

# **Atles integral dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya, 2010**

Com esmentar aquesta publicació:

Salvador-Carulla L, Serrano-Blanco A, Garcia-Alonso C, Fernandez A, Salinas -Perez JA, Gutiérrez-Colossía MR, Marfull-Blanc T, Rodero-Cosano ML, Prat-Pubill B, Molina C. GEOSCAT: Atlas integral dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya, 2010.

Pla director de salut mental i addiccions. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recursos Sanitaris, Generalitat de Catalunya; 2013.

© 2013, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Recursos Sanitaris



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

**Edició:** Departament de Salut

**Coordinació editorial:** Pla director de salut mental i addiccions, Direcció General de Planificació i Recursos Sanitaris, Departament de Salut

**Assessorament lingüístic:** Secció de Planificació Lingüística del Departament de Salut

**Primera edició:** Barcelona, novembre de 2013

**Dipòsit legal:** B. 1570-2014

**Amb la col·laboració de:**



# Sumari

Equip de Treball.....	8
Introducció .....	9
1. Justificació .....	17
2. Objectius.....	18
2.1. Objectiu general .....	18
2.2. Objectius específics.....	18
3. Metodologia .....	19
3.1. Disseny de l'estudi.....	19
3.2. Instrument DESDE-LTC.....	20
a) Unitats d'anàlisi .....	21
b) Definició d'àrees sociosanitàries.....	22
c) Estructura del qüestionari .....	23
4. Material.....	32
5. Procediment .....	32
6. Unitats geogràfiques d'anàlisi .....	33
6.1. Tractament de la cartografia i la informació .....	34
6.2. Indicadors d'atenció a la salut mental .....	35
6.2.1. Indicadors sociodemogràfics.....	35
6.2.2. Indicadors d'activitat assistencial .....	38
a) Registre del conjunt mínim bàsic de dades dels centres de salut mental ambulatoris (CMBD-SMP) .....	39
b) Registre del conjunt mínim bàsic de dades a l'alta hospitalària.....	39
6.2.3. Indicadors d'activitat .....	39
6.2.4. Estudi de disponibilitat territorial dels serveis estandarditzats de salut mental .....	40
6.3. Metodologia per a l'anàlisi espacial .....	42

6.3.1. L'algorisme evolutiu multiobjectiu (AEMO).....	42
7. Resultats.....	45
7.1. Anàlisi de l'organització territorial dels dispositius de salut mental a Catalunya 45	
Zonificació sanitària general.....	45
Zonificació sanitària de la salut mental.....	47
Dispositius no sanitaris.....	49
7.2. Descripció dels indicadors sociodemogràfics dels Governos Territorials de Salut 50	
Llegenda.....	50
Densitat de població.....	51
Mapa 4. Densitat de població en els Governos Territorials de Salut.....	51
Índex de dependència.....	52
Índex d'envelliment.....	53
Taxa d'immigració total.....	54
Taxa d'immigració de països de la Unió Europea.....	55
Taxa d'immigració de països d'Europa extracomunitaris.....	56
Taxa d'immigració de països de l'Àfrica.....	57
Taxa d'immigració de països d'Amèrica.....	58
Taxa d'immigració de països de l'Àsia.....	59
Taxa de persones amb estat civil diferent a casades.....	60
Taxa de persones que viuen soles.....	61
Taxa d'atur.....	64
7.3. Descripció dels dispositius d'atenció a la salut mental.....	65
Resum breu de la informació analitzada.....	65
7.4. Departament de Salut.....	71
7.4.1. Població adulta. Atenció hospitalària.....	71
Hospital d'aguts (HA).....	71

Hospital de subaguts (HSA) .....	79
Unitats d'hospitalització de mitjana i llarga estada (MILLE) .....	85
7.4.2. Atenció ambulatoria i comunitària .....	108
7.4.2.1. Atenció a la població adulta .....	108
Centres de salut mental per a adults (CSMA).....	108
Consultes externes.....	118
7.4.2.2. Atenció a la població infantil i juvenil.....	118
Unitats de referència psiquiàtrica infantil (URPI) .....	118
Unitats de crisi d'adolescents (UCA) .....	121
Hospitals de dia de salut mental infantil i juvenil (HDIJ).....	122
Consultes externes infantils i juvenils .....	132
Altres serveis de salut mental.....	135
Psicogeriatría .....	136
Servei d'atenció a la salut mental d'immigrants i refugiats.....	136
Grups diagnòstics .....	138
Dispositius específics per al tractament dels trastorns de la conducta alimentària	138
Serveis d'atenció específics per a la patologia dual.....	143
Servei específic per al tractament de la discapacitat intel·lectual i els trastorns de conducta que es troben en dispositius de salut .....	145
7.5. Departament de Benestar Social i Família.....	146
7.5.1. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) .....	146
Llars residència .....	147
Llar amb suport .....	151
Servei de club social .....	157
Servei prelaboral .....	160
Servei de tutela .....	165
CDIAP (centre de desenvolupament infantil i d'atenció precoç) .....	167
7.6. Departament d'Empresa i Ocupació .....	175

Centres especials de treball/unitats de suport a l'activitat professional.....	175
7.7. Departament d'Ensenyament .....	181
Equip d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP) .....	181
7.8. Departament de Justícia .....	181
8. Gràfics d'aranya per regió sanitària .....	183
8.1. Indicadors sociodemogràfics .....	183
8.2. MTC i places/lits per regió sanitària i grup de població atesa.....	184
8.3. MTC i places/lits per regió sanitària i grup MTC del DESDE-LTC .....	190
9. Anàlisi de l'activitat assistencial .....	194
9.1. Serveis ambulatoris d'atenció a la salut mental .....	194
10. Anàlisi espacial .....	205
10.1. <i>Hot spots</i> de prevalença administrativa de qualsevol trastorn mental.....	207
10.2. <i>Hot spots</i> de prevalença administrativa d'esquizofrènia .....	208
10.3. <i>Hot spots</i> de prevalença administrativa de depressió.....	209
10.4. <i>Cold spots</i> de prevalença administrativa de qualsevol trastorn mental....	210
10.5. <i>Cold spots</i> de prevalences administratives d'esquizofrènia.....	211
10.6. <i>Cold spots</i> de prevalences administratives de depressió .....	212
10.7. Anàlisi detallada de la prevalença administrativa de depressió .....	213
11. Anàlisi de la disponibilitat de professionals.....	217
11.1. Adults.....	217
11.2. Infantil i juvenil.....	220
12. Descripció del perfil professional per dispositiu .....	222
13. Anàlisi de la disponibilitat de places i llits .....	223
14. Discussió.....	225
15. Comparació de les dades del 2010 amb atles anteriors .....	229
16. Territorialització.....	231
Disponibilitat territorial.....	233
16.1. Indicadors sociodemogràfics .....	234

16.2.	Dispositius existents: aspectes generals .....	235
16.3.	Dispositius existents: aspectes específics .....	237
16.3.1.	Departament de Salut.....	237
16.3.2.	Departament de Benestar i Família .....	248
16.3.3.	Atenció proporcionada per altres sectors.....	249
17.	Sistemes de suport per prendre decisions en la planificació en salut mental..	250
18.	Anàlisi espacial ( <i>hot i cold spots</i> ).....	251
19.	Conclusions .....	253
19.1.	Resultats destacats .....	253
19.2.	Propostes futures .....	254
20.	Bibliografia .....	256

## Equip de Treball

### PSICOST

Luis Salvador Carulla

Mencía Ruiz Gutiérrez-Colosía

Miriam Poole Quintana

### Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Josep María Haro Abad

Antoni Serrano Blanco

Ana Fernández Sánchez

Teresa Marfull Blanc

### Universidad LOYOLA Andalucía

Carlos Ramón García Alonso

José Alberto Salinas Pérez

María Luisa Rodero Cosano

Javier Álvarez Gálvez

### Departament de Salut

Josep Fusté

Cristina Molina Parrilla

Esther Jordà Sampietro

Esther Rovira Campos

Bibiana Prat Pubill

### Comissió d'experts

Pere Bonet Dalmau

Antoni Bulbena Vilarrasa

Jordi Cid Colom

Jose García-Ibañez

Lluís Lalucat Jo

Diego Palao Vidal

Josep Ramos Montes



## Introducció

### Sistemes de salut mental

Els models de suport a la presa de decisions en política sanitària han representat un gran avenç en els darrers anys. Això ha estat fonamentalment perquè s'ha substituït l'aproximació tradicional d'atenció basada en l'evidència (*evidence-based care*) pel nou paradigma de l'evidència informada (Lavis et al., 2012) i el desenvolupament de marcs conceptuals i de directrius per al suport de la presa de decisions (Bosch-Capblanch, 2011; Lewin et al., 2012). El model de l'evidència informada considera que els sistemes de salut són entitats dinàmiques d'alta complexitat (De Savigny, 2009) i té en compte, a més de les dades experimentals sobre intervencions, la denominada "informació local" (dades epidemiològiques i de serveis a nivell *micro*, *meso* i *macro* del sistema de salut) (Lewin et al., 2009). D'altra banda, la interpretació adequada de les dades requereix que s'utilitzin nous sistemes d'anàlisi com el *Knowledge Discovery from Data* (KDD), en els quals la visualització de la informació i la seva combinació amb el coneixement expert a priori adquireix una importància fonamental (Gibert et al., 2010). En aquest context, la descripció estandarditzada de serveis mitjançant una codificació acceptada internacionalment i la representació cartogràfica corresponent adquireixen una importància creixent. El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha estat pioner a Espanya a utilitzar mapes per al suport de la planificació sanitària i a analitzar-ne l'adequació i el desenvolupament, des de la publicació del primer mapa sanitari l'any 1980 fins al mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de l'any 2008, que comprèn l'anàlisi de situació, les línies estratègiques, els criteris de planificació adaptables a les especificitats de cada territori i els escenaris d'adequació dels serveis per territoris (de la Puente i Fusté, 2008).

El cas de la salut mental suposa reptes específics atesa l'alta complexitat dels serveis implicats en l'atenció (Johnson i Salvador-Carulla, 1998). Aquestes dificultats tenen a veure amb l'alta variabilitat dels sistemes de prestació que fan que, en molts casos, el nom del servei no es correspongui amb l'activitat que desenvolupa, la fragmentació de l'atenció entre diversos sectors (sanitari, social, educació, treball i justícia), la complexitat de la xarxa d'atenció especialitzada de tipus secundari, així com la presència de condicions de salut amb provisió de serveis diferenciada (infantil i juvenil, psicogeriatria, drogodependències i discapacitat intel·lectual, entre altres).

En els darrers anys, s'ha produït un gran desenvolupament en l'ús de mapes per representar informació de recursos de salut mental amb un component espacial. A escala internacional, en darrera dècada, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha publicat una sèrie d'atles de recursos de salut mental al món (OMS, 2001; OMS, 2005; OMS, 2011) per tal de recopilar i difondre informació sobre les polítiques, el finançament, els serveis, els professionals, els tractaments i els medicaments, l'organització o els sistemes d'informació sobre salut mental al món. A Espanya, el Grupo Atlas VPM va elaborar un monogràfic sobre L'hospitalització aguda de salut mental (Aizpuru et al., 2008) dins dels *Atles de variacions en la pràctica mèdica en el Sistema Nacional de Salut*. La seva finalitat va ser descriure i explicar les variacions geogràfiques de la utilització i els procediments de serveis integrals per a la salut mental.

Els estudis comparatius entre sistemes de salut són complexos per les diferències d'organització i funcionament dels recursos, ja que utilitzen nomenclatures semblants per denominar serveis molt diferents. L'Estrategia en salut mental del Sistema Nacional de Salut recull, entre les seves línies estratègiques, la necessitat d'efectuar comparacions i elaborar mapes de recursos de salut mental (Ministeri de Sanitat i Consum, 2007).

Les polítiques i els plans integrals es fonamenten en l'espai geogràfic per definir demarcacions de gestió i d'organització dels recursos assistencials. Des dels anys 60, les diverses administracions en països amb economies avançades han organitzat els serveis de salut mental a partir d'àrees geogràfiques. Aquestes àrees suposen la unitat bàsica per efectuar qualsevol tipus d'anàlisi espacial o comparativa de sistemes d'atenció integral en salut mental. La sectorització dels serveis disponibles no sempre ha seguit uns criteris homogenis ni consensuats. A més, en moltes ocasions, els serveis sanitaris, socials, educatius, judicials i/o laborals, presenten les seves pròpies àrees de cobertura territorial, fet que dificulta l'estudi integral dels serveis disponibles en una àrea concreta (Johnson i Salvador-Carulla, 1998).

Espanya no disposa d'un sistema de salut mental únic, sinó que coexisteixen diversos sistemes diferents, afavorits per la cessió de les competències de salut pública a les disset comunitats autònomes que la componen. És imprescindible poder establir

comparacions entre l'organització, els recursos, els equips professionals i l'activitat assistencial de les diferents comunitats. Això ens permet avaluar l'equitat de l'atenció integral de les persones amb malaltia mental a Espanya i en els diferents àmbits territorials, i així desenvolupar polítiques basades en l'evidència (Salvador-Carulla et al., 2010).

Aquest vessant territorial dels sistemes d'atenció a la salut mental posa de manifest la importància d'elaborar mapes de salut, tal i com assenyala l'Estrategia en salut mental del Sistema Nacional de Salut (Ministeri de Sanitat i Consum, 2007). La utilitat dels mapes de salut es posa de manifest en diversos projectes de caràcter internacional, nacional i autonòmic. Aquests estudis tenen com a denominador comú l'ús de sistemes d'informació geogràfica (SIG) com a eines específiques d'anàlisi i representació de dades espacials, i de bateries d'indicadors socio-sanitaris a diferents escales geogràfiques.

L'any 2002, PSICOST va efectuar a Catalunya un primer mapa de serveis de salut mental (PSICOST, 2003). Aquest mapa incloïa l'anàlisi territorial, sociodemogràfica i de disponibilitat de serveis en el conjunt del territori i la comparava entre tres comunitats autònomes (Andalusia, Madrid i Navarra). De la mateixa manera, feia una anàlisi detallada de sis petites àrees sanitàries a Catalunya que corresponien al sector d'influència d'un centre de salut mental, i que s'havien seleccionat aleatòriament d'una mostra estratificada per zona urbana i renda. Aquestes àrees es van comparar amb àrees similars a les tres comunitats autònomes assenyalades anteriorment. L'anàlisi comparativa a nivell *macro* del sistema de salut mental a Catalunya i de les altres tres comunitats autònomes va donar lloc a una sèrie de recomanacions directament relacionades amb els resultats de l'estudi:

1. Registre d'informació mínima sobre els serveis de provisió públics i concertats incloent-hi dades bàsiques de professionals i activitat dels mateixos.
2. Cartera de serveis per àrea sanitària.
3. Memòria anual de salut mental.
4. Tipologia estandarditzada de serveis d'atenció i mapa dels mateixos.

5. Coordinació de recursos sanitaris i socials.
6. Reestructuració territorial de la zonificació de les àrees de salut mental adaptant-les a districtes censals i seccions administratives.
7. Llista d'indicadors bàsics i comuns al conjunt de comunitats autònomes.
8. Sistema d'informació unificat i integral dels pacients amb problemes de salut mental.
9. Informes de situació periòdics.
10. Implantació de serveis ambulatoris mòbils, serveis d'urgències mòbils, serveis residencials comunitaris, hospitals de dia per a l'atenció en crisi, recursos de psicogeriatría.
11. Criteris homogenis de ràtios de professionals i llits per als serveis residencials de salut mental.
12. Transformació del Programa de mitjana i llarga estada (MILLE) i promoció del Programa de seguiment individualitzat (PSI).

L'anàlisi de les dotze petites àrees sanitàries va permetre identificar una sèrie d'indicadors d'*input* (entrada) i *output* (sortida) del sistema de salut mental i elaborar un model bàsic d'atenció comunitària de salut mental (Salvador-Carulla et al., 2007).

El Pla director de salut mental i addiccions, publicat l'octubre de l'any 2006, basat en els principis de la Declaració d'Hèlsinki de l'any 2005, va recollir, a més, algunes d'aquestes recomanacions. A part, hi va incloure la necessitat d'una tipologia estandarditzada de serveis, el desenvolupament d'hospitals de dia que efectivament poguessin abordar l'atenció en crisi com a alternativa a l'hospitalització, un catàleg de prestacions i el desenvolupament d'un sistema d'atenció integral amb més coordinació amb els serveis socials.

Les deu grans línies estratègiques que el **Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions** de Catalunya inclou han de permetre una integració i planificació operativa millor dels recursos per a l'atenció integral de les persones amb problemes de salut mental i les famílies.

Aquest Atlas de salut mental facilita informació que suposa una font d'evidència informada per a la planificació, els programes i la política sanitària en salut mental. Tradicionalment, l'evidència informada s'ha considerat a escala global per entendre els efectes que una determinada decisió podria generar i els factors i les opcions que modificarien aquests efectes. No obstant això, actualment es considera la necessitat de tenir en compte també les escales nacionals, regionals i locals (Salvador-Carulla et al., 2010). L'evidència més propera als decisors de salut és aquella que informa sobre les condicions locals del seu entorn i és necessària per jutjar les decisions i accions que cal adoptar en política sanitària (Lewin et al., 2009).

### **Mapes**

Els mapes de salut mental són un instrument de gran utilitat per a la planificació de serveis basada en l'evidència. Aquests mapes permeten conèixer els diversos tipus de recursos disponibles, on s'ubiquen geogràficament i les àrees d'atenció assignades de forma gràfica, tot es presentat de manera fàcilment comprensible. Partint de la informació disponible, també es pot representar la distribució geogràfica dels professionals, dels llits assignats, de les places d'ocupació, dels llocs de vida, la morbiditat dels trastorns mentals i l'ús dels serveis de salut mental.

L'OMS, en la darrera dècada, ha publicat diferents atles de salut mental (OMS, 2001; OMS, 2005; OMS, 2011), on s'ha representat cartogràficament informació referent a les polítiques, els programes específics, l'ús de psicofàrmacs, el finançament, els sistemes d'informació i la distribució de serveis. Tots els atles incideixen en les carències d'aquest tipus d'informació, fins i tot a escala estatal.

L'any 2005, l'OMS va publicar el segon atlas de salut mental on es va actualitzar i millorar la informació que contenia l'anterior (OMS, 2001). La informació que s'hi presenta fa referència a polítiques, programes, legislació, finançament, programes especials en salut mental, atenció primària, recursos (llits psiquiàtrics i professionals) i sistemes d'informació. Recentment, s'ha publicat un nou atlas que actualitza aquesta informació (OMS, 2011).

L'*Atlas de salut mental a Catalunya* sorgeix de l'interès del Govern de la Generalitat de dotar-se d'un document científic que permeti conèixer la situació i el funcionament de

la xarxa d'atenció a la salut mental, i que serveixi per gestionar-la i planificar-la. El mapa de dispositius de salut mental servirà com a mètode d'avaluació de l'objectiu de promoure la cooperació i la coresponsabilitat dels departaments implicats, i potenciar la participació de les persones que pateixen un trastorn mental, les seves famílies i els professionals que les acompanyen.

Aquesta iniciativa és pionera a l'Estat espanyol. Catalunya és capdavantera en l'elaboració d'un atlas integral de salut mental que aplegui, en el seu contingut, dades de tots i cadascun del dispositius al servei de la salut mental que hi ha al nostre país. La possibilitat de planificar, amb criteris d'homologació europeus, una xarxa transversal i comunitària d'atenció integral de serveis d'atenció a les persones que pateixen una malaltia mental, dóna una especial rellevància a l'elaboració de l'esmentat *Atlas integral de salut mental*.

### ***Tipologia de serveis***

L'instrument utilitzat per elaborar una tipologia de serveis ha estat l'ESMS/DESDE. Aquest sistema deriva d'un instrument per a la descripció estandarditzada de serveis de salut mental (European Service Mapping Schedule, ESMS) (Johnson et al., 2000). A partir d'aquest instrument es va generar el diagrama estandarditzat de serveis per a discapacitats a Espanya (DESDE) (Salvador-Carulla et al., 2006). Aquests instruments s'han utilitzat en diversos estudis i projectes d'àmbit estatal, com l'estudi PSICOST/CatSalut que compara petites àrees sanitàries de quatre comunitats autònomes (Salvador-Carulla et al., 2003), i els catàlegs de serveis de discapacitat i dependència a Castella-la Manxa, Navarra, Madrid i Múrcia. En l'àmbit internacional, s'ha dut a terme comparacions entre Espanya i Itàlia (Salvador-Carulla et al., 2005), així com també entre Espanya i Xile (Salvador-Carulla et al., 2008). Es va adoptar aquest sistema per descriure la nomenclatura del catàleg de serveis del Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya de l'any 2006.

L'any 2008, l'Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) va aprovar el projecte DESDE-LTC que, a més d'elaborar una nova versió de l'instrument adaptada a l'atenció a llarg termini, també va desenvolupar una nomenclatura estandarditzada per descriure i codificar serveis d'atenció integral basada en els instruments anteriors (Salvador-Carulla et al., 2010; Salvador-Carulla et al., 2011).

La codificació de serveis proposada pel sistema DESDE-LTC pretén substituir, com a mínim quasi en la totalitat, la carència d'una codificació operativa de serveis d'atenció sociosanitària en l'àmbit internacional.

L'instrument pretén recollir informació d'entrades i processos dels serveis a nivell *meso* (àrees sociosanitàries) i a un nivell *micro* (serveis individuals), tal com defineix la versió modificada de la matriu de Thornicroft i Tansella que es va desenvolupar per avaluar els serveis d'atenció a la salut mental (Thornicroft i Tansella, 1999). El DESDE-LTC s'ha dissenyat per permetre establir comparacions nacionals i internacionals. Els tipus d'atenció més importants de cada àrea de cobertura fan referència a una categoria concreta: la informació, l'accessibilitat, l'ajuda mútua i el voluntariat, l'atenció ambulatoria, de dia o residencial.

### **Anàlisi espacial**

En l'àmbit de l'epidemiologia, resulta de gran interès conèixer si existeixen possibles patrons espacials en la distribució de dades sanitàries. Això ens permet detectar situacions anòmales, com les concentracions espacials de determinades malalties (Elliott i Wartenberg, 2004; Rezaeian, Dunn, et al., 2007). Aquestes concentracions poden deure's a mecanismes de reacció, d'interacció o a ambdues coses (Haining, 2001). Els mecanismes de reacció es produeixen quan àrees veïnes comparteixen factors de risc comuns, ja siguin factors ambientals, demogràfics, comportamentals o socials; o bé presenten valors similars d'incidència, prevalença o mortalitat. La interacció es produeix pel fet que la proximitat facilita la transmissió de malalties infeccioses o genètiques arran d'un mateix focus o origen (Beale, Hodgson, et al., 2010; Ostfeld, Glass, et al., 2005).

L'anàlisi espacial de variables relacionades amb la salut pot ser de gran interès per facilitar la presa de decisions i la planificació en salut pública, ja que assenyala situacions significatives o anòmales que afecten la morbiditat, l'equitat en l'accés i l'assistència en un determinat àmbit geogràfic. A més, ens permet establir hipòtesis sobre les causes de les malalties i ajudar-nos a conèixer-ne millor l'etiologia, a identificar-ne els factors de risc, així com a dissenyar programes de prevenció, vigilància i control (Ward, 2008).

Existeixen nombrosos exemples d'anàlisis espacials de dades desenvolupades sobre variables de salut, com la prevalença, la incidència i la mortalitat (Bithell, 2000). En l'àmbit de la salut mental, encara que en menor grau, també es poden trobar exemples d'anàlisi espacial. Per exemple, la recerca de la correlació entre clústers de discapacitat intel·lectual i els trastorns del desenvolupament (Zhen, McDermott, et al., 2009). Una altra mostra seria l'estudi de les agrupacions de trastorns mentals causats pel consum de substàncies psicoactives i els trastorns neuròtics, de l'estrès i somatomorfs relacionats amb les característiques de pobresa i desestructuració social dels barris de Malmö (Suècia) (Chaix, Leyland, et al., 2006) o la relació entre la pobresa i l'aïllament social amb els ingressos psiquiàtrics en els districtes postals de Londres (Regne Unit) (Curtis, Copeland, et al., 2006). Altres casos d'anàlisis espacials els trobem en la variació de la incidència d'esquizofrènia en àrees urbanes del sud-est de Londres (Kirkbride, Fearon, et al., 2007); la relació entre l'hospitalització per esquizofrènia i les característiques socioeconòmiques dels comtats de catorze estats del EUA (Fortney, Xu, et al., 2009); la detecció de *hot spots* de prevalença d'esquizofrènia en una petita àrea sanitària andalusa (Moreno, García-Alonso, et al., 2008) i en la regió d'Andalusia completa mitjançant tècniques d'intel·ligència artificial (García-Alonso, Salvador-Carulla, et al., 2010); o l'anàlisi espacial de la despesa en salut mental a Anglaterra (Moscone, Knapp, et al., 2007).

En aquest treball s'ha explorat l'existència de clústers espacials de valors significativament elevats (*hot spots*) i baixos (*cold spots*) de variables de salut mental, concretament la prevalença administrativa per municipi dels centres de salut mental d'adults (CSMA) i infantils i juvenils (CSMIJ) durant l'any 2009. S'ha analitzat els casos de trastorn mental en general i, específicament, pels trastorns esquizofrènics i la depressió major. L'anàlisi s'ha efectuat utilitzant un algorisme evolutiu multiobjectiu (AEMO) per optimitzar solucions eficients que agrupin municipis propers en l'espai i amb valors similars de prevalença (alta o baixa).



## 1. Justificació

La Declaració d'Hèlsinki de l'any 2005 va facilitar el marc per transformar els serveis de salut mental a Europa. A l'Estat espanyol, el Ministeri de Sanitat i Consum proposa dins del Pla de qualitat per al sistema nacional de salut el desenvolupament de mapes de recursos (objectiu 6.4), per tal d'enfortir els instruments disponibles per avaluar tecnologies i procediments en salut, i com a integrant d'una plataforma electrònica de coneixement comparatiu accessible als professionals sanitaris (Ministeri de Sanitat i Consum, 2006).

El desplegament del Pla nacional en l'àmbit de la salut mental queda recollit en l'Estratègia en salut mental del Sistema Nacional de Salut (Ministeri de Sanitat i Consum, 2007). Aquest document proposa sis línies estratègiques per a les quals estableix deu objectius que cal desenvolupar.

La línia estratègica per a la coordinació intrainstitucional i interinstitucional de la salut mental identifica la sectorització territorial com a element clau. Els mapes de dispositius de salut mental serviran com a mètode d'avaluació de l'objectiu 6 per promoure la cooperació i coresponsabilitat dels departaments i les agències de salut mental; i l'objectiu 7 per potenciar la participació de les persones amb un trastorn mental, les seves famílies i els professionals en el sistema sanitari públic.

La línia estratègica pels sistemes d'informació i avaluació, en l'objectiu 10 fa referència a la millora del coneixement sobre la salut mental i l'atenció dispensada pel Sistema Nacional de Salut. Fixa com a objectius específics obtenir informació sobre el grau de salut mental de la població, les principals causes de morbiditat atesa i sobre l'organització, els dispositius i els recursos específics dedicats a l'atenció de la salut mental. Per això, recomana que s'estandarditzi la nomenclatura dels serveis i dispositius i es creï un mapa de salut mental del Sistema Nacional de Salut.

El Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya (2006) inclou en la seva proposta 10 ("Assegurar la gestió del canvi"), objectiu operatiu "1.1. Completar la generalització dels serveis al territori", el projecte d'elaboració del mapa sanitari i sociosanitari de salut mental i addiccions. Aquest objectiu ha d'adaptar-se a les directrius del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions

de l'any 2010, que en el 10è punt estratègic esmenta la “planificació operativa i l'impuls de les accions necessàries per a la consecució de la integració en la gestió territorial dels recursos assistencials: socials, sanitaris i educatius, elaborant un únic mapa i fent l'accés integrat i territorialitzat”.

## 2. Objectius

### 2.1. Objectiu general

Definir una metodologia per elaborar l'*Atles integral de salut mental de Catalunya* que permeti facilitar un sistema de codificació com a forma de transmissió.

### 2.2. Objectius específics

La finalitat del projecte és facilitar un sistema de suport a la decisió per a la gestió i la planificació sociosanitària de la salut mental a Catalunya a través de l'aplicació de sistemes d'informació geogràfica (SIG). Els resultats d'aquesta aplicació permetran conèixer els serveis existents actualment i la seva localització geogràfica, cosa que facilitarà l'anàlisi de la disponibilitat i les diverses operacions d'anàlisi espacial que ajudin, de forma conjunta, a detectar les necessitats actuals i proveeixin de criteris per planificar el futur.

Aquest sistema està format per tres elements integrats:

1. Catàleg estandarditzat de serveis de salut mental. Ofereix una descripció estandarditzada dels tipus d'atenció oferts pels diferents serveis sociosanitaris de salut mental, així com també informació sobre el funcionament i els recursos de cada servei, fet que permet establir comparacions interterritorials.
2. Mapes de serveis de salut mental a Catalunya. A partir dels resultats del catàleg avançat, és possible elaborar mapes de recursos per a l'atenció de la salut mental a diferents escales i diferent temàtica. Aquests dos elements permeten avaluar els serveis, analitzar-ne la utilització, la disponibilitat i les necessitats, així com dur a terme diferents operacions d'anàlisi espacial.

3. Sistemes de suport a la decisió. L'anàlisi dels resultats del catàleg estandarditzat permet estudiar la disponibilitat dels serveis i els tipus bàsics d'atenció (MTC, sigles en anglès de *Main Type of Care*) que s'ofereixen al territori. Els resultats anteriors alimentaran operacions avançades d'anàlisi sobre l'ús d'atenció especialitzada. Una d'aquestes operacions té com a objectiu detectar zones geogràfiques amb concentracions altes (*hot spots*) o baixes (*cold spots*) de prevalença dels trastorns mentals en el territori útils per gestionar l'atenció a través d'operacions d'anàlisi espacial.

El resultat d'aquest projecte pretén ser útil per als gestors i els planificadors de salut mental, ja que disposaran d'un sistema d'informació sobre els serveis de salut mental a Catalunya on podran conèixer la situació actual i planificar el futur. De la mateixa manera, també serà útil per als usuaris, les persones amb trastorn mental i les seves famílies, que disposaran d'un catàleg que els permetrà conèixer els diferents serveis als quals poden accedir a Catalunya.

### 3. Metodologia

#### 3.1. Disseny de l'estudi

En un estudi d'avaluació de serveis socio-sanitaris es poden utilitzar diverses unitats d'anàlisi (servei, tipus bàsic d'atenció, unitat assistencial, tipus d'activitat) i a diferents àmbits: país/regió (*macro*), petita àrea (*meso*) o serveis individuals (*micro*). Aquest estudi se centra en l'avaluació de serveis i MTC a nivell *meso* (petita àrea socio-sanitària) seguint el model proposat en la matriu de Thornicroft i Tansella (1999) per avaluar serveis.

**Marc temporal:** l'any de referència és el 2010, encara que a causa de la disponibilitat d'informació, es recorre a dades d'anys anteriors, com en el cas de les bases de dades CMBD.

**Població d'estudi:** els serveis de salut mental públics, públics concertats i subvencionats, destinats a l'atenció de persones amb malaltia mental i les seves famílies.

**Criteris d'inclusió:** es consideren els serveis específics que atenen de manera específica la població amb malaltia mental (com a mínim un 20% dels usuaris i usuàries han de tenir un diagnòstic de trastorn mental).

**Criteris d'exclusió:** es consideren exclosos aquells serveis que donen una atenció exclusiva de caràcter privat amb ànim de lucre i sense cofinançament públic.

### 3.2. Instrument DESDE-LTC

La Descripció i avaluació estandarditzada de serveis i directoris a Europa per l'atenció a llarg termini (DESDE-LTC) és un instrument per descriure i classificar de manera estandarditzada els serveis per a l'atenció a llarg termini (*long term care*, sigles en anglès *LTC*) a Europa. El DESDE-LTC és una adaptació de l'ESMS-I (Johnson et al., 2000) (inclou, a més, les modificacions de l'ESMS-II) i del DESDE (Salvador et al., 2006) i dels instruments relacionats (DESDAE i DESDE). El DESDE-LTC l'ha desenvolupat un consorci europeu i l'ha finançat l'Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) (projecte ref. 2007/116) (Salvador-Carulla et al., 2011).

El DESDE-LTC se serveix, de la mateixa manera que l'instrument original, l'ESMS-I, d'un sistema d'arbres o diagrames que permeten classificar els serveis i el nivell d'utilització dels mateixos per part dels usuaris de les àrees seleccionades. D'aquesta manera, es manté l'estructura en arbre del sistema de codificació original per permetre comparatives internacionals. Aquest instrument permet dur a terme, de forma estandarditzada, les tasques següents:

- Complementar un inventari de serveis d'atenció a llarg termini d'una àrea sociosanitària específica. S'inclou la provisió de serveis socials i serveis de salut, per part del voluntariat i del sector privat. El sector privat és opcional i depèn dels objectius de l'estudi.
- Registrar els canvis que s'han produït al llarg del temps en els serveis d'una àrea de cobertura determinada.
- Delimitar i comparar l'estructura i l'oferta dels serveis d'atenció a llarg termini entre diferents àrees de cobertura sociosanitària.
- Mesurar i comparar els nivells de provisió/disponibilitat i l'ús dels principals MTC entre diferents àrees de cobertura sociosanitària utilitzant un sistema de codificació internacional.

### a) Unitats d'anàlisi

Els serveis són la mínima organització de sistemes d'atenció a un nivell *micro* dins l'atenció d'una àrea de cobertura. Existeixen altres sistemes d'atenció a un nivell *meso* (agrupació de serveis o estructures que inclouen diferents serveis dins d'una gran organització com ho és un hospital general) o a nivell *macro* (per exemple, complexos grans sanitaris nacionals o internacionals) que s'exclouen d'aquesta classificació.

És important destacar que hi ha diferents unitats d'anàlisi en aquest camp i que les comparacions s'han de dur a terme entre unitats d'anàlisi dins d'un mateix grup. El sistema DESDE-LTC defineix les unitats d'anàlisi següents:

- **Servei:** un servei és una unitat bàsica d'atenció (BSIC, sigles en anglès de *Basic Stable Inputs of Care*), constituïda per una unitat administrativa i un grup d'estructures i professionals organitzats que proporcionen atenció. La BSIC o servei es refereix només a funcions de l'atenció i no a d'altres (productes i dispositius) o a procediments (intervencions). Les funcions que proporciona el servei de microorganització es poden descriure com a unitat d'anàlisi més petita anomenada *tipus bàsic d'atenció*, i que es presenta a continuació.
- **Tipus bàsics d'atenció (MTC):** un MTC és el descriptor principal de l'activitat que ofereix un servei que es dirigeix al mateix grup d'usuaris (per exemple, ofereix allotjament nocturn a pacients aguts en un recurs d'atenció 24 hores). Aquests serveis poden facilitar més d'un descriptor principal, com ara la unitat d'aguts d'un hospital, la qual pot proporcionar també atenció d'urgència 24 hores no mòbil, que és un descriptor completament diferent i es dirigeix a un grup de pacients diferent.
- **Unitats clíniques:** les unitats clíniques són unitats *input* d'atenció que compleixen alguns, però no tots, dels criteris per classificar-se com a serveis, per la qual cosa s'haurien de considerar com a part d'un servei (per exemple, una unitat de trastorns de l'alimentació en sales psiquiàtriques d'aguts d'un hospital general).
- **Modalitat d'atenció:** la modalitat d'atenció és un tipus d'intervenció o activitat principal que es pot aplicar per descriure un nombre determinat de tasques que constitueixen la varietat completa d'atenció que proporciona un servei (De Jong, 2000). Descriu deu tipus d'activitats que identifiquen diferents patrons d'atenció desenvolupats en grups similars de serveis.

- **Paquets d'atenció:** els paquets d'atenció són un conjunt d'intervencions d'atenció integrades dissenyades per al mateix grup d'usuaris. Els paquets d'atenció es poden descriure per a un servei únic o per a un grup de serveis integrats.
- **Programes d'intervenció:** els programes d'intervenció són un conjunt d'activitats programades en un període de temps limitat (normalment menys d'un any i no més de 3 anys) sense una estructura estable en el temps. En algunes ocasions, els serveis es desenvolupen a partir de programes que s'han repetit al llarg dels anys.
- Altres components d'entrades d'atenció són els productes de salut, les eines i altres dispositius. Els productes de salut com ara les injeccions, radiologia o material quirúrgic no es codifiquen en el DESDE-LTC.

### **b) Definició d'àrees sociosanitàries**

El DESDE-LTC està dissenyat per comparar àrees geogràfiques. Per tant, s'ha de tenir present els límits sanitaris, socials o administratius d'aquesta àrea. Es requereix un exercici preliminar per classificar àrees de cobertura quan no disposem d'aquesta informació.

Classificació d'àrees geogràfiques:

H0: nivell pan-nacional. Per exemple, Unió Europea o regions sanitàries de l'OMS.

H1: nivell nacional. Per exemple, el Sistema Nacional de Salut d'Espanya.

H2: nivell regional. Per exemple, estats (*lander*) a Àustria o Alemanya, comtats a Suècia, comunitats autònomes a Espanya, departaments a França, etc.

H3: màxima unitat administrativa de salut mental. Per exemple, àrea de salut mental coberta per un hospital general de referència que facilita atenció aguda.

H4: unitat administrativa bàsica de salut mental especialitzada. Per exemple, àrea coberta per un centre de salut mental comunitari.

H5: àrea administrativa local d'atenció sociosanitària. Per exemple, municipis, àrees sanitàries locals o àrea coberta per un centre d'atenció primària.

El DESDE-LTC es dirigeix fonamentalment a les àrees de cobertura més petites localitzades en un territori, en un nivell H4.

Les àrees socials petites poden ser més petites que les àrees sanitàries petites, i les àrees d'atenció especialitzada (per exemple, salut mental) poden ser més petites que les àrees per a l'atenció a llarg termini (LTC), però més grans que les àrees d'atenció

primària. Les àrees entre 50 i 250.000 habitants s'han utilitzat en l'instrument original per a serveis de salut mental (ESMS). La comparació d'àrees amb DESDE-LTC pot ampliar-se a 50.000-500.000 habitants, segons el territori i les divisions territorials vigents.

L'instrument i la informació completa sobre el sistema d'informació DESDE-LTC està disponible a [www.DESDEproject.eu](http://www.DESDEproject.eu)

### c) **Estructura del qüestionari**

El qüestionari s'estructura en quatre seccions principals:

- ✓ **Secció A:** Preguntes introductòries.  
Preguntes generals sobre l'àrea sociosanitària de referència i sobre la població per a la qual cal complementar l'escala, així com la persona que la complementa.
- ✓ **Secció B:** Arbre o diagrama de serveis.  
S'enumeren i classifiquen els serveis de l'àrea. Es pretén així mesurar la disponibilitat de serveis a través de la seva classificació en una sèrie de diagrames segons la funció, l'emplaçament i la disponibilitat:
  - Diagrama de localització de serveis d'informació i/o accessibilitat (**I**). Serveis dirigits a facilitar l'accessibilitat, informació, orientació i valoració.
  - Diagrama de localització de serveis de dia i/o activitats estructurades (**D**). Recull els dispositius disponibles per a diversos usuaris alhora, i proporciona algun tipus de tractament de problemes relacionats amb la dependència, l'activitat estructurada, el contacte social i/o el suport. Estan disponibles durant l'horari d'obertura establert i s'espera que aquests dispositius s'utilitzin més enllà dels períodes en què existeix una atenció individualitzada.
  - Diagrama de localització de serveis comunitaris i ambulatoris (**O**). Dispositius que comporten un contacte entre els professionals i els

usuaris, atenen les dificultats socials i clíniques associades, no ofereixen generalment un servei diari o residencial.

- Diagrama de localització de serveis residencials (**R**). Inclou tots aquells dispositius que proporcionen allotjament nocturn als usuaris. La seva finalitat està relacionada amb l'atenció social i clínica a la dependència de forma directa.

Com a suport d'aquesta secció, l'instrument disposa d'un glossari de termes amb exemples dels diferents codis proposats.

- ✓ **Secció C:** arbre d'utilització i provisió de serveis.

En aquesta secció es mesura l'ús dels serveis, recollits en l'anterior secció, de la població de l'àrea de referència. Permet comptabilitzar els nivells de provisió de serveis en una àrea determinada.

- ✓ **Secció D:** inventari de serveis.

Es tracta d'un sistema de descripció complementari als anteriors que proporciona una llista més detallada de les característiques de cada servei.

#### **d) Definició dels serveis segons el DESDE-LTC**

El servei es defineix com la unitat bàsica d'atenció.

Perquè un servei sigui reconegut com a unitat d'anàlisi (és a dir, com a BSIC), ha de complir alguns dels criteris següents operativitzats en l'instrument DESDE-LTC:

**Criteri A:** el servei està reconegut com a entitat legal independent (amb CIF i/o registre oficial independent). Aquest registre és independent i no és part d'una mesoorganització (per exemple, un servei de rehabilitació en un hospital general). SI NO:

**Criteri B:** el servei compta amb unitat administrativa pròpia i/o oficina de secretaria i compleix **dos** descriptors addicionals (vegeu més avall el criteri C). SI NO:

**Criteri C:** el servei compleix **quatre** descriptors addicionals:

C1. Disposava de plantilla de professionals pròpia.



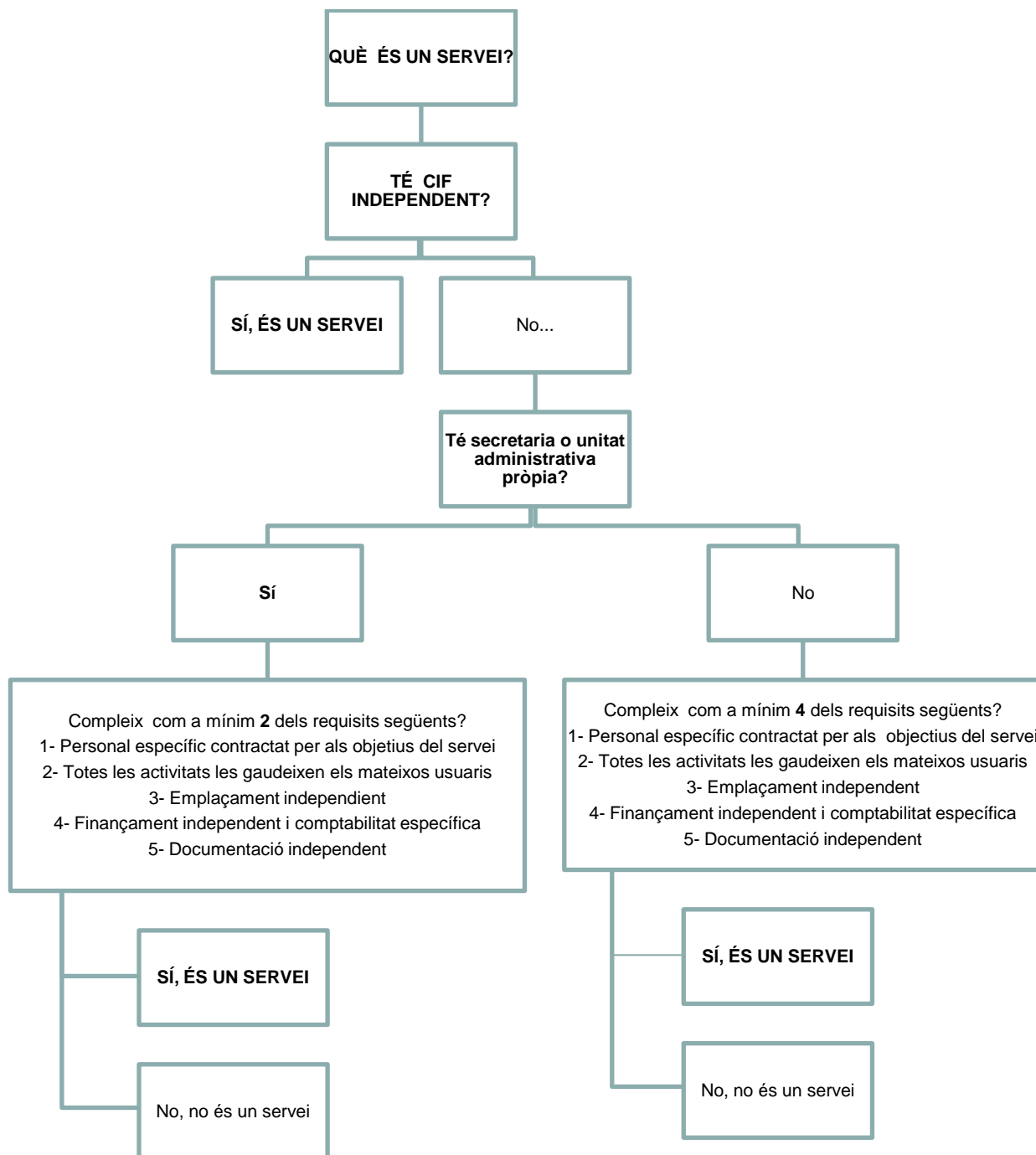
C2. Totes les activitats les gaudeixen els mateixos usuaris.

C3. Emplaçament independent.

C4. Finançament independent i comptabilitat específica.

C5. Documentació independent quan es tracta d'una mesoorganització.

Figura 1. Arbre de decisió per codificar un servei com a BSIC



### e) Tipus bàsic d'atenció (Main Type of Care)

Un cop identificats els serveis o BSIC, el pas següent és codificar-los en funció del tipus bàsic d'atenció (*Main Type of Care*, MTC). Un MTC és el principal descriptor de la funció d'atenció genèrica que proporciona un BSIC/servei. Aquestes funcions d'atenció genèrica descriuen l'activitat bàsica que fa el servei. El descriptor normalment, però no sempre, s'inclou en la definició i els objectius del servei. La codificació es basa en l'activitat actual i el funcionament del servei i no en el seu objectiu teòric o nom. Els descriptors no se solapen i no es poden comptabilitzar doblement.

El DESDE-LTC identifica 5 MTC que fan referència a l'atenció relacionada amb:

- a) La informació i l'accessibilitat als serveis.
- b) L'autoajuda i el voluntariat.
- c) L'atenció comunitària i ambulatoria.
- d) L'atenció de dia i les activitats estructurades.
- e) L'atenció residencial i la hospitalària.

Cadascuna de les funcions d'atenció es descriu en un llenguatge simple i té un codi alfanumèric específic. Els codis es defineixen a través d'una sèrie de descriptors o qualificadors estructurats jeràrquicament en 5 nivells:

1- **Estat de l'usuari:** aquest nivell fa referència a l'estat clínic dels usuaris del BSIC/servei (per exemple, si estan en situació de crisi o no).

2- **Tipus general d'atenció:** aquest nivell descriu la tipologia general de l'atenció (per exemple, mòbil/no mòbil, cobertura mèdica/no-cobertura mèdica, etc.).

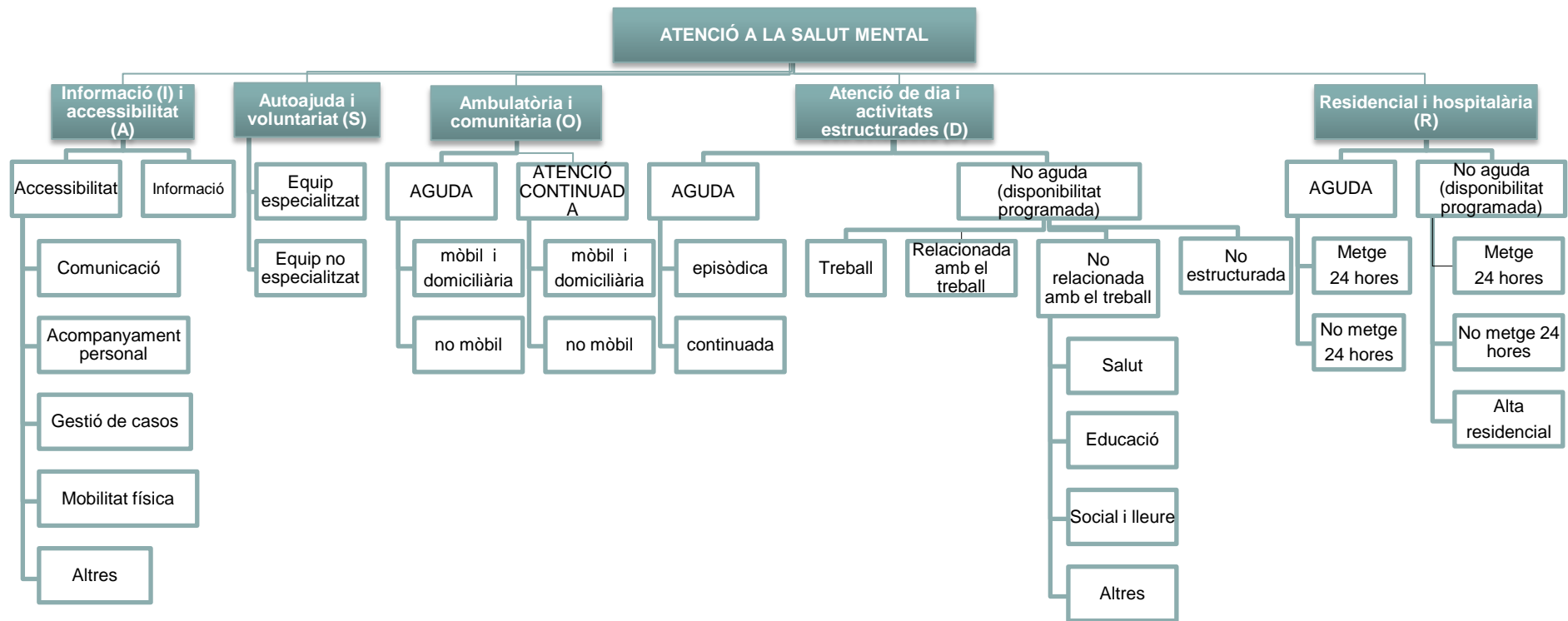
3- **Intensitat de l'atenció:** aquest nivell fa referència a la intensitat de l'atenció que el servei ofereix (per exemple, 3 cops a la setmana, 1 cop a la setmana, mensual, etc.) excepte per a l'atenció aguda residencial, on el tercer nivell descriu si l'atenció s'ofereix en un hospital registrat o no.

4- **Subtipus d'atenció:** aquest nivell proporciona una descripció més específica del tipus d'atenció en un determinat servei.

5- **Qualificadors addicionals:** aquest nivell afegeix qualificadors addicionals que poden ser necessaris per diferenciar entre recursos d'atenció similars.

La pàgina següent mostra l'arbre de decisió i els diferents MTC del sistema DESDE-LTC.

Figura 2. Arbre de decisió amb MTC per codificar serveis/BSIC



A continuació es descriuen els criteris utilitzats per codificar els MTC d'un servei:

### **Criteris d'inclusió (MTC)**

a) **MTC principal:** la definició i la descripció que proporciona el DESDE-LTC per a un codi determinat coincideix amb l'objectiu o la finalitat del servei. En cas de desacord entre l'objectiu definit i la principal activitat habitual del servei, s'utilitza l'activitat principal per seleccionar el codi MTC. S'utilitzen punts de tall quan es consideren necessaris per a permetre una codificació basada en la principal activitat/funcionament del servei.

b) **MTC addicionals:** aquests s'utilitzen per descriure el ventall d'activitats principals quan les característiques primordials del servei no es poden codificar amb un simple codi DESDE-LTC. En aquest cas, el servei es pot codificar utilitzant més d'un descriptor principal. Per exemple, la unitat d'aguts d'un hospital pot proporcionar també atenció d'urgència no mòbil 24 hores, que és un descriptor completament diferent a l'R2 (descriptor principal), el qual fa referència a diferents grups d'usuaris. Aquest servei té dos descriptors principals o MTC: R2 i O3.

Quan s'utilitzin codis addicionals, cal tenir en compte els criteris següents:

a) L'activitat principal addicional és fonamental per diferenciar el servei d'altres relacionats, tant des de la perspectiva de l'usuari com dels gestors. Seguint l'exemple anterior (R2, O3), una unitat d'aguts residencial d'un hospital general amb urgències ambulatories es diferenciaria clarament d'una unitat similar sense atenció d'urgències.

b) El servei compleix els criteris A o B per a BSIC, però hi ha múltiples grups d'usuaris. El principal grup d'usuaris es pot utilitzar per seleccionar l'MTC principal i, els altres, per seleccionar els MTC addicionals.

c) Es codifiquen com a codis addicionals les unitats clíniques. Les unitats clíniques s'identifiquen en un servei que compleix els tres primers criteris C que recull la definició operativa dels BSIC:

C1. Disposa de plantilla de professionals pròpia.

C2. Totes les activitats les gaudeixen els mateixos usuaris.

C3. Té un emplaçament independent.

d) Una part significativa de l'activitat del servei es relaciona amb un altre codi DESDE-LTC diferent al codi principal. Per exemple, més del 20% de l'activitat d'un servei ambulatori d'atenció no mòbil és atenció mòbil. Aquest servei es pot codificar com a O8, O6.



**Criteris d'exclusió (MTC)**

Els criteris d'exclusió són importants per diferenciar MTC d'altres unitats d'anàlisi, com poden ser:

1) Unitats d'atenció (per exemple, unitats clíniques). Són unitats on l'atenció que faciliten compleix alguns (però no tots) dels criteris per considerar-se BSIC i forma part d'un servei (per exemple, una unitat de trastorns de conducta alimentària en sales psiquiàtriques d'aguts d'un hospital general). Els MTC no són unitats d'atenció, malgrat això, una unitat pot classificar-se com a MTC si compleix el criteri C3.

2) Activitats del servei. Els MTC no són simples activitats del servei. Els descriptors MTC es basen en les principals activitats o funcions crítiques per comparar serveis entre diferents territoris. Els serveis haurien de tenir assignat un codi, i no és habitual que en tinguin més de 3. Si 2 funcions clarament diferents d'un servei ofereixen atenció al mateix grup d'usuaris, només una d'elles s'hauria de codificar com a MTC, mentre que l'altra s'hauria de considerar una activitat i no un MTC. Les activitats del servei es podrien codificar d'una altra manera.

En aquest treball s'han detectat serveis i s'han codificat els MTC. Els programes específics que depenen del servei no s'han codificat, excepte els programes de seguiment individualitzat (PSI) que, per la seva trajectòria, s'han identificat i codificat com a programes.

A més, cal comentar que davant del codi que identifica el MTC, l'instrument DESDE permet identificar també el grup etari de destinació del servei i quin és el tipus de patologia diana.

En aquest estudi, per classificar la patologia diana, s'ha posat entre claudàtors MD (trastorn mental, de l'anglès *mental disorder*). En aquells casos en què eren serveis específics per a un grup diagnòstic, s'ha posat el codi segons el CIM-10.

**CODIFICACIÓ DELS GRUP ETARIS:**

Nx: no s'ha determinat.

Cx: nens i adolescents (child).

Ax: adults d'entre 18 i 65 anys.

Ox: adults > 65 anys.

AO: població > 18 anys.

CA: serveis de transició d'infantil a l'adolescència.

Cc: serveis només per a població infantil.

Ca: serveis només per a adolescents.

TCA: serveis de transició d'adolescent a adult (entre 17 i 20 anys).

TAO: serveis de transició a la jubilació.

## 4. Material

En l'estudi, s'ha utilitzat els documents següents, d'acord amb la informació subministrada per cada departament implicat en el **Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions de Catalunya**:

- a) Document del model d'atenció a la salut mental i d'organització dels serveis del Departament de Salut (Pla director de salut mental i addiccions).
- b) Document del model d'atenció a la salut mental i definició dels serveis del Departament de Benestar i Família (cartera de serveis, nova Llei de serveis socials).
- c) Document del model de prevenció i atenció específica a la salut mental del Departament d'Ensenyament.
- d) Estratègia d'inserció laboral de persones amb discapacitat a Catalunya (Departament de Treball).

## 5. Procediment

El grup de treball encarregat d'elaborar l'estudi es constitueix a partir d'experts i tècnics membres de l'Associació Científica PSICOST i la Fundació Sant Joan de Déu, entitats que endeguen una UTE (unió temporal d'empreses) amb el nom de GEOSCAT-SM. Els membres que componen l'equip de treball multidisciplinari són persones que pertanyen a disciplines diferents, però alhora complementàries per dur a terme l'estudi.

L'Atlas es va iniciar el juny del 2010. El treball de camp, és a dir, el contacte amb les entitats proveïdores per recollir la informació, es va dur a terme entre el juliol del 2010 i el febrer del 2011. Es van tornar a efectuar contactes esporàdics entre el maig i el setembre del 2011 per aclarir la informació una vegada analitzada.

Tot el procés l'han supervisat membres del Pla director de salut mental i addiccions (Cristina Molina, Esther Jordà, Esther Rovira, Bibiana Prat), que s'han reunit amb l'equip de GEOSCAT-SM en un total de vuit ocasions. A aquestes reunions s'ha d'afegir tres reunions



addicionals de les tècniques del projecte i del departament (Anna Fernández i Bibiana Prat) per revisar qüestions puntuals, així com una reunió final amb la comissió d'experts.

## 6. Unitats geogràfiques d'anàlisi

Aquest estudi analitza territorialment el sistema de salut mental de Catalunya incloent-hi els recursos que depenen de Salut, Benestar Social i Família, Empresa i Ocupació, Justícia i Ensenyament. Existeixen dues clares limitacions a la nostra anàlisi:

1. Cada administració organitza territorialment els seus recursos de forma diferent o no considera el component territorial. Aquest últim és el cas dels recursos penitenciaris, que estan vinculats a la ubicació de les presons.
2. En el cas sanitari, la zonificació o sectorització dels diferents recursos no guarda una estructura jeràrquica en certs serveis, és a dir, les àrees geogràfiques de cobertura no s'agrupen formant àrees més grans de forma successiva en una perspectiva de menor a major. Existeixen àrees que tenen assignats diversos recursos d'una mateixa tipologia pels quals les àrees de cobertura s'encobreixen. Ambdues limitacions afecten l'anàlisi i presentació dels resultats, ja que dificulten la comparabilitat entre els recursos gestionats per diferents administracions i l'anàlisi comparativa entre la disponibilitat de recursos sanitaris. En cada apartat s'ha optat per la zonificació que s'ha considerat més adequada a l'anàlisi.

En primer lloc, es descriu l'organització territorial general dels serveis sanitaris en regions sanitàries, sectors sanitaris i àrees bàsiques de salut (ABS). A continuació, s'ofereix informació sobre les diferents àrees de cobertura del sistema de salut mental i sobre l'organització territorial en altres administracions.

L'estudi sociodemogràfic s'ha dut a terme sobre la base de les àrees dels Governos Territorials de Salut (GTS), on s'ha buscat una petita àrea que fos afí als diferents nivells territorials d'atenció sanitària especialitzada que, com s'ha esmentat, no guarden una estructura "a baix-a dalt" perfecta.

L'anàlisi de la disponibilitat dels dispositius, els tipus d'atenció i els llits o les places, organitza els diferents dispositius d'atenció sanitària per les seves àrees de cobertura reals de forma separada. La disponibilitat global de recursos sanitaris s'ha efectuat per regions sanitàries (nivell sanitari superior). S'ha tingut en compte els recursos que no s'ajusten a

les regions i atenen a àrees interregionals distribuïnt la disponibilitat de dispositius i llits de forma ajustada per població.

En el cas dels recursos no sanitaris, s'ha emprat el nivell provincial i el comarcal. L'anàlisi espacial de la prevalença assistida s'ha fet a escala municipal com a unitat espacial mínima. Els CMBD ofereixen dades inframunicipals en el cas de les ABS de grans municipis, però s'ha descartat aquest nivell perquè el grau d'emplenament d'aquesta variable no és elevat i ocasionaria perdre molts casos. Els resultats es descriuen per comarques.

Finalment, l'anàlisi d'eficiència tècnica (DEA) elaborada sobre els recursos d'atenció sanitària ambulatoria i d'hospitalització d'aguts, ha considerat que el nivell mínim d'atenció a la salut mental són les àrees de cobertura dels CSMA.

A continuació, es descriuen les diferents anàlisis dutes a terme.

### **6.1. Tractament de la cartografia i la informació**

Els mapes de les diferents unitats territorials d'anàlisi s'han creat a partir de la cartografia digital municipal. Quan les àrees estan compostes per diversos municipis, s'han afegit mitjançant una operació espacial del SIG. En els casos d'àrees formades per àmbits inframunicipals en diversos municipis de Catalunya, s'ha optat per digitalitzar els límits sobre una guia de carrers seguint la delimitació establerta pel mapa sanitari en el territori de Catalunya.

Un cop obtinguda la cartografia de les diferents escales de la zonificació sanitària, s'han dissenyat diferents tipus de mapes. S'han elaborat mapes per mostrar els diferents tipus de zonificació, per mostrar la localització i l'accessibilitat dels recursos de salut mental a Catalunya i per representar els indicadors sociodemogràfics, de morbiditat i d'utilització.

Es presenten mapes de punts per assenyalar la localització en el territori dels serveis de salut mental. També s'han elaborat mapes temàtics per als indicadors d'activitat i morbiditat. En aquest cas, les variables, classificades en intervals significatius, es representen a través de trames de colors. Els intervals seleccionats s'han ajustat per quantils perquè d'aquesta manera recullin el mateix nombre d'elements.

## 6.2. Indicadors d'atenció a la salut mental

La limitació més important d'aquest tipus d'estudis és la disponibilitat de fonts d'informació sanitària, social, laboral, jurídica, educativa, així com d'indicadors que alimentin la cartografia. Els indicadors sociosanitaris permeten als planificadors i gestors fixar els criteris mínims i seguir la consecució dels objectius marcats en els diferents programes. A més, també permeten que es puguin comparar diferents àrees geogràfiques.

### 6.2.1. Indicadors sociodemogràfics

Es proposen diversos indicadors sociodemogràfics com a indicadors de població en risc. S'han seleccionat a partir de la bateria d'indicadors proposats per l'Associació Científica PSICOST (Salvador-Carulla et al., 2003, Salvador-Carulla et al., 2010) i l'*European Socio Demographic Schedule* (ESDS) (Beecham i Johnson, 2000). L'interès radica en el fet que determinades característiques demogràfiques, socials i econòmiques de la població s'han correlacionat amb comportaments de morbiditat psiquiàtrica i d'utilització de serveis de salut mental. Aquest fet té una gran rellevància en la planificació dels serveis de salut mental, ja que és necessari estimar les necessitats de recursos no només en funció de les característiques personals dels usuaris, sinó també de la zona geogràfica de referència. A continuació, es descriuen els indicadors sociodemogràfics seleccionats:

- **Densitat de població:** la densitat relaciona la superfície d'un àmbit geogràfic amb la població a la qual acull. Aquest indicador permet conèixer la concentració de la població quan s'expressa el nombre d'habitants que correspon a un km<sup>2</sup>. Les dades de superfície i població provenen del padró municipal d'habitants i de l'Institut Geogràfic Nacional.
- **Índex de dependència:** l'índex de dependència mesura la relació entre els grups de població dependents o econòmicament inactius respecte a la població activa. De forma convencional, es considera com a inactives les persones amb una edat inferior o igual als 15 anys, i les persones amb una edat igual o superior als 65 anys. Les persones del grup de 15 a 64 anys d'edat es consideren actives. L'índex és el resultat de dividir la suma de la població menor de 16 anys més la població de 65 o més anys entre la població d'entre 15 i 64 anys per 100. Com més gran sigui el valor d'aquest índex, més alt serà el pes de les persones dependents sobre la població en edat de treballar. Les dades s'han extret del padró municipal de l'any 2010. Aquest índex adquireix especial rellevància en l'estudi de la planificació dels

serveis de salut, ja que permet avaluar la pressió socioeconòmica que exerceix el segment dependent o econòmicament inactiu d'una societat sobre la població amb edat de treballar. També indica el pes de grups de població amb interès per l'atenció específica, com és el grup de nens i adolescents i el de la gent gran.

- **Índex d'envelliment:** l'índex d'envelliment relaciona el grup de població de la tercera edat (65 anys o més) amb el grup de població infantil i juvenil (menors de 16 anys). Es calcula dividint la població de 65 o més anys entre la població menor de 16 anys, i el resultat es multiplica per 100. Com més gran sigui el valor d'aquest índex, més alta serà la proporció de persones de 65 anys o més respecte a la població menor de 16 anys i, per tant, més envellida estarà la població. L'índex d'envelliment pot resultar d'utilitat per conèixer les possibles necessitats en serveis especialitzats en població infantil i juvenil i en psicogeriatría. Les dades corresponen al padró municipal de l'any 2010.
- **Taxa d'immigrants:** la població immigrant s'ha considerat població de risc en anteriors estudis epidemiològics de salut mental (Beecham i Johnson, 2000). Els immigrants amb més preparació educativa, com els europeus o els nord-americans, acostumen a experimentar menys problemes d'adaptació que les persones immigrants provinents de països amb nivells socioeconòmics baixos i de formació que, per contra, solen trobar més dificultats per integrar-se a la societat i trobar un lloc de treball. Si, a més, es consideren els problemes derivats del desarrelament social, ens trobem amb una població considerada de risc amb una alta probabilitat de patir problemes mentals. L'objectiu d'aquest indicador és detectar el màxim volum de població de risc. Les dades s'han extret del padró municipal de l'any 2010. Es presenta la taxa d'immigració total que divideix les persones empadronades amb nacionalitat diferent a l'espanyola entre la població total per 1.000. També s'han calculat les taxes per a grups concrets d'immigrants segons la seva procedència: Amèrica, Àfrica, Àsia i països europeus membres i no-membres de la Unió Europea (UE).
- **Taxa de persones no casades:** l'estat civil de les persones de més de 16 anys és una dada que ens permet apropar-nos al problema de l'aïllament social. Les taxes elevades de persones no-casades solen relacionar-se amb més prevalences de determinades patologies psiquiàtriques. La informació demogràfica més actualitzada sobre l'estat civil de la població procedeix del Cens de l'any 2001. El

càlcul de l'indicador es fa mitjançant la divisió del nombre de persones solteres, vídues, separades i divorciades entre la població de més de 15 anys per 100.

- **Taxa de persones que viuen soles:** la distribució de les llars unipersonals és rellevant per planificar els serveis de salut mental, ja que permet detectar aquelles àrees amb nivells més elevats d'aïllament social. S'han calculat tres indicadors relacionats:
  1. les persones que viuen soles;
  2. les persones de més de 65 anys que viuen soles (en ambdós casos, llars unipersonals); i
  3. les persones que viuen soles amb nens (llars monoparentals).

El càlcul respon al quocient de les persones en aquestes tres situacions dividides entre la població total per 100. S'han utilitzat les dades del cens de l'any 2001 de l'INE, ja que no existia informació més actualitzada.

- **Taxa d'atur:** la taxa d'atur mostra el nombre de persones en situació de desocupació sobre el total de les persones en situació laboral activa. Aquest és un indicador molt vàlid per mesurar el desenvolupament econòmic dels àmbits geogràfics. Una taxa menor indica una societat més desenvolupada. El cens ofereix dades per seccions censals d'activitat i desocupació, però procedeixen de l'any 2001, i recullen una situació econòmica molt diferent a la del 2010. Tampoc no és possible recórrer a les dades d'activitat i atur de l'Enquesta de població activa (EPA), perquè l'escala màxima és la provincial i resulta insuficient per al nostre treball. S'ha optat per les estadístiques d'atur registrat en les oficines d'ocupació l'any 2010. Aquesta font recull aquelles persones de més de 16 anys que busquen ocupació a escala municipal. En el cas de les àrees de cobertura d'àmbits inferiors al municipal, se'ls va assignar un valor d'atur registrat aproximat proporcional al de la seva població al 2010. La taxa d'atur d'ús habitual utilitzada a l'EPA divideix la població aturada entre la població activa. Donades les limitacions en la disponibilitat de xifres sobre població activa a una escala adequada, s'ha emprat com a denominador la població d'entre 16 anys i 64 anys.

### 6.2.2. Indicadors d'activitat assistencial

El conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) és un registre sistemàtic de la morbiditat atesa i l'activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Tots els centres sanitaris públics i privats de Catalunya han de facilitar informació al registre del CMBD, de manera obligatòria, amb l'objectiu de disposar d'un banc de dades exhaustiu i vàlid sobre activitat i morbiditat sanitària. Aquestes dades resulten útils per planificar, gestionar i avaluar l'adequació i la compra de serveis (CatSalut, 2003).

El CMBD recull un grup de variables comunes:

- **Variables que identifiquen el pacient:** codi d'identificació personal, data de naixement, sexe, residència i història clínica.
- **Variables relacionades amb el procés:** unitat proveïdora de serveis, tipus d'activitat, règim econòmic, circumstància d'admissió i circumstància d'alta, data d'admissió i data d'alta.
- **Variables clíniques:** diagnòstics i procediments codificats d'acord amb la classificació internacional de malalties (CIM-9-MC).

Totes les especificacions dels CMBD consten en els manuals de notificació respectius, els quals contenen informació sobre la remissió de les dades i la descripció de totes les variables, tant de les comunes com de les específiques (CatSalut, 2003).

El CMBD utilitza la versió 9 de la classificació internacional de les malalties (CIM) per agrupar les diferents patologies psiquiàtriques registrades. La CIM és una classificació diagnòstica estàndard internacional, és a dir, un sistema de categories a les quals s'assignen entitats diagnòstiques, d'acord amb criteris establerts a àmbit internacional. El propòsit de la CIM és permetre el registre sistemàtic, l'anàlisi, la interpretació i la comparació de les dades de mortalitat i morbiditat recollides en diferents països o regions al llarg del temps. Hi ha sistemes de conversió de les categories CIM-9 a CIM-10.

A Catalunya hi ha diferents CMBD que recullen dades dels hospitals generals d'aguts (CMBD-AH), dels recursos sociosanitaris (CMBD-SS), dels hospitals monogràfics psiquiàtrics (CMBD-SMH) i dels centres de salut mental ambulatoria (CMBD-SMP). En aquest treball, s'extrauran les dades dels CMBD-AH, CMBD-SMH i CMBD-SMP de l'any 2009 que ha facilitat el Departament de Salut.

### **a) Registre del conjunt mínim bàsic de dades dels centres de salut mental ambulatoris (CMBD-SMP)**

El CMBD-SMP és l'instrument per recollir, gestionar i tractar dades de pacients i l'activitat en els recursos assistencials psiquiàtrics ambulatoris catalans. Tal com s'ha comentat, en aquest estudi s'explota i analitza la informació del CMBD-SMP referent als CSMA i als centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ).

La base de dades CMBD-SMP referida a l'activitat del 2009 no disposa d'informació dels CSMA de Vielha, Sant Martí Nord, la Mina, l'Hospitalet 2, Maragall i Ciutat Badia. Els CSMIJ sense informació són Ciutat Badia, Ciutat Vella, la Mina, Cerdanyola-Ripollet i Sant Martí Nord i Sud.

### **b) Registre del conjunt mínim bàsic de dades a l'alta hospitalària**

El CMBD-AH és un sistema d'informació sobre els pacients que han rebut l'alta després d'una atenció hospitalària i recull també les circumstàncies que n'han motivat l'ingrés i l'atenció. Suposa el principal sistema de recopilació d'informació sobre l'activitat hospitalària existent a Espanya. El CMBD-AH constitueix un conjunt d'informació de tipus clínicoassistencial, demogràfica i administrativa de gran fiabilitat i comparabilitat, tant a nivell nacional com internacional.

A Catalunya, tots els hospitals gestionats o concertats pel CatSalut estan obligats a recollir informació sobre tots els pacients quan reben l'alta. La informació de les altes hospitalàries psiquiàtriques de Catalunya es recull tant al CMBD-AH, per als hospitals generals amb unitat psiquiàtrica, com al CMBD-SMH per als hospitals monogràfics psiquiàtrics. Tots els hospitals amb unitat de psiquiatria van registrar les dades corresponents als CMBD del 2009.

#### **6.2.3. Indicadors d'activitat**

Els indicadors utilitzats pels serveis ambulatoris (CSMA i CSMIJ) han estat els següents:

- Prevalença assistida: pacients totals entre la població de l'àrea per 1.000.
- Incidència assistida: pacients nous entre la població de l'àrea per 1.000.
- Freqüentació assistida: activitats efectuades totals entre la població de l'àrea per 1.000.



I pels serveis d'hospitalització d'aguts s'han calculat:

- Taxa d'altres: altes per la població de l'àrea per 1.000.
- Estada mitjana: suma dels dies d'estada de totes les altes d'una àrea entre nombre d'altres d'aquesta.

#### **6.2.4. Estudi de disponibilitat territorial dels serveis estandarditzats de salut mental**

En aquest apartat, en primer lloc, s'ha identificat i descrit els diversos serveis de salut mental dels àmbits sanitari, social, laboral, judicial i educatiu existents.

L'estructura de l'estudi és la següent:

1. Descripció general del funcionament i sectorització de l'atenció a la salut mental.
2. Perfil general de la descripció estandarditzada dels serveis de salut mental a Catalunya
3. Estudi detallat dels serveis d'atenció a la salut mental d'alt suport, tant de l'àmbit sanitari, com social i/o laboral, per departament i tipus d'atenció:
  - Dispositius d'atenció residencial hospitalària.
  - Dispositius d'atenció residencial no hospitalària.
  - Dispositius d'atenció de dia.
  - Dispositius d'atenció ambulatoria i comunitària.
  - Dispositius d'atenció a poblacions específiques per grups d'edat (infantil i juvenil).
4. Identificació dels diferents tipus de dispositius. De cada dispositiu s'analitza:
  - a) Definició i funcionament.
  - b) Llista de recursos disponibles, descripció estandarditzada de cada un d'ells i localització per àrees. Es presenten les xifres absolutes i la taxa de dispositius per milers d'habitants.
  - c) Descripció de llits, places i professionals. Es presenten les xifres absolutes i els indicadors següents: taxa de places, llits per 100.000 habitants, professionals estandarditzats a 37,5 hores/setmana i taxes de professionals estandarditzats per 100.000 habitants. Per detectar els casos atípics (*outliers*) s'han utilitzat gràfics de tipus diagrama de caixa (*box plot*). Cal dir que a les taules només s'han inclòs els professionals més freqüents de cada servei. D'altra banda, el fet que a les taules



de resultats hi hagi un 0, vol dir que el servei no ha informat de la presència d'aquest professional, i no necessàriament perquè no en tingui. També pot ser que un professional depengui administrativament d'un servei però atengui diferents serveis. L'anàlisi dels equips professionals s'ha d'analitzar tenint en compte aquestes possibles limitacions i com a primera aproximació al tema, ja que tot requeriria una anàlisi més detallada.

La recollida de dades sobre els recursos, s'ha dut a terme seguint el protocol establert en l'estudi. Els avaluadors han desenvolupat les tasques següents:

- Recollida d'informació. Aquesta recollida de dades s'ha dut a terme a través de la revisió de catàlegs de serveis i bases de dades proporcionades pels departaments implicats i responsables dels serveis.
- Elaboració d'una llista exhaustiva de serveis. La llista de localització a través de la recollida inicial de dades es revisa establint contacte amb cadascun dels responsables, amb l'objectiu d'elaborar una llista actualitzada de serveis de salut mental.
- Posteriorment, el grup de treball ha establert contactes individuals amb els responsables de cada tipus de servei de la llista. De cada servei s'ha recollit informació detallada, i s'ha completat la fitxa dissenyada amb criteri DESDE-LTC. La informació recollida a través de la fitxa ja emplenada permet codificar i classificar els diversos serveis seguint els criteris de la secció B del DESDE-LTC. L'adjudicació de codis a cada servei ha requerit, en alguns casos, un contacte telefònic o contactes a través correu electrònic per aclarir conceptes i ampliar la informació rebuda inicialment.

Es recullen els següents ítems:

1. NOM: indica el nom del servei.
2. CODI DESDE-LTC: indica els codis que descriuen o classifiquen els MTC que ofereix el servei.
3. LOCALITZACIÓ: indica província, municipi, codi postal, adreça postal i electrònica, fax i número telefònic de contacte. També mostra la ubicació.
4. DEFINICIÓ DEL SERVEI: indica el tipus de recurs.
5. TITULARITAT, FINANÇAMENT I ÀMBIT D'ACTUACIÓ: es classifica com a pública, privada concertada, subvencionada i cobertura del recurs.

6. DOTACIÓ DEL SERVEI: indica el nombre de places, llits i usuaris que atén el recurs.
7. ACTIVITATS ESPECIALITZADES: permet especificar totes aquelles activitats, especialitzades o no, que constitueixen un tipus d'atenció o codi DESDE-LTC.
8. EQUIP D'ATENCIÓ: detalla la categoria professional del personal disponible en l'equip, l'activitat que desenvolupa i el nombre total d'hores esmerçades en el servei de cada un d'ells.
9. CONDICIONS D'ADMISSIÓ: s'especifiquen els criteris que cada servei requereix per admetre un usuari nou. Tipologia prevalent que atén el servei.
10. FREQUÈNCIA MÀXIMA D'ATENCIÓ/CONTACTE: especifica la freqüència màxima d'atenció o contacte amb el personal que els usuaris d'aquest servei disposen normalment.

### **6.3. Metodologia per a l'anàlisi espacial**

La informació de casos psiquiàtrics atesos als CSMA i CSMIJ prové del conjunt mínim bàsic de dades de centres de salut mental ambulatoris (CMBD-CSM) de l'any 2009 (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003). Aquesta base de dades l'ha subministrada el Departament de Salut, el qual n'ha autoritzat l'ús per elaborar aquest treball. En el tractament de les dades, s'ha garantit la privacitat dels pacients, ja que els registres s'han convertit en anònims. Les variables que s'han utilitzat han estat: sexe, edat, municipi de residència i diagnòstic principal.

L'anàlisi general es duu a terme en funció de tots els diagnòstics de salut mental de la 9a revisió de la Classificació internacional de malalties (CIM-9) (Commission on Professional and Hospital Activities, 1978), l'anàlisi específica per al diagnòstic d'esquizofrènia (CIM-9: 295,297,298 i 301.22) i de depressió (CIM-9: 296.2, 296.3, 311).

#### **6.3.1. L'algorisme evolutiu multiobjectiu (AEMO)**

Els AEMO optimitzen objectius sense cap restricció que introdueixi la seva estructura algebraica fins aconseguir solucions eficients que siguin factibles i no dominades (eficiència de Pareto). Els AEMO utilitzen els operadors genètics clàssics: selecció, recombinació i mutació (Osyczka, 2002; Deb, 2004) que, mitjançant un procés iteratiu, permeten millorar successivament les solucions analitzades fins que aquestes no puguin millorar més o s'arribi a un criteri de parada (error estadístic).

Els valors dels objectius s'avaluen normalment mitjançant una funció d'ajust (*fitness function*). En aquest cas, s'ha utilitzat quatre valors: rànquings, ponderació d'objectius, models especials tipus SPEA2 o una inferència difusa, lògica difusa (Coello-Coello, Lamont, et al., 2007).

S'ha dissenyat l'AEMO amb el fi que busqui solucions eficients que recullin grups de municipis amb valors de prevalença administrativa alta/baixa (1), uniformes (2) i pròxims geogràficament (3).

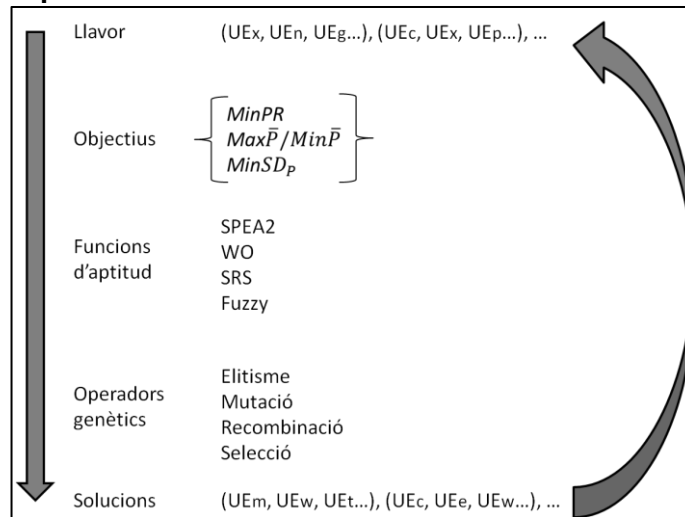
A la taula 1 es plantegen els objectius que cal optimitzar per a cada grup d'unitats espacials.

**Taula 1. Objectius que l'AEMO cal que optimitzi**

<i>Hot spot</i>	<i>Cold spot</i>
<b>Objectius</b>	
Maximitzar les mitjanes ( $Max\bar{P}$ )	Minimitzar les mitjanes ( $Min\bar{P}$ )
Minimitzant la desviació estàndard ( $MinSD_P$ )	
Minimitzant la distància relativa ( $Min\bar{rd}$ )	
<b>Solucions</b>	
(UE <sub>x</sub> , UE <sub>m</sub> , UE <sub>g</sub> ...); (UE <sub>b</sub> , UE <sub>f</sub> , UE <sub>m</sub> ...);	(UE <sub>a</sub> , UE <sub>h</sub> , UE <sub>k</sub> ...); (UE <sub>c</sub> , UE <sub>r</sub> , UE <sub>u</sub> ...);

El procediment comença amb la introducció a l'AEMO de solucions *llavor* triades a l'atzar perquè l'algorisme comenci a optimitzar-se. Cadascuna de les funcions d'ajust seleccionades ofereix solucions que s'ordenaran en funció de l'eficiència en un rànquing. Els operadors genètics actuen sobre aquests grups de solucions. L'elitisme conserva les millors solucions, mentre que la selecció elimina les pitjors. Les altres solucions muten canviant unitats espacials per d'altres, o es recombinen barrejant unitats espacials entre solucions diferents. Les solucions obtingudes comencen el procés des de l'inici de forma iterativa, fins que s'arriba a un grup de solucions que els operadors genètics no poden millorar (figura 3).

Figura 3. Procés d'optimització de solucions de l'AEMO



Els municipis que formen els grups de solucions finals es classifiquen mitjançant tres mètodes de selecció en funció de la seva freqüència d'aparició. D'una banda, es va establir un punt de tall en funció de la distribució de freqüències a partir del qual se seleccionaven els municipis amb un nombre d'aparicions en les solucions més elevat. D'altra banda, s'utilitza l'estadística dels extrems Q-Q plot (Beirlant, Goegebeur, et al., 2004) per establir un punt de tall en cas que la distribució de freqüències es converteixi en una distribució de probabilitat exponencial o en una de Pareto. Els municipis seleccionats per aquests tres mètodes s'han classificat en dos nivells segons el nombre de mètodes que els han identificat com a membre d'una solució. Els resultats s'han representat cartogràficament mitjançant el sistema d'informació geogràfica ArcGIS 9 d'ESRI®.

Els municipis que apareixen en més solucions poden aparèixer aïllats en aquelles en què l'algorisme ha maximitzat la mitjana de prevalença i/o la seva desviació estàndard sobre la distància. Per contra, algunes solucions d'agrupacions de municipis poden ser resultat de maximitzar la distància sobre la mitjana o la desviació. La intensitat dels clústers espacials de prevalença serà més elevada quan apareguin concentracions de municipis inclosos en diverses solucions. Aquests casos indicarien una acumulació important en certes àrees geogràfiques de municipis propers que s'han assenyalat sistemàticament com a solució per l'AEMO. Aquesta informació es combina amb el coneixement expert.

## 7. Resultats

### 7.1. Anàlisi de l'organització territorial dels dispositius de salut mental a Catalunya

#### Zonificació sanitària general

La zonificació sanitària de Catalunya s'estructura en tres nivells o escales territorials. El nivell superior correspon a la regió sanitària, composta de sectors sanitaris, que són les àrees de nivell mitjà. Els sectors sanitaris es troben definits per les ABS, que són les àrees de menor grandària i la base de tots els nivells de la zonificació sanitària. Les ABS es defineixen per criteris geogràfics, epidemiològics, socials i d'accessibilitat homogenis (Departament de Salut, 2008).

La delimitació geogràfica de les ABS, sectors sanitaris i regions sanitàries es troba definida mitjançant diferents decrets legislatius d'ordenació territorial sanitària, publicats al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, que han readaptat la zonificació des del primer mapa del 1980 fins arribar a la vigent. L'última gran modificació és de maig de l'any 2005, on es va efectuar una nova delimitació dels sectors i les regions sanitàries (Decret 105/2005, de delimitació de regions sanitàries i sectors sanitaris).

La regió sanitària és l'escala on es duu a terme la planificació, la compra de serveis, els sistemes de gestió i l'atenció al client. A l'escala del sector sanitari es desenvolupen les activitats de promoció de la salut, prevenció, salut pública i assistència socio sanitària d'atenció primària i especialitzada. Finalment, a les ABS s'organitzen els serveis d'atenció primària.

L'any 2006, es van constituir els Governos Territorials de Salut (GTS) per tal de gestionar els recursos de salut que tinguin assignats en un format més proper als ciutadans fomentant la seva participació (Decret 38/2006). Aquests òrgans funcionen com a un consorci format per membres que provenen de les diferents entitats proveïdores, l'Administració local i la Generalitat en un territori concret. En el moment d'elaborar l'estudi existien 37 GTS que comprenien diverses ABS.

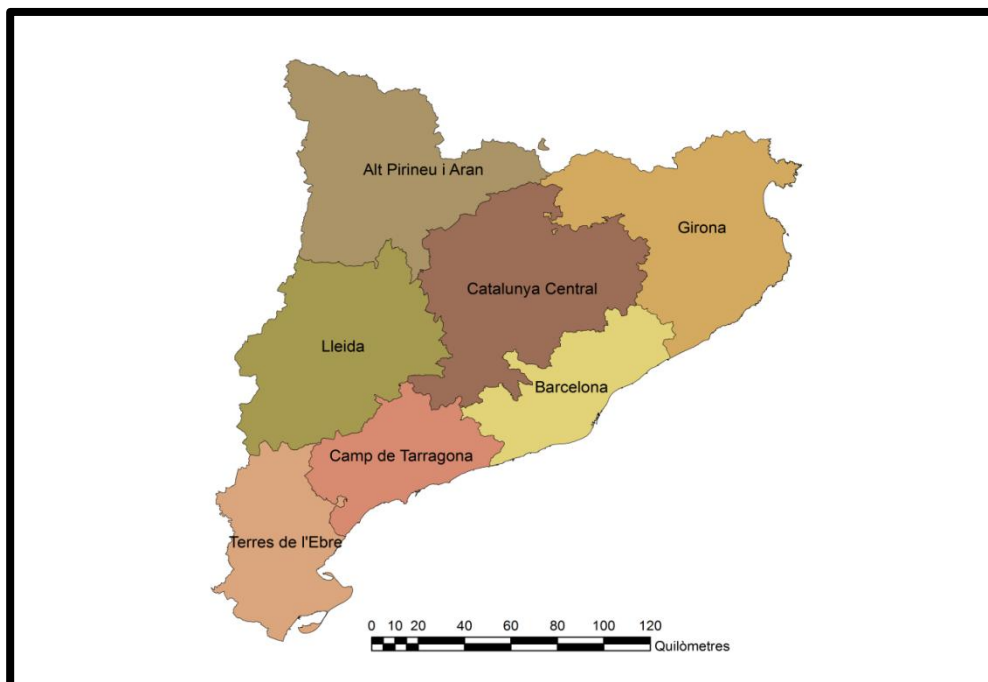
Davant d'aquesta diversitat, es va redactar el *Mapa sanitari, socio sanitari i de salut pública de Catalunya* del Departament de Salut (Departament de Salut, 2008) com a marc de referència territorial per planificar els serveis del sistema de salut. En aquest document, s'exposen les dificultats que comporta la zonificació actual per planificar els serveis per

absència de criteris homogenis i d'una visió integradora de la perspectiva sanitària i social. En aquest sentit, el nou mapa es fonamenta en les prioritats de la salut, la demanda i el model assistencial, i se serveix de l'anàlisi de la situació i les tendències actuals de la població, la demanda per territoris i té en compte la visió des de la perspectiva dels ciutadans, professionals i gestors. Aquest nou mapa trenca amb el sentit estàtic de la zonificació anterior i permet que periòdicament s'actualitzi sobre la base de possibles canvis en els criteris dels gestors o en la dinàmica dels territoris.

Catalunya s'organitza en set regions sanitàries que s'identifiquen amb les vegueries històriques: Barcelona, Catalunya Central, Girona, Lleida, l'Alt Pirineu i l'Aran, el Camp de Tarragona i les Terres de l'Ebre (mapa 1).

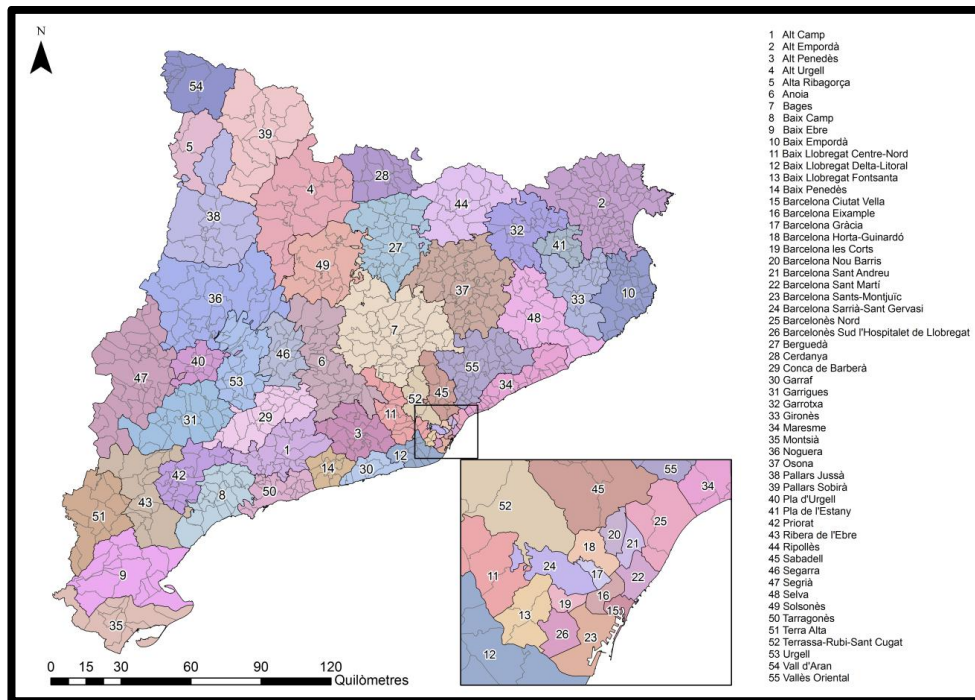
Els cinquanta-cinc sectors sanitaris estan formats per grups de municipis limítrofs, amb la particularitat del municipi de Barcelona, que es divideix segons els districtes censals a causa de l'elevat nombre d'habitants (mapa 2).

### Mapa 1. Regions sanitàries



Font: Elaboració pròpia a partir del Decret 105/2005.

## Mapa 2. Sectors sanitaris



Font: Elaboració pròpia a partir del Decret 105/2005.

### Zonificació sanitària de la salut mental

Els recursos de la xarxa d'atenció a la salut mental es troben organitzats en una zonificació sanitària específica que, a diferència de la general, no es regula mitjançant cap figura legal, sinó que s'ha establert pel departament, de manera interna, per planificar i gestionar els recursos. La zonificació de salut mental es basa en la zonificació sanitària general, però presenta algunes particularitats. La sectorització de la salut mental es fa en funció de l'assignació de cada tipus de recurs a les diferents escales de la zonificació general, és a dir, a una o diverses ABS, sectors sanitaris o regions sanitàries.

A continuació, s'exposen dades sobre les àrees de cobertura dels recursos sectoritzats. Els dispositius que no figuren aquí no es troben sectoritzats i atenen tota la regió.

**Taula 2. Característiques de les àrees de cobertura dels dispositius de salut sectoritzats**

Serveis	Nombre d'àrees de cobertura	Superfície mínima	Superfície màxima	Població mínima	Població màxima	Observacions
Serveis d'hospitalització d'aguts	21	2,3	10.655,3	134.130	782.748	
Serveis d'hospitalització de subaguts	18	1,8	5.552,1	14.057	877.220	Existeixen ABS ateses per més d'un dispositiu
Serveis d'hospitalització de mitjana i llarga estada	14	4,1	6.427,7	54.525	1.378.934	Existeixen ABS ateses per més d'un dispositiu
Hospitals de dia d'adults	25	3,4	5.552,1	39.394	732.045	Existeixen ABS ateses per més d'un dispositiu
Centres de dia	55	0,9	5.775,4	21.483	336.949	Existeixen ABS ateses per més d'un dispositiu
Centres de salut mental d'adults	74	0,9	2.831,9	9.598	297.458	
Unitats de referència psiquiàtrica infantil	8	259,9	20.172,1	156.142	3.160.087	Existeixen ABS ateses per més d'un dispositiu
Hospitals de dia infantils i juvenils	22	7,5	5.552,1	33.328	732.045	Existeixen ABS ateses per més d'un dispositiu
Centres de salut mental Infantil i juvenils	50	0,9	10.655,3	14.057	423.074	

Font: Departament de Salut, 2011.

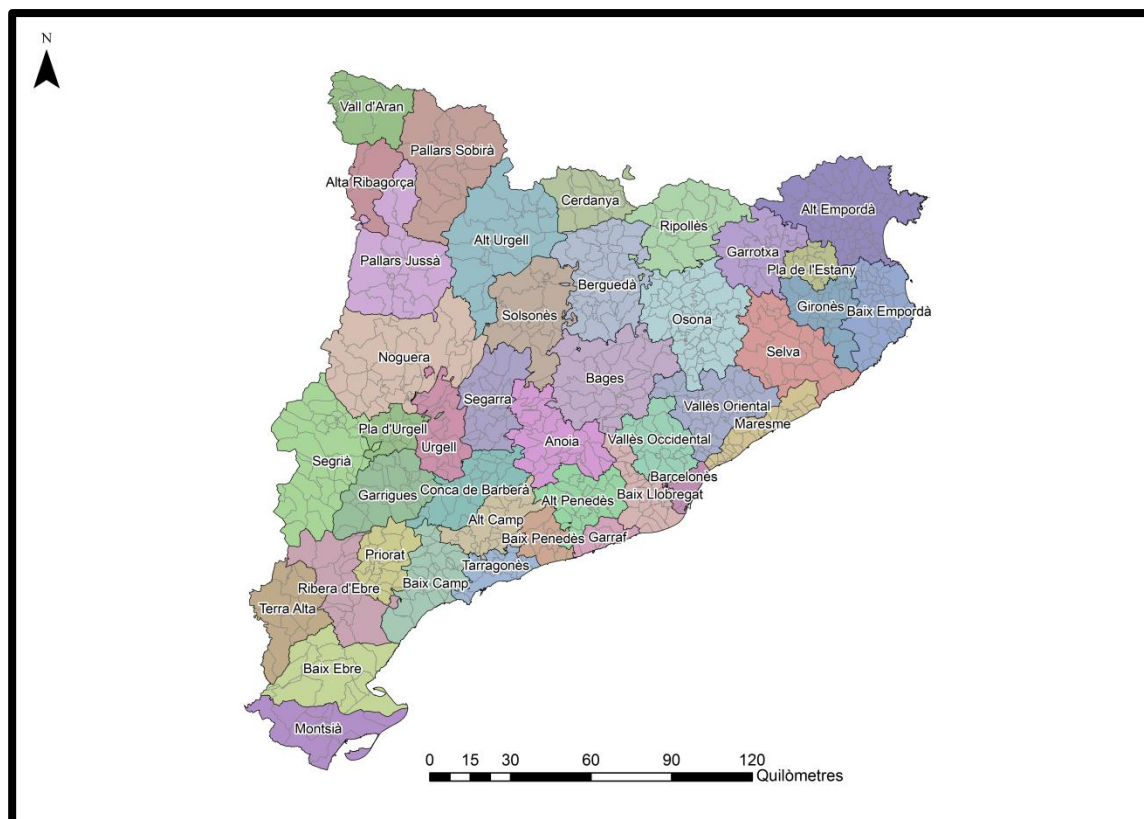


S'observa l'heterogeneïtat de les àrees de cobertura. No hi ha una sectorització jeràrquica on es parteixi de les àrees bàsiques i s'arribi als dispositius hospitalaris mitjançant la unió d'àrees. D'aquesta manera, hi ha àrees on diversos dispositius presten atenció o àrees ateses per dispositius ubicats en una regió sanitària diferent.

### **Dispositius no sanitaris**

Els serveis que atenen la salut mental que no depenen de Salut no es troben sectoritzats. A l'Administració de Serveis Socials se segueix la divisió tradicional de Catalunya en comarques, però no totes compten amb serveis de salut mental assignats. Els centres de desenvolupament i atenció precoç infantil (CDIAPS) són els únics dispositius que es tenen en compte en aquest treball presents a la majoria de les comarques, tot i que no en totes.

### **Mapa 3. Comarques de Catalunya**



## 7.2. Descripció dels indicadors sociodemogràfics dels Governaments Territorials de Salut

### Llegenda

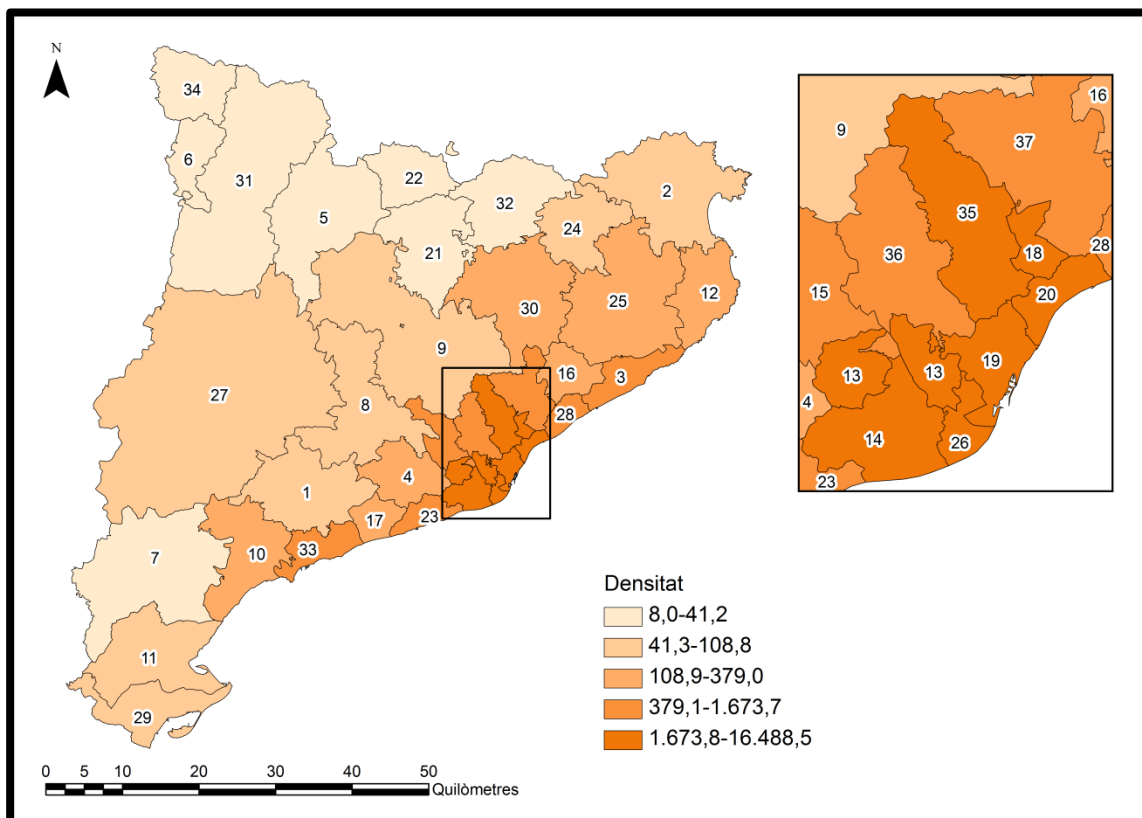
COD GTS	GTS
1	L'Alt Camp i la Conca de Barberà
2	L'Alt Empordà
3	L'Alt Maresme-la Selva Marítima
4	L'Alt Penedès
5	L'Alt Urgell
6	L'Alta Ribagorça
7	L'Altebrat
8	L'Anoia
9	El Bages-el Solsonès
10	El Baix Camp
11	El Baix Ebre
12	El Baix Empordà
13	El Baix Llobregat Centre-la Font Santa
14	El Baix Llobregat Litoral
15	El Baix Llobregat Nord
16	El Baix Montseny
17	El Baix Penedès
18	El Baix Vallès
19	Barcelona
20	El Barcelonès Nord-el Baix Maresme
21	El Berguedà
22	La Cerdanya
23	El Garraf
24	La Garrotxa
25	El Gironès-el Pla de l'Estany-la Selva Interior
26	L'Hospitalet-el Prat de Llobregat
27	Lleida
28	El Maresme
29	El Montsià
30	Osona
31	El Pallars Jussà-el Pallars Sobirà
32	El Ripollès
33	El Tarragonès
34	La Vall d'Aran
35	El Vallès Occidental Est
36	El Vallès Occidental Oest
37	El Vallès Oriental Central



## Densitat de població

A Catalunya, es pot observar una densitat de població alta a les zones costaneres, mentre que a l'interior és clarament baixa, amb una densitat que no supera els 120 h./km<sup>2</sup>. Els punts d'alta concentració es troben principalment a Barcelona i als voltants, amb una densitat superior a 6.000 h./km<sup>2</sup>, i al GTS de Barcelona s'arriba a una densitat màxima de 16.488,5 h./km<sup>2</sup>.

**Mapa 4. Densitat de població en els Governos Territorials de Salut**

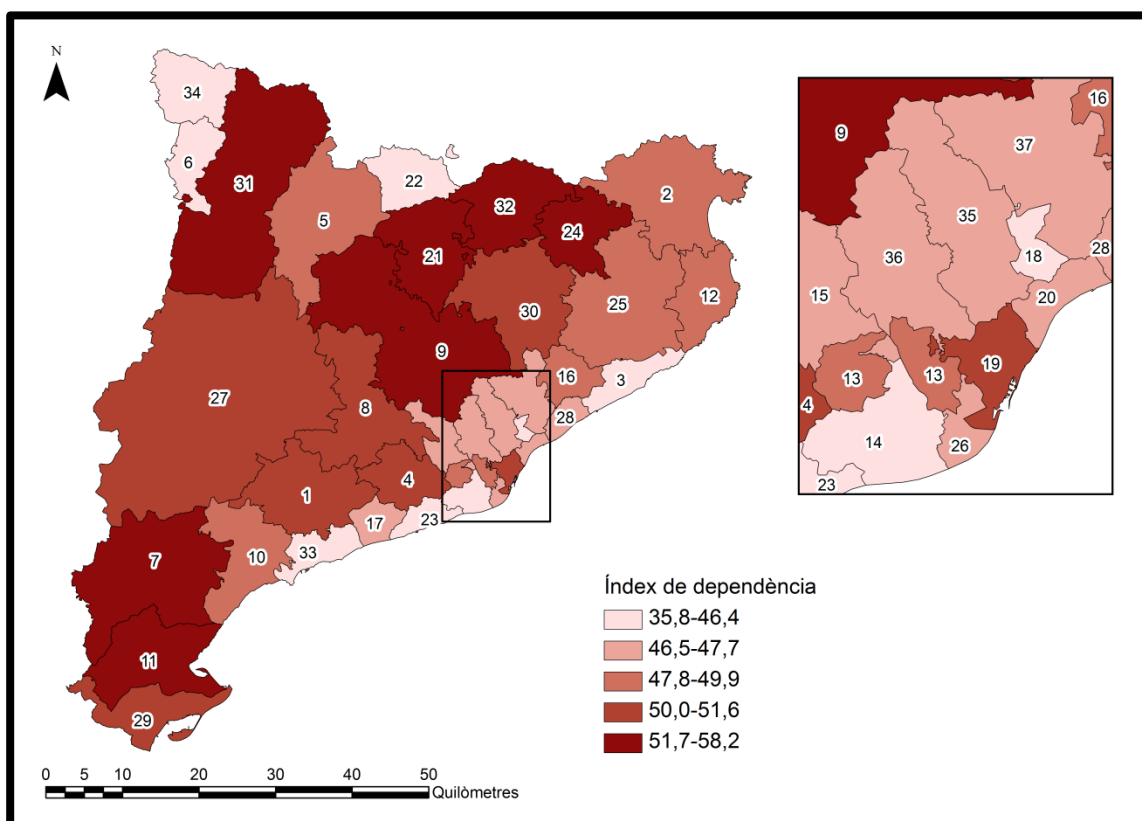


Font: Padró de població, 2010.

## Índex de dependència

S'observa que, a Catalunya en general, l'índex de dependència és alt. Tot i així, existeixen alguns punts, sobretot a l'interior i a la capital, on s'aguditza especialment, com per exemple en els GTS del Pallars Jussà, el Pallars Sobirà, l'Altebrat, i una concentració a la zona del Berguedà, el Ripollès i la Garrotxa. En totes aquestes unitats, se supera el valor del 50%. El valor més baix es troba a la Vall d'Aran, amb un 35,84%.

**Mapa 5. Índex de dependència en els Governaments Territorials de Salut**

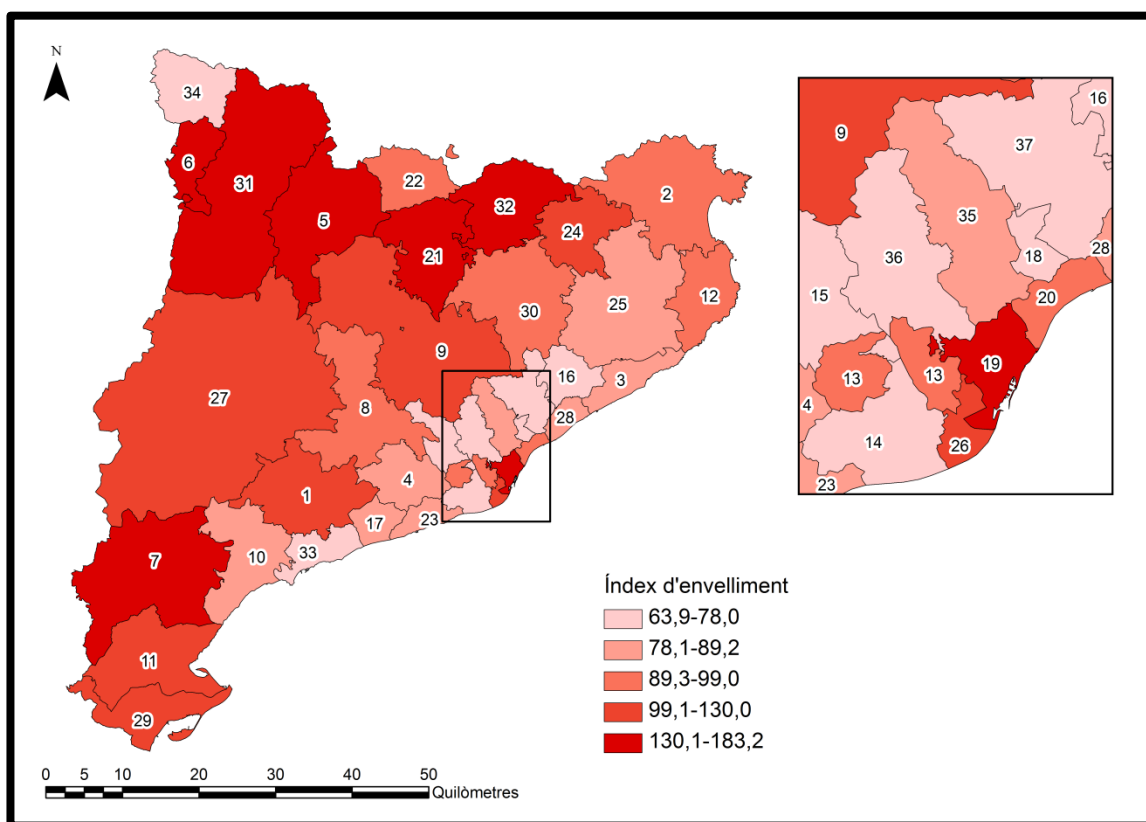


Font: Padró de població, 2010.

## Índex d'envelliment

Aquest índex presenta resultats similars als anteriors, i les zones descrites són les que tenen un índex més elevat d'envelliment. Destaca especialment el Ripollès, amb un índex del 183%. Els valors més baixos tornen a repetir-se a la Vall d'Aran, però en aquest cas també apareix una concentració als voltants de Barcelona, la qual cosa situa com a GTS de menor valor el del Vallès Occidental Oest. Com a dada interessant, cal destacar l'alt índex d'envelliment que presenta el GTS de Barcelona, amb un valor del 160%.

**Mapa 6. Índex d'envelliment en els governs territorials de salut (població > 64 anys/població < 16 anys x 100)**

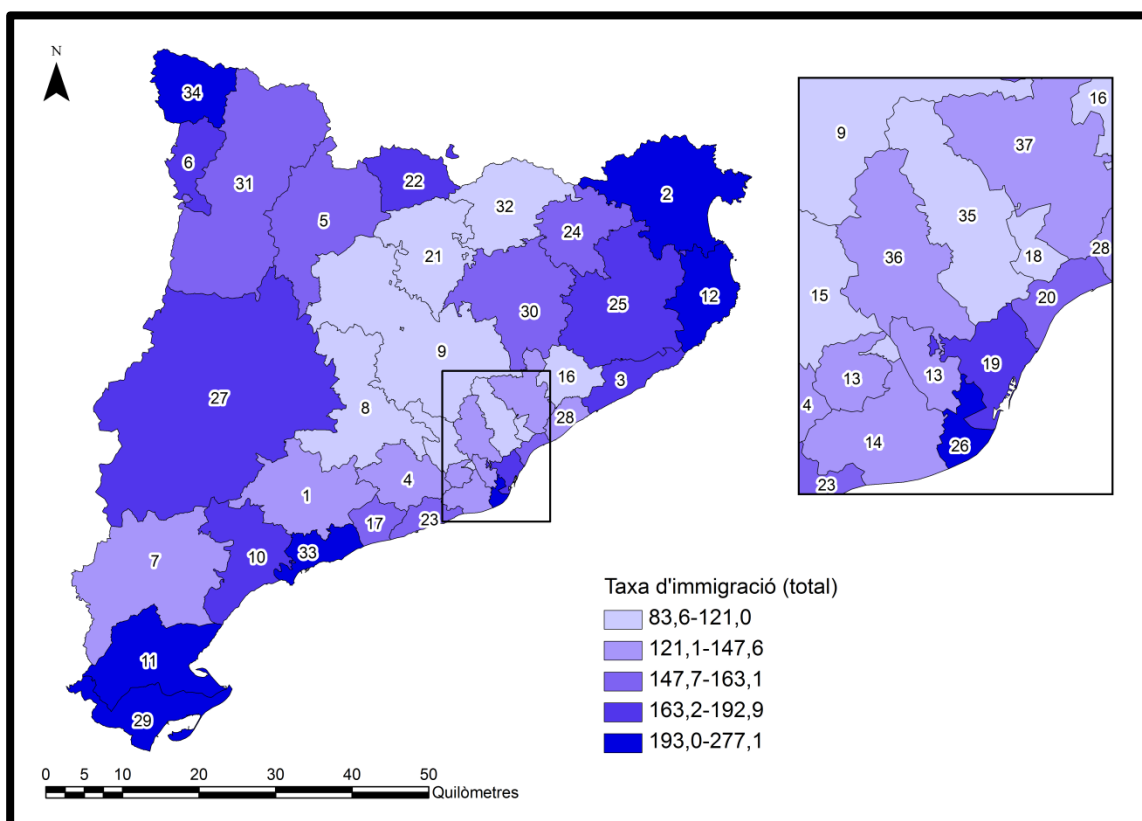


Font: Padró de població, 2010.

## Taxa d'immigració total

Tal com s'observa en el mapa adjunt (mapa 7), les zones amb una taxa d'immigració alta es troben a les zones exteriors de Catalunya, com l'Alt i el Baix Empordà, el Montsià i la Vall d'Aran. Aquesta última zona coincideix amb el lloc on l'envelliment ha resultat menor. Algunes de les zones amb menor immigració coincideixen amb aquelles en què la taxa d'envelliment és alta, com és el cas del Ripollès i el Berguedà.

**Mapa 7. Taxa d'immigració total**

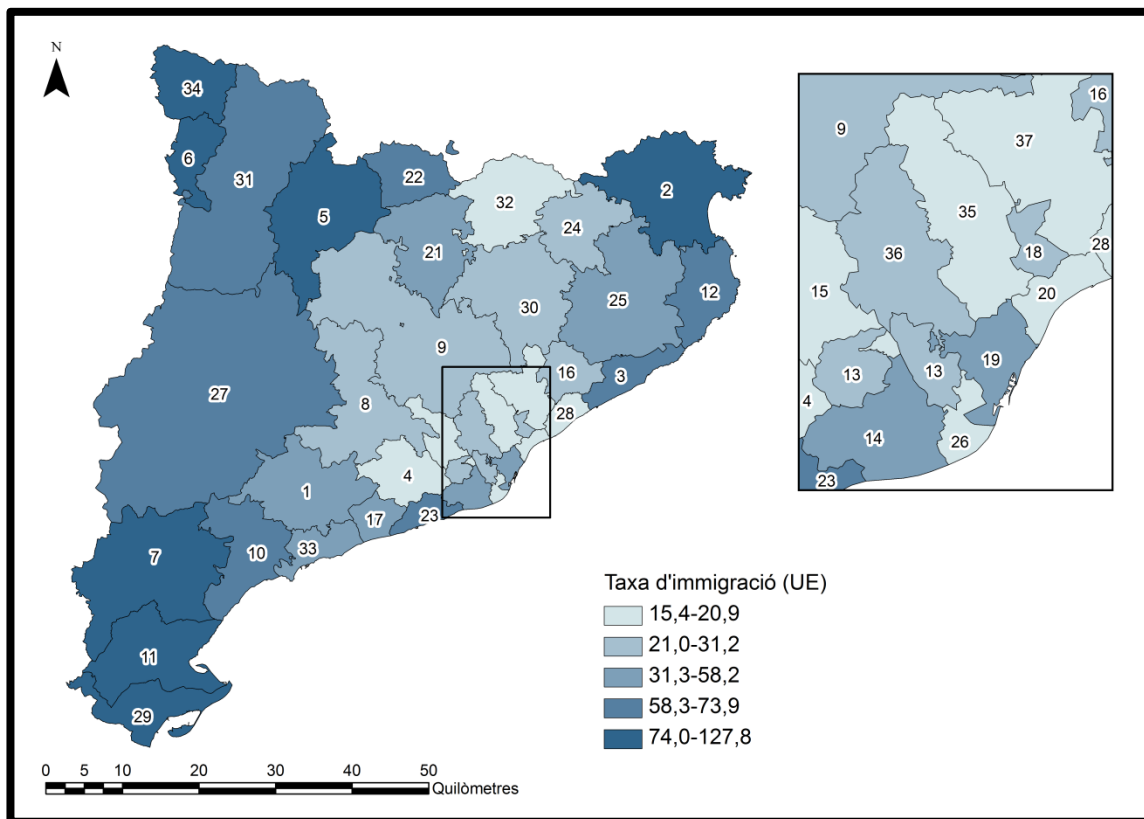


Font: Padró de població, 2010.

## Taxa d'immigració de països de la Unió Europea

El més destacable d'aquesta variable són les zones amb poca immigració que, tal com es pot observar, recorren un cinturó que va des del Ripollès, passa pel Vallès i arriba fins a l'Anoia. Amb relació a les zones d'immigració alta, coincideixen amb la immigració total, i s'amplia lleugerament l'àrea d'influència d'aquestes últimes.

**Mapa 8. Taxa d'immigració països de la Unió Europea**

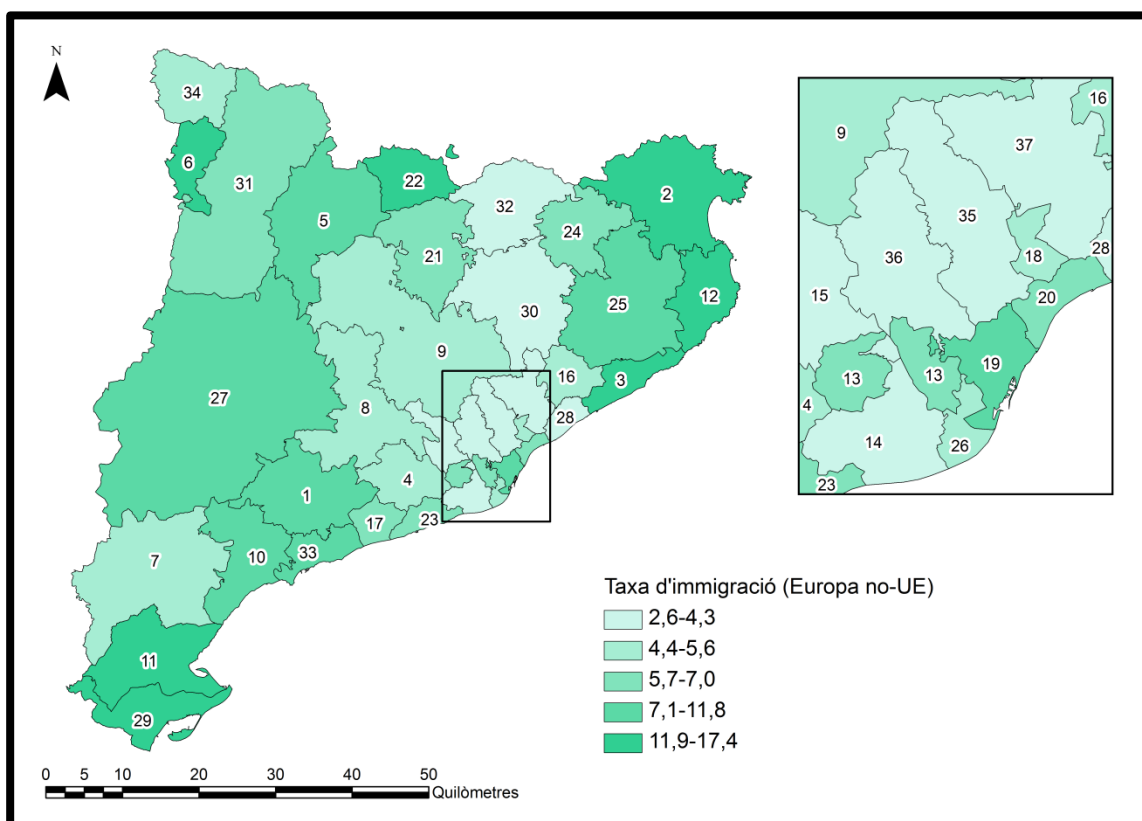


Font: Padró de població, 2010.

## Taxa d'immigració de països d'Europa extracomunitaris

Aquest índex té uns resultats similars als anteriors, ja que es tracta d'un cas particular de la immigració. És important destacar que, dins de les zones amb més immigració europea no provinent de la Unió Europea, hi ha la zona del litoral nord-est, i que els GTS amb menors taxes es concentren a la franja que va del GTS Vallès Oriental-Occidental fins al GTS Ripollès.

**Mapa 9. Taxa d'immigració de països d'Europa extracomunitaris**



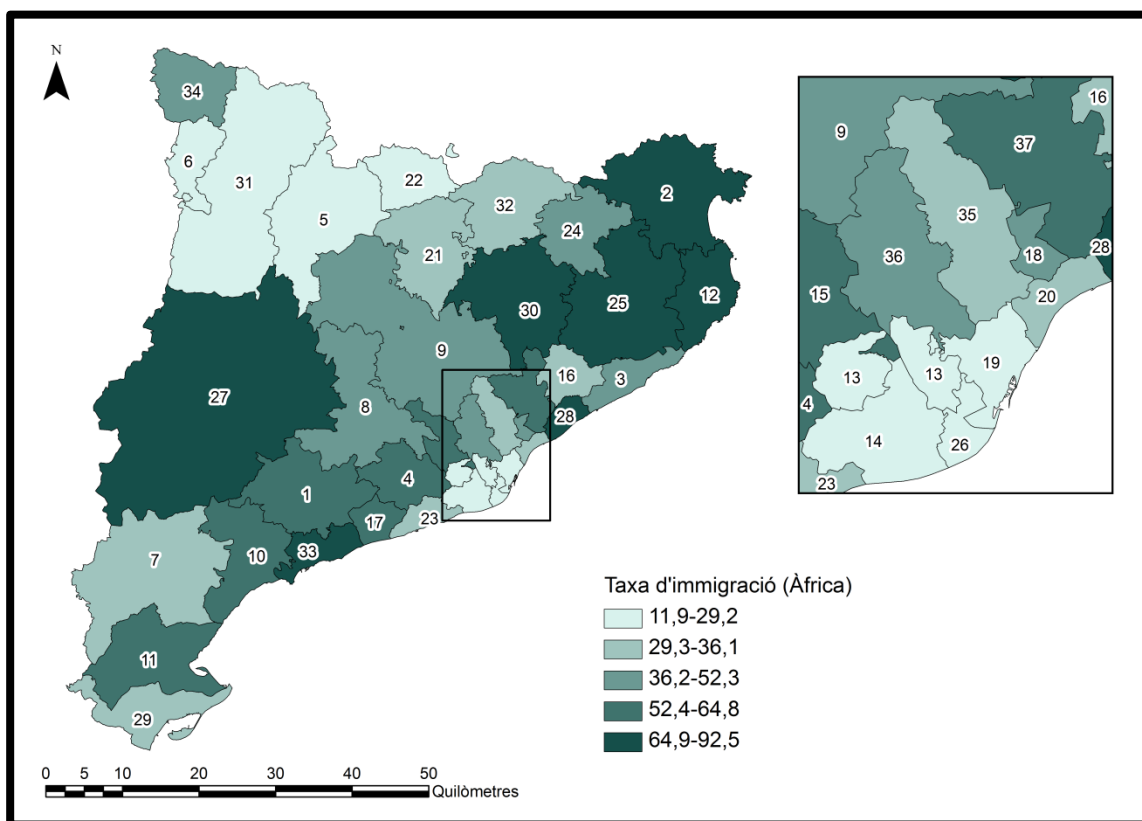
Font: Padró de població, 2010.



## Taxa d'immigració de països de l'Àfrica

En l'estudi d'aquesta variable es pot observar una clara concentració d'immigració a la zona nord-est, especialment a la zona de l'Empordà. Altres GTS amb altes taxes de persones africanes es troben al Maresme, Tarragona i Lleida. Amb relació a les taxes més baixes, es troben a la zona centreoccidental dels Pirineus i el sud de l'àrea metropolitana de Barcelona.

**Mapa 10. Taxa d'immigració de països de l'Àfrica**

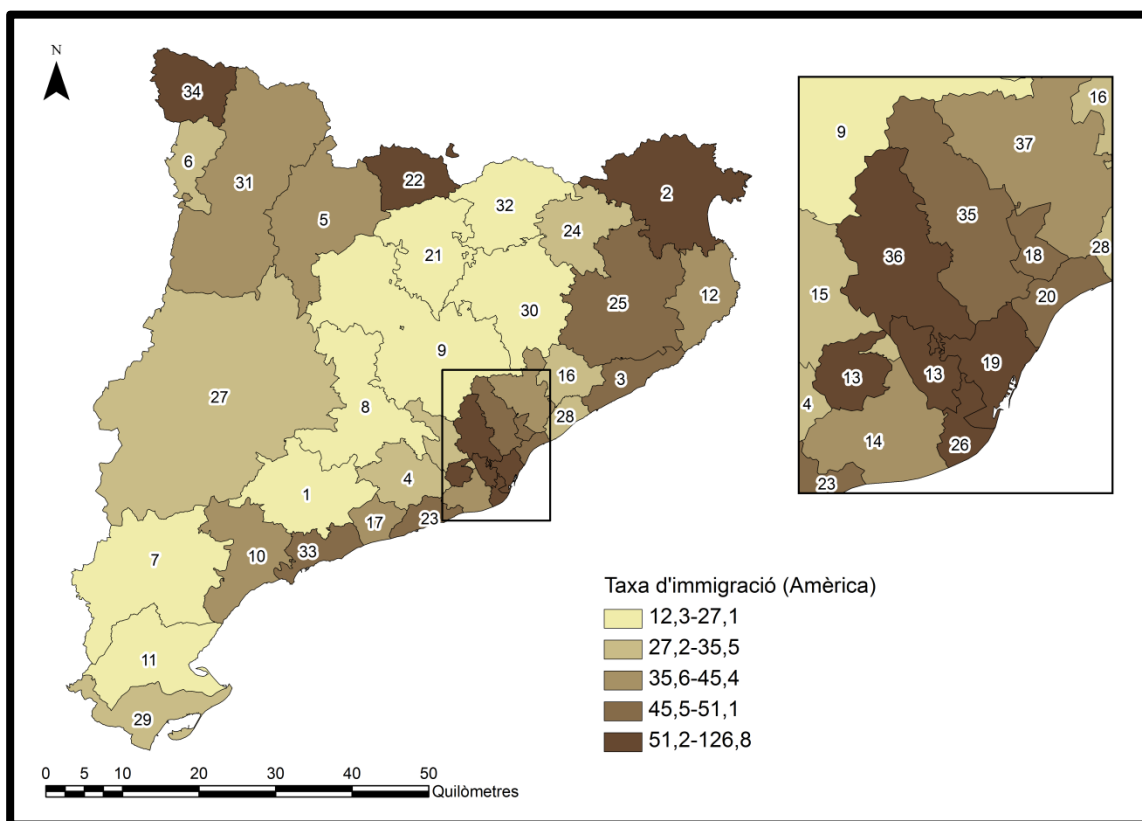


Font: Padró de població, 2010.

## Taxa d'immigració de països d'Amèrica

Els GTS amb valors alts es concentren a la zona de la capital, especialment a l'Hospitalet-el Prat, encara que també hi ha una concentració alta a la Vall d'Aran, l'Alt Empordà i, a diferència de les altres taxes d'immigració, a la Cerdanya. Amb relació a les zones de baixa concentració d'immigració, es pot observar un clar cinturó que travessa tota la zona central de la comunitat autònoma, començant pel Ripollès i acabant al Baix Ebre.

**Mapa 11. Taxa d'immigració de països d'Amèrica**

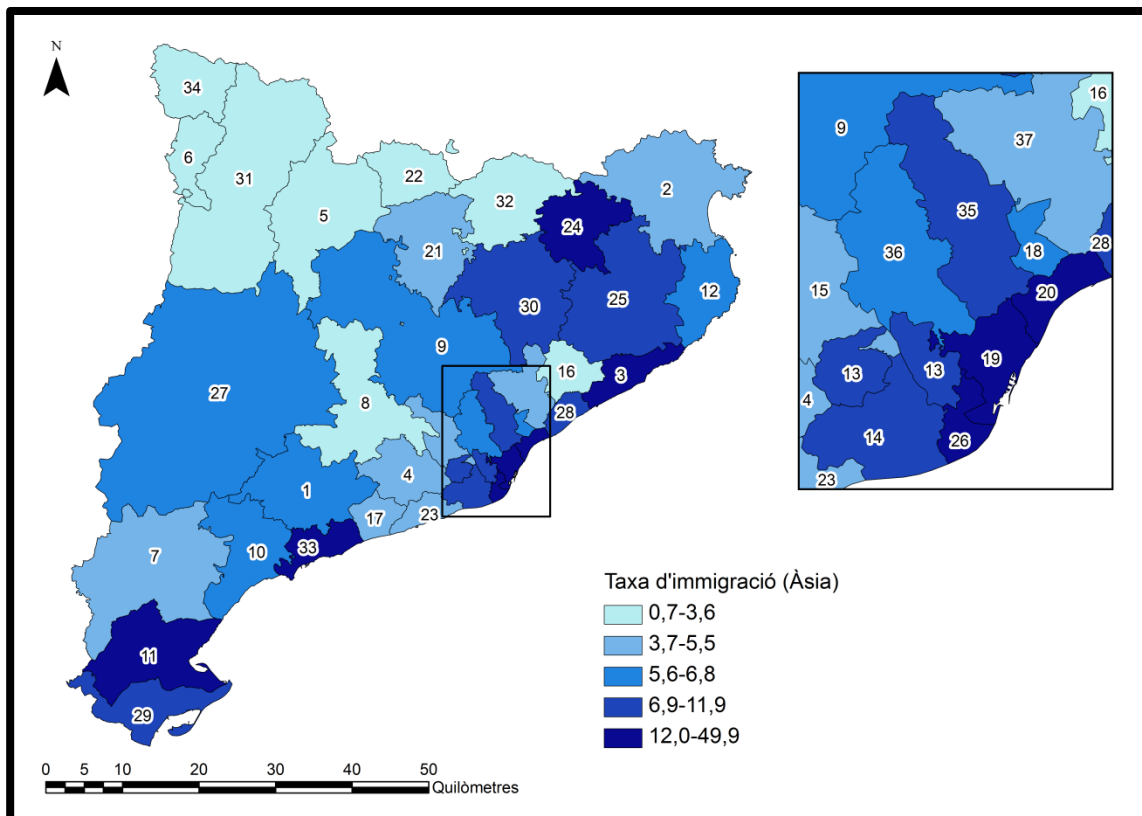


Font: Padró de població, 2010.

## Taxa d'immigració de països de l'Àsia

La immigració asiàtica té dues zones amb especial concentració. Es tracta de la zona de la capital, on destaca especialment el Barcelonès Nord i el Baix Maresme, i la zona de la Garrotxa. La zona amb immigració asiàtica baixa es concentra sobretot a l'àrea pirinenca, especialment l'Alta Ribagorça.

**Mapa 12. Taxa d'immigració de països de l'Àsia**

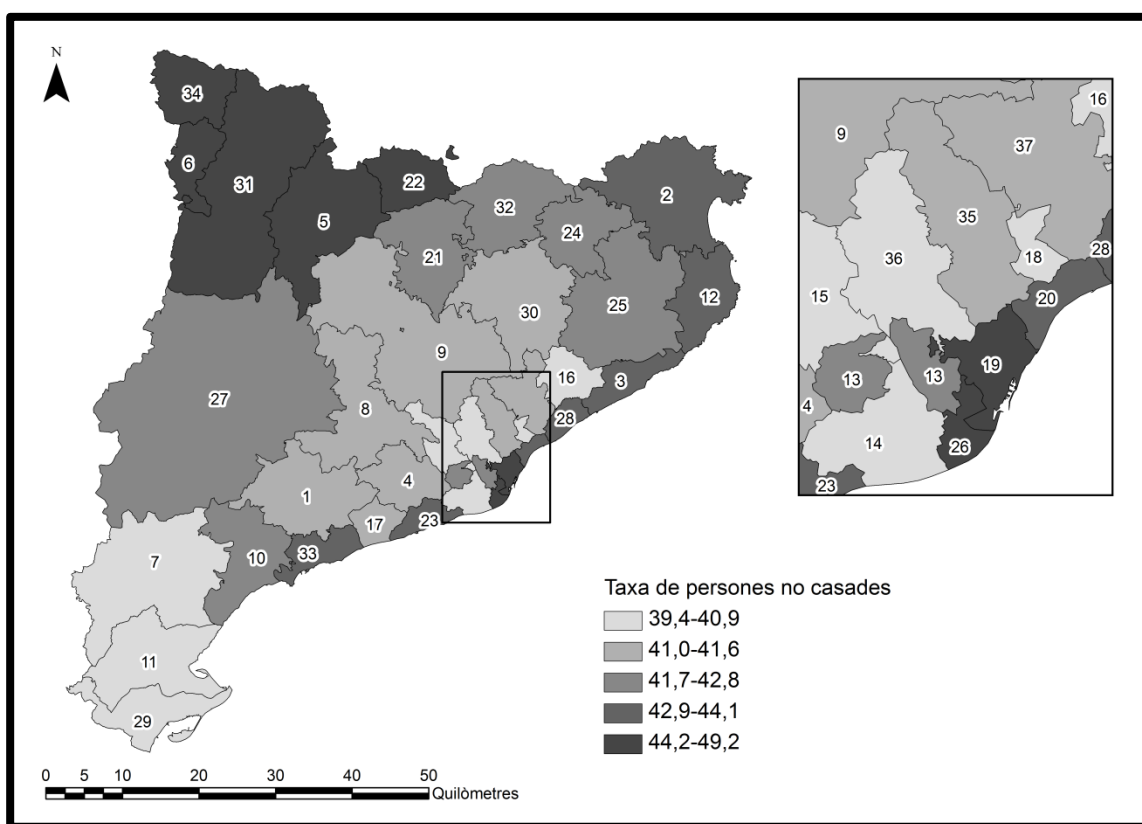


Font: Padró de població, 2010.

## Taxa de persones amb estat civil diferent a casades

Tal com s'observa en el mapa adjunt, existeixen dues zones amb una taxa de no-casats especialment alta: la zona nord-oest, on hi destaca la Vall d'Aran i l'Alta Ribagorça, que coincideix amb la zona de menor taxa d'envelliment, i el cinturó nord-est, que arriba fins a la capital, on el valor és màxim. La zona amb les taxes més baixes es troba al sud i en algunes unitats centrals, com el Baix Llobregat Nord. El més destacable d'aquesta variable és precisament la poca dispersió, ja que des del valor més baix al més alt només hi ha un 10% de diferència.

**Mapa 13. Taxa de persones no casades**

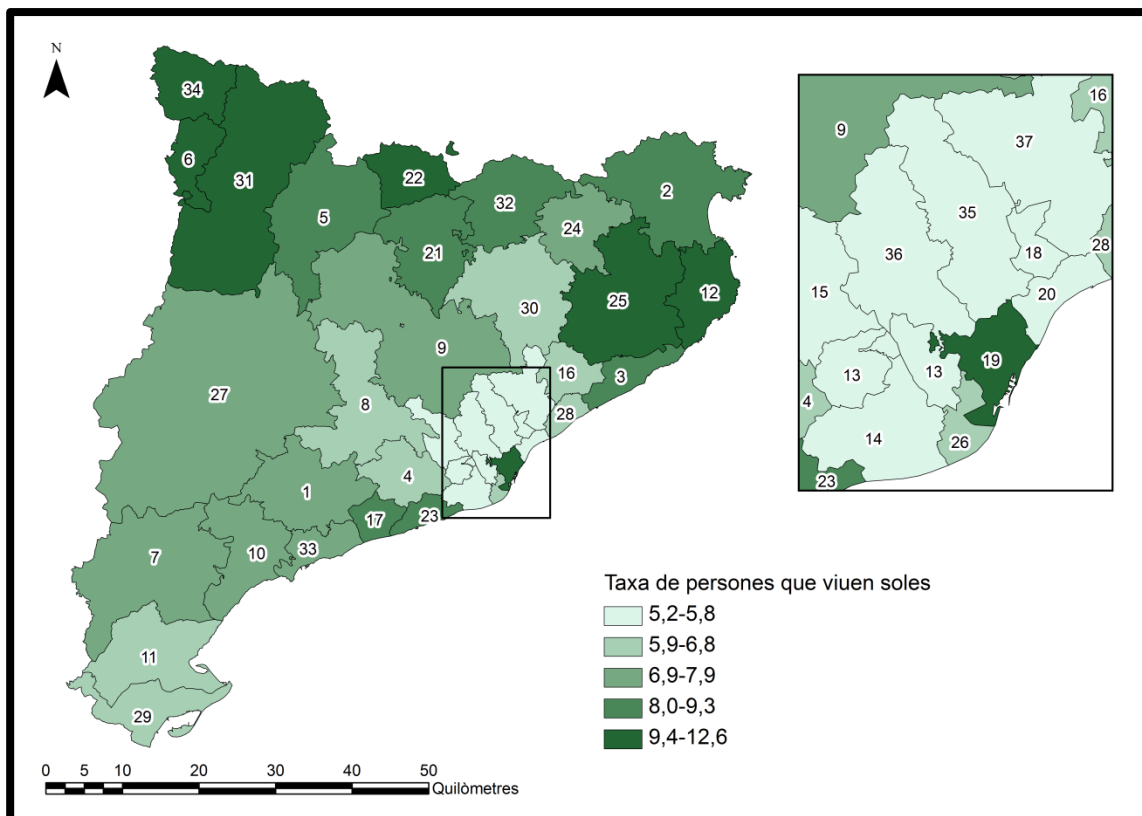


Font: Padró de població, 2010.

## Taxa de persones que viuen soles

S'observa que existeixen tres punts d'especial importància en la taxa de persones que viuen soles: un a la zona nord-oest, un altre al GTS de la Cerdanya i, l'últim, a la zona nord-est, que inclou les unitats del Baix Empordà, el Gironès, el Pla de l'Estany i la Selva Interior, el més destacable dels quals és el situat a la zona nord-oest. És important assenyalar que la zona de baixa concentració se situa als voltants de la capital i, no obstant això, la capital apareix amb un valor alt. Això té la seva explicació si es té en compte que el preu mitjà de compra i lloguer de vivendes és més elevat a la capital, per la qual cosa les famílies de més d'un membre normalment es localitzen en les poblacions dels voltants, on poden adquirir un habitatge més ampli i millor a preus més baixos.

**Mapa 14. Taxa de persones que viuen soles**

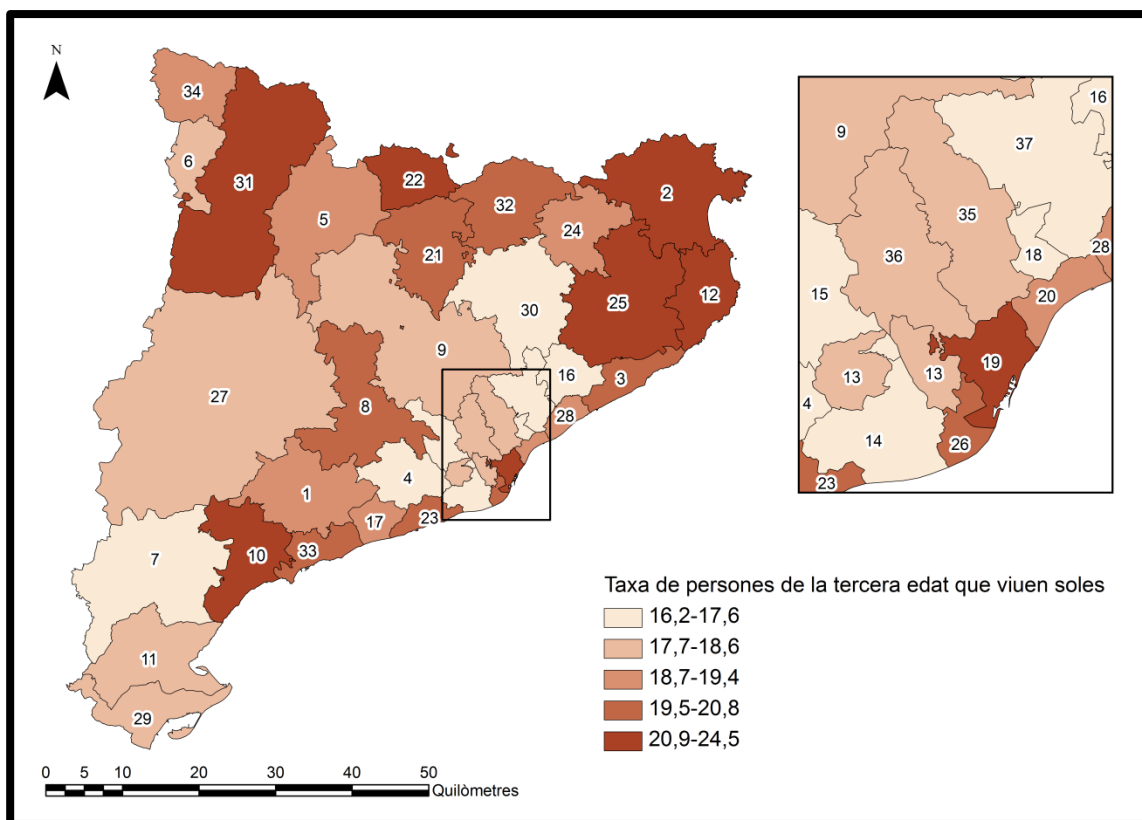


Font: Padró de població, 2010.

## Taxa de persones de la tercera edat que viuen soles

La concentració de valors alts d'aquesta variable està relacionada amb l'indicador anterior, i coincideixen els mateixos GTS, com és el cas de la zona nord-est i Barcelona. És interessant destacar aquest últim cas, ja que és normal que existeixi una alta concentració de llars de persones de la tercera edat en aquesta unitat pel mateix motiu anterior. És a dir, el preu mitjà del metre quadrat a la zona de la capital ha augmentat, de manera que, tant les famílies amb més d'un membre com la gent jove, trien anar-se'n a les poblacions dels voltants, on els preus són més assequibles. Com és lògic, les zones de menor concentració es troben als voltants d'aquestes unitats.

**Mapa 15. Taxa de persones de la tercera edat que viuen soles**

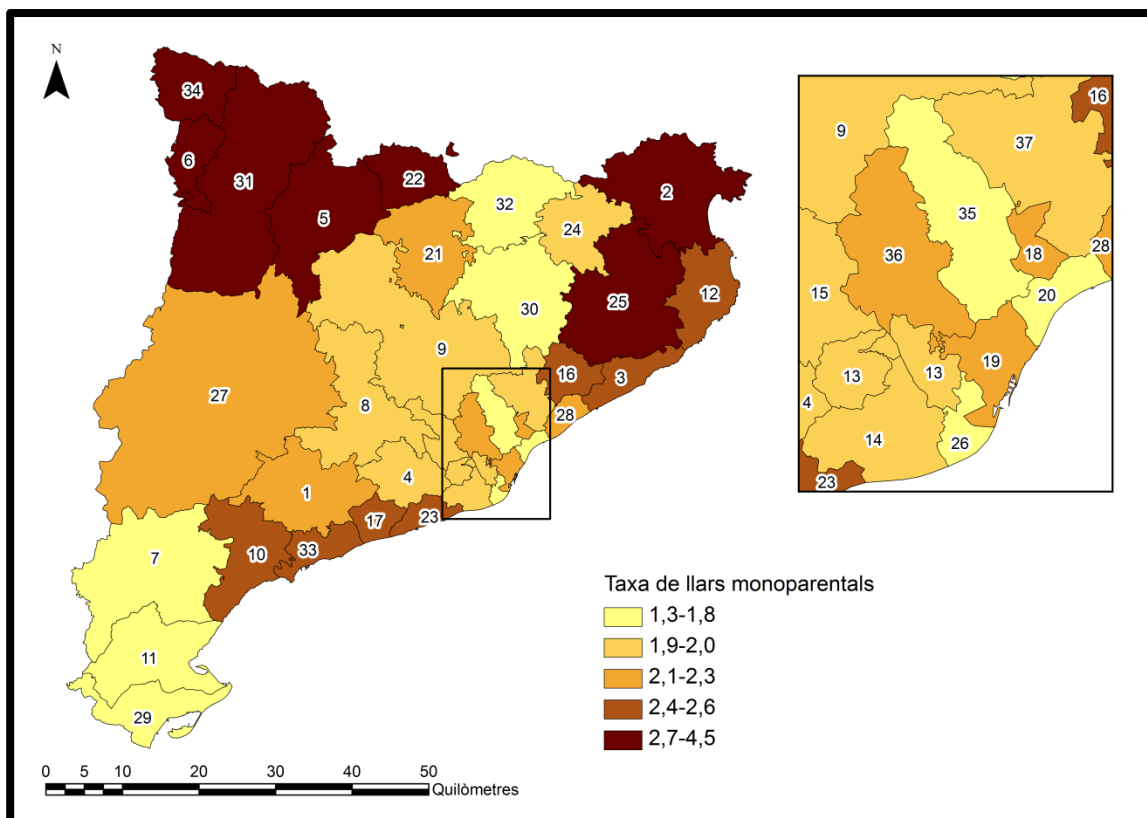


Font: Padró de població, 2010.

## Taxa de llars monoparentals

La taxa de llars monoparentals té una alta concentració a la zona nord-oest, la Vall d'Aran, i a la nord-est, especialment a l'Alt Empordà, on presenta uns resultats semblats a la taxa de no-casats. L'àrea amb valors més baixos es troba a la zona sud, on hi destaca el GTS de l'Altebrat.

**Mapa 16. Taxa de llars monoparentals**

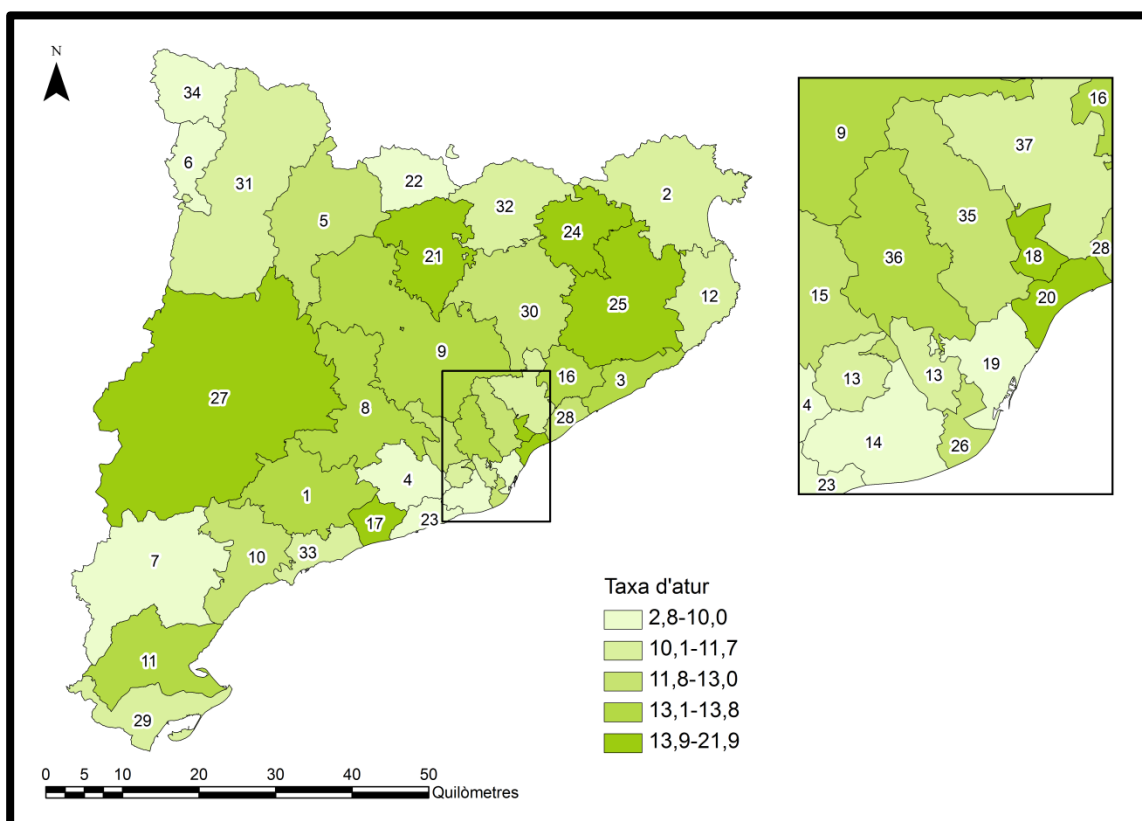


Font: Padró de població, 2010.

## Taxa d'atur

Finalment, amb relació a la taxa d'atur, cal destacar que la unitat amb valor més alt és el Berguedà, amb un 21,9%. També tenen uns valors considerables la Garrotxa i Lleida. En canvi, es troben valors baixos de taxa d'atur en tres punts interessants: la zona nord-oest, la zona de l'Alt Penedès, el Garraf i el Baix Llobregat Litoral i, finalment, la Cerdanya, que és on la taxa és menor i té un valor del 2,8%.

Mapa 17. Taxa d'atur



Font: Padró de població, 2010.



### 7.3. Descripció dels dispositius d'atenció a la salut mental

#### Resum breu de la informació analitzada

Aquest treball ha detectat 639 serveis que compleixen criteris DESDE-LTC per poder-se considerar BSIC que ofereixen atenció específica a la salut mental a Catalunya. Per departaments, la distribució ha estat la següent:

- **DEPARTAMENT DE SALUT:** 313 serveis/BSIC. Aquests serveis corresponen als següents:<sup>1</sup>
  - 23 unitats d'aguts d'adults.
  - 16 unitats de subaguts d'adults.<sup>2</sup>
  - 14 unitats de mitjana i llarga estada d'adults.
  - 26 hospitals de dia d'adults.
  - 57 centres de dia/serveis de rehabilitació comunitària d'adults.
  - 74 centres de salut mental d'adults.
  - 2 serveis de consultes externes de salut mental d'adults.
  - 3 unitats específiques d'urgències per a trastorns mentals (2 d'adults + 1 general).
  - 8 unitats de referència psiquiàtrica infantils.
  - 2 unitats de crisi d'adolescents.
  - 21 hospitals de dia infantil i juvenil.
  - 50 centres de salut mental infantil i juvenil.
  - 1 servei extern de consultes infantil i juvenil.
  - 2 unitats específiques de psicogeriatría.
  - 6 unitats específiques d'atenció als trastorns de conducta alimentària.
  - 2 serveis específics d'atenció al trastorn límit de la personalitat.
  - 5 serveis d'atenció específica a la patologia dual.
  - 1 servei específic d'atenció a la població refugiada i immigrant.

<sup>1</sup> Un servei/BSIC pot tenir més d'un MTC. Per això és possible que el total de serveis/BSIC no es correspongui amb els "oficials". A continuació d'aquest resum, es presenta la informació detallada per departaments.

<sup>2</sup> Hi ha dos serveis que tenen dos MTC (corresponents a atenció aguda i subaguda). Més endavant se n'amplia informació.

- **DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL I FAMÍLIA**

- **INSTITUT CATALÀ D'ASSISTÈNCIA I SERVEIS SOCIALS (ICASS):** 279 serveis/BSIC

- 17 serveis de tuteles.
    - 28 serveis prelaborals.
    - 15 serveis de suport a l'autonomia a la pròpia llar.
    - 30 llars residències.
    - 75 llars amb suport.
    - 38 clubs socials.
    - 76 centres de desenvolupament infantil i atenció precoç.

- **DEPARTAMENT DE TREBALL (EMPRESA I OCUPACIÓ):** 42 serveis/BSIC

Quaranta-dos centres especials de treball per a persones amb malalties mentals (per considerar-se servei/BSIC específic d'atenció a la salut mental, el servei, en aquest cas, una empresa o un centre especial de treball (CET), ha de tenir el programa USAP [unitat de suport a l'activitat professional]).

- **DEPARTAMENT DE JUSTÍCIA:** 5 serveis/BSCI

No s'ha detectat serveis específics per a l'atenció als trastorns mentals, segons criteris DESDE-LTC, dependents del Departament d'Educació. Malgrat això, en les pàgines següents es presenta una llista amb els equips d'assessorament psicopedagògic (EAP) que ofereixen atenció al territori de Catalunya. A banda dels **639** serveis, també es presenten **14** BSIC dependents del Departament de Salut que ofereixen atenció integrada a les persones amb trastorn mental i discapacitat intel·lectual. Atesa la complexitat per atendre la discapacitat intel·lectual, s'ha exclòs de l'anàlisi integral, i es presenten només les dades dels serveis de salut.

Una vegada identificats els serveis/BSIC, s'han codificat en funció de l'activitat principal que duen a terme (MTC). Dels 639 BSIC identificats, el 87,64% (560) s'han codificat amb 1 MTC. El 10,49% (67) ha requerit 2 MTC per descriure l'activitat principal del centre. Aproximadament un 1,72% (9) ha necessitat 3 codis; 2 serveis/BSIC han necessitat 4 codis i 1 servei, 5 codis (servei de psiquiatria penitenciària de referència). El total de MTC codificats ha estat de **734**. A la taula següent es pot veure un resum de la distribució en funció del departament.

Taula 3. Resum dels MTC segons el departament

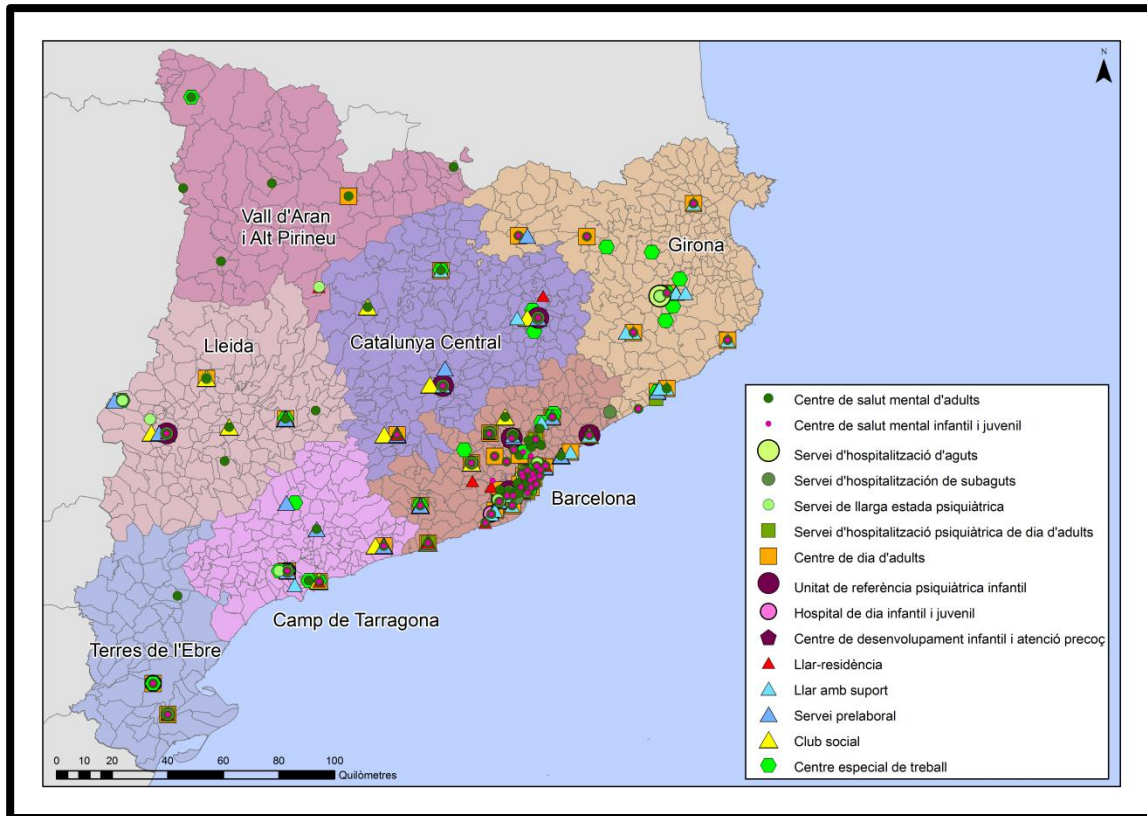
	DEPT. SALUT	DEPT. ICASS	DEPT. TREBALL	DEPT. JUSTÍCIA	TOTAL
<b>ATENCIÓ RELACIONADA AMB L'ACCESSIBILITAT</b>					
A4 El codi fa referència a un dispositiu de salut mental que s'encarrega de la gestió de casos, garanteix la vinculació dels pacients a la xarxa assistencial i la coordinació entre els diferents dispositius implicats.	32 <sup>3</sup>	17			49
<b>ATENCIÓ RESIDENCIAL</b>					
R1 Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat immediata (crisi) amb suport i vigilància intensiva durant les 24 hores.				1	1
R2 Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat immediata (crisi) amb suport durant les 24 hores.	35			1	36
R4 Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat programada (no aguts) durant un temps limitat on els pacients tenen suport durant les 24 hores.	20			1	21
R5 Dispositiu de salut mental d'atenció residencial comunitària amb suport 24 hores (metges) durant un període limitat de temps.	6			1	7
R6 Dispositiu de salut mental hospitalari residencial de disponibilitat programada amb suport 24 hores durant un període il·limitat de temps.	11			1	12
R8.2 Dispositiu de salut mental no hospitalari de disponibilitat programada (no-crisi) durant un temps definit on els pacients tenen suport 24 hores.	1				1
R11 Dispositiu de salut mental no hospitalari de disponibilitat programada (no-crisi) durant un temps indefinit on els pacients tenen suport 24 hores.		30			30
R13 Dispositiu de salut mental d'atenció residencial comunitària d'estada indefinida i baix suport.		75			75
<b>SUBTOTAL</b>	<b>73</b>	<b>105</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>183</b>
<b>ATENCIÓ AMBULATORIA</b>					
O1 Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria mòbil i domiciliària d'aguts disponible 24 hores al dia, 7 dies per setmana.	1				1
O2.1 Dispositiu de salut mental d'atenció mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada durant horari determinat.	3				3
O3.1 Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada d'urgències durant les 24 hores del dia.	22			1	23
O5.1 Dispositiu de salut mental d'atenció mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi), on es pot atendre un mateix pacient un mínim de tres vegades per setmana.	1	15			16
O8.1 Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi), on es pot atendre un mateix pacient un mínim de tres vegades per setmana.	58	40		2	100

<sup>3</sup>Els 32 MTC A4 de salut fan referència al PSI que, tot i que no compleixen criteris per considerar-se un BSIC, s'han codificat excepcionalment amb un MTC addicional del CSM del qual depèn (vegeu més avall).

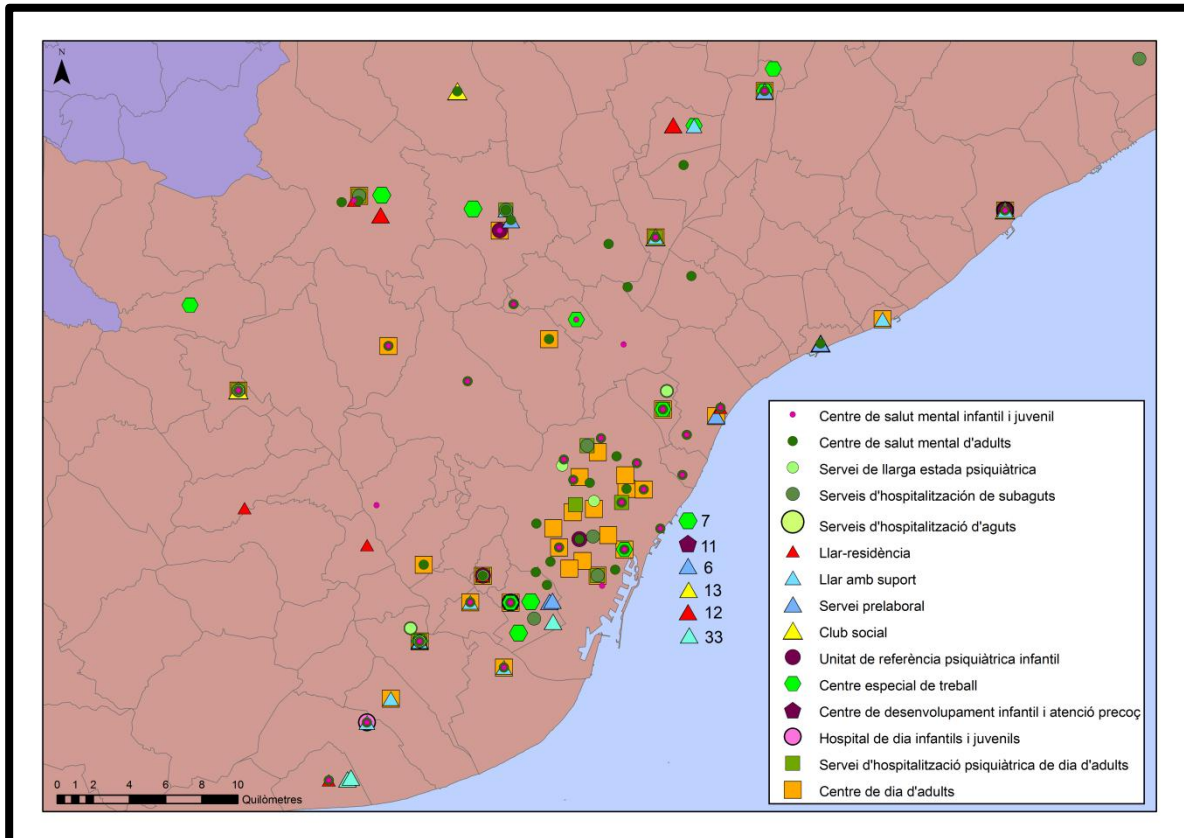
	DEPT. SALUT	DEPT. ICASS	DEPT. TREBALL	DEPT. JUSTÍCIA	TOTAL
O9.1 Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil amb freqüència mitjana d'atenció quinzenal.	81	32		2	115
O10.1 Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) de freqüència mensual.	17	4			21
<b>SUBTOTAL</b>	<b>183</b>	<b>91</b>		<b>5</b>	<b>279</b>
<b>ESTRUCTURADA DE DIA</b>					
D0.1 Dispositiu de salut mental d'atenció de dia d'aguts en un nombre limitat d'episodis durant un període de temps determinat.	3				3
D1.1 Dispositiu de salut mental d'atenció de dia per a persones en crisi, amb disponibilitat en menys de 72 hores, per a usuaris que han sortit d'ingrés hospitalari agut (R2, R3).	40				40
D1.2 Dispositiu de salut mental d'atenció de dia per a persones en crisi, amb disponibilitat programada, generalment menys de 4 setmanes, per a usuaris que han sortit d'ingrés hospitalari agut (R2, R3).	12				12
D2.2 Dispositiu de salut mental d'atenció de dia amb una disponibilitat programada (no-crisi) d'alta intensitat relacionada amb el treball. Les organitzacions segueixen normes laborals específiques per les persones amb discapacitat o trastorns mentals. El personal cobra, com a mínim, el 50% del salari mínim interprofessional. La feina es pot compartir amb persones que no tenen problemes de salut mental.			42		42
D3.2 Dispositiu de salut mental d'atenció de dia amb una disponibilitat programada (no-crisi) que ofereix atenció relacionada amb el treball equivalent, com a mínim, a quatre mitges jornades per setmana.	1	28			29
D4.1 Dispositiu de salut mental d'atenció de dia amb una disponibilitat programada (no-crisi) que ofereix atenció relacionada amb la salut equivalent, com a mínim, a quatre mitges jornades per setmana.	45			1	46
D4.3 Dispositiu de salut mental d'atenció de dia amb una disponibilitat programada (no-crisi) que ofereix atenció relacionada amb la participació social i cultural equivalent, com a mínim, a 4 mitges jornades per setmana.	13	38			50
<b>SUBTOTAL</b>	<b>114</b>	<b>66</b>	<b>42</b>	<b>1</b>	<b>223</b>
<b>TOTAL</b>	<b>402</b>	<b>279</b>	<b>42</b>	<b>11</b>	<b>734</b>

A continuació, es presenta la distribució territorial de tots els serveis que ofereixen atenció a la salut mental a Catalunya. S'hi detalla la zona de Barcelona, així com el resum de la disponibilitat de professionals, places i llits. Seguidament, s'analitzen en detall per departament i tipus de servei.

**Mapa 18. Distribució territorial dels serveis d'atenció a la salut mental a Catalunya**



Mapa 19. Distribució territorial dels serveis d'atenció a la salut mental a Barcelona



## 7.4. Departament de Salut

### 7.4.1. Població adulta. Atenció hospitalària

#### Hospital d'aguts (HA)

##### **Definició**

Servei assistencial destinat a proporcionar atenció integral a les situacions agudes en les quals hi ha un risc psicopatològic greu i que requereixen una intervenció immediata en règim d'internament, amb intervencions clíniques intensives. L'objectiu és l'abordatge multicausal i global dels pacients i de l'entorn familiar, de manera que es puguin controlar els símptomes tan aviat com sigui possible (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2010).

Funcions específiques:

- Avaluar i determinar un diagnòstic.
- Establir un tractament intensiu i delimitat en el temps.
- Coordinar amb altres serveis d'atenció general (atenció primària i atenció hospitalària general), serveis socials, serveis de rehabilitació i psiquiàtrics.

##### **Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC**

Catalunya disposa de 23 dispositius (o unitats) d'hospitalització d'aguts d'estada limitada. D'aquestes 23 unitats, 2 són unitats especials: la unitat d'aguts de l'Hospital del Mar es dedica a pacients amb trastorn mental greu amb comorbiditat física greu que han de ser atesos per un problema físic. D'altra banda, la unitat d'aguts de l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron actua com a reforç de la unitat d'aguts de Sant Rafael.

Les unitats d'aguts ofereixen de manera específica atenció ambulatoria no mòbil d'urgència (O3.1). Encara que normalment les urgències solen incloure's en el servei d'aguts, a l'Hospital de Mataró, a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona) i a la Unitat Polivalent en Salut Mental d'Ampostà, existeixen unitats d'urgències (O3.1) que compleixen els criteris per considerar-se serveis independents.

Els hospitals de Bellvitge, de Granollers i el Clínic i Provincial de Barcelona tenen atenció de dia d'aguts episòdica d'alta intensitat (D0.1), que serien les unitats de teràpia



electroconvulsiva (TEC). L'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona també disposa d'atenció de dia d'aguts continuada d'alta intensitat (D1.1). El Consorci Hospitalari de Vic i el servei d'aguts de la Unitat Polivalent en Salut Mental d'Amposta disposen, dins de l'hospitalització breu, alguns llits per a l'hospitalització programada d'estada limitada (R4).

**Taula 4. Descripció dels MTC utilitzats per codificar BSIC d'HA**

DESDE-LTC	Descripció
R2	Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat immediata (crisi) amb suport durant les 24 hores.
R4	Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat programada (no aguts) durant un temps limitat on els pacients tenen suport durant les 24 hores.
D0.1	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia d'aguts en un nombre limitat d'episodis durant un període de temps determinat.
D1.1	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia per a persones en crisi amb disponibilitat en menys de 72 hores per a usuaris que han sortit d'ingrés hospitalari agut (R2, R3).
O1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria mòbil i domiciliària d'aguts disponible 24 hores al dia, 7 dies per setmana.
O3.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada d'urgències durant les 24 hores del dia.
O9.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil amb freqüència d'atenció mitjana (quinzenal).



Taula 5. Llista de BSIC d'HA codificats

SERVEI D'AGUTS	DESDE1	DESDE2	DESDE3	DESDE 4	Municipi
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona	AO[MD]-R2	AO[MD]-D0.1	AO[MD]-D1.1	AO[MD]-O3.1	Barcelona
UIPA Sant Rafael	Ax[MD]-R2				Barcelona
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	AO[MD]-R2*				Barcelona
Centre FÒRUM	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			Barcelona
Hospital del Mar. Parc de Salut Mar	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			Barcelona
Unitat d'aguts. H. U. Vall d'Hebron	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			Barcelona
Hospital de Granollers	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1	AO[MD]-D0.1		Granollers
Hospital Duran i Reynals (Fundació Sociosanitària de Barcelona)	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			L'Hospitalet de Llobregat
Hospital Universitari de Bellvitge	AO[MD]-R2	AO[MD]-D0.1	AO[MD]-O9.11	AO[MD]-O3.1	L'Hospitalet de Llobregat
Sagrat Cor Serveis de Salut Mental	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			Martorell
Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme	AO[MD]-R2*				Mataró
Consorci Sanitari Parc Taulí	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			Sabadell
Benito Menni, Complex Assistencial	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			Sant Boi de Llobregat
Parc Sanitari Sant Joan de Déu	AO[MD]-R2	Ax[MD]-O3			Sant Boi de Llobregat
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López	AO[MD]R2	AO[MD]-O3.1			Santa Coloma de Gramenet
Hospital de Terrassa	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			Terrassa
Mútua de Terrassa	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			Terrassa
Fundació Althaia	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			Manresa
Consorci Hospitalari de Vic	AO[MD] R2	AO[MD] R4			Vic
Parc Hospitalari Martí i Julià (Santa Caterina)	AO[MD]R2	AO[MD]O3			Salt
Hospital Santa Maria	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			Lleida
Unitat Polivalent d'Amposta	AO[MD]-R2*	AO[MD]-R4			Amposta
Institut Pere Mata	AO[MD]-R2	Nx[MD]-O1	Nx[MD]-O3		Reus

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Llits disponibles

Catalunya disposa d'un total de 802 llits per a l'hospitalització d'aguts, entre places públiques i concertades. Això equival a aproximadament 13 llits per 100.000 habitants (taula 4).

**Taula 6. Llits en BSIC d'HA**

SERVEI D'AGUTS	Població > 18 a.	DESDE1	DESDE2	DESDE3	DESDE 4	Llits totals	Taxa x 100.000 h. (llits)
Hospital Clínic i Provincial	134.279	AO[MDJ]-R2	AO[MDJ]-D0.1	AO[MDJ]-D1.1	AO[MDJ]-O3.1	24	17,87
UIPA Sant Rafael	304.125	Ax[MDJ]-R2				42	13,81
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	221.567	AO[MDJ]-R2*				34	15,35
Centre FÓRUM. Parc de Salut Mar	441.472	AO[MDJ]-R2	AO[MDJ]-O3.1			74	16,76
Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar		AO[MDJ]-R2	AO[MDJ]-O3.1			7	
Unitat d'aguts. Hospital Universitari Vall d'Hebron		AO[MDJ]-R2	AO[MDJ]-O3.1			7	
Hospital de Granollers	317.218	AO[MDJ]-R2	AO[MDJ]-O3.1	AO[MDJ]-D0.1		28	8,83
Hospital Duran i Reynals (Fundació Sociosanitària de Barcelona)	194.739	AO[MDJ]-R2	AO[MDJ]-O3.1			37	19,00
Hospital Universitari de Bellvitge	112.245	AO[MDJ]-R2	AO[MDJ]-D0.1	AO[MDJ]-O9.11	AO[MDJ]-O3.1	29	25,84
Sagrat Cor Serveis de Salut Mental	375.878	AO[MDJ]-R2	AO[MDJ]-O3.1			50	13,30
Hospital de Mataró	329.808	AO[MDJ]-R2*				30	9,10
Consorci Sanitari Parc Taulí	378.053	AO[MDJ]-R2	AO[MDJ]-O3.1			30	7,94
Benito Menni, Complex Assistencial	224.890	AO[MDJ]-R2	AO[MDJ]-O3.1			60	26,68

SERVEI D'AGUTS	Població > 18 a.	DESDE1	DESDE2	DESDE3	DESDE 4	Llits totals	Taxa x 100.000 h. (llits)
Parc Sanitari Sant Joan de Déu	641.814	AO[MD]-R2	Ax[MD]-O3			75	11,69
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López	326.440	AO[MD]R2	AO[MD]-O3.1			44	13,48
Hospital de Terrassa	170.434	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			16	9,39
Mútua de Terrassa	163.946	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			25	15,25
Fundació Althaia	215.648	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			24	11,13
Consorci Hospitalari de Vic	125.178	AO[MD] R2	AO[MD] R4			14	11,18
Parc Hospitalari Martí i Julià (Santa Caterina)	589.461	AO[MD]R2	AO[MD]O3			42	7,13
Hospital Santa Maria	347.686	AO[MD]-R2	AO[MD]-O3.1			32	9,20
Unitat Polivalent Amposta	162.750	AO[MD]-R2*	AO[MD]-R4			18	11,06
Institut Pere Mata	468.378	AO[MD]-R2	Nx[MD]-O1	Nx[MD]-O3		60	12,81
<b>TOTAL</b>	<b>6.246.009</b>					<b>802</b>	<b>12,84</b>

Font: contacte directe amb els centres, 2010.

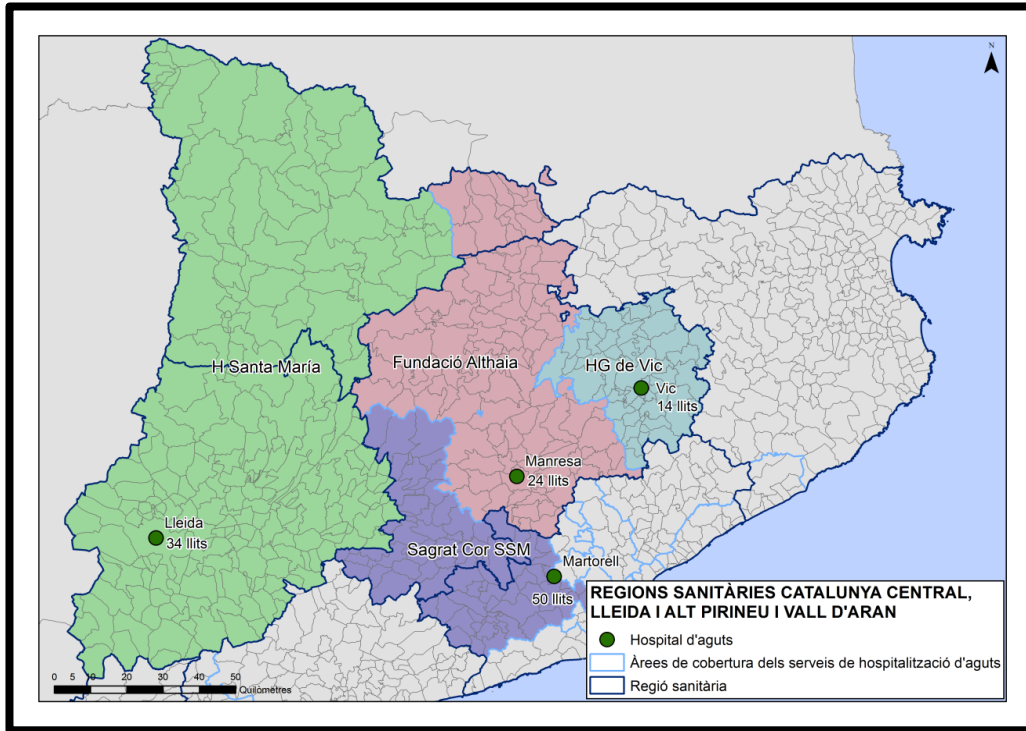
## Professionals

L'hospitalització d'aguts a Catalunya la formen, entre altres, un equip estimat de 104 psiquiatres, 18 psicòlegs<sup>4</sup>, 16 treballadors socials, 203 infermers, 296 auxiliars d'infermeria i 8 terapeutes ocupacionals.

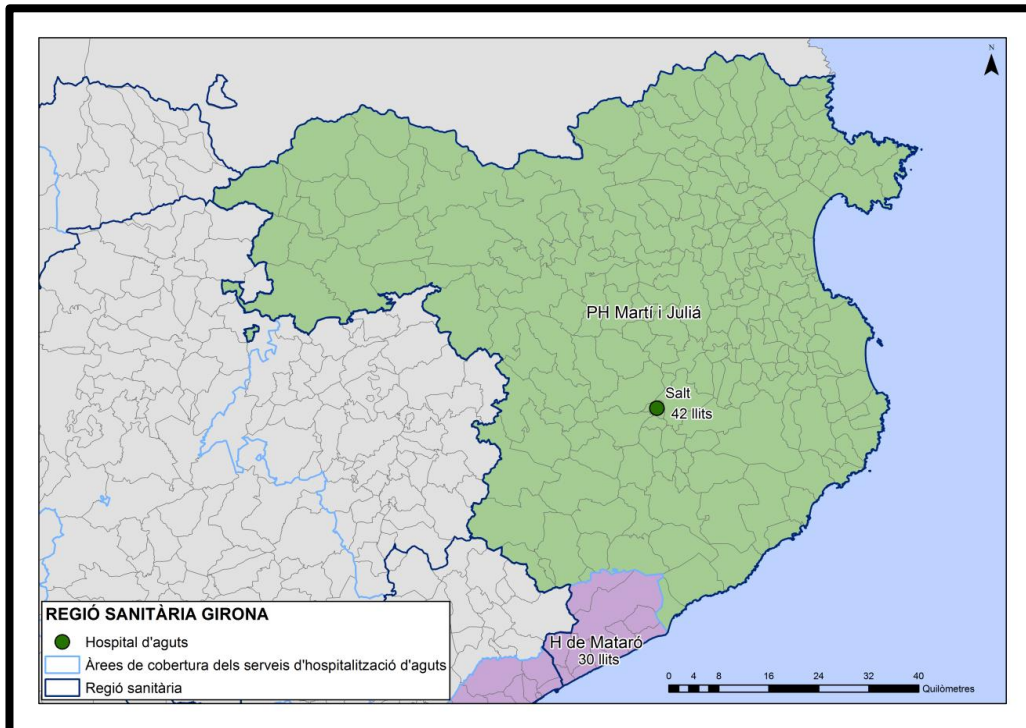
Això suposa que, per cada 100.000 habitants, els ciutadans de Catalunya disposen d'1,66 psiquiatres, 0,28 psicòlegs, 0,12 treballadors socials, 3,26 infermers, 4,31 auxiliars d'infermeria i 0,25 terapeutes ocupacionals que ofereixen atenció d'aguts

<sup>4</sup> Quan el text fa referència a la professió de psicologia o al nom del professional es refereix a l'especialitat de psicologia clínica

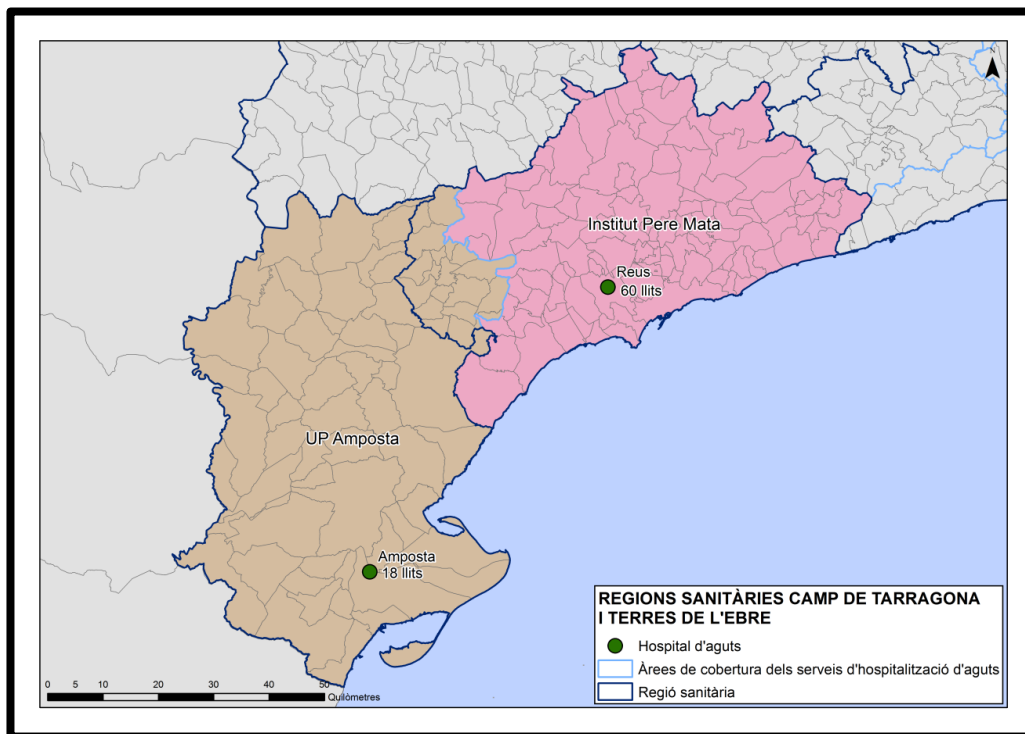
Mapa 20. Hospitals d'aguts a les regions sanitàries Catalunya Central, Lleida i Alt Pirineu i Vall d'Aran



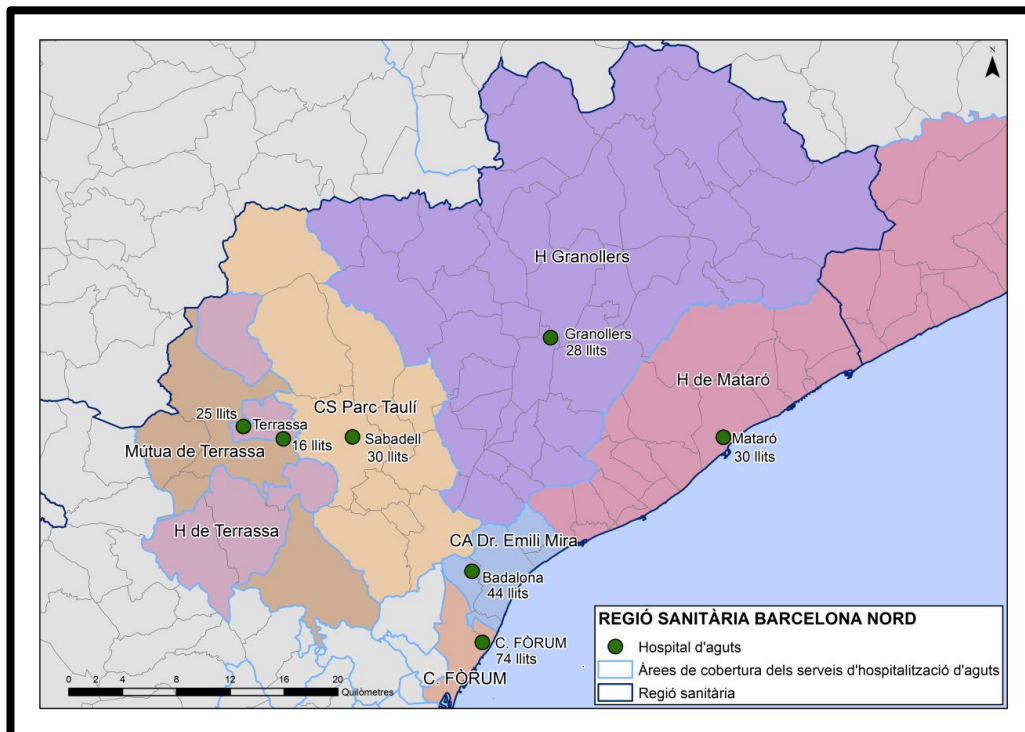
Mapa 21. Hospitals d'aguts a la Regió Sanitària Girona



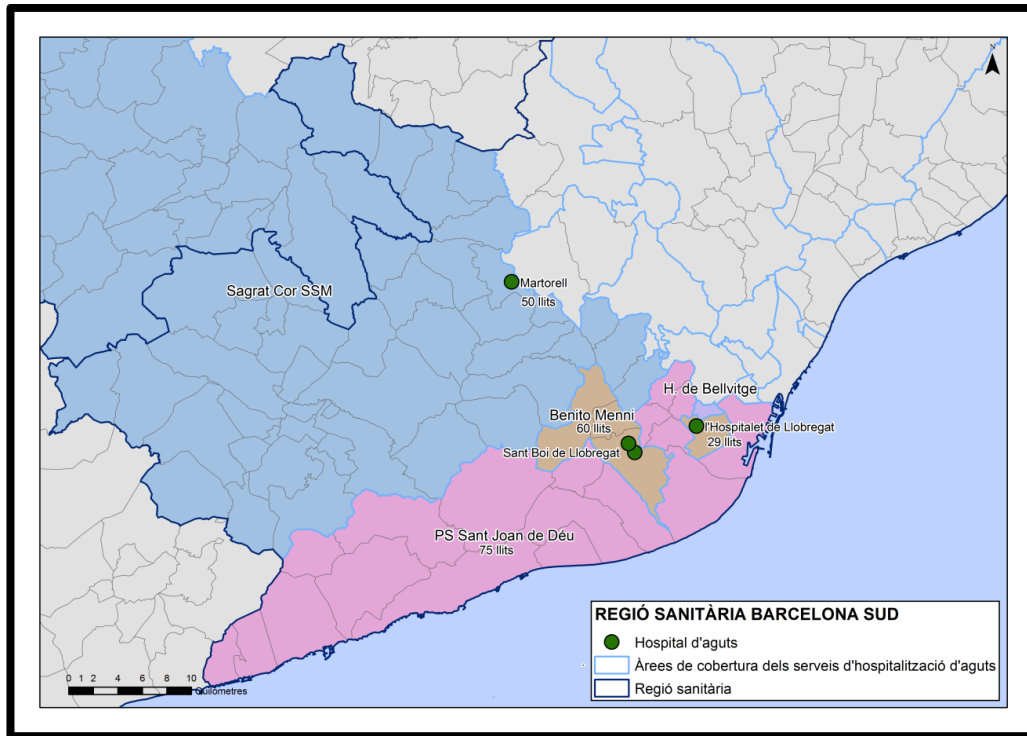
Mapa 22. Hospitals d'aguts a les regions sanitàries Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre



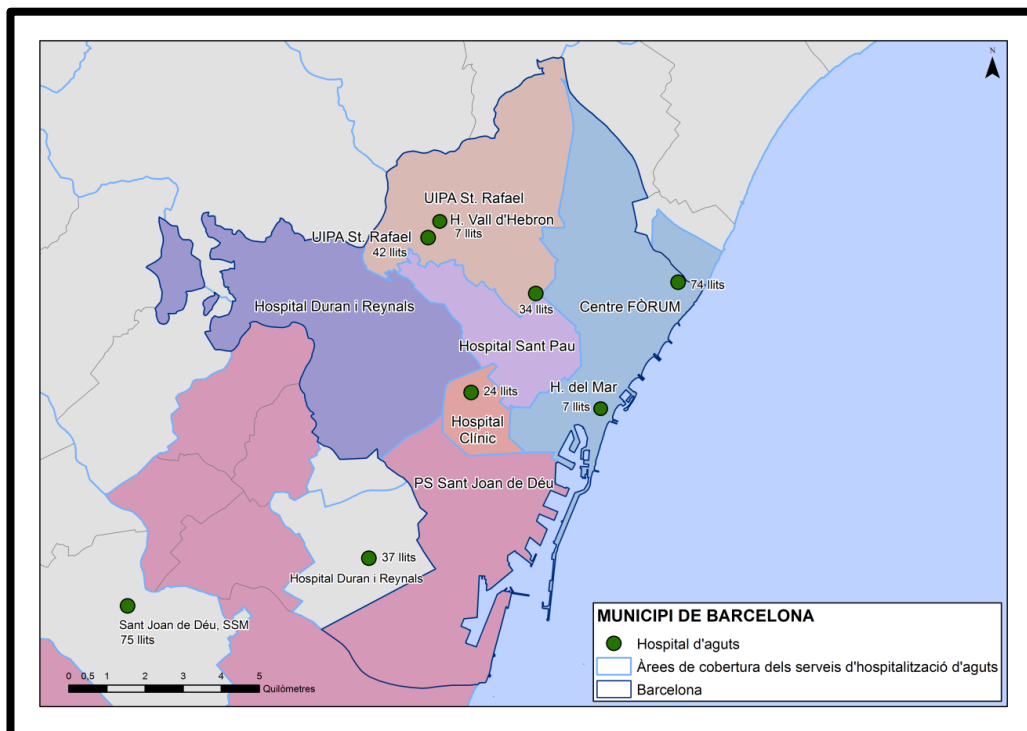
Mapa 23. Hospitals d'aguts a la Regió Sanitària Barcelona Nord



Mapa 24. Hospitals d'aguts a la Regió Sanitària Barcelona Sud



Mapa 25. Hospitals d'aguts al municipi de Barcelona



## **Hospital de subaguts (HSA)**

### **Definició**

Són serveis assistencials adreçats a la població amb trastorn mental greu, clínicament desestabilitzada i amb possibilitat d'evolució crònica, acompanyada de problemes sociofamiliars. El quadre clínic i psicosocial dels pacients és d'una alta complexitat, per la qual cosa requereix una atenció especialitzada en règim d'internament de mitjana estada (a temps limitat en 2-3 mesos) (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

Funcions específiques:

- Ingress i tractament clínic.
- Rehabilitació, inserció i coordinació amb els serveis sanitaris i socials.
- Suport a les famílies.
- Coordinació amb els diferents serveis d'atenció psiquiàtrica.

### **Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC**

La comunitat disposa de 18 dispositius (o unitats) de subaguts per a mitjana estada, tant en hospitals (R4) com en comunitats terapèutiques (R5).

Al Consorci Hospitalari de Vic i la Unitat Polivalent en Salut Mental d'Amposta, la unitat d'aguts i subaguts formen un sol servei. Els professionals d'aquestes dues unitats només s'han comptabilitzat a la unitat d'aguts. En el cas d'Amposta, els llits estaven desglossats.

### **Taula 7. Descripció MTC utilitzats per codificar BSIC d'HSA**

DESDE-LTC	Descripció
R4	Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat programada (no-crisi) durant un temps limitat on els pacients tenen suport durant les 24 hores.
R5	Dispositiu de salut mental d'atenció residencial comunitària amb suport 24 hores (metges) durant un període limitat de temps.

Taula 8. Llista de BSIC d'HSA

	Població > 18 a. <sup>5</sup>	DESDE1	DESDE2	Municipi
Benito Menni, Complex Assistencial		Ax[MD]-R4		Sant Boi de Llobregat
Consorci Sanitari Parc Taulí	1.261.672	AO[MD]-R4		Sabadell
Mútua de Terrassa		AO[MD]-R4		Terrassa
Parc Sanitari Sant Joan de Déu	1.875.495	AO[MD]-R4		Sant Boi de Llobregat
Clínica Llúria		Ax[MD]-R5		Barcelona
Hospital Duran i Reynals (Fundació Sociosanitària de Barcelona)		AO[MD]-R4		L'Hospitalet de Llobregat
Mare de Déu de la Mercè		A[MD]-R4		Barcelona
Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental	375.878	AO[MD]-R4		Martorell
Comunitat Terapèutica de Malgrat	329.808	Ax[MD]-R5		Arenys de Munt
Unitat Polivalent Creu dels Molers	167.615	Ax[MD]-R5		Barcelona
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López	326.440	AO[MD]-R4		Santa Coloma de Gramanet
Consorci Hospitalari de Vic	125.178	AO[MD] R2	<b>AO[MD] R4</b>	Vic
Fundació Althaia	215.648	AO[MD]-R4		Manresa
Parc Hospitalari Martí i Julià	589.461	Ax[MD]-R4		Salt
Hospital Santa Maria		AO[MD]-R4		Lleida
Unitat Polivalent Almacelles	347.686	AO[MD]-R5		Almacelles
Institut Pere Mata	468.378	Ax[MD]-R4		Reus
Unitat Polivalent Amposta	162.750	AO[MD]-R2	<b>AO[MD]-R4</b>	Amposta
<b>TOTAL</b>	<b>6.246.009</b>			

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

<sup>5</sup> Com es pot veure en els mapes, hi ha territoris que estan compartits per diferents proveïdors. En aquests casos, es presenten les dades tenint en compte el total del territori i no el proveïdor.



## Llits

Catalunya disposa d'un total de 603 llits destinats a subaguts. Això equival a gairebé 10 llits per 100.000 habitants.

**Taula 9. Llits en BSIC d'HSA**

	Població > 18 a.	DESDE1	DESDE2	Llits totals	Llits x 100.000 h.
<b>Benito Menni, Complex Assistencial</b>	1.261.672	Ax[MD]-R4		80	8,80
<b>Consorci Sanitari Parc Taulí</b>		AO[MD]-R4		6	
<b>Mútua de Terrassa</b>		AO[MD]-R4		25	
<b>Parc Sanitari Sant Joan de Déu</b>		AO[MD]-R4		60	
<b>Clínica Llúria</b>	1.875.495	Ax[MD]-R5		40	9,01
<b>Hospital Duran i Reynals</b>		AO[MD]-R4		18	
<b>Mare de Déu de la Mercè</b>		A[MD]-R4		51	
<b>Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental</b>	375.878	AO[MD]-R4		45	11,97
<b>Comunitat Terapèutica de Malgrat</b>	329.808	Ax[MD]-R5		40	12,13
<b>Unitat Polivalent Creu dels Molers</b>	167.615	Ax[MD]-R5		21,00	12,53
<b>Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López</b>	326.440	AO[MD]-R4		16	4,90
<b>Consorci Hospitalari de Vic</b>	125.178	AO[MD] R2	<b>AO[MD] R4</b>		
<b>Fundació Althaia</b>	215.648	AO[MD]-R4		15	6,96
<b>Parc Hospitalari Martí i Julià</b>	589.461	Ax[MD]-R4		50	8,48
<b>Hospital Santa Maria</b>	347.686	AO[MD]-R4		8	8,05
<b>Unitat Polivalent Almacelles</b>		AO[MD]-R5		20	
<b>Institut Pere Mata</b>	468.378	Ax[MD]-R4		100	21,35
<b>Unitat Polivalent Amposta</b>	162.750	AO[MD]-R2	<b>AO[MD]-R4</b>	8	4,92
<b>TOTAL</b>	<b>6.246.009</b>			<b>603</b>	<b>9,65</b>

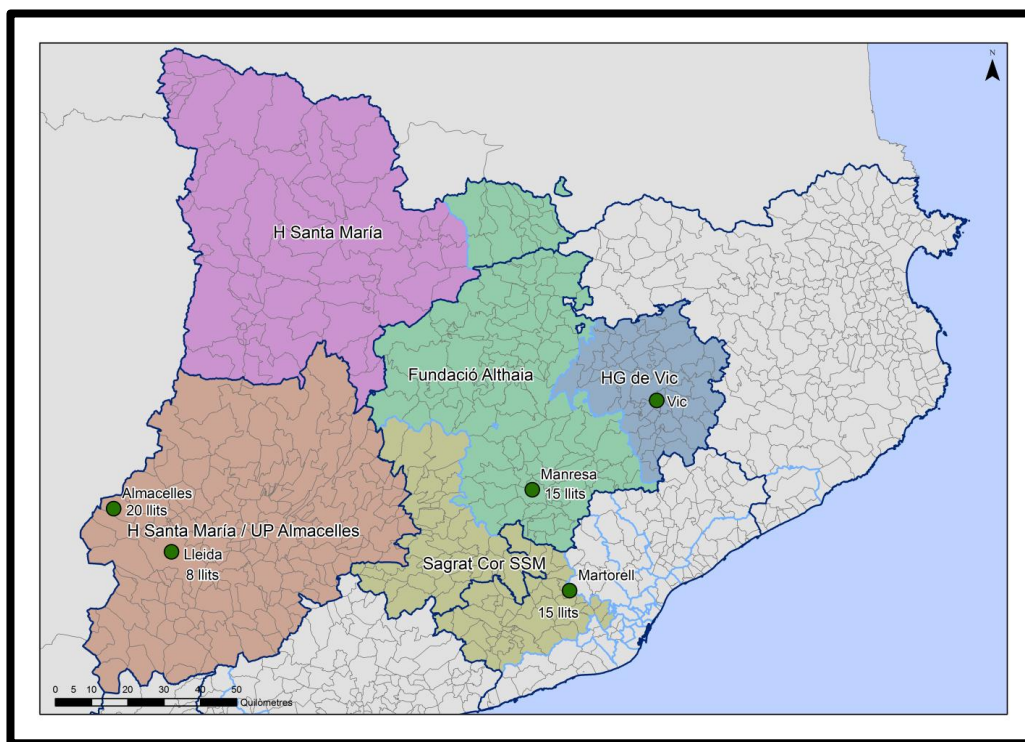
Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Professionals

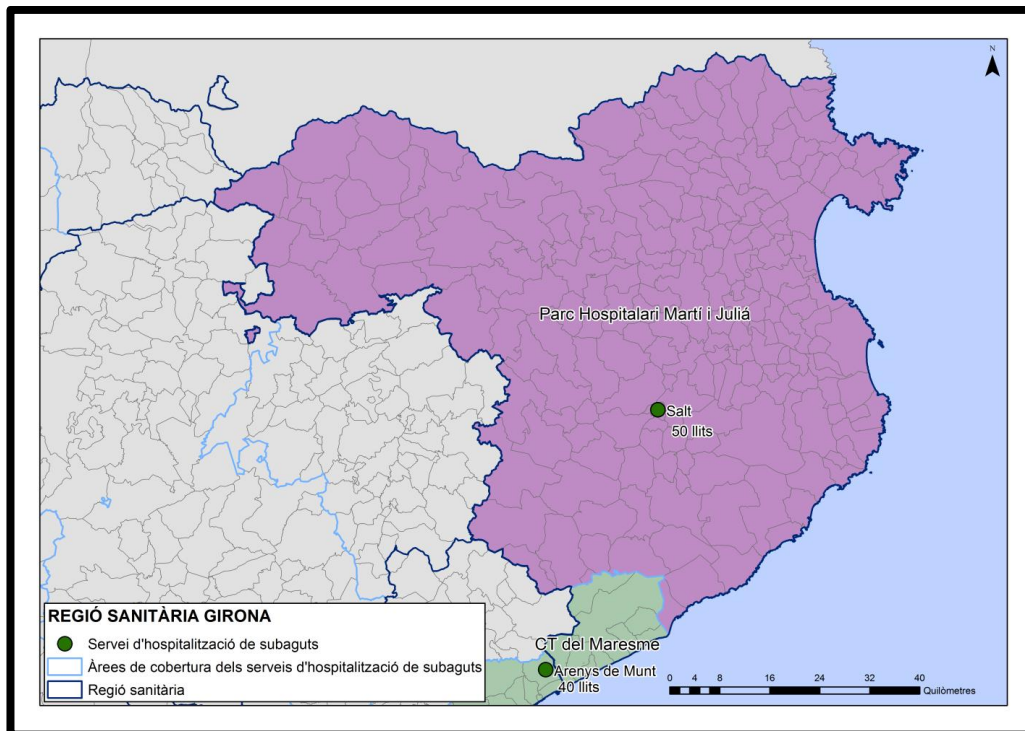
Malgrat que no es disposa d'informació sobre els recursos humans d'alguns serveis, s'estima que l'equip de professionals de subaguts estaria format per: 34 psiquiatres, 16,5 psicòlegs, 75 infermers, 10,4 terapeutes ocupacionals, 10 treballadors socials i 173 auxiliars d'infermeria.

Per cada 100.000 habitants, Catalunya disposa de 0,55 psiquiatres, 0,27 psicòlegs, 1,21 infermers, 2,77 auxiliars d'infermeria, 0,18 terapeutes ocupacionals i 0,16 treballadors socials que ofereixen atenció a subaguts.

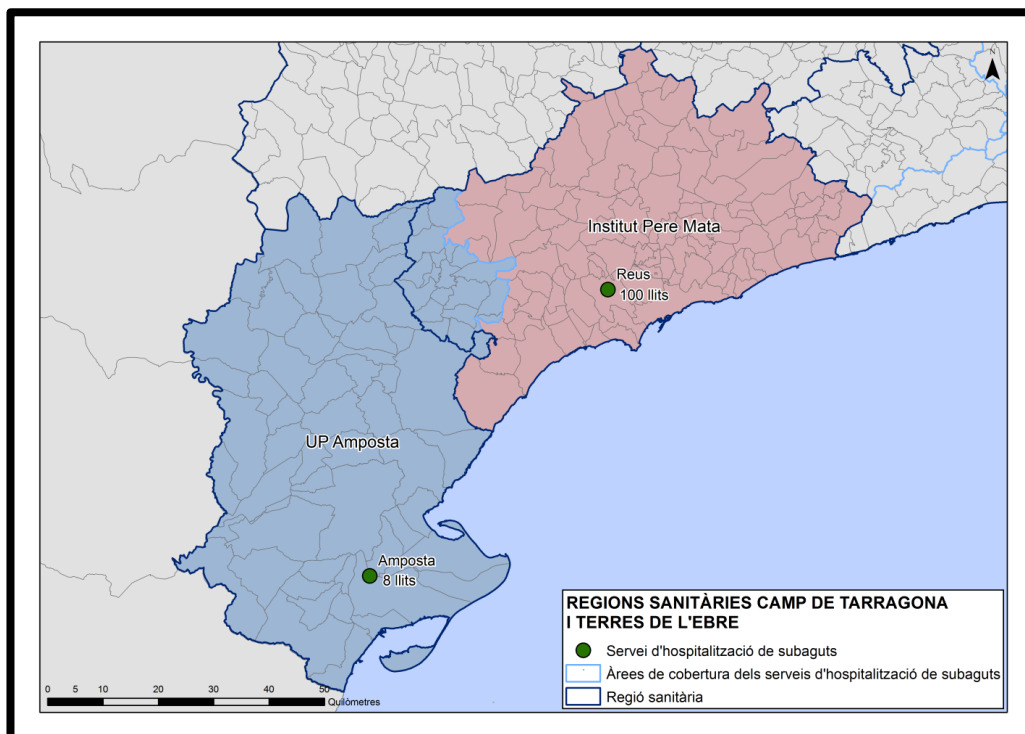
### Mapa 26. Hospitals de subaguts a les regions sanitàries Catalunya Central, Lleida i Alt Pirineu i Vall d'Aran



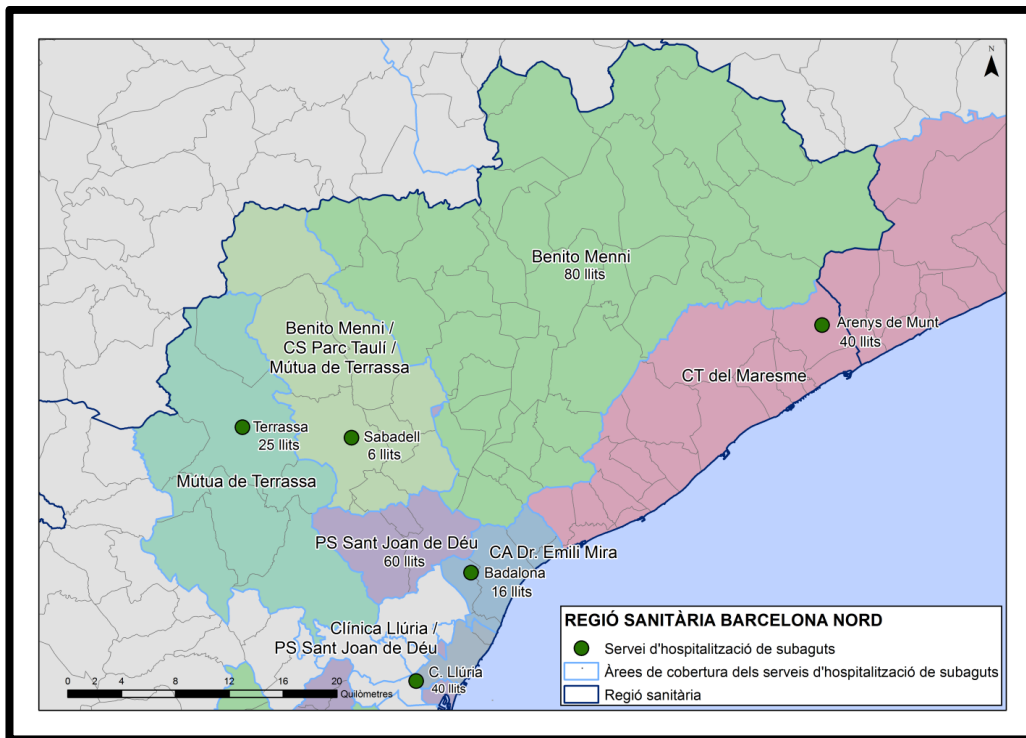
Mapa 27. Hospitals de subaguts a la Regió Sanitària Girona



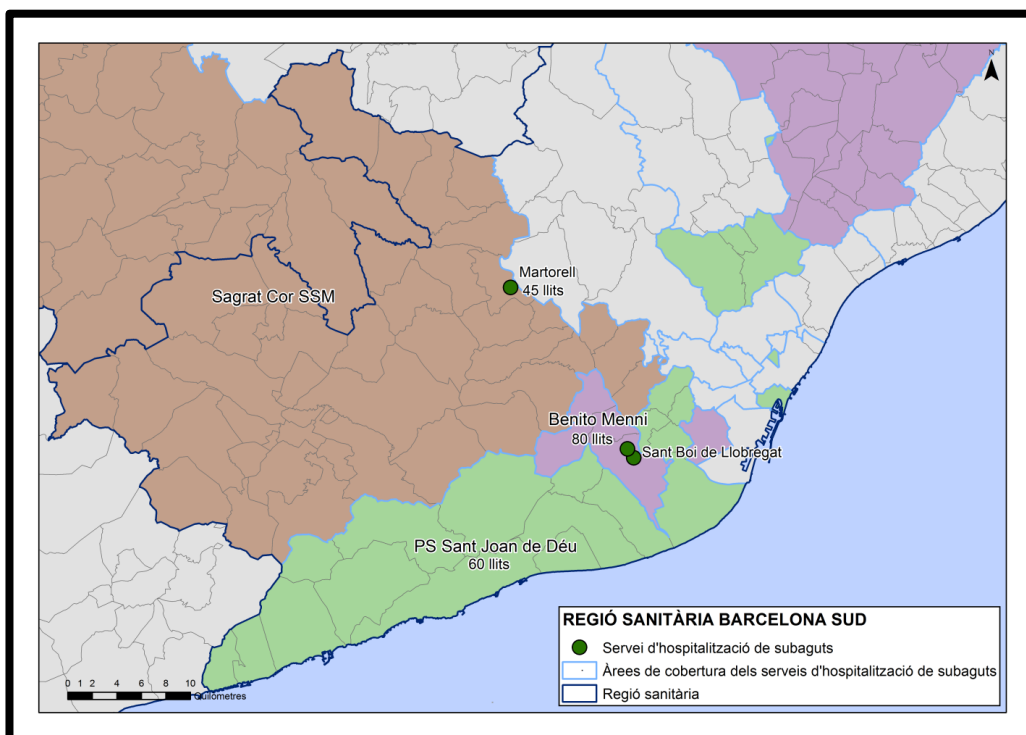
Mapa 28. Hospitals de subaguts a les regions sanitàries Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre



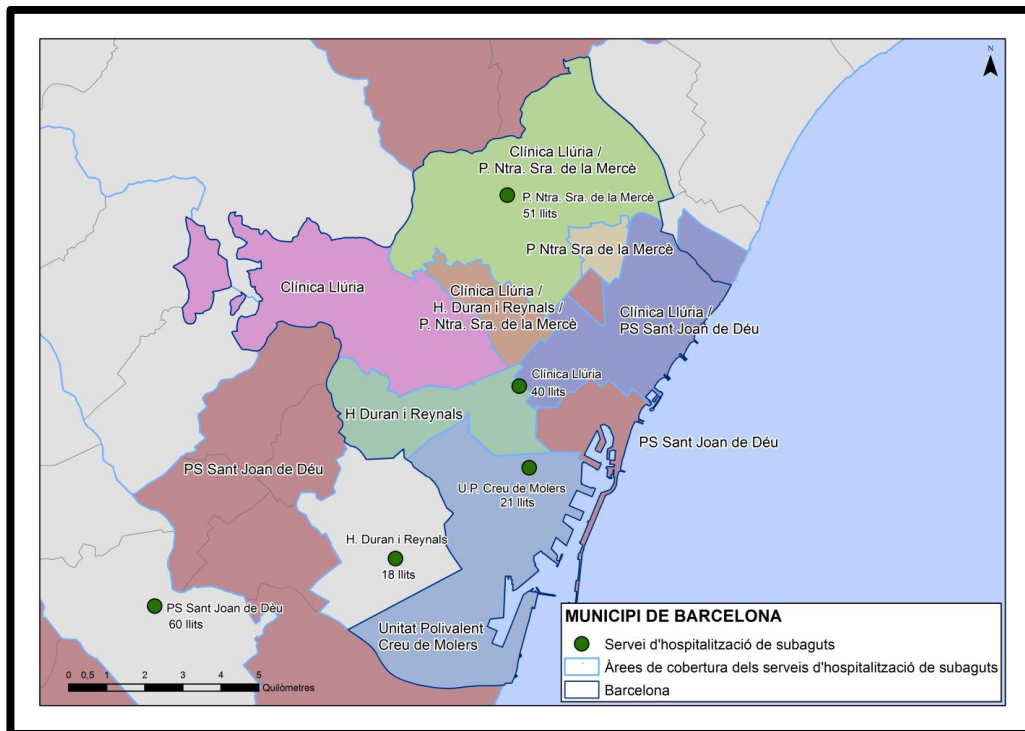
Mapa 29. Hospitals de subaguts a la Regió Sanitària Barcelona Nord



Mapa 30. Hospitals de subaguts a la Regió Sanitària Barcelona Sud



### Mapa 31. Hospitals de subaguts al municipi de Barcelona



### Unitats d'hospitalització de mitjana i llarga estada (MILLE)

Aquestes unitats presten atenció multidisciplinària als pacients amb trastorns mentals que requereixen un procés rehabilitador perllongat en règim d'internament (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

Amb el procés de desinstitucionalització psiquiàtric, les unitats d'hospitalització de MILLE van entrar en un procés de reconversió. En l'actualitat, i administrativament, l'antiga MILLE se subdivideix en quatre unitats diferents:

- Unitat hospitalària de rehabilitació intensiva (UHRI).
- Unitats especialitzades en retard mental greu i profund.
- Unitats especialitzades en retard mental i trastorns de conducta.
- Unitats de baixa dependència psiquiàtrica (que inclou retard mental lleu i moderat, pacients psicogeriatrics i trastorns mentals amb baixa dependència).

Existeixen diferències entre els proveïdors sobre el grau de reconversió de la MILLE. Això dificulta poder comparar les dades que ofereix el Departament de Salut i els propis proveïdors. En la secció de discussió i recomanacions, s'ampliarà aquest tema.

De la mateixa manera, també s'explicarà en una altra secció d'aquesta memòria les unitats o els serveis que es dediquen al retard mental i/o a la discapacitat intel·lectual amb comorbiditat amb trastorn mental.

### **Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC**

Catalunya disposa de setze unitats de MILLE. D'aquestes, dues (Bellavista i l'Esplai) estan en procés d'extinció. Cal destacar que una part dels pacients de Lleida reben atenció, mitjançant un conveni, a l'Hospital Nuestra Señora de Zaragoza (no s'ha comptabilitzat en aquesta anàlisi). S'estima que existeixen un total de 24 llits en aquest hospital que es destinen a l'atenció de pacients de Catalunya.

D'altra banda, la Residència Caser-Castell d'Oliana ofereix serveis residencials que s'han codificat en la secció de "llocs de vida" de la memòria. En conseqüència, el volum total d'unitats de MILLE seria de 13. A aquestes unitats, hem d'afegir la unitat de MILLE de la Fundació Sociosanitària de Barcelona Duran i Reynals, que el Departament de Salut no ha comptabilitzat oficialment. És a dir, disposem de 14 dispositius MILLE d'atenció als trastorns mentals (excloent els comòrbids amb discapacitat intel·lectual).

En l'antic concepte de MILLE, actualment coexisteixen diferents tipus d'atenció, que oscil·len entre l'atenció durant un temps limitat i l'atenció il·limitada, sempre amb suport de l'equip mèdic 24 hores. Si tenim en compte això, existirien deu unitats amb una atenció "llarga" o il·limitada (codi R6): Sagrat Cor, Clínica Secretari Coloma, Institut Freedman, Parc Sanitari Martí i Julià, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Complex Assistencial Benito Menni, Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López, Hospital de Balaguer, Institut Pere Mata i Fundació Sociosanitària de Barcelona. D'altra banda, n'hi hauria quatre en què l'atenció és limitada (codi R4 o R5): ADP-UP Amposta, Unitat Polivalent Barcelona Nord, Unitat Polivalent Almacelles i SERPI Parc Sanitari Sant Joan de Déu, on l'objectiu és una rehabilitació més intensiva que la que podrien obtenir en una unitat de subaguts.

Cal destacar que a la Unitat Polivalent Barcelona Nord es duen a terme diferents tipus d'atenció, però no compleixen els criteris per considerar-se unitats diferents.

**Taula 10. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis de MILLE**

DESDE-LTC	Descripció
R6	Dispositiu de salut mental hospitalari residencial de disponibilitat programada amb suport 24 hores durant un període il·limitat de temps.
R5	Dispositiu de salut mental d'atenció residencial comunitària amb suport 24 hores (metges) durant un període limitat de temps.
R4	Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat programada (no-crisi) durant un temps limitat on els pacients tenen suport durant les 24 hores.
R8.2	Dispositiu de salut mental que proporciona atenció residencial durant l'horari no laboral i garanteix que els pacients seran atesos les 24 hores.

**Taula 11. Llista de serveis de MILLE**

	Pobl. > 18 a.	DESDE1	DESDE2	DESDE3	Municipi
Parc Sanitari Sant Joan de Déu (MILLE)	2.528.896	AO[MD]-R6			Sant Boi de Llobregat
Parc Sanitari Sant Joan de Déu (UHRI-SERPI)		AO[MD]-R4			Sant Boi de Llobregat
Unitat Polivalent Barcelona Nord		Ax[MD]-R5	Ax[MD]-D1.2	Ax[MD]-R8.2	Barcelona
Benito Menni, Complex Assistencial		Ax[MD]-R6			Sant Boi de Llobregat
Clínica Secretari Coloma	329.018	AO[MD]-R6			Barcelona
Institut Freedmann	112.488	Ax[MD]-R6			Esplugues de Llobregat
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López	781.426	AO[MD]-R6			Santa Coloma de Gramenet
<i>Fundació Sociosanitària de Barcelona, Hospital Duran i Reynals</i>	<i>No sectoritzada</i>	AO[MD]-R6			L'Hospitalet de Llobregat
Parc Hospitalari Martí i Julià	589.461	AO[MD]-R6			Salt
Unitat Polivalent Almacelles	1.273.592	AO[MD]-R5			Almacelles
<i>Clínica Psiquiàtrica Bellavista</i>					
Hospital de Balaguer		Ax[MD]-R6			Balaguer

	Pobl. > 18 a.	DESDE1	DESDE2	DESDE3	Municipi
<i>Residència L'Esplai</i>					
Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental		AO[MD]R6			Martorell
<i>Castell d'Oliana</i>					
Institut Pere Mata/Villablanca	468.378	AO[MD]-R6			Reus
Unitat Polivalent Amposta	162.750	AO[MD]-R4			Amposta
<b>TOTAL</b>	<b>6.246.009</b>				

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Llits disponibles

Catalunya disposa d'un total aproximat de 1.474 llits destinats a MILLE. Això equival a 23,6 llits per 100.000 habitants.

### Taula 12. Llits en serveis de MILLE

	Població > 18 a.	DESDE1	DESDE2	DESDE3	Llits totals	Llits x 100.000 habitants
Parc Sanitari Sant Joan de Déu (MILLE)	2.528.896	AO[MD]-R6			120	23,96
Parc Sanitari Sant Joan de Déu (UHRI-SERPI)		AO[MD]-R4			90	
Unitat Polivalent Barcelona Nord		Ax[MD]-R5	Ax[MD]-D1.2	Ax[MD]-R8.2	52	
Benito Menni, Complex Assistencial		Ax[MD]-R6			344	
Clínica Secretari Coloma	329.018	AO[MD]-R6			35	10,64
Institut Freedmann	112.488	Ax[MD]-R6			80	71,12
Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López	781.426	AO[MD]-R6			157	20,09
<i>Fundació Sociosanitària de Barcelona, Hospital Duran i Reynals</i>	<i>No sectoritzada</i>	AO[MD]-R6			13	
Parc Hospitalari Martí i Julià	589.461	AO[MD]-R6			42	7,13



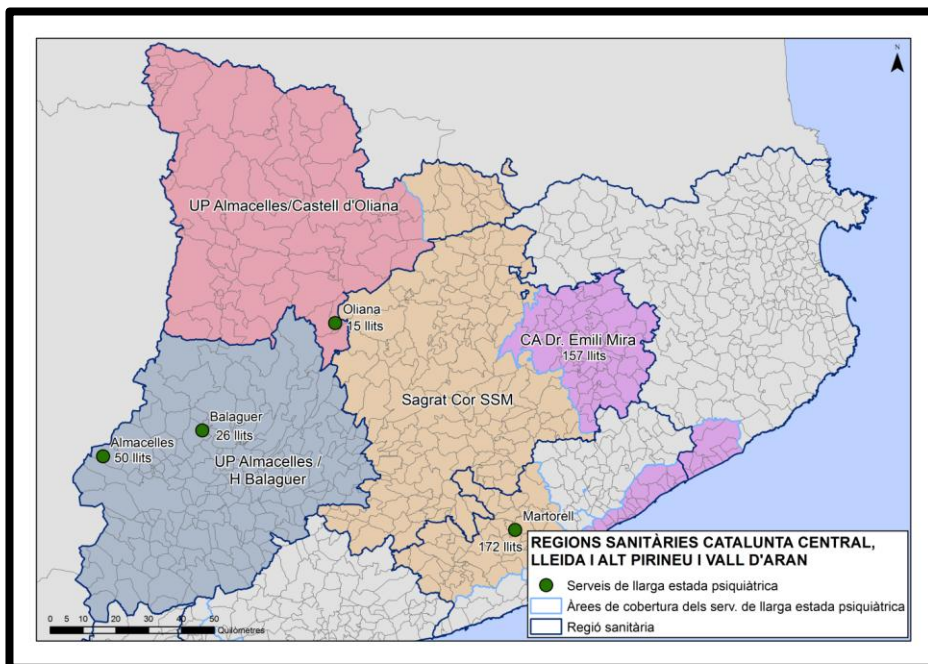
	Població > 18 a.	DESDE1	DESDE2	DESDE3	Llits totals	Llits x 100.000 habitants
Unitat Polivalent Almacelles	1.273.592	AO[MD]-R5			50	17,43
<i>Clínica Psiquiàtrica Bellavista</i>						
Hospital de Balaguer		Ax[MD]-R6			0	
<i>Residència L'Esplai</i>						
Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental		AO[MD]R6			172	
<i>Castell d'Oliana</i>						
Institut Pere Mata/Villablanca	468.378	AO[MD]-R6			300	64,05
Unitat Polivalent Amposta	162.750	AO[MD]-R4			19	11,67
<b>TOTAL</b>	<b>6.246.009</b>				<b>1474</b>	<b>23,60</b>

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

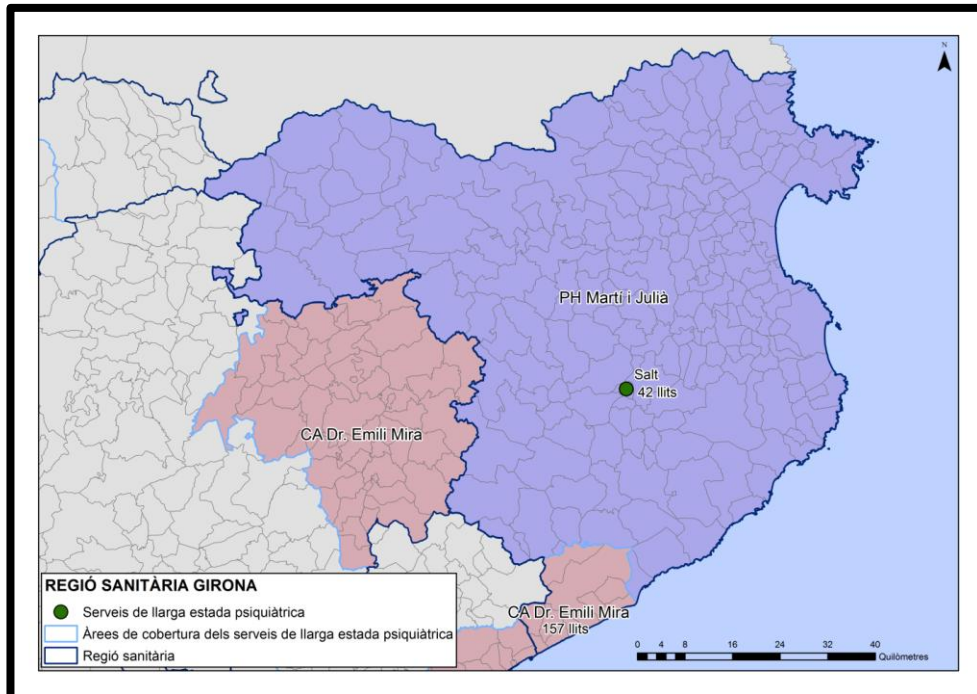
## Professionals

Malgrat la diversitat entre els diferents proveïdors, en general, a Catalunya l'equip de MILLE estaria format per aproximadament 23 psiquiatres, 17 metges generals o internistes, 21 psicòlegs, 84 infermers, 255 auxiliars, 16 terapeutes ocupacionals i 15 treballadors socials. Això correspondria a 0,36 psiquiatres, 0,27 metges generals o internistes, 0,34 psicòlegs, 1,34 infermers, 4,09 auxiliars, 0,26 terapeutes ocupacionals i 0,24 treballadors socials per cada 100.000 habitants.

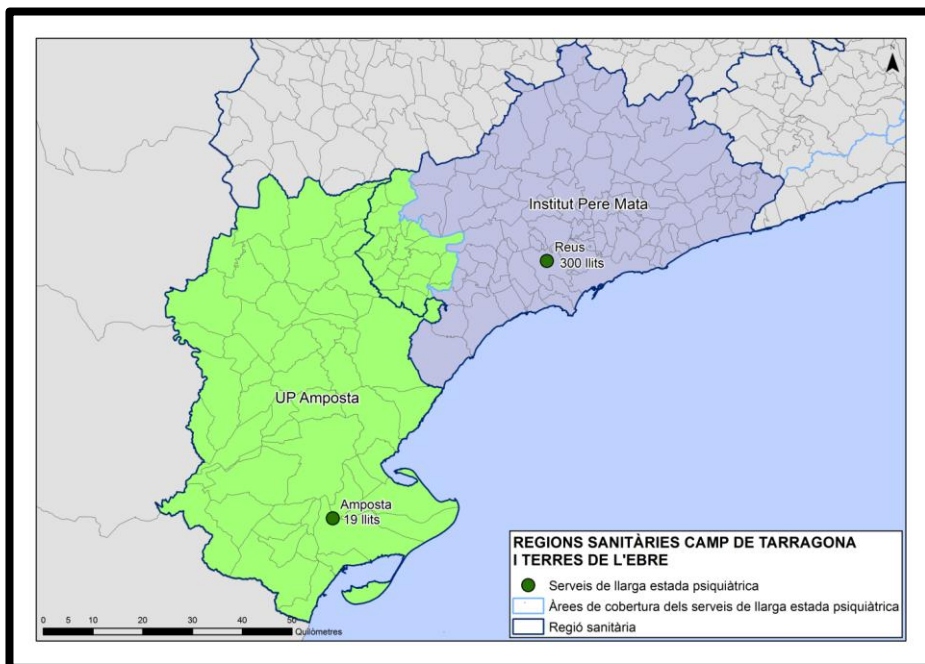
Mapa 32. Unitats d'hospitalització de mitjana i llarga estada a les regions sanitàries Catalunya Central, Lleida i Alt Pirineu i Vall d'Aran



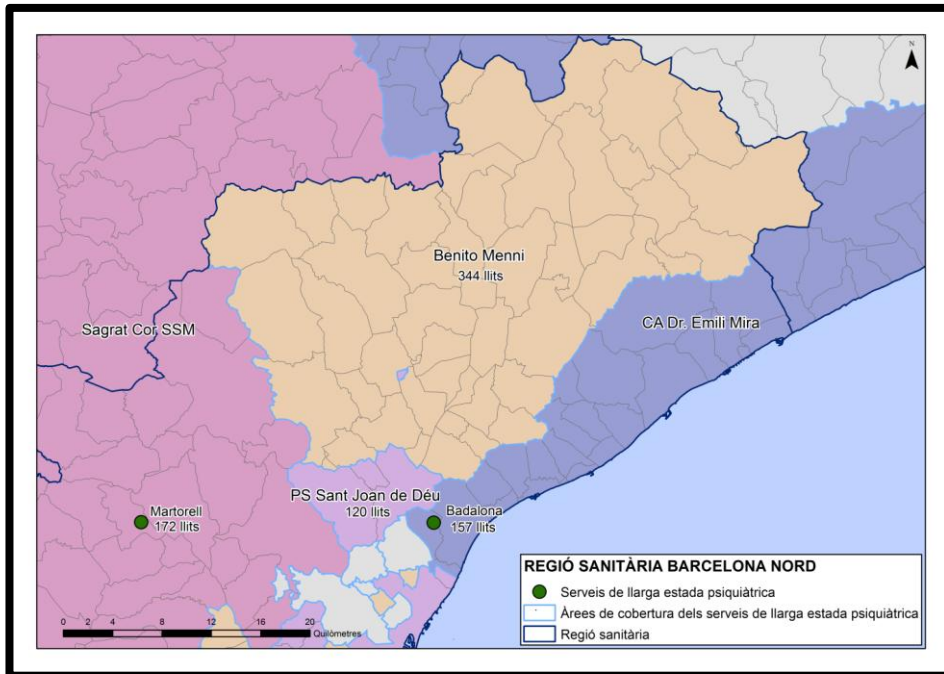
Mapa 33. Unitats d'hospitalització de mitjana i llarga estada a la Regió Sanitària Girona



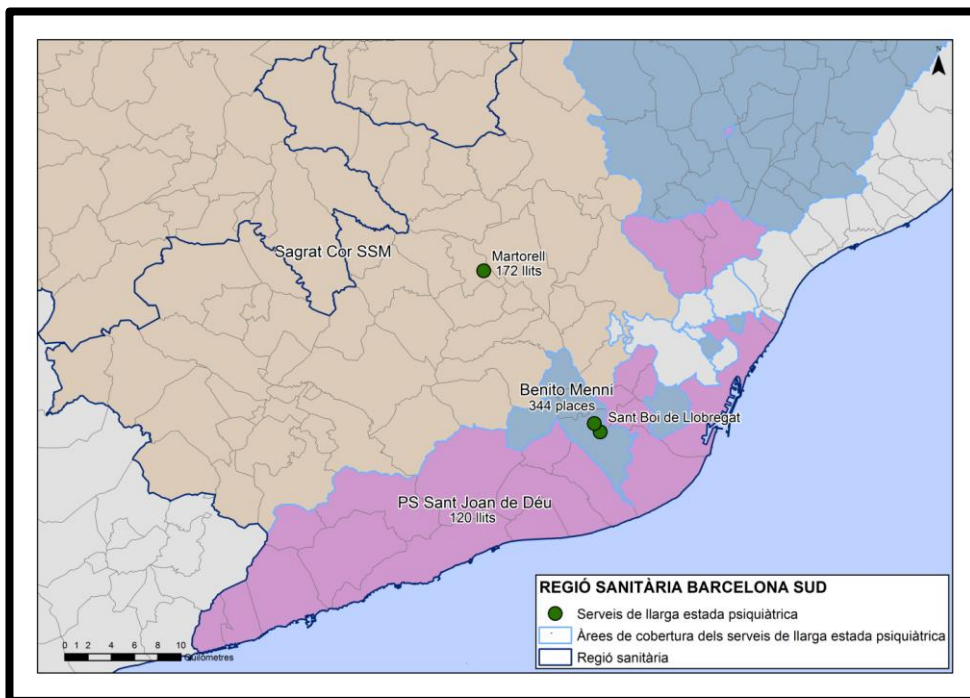
Mapa 34. Unitats d'hospitalització de mitjana i llarga estada a les regions sanitàries Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre



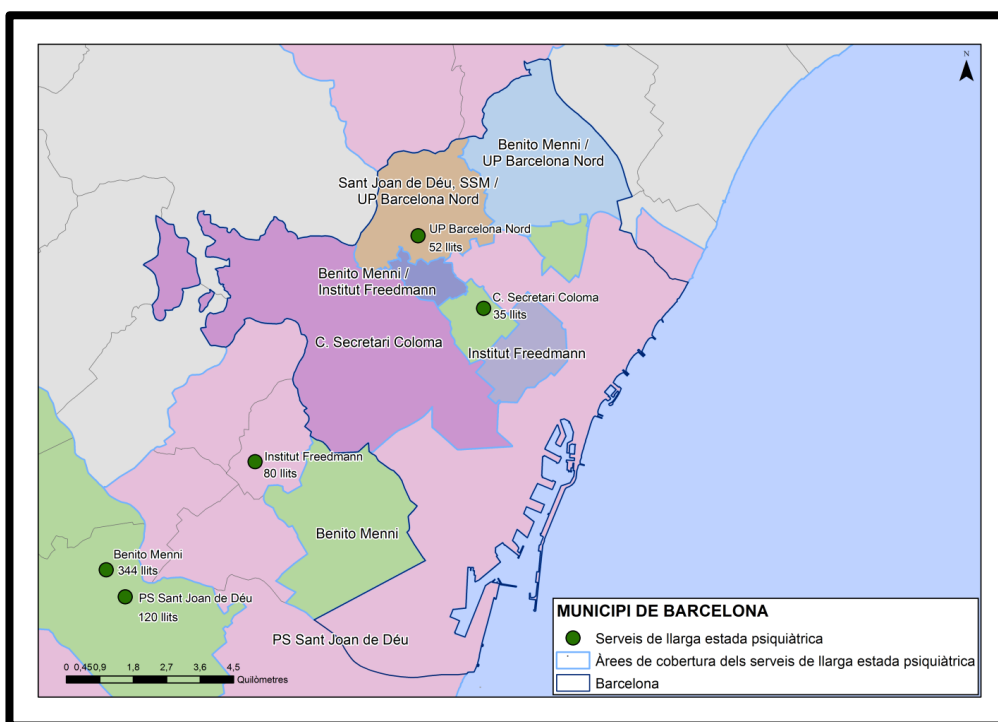
Mapa 35. Unitats d'hospitalització de mitjana i llarga estada a la Regió Sanitària Barcelona Nord



Mapa 36. Unitats d'hospitalització de mitjana i llarga estada a la Regió Sanitària Barcelona Sud



Mapa 37. Unitats d'hospitalització de mitjana i llarga estada al municipi de Barcelona



## Hospital de dia (HD)

### Definició

L'hospital de dia és un dispositiu que presta atenció multidisciplinària als pacients adults amb trastorns mentals que requereixen un tractament terapèutic i/o rehabilitador intensiu, i que poden mantenir els vincles amb la comunitat i la família durant el procés (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

Catalunya disposa de vint-i-sis dispositius de dia on s'ofereix atenció d'aguts amb admissió en menys de 72 hores (D1.1) o menys de 4 setmanes (D1.2). Actualment, no tots els HD tenen una tasca intermediària entre l'ingrés complet i el carrer, alguns d'ells han passat a dur a terme activitats de dia de disponibilitat programada (D4.1), com és el cas de l'Hospital de dia Creu dels Molers, Unitat Polivalent del Poble-sec.

Dels 26 HD n'hi ha dos, el de la Santa Creu i Sant Pau i el Parc Sanitari Sant Joan de Déu, que no es troben sectoritzats. Són dispositius per accelerar les altes d'aguts dels seus hospitals de referència.

### Taula 13. Descripció dels MTC utilitzats per a serveis/BSIC d'HD

DESDE-LTC	Descripció
D1.1	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia per a persones en crisi amb disponibilitat programada, generalment menys de 72 hores per a usuaris que han sortit d'ingrés hospitalari agut (R2, R3).
D1.2	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia per a persones en crisi amb disponibilitat programada, generalment menys de 4 setmanes per a usuaris que han sortit d'ingrés hospitalari agut (R2, R3).
D4.1	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia amb una disponibilitat programada (no-crisi), que ofereix atenció relacionada amb la salut equivalent a, com a mínim, 4 mitjos dies per setmana.

Taula 14. Llista de serveis/BSIC d'HD

	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Municipi
HD Creu dels Molers	1.463.797	Ax[MD]-D1.1	Barcelona
HD CPB		Ax[MD]-D1.1	Barcelona
HD Mare de Déu de la Mercè		Ax[MD]-D1.2	Barcelona
HD Còrsega		Ax[MD]-D1.1	Barcelona
HD Baix Llobregat	354.063	Ax[MD]-D1.2	Esplugues de Llobregat
HD Sta. Eulàlia	234.040	Ax[MD]-D1.1	L'Hospitalet de Llobregat
HD Mollet	81.032	AO[MD]-D1.1	Mollet del Vallès
HD Sabadell	378.053	AO[MD]-D1.1	Sabadell
HD Granollers	236.186	Ax[MD]-D1.2	Granollers
HD Martorell	209.267	Ax[MD]-D1.1	Martorell
HD Sta. Coloma	326.440	AO[MD]-D1.2	Santa Coloma de Gramenet
HD Sant Boi	103.095	AO[MD]-D1.1	Sant Boi de Llobregat
HD Terrassa	334.380	Ax[MD]-D1.1	Terrassa
<i>HD Hospital General de la Santa Creu i Sant Pau</i>		<b>AO[MD]-D1.1</b>	<b>Barcelona</b>
<i>Hospitalització parcial d'aguts, Parc Sanitari SJD</i>		<b>AO[MD]-D1.2</b>	<b>Sant Boi de Llobregat</b>
HD Alt Penedès/Vilafranca	76.482	Ax[MD]-D1.2	Vilafranca del Penedès
HD Malgrat	329.808	AO[MD]-D1.2	Malgrat de Mar
HD Mataró		AO[MD]-D1.1	Mataró
HD Garraf	120.136	AO[MD]-D1.1	Vilanova i la Geltrú
HD Manresa	170.115	AO[MD]-D1.1	Manresa
HD Berga	33.214	Ax[MD]-D1.2	Berga
HD Vic	125.178	AO[MD]-D1.1	Vic
HD Martí i Julià	589.461	Ax[MD]-D1.2	Salt
HD Lleida	302.539	AO[MD]-D1.1	Lleida
HD Amposta	162.750	AO[MD]-D1.1	Amposta
HD Tarragona	468.378	Ax[MD]-D1.1	Tarragona
<b>TOTAL</b>	<b>6.246.009</b>		

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Places

Els hospitals de dia de la comunitat sumen un total de, com a mínim, 610 places per a atenció a la salut mental distribuïdes entre els diferents governs territorials. Això equival a gairebé 10 places per cada 100.000 habitants.

**Taula 15. Places en serveis/BSIC d'HD**

	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Places totals	Places x 100.000 h.
HD Creu dels Molers	1.463.797	Ax[MD]-D1.1	60	
HD CPB		Ax[MD]-D1.1	60	13,32
HD Mare de Déu de la Mercè		Ax[MD]-D1.2	15	
HD Còrsega		Ax[MD]-D1.1	60	
HD Baix Llobregat	354.063	Ax[MD]-D1.2	48	13,56
HD Sta. Eulàlia	234.040	Ax[MD]-D1.1	30	12,82
HD Mollet	81.032	AO[MD]-D1.1	20	24,68
HD Sabadell	378.053	AO[MD]-D1.1	20	5,29
HD Granollers	236.186	Ax[MD]-D1.2	20	8,47
HD Martorell	209.267	Ax[MD]-D1.1	20	9,56
HD Sta. Coloma	326.440	AO[MD]-D1.2	20	6,13
HD Sant Boi	103.095	AO[MD]-D1.1	15	14,55
HD Terrassa	334.380	Ax[MD]-D1.1	15	4,49
<i>HD General Hospital de la Santa Creu i Sant Pau</i>		<i>AO[MD]-D1.1</i>	<i>No-</i>	<i>informació</i>
<i>Hospitalització parcial d'aguts, Parc Sanitari SJD</i>		<i>AO[MD]-D1.2</i>	<i>16</i>	
HD Alt Penedès/Vilafraça	76.482	Ax[MD]-D1.2	10	13,07
HD Malgrat	329.808	AO[MD]-D1.2	21	
HD Mataró		AO[MD]-	15	10,92

	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Places totals	Places x 100.000 h.
		D1.1		
HD Garraf	120.136	AO[MD]-D1.1	22	18,31
HD Manresa	170.115	AO[MD]-D1.1	21	12,34
HD Berga	33.214	Ax[MD]-D1.2	10	30,11
HD Vic	125.178	AO[MD]-D1.1	12	9,59
HD Martí i Julià	589.461	Ax[MD]-D1.2	25	4,24
HD Lleida	302.539	AO[MD]-D1.1	20	6,61
HD Amposta	162.750	AO[MD]-D1.1	15	9,22
HD Tarragona	468.378	Ax[MD]-D1.1	20	4,27
<b>TOTAL</b>	<b>6.246.009</b>		<b>610</b>	<b>9,76</b>

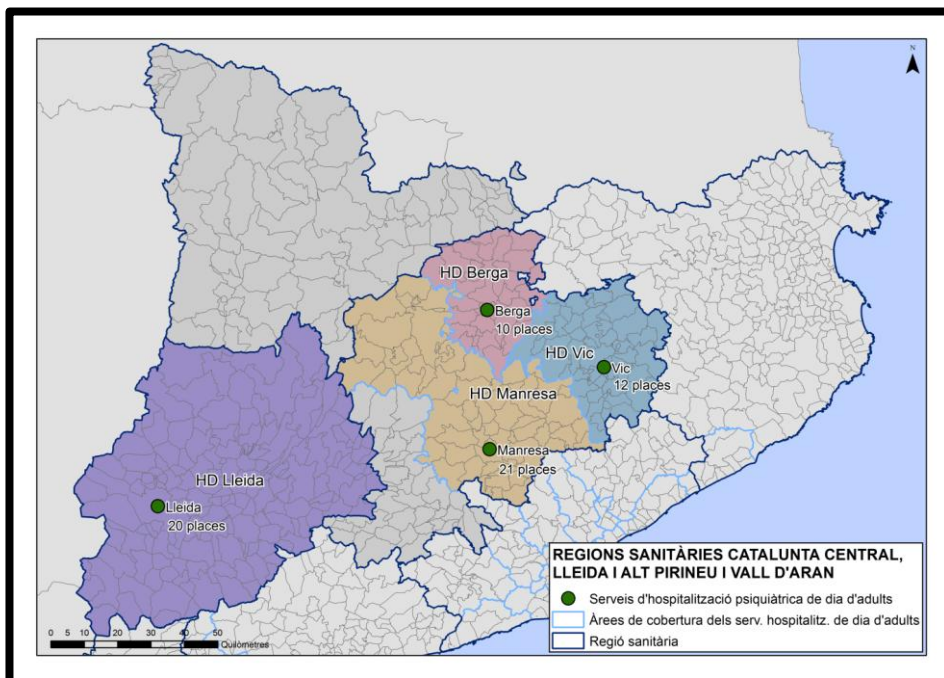
Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Professionals

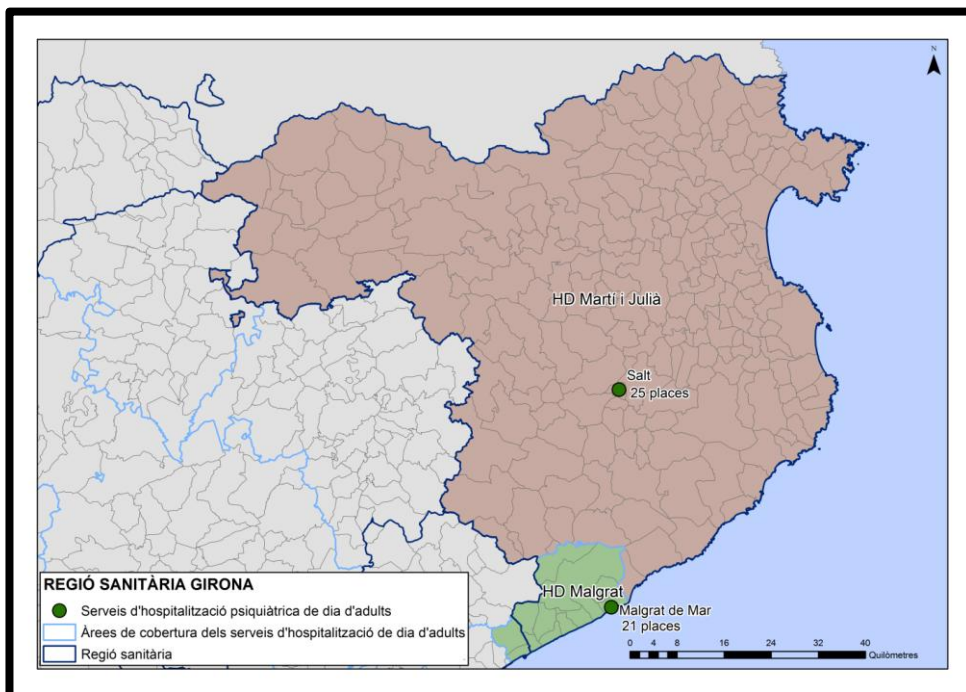
L'equip que integra l'atenció en hospitals de dia a Catalunya està format, aproximadament, per: 37 psiquiatres, 28 psicòlegs, 30 infermers, 33 auxiliars d'infermeria, 12,5 terapeutes ocupacionals i 12,5 treballadors socials. Aquestes xifres equivalen a 0,60 psiquiatres, 0,44 psicòlegs, 0,48 infermers, 0,53 auxiliars, 0,20 terapeutes ocupacionals i 0,20 treballadors socials per cada 100.000 habitants.



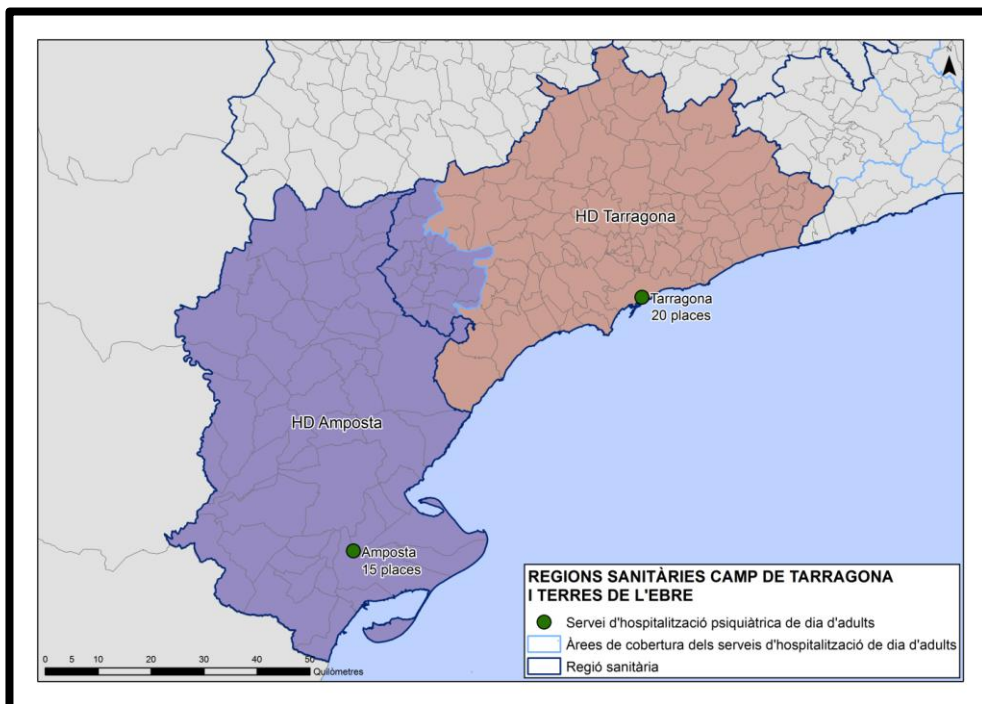
Mapa 38. Hospitals de dia a les regions sanitàries Catalunya Central, Lleida i Alt Pirineu i Vall d'Aran



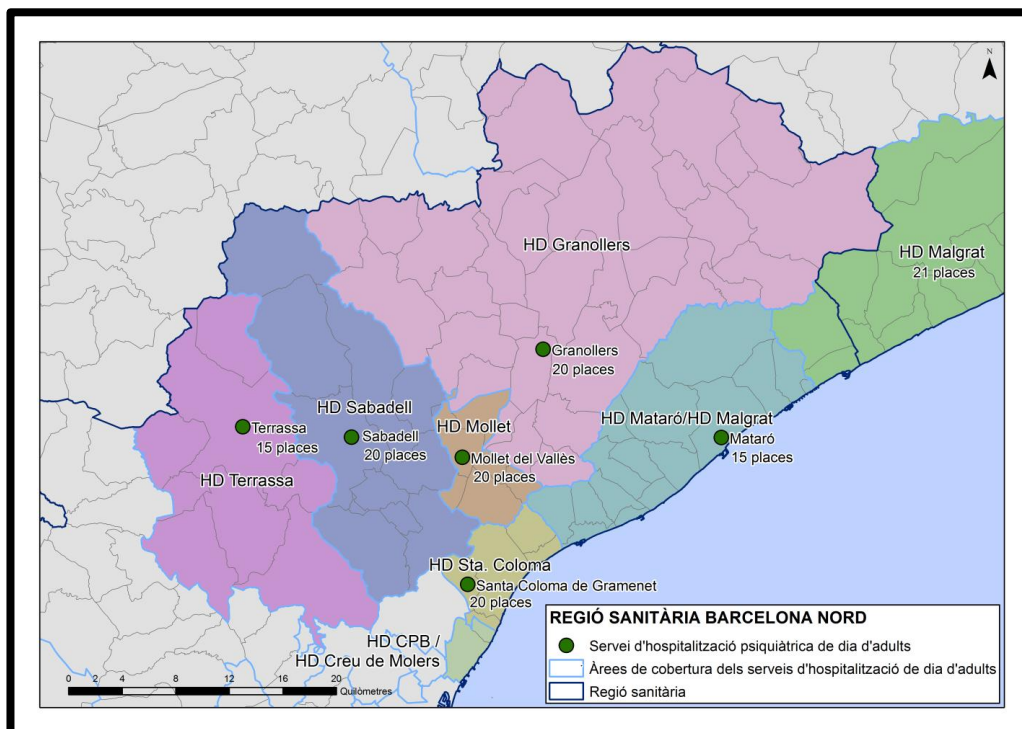
Mapa 29. Hospitals de dia a la Regió Sanitària Girona



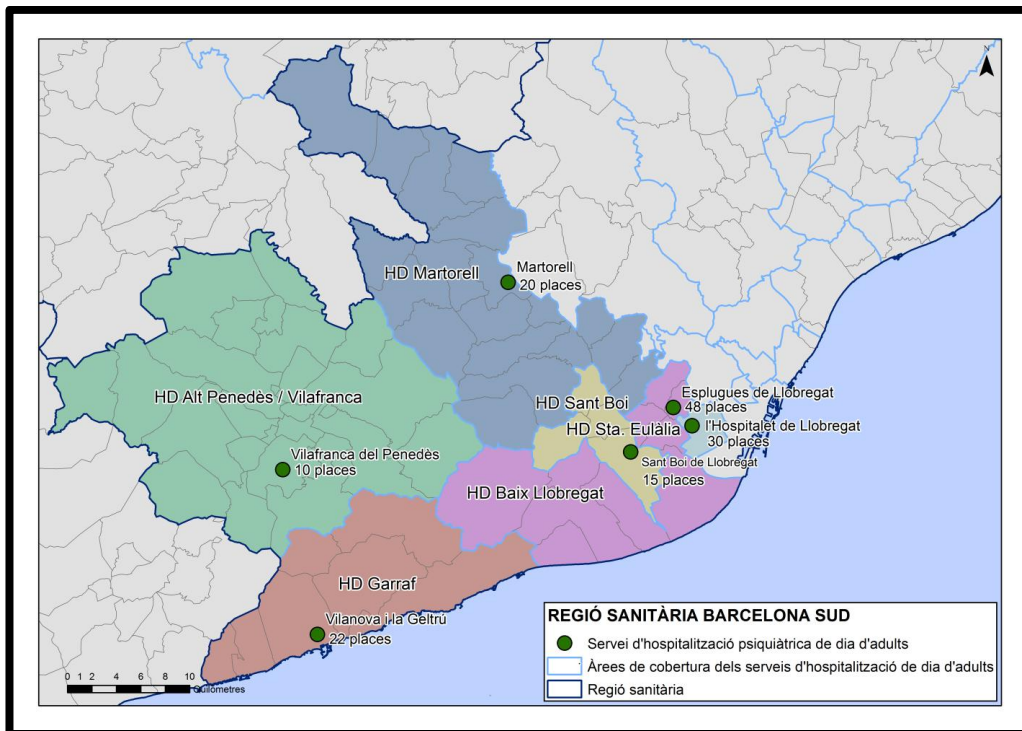
Mapa 40. Hospitals de dia a les regions sanitàries Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre



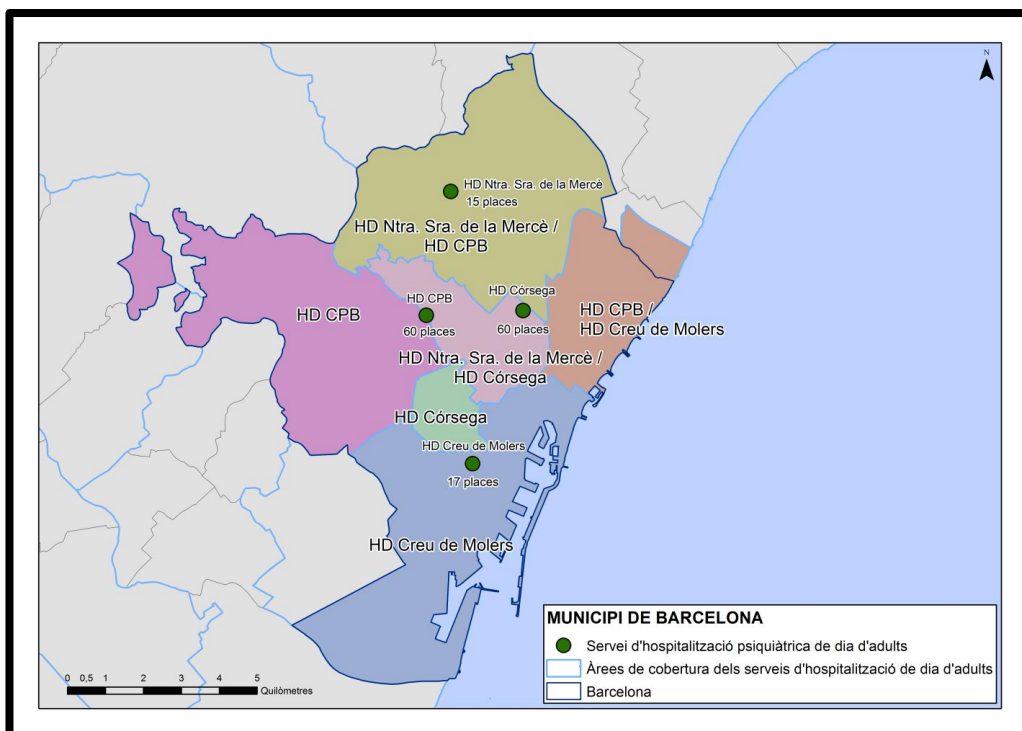
Mapa 41. Hospitals de dia a la Regió Sanitària Barcelona Nord



Mapa 42. Hospitals de dia a la Regió Sanitària Barcelona Sud



Mapa 43. Hospitals de dia al municipi de Barcelona



## Centres de dia/servei de rehabilitació comunitària

### Definició

Els centres de dia (CD) són serveis bàsics d'atenció de dia especialitzats en salut mental, dirigits a les persones adultes que presenten problemes psiquiàtrics en qualsevol de les etapes evolutives de la malaltia i que, per la gravetat o complexitat que presenten, no poden ser atesos exclusivament des dels serveis d'atenció primària de salut. Actualment, estan en procés de reestructuració de personal i activitats. El nom s'està canviant per Serveis de Rehabilitació Comunitària (SRC) (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

A la xarxa de salut mental existeixen 55 CD/SRC d'adults on es rep atenció relacionada amb la salut equivalent a 4 mitjos dies a la setmana (D4.1) i, en alguns casos, atenció relacionada amb la participació social (D4.3). Per poder oferir atenció relacionada amb la salut, és necessari que com a mínim el 20% dels professionals siguin del camp de la salut. Aquesta és la principal diferència entre el codi D4.1 i el codi D4.3.

Aquells dispositius que formen part d'entitats proveïdores molt integradores, com el cas de l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS) a Girona, poden rebre un codi D4.3 perquè, malgrat que existeixen professionals de la salut que dediquen unes hores al CD, no estructurades, formalment aquestes persones no formen part de la plantilla del CD, sinó del centre de salut mental. En altres paraules, no es tenen en compte en el CD. Aquesta limitació es desenvoluparà més endavant durant la discussió.

Alguns CD, com és el cas del CD Esplugues, AREP o Joia, presenten, a més, programes específics d'inserció laboral. Especialment rellevant és el CD Esplugues, que està especialitzat en aquest tipus d'atenció.

A més dels CD que es detallen a continuació, s'ha detectat dos serveis que es consideren CD i que compleixen criteris per considerar-se serveis independents. Un d'ells és el **Servei d'Inserció Laboral Els Tres Turons** (Barcelona), que està dirigit a joves d'entre 16 i 25 anys. El servei va sorgir de la reestructuració del servei d'inserció laboral, arran de l'aparició dels serveis prelaborals de l'ICASS. S'adreça a la població jove (de 16 a 25 anys) i preferentment que resideixin a Barcelona Nord (Horta-Guinardó i Nou Barris). Des del servei es duu a terme l'avaluació psicosocial i el programa individual de rehabilitació es desenvolupa mitjançant diferents intervencions amb objectius específics.



Existeix un pla de treball amb famílies. Aquest pla té un programa específic (programa Antena) de suport en un centre formatiu (Martí Codolar) que col·labora amb l'equip de docents i efectua tasques de prevenció i suport a la salut mental. L'altre centre pertany a **Joia** (Barcelona) i també es dedica a la rehabilitació social i inserció laboral de persones d'entre 16 i 45 anys. Aquests dos serveis no es presenten en les taules.

**Taula 16. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis/BSIC de CD/SRC**

DESDE-LTC	Descripció
D4.1	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia amb una disponibilitat programada (no-crisi) que ofereix atenció relacionada amb la salut equivalent a, com a mínim, 4 mitjos dies per setmana.
D4.3	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia amb una disponibilitat programada (no-crisi) que ofereix atenció relacionada amb la participació social i cultural equivalent a, com a mínim, 4 mitjos dies per setmana.
D3.2	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia amb una disponibilitat programada (no-crisi) que ofereix atenció relacionada amb el treball equivalent a, com a mínim, 4 mitges jornades per setmana.

**Taula 17. Llista de serveis/BSIC de CD/SRC**

CD	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Municipi
CD Bètula	221.541	Ax[MD]-D4.1	Badalona
CD Sant Andreu	129.577	AO[MD]-D4.3	Barcelona
CD Els Tres Turons	153.097	Ax[MD]-D4.1	Barcelona
SRC les Corts	73.690	AO[MD]-D4.1	Barcelona
CD Creu dels Molers	266.708	AO[MD]-D4.1	Barcelona
CD Ciutat Vella		TAAO[MD]-D4.1	Barcelona
CD Sants		Ax[MD]-D4.3	Barcelona
CD AREP	38.219	Ax[MD]-D4.1	Barcelona
CD Pi i Molist	94.646	Ax[MD]-D4.1	Barcelona
SRC Arapdis-Gràcia	109.079	Ax[MD]-D4.1	Barcelona
SRC Sarrià-Sant Gervasi	121.049	AO[MD]-D4.1	Barcelona
CD JOIA	174.583	Ax[MD]-D4.3	Barcelona
SRC Dreta Eixample	112.488	Ax[MD]-D4.1	Barcelona
CD Esquerra Eixample	134.279	Ax[MD]-D4.1	Barcelona
CD SEPTIMÀNIA		Ax[MD]-D4.1	Barcelona
SRC Cerdanyola	117.337	TAO[MD]-D4.1	Cerdanyola
SRC Cornellà	75.068	TAAO[MD]-D4.1	Cornellà de Llobregat
CD el Prat	53.988	TAAO[MD]-D4.1	El Prat de Llobregat
CD Esplugues	80.655	TAA[MD]-D3.2	Esplugues de Llobregat
SRC Granollers Vallès Oriental	236.186	Ax[MD]-D4.1	Granollers

CD	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Municipi
CD l'Hospitalet de Llobregat	234.040	Ax[MD]-D4.1	L'Hospitalet de Llobregat
CD Martorell	119.747	Ax[MD]-D4.3	Martorell
CD Mataró	128.450	Ax[MD]-D4.3	Mataró
CD Mollet	81.032	AO[MD]-D4.1	Mollet del Vallès
SRC Burriac-Premià	92.587	Ax[MD]-D4.3	Premià de Mar
CD Rubí	69.946	AO[MD]-D4.1	Rubí
CD Sabadell	260.716	AO[MD]-D4.1	Sabadell
CD Sant Boi	103.095	Ax[MD]-D4.1	Sant Boi de Llobregat
CD Sant Feliu de Llobregat	89.520	Ax[MD]-D4.1	Sant Feliu de Llobregat
SRC Martí i Julià-Sta. Coloma	104.899	AO[MD]-D4.1	Santa Coloma de Gramenet
CD Terrassa	264.434	Ax[MD]-D4.1	Terrassa
SRC Viladecans	144.352	TAAO[MD]-D4.3	Viladecans
CD Vilafranca del Penedès	76.482	Ax[MD]-D4.1	Vilafranca del Penedès
SRC Garraf	120.136	TAAO[MD]-D4.1	Vilanova i la Geltrú
CD Berga	33.214	Ax[MD]-D4.3	Berga
CD Igualada	90.129	Ax[MD]-D4.1	Igualada
CD Manresa	170.115	AO[MD]-D4.1	Manresa
SRC Vic	125.178	Ax[MD]-D4.1	Vic
CD Alt Empordà	110.376	Ax[MD]-D4.3	Figueres
CD Gironès	182.567	Ax[MD]-D4.3	Girona
CD Olot	45.919	Ax[MD]-D4.1	Olot
SRC Maresme Nord-Mataró	108.771	Ax[MD]-D4.1	Palafolls
CD Baix Empordà	103.227	Ax[MD]-D4.1	Platja d'Aro
CD Ripollès	21.906	Ax[MD]-D4.1	Ripoll
CD Selva	59.591	Ax[MD]-D4.3	Sta. Coloma de Farners
CD Blanes	65.875	AO[MD]-D4.3	Blanes
CD la Seu d'Urgell	17.768	AO[MD]-D4.1	La Seu d'Urgell
CD Balaguer	31.098	Ax[MD]-D4.1	Balaguer
CD Lleida	230.089	Ax[MD]-D4.1	Lleida
CD Tàrraga	41.352	Ax[MD]-D4.1	Tàrraga
CD Amposta	94.061	Ax[MD]-D4.1	Amposta
CD Tortosa	68.689	Ax[MD]-D4.1	Tortosa
CD el Vendrell	63.313	Ax[MD]-D4.1	El Vendrell
CD Reus	155.773	Ax[MD]-D4.1	Reus
CD Tarragona	249.292	TAA[MD]-D4.3	Tarragona
<b>TOTAL</b>	<b>6.246.009</b>		

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Places

L'atenció de dia programada (no aguts) relacionada amb la salut té un total de, com a mínim, 1.614 places distribuïdes entre les diferents àrees de salut. Això equival a gairebé 26 places per 100.000 habitants.

**Taula 18. Places de serveis/BSIC de CD/SRC**

CD	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Places totals	Taxa x 100.000 h.
CD Bèstula	221.541	Ax[MD]-D4.1	40	18,06
CD Sant Andreu	129.577	AO[MD]-D4.3	25	19,29
CD Els Tres Turons	153.097	Ax[MD]-D4.1	65	42,46
SRC les Corts	73.690	AO[MD]-D4.1	25	33,93
CD Creu dels Molers		AO[MD]-D4.1	35	36,74
CD Ciutat Vella	266.708	TAAO[MD]-D4.1	28	
CD Sants		Ax[MD]-D4.3	35	
CD AREP	38.219	Ax[MD]-D4.1	68	177,92
CD Pi i Molist	94.646	Ax[MD]-D4.1	104	68,86
SRC Arapdis-Gràcia	109.079	Ax[MD]-D4.1	61	55,92
SRC Sarrià-Sant Gervasi	121.049	AO[MD]-D4.1	25	20,65
CD JOIA	174.583	Ax[MD]-D4.3	35	20,05
SRC Dreta Eixample	112.488	Ax[MD]-D4.1	35	31,11
CD Esquerra Eixample	134.279	Ax[MD]-D4.1	30	40,96
CD SEPTIMÀNIA		Ax[MD]-D4.1	25	
SRC Cerdanyola	117.337	TAO[MD]-D4.1	25	21,31
SRC Cornellà	75.068	TAAO[MD]-D4.1	30	39,96
CD el Prat	53.988	TAAO[MD]-D4.1	20	37,05
CD Esplugues	80.655	TAA[MD]-D3.2	20	24,80
SRC-Granollers Vallès Oriental	236.186	Ax[MD]-D4.1	35	14,82
CD l'Hospitalet de Llobregat	234.040	Ax[MD]-D4.1	45	19,23
CD Martorell	119.747	Ax[MD]-D4.3	30	25,05
CD Mataró	128.45	Ax[MD]-D4.3	35	27,25
CD Mollet	81.032	AO[MD]-D4.1	25	30,85
SRC Burriac- Premià	92.587	Ax[MD]-D4.3	25	27,00
CD Rubí	69.946	AO[MD]-D4.1	25	35,74
CD Sabadell	260.716	AO[MD]-D4.1	40	15,34
CD Sant Boi	103.095	A[xMD]-D4.1	25	24,25
CD Sant Feliu de Llobregat	89.520	Ax[MD]-D4.1	25	27,93
SRC Martí i Julià-Sta. Coloma	104.899	AO[MD]-D4.1	25	23,83
CD Terrassa	264.434	Ax[MD]-D4.1	35	13,24
SRC Viladecans	144.352	TAAO[MD]-D4.3	35	24,25
CD Vilafranca del Penedès	76.482	Ax[MD]-D4.1	25	32,69

CD	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Places totals	Taxa x 100.000 h.
SRC Garraf	120.136	TAAO[MD]-D4.1	20	16,65
CD Berga	33.214	Ax[MD]-D4.3	20	60,22
CD Igualada	90.129	Ax[MD]-D4.1	15	16,64
CD Manresa	170.115	AO[MD]-D4.1	25	14,70
SRC Vic	125.178	Ax[MD]-D4.1	45	35,95
CD Alt Empordà	110.376	Ax[MD]-D4.3	Sense info	
CD Gironès	182.567	Ax[MD]-D4.3	20	10,95
CD Olot	45.919	Ax[MD]-D4.1	25	54,44
SRC Maresme Nord-Mataró	108.771	Ax[MD]-D4.1	28	25,74
CD Baix Empordà	103.227	Ax[MD]-D4.1	25	24,22
CD Ripollès	21.906	Ax[MD]-D4.1	20	91,30
CD Selva	59.591	Ax[MD]-D4.3	Sense info	
CD Blanes	65.875	AO[MD]-D4.3	Sense info	
CD la Seu d'Urgell	17.768	AO[MD]-D4.1	15	84,42
CD Balaguer	31.098	Ax[MD]-D4.1	15	48,23
CD Lleida	230.089	Ax[MD]-D4.1	30	13,04
CD Tàrraga	41.352	Ax[MD]-D4.1	20	48,37
CD Amposta	94.061	Ax[MD]-D4.1	20	21,26
CD Tortosa	68.689	Ax[MD]-D4.1	25	36,40
CD el Vendrell	63.313	Ax[MD]-D4.1	20	31,59
CD Reus	155.773	Ax[MD]-D4.1	30	19,26
CD Tarragona	249.292	TAA[MD]-D4.3	35	14,04
<b>TOTAL</b>	<b>6.246.009</b>		<b>1614</b>	<b>25,84</b>

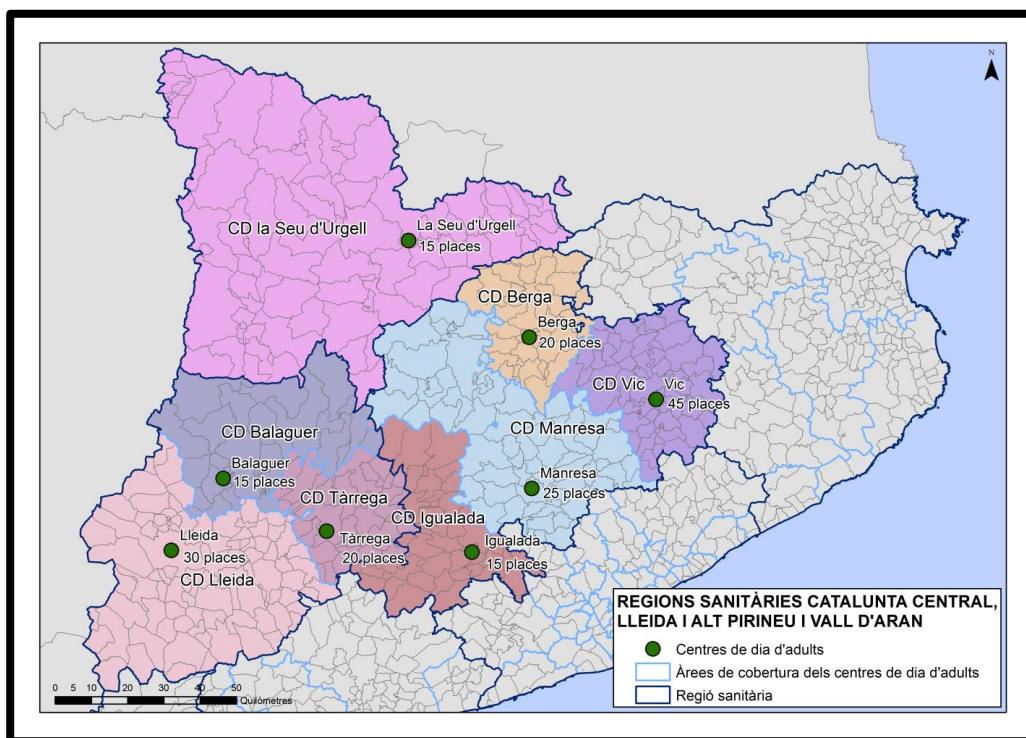
Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Professionals

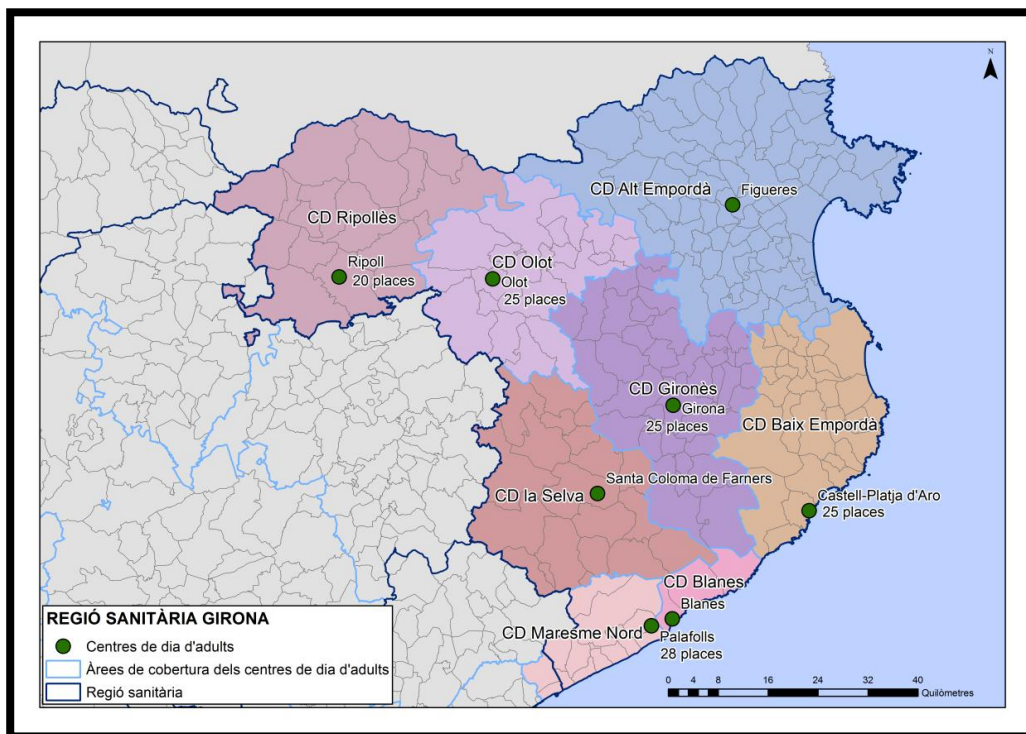
La comunitat compta amb un equip de professionals per a l'atenció de dia estructurada format per, entre altres, 53,21 psicòlegs, gairebé 18 auxiliars, prop de 26 cuidadors, 55 educadors, 26,44 tècnics d'integració, 48,61 terapeutes ocupacionals i gairebé 34 treballadors socials. Això equival a aproximadament 0,85 psicòlegs, 0,28 auxiliars, 0,41 cuidadors, 0,88 educadors, 0,42 tècnics d'integració social, 0,78 terapeutes ocupacionals i 0,54 treballadors socials, per cada 100.000 habitants.



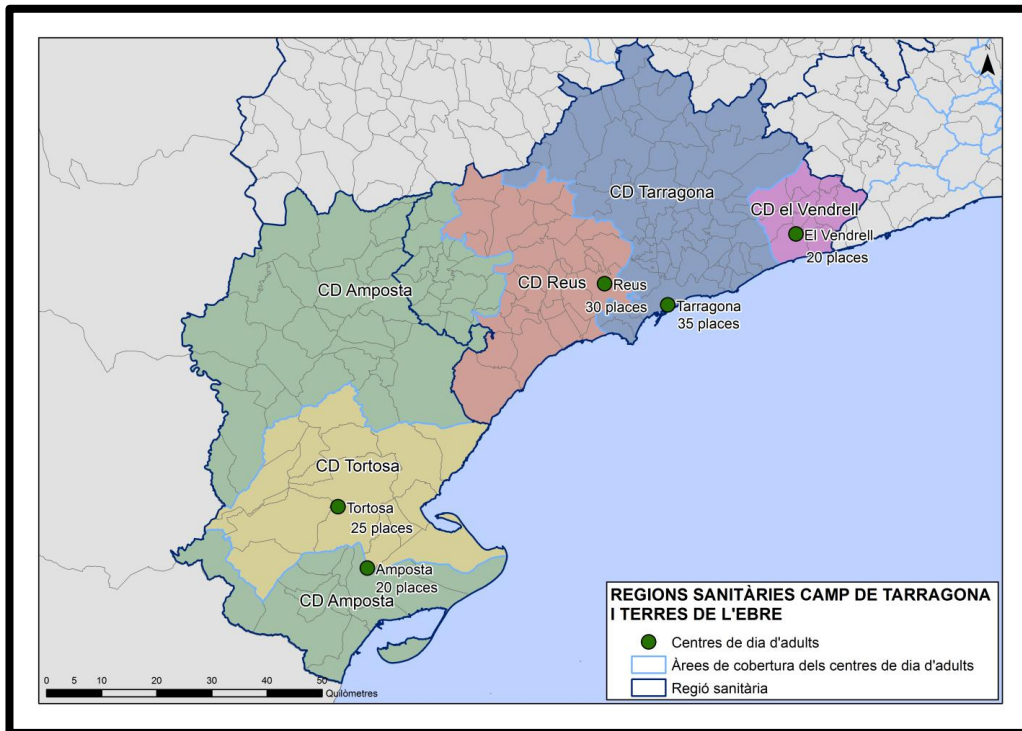
Mapa 44. Centres de dia/serveis de rehabilitació comunitària a les regions sanitàries Catalunya Central, Lleida i Alt Pirineu i Vall d'Aran



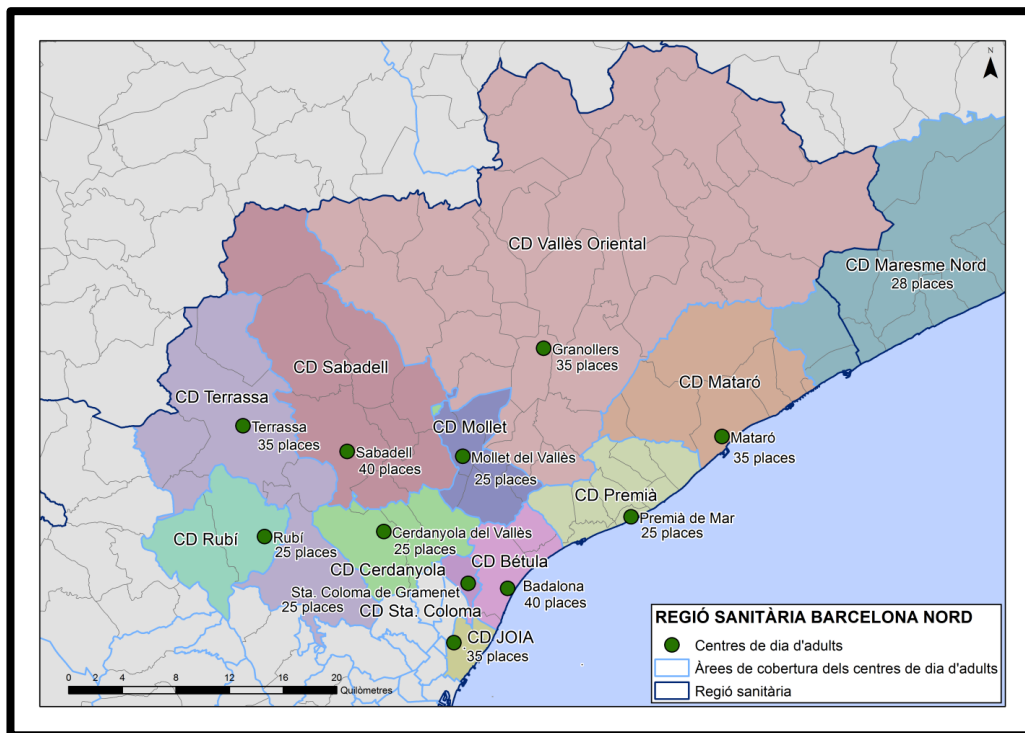
Mapa 45. Centres de dia/serveis de rehabilitació comunitària a la Regió Sanitària Girona



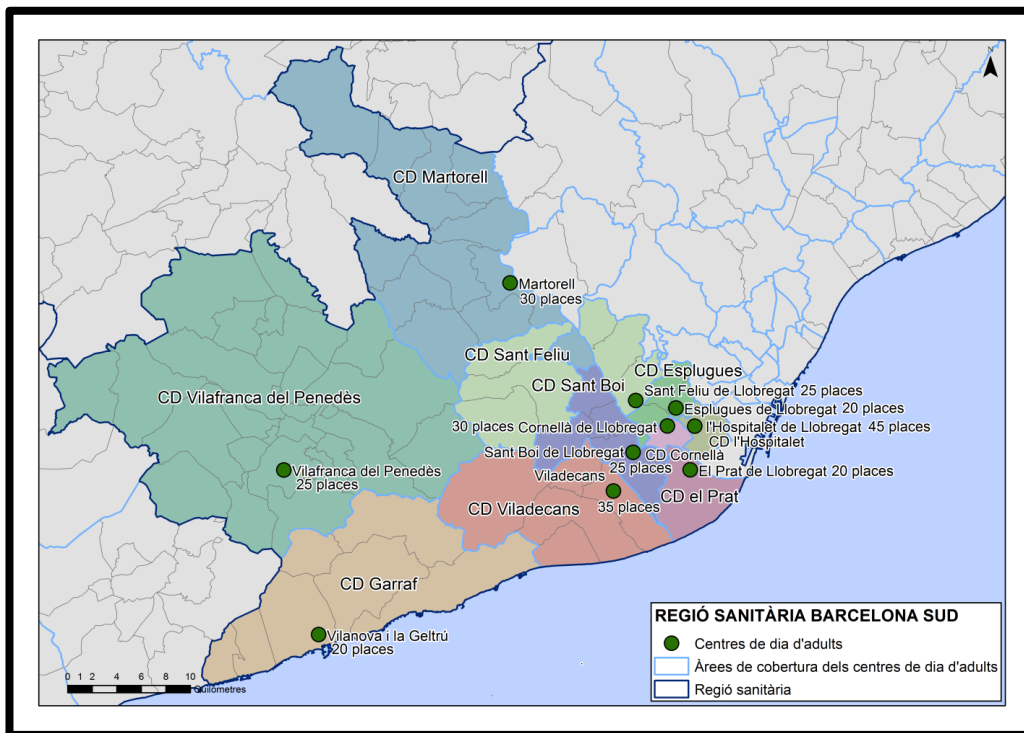
Mapa 46. Centres de dia/serveis de rehabilitació comunitària a les regions sanitàries Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre



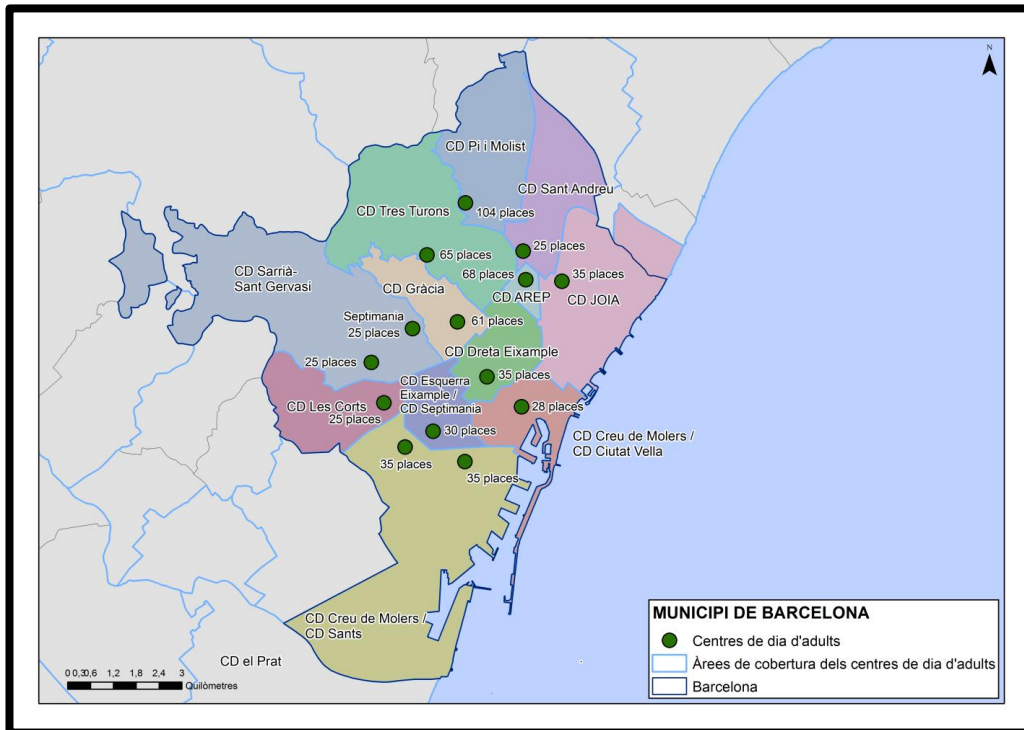
Mapa 47. Centres de dia/serveis de rehabilitació comunitària a la Regió Sanitària Barcelona Nord



Mapa 48. Centres de dia/serveis de rehabilitació comunitària a la Regió Sanitària Barcelona Sud



Mapa 49. Centres de dia/serveis de rehabilitació comunitària al municipi de Barcelona



## 7.4.2. Atenció ambulatoria i comunitària

### 7.4.2.1. Atenció a la població adulta

#### **Centres de salut mental per a adults (CSMA)**

##### **Definició**

Aquests centres ofereixen serveis bàsics d'atenció ambulatoria especialitzada en atenció psiquiàtrica i de la salut. Estan adreçats a les persones adultes que presenten un trastorn mental en qualsevol de les etapes evolutives de la malaltia que, per la gravetat o complexitat, no poden ser ateses només dins l'àmbit dels serveis d'atenció primària de salut. Els equips que presten aquesta atenció són multidisciplinaris i estan formats per psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials i personal d'infermeria, entre altres (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

##### **Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC**

A Catalunya hi ha 74 CSMA d'atenció ambulatoria amb una freqüència d'atenció que varia entre setmanal (O8.1), quinzenal (O9.1) i mensual (O10.1).

Existeixen també 13 consultes perifèriques (CP) vinculades al CSMA principal. Aquestes CP tenen com a objectiu garantir l'accessibilitat dels pacients. En aquests casos, amb una freqüència que oscil·la entre quinzenal i mensual, els professionals dels CSMA es traslladen a la CP. D'aquesta manera, el CSMA de l'Alt Penedès presenta un codi addicional que indica que té una CP (Sant Sadurní d'Anoia). El CSMA del Bages-Manresa també presenta un codi addicional que indica la presència de CP, però en aquest cas en té dos (la Cerdanya i el Solsonès). En el cas del CSMA del Guinardó, la CP la té en el centre d'atenció primària (CAP) del Guinardó. El CSMA de Mollet, tot i presentar només un codi addicional, té vinculades tres CP: la Llagosta, Sant Fost de Campsentelles i Parets del Vallès. El CSMA de Nou Barris Sud també té una CP al CAP la Ciutat Meridiana. Els CSMA de Sabadell I i II tenen associats la CP de Castellar del Vallès i de Santa Perpètua de Mogoda, respectivament. El CSMA de Sort, la CP del Pont de Suert. El CSMA del Vallès Oriental, la CP de Sant Celoni i, per últim, el CSMA de Rubí té assignat la CP de Castellbisbal.

Un total de 31 dels 74 CSMA tenen associat un PSI (A4-P). S'ha detectat una gran variabilitat entre els PSI. Més avall, a l'apartat de la discussió, es comentarà aquest

aspecte. En aquesta secció, una vegada presentades les dades dels CSMA, presentem una taula que descriu els diferents PSI.

Al CSMA de Ciutat Vella existeix un servei d'atenció no aguda, mòbil, d'alta intensitat que té com a objectiu atendre les necessitats de les persones sense sostre de la ciutat de Barcelona. Aquest equip col·labora amb el PSI específic per a persones sense sostre vinculat al CSMA del Poble-sec/Montjuïc.

Cal destacar que, encara que es tracta de serveis per a la població adulta, hi ha dos CSMA, la Selva Interior i la unitat de salut mental (USM) de Badia del Vallès, que donen atenció en SM a totes les edats. De fet, l'USM de Badia té un model d'atenció basat en les famílies.

**Taula 19. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis/CSMA**

DESDE- LTC	Descripció
<b>O8.1</b>	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) en què es pot atendre un mateix pacient un mínim de tres vegades per setmana.
<b>O9.1</b>	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) en què es pot atendre un mateix pacient com a mínim una vegada cada quinze dies.
<b>O10.1</b>	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) de freqüència mensual.
<b>O5.1</b>	Dispositiu de salut mental d'atenció mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) on es pot atendre un mateix pacient un mínim de tres vegades per setmana.
<b>A4-P</b>	Indica que el dispositiu té associat un PSI. El codi fa referència a un dispositiu de salut mental que s'encarrega de la gestió de casos, i garanteix la vinculació dels pacients a la xarxa assistencial i la coordinació entre els diferents dispositius implicats.
<b>p</b>	Una lletra "p" minúscula addicional al final del codi indica que existeix un programa de suport a l'atenció primària. Aquesta informació és l'oficial aconseguida a través del departament, i no amb el contacte directe amb el servei/BSIC.
<b>m</b>	Una lletra "m" minúscula addicional indica que l'equip duu a terme funcions de gestió de casos, però que no compleix suficients criteris per considerar-se un programa independent.
<b>r</b>	Una lletra "r" minúscula addicional al final del codi indica que es tracta del codi de referència (en cas que existeixi una CP).

Taula 20. Llista de serveis/CSMA

CSMA	DESDE1	DESDE2	DESDE3	Municipi
CSMA Badalona 1	AO[MD]-O9.1			Badalona
CSMA Badalona 2	AO[MD]-O9.1			Badalona
USM Badia	Nx[MD]-O8.1			Badia del Vallès
CSMA Ciutat Vella	AO[MD]-O9.1	a[md]-A4P	AO[MD]-O5.1 (sense sostre)	Barcelona
CSMA Dreta Eixample	Ax[MD]-O8.1p	a[md]-A4P		Barcelona
CSMA Esquerrea Eixample	AO[MD]-O8.1p			Barcelona
CSMA Gràcia	Ax[MD]-O10.1p			Barcelona
CSMA el Guinardó	AO[MD]-O8.1lr	O9.1 (CP CAP el Guinardó)		Barcelona
CSMA Horta	AO[MD]-O8.1p	a[md]A4-P		Barcelona
CSMA les Corts	AO[MD]-O9.1	a[md]-A4-P		Barcelona
CSMA Maragall	AO[MD]-O8.1			Barcelona
CSMA Nou Barris Nord	AO[MD]-O8.1p	a[md]-A4-P		Barcelona
CSMA Nou Barris Sud	AO[MD]-O8.1p	<i>o9.1 (CP CAP la Ciutat Meridiana)</i>		Barcelona
CSMA Poble-sec/Montjuïc	AO[MD]-O9.p	a[md]-A4P		Barcelona
CSMA Sant Andreu	AO[MD]-O9.1p	a[md]-A4P		Barcelona
CSMA Sant Martí Nord	AO[MD]-O8.1p	a[md]-A4P		Barcelona
CSMA Sant Martí Sud	AO[MD]-O8.1			Barcelona
CSMA Sants	AO[MD]-O9.1p			Barcelona
CSMA Sarrià-Sant Gervasi	AO[MD]-O9.1			Barcelona
CSMA Castelldefels	AO[MD]-O8.1p	a[md]-A4P		Castelldefels
CSMA Cornellà	AO[MD]-O8.1p			Cornellà
CSMA Maresme Sud	AO[MD]-O9.1	a[md]-A4-P		El Masnou
CSMA el Prat de Llobregat	AO[MD]-O8.1p	a[md]-A4P		El Prat de Llobregat
CSMA Esplugues de Llobregat	AO[MD]-O8.1			Esplugues de Llobregat
CSMA Gavà	AO[MD]-O8.1p	a[md]-A4P		Gavà
CSMA Vallès Oriental	AO[MD]-O10.1pr	a[md]-A4P	<i>O10.1 (CP Sant Celoni)</i>	Granollers
CSMA l'Hospitalet 1	Ax[MD]-O8.1p	a[md]-A4P		L'Hospitalet de Llobregat
CSMA l'Hospitalet 2 (ICS)	AO[MD]-O9.1p			L'Hospitalet de Llobregat
CSMA Martorell	AO[MD]-O10.1			Martorell
CSMA Maresme Centre/Mataró	AO[MD]-O9.1p			Mataró
CSMA Mollet	AO[MD]-O8.1r	a[md]-A4P	AO[MD]-O9.1l (CP La Llagosta, CP Sant Fost i CP Parets)	Mollet del Vallès
CSMA Cerdanyola-Ripollet-Montcada	AO[MD]-O8.1p	a[md]-A4P		Ripollet
CSMA Rubí	AO[MD]-o9.1pr	O9.1 CP Castellbisbal		Rubí
CSMA Sabadell 1	AO[MD]-O9.1r	a[md]-A4P	O9.1 (CP Castellar del	Sabadell



			Vallès)	
<b>CSMA Sabadell 2</b>	AO[MD]-O9.1r	a[md]-A4P	O9.1 (CP Santa Perpètua de Mogoda)	Sabadell
<b>USM la Mina</b>	AO[MD]-O9.1			Sant Adrià de Besòs
<b>CSMA Sant Boi</b>	AO[MD]-O8.1p	a[md]-A4P		Sant Boi de Llobregat
<b>CSMA Sant Cugat</b>	AO[MD]-O8.1p			Sant Cugat del Vallès
<b>CSMA Sant Feliu de Llobregat</b>	AO[MD]-O10.1-p			Sant Feliu de Llobregat
<b>CSMA Martí i Julià</b>	AO[MD]-O8.1p	a[md]-A4P		Santa Coloma de Gramenet
<b>CSMA Mútua de Terrassa</b>	AO[MD]O8.1p	a[md]-A4-P		Terrassa
<b>CSMA Terrassa 1</b>	AO[MD]-O9.1p	a[md]-A4P		Terrassa
<b>CSMA Alt Penedès</b>	AO[MD]-O10.1r		O10.1r (CP Sant Sadurní d'Anoia)	Vilafranca del Penedès
<b>CSMA Garraf</b>	AO[MD]-O8.1p	a[md]-A4P		Vilanova i la Geltrú
<b>CSMA Berga</b>	AO[MD]-O10.1			Berga
<b>CSMA Anoia</b>	Ax[MD]-O9.1pm			Igualada
<b>CSMA Bages-Manresa</b>	AO[MD]-O8.1p	a[md]-A4P	AO[MD]-O9.1(CP Cerdanya i CP Solsonès)	Manresa
<b>CSMA Osona</b>	AO[MD]-O9.1p	a[md]-A4-P		Vic
<b>CSMA Selva Marítima</b>	AO[MD]-O8.1			Blanes
<b>CSMA Maresme Nord</b>	AO[MD]-O8.1	a[md]A4-P		Calella
<b>CSMA Alt Empordà</b>	AO[MD]-O9.1			Figueres
<b>CSMA Gironès-Pla de l'Estany</b>	A[MD]-O8.1p			Girona
<b>CSMA Olot-Garrotxa</b>	AO[MD]-O8.1			Olot
<b>CSMA Baix Empordà</b>	Ax[MD]-O9.1p			Platja d'Aro
<b>CSMA Ripollès</b>	Ax[MD]-O8.1			Ripoll
<b>CSMA Selva Interior</b>	Nx[MD]-O8.1			Sta. Coloma de Farners
<b>CSMA la Seu d'Urgell</b>	AO[MD]-O9.1p			La Seu d'Urgell
<b>CSMA Sort</b>	AO[MD]-O9.1pr		O9.1 (CP el Pont de Suert)	Sort
<b>CSMA Vielha</b>	Ax[MD]O9.1			Vielha
<b>CSMA Balaguer</b>	Ax[MD]-O8.1			Balaguer
<b>CSMA les Borges Blanques</b>	Ax[MD]-O8.1-p			Les Borges Blanques
<b>CSMA Segarra</b>	Ax[MD]-O8.1p			Cervera
<b>CSMA Lleida</b>	AO[MD]-O8.1p	a[md]-A4-P		Lleida
<b>CSMA Mollerussa</b>	Ax[MD]-O8.1p			Mollerussa
<b>CSMA Tàrraga</b>	AO[MD]-O8.1	a[md]-A4P		Tàrraga
<b>CSMA Tremp</b>	Ax[MD]-O8.1p			Tremp
<b>CSMA Amposta</b>	AO[MD]-O10.1p	a[md]-A4-P		Amposta
<b>CSMA Móra d'Ebre</b>	AO[MD]-O10.1	a[md]-A4-P		Móra d'Ebre
<b>CSMA Tortosa</b>	AO[MD]-O10.1p			Tortosa
<b>CSMA el Vendrell</b>	AO[MD]-O9.1			El Vendrell
<b>CSMA Reus</b>	AO[MD]-O9.1p			Reus

## Professionals

Els CSMA estan formats per un equip d'aproximadament 293 psiquiatres, 172 psicòlegs, 78 treballadors socials i 119 infermers. Això equival a 4,69 psiquiatres, 2,74 psicòlegs, 1,24 treballadors socials i 1,9 infermers per cada 100.000 habitants de Catalunya.

**Taula 21. Programa de seguiment individualitzat (PSI) per entitat proveïdora a Catalunya i criteris DESDE-LTC per considerar-se BSIC**

Entitat proveïdora	Unitat administrati va pròpia?	Documenta ció indepen dent?	Finançament independent i comptabilitat específica?	Professionals específics?	Usuar is difere nts?	Espai independent?
COMPLEX ASSISTENCIAL BENITO MENNI	NO	SÍ	NO	Sí	NO	Tenen un espai propi als CSMA, però no independent.
SAGRAT COR	NO	SÍ	SÍ	Sí	NO	Tenen un espai propi al CSMA, però no independent.
PARC SANITARI SANT JOAN DE DEÚ	NO	SÍ	NO	Sí	NO	No tenen espai propi. Utilitzen els espais que queden lliures.
CENTRE D'HIGIENE MENTAL LES CORTS	NO	SÍ	SÍ	Sí	NO	Comparteix espai als CSMA.
CENTRE DE PSICOTERÀPIA DE BARCELONA	NO	SÍ	NO	Sí	NO	Comparteix espai als CSMA.
FUNDACIÓ VIDAL I BARRAQUER	NO	SÍ	NO	<i>Sense info</i>	NO	Comparteix espai als CSMA.
PARC DE SALUT MAR	NO	SÍ	SÍ	Sí	NO	Comparteix espai als CSMA
FUNDACIÓ PRIVADA HOSPITAL DE MOLLET	NO	SÍ	NO	Sí	NO	Despatx independent al CSMA
MÚTUA DE TERRASSA	NO	SÍ	NO	Sí	NO	Comparteix espai als CSMA
INSITUT PERE MATA	NO	SÍ	SÍ	Sí	NO	Comparteix espai als CSMA
FUNDACIÓ SANITÀRIA D'IGUALADA	NO	SÍ	NO	No	NO	Comparteix espai als CSMA
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC	NO	SÍ	NO	Sí	NO	Comparteix espai als CSMA
GESTIÓ DE SERVEIS SANITARIS	NO	SÍ	SÍ	Sí	NO	Comparteix espai als CD de Lleida i Tàrraga
FUNDACIÓ PERE MATA	NO	SÍ	SÍ	Sí	NO	Comparteix espai als CSMA
COMUNITAT TERAPÈUTICA DE MALGRAT	NO	SÍ	SÍ	Sí	NO	Comparteix espai als CSMA
ASSOCIACIÓ SALUT MENTAL	NO	SÍ	SÍ	Sí	NO	Comparteix espai als CSMA
FUNDACIÓ VIDAL I BARRAQUER (SANT ANDREU)	NO	SÍ	NO	Sí	NO	Sí

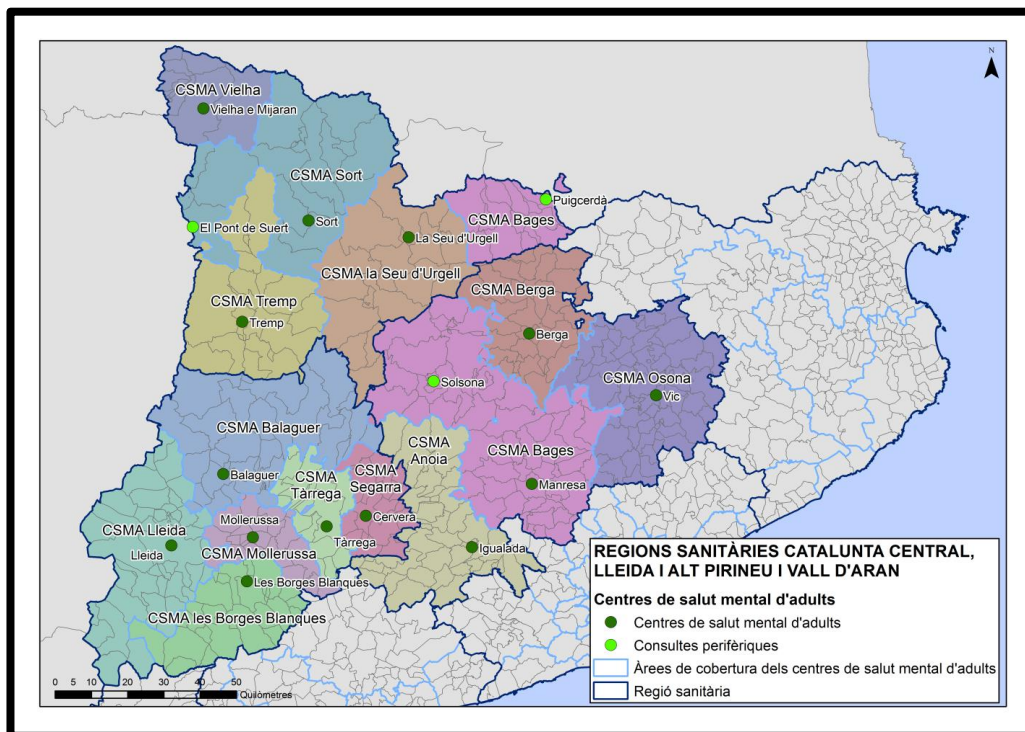




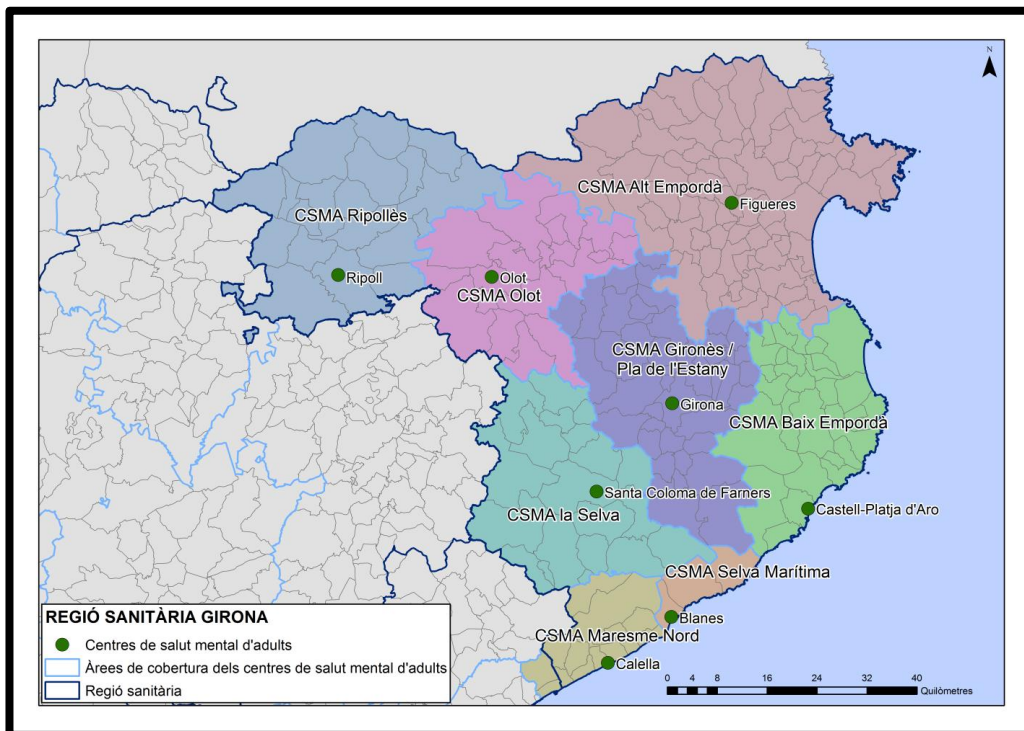
Entitat proveïdora	Unitat administrativa pròpia?	Documentació independent?	Finançament independent i comptabilitat específica?	Professionals específics?	Usuaris diferents?	Espai independent?
ACH MENTAL NOU BARRIS	NO	SÍ	SÍ	Si	NO	Comparteix espai als CSMA
PARC TAULÍ	NO	SÍ	SÍ	Si	NO	Comparteix espai als CSMA
CONSORCI SANITARI DE TERRASSA	NO	SÍ	NO	Si	NO	Comparteix espai als CSMA.

Font: contacte directe amb proveïdors, 2010-2011.

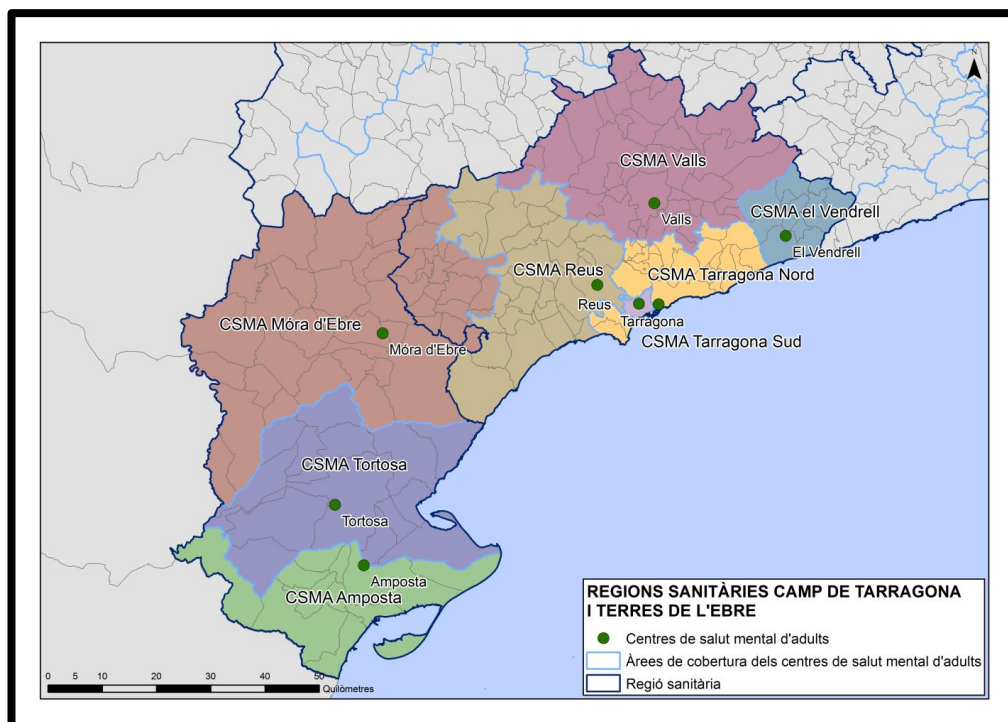
**Mapa 50. Centres de salut mental per a adults a les regions sanitàries Catalunya Central, Lleida i Alt Pirineu i Vall d'Aran**



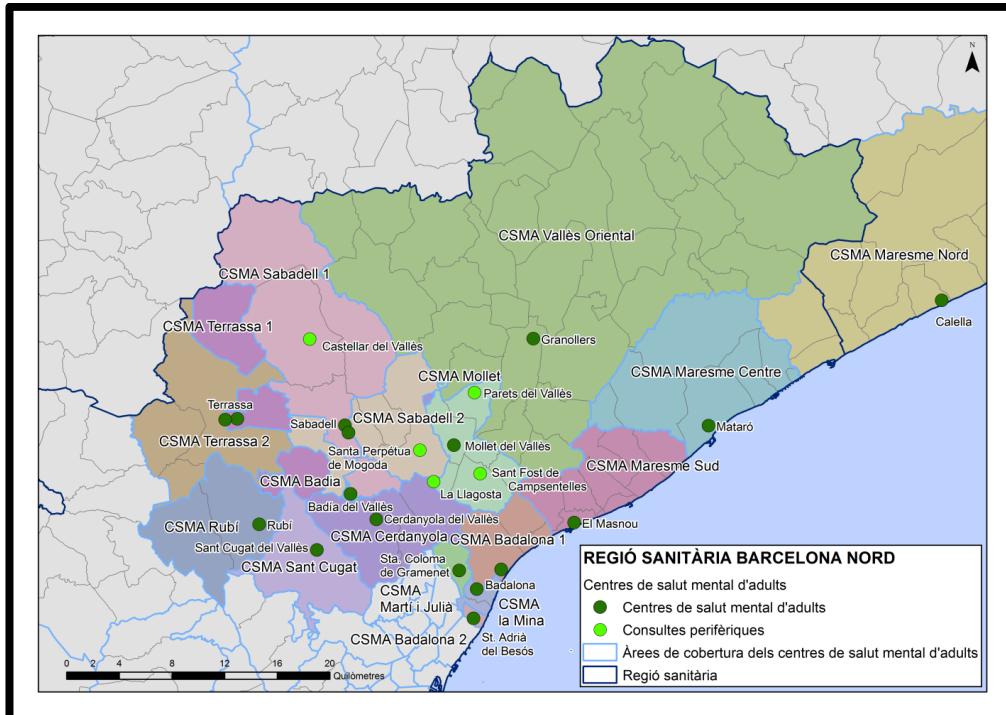
Mapa 51. Centres de salut mental per a adults a la Regió Sanitària Girona



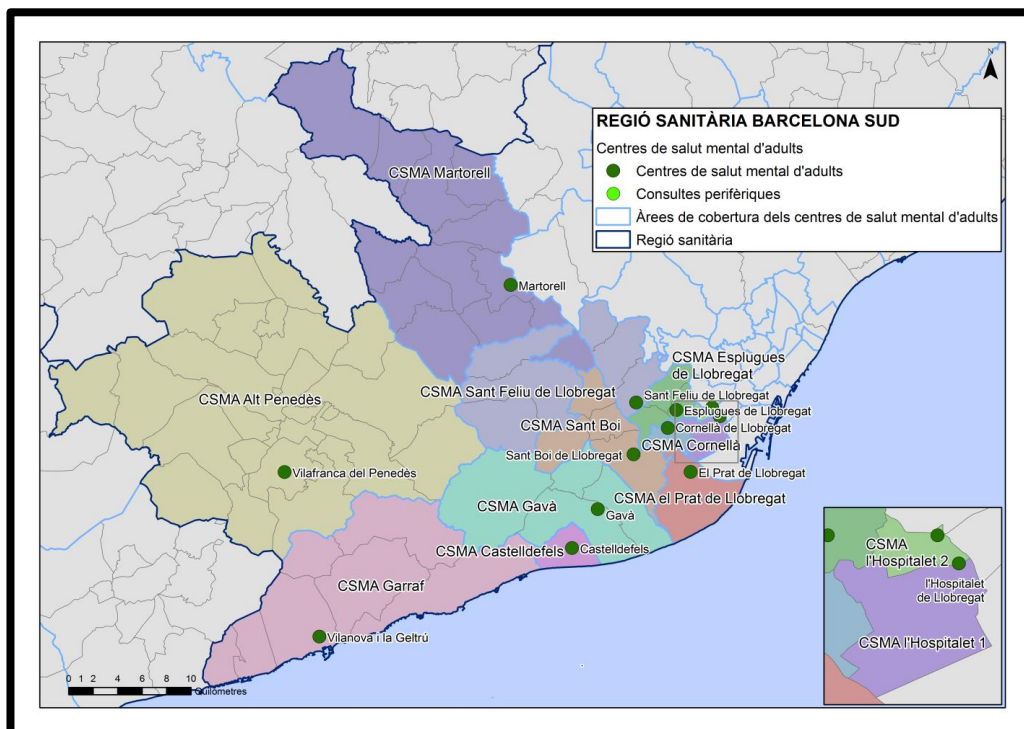
Mapa 52. Centres de salut mental per a adults a les regions sanitàries Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre



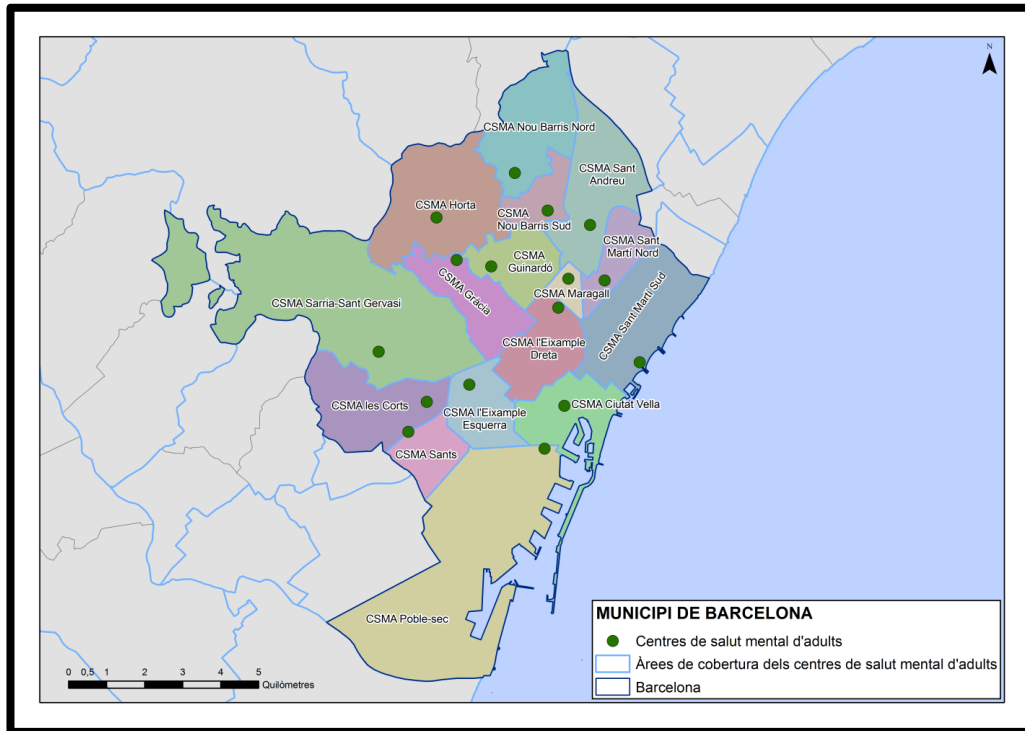
Mapa 53. Centres de salut mental per a adults a la Regió Sanitària Barcelona Nord



Mapa 54. Centres de salut mental per a adults a la Regió Sanitària Barcelona Sud



Mapa 55. Centres de salut mental per a adults al municipi de Barcelona



## Serveis específics d'urgències per a la salut mental

### Definició

Són serveis assistencials destinats a proporcionar atenció integral a les situacions agudes de manera ambulatoria.

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

**Taula 22. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis/BSIC d'urgències**

DESDE-LTC	Descripció
O3.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada d'urgències durant les 24 hores.

Les urgències psiquiàtriques a Catalunya solen anar lligades als serveis d'aguts o bé compartides amb les urgències generals dels hospitals.

Malgrat això, s'ha detectat un mínim de tres unitats d'urgències que compleixen criteris DESDE-LTC perquè es puguin considerar com a serveis independents.

El servei d'urgències de la Unitat Polivalent d'Amposta i el servei d'urgències psiquiàtriques de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau es dediquen a la població adulta, mentre que les urgències psiquiàtriques de l'Hospital de Mataró atenen tots el grups d'edat.

**Taula 23. Llista de serveis/BSIC d'urgències de salut mental**

Nom	DESDE1	Municipi
Servei de psiquiatria. Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	AO[MD]-O3	Barcelona
Unitat de psiquiatria d'urgències. Hospital de Mataró.	N[MD]-O3.1	Mataró
UP Amposta Urgències	AO[MD]-O3	Amposta

*Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.*

## Consultes externes

Cal comentar que tant a l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona com a l'Hospital Universitari de Bellvitge, existeixen unitats de consultes externes que ofereixen atenció ambulatoria no mòbil especialitzada continuada (no-crisi), i atenen un mateix pacient com a mínim una vegada cada quinze dies.

Les consultes externes de l'Hospital Clínic i Provincial compleixen criteris per poder-se considerar un servei independent, mentre que l'Hospital Universitari de Bellvitge és un tipus bàsic addicional d'atenció.

### 7.4.2.2. Atenció a la població infantil i juvenil

#### Unitats de referència psiquiàtrica infantil (URPI)

##### **Definició**

Serveis assistencials destinats a proporcionar atenció integral a nens i adolescents que presenten risc psicopatològic greu i que requereixen una intervenció immediata en règim d'internament amb intervencions clíniques intenses (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

##### **Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC**

Catalunya compta amb vuit unitats d'hospitalització d'aguts amb llits i personal específic per a població infantil i juvenil (R2). L'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona té, a més, atenció ambulatoria no mòbil de freqüència quinzenal i l'Hospital Sant Joan de Déu té atenció ambulatoria no mòbil d'urgència (O3). L'Hospital de Mataró, tot i oferir atenció general als trastorns mentals, està especialitzat en trastorns de la conducta alimentària.

**Taula 24. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis/BSIC d'URPI**

DESDE-LTC	Descripció
R2	Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat immediata (crisi) amb suport durant les 24 hores.
O3.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada d'urgències durant les 24 hores.

**Taula 25. Llista de serveis/BSIC d'URPI**

URPI	Població de 0 a 17 anys	DESDE1	DESDE2	Municipi
Santa Maria de Lleida	666.215	Cx[MD]-R2		Lleida
Sant Joan de Déu		Cx[MD]-R2	Cx[MD]-O3	Esplugues de Llobregat
Hospital Clínic i Provincial	341.191	Cx[MD]-R2	Cx[MD]-O9.1	Barcelona
Hospital de Mataró	80.993	Cx[F50]-R2		Mataró
Consorci Sanitari Parc Taulí	91.456	Ca[MD]-R2		Sabadell
Consorci Hospitalari de Vic	30.964	Cx[MD]-R2		Vic
Fundació Althaia	47.513	Cx[MD]-R2		Manresa
Parc Hospitalari Martí i Julià	142.584	Cx[MD]R2		Salt
<b>TOTAL</b>	<b>1.400.916</b>			

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Llits

La comunitat disposa de 70 llits per a l'atenció psiquiàtrica hospitalària d'urgència per a població infantil i juvenil. Això equival a 5 llits per cada 100.000 habitants menors de 18 anys.

**Taula 26. Llits per serveis/BSIC d'URPI**

URPI	Pobl. de 0 a 17 anys	DESDE1	DESDE2	Llits totals	Taxa x 100.000 h.
Santa Maria de Lleida	666.215	Cx[MD]-R2		4	4,05
Sant Joan de Déu		Cx[MD]-R2	Cx[MD]-O3	23	
Hospital Clínic i Provincial	341.191	Cx[MD]-R2	Cx[MD]-O9.1	22	6,45
Hospital de Mataró	80.993	Cx[F50]-R2		6	7,41
Consorci Sanitari Parc Taulí	91.456	Ca[MD]-R2		4	4,37
Consorci Hospitalari de Vic	30.964	Cx[MD]-R2		2	6,46
Fundació Althaia	47.513	Cx[MD]-R2		4	8,42
Parc Hospitalari Martí i Julià	142.584	Cx[MD]R2		5	3,51
<b>TOTAL</b>	<b>1.400.916</b>			<b>70</b>	<b>5,00</b>

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Professionals

Les unitats d'hospitalització per a nens i adolescents estan compostes d'un total de, com a mínim, 22,27 psiquiatres, 7,25 psicòlegs, 28,49 auxiliars, 29,31 infermers, 1,07 terapeutes ocupacionals i 1,23 treballadors socials. Això equival a una taxa de 1,59 psiquiatres, 0,52 psicòlegs, 2,03 auxiliars, 2,09 infermers, 0,08 terapeutes ocupacionals i 0,09 treballadors socials, per cada 100.000 nens i adolescents.

Cal comentar que, sobretot en aquells hospitals on hi ha poques places, l'URPI està situada dins de la Unitat de Pediatria. Els professionals que atenen estan vinculats a l'HD infantil i juvenil i dediquen un temps a fer interconsultes amb els pediatres. Aquest és el cas de la fundació Althaia, Santa Maria de Lleida o el Parc Hospitalari Martí i Julià. Per això, en aquests casos, no es disposa d'informació específica sobre el nombre de professionals.

### Mapa 56. Unitats de referència psiquiàtrica infantil a Catalunya





## Unitats de crisi d'adolescents (UCA)

### Definició

Dispositiu hospitalari centrat en l'atenció especialitzada dels trastorns mentals en el període de l'adolescència. Les sol·licituds d'ingrés en aquesta unitat es fan des d'altres dispositius de la xarxa sanitària, on els tornen a derivar en el moment de l'alta. Durant tot el procés d'hospitalització, es manté un estret contacte i coordinació amb el personal terapeuta de referència (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

Catalunya té dues unitats específiques per a ingressos d'adolescents en crisi (R2)

### Taula 27. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis/BSIC d'UCA

DESDE-LTC	Descripció
R2	Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat immediata (crisi) amb suport durant les 24 hores.

### Taula 28. Llista de serveis/BSIC d'UCA

UCA	Pobl. de 12 a 17 anys	DESDE1	Municipi
Institut Pere Mata		Ca[MD]-R2	Reus
Benito Menni, Complex Assistencial		Ca[MD]-R2	Sant Boi de Llobregat
<b>TOTAL</b>	<b>435.493</b>		

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

### Llits

Catalunya suma un total de 60 llits per internar adolescents en crisi. Això equival a 13,78 llits per cada 100.000 adolescents.

**Taula 29. Llits de serveis/BSIC d'UCA**

UCA	Pobl. 12 a 17 anys	DESDE1	Llits totals	Taxa x 100.000 h.
Institut Pere Mata		Ca[MD]-R2	10	
Benito Menni		Ca[MD]-R2	50	
<b>TOTAL</b>	<b>435.493</b>		<b>60</b>	<b>13,78</b>

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

### Professionals

Les unitats de crisi per a adolescents estan formades per un equip multidisciplinari compost, entre altres, per un total de 3 psiquiatres, aproximadament 3 psicòlegs, 1,53 treballadors socials, 5,42 infermers, gairebé 28 auxiliars d'infermeria i 1,53 terapeutes ocupacionals. Per cada 100.000 adolescents, hi hauria 0,71 psiquiatres, 0,66 psicòlegs, 0,35 treballadors socials, 1,25 infermers, gairebé 6,38 auxiliars d'infermeria i 0,35 terapeutes ocupacionals.

### Hospitals de dia de salut mental infantil i juvenil (HDIJ)

#### Definició

Dispositiu que ofereix atenció multidisciplinària als adolescents amb trastorns mentals que requereixen un tractament terapèutic i/o rehabilitador intensiu i que poden mantenir els vincles amb la comunitat i la família durant aquest procés (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

#### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

La xarxa de salut mental de Catalunya es compon de 21 HD, en els quals s'ofereix atenció de dia a casos aguts derivats d'ingressos complets.

**Taula 30. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis/BSIC d'HDIJ**

DESDE- LTC	Descripció
D1	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia per a persones en crisi amb disponibilitat programada.

Taula 31. Llista de serveis/BSIC d'HDIJ

	Pobl. < 18 a.	DESDE1	Municipi
HDIJ Granollers		Ca[MD]-D1	Granollers
HDIJ Mollet	81.313	Ca[MD]-D1	Mollet del Vallès
HDIJ Mútua de Terrassa	72.428	Ca[MD]-D1	Terrassa
HDIJ Sabadell		Ca[MD]-D1	Sabadell
HDIJ Badalona	72.428	Ca[MD]-D1	Badalona
HDIJ Sta. Coloma		Ca[MD]-D1	Santa Coloma de Gramenet
HDIJ Orienta (Gavà)	62.830	Cx[MD]-D1	Gavà
HDIJ Mataró	80.993	Cx[F50]-D1	Mataró
HDIJ Vilanova i la Geltrú	48.797	Ca[MD]-D1	Vilanova i la Geltrú
HDIJ Orienta (l'Hospitalet)	90.059	Cx[MD]-D1	L'Hospitalet de Llobregat
HDIJ Martorell	56.400	Ca[MD]-D1	Martorell
HDIJ Sant Pere Claver	62.488	Ca [MD]-D1	Barcelona
HDIJ Clínic	38.190	Cx[MD]-D1	Barcelona
HDIJ Nou Barris	97.840	CaTA[MD]-D1	Barcelona
HDIJ les Corts	55.437	CaTA[MD]-D1	Barcelona
HDIJ Fundació Althaia	44.380	Cx[MD]-D1	Manresa
HDIJ Vic	30.964	Cx[MD]-D1	Vic
HDIJ Martí i Julià	142.584	Ca[MD]-D1	Salt
HDIJ Lleida	66.010	Cx[MD]-D1	Lleida
HDIJ Tortosa	34.575	Cx[MD]-D1	Tortosa
HDIJ Reus	117.779	Cx[MD]-D1	Reus
<b>TOTAL</b>	<b>1.400.916</b>		

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.



## Places

Catalunya disposa d'un total de 440 places per a l'atenció de dia d'aguts infantil i juvenil que estan distribuïdes entre les diferents àrees de salut. Això equival a aproximadament 31 places per cada 100.000 infants i adolescents.

**Taula 32. Places en serveis/BSIC d'HDIJ**

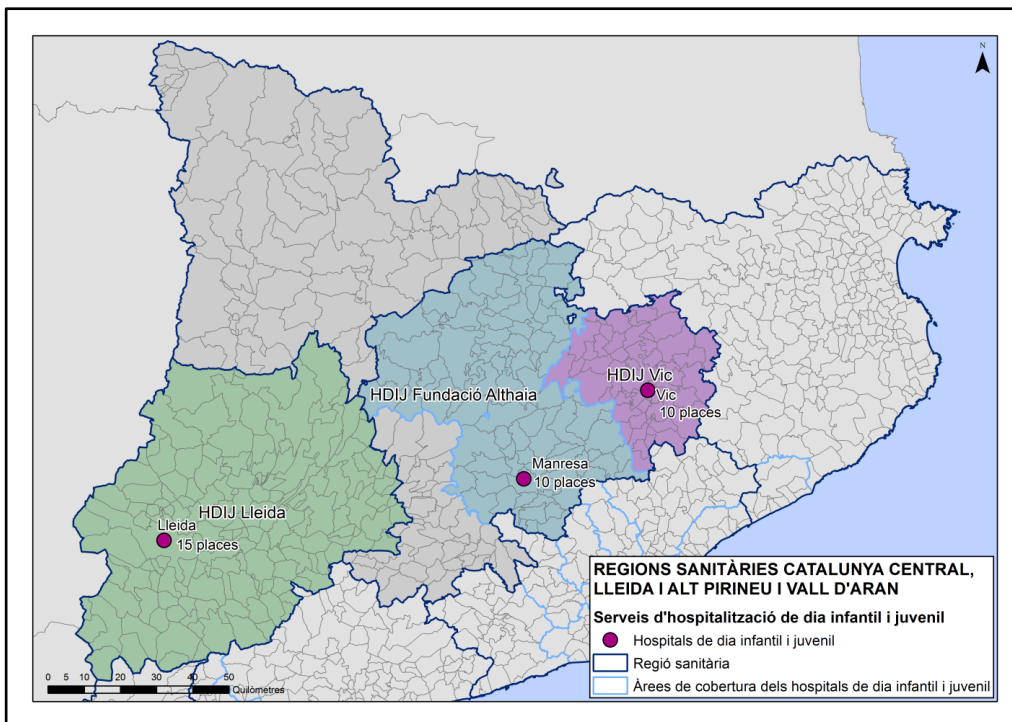
	Pobl. < 18 a.	DESDE1	Places	Taxa per 100.000
HDIJ Granollers	81.313	Ca[MD]-D1	20	41,81
HDIJ Mollet		Ca[MD]-D1	14	
HDIJ Mútua de Terrassa	182.461	Ca[MD]-D1	20	21,92
HDIJ Sabadell		Ca[MD]-D1	20	
HDIJ Badalona	72.428	Ca[MD]-D1	20	62,13
HDIJ Sta. Coloma		Ca[MD]-D1	25	
HDIJ Orienta (Gavà)	62.830	Cx[MD]-D1	36	57,30
HDIJ Mataró	80.993	Cx[F50]-D1	10	12,35
HDIJ Vilanova i la Geltrú	48.797	Ca[MD]-D1	15	30,74
HDIJ Orienta (l'Hospitalet)	90.059	Cx[MD]-D1	25	27,76
HDIJ Martorell	56.400	Ca[MD]-D1	25	44,33
HDIJ Sant Pere Claver	62.488	Ca [MD]-D1	30	48,01
HDIJ Clínic	38.190	Cx[MD]-D1	20	52,37
HDIJ Nou Barris	97.840	CaTA[MD]-D1	40	40,88
HDIJ les Corts	55.437	CaTA[MD]-D1	25	45,10
HDIJ Fundació Althaia	44.380	Cx[MD]-D1	10	22,53
HDIJ Vic	30.964	Cx[MD]-D1	10	32,30
HDIJ Martí i Julià	142.584	Ca[MD]-D1	25	17,53
HDIJ Lleida	66.010	Cx[MD]-D1	15	22,72
HDIJ Tortosa	34.575	Cx[MD]-D1	20	57,85
HDIJ Reus	117.779	Cx[MD]-D1	15	12,74
<b>TOTAL</b>	<b>1.400.916</b>		<b>440</b>	<b>31,41</b>

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

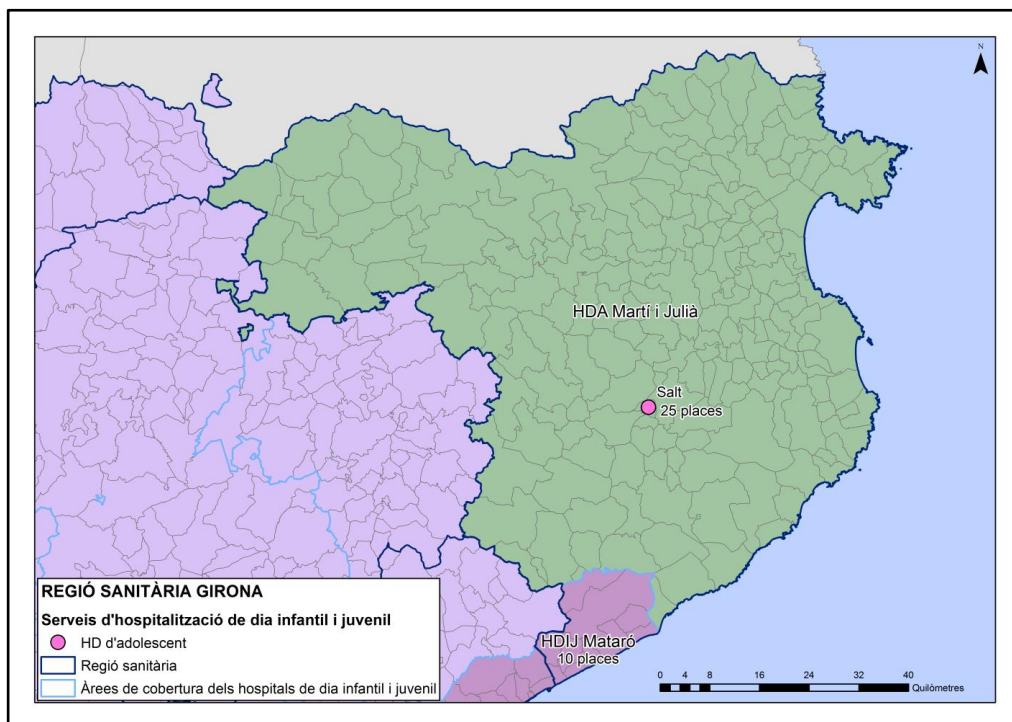
## Professionals

Els HD per a infants i adolescents estan formats per un total de 22,47 psiquiatres, 24,54 psicòlegs, 38,35 educadors, 16,18 infermers, 9,71 terapeutes ocupacionals, 7,82 treballadors socials i 4,70 auxiliars. Això significa que, per cada nens i adolescents, hi ha, com a mínim, 1,60 psiquiatres, 1,75 psicòlegs, 2,74 educadors, 1,15 infermers, 0,69 terapeutes ocupacionals, 0,56 treballadors socials i 0,34 auxiliars. No es disposa d'informació de l'HDIJ de Tortosa, perquè va ser inaugurat a final de l'any 2010, quan ja s'havia acabat la primera fase de recollida de dades.

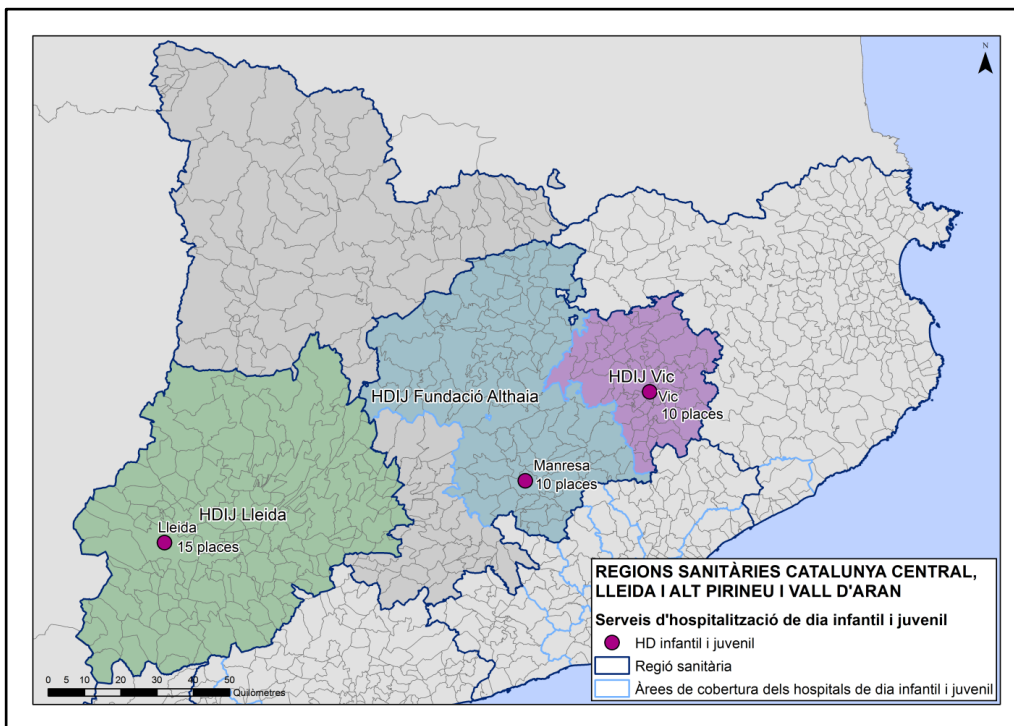
**Mapa 57. Hospitals de dia infantil i juvenil a les regions sanitàries Catalunya Central, Lleida i Alt Pirineu i Vall d'Aran**



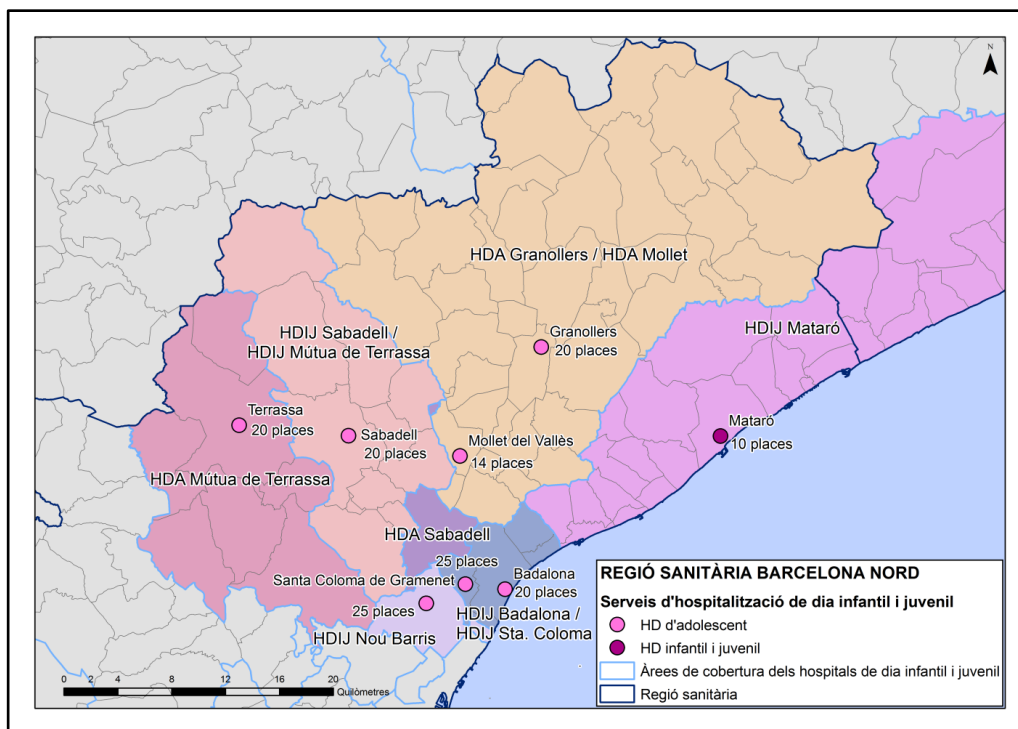
**Mapa 58. Hospitals de dia infantil i juvenil a la Regió Sanitària Girona**



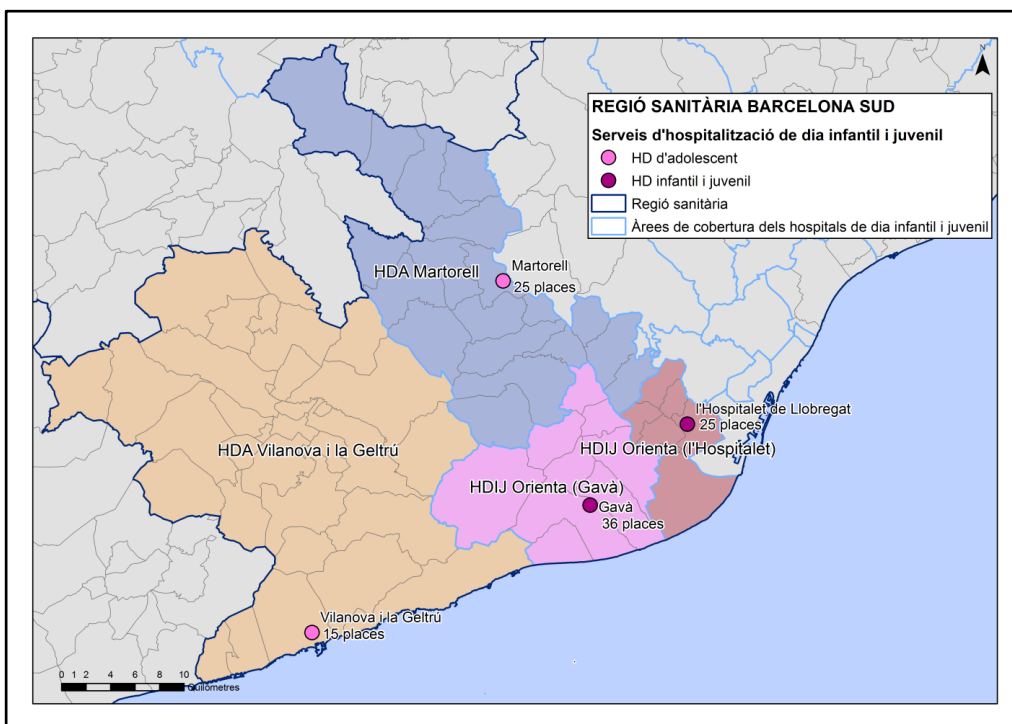
Mapa 59. Hospitals de dia infantil i juvenil a les regions sanitàries Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre



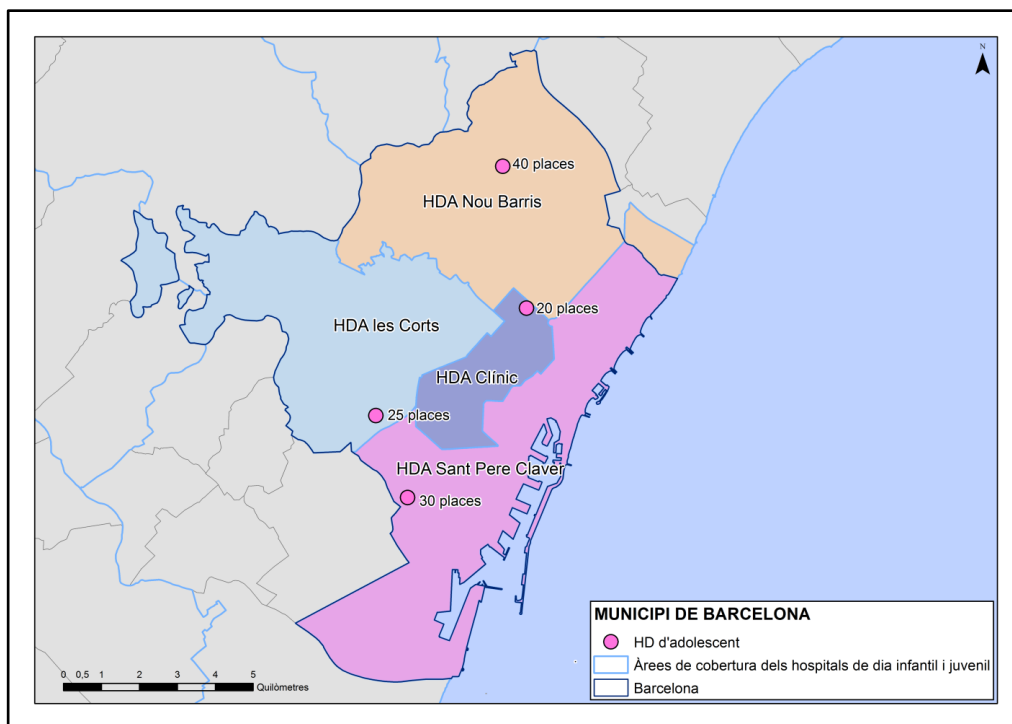
Mapa 60. Hospitals de dia infantil i juvenil a la Regió Sanitària Barcelona Nord



Mapa 61. Hospitals de dia infantil i juvenil a la Regió Sanitària Barcelona Sud



Mapa 62. Hospitals de dia infantil i juvenil al municipi de Barcelona



## **Centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ)**

### **Definició**

Els centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) són serveis bàsics d'atenció ambulatoria especialitzats en atenció psiquiàtrica i de la salut, dirigits a infants i adolescents que presenten un trastorn mental en qualsevol de les etapes evolutives de la malaltia i que, per la gravetat o complexitat, no poden ser atesos només dins l'àmbit dels serveis d'atenció primària de salut. Els equips que presten aquesta atenció són multidisciplinaris i estan formats per psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials i personal d'infermeria, entre altres (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

### **Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC**

L'atenció ambulatoria infantil i juvenil està formada per cinquanta centres de salut mental en els quals s'ofereix aquest tipus d'atenció de manera setmanal (O8.1), quinzenal (O9.1) o mensual (O10.1). A més, existeixen 21 consultes perifèriques (CP) o centres antena. Les CP tenen com a objectiu garantir l'accessibilitat dels pacients. En aquests casos, amb una freqüència que oscil·la entre quinzenal i mensual, els professionals dels CSMIJ es traslladen a la CP. D'aquesta manera, el CSMIJ Nou Barris té assignada la CP la Ciutat Meridiana; el CSMIJ Alt Penedès, la CP Sant Sadurní d'Anoia; el CSMIJ de Sabadell en té 2: la CP Santa Perpètua de Mogoda i la CP Castellar del Vallès. El CSMIJ Rubí té assignada la CP Castellbisbal; el CSMIJ Horta-Guinardó té una CP ubicada al CAP del Guinardó; el CSMIJ Cerdanyola-Ripollet també en té 2 (CP Cerdanyola i CP Barberà del Vallès); el de Tarragona té la CP de Valls. Hi ha 3 CP que depenen del CSMIJ de Manresa: la Cerdanya, el Solsonès i el Berguedà. A Tortosa n'hi ha 1, a Móra d'Ebre. Finalment, trobem 8 CP que depenen del CSMIJ de Lleida: la Seu d'Urgell, Tremp, Vielha, Sort, Tàrrrega, Balaguer, el Pont de Suert i Mollerussa. D'aquestes 21, i seguint criteris de classificació DESDE, en tres casos podrien considerar-se serveis independents, es tracta de Valls, el Pirineu i Móra. D'altra banda, s'ha detectat un CSMIJ, el de la Selva Marítima, que l'Administració no el considera oficial.

Cal recordar que, de la mateixa manera que els CSMA, l'USM de Badia del Vallès i el CSMIJ de la Selva ofereixen una atenció integrada focalitzada en les famílies (el servei atén totes les edats).



També és important comentar que s'ha detectat que en 3 CSMIJ (Sant Andreu, Gràcia i Montcada i Reixac) en horari preestablert, els equips ofereixen atenció mòbil. De la mateixa manera, al CSMIJ de la Selva Marítima es presta atenció específica relacionada amb els trastorns de conducta alimentària, independentment de l'edat.

**Taula 33. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis/BSIC de CSMIJ**

DESDE-LTC	Descripció
O8.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi), en què es pot atendre un mateix pacient un mínim de 3 vegades per setmana.
O9.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi), en què es pot atendre un mateix pacient un mínim d'una vegada cada quinze dies.
O10.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi), en què es pot atendre un mateix pacient un cop al mes.
O2.1	Dispositiu de salut mental d'atenció mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada mòbil durant horari determinat.

Taula 34. Llista dels serveis/BSIC de CSMIJ

CSMIJ	Pobl. < 18 a.	DESDE1	DESDE2	Municipi
CSMIJ Badalona 1	27.269	Cx[MD]-09.1		Badalona
CSMIJ Badalona 2	22.467	Cx[MD]-09.1		Badalona
USM Badia	2.712	Nx[MD]-08.1		Badia del Vallès
CSMIJ Ciutat Vella	15.686	Cx[MD]-08.1		Barcelona
CSMIJ Sant Martí Sud	19.217	Cx[MD]-08.1		Barcelona
CSMIJ Nou Barris	26.976	Cx[MD]-09.1r	09.1 (CP la Ciutat Meridiana)	Barcelona
CSMIJ Gràcia	17.352	Cx[MD]-09.1	Cx[MD]-02.1	Barcelona
CSMIJ les Corts-Sarrià-Sant Gervasi	38.085	Cx[MD]-09.1		Barcelona
CSMIJ Sants-Montjuïc	27.585	Cx[MD]-09.1		Barcelona
CSMIJ Horta-Guinardó	26.090	Cx[MD]-09.1r	Cx[MD]-09.1 (CP ABS sector)	Barcelona
CSMIJ l'Eixample	38.190	Cx[MD]-09.1		Barcelona
CSMIJ Sant Andreu	23.131	Cx[MD]-09.1	Cx[MD]-02.1	Barcelona
CSMIJ Sant Martí Nord	18.403	C[MD]-08.1		Barcelona
CSMIJ Castelldefels	13.170	Cx[MD]-09.1		Castelldefels
CSMIJ Cornellà de Llobregat	34.093	Cx[MD]-08.1		Cornellà de Llobregat
CSMIJ el Prat de Llobregat	11.707	Cx[MD]-09.1		El Prat de Llobregat
CSMIJ Gavà	24.678	Cx[MD]-09.1		Gavà
CSMIJ Granollers	61.272	Cx[MD]-08.1		Granollers
CSMIJ l'Hospitalet	44.259	Cx[MD]-09.1		L'Hospitalet de Llobregat
CSMIJ Martorell	33.806	Cx[MD]-010.1		Martorell
CSMIJ Mataró	54.342	Cx[MD]-09.1		Mataró
CSMIJ Molins de Rei	22.594	Cx[MD]-010.1		Molins de Rei
CSMIJ Mollet del Vallès	20.041	Cx[MD]-08.1		Mollet del Vallès
CSMIJ Montcada i Reixac	6.806	Cx[MD]-09.1	Cx[MD]-02.1	Montcada
CSMIJ Rubí	18.490	Cx[MD]-09.1r	Cx[MD]-09.1 (CP Castellbisbal)	Rubí
CSMIJ Sabadell	56.896	Cx[MD]-09.1r	Cx[MD]-09.1 (CP Sta. Perpètua de Mogoda i CP Castellar del Vallès)	Sabadell
CSMIJ Cerdanyola-Ripollet	25.042	Cx[MD]-09.1r	Cx[MD]-09.1 (CP Cerdanyola i CP Barberà del Vallès)	Sabadell
CSMIJ Sant Boi	24.982	Cx[MD]-09.1		Sant Boi de Llobregat
CSMIJ Sant Cugat	19.629	Cx[MD]-08.1		Sant Cugat del Vallès

CSMIJ	Pobl. < 18 a.	DESDE1	DESDE2	Municipi
CSMIJ Santa Coloma de Gramenet	22.692	Cx[MD]-09.1		Santa Coloma de Gramenet
CSMIJ la Mina	3.240	Cx[MD]-08.1		Sant Adrià de Besòs
CSMIJ Terrassa	52.886	Cx[MD]-08.1		Terrassa
CSMIJ Alt Penedès	19.096	Cx[MD]-08.1r	09.1 (CP Sant Sadurní)	Vilafranca
CSMIJ Garraf	29.701	Cx[MD]-08.1		Vilanova
CSMIJ Anoia	22.877	Cx[MD]-010.1		Igualada
CSMIJ Bages-Manresa	47.513	Cx[MD]-08.1r	09.1 (CP la Cerdanya, CP el Solsonès i CP el Berguedà)	Manresa
CSMIJ Osona	30.964	Cx[MD]09.1l		Vic
CSMIJ Selva Marítima		Cx[MD]-08.1	Nx[F50]-08.1	Blanes
CSMIJ Maresme Nord	26.651	Cx[MD]-08.1		Calella
CSMIJ Ripollès	3.842	Cx[MD]-08.1		Figueres
CSMIJ Gironès-Pla de l'Estany	46.536	Cx [MD]-09.1		Girona
CSMIJ Olot	9.830	Cx[MD]-09.1		Olot
CSMIJ Alt Empordà	27.036	Cx[MD]-09.1		Platja d'Aro
CSMIJ Baix Empordà	24.492	Cx[MD]-09.1		Ripoll
CSMIJ Selva	30.848	Nx[MD]-08.1		Sta. Coloma de Farners
CSMIJ Alt Pirineu-Aran		Cx[MD]-09.1		Lleida
CSMIJ Lleida	75.388	Cx[MD]-08.1r	09.1(CP la Seu d'Urgell, CP Tremp, CP Vielha, CP Sort, CP Tàrrrega, CP Balaguer, CP el Pont de Suert, CP Mollerussa)	Lleida
CSMIJ Amposta	12.970	Cx[MD]-010.1		Amposta
CSMIJ Móra (CP de Tortosa)		Cx[MD]-010.1		Móra
CSMIJ Tortosa	21.605	Cx[MD]-010.1		Tortosa
CSMIJ el Vendrell	16.882	Cx[MD]-09.1		El Vendrell
CSMIJ Reus-Valls	39.687	Cx[MD]-09.1		Reus
CSMIJ Tarragona	61.210	Cx[MD]-09.1r		Tarragona
CSMIJ Valls (CP de Tarragona)		Cx[MD]-09.1		Valls
<b>TOTAL</b>	<b>1.400.916</b>			

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

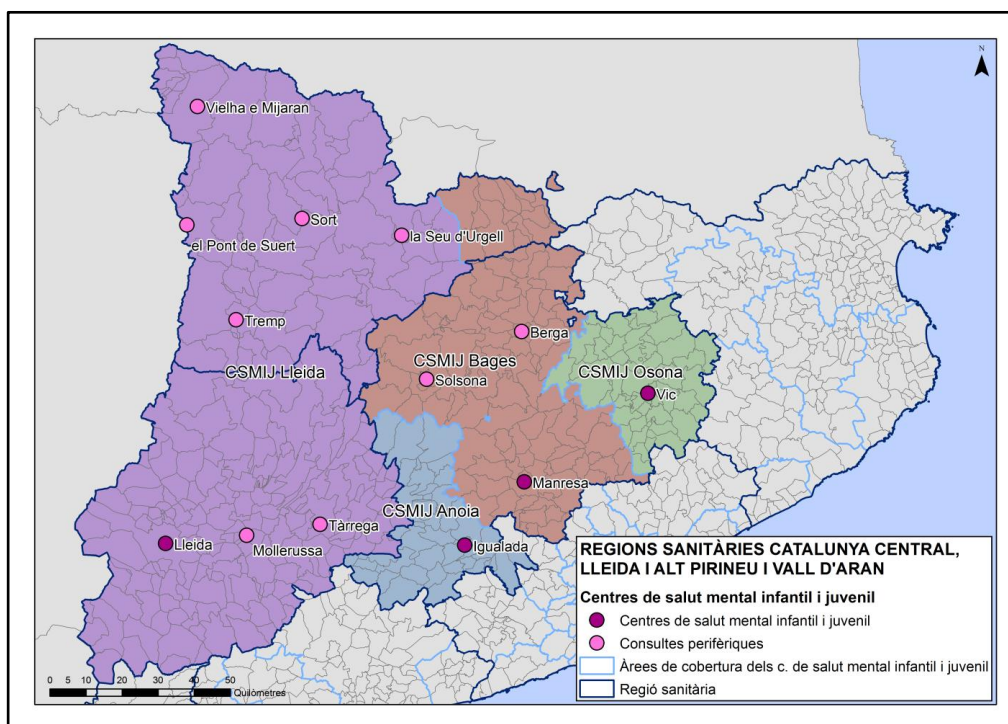
## Professionals

L'atenció ambulatoria per a nens i adolescents està formada per l'equip de professionals següent: 91,50 psiquiatres, 200,40 psicòlegs, 31,84 treballadors socials i 18,09 infermers. Aquestes xifres equivalen a 6,53 psiquiatres, 14,31 psicòlegs, 2,27 treballadors socials i 1,29 infermers per cada 100.000 nens i adolescents.

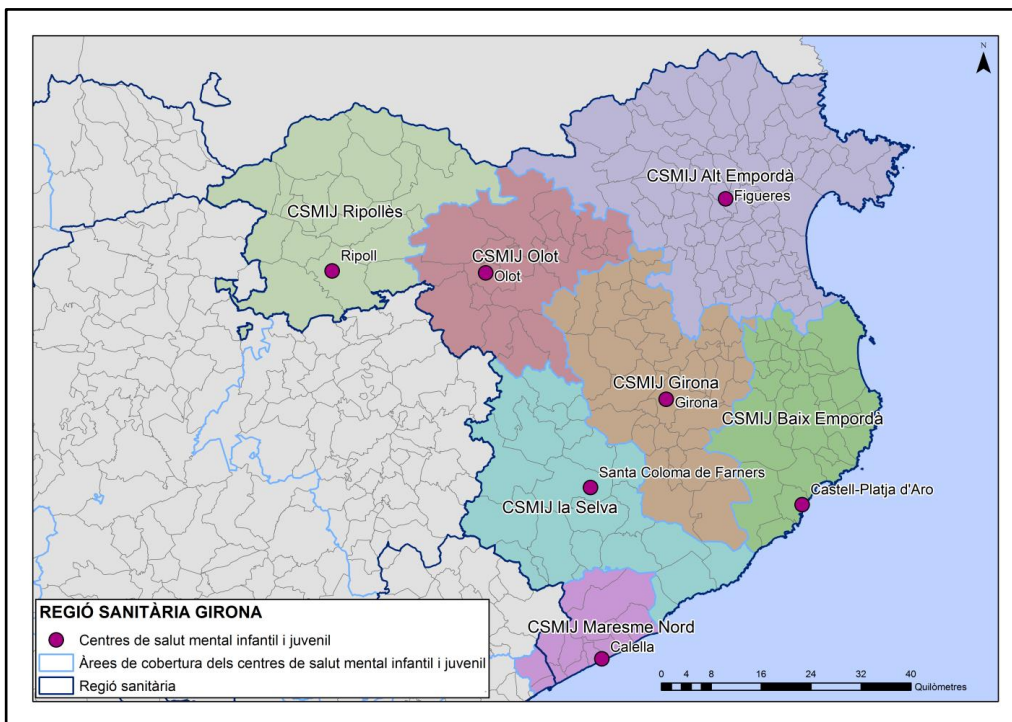
## Consultes externes infantils i juvenils

A l'Hospital Sant Joan de Déu, a Esplugues, existeix un servei de consultes externes i d'interconsulta que compleix criteris per considerar-se un servei independent. Ofereix atenció no mòbil continuada. En aquest servei, la freqüència de contacte pot ser de fins a 3 vegades per setmana (O8.1).

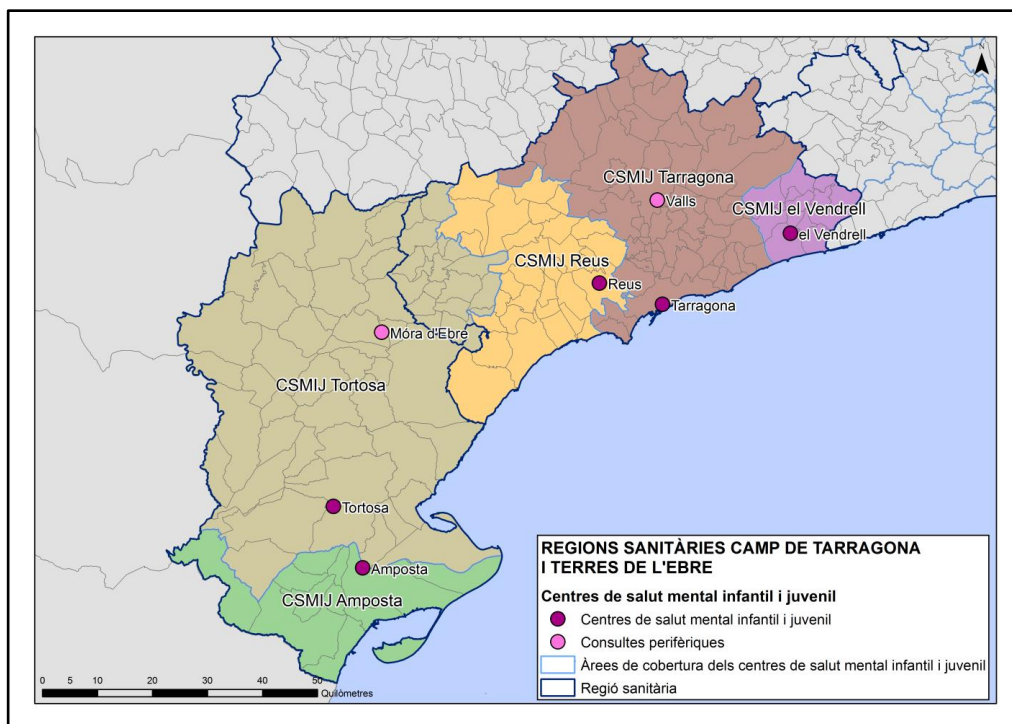
### Mapa 63. Centres de salut mental infantil i juvenil a les regions sanitàries Catalunya Central, Lleida i Alt Pirineu Vall d'Aran



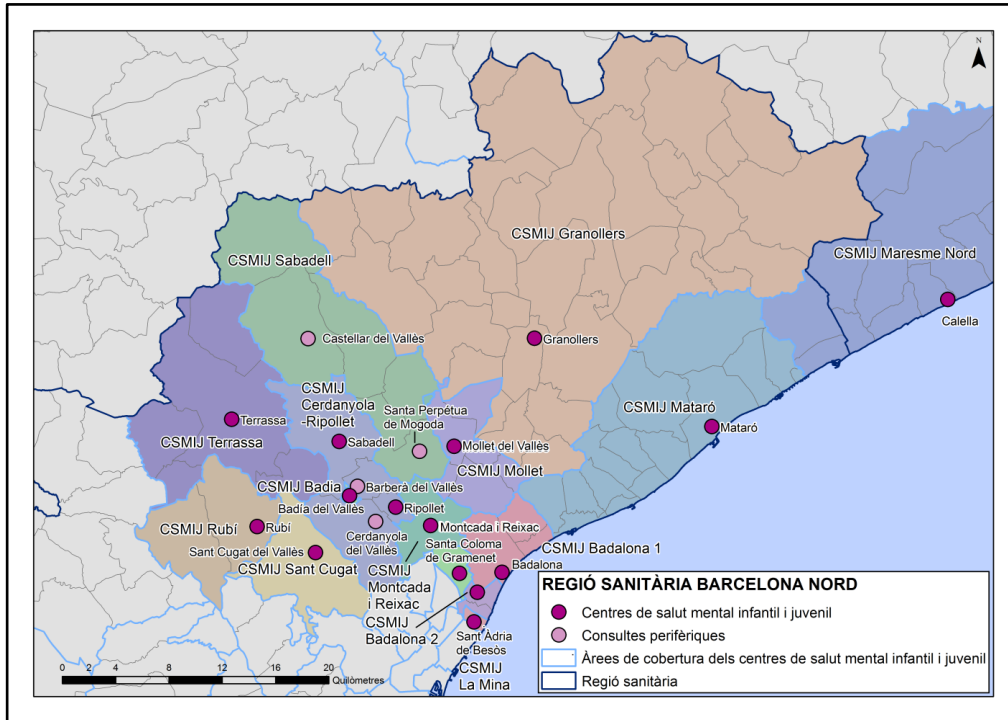
Mapa 64. Centres de salut mental infantil i juvenil a la Regió Sanitària Girona



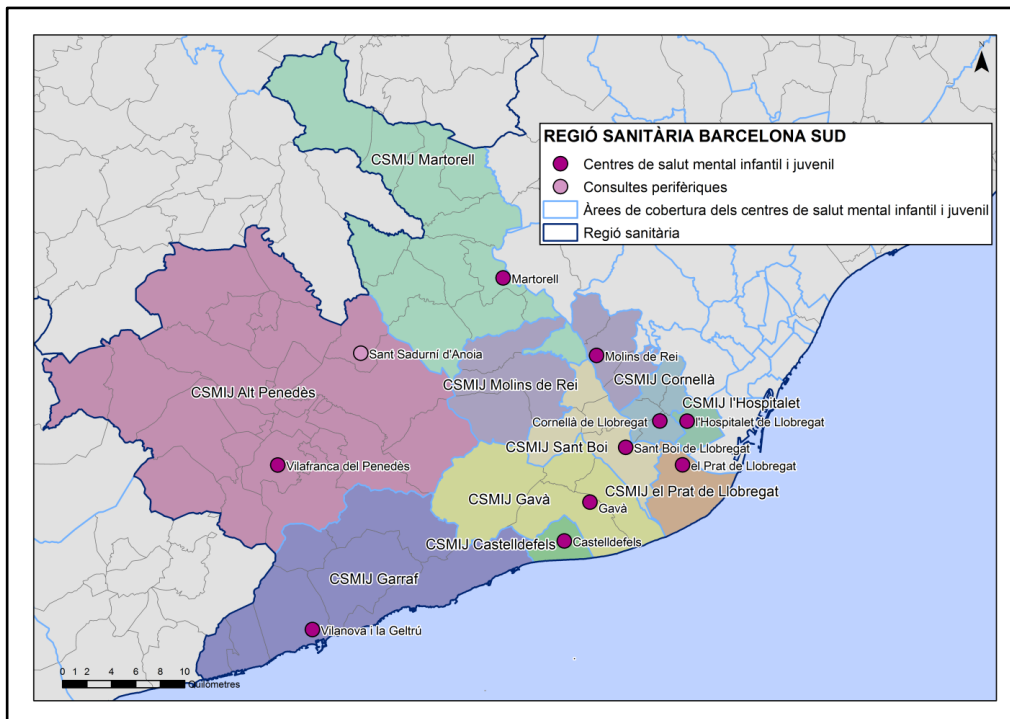
Mapa 65. Centres de salut mental infantil i juvenil a les regions sanitàries Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre



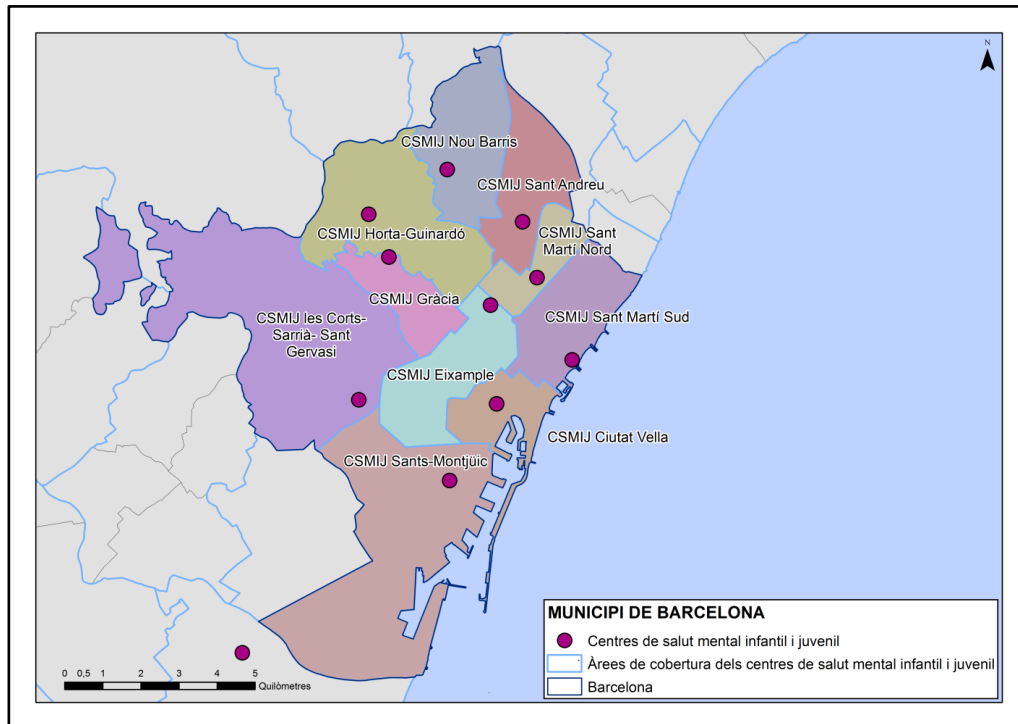
Mapa 66. Centres de salut mental infantil i juvenil a la Regió Sanitària Barcelona Nord



Mapa 67. Centres de salut mental infantil i juvenil a la Regió Sanitària Barcelona Sud



Mapa 68. Centres de salut mental infantil i juvenil al municipi de Barcelona



### Altres serveis de salut mental

A continuació, es presenten altres dispositius dependents del Departament de Salut que donen atenció a la salut mental. es tracta de serveis especials, ja sigui perquè se centren en un tipus específic de patologia o perquè atenen un tipus de població determinada.

Es presenten només aquells dispositius que compleixen criteris per classificar-se com a serveis segons el DESDE-LTC. És a dir, no es presenten els programes específics que poden existir per a determinades patologies i que depenen d'algun servei concret.

Aquests serveis no estan sectoritzats, sinó que normalment ofereixen atenció a tot el territori.

## **Psicogeriatría**

### **Definició**

Unitats específiques per al tractament hospitalari i/o ambulatori de persones de la tercera edat (> 65 anys) amb problemes de salut mental on es desenvolupen intervencions de casos crònics o processos de llarga durada (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

A Catalunya, existeixen dues unitats específiques de psicogeriatría que compleixen criteris DESDE-LTC per poder considerar-se serveis independents. La unitat de psicogeriatría de l'Hospital Mare de Déu de la Mercè disposa de places d'hospitalització a temps limitat, mentre que el Complex Assistencial Benito Menni les té de manera il·limitada. També disposa d'un servei ambulatori especialitzat en atenció als trastorns mentals de la gent gran.

### **Taula 35. Descripció dels MTC per codificar serveis/BSIC de psicogeriatría**

DESDE-LTC	Descripció
R6	Dispositiu de salut mental hospitalari residència de disponibilitat programada amb suport 24 hores durant un període il·limitat de temps.
R4	Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat programada (no-crisi) durant un temps limitat on els pacients tenen suport durant les 24 hores.
O9.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi), on es pot atendre un mateix pacient un mínim d'una vegada cada quinze dies.

## **Servei d'atenció a la salut mental d'immigrants i refugiats**

### **Definició**

Dispositiu d'atenció ambulatoria específicament dissenyat per a immigrants i refugiats amb problemes de salut mental (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

### **Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC**

A Catalunya hi ha una unitat per al tractament ambulatori d'immigrants i refugiats amb una freqüència de contacte quinzenal (O9.1).



### Taula 38. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis/BSIC d'atenció a la salut mental d'immigrants i refugiats

DESDE-LTC	Descripció
O9.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) on es pot atendre un mateix pacient com a mínim una vegada cada quinze dies.

### Taula 39. Llista de serveis/BSIC d'atenció a la salut mental d'immigrants i refugiats

Nom	DESDE-LTC	Localitat	Àrea salut	de
Servei d'atenció psiquiàtrica i psicològica a immigrants i refugiats	Nx[MD]-O9.1	Barcelona	Barcelona	

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

Aquest servei, que depèn de Sant Pere Claver..

Cal dir que existeix un altre dispositiu d'atenció a la salut mental dels immigrants i refugiats que depèn del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, però que no compleix els criteris per considerar-se un servei independent del CSMA Ciutat Vella, que és on està ubicat.

#### **Servei d'atenció a la salut mental de persones sense sostre**

Sant Pere Claver i Sant Joan de Déu ofereixen conjuntament atenció a la salut mental a les persones sense sostre. Malgrat això, aquest dispositiu no compleix criteris per considerar-se un servei independent, sinó un tipus d'activitat bàsica que fa el servei principal.

Aquesta atenció específica per a les persones sense sostre (de la ciutat de Barcelona) es recull a la secció on es descriuen els CSMA.

L'atenció a les persones sense sostre funcionaria en dues etapes:

1) Un grup de 3 psiquiatres i una persona administrativa fa atenció mòbil als carrers de la ciutat de Barcelona i detecta aquelles persones que tenen un problema mental greu, en fase aguda. L'objectiu és intentar estabilitzar-les. D'aquesta primera etapa se n'encarrega l'entitat proveïdora del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (codificat com a MTC addicional O5.1 en el CSMA de Ciutat Vella).

2) Una vegada que els pacients s'han estabilitzat, passen a Sant Pere Claver, on entren en el PSI específic dels sense sostre, que s'encarrega de gestionar i coordinar el cas.

## Grups diagnòstics

### Dispositius específics per al tractament dels trastorns de la conducta alimentària

#### Definició

Serveis assistencials destinats a proporcionar atenció als trastorns de l'alimentació, anorèxia i bulímia. Aquestes unitats estan formades per equips multidisciplinaris de psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials i personal d'infermeria, entre altres. Originalment, aquests dispositius van sorgir com a unitats d'hospitalització parcial amb la finalitat de descongestionar els llits d'estada breu. Avui en dia, estan més enfocats a l'atenció comunitària de dia, i existeixen només 6 unitats específicament descrites per a l'hospitalització parcial (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

Existeixen a la comunitat sis unitats d'atenció als trastorns de la conducta alimentària (TCA) que ofereixen atenció de dia d'aguts de disponibilitat en menys de 72 hores (D1.1) o en menys de 4 setmanes (D1.2), i ambulatoria de freqüència setmanal (O8.1) o quinzenal (O9.1). L'Hospital de Mataró, tal com s'ha presentat a la secció de les URPI, disposa de llits especialitzats en TCA per moments de crisi (aguts). D'aquests 6 dispositius, 3 serien per a població de més de 18 anys (Hospital Universitari de Bellvitge, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i Mútua de Terrassa) i els altres (Hospital Sant Joan de Déu i Hospital de Mataró) oferirien atenció a la població infantil i juvenil amb un TCA.

#### **Taula 40. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis/BSIC relacionats amb TCA**

DESDE-LTC	Descripció
D1.1	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia per a persones en crisi amb disponibilitat en menys de 72 hores per a usuaris que han sortit d'ingrés hospitalari d'aguts (R2, R3).
D1.2	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia per a persones en crisi amb disponibilitat programada, generalment menys de 4 setmanes, per a usuaris que han sortit d'ingrés hospitalari d'aguts (R2, R3).
O8.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) on es pot atendre un mateix pacient un mínim de 2 o 3 vegades per setmana.
O9.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) on es pot atendre un mateix pacient un mínim d'una vegada cada quinze dies.
R2	Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat immediata (crisi) amb suport durant les 24 hores.

Taula 41. Llista serveis/BSIC relacionats amb TCA

Nom	DESDE1	DESDE2	Municipi
HD-TCA - Servei de Psiquiatria. Fundació Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Ax[F50]-D1.2		Barcelona
Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge	AO[F50]-O9.1	AO[F50]-D1.1	L'Hospitalet de Llobregat
Unitat d'hospitalització psiquiàtrica infantil i juvenil d'aguts (Hospital de Mataró)	Cx[F50]-R2		Mataró
Hospital de dia infantil i juvenil (Hospital de Mataró)	Cx[F50]-D1		Mataró
TCA - Hospital Universitari Mútua de Terrassa	Ax[F50]-D1.1h	Ax[F50]-O8.1	Terrassa
Hospital Sant Joan de Déu	Ca[F50]-D1		Esplugues de Llobregat

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Places i professionals

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

A Catalunya hi ha 51 places dedicades als TCA. D'aquestes 51, 6 són els llits de l'Hospital de Mataró dedicats a una atenció immediata (però que poden utilitzar-se també per a altres patologies). Les 45 restants corresponen a places d'HD. D'aquestes, 25 són per a població adulta (equival a 0,40 places per cada 100.000 habitants majors d'edat) i 20 per a població infantil i juvenil (1,43 places per cada 100.000 habitants menors de 18 anys).

Pel que fa als professionals, l'equip que atén els TCA està format, entre altres, per 4,53 psiquiatres, 6,21 psicòlegs, 8,2 infermers, gairebé 1 terapeuta ocupacional i 0,77 treballadors socials.



Taula 42. Places dels serveis/BSIC relacionats amb TCA

Nom	DESDE1	DESDE2	Municipi	Places
HD-TCA - Servei de Psiquiatria. Fundació Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Ax[F50]-D1.2		Barcelona	10
Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari de Bellvitge	AO[F50]-O9.1	AO[F50]-D1.1	L'Hospitalet de Llobregat	0
Unitat d'hospitalització psiquiàtrica infantil i juvenil d'aguts (Hospital de Mataró)	Cx[F50]-R2		Mataró	6
Hospital de dia infantil i juvenil (Hospital de Mataró)	Cx[F50]-D1		Mataró	10
TCA - Hospital Universitari Mútua de Terrassa	Ax[F50]-D1.1h	Ax[F50]-O8.1	Terrassa	15
Hospital Sant Joan de Déu	Ca[F50]-D1		Esplugues de Llobregat	10
<b>TOTAL</b>				<b>51</b>

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Dispositius específics per al tractament del trastorn límit de la personalitat

### Definició

El tractament dels pacients amb trastorn límit de la personalitat (TLP), per la seva complexitat i dificultat d'abordatge, requereix la participació d'un equip multiprofessional ben coordinat. La coordinació resulta essencial si es té en compte que una de les característiques clíniques habituals dels pacients amb TLP és la inestabilitat en les relacions interpersonals. Això es reflecteix en la qualitat del vincle terapèutic, que es veu exposat a tensions i alts i baixos. Un dels objectius principals del treball terapèutic és abordar i resoldre aquesta inestabilitat (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

A la comunitat, existeix una unitat per al tractament de les persones que pateixen TLP en la qual s'ofereix atenció de dia per a casos aguts derivats de l'ingrés de breu estada amb disponibilitat generalment en menys de 4 setmanes (D1.2). A l'Hospital Universitari de la

Vall d'Hebron també hi ha una unitat especialitzada en atenció ambulatoria per a persones amb un diagnòstic de TLP que compleix criteris per considerar-se un servei independent.

Cal comentar que existeixen programes d'atenció ambulatoria vinculats al CSMA específics per a TLP. No obstant això, com que no compleix criteris de servei, segons DESDE-LTC, no s'ha estudiat en aquest treball.

**Taula 43. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis/BSIC relacionats amb el TLP**

DESDE-LTC	Descripció
D1.2	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia per a persones en crisi amb disponibilitat programada, generalment en menys de 4 setmanes per a usuaris que han sortit d'ingrés hospitalari agut (R2, R3).
O8.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) on es pot atendre un mateix pacient un mínim de 2 o 3 vegades per setmana.

**Taula 44. Llista de serveis/BSIC relacionats amb el TLP**

Nom	DESDE1	Municipi
Servei de Psiquiatria. Fundació Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Ax[F60.3]-D1.2	BARCELONA
TLP Hospital Universitari Vall d'Hebron	Ax[F60.3]-O8.1	BARCELONA
<b>TOTAL</b>		

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

**Places i professional**

L'HD específic per a TLP de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau disposa de 10 places. Això equival a 0,16 places per cada habitants.

L'equip de professionals total que dona atenció en serveis específics de TLP està format per: 3,2 psiquiatres, 1,46 psicòlegs, 0,26 auxiliars d'infermeria, 0,26 infermers i 0,13 treballadors socials.

**Taula 45. Places dels servei/BSIC relacionats amb el TLP**

Nom	DESDE1	Places
Servei de Psiquiatria. Fundació Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.	Ax[F60.3]-D1.2	10
TLP Hospital Universitari Vall d'Hebron	Ax[F60.3]-O8.1	0
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Serveis d'atenció específics per a la patologia dual

### Definició

Dispositiu d'hospitalització de processos de salut mental aguts i subaguts en població que, a més de patir un trastorn mental, presenta un problema d'abús i/o dependència de substàncies (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2010).

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

Catalunya compta amb un total de cinc dispositius hospitalaris de breu (R2) i mitjana (R4) estada per a aquest tipus de població.

**Taula 46. Descripció dels MTC dels serveis/BSIC específics per a la patologia dual**

DESDE-LTC	Descripció
R2	Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat immediata (crisi) amb suport durant les 24 hores del dia.
R4	Dispositiu de salut mental d'hospitalització de disponibilitat programada amb suport 24 hores durant un període limitat de temps.

**Taula 47. Llista de serveis/BSIC específics per a la patologia dual**

Nom	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Municipi
Unitat de patologia dual. Centre Fòrum. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar		AO[MD F10]-R2	Barcelona
Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental (unitat de patologia dual)		Ax[MD F10]-R4	Martorell
Clínica Psiquiàtrica Universitària. Unitat de patologia dual		AO[MD F10]-R4	Reus
Unitat de patologia dual. Complex Assistencial Benito Menni		Ax[MD F10]-R2	Sant Boi de Llobregat
Unitat de patologia dual. Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar		AO[MD F10]-R2	Santa Coloma de Gramenet
<b>TOTAL</b>	<b>6.246.009</b>		

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## Places i professionals

A Catalunya, existeixen un total de 98 llits dedicats específicament a atendre persones amb patologia dual. Del total de llits, 53 corresponen a l'atenció en crisi i 45 són d'atenció hospitalària, però no immediata (subaguda). Això equival a un total de 1,57 llits per cada habitant.

L'equip de professionals que es dedica a l'atenció de la patologia dual està format per 7,23 psiquiatres, 3,53 psicòlegs, 23,79 infermers, 45,48 auxiliars d'infermeria, 2,21 treballadors socials i 1,86 terapeutes ocupacionals. Aquestes xifres equivalen a 0,12 psiquiatres, 0,06 psicòlegs, 0,38 infermers, 0,73 auxiliars d'infermeria, 0,04 treballadors socials i 0,03 terapeutes ocupacionals per cada habitant de més de 18 anys.

**Taula 48. Llits dels serveis/BSIC específics per a la patologia dual**

	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Llits	Taxa
Unitat de patologia dual. Centre Fòrum. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar		AO[MD F10]-R2	11	
Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental (unitat de patologia dual)		Ax[MD F10]-R	25	
Clínica Psiquiàtrica Universitària. Unitat de patologia dual		AO[MD F10]-R4	20	
Unitat de patologia dual. Complex Assistencial Benito Menni		Ax[MD F10]-R2	23	
Unitat de patologia dual. Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar		A0[MD F10]-R2	19	
<b>TOTAL</b>	<b>6.246.009</b>		<b>98</b>	<b>1,57</b>

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.





## Servei específic per al tractament de la discapacitat intel·lectual i els trastorns de conducta que es troben en dispositius de salut

### Definició

De la mateixa manera que passa en altres comunitats, Catalunya dins de l'oferta general de serveis de salut mental, atén de manera específica les persones amb trastorns mentals comòrbids amb discapacitat intel·lectual. Existeixen equips específics d'atenció ambulatoria (serveis especialitzats en salut mental per a persones amb discapacitat intel·lectual [SESM-DI]) i unitats hospitalàries especialitzades en discapacitats intel·lectuals (UHEDI). L'Hospital Psiquiàtric de Salt (IAS), l'Hospital Sant Joan de Déu, l'Institut Pere Mata, la Fundació Villablanca i el Complex Assistencial Benito Menni disposen d'unitats d'hospitalització específiques per a aquest tipus de població. També dins del que es consideraria mitjana i llarga estada existeixen serveis específics per a les persones amb una patologia mental i un trastorn mental greu i profund. Per la complexitat del tema, aquest tipus de dispositius requereixen una avaluació detinguda i una anàlisi específica que permeti valorar-ne l'adequació. A continuació, es presenta la llista de serveis que ofereixen les entitats proveïdores de salut (independentment del departament que les financï) que atenen les persones amb trastorns mentals i discapacitat intel·lectual.

**Taula 49. Llista de serveis/BSIC per a trastorn mental amb discapacitat intel·lectual**

Nom	DESDE1	DESDE2	Municipi	Llits totals
Residència Almaselles	A[MD+DI]-R11		Sant Boi de Llobregat	11
Residència Santa Anna A	A[MD+DI]-R11		Sant Boi de Llobregat	30
Residència Santa Anna B	A[MD+DI]-R11		Sant Boi de Llobregat	18
UHEDI – Unitat hospitalària especialitzada en discapacitat intel·lectual del Parc Sanitari Sant Joan de Déu	A[MD+ID]R4		Sant Boi de Llobregat	14
Servei d'atenció a persones amb discapacitats. Complex Assistencial Benito Menni	A[MD+ID]-R6		Sant Boi del Llobregat	127
SESMDI – Servei especialitzat en salut mental per a persones amb discapacitat intel·lectual. Cornellà de Llobregat.	N[MD+ID]-O10.1		Cornellà de Llobregat	0
SESMDI – Servei especialitzat en salut mental per a persones amb discapacitat intel·lectual. Barcelona	A[MD+ID]-O10.1		Barcelona	0

Nom	DESDE1	DESDE2	Municipi	Llits totals
SESMDI – Servei especialitzat en salut mental per a persones amb discapacitat intel·lectual. Girona	N[MD+ID]-O9.1	N[MD+ID]-O6.1	Salt	0
SESMDI – Servei especialitzat en salut mental per a persones amb discapacitat intel·lectual. Reus	N[ID+MD]-O9.1	0	Reus	0
Fundació Villablanca. Residència per a discapacitats intel·lectuals greus Marinada.	A[MD+DI]-R11	A[MD+DI]-D4.3	Reus	74
Institut Assistencial Reusenc Paulo Freire SA. Residències Mestral i Garbí	A[MD+DI]-R11		Reus	100
Fundació Villablanca	A[MD+DI]-R6	A[MD+DI]-R11	Reus	550
UHEDI - Unitat hospitalària especialitzada en discapacitat intel·lectual de Villablanca	A[MD+DI]-R8		Reus	17
UHEDI - Unitat hospitalària especialitzada en discapacitat intel·lectual de Salt (IAS)	AO[ME+DI]-R4		Salt	12
<b>TOTAL</b>				<b>953</b>

Font: Departament de Salut i contacte directe amb els centres, 2010.

## 7.5. Departament de Benestar Social i Família

### 7.5.1. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS)

Per tal d'elaborar el contingut de l'*Atles integral dels serveis d'atenció a la salut mental de Catalunya, 2010*, pel que fa als serveis socials especialitzats adreçats a les persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental, es va prendre com a referència la *Guia de serveis per a persones amb malaltia mental* i, per tant, s'hi recullen els serveis registrats i finançats pel Departament de Benestar Social i Família.

Quant al servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar, al club social i al servei de tuteles, les entitats enquestades manifesten que tenen les places que es concreten tot seguit.

## Llars residència

### Definició

Servei d'acolliment residencial, temporal o permanent, d'atenció a persones amb malaltia mental de llarga evolució i problemàtica social (Cartera de serveis socials, 2010-2011).

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

Catalunya compta amb 30 centres d'atenció residencial de llarga estada i suport 24 hores específics per a salut mental (R11). Per províncies, 25 es troben a Barcelona i 1 a Girona. Tant a Lleida com a Tarragona hi ha 2 residències.

Cal comentar que, com que els serveis de l'ICASS no segueixen una sectorització clara, l'anàlisi s'ha fet considerant la província com a unitat mínima d'anàlisi.

**Taula 50. Descripció dels MTC utilitzats per codificar serveis/BSIC de llars residència**

DESDE-LTC	Descripció
R11	Dispositiu de salut mental no hospitalari de disponibilitat programada (no-crisi) durant un temps indefinit on els pacients tenen suport 24 hores.

**Taula 51. Llista i places de serveis/BSIC de llars residència**

Nom	Població > 18 a.	DESDE1	Municipi	Places	Taxa per 100.000 h.
Llar residència Begur		Ax[MD]-R.11	Barcelona	52	
Llar residència per a persones amb malaltia mental Badalona - Sant Roc		Ax[MD]-R.11	Badalona	45	
Llar residència Verntallat - Arapdis		Ax[MD]-R.11	Barcelona	25	
Llar residència Providència		Ax[MD]-R.11	Barcelona	44	
Residència de salut mental Mascaró		Ax[MD]-R.11	Barcelona	37	
Unitat Polivalent Barcelona Nord		Ax[MD]-R.11	Barcelona	30	
Llar residència Sant Martí		Ax[MD]-R.11	Barcelona	45	
Llar residència Roger de Llúria		Ax[MD]-R.11	Barcelona	44	
Llar residència Poble-sec		Ax[MD]-R.11	Barcelona	18	
Llar residència centre de dia Pi i Molist		Ax[MD]-R.11	Barcelona	33	
Llar d'acollida de Gràcia III		Ax[MD]-R.11	Barcelona	17	
Residència Sant Jordi – Unitat de disminuïts		Ax[MD]-R.11	Castelldefels	15	
Llar residència Victòria		Ax[MD]-R.11	Castelldefels	24	
Llar residència per a malalts mentals Gentilis		Ax[MD]-R.11	Corbera de Llobregat	20	
Llar residència Sant Joan de Déu. Serveis Sociosanitaris Esplugues		Ax[MD]-R.11	Esplugues de Llobregat	30	
Llar residència Verdaguer		Ax[MD]-R.11	Igualada	48	
Llar residència Tres Pins		Ax[MD]-R.11	Llinars del Vallès	42	

Nom	Població > 18 a.	DESDE1	Municipi	Places	Taxa per 100.000 h.
Comunitat terapèutica de Malgrat		Ax[MD]-R.11	Malgrat de Mar	15	
Llar residència per a malalts mentals Manlleu		Ax[MD]-R.11	Manlleu	30	
Llar residència Sardana		Ax[MD]-R.11	Manresa	50	
Residència Can Pujador		Ax[MD]-R.11	Sant Vicenç dels Horts	31	
Triginta, Salut Mental		Ax[MD]-R.11	Terrassa	30	
Llar residència Pàdua		Ax[MD]-R.11	Vilanova i la Geltrú	45	
Residència Lleó XIII		Ax[MD]-R.11	Barcelona	13	
Llar Francesc Tàrraga		Ax[MD]-R.11	Barcelona	16	
<b>SUBTOTAL BARCELONA</b>	<b>4.531.090</b>			<b>799</b>	<b>17,63</b>
Llar residència La Maçana		Ax[MD]-R.11	Salt	29	
<b>SUBTOTAL GIRONA</b>	<b>599.473</b>			<b>29</b>	<b>4,84</b>
Residència Elisenda de Montcada		Ax[MD]-R.11	Lleida	33	
Llar residència Malalts Mentals Caser		Ax[MD]-R.11	Oliana	15	
<b>SUBTOTAL LLEIDA</b>	<b>374.968</b>			<b>48</b>	<b>12,80</b>
Llar residència d'Amposta		Ax[MD]-R.11	Amposta	29	
Llar residència Tarragona		Ax[MD]-R.11	Tarragona	30	
<b>SUBTOTAL TARRAGONA</b>	<b>657.047</b>			<b>59</b>	<b>8,98</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6.162.578</b>			<b>935</b>	<b>15,17</b>

Font: ICASS i contacte directe amb els centres, 2010.

## Places disponibles

A Catalunya existeixen un total de 935 places, que equivalen a 15 places per 100.000 habitants de més de 18 anys. Per províncies existeix una gran variabilitat, que oscil·la entre una taxa de 4,84 a Girona i 17,63 a Barcelona.

## Professionals

Existeix gran variabilitat en la nomenclatura dels professionals que s'utilitza als serveis socials. Malgrat això, podem considerar que, a Catalunya, l'equip de professionals que treballa en l'atenció a les llars residències està format (entre altres) per un total de 2,82 psiquiatres, 23,79 psicòlegs, 5,72 infermers, 149,25 cuidadors, 20,79 monitors, 14,58 educadors i 16,85 treballadors socials. Per cada habitants es disposa de 0,05 psiquiatres, 0,39 psicòlegs, 0,09 infermers, 2,42 cuidadors, 0,34 monitors, 0,24 educadors i 0,27 treballadors socials.

## Servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar

### Definició

Servei que ofereix orientació i suport a les persones amb problemàtica social derivada d'una malaltia mental amb necessitats de suport que viuen soles, en parella o bé conviuen amb altres persones (en un nombre màxim de quatre) i, que, en alguns aspectes, plantegen necessitats o tenen carències que no poden satisfer per si mateixes. La llar pot pertànyer a la pròpia persona usuària, a una de les persones usuàries o a l'entitat prestadora del servei (Cartera de serveis socials, 2010-2011).

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

Catalunya disposa d'un total de 15 dispositius d'atenció ambulatoria mòbil i domiciliària relacionats amb la salut amb una freqüència de contacte superior a 3 dies a la setmana (O5.1.1). No s'ha detectat recursos d'aquest tipus a la província de Tarragona.

### Taula 52. Descripció dels codis MTC per codificar els serveis/BSIC del Programa de suport a l'autonomia a la llar

DESDE-LTC	Descripció
O5.1.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria continuada (no-crisi) mòbil i domiciliària relacionada amb la salut amb freqüència de contacte de 3 a 6 dies per setmana.

### Places

A Catalunya, existeixen un total de 202 places<sup>6</sup> relacionades amb el suport a l'autonomia a la llar. Això equival a 3,28 places cada 100.000 habitants.

### Taula 53. Llista dels serveis/BSIC del servei de suport a l'autonomia a la llar i places

Nom	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Municipi	Places	Taxa per 100.000 h.
Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar. Fundació Centre Higènic Mental les Corts		Ax[MD]-O5.1.1	Barcelona	32	
Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar. Fundació els Tres Turons		Ax[MD]-O5.1.1	Barcelona	22	
Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar Kassanz		Ax[MD]-O5.1.1	Barcelona	14	
Servei de suport a la llar CPB-SSM		Ax[MD]-O5.1.1	Barcelona	14	
Servei Ítaca		Ax[MD]-O5.1.1	Barcelona	2	
Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar. Arrels Fundació (Malalts Mentals)		Ax[MD]-O5.1.1	Barcelona	3	

<sup>6</sup> El concepte de places del servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar fa referència al nombre de persones que reben aquesta prestació.

Nom	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Municipi	Places	Taxa per 100.000 h.
Suport a l'autonomia a la pròpia llar. Intress		Ax[MD]-O5.1.1	Barcelona	24	
Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar. Fundació Hospital Sant Pere Claver		Ax[MD]-O5.1.1	Barcelona	21	
Treballem l'autonomia junts. Fundació privada Lar		Ax[MD]-O5.1.1	Llinars del Vallès	11	
Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar. Centre de Formació i Prevenció		Ax[MD]-O5.1.1	Mataró	25	
Centre de salut mental. Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar		Ax[MD]-O5.1.1	Sabadell	2	
Programa de suport a l'autonomia a la pròpia llar. Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona		Ax[MD]-O5.1.1	Vic	29	
<b>SUBTOTAL BARCELONA</b>	<b>4.531.090</b>			<b>178</b>	<b>3,93</b>
Programa d'autonomia a la llar. Fundació Drissa		Ax[MD]-O5.1.1	Girona	13	
<b>SUBTOTAL GIRONA</b>	<b>599.473</b>			<b>13</b>	<b>2,17</b>
Servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar Sol del Solsonès		Ax[MD]-O5.1.1	Solsona	1	
Servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar Alba		Ax[MD]-O5.1.1	Tàrraga	10	
<b>SUBTOTAL LLEIDA</b>	<b>374.968</b>			<b>11</b>	<b>2,93</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6.162.578</b>			<b>202</b>	<b>3,28</b>

Font: ICASS i contacte directe amb els centres, 2010.

## Professionals

Aquest tipus d'atenció l'ofereixen bàsicament tècnics d'ajuda a domicili (5,45), cuidadors (5,47), educadors (3,71), psicòlegs (4,58) i treballadors socials (3,31). Per cada 100.000 habitants es disposa de 0,09 tècnics d'ajuda a domicili, 0,09 cuidadors, 0,06 educadors, 0,07 psicòlegs i 0,05 treballadors socials.



## Llar amb suport

### Definició

Catalunya té 75 llars amb suport. Aquest és un servei que es desenvolupa en l'estructura física d'un habitatge ordinari que constitueix el domicili de les persones que hi viuen quan la seva situació personal i social ho fa recomanable (Cartera de serveis socials, 2010-2011).

La majoria de les llars amb suport se situen a la província de Barcelona, a Lleida no n'hi ha, a Tarragona n'hi ha 1 i a Girona 10.

Cal comentar també que des del Departament de Benestar Social i Família es financen 25 places de pisos de reinserció a Cambrils, gestionades per la Fundació Instituto de Trastornos Alimentarios, per a persones amb trastorns de la conducta alimentària. Aquesta informació, però, no es presenta a la taula.

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

#### Taula 54. Descripció dels codis MTC per codificar els serveis/BSIC de pisos supervisats

DESDE-LTC	Descripció
R13	Dispositiu de salut mental d'atenció residencial comunitària d'estada indefinida i baix suport.

### Places

Existeixen unes 307 places a Catalunya de llars amb suport. Això equival a gairebé 5 places per cada habitants de més de 18 anys d'edat.

**Taula 55. Llista i places dels serveis/BSIC de llar amb suport**

Nom	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Municipi	Places	Taxa
Pis terapèutic Paral·lel		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Habitatge carrer Gran		Ax[MD]R13	Barcelona	3	
Habitatge Concepción Arenal		Ax[MD]R13	Barcelona	2	
Habitatge Torrent		Ax[MD]R13	Barcelona	1	
Habitatge Rabassa II		Ax[MD]R13	Barcelona	6	
Habitatge Rabassa I		Ax[MD]R13	Barcelona	5	
Llar amb suport Nord IV (Arapdis)		Ax[MD]R13	Barcelona	3	
Llar amb suport Nord I		Ax[MD]R13	Barcelona	5	
Llar amb suport Nord III (Arapdis)		Ax[MD]R13	Barcelona	3	
Llar amb suport Nord II (Arapdis)		Ax[MD]R13	Barcelona	5	
Pis terapèutic Borrell		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Pis terapèutic Esteràs		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Pis terapèutic Calàbria		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Llar amb servei de suport Consell de Cent		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Pis terapèutic Mallorca		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Unitat de recursos comunitaris Dr. Pi i Molist		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Unitat de recursos comunitaris Dr. Pi i Molist		Ax[MD]R13	Barcelona	3	
Unitat de recursos comunitaris Dr. Pi i Molist		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Unitat de recursos comunitaris Dr. Pi i Molist		Ax[MD]R13	Barcelona	2	
Unitat de recursos comunitaris Dr. Pi i Molist		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Unitat de recursos comunitaris Dr. Pi i Molist		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Unitat de recursos comunitaris Dr. Pi i Molist		Ax[MD]R13	Barcelona	3	
Unitat de recursos comunitaris Dr. Pi i Molist		Ax[MD]R13	Barcelona	3	
Unitat de recursos comunitaris Dr. Pi i Molist		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Unitat de recursos comunitaris Dr. Pi i Molist		Ax[MD]R13	Barcelona	4	
Llar amb suport c/ St. Fructuós		Ax[MD]R13	Barcelonès	3	
Llar amb suport Sagrat Cor (1)		Ax[MD]R13	Berga	3	
Pis assistit 4		Ax[MD]R13	Cornellà de Llobregat	4	
Pis assistit 3		Ax[MD]R13	Cornellà de Llobregat	3	
Llar amb servei de suport núm. 6		Ax[MD]R13	El Prat de Llobregat	4	
Llar amb servei de suport núm. 5		Ax[MD]R13	Gavà	4	
Pis amb suport Muntanya		Ax[MD]R13	Llinars del Vallès	5	
Pis amb suport Corró		Ax[MD]R13	Llinars del Vallès	5	
Llar amb suport Can Quatre		Ax[MD]R13	Malgrat de Mar	4	
Althaia 1		Ax[MD]R13	Manresa	4	
Althaia 2		Ax[MD]R13	Manresa	4	
Hàbit 2		Ax[MD]R13	Mataró	4	
Hàbit 3		Ax[MD]R13	Mataró	4	
Hàbit		Ax[MD]R13	Mataró	4	
Llar amb servei de suport Mollet I		Ax[MD]R13	Mollet del Vallès	4	
Llar amb servei de suport Mollet II		Ax[MD]R13	Mollet del Vallès	4	



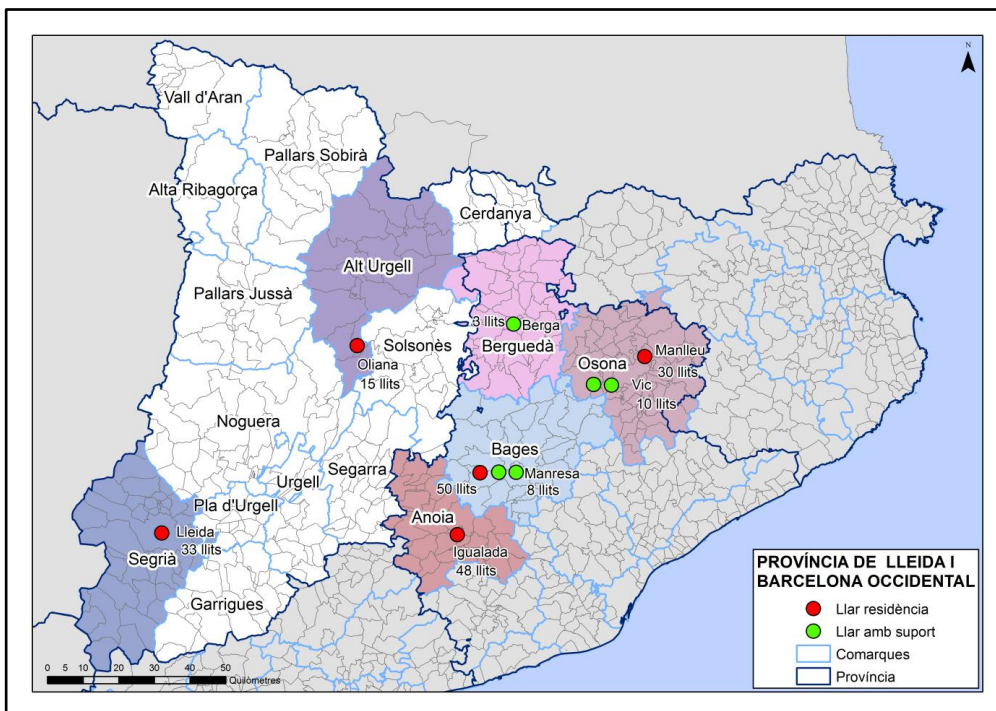
Llar amb suport Voramar	Ax[MD]R13	Premià de Mar	4
Llar amb servei de suport Sabadell II	Ax[MD]R13	Sabadell	4
Llar amb servei de suport Sabadell I	Ax[MD]R13	Sabadell	4
HHSCJ Benito Menni CASM	Ax[MD]R13	Sant Boi de Llobregat	4
HHSCJ Benito Menni CASM	Ax[MD]R13	Sant Boi de Llobregat	3
HHSCJ Benito Menni CASM	Ax[MD]R13	Sant Boi de Llobregat	3
HHSCJ Benito Menni CASM	Ax[MD]R13	Sant Boi de Llobregat	3
HHSCJ Benito Menni CASM	Ax[MD]R13	Sant Boi de Llobregat	4
HHSCJ Benito Menni CASM	Ax[MD]R13	Sant Boi de Llobregat	3
HHSCJ Benito Menni CASM	Ax[MD]R13	Sant Boi de Llobregat	3
Pis Torre de les Pinyes	Ax[MD]R13	Vic	5
Llar amb suport Serra de Sant Ferm 1 i 2	Ax[MD]R13	Vic	5
Pis assistit 2	Ax[MD]R13	Viladecans	4
Pis assistit 1	Ax[MD]R13	Viladecans	4
Pis Beatriu de Claramunt	Ax[MD]R13	Vilanova i la Geltrú	4
Pis plaça Peixateria	Ax[MD]R13	Vilanova i la Geltrú	4
Llar de suport Ramon Albó	Ax[MD]R13	Barcelona	5
Llar de suport Segre	Ax[MD]R13	Barcelona	5
Llar Josep Estivill	Ax[MD]R13	Barcelona	5
Llar de suport rda. Guinardó	Ax[MD]R13	Barcelona	4
Llar Sant Gervasi 2	Ax[MD]R13	Barcelona	5
Llar Sant Gervasi 1	Ax[MD]R13	Barcelona	5
Llar amb suport (2)	Ax[MD]R13	Cerdanyola del Vallès	4
<b>SUBTOTAL BARCELONA</b>	<b>4.531.090</b>		<b>260</b>
Pis protegit de Blanes	Ax[MD]R13	Blanes	4
Pis Blanes II	Ax[MD]R13	Blanes	4
Pis Figueres I	Ax[MD]R13	Figueres	6
Llar amb suport de Drissa	Ax[MD]R13	Girona	6
Pis terapèutic Ibèria	Ax[MD]R13	Girona	4
Pis Montfalgars	Ax[MD]R13	Girona	4
Pis terapèutic Campcardós	Ax[MD]R13	Girona	4
Pis protegit de Platja d'Aro	Ax[MD]R13	Platja d'Aro	4
Llar amb suport per a persones amb disminució derivada de malaltia mental. Sta. Coloma de Farners I	Ax[MD]R13	Santa Coloma de Farners	3
Llar amb suport per a persones amb disminució derivada de malaltia mental. Sta. Coloma de Farners II	Ax[MD]R13	Santa Coloma de Farners	4
<b>SUBTOTAL GIRONA</b>	<b>599.473</b>		<b>43</b>
Llar amb suport. Fundació Pere Mata	Ax[MD]R13	Vila-seca	4
<b>SUBTOTAL TARRAGONA</b>	<b>657.047</b>		<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>6.162.578</b>		<b>307</b>

Font: ICASS i contacte directe amb els centres, 2010.

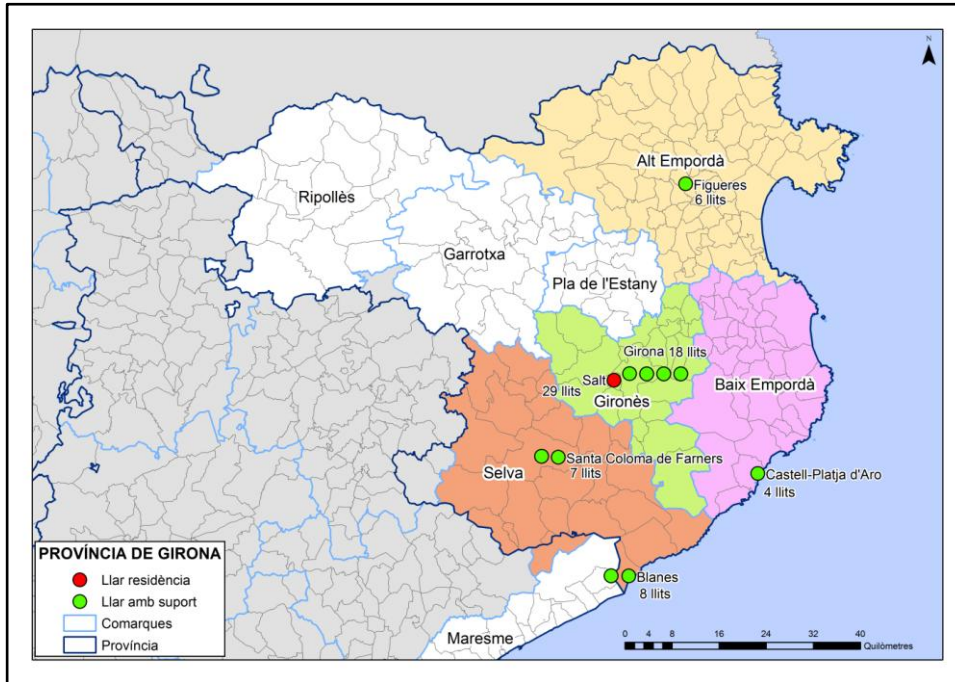
## Professionals

L'atenció que s'ofereix en aquests pisos és de molt baixa intensitat. Si tenim en compte que parlem de professionals estandarditzats (jornada de 37,5 hores setmanals), l'equip que supervisa aquests pisos està format per 0,56 infermers, 0,47 psiquiatres, 5,14 educadors, 4,85 psicòlegs, 0,37 terapeutes ocupacionals, 3,52 treballadors socials i 5,79 monitors. Com que es tracta de xifres tan baixes, no s'ha calculat les taxes en aquest tipus d'atenció.

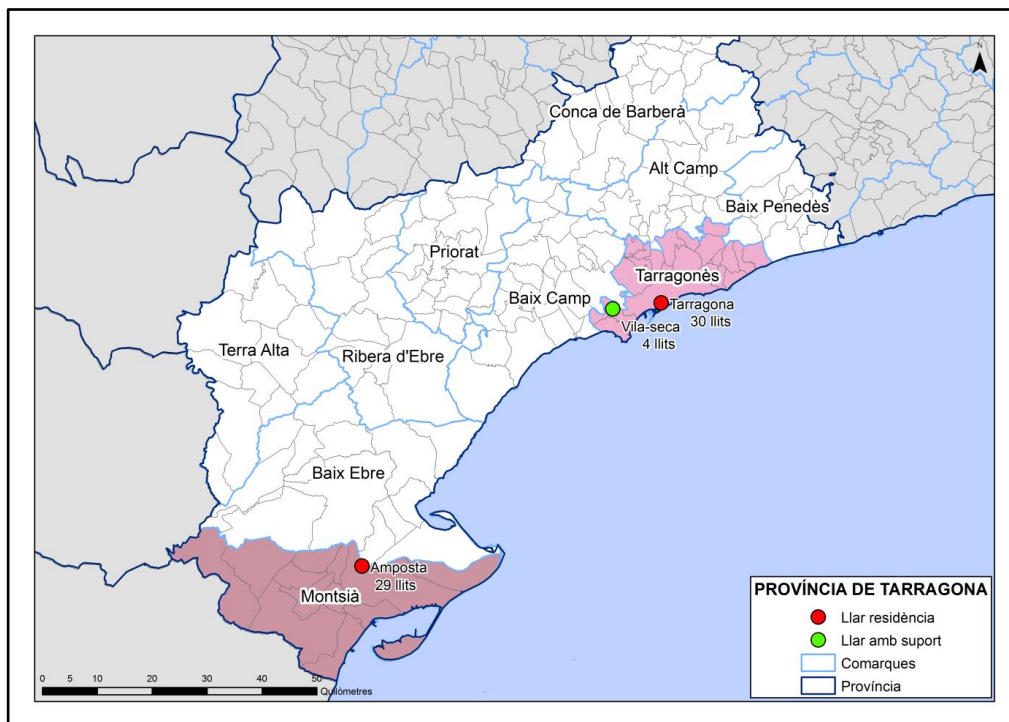
**Mapa 69. Llars residència i llars amb suport a la província de Lleida i Barcelona Occidental**



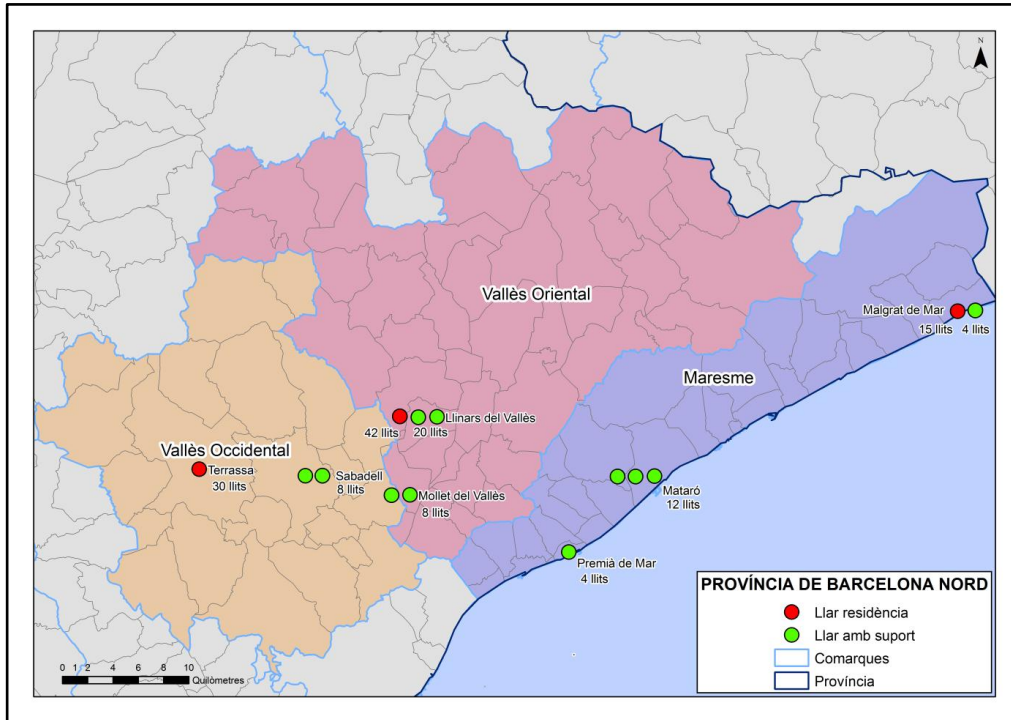
Mapa 70. Llars residència i llars amb suport a la província de Girona



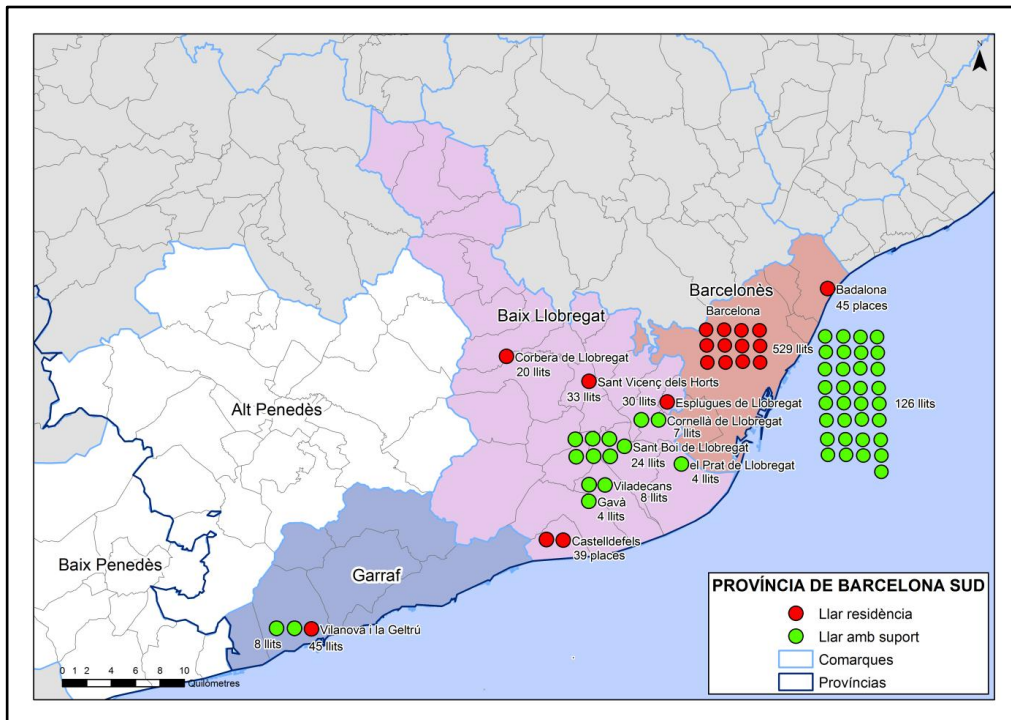
Mapa 71. Llars residència i llars amb suport a la província de Tarragona



Mapa 72. Llars residència i llars amb suport a la província de Barcelona Nord



Mapa 73. Llars residència i llars amb suport a la província de Barcelona Sud



## Servei de club social

### Definició

El *club social* és un recurs creat per fomentar, dins d'un marc de relacions, la participació i la inclusió social mitjançant el lleure. Es constitueix com a una estructura de suport social perquè les persones que hi participen disposin d'una xarxa social de referència i puguin superar els obstacles que dificulten la seva participació en activitats de l'entorn comunitari i, d'aquesta manera, puguin gaudir del temps de lleure d'una forma satisfactòria.

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

La xarxa d'atenció integral a la salut mental està composta de 38 clubs socials.

#### Taula 56. Descripció dels MTC utilitzats per codificar els serveis/BSIC de club social

DESDE-LTC	Descripció
D4.3	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia amb una disponibilitat programada (no-crisi) que ofereix atenció relacionada amb la participació cultural i social.

### Places

Cal comentar que el club social és un servei que no es gestiona mitjançant places, sinó que es fa amb mòduls. Existeixen dos tipus de mòduls:

- MÒDUL A: de 15-30 usuaris a la setmana
- MÒDUL B: de 31-70 usuaris a la setmana

A la taula 71 es presenta informació sobre el mòdul al qual pertany el club social, així com la informació facilitada pel servei proveïdor. S'observa com, en general, les dades concorden, llevat dels clubs socials següents: Septiclub, Aixec, esplai de lleure Tu Tries, el Garraf i Tarragona, que pertanyen al mòdul A, però informen de més places (més de 30 usuaris a la setmana), i del club social El Portalet, que informa de 103 places. Una explicació possible és que es refereixin al nombre total d'usuaris diferents que tenen, i no a la capacitat màxima que poden tenir a la setmana.

Segons la informació facilitada pels proveïdors, a Catalunya hi ha com a mínim 1.622 places que ofereixen atenció relacionada amb la participació social i cultural. Això equival a una mica més de 26 places per cada 100.000 habitants majors d'edat. Aquesta xifra oscil·la entre 8,34 a la província de Girona i 53,87 a Lleida.



Taula 57. Llista i places dels serveis/BSIC de club social

Nom	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Municipi	Mòdul	Places informades	Taxa x 100.000
Club social El Badiu		Ax[MD]-D4.3	Badalona	B	70	
Club social de reinserció sociocultural Arapdis		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	B	55	
Club social Els Tres Turons		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	B	70	
Club social Sants – Montjuïc		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	A	30	
Club socioterapèutic Sant Martí		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	B	70	
Club social per a persones amb trastorn mental de les Corts		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	B	<i>Sense info</i>	
Club social per a persones amb trastorn mental de Sarrià - Sant Gervasi		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	B	<i>Sense info</i>	
Club l'Oreneta		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	B	90	
Septicclub		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	A	45	
Club social Aixec		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	A	51	
Club social Sant Pau		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	B	70	
Club social en salut mental Fundació Nou Camí		Ax[MD]-D4.3	Sant Feliu de Llobregat	B	40	
Club social Joia Ademm Sants - Montjuïc		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	B	70	
Club social Suport Castellar del Vallès		Ax[MD]-D4.3	Castellar del Vallès	B	41	
Club social Esquima		Ax[MD]-D4.3	El Masnou (Maresme Sud)	A	30	
Club social El Portalet		Ax[MD]-D4.3	Granollers	B	103	
Club social Aidar		Ax[MD]-D4.3	Igualada	B	55	
Club social d'AFEMHOS		Ax[MD]-D4.3	L'Hospitalet de Llobregat	B	70	
Club social Mosaic		Ax[MD]-D4.3	Manresa	A	30	
Club social Punt de Trobada. Associació de Familiars de Malalts Mentals del Baix Llobregat Nord		Ax[MD]-D4.3	Martorell	B	50	
Esplai de lleure Tu Tries		Ax[MD]-D4.3	Mataró	A	40	
Club social La Llum		Ax[MD]-D4.3	Mollet del Vallès	B	50	
Club social La Xamba		Ax[MD]-D4.3	Sabadell	B	70	
Club social Marianao		Ax[MD]-D4.3	Sant Boi de Llobregat	A	30	
Club social Gramenet		Ax[MD]-D4.3	Santa Coloma de Gramenet	B	30	
Club social El Pedrís		Ax[MD]-D4.3	Vic	B	50	
Club social El Turó		Ax[MD]-D4.3	Vilafranca del Penedès	B	70	
Club social del Garraf		Ax[MD]-D4.3	Vilanova i la Geltrú	A	35	
Club social Esplai AREP		Ax[MD]-D4.3	Barcelona	B	80	
<b>SUBTOTAL BARCELONA</b>	<b>4.531.090</b>				<b>1200</b>	<b>26.48</b>
Club social El Cercle		Ax[MD]-D4.3	Girona	B	50	
<b>SUBTOTAL GIRONA</b>	<b>599.473</b>				<b>50</b>	<b>8.34</b>
Club social i cultural El Porxo		Ax[MD]-D4.3	Balaguer	A	30	
Club social per a persones amb trastorn mental la Brúixola		Ax[MD]-D4.3	Lleida	B	70	
Club social El Pla d'Urgell		Ax[MD]-D4.3	Mollerussa	A	30	
Servei per temps lliure per a malalts mentals Sol del Solsonès		Ax[MD]-D4.3	Solsona	B	42	
Club social Airecel		Ax[MD]-D4.3	Tàrraga	A	30	
<b>SUBTOTAL LLEIDA</b>	<b>374.968</b>				<b>202</b>	<b>53.87</b>

Nom	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Municipi	Mòdul	Places informades	Taxa x 100.000
Club social El Llorer		Ax[MD]-D4.3	El Vendrell	A	30	
Club social Tarragona		Ax[MD]-D4.3	Tarragona	A	70	
Club social El Porxo		Ax[MD]-D4.3	Reus	B	70	
<b>SUBTOTAL TARRAGONA</b>	<b>657.047</b>				<b>170</b>	<b>25.87</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6.162.578</b>				<b>1622</b>	<b>26.32</b>

## Professionals

Pel que fa als professionals, l'equip que ofereix atenció relacionada amb la participació social i cultural està format per 39,73 educadors, 23,38 psicòlegs, 16,53 tècnics d'integració, 16,64 treballadors socials i 27,23 monitors, entre altres.

Si convertim aquestes xifres a taxes, per cada 100.000 habitants majors d'edat que viuen a Catalunya hi hauria 0,64 educadors, 0,38 psicòlegs, 0,27 tècnics d'integració, 0,27 treballadors socials i 0,44 monitors.

## **Servei prelaboral**

### **Definició**

Servei social especialitzat d'intervenció en persones amb trastorn mental, estabilitzades i compensades de la malaltia, que té la finalitat d'aconseguir una integració laboral (Cartera de serveis socials, 2010-2011).

### **Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC**

La xarxa de salut mental està formada per 28 serveis prelaborals on es rep atenció relacionada amb el treball i que equival a 4 mitjos dies a la setmana (D3.2).

### **Taula 58. Descripció dels MTC utilitzats per codificar els serveis/BSIC de servei prelaboral**

DESDE-LTC	Descripció
D3.2	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia amb una disponibilitat programada (no-crisi) que ofereix atenció relacionada amb el treball que equival a uns 4 mitjos dies per setmana.



Taula 59. Llista i places dels serveis/BSIC de servei prelaboral

Nom	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Municipi	Places	Taxa per 100.000 h.
Servei prelaboral Bètula		Ax[MD]-D3.2	Badalona	25	
Servei prelaboral Arapdis		Ax[MD]-D3.2	Barcelona	30	
Servei prelaboral Els Tres Turons		Ax[MD]-D3.2	Barcelona	38	
Servei prelaboral Sant Martí		Ax[MD]-D3.2	Barcelona	25	
Servei prelaboral JOIA		Ax[MD]-D3.2	Barcelona	44	
Servei prelaboral Fènix		Ax[MD]-D3.2	Barcelona	25	
Servei prelaboral Fundació Privada Centre d'Higiene Mental les Corts		Ax[MD]-D3.2	Barcelona	25	
Servei prelaboral el Masnou		Ax[MD]-D3.2	El Masnou	20	
Servei de rehabilitació prelaboral del Vallès Oriental		Ax[MD]-D3.2	Granollers	35	
Servei prelaboral Fundació Privada Àuria		Ax[MD]-D3.2	Igualada	16	
Servei prelaboral El Molí d'en Puigvert		Ax[MD]-D3.2	Palafolls	25	
Promoció Econòmica		Ax[MD]-D3.2	Sabadell	25	
Coressa Taller prelaboral		Ax[MD]-D3.2	Sant Boi de Llobregat	50	
Servei prelaboral de Sant Joan de Déu, Serveis de salut mental		Ax[MD]-D3.2	Sant Boi de Llobregat	35	
Servei prelaboral AMPANS		Ax[MD]-D3.2	Santpedor	25	
Servei prelaboral Osona		Ax[MD]-D3.2	Vic	25	
Servei prelaboral Entrem-hi		Ax[MD]-D3.2	Vilafranca del Penedès	18	
Servei prelaboral AREP		Ax[MD]-D3.2	Barcelona	25	
Servei prelaboral DAU		Ax[MD]-D3.2	Barcelona	25	
<b>SUBTOTAL BARCELONA</b>	<b>4.531.090</b>			<b>546</b>	<b>12,05</b>
Servei prelaboral. Fundació Drissa		Ax[MD]-D3.2	Girona	35	
Prelaboral Malalts Mentals		Ax[MD]-D3.2	Ripoll	15	
<b>SUBTOTAL GIRONA</b>	<b>599.473</b>			<b>50</b>	<b>8,34</b>
Servei prelaboral St. Joan de Déu		Ax[MD]-D3.2	Almacelles	20	
Prelaboral per a malalts mentals ASPROS		Ax[MD]-D3.2	Lleida	30	
Servei prelaboral. Associació Alba		Ax[MD]-D3.2	Tàrraga	19	
<b>SUBTOTAL LLEIDA</b>	<b>374.968</b>			<b>69</b>	<b>18,40</b>
Servei prelaboral Ventall		Ax[MD]-D3.2	El Vendrell	25	
Servei prelaboral Aprodisca		Ax[MD]-D3.2	Montblanc	22	
Servei prelaboral per a persones amb malaltia mental		Ax[MD]-D3.2	Reus	25	
Servei prelaboral Ginesta. Fundació Privada Ginac		Ax[MD]-D3.2	Valls	25	
<b>SUBTOTAL TARRAGONA</b>	<b>657.047</b>			<b>97</b>	<b>14,76</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6.162.578</b>			<b>762</b>	<b>12,36</b>

Font: ICASS i contacte directe amb els centres, 2010.

## Places

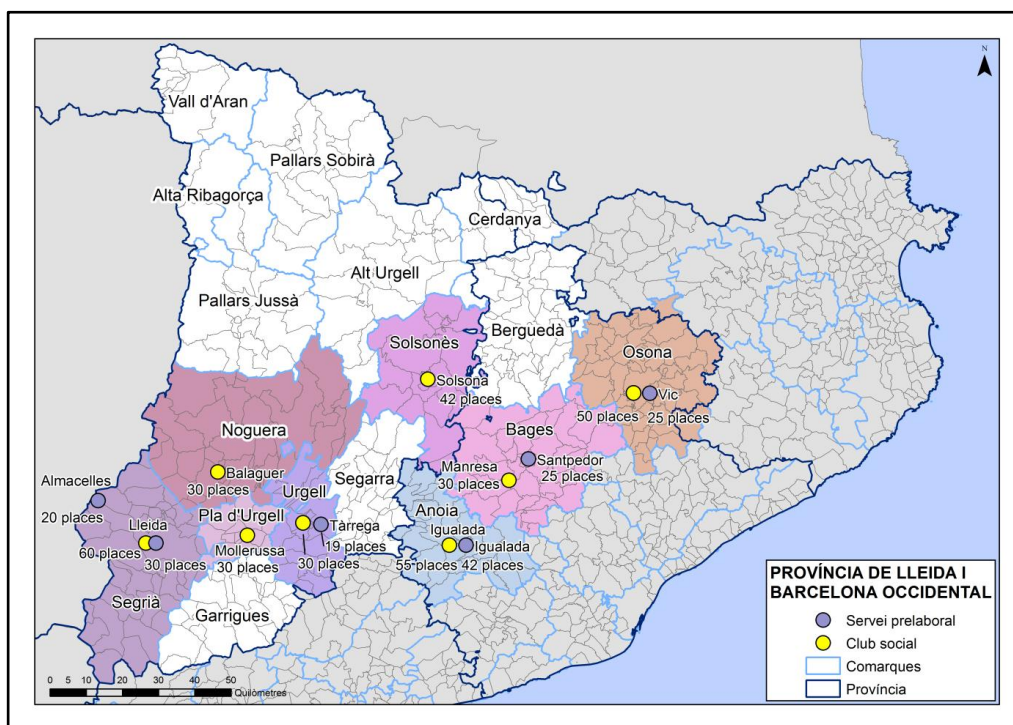
Els 28 serveis que existeixen a Catalunya d'atenció especialitzats en la rehabilitació i la integració laboral ofereixen un total de 762 places. Això equival a 12,36 places per cada 100.000 habitants de més de 18 anys, i oscil·la entre 8,34 a Lleida i 18,40 a Girona.

Cal recordar, però, que el Departament de Salut disposa de centres de dia i serveis de rehabilitació comunitària que s'han especialitzat en la rehabilitació i la integració laboral.

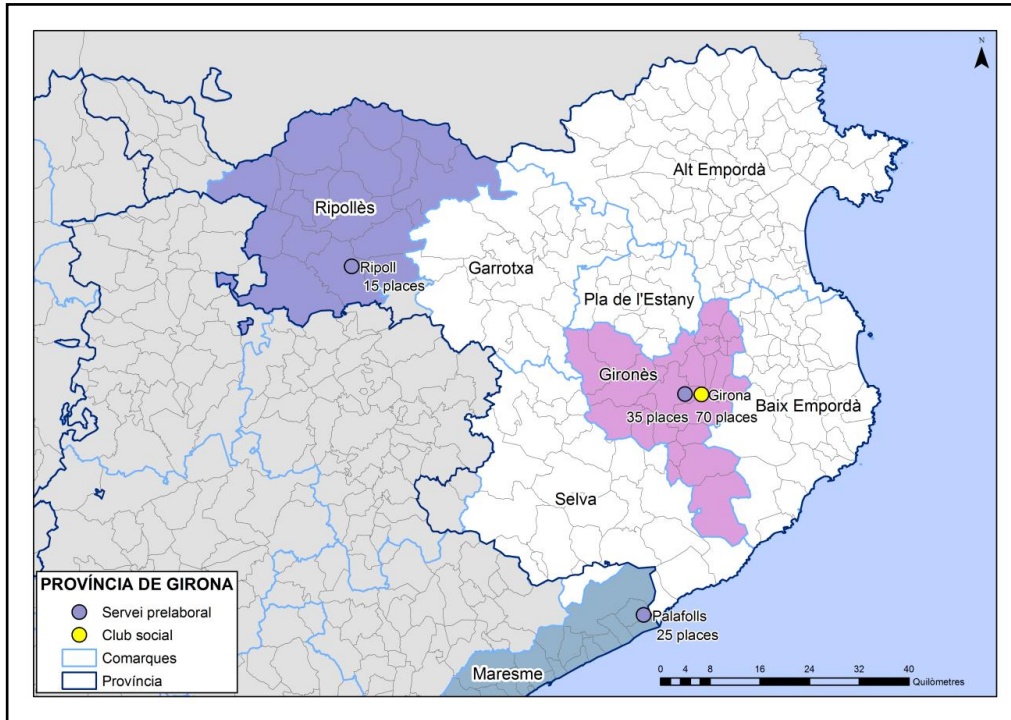
## Professionals

Pel que fa als professionals, l'equip que ofereix atenció especialitzada en integració laboral estaria format per 11,45 educadors, 22,79 psicòlegs, 8,91 tècnics d'integració, 4,1 terapeutes ocupacionals, 21,37 treballadors socials, 35,63 monitors, 4,00 encarregats de taller i 6,11 professors de taller. Això equivaldria a 0,19 educadors, 0,37 psicòlegs, 0,14 tècnics d'integració, 0,07 terapeutes ocupacionals, 0,35 treballadors socials, 0,58 monitors, 0,06 encarregats de taller i 0,10 professors de taller per cada 100.000 habitants majors d'edat.

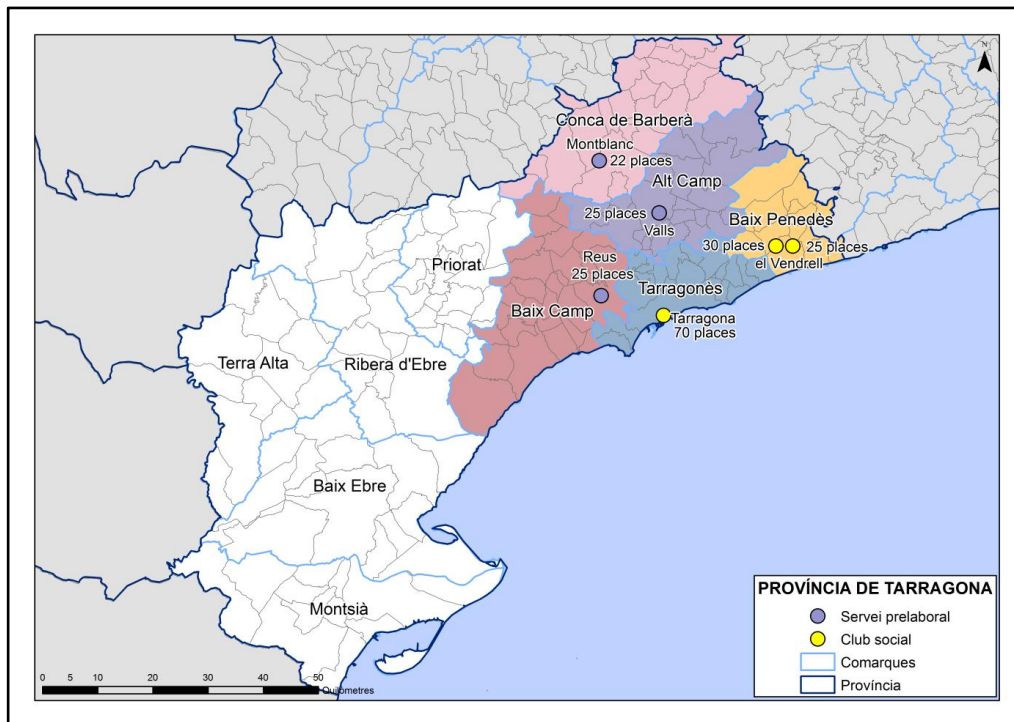
### Mapa 74. Serveis prelaborals i clubs socials a la província de Lleida i Barcelona Occidental



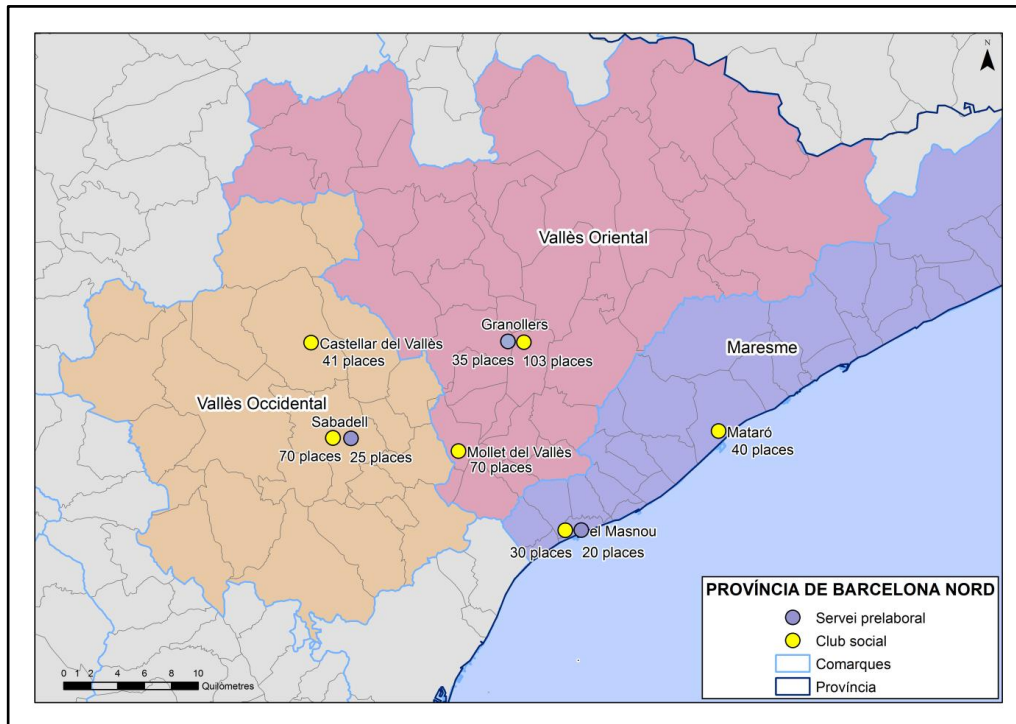
Mapa 75. Serveis prelaborals i clubs socials a la província de Girona



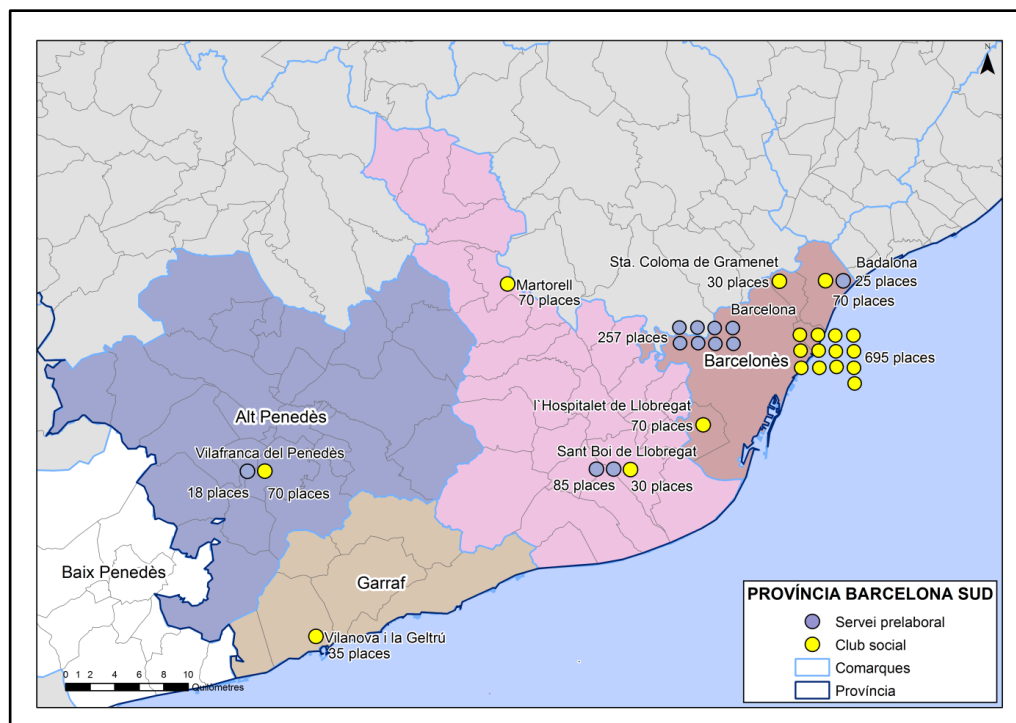
Mapa 76. Serveis prelaborals i clubs socials a la província de Tarragona



Mapa 77. Serveis prelaborals i clubs socials a la província de Barcelona Nord



Mapa 78. Serveis prelaborals i clubs socials a la província de Barcelona Sud



## Servei de tutela

### Definició

Servei dut a terme per persones jurídiques sense ànim de lucre, dedicades a la protecció de les persones amb malaltia mental incapacitades judicialment o protegides per càrrecs tutelars designats judicialment (Cartera de serveis socials, 2010-2011).

### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

A la xarxa de salut mental s'ha detectat 17 serveis de tuteles específics per a persones amb trastorns mentals.

### Taula 60. Descripció dels MTC utilitzats per codificar els serveis/BSIC de tuteles

DESDE-LTC	Descripció
A4	Dispositiu de salut mental per facilitar coordinar l'atenció, així com l'accessibilitat als diferents tipus de serveis, professionals i eines als usuaris amb necessitats d'atenció a llarg termini.

### Places

Existeixen un total de 2.076 places<sup>7</sup>, que equivalen a 33,69 places per 100.000 habitants de més de 18 anys. S'ha comprovat que hi ha una gran variabilitat en funció de la província. Si es tenen en compte les taxes per cada 100.000 habitants majors d'edat, es pot veure com oscil·len entre 2,67 a Lleida i 74,40 a Girona.

<sup>7</sup> Les places del servei de tuteles són variables, no es gestionen mitjançant places fixes, sinó segons els usuaris que s'atenen.

Taula 61. Llista i places dels serveis/BSIC de tuteles

Nom	Pobl. > 18 a.	DESDE1	Municipi	Places	Taxa per 100.000 h.
Fundació Privada Via-Guasp per a la tutela del malalt mental		AO[MD]-A4	Barcelona	68	
Entitat Tutelar Viaclara		AO[MD]-A4	Barcelona	74	
Servei de Tuteles. Fundació Vella Terra		AO[MD]-A4	Barcelona	80	
Delegació a Barcelona de la Fundació Santa Maria de Pontevedra (Tutela Malalts Mentals)		AO[MD]-A4	Barcelona	40	
Servei de tuteles per a malalts mentals. Fundació Malalts Mentals de Catalunya		Ax[MD]-A4	Barcelona	261	
Servei de tutela de la Fundació Nou Camí		Ax[MD]-A4	Barcelona	125	
Servei de càrrecs tutelars. Fundació Privada Tutelar de l'Anoia		Ax[MD]-A4	Igualada	36	
Servei Tutelar "Amb tu"		AO[MD]-A4	L'Hospitalet de Llobregat	21	
Servei de Tuteles Lar		Ax[MD]-A4	Llinars del Vallès	82	
Servei de tutela Fundació Germà Tomàs Canet		AO[MD]-A4	Sant Boi de Llobregat	268	
Servei de tutela del Garraf		AO[MD]-A4	Sitges	44	
Servei de tuteles Fundació Lluís Artigues		Ax[MD]-A4	Barcelonès	131	
<b>SUBTOTAL BARCELONA</b>	<b>4531090</b>			<b>1230</b>	<b>27,15</b>
Fundació Tutelar de les Comarques Gironines		AO[MD]-A4	Girona	415	
Tutela Personas Disminuídes ACPAM		AO[MD]-A4	Ripoll	31	
<b>SUBTOTAL GIRONA</b>	<b>599473</b>			<b>446</b>	<b>74,40</b>
Servei de tutela. Fundació privada tutelar Terres de Lleida		AO[MD]-A4	Tàrrrega	10	
<b>SUBTOTAL LLEIDA</b>	<b>374968</b>			<b>10</b>	<b>2,67</b>
Servei de Tuteles de la Fundació Pere Mata		AO[MD]-A4	Reus	375	
Fundació Tutelar de les comarques de Tarragona		AO[MD]-A4	Torredembarra	15	
<b>SUBTOTAL TARRAGONA</b>	<b>657047</b>			<b>390</b>	<b>59,36</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6162578</b>			<b>2076</b>	<b>33,69</b>

Font: ICASS i contacte directe amb els centres, 2010.

## Professionals

A Catalunya, els professionals que s'encarreguen de les tuteles són 5,87 psicòlegs, 28,04 treballadors socials, 52,20 referents/auxiliars de tuteles i 6,16 educadors. Alguns proveïdors tenen contractats advocats, la qual cosa suma un total de 3,12 (d'altres els contracten segons les necessitats).

Aquestes xifres, traslladades a taxes, mostren que per cada 100.000 habitants de més de 18 anys hi ha 0,10 psicòlegs, 0,46 treballadors socials, 0,85 referents/auxiliars de tuteles, 0,05 educadors i 0,10 advocats.

## **CDIAP (centre de desenvolupament infantil i d'atenció precoç)**

### **Definició**

Els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP) incideixen en els trastorns de desenvolupament infantil i les situacions de risc que puguin provocar-los. El servei ofereix un conjunt d'actuacions de caire preventiu, de detecció, diagnòstic i intervenció terapèutica que duen a terme amb una metodologia interdisciplinària i transdisciplinària. En un sentit ampli, s'estenen des del moment de la concepció fins que l'infant fa sis anys i abasten, per tant, l'etapa prenatal, perinatal, postnatal i la petita infància.

Aquest servei està adreçat a infants que pateixen trastorns de desenvolupament (crònics o transitoris) o que es troben en una situació de risc de patir-los, que tenen antecedents de risc biològic, psicològic o social, o bé presenten dificultats en la criança.

### **Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC**

A Catalunya, hi ha 76 CDIAP amb una freqüència d'atenció que varia entre setmanal (O8.1), quinzenal (O9.1) i mensual (O10.1). En la planificació dels CDIAP, es va considerar important que hi hagués com a mínim un CDIAP per comarca. Existeix un CDIAP a totes les comarques catalanes, llevat de la Terra Alta i el Montsià.

### **Taula 62. Descripció dels MTC utilitzats per codificar els serveis/BSIC de CDIAP**

DESDE-LTC	Descripció
O8.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) en què es pot atendre un mateix pacient un mínim de tres vegades per setmana.
O9.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) en què es pot atendre un mateix pacient com a mínim una vegada cada quinze dies.
O10.1	Dispositiu de salut mental d'atenció ambulatoria no mòbil que ofereix atenció especialitzada continuada (no-crisi) de freqüència de contacte mensual.

Taula 63. Llista de serveis/BSIC de CDIAP

Nom	Pobl. < 6 a.	DESDE1	Municipi
CDIAP ALTA RIBAGORÇA	244	Cc[F80-F89]-O10.1	El Pont de Suert
CDIAP PALLARS SOBIRÀ	500	Cc[F80-F89]-O8.1	Sort
CDIAP BAIX CAMP NORD I PRIORAT SCP	590	Cc[F80-F89]-O9.1	Reus
CDIAP VALL D'ARAN	737	Cc[F80-F89]-O8.1	Vielha-Mijaran
CDIAP PALLARS JUSSÀ	847	Cc[F80-F89]-O8.1	Tremp
CDIAP SOLSONÈS	1.104	Cc[F80-F89]-O8.1	Solsona
CDIAP GARRIGUES	1.218	Cc[F80-F89]-O8.1	Juneda
CDIAP Cerdanya	1.318	Cc[F80-F89]-O9.1	Puigcerdà
JONC CDIAP MÓRA D'EBRE	1.346	Cc[F80-F89]-O8.1	Móra d'Ebre
CENTRE TÀNDEM DE SERVEIS A LA INFÀNCIA. FUNDACIÓ MAP	1.596	Cc[F80-F89]-O8.1	Ripoll
CDIAP SEL SCP SEGARRA	1.763	Cc[F80-F89]-O8.1	Cervera
CDIAP BERGUEDÀ	2.590	Cc[F80-F89]-O9.1	Berga
CDIAP PLA DE L'ESTANY	2.706	Cc[F80-F89]-O9.1	Banyoles
CDIAP NOGUERA	2.811	Cc[F80-F89]-O8.1	Balaguer
CDIAP URGELL		Cc[F80-F89]-O9.1	L'Urgell
CDIAP ALT URGELL		Cc[F80-F89]-O8.1	Comarcal de l'Alt Urgell. Centre situat a la Seu d'Urgell
<b>SUBTOTAL ALT URGELL</b>	<b>2.955</b>		
CDIAP PLA D'URGELL	2.986	Cc[F80-F89]-O8.1	Mollerussa
CDIAP PATRONAT JOAN SELLAS CARDELÚS	4.057	Cc[F80-F89]-O8.1	Olot
ONA-CDIAP ALT CAMP I CONCA DE BARBERÀ	5.073	Cc[F80-F89]-O8.1	Valls
CDIAP BAIX EBRE	5.766	Cc[F80-F89]-O8.1	Tortosa
CDIAP BAIX PENEDÈS	8.720	Cc[F80-F89]-O8.1	El Vendrell
CDIAP L'ESPIGA	9.352	Cc[F80-F89]-O8.1	Vilafranca del Penedès



Nom	Pobl. < 6 a.	DESDE1	Municipi
CDIAP BAIX EMPORDÀ	10.459	Cc[F80-F89]-O8.1	Palamós
CDIAP - SAP APINAS	10.803	Cc[F80-F89]-O8.1	Igualada
CDIAP PACEM	11.161	Cc[F80-F89]-O8.1	Figueres
CDIAP GARRAF	11.831	Cc[F80-F89]-O8.1	Vilanova i la Geltrú
<b>OSONA</b>			
CDIAP TRIS TRAS (OSONA CENTRE)		Cc[F80-F89]-O9.1	Vic
CDIAP TRIS TRAS (OSONA NORD)		Cc[F80-F89]-O9.1	Manlleu
CDIAP OSONA SUD		Cc[F80-F89]-O9.1	Centelles
<b>SUBTOTAL OSONA</b>	<b>13.042</b>		
CDIAP ASPRONIS	13.608	Cc[F80-F89]-O8.1	Blanes
ASSOCIACIÓ MONTSERRAT CLARET ARIMANY PEL CDIAP BAGES	14.576	Cc[F80-F89]-O9.1	Manresa
<b>LEIDA</b>			
CDIAP - CAD LLEIDA		Cc[F80-F89]-O9.1	Lleida
CDIAP LLEIDA GSS		Cc[F80-F89]-O9.1	Lleida
ORUM SCP CDIAP SEGRITÀ		Cc[F80-F89]-O9.1	Lleida
<b>SUBTOTAL SEGRITÀ</b>	<b>16.077</b>		
<b>GIRONA</b>			
CDIAP DEL GIRONÈS FUNDACIÓ RAMON NOGUERA		Cc[F80-F89]-O8.1	Girona
CDIAP - CAD GIRONA		Cc[F80-F89]-O9.1	Girona
<b>SUBTOTAL GIRONÈS</b>	<b>16.299</b>		
CDIAP BAIX CAMP SUD	16.593	Cc[F80-F89]-O8.1	Cambrils
<b>TARRAGONA</b>			
CDIAP - CAD TARRAGONA		Cc[F80-F89]-O8.1	Tarragona
ONA - CDIAP TARRAGONA (ZONA 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) I TARRAGONÈS		Cc[F80-F89]-O8.1	Tarragona
<b>SUBTOTAL TARRAGONÈS</b>	<b>21.473</b>		
CDIAP BAIX MONTSENY SCCL		Cc[F80-F89]-O10.1	Sant Celoni
CDIAP CALDES		Cc[F80-F89]-O9.1	Caldes de Montbui

Nom	Pobl. < 6 a.	DESDE1	Municipi
CDIAP GRANOLLERS		Cc[F80-F89]-O9.1	Granollers
CDIAP SPAI TR3S DE PARETS DEL VALLÈS		Cc[F80-F89]-O8.1	Parets del Vallès
CDIAP MOLLET		Cc[F80-F89]-O8.1	Mollet del Vallès
<b>SUBTOTAL VALLÈS ORIENTAL</b>		<b>35.506</b>	
CDIAP MARESME	35.598	Cc[F80-F89]-O9.1	Mataró (el Maresme centre), Arenys de Mar (antena nord del Maresme) i el Masnou (antena sud del Maresme)
DELTA CDIAP		Cc[F80-F89]-O8.1	Viladecans
CDIAP SANT ANDREU DE LA BARCA, SCCL		Cc[F80-F89]-O9.1	Sant Andreu de la Barca
CDIAP EL PRAT DE LLOBREGAT		Cc[F80-F89]-O9.1	El Baix Llobregat
CDIAP SANT JOAN DE DÉU		Cc[F80-F89]-O9.1	Esplugues de Llobregat
CDIAP EQUIP 40 SCCL		Cc[F80-F89]-O8.1	Sant Feliu de Llobregat
CDIAP MARTORELL		Cc[F80-F89]-O10.1	Martorell
CDIAP SANT BOI DE LLOBREGAT		Cc[F80-F89]-O8.1	Sant Boi de Llobregat
CDIAP CORNELLÀ DE LLOBREGAT		Cc[F80-F89]-O9.1	Cornellà de Llobregat
<b>SUBTOTAL BAIX LLOBREGAT</b>		<b>68.824</b>	
CDIAP DAPSI RUBÍ		Cc[F80-F89]-O8.1	Rubí
CDIAP - CAD TERRASSA		Cc[F80-F89]-O9.1	Terrassa
DAPSI SANT CUGAT		Cc[F80-F89]-O9.1	Sant Cugat del Vallès
CDIAP MAGROC		Cc[F80-F89]-O9.1	Terrassa
CDIAP PARC TAULÍ		Cc[F80-F89]-O8.1	Sabadell
CDIAP PARC TAULÍ (antena Barberà del Vallès)		Cc[F80-F89]-O8.1	Barberà del Vallès
CDIAP DAPSI Cerdanyola SCCL		Cc[F80-F89]-O8.1	Cerdanyola
DAPSI MONTCADA		Cc[F80-F89]-O8.1	Montcada i Reixac
<b>SUBTOTAL VALLÈS OCCIDENTAL</b>		<b>79.418</b>	
CDIAP IMSP BADALONA		Cc[F80-F89]-O9.1	Badalona

Nom	Pobl. < 6 a.	DESDE1	Municipi
SERVEI D'ATENCIÓ PRECOÇ		Cc[F80-F89]-O9.1	Barcelona
EIPI NOU BARRIS		Cc[F80-F89]-O9.1	Barcelona
EIPI CIUTAT VELLA		Cc[F80-F89]-O9.1	Barcelona
CDIAP GRÀCIA. FUNDACIÓ EULÀLIA TORRAS DE BEÀ		Cc[F80-F89]-O9.1	Barcelona
CDIAP EDAI SANT ADRIÀ		Cc[F80-F89]-O8.1	Sant Adrià de Besòs
ASSOCIACIÓ DE LA PARÀLISI CEREBRAL (ASPACE)		Cc[F80-F89]-O9.1	Barcelona
AGALMA, SCCL		Cc[F80-F89]-O9.1	Barcelona
CDIAP DE L'HOSPITALET. BAULA, SCCL		Cc[F80-F89]-O9.1	L'Hospitalet de Llobregat
CDIAP FUNDACIÓ CATALANA SÍNDROME DE DOWN		Cc[F80-F89]-O9.1	Barcelonès
CDIAP EDAI SANT MARTÍ		Cc[F80-F89]-O8.1	Barcelona
CDIAP RELLA		Cc[F80-F89]-O8.1	Barcelona
CDIAP ASPANIAS		Cc[F80-F89]-O8.1	Barcelonès
CDIAP EDAI LES CORTS - SARRIÀ		Cc[F80-F89]-O8.1	Barcelona
CDIAP ASPANIDE		Cc[F80-F89]-O10.1	Sta. Coloma de Gramenet
	<b>SUBTOTAL BARCELONÈS</b>	144.066	
<b>TOTAL</b>		<b>585.193</b>	

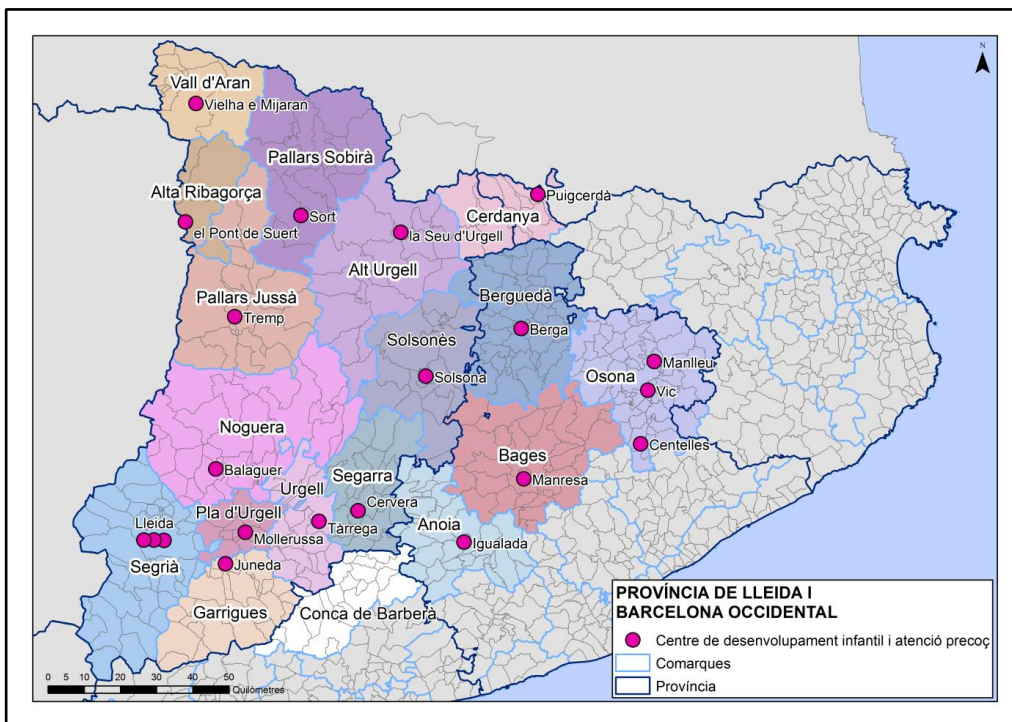
Font: Departament de Benestar i Família i contacte directe amb els centres, 2010.

## Professionals

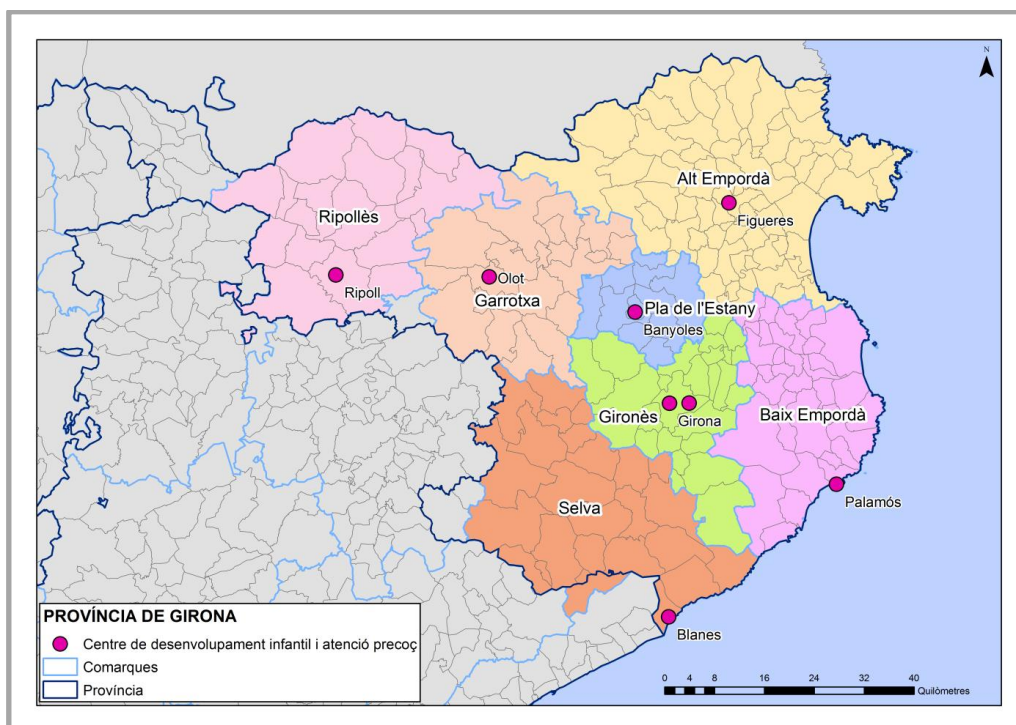
L'equip que forma els CDIAP a Catalunya el componen, entre altres, 252,80 psicòlegs, 108,97 logopedes, 88,82 fisioterapeutes, 35,88 treballadors socials, 20,45 neuropediatres, 20,25 pedagogs, 14,47 psicomotricistes i 7,84 psicopedagogs.

Això equival a unes taxes de 43,20 psicòlegs, 18,62 logopedes, 15,18 fisioterapeutes, 6,13 treballadors socials, 3,50 neuropediatres, 3,46 pedagogs, 2,47 psicomotricistes i 1,34 psicopedagogs per cada 100.000 habitants menors de 6 anys.

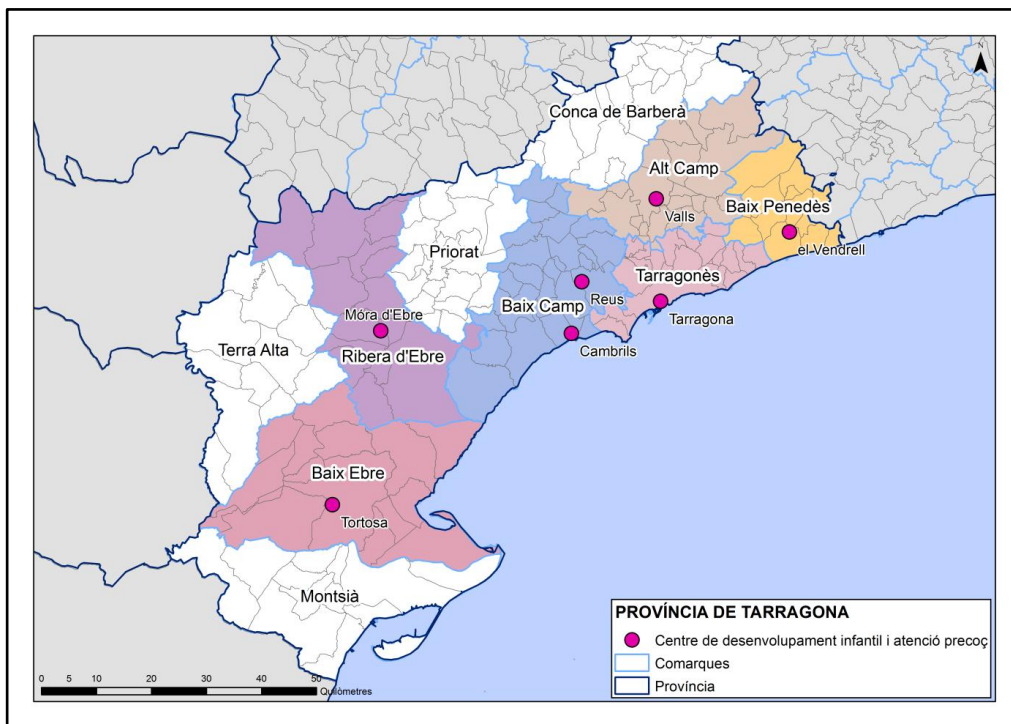
Mapa 79. Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç a la província de Lleida i Barcelona Occidental



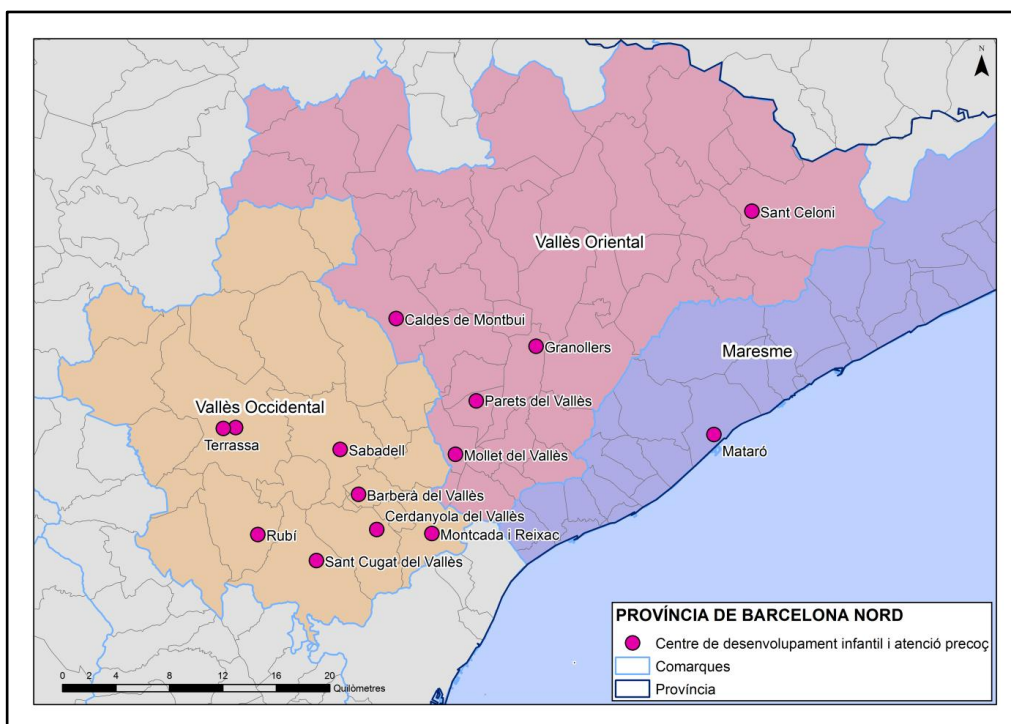
Mapa 80. Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç a la província de Girona



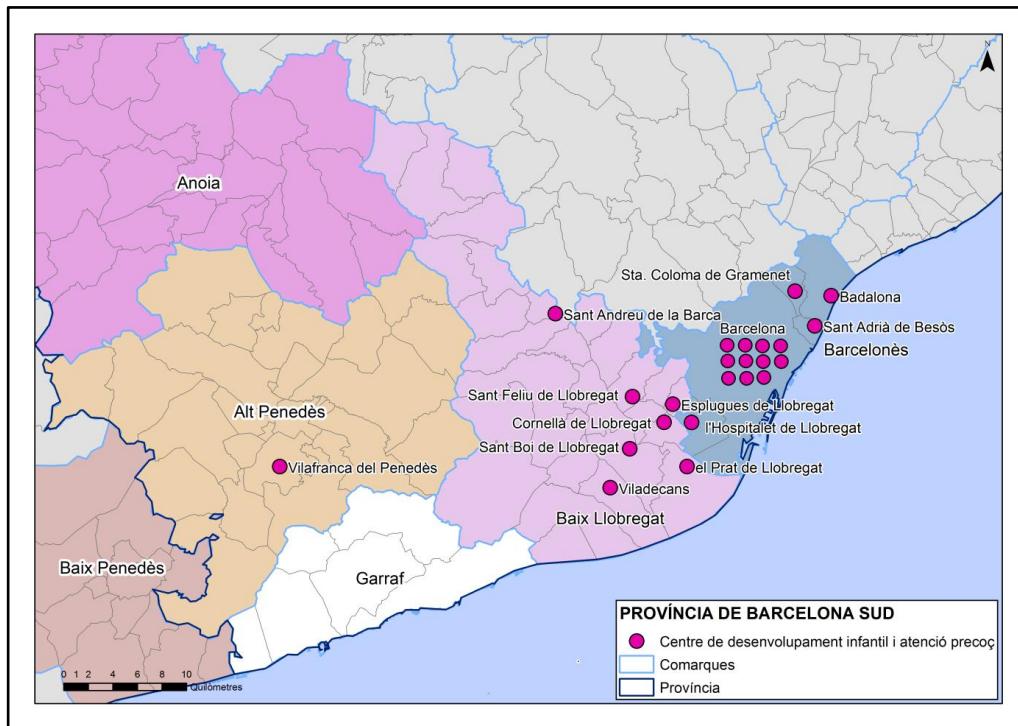
**Mapa 81. Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç a la província de Tarragona**



**Mapa 82. Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç a la província de Barcelona Nord**



Mapa 83. Centres de desenvolupament infantil i atenció precoç a la província de Barcelona Sud



## 7.6. Departament d'Empresa i Ocupació

### Centres especials de treball/unitats de suport a l'activitat professional

#### Definició

A més del servei prelaboral, a Catalunya existeixen centres especials de treball (CET) que compten amb un servei especial denominat *USAP* (unitat de suport a l'activitat professional). Aquest servei duu a terme accions en el marc dels serveis d'ajustament personal i social de les persones amb discapacitat i/o malaltia mental. Mentre que els serveis prelaborals depenen administrativament de l'ICASS, els CET/USAP ho fan del Departament de Treball.

Actualment, hi ha 42 CET a Catalunya amb el dispositiu USAP, on almenys el 20% de la plantilla pateix una malaltia mental.

Malgrat que no ha estat possible contactar amb aquests centres directament<sup>8</sup>, a continuació es presenta la llista de recursos d'aquest tipus disponibles.

#### Descripció estandarditzada amb l'instrument DESDE-LTC

La xarxa de salut mental està composta de 28 centres de dia d'adults en què es rep atenció relacionada amb el treball, l'equivalent a 4 mitjos dies a la setmana (D3.2).

#### Taula 64. Descripció dels MTC utilitzats per codificar els serveis/BSIC de CET/USAP

DESDE-LTC	Descripció
D2.2	Dispositiu de salut mental d'atenció de dia amb una disponibilitat programada (no-crisi) d'alta intensitat relacionada amb el treball. Les organitzacions segueixen normes laborals específiques per a les persones amb discapacitat/trastorns mentals. Els treballadors cobren almenys el 50% del salari mínim interprofessional. La feina es pot dur a terme amb persones que no pateixen problemes de salut mental.

<sup>8</sup> Quan es va contactar amb el Departament de Treball, ens van comentar que feia relativament poc que havien dut a terme un treball amb aquests CET i no els volien tornar a destorbar. El Departament va col·laborar cedint les dades dels dispositius. No obstant això, no vam poder contactar-hi directament.

**Taula 65. Llista de serveis/BSIC de CET/USAP**

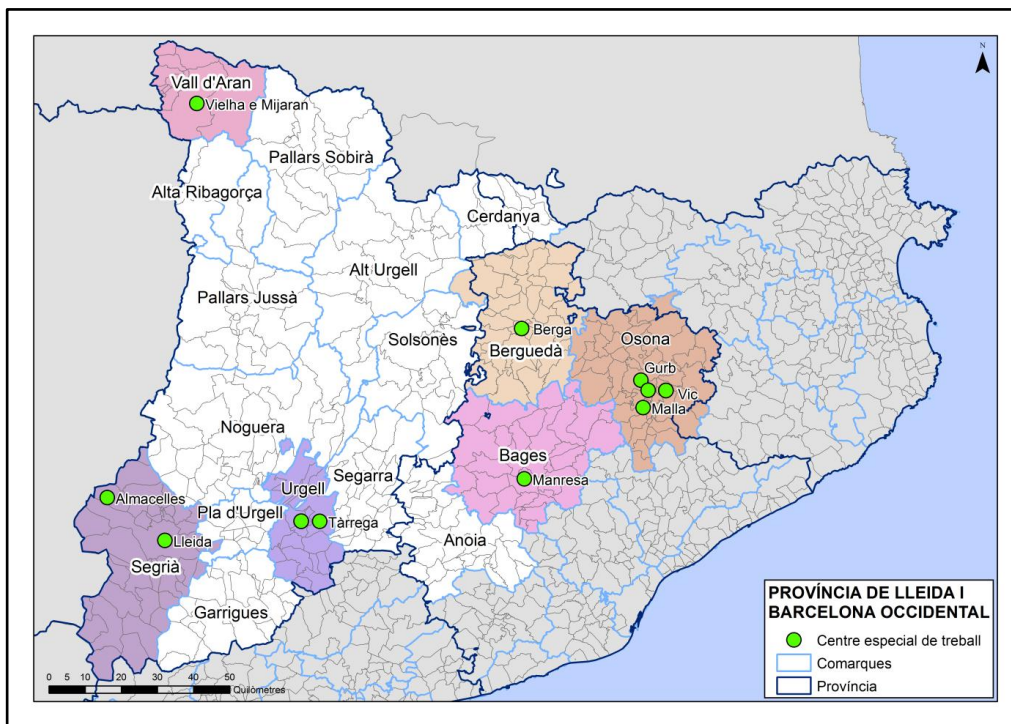
Nom	DESDE1	Província	Municipi
AREP LA CALAIXERA	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Barcelona
PRODISMINUÏTS FUNDACIÓ PRIVADA TERRASSENCA (PRODIS)	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Terrassa
ASSOCIACIÓ DAU	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Barcelona
ASSOCIACIÓ INTELAMI	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Les Franqueses del Vallès
ASSOCIACIÓ LES CORTS PER LA INSERCIÓ LABORAL (ALCIL)	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Barcelona
CAN NETEJA	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Santa Coloma de Gramenet
CENTRE JARDINERA L'HEURA	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Terrassa
CET RAL, SCCL	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Llinars del Vallès
CET SANT MARTÍ	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Ripollet
COOPERATIVA CALANDRA	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Vic
COPISTERIA APUNTS	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Barcelona
CUINA JUSTA - CASSIÀ JUST	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Sant Boi de Llobregat
DINAT 2006	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Granollers
EL MOLÍ D'EN PUIGVERT	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Palafolls
EPID, SL	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	L'Hospitalet de Llobregat
FEMAREC	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Barcelona
CET EL MERMA. FUNDACIÓ HUMANITÀRIA DR. TRUETA	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Gurb
CET MN. ARMENGOU. FUNDACIÓ HUMANITÀRIA DR. TRUETA	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Berga
FUNDACIÓ PRIVADA ARETÉ	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Malla
IGUALSSOM, SRL	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Sant Boi de Llobregat
INTECSERVEIS CET	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Sant Boi de Llobregat
MITON, SL	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Abrera
MOLTACTE	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Manresa
NOU VERD, SCCL	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Vilafranca del Penedès



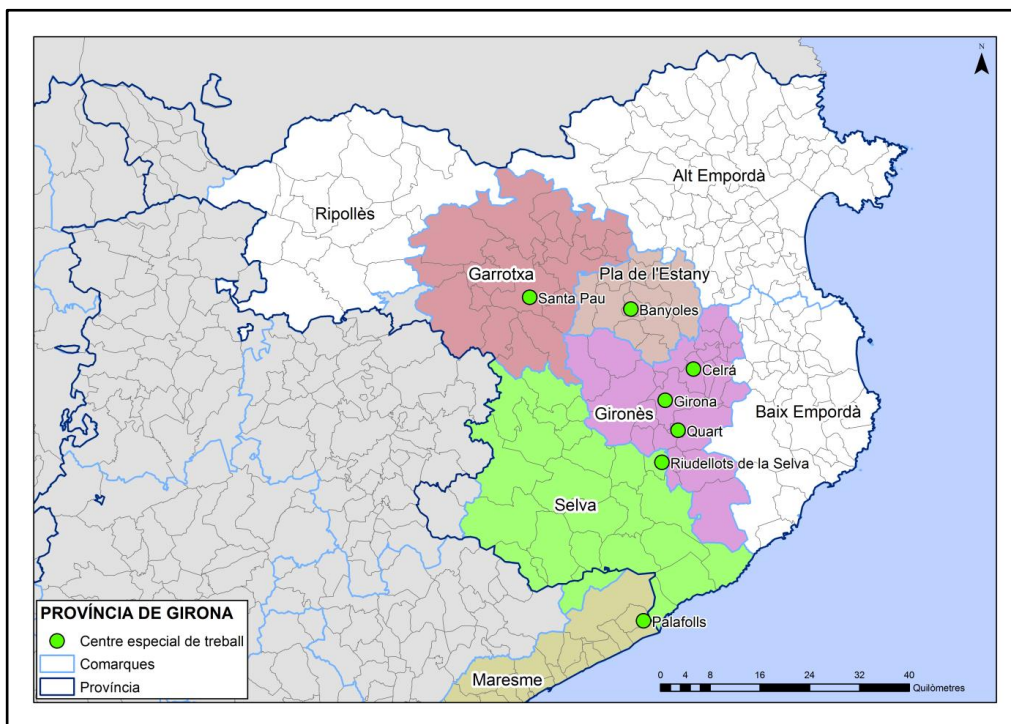
Nom	DESDE1	Província	Municipi
SERVEIS GENERALS ARAPDIS	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Barcelona
TADIS, SCCL	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Sabadell
TRINIJOVE	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Barcelona
VERDISSENY MANIPULATS, SL	Ax[MD]-D2.2	Barcelona	Terrassa
TIRGI, SL	Ax[MD]-D2.2	Girona	Celrà
COIET CET	Ax[MD]-D2.2	Girona	Banyoles
FLISA CATALUNYA - CENTRE GIRONA	Ax[MD]-D2.2	Girona	Riudellots de la Selva
FUNDACIÓ PRIVADA DRISSA	Ax[MD]-D2.2	Girona	Girona
FUNDACIÓ PRIVADA ONYAR	Ax[MD]-D2.2	Girona	Quart
LA FAGEDA	Ax[MD]-D2.2	Girona	Santa Pau
ASSOCIACIÓ ALBA	Ax[MD]-D2.2	Lleida	Tàrrega
ASSOCIACIÓ OCUPACIÓ LA TORXA	Ax[MD]-D2.2	Lleida	Lleida
EL PLA (BENITO MENNI)	Ax[MD]-D2.2	Lleida	Almacelles
GUREAK ARAN, SL	Ax[MD]-D2.2	Lleida	Vielha e Mijaran
AURORA - CET	Ax[MD]-D2.2	Tarragona	Tarragona
CET MEDITERRÀNIA - FUND. PERE MATA	Ax[MD]-D2.2	Tarragona	Reus
TALLER VERGE DE LA CINTA	Ax[MD]-D2.2	Tarragona	Campredó-Tortosa
TILMAR (APRODISCA)	Ax[MD]-D2.2	Tarragona	Montblanc

Font: Departament d'Empresa i Ocupació, 2010.

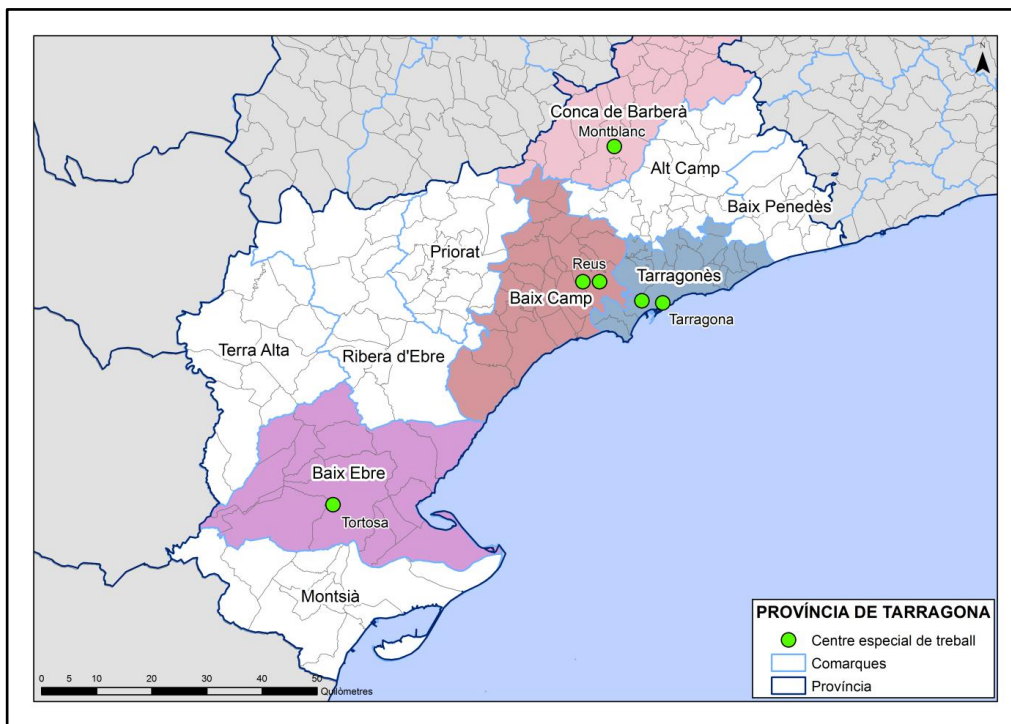
**Mapa 84. Centres especials de treball/unitats de suport a l'activitat professional a la província de Lleida i Barcelona Occidental**



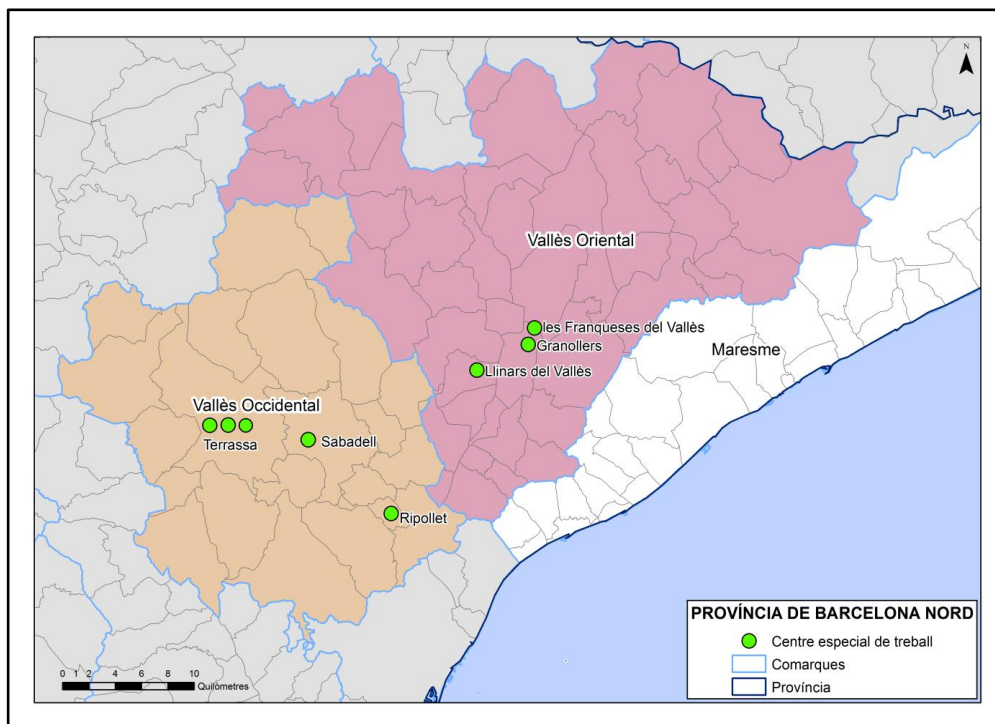
**Mapa 85. Centres especials de treball/unitats de suport a l'activitat professional a la província de Girona**



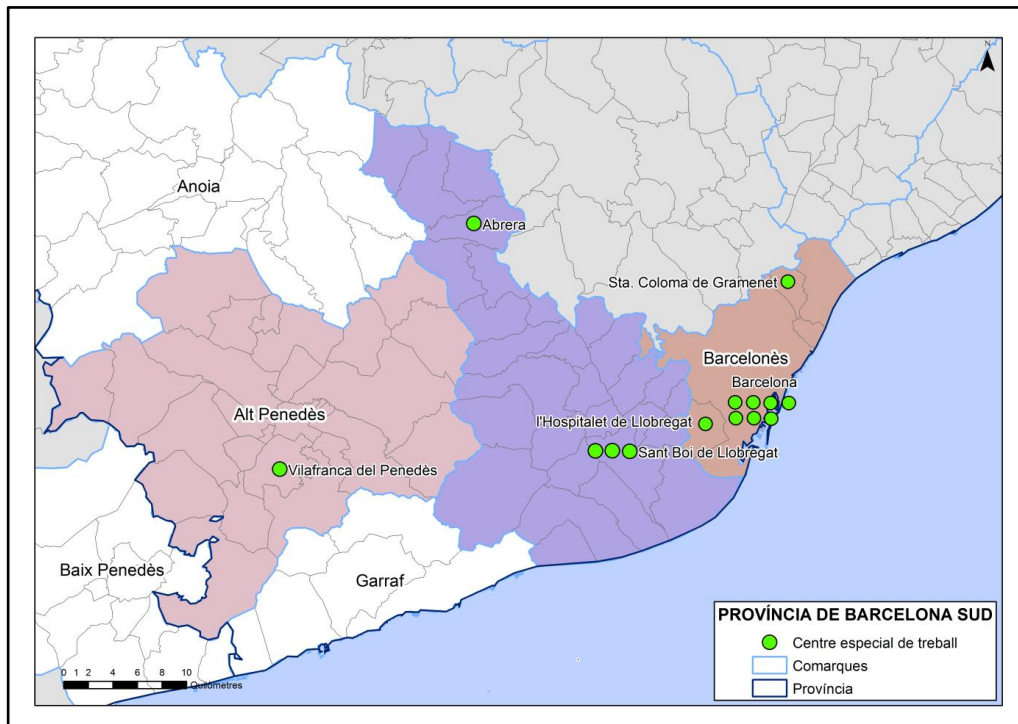
**Mapa 86. Centres especials de treball/unitats de suport a l'activitat professional a la província de Tarragona**



**Mapa 87. Centres especials de treball/unitats de suport a l'activitat professional a la província de Barcelona Nord**



**Mapa 88. Centres especials de treball/unitats de suport a l'activitat professional a la província de Barcelona Sud**



## 7.7. Departament d'Ensenyament

### Equip d'assessorament i orientació psicopedagògica (EAP)

#### **Definició**

Els EAP són equips d'assessorament i orientació psicopedagògica que donen suport al professorat, als centres educatius i a les famílies pel que fa a l'atenció als alumnes que presenten necessitats educatives especials i a l'Administració educativa per escolaritzar l'alumnat amb necessitats educatives especials.

Actualment, hi ha 79 EAP a Catalunya. En aquesta memòria no s'ha tingut en compte els EAP, ja que no compleixen criteris com a serveis segons el DESDE-LTC de serveis específics per a la salut mental. No obstant això, a continuació es presenta una llista amb els recursos i els professionals disponibles d'aquest tipus.

Els professionals que formen els EAP de Catalunya estan formats per 541 psicopedagogs, 110 treballadors socials i 60 fisioterapeutes.

## 7.8. Departament de Justícia

#### **Definició**

A Catalunya existeixen dispositius especials específics per a l'atenció a la salut mental ubicats a centres penitenciaris. Tots els dispositius específics es troben a la província de Barcelona. A la resta de les províncies, s'efectuen interconsultes periòdiques on els professionals de les diferents entitats proveïdores es traslladen a les penitenciàries per fer les consultes.

Les unitats de referència són les unitats d'hospitalització psiquiàtrica de Brians per a menors de 18 anys i les de Quatre Camins. Es tracta d'unitats polivalents on el tipus d'atenció que es dona va des de l'atenció ambulatoria fins a l'atenció de mitja i llarga estada, incloses l'atenció en crisi i la rehabilitació.

A més d'aquests dispositius d'adults, també destaquen el servei ambulatori d'adults i joves i la unitat terapèutica de justícia juvenil Els Til·lers.

A la taula 85 es presenten aquests dispositius, que són els que compleixen clarament criteris per poder codificar-se segons l'instrument DESDE-LTC.

Taula 66. Llista i places de serveis/BSIC disponibles d'aquest tipus

Nom	DESDE1	DESDE2	DESDE3	DESDE4	DESDE5	Municipi	Llits
Servei d'atenció psiquiàtrica i psicològica a pacients de justícia juvenil	TA[MD]O9.1					Barcelona	0
Unitat polivalent de psiquiatria del Centre Penitenciari Quatre Camins	AO[MD]-R6	AO[MD]-O8.1				La Roca del Vallès	40
Unitat terapèutica de justícia juvenil (Els Til·lers)	Ca[MD]-R5	Ca[MD]-O9.1				Mollet del Vallès	12
Unitat d'hospitalització psiquiàtrica penitenciària de Catalunya (UHPP-C)	AO[MD]-R2	AO[MD]-R4	AO[MD]-R6	AO[MD]-O3.1	AO[MD]-O8.1	Sant Esteve de Sesrovires	67
Unitat d'hospitalització i rehabilitació psiquiàtrica penitenciària Brians 2 (UHRPP)	AO[MD]-D4.1	AO[MD]-R1				Sant Esteve de Sesrovires	22
<b>TOTAL</b>							<b>141</b>

Font: Departament de Justícia i contacte directe amb els centres, 2010.

### Llits disponibles

En total, a Catalunya existeixen 129 llits destinats als trastorns mentals ubicats a les penitenciaris i 12 dedicats a la justícia juvenil. En total, es compta amb 141 llits.

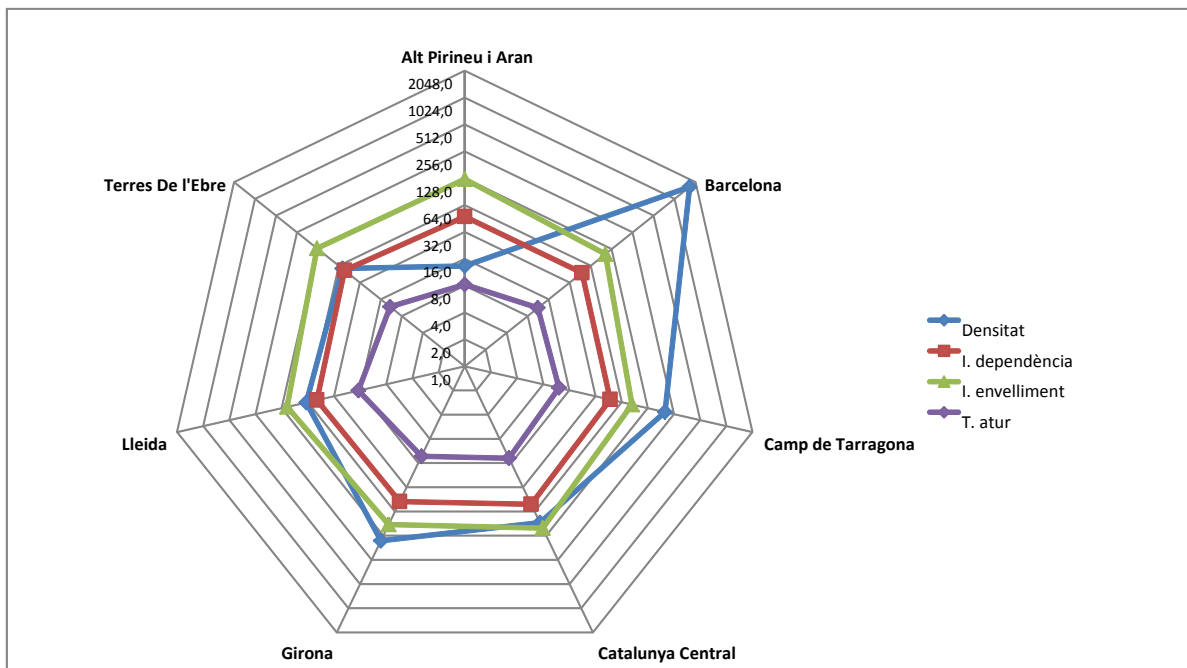
### Professionals

L'atenció específica a la salut mental de les persones amb trastorns mentals i problemes amb la justícia està formada per un equip multidisciplinari de gairebé 53 auxiliars d'infermeria, 30,45 infermers, 1 metge, 15,52 psiquiatres, 0,05 cuidadors, 8,64 educadors, 10,15 psicòlegs, 14,57 tècnics d'integració social i 4,77 treballadors socials.

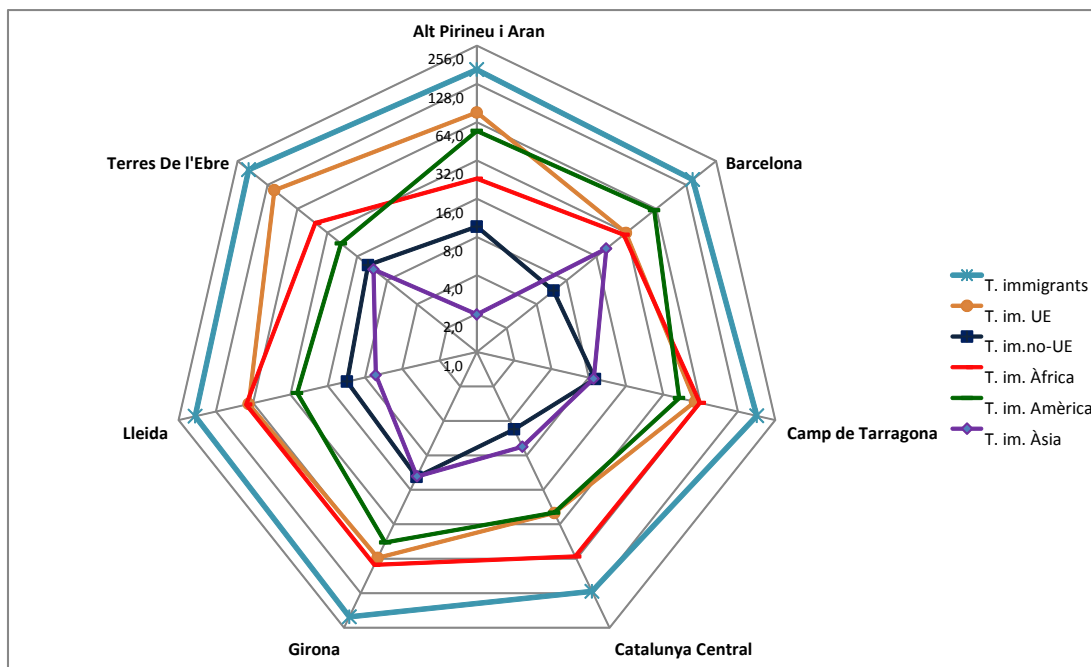
## 8. Gràfics d'aranya per regió sanitària

### 8.1. Indicadors sociodemogràfics

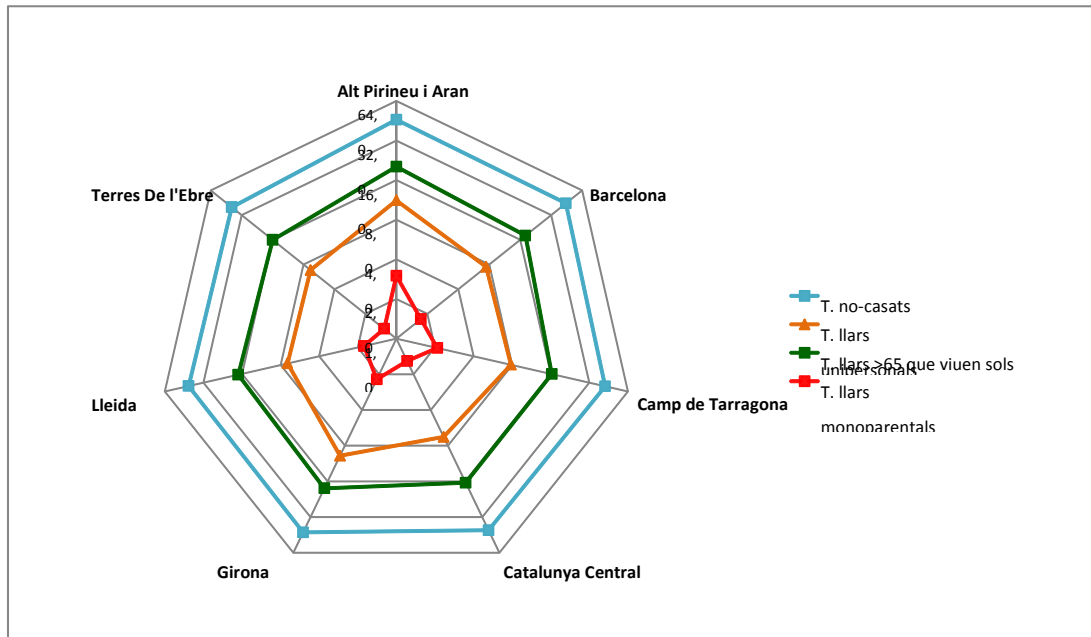
Gràfic 1. Gràfic d'aranya amb densitat de població, dependència, envelliment i atur per regions sanitàries



Gràfic 2. Gràfic d'aranya amb taxes d'immigració



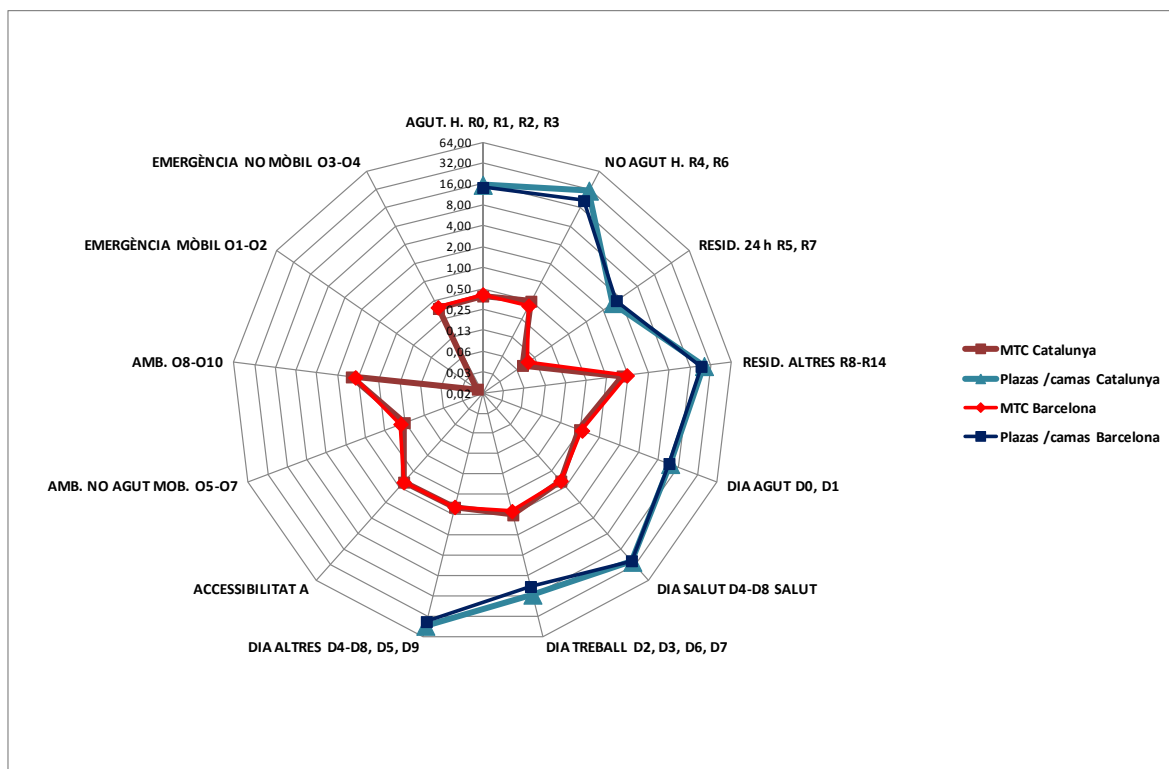
Gràfic 3. Gràfic d'aranya amb taxes de persones que viuen soles



## 8.2. MTC i places/llits per regió sanitària i grup de població atesa

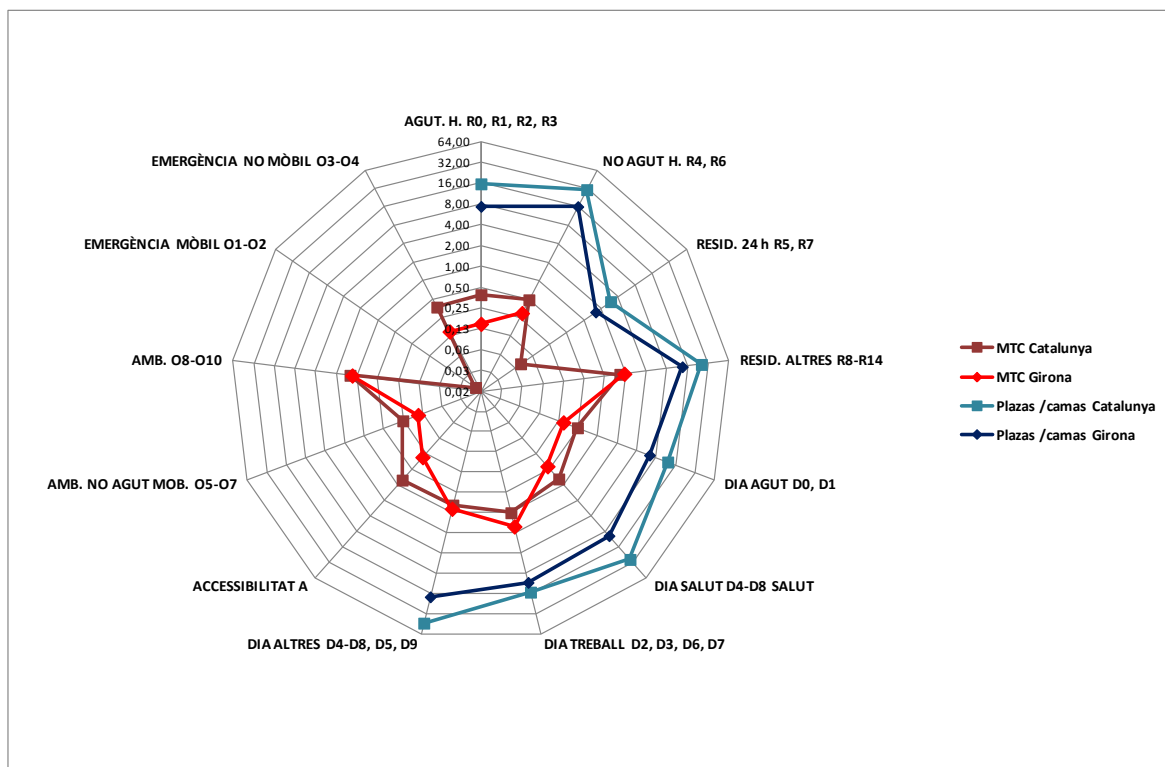
A continuació, es presenta el model d'atenció de MTC i places/llits en les regions sanitàries de Catalunya (taxes per 100.000 habitants de més de 18 anys).

Gràfic 4. MTC i llits/places d'adults a la Regió Sanitària Barcelona

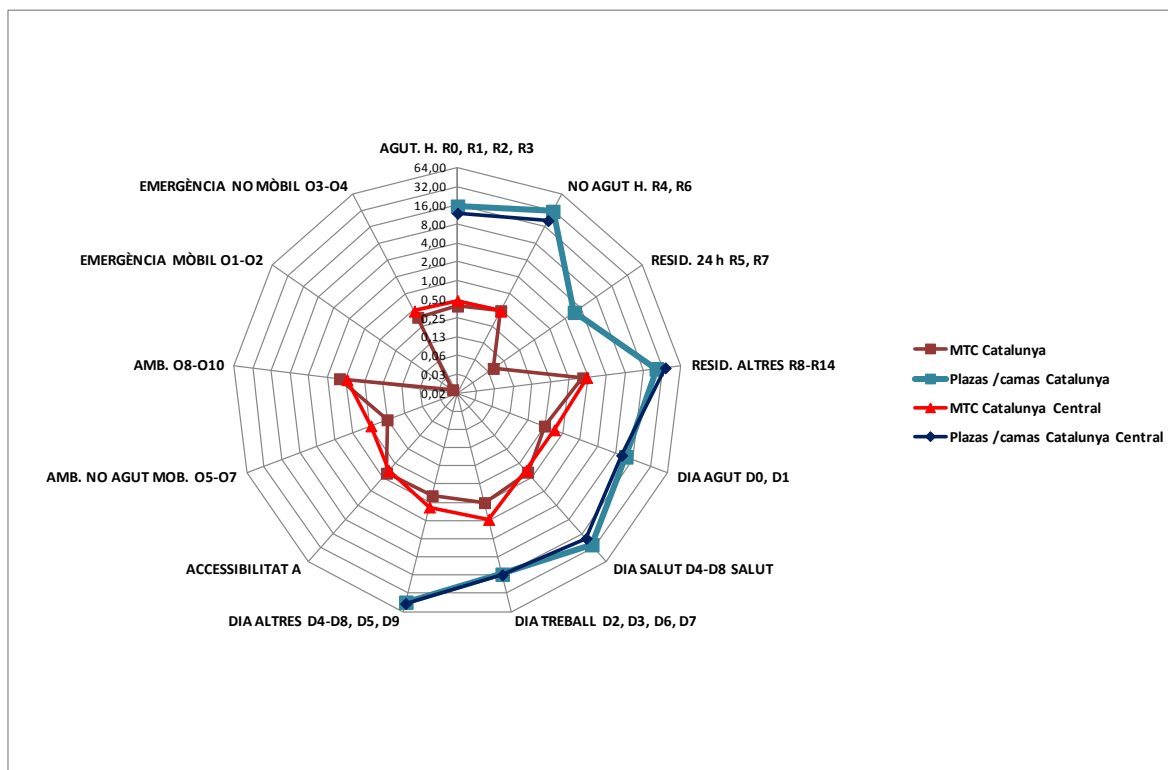




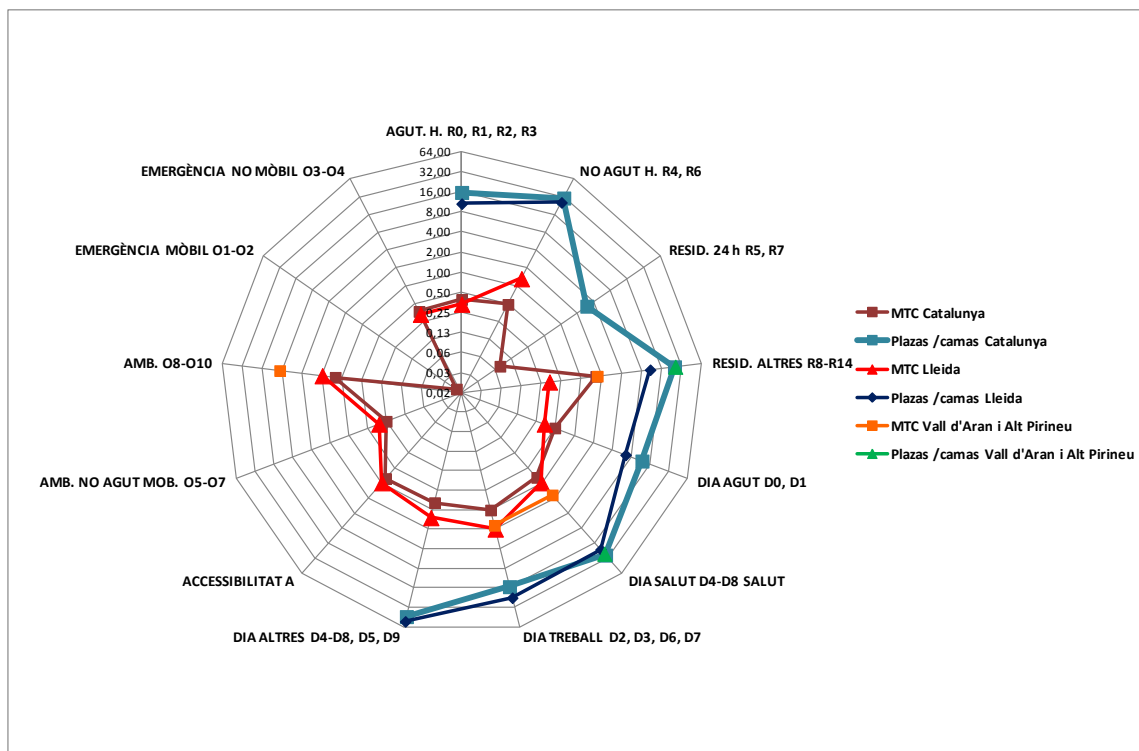
Gràfic 5. MTC i llits/places d'adults a la Regió Sanitària Girona



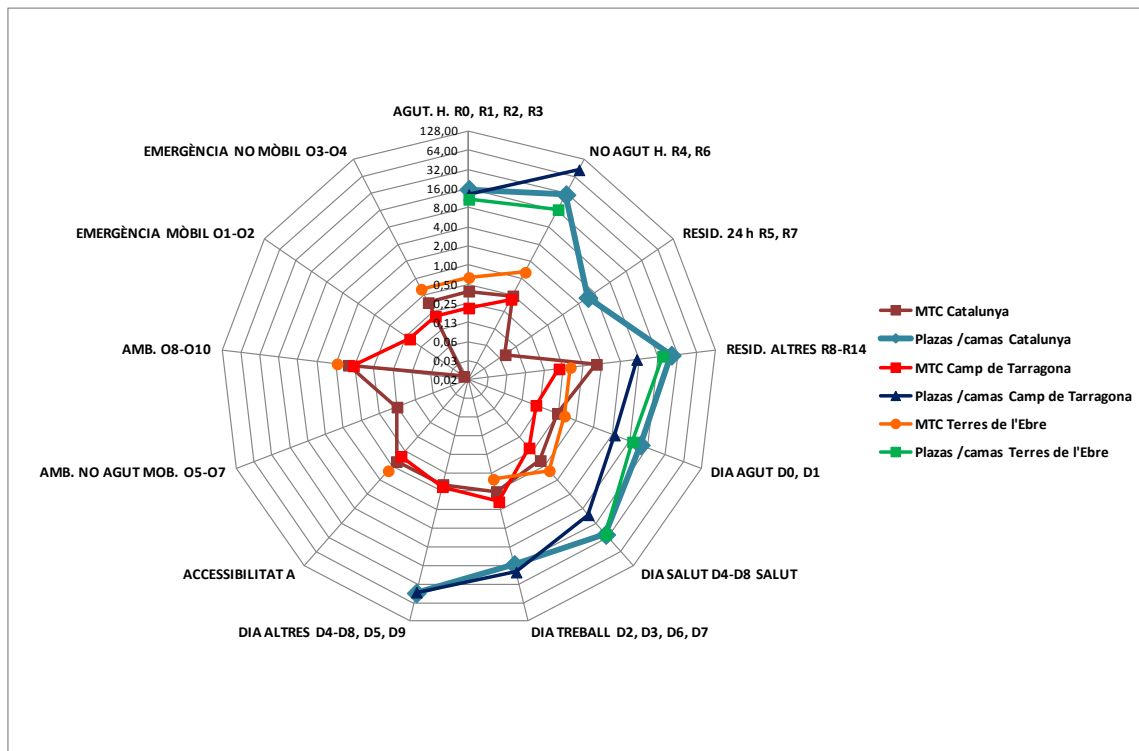
Gràfic 6. MTC i llits/places d'adults a la Regió Sanitària Catalunya Central



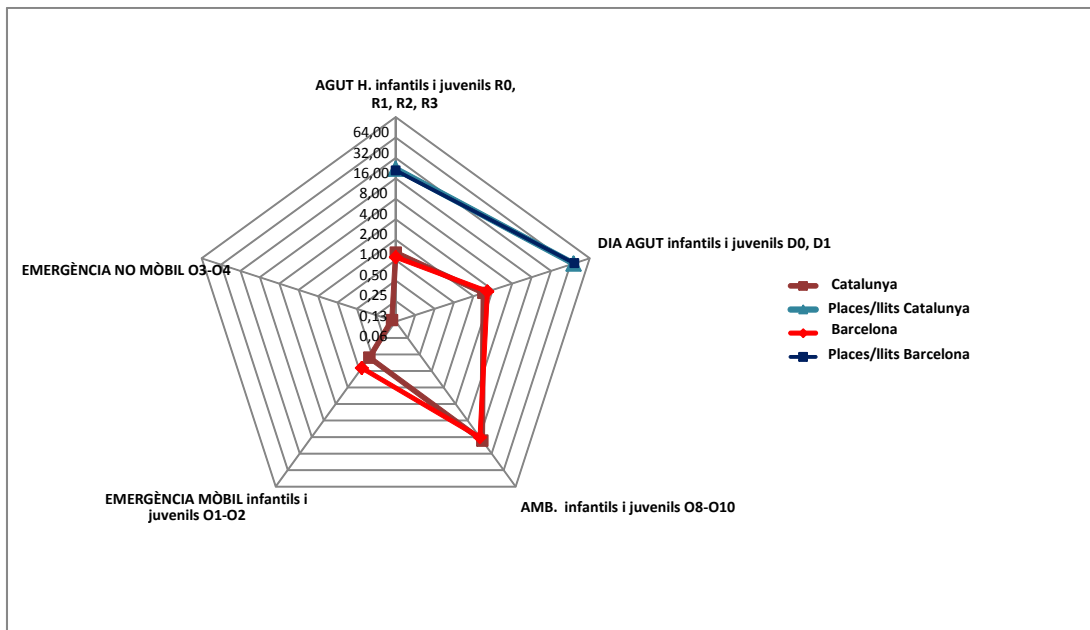
Gràfic 7. MTC i llits/places d'adults a la Regió Sanitària Lleida i Vall d'Aran i Alt Pirineu



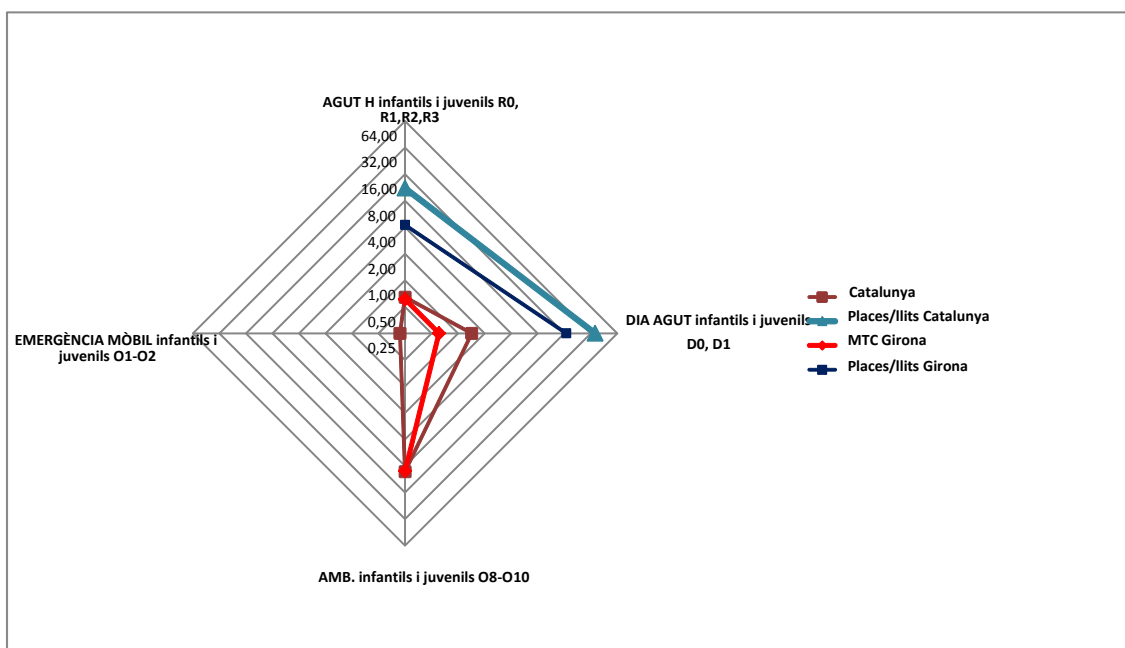
Gràfic 8. MTC i llits/places d'adults a la Regió Sanitària Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre



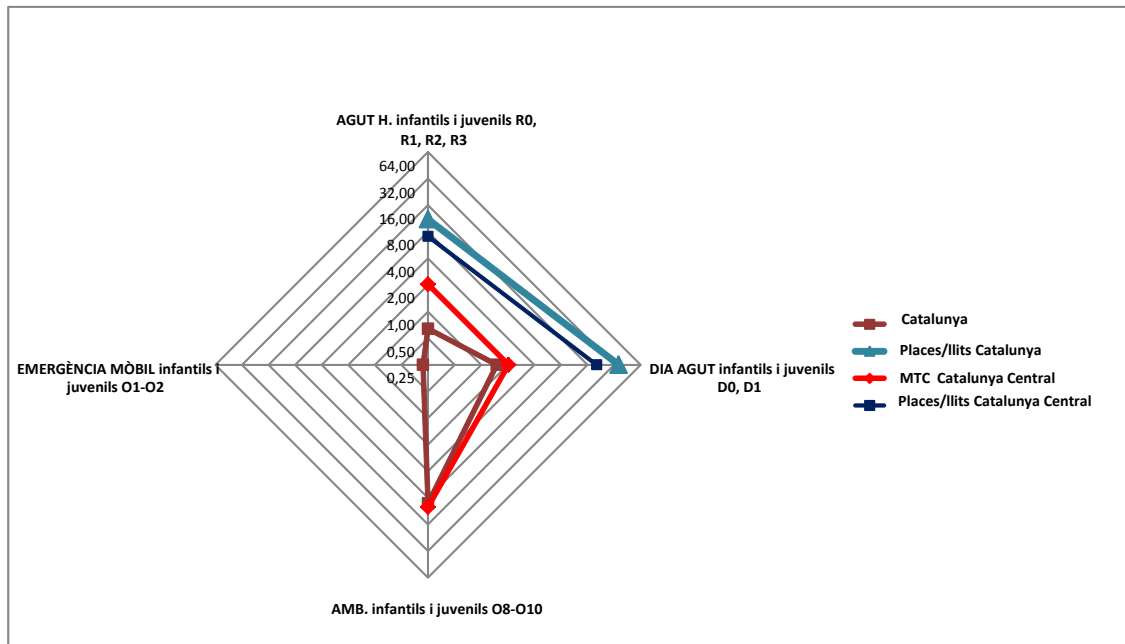
Gràfic 9. MTC i llits/places infantils i juvenils a la Regió Sanitària Barcelona



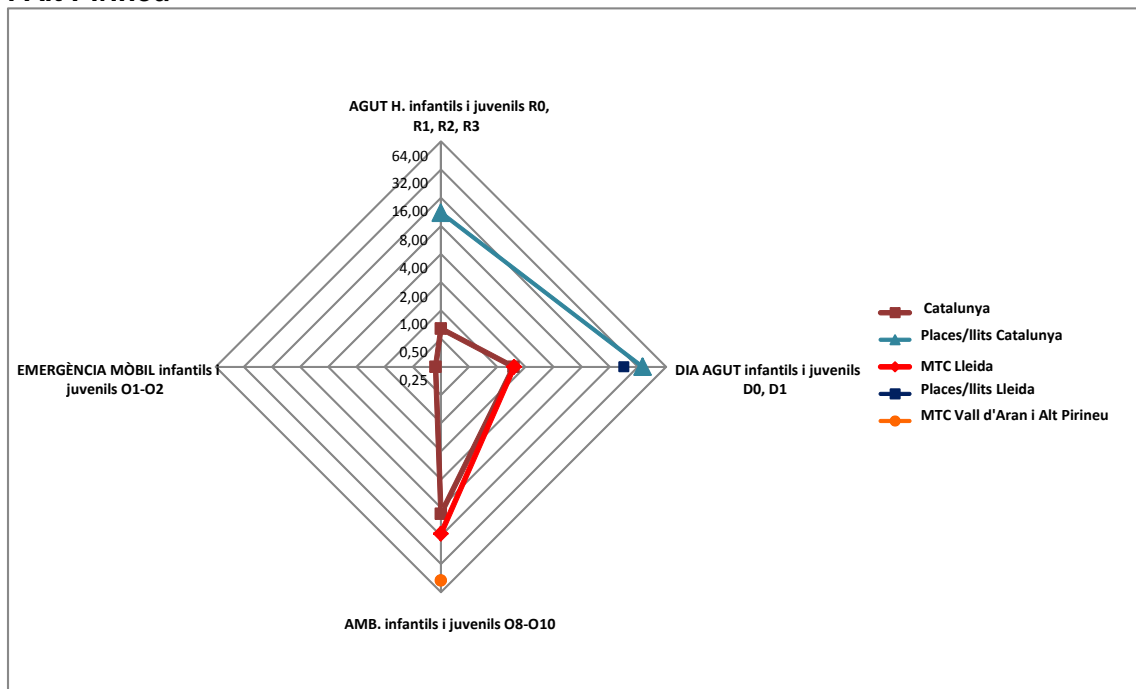
Gràfic 10. MTC i llits/places infantils i juvenils a la Regió Sanitària Girona



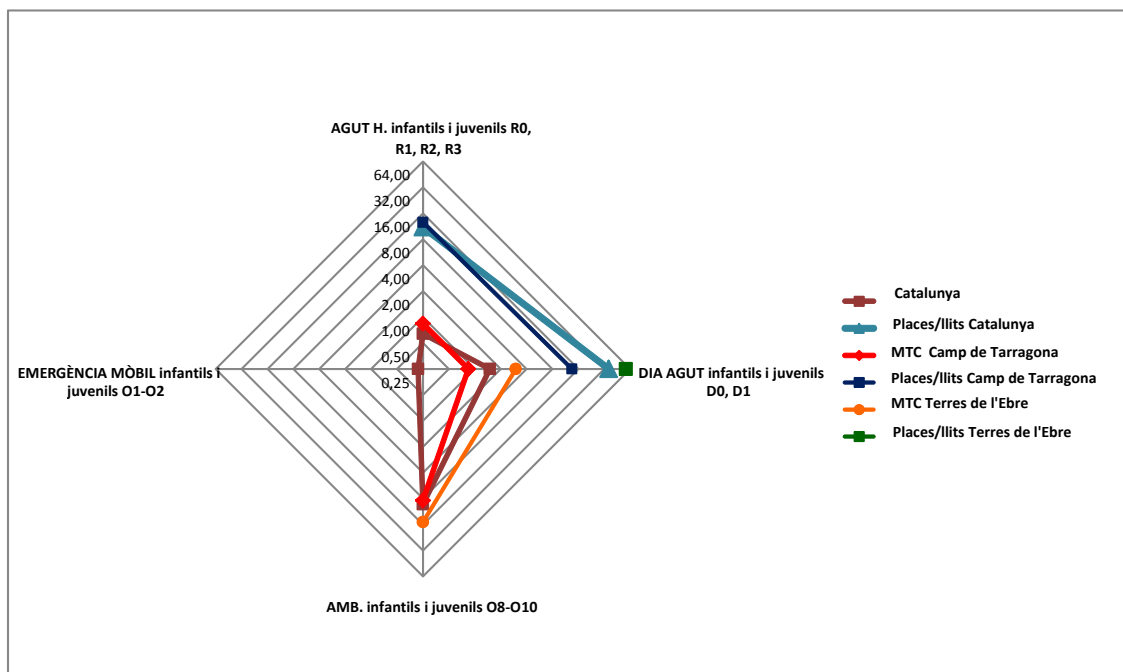
Gràfic 11. MTC i llits/places infantils i juvenils a la Regió Sanitària Catalunya Central



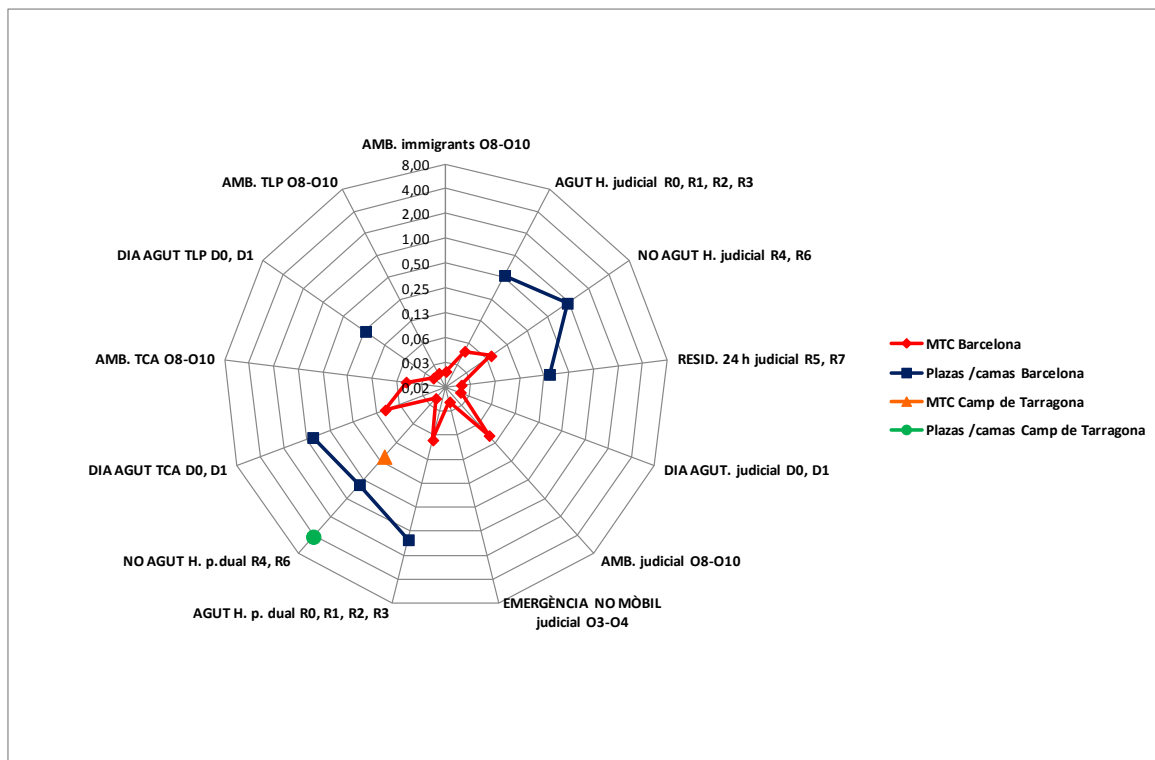
Gràfic 12. MTC i llits/places infantils i juvenils a la Regió Sanitària Lleida i Vall d'Aran i Alt Pirineu



**Gràfic 13. MTC i llits/places infantils i juvenils a la Regió Sanitària Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre**

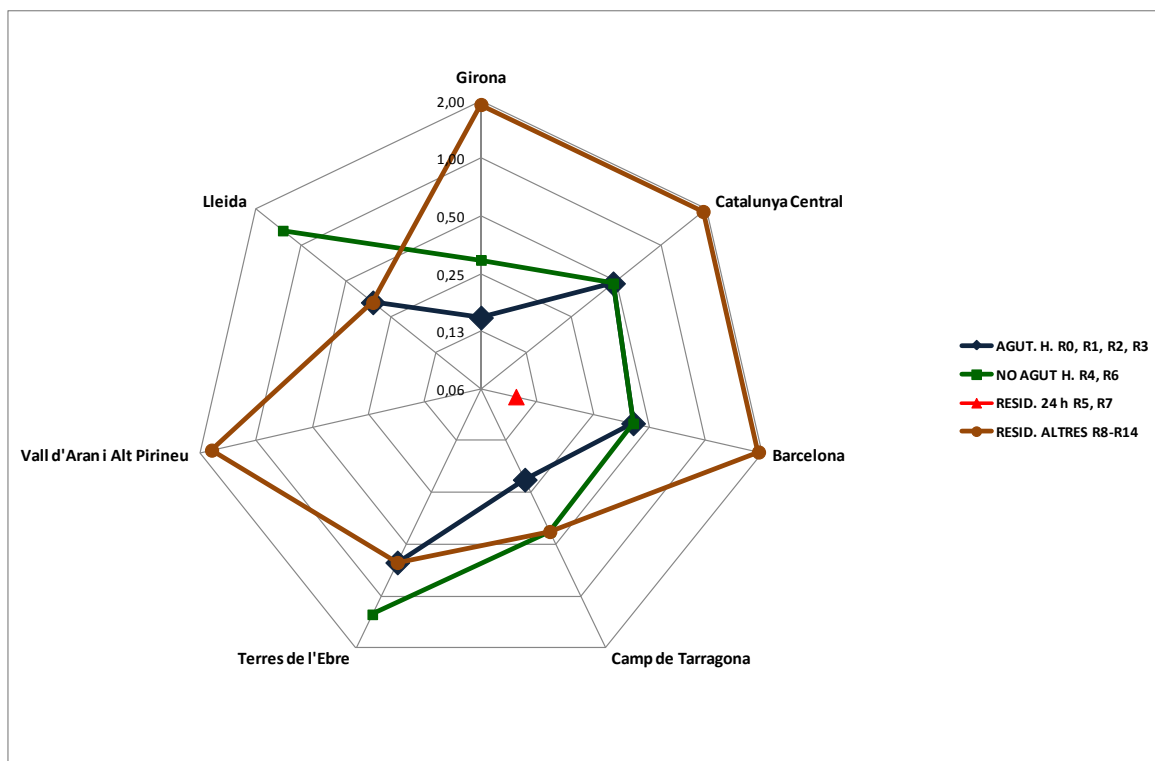


**Gràfic 14. MTC i llits/places altres diagnòstics a la Regió Sanitària Barcelona i Camp de Tarragona**

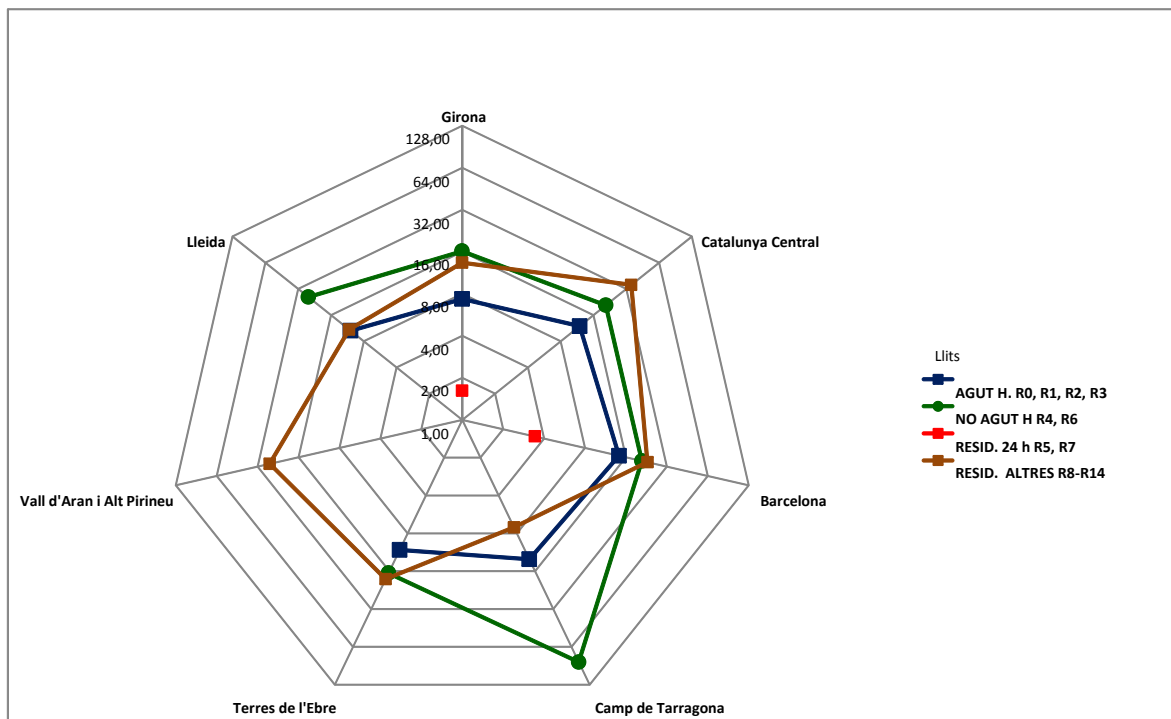


### 8.3. MTC i places/lits per regió sanitària i grup MTC del DESDE-LTC

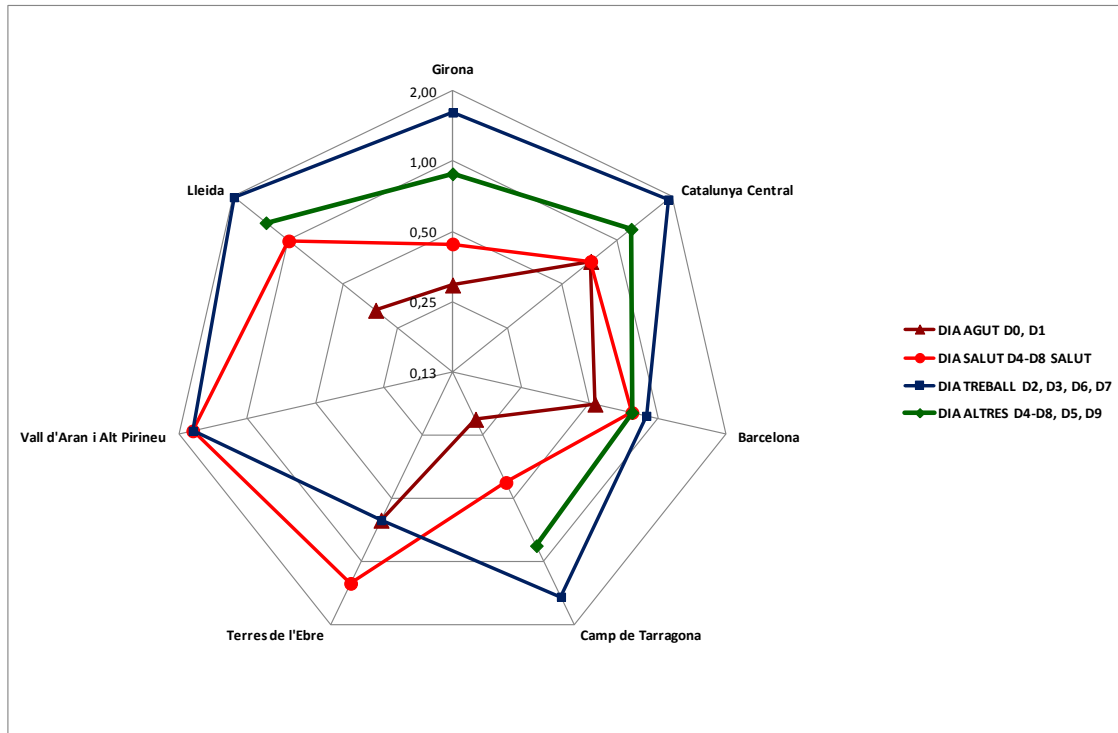
Gràfic 15. MTC d'atenció residencial per a adults per regió sanitària



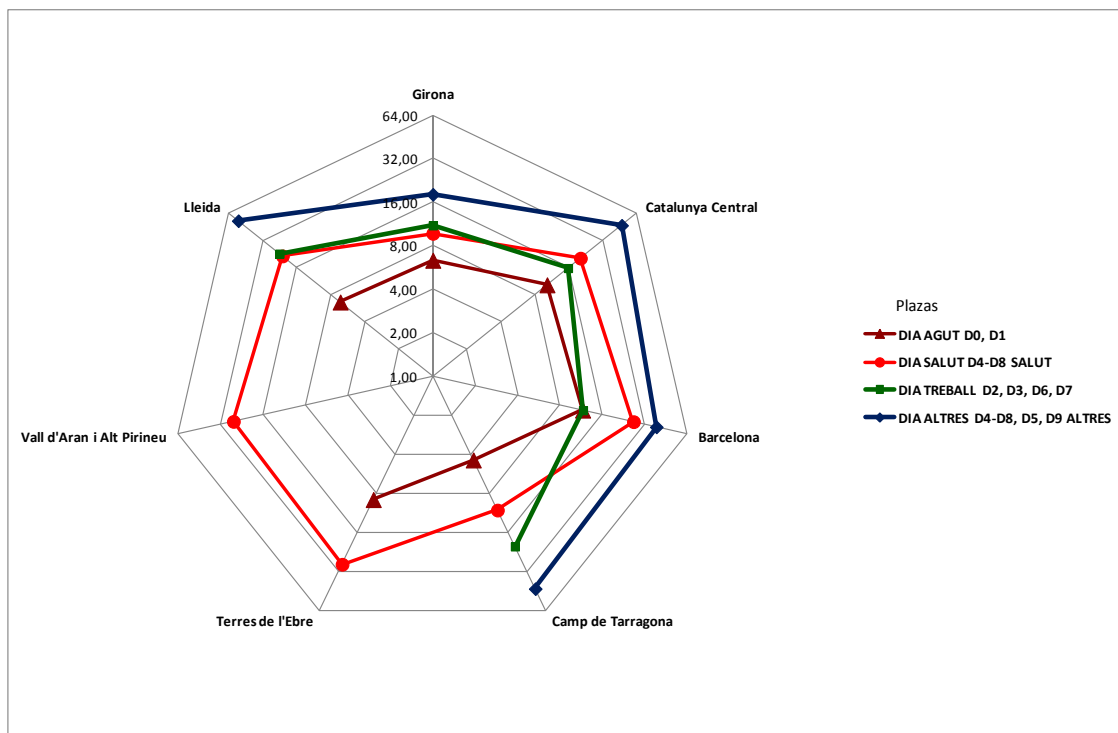
Gràfic 16. Llits/places d'atenció residencial per a adults per regió sanitària



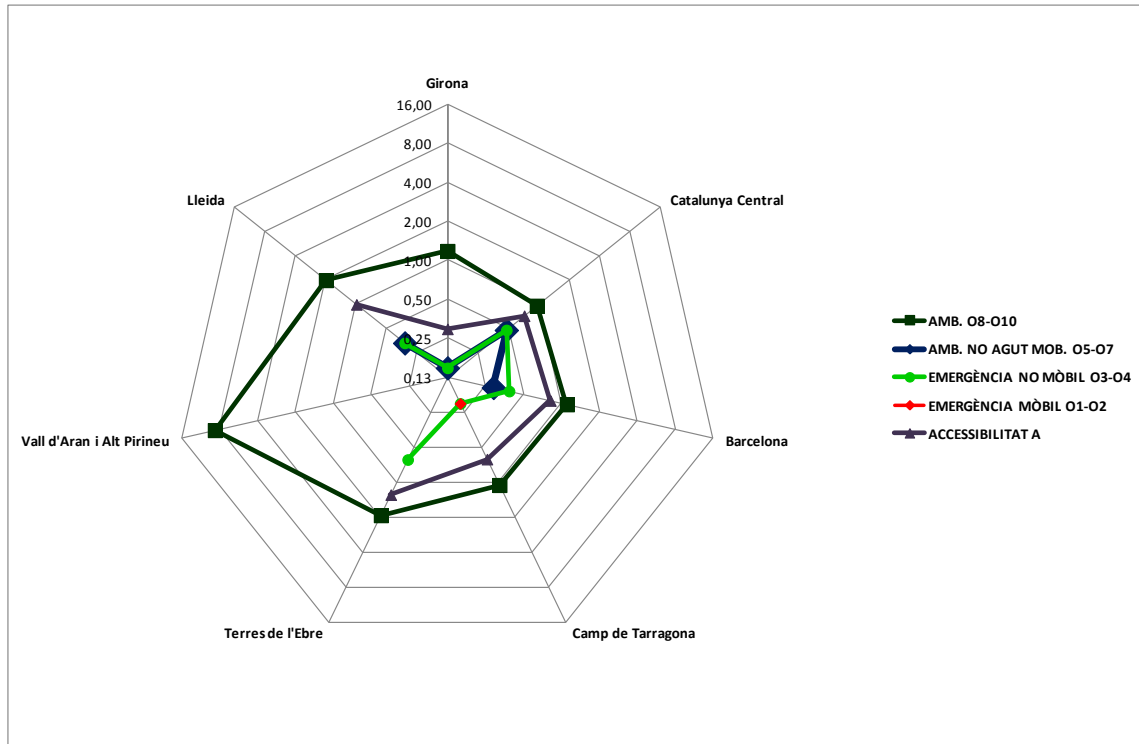
Gràfic 187. MTC d'atenció de dia per a adults per regió sanitària



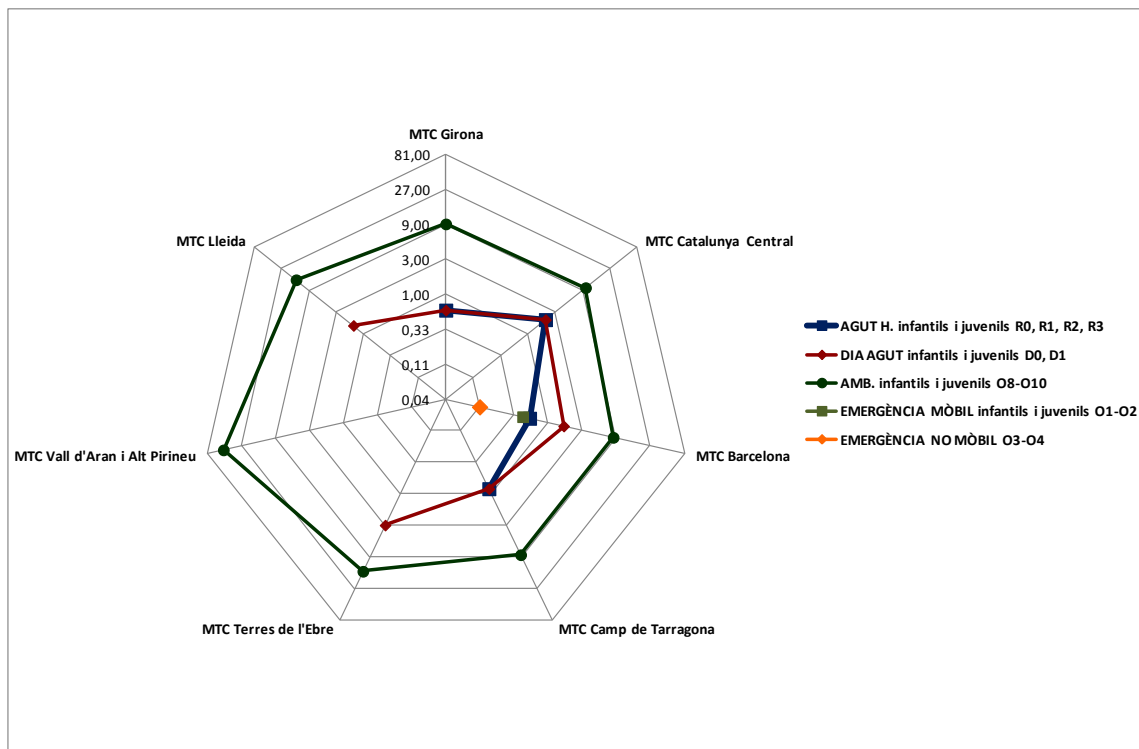
Gràfic 19. Llits/places d'atenció de dia per a adults per regió sanitària



Gràfic 19. MTC d'atenció ambulatoria per a adults per regió sanitària

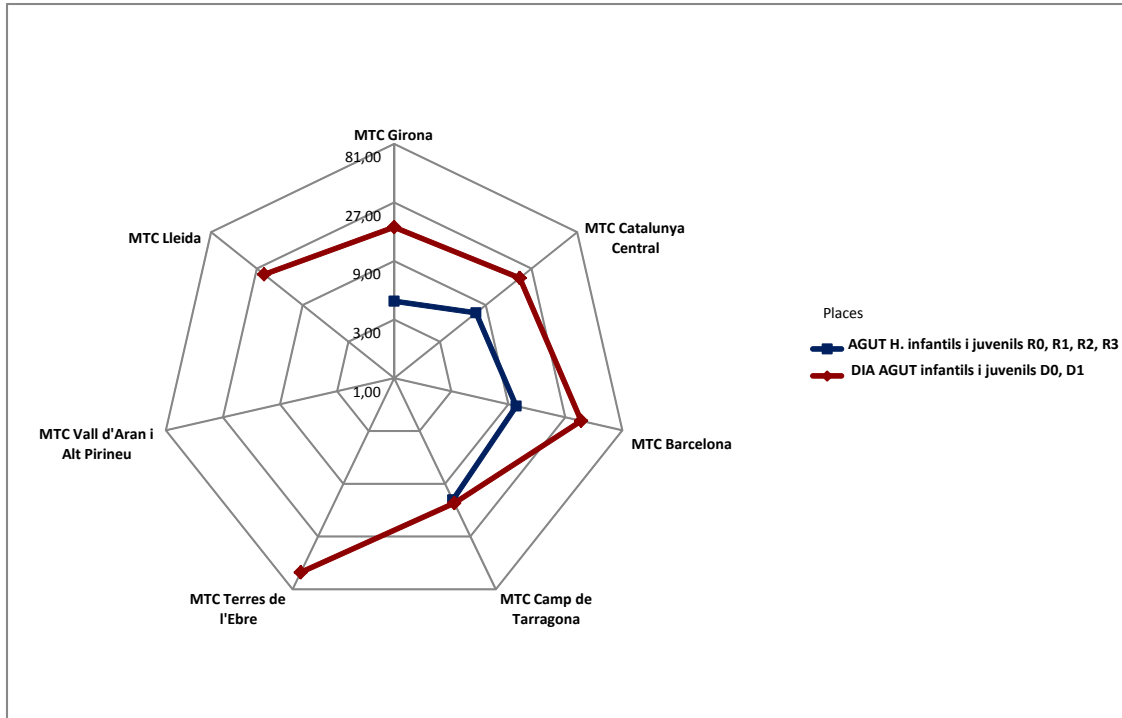


Gràfic 20. MTC infantils i juvenils per regió sanitària





Gràfic 21. Llits/places infantils i juvenils per regió sanitària



## 9. Anàlisi de l'activitat assistencial

### 9.1. Serveis ambulatoris d'atenció a la salut mental

#### Centres de salut mental d'adults

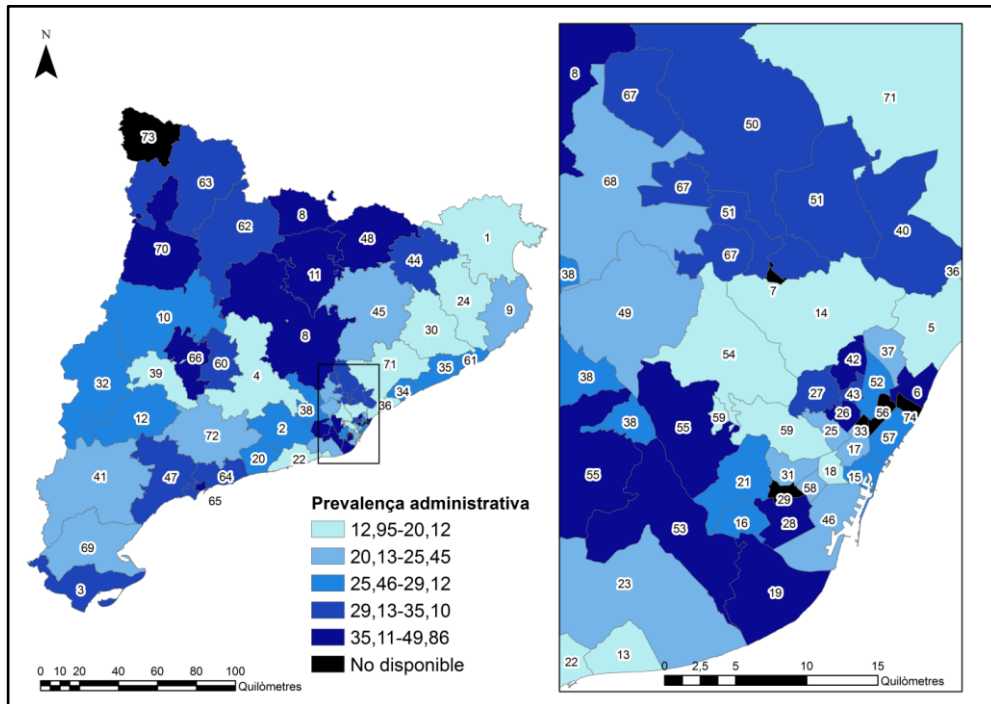
#### Llegenda

	CSMA	COD	CSMA	COD	CSMA
1	CSMA Alt Empordà	26	CSMA el Guinardó	51	CSMA Sabadell 2
2	CSMA Alt Penedès	27	CSMA Horta	52	CSMA Sant Andreu
3	CSMA Amposta	28	CSMA l'Hospitalet 1	53	CSMA Sant Boi
4	CSMA Anoia	29	CSMA l'Hospitalet 2	54	CSMA Sant Cugat
5	CSMA Badalona 1	30	CSMA Selva	55	CSMA Sant Feliu de Llobregat
6	CSMA Badalona 2	31	CSMA les Corts	56	CSMA Sant Martí Nord
7	CSMA Badia	32	CSMA Lleida	57	CSMA Sant Martí Sud
8	CSMA Bages	33	CSMA Maragall	58	CSMA Sants
9	CSMA Baix Empordà	34	CSMA Maresme Centre	59	CSMA Sarrià-Sant Gervasi
10	CSMA Balaguer	35	CSMA Maresme Nord	60	CSMA Segarra
11	CSMA Berga	36	CSMA Maresme Sud	61	CSMA Selva Marítima
12	CSMA les Borges Blanques	37	CSMA Martí i Julià	62	CSMA la Seu d'Urgell
13	CSMA Castelldefels	38	CSMA Martorell	63	CSMA Sort
14	CSMA Cerdanyola	39	CSMA Mollerussa	64	CSMA Tarragona Nord
15	CSMA Ciutat Vella	40	CSMA Mollet	65	CSMA Tarragona Sud
16	CSMA Cornellà	41	CSMA Móra d'Ebre	66	CSMA Tàrraga
17	CSMA Dreta Eixample	42	CSMA Nou Barris Nord	67	CSMA Terrassa 1
18	CSMA Esquerra Eixample	43	CSMA Nou Barris Sud	68	CSMA Terrassa 2
19	CSMA el Prat de Llobregat	44	CSMA Olot	69	CSMA Tortosa
20	CSMA el Vendrell	45	CSMA Osona	70	CSMA Tremp
21	CSMA Esplugues de Llobregat	46	CSMA el Poble-sec	71	CSMA Vallès Oriental
22	CSMA Garraf	47	CSMA Reus	72	CSMA Valls
23	CSMA Gavà	48	CSMA Ripollès	73	CSMA Vielha
24	CSMA Gironès - Pla de l'Estany	49	CSMA Rubí	74	USM la Mina
25	CSMA Gràcia	50	CSMA Sabadell 1		



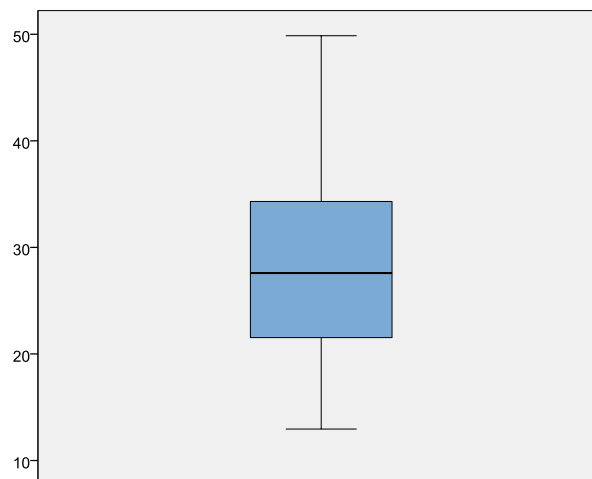
La prevalença assistida en CSMA a Catalunya és de 25,9 pacients per 1.000 habitants. Els CSMA amb prevalença superior a 45 per 1.000 són el Guinardó, Tarragona Sud i Nou Barris Nord. En canvi, al voltant de 15 per 1.000 es troben al Pla d'Urgell, el Garraf, Cerdanyola i l'Anoia.

**Mapa 89. Prevalença assistida a CSMA per 1.000 habitants (pacients/més grans de 17 anys amb targeta sanitària per 1.000)**



Font: CMBD-CSMA, 2009.

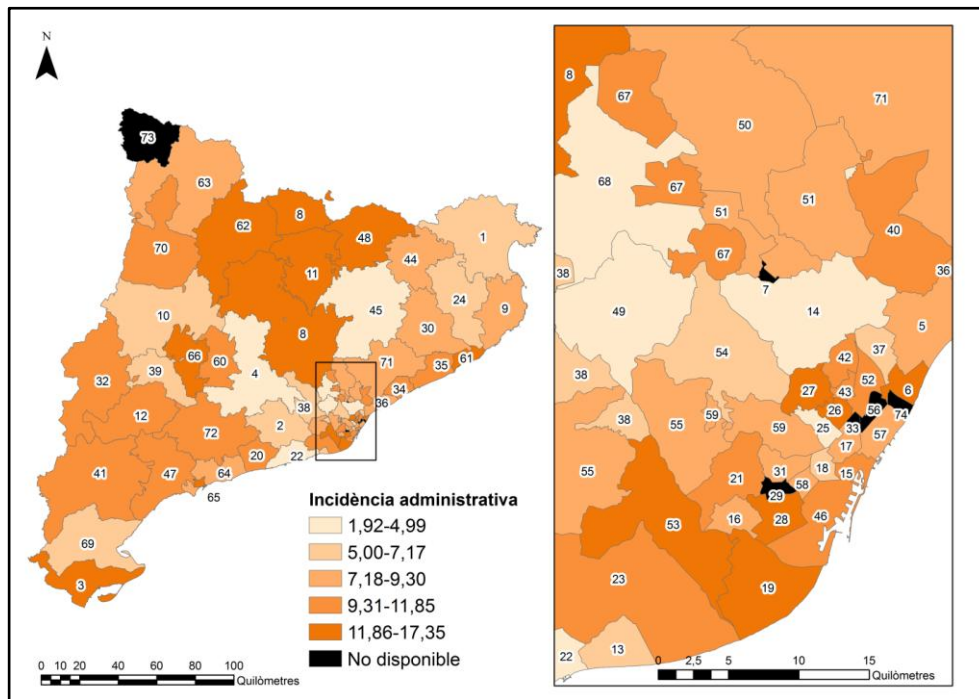
**Gràfic 22. Box plot de la prevalença assistida a CSMA per 1.000 habitants (valor màxim i mínim, límit dels quartils i mediana)**



Font: CMBD-CSMA, 2009.

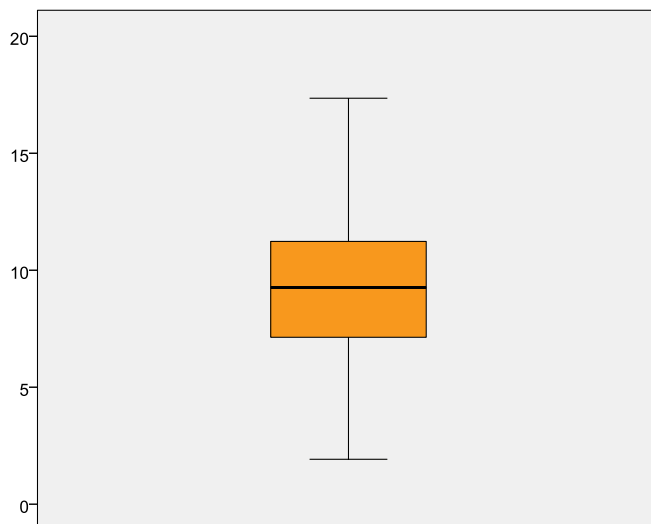
La incidència assistida mitjana a CSMA va ser de 8,7 per 1.000. Per sobre de 15 pacients nous per 1.000 habitants hi ha els CSMA del Prat de Llobregat, Horta, l'Hospitalet 1, el Bages i el Guinardó. Per sota de 4 per 1.000 hi ha Cerdanyola, l'Anoia i Gràcia.

**Mapa 90. Incidència assistida a CSMA per 1.000 habitants**



Font: CMBD-CSMA, 2009.

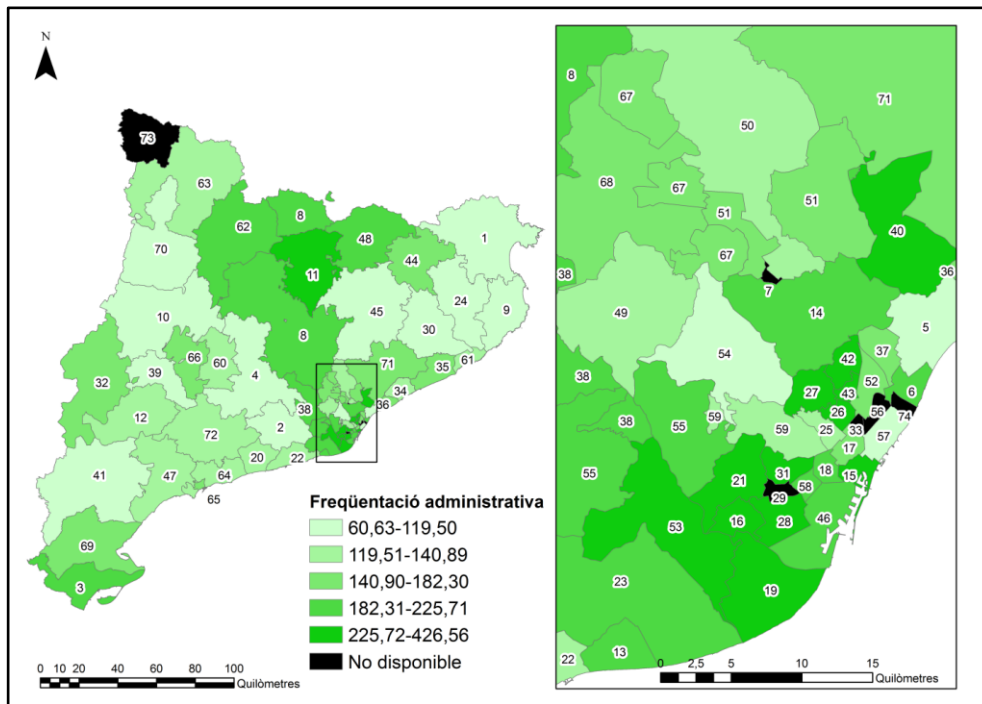
**Gràfic 23. Incidència assistida a CSMA per 1.000 habitants (valor màxim i mínim, límit dels quartils i mitjana)**



Font: CMBD-CSMA, 2009.

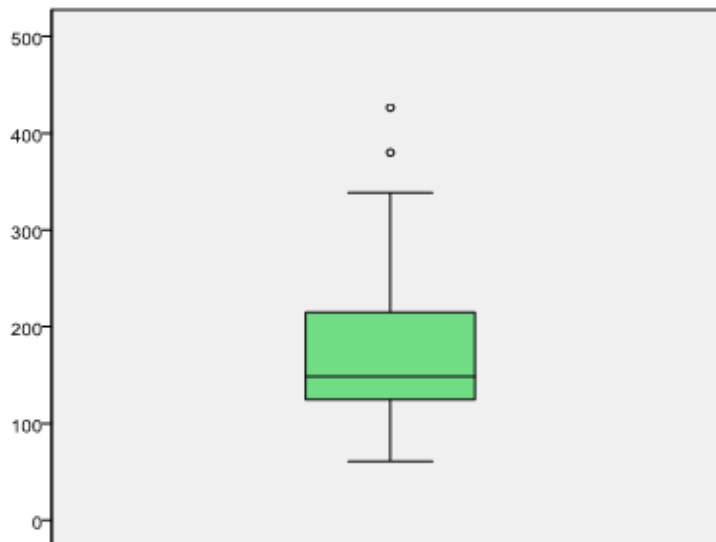
La freqüentació a CSMA és de 165,4 visites per 1.000 habitants. Les xifres de freqüentació més elevades estan per sobre de 300 per 1.000 i les posseeixen Horta, el Berguedà, el Guinardó i Nou Barris Nord. Aquests. Les menors freqüentacions corresponen a Balaguer, l'Anoia, l'Alt Empordà i el Pla d'Urgell.

**Mapa 91. Freqüentació a CSMA per 1.000 habitants**



Font: CMBD-CSMA, 2009.

**Gràfic 24. Freqüentació a CSMA per 1.000 habitants**



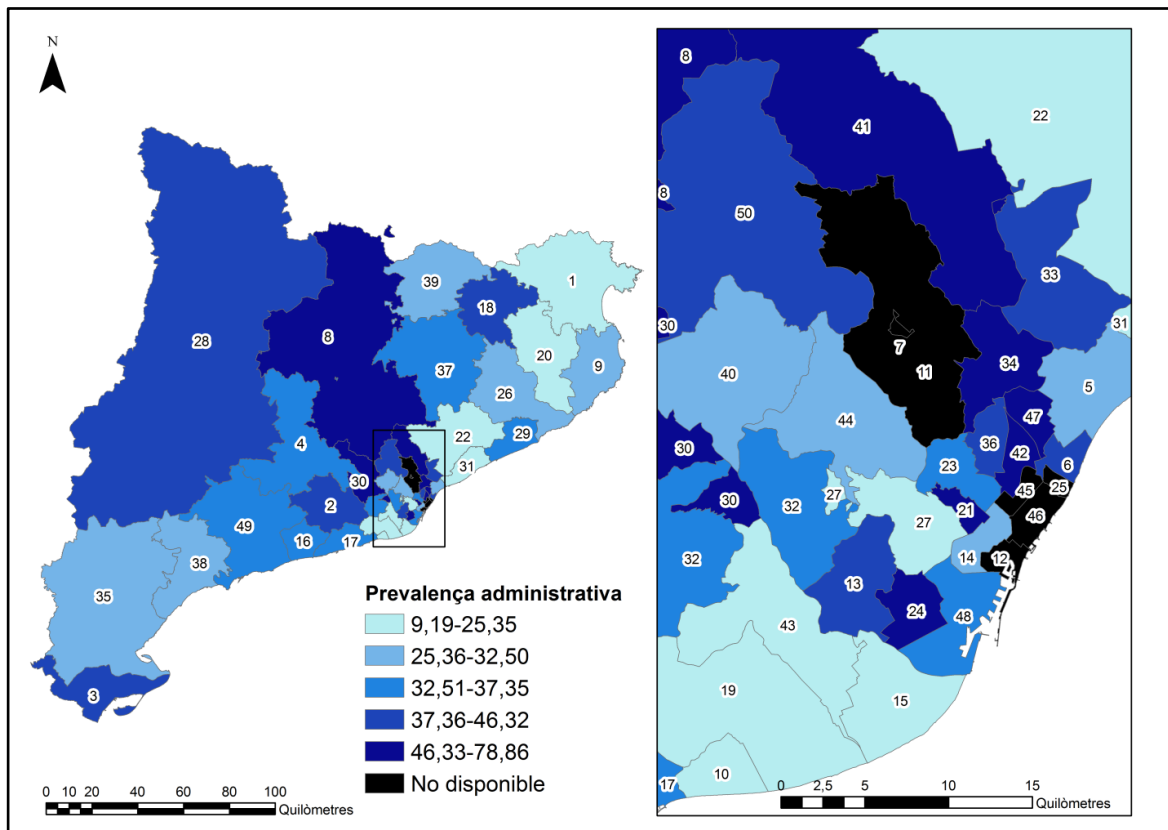
Font: CMBD-CSMA, 2009.

**Centres de salut mental infantils i juvenils****Llegenda**

COD	CSMIJ	COD	CSMIJ
1	CSMIJ Alt Empordà	26	CSMIJ Selva
2	CSMIJ Alt Penedès	27	CSMIJ les Corts-Sarrià-Sant Gervasi
3	CSMIJ Amposta	28	CSMIJ Lleida
4	CSMIJ Anoia	29	CSMIJ Maresme Nord
5	CSMIJ Badalona 1	30	CSMIJ Martorell
6	CSMIJ Badalona 2	31	CSMIJ Mataró
7	CSMIJ Badia	32	CSMIJ Molins de Rei
8	CSMIJ Bages	33	CSMIJ Mollet del Vallès
9	CSMIJ Baix Empordà	34	CSMIJ Montcada i Reixac
10	CSMIJ Castelldefels	35	CSMIJ Tortosa
11	CSMIJ Cerdanyola-Ripollet	36	CSMIJ Nou Barris
12	CSMIJ Ciutat Vella	37	CSMIJ Osona
13	CSMIJ Cornellà	38	CSMIJ Reus
14	CSMIJ l'Eixample	39	CSMIJ Ripollès
15	CSMIJ el Prat de Llobregat	40	CSMIJ Rubí
16	CSMIJ el Vendrell	41	CSMIJ Sabadell
17	CSMIJ Garraf	42	CSMIJ Sant Andreu
18	CSMIJ Olot	43	CSMIJ Sant Boi
19	CSMIJ Gavà	44	CSMIJ Sant Cugat
20	CSMIJ Girona	45	CSMIJ Sant Martí Nord
21	CSMIJ Gràcia	46	CSMIJ Sant Martí Sud
22	CSMIJ Granollers	47	CSMIJ Santa Coloma de Gramenet
23	CSMIJ Horta-Guinardó	48	CSMIJ Sants-Montjuïc
24	CSMIJ l'Hospitalet	49	CSMIJ Tarragona
25	CSMIJ la Mina	50	CSMIJ Terrassa

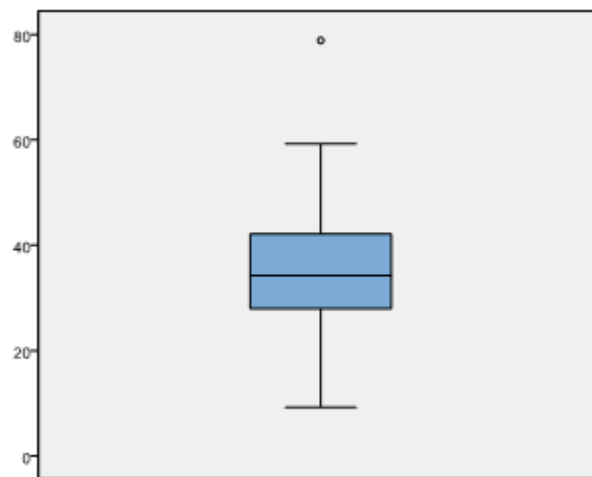
Als CSMIJ, la prevalença assistida regional és de 33,2 pacients per 1.000 menors de 18 anys. Les prevalences més elevades corresponen a Sant Andreu, Santa Coloma de Gramenet i Montcada i Reixac, amb més del 55 per 1.000. El *box plot* identifica aquesta última com a *outlier*. Els CSMIJ de Sant Boi, Gavà i Castelldefels tenen una prevalença inferior a 15 per 1.000.

Mapa 92. Prevalença assistida a CSMIJ per 1.000 habitants



Font: CMBD-CSMIJ, 2009.

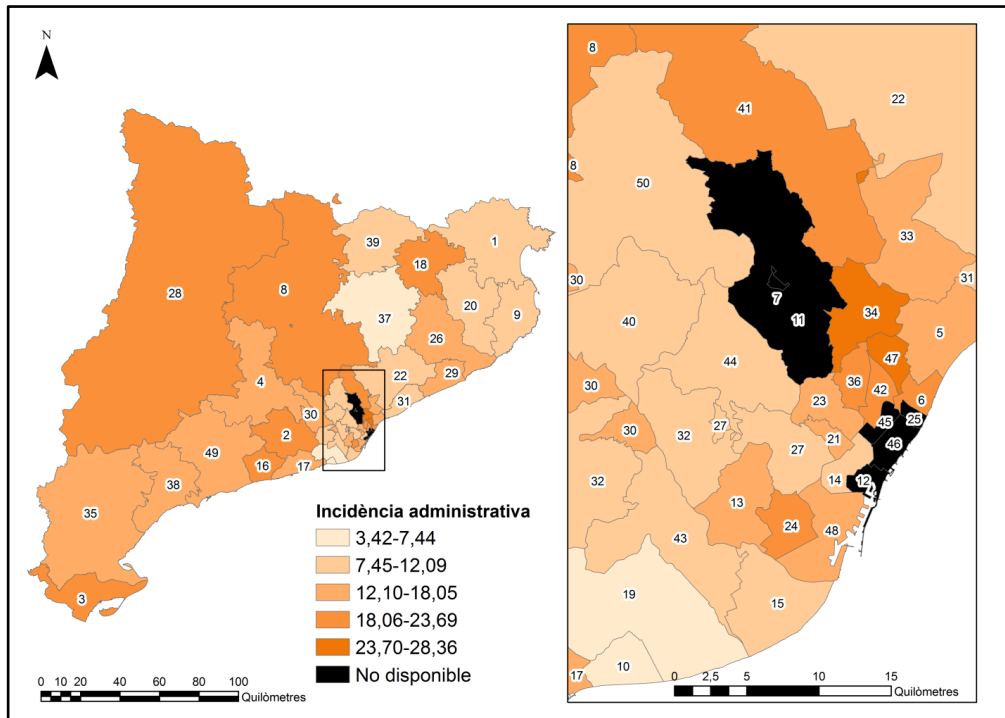
Gràfic 25. Prevalença assistida a CSMIJ per 1.000 habitants.



Font: CMBD-CSMIJ, 2009.

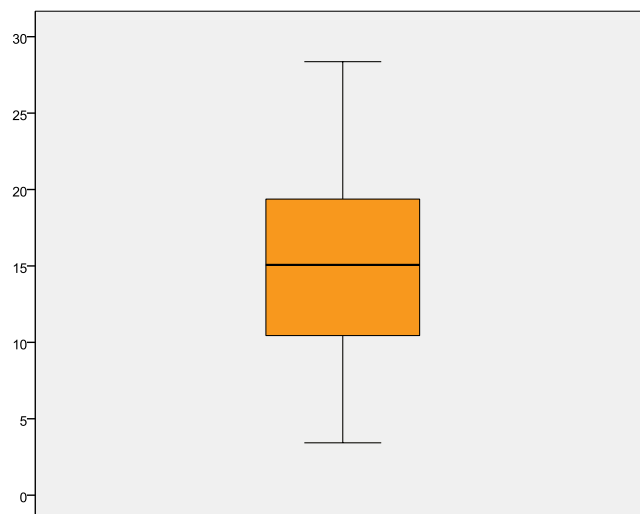
La incidència assistida als CSMIJ a Catalunya era de 14 per 1.000 a l'any 2009. Les incidències principals es van donar en els CSMIJ de Santa Coloma de Gramenet i Montcada i Reixac amb valors per sobre dels 25 per 1.000. Per sota dels 5 per 1.000 únicament trobem al CSMIJ d'Osona.

**Mapa 93. Incidència assistida als CSMIJ per 1.000 habitants**



Font: CMBD-CSMIJ, 2009.

**Gràfic 26. Incidència assistida als CSMIJ per 1.000 habitants**

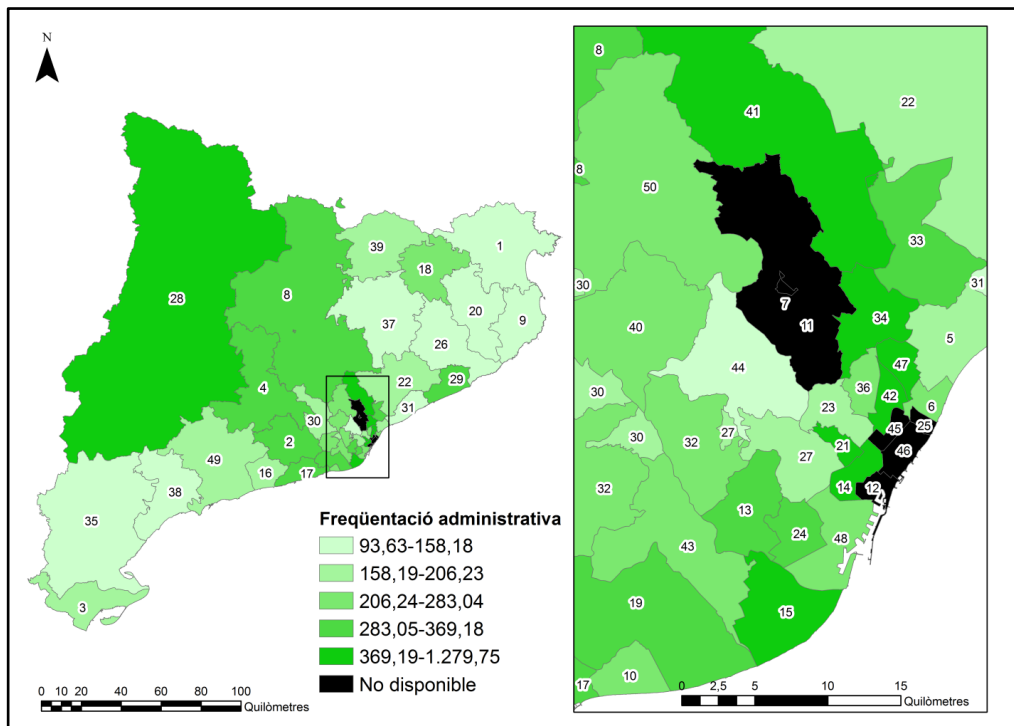


Font: CMBD-CSMIJ, 2009.



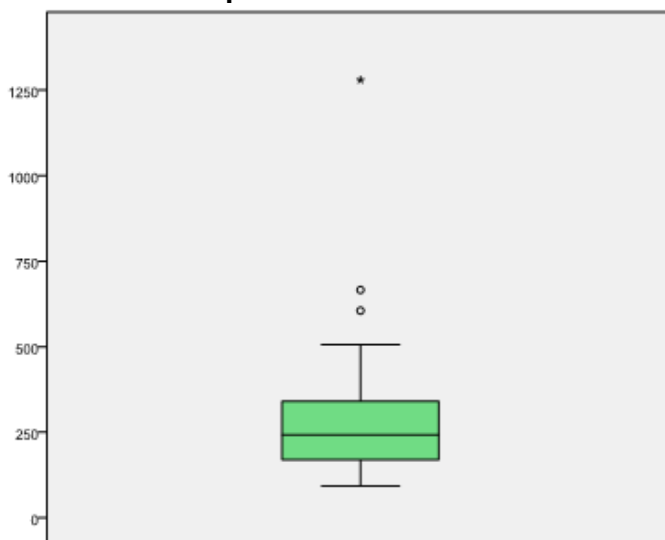
La freqüentació als CSMIJ el 2009 va ser de 254,2 visites per 1.000 habitants. El *box plot* ha detectat tres *outliers*: Montcada i Reixac, Sant Andreu i Gràcia. Per sobre de 500 per 1.000 es troba també el CSMIJ de l'Eixample. Quant als valors mínims, tant l'Alt Empordà com Mataró estan per sota de les 100 visites per 1.000 habitants.

Mapa 94. Freqüentació als CSMIJ per 1.000 habitants



Font: CMBD-CSMIJ, 2009.

Gràfic 27. Freqüentació als CSMIJ per 1.000 habitants



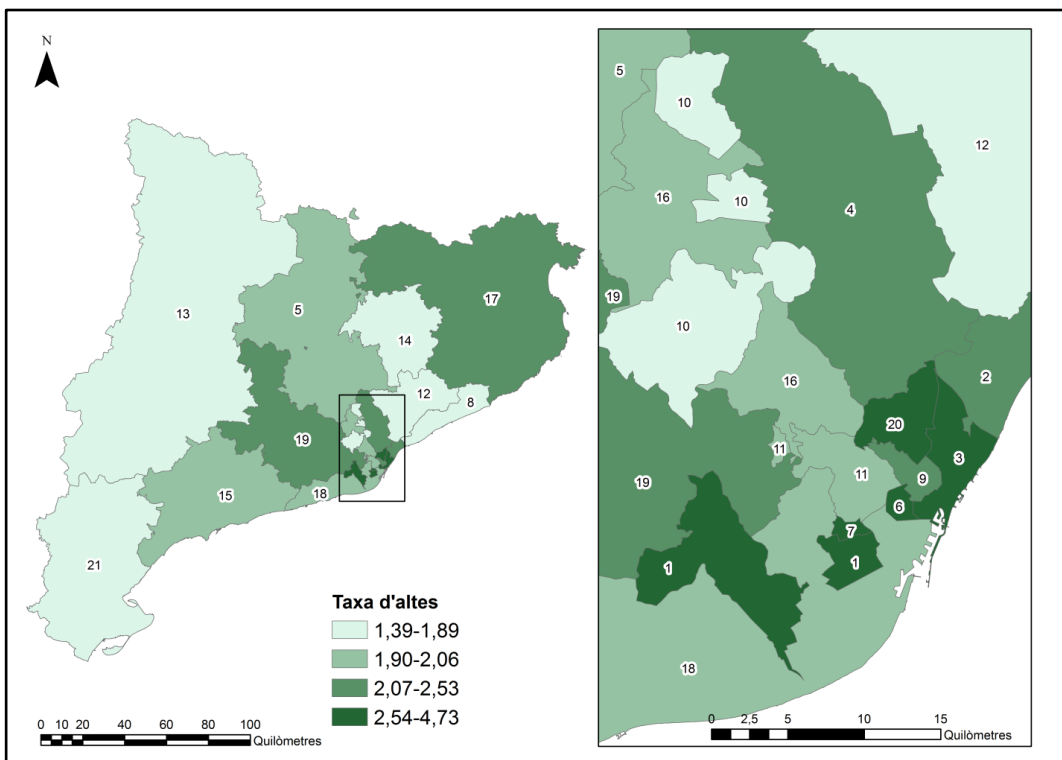
Font: CMBD-CSMIJ, 2009.

**Hospitals d'aguts****Llegenda**

<b>COD</b>	<b>Aguts</b>	<b>COD</b>	<b>Aguts</b>
<b>1</b>	Benito Menni	<b>12</b>	H. General de Granollers
<b>2</b>	CA Dr. Emili Mira i López	<b>13</b>	H. Santa Maria
<b>3</b>	Centre FÒRUM	<b>14</b>	HG de Vic
<b>4</b>	CS Parc Taulí	<b>15</b>	Institut Pere Mata
<b>5</b>	Fundació Althaia	<b>16</b>	Mútua de Terrassa
<b>6</b>	H. Clínic	<b>17</b>	PH Martí i Julià
<b>7</b>	H. de Bellvitge	<b>18</b>	PS Sant Joan de Déu
<b>8</b>	H. de Mataró	<b>19</b>	Sagrat Cor SSM
<b>9</b>	H. de Sant Pau	<b>20</b>	UIPA St. Rafael
<b>10</b>	H. de Terrassa	<b>21</b>	UP Amposta
<b>11</b>	H. Duran i Reynals		

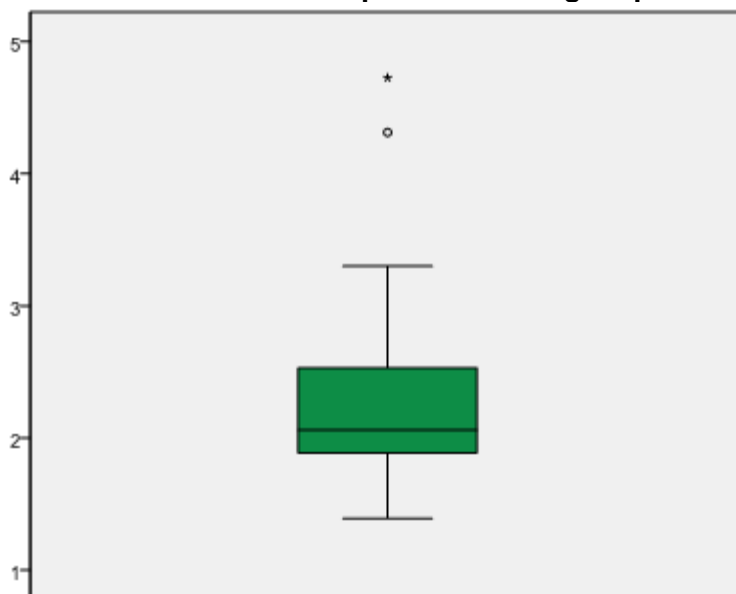
La taxa d'altres en HA a Catalunya el 2009 va ser de 2,2 altres per 1.000 habitants. Els hospitals Complex Assistencial Benito Menni, UIPA Sant Rafael/Vall d'Hebron i l'Institut Psiquiàtric de Barcelona tenen una taxa superior a les 3 altres per 1.000 habitants. El *box plot* identifica els dos primers com *outliers*. El valor mínim, per sota de 1,5 per 1.000, correspon a l'Hospital de Granollers.

**Mapa 95. Taxa d'altres en serveis d'hospitalització d'aguts per 1.000 habitants**



Font: CMBD-hospitals d'aguts i psiquiàtrics, 2009.

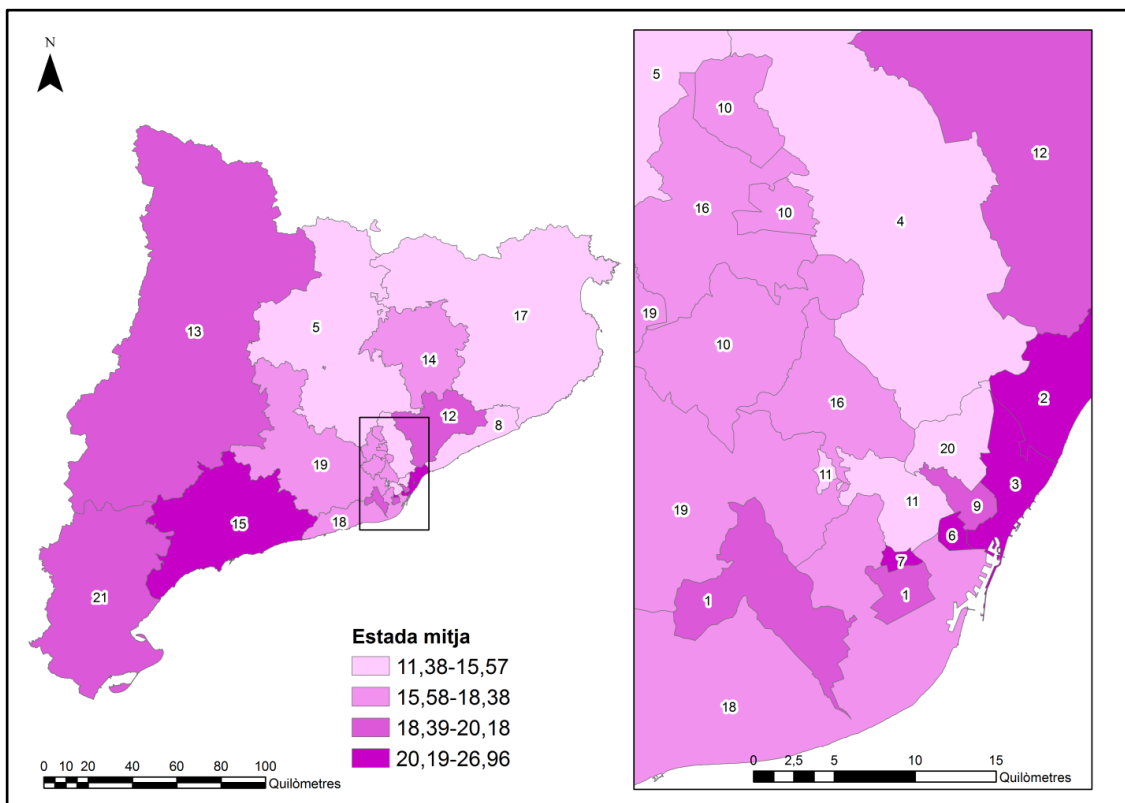
**Gràfic 2820. Taxa d'altres en serveis d'hospitalització d'aguts per 1.000 habitants**



Font: CMBD-hospitals d'aguts i psiquiàtrics, 2009.

L'estada mitjana en els serveis d'hospitalització d'aguts va ser de 18,4 dies. Per serveis, destaquen l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, l'Institut Pere Mata, l'Hospital Clínic, el Centre FÒRUM, l'Hospital de Bellvitge i els Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López, amb més de 20 dies d'estada. Per sota de 14 dies hi ha la UIPA Sant Rafael/Vall d'Hebron i l'Hospital de Sta. Caterina.

**Mapa 96. Estada mitjana en serveis d'hospitalització d'aguts per 1.000 habitants**

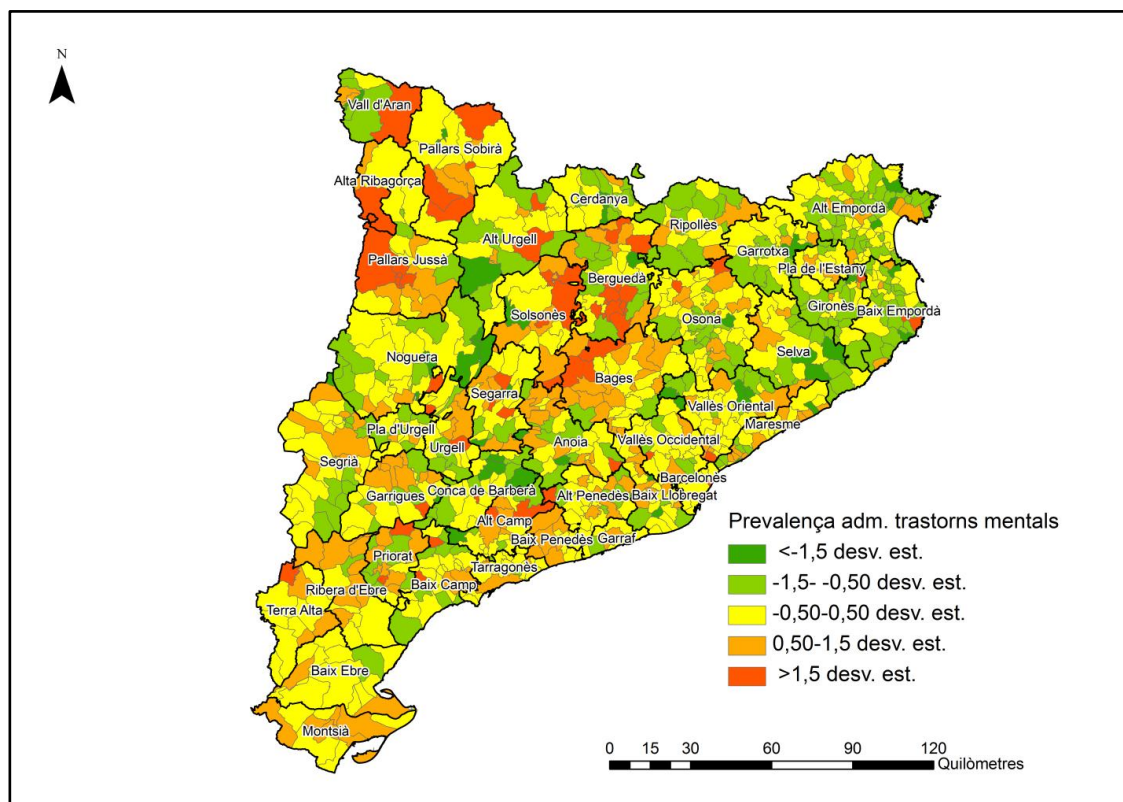


Font: CMBD-hospitals d'aguts i psiquiàtrics, 2009.

## 10. Anàlisi espacial

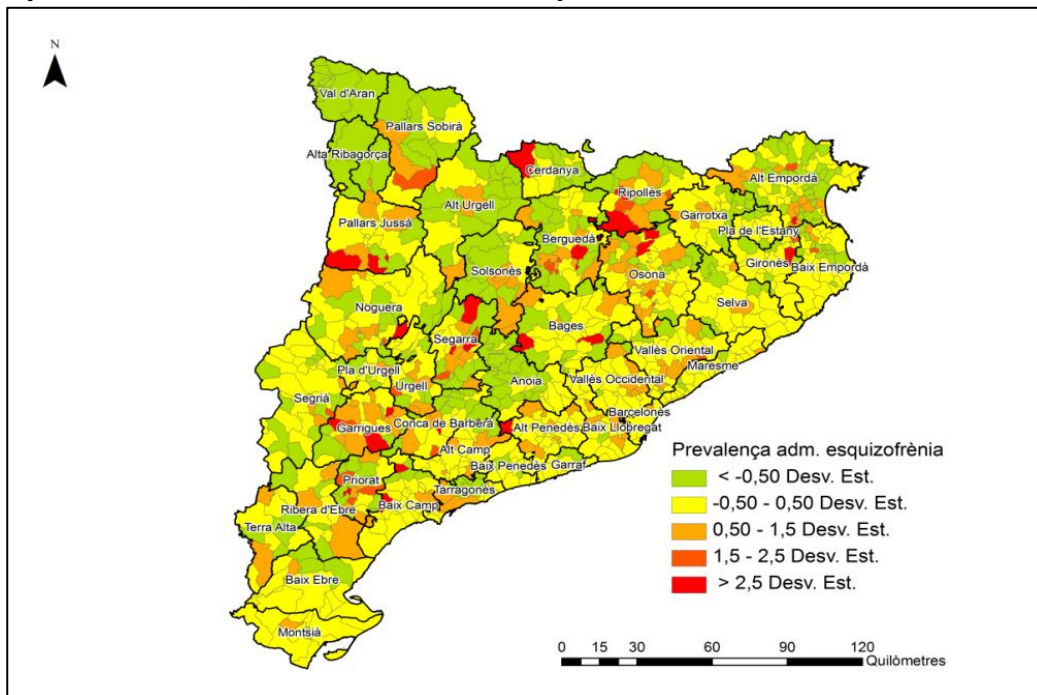
El CMBD de 2009 disposa d'informació sobre 214.000 pacients, dels quals se'n va descartar el 0,8% perquè les variables "municipi de residència", "sexe" o "edat" eren incompletes o errònies. Així doncs, el total de pacients que es van considerar en les anàlisis va ser de 212.196 per a l'anàlisi general, 25.270 per a l'anàlisi específica d'esquizofrènia i 24.580 per a les anàlisis específiques de depressió. Les dades dels pacients es van extreure per municipi com a unitat espacial d'anàlisi, i per sexe i grup d'edat per poder calcular les taxes estandarditzades de prevalença administrativa (per 1.000 habitants), utilitzant el mètode directe i tenint a la comunitat com a població estàndard (Rezaeian, Dunn, et al., 2007). En els mapes 97, 98 i 99 es presenten els valors de prevalença administrativa dels trastorns mentals en general, esquizofrènia i depressió per municipis catalans, respectivament.

### Mapa 97. Prevalença administrativa de qualsevol trastorn mental en els centres de salut mental



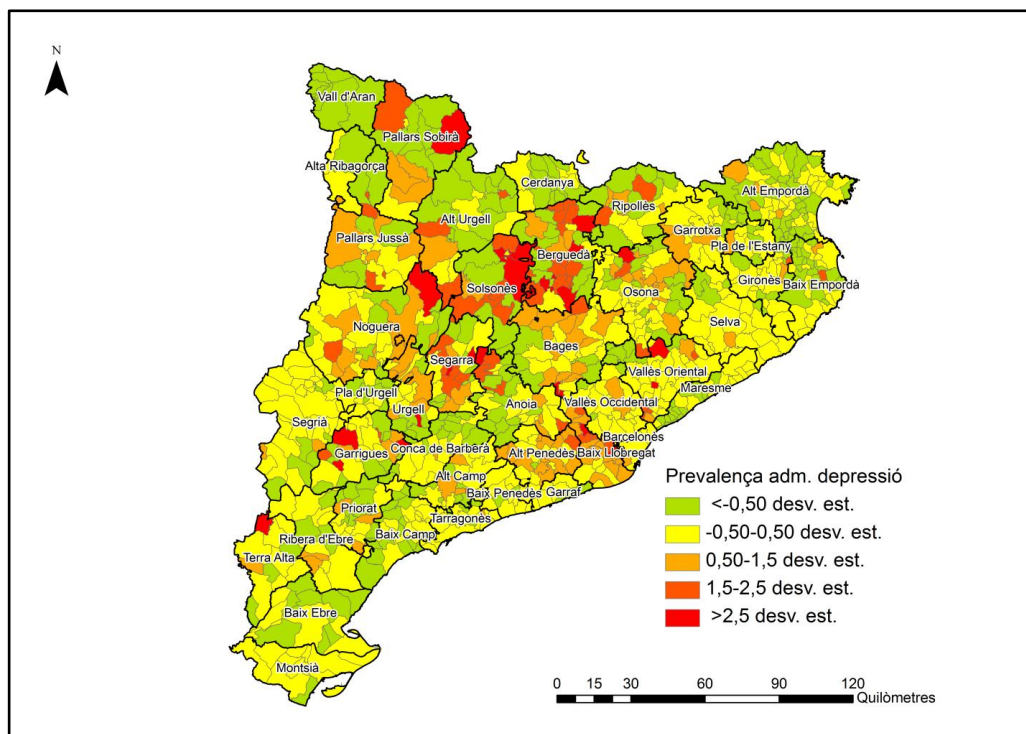
Font: CMBD-CSM, 2009.

Mapa 98. Prevalença administrativa d'esquizofrènia en els centres de salut mental



Font: CMBD-CSM, 2009.

Mapa 99. Prevalença administrativa de depressió en els centres de salut mental

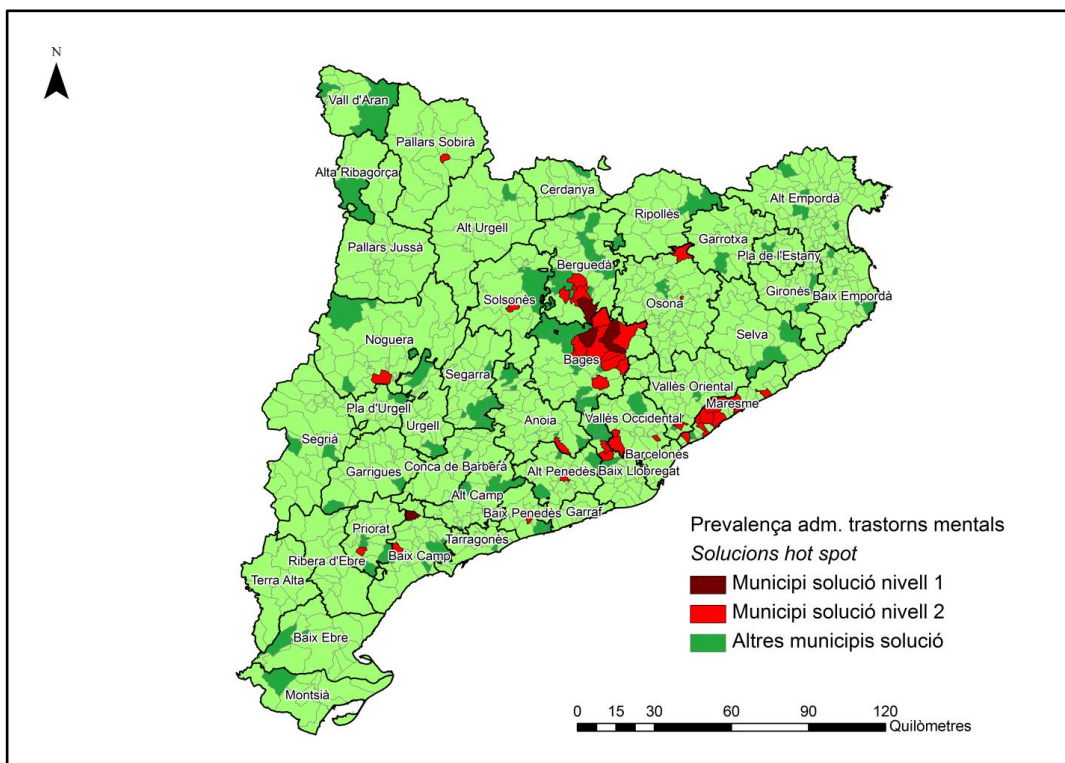


Font: CMBD-CSM, 2009.

### 10.1. Hot spots de prevalença administrativa de qualsevol trastorn mental

Existeixen tres concentracions principals de municipis considerats *hot spot* de prevalença administrativa en CSM de trastorns mentals en general (mapa 100). La concentració més alta correspon a una àrea ubicada entre les comarques del Bages i el Berguedà en la zona central de la regió (190.000 habitants aproximadament). Aquestes comarques estan ateses per dos CSMA i un CSMIJ ubicats a Manresa i Berga. S'observa una altra concentració a la comarca del Maresme situada al litoral català (350.000 habitants aproximadament). La comarca l'atenen un CSMA i un CSMIJ situats a Mataró, que és el nucli principal de població. La tercera concentració es troba en els límits de l'àrea metropolitana de Barcelona, entre les comarques del Baix Llobregat i el Vallès Occidental (1,4 milions d'habitants aproximadament). La zona concreta en què es localitza aquest *hot spot* és atesa per dos CSMA i dos CSMIJ ubicats a Martorell i Rubí.

**Mapa 100. Hot spots de prevalença administrativa dels trastorns mentals en centres de salut mental de Catalunya**

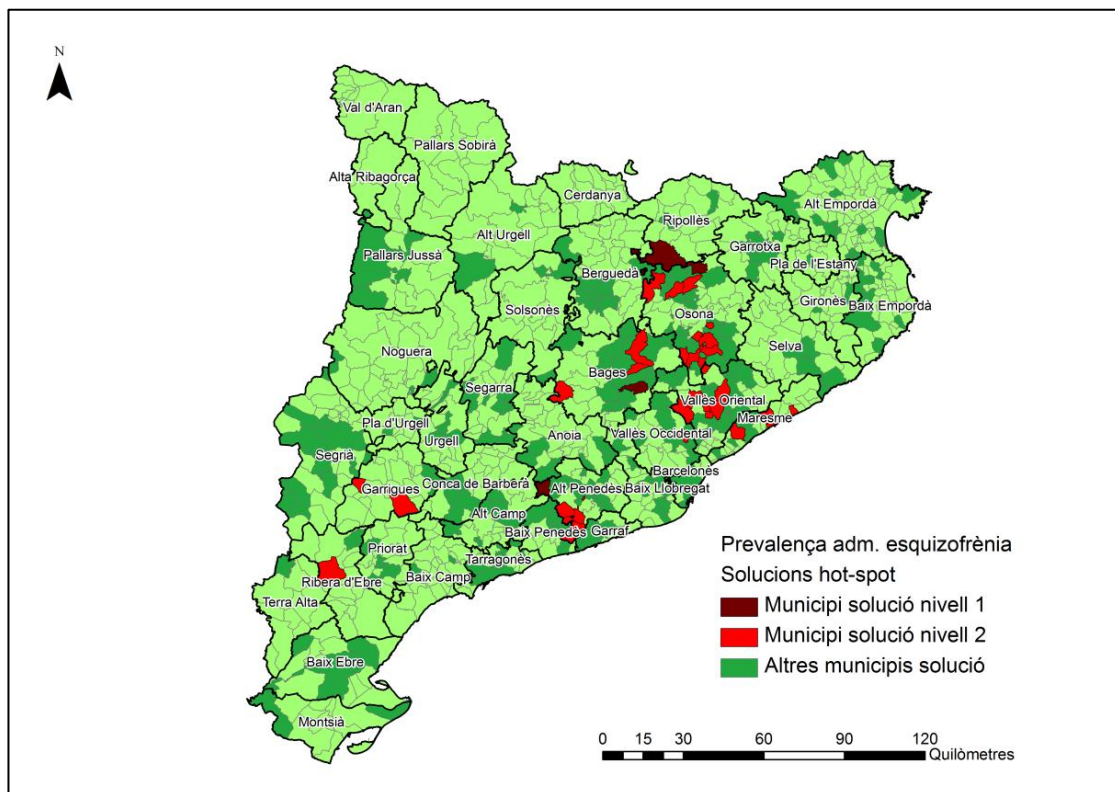


Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD, 2009.

## 10.2. Hot spots de prevalença administrativa d'esquizofrènia

Al mapa 101 es representen els *hot spots* d'esquizofrènia. S'hi poden observar tres concentracions principals. La primera concentració *hot spot* se situa entre les comarques del Ripollès i Osona (150.000 habitants aproximadament), en una zona prepirinenca del nord de la regió. L'àrea és atesa pels CSMA i CSMIJ de Ripoll i Vic. Un altre grup de *hot spots* es localitza també a la comarca d'Osona, però a l'àrea meridional relacionada amb el Bages, el Maresme i el Vallès Oriental i Occidental (1,5 milions d'habitants aproximadament). A aquestes àrees les atenen sis CSMA i sis CSMIJ a Calella, Granollers, Manresa, Mataró, Sabadell i Vic. Una tercera concentració està situada a la comarca de l'Alt Penedès (80.000 habitants aproximadament), i és atesa per dos CSMA i dos CSMIJ a Vilafranca del Penedès i el Vendrell.

### Mapa 101. Hot spots de prevalença administrativa d'esquizofrènia en centres de salut mental de Catalunya



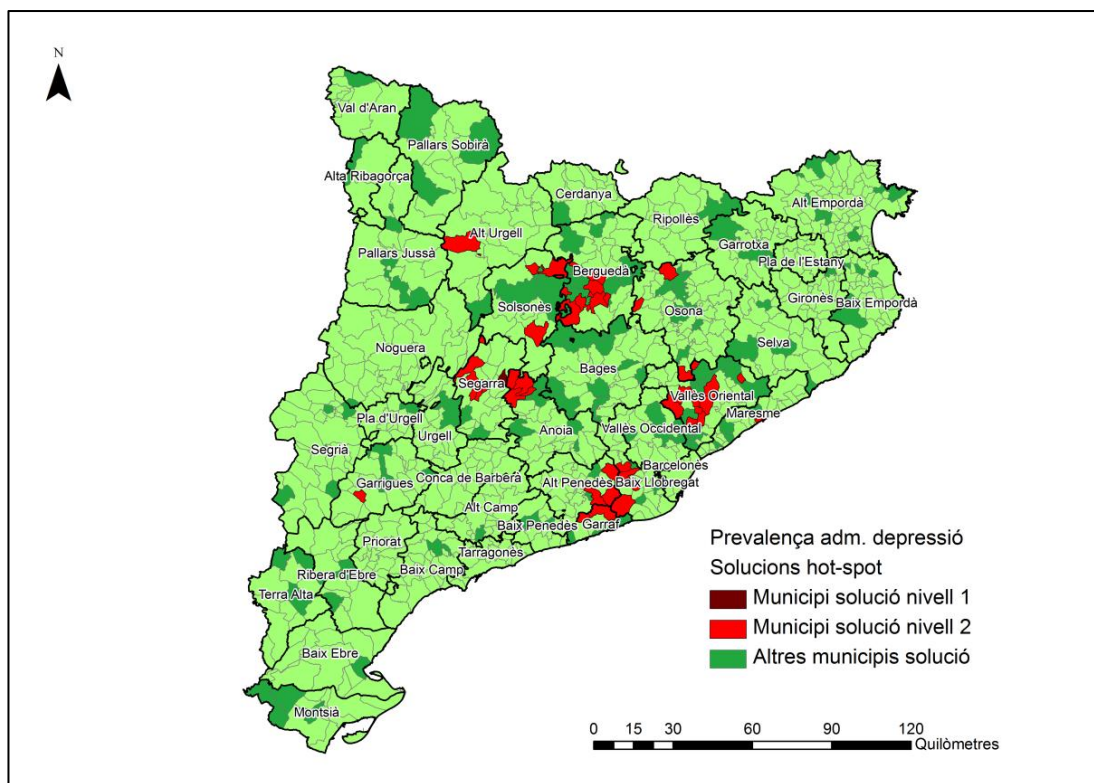
Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD, 2009.



### 10.3. Hot spots de prevalença administrativa de depressió

Els *hot spots* de depressió es descriuen en el mapa 102. En aquest cas, les concentracions de *hot spot* són quatre. La més àmplia es troba entre les comarques del Berguedà, el Solsonès i Osona (175.000 habitants aproximadament), i és atesa per tres CSMA i tres CSMIJ, que estan situats a Berga, Manresa i Vic. Entre les comarques de l'Anoia i la Segarra hi ha una altra concentració atesa per dos CSMA i dos CSMIJ a Cervera, Igualada i Lleida. A les comarques del Vallès Oriental i Osona (450.000 habitants aproximadament), s'hi troba una tercera concentració. En aquest cas, està atesa per dos CSMA i dos CSMIJ localitzats a Granollers i Vic. En últim lloc, hi ha un darrer *hot spot* entre les comarques de l'Alt Penedès, el Baix Llobregat i el Garraf (880.000 habitants aproximadament), que tenen assignats cinc CSMA i cinc CSMIJ localitzats en els municipis de Gavà, Sant Feliu de Llobregat, Martorell, Molins de Rei, Vilafranca del Penedès i Vilanova i la Geltrú.

**Mapa 102. Hot spots de prevalença administrativa de depressió en centres de salut mental de Catalunya**

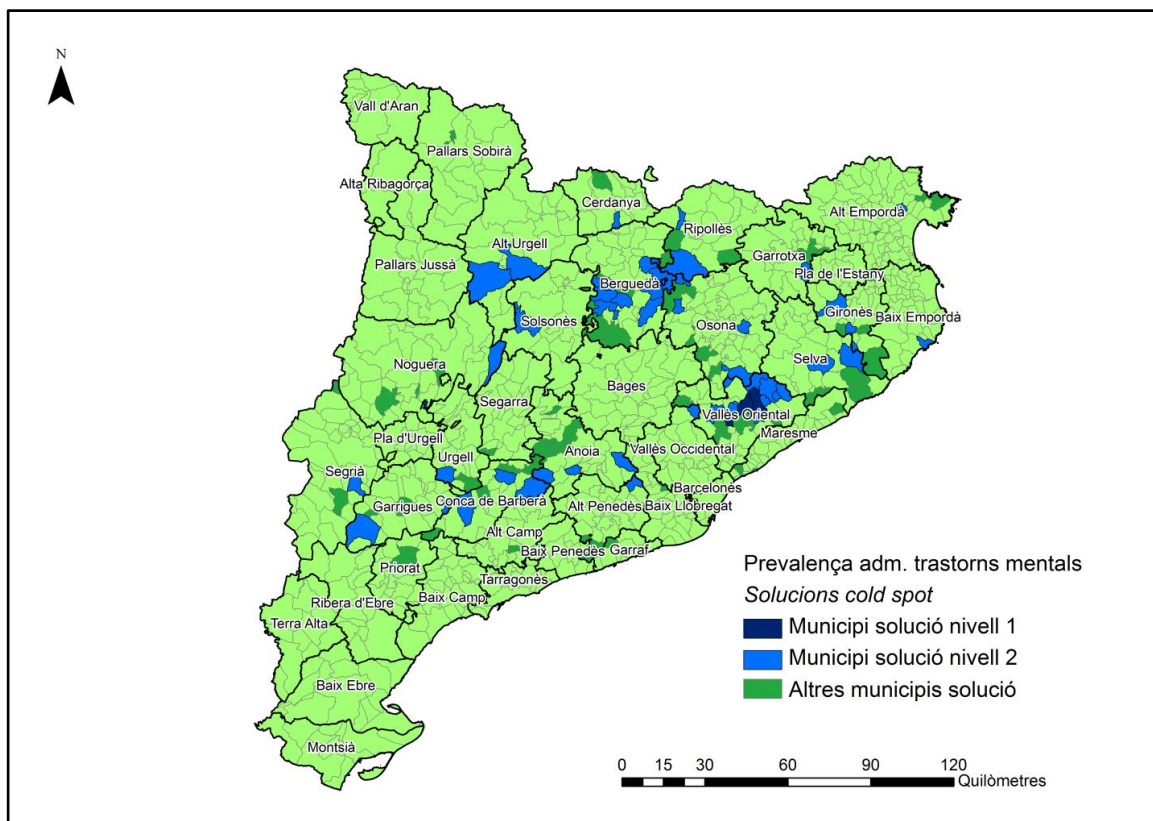


Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD, 2009.

#### 10.4. *Cold spots* de prevalença administrativa de qualsevol trastorn mental

És possible identificar dos concentracions de *cold spot* (mapa 103). La primera se situa a les comarques del Berguedà i el Ripollès (60.000 habitants aproximadament) i l'atenen dos CSMA i dos CSMIJ situats a Berga, Manresa i Ripoll. Una altra concentració s'ubica a la comarca del Vallès Oriental (320.000 habitants aproximadament), i l'atenció la duen a terme un CSMA i un CSMIJ a Granollers.

**Mapa 103. *Cold spots* de prevalença administrativa de qualsevol trastorn mental en centres de salut mental de Catalunya**

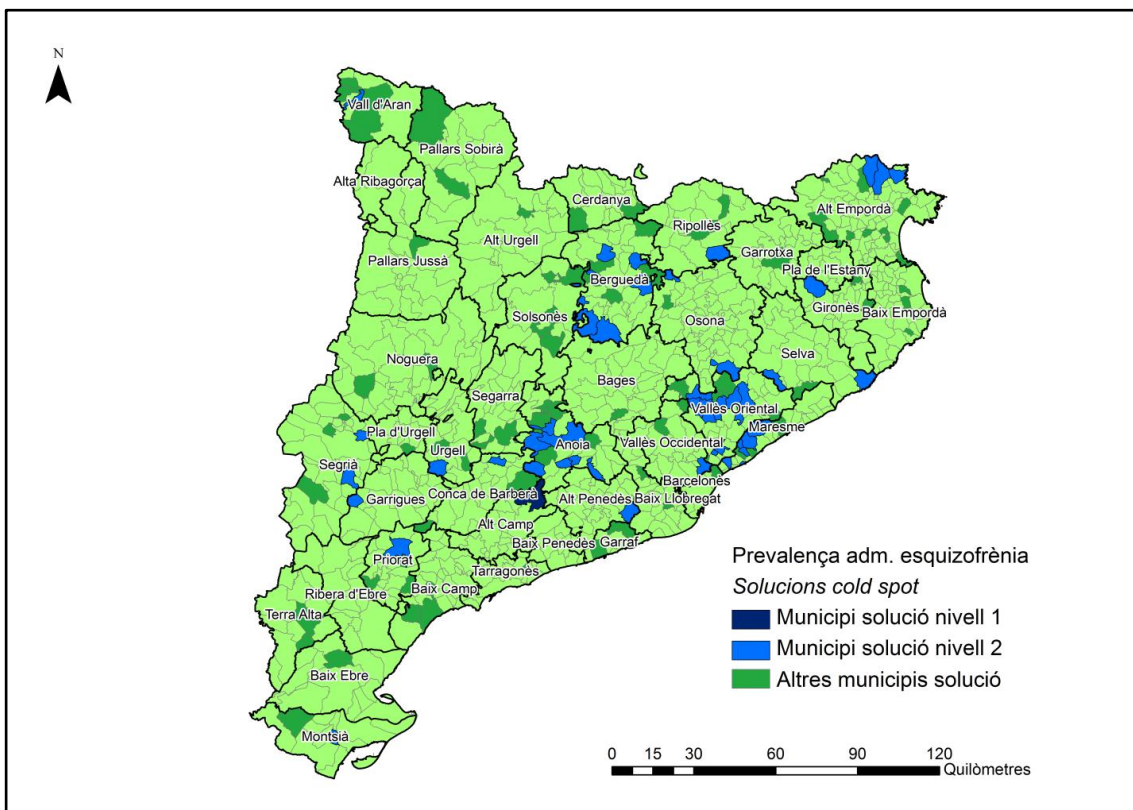


Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD, 2009.

### 10.5. Cold spots de prevalences administratives d'esquizofrènia

Al mapa 104 es poden identificar tres concentracions de *cold spots* d'esquizofrènia. Una de les concentracions de *cold spots* d'esquizofrènia es troba a la comarca del Vallès Oriental (320.000 habitants aproximadament), en la qual hi ha un CSMA i un CSMIJ a Granollers. A la comarca veïna del Maresme existeix una altra concentració (350.000 habitants aproximadament). Aquesta comarca té assignats tres CSMA i dos CSMIJ a Calella, el Masnou i Mataró. La tercera concentració es vincula al CSMA i CSMIJ d'Igualada, a la comarca de l'Anoia (90.000 habitants aproximadament).

**Mapa 104. Cold spots de prevalences administratives d'esquizofrènia en centres de salut mental**

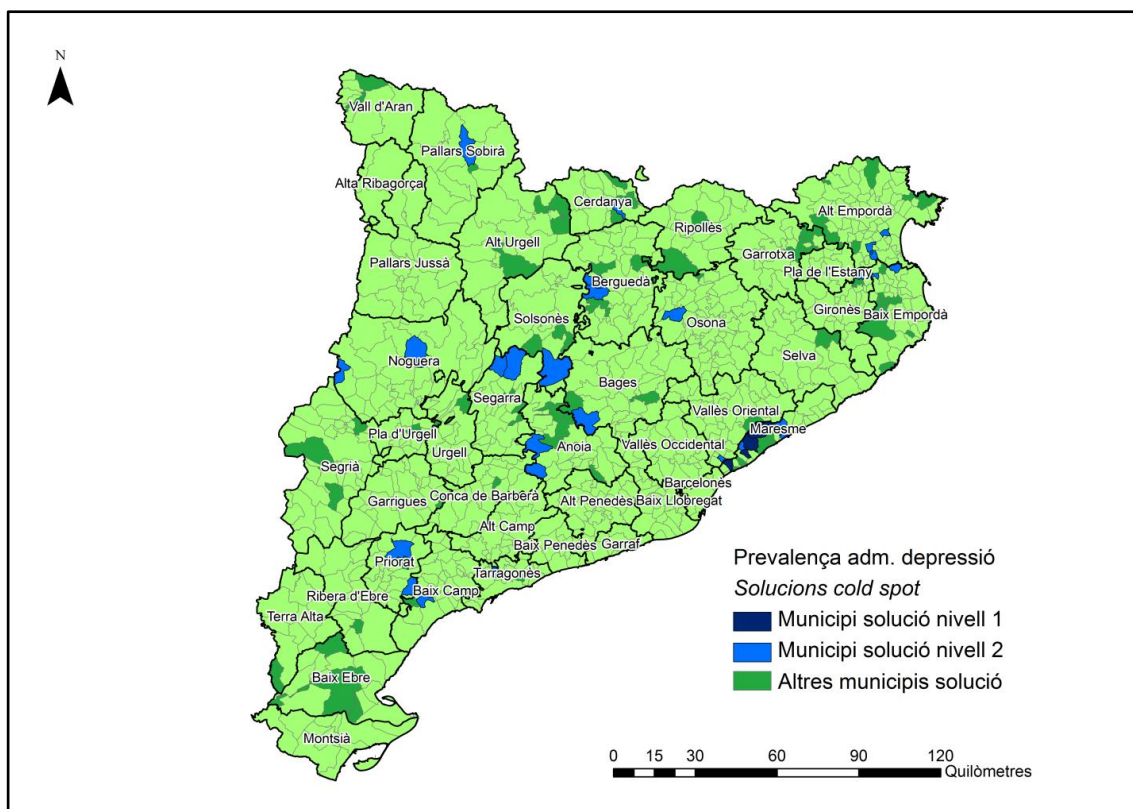


Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD, 2009.

## 10.6. Cold spots de prevalències administratives de depressió

La concentració principal de *cold spots* de depressió (mapa 105) s'ubica a la comarca del Maresme (350.000 habitants aproximadament). La comarca l'atenen tres CSMA i dos CSMIJ a Calella, el Masnou i Mataró. Una segona concentració s'aprecia al centre de la regió a la comarca de la Segarra (18.000 habitants aproximadament), atesa pels CSMA ubicats a Balaguer, Igualada i Solsona i els CSMIJ d'Igualada, Solsona i Tàrraga. S'identifica un altre *cold spot* una mica més al sud, a les comarques de l'Anoia (248.000 habitants aproximadament), i són atesos per tres CSMA a Igualada, Manresa i Valls, i dos CSMIJ a Igualada i Manresa. A la comarca de l'Alt Empordà i el Pla de l'Estany (120.000 habitants aproximadament) els atenen dos CSMA i dos CSMIJ localitzats a Girona i Figueres. Finalment, entre les comarques del Baix Camp i del Priorat (195.000 habitants aproximadament) hi ha una quarta concentració situada entre les àrees de cobertura de dos CSMA i dos CSMIJ, a Reus i Móra d'Ebre.

**Mapa 105. Cold spots de prevalença administrativa de depressió en centres de salut mental de Catalunya**



Font: Elaboració pròpia a partir del CMBD, 2009.

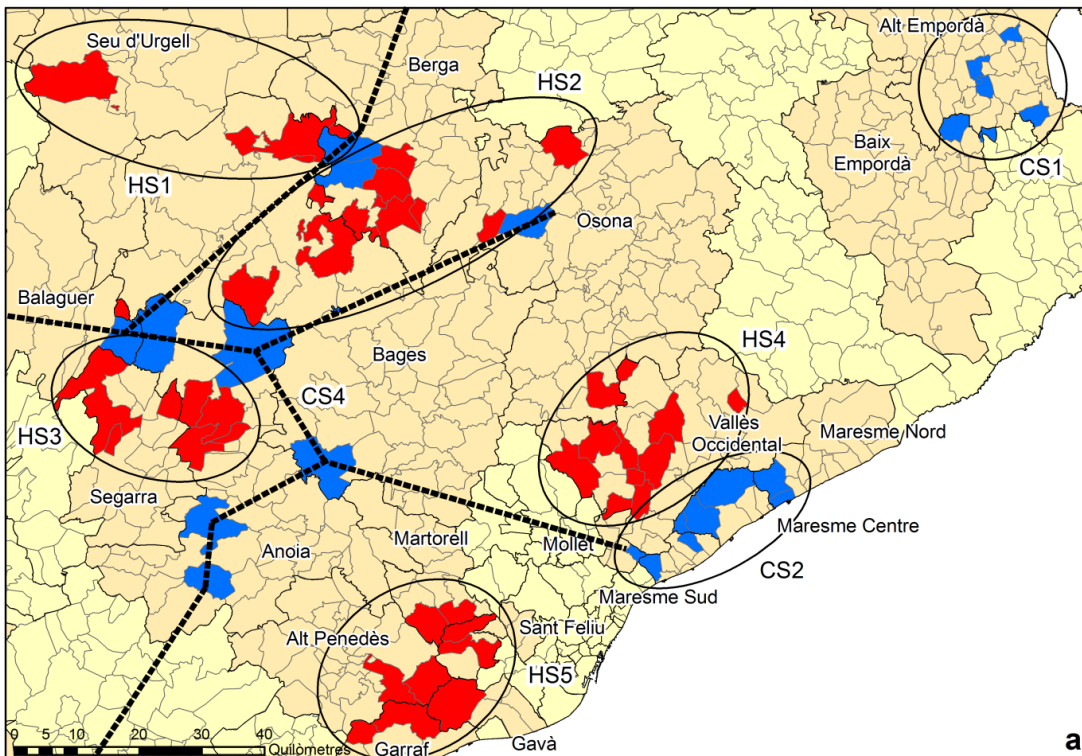
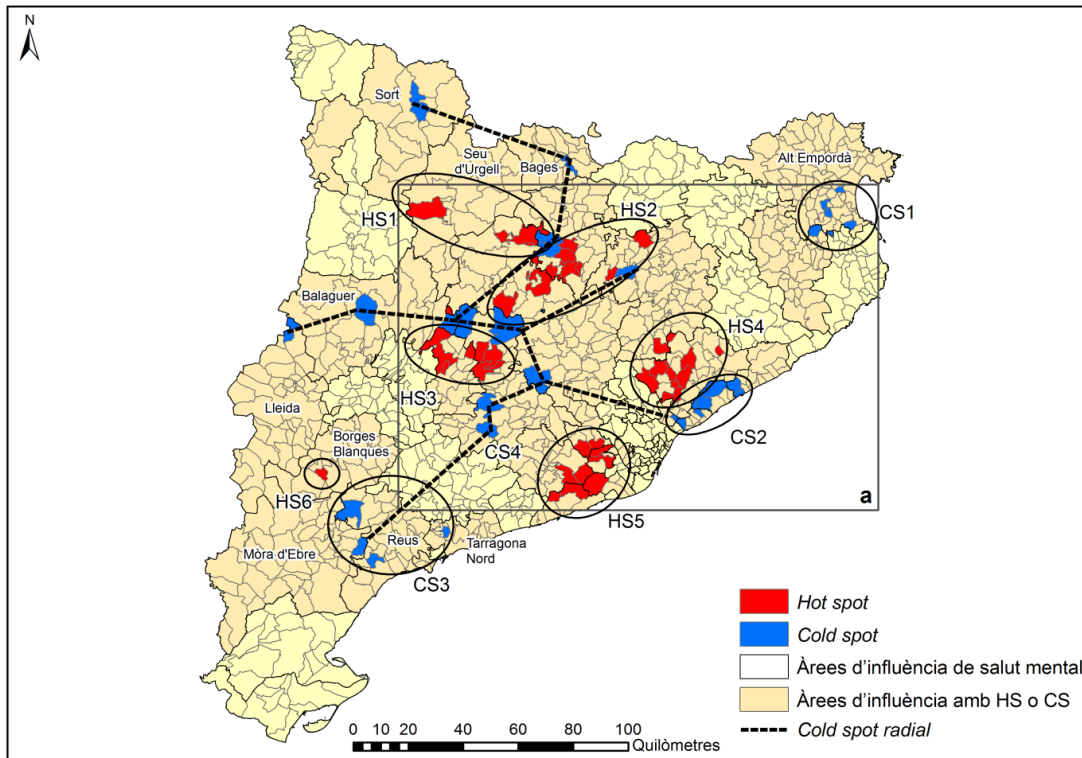
## 10.7. Anàlisi detallada de la prevalença administrativa de depressió

El mapa 106 resumeix, com a exemple, la distribució espacial dels *hot* i *cold spots* de la prevalença administrativa de depressió. S'ha detectat cinc *hot spots* (HS 1-5) i un municipi *hot* aïllat (HM). A més, s'hi presenten els tres *cold spots* (CS 1-3), així com un clúster radial de municipis *cold* (CSr). S'observen dos *hot spots* (HS4 i HS5) clarament definits. Un d'ells (HS4) adjacent al CS2. Els altres dos *cold spots* (CS1 i CS3) estan aïllats.

Es pot observar que la majoria es localitza a les regions nord-centrals i orientals (est), excepte el CS3, que se situa al sud.

La taula 87 mostra les estadístiques bàsiques de la prevalença administrativa de depressió en els *hot* i *cold spots* identificats, així com de la seva àrea de cobertura. Les anàlisis estadístiques assenyalen que hi ha diferències estadísticament significatives entre els *hot* i *cold spots* en la prevalença administrativa de la depressió i en comparació amb els altres municipis ( $\alpha \leq 0,05$ ). D'aquesta manera, els *hot* i *cold spots* poden considerar-se grups independents d'unitats espacials. Els *hot* i *cold spots* de la prevalença administrativa de depressió se situen en 25 de les 74 àrees petites de salut mental (o àrees de cobertura). L'existència dels *hot* i *cold spots* no es poden atribuir a les característiques de la divisió administrativa de l'atenció a la salut mental a Catalunya, ja que els *hot* i *cold spots* no es poden atribuir a àrees de cobertura individuals. Els *spots* inclouen municipis assignats a àrees diferents (cobertes per diversos CSM i proveïdors). Així, l'existència de *hot* i *cold spots* no es pot atribuir a variacions en la pràctica clínica de CSM específics ni a l'accessibilitat al CSM. Tampoc no sembla que existeixi cap relació amb característiques del territori, ja que hi ha *hot spots* i *cold spots* tant en àrees rurals com urbanes.

Mapa 106. Resum dels *hot* i *cold spots* de la prevalença administrativa de depressió a Catalunya



**Taula 67. Estadístics bàsics, localització geogràfica i característiques dels *hot i cold spots* de la prevalença administrativa de depressió a 946 municipis (2009)**

SU	Nombre de municipis i estadístics bàsics en HS/CS	Localització de l'HS/CS (àrea de cobertura, CSM)	Urbanicitat de l'àrea de cobertura on se situen els HS/CS (tipus)	Disponibilitat de CSM (taxa per 100.000 persones)	Accessibilitat per carretera al CSM de referència en minuts	Adequació de la provisió de serveis de salut mental
HS1	N: 3 m Mitjana: 9,9 Mediana: 8,3 SD: 3,4	Bages	Majoritàriament rural	0,6	0-60	Molt alta
		La Seu d'Urgell	Majoritàriament rural	5,6	0-> 60	Baixa
HS2	N: 8 m Mitjana: 12,0 Mediana: 9,0 SD: 10,1	Bages	Majoritàriament rural	0,6	0-60	Molt alta
		Berga	Majoritàriament rural	3,0	0-45	Alta
		Osona	Majoritàriament urbana	0,8	0-45	Molt alta
HS3	N: 7 m Mitjana: 11,6 Mediana: 9,6 SD: 6,6	Anoia	Majoritàriament rural	1,1	0-60	Baixa
		Segarra	Majoritàriament rural	6,0	0-45	Mitjana
HS4	N: 11 m Mitjana: 4,6 Mediana: 3,3 SD: 3,2	Vallès Oriental	Majoritàriament urbana	0,4	0-45	Molt alta
		Osona	Majoritàriament urbana	0,8	0-45	Molt alta
HS5	N: 9 m Mitjana: 5,2 Mediana: 5,4 SD: 2	Alt Penedès	Majoritàriament rural	1,3	0-45	Alta
		Garraf	Majoritàriament urbana	0,8	0-30	Alta
		Gavà	Majoritàriament urbana	1,1	0-15	Alta
		Martorell	Majoritàriament urbana	0,8	0-30	Molt alta
		Sant Feliu	Majoritàriament urbana	1,1	0-30	Mitjana
Hm	N: 1 m P: 13,9	Les Borges Blanques	Majoritàriament rural	6,0	0-45	Mitjana
No-HS	N: 908 m Mitjana: 2,3 Mediana: 1,9 SD: 2,4	-	-	-	-	-
CS1	N: 6 m Mitjana: 0 Mediana: 0 SD: 0	Alt Empordà	Majoritàriament rural	0,9	0-60	Mitjana
		Gironès	Majoritàriament rural	0,6	0-30	Molt alta
CS2	N: 8 m Mitjana: 1,1 Mediana: 1 SD: 0,9	Maresme Nord	Majoritàriament urbana	0,9	0-45	Molt alta
		Maresme Centre	Majoritàriament urbana	0,8	0-30	Molt alta
		Maresme Sud	Majoritàriament urbana	1,1	0-15	Mitjana
		Mollet	Majoritàriament urbana	1,2	0-15	Alta
CS3	N: 4 m Mitjana: 0 Mediana: 0 SD: 0	Móra d'Ebre	Majoritàriament rural	2,8	0-45	Mitjana-baixa
		Reus	Majoritàriament urbana	0,6	0-45	Baixa
		Tarragona Nord	Majoritàriament urbana	0,6	0-30	Mitjana-baixa
CSr	N: 13 m Mitjana: 0,2 Mediana: 0 SD: 0,8	Anoia	Majoritàriament rural	1,1	0-60	Baixa
		Bages	Majoritàriament rural	0,6	0-60	Molt alta

SU	Nombre de municipis i estadístics bàsics en HS/CS	Localització de l'HS/CS (àrea de cobertura, CSM)	Urbanicitat de l'àrea de cobertura on se situen els HS/CS (tipus)	Disponibilitat de CSM (taxa per 100.000 persones)	Accessibilitat per carretera al CSM de referència en minuts	Adequació de la provisió de serveis de salut mental
		Balaguer	Majoritàriament rural	3,2	0->60	Mitjana
		Berga	Majoritàriament rural	3,0	0-45	Alta
		Lleida	Majoritàriament rural	0,6	0-45	Alta
		Osona	Majoritàriament urbana	0,8	0-45	Molt alta
		Sort	Majoritàriament rural	11,8	0->60	Baixa
<b>No-CS</b>	<i>N: 915 m Mitjana: 2,6 Mediana: 2,0 SD: 2,9</i>	-	-	-	-	-
<b>Catalunya</b>	<i>N: 946 m Mitjana: 2,6 Mediana: 2,0 SD: 2,9</i>	-	-	1,2	-	-



## 11. Anàlisi de la disponibilitat de professionals

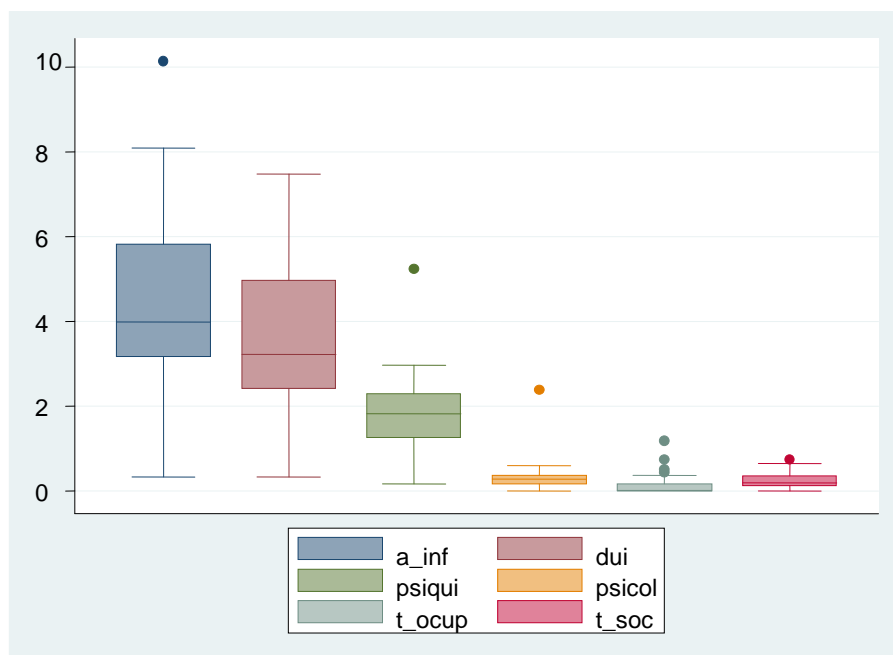
### 11.1. Adults

El gràfic 29 mostra els *box plot* amb la mitjana de professionals estandarditzats per 100.000 habitants en aquells serveis/BSIC codificats com a R2 (aguts).

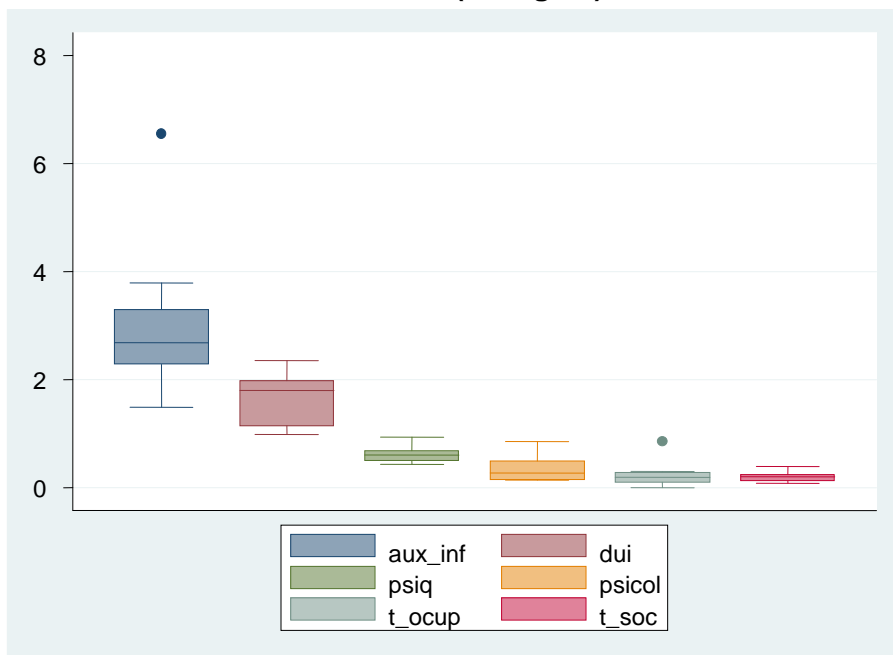
El gràfic 30 presenta la mitjana de professionals estandarditzats per 100.000 habitants dels serveis/BSIC considerats com a R4 (subaguts).

El gràfic 33 mostra els casos atípics referents a taxes de professionals dels centres de dia/serveis de rehabilitació comunitària.

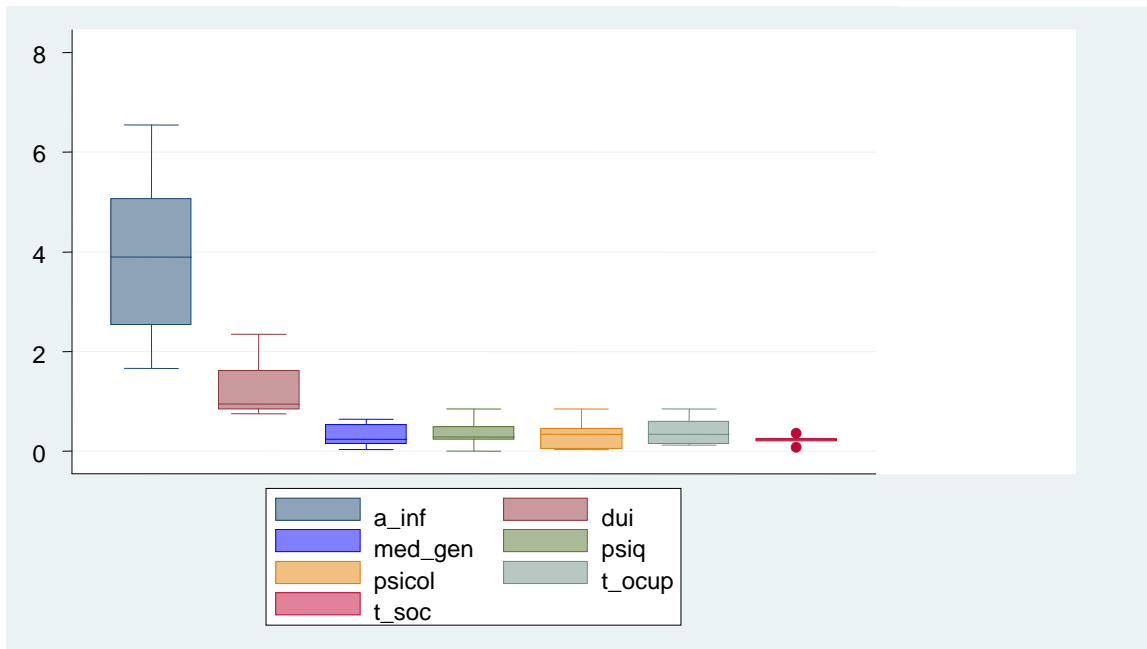
**Gràfic 29. Casos atípics en taxes (x 100.000 habitants) de professionals per servei/BSIC codificats com a R2 (aguts)**



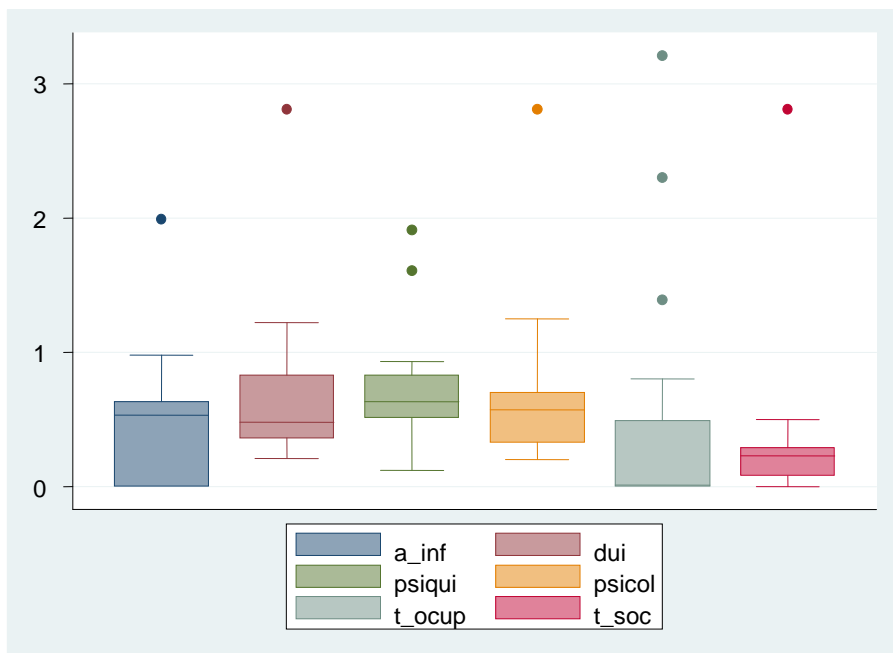
**Gràfic 30. Casos atípics en taxes (x 100.000 habitants) de professionals per servei/BSIC codificats com a R4 (subaguts)**



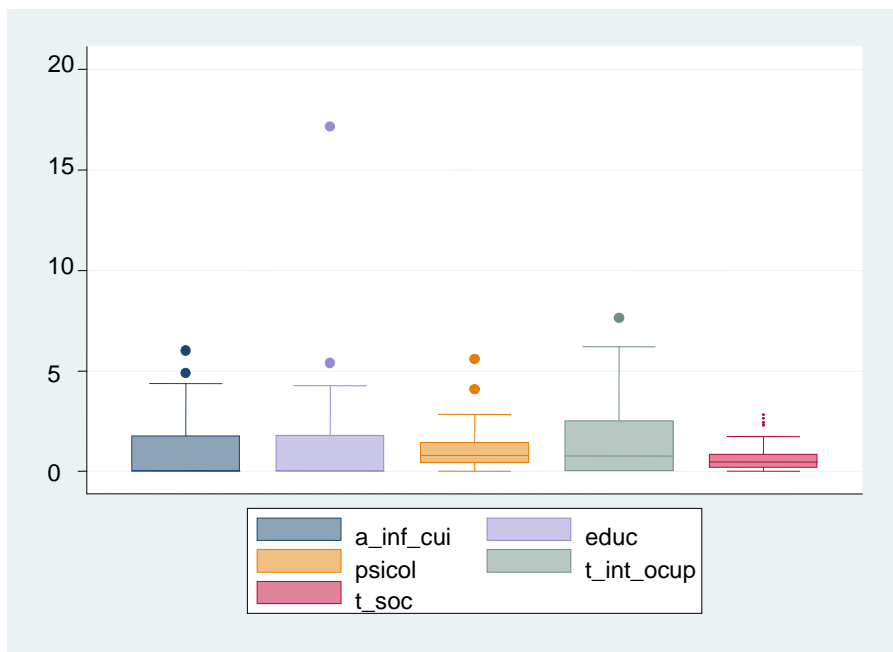
**Gràfic 31. Casos atípics en taxes (x 100.000 habitants) de professionals per servei/BSIC codificats com a R4-R6 (MILLE)**



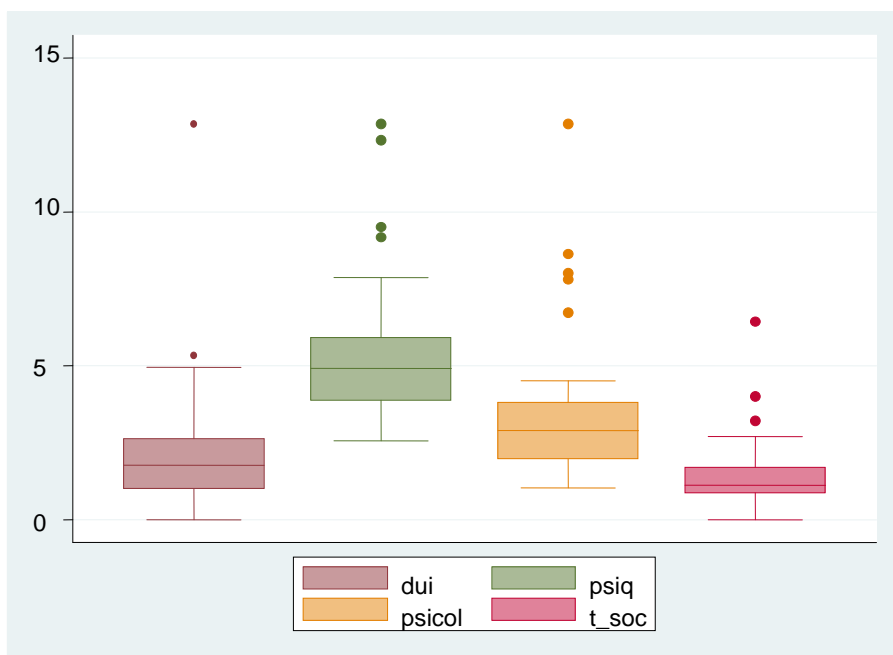
**Gràfic 32. Casos atípics en taxes (x 100.000 habitants) de professionals per servei/BSIC codificats com a D1 (HD)**



**Gràfic 33. Casos atípics en taxes (x 100.000 habitants) de professionals per servei/BSIC codificats com a D4 (CD/SRC)**



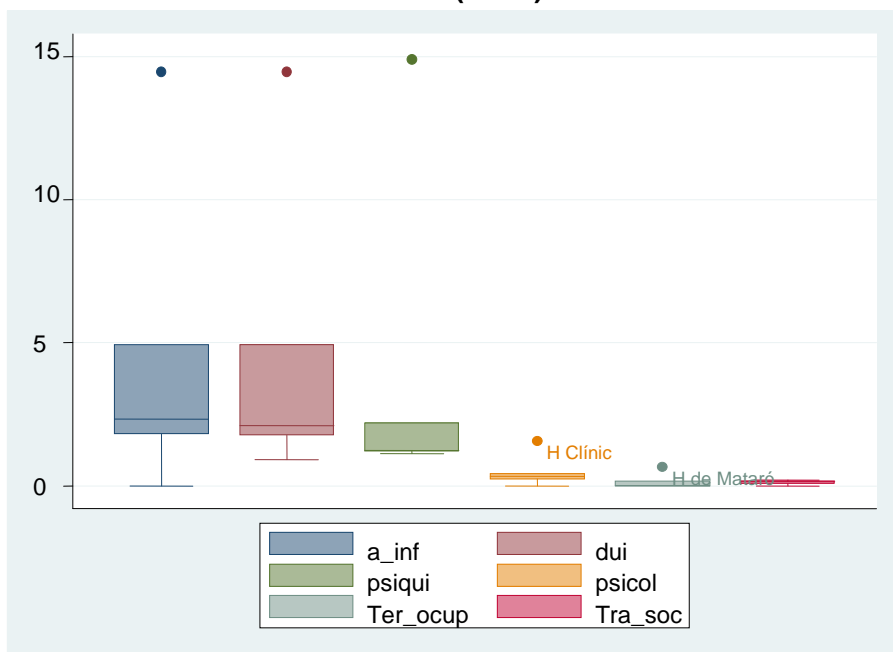
**Gràfic 34. Casos atípics en taxes (x 100.000 habitants) de professionals per servei/BSIC codificats com a O8-O10 (CSM/CSMA)**



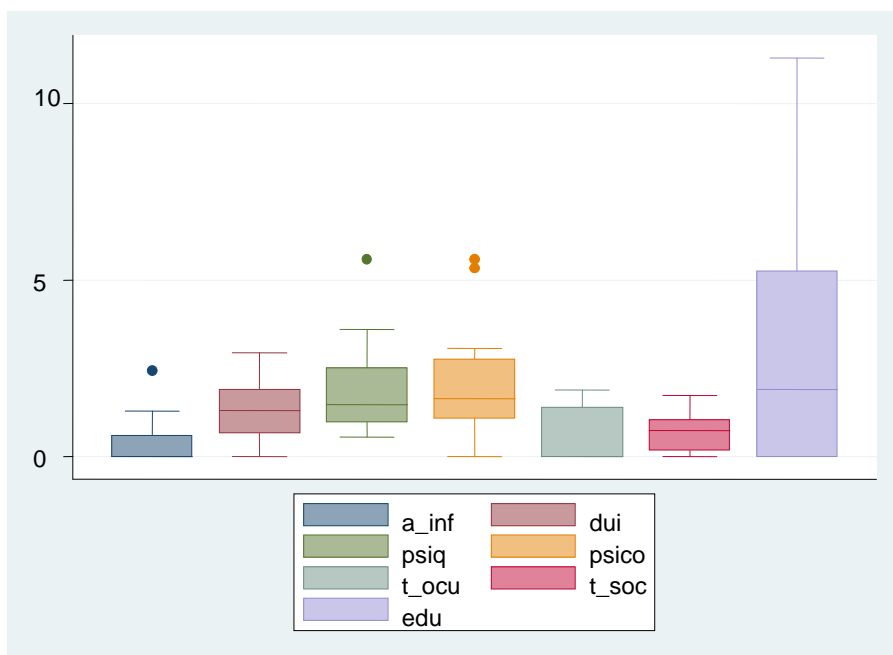
## 11.2. Infantil i juvenil

El gràfic 35 mostra la mitjana i els casos atípics en taxes de professionals per 100.000 habitants de les URPIJ.

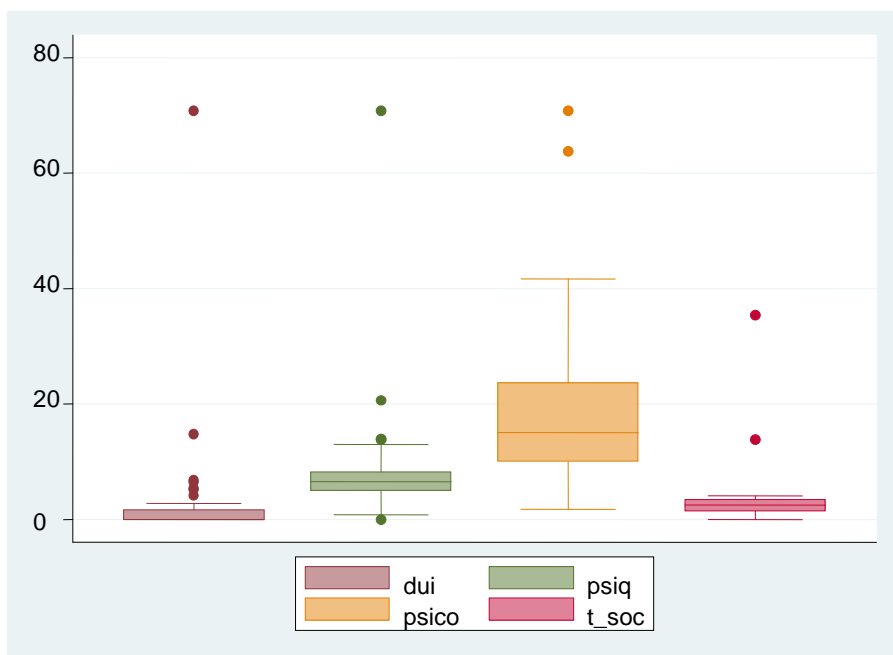
**Gràfic 35. Casos atípics en taxes (x 100.000 habitants) de professionals per servei/BSIC codificats com a R2 (URPI)**



**Gràfic 36. Casos atípics en taxes (x 100.000 habitants) de professionals per servei/BSIC codificats com a D1 (HDIJ)**



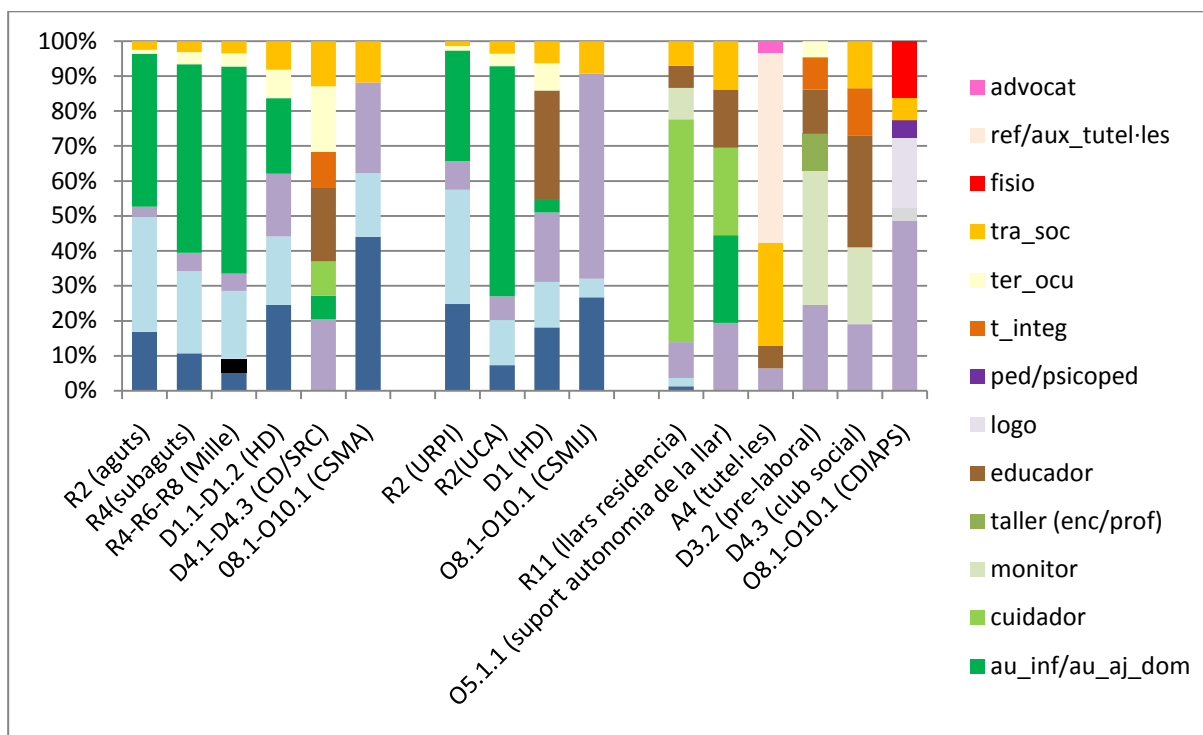
**Gràfic 37. Casos atípics en taxes (x 100.000 habitants) de professionals per servei/BSIC codificats com a O8-O10 (CSMIJ)**



## 12. Descripció del perfil professional per dispositiu

El gràfic 38 descriu el percentatge que cada tipus de professional té en els serveis/BSIC identificats, depenguin del Departament de Salut o de Benestar i Família. S'ha de destacar com els serveis CD/SRC tenen un perfil de professionals més semblant al que presenten els dispositius de l'ICASS que als de Salut. Un altre aspecte interessant és comprovar com l'HDIJ és una barreja dels perfils d'HD i CD/SRC d'adult. En aquest sentit, cal destacar el pes important que tenen psicòlegs i educadors en l'atenció a la salut mental infantil i juvenil.

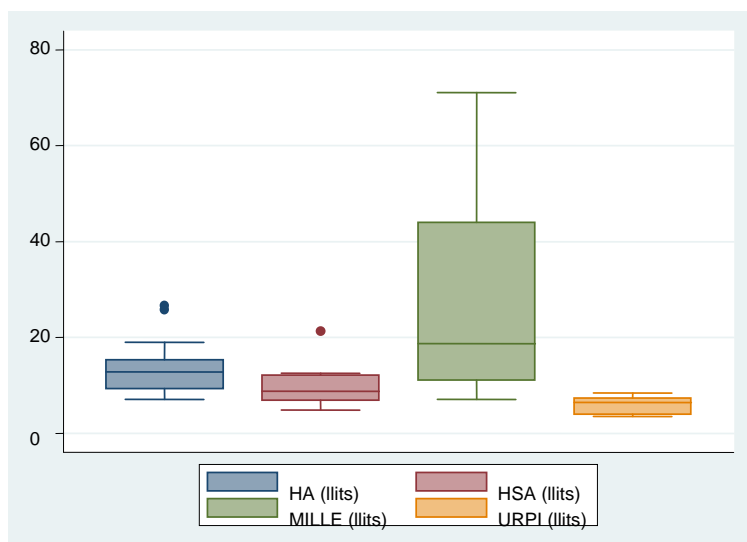
**Gràfic 38. Descripció del perfil professional per dispositiu**



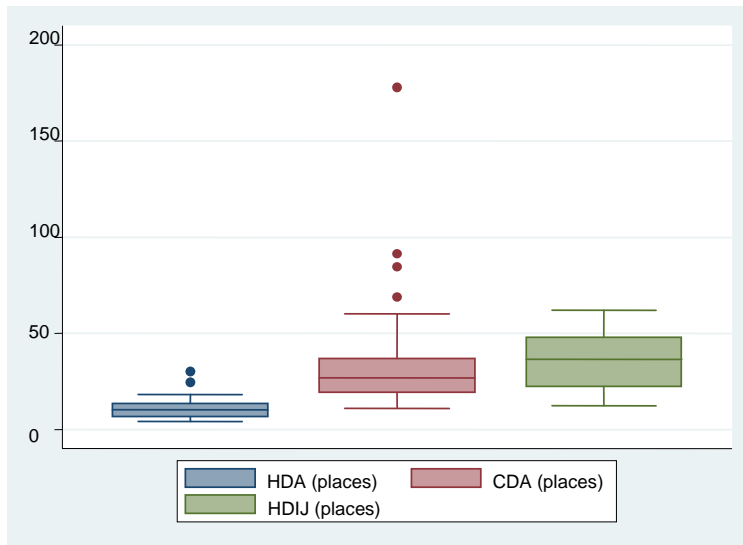
### 13. Anàlisi de la disponibilitat de places i llits

El gràfic 39 descriu la mitjana de places i llits (en taxes per 100.000 habitants) dels diferents dispositius. Són casos atípics en taxes més elevades de llits: el servei/BSIC d'aguts de Bellvitge i el del Complex Assistencial Benito Menni. Pel que fa al servei/BSIC de subaguts, seria un cas atípic l'Institut Pere Mata. Aquests casos atípics també ho eren en professionals. L'HD de Berga i de Mollet són casos atípics pel que fa a places d'HD. El cas de Berga és especialment interessant, ja que és possible que tingui capacitat per oferir una atenció més intensiva (tenint en compte que l'hospital d'aguts de referència està fora de l'àrea). L'excés de places del CD AREP pot ser motivat al programa especial d'inserció laboral que té el centre (gràfic 39).

**Gràfic 39. Casos atípics en taxes (x 100.000 habitants) de llits per servei/BSIC**



**Gràfic 40. Casos atípics en taxes (x 100.000 habitants) de places per servei/BSIC**





## 14. Discussió

L'OMS ha assenyalat que elaborar un mapa del sistema de salut mental i els serveis disponibles és el primer pas en l'anàlisi de la política i el finançament sanitari. També indica que, sempre que sigui possible, s'ha d'integrar el sistema d'atenció a la salut mental, amb la finalitat de reduir l'estigma, millorar l'efectivitat del conjunt de professionals i millorar l'accessibilitat global (OMS, 2009). No obstant això, no disposem en l'àmbit internacional d'atles integrals del sistema de salut mental que descriguin d'una forma àmplia els diferents components del sistema d'atenció. Això es deu, en gran part, a la complexitat, la fragmentació del sistema d'atenció a la salut mental i a la manca, fins fa molt poc, d'un sistema de classificació i codificació de serveis consensuat a nivell internacional (Salvador-Carulla et al., 2006).

Segons el nostre coneixement, aquest treball és el primer en presentar un atlas integral d'atenció a la salut mental on es presenten tots els serveis que ofereixen atenció pública, independentment que siguin serveis dependents del Departament de Salut, de Benestar Social i Família (ICASS), del Departament de Treball o el Departament de Justícia. S'ha detectat 639 serveis que compleixen clarament els criteris per considerar-se BSIC segons la classificació DESDE-LTC i que, alhora, s'han codificat en 734 MTC o tipus bàsics d'atenció.

El fet de presentar tota la informació dels serveis codificats en funció d'un instrument internacional i validat, com és el DESDE-LTC, permet fer comparacions amb altres països i comunitats de l'Estat espanyol, la qual cosa en facilita la comprensió. La utilització d'aquest sistema també permet, d'una manera ràpida i senzilla, descriure el model d'atenció integral a la salut mental que es dona a Catalunya.

Aquest estudi s'ha centrat a recollir informació sistemàtica i estandarditzada dels descriptors i indicadors que facilitin la generació de coneixement per planificar i establir prioritats en política sociosanitària, dins del model d'evidència informada. La interpretació exhaustiva d'aquestes dades requereix que s'analitzin detalladament per part dels responsables que prenen les decisions en una fase posterior. En els resultats s'assenyalen casos atípics del perfil de provisió i activitat. No obstant això, s'ha de tenir en compte que aquests casos atípics no són per si mateixos indicatius d'ineficiència i s'han d'explicar en el context de l'atenció local en cada àrea i servei.

No obstant això, l'estudi efectuat té una sèrie de limitacions:

1) Població amb trastorns específics: no s'ha efectuat cap descripció dels serveis per a poblacions amb trastorns específics (p. ex., discapacitat intel·lectual, drogodependències, demència). En aquests casos, i atesa l'alta complexitat, l'OMS recomana efectuar atles específics. D'aquesta manera, l'OMS ha publicat de forma independent l'*Atles de salut mental general* (OMS, 2011), l'*Atles de discapacitat intel·lectual* (OMS, 2007) i l'*Atles de malalties neurològiques*, incloent-hi la demència. L'OMS ha previst elaborar un atles sobre recursos per a trastorns per ús de substàncies. En qualsevol cas, és important efectuar mapes de recursos per a poblacions especials que utilitzin un sistema de codificació comú i una mateixa metodologia que permeti comparar i agregar la informació, si és necessari. D'altra banda, en aquest estudi s'ha registrat els serveis específics per a discapacitat intel·lectual associats a trastorns mentals i problemes de conducta que s'ofereixen des dels proveïdors de salut (independentment de quin departament ho financï). Existeixen dos casos que cal comentar una mica més en detall: El primer cas tracta dels serveis que atenen discapacitat intel·lectual i trastorn mental, on es va produir una infradetecció d'aquests recursos en una primera avaluació, ja que els proveïdors semblava que no consideressin la discapacitat intel·lectual amb comorbiditat amb trastorn mental com a una problemàtica de salut mental.

L'altre cas és que s'ha plantejat elaborar el mapa dels serveis per a drogodependències de Catalunya, donada la complexitat en els recursos que atenen aquest tipus d'addicció. Encara que la xarxa de drogodependències, teòricament, està integrada amb la salut mental, aquesta integració no sembla real. Tot i això, es presenten dades sobre els dispositius específics d'atenció a la patologia dual.

2) Dades no disponibles: no s'ha pogut obtenir dades dels professionals i de l'activitat assistencial de tot el sector sanitari de salut mental (s'ha utilitzat dades de l'atenció ambulatoria i hospitalària del CMBD) i de l'atenció oferta pels serveis en altres sectors. En el primer cas, els CSMA de Vielha, Sant Martí Nord, la Mina, l'Hospitalet 2, Maragall i Ciutat Badia, i els CSMIJ de Ciutat Badia, Ciutat Vella, la Mina, Cerdanyola-Ripollet, Sant Martí Nord i Sant Martí Sud no informen al CMBD. En el segon cas, no disposem de dades sobre activitat assistencial de, per exemple, MILLE, HD, CD/SRC o de les consultes externes, ni dels recursos que depenen de Benestar Social i Família. Això limita les anàlisis que es poden fer relacionades amb l'eficiència tècnica.

3) Territorialització: atesa la diferent territorialització dels diversos serveis disponibles, no se n'ha pogut efectuar una anàlisi geogràfica integrada. Aquesta és una de les principals limitacions detectades.

4) Categorització de serveis: en alguns casos, existeix una disparitat entre la categorització de serveis efectuada pel sistema DESDE-LTC segons els criteris internacionals i les llistes existents en el Departament de Salut, la qual cosa pot dificultar l'ús per la planificació.

5) Problemes de l'instrument: algunes dificultats en l'avaluació poden atribuir-se a l'instrument que s'utilitza. D'aquesta manera, la diferenciació de serveis de dia de rehabilitació (CD/SRC) es divideix en els d'orientació clínica i els d'orientació social i cultural en funció del tipus de personal del centre (com a mínim un 20% ha de ser professional de salut/clínic per codificar com a D4.1). Aquesta diferenciació pot resultar arbitrària. A més, en alguns d'aquests dispositius, sobre tot aquells molt integrats amb el CSMA, hi ha professionals que es poden compartir malgrat que no formin part de la plantilla del CD/SRC. Tot i això, es considera important poder distingir els serveis en què una gran part del temps hi ha personal clínic d'aquells en què, encara que puguin anar-hi professionals d'orientació clínica de salut, aquests hi van "a demanda". D'altra banda, el sistema no codifica bé les unitats polivalents (UP), atesa la dificultat d'establir l'organització d'aquests serveis. Un altre tipus de dispositiu amb problemes en la codificació DESDE-LTC han estat els HDIJ qui, per les seves característiques, es troben a mig camí entre els HD i els CDA. De la mateixa manera, cal destacar que el PSI i el servei de tuteles reben la mateixa codificació en el sistema DESDE-LTC.

6) Problemes terminològics en la classificació de professionals: durant el desenvolupament de l'Atles s'ha objectivat dificultats per classificar alguns tipus de professionals (sobretot en serveis socials). Es fa difícil diferenciar els educadors dels tècnics d'integració, entre altres. En aquest sentit, cal comentar que des de serveis socials, la gestió dels serveis no es fa segons les "places" com es fa des de Salut, sinó en funció dels usuaris atesos. Utilitzar el terme places per parlar de la capacitat de clubs socials, servei de suport a l'autonomia a la pròpia llar i servei de tuteles per a persones amb malaltia mental pot no resultar adequat.

7) Sistema de recollida d'informació: el sistema de recollida d'informació no és dinàmic. En el futur, les aplicacions en línia haurien de permetre l'alimentació d'una base de dades centralitzada que permetés actualitzar la informació en temps real o en períodes determinats de l'any. Això permetria que fos una eina molt útil per a la planificació.

8) Fonts d'informació: l'informe s'ha fonamentat en la informació que han facilitat els responsables dels serveis de salut mental, serveis socials i judicials. Encara que la informació s'ha revisat tant per part de l'equip de treball com dels experts de PSICOST en l'ús del sistema DESDE, i pels responsables de salut mental del Departament de Salut i els responsables de salut mental del Departament de Benestar Social i Família en una sèrie successiva de reunions conjuntes, existeixen casos d'informació incompleta o no disponible. A més, com que l'han facilitada els responsables de cada servei, pot ser que en alguns casos existeixin problemes de fiabilitat. Altres fonts d'informació (dades de serveis educatius i de treball) les han facilitat directament els responsables d'aquests serveis a les persones del departament corresponent implicades en el projecte.

9) Període d'estudi: les dades corresponen a 2010, per la qual cosa no recullen els efectes de la crisi financera sobre el sistema sanitari esdevinguda el 2011 i 2012. Malgrat això, el fet de recollir i codificar sistemàticament la informació existent permet poder-ne fer un seguiment a mig termini.

10) Programes temporals: no es recullen dades de programes temporals. El mapa dels serveis/MTC no inclou aquells programes sense estabilitat temporal i/o estabilitat organitzativa, que són els més afectats per les retallades pressupostàries.

11) No s'hi recullen serveis privats, ni mútues, ni organitzacions no governamentals (ONG) que donin assistència a la salut mental. Aquest estudi només s'ha centrat en els serveis que ofereixen cobertura pública. Per aquest motiu, no s'ha trobat serveis relacionats amb els serveis que només informen, ja que aquests serveis estan gestionats en gran part per les associacions d'usuaris o de familiars, col·lectiu que no s'ha inclòs en l'estudi.

## 15. Comparació de les dades del 2010 amb atles anteriors

A la taula 88 es presenta l'evolució dels dispositius de salut mental a Catalunya en els estudis efectuats per PSICOST en els anys 2002, 2006 i 2010. En aquests 9 anys, s'aprecia una notable millora en la provisió de serveis. Destaca el creixement dels serveis de salut mental comunitaris tant residencials com ambulatoris, així com les alternatives a la hospitalització en serveis diürns. El sistema de salut mental de Catalunya ha avançat en la desinstitucionalització a través de la reducció de llits de mitjana i llarga estada. Malgrat això, cal assenyalar que en les dades del 2010 no s'inclouen els llits destinats a persones amb discapacitat intel·lectual, mentre que en les del 2006 sí. Si sumem aquests llits, el total s'incrementa a 2.427. Encara s'observa una reducció, tot i que no és tan marcada. L'evolució de les residències i els pisos protegits dependents de Benestar Social és ascendent els últims 10 anys. Els centres de salut mental, tant per a adults com per a nens i adolescents, s'han incrementat. També ha augmentat el suport a àrees aïllades o amb necessitats especials mitjançant la descentralització en consultes perifèriques, les quals han tingut un ampli desenvolupament en aquesta dècada. Els centres de dia han tendit a romandre estables, i gairebé no s'han reduït. Els serveis de dia dependents de Benestar Social, com els clubs socials i els serveis prelaborals, s'han desenvolupat àmpliament, així com els centres especials de treball que depenen del Departament d'Empresa i Ocupació. L'hospitalització infantil presenta una lleugera davallada en la darrera avaluació, tot i que s'ha desenvolupat l'alternativa d'hospitalització de dia. Les unitats psicogeriatrices s'han reduït en aquesta dècada potser pel desenvolupament de les residències de tercera edat comunitàries, encara que determinar aquesta relació va més enllà dels objectius d'aquest estudi. Finalment, s'observa que la creació de dispositius i llits per a persones amb discapacitat intel·lectual i trastorns de conducta ha estat important en aquests anys.

Taula 89. Evolució dels serveis/BSIC d'atenció a la salut mental (2002-2010)

		2002	2006	2010
<b>A</b>	<b>SERVEIS RESIDENCIALS</b>			
1	Unitats d'hospitalització psiquiàtrica d'aguts (HA) (R2 O3.1)	22 dispositius 721 llits	22 dispositius 778 llits	23 dispositius 802 llits
2	Unitats d'hospitalització psiquiàtrica de subaguts (HSA) (R4 R5)	8 dispositius 310 llits	15 dispositius 391 llits	18 dispositius 603 llits
3	Unitats d'hospitalització psiquiàtrica de mitja i llarga estada (MILLE) (R5 R6)	7 dispositius 2.641 llits	15 dispositius 2.815 llits	16 dispositius 1.474 llits * (+ 953 de DI = 2.427)
4	Pisos supervisats (PS) (R13)	51 dispositius (160-270 llits)	55 dispositius 216 llits	75 dispositius 307 llits
5	Residències (R) (R11)	15 dispositius (100-130 llits)	19 dispositius 555 llits	30 dispositius 935 llits
<b>B</b>	<b>SERVEIS COMUNITARIS I AMBULATORIS</b>			
6	Centres de salut mental per a adults (CSMA) (O8.1 O9.1 O10.1)	68 dispositius (7 consultes perifèriques)	70 dispositius (8 consultes perifèriques)	74 dispositius (13 consultes perifèriques)
<b>C</b>	<b>SERVEIS D'ACTIVITATS ESTRUCTURADES I DE DIA</b>			
7	Hospitals de dia d'adults (HDA) (D1.1 D1.2)	9 dispositius 361 places	23 dispositius 476 places	26 dispositius 610 places
8	Centres de dia/serveis de rehabilitació comunitària (CD/SRC) (D4.1 D4.3)	58 dispositius 1.656 places	59 dispositius 1.655 places	55 dispositius 1.614 places
9	Centres especials de treball (CET) (D2.2)	<i>No disponible</i>	23 dispositius	42 dispositius
10	Clubs socials (D4.3)	8 dispositius	26 dispositius	38 dispositius 1.622 places
11	Serveis prelaborals (D3.2)	7 dispositius 150 places	15 dispositius	28 dispositius 762 places
<b>D</b>	<b>SERVEIS ESPECÍFICS</b>			
<b>D1</b>	<b>Infantil i juvenil</b>			
12	Unitats de referència psiquiàtrica infantil (URPI) + unitats de crisi d'adolescents (UCA) (R2)	5 dispositius 48 llits (URPI)	10 dispositius 86 llits (URPI)	8 dispositius 70 llits (URPI) + 2 dispositius 60 llits (UCA)
13	Hospitals de dia infantil i juvenil (HDIJ) (D1)	8 dispositius 245 places	17 dispositius 310 places	21 dispositius 440 places
14	Centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) (O8.1 O9.1 O10.1)	41 dispositius	47 dispositius	50 dispositius (21 consultes perifèriques)
<b>D2</b>	<b>Psicogeriatria</b>			
15	Unitats psicogeriàtriques (R4 R6)	5 dispositius 470 llits	<i>No disponible</i>	2 dispositius 148 llits
<b>D3</b>	<b>Grups de població</b>			
16	Servei específic per al tractament de la discapacitat intel·lectual i els trastorns de conducta	8 dispositius 330 llits aprox.	10 dispositius	13 dispositius 953 llits

## 16. Territorialització

Catalunya no només ha estat pionera en l'ús de mapes sanitaris com a eina de planificació sanitària des de 1980, sinó que molt possiblement també ho ha estat en la sectorització comunitària de l'atenció als problemes de salut mental al món. Encara no s'ha efectuat una anàlisi detallada de la història de la planificació de la psiquiatria comunitària, però és possible que el pla d'atenció psiquiàtrica per comarques elaborat a Catalunya el 1936 i basat en l'experiència pilot del l'Institut Pere Mata uns anys abans, fos el primer del seu gènere i tingués una influència directa en la *psychiatrie du secteur* de 1960 a França a través de M. Tosquelles (Salvador-Carulla et al., 2010). La història posterior de la sectorització psiquiàtrica a Catalunya compta amb una revisió excel·lent (Capella, 2001). L'informe PSICOST/CATSALUT de 2003 ja recomanava la necessitat d'integrar el mapa de les petites àrees sanitàries de salut mental en el mapa general dels serveis de salut. Tal com s'ha comentat a la introducció, una planificació integral requereix també una territorialització integral o, com a mínim, coordinada entre les diferents administracions i els sectors d'atenció. L'ordenació del territori és una necessitat prioritària que, d'altra banda, excedeix l'àmbit de la salut mental, però on, com en moltes altres circumstàncies, la salut mental constitueix un paradigma dels problemes que la territorialització suposa per a l'atenció complexa i coordinada entre diferents sectors. D'aquesta manera, a Catalunya trobem una multiplicitat de divisions territorials que fa molt difícil integrar la provisió de serveis de salut, socials, de treball, educació i justícia. En aquest sentit, la persistència de la divisió provincial, amb les competències conseqüents de les diputacions provincials i el paper corresponent com a administració subsidiària dels municipis petits i en les gestions dels serveis socials, coexisteix a Catalunya amb la territorialització en vegueries com a entitats que han de substituir la divisió provincial, i que, al seu torn, integren la divisió comarcal i municipal. La tendència a dotar d'un paper més important els municipis en diversos tipus d'atenció suposa un altre repte per a la representació geogràfica i la planificació basada en el territori, atesa l'enorme variabilitat d'aquest tipus d'adscripció territorial. Això ja s'ha plantejat als països escandinaus en el cas de la salut mental.

A Sanitat, les regions sanitàries es corresponen amb les vegueries. No obstant això, aquesta divisió no se segueix en altres sectors com ara la justícia (que està dividida en 49 partides judicials) o en els serveis socials, on hi manca una divisió territorial efectiva. D'altra banda, la comprensió de la territorialització ha de tenir en compte l'any de referència. En el cas del sistema de salut, l'any 2010 s'ha d'analitzar els 37 Governos

Territorials, els 55 sectors sanitaris i les ABS. Tots ells constitueixen el nivell bàsic d'atenció sanitària a Catalunya. Desafortunadament, les ABS no s'ajusten a les àrees estadístiques, fet que dificulta extreure'n informació sociodemogràfica. Aquesta dificultat afecta especialment àrees d'atenció psiquiàtrica inframunicipal com ara Barcelona, Sabadell, Terrassa, Sant Adrià de Besòs, l'Hospitalet de Llobregat, Badalona i Tarragona.

Aquestes divisions, al seu torn, han de relacionar-se amb les 74 petites àrees que corresponen a la sectorització especialitzada en centres de salut mental comunitària. La sectorització de la salut mental a Catalunya es basa en la zonificació sanitària regional. Aquesta no s'ajusta totalment i presenta particularitats adaptant-se als recursos disponibles. La zonificació de salut mental és interna i no està publicada, com és el cas de la zonificació general de sanitat de la comunitat. La sectorització sanitària de la salut mental a Catalunya no segueix una estructura de dalt a baix perfecta en la qual les àrees més petites s'agrupin i constitueixin àrees de cobertura de dispositius de nivell superior. Aquest fet pot dificultar les derivacions de pacients entre centres, ja que una mateixa àrea depèn de diferents recursos d'un mateix tipus. Aquesta situació no suposa un problema si aquests dispositius apareixen sempre junts, però existeixen situacions en les quals també atenen altres àrees de forma independent o juntament amb altres serveis.

Aquesta situació es produeix especialment en el municipi de Barcelona, on hi ha àrees ateses per més d'un servei per a adults d'hospitalització de subaguts, de mitjana i llarga estada, d'hospitalització de dia i de centre de dia. També és així en altres àrees de la zona nord de la Regió Sanitària Barcelona, com a Sabadell per a subaguts o el Maresme per a HD.

Els recursos socials es planifiquen sobre les comarques de Catalunya. No obstant això, s'observa una escassa incidència de la zonificació sobre la seva localització. Únicament els CDIAP es fonamenten en les comarques, tot i que les menys poblades no compten amb un centre propi.

Els centres especials de treball tampoc no segueixen una organització territorial, tot i que això s'emmarcaria en la lògica empresarial, on hi buscaria àrees amb grans mercats en els quals comercialitzar els seus productes. Al seu torn, els recursos de justícia estan vinculats als centres penitenciaris.

Malgrat tot, l'estudi efectuat revela una millora significativa de la distribució territorial dels serveis de salut mental. Pel que fa a l'estudi previ PSICOST/CATSALUT de 2003, es posa de manifest una alta coordinació de la sectorització del territori en la qual és possible una



comprensió adequada de la sectorització dels centres de salut mental, tant amb les ABS com amb divisions territorials superiors. No obstant això, la coordinació territorial entre els dispositius de salut mental que depenen de l'àrea de Salut amb altres sectors requereix una revisió profunda del sistema general de provisió de l'atenció, sobretot amb els serveis socials, ja que no es pot coordinar de forma real l'atenció per dotar Catalunya d'un sistema d'atenció integrat si no s'efectua primer un esforç d'ajust i coordinació dels mapes territorials per part de les diferents agències. L'experiència del Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública del Departament de Salut i l'estudi GEOSCAT-SM haurien d'afavorir una integració millor entre l'organització territorial dels serveis de salut mental dependents de Sanitat i els serveis socials intentant millorar les relacions i complementar l'atenció sanitària amb la comunitària.

### **Disponibilitat territorial**

L'ABS de la Cerdanya és un cas especial, ja que es tracta d'una àrea perifèrica enclavada als Pirineus. L'àrea pertany a la regió de la Vall d'Aran i l'Alt Pirineu, però per a l'atenció psiquiàtrica està assignada a serveis especialitzats situats a la regió de Catalunya Central, principalment al municipi de Manresa, a gairebé 100 km de distància. Altres àrees de la Vall d'Aran i l'Alt Pirineu presenten problemes d'accessibilitat als serveis de salut mental, en aquest cas les corresponents ABS estan assignades a serveis d'hospitalització residencial i diürna situats a Lleida, a més de 100 km, la qual cosa dificulta molt la disponibilitat de determinats tipus d'atenció en aquesta regió sanitària. Les Terres de l'Ebre és una altra regió perifèrica, tot i que en aquest cas s'ha dotat Amposta de la gamma completa de serveis (a través, en gran mesura, de la unitat polivalent), cosa que ha millorat en gran mesura la seva disponibilitat i accessibilitat a l'atenció.

Els resultats de disponibilitat de dispositius, professionals i llits/places presentats en aquest treball s'han d'analitzar tenint en compte dos dels problemes que apareixen en els estudis ecològics. En primer lloc la fal·làcia ecològica, la qual considera que és fals que les característiques de morbiditat o sociodemogràfiques de la població d'una àrea geogràfica siguin iguals en tota la mateixa àrea. En segon lloc, el problema de la unitat espacial modificable, que es deriva de la fal·làcia ecològica i assenyala la pèrdua d'informació que es produeix quan s'agreguen unitats espacials d'observació en altres majors.

## 16.1. Indicadors sociodemogràfics

Catalunya és un territori amb una població predominantment urbana que es concentra en el litoral i a l'entorn de la capital, que és l'àrea més densament poblada. La densitat es redueix cap a l'interior, cap al nord en arribar als Pirineus i cap a l'àrea meridional a la vall de l'Ebre. En la caracterització sociodemogràfica de les àrees catalanes, no es perceben grans diferències entre regions en els indicadors de dependència i de persones no casades.

La distribució territorial dels indicadors sociodemogràfics ens facilita informació sobre diferents àrees geogràfiques de Catalunya. Aquesta informació pot contribuir a desenvolupar programes i a localitzar dispositius especialitzats en patologies associades a la solitud, la baixa renda econòmica i l'aïllament social.

La distribució dels indicadors sociodemogràfics per a l'any de referència (2010) s'ha representat pels 37 Governos Territorials de Salut després de consensuar-ho amb els responsables del Departament de Salut. També se n'ha efectuat l'anàlisi de la distribució en les 7 regions sanitàries.

Es pot comprovar que la taxa d'atur més elevada correspon a les àrees de la Regió Sanitària Lleida enfront de la baixa de la seva veïna, la Vall d'Aran. La Regió Sanitària Girona és la que presenta una proporció més alta de població immigrant. La població més envellida es localitza a la Vall d'Aran. Aquesta regió també destaca en la taxa de llars unipersonals, tant totals com de persones de la tercera edat que viuen soles, i en la taxa de llars de persones soles amb nens. Aquesta diversitat dels índexs de dependència, envelliment, immigració, condicions de vida i atur entre els diferents GTS s'ha de tenir en compte per planificar els serveis. La distribució d'aquests indicadors per regions sanitàries és menys il·lustrativa, ja que l'efecte ecològic disminueix el nivell de discriminació i explica l'absència de diferències en els índexs de dependència, envelliment i atur entre els diversos districtes sanitaris.

Es poden identificar dues regions sanitàries amb característiques d'urbanicitat extremes (Barcelona i l'Alt Pirineu i l'Aran). Les diferències en urbanicitat es relacionen també amb l'adequació i la disponibilitat de serveis, i poden indicar que en el futur calgui dissenyar plans i prioritats diferenciades per als entorns d'alta ruralitat i els entorns macrourbans pel que fa a la resta del territori.

A diferència del que esdevé en la demografia d'altres països europeus com Anglaterra, on la taxa de persones soles es concentra en àrees macrourbanes (com pot ser-ho l'àrea del sud de Londres), en el cas de Catalunya, la taxa de llars monoparentals i la de persones soles es concentra a l'Alt Pirineu i l'Aran i no a l'àrea macrourbana de Barcelona. Com que es tracta d'un factor important en l'ús de serveis hospitalaris i residencials (Tibaldi et al., 2005), i precisament com que aquest districte és el que té més problemes d'accessibilitat, aquest factor reforça la necessitat d'establir una planificació específica i una cartera diferenciada de serveis a la Regió Sanitària l'Alt Pirineu i l'Aran.

La distribució de població immigrant segons el lloc de procedència té gran importància, atesos els diferents patrons en l'ús de serveis que s'observa en diferents poblacions de persones immigrants segons el lloc d'origen (Buron et al., 2008; Anton et al., 2010). Les fluctuacions potencials en la càrrega de l'atenció relacionades amb aquest grup de població també influeixen en l'ús de serveis. De la mateixa manera que en el cas dels indicadors anteriors, les notables diferències per petites àrees sanitàries que es mostren en els mapes corresponents no s'aprecien en l'anàlisi per districtes sanitaris a causa de l'efecte ecològic. No obstant això, cal destacar les grans diferències en la població d'origen asiàtic entre els districtes de Barcelona i l'Alt Pirineu i l'Aran, i la presència reduïda d'immigració intracomunitària a la Catalunya Central i Barcelona. La influència de la immigració sobre l'ús de serveis de salut mental requereix més atenció a Catalunya.

## **16.2. Dispositius existents: aspectes generals**

Per poder entendre adequadament els dispositius existents a Catalunya, cal establir comparacions territorials amb altres territoris. La comparació de les dades obtingudes en l'estudi GEOSCAT-SM de 2010 s'han de comparar en el futur amb la distribució de serveis en altres comunitats autònomes i amb altres regions europees. De la mateixa manera, és fonamental fer un seguiment de l'evolució d'aquests serveis al llarg del temps per entendre la implementació de les polítiques sanitàries. Aquest estudi ha identificat 639 serveis d'atenció a la salut mental amb la suficient estabilitat temporal i organitzativa com per complir criteris de BSIC a Catalunya. La distribució i disponibilitat de serveis estables per a salut mental a Catalunya es troba per sobre del que s'ha identificat en altres comunitats autònomes. Els 639 BSIC identificats a Catalunya corresponen a 734 MTC, i s'indica que alguns serveis ofereixen més d'un tipus únic d'atenció prioritària. La distribució de BSIC per sectors és la que s'espera en el context del sistema d'atenció, on la majoria són serveis de salut (313), seguits dels serveis socials (203), treball (42) i justícia (5). Destaca l'absència

de serveis estables específics per a la salut mental que depenen d'Ensenyament, tot i que això es relaciona amb la forma en la qual està organitzada la provisió de serveis en aquest departament en funció de les activitats i els programes en el context de serveis més generals.

En el cas de salut, 313 serveis ofereixen 402 MTC. Aquest fet és lògic en alguns casos, com l'atenció d'urgències no mòbil (O3) que es duu a terme als hospitals generals amb atenció de pacients aguts (R2). No obstant això, hi ha casos en els quals la combinació de tipus de MTC resulta atípica i requeriria una anàlisi detallada de la prestació que s'efectua en cada dispositiu.

Com era d'esperar, la distribució i disponibilitat dels serveis d'atenció és més elevada a l'àrea macrourbana de Barcelona i menor en les àrees rurals, sobretot a l'Alt Pirineu i la Vall d'Aran. Aquest estudi ha pogut, per primera vegada, aportar informació sobre els professionals que ofereixen atenció a persones amb problemes de salut mental a Catalunya. Aquesta informació es va identificar com una de les limitacions fonamentals del sistema de salut mental per establir una planificació basada en evidència informada a Catalunya en l'informe PSICOST/CATSALUT 2003.

El perfil de distribució de professionals per MTC és indicatiu de la validesa d'aquest constructe per diferenciar els serveis d'atenció i indica la importància de no considerar com a criteri principal en la seva tipificació l'organització administrativa de la qual depèn cada servei. Així, el perfil de professionals dels CD dependents de Salut (D4.1) és molt més similar al dels clubs socials (D4.3) que als d'altres dispositius sanitaris. D'altra banda, els educadors tenen un paper més rellevant en els serveis infantojuvenils, i apareixen professionals específics en serveis amb tipus d'atenció especials (p. ex., advocats en els serveis de tutela i metges internistes en els d'atenció MILLE). Aquests perfils són també indicatius de la capacitat potencial d'intervencions dels diferents dispositius classificats per la seva activitat fonamental (MTC), la qual cosa pot aportar més flexibilitat al sistema d'atenció (p. ex., entre serveis socials i sanitaris en l'atenció de dia excepte l'atenció en HD). La comparació d'aquests perfils amb altres comunitats autònomes i amb altres regions d'Europa pot aportar informació addicional que permetin establir patrons d'activitat professional en un futur proper.

Atès que en el qüestionari utilitzat (DESDE-LTC) preval l'estabilitat organitzativa mitjançant una sèrie de criteris estandarditzats per a la codificació, no és d'estranyar que les unitats més complexes per assignar BSIC i MTC hagin estat les MILLE per a pacients amb

trastorns mentals greus i les unitats polivalents. De tota manera, les dificultats oposades en tots dos tipus de dispositius planteja la necessitat de dur-ne a terme una avaluació més detallada.

### **16.3. Dispositius existents: aspectes específics**

#### **16.3.1. Departament de Salut**

##### **a) POBLACIÓ ADULTA**

#### **ATENCIÓ HOSPITALÀRIA D'AGUTS**

S'aprecia un increment dels llits disponibles per a aquest tipus d'atenció en els 23 dispositius identificats, de 755 el 2002 a 802 el 2010. En general, la disponibilitat de serveis hospitalaris d'aguts és adequada, encara que s'aprecien disparitats a les diferents regions sanitàries i algunes mancances. Globalment, la disponibilitat és bona a les capitals de província, sobretot a Barcelona. En el cas de Girona, l'existència d'un centre únic per a tot el territori pot plantejar problemes en els sectors sanitaris i GTS més distants. L'assignació de la zona costanera de la Selva a l'Hospital de Mataró és sensible a les necessitats d'aquest territori. Els serveis d'aguts de les Terres de l'Ebre i el Camp de Tarragona presenten una situació anòmala per l'assignació d'una zona de la primera a la segona, encara que això és coherent per a la disponibilitat de llits en tots dos territoris. Existeix un problema d'accés als serveis d'aguts en la regió de l'Alt Pirineu i l'Aran, on els serveis assignats es troben fora del rang màxim acceptable (100 km), per la qual cosa no es pot considerar que ofereixin una cobertura efectiva a les necessitats d'aquest territori.

Amb relació a la tipologia dels MTC, l'associació amb atenció no mòbil d'urgències (O3) és lògica. També és adequada l'existència d'atenció de dia d'alta intensitat seqüencial (per exemple, unitats de teràpia electroconvulsiva [TEC]). Es mostren alguns centres amb activitats atípiques, com atenció ambulatoria relacionada amb el servei d'hospitalització sense una estructura administrativa independent i estable, com és el cas de l'Hospital de Bellvitge o l'atenció d'HD a l'Hospital Clínic de Barcelona.

Pel que fa a la disponibilitat de llits per a aguts en el conjunt de Catalunya (13 per 100.000 h.), se situa a la mitjana segons els indicadors del model bàsic d'atenció mental comunitària (Salvador-Carulla et al., 2007). Novament, hi ha serveis amb valors atípics que es revisen en l'apartat d'eficiència tècnica i que han de contextualitzar-se en funció de les característiques de l'àrea local. Aquesta situació apareix també pel que fa al perfil i la

mitjana de professionals per cada servei. És destacable el perfil diferent de dedicació dels professionals entre els serveis d'aguts per adults i per població infantojuvenil.

### **ATENCIÓ HOSPITALÀRIA A PACIENTS SUBAGUTS I CRÒNICS**

El perfil d'atenció hospitalària de pacients subaguts de mig i llarg termini mostra un patró característic a Catalunya respecte a altres comunitats autònomes, i pot requerir una anàlisi específica i contrastar els informes amb altres del Departament de Salut (p. ex., pacients de MILLE). El nombre de llits disponibles per atenció a llarg termini (33,6 llits per 100.000 h.) està per sobre de la taxa de llits valorada com a adequada en el model bàsic d'atenció comunitària de salut mental. Això reforçaria la necessitat de completar la reforma de l'atenció residencial a pacients amb trastorn mental greu a Catalunya. En qualsevol cas, ha de tenir-se en compte l'existència de nous models d'atenció residencial a aquests pacients a Catalunya que no es recullen de forma adequada en la versió 1 de l'instrument DESDE-LTC. D'aquesta manera, el sistema de salut mental de Catalunya ha incorporat dos recursos altament innovadors per a l'atenció als pacients TMG en el context europeu: 1) l'atenció en centres polivalents altament integrats (p. ex., UP d'Amposta) i 2) la reconversió d'antics hospitals psiquiàtrics en "parcs sanitaris" que ofereixen atenció genèrica de salut, a banda d'atenció especialitzada integral en salut mental amb una àmplia gamma d'activitats disponibles en aquests centres (p. ex., Parc Sanitari Sant Joan de Déu i Parc Sanitari de Salt). El sistema de codificació tradicional basat en l'ESMS i la primera versió del DESDE (ESMS/DESDE) no permetien diferenciar l'atenció facilitada en aquests parcs sanitaris de la dels hospitals psiquiàtrics tradicionals, i es classificaven amb els mateixos codis (R4-R6). En realitat, però, l'atenció residencial a TMS en aquests parcs sanitaris s'assembla cada vegada més a la del medi comunitari (R5-R7) en un règim obert.

Cal destacar, pel que fa a l'avaluació efectuada el 2002, que l'atenció a pacients subaguts ha presentat un increment de 340 llits a 603. A banda dels centres tradicionals de subaguts en hospitals psiquiàtrics (R4), es comptabilitzen a l'actualitat tres centres residencials d'alta intensitat a la comunitat (R5) i dos centres en parcs sanitaris (Sant Joan de Déu i Salt) que, per l'emplaçament i les característiques, es troben en un procés de transformació avançat. En conjunt, 191 llits dels 603 disponibles per a l'atenció de pacients subaguts a Catalunya correspondrien a atenció residencial d'alta intensitat a la comunitat seguint un criteri menys restrictiu que el de l'ESMS/DESDE. El perfil d'activitat principal de subaguts mostra característiques atípiques a l'UP d'Amposta i a l'Hospital de Vic, on l'atenció de subaguts i aguts es duu a terme de forma no diferenciada segons els criteris DESDE. El perfil de professionals en centres de subaguts i per TMS segueix una gradació coherent pel que fa

al perfil de professionals de les unitats d'aguts. Els casos atípics es comenten amb més detall en l'apartat d'eficiència tècnica.

Pel que fa a l'atenció hospitalària a llarg termini per TMS, cal destacar la variabilitat de codis i denominacions dels 16 serveis disponibles i l'especificitat d'alguns d'ells per a persones amb discapacitat intel·lectual i problemes de conducta; així com el fet que part de la població de Lleida que precisa atenció residencial s'allotgen a Saragossa (24 llits). Els tipus principals d'atenció inclouen dispositius d'atenció amb estada a temps limitat al costat d'altres centres d'atenció indefinida. A MILLE s'han identificat dos dispositius R5 (Almacelles i UP Barcelona Nord). Aquest últim és un dispositiu amb una associació de codis principals d'atenció, ja que inclouen atenció de dia d'alta intensitat (D1.2), atenció hospitalària residencial a la comunitat, i atenció residencial no hospitalària també d'alta intensitat. Cal destacar que s'aprecia una reducció considerable en el nombre de llits d'atenció a pacients crònics en el medi hospitalari respecte al 2002 (s'ha passat de 2.875 llits a 1.474). No obstant això, s'ha de tenir en compte que aquí no s'han comptabilitzat els llits específics de discapacitats intel·lectuals dependents de proveïdors de salut, que farien un total de 941 llits.

Un altre factor que cal tenir en compte en relació amb l'atenció de MILLE, és que es tracta d'un col·lectiu divers que inclou persones amb diferents tipologies. Això comprèn persones amb malalties mentals greus amb un grau molt heterogeni de necessitats socials i/o sanitàries i persones de la tercera edat, distribuïdes en funció de: a) els processos de transformació interns de cadascun dels centres, segons la prioritat que hagin donat als crònics o la seva situació estructural d'origen; i b) la base de tarifes. Existeixen fins a 5 tarifes diferents: ADP, BDP (inclou alguns TMG i altres RM lleus i moderats), RM greu i profund i una tarifa per estada lligada a un pla de reconversió purament orientat a edificis signat el 1999. Això explica l'enorme variabilitat terminològica trobada en l'hospitalització de llarga estada a les fitxes de GEOSCAT-SM.

L'elevada proporció de llits hospitalaris per MILLE (23,6 llits per 100.000 h.) indicaria una necessitat de completar la reforma d'aquest sector d'atenció. No obstant això, l'evolució de l'atenció residencial comunitària entre 2002 i 2010 assenyalada a la taula 88 indica que la reforma de l'atenció als TMS no es pot continuar considerant una assignatura pendent de l'atenció psiquiàtrica, i que els canvis que resten per efectuar no poden estar lligats de forma automàtica a mancances de dotació pressupostària. Cal considerar que, des de fa 8 anys, no s'actualitza l'activitat de l'anomenada MILLE. Dit d'una altra manera, la millora relativa del finançament de la llarga estada sense augmentar els recursos absoluts (la

borsa global) es produeix per la combinació de la mateixa tarifa i les retallades, i menys activitat (hi ha llits que, situats en entorns residencials que encara subsisteixen dins dels hospitals monogràfics, els ocupen persones amb discapacitat intel·lectual sense TM o els amortitzen quan es produeix la defunció del pacient). El resultat final depèn de l'estructura de partida de cada hospital monogràfic (per exemple, en el cas de Sant Joan de Déu el descens d'activitat ha estat notable). L'alta variabilitat de serveis immersos en aquest procés de reconversió (BDP, ADP, SERPI, URHI) dificulta l'estandardització de les activitats relacionades amb aquest procés.

Per la seva estructura de partida, els hospitals monogràfics de Sant Joan de Déu i Pere Mata presenten més discrepància entre les dades estructurals del CatSalut i la realitat assistencial.

Cal assenyalar, també, la identificació dels llits de TMS a l'Hospital Duran i Reynals que no constaven en les llistes del Departament de Salut.

### **ATENCIÓ DE DIA D'ALTA INTENSITAT (HOSPITALS DE DIA)**

S'aprecia un canvi substancial en la disponibilitat i activitat dels HD a Catalunya en comparació amb la situació descrita el 2002. En aquests anys, s'ha efectuat un esforç considerable per dotar al sistema d'atenció de més centres amb capacitat d'atenció en crisi, com a alternativa a l'hospitalització psiquiàtrica. A més, els dispositius de dia d'alta intensitat presenten una variabilitat notable. En alguns centres, es registren MTC d'atenció de dia periòdica d'alta intensitat (p. ex., unitats de TEC) que, en aquest estudi, s'han registrat juntament amb l'atenció hospitalària general per a aguts. En aquesta anàlisi, 16 dels 26 dispositius identificats tenen capacitat per atenció alternativa a l'hospital en situacions de crisi, enfront de cap dels 10 registrats el 2002, quan el nombre total de places disponibles era de 540 enfront de les 610 actuals.

S'ha identificat alguns problemes d'accés, sobretot en petites àrees de salut mental de la província de Tarragona (Valls, Reus, les Terres de l'Ebre i Tortosa). El problema fonamental es troba a l'Alt Pirineu i la Vall d'Aran (àrees de la Seu d'Urgell, Sort, Tremp i Vielha) i l'àrea de l'Anoia. El perfil de professional d'aquests centres es troba entre el dels dispositius residencials de tipus hospitalari i el dels centres de salut mental, i és molt diferent del dels centres de rehabilitació de dia.



## **CENTRES DE DIA/SERVEIS DE REHABILITACIÓ COMUNITÀRIA**

Aquests dispositius comprenen dos tipologies de recursos segons el perfil d'activitat principal MTC. Aquests serveis haurien s'haurien d'haver registrat amb el codi D4.1, que indica orientació relacionada amb la salut del dispositiu. No obstant això, 12 dels dispositius identificats presenten una codificació D4.3, indicativa d'una activitat principal de rehabilitació dirigida fonamentalment a aspectes socials i culturals amb un grau molt baix d'atenció clínica. Això planteja la necessitat de fer una anàlisi en profunditat del paper dels centres de dia orientats fonamentalment a activitats socials i culturals en el sistema de salut, tenint en compte la funció dels clubs socials promoguts des de fora del sector sanitari. Un centre (CD Esplugues) compleix criteris d'activitat orientada al treball, la qual cosa requereix que se n'avaluï la ubicació en aquest grup d'atenció. S'ha detectat, a més, altres dos BSIC de tipus laboral i educatiu a Els Tres Turons i JOIA que no s'han afegit a aquesta llista ja que no apareixen en les llistes oficials i no estan sectoritzats.

En conjunt s'aprecia una lleugera disminució de les places disponibles en aquest grup de recursos (1.614 places de dia enfront de les 1.656 registrades el 2002). També hi ha una lleugera disminució de dispositius (55 enfront dels 58 existents el 2002), tot i que aquests s'han de sumar als que depenen de serveis socials (clubs socials i serveis prelaborals), els quals han presentat un increment notable en aquests anys.

De la mateixa manera que en el cas anterior, s'aprecia una falta d'aquest tipus de recursos en algunes zones de l'Alt Pirineu i l'Aran (Sort, Tremp i Vielha).

## **ATENCIÓ AMBULATÒRIA COMUNITÀRIA PER A ADULTS**

Els centres de salut mental sectoritzats constitueixen la columna d'un sistema de psiquiatria comunitària integral. L'atenció que s'ofereix en els CSMA a Catalunya presenta uns alts nivells de disponibilitat, accessibilitat i cobertura territorial, de flexibilitat i d'integració amb l'atenció primària. Aquest sistema s'hauria de comparar amb dispositius similars en altres països per poder-ne valorar adequadament l'efectivitat, ja que probablement se situa entre els més avançats del món. El 2010, existeixen 74 centres de salut mental de referència, enfront dels 68 identificats el 2002. Aquests centres corresponen a les 74 petites àrees de salut mental que constitueixen les unitats bàsiques de l'anàlisi territorial del sistema de salut mental de Catalunya, i que ha corregit els problemes de sectorització detectats el 2002. Presenten característiques comunes i es tipifiquen en el sistema DESDE-LTC amb codis O8-O10. No obstant això, els CSMA

presenten algunes diferències que cal destacar en relació amb la cobertura, l'activitat principal i els perfils professionals. Alguns d'aquests factors es comenten a l'anàlisi d'eficiència tècnica. Existeixen dos CSM en els quals no es diferencia l'atenció per grups etaris, i atenen tant la població adulta com la infantojuvenil des d'un sol mòdul organitzatiu (la Selva Interior i Badia del Vallès). En conjunt, existeixen 89 codis 08-010 al territori de Catalunya.

Els CSMA es complementen amb altres centres ambulatoris connectats amb la xarxa d'atenció pública. Existeixen 13 centres perifèrics dependents dels CSMA. Aquestes unitats addicionals cobreixen l'atenció a àrees específiques de baix accés desplaçant-hi equips de forma estable, la qual cosa constitueix un indicador de la flexibilitat del sistema. A més, s'ha de considerar altres centres ambulatoris (consultes externes) fora de la sectorització, com els de l'Hospital de Bellvitge i l'Hospital Clínic. Aquestes unitats constitueixen el nivell més desenvolupat de l'atenció ambulatoria en hospitals generals fora del subsistema de l'atenció ambulatoria sectoritzada que, en menor grau d'organització, apareixen també en altres unitats hospitalàries. En aquests casos, es planteja un dilema entre la necessitat d'atenció a una població de referència amb la millor cobertura possible de les seves necessitats en salut mental i la d'efectuar programes ambulatoris de referència. Es tracta d'un dilema similar al que es produeix en els CAP en què s'ha de fer un balanç entre les necessitats generals de la població de l'àrea de cobertura i el fet de posar en marxa programes específics sobre patologies concretes. En qualsevol cas, l'activitat ambulatoria dels centres hospitalaris s'hauria de registrar i enviar a la unitat de planificació, sempre que tingui finançament per part del sistema de salut. A més, pot ser necessari diferenciar, des del punt de vista del finançament, la dotació econòmica per a l'àrea de cobertura del finançament de l'altre tipus d'atenció ambulatoria. Això és similar al que succeeix amb alguns CSM amb un perfil acadèmic molt marcat.

Els diferents codis assignats als CSMA en delimiten la capacitat d'atenció en relació amb la freqüència potencial de visites a un mateix pacient en un mes. Aquest indicador fa paleses les diferències de capacitat d'atenció en el sistema que s'han de contrastar amb els indicadors d'activitat dels centres. Un problema d'avaluar els sistemes d'atenció és la distinció de l'atenció principal que defineix un servei de la resta d'activitats que duu a terme. Aquesta diferenciació és especialment complexa en el cas dels CSMA. És important diferenciar dins dels serveis l'activitat preferencial dels quals és l'atenció ambulatoria de pacients aguts (urgències), dels destinats a l'atenció continuada, en els quals l'activitat d'urgències pot ser una activitat més del mateix. Ens trobem en el mateix cas en l'atenció

mòbil i no mòbil dins dels CSMA, i la categorització d'alguns programes específics efectuats per part d'aquests centres. És important diferenciar les funcions que són meres activitats d'un CSM específic de les que constitueixen una atenció principal i estable des del punt de vista organitzatiu i temporal i que, com a tals, s'han de codificar com a MTC. En aquest sentit, cal destacar la consideració de MTC de l'atenció mòbil a persones sense sostre proporcionada pel CSM de Ciutat Vella.

El Programa de seguiment individualitzat (PSI) s'ofereix a 31 CSMA, enfront dels 7 programes existents el 2002. Encara que no compleixen criteris de MTC, s'aporta una informació estandarditzada de les característiques d'aquests programes en una taula independent (entitat proveïdora, unitat administrativa, documentació, finançament, perfil de professionals, usuaris i espai dins del dispositiu d'atenció). L'anàlisi detallada del programa PSI requereix un estudi ulterior específic. En tots els CSMA avaluats, aquest programa no compleix els criteris per ser considerat una "atenció principal" del CSMA. Aquí s'inclouen amb un sistema d'etiquetes de codificació diferent per distingir-los dels MTC. S'observa una gran variabilitat en relació amb l'activitat, els professionals implicats i el sistema organitzatiu dels PSI. Els serveis orientats a la gestió de l'atenció haurien de ser més homogenis pel que fa als diferents components i a la llista d'intervencions que haurien d'efectuar, ja que existeix una diferència substancial entre activitats restringides a la gestió del pacient i aquelles que incorporen intervencions terapèutiques. La variabilitat dels professionals implicats en aquest programa indica que, en alguns centres, el PSI pot fer, a més, tractaments, i en uns altres no tenen la capacitat per passar de les tasques de gestió a les de tractament. Una reavaluació de les característiques d'aquest programa per part del Departament de Salut pot contribuir a interpretar les dades obtingudes (p. ex., si existeix un excés de capacitat en alguns centres on s'ha contractat professionals clínics) pel que fa als que no compten amb aquesta capacitat. En el cas del CSMA l'Anoia, el nivell organitzatiu del programa no va permetre codificar-lo com a codi addicional, fins i tot utilitzant els criteris menys restrictius per codificar els PSI.

Un total de 38 dels 74 CSMA identificats presenten el 2010 una coordinació formal amb atenció primària. Aquesta coordinació que apareixia en el Pla director de 2006, és un indicador principal del grau d'integració del sistema d'atenció, i el seu desenvolupament constitueix un dels punts forts del sistema de salut mental a Catalunya.

## **ATENCIÓ AMBULATÒRIA D'URGÈNCIES**

La comprensió del subsistema d'atenció d'aguts requereix una anàlisi detallada de la capacitat d'atenció facilitada a aquests pacients pels diferents serveis. L'atenció no mòbil de 24 hores (03) es concentra als hospitals de referència com a una activitat mixta, ja que la proporciona el servei d'urgències amb personal del servei de psiquiatria. Per això, es tipifica com a MTC lligat al codi principal R2 (atenció hospitalària d'aguts). Existeix una tendència a establir serveis d'urgències concertats entre dues institucions, particularment a l'àrea macrourbana de Barcelona. Aquestes unitats funcionals establertes després de concloure la recollida de dades per a aquest estudi, s'hauria d'analitzar en el futur amb deteniment i comparar amb els sistemes tradicionals d'urgències. De la mateixa manera, cal destacar que, en tres dispositius, l'atenció d'urgències presenta la suficient estabilitat organitzativa com per considerar-se BSIC. Aquest és el cas de l'Hospital de Sant Pau, l'Hospital de Mataró i el d'Amposta. En els dos primers casos, el funcionament d'aquestes unitats s'hauria de contrastar amb el de la resta de les R2 identificades, ja que s'ha de valorar l'efectivitat comparada d'aquest tipus de provisió. El cas d'Amposta és atípic, perquè es troba en el context d'una unitat polivalent. La diversitat en les prestacions d'aquestes unitats a Catalunya requereix una anàlisi específica per part del Departament de Salut.

En aquest estudi no s'ha codificat l'atenció d'urgències a temps limitat proporcionada pels centres de salut mental. Aquesta funció no compleix criteris de MTC, però constitueix una part rellevant del subsistema d'atenció, per la qual cosa s'hauria d'incloure dins d'una avaluació del mapa de programes d'atenció complementari al mapa de serveis estables.

### ***b) POBLACIÓ INFANTOJUVENIL***

El 2002, ja es va posar de manifest la diferència notable en el desenvolupament d'aquests serveis entre Catalunya i altres tres comunitats autònomes (PSICOST, 2003). Sobre aquesta situació de partida, l'atenció per població infantojuvenil ha presentat un gran desenvolupament en els darrers deu anys en els diferents components, i això constitueix un dels actius més importants del sistema d'atenció de salut mental a Catalunya. Com en altres casos, per poder comprendre perfectament aquest subsistema, caldria fer una comparació amb altres comunitats autònomes i altres regions europees. Cal destacar la disponibilitat i accessibilitat de serveis a la regió de Barcelona i els problemes detectats, sobretot, al Camp de Tarragona i l'Alt Pirineu i l'Aran. Això s'afegeix a la necessitat d'un abordatge específic del Pla de salut mental per a aquesta regió sanitària, també pel que fa

la població infantojuvenil. Amb el desenvolupament i reconeixement oficial de l'especialitat de psiquiatria infantil, seria aconsellable elaborar un atlas específic en població infantojuvenil.

### **ATENCIÓ HOSPITALÀRIA D'AGUTS**

L'any 2002, es van identificar 6 unitats hospitalàries per a aguts amb un total de 73 llits, 25 dels quals correspondrien a una unitat especialitzada en adolescents. El 2010, el nombre de centres havia augmentat a 10, i el nombre de llits registrats a 130, dels quals 60 es corresponien amb l'atenció adolescent a l'Institut Pere Mata (10) i al Complex Assistencial Benito Menni (50). Una característica de les unitats hospitalàries d'aguts en l'atenció infantojuvenil és la presència en cinc centres d'un nombre de llits baix (per sota de 6 a Lleida, Parc Taulí, Vic, Althaia, Martí Julià/Salt). La unitat d'Althaia només compta amb dos llits. En aquests centres, la unitat d'aguts infantil es troba en els serveis de pediatria, i l'atenció psiquiàtrica té característiques d'interconsulta i/o és compartida amb l'atenció a l'HD. Aquests cinc centres tenen unes característiques organitzatives molt menys estables que la resta, i s'han codificat com a MTC-R2 per facilitar la comprensió del sistema encara que, aquestes unitats, a la pràctica, no són comparables amb els tres altres centres registrats en el mapa. Les dades plantegen una possible escletxa entre la cobertura administrativa de l'atenció aguda infantojuvenil i la disponibilitat real de llits. Aquesta escletxa apareix per una distància excessiva del centre de referència (com en el cas del Camp de Tarragona i les Terres de l'Ebre), o per una disponibilitat de llits molt baixa en funció de la població atesa (com esdevé en els casos referits anteriorment). Cal destacar el nivell més alt de disponibilitat a la Regió Sanitària Barcelona, així com les mancances constatades al Camp de Tarragona i les Terres de l'Ebre respecte a l'atenció infantil, on apareix un baix nivell de disponibilitat i accessibilitat d'aquests dispositius en diverses petites àrees sanitàries de salut mental. Dos hospitals amb característiques d'atenció especials són Sant Joan de Déu, que conté una unitat d'atenció d'urgències específica, i l'Hospital Clínic, que compta amb una unitat d'atenció ambulatoria especialitzada.

La presència de centres específics d'atenció adolescent constitueix un altre indicador de la variabilitat en serveis disponibles a Catalunya. Les diferències existents en l'atenció a la població adolescent i infantil són un altre punt que requereix un estudi detallat.

### **HOSPITAL DE DIA INFANTIL**

Com en el cas de la resta de l'atenció infantil, s'aprecia un notable increment de la capacitat d'atenció del sistema. Mentre que el 2002 es comptava amb 8 dispositius i 245 places, el 2010 els dispositius havien augmentat fins a 21 amb una oferta total de 440 places. Aquests dispositius presentaven una configuració d'atenció amb característiques mixtes (CD/HD), per la qual cosa s'ha optat per assignar només dos dígitos a l'etiqueta de codificació (D1). El desenvolupament d'aquest tipus d'atenció constitueix un factor rellevant per reduir els costos hospitalaris. L'atenció de dia presenta una bona distribució territorial, excepte en el cas de l'Alt Pirineu i la Vall d'Aran.

Cal comentar que els CDIJ en què coexisteixen l'atenció mèdica amb l'atenció educativa, no s'han tingut en compte per a aquest treball, ja que cobrien patologies molt concretes, com ara la discapacitat intel·lectual o l'autisme.

### **CENTRES DE SALUT MENTAL INFANTIL**

Els 50 centres identificats el 2010 constaten l'increment en aquest tipus d'atenció respecte al 2002 (41 centres de salut mental infantil), amb més accessibilitat i cobertura de població. Aquests centres han incorporat també el model de consultes perifèriques, que permet tenir una accessibilitat i una flexibilitat en la prestació d'atenció ambulatoria millors. Cal assenyalar que el sistema d'atenció de salut mental infantil presenta unes característiques diferencials respecte a altres comunitats autònomes, cosa que ho converteix en difícil de comparar. D'aquesta manera, per exemple, en el cas d'Andalusia, on també s'ha desenvolupat de forma considerable l'atenció infantil, el CSMIJ no està organitzat com a porta d'entrada com passa a Catalunya, sinó que als usuaris els han d'atendre inicialment en el centre de salut mental general. D'altra banda, aquest subsistema es diferencia del d'adults en el fet que té una capacitat més elevada d'oferir intensitat en l'atenció amb un predomini de codis O8 i O9 sobre els O10.



**c) ALTRES SERVEIS DE SALUT MENTAL**

S'ha produït una disminució progressiva dels serveis de psicogeriatría, i han passat de 5 dispositius amb 470 llits a només dos amb 148 llits. Aquesta reducció té a veure amb les dificultats de definició d'aquesta àrea d'actuació i amb el caràcter institucionalitzat dels llits disponibles, però s'hauria de plantejar una anàlisi sobre la necessitat d'atenció residencial de tipus psicogeriatric amb un enfocament comunitari a Catalunya.

L'estudi de 2003 destacava el desenvolupament de l'atenció infantojuvenil a Catalunya, així com l'atenció proporcionada a persones amb trastorns de conducta alimentària (TCA), discapacitat intel·lectual i amb abús de substàncies. En l'actualitat, els dispositius específics han continuat expandint-se i constitueixen una de les característiques del sistema de salut mental a Catalunya. Els dispositius per TCA presenten una àmplia varietat de MTC, des de 6 llits d'aguts amb flexibilitat per a ús per a altres pacients, a unitats ambulatories als hospitals de Bellvitge i Terrassa, i 5 HD. En aquest últim període, també s'han desenvolupat serveis per a persones amb trastorns de personalitat límit a l'Hospital de Sant Pau i a l'Hospital Vall d'Hebron. El sistema d'atenció en els dos centres s'estructura de forma diferent, encara que l'anàlisi de les activitats proporcionades per aquests centres requereix una anàlisi específica. També s'han desenvolupat serveis específics per a l'atenció a la població immigrant i a persones sense sostre, entre altres programes. Els serveis residencials per a patologia dual (abús de substàncies) presenten una disponibilitat d'atenció residencial aguda i subaguda amb 98 llits. Aquests serveis s'han de considerar en relació amb la xarxa d'atenció a drogodependències.

L'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual (DI) ha constituït un model de planificació a Espanya que s'ha seguit en diverses comunitats autònomes i que es recull en l'informe FEAPS de 2007. El subsistema de DI-SM consta en l'actualitat de 14 dispositius dissenyats com a complementaris del sistema general d'atenció a la salut mental, amb la col·laboració entre els serveis sanitaris i socials i l'atenció ambulatoria especialitzada sectoritzada, l'atenció hospitalària d'estada limitada i els dispositius d'atenció comunitària residencial. Aquest subsistema compta amb 953 llits al territori.

### 16.3.2. Departament de Benestar i Família

La coordinació dels serveis sanitaris i socials és un objectiu prioritari del Pla director de 2006 i del Pla d'atenció integral de 2010. De fet, es pot comprovar un gran desenvolupament de l'atenció residencial comunitària en els darrers 8 anys. No obstant això, hi ha aspectes del pla que haurien de desenvolupar-se.

Un aspecte clau assenyalat en aquest estudi és la necessitat de coordinar els mapes d'atenció social i sanitària tant per la planificació com per la prestació de serveis integrals. Encara que no s'ha aconseguit encara, cal destacar la millora dels registres de dades disponibles sobre els serveis socials de salut mental que ha permès accedir a informació que no estava disponible el 2002 ni el 2006. D'altra banda, l'augment de disponibilitat de dades ha estat progressiu al llarg d'aquests anys. Tot és conseqüència també del progrés de la coordinació, és a dir, de la col·laboració estreta entre les dues agències i els tècnics corresponents. L'evolució de l'atenció social comunitària constitueix l'element més destacable de l'enorme canvi que s'ha experimentat en la provisió de serveis per a salut mental en aquests anys.

El 2002 es comptava amb 15 dispositius residencials amb una atenció predominantment institucional (amb disponibilitat entre 100 i 150 llits). El tipus d'atenció residencial ha canviat substancialment en aquests anys. Les residències han augmentat al mateix temps que ha disminuït el nombre de llits per centre, i a l'actualitat existeixen 30 dispositius i 935 llits (cosa que suposa una reducció de la grandària dels centres a una mitjana de 31 llits). D'altra banda, el sector social ha experimentat un important desenvolupament dels pisos supervisats, que han passat de 51 el 2002, a 75 amb 307 llits disponibles.

El 2002 existien 8 clubs socials que proporcionaven atenció amb un nivell d'estructuració focalitzada en aspectes socials i culturals codificats al DESDE-LTC com a D4.3. Aquell any no es va poder accedir al registre de places totals. El 2010, el nombre de dispositius ha augmentat a 38 amb 1.622 places en tot el territori. Aquest increment suposa una disponibilitat total d'atenció de dia no aguda (incloent-hi els serveis sanitaris de tipus D41-D43) de 3.236 places en 93 dispositius repartits per tot el territori. Com en altres casos, la interpretació efectiva d'aquestes dades requereix establir comparacions amb altres comunitats autònomes i amb altres regions a Europa. En qualsevol cas, es tracta d'un desenvolupament de serveis molt notable, la complementarietat dels quals amb l'atenció sanitària s'ha de reforçar dins d'una planificació integral per augmentar l'eficiència global del sistema d'atenció. Aquesta col·laboració i adaptació de serveis pot tenir més



importància en els casos de disponibilitat baixa. La Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran seria un dels casos, on una estratègia possible seria incrementar la capacitat sanitària d'aquestes residències o bé establir mecanismes de cooperació reforçada dels serveis socials i sanitaris per millorar l'atenció dels casos d'aguts d'aquest territori.

### **16.3.3. Atenció proporcionada per altres sectors**

Aquest estudi avalua per primera vegada el conjunt de l'atenció a la salut mental inclosos els serveis disponibles en altres sectors (treball, educació i justícia). El nivell d'accés, els models d'atenció i la terminologia (inclosa la denominació de professionals que faciliten atenció equivalent) mostren la necessitat de reconduir la coordinació amb aquests sectors per millorar l'atenció integral.

Els serveis laborals han experimentat un notable desenvolupament en aquests anys. En conjunt, es compta amb 70 dispositius d'aquest tipus. No s'ha pogut accedir a tota la informació sobre l'atenció laboral i falten dades d'usuaris en ocupacions amb suport en empreses normals, encara que aquest tipus d'atenció és més freqüent en el cas de la discapacitat intel·lectual. Els serveis prelaborals (D3.2) han passat de 7 dispositius amb 150 places a 28 dispositius amb 762 places disponibles. En el cas dels CET, s'ha passat de 23 dispositius el 2006 (no es va poder accedir a aquesta informació el 2002) a 42 el 2010. Desafortunadament, no s'ha pogut accedir al nombre precís de places disponibles en el sistema. Aquesta informació és important per a una planificació integral de l'atenció a pacients amb trastorns mentals greus. L'atenció en els serveis educatius és crítica per a l'atenció integral en població infantojuvenil. L'anàlisi efectuada indica que, en aquests dispositius, l'atenció mental no presenta una estructuració organitzativa suficient com per ser considerats BSIC i no s'han inclòs com a tals. Això reforça la necessitat de comptar amb un mapa complementari dels programes d'atenció existents al territori a més dels serveis d'atenció, particularment per al registre dels serveis en àrees relacionades (educació, justícia i treball).

En els últims anys hem sigut testimonis d'un augment progressiu i constant de la població penitenciària tant a l'Estat espanyol com a Catalunya. A més, les previsions futures indiquen que el creixement no només no s'aturarà, sinó que pot fer-se més important. Dels 77 centres penitenciaris existents a Espanya, 66 els gestiona la Direcció General d'Institucions Penitenciàries del Ministeri de l'Interior. La resta dels que estan situats a Catalunya, ho són des de la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia

Juvenil del Departament de Justícia i Interior. Catalunya és l'única comunitat autònoma que compta amb una xarxa de serveis de psiquiatria penitenciària que intenta replicar la xarxa psiquiàtrica comuna. Això es reflecteix en la diversitat de MTC que duen a terme els diferents dispositius psiquiàtrics ubicats a les penitenciàries, que aborden l'atenció integral en salut mental de la població penitenciària amb serveis que repliquen l'atenció ambulatoria i l'aguda residencial. Fins al 2001, existia un psiquiatra consultor contractat pel Departament de Justícia a cada presó, però el 2001 es va cedir la gestió a Sant Joan de Déu i el 2003 es va inaugurar la primera unitat psiquiàtrica penitenciària de Catalunya. Això fa que encara s'estigui desenvolupant, i és massa d'hora per treure'n conclusions. Com en altres casos, l'atenció psiquiàtrica penitenciària a Catalunya necessitaria estudiar-se amb més detall (Vicens-Pons et al., 2009).

## 17. Sistemes de suport per prendre decisions en la planificació en salut mental

Aquest estudi aporta informació addicional per al suport de la presa de decisions mitjançant l'ús dels sistemes d'informació geogràfica i la investigació operativa aplicada a l'avaluació de serveis. Aquest tipus d'informació és demostrativa i preliminar, ja que les dades que es presenten constitueixen la primera fase del procés de generació de coneixement a partir d'informació estandarditzada sobre un tema d'alta complexitat (en aquest cas, la identificació de patrons territorials rellevants per establir prioritats i planificar, i l'eficiència tècnica de les petites àrees d'atenció). Els autors han definit un procés estandarditzat de generació de coneixement denominat *EbCA* (*expert-based cooperative analysis*) que requereix que grups d'experts revisin les dades (en aquest cas, les persones responsables de les àrees més rellevants, de les regions sanitàries i del sistema de provisió i planificació) per extreure'n el coneixement expert implícit que permeti incorporar regles formals al model i, d'aquesta manera, refinar els resultats obtinguts en un procés iteratiu amb els experts (Gibert et al., 2010). Atès el caràcter demostratiu de l'exercici d'anàlisi d'eficiència tècnica, s'ha consignat en un annex.

## 18. Anàlisi espacial (*hot i cold spots*)

L'anàlisi espacial pot constituir una eina de gran utilitat per identificar àrees on el perfil d'atenció s'ha d'analitzar de forma específica, tant pel que fa a la verificació del sistema de recollida de dades, a la conveniència d'adaptar l'atenció territorial a les necessitats identificades al territori o a la necessitat d'elaborar estudis específics que permetin entendre millor el patró identificat al territori.

Els resultats de l'anàlisi espacial de la prevalença administrativa que s'ha efectuat utilitzant un AEMO ha revelat certes àrees geogràfiques catalanes en què existeixen concentracions de valors significativament alts i baixos de trastorns mentals. Els resultats assolits (*hot spot* i *cold spot*) són, per definició, una combinació tan propera com sigui possible de l'eficiència, els objectius d'alta/baixa prevalença, d'uniformitat i proximitat. L'optimització dels tres objectius pot portar a solucions espúries quant a l'objectiu global que es persegueix, encara que totes són solucions igualment òptimes.

Cal interpretar els resultats sota aquestes premisses per evitar arribar a conclusions errades a partir dels resultats de l'AEMO. Les unitats espacials solució assenyalades com a possibles *hot spot* i *cold spot* per l'algorisme les han d'interpretar experts amb coneixements de salut mental en l'àmbit geogràfic d'estudi. En tot cas, les unitats espacials solució que s'aproximen a la definició de *hot spot* i *cold spot* identifiquen àrees en les quals existeix una forta dependència espacial en la distribució geogràfica de la variable estudiada, ja sigui de valors alts o baixos.

L'AEMO ha assenyalat de forma recurrent certes àrees com a *hot spot* i *cold spot* per a les diferents prevalences analitzades. Aquests resultats assenyalen la inexistència d'una distribució geogràfica homogènia o aleatòria dels trastorns mentals a Catalunya, ja que existeixen àrees amb situacions particulars d'alta i baixa prevalença. Els *hot spots* i *cold spots* abasten normalment àrees geogràfiques ateses per més d'un CSMA o CSMIJ, cosa que podria descartar en aquests casos un funcionament anòmal dels serveis d'atenció especialitzats de forma individual. Alhora, la distribució dels *hot spots* i *cold spots* està estretament relacionada. La localització dels *cold spots* coincideix, en molts casos, amb les mateixes comarques o amb comarques veïnes que els *hot spots* per als mateixos diagnòstics.

Les concentracions d'unitats espacials solució es localitzen en 15 de les 41 comarques catalanes. Aquestes comarques estan situades, majoritàriament, en el sector central i

oriental de la regió, que és el més poblat. Pertanyen principalment a la província de Barcelona, tot i que inclouen una comarca de Girona i dues de Lleida que són limítrofes, així com altres dos de Tarragona. L'amplitud de l'àrea de distribució dels *hot spots* i *cold spots* no suggereix, en principi, cap hipòtesi de relació respecte a les característiques físiques i socioeconòmiques del territori. D'aquesta manera, és possible trobar àmbits molt diferents que van des d'àrees pirinenques a litorals, d'industrials a agrícoles i d'urbanes a rurals.

Les comarques que acullen un nombre més elevat de clústers espacials són el Maresme, Osona i el Vallès Oriental. La comarca d'Osona posseeix quatre concentracions d'unitats espacials solució de *hot spots* i una de *cold spot*, i el Maresme i el Vallès Oriental presenten dues concentracions de *hot spots* i dues de *cold spots* en cadascuna d'elles. La resta de comarques són l'Alt Penedès, l'Anoia, el Bages, el Baix Camp, el Baix Llobregat, el Berguedà, el Garraf, el Priorat, la Segarra, el Ripollès, el Solsonès i el Vallès Occidental.

Com és sabut, és difícil relacionar l'aparició d'aquests *hot spots* i *cold spots* amb factors de risc que n'expliquin l'existència. Hi ha el perill de caure en la fal·làcia ecològica si s'intenta explicar les relacions malaltia-factor de risc en l'àmbit individual a partir del comportament de la comunitat de persones amb malaltia (Ocaña-Riola, 2010). No obstant això, aquests tipus d'estudis són de gran utilitat a l'hora d'establir hipòtesis que han de verificar estudis de casos. D'aquesta manera, una línia de desenvolupament d'aquesta investigació serà la relació dels clústers espacials trobats amb indicadors socioeconòmics mitjançant mètodes de regressió i classificació.

## 19. Conclusions

### 19.1. Resultats destacats

1) La planificació basada en l'evidència informada requereix una anàlisi de la informació local. Aquest estudi és el primer que l'aborda des d'una perspectiva integral

2) Els darrers deu anys s'ha produït un desenvolupament significatiu del sistema de salut mental a Catalunya. Aquest avenç es plasma en la comparació dels resultats d'aquest estudi i els estudis previs elaborats per PSICOST el 2002 i 2006. El progrés es constata en tots els components diferents del sistema d'evidència informada a través de:

- a. millora de la informació local disponible per part dels diferents sectors de l'atenció,
- b. interès, compromís formal i contactes per al desenvolupament de sistemes d'atenció integral,
- c. implementació de serveis coordinats, especialment entre atenció ambulatoria especialitzada i atenció primària,
- d. millora global de la disponibilitat de serveis en tots els sectors amb un desenvolupament de l'atenció comunitària i una disminució del pes proporcional de l'atenció hospitalària i institucional,
- e. aplicació del model d'evidència informada a la presa de decisions a la salut mental.

3) A determinades regions sanitàries i en un nombre reduït de petites àrees de salut mental es mostren problemes en la disponibilitat i l'accés a serveis. Aquests problemes són especialment rellevants a l'Alt Pirineu i l'Aran, i indiquen la necessitat d'un pla específic per desenvolupar el subsistema d'atenció rural. Això afecta tant l'atenció adulta com l'atenció infantojuvenil i especialitzada. En el cas de l'atenció infantojuvenil, el Camp de Tarragona també presenta una disponibilitat baixa.

4) Per primera vegada a Catalunya, s'ha pogut establir les taxes de professionals en cada dispositiu del sistema d'atenció pública a la salut mental. S'han determinat els indicadors de professionals, el perfil dels mateixos per tipus d'atenció i els casos atípics.

5) S'ha pogut identificar àrees de *hot spots* i *cold spots* pel que fa a la prevalença administrativa de trastorns mentals en general i de trastorns específics. L'amplitud de l'àrea de distribució dels *hot spots* i *cold spots* no suggereix, en principi, cap hipòtesi de relació respecte a les característiques físiques i socioeconòmiques del territori.

6) Es pot efectuar una anàlisi espacial per millorar la detecció i representació gràfica de la morbiditat psiquiàtrica a Catalunya. Aquest estudi podria ajudar a dissenyar el model conceptual d'atenció al malalt crònic.

## 19.2. Propostes futures

- 1) Millora de l'organització territorial per facilitar l'atenció integral.
- 2) Harmonitzar les bases de dades, els registres i la informació disponible en les diferents agències per a una atenció integral.
- 3) Identificar les dades que manquen, amb l'objectiu de millorar la informació global sobre el sistema de salut mental.
- 4) Afavorir la comparació amb altres territoris, comunitats autònomes i altres regions d'Europa.
- 5) Analitzar des de diferents perspectives (per proveïdors i serveis oficials) els recursos disponibles per completar la descripció del sistema.
- 6) Analitzar el mapa de recursos amb el flux financer.
- 7) Analitzar la coordinació de l'atenció en un àmbit *micro*, *meso* i *macro*.
- 8) Desenvolupar un mapa en línia amb l'actualització pels proveïdors que permeti, d'una banda, actualitzar les dades en línia i incorporar xarxes socials i, de l'altra, utilitzar-lo a dues escales: per a informació dels ciutadans i de l'administració i per als experts en avaluació de serveis.
- 9) Confeccionar un mapa complementari d'altres components de la microorganització: programes i unitats assistencials.
- 10) Desenvolupar, implementar i avaluar els plans específics següents:
  - Atenció rural: l'Alt Pirineu i l'Aran: aplicació de programes d'eSALUT i de mobilitat de professionals i pacients.
  - Atenció macrourbana: pla per a la macroàrea de Barcelona redefinida per sobre l'àrea metropolitana en termes d'atenció a la salut mental.
  - Atenció psicogeriatrica.

- Reavaluació del pla de reconversió dels serveis de MILLE.

11) Dur a terme els estudis específics següents:

- Estandardització del programa PSI-gestió de casos per incrementar-ne l'eficiència.
- Avaluació de la integració del sistema (inclosa la relació entre l'assistència primària i especialitzada en salut mental).
- Avaluació detallada de les unitats polivalents.
- Avaluació del subsistema d'urgències amb atenció especial a les unitats d'urgències no mòbils de 24 hores independents.
- Avaluació de l'atenció als menors de 18 anys en dos grups diferenciats: infantil i adolescent.
- Anàlisi EbCA de les dades d'anàlisi espacial i eficiència tècnica de petites àrees de l'estudi GEOSCAT.



## 20. Bibliografia

Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Mosquera F, Bernal-Delgado E por el Grupo Atlas-VPM. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. VPM Atlas. 2008;3(1):199-216.

Anselin L. Local Indicators of Spatial Association-LISA. Geographical Analysis. 1995;27:93-115.

Antón JI, Muñoz de Bustillo R. Health care utilisation and immigration in Spain. Eur J Health Econ. 2010 Oct;11(5):487-98.

Beale L, Hodgson S, Abellan JJ, Lefevre S, Jarup L. Evaluation of spatial relationships between health and the environment: the rapid inquiry facility. Environ Health Perspect. 2010 Sep;118(9):1306-12.

Beecham J, Johnson S; EPCAT Group. The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000;405:33-46.

Beirlant J, Goegebeur Y, Teugels J, Segers J. Statistics of extremes: theory and applications. Chichester, West Sussex: Wiley; 2004.

Besag J, Green PJ. Spatial statistics and bayesian computation. J R Stat Soc Ser B (Methodol). 1993;55(1):25-37.

Bithell JF. A classification of disease mapping methods. Stat Med. 2000 Sep;19(17-18):2203-15.

Bosch-Capblanch X. Handbook for supporting the development of health system guidance: supporting informed judgements for health system policies. Basel: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2011.

Buron A, Cots F, Garcia O, Vall O, Castells X. Hospital emergency department utilisation rates among the immigrant population in Barcelona, Spain. BMC Health Serv Res. 2008 Mar 3;8:51.

Bustins M, et al. Registre del conjunt mínim bàsic de dades dels centres de salut mental ambulatoria 2003: manual de notificació. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2003.



Capellá A. La reforma en salud mental en Cataluña: el modelo catalán. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2001;21(79):101-28.

Chaix B, Leyland AH, Sabel CE, Chauvin P, Råstam L, Kristersson H, et al. Spatial clustering of mental disorders and associated characteristics of the neighbourhood context in Malmö, Sweden, in 2001. J Epidemiol Community Health. 2006;60(5):427-35.

Coello-Coello CA, Lamont GB, Van Veldhuizen DA. Evolutionary algorithms for solving multi-objective problems. New York: Springer; 2007.

Commission on Professional and Hospital Activities. The international classification of diseases, 9th revision, clinical modification (ICD-9-CM). Ann Arbor (MI): Commission on Professional and Hospital Activities; 1978.

Curtis S, Copeland A, Fagg J, Congdon P, Almog M, Fitzpatrick J. The ecological relationship between deprivation, social isolation and rates of hospital admission for acute psychiatric care: a comparison of London and New York City. Health & Place. 2006;12(1):19-37.

De la Puente ML, Fusté J. Mapa Sanitario: una visión dinámica de la planificación de servicios en Cataluña. Med Clin (Barc). 2008;131 Supl 4:S3-8.

De la Puente ML, Fusté J. Preface: Support systems in evidence-based mental health care. Acta Psychiatr Scand. 2006; 114:4.

De Savigny D, Adam T, editores. Systems thinking for health systems strengthening. AHPSR; 2009.

Deb K. Multi-objective optimization using evolutionary algorithms. West Sussex: Wiley; 2004.

Decret 105/2005, de 31 de maig, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 4397, de 2.6.2005).

Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 4594, de 16.3.2006).

Departament de Salut (Generalitat de Catalunya). Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Departament de Salut [Internet]. 2008 [consultat l'11 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0d3fed3b0c0e1a0/?vgnextoid=6e3322c33d363310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=6e3322c33d363310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Departament de Salut. Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006.

DESDE-LTC Group. DESDE-LTC: evaluation and classification of services for long term care in Europe. Barcelona: PSICOST and CatalunyaCaixa; 2011.

Elliott P, Wartenberg D. Spatial epidemiology: current approaches and future challenges. *Environ Health Perspect.* 2004;112(9):998-1006.

Eurostat. Eurostat regional yearbook 2010. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.

Fortney JC, Xu S, Dong F. Community-level correlates of hospitalizations for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2009;60(6):772-8.

García-Alonso CR, Pérez-Naranjo LM, Fernández-Caballero JC. Multiobjective evolutionary algorithms to identify highly autocorrelated areas: the case of spatial distribution in financially compromised farms. *Ann Oper Res.* 2011;1-16.

García-Alonso CR, Salvador-Carulla L, Garrido-Cumbrera M. A data envelopment analysis (DEA) model for assessing technical efficiency of residential service provision in small mental health areas in Spain. *J Mental Health Policy Econ.* 2005, 8, Supl 1, S17.

García-Alonso CR, Salvador-Carulla L, Negrín-Hernández MA, Moreno-Küstner B. Development of a new spatial analysis tool in mental health: identification of highly autocorrelated areas (hot-spots) of schizophrenia using a Multiobjective Evolutionary Algorithm model (MOEA/HS). *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2010 Dec;19(4):302-13.

Geary RC. The contiguity ratio and statistical mapping. *The Incorporated Statistician.* 1954;5:115-45.

Getis A, Ord JK. The analysis of spatial association by use of distance statistics. *Geogr Anal.* 1992;24(3):189-206.

Gibert K, García-Alonso C, Salvador-Carulla L. Integrating clinicians, knowledge and data: expert-based cooperative analysis in healthcare decision support. *Health Res Policy Syst.* 2010;8:28.

Haining RP. Spatial autocorrelation. En: Smelser NJ, Baltes PB, editores. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.* Oxford: Pergamon; 2001. p. 14763-68.

Johnson S, Kuhlmann R; EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;405:14-23.

Johnson S, Salvador-Carulla L. Description and classification of mental health services: a European perspective. *Eur Psychiat.* 1998;13(7):333-41.

Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Murray RM, et al. Neighbourhood variation in the incidence of psychotic disorders in Southeast London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007 Jun;42(6):438-45.

Kulldorff M. A spatial scan statistic. *Comm Stat Theor Meth.* 1997;26(6):1481-96.

Lavis JN, Røttingen JA, Bosch-Capblanch X, Atun R, El-Jardali F, Gilson L, et al. Guidance for evidence-informed policies about health systems: linking guidance development to policy development. *PLoS Med.* 2012 Mar;9(3):e1001186.

Lewin S, Bosch-Capblanch X, Oliver S, Akl EA, Vist GE, Lavis JN, et al. Guidance for evidence-informed policies about health systems: assessing how much confidence to place in the research evidence. *PLoS Med.* 2012 Mar;9(3):e1001187.

Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Garcia Marti S, Munabi-Babigumira S. SUPPORT tools for evidence-informed policymaking in health 11: Finding and using evidence about local conditions. *Health Res Policy Syst.* 2009 Dec 16;7 Suppl 1:S11.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

Moran PAP. Notes on continuous stochastic phenomena. *Biometrika.* 1950;37(1-2):17-23.

Moreno B, García-Alonso CR, Negrín Hernández MA, Torres-González F, Salvador-Carulla L. Spatial analysis to identify hotspots of prevalence of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(10):782-91.

Moreno Küstner B. Situación de los sistemas de información sobre salud mental en España. *Monografías de psiquiatría.* 2008;20(1):4-14.

Moreno R, Vayá E. Técnicas econométricas para el tratamiento de datos espaciales: la econometría espacial. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona; 2000.

Moscone F, Knapp M, Tosetti E. Mental health expenditure in England: a spatial panel approach. *J Health Econ.* 2007;26(4):842-64.

Ocaña-Riola R. Common errors in disease mapping. *Geospat Health.* 2010 May;4(2):139-54.

Ord JK, Getis A. Local spatial autocorrelation statistics: distributional issues and an application. *Geogr Anal.* 1995;27(4):286-306.

Organització Mundial de la Salut. Atlas: country profiles on mental health resources 2001. Ginebra: OMS; 2001.

Organització Mundial de la Salut. Atlas: global resources for persons with intellectual disabilities. Ginebra: OMS; 2007.

Organització Mundial de la Salut. Global Health Atlas [Internet]. 2008 [consultat l'11 d'abril de 2013]. Disponible a: <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>

Organització Mundial de la Salut. Improving health systems and services for mental health Ginebra: OMS; 2009 [consultat l'11 d'abril de 2013]. Disponible a: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf)

Organització Mundial de la Salut. Mental Health Atlas 2005. Ginebra: OMS; 2005.

Organització Mundial de la Salut. Mental Health Atlas 2011. Ginebra: OMS; 2011.

Ostfeld RS, Glass GE, Keesing F. Spatial epidemiology: an emerging (or re-emerging) discipline. *Trends Ecol Evol.* 2005;20(6):328-36.

Osyczka A. Evolutionary algorithms for single and multicriteria design optimization. Berlin: Springer Verlag; 2002.

Ozcan YA, Merwin E, Lee K, Morrissey JP. Benchmarking using DEA: the case of mental health organizations. En: Brandeau ML, Sainfort F, Pierskalla WP, editores. Operations Research and Health Care. 1st Ed. Norwell (MA): Kluwer Academic Publishers; 2004. p. 169-89.

PSICOST. Disponibilitat y uso de servicios de salud mental en Catalunya: Estudio comparativo con tres Comunidades Autónomas. Estudio PSICOST/CATSALUT 2003. Informe Técnico de la Asociación Científica PSICOST para el Departament de Salut de Catalunya, 2003.

Rezaeian M, Dunn G, St Leger S, Appleby L. Geographical epidemiology, spatial analysis and geographical information systems: a multidisciplinary glossary. J Epidemiol Community Health. 2007 Feb;61(2):98-102.

Salvador Carulla L, Romero C, Garrido Cumbreira M, Salinas JA, Ochoa S. Disponibilitat y uso de servicios de salud mental en Catalunya: estudio comparativo con tres comunidades autónomas (Estudio PSICOST/CatSalut). Barcelona: Servei Català de la Salut; 2003

Salvador Carulla L, Romero C, Garrido Cumbreira M, Salinas JA, Ochoa S. Informe Psicost/CatSalut 2003. Barcelona: Servei Català de la Salut (CatSalut); 2003.

Salvador-Carulla L, García-Alonso C, Gonzalez-Caballero JL, Garrido-Cumbreira M. Use of an operational model of community care to assess technical efficiency and benchmarking of small mental health areas in Spain. J Ment Health Policy Econ. 2007;10(2):87-100.

Salvador-Carulla L, Guimón-Ugartechea J. Recursos, oferta asistencial y evaluación. En: Palomo T, Jiménez-Arriero MA, editores. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2009

Salvador-Carulla L, Haro JM, Ayuso-Mateos JL. A framework for evidence-based mental health care and policy. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2006;(432): 5-11.

Salvador-Carulla L, Poole M, Bendeck M, Romero C, Salinas JA. Coding long-term care services: eDESDE-LTC. International Journal of Integrated Care [Internet]. 22 Jun 2009 [consultat l'11 d'abril de 2013]; 9. Disponible a:

<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/368>



Salvador-Carulla L, Romero C, Garrido-Cumbrera M, Salinas JA, Ochoa S. Disponibilidad y uso de servicios de salud mental en Catalunya: estudio comparativo con tres comunidades autónomas (Estudio PSICOST/CatSalut). Barcelona: Servei Català de la Salut; 2003.

Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, Martín M, Grané MS, Gibert K, Roca M, et al. A preliminary taxonomy and a standard knowledge base for mental-health system indicators in Spain. *Int J Ment Health Syst.* 2010;4(1):29.

Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C; CSRP group; RIRAG group. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain—an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(2):149-59.

Shekhar S, Evans MR, Kang JM, Mohan P. Identifying patterns in spatial information: a survey of methods. *WIREs Data Mining Knowl Discov.* 2011;1(3):193-214.

Thornicroft G, Tansella M. *The mental health matrix: a manual to improve services.* Cambridge: Cambridge University Press; 1999. p. 291.

Tibaldi G, Munizza C, Pasian S, Johnson S, Salvador-Carulla L, Zucchi S, et al. Indicators predicting use of mental health services in Piedmont, Italy. *J Ment Health Policy Econ.* 2005;8(2):95-106.

Vicens-Pons E; Grupo PRECA. Aproximación a la metodología para el estudio de los trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio PreCa. *Rev Esp Sanid Penit.* 2009;11:17-25.

Ward M. Spatial epidemiology: where have we come in 150 years? En: Sui DZ, editor. *Geospatial technologies and homeland security.* Dordrecht: Springer; 2008. p. 257-82.

Zhen H, McDermott S, Lawson A, Aelion M. Are clusters of mental retardation correlated with clusters of developmental delay? *Geospat Health* 2009;4(1):17-26.



