diagnóstico no sólo clínico, sino también referido a la propia capacidad del individuo de «hacerse cargo» de su trastorno (su funcionamiento social actual) y, por tanto, del grado de intervención profesional que se requiere.

En este sentido amplio, relativo a la intensidad de recursos que deben ponerse en juego en cada ámbito, podemos hablar de respuesta de baja, media o alta complejidad. La valoración debería activar un sistema de atención u otro, cada uno implicando un enfoque de la respuesta orientada a unos objetivos específicos, conteniendo modalidades de intervención de diferente intensidad, con implicaciones profesionales diferentes, realizadas en entornos también diferentes.

Las implicaciones en los servicios necesarios para cada ámbito son evidentes, si enfocamos la planificación teniendo en cuenta la eficiencia.

Estos tres ámbitos se definen como:

- a) Intervenciones de la Atención Primaria de Salud, con el apoyo de la especializada.
- b) Tratamientos especializados expertos, por programas y guías clínicas.
- c) Tratamientos integrales para las personas con trastornos graves de larga evolución y riesgo de discapacidad (tabla 35).

2. Nos referimos a la complejidad de atención integral más que al grado de especialización y sofisticación tecnológica para la atención de un proceso poco frecuente (alta especialización).

7. Mapa sanitario

Tabla 35. Problemas de salud, servicios y dispositivos de cada ámbito de intervención

	Problema de salud	Cartera de servicios	Dispositivos
Atención Primaria de Salud (complejidad baja)	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - depresión - Trastornos adaptativos - Señales de alarma infanto -juvenil - Conductas adictivas de riesgo - Otras disfunciones - Enfermedades crónicas diversas - Otros problemas de salud que requieren atención integral (somatizaciones, fibromialgia, fatiga crónica, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades de promoción/ prevención - Valoración de la demanda - resolución - interconsulta - derivación - Detección precoz - Señales de alarma en población infantil y adolescente - Actividades de salud mental: consejo, resolución de conflictos, enfermería psiquiátrica, orientación psicológica, orientación familiar, grupos - Salud integral para las personas con trastorno mental grave / trastorno mental severo 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipo de Atención Primaria - Equipo integral de apoyo especializado (psiquiatra, psicólogo infanto-juvenil, psicólogo adultos, enfermero de salud mental y adicciones)
Tratamiento especializado (complejidad media)	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión grave - T. de la personalidad - Riesgo de suicidio - Trastorno del comportamiento alimentario - Trastorno límite de la personalidad - Trastorno por déficit de atención e hiperactividad - Cocaína - Alcoholismo - Consumo en adolescentes - Ludopatías. - Discapacidades intelectuales 	<ul style="list-style-type: none"> - Guías clínicas por patologías (especialización) - Oferta integral (psicoterapia) - Atención intensiva - Atención a la crisis - Hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> - Centro de salud mental infantil y juvenil - Centro de salud mental de adultos - Centro de atención y seguimiento a las drogodependencias - Servicio especializado de salud mental para discapacitados intelectuales - Hospital de día - Urgencias / agudos
Asistencia integral (alta complejidad)	<ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia y otras psicosis - Adicciones severas - Personas con trastornos mentales severos o trastornos mentales graves - Poblaciones específicas de riesgo (exclusión social, sin hogar, penados, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cartera de servicios integrada (interdepartamental): sanitarios, sociales, laborales, etc. - Intervenciones paciente/ familia/ entorno - Atención crisis y a domicilio - Programa de Atención Psicosis Incipiente - Programas TMG/TMS - Rehabilitación y reinserción - Disminución del daño/riesgos - Modalidades proactivas 	<ul style="list-style-type: none"> - Centro de salud mental - Centro de atención y seguimiento a las drogodependencias. - Servicio de emergencias médicas - Plan de servicios individualizados - Hospital de día - Servicios de rehabilitación comunitaria - Hospitalización agudos, subagudos y rehabilitación intensiva - Alternativas comunitarias - Otros programas y servicios específicos. - Servicios sociales - ProDep

Tabla de elaboración propia.

Los ejes más significativos en cada uno de los ámbitos descritos serían:

- a) en las políticas de los servicios de apoyo a la Atención Primaria de Salud:
- Inclusión de las actividades de promoción y prevención, en coordinación con la Agencia de Salud Pública y otros agentes de la comunidad.
 - Aumento de la capacidad de resolución de la Atención Primaria de Salud.
 - Aumento del apoyo de la red especializada.
 - Desarrollo de una cartera de servicios de salud mental y adicciones propia de la Atención Primaria de Salud y adaptada a cada territorio y cada comunidad.

- b) en las políticas de los servicios de atención especializada de complejidad media
- Integración funcional y en la actividad clínica de las redes de salud mental y adicciones.
 - Especialización de la oferta por problemas de salud, con guías clínicas basadas en la evidencia científica.
 - Oferta específica de psicoterapia en la red pública.
 - Intensidad de la atención y medida de los resultados de salud.
 - Priorización de problemas de salud emergentes (TDAH, TCA, TLP, prevención del suicidio, consumo de cocaína, etc.).
 - Definición, suficiencia y amplitud de los programas de hospitalización parcial.
 - Atención hospitalaria más integral y de calidad.
 - Actualización de la oferta de los centros de atención y seguimiento de las personas con adicciones.
 - Definición del papel de las consultas externas de los hospitales generales y de las unidades de referencia especializadas.
- c) en las políticas de los servicios de atención integral para las personas con trastornos graves de larga evolución y riesgo de discapacidad:
- Incremento de la atención a estos colectivos en entornos comunitarios: mayor intensidad de la atención (Programas TMS y TMG, atención domiciliaria, PSI, urgencias a domicilio, etc.). Aseguramiento de la continuidad asistencial.
 - Programas de atención precoz e intensiva a las personas con patología psicótica dirigidos a mejorar el pronóstico de la enfermedad.
 - Reconversión de los recursos de media y larga estancia y adecuación del modelo de hospitalización prolongada.
 - Suficiencia y reorientación de los servicios de rehabilitación en la comunidad.
 - Cartera de servicios de vivienda, de tiempo libre, de apoyo a las familias, educativos y ocupacionales.
 - Cooperación con los servicios de atención social y Prodep.
 - Reorientación de la psiquiatría penitenciaria y modelo más proactivo para la atención a las personas sin techo con trastornos mentales y adicciones.

7.3. Los diferentes ámbitos de intervención y la intensidad de los servicios implicados en la atención a los TM y las adicciones

El Plan Director ha priorizado una serie de problemas e intervenciones, de forma diferenciada para la etapa infantil y adolescente (menores de 18 años) y la etapa adulta y la vejez. Los servicios que están implicados en la atención de estos problemas y el desarrollo de las intervenciones propuestas, así como la intensidad de cada uno de ellos en el proceso de atención, quedan reflejados en las tablas 36 y 37 que se presentan a continuación.

7. Mapa sanitario

Tabla 36. Servicios implicados en la atención a los problemas de salud mental y adicciones de la población infantil y juvenil

Servicios	Atención ambulatoria										Hospital parcial		Hospitalización convencional			Hosp. Rehab.	Rehabilitación comunitaria			Recursos sociales	
	APS	SSAP	CSM	CAS	EASP (educ.)	CDIAP	SESM-DI	CCEE	Hospital de Día	URTA	Urgencias	Agudos	UCA	UCA subagudos	CD Infantil (centros de educación especial)	CT para jóvenes	C. terapéuticos Justicia Juvenil	Servicios prelaborales	Inserción laboral		
Problemas de salud / intervenciones																					
Intervenciones preventivas priorizadas en el Plan Director																					
Prematuros de bajo peso y de menos de 30 semanas de gestación	+		+			++												+			
Madres embarazadas y familias de riesgo psicosocial																		++			
Hijos de padres afectados de trastornos mentales y adicciones	+		+		+													++			
Niños que padecen maltrato y abusos físicos y sexuales	++		++		+					++								++			
Niños con fracaso escolar	+		+		++													++			
Niños con inicio de consumos, consumidores precoces, socioactivos	+		++	+						+								++			
Desviación de la normalidad																					
Promoción	++		+		+													++			
Prevención	++		+		+													++			
Detección	++	+	++		++													++			
Resolución	++		+		++													++			
Derivación	+		+		++													++			
Trastornos mentales leves + conumo de riesgo																					
	++		+																		
Problemas de salud priorizados en el Plan Director, y no incluidos en el TMG																					
TDAAH	++		++		+													+			
Trastornos del comportamiento alimentario (TCA)	++		++		+													+			
Tentativas de suicidio	++		++		+													+			
Otros trastornos mentales que requieren asistencia especializada	+		++															+			
Trastornos mentales graves (TMG)																					
	+		++		+													++			
Trastornos de consumo que requieren asistencia especializada																					
	+		++		++													++			
Trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual e inteligencia límite																					
	+		++		++													++			



Cap implicación
Poca implicación
Implicación alta

Tabla de elaboración propia.

7. Mapa sanitario

7.4. Los criterios de planificación

El proceso de construcción de los criterios

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones ha identificado las necesidades de salud de la población referidas a la salud mental y las conductas adictivas, así como los factores de insuficiencia cuantitativa de la oferta actual, y los elementos críticos que determinan un modelo de atención poco orientado a las necesidades reales de los usuarios y sus familias.

Sobre esta base hemos aplicado los datos de utilización de servicios de los periodos 2003 y 2004, procedentes de los sistemas de información sanitaria (CMBDH y CMBDSM), así como el registro de centros y servicios de salud mental y adicciones contratados en la actualidad por el CatSalut, y la actual sectorización de los mismos, en las tres redes.³ Los criterios cuantitativos que se han propuesto tienen en cuenta:

- Una primera diferenciación y agrupación de los servicios en función del tipo de demanda (problema de salud de baja, media o alta complejidad de resolución), el nivel asistencial y los dispositivos -más adecuados (figura 5, tabla 35).
- Las alternativas de cambio que se exponen sobre la base de la evidencia científica demostrada.

Las referencias internacionales, especialmente a partir de documentos recientes de la OMS Europa⁴¹ y del National Health Service⁴² han sido valiosas en esta fase.

Distribuidas entre población de <18 años y adultos, y agrupadas en función de la complejidad, las diferentes formas clínicas y problemas de salud fueron revisadas por un grupo de expertos, consensuando la diferente relevancia e intensidad de cada dispositivo en su resolución (ver las tablas 36 y 37).

Los criterios de planificación responden al modelo propuesto y determinan un sistema general de recursos de salud mental y adicciones equilibrado y proporcionado a los retos que se plantean. Con todo, se debe tener presente la importante realidad emergente de los problemas de salud en este ámbito y las consecuencias que pueden tener los rápidos cambios sociales en los que estamos, así como la influencia de las acciones propuestas por el Plan director de salud mental y adicciones sobre los determinantes sociales en los trastornos mentales y las adicciones. Todo ello nos indica la necesidad de considerar también estos criterios como un conjunto, como una nueva hipótesis de trabajo que se presenta a los agentes sanitarios y sociales para que, con el nuevo escenario, sean capaces de introducir las nuevas prácticas asistenciales y los nuevos modelos de gestión clínica que la población necesita.

Finalmente, hemos revisado los estándares y la capacidad asistencial de otros países y regiones de nuestro entorno, de manera global cuando ha sido posible o parcialmente, por tipología de servicios, cuando no hemos tenido acceso al conjunto del sistema. Estos referentes han sido el Plan Regional de la Lombardía⁴³, el Plan Estratégico de Salud Mental del País Vasco⁴⁴ y la red de servicios de Bizkaia⁴⁵, algunos dispositivos del Roussillon - Languedoc⁴⁶, el Quebec⁴⁷, Noruega⁴⁸, y algunos documentos de la OMS⁴⁹. Este proceso de comparación presenta dificultades, por la heterogeneidad de las tipologías de servicios y su nomenclatura. A tal efecto y para facilitar esta comparación, durante la elaboración del Mapa hemos codificado y estandarizado las nomenclaturas de nuestros servicios atendiendo a la descripción de sus funciones, tal y como propone el Diagrama de Servicios de Salud Mental (ESMS-GEMPII)⁴⁵. Pese a estos esfuer-

3. Red de salud mental infanto-juvenil, Red de salud mental de adultos y Red de atención a las drogodependencias

zos, recientemente iniciados en el ámbito internacional, el resultado final de los recursos que presenta un determinado sistema de atención en el ámbito de la salud mental y las adicciones tiene que responder más bien a un equilibrio global del modelo y no tanto a la comparación dispositivo por dispositivo.

Los criterios cuantitativos

Tabla 38. Servicios de base territorial, con referencia de proximidad (En la etapa infantil y juvenil)

Servicio asistencial (código internacional)	Estándar propuesto	Argumento	Elementos cualitativos de adaptación
Atención Primaria de Salud (APS)	Equipo multidisciplinario de apoyo a la Atención Primaria compuesto por psiquiatra y psicólogo ⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Atención directa en la APS (con el apoyo del equipo multidisciplinario único compartido con adultos). • Apoyo al Programa del Niño Sano (pediatría y enfermería). • Interconsulta con el pediatra y el médico de familia. • Actividades de formación y consejo: alimentación, pautas para los padres, etc. • Atención integral a los pacientes con TMG. • Formación e investigación conjuntas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación en territorios de menor volumen demográfico y mayor dispersión geográfica.
Centros de desarrollo y atención precoz (CDIAP)	Oferta actual en Cataluña: 76 centros	<ul style="list-style-type: none"> • Alcanzar una cobertura del 75% de la población crítica (de 0 a 5 años y 11 meses). • Alcanzar un servicio de atención precoz por comarca. • Demanda atendida (2003): 16.491 niños y sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> • En aquellas comarcas donde ya se ha alcanzado la cobertura del 75%, llegar al 85% de la demanda
Centros de salud mental (ij-O8)	Equipo multidisciplinario compuesto por psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajador social y administrativo ⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia atendida esperada: 3 por 100 habitantes menores de 18 años (puede variar por criterios cualitativos). Diferenciar los programas siguientes: • Atención en la APS. • Programa de Atención a Personas con TMG: 40 - 50 personas x año x 100.000 habitantes de población general. • Atención general con guías clínicas y protocolos: 520 pacientes x 100.000 habitantes de población general. • Aumentar la oferta psicoterapéutica: 62 pacientes x 100.000 habitantes de población general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispersión geográfica y ruralidad. Distancia y sistemas de comunicación (redes de carreteras, etc.). • Otros programas específicos según el territorio (apoyo DGAIA, CRAES, CDIAP, Programa Salud y Escuela) con recursos propios diferenciados
Apoyo de la Red de atención a las drogodependencias en los CSMIJ (dda-O8)	Equipo asistencial del CAS por interconsulta con CSMIJ ⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad de la población adolescente. • Atención especializada a la población adolescente con problemas de consumo. • Integración funcional de las actividades de ambas redes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación a territorios de menor volumen demográfico y mayor dispersión geográfica.

4. Se estima una dedicación media orientativa de 0,25 psiquiatra y 1 psicólogo (total 50 horas semanales de profesional) por 100.000 habitantes de población general [1,5 psiquiatras y 6 psicólogos por 100.000 habitantes menores de 18 años]

5. Se estima una dedicación media orientativa de 1,55 psiquiatras, 2,65 psicólogos, 0,5 DUI y 0,5 trabajadores sociales (208 horas semanales de profesional asistencial + 2 administrativos por centro) por 100.000 habitantes de población general [9 psiquiatras, 15,5 psicólogos, 3 enfermeras y 3 trabajadores sociales para 100.000 habitantes menores de 18 años].

6. Se estima una dedicación media orientativa de 13,5 horas semanales de psicólogo por 100.000 habitantes de población general (0,34 psicólogo) [2 psicólogos por 100.000 habitantes menores de 18 años].

7. Mapa sanitario

Servicio asistencial (código internacional)	Estándar propuesto	Argumento	Elementos cualitativos de adaptación
Hospital de día (sma-D1 + sma-D42)	<ul style="list-style-type: none"> • 3,5 plazas x 10.000 habitantes < 18 años. • Habría necesidad de diferenciar de una manera clara las dos tipologías de recurso y su cartera de servicios: <ol style="list-style-type: none"> a. recurso alternativo al internamiento (sma-D1). b. recurso de atención ambulatoria intensiva (sma-D42). 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar los Programas intensivos y especializados para los problemas de salud priorizados en el PDSMA para la población infantil y juvenil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación a territorios de menor volumen demográfico y mayor dispersión geográfica. • Transporte accesible en algunos territorios.
Servicios de rehabilitación comunitaria (sma-D43)	<ul style="list-style-type: none"> • Incluidos en los estándares de adultos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir programas específicos para adolescentes en los actuales servicios de rehabilitación comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación a territorios de menor volumen demográfico y mayor dispersión geográfica.
Urgencias (ij-O3)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 servicio en cada hospital con Unidad de Referencia en Psiquiatría Infantil (URPI). 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de urgencias vinculadas a unidades de psiquiatría infantil de hospitales generales. • Protocolos asistenciales y servicios en los hospitales de agudos sin servicio de psiquiatría infantil o con servicios de hospitalización infantil y juvenil pequeños. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ensayar telemedicina
Unidad de agudos (URPI) y Unidad de crisis para adolescentes (UCA) (ij-R2)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 cama x 10.000 habitantes. (población < 18 años) (se incluye URPI y UCA de agudos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda esperada: 1.216 altas (2005) - se incluye URPI y UCA. = 9,51 altas x 10.000 habitantes de población ajustada. • Atención psiquiátrica a enfermos médicos de cualquier especialidad. • Interconsulta psiquiátrica. • Reordenación del territorio. • Incrementar la disponibilidad • Atención a colectivos de riesgo (DGAIA, Justicia Juvenil, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los hospitales generales deben garantizar la atención psiquiátrica al menos a los pacientes médicos ingresados, y la actividad de interconsulta con las otras especialidades. • Con servicios propios o con el apoyo de la Red de salud mental del territorio de referencia.

Tabla de elaboración propia.

Tabla 39. Servicios de base territorial, con referencia de proximidad (En la etapa adulta y la vejez)

Servicio asistencial (código internacional)	Estándar propuesto	Argumento	Elementos cualitativos de adaptación
Atención Primaria de Salud (APS)	Equipo multidisciplinario de apoyo a la Atención Primaria de Salud, compuesto por psiquiatra, psicólogo y enfermera ⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir espacios en la APS. • Atención directa del equipo asistencial. • Atención conjunta y relación continuada. • Planificación de casos. • Cartera de servicios de salud mental y adicciones en cada ABS: (apoyo psicoterapéutico, consejo, grupos, atención a las familias, Programa «Bebed menos»). • Atención integral a los pacientes con TMS y adicciones graves. • Formación e investigación conjuntas. 	Elementos cualitativos de adaptación o Territorios «especiales» de segregación y/o dispersión rural.
Centros de salud mental (sma-O8)	Equipo multidisciplinario, compuesto por psiquiatra, psicólogo, enfermería, trabajador social y administrativo ⁸	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia atendida esperada: 2 - 2,3 por 100 habitantes > 18 años. Diferenciar los programas siguientes: • Atención en la APS. • Equipo de intervención en psicosis incipiente y TMS. 0,8% prevalencia atendida en total. 20 casos nuevos x año x población general. • Inclusión de adolescentes a los programas de psicosis incipiente. • Atención especializada sobre guías clínicas y protocolos (TLP, TCA y tentativas autolíticas, etc.). 1 por 100 habitantes prevalencia atendida. • Incrementar la oferta psicoterapéutica: 120 casos x 100.000 habitantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispersión geográfica y ruralidad. Distancia y sistemas de comunicación (redes de carreteras, etc.). • Tasas de prevalencia e incidencia variables por factores sociodemográficos.
Centro de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) (dda-O8)	Equipo multidisciplinario, compuesto por psiquiatra, psicólogo, enfermería, trabajador social, auxiliar clínico y administrativo ⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Acogida, información y asesoramiento a pacientes y familiares. • Tratamiento médico y psicológico de las drogodependencias (Incrementar la atención psicoterapéutica, incrementar intensidad). • Tratamientos de mantenimiento con metadona (Manual práctica clínica del TMM). • Programas de Salud y Educación Sanitaria (disminución de daños). • Intervención en el ámbito sociolaboral /asistencia social. • Información y actividades de prevención en escuelas, centros laborales y locales de ocio, próximos a los CAS. • Incrementar el apoyo a las familias. • Mejorar la accesibilidad en la 1a. visita. 	
Plan de servicios individualizados (PSI) (sma-O21)	• Equipo asistencial de PSI ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la cobertura del PSI. • Inclusión de los adolescentes en el PSI. • ProDep (proyectos demostrativos). • No exclusión por consumo de sustancias. 	• Alternativas territoriales.

7. Se estima una dedicación recomendada de 1 psiquiatra, 1,25 psicólogos y 0,75 enfermeras (120 horas semanales de profesional) por 100.000 habitantes de población general.

8. Se estima una dedicación recomendada de 5 psiquiatras, 3,5 psicólogos y 4 enfermeras y 2 trabajadores sociales (580 horas semanales de profesional + 2 administrativos por centro) por 100.000 habitantes de población general.

9. Se estima una dedicación recomendada de 0,9 psiquiatras, 2,5 psicólogos, 0,9 enfermeras, 0,9 trabajadores sociales, 0,9 auxiliares clínicos y 0,9 educadores (244 horas semanales de profesional + 2 administrativos por centro) por 100.000 habitantes de población general.

10. Se estima una dedicación recomendada de 1,8-2 coordinadores de programas individualizados por 100.000 habitantes de población general.

7. Mapa sanitario

Servicio asistencial (código internacional)	Estándar propuesto	Argumento	Elementos cualitativos de adaptación
Hospital de día (sma-D1 + sma-D42)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 plaza x 10.000 habitantes de población mayor de 17 años. • Habría necesidad diferenciar de una manera clara las dos tipologías de recurso y su cartera de servicios: <ul style="list-style-type: none"> a)recurso alternativo al internamiento (sma-D1). b)recurso de atención ambulatoria intensiva (sma-D42). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar los Programas intensivos y especializados para los problemas de salud priorizados en el PDSMA para la población adulta y de población de la tercera edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Territorios especiales: comunidades terapéuticas. • Transporte sanitario accesible en territorios especiales.
Servicios de rehabilitación comunitaria (sma-D43)	<ul style="list-style-type: none"> • 3,5 plazas x 10.000 habitantes de población general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda esperada: 50 usuarios x 100.000 habitantes. • Transformación de los centros de día en Servicios de rehabilitación comunitaria (SRC), con la implantación del Programa Individual de Rehabilitación y Reinserción (PIRR): <ul style="list-style-type: none"> • Programas básicos: Programa Funcional de Actividades de Rehabilitación (PFA), Programa de Atención a las Familias (PAF), Programa de Intervención Comunitaria (PICO). • Programas específicos: Programa de Apoyo a Pacientes de Pisos Asistidos, Programa Específico de Inserción Laboral, Programa de Externalización de Pacientes de Larga Estancia, Programa de Apoyo a Iniciativas Colectivas de Inserción Social. • Ampliar a grupos de adolescentes entre 16 y 18 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación en territorios de bajo volumen demográfico y dispersión geográfica. • Se ajustará el proceso de transformación en función de los proyectos previstos en el Plan de Atención Integral a las Personas con Problemas de Salud Mental.
Servicios de inserción laboral (sma-D31 / sma-D71 / sma-D22)	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio prelaboral (sma-D31): 15 - 20 plazas x 100.000 habitantes de población general. • Servicio de Inserción Laboral (sma-D71): 15 - 20 plazas x 100.000 habitantes de población general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sociales integrados en el territorio. • Importancia de la actividad laboral en rehabilitación. • Inclusión de casos de población adolescente o con patología dual que estén indicados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación en territorios de bajo volumen demográfico y dispersión geográfica. • Crecimiento progresivo de los centros, en función de la cartera de usuarios.
Urgencias (sma-O3)	<ul style="list-style-type: none"> • En todos los hospitales con unidades de agudos. • Equipo SEM por región sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de la intervención en crisis. • En el domicilio • En el hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a centralizar en hospitales generales.
Unidad de agudos (sma-R2)	<ul style="list-style-type: none"> • 1,2-1,4 camas x 10.000 habitantes de población mayor de 17 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda esperada: 18.526 altas (2005) _ 31,80 altas por 10.000 habitantes de población ajustada. • Reordenación de los recursos actuales en el territorio. • Incluye atención a personas con diagnóstico dual (SM/AD y SM/DI). • Atención psiquiátrica a enfermos médicos de cualquier especialidad, en los hospitales generales. • Interconsulta psiquiátrica (psiquiatría de enlace en hospitales generales). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a centralizar en hospitales generales. • Todos los hospitales generales deben garantizar la atención psiquiátrica al menos a los pacientes médicos ingresados, y la actividad de interconsulta con las otras especialidades. • Con servicios propios o con el apoyo de la red de salud mental del territorio de referencia.

Servicio asistencial (código internacional)	Estándar propuesto	Argumento	Elementos cualitativos de adaptación
Unidad de subagudos (sma-R41)	<ul style="list-style-type: none"> 0,8-1 camas x 10.000 habitantes de población mayor de 17 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Demanda esperada: 1.910 altas (2005) _ 3,28 altas por 10.000 habitantes de población ajustada. Incrementar la Base comunitaria. Incrementar el Programas intensivos. ∇ME (< 90 días). Evaluación multidimensional de la discapacidad por TM. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover el acceso directo a las unidades de subagudos, sin pasar previamente por agudos.
Unidad de internamiento en la comunidad (comunidades terapéuticas) (sma-R42)	<ul style="list-style-type: none"> 0,5 camas x 10.000 habitantes de población mayor de 17 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar los Programas intensivos. Asociado a la cartera de servicios de hospital de día. Alternativa hospitalaria. Patologías de menos riesgo y de complejidad diversa. Problemas de accesibilidad a todo el territorio. 	<ul style="list-style-type: none"> Unidades polivalentes en territorios especiales. Comunidades terapéuticas con programas de hospital de día y programas de servicios de rehabilitación comunitaria.
Unidad hospitalaria de rehabilitación intensiva (sma-R42)	<ul style="list-style-type: none"> 1,5 camas x 10.000 habitantes de población mayor de 17 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Reconversión de la larga estancia. Incluye las actuales unidades de alta dependencia psiquiátrica (adp) y las unidades de atención psiquiátrica especializada (UAPE). Incluye las necesidades relativas a medidas penales alternativas. Diferenciación de programas (alta contención, transición a la comunidad). 	<ul style="list-style-type: none"> Tendencia a incorporar la mitad de los recursos en el territorio (ratio estimado entre 0,6 y 0,8camas x 10.000 habitantes de población mayor de 17 años). Estudiar unidades de referencia en hospitales monográficos. La reconversión de los hospitales monográficos (equipos de apoyo al hogar - residencia).
Unidad Hospitalaria de Desintoxicación UHD (en hospital general) (dd-R4)	<ul style="list-style-type: none"> Oferta actual de camas en Cataluña = 64 camas. Ratio 0,09 camas x 10.000 hab. de población general. 	<ul style="list-style-type: none"> Unificar la oferta asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> Función de agudos ligada a Servicio de psiquiatría de hospital general. Distribución territorial.
Hogares para personas con enfermedad mental (pisos) (sma-R13)	<ul style="list-style-type: none"> 10 - 20 plazas x 100.000 habitantes de población general. 	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad social (vivienda) con apoyo de baja intensidad. Requiere de equipos sanitarios de apoyo (SRC). 	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar el recurso (Bienestar y Familia) a la gestión integrada del territorio.
Hogares - residencias para enfermos mentales (sma-R11)	<ul style="list-style-type: none"> 20 - 25 plazas x 100.000 habitantes de población general. 	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad social (vivienda) con apoyo de media y alta intensidad. Requiere de equipos de salud mental con un fuerte apoyo (CSM, UHRI, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Incorporar el recurso (Bienestar y Familia) a la gestión integrada del territorio.
Club social (sma-D44)	<ul style="list-style-type: none"> 1 por ámbito de influencia de centro de salud mental de adultos. 	<ul style="list-style-type: none"> Servicio social. Modelo de reinserción como inclusión comunitaria a través de la participación y el tiempo libre (importancia de las actividades de fin de semana). 	<ul style="list-style-type: none"> Camas / plazas para crisis psicossociales / «respiro familiar». Recurso social. Módulo A (menos de 30 usuarios) / Módulo B (entre 30 y 70 usuarios).

Tabla de elaboración propia.

Nota: en esta relación de servicios asistenciales de base territorial, con referencia de proximidad no se han incluido los recursos sociales específicos para drogodependientes (centros de día, comunidades terapéuticas y pisos) a la espera del despliegue de la futura Ley de Servicios Sociales.

7. Mapa sanitario

Tabla 40. Servicios de concentración (En la etapa infantil y juvenil)

Servicio asistencial (código internacional)	Estándar propuesto	Argumento	Elementos cualitativos de adaptación
Unidad específica de crisis para adolescentes (UCA de subagudos) (ij-r41)	<ul style="list-style-type: none"> • Dotación actual: 20 camas. • Tender a extenderse en el territorio, al menos 1 por demarcación provincial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda esperada: 110 altas (2005) _ 0,86 altas por 10.000 habitantes de población ajustada. • Incrementar los programas intensivos. • Reforzar los elementos de rehabilitación intensiva. • Ampliación sobre la base de las necesidades. • Evaluación de los resultados de estas unidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos integrados con otros servicios, fuera de la conurbación de Barcelona.
Unidad terapéutica para adolescentes.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 servicio para toda Cataluña. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidad detectada en adolescentes de problemática grave psicosocial (DGAIA, justicia juvenil, ámbito educativo). • Evaluación de resultados y estudio de nuevas necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de resultados y estudio de nuevas necesidades.

Tabla de elaboración propia.

Tabla 41. Servicios de concentración (En la etapa adulta y la vejez)

Servicio asistencial (código internacional)	Estándar propuesto	Argumento	Elementos cualitativos de adaptación
Servicio especializado en salud mental para discapacitados intelectuales (SESM-DI) (di-O7 / di-O4)	Equipo multidisciplinario, para 1.000.000 habitantes de población general, compuesto por psiquiatra, psicólogo, enfermería, trabajador social, y administrativo ¹¹ .	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia máxima: 0,56 por población general en Cataluña. • Equipamiento ya existente. Ampliar a todo el territorio. • Atención a población de todas las edades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tamaño del territorio y número de servicios de discapacidades intelectuales existentes (adecuar el estándar).
Consultas externas (sma-O8)		<ul style="list-style-type: none"> • Habría necesidad definir una cartera de servicios específica sobre la base de programas altamente especializados: Clínica del Litio. Terapia electro-convulsiva (TECA), etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer pactos territoriales entre los servicios y regulación de flujos de pacientes.
Unidades altamente especializadas para el tratamiento de patologías emergentes (Tr.comportamiento alimentario, Tr. límite de la personalidad, ludopatías, etc.), y atención a poblaciones vulnerables (inmigrantes, sin techo, violencia de género, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Tender a extender en el territorio, al menos 1 por demarcación provincial, en función de las patologías y de las necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades y/o programas de referencia para el tratamiento integral en casos graves o resistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de resultados y estudio de nuevas necesidades, de acuerdo con las propuestas de los planes de reordenación específicos.
Unidad de Patología Dual (dd-R41)	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la actual oferta (100 camas en Cataluña). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema especializado. • Reconversión a una función de unidad de subagudos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definición territorial.
Unidad hospitalaria especializada para discapacitados intelectuales (UHE-DI) (di-R4).	<ul style="list-style-type: none"> • 10 - 15 por ámbito territorial de referencia. • 4 ámbitos territoriales en Cataluña. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema especializado. • Reconversión a función de subagudos estrictamente sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento de las actuales residencias especializadas para personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.

¹¹ Se estima una dedicación recomendada de 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 0,5 enfermeras y 0,5 trabajadores sociales (120 horas semanales de profesional + 2 administrativos por centro) por 1.000.000 de habitantes.

Servicio asistencial (código internacional)	Estándar propuesto	Argumento	Elementos cualitativos de adaptación
Unidad hospitalaria especializada para trastornos de conducta y daño cerebral (sma-R4).	<ul style="list-style-type: none"> • 2 o 3 unidades especializadas para toda Cataluña. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades altamente especializadas para atender pacientes con coreas de Huntington y otros trastornos de conducta y daño cerebral (trastornos neurológicos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente no se dispone de este recurso.
Unidades psiquiátricas penitenciarias (código).	Dotación actual 67 camas <ul style="list-style-type: none"> • 1 Unidad psiquiátrica pericial : 15 camas. • Unidad de agudos, subagudos y de larga estancia de alta seguridad: <ul style="list-style-type: none"> • 24 camas de agudos. • 30 camas de subagudos. • 70 camas de larga estancia de alta seguridad. • Interconsulta psiquiátrica y consultas ambulatorias de psiquiatría en los centros penitenciarios. 		<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de despliegue de recursos de psiquiatría sobre la base del plan de trabajo conjunto entre los departamentos de Salud y Justicia.

Tabla de elaboración propia.

7.5. Aspectos críticos para el desarrollo y adecuación de los servicios hacia el nuevo modelo de atención

El nuevo modelo de atención que propone el PDSMA y el sistema de recursos y servicios a desarrollar, de acuerdo con los criterios de planificación formulados, implica una apuesta decidida en las políticas sanitarias de los próximos años, sin las cuales no sería posible alcanzar buena parte de los objetivos fijados. Es sin duda un reto que requiere, necesariamente, una suma de esfuerzos y la complicidad de todos los agentes implicados.

En el análisis de situación realizado por el PDSMA se identifican ampliamente una serie de factores críticos de éxito y de dificultades que deberán tenerse presentes para intentar minimizar un posible impacto negativo sobre el desarrollo del nuevo modelo propuesto. Aspectos como las políticas de formación y gestión de los recursos humanos, la financiación, el compromiso de las entidades, los profesionales y los afectados, la cooperación entre las diferentes redes de atención a las personas, la implicación de los entes de gobierno territorial, entre otros, son elementos fundamentales que inciden de lleno en la propuesta de desarrollo de servicios contemplada en el PDSMA.

Merece la pena, sin embargo, incidir especialmente en algunos de los aspectos clave que afectan a la planificación.

Necesidades de salud y cambios en la demanda

Los estudios previos realizados han demostrado que más del 50% de las personas que a lo largo de un año sufren trastornos mentales y de adicciones, no contacta en este mismo periodo con profesionales de la salud, y eso teniendo en cuenta que, comparada con los países europeos desarrollados, Cataluña presenta una mayor accesibilidad. Este dato es relevante, especialmente cuando se trata de problemas graves, el pronóstico de los cuales puede mejorar ostensiblemente con una detección y un tratamiento precoces. Teóricamente, eso significa que si disminuimos el estigma asociado a la enfermedad mental y la dependencia de sustancias, y si mejoramos la detección, el acceso y la calidad de la atención, la demanda referida a una verdadera necesidad de salud (en la atención primaria y en la especializada) debería aumentar.

Por contra, se produce una demanda emergente relacionada con el padecimiento psí-

7. Mapa sanitario

quico en general y en la presentación de circunstancias adversas en la vida de las personas, que hasta hace poco no ha constituido una verdadera necesidad de salud reconocida normativamente desde la comunidad científica. Si bien se trata de un síntoma evidente del malestar relacionado con los cambios sociales, expresado individualmente, rebota sobre el sistema sanitario, que a menudo responde de una manera excesivamente trivial, medicalizando la demanda. Especialmente en la Atención Primaria, es preciso disponer de los instrumentos adecuados para afrontar de manera más saludable esta situación. Las políticas sanitarias deberán promover estrategias informativas y educativas en la utilización de los servicios por parte de la población general.

Un aspecto cada vez más relevante, es la adecuación del sistema de servicios a la creciente demanda procedente de la inmigración, situación que obliga a establecer sistemas de formación continuada y equipos de apoyo que mejoren las competencias profesionales de las redes sanitarias en esta materia.

Los recursos humanos

Las propuestas de desarrollo de recursos efectuadas implican un importante crecimiento de recursos humanos. Ya ha sido ampliamente comentada la carencia de determinados profesionales y las acciones de mejora del sistema docente, que producirán su fruto a medio plazo. Deberá promoverse también un plan de formación continuada para los profesionales de la salud mental que permita disponer, a más corto plazo, de profesionales acreditados en los diversos ámbitos de experiencia, que garantice una oferta asistencial equitativa a los diferentes ámbitos territoriales.

Además, estos cambios afectarán también a la tradicional distribución de las competencias profesionales de los diversos colectivos que operan en el ámbito de la salud mental y las adicciones, un sector especialmente multiprofesional. Nuevas profesiones, asistenciales pero no estrictamente sanitarias, como por ejemplo la educación social o la terapia ocupacional, se están incorporando tanto en los servicios de perfil puramente terapéutico como, aún más, en los numerosos enlaces sanitariosociales que se producen en el sector.

La Atención Primaria de Salud

Buena parte del éxito en la implantación del nuevo modelo en los CSM depende de la capacidad de la Atención Primaria para asumir el protagonismo y la responsabilidad en la atención a una gran parte de los problemas de salud mental de la población, con el apoyo de los equipos especializados. Ello requiere una mejora de las condiciones de trabajo en la atención primaria que permitan flexibilizar las agendas de trabajo, disminuir la masificación de las consultas y posibilitar la asunción de nuevas funciones o nuevos roles de los profesionales asistenciales.

Si bien es cierto que muchos equipos de atención primaria están sobresaturados y con una gran presión asistencial, y que buena parte de los proyectos y propuestas de los diferentes planes directores recaen en más responsabilidades y actividades de la Atención Primaria, el éxito en la aplicación de las propuestas de dicho PDSMA debe redundar en una disminución de la frecuentación y una racionalización de la prescripción de psicofármacos.

De hecho, la Atención Primaria, ya está asumiendo actualmente esta demanda, sin herramientas ni recursos apropiados, y dando una respuesta que, a menudo, no satisface a los profesionales ni a los afectados.

La propuesta efectuada desde el ámbito de salud mental, comporta un cambio cualitativo importante y la posibilidad de ofrecer una respuesta diferente a la actual, incidiendo en los aspectos psicológicos y emocionales que acompañan al sufrimiento psíquico y al sufrimiento somático. Se ha constatado que las personas con problemas de salud mental consumen más recursos sanitarios (fármacos, pruebas...) y son altamente frecuentadoras de los servicios de salud. A la larga, la mejora de habilidades de los profesionales de Atención Primaria, junto con una oferta asistencial de apoyo psicológico y promoción de la salud mental, debe revertir de manera positiva en la salud y calidad de vida de las personas y en la demanda asistencial.

Los procesos asistenciales: una oferta de servicios integrada en el ámbito territorial

Conseguir una oferta asistencial integrada en el ámbito del territorio es un aspecto muy importante para garantizar la equidad, pero puede ser también un aspecto complicado, dada la gran diversidad de proveedores, dispositivos y orientaciones de los profesionales.

El PDSMA recomienda una organización asistencial integrada, de base territorial, con el objetivo de mejorar la eficiencia y garantizar la continuidad asistencial. Ello implica prestar la atención al nivel asistencial más adecuado, que es aquél con mejor capacidad resolutoria para responder a las necesidades del caso.

Un sistema de atención a la salud mental fragmentado comporta un plus de ineficiencia y un incremento de costes. La existencia de un proveedor único en un determinado territorio puede mejorar la economía de escala de las entidades, pero no siempre garantiza una respuesta integrada y eficiente o unos mejores resultados.

El establecimiento de alianzas estratégicas entre proveedores parece actualmente la mejor opción para conseguir una oferta de servicios integrada, basada en la complementariedad de las intervenciones.

La innovación tecnológica en la gestión: las tecnologías de la información

Un aspecto fundamental a la hora de mejorar la atención requiere ineludiblemente la incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación al servicio de los profesionales sanitarios.

Las entidades proveedoras han realizado un esfuerzo importante para disponer, en mayor o menor grado, de instrumentos de recogida y análisis de la información. Pero estos sistemas informáticos son fundamentalmente utilizados para tareas básicamente administrativas, de facturación o de recogida de datos asistenciales, pero no se traducen en una mejora de la atención en la mayoría de casos.

La disponibilidad de las tecnologías de la información más modernas facilita que el consumo de tiempo requerido por el usuario en accesos, programaciones, trámites y recepción de informaciones sea el mínimo deseado.

Además, en el ámbito de salud mental, donde la continuidad asistencial es un elemento fundamental, el desarrollo de las tecnologías de la información debe permitir la disposición de sistemas de comunicación integrados entre los diferentes dispositivos de atención a la salud mental y con los del sistema sanitario general, (AP), potenciar el trabajo en red, disponer de una historia clínica informatizada y única, o incorporar los centros de salud mental al proyecto de receta electrónica, que se está comenzando a implantar en el sistema de salud.

7. Mapa sanitario

La disponibilidad de las tecnologías de información en el ámbito de la salud mental debe concordar con el desarrollo de estos sistemas en la red de atención sanitaria y con las garantías de confidencialidad y seguridad que prevé la legislación vigente.

La colaboración de los afectados

Las personas con trastornos mentales atendidas en los servicios de salud mental, son ciudadanos con los mismos derechos y deberes que cualquier ciudadano, a los cuales es aplicable la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria, editada por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social el año 2002.

Todo paciente atendido en un servicio de salud mental debe ser tratado con respeto y confidencialidad por parte de los profesionales asistenciales, sin ser objeto de juicio ni crítica por su enfermedad. Tiene el derecho de conocer el diagnóstico y la naturaleza del trastorno que sufre, así como los diferentes tratamientos o alternativas terapéuticas y los efectos indeseables que pueden ocasionar, para opinar y decidir con conocimiento de causa.

Debe tener la seguridad de que las recomendaciones hechas por los profesionales se basarán en las intervenciones más adecuadas, que hayan mostrado efectividad, priorizando aquellas intervenciones con evidencia científica demostrada.

En el momento en que se valore que el paciente con un trastorno mental grave no es competente para decidir sobre su salud o su tratamiento, se activarán los protocolos o actuaciones previstas por la normativa vigente.

En términos generales, hay que contemplar el papel de la familia como un aliado terapéutico, en la medida en que actúa como cuidador del paciente. La atención y apoyo a familia, entendida como cuidadora principal del paciente, forma parte de la oferta asistencial. En los casos en que exista un conflicto de intereses entre la familia y los pacientes se deberá recorrer a los mecanismos de mediación que puedan estar disponibles en el ámbito profesional o legal.

8. Seguimiento y evaluación

8. Seguimiento y evaluación

Para avanzar en la utilización y el análisis de la información disponible, y con el objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria en las enfermedades relacionadas con la salud mental es necesario hacer un compendio de indicadores para evaluar la evolución de la mortalidad, la supervivencia de este grupo de enfermedades y el control de sus factores de riesgo. La integración de esta información puede contribuir a la identificación de márgenes de mejora de la atención y sugerir a los gestores y planificadores sanitarios nuevas iniciativas para la compra y la provisión de servicios.

Se presentan un conjunto de indicadores que nos permiten proporcionar información que apoye la toma de decisiones a la hora de planificar, organizar, gestionar y evaluar el avance del **Plan Director de Salud Mental y Adicciones**. El propósito, por tanto, es disponer de información fiable, consistente y sistemática que, con la periodicidad pertinente, permita seguir y evaluar el progreso de los principales objetivos estratégicos del Plan Director y de aquellos objetivos operativos de trascendencia para la correcta implantación del Plan.

La elección de los indicadores de seguimiento y evaluación se ha basado en los principios de objetividad, validez, sensibilidad, especificidad y consenso. En este sentido es preciso tener en cuenta que los actuales sistemas de información no permiten obtener un conjunto exhaustivo de indicadores. Es por esta razón que, con carácter de progresividad y factibilidad, se irán perfeccionando los indicadores existentes y se incluirán otros que se consideren necesarios para llegar a disponer de un buen análisis de la situación y evolución de la atención a los trastornos mentales en Cataluña y de la respuesta asistencial del sistema sanitario catalán a este importante problema de salud.

Por lo que se refiere al resto de objetivos que por razones tecnológicas, funcionales o conceptuales no sean susceptibles de ser evaluados a partir de indicadores sintéticos, se utilizarán mecanismos y herramientas de evaluación ad-hoc detalladas en el presente documento.

El **Plan Director de Salud Mental y Adicciones** utilizará, por tanto, como indicadores sintéticos básicos de seguimiento y evaluación los que se presentan a continuación. Siempre se calculará el indicador global para Cataluña y, si es técnicamente posible, se calculará también para hombres y para mujeres y de diferentes ámbitos territoriales.

Objetivos e indicadores del Plan Director de Salud Mental y Adicciones

1. Incremento de los factores de protección y disminución de los factores de riesgo

OBJETIVO	Implantación del protocolo de salud mental en el marco de las actividades de medicina preventiva en la edad pediátrica en la Atención Primaria de Salud
Indicador :	% de niños incluidos en el Programa de Seguimiento del Niño Sano por los EAP, a los cuales se ha aplicado el protocolo de salud mental infantil y juvenil
Hito:	60% de los niños incluidos en el Programa de Seguimiento del Niño Sano.
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	La mejora en la detección precoz de los problemas de salud mental es un objetivo del PDSMA. Este protocolo es un buen instrumento para detectar los factores de riesgo y señales de alarma de sufrir TM.
Construcción del indicador:	Numerador: Número de niños atendidos en el Programa de Seguimiento del Niño Sano del EAP, valorados con el protocolo de salud mental infantil y juvenil. Denominador: Número de niños atendidos en el Programa de Seguimiento del Niño Sano por el EAP.
Fuente de información:	Sistema de registro del Programa de Actividades Preventivas en AP.

2. Incremento de los factores de protección y disminución de los factores de riesgo.

OBJETIVO	Implantación del Programa Salud y Escuela (PSyE)
Indicador :	% de adolescentes con problemas de salud mental o adicciones, detectados en el marco del PSyE.
Hito:	50% de la prevalencia de trastornos mentales y/o adicciones en la población adolescente..
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	La mejora en la detección precoz de los problemas de salud mental es un objetivo del PDSMA. El hito máximo del PSyE se basa en acercar los servicios sanitarios a un grupo de edad en que se ha constatado una baja frecuentación de los servicios de salud. Uno de los objetivos es identificar la población de riesgo en el ámbito de la Salud Mental y Adicciones y propiciar la derivación a los servicios asistenciales cuando sea necesario.
Construcción del indicador:	Numerador: Número de adolescentes en que se han detectado problemas de salud mental o adicciones. Denominador: Número de adolescentes adscritos al programa.
Fuente de información:	Sistema de registro del Programa Salud y Escuela.

3. Mejorar la cartera de servicios de salud mental y adicciones en la APS y potenciar la capacidad de detección y resolución de los profesionales de la APS

OBJETIVO	Mejorar la capacidad de detección y resolución de los profesionales de la APS
Indicador :	Tasa de prevalencia atendida por TM en la APS
Hito:	60% de la prevalencia/año estándar de trastornos mentales en la población general (de 15% a 16% pacientes con diagnóstico por TM).
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	Los TM son enfermedades de una elevada prevalencia en la población general. El PDSMyA señala que la morbilidad psiquiátrica atendida en los servicios de AP es elevada y que los trastornos más prevalentes son la depresión, la ansiedad y la dependencia del alcohol. Se ha constatado también que la detección de problemas de salud mental en la APS es insuficiente.
Construcción del indicador:	Numerador: Pacientes atendidos por los EAP con diagnóstico principal o secundario de trastorno mental. Denominador: Población de referencia de los EAP.
Fuente de información:	Estudio multicéntrico de prevalencia de trastornos mentales en la Atención Primaria de Salud (2005-2006). Sistema de registro de la Atención Primaria de Salud.
Indicador :	Índice de cobertura del cribado de consumo excesivo de alcohol
Hito:	60%
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	Según la OMS, el alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud en los países desarrollados. La identificación precoz y las intervenciones breves por parte de la primaria son de las acciones que han demostrado ser más efectivas para reducir los problemas de alcohol. La provisión del consejo mínimo será difícil de evaluar, por tanto asumamos que hacer el cribado irá asociado a dar consejo.
Construcción del indicador:	Numerador: Población de 15 años o más atendida y asignada con registro del consumo de alcohol. Denominador: Población de 15 años o más atendida y asignada.
Fuente de información:	Entidades proveedoras y regiones sanitarias. Estudio de actividades preventivas del EAP.

8. Seguimiento y evaluación

Indicador :	Tasa de derivación desde la AP a la Atención Especializada en SM
Hito:	0,8% de la población de referencia.
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	El PDSMA destaca que la Atención Primaria es la puerta de entrada del sistema sanitario y de ella depende la efectividad y la eficiencia del conjunto del sistema. La alta prevalencia de los factores psicológicos presentes en los trastornos de la salud general, junto con la accesibilidad de los servicios que presta, hace que su papel sea clave en la detección y resolución de los trastornos mentales menos graves. Los centros de salud mental tienen que dar apoyo a los EAP, e intervenir en los casos más graves o de mayor complejidad.
Construcción del indicador:	Numerador: Número de casos derivados desde AP a SM. Denominador: Población de referencia del EAP.
Fuente de información:	CMBD-SM

4. Modelo de intervención activo y comunitario, especialmente con los trastornos mentales graves

OBJETIVO	Impulsar la detección e intervención precoz de los trastornos mentales graves, con un modelo de atención integral, activo y comunitario para prevenir y disminuir los riesgos de evolución tórpida de estos trastornos
Indicador :	% de personas atendidas con trastornos psicóticos incipientes y trastorno mental severo
Hito:	Para población adulta: 8 por mil habitantes. Para la población infantil y juvenil: 0,4 por mil habitantes.
Horizonte temporal:	2010 i 50% del indicador 2015 i 100% del indicador
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	El PDSMA reconoce que los trastornos psicóticos constituyen un importante problema de salud pública, tanto por sus dimensiones epidemiológicas como por sus repercusiones sanitarias y sociales. El PDSMA prioriza la atención de las personas con trastornos psicóticos incipientes con un enfoque preventivo, integral e intensivo.
Construcción del indicador:	Numerador : Casos atendidos con psicosis incipiente. Denominador: Población de referencia.
Fuente de información:	CMBD-SM
Indicador :	% casos atendidos en los CAS de personas con dependencia alcohólica
Hito:	1,2 por mil hab.
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	El alcohol es la primera sustancia que motiva tratamiento en los CAS, y es de destacar la relevancia de la comorbilidad psiquiátrica asociada. A pesar de eso, la demanda atendida en los centros de drogodependencias está por debajo de la demanda esperada, dada la elevada prevalencia poblacional.
Construcción del indicador:	Numerador: Casos atendidos con dependencia alcohólica. Denominador: Población de referencia.
Fuente de información:	Sistema de Información sobre Drogodependencias en Cataluña (SIDC).

Indicador :	Periodo de latencia desde el primer consumo de cocaína hasta el momento que se hace la demanda de tratamiento a la atención especializada
	0,8% de la población de referencia.
Hito:	disminuir el promedio de 9 a 7 años.
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	A pesar de que el promedio de edad de inicio de consumo de cocaína disminuye, el promedio de edad de inicio de tratamiento en los CAS se mantiene. Ello implica un incremento del periodo de latencia, con las complicaciones orgánicas y psiquiátricas que comporta.
Construcción del indicador:	Edad media de inicio de tratamiento por cocaína - Edad media de inicio de consumo de cocaína.
Fuente de información:	Sistema de Información sobre drogodependencias en Cataluña (SIDC).
Indicador :	Prevalencia general atendida en los centros de salud mental
Hito:	Para la población adulta : 2,2%. Para la población infantil y juvenil: 3%.
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	La prevalencia general por TM en Cataluña presenta un patrón muy similar a la población europea. A pesar de eso, la prevalencia atendida en los CSM de adultos es más elevada que en Europa. Ello comporta una elevada presión asistencial en la especializada que dificulta la atención adecuada de los TM más graves. Por este motivo, se propone disminuir la prevalencia atendida en los centros de salud mental de manera proporcional al incremento de la prevalencia atendida en la atención primaria de salud. En cambio, en lo que hace referencia a los centros de salud mental infantil y juvenil se considera que la prevalencia atendida está por debajo de los referentes de otros países europeos. Por este motivo, se propone incrementar la prevalencia atendida en este sector de la población.
Construcción del indicador:	<i>Numerador:</i> Número casos atendidos en la atención especializada. <i>Denominador:</i> Población de referencia.
Fuente de información:	CMBD SM
Indicador :	Media de visitas por año, de pacientes atendidos en los CSM
Hito:	>12 visitas por año en los pacientes atendidos en los centros de salud mental.
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	La elevada presión asistencial a los CSM dificulta la atención adecuada de los TM más graves o de mayor complejidad. El PDSMA prioriza la atención de los TM más complejos y recomienda adecuar la intensidad de la atención a las situaciones de crisis y a la gravedad de los procesos asistenciales.
Construcción del indicador:	<i>Numerador:</i> Número de visitas totales del CSM. <i>Denominador:</i> Número de pacientes atendidos en los CSM.
Fuente de información:	CMBD-SM
Indicador :	Tiempo en Programa de Mantenimiento de Metadona (PMM)
Hito:	24 meses
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	La evidencia científica ha demostrado que mejora la efectividad del tratamiento a mayor tiempo de continuidad de los pacientes en el programa.
Construcción del indicador:	Análisis de supervivencia de los pacientes activos en el programa medido en meses.
Fuente de información:	Cuadro de mandos de la XAD-PMM.

8. Seguimiento y evaluación

Indicador :	Ratios de tipología de visita, por paciente y año, en los CSMA
Hito:	visitas de enfermería: >4 visitas de enfermería por paciente y año.
visitas de tratamiento familiar:	1 visita de familia por paciente y año.
visitas a domicilio:	>0,33 visitas domiciliarias por paciente y año.
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	En el análisis de situación sobre la actividad de los CSM se observa una elevada variabilidad en la tipología de visitas de los CSMA. Con este indicador se propone mejorar la homogeneidad de estos indicadores, para garantizar la equidad en la atención a los TM.
Construcción del indicador:	Numerador: Número de visitas de cada tipología (enfermería/trat. familiar / a domicilio). Denominador: Número de pacientes atendidos.
Fuente de información:	CMBD-SM

5. Por patologías priorizadas: Guías clínicas, atención psicoterapéutica

OBJETIVO	Mejora de la atención de los problemas de salud mental de mayor complejidad, en el entorno de la atención especializada en salud mental
Indicador :	% de casos atendidos sugestivos de gravedad clínica
Hito:	60%
Horizonte temporal:	2010 : 40% del indicador 2015 : 60% del indicador
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	El PDSMA prioriza la atención de los TM de mayor complejidad clínica y recomienda aumentar la proporción de pacientes atendidos con patologías emergentes, de acuerdo con las recomendaciones formuladas por las guías clínicas, en el marco de la medicina basada en la evidencia.
Construcción del indicador:	Numerador: Número de casos (pacientes) atendidos con diagnósticos sugestivos de gravedad clínica (de acuerdo con listado de códigos diagnósticos). Denominador: número total de casos (pacientes) atendidos en los CSM.
Fuente de información:	CMBD SM

OBJETIVO	Incrementar la capacidad resolutive de los centros de salud mental
Indicador :	Índice de resolución de la atención especializada
Hito:	0,6%
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	Este indicador se fundamenta en la necesidad de reorientar el sistema hacia un modelo de gestión por procesos, donde una vez resuelta la situación que origina la demanda a la especializada se da por finalizado el proceso asistencial y el caso es remitido para seguimiento clínico por niveles asistenciales de menor complejidad.
Construcción del indicador:	Numerador: Número de pacientes dados de alta clínica en los CSM. Denominador: Población de referencia.
Fuente de información:	CMBD SM

OBJETIVO	Mejora de la oferta de atención psicoterapéutica a los CSM
Indicador :	Grado de implantación de actividades psicoterapéuticas en los CSM
Hito:	En población adulta: oferta de intervenciones psicoterapéuticas en el 6% de la población atendida >18 años.
En población infantil:	oferta de intervenciones psicoterapéuticas en el 11% de la población atendida <18 años.
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	El PDSMA define como una actuación prioritaria el incremento de la oferta de intervenciones psicoterapéuticas desde atención primaria especializada en salud mental.
Construcción del indicador:	Indicador adultos: <i>Numerador:</i> Número de pacientes atendidos con tipología de visita de tratamiento psicoterapéutico (individual, familiar o grupal). <i>Denominador:</i> Número total de pacientes atendidos. Indicador infantil: <i>Numerador:</i> Número de visitas de tratamiento psicoterapéutico (individual, familiar o grupal). <i>Denominador:</i> Número total de visitas realizadas.
Fuente de información:	CMBD SM

6. Reorganización de los servicios actuales de acuerdo con las nuevas necesidades estratégicas

OBJETIVO	Disminución de los reingresos a las unidades de hospitalización
Indicador :	% de readmisiones hospitalarias en el plazo de 90 días después de una alta hospitalaria
Hito:	10%
Horizonte temporal:	2010
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	Se presupone que los servicios o la atención recibida son relevantes para las necesidades de los pacientes y se basan en criterios de buena praxis asistencial. A pesar de que en parte, una elevada tasa de readmisiones hospitalarias puede ser debida a la naturaleza refractaria de los TM, una tasa elevada de reingresos en un relativamente corto plazo de tiempo, puede indicar baja calidad de la atención, altas prematuras o un nivel inadecuado o insuficiente de apoyo comunitario postalta.
Construcción del indicador:	<i>Numerador:</i> Número de pacientes que reingresan en un plazo de 90 días después de una alta hospitalaria. <i>Denominador:</i> Número total de altas de las unidades de hospitalización.
Fuente de información:	CMBD SM

8. Seguimiento y evaluación

7. Integración funcional de las redes de salud mental de adultos, de infantil y juvenil y de drogodependencias

OBJETIVO	Promover la integración funcional de las redes de salud mental de adultos, de infantil y juvenil y de drogodependencias
Indicador :	Prevalencia atendida en los CSMIJ por problemas de consumo o adicciones
Hito:	60%
Horizonte temporal:	25% de la prevalencia poblacional estimada en Cataluña.
Periodicidad de la evaluación:	Anual
Justificación:	A pesar de que está constatada una alta prevalencia de consumo de sustancias en la población adolescente de Cataluña, el PDSMA refleja en el análisis de situación la baja prevalencia de atención por problemas relacionados con el consumo o adicción a sustancias psicoactivas en este grupo de población. Mientras que en muchos de los CSMIJ un motivo principal de demanda en este sentido se considera un criterio de exclusión, la XAD prioriza los casos donde se encuentra instaurada una dependencia que comporta unos años de evolución. Una de las actuaciones priorizadas por el PDSMA es impulsar las actividad de prevención y detección precoz de estos problemas por parte de la atención especializada en este grupo de población.
Construcción del indicador:	Numerador: Número de pacientes atendidos en el CSMIJ con Dx principal de consumo o adicción de sustancias. Denominador: Población de referencia del CSMIJ (ajustada por edad y/o género).
Fuente de información:	CMBD SM

Recomendaciones

Los objetivos relacionados con el Plan Director de Salud Mental y Adicciones serán evaluados a partir de las fuentes de información mencionadas. Ésta es, sin duda, una importante limitación en la selección de los indicadores más relevantes que pueden orientar el sistema hacia los cambios y las mejoras propuestos.

La mejora de los Sistemas de Información, en lo que hace referencia a la atención a las enfermedades relacionadas con la salud mental, es estratégica y capital para poder establecer mecanismos adecuados de seguimiento y evaluación del proceso de implantación del Plan Director.

En este sentido cabe destacar como prioridades para el sistema sanitario un avance en materia de tecnologías de la información que permita:

- La compatibilidad de los sistemas de registro entre las redes de salud mental (XSM) y de atención a las drogodependencias (XAD).
- La mejora de los sistemas de registro y el establecimiento de un sistema de información homologado para la Atención Primaria de Salud.
- Consensuar un modelo de historia clínica compartida, que facilite la compatibilidad entre los diferentes sistemas de información de las diversas entidades proveedoras.
- Garantizar una identificación unívoca de los pacientes que permita el seguimiento entre los diferentes dispositivos asistenciales de todas las redes de utilización pública.

9. Actores del Plan

9. Actores del Plan

EQUIPO DEL PLAN DIRECTOR

María Luisa de la Puente Martorell
Directora general de Planificación y Evaluación

Cristina Molina Parrilla
Directora
Plan Director de Salud Mental y Adicciones

Josep Ramos Montes
Coordinador de la Comisión Permanente

Pilar Duro Herrero
Técnica

Vicente Turón Gil
Asesor

Luis Salvador-Carulla
Asesor

Esther Jordà Sampietro
Colaboradora CSB

Gemma Salmeron Font
Secretaria

Manel Balcells Diaz
Secretario de Estrategia y Coordinación
(2004 - abril 2006)

Joan Colom Farran
Subdirector en el ámbito de las drogo-dependencias
Plan Director de Salud Mental y Adicciones

Montserrat Grané Alsina
Técnica PDSMA

José García Ibañez
Asesor

M. Àngels González Ibañez
Asesora

Carla Jané Balsebre
Técnica PDSMA

María Lázaro Iranzo
Secretaria

EQUIPO REDACTOR

José García Ibañez
Montserrat Grané Alsina

Josep Ramos Montes

EQUIPO DE LA DGPA COLABORADORES CON EL PLAN DIRECTOR

Dolors Costa Sampere
Adjunta de la Dirección

Ricard Tresserres Gaju
Subdirector

Lluís Bohigas Santasusagna
Oficina de Análisis Económico y Estrategias de Información

Elena Calvo Valencia
Coordinadora Planes Interdepartamentales

Roger Pla Farnós
Jefe Oficina de Coordinación de Planes Directores i Planificación Operativa

David Elvira Martínez
Oficina de Análisis Económico y Estrategias de Información

Pilar Brugulat Guiteras
Servicio Plan de Salud

Carme Medina Molina
Servicio Plan de Salud

Genís García Lorente
Unidad Análisis Demanda de Información

Salvi Juncà Valdor
Unidad Análisis Demanda de Información

Pep Fusté Sugrañes
Unidad Mapa Sanitario

Ma. Jesús Pueyo Sanchez
Unidad Planificación Operativa

Mercè Mercader Menéndez
Unidad Planificación Operativa

Laura Sampietro-Colom
Unidad Planes Estratégicos

COLABORADORES DEL CATSALUT

Montse Bustins Poblet
Unidad del CMBD

Roser Vicente Martínez
Unidad del CMBD

CONSEJO ASESOR

Miquel Casas Brugué
Presidente

Martí Masferrer Mascort
(hasta mayo de 2006)
Vicepresidente segundo

Josep Ramos Montes
Vicepresidente primero

Montserrat Grané Alsina
Secretaria técnica

Vocales

en representación del Departamento de Salud

Claudi Camps Garcia
Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS)

Carme Casas Puig
Área de Servicios y Calidad (CatSalut)

Joan Colom Farran
Órgano Técnico de Drogodependencias

Pilar Duro Herrero
Órgano Técnico de Drogodependencias

Jaume Estany Ricard
Consorcio Sanitario de Barcelona

Amando Martín Zurro
Instituto de Estudios de la Salud

Cristina Molina Parrilla
Plan Director de Salud Mental y Adicciones

Joaquim Maria Solé Montserrat
Delegación de Tarragona

Maite Utgés Nogués
Hospital Santa Maria de Lleida

en representación del Departamento de Bienestar y Familia

Carles Celís Gubert
U.Catalana de Centros de Atención Precoz

Rosa Garcia Villalba
Llar residència Massana

Mercè Generó Prat
Centro Médico Psicopedagógico de Osona

Ángel Gil Origuen
ProDep

Carme Iniasta Torres
ICASS

Carles Jacobo Masip
ICASS

Esther Rovira Campos
ICASS

Joan Artur Sales
ATRA Clínic

9. Actores del Plan

en representación del Ayuntamiento de Barcelona

Antoni Bulbena i Vilarrasa
IAPS. Hospital del Mar

Joan Guix Oliver
Agencia de Salud Pública, Barcelona

en representación de la Diputación de Barcelona

Margarita Dordella Cirera
Área de Salud Pública y Consumo

Josep Ma. Vinué Perullés
C.A. "Emili Mira i López"

en representación de las corporaciones empresariales más representativas en el ámbito de la salud mental

Pere Bonet Dalmau
Consortio Hospitalario de Cataluña

Eugeni Bruguera Cortada
Instituto Catalán de la Salud

Josep Fàbregas Poveda
Fórum de Iniciativas de Salud Mental

Ma. José Fernandez Sanmamed
Instituto Catalán de la Salud

Lluís Isern Sitjà
Instituto Catalán de la Salud

José Manuel Menchón Magriñà
Instituto Catalán de la Salud

Joan Orrit Clotet
Unión Catalana de Hospitales

José Roman López
ACES

Pere Anton Soler Insa
Unión Catalana de Hospitales

Marta Torrens Mèlich
Consortio Hospitalario de Cataluña

Jordi Tudela Fernández
Federación APPS

en representación de las sociedades científicas

Esteve Amigó Palés
Sociedad Catalana de Pediatría

Gemma Garcia Parés
Sociedad Catalana de Psiquiatría

Josep Guàrdia Serecigni
Sociodrogalcohol
y Comunitaria

Anna Moretó Reventós
Sociedad Catalana de Medicina Familiar

José Pérez de los Cobos
Sociedad Española de Toxicómanos

Roser Pérez Simó
AEN Cataluña

Jordi Sasot Llevadot
Sociedad Catalana de Psiquiatría Infantil

Jorge Luís Tizón García
Consejo Catalán de Especialidades

en representación de los colegios profesionales

Ma. Paz Cué Piedra
Colegio Oficial de Trabajadores Sociales

Rosa Gené Aguarod
Colegio de Psicólogos de Cataluña

9. Actores del Plan

Ma. Angels González Ibáñez
Consortio Sanitario del Maresme

Paloma Lago Baylin
A.Centre d'Higiene Mental Nou Barris

José Antonio Larraz Romeo
Sagrat Cor, serveis de salut mental

Teresa Marfull Blanc
Fed.de Familiars de Malalts Mentals

Víctor Martí Carrasco
Ayuntamiento de Rubí

Diego J. Palao Vidal
Hospital General de Vic.

Luis Salvador-Carulla
Instituto IMEP

Josep Toro Trallero
Hospital Clínico

Agustina Ureña Hidalgo
Centre de Psicoteràpia de Barcelona

Antoni Gual Solé
Hospital Clínico y Provincial

Lluís Lalucat Jo
Centre d'Higiene Mental Les Corts

Montse Llinàs Vidal
Hospital de la Vall d'Hebron

Narcís Martí Barnusell
Centre Català de Solidaritat - Càritas

Elvira Martínez Masagosa
Diputació de Barcelona

Felisa Pérez Anton
ABD.

Mercè Saperas Vergara
CAS de Mollet

Vicente Turón Gil
Asesor del PDSMA

Marta Voltas Fornt
ACAB

COMISIÓN PERMANENTE

Joan Alvarós Costa
Antoni Bulbena Vilarrasa
Claudi Camps Garcia
Miquel Casas Brugué
Joan Colom Farran
Josep Cornellà Canals
Pilar Duro Herrero
Leticia Escario Rodríguez-Espiteri
José García Ibañez
Ma. Àngels González Ibáñez
Antoni Gual Solé
Paloma Lago Baylin
Lluís Lalucat Jo
José Antonio Larraz Romeo
Montse Llinàs Vidal

Teresa Marfull Blanc
Víctor Martí Carrasco
Elvira Martínez Masagosa
Cristina Molina Parrilla
Diego J. Palao Vidal
Roser Pérez Simó
Josep Ramos Montes
Mercè Saperas Vergara
Jorge L. Tizón Garcia
Josep Toro Trallero
Vicente Turón Gil
Agustina Ureña Hidalgo
Maite Utgés Nogués
Marta Voltas Fornt

COORDINADORES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

GT infantil: José García Ibáñez
Mercè Saperas Vergara
Jorge L. Tizón García

GT adolescentes: Joan Alvarós Costa
Pilar Duro Herrero
Josep Toro Trallero

GT adultos: Lluís Lalucat Jo
Antoni Gual Solé

GT ancianos Antoni Bulbena Vilarrasa
Paloma Lago Baylin
Montserrat Grané

1. Grupo de trabajo: infantil

Coordinadores: José García Ibáñez
Jorge Luis Tizón García
Mercè Saperas Vergara

Jordi Artigué Gomez
ICS - EAPPP

Carme Costas Moragas
Facultad de Psicología UAB

Amparo del Pino Gutiérrez
Hospital de Bellvitge

Lola Domene Lopez
Hospital Sant Joan de Déu

Josep Ferrando Belart
IES Alexandre Satorra

Anna Maria Fornós Barrera
ASPACE

Jordi Folch Soler
CSMIJ Osona

Xavier Gastaminza Pérez
Hospital de la Vall d'Hebron

Gemma Guinovart Galiana
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Vega González Bueso
Atención e Investigación de
Socioadicciones (AIS)

Margarita Ibáñez Fanés
Hospital Sant Joan de Déu

Rosa Nicolau
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Maite Pi Ordoñez
CSMIJ Girona

Dolors Petitbó Rafart
Hospital Sant Joan de Déu

Pepi Rivera Luján
Corporación Sanitaria Parc Taulí

Remei Tarragó Riberola
Fundació Eulàlia Torras de Beà

Carme Tello Casany
CSMIJ Lleida

Josefa Torregrosa Bertret
CAP La Mina

9. Actores del Plan

2. Grupo de trabajo: adolescentes

Coordinadores: Josep Toro Trallero
Joan Alvarós Costa
Pilar Duro Herrero

José Angel Alda
Hospital Sant Joan de Déu

Jaume Serrano Jordan
CAS Horta - Guinardó

Anna Bastidas Salvadó
URPI - Hospital Clínic i Provincial

Glòria Trafach
Hospital Santa Caterina de Girona

Clara Bardón Cuevas
CSMIJ Nou Barris

Marta Voltas Fornt
ACAB

Fina Castro Fornieles
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Aurea Autet Puig
CAS Manresa

Leticia Escario Rodríguez-Espiteri
Fundació Eulàlia Torras de Beà

Enric Batlle de Santiago
Hospital de Mataró

Joan Franch
Institut Pere Mata

Immaculada Baeza Pertegaz
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Ma. Àngels González Ibáñez
Consortio Sanitario del Maresme

Elisa de Frutos Gallego
EAP Raval

Begoña de Irala Indart
CAS Font Santa

Marc Ferrer Vinardell
Hospital de la Vall d'Hebron

Rosario Jiménez Leal
EAP Vallcarca (Sant Gervasi)
Cristina Lombardia
CSMIJ Girona

Mercè Gibert Clois
ORIENTA Hospital de Dia

Josep Matalí Costa
Hospital de la Vall d'Hebron

Alfons Icart Pujol
Fundació ORIENTA
Josep Ma. Jansà López del Vallado
Agencia de Salud Pública de Barcelona

Joana Martínez Matilla
FECAFAMM

Luisa Lázaro García
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Eulàlia Navarro
Unidad de Crisis de Adolescentes (UCA)

Montse Llinàs Vidal
Hospital de la Vall d'Hebron

Maite Pi Ordóñez
CSMIJ Girona

Víctor Martí Carrasco
CAS Rubí

Rosa Ros Rahola
CJAS

Ma. Teresa Miró Coll
Universidad de Barcelona

Lluís Sanchez Planell
Hospital Germans Trias i Pujol

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

3. Grupo de trabajo: adultos

Coordinadores: Lluís Lalucat Jo
Antoni Gual Solé

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

Pere Bonet Dalmau
Fundació ALTHAIA

Eugeni Bruguera Cortada
UHD-Hospital de la Vall d'Hebron

Claudi Camps Garcia
Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS)

Pilar Casaus
Institut Pere Mata

Josefina Castro Fornieles
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Jaume Claret
Centre de Psicoteràpia de Barcelona.
Serveis de Salut Mental

Cristina de la Cruz Coma
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Miquel del Rio
Hospital Mútua de Terrassa

Assumpció Soriano Sala
Hospital de Dia Sant Pere Claver

Vicente Turon Gil
PDSMA

Rosa Díaz
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Josep Fàbregas Poveda
Centre de Psicoteràpia de Barcelona
Serveis de Salut Mental

Marc Ferrer Vinardell
Hospital de la Vall d'Hebron

Josep Ma. Gallart Capdevila
Hospital de la Vall d'Hebron

Xavier Gastaminza Perez
Hospital de la Vall d'Hebron

Josep Guàrdia Serecigni
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Glòria Gurmaches Cortina
Sant Joan de Déu
Serveis de Salut Mental

Esther Henar
Sala Valuart

Lluís Isern Sitjà
USM l'Hospitalet

José Antonio Larraz Romeo
Sagrati Cor, Serveis Salut Mental

Anna Lligoña
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Pilar Lusilla Palacios
PAIMM

9. Actores del Plan

Teresa Marfull Blanc
FECAFAMM

Carles Masip Montero
IAPS. Hospital del Mar

José Manuel Menchón Magriñà
Hospital de Bellvitge

Gemma Nieva Rifà
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Josep Ma Otin
Hospital de Dia Llúria

Francesc Pérez Arnau
CSMA del Prat de Llobregat

José Perez de los Cobos
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Josep Ma. Pericay
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Ma.Cristina Pinet Ogué
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Carles Roncero
Hospital de la Vall d'Hebron

Manel Salamero
Fundació Vidal i Barraquer

Lluís San Molina
Hospital de Sant Rafael

Manel Sánchez Pérez
Sagrati Cor, serveis salut mental

Olga Sanmartino Pomés
Barcelona

Artur Sardà Garcia
CAS Reus

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.
Serveis de Salut Mental

Enric Vicens Pons
Sant Joan de Déu. Serveis de Salut
mental - Àrea Serveis Penitenciaris -

Marta Voltas Fornt
ACAB

Maria del Pino Alonso
Hospital de Bellvitge

Josep.Ma. Argüello Alonso
Hospital de la Vall d'Hebron

Antoni Arteman Jané
PAIMM

Fernando Boatas
Sagrati Cor, serveis salut mental

Ricard Bordas
CSMA Maresme Sud

Lluís Cabrero Avila
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Alfred Capella Batista-Alentorn
AEN

Juan José Castellón
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Montse Contel Guillamon
Benito Menni. Complex assistencial en
salut mental

Luis de Ángel
CSMA Dreta Eixample

Joan de Pablo Rabassó
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

9. Actores del Plan

Rosa del Valle Centres Assistencials “Dr.Emili Mira i López”	Diego José Palao Vidal Hospital General de Vic
Anna Díaz Pérez Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Felisa Pérez Anton CAS Sants
Gustau Faus Centre de Psicoteràpia de Barcelona. Serveis de Salut Mental	Víctor Pérez Solà Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Joan Franch Institut Pere Mata	Josep Pifarré Paredero Hospital Santa Maria de Lleida
Carles Garcia Ribera IAPS. Hospital del Mar	Montserrat Prats Roca CSMA Dreta Eixample
Ma Àngels González Ibáñez Consorti Sanitari del Maresme	Ma. Jesús Rufat Fundació els Tres Turons
Àngels Guiteras CAS Sarrià	Esteve Saltó Cerezuela Departamento de Salud
Josep Maria Haro Abad Fundació Sant Joan de Déu	Maite San Emeterio Parra CSMA les Corts
Guillem Homet Comunitat Terapèutica del Maresme	Lluís Sanchez Planell Hospital Germans Trias i Pujol
Imma Jodar Ortega CSMA Mollet	Blanca Sarró Martín Barcelona
Cristina Lombardia Hospital Santa Caterina de Girona	Josep Soriano Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Esther Lobo Polidano Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental	Carmen Tejedor Azpeitia Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Jordi Marfà CSMA Badalona II	Glòria Trafach Hospital Santa Caterina de Girona
Albert Mariné CSMA Sabadell	Agustina Ureña Hidalgo Centre de Psicoteràpia de Barcelona. Serveis de Salut Mental
Mercè Mercader Menéndez Departamento de Salud	Josep M. Vázquez CAS Sants
Manel Montserrat Martínez CSM Esplugues de Llobregat	Francisco Verjano SAD l'Hospitalet de Llobregat
Ramon Novell Alsina IAS	Eduard Vieta Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

9. Actores del Plan

4. Grupo de trabajo: ancianos

Coordinadores: Antoni Bulbena Vilarrasa
Paloma Lago Baylin
Montserrat Grané Alsina

Consol Almenar Monfort
Benito Menni. Complex assistencial
en salut mental

Esperança Ballesteros Pérez
Universitat de Barcelona

Ma. Àngels 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
Centres 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

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
Plan Director Sociosanitari

Cristina Páez Cot
FECAFAMM

Marcel Rosich Estragó
Institut Pere Mata

Joan Vilalta
Institut d'Assistència Sanitària

10. Anexo

Decreto 30/2006, de 28 de febrero, por el cual se crea el Plan Director de Salud Mental y Adicciones y el su Consejo Asesor.

9650

Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña

Núm. 4584 - 02/03/2006

DECRETO

30/2006, de 28 de febrero, por el que se crea el Plan Director de Salud Mental y Adicciones y su Consejo Asesor.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, prevén que el sistema sanitario debe estar orientado a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

El artículo 62 de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, creó el Plan de Salud de Cataluña como el instrumento indicativo y el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en la materia en el ámbito de la Generalidad de Cataluña. Asimismo, el artículo 64 de esta Ley establece que corresponde al Departamento de Salud formular los criterios generales de la planificación sanitaria, y también fijar los objetivos, los índices y los niveles básicos a alcanzar en las materias que se incluyen en el Plan de Salud de Cataluña.

Los trastornos mentales tienen un importante impacto en la calidad de vida de la persona y afectan a todos los ámbitos de relación interpersonal (familiar, laboral y social). Por otro lado, en un entorno socioeconómico en constante evolución, donde el individuo a menudo está sujeto a fuertes tensiones laborales y económicas, como también el incremento de situaciones de aislamiento social y familiar y el envejecimiento de la población, entre otros factores, configuran un escenario de crecimiento progresivo del grado de prevalencia de la enfermedad mental y las adicciones en el conjunto de la sociedad.

Se trata, por tanto, de un aspecto de la salud de la ciudadanía al que es preciso dedicar una especial atención. A su vez, las características de la prevención y el tratamiento de estas enfermedades y la necesidad de garantizar una respuesta coordinada de las diferentes unidades e instituciones del sistema sanitario público aconsejan disponer de un plan específico que, con una periodicidad trienal, defina en este ámbito de intervención en la salud de las personas las directrices que deben orientar al Departamento de Salud en el impulso, planificación y coordinación de las actuaciones a desarrollar con el fin de promover la salud mental de la población y pre-

venir, tratar y rehabilitar estas enfermedades.

Al mismo tiempo, el Plan Director de Salud Mental y Adicciones debe ser un instrumento que se tenga en cuenta en los objetivos y las intervenciones que fije el Plan de Salud de Cataluña para la prevención, control y tratamiento de estas enfermedades.

Por otra parte, en la planificación de las actuaciones relacionadas con los trastornos mentales y las adicciones, el Departamento de Salud debe contar con la colaboración de expertos en esta materia que asesoren las fases sucesivas de elaboración, implantación, evaluación y actualización del Plan. El Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones, que se crea con este Decreto, es, pues, el instrumento que debe canalizar el soporte científico y técnico a la tarea de planificación del Departamento de Salud. Su intervención no se circunscribe sólo a la fase de elaboración del Plan Director sino que se extiende a su implantación, evaluación y actualización.

Para articular territorialmente el Plan Director de Salud Mental y partiendo de la estructura de descentralización organizativa del sistema sanitario de Cataluña, se ha previsto la vinculación del Plan Director a las estructuras para la gobernabilidad territorial que se constituyen en el ámbito de la salud para adaptar los objetivos del Plan a las especificidades de su territorio de referencia y velar por su aplicación en este ámbito. En este mismo sentido de vertebración del Plan a la realidad asistencial, al Servicio Catalán de la Salud, como ente responsable de la contratación de servicios de salud, le corresponde garantizar que las entidades proveedoras de servicios asuman los objetivos del Plan y ejecuten actuaciones asistenciales concretas para hacerlo efectivo.

Al amparo de lo que prevé el artículo 61 de la Ley 13/1989, de 14 de diciembre, de organización, procedimiento y régimen jurídico de la Administración de la Generalidad de Cataluña, de acuerdo con el dictamen de la Comisión Jurídica Asesora, a propuesta de la consejera de Salud, y con la deliberación previa del Gobierno,

Decreto:

Artículo 1

1.1 Se crea el Plan Director de Salud Mental y Adicciones como instrumento de información, estudio y propuesta mediante el que el Departamento de Salud determina las líneas directrices para impulsar, planificar, coordinar y evaluar las actuaciones a desarrollar en el ámbito de la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de las enfermedades asociadas con la salud mental y las adicciones, y mejorar la calidad de vida de los afectados.

1.2 El Plan Director de Salud Mental y Adicciones debe definir las estrategias que se tengan en cuenta en la determinación de los objetivos de salud y operacionales que debe fijar el Plan de Salud de Cataluña en los ámbitos señalados en el apartado anterior.

1.3 Los objetivos del Plan Director de Salud Mental y Adicciones se deben adaptar a la realidad del territorio de referencia de las estructuras para la gobernabilidad territorial que se constituyen en cada momento en el ámbito de la salud, que velarán por el desarrollo de estos objetivos, de acuerdo con las directrices que fije el Departamento de Salud.

1.4 El Servicio Catalán de la Salud, mediante los convenios y contratos de gestión de servicios sanitarios que formalice con las entidades proveedoras de servicios sanitarios, deberá velar para que estas entidades lleven a cabo las actuaciones preventivas, asistenciales y organizativas necesarias para dar respuesta a los objetivos del Plan Director de Salud Mental y Adicciones.

Artículo 2

2.1 El Plan Director de Salud Mental y Adicciones tiene por funciones:

a) Analizar las necesidades de salud y de servicios sanitarios de los grupos de población afectados por enfermedades mentales y adicciones.

b) Proponer áreas prioritarias de actuación en los ámbitos de la promoción de la salud mental, la prevención y la asistencia de las enfermedades de salud mental y las adicciones.

c) Definir las medidas que es preciso adoptar bajo el punto de vista de la planificación, la ordenación y la evaluación de los servicios de salud mental y las adicciones para garantizar la cobertura asistencial de estas enferme-

8. Seguimiento y evaluación

dades y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

d) Desarrollar programas específicos para la atención y tratamiento de determinadas patologías emergentes.

e) Desarrollar medidas orientadas a fomentar desde el ámbito de la salud la atención integral a las personas con problemas de salud mental y coordinar el desarrollo de estas medidas.

f) Definir actuaciones de alcance intersectorial, por lo que preverá la coordinación con los departamentos de la Generalidad implicados en la lucha contra la enfermedad mental y las adicciones y sus consecuencias sociales.

g) Desarrollar medidas dirigidas a la mejora de la atención de los enfermos con trastornos mentales y adicciones y de sus familias de forma coordinada con el Departamento de Bienestar y Familia y, en su caso, con el Departamento de Justicia.

h) Desarrollar estándares de calidad de atención de estas enfermedades.

i) Diseñar planes de actuación para fomentar la investigación y la docencia en el ámbito de la salud mental.

j) Formular propuestas para desarrollar el marco normativo que potencie la prevención y la atención de calidad de estas enfermedades.

2.2 En el desarrollo de estas funciones se hará el seguimiento y la validación del uso de la variante del género, de forma que se tengan en cuenta las especificidades de salud de las mujeres con el objeto de dar respuesta y ofrecer una atención integral ante sus necesidades.

Artículo 3

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones será aprobado por el Gobierno de la Generalidad, a propuesta del consejero o la consejera de Salud, y tendrá una vigencia de 3 años.

Artículo 4

4.1 Al frente del Plan Director de Salud Mental y Adicciones hay el/la director/a del Plan, que será nombrado o nombrada por el consejero o la consejera de Salud, a propuesta conjunta del secretario o secretaria de Estrategia y Coordinación y del director o la directora general de Planificación y Evaluación, entre personas profesionales con vinculación funcionaria, estatutaria de servicios de salud o laboral del Departamento de

Salud o de los entes y organismos que están adscritos al mismo. La designación para desarrollar las funciones de dirección del Plan no supone el acceso a un nuevo puesto de trabajo, ni da lugar, por tanto, a la consolidación de derechos a este respecto.

4.2 Como máximo responsable del Plan, corresponden al director o directora del Plan las funciones siguientes:

a) Impulsar, dirigir y coordinar los trabajos técnicos del Consejo Asesor, al que hace referencia el artículo 5 de este Decreto, en el proceso de elaboración del Plan, fijar sus objetivos generales y específicos y las prioridades, la programación de actuaciones y los calendarios de ejecución.

b) Proponer los criterios para la coordinación de los aspectos principales del proceso de elaboración del Plan Director de Salud Mental y Adicciones.

c) Formular la propuesta de Plan Director de Salud Mental y Adicciones en cada uno de los campos de actuación señalados en el artículo 2 de este Decreto y elevarla al secretario o la secretaria de Estrategia y Coordinación y al director o la directora general de Planificación y Evaluación, para su propuesta conjunta al consejero o la consejera de Salud.

d) Definir y concretar las actuaciones a ejecutar sobre la base de los objetivos fijados y proponerlas a los órganos competentes.

e) Impulsar y hacer el seguimiento de la implantación del Plan en las diferentes regiones sanitarias de Cataluña.

f) Efectuar la evaluación del proceso de aplicación del Plan.

4.3 Para desarrollar las funciones que tiene encomendadas, el/la director/a del Plan contará con el apoyo técnico y administrativo del Departamento de Salud y con el asesoramiento del Consejo Asesor al que hace referencia el artículo 5.

4.4 En el ámbito de las adicciones, las funciones señaladas en el apartado segundo de este artículo se desarrollarán con el apoyo de un/a subdirector/a, que será nombrado o nombrada por el consejero o consejera de Salud, a propuesta del secretario o secretaria de Estrategia y Coordinación, entre personas profesionales con vinculación funcionaria o laboral con el Departamento de Salud o los entes y organismos que están adscritos. La designación para desarrollar las funciones de subdirector/a del Plan no supone el acceso a un nuevo puesto de trabajo y la persona

designada para este cargo continuará llevando a cabo las funciones propias de su puesto de trabajo.

Artículo 5

Se crea el Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones como órgano asesor del Departamento de Salud en el ámbito de las enfermedades mentales y las adicciones, y se adscribe a la Dirección General de Planificación y Evaluación, la cual dará el soporte administrativo y de gestión al Consejo Asesor, actuando en coordinación con la Secretaría de Estrategia y Coordinación.

Artículo 6

6.1 Corresponden al Consejo Asesor de salud mental y adicciones las funciones siguientes:

a) Prestar su asesoramiento en todas las actuaciones que se deriven del proceso de elaboración y de implantación del Plan.

b) Revisar y valorar la documentación necesaria para la elaboración del Plan.

c) Elaborar y elevar al/a la director/a del Plan Director de Salud Mental y Adicciones las propuestas y sugerencias que considere oportunos y los informes técnicos que recojan las recomendaciones del Consejo Asesor en cada uno de los campos de actuación que, de acuerdo con el artículo 2 de este Decreto, integran el Plan Director de Salud Mental y Adicciones.

d) Dar asesoramiento científico y técnico en las tareas de implantación, evaluación y actualización del Plan Director de Salud Mental y Adicciones.

e) Evaluar la evolución de los sucesivos planes directores de salud mental y adicciones y emitir informes prospectivos sobre nuevas necesidades que orienten su evolución futura y actualización.

6.2 La producción científica del Consejo Asesor debe tener en cuenta, si procede, las guías de práctica clínica y los protocolos generados por otras instituciones y por la propia Administración sanitaria.

Artículo 7

7.1 El Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones se compone de los miembros siguientes:

a) Presidente/a.

b) Vicepresidente/a primero/a.

c) Vicepresidente/a segundo/a: un/a

representante del Departamento de Bienestar y Familia.

d) Coordinador/a: el/la director/a del Plan Director de Salud Mental y Adicciones, que tiene asignadas las funciones de coordinar el desarrollo de las funciones del Consejo y de garantizar el soporte técnico y administrativo de este órgano.

e) Vocales:

Un/a representante del Departamento de Justicia.

Hasta un máximo de 90 personas, todas ellas expertas y de reconocida solvencia en el ámbito de la salud mental y las adicciones, vinculadas a las universidades catalanas, a centros sanitarios, al ámbito de la atención primaria, a colegios profesionales del ámbito de las ciencias de la salud, a instituciones y centros de investigación biomédica, a sociedades científicas, a asociaciones de pacientes y familiares, a asociaciones de usuarios y usuarias, a entidades o grupos de mujeres con actividad en el ámbito de la promoción de la salud de las mujeres y a las administraciones sanitarias.

7.2 Las personas vocales son nombradas por el/la consejero/a de Salud, a propuesta de los órganos rectores de las entidades respectivas. El/la presidente/a y el vicepresidente/a primero/a son nombrados o nombradas libremente por el consejero o la consejera de Salud. En la composición del Consejo Asesor se procurará alcanzar la presencia de un número de mujeres que represente un mínimo del 50% del total de personas miembros de este órgano colegiado.

7.3 Asumirá la secretaría del Consejo, con voz y sin voto, un técnico o técnica del Departamento de Salud.

7.4 Las personas miembros del Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones podrán recibir las dietas y las indemnizaciones que les correspondan, de acuerdo con la normativa vigente.

Artículo 8

El funcionamiento interno y el régimen de adopción de acuerdos del Consejo se deben ajustar a las disposiciones generales reguladoras de los órganos colegiados.

Artículo 9

Para un mejor funcionamiento, el Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones puede ejercer sus funciones en Plenario y en

Comisión Permanente.

Artículo 10

10.1 Corresponde, en todo caso, al Plenario proponer al director o la directora del Plan criterios para la coordinación de los principales aspectos de elaboración del Plan, fijar un calendario de reuniones del Consejo Asesor y determinar propuestas de objetivos a ejecutar por la Comisión Permanente.

10.2 En cualquier caso, el Plenario se debe reunir en sesión ordinaria al menos una vez cada año y en sesión extraordinaria siempre y cuando lo convoque la presidencia, por iniciativa propia o a petición de un mínimo de un tercio de sus miembros.

Artículo 11

Corresponde a la Comisión Permanente que se cree ejecutar las funciones del artículo 6 que le sean delegadas por el Plenario.

Artículo 12

12.1 La Comisión Permanente que se cree la componen el/la presidente/a del Consejo Asesor, el/la coordinador/a y un número máximo de 30 vocales, designados por el consejero o la consejera de Salud entre los miembros del Plenario.

12.2 Asumirá la secretaría de la Comisión Permanente que se cree un técnico o técnica del Departamento de Salud.

12.3 La Comisión Permanente que se cree se debe reunir en sesión ordinaria al menos tres veces al año y en sesión extraordinaria siempre y cuando la convoque la presidencia, por iniciativa propia o a petición de un mínimo de un tercio de sus miembros.

Artículo 13

13.1 En el Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones se constituirán los grupos de trabajo que el presidente o la presidenta del Consejo, a propuesta del director o la directora del Plan, a propuesta de cualquier vocal o por iniciativa propia, considere necesario para el mejor desarrollo de las funciones de este órgano.

13.2 Los grupos de trabajo están constituidos por miembros del Consejo Asesor y, si procede, por personas expertas externas en el ámbito material específico que se trate.

13.3 Al frente de cada grupo de trabajo hay una persona responsable, que debe ser miembro de la Comisión Permanente, con las funciones de dirigir y coordinar el grupo,

de fijar el plan de trabajo y la propuesta de actuaciones, los cuales se deberán ajustar a los contenidos y al calendario de trabajo que determine el Plenario.

13.4 Las propuestas que cada grupo de trabajo elabore se deben recoger en un informe que se elevará al Plenario para su aprobación.

DISPOSICIÓN ADICIONAL

Única

El Departamento de Salud deberá someter a la aprobación del Gobierno el primer Plan Director de Salud Mental y Adicciones en el plazo máximo de 6 meses contados a partir de la entrada en vigor de este Decreto.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Queda derogada la Orden SSS/258/2002, de 11 de julio, por la que se regula la composición, las funciones y el régimen de funcionamiento del Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental en Cataluña (DOGC núm. 3681, 19.7.2002), y el Decreto 149/1990, de 28 de mayo, de creación del Programa de salud mental (DOGC núm. 1311, de 29.6.1990).

DISPOSICIÓN FINAL

Única

Este Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el DOGC.

Barcelona, 28 de febrero de 2006

PASQUAL MARAGALL I MIRA
Presidente de la Generalitat

MARINA GELI I FÀBREGA
Consejera de Salud
(06.048.080)

11. Índice de figuras, gráficos y tablas

8. Índice de figuras, gráficos y tablas

1 Figuras

- Figura 1 Los componentes de la definición de modelo
- Figura 2 El modelo funcional de la salud mental
- Figura 3 Estructura de los planes directores
- Figura 4 Objetivos estratégicos del Plan Director de Salud Mental y Adicciones
- Figura 5 Aspectos claves de la planificación de servicios

1.2 Gráficos

- Gráfico 1. Peso relativo del coste de la atención a los problemas de salud mental en el total del presupuesto de compra de servicios del 2006 (CatSalut - ICS)
- Gráfico 2. Comparación de la distribución del gasto de salud mental en relación con el presupuesto global de compra de servicios del 2006 (CatSalut - ICS)
- Gráfico 3. Distribución del presupuesto sanitario público de salud mental (1990 vs 2005)
- Gráfico 4. Indicadores positivos de salud mental en 10 países de la Unión Europea
- Gráfico 5. Pirámide de población
- Gráfico 6. Prevalencia de trastorno mental por sexo en Europa, España y Cataluña 2002
- Gráfico 7. Prevalencia de trastornos mentales a los doce meses, por sexo. Cataluña y España, 2002
- Gráfico 8. Prevalencia de problemas de salud mental por clase social, grupo de edad y sexo. Cataluña, 2002
- Gráfico 9. Principales trastornos crónicos declarados según el tipo de trastorno y sexo. Cataluña, 2002
- Gráfico 10. Población que declara tener problemas (moderados y graves) en aspectos de la calidad de vida por edad y sexo. Cataluña, 2002
- Gráfico 11. Consumo de alcohol por sexo. Cataluña, 2002
- Gráfico 12. Consumo de riesgo de alcohol. Cataluña, 2002
- Gráfico 13. Consumo de riesgo de alcohol por región sanitaria y sexo. Cataluña, 2002
- Gráfico 14. Población que declara sufrir alguna discapacidad por grupo de edad y sexo y tipo de discapacidad. Cataluña, 2002
- Gráfico 15. Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y cannabis, en los últimos 30 días (1994 - 2004)
- Gráfico 16. Evolución de la prevalencia de consumo de otras sustancias adictivas, en los últimos 30 días (1994 - 2004)
- Gráfico 17. Distribución de la población con cualquier TM en el último año, según la atención sanitaria recibida el último año. Cataluña 2002
- Gráfico 18. Porcentaje de uso de los diferentes profesionales sanitarios, de los que han sufrido un TM en el último año y se han visitado con algún profesional sanitario en el último año. Cataluña 2002
- Gráfico 19. Evolución de la mortalidad por TM. Cataluña, 1983-2002
- Gráfico 20. Evolución de la mortalidad por demencia senil, vascular y demencia no especificada, por sexo. Cataluña, 1999-2002
- Gráfico 21. Evolución de la mortalidad por enfermedad de Alzheimer en mayores de 64 años, por grupo de edad y sexo. Cataluña, 2000-2002
- Gráfico 22. Evolución de la mortalidad por suicidios - autolesiones y homicidios, por sexo. Cataluña, 1999-2002
- Gráfico 23. Distribución de los pacientes atendidos en centros de salud mental ambulatoria residentes en Cataluña y de la población de Cataluña por sexo y grupo de edad. Año 2003
- Gráfico 24. Evolución de los pacientes atendidos y visitas realizadas (CSMIJ y CSMA)

8. Índice de figuras, gráficos y tablas

Gráfico 25. Prevalencia y frecuentación en Centros de Salud Mental en Cataluña por grupos de edad y sexo Cataluña, 2003

Gráfico 26. Visitas por pacientes en CSM por grupos de edad y sexo, 2003

Gráfico 27. Comparación de las categorías diagnósticas más prevalentes en los CSMIJ y CSMA. Cataluña, 2003

Gráfico 28. Evolución de los inicios de tratamiento en los CAS por droga principal (1991 - 2004)

11.3 Tablas

Tabla 1. Distribución porcentual de los grupos terapéuticos que generan el gasto farmacéutico en salud mental (2005)

Tabla 2. Tasa de prevalencia de los trastornos depresivos en diferentes estudios europeos.

Tabla 3. Población de 65 y más proyectada (España - Unión Europea)

Tabla 4. Población de 65 y más proyectada (Cataluña diferentes escenarios)

Tabla 5. Distribución de población (TIS) por grandes grupos de edad y género. Cataluña 2005.

Tabla 6. Distribución de la población por género y región sanitaria con la nueva distribución territorial

Tabla 7. Esperanza de vida por grupo de edad a partir de los 65 años. Cataluña 2003

Tabla 8. Índice de envejecimiento y dependencia por género y territorio. Cataluña 2005

Tabla 9. Esperanza de vida, esperanza de vida libre de incapacidad y esperanza de vida en buena salud, por sexo y edad. Cataluña, 2000

Tabla 10. Esperanza de vida a los 60 años

Tabla 11. Prevalencia * de trastornos mentales a lo largo de la vida y prevalencia a los doce meses, por sexo. Cataluña 2002

Tabla 12. Prevalencia * de trastornos mentales a los doce meses, por sexo y grupo de edad. Cataluña, 2002

Tabla 13. Utilización de fármacos psicotrópicos a los doce meses, por sexo y grupo terapéutico. Cataluña y España, 2002

Tabla 14. Tasas específicas de mortalidad por enfermedad mental por grupos de edad y sexo (x100.000 hab.). Cataluña, 2003

Tabla 15. Tasas estandarizadas (x100.000 hab.) y mortalidad proporcional estandarizada. (Población Cataluña 1991). 20 grandes grupos. Cataluña, 2003

Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad por trastorno mental, demencia senil, enfermedad de Alzheimer, suicidio y autolesión por grupos por edad y sexo (x100.000 hab.). Cataluña, 2003

Tabla 17. Algunos parámetros de las altas (de agudos y subagudos) en hospitales psiquiátricos y de las altas psiquiátricas en hospitales generales de agudos de la XHUP, 2004

Tabla 18. Contactos de los hospitales psiquiátricos y de los contactos psiquiátricos de los hospitales generales de agudos. Años 2002 y 2003

Tabla 19. Distribución de las altas de los hospitales psiquiátricos y de las altas psiquiátricas de los hospitales generales de agudos por región sanitaria, 2004

Tabla 20. Altas de los hospitales psiquiátricos y altas psiquiátricas de los hospitales generales de agudos de la XHUP de los residentes en cada región sanitaria según la región sanitaria del hospital, 2004

Tabla 21. Distribución de las altas de los hospitales psiquiátricos y de las altas psiquiátricas de los hospitales generales de agudos de la XHUP que corres-

8. Índice de figuras, gráficos y tablas

- ponden a las diez categorías diagnósticas más frecuentes (según la CIM-9-MC), 2004
- Tabla 22. Pacientes atendidos en los centros de salud mental, 2004
- Tabla 23. Visitas de consulta ambulatoria psiquiátrica en los centros de salud mental, 2004
- Tabla 24. Diagnósticos más prevalentes en los centros de salud mental, 2004
- Tabla 25. Visitas de consulta ambulatoria psiquiátrica en los CSMA y CSMIJ, 2004
- Tabla 26. Diagnósticos más prevalentes en los CSMIJ y CSMA, 2004
- Tabla 27. Pacientes infantiles y juveniles: distribución de los pacientes, mediana de edad y porcentaje de mujeres por diagnóstico principal seleccionado. Año 2003
- Tabla 28. Pacientes adultos: distribución de los pacientes, mediana de edad y porcentaje de mujeres por diagnóstico principal seleccionado. Año 2003
- Tabla 29. Evolución de actividad en atención a la Salud Mental y Adicciones: 1998 - 2003
- Tabla 30. Recursos de internamiento en Salud Mental y Adicciones. Cataluña 2004
- Tabla 31. Recursos con consulta ambulatoria en Salud Mental y Adicciones. Cataluña, 2004
- Tabla 32. Hospital de día en la atención en Salud Mental. Cataluña 2004
- Tabla 33. Centros de día en la atención en Salud Mental. Cataluña 2004
- Tabla 34. Indicadores de factores críticos y estrategias a implantar
- Tabla 35. Problemas de salud, servicios y dispositivos de cada ámbito de intervención
- Tabla 36. Servicios implicados en la atención a los problemas de salud mental y adicciones de la población infantil y juvenil
- Tabla 37. Servicios implicados en la atención a los problemas de salud mental y adicciones de la población adulta y la gente mayor
- Tabla 38. Servicios de base territorial, con referencia de proximidad (En la etapa infantil y juvenil)
- Tabla 39. Servicios de base territorial, con referencia de proximidad (En la etapa adulta y la vejez)
- Tabla 40. Servicios de concentración (En la etapa infantil y juvenil)
- Tabla 41. Servicios de concentración (En la etapa adulta y la vejez)

12. Glosario terminológico

11. Glosario terminológico

AATM	Agencia de Evaluación de Tecnologías Médicas
ABS	Área Básica de Salud
ACM	Asociación de Municipios de Cataluña
AP	Atención Primaria
APS	Atención Primaria de Salud
APVP	Años potenciales de vida perdidos
CAP	Centro de Atención Primaria
CAPIP	Centro de Atención Psiquiátrica Infantil y Primaria
CAS	Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias
CCAA	Comunidades Autónomas
CCECS	Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud
CD	Centro de Día
CDIAP	Centro de Desarrollo y Atención Precoz
CIM-9-MC	Código Internacional de Enfermedades-9ª Revisión- Modificación Clínica
CIMSS	Comisión Interdepartamental Mixta socio sanitaria
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos
CMBDAH	Conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria
CMBDSM	Conjunto mínimo básico de datos en salud mental
CSM	Centro de Salud Mental
CSMA	Centro de Salud Mental de Adultos
CSMIJ	Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil
CTIC	Comisión Interdepartamental para la coordinación de actuaciones de la Administración de la Generalidad dirigidas a los niños y adolescentes con discapacidades o riesgo de sufrirlas
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades
DG	Dirección General
DGAIA	Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia
DGPA	Dirección General de Planificación y Evaluación
DI	Discapacidad Intelectual
DOGC	Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña
DUIR	Diplomado Universitario Enfermería Residente
EAP	Equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica
EAPs	Equipos de Atención Primaria de Salud
ELSA	Project Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol
ESCA	Encuesta de salud de Cataluña
ESEMeD-Spain	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
EV	Esperanza de vida
EVBI	Esperanza de vida en buena salud
EVLI	Esperanza de vida libre de incapacidad
EVS	Esperanza de vida sin incapacidad
FECAFAMM	Federación Catalana de Familiares de Enfermos Mentales
FMC	Federación de Municipios de Cataluña
GED	Grupo de estudio y derivación
GHB	Gamma-hidroxibutirato
GHQ	General Health Questionnaire
GTS	Gobiernos territoriales de salud
ICS	Instituto Catalán de la Salud
IES	Instituto de Estudios de la Salud
IMHPA	European Platform for Mental Health Promotion and Mental Disorders

11. Glosario terminológico

	Prevention
IMPU	Instituto Municipal de Psiquiatría de Urgencias
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
LOSC	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña
LSD	Lysergic Acid Diethylamide
MEF	Médicos en formación
MIR	Medico interno residente
NESARC	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OTD	Órgano Técnico de Drogodependencias
PdS	Plan de Salud de Cataluña
PDSMA	Plan Director de Salud Mental y Adicciones
PEF	Psicólogos en formación
PMM	Programa de Mantenimiento con Metadona
PNSD	Plan Nacional sobre Drogas
PIB	Producto Interior Bruto
PIR	Psicólogo interno residente
PSI	Plan de Servicios Individualizado
PT	Plan Terapéutico
SAMCAT	Salud mental en Cataluña (Estudio epidemiológico)
SM	Salud mental
SEM	Servicio de Emergencias Médicas
SESM-DI	Servicio especializado de salud mental para personas con discapacidad intelectual
SIDC	Sistema de Información sobre Dependencias en Cataluña
TCA	Trastorno del comportamiento alimentario
TDAH	Trastornos por déficit de atención y hiperactividad
TEC	Terapia electroconvulsiva
TGD	Trastornos generalizados del desarrollo
TIC's	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TLP	Trastorno límite de la personalidad
TM	Trastorno mental
TMG	Trastorno mental grave
TMS	Trastorno mental severo
TUS	Trastorno por uso de sustancias
UADP	Unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica
UAPE	Unidad de Atención Psiquiátrica especializada
UCA	Unidad de Crisis para Adolescentes
UE	Unión Europea
UHD	Unidad Hospitalaria de Desintoxicación
URPI	Unidad de Referencia Psiquiátrica Infantil
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
XAD	Red de atención a las drogodependencias de Cataluña
XHUP	Red hospitalaria de utilización pública de Cataluña
XSM	Red de salud mental

12. Bibliografía consultada

13. Bibliografía consultada

12. Bibliografía consultada

1. Fuente: ESEMeD y SAMCAT, 2002
2. Thornicroft y Tansella (World Psychiatry Association 2002)
3. Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña 15/1990
4. Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña- Núm. 572-7-VIII-85
5. Plan Nacional sobre Drogas, Consumo de drogas en España. En <http://www.mir.es/pnd/dock/presenta/presenta.htm>
6. Guillem López Casanovas: «Los problemas de gestión en el sistema sanitario». El País, 26 de julio 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. Evaluación de la participación de los planes directores en el gasto sanitario del CatSalut. Barcelona, julio 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, MI: 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. Psiquiatría de la adolescencia. Biblioteca de psiquiatría 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 higt school students. *Addictive Behaviours*, 1987; 12: 129-35
17. Vado A, Colom J. Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe? *Addiction* 1997; 92 (Suppl 1): S21-31.
18. 5. Fox K, te al. Estimating the coste 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 YA, 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,

12. Bibliografía consultada

- 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 risks: Global and regional burden of disease due to selected mayor risk factors, Edited by M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, and C. J. L. Murray. Geneva: WHO.
 24. Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. La salud y los servicios sanitarios en Cataluña: la visión de los ciudadanos el año 2002. Barcelona: Departamento de Sanidad y Seguridad 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 Leño 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 Cataluña. *Gac Sanit* 1988; 12: 153-159.
 27. Generalidad de Cataluña. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. La salud y los servicios sanitarios en Cataluña. La visión de los ciudadanos el año 2002. Barcelona: Dirección General de Salud 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 mayor 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 te al. Recent trends in the use of antidepressant drugs in Australia, 1990-1998. *MJA* 2000;173:458-61
 32. Pincus HA, Tanielian MI, Marcus SC te al. Prescribing trends in psychotropic medications. *JAMA*. 1998; 279:526-31.
 33. A Ortiz y 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 Y, Pujol E, Rosell M. Tasas de incidencia y prevalencia en la Atención Primaria. Métodos para su obtención. Barcelona: Fundación Jordi Gol i Gurina, 2002.
 36. Aragonès E, Gutiérrez MI, Pino M, Lucena C, Cervera J, Garreta Y. 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 illnes in general health care*. New York: John Willey and Sonidos, 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 Y, 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, Boj Y, Yuntero A, Arenas M. Prevalencia y

12. Bibliografía consultada

- 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 OLMOS - 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 de santé mentale 2005 - 2008. de la France.
 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 - Versión GEMP II (ESMS-GEMPII - Diagrama de Servicios de Salud Mental. Versión original: Sonia Johnson, Robert Kuhlmann y el grupo EPCAT. Versión castellana: Cristina Romero, Luis Salvador-Carulla, Grupo de Investigación de Medicina Psicosocial - GEMP (versión 4 - Marzo 2002).