

ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DE LAS ILLES BALEARS



**Govern
de les Illes Balears**
Conselleria de Salut i Consum





**Govern
de les Illes Balears**

EDITA:

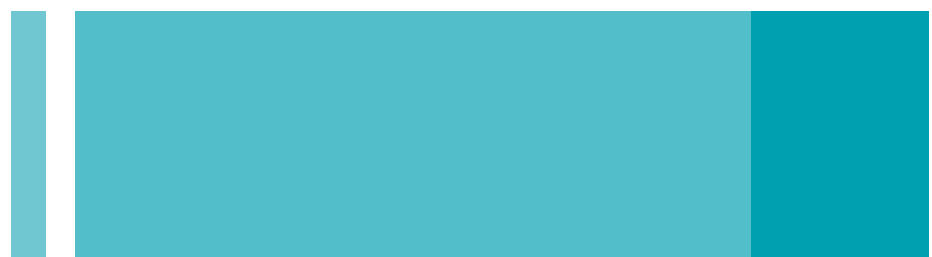
Consejería de Salud y Consumo

AGRADECIMIENTOS:

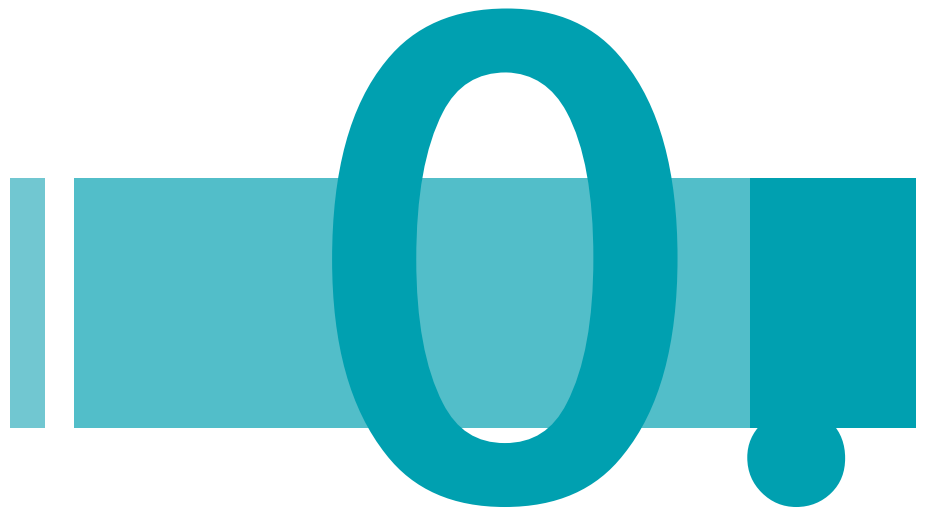
Al equipo directivo del Servicio de Salud, al Coordinador Autonómico de Salud Mental, todos los coordinadores de Área de Salud Mental, a los responsables de las diferentes unidades de la Red de salud mental, a todos los profesionales de salud mental que han colaborado mediante sus aportaciones, comentarios y sugerencias, a los equipos directivos de las diferentes gerencias, a los Consells Insulars de Menorca y de Eivissa y Formentera, al Institut de Serveis Socials i Esportius de Mallorca, a la Dirección General de Salud Pública y Participación, a la Dirección General de Servicios Sociales, así como a las Asociaciones de Familiares y Enfermos y Asociaciones de Profesionales de Salud Mental.



**ESTRATEGIA DE
SALUD MENTAL
DE LAS ILLES
BALEARS**



Depósito legal: PM-2872-2006



1. PRESENTACIÓN.....	5
2. INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA.....	7
3. REFORMA DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA.....	13
4. EVOLUCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS ILLES BALEARS DURANTE LA ÚLTIMA DECADA	15
5. ESTUDIO DE POBLACIÓN DE LAS ILLES BALEARS	19
6. PREVALENCIA Y CARGA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.....	23
7. IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS ILLES BALEARS.....	28
8. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EXISTENTES EN LAS ILLES BALEARS (MAYO DEL 2006).....	30
9. LINEAS ESTRATÉGICAS:	55
10. ANEXOS	106
11. BIBLIOGRAFÍA.....	122
12. ABREVIATURAS UTILIZADAS	125
13. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA.....	126

— |

| —

— |

| —



PRESENTACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales comprenden cinco de las diez principales causas de morbilidad en todo el mundo y estima que en torno al 15-25% de la población puede padecer algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. En 2001 la propia OMS emitió un informe dedicado íntegramente a la salud mental, con el fin de concienciar a la sociedad y a los profesionales del coste humano, social y económico que representan los trastornos mentales.

En las Illes Balears, en 1998 fue aprobado el primer Plan de Salud Mental, que sirvió de base para crear la estructura de la importante red de salud mental que actualmente dispone nuestra comunidad. Esta red asistencial, de acuerdo con el modelo comunitario impulsado por la reforma psiquiátrica, trata de atender a las personas con trastornos mentales en su ámbito natural, sin aislarlos en instituciones de exclusión.

En los últimos años, el Govern de les Illes Balears ha incrementado los recursos de salud mental y ha realizado importantes mejoras en la red asistencial, especialmente en áreas como la rehabilitación psicosocial y laboral de las personas con un trastorno mental grave o en la salud mental infanto-juvenil. A pesar de ello, factores como el aumento de la población y el elevado crecimiento de la demanda, han hecho que sea necesario un análisis de la situación actual y la elaboración de una nueva estrategia de futuro.

La Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears ha sido concebida como el documento de referencia sobre las medidas a desarrollar en materia de salud mental durante los próximos años, con el objeto de garantizar una atención de calidad a las personas que sufren trastornos mentales.

La Estrategia se ha elaborado entre los años 2004 y 2006 a través de un completo proceso participativo, con la implicación de técnicos de todas las instituciones que trabajan en la atención a la salud mental. La colaboración de todos los colectivos ha permitido responder a las expectativas y alcanzar un elevado grado de consenso. Además, antes de finalizar el documento técnico, éste fue presentado a las asociaciones de familiares y enfermos mentales, a las de profesionales de la salud mental que forman parte del Consejo Asesor, así como a los diferentes grupos políticos, para que también pudieran hacer sus aportaciones. A todos ellos hemos de agradecerles su colaboración en la elaboración de esta Estrategia, que desde ahora marcará todas las políticas y actuaciones en el campo de la salud mental.

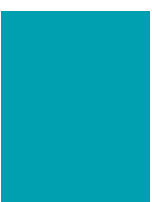


La Consejería de Salud y Consumo es consciente de la importancia que la salud mental tiene en la sociedad y de las necesidades de nuestra comunidad autónoma en ésta materia. Siguiendo las recomendaciones de la OMS y del Comité Técnico de Salud Mental -y a pesar de que la Estrategia de Salud Mental aun estaba en proceso de elaboración- el Govern de les Illes Balears ha destinado durante el periodo 2004-2006 una parte importante del presupuesto sanitario a nuevas acciones para mejorar los recursos de salud mental, tanto materiales como humanos. De esta manera se ha logrado ofrecer una atención de mayor calidad a las personas con un trastorno mental.

Además de haber creado una estructura organizativa y funcional que ha favorecido la coordinación de todos los recursos de salud mental, éstos han sido potenciados en casi todas sus áreas (Salud Mental Infanto-Juvenil, Unidades de Salud Mental, Hospitalización de Día, Media Estancia, Unidades de Corta R, creación de Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, Inserción Laboral, etc), destinándose para ello más de 4 millones de euros.

La Estrategia de Salud Mental será el documento que nos indique el camino a seguir en el desarrollo de nuestra red de salud mental, un desarrollo que tuvo su origen en el Plan de 1998 y que ahora será ampliado gracias a las líneas de trabajo que nos marca esta Estrategia, con el objetivo permanente de ofrecer a los usuarios la mejor calidad asistencial.

Aina M. Castillo i Ferrer
Consejera de Salud y Consumo





INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA

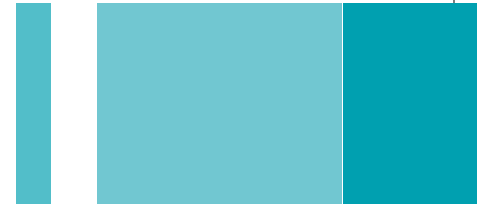
La Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears ha sido concebida como el documento de referencia sobre las medidas a desarrollar en materia de salud mental con el objetivo de garantizar una atención de calidad a las personas de la comunidad autónoma que sufren trastornos mentales.

La elaboración de dicha Estrategia se ha realizado entre los años 2004 y 2006 mediante un proceso participativo, con implicación de todas las instituciones que tienen responsabilidad en la atención a la salud mental, con el fin de que responda a las expectativas de todos y alcance un elevado grado de consenso.

El Plan de Salud Mental de 1998 sirvió de base para crear en las Illes Balears la estructura de la importante Red de salud mental que actualmente dispone la comunidad autónoma. Una red que siguiendo el enfoque iniciado con la reforma psiquiátrica, el enfoque comunitario, trata de atender a las personas con trastornos mentales en su ámbito natural, sin aislarlos en instituciones de exclusión.

A pesar del incremento de recursos de salud mental que se ha ido produciendo en los últimos años en las Illes Balears, factores como el aumento de la población, el elevado crecimiento de la demanda y la existencia de carencias (especialmente en áreas como la rehabilitación psicosocial y laboral de las personas con un trastorno mental grave ó como la salud mental infanto-juvenil), hacen que sea necesario un análisis de la situación actual y la elaboración de una nueva estrategia de futuro.

Según la OMS, los trastornos mentales comprenden cinco de las diez principales causas de carga de morbilidad de todo el mundo (la depresión, las autolesiones, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol). Se prevé que el porcentaje de la morbilidad mundial atribuible a los trastornos mentales y de comportamiento aumente del 12% en 1999 al 15% en el año 2020. El aumento será particularmente pronunciado en los países de desarrollo, debido a factores como el envejecimiento de la población y la rápida urbanización.

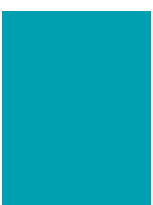



La enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, generalmente de curso crónico, que suponen una enorme carga para la familia, el sistema sanitario y la propia sociedad. Según el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 de la OMS, en torno al 15-25% de la población podría padecer algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida. Estas cifras son igualmente aplicables para la población española según estimaciones procedentes de diversos estudios epidemiológicos. Si nos referimos sólo al grupo de enfermedades graves y crónicas, se estima que éstas afectan al 1% de la población (alrededor de 10.000 en Baleares) y de este grupo, la mitad (alrededor de 5.000 en Baleares) sufre un trastorno grave asociado a un grado de minusvalía, lo que supone una dependencia permanente para el enfermo. Para el año 2020, los trastornos neuropsiquiátricos serán la causa más importante de discapacidad, representando el 25% de los años de vida perdidos ajustados por esa variable. Según la OMS, la carga sociosanitaria de las enfermedades mentales representa el 10% de todas las enfermedades y en el 2020 habrá alcanzado el 15%. Además, se ha estimado que el 20% del gasto sanitario en Europa se debe a estos procesos, y que se aproxima al 3% del PNB en los países de una economía de mercado (Lehtinen, 2000). En España, la media de la prevalencia de enfermedad mental declarada es del 10,7; en Baleares es del 12,2 (Eddes, 1999). Sin embargo, los servicios de salud mental están infradotados.

Para abordar estos problemas y desafíos, la OMS lanzó en el año 2001 un Proyecto de Política de Salud Mental, elaborado por varios expertos, organizaciones e instituciones internacionales de todo el mundo, y encaminado a prestar asistencia a los encargados de la formulación de políticas, los planificadores de los servicios y otros interesados directos en la salud mental para la formulación y la ejecución de políticas, planes, legislación y servicios coherentes, integrales y eficaces en materia de salud mental.

Ese mismo año, la OMS emitió, el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 dedicado a la Salud Mental, con el fin de concienciar al público y a los profesionales acerca de la verdadera carga y el costo humano, social y económico que representan los trastornos mentales, y con el fin de ayudar a dismantelar muchos de los obstáculos, particularmente la estigmatización, la discriminación y las deficiencias de los servicios que impiden que personas con un trastorno mental reciban el tratamiento que necesitan y merecen. Dicho informe es un examen global de los conocimientos acerca de la carga actual y futura que suponen los trastornos y los principales factores que contribuyen a ellos. En éste se analizan el alcance de la prevención y la disponibilidad de tratamiento, así como los obstáculos que se oponen a éste. Se examinan en detalle la prestación y planificación de servicios, y se ofrece un conjunto de recomendaciones de gran alcance que pueden adaptar todos los países, de acuerdo con sus necesidades y sus recursos. Las diez recomendaciones de acción son las siguientes:

1. Manejo y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito de la Atención Primaria.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar asistencia en la comunidad y suministrar servicios de salud mental en la comunidad: La atención comunitaria tiene mejores efectos que el tratamiento institucional en el pronóstico y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos, es económicamente eficiente y respeta los derechos humanos. Los servicios comunitarios pueden facilitar la intervención temprana y limitar la estigmatización aparejada al hecho de recibir tratamiento. Los grandes hospitales psiquiátricos custodiales deben ser sustituidos por centros de atención comunitaria, deben estar respaldados





por camas psiquiátricas en los hospitales generales y deben contar con apoyo a la asistencia domiciliaria, para satisfacer todas las necesidades de los enfermos que eran competencia de dichos hospitales. Este traspaso a la atención comunitaria requiere la existencia de personal sanitario y servicios de rehabilitación a nivel comunitario, junto con la provisión de apoyo para situaciones de crisis, viviendas protegidas y empleo protegido.

4. Realizar campañas de educación y sensibilización pública sobre la salud mental.

5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores en la formulación y la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios.

6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional y autonómica. Deben basarse en conocimientos actualizados y en el respeto a los derechos humanos. Es preciso que se incrementen los presupuestos para programas de salud mental por encima de los bajos niveles actuales.

7. Desarrollar recursos humanos. Incrementar y mejorar la formación de los profesionales de la salud mental. Formación de equipos multidisciplinares (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermería psiquiátrica). Incrementar la formación en salud mental de los profesionales de Atención Primaria.

8. Establecer vínculos con otros sectores: Otros sectores además del sanitario, como los de educación, de trabajo, de asistencia social, de legislación y de las organizaciones no gubernamentales, deberían participar en la mejora de la salud mental de las comunidades.

9. Vigilar la salud mental de las comunidades incluyendo indicadores de la salud mental en los sistemas de información y notificación sanitaria.

10. Apoyar nuevas investigaciones

En enero de 2005, los ministros de Sanidad de los Estados miembros en la Región Europea de la OMS, en presencia del Comisionado Europeo para la Salud y la Protección del Consumidor, junto con el director regional de la OMS para Europa, se reunieron en Helsinki en la Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental. Los Estados Miembros se comprometieron, por medio de la Declaración sobre Salud Mental para Europa (“Declaración de Helsinki”) y su Plan de Acción (“Plan de Acción Europeo para la Salud Mental”) a aceptar los siguientes objetivos a realizar entre 2005 y 2010:

1. Promoción de la salud mental para todos.

2. Demostración del papel central de la salud mental. Analizar el impacto de las políticas públicas en salud mental.

3. Preparar normativas y desarrollar actividades para luchar contra la estigmatización y la discriminación y promover el bienestar mental, incluyendo los ambientes escolares y los lugares de trabajo.



4. Promoción de actividades en etapas críticas de la vida: Asegurar que las políticas de salud mental tengan como prioridad la salud mental y el bienestar de niños, adolescentes y ancianos. Desarrollar servicios especializados capaces de afrontar los retos concretos que suponen los jóvenes, los ancianos y las patologías específicas de género.

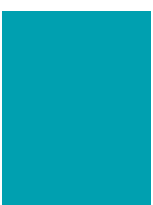
5. Prevención de problemas de salud mental y suicidio.


6. Priorizar los servicios que se centren en problemas de salud mental de grupos marginados y vulnerables incluyendo problemas de comorbilidad, es decir, aquellos problemas de salud mental que se asocian con otros problemas tales como la enfermedad física y el mal uso de sustancias.

7. Asegurar el acceso a la atención primaria para problemas de salud mental: Los médicos de familia y los servicios de atención primaria deben desarrollar la capacidad y la competencia para detectar y tratar personas con problemas de salud mental en la comunidad, apoyados siempre, como parte de la red con los servicios especializados de salud mental.

8. Ofrecer a la población con problemas graves de salud mental un cuidado efectivo en los servicios de la propia comunidad:

- Considerar especialmente las necesidades educacionales, económicas y emocionales de las familias y de los amigos, que a menudo son responsables del apoyo y cuidado continuo y que, a su vez, precisan apoyo.
- Diseñar programas para el desarrollo de habilidades y competencias para las familias de los cuidadores.
- Planificar y establecer servicios especializados en la propia comunidad, accesibles 24 horas al día, siete días a la semana, con personal multidisciplinar, para cuidar a las personas con problemas graves como esquizofrenia, alteración bipolar, depresión severa o demencia.
- Proporcionar ayuda en casos de crisis, ofreciendo servicios en el hogar y en el trabajo.
- Aumentar el nivel de inclusión social de las personas con problemas de salud mental.
- Ofrecer tratamientos efectivos y completos, psicoterapia y medicación.
- Desarrollar servicios de rehabilitación que tengan como objetivo mejorar la inclusión social de esta población, y evaluar el impacto de las discapacidades sobre los problemas de Salud Mental.
- Ofrecer servicios para las personas con problemas de Salud Mental que se encuentran en medios no especializados tales como hospitales generales o prisiones.
- Introducir derechos legales para las personas sujetas a cuidado involuntario para elegir su asesor legal independiente.





- Introducir o reforzar la legislación o las reglamentaciones que protejan los estándares del cuidado de pacientes, incluyendo el abandono de las prácticas inhumanas y degradantes.

- Planificar y financiar programas modelo que sean susceptibles de generalización.

9. Establecer relaciones con otros sectores: Unas pobres relaciones y una falta de coordinación entre los servicios dirigidos o financiados por diferentes entidades tienen como consecuencia un cuidado escaso, sufrimiento e ineficiencia. Las entidades responsables necesitan coordinación y liderazgo incluso a nivel gubernamental. Los usuarios y sus cuidadores necesitan apoyo para poder acceder y recibir servicios en temas como beneficencia, vivienda, comida, empleo y tratamiento. Es necesario crear redes de colaboración a través de los diferentes servicios que serán esenciales para la calidad de vida de los usuarios y de sus cuidadores, tales como la atención social, la educación, el trabajo, la justicia, el transporte y la salud, y hay que identificar y modular aquellos obstáculos financieros y burocráticos que dificultan la colaboración, incluso a nivel gubernamental.

10. Crear un contingente de profesionales competentes, no sólo del sector sanitario, sino también en otras áreas, como la atención social y la educación. Desarrollar, además, la formación en el reconocimiento, la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental en todo el personal de atención primaria. Promover la incorporación de nuevos profesionales a las salud mental y reforzar la permanencia de los ya existentes.

11. Establecer una buena información sobre la salud mental. Desarrollar un sistema de vigilancia basado en indicadores y sistemas de recogida de datos comparables e internacionalmente estandarizados. Incluir indicadores de promoción, prevención, tratamiento y recuperación en salud mental. Realizar encuestas periódicas sobre la salud mental basadas en la población. Medir los índices básicos de incidencia y prevalencia de alteraciones específicas incluyendo factores de riesgo en la población y en los grupos de riesgo. Apoyar el desarrollo de un sistema integrado de bases de datos.

12. Promocionar financiación justa y adecuada: Los recursos dedicados a la salud mental a menudo resultan inadecuados y desiguales, si se comparan con aquellos otros disponibles para otras áreas del sector público, y esto se refleja en un peor acceso, abandono y discriminación. El Plan de acción considera las siguientes acciones en este punto:

- Esclarecer si la proporción del presupuesto sanitario asignado a Salud Mental refleja de forma justa la necesidad y la prioridad de las personas con necesidades.

- La distribución de los recursos dentro del presupuesto para Salud Mental debe ser equitativa y proporcionada, es decir, debe ofrecer mayores beneficios a aquellos que mayores necesidades tienen.

- Establecer si la financiación es asignada de modo eficiente, considerando beneficios sociales, incluyendo aquellos generados por la promoción, la prevención y el tratamiento.

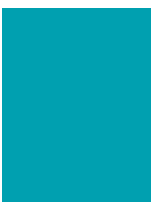


13. Evaluar la eficacia. Generar nuevas evidencias. Apoyar la investigación.

14. Promover la representación de usuarios y cuidadores en comités y grupos responsables del diseño, desarrollo, revisión e inspección de las actividades de salud mental.

La presente Estrategia tiene como principales objetivos reafirmar el modelo comunitario, dotar a la comunidad autónoma de los medios y recursos adecuados para garantizar una atención de calidad, garantizar una atención integral con un abordaje bio-psico-social, intentar evitar la aparición y la cronicidad de los trastornos, e intentar conseguir la reinserción plena de la persona en la sociedad.

Por todo lo dicho anteriormente, y siguiendo las recomendaciones de la OMS en su Proyecto de Política de Salud Mental, las recomendaciones del Informe sobre la Salud en el Mundo del 2001, y las recomendaciones del Plan de Acción en Salud Mental para Europa aprobado en Helsinki en enero del 2005 por los ministros de Sanidad de los Estados Miembros en la Región Europea de la OMS, se ha estimado oportuno elaborar una Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears en la que se contemplen mejoras en áreas como la colaboración intersectorial, legislación, derechos humanos, sistemas de información, calidad, organización de los servicios, recursos humanos y capacitación, prevención, tratamiento y rehabilitación, formación, docencia e investigación, y evaluación de políticas.






REFORMA DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA

Hasta mediados de la década de los 80, la asistencia psiquiátrica en España se reducía prácticamente a internamientos de larga estancia en los hospitales psiquiátricos y a consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social.

En 1983 se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que en 1985 emite un informe en el que se describen los aspectos funcionales y estructurales en los que se ha de basar la reforma psiquiátrica. Posteriormente, en 1986 se promulga la Ley 14/1986 General de Sanidad, en cuyo cap. III. art. 20.1 se recogen los puntos principales de dicha reforma:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitaria, potenciando los recursos asistenciales de nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, para que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes, por procesos que así lo requieran, se realizará en unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Este proceso de transformación en la atención a la salud mental se ha llevado a cabo de forma desigual entre las diferentes Comunidades Autónomas, añadiéndose, además, las dificultades para su evaluación y seguimiento.



En la actualidad, en la misma línea que la Declaración europea para la salud mental en Europa (Declaración de Helsinki) y siguiendo las recomendaciones de la OMS, el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno español está trabajando en la elaboración de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, con la participación de las sociedades científicas, de representantes de familiares y usuarios y de representantes de las comunidades autónomas.



EVOLUCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LAS ILLES BALEARS DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

En noviembre de 1998, el Parlament de les Illes Balears aprobó el Plan Autonómico de Salud Mental de 1998 presentado por la Consejería de Salud y Consumo. De acuerdo con el cap. III. art. 20 de la Ley 14/1986 general de sanidad, dicho Plan formuló las líneas fundamentales para adoptar el “Modelo Comunitario” y adaptar los recursos y los servicios existentes en las Illes Balears hasta ese momento a esta nueva configuración.

Siguiendo las indicaciones del Plan Autonómico, el 18 de abril del 2000, la Consejería de Salud i Consumo constituyó, por primera vez, la Comisión Institucional de Salud Mental. Su función era marcar las pautas generales del desarrollo de la planificación elaborada por dicha Consejería y el INSALUD en materia de salud mental. La Presidencia fue asumida por la consejera de Salud i Consumo, y estaba integrada por los tres consejos insulares, el Servicio Balear de Salud, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y la Consejería de Bienestar Social.

El 26 de abril del 2000 se creó el Comité Técnico de Salud Mental. Su función era asesorar y recomendar las actuaciones de carácter técnico necesarias para el desarrollo del Plan, y estaba constituido por técnicos nombrados por las diferentes instituciones integradas en la Comisión Institucional. La Presidencia fue asumida por el Coordinador Autonómico de Salud Mental.

El Comité Técnico creó distintas subcomisiones de trabajo (Asistencial, de Rehabilitación, Infanto-Juvenil, Insular de Mallorca, Insular de Menorca e Insular de Eivissa-Formentera, Subcomisión de actualización del Plan de Salud Mental, Subcomisión de Registro de Datos y Evaluación y Subcomisión de Formación, Docencia e Investigación), y de esta forma, muchos profesionales de distintas administraciones implicadas en la atención a la salud mental trabajaron conjuntamente y elaboraron, entre otros, documentos como el Protocolo de actuaciones para la asistencia sanitaria involuntaria de los enfermos mentales en las Illes Balears de abril del 2001, la Guía de Recursos de Salud Mental de las Illes Balears de mayo del 2001, o las Recomendaciones para la asistencia en salud mental de junio del 2001.



En marzo del 2001, la Consejería de Salud y Consumo creó mediante el Decreto 37/2001 (BOIB del 17 de marzo 2001), el Forum de Salud Mental como órgano de participación y consulta de todas las administraciones públicas, entidades y asociaciones implicadas en la salud mental en el ámbito de las Illes Balears.

En enero de 2002, la Consejería de Salud y Consumo asumió la transferencia, desde el Estado, de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social y, desde entonces el Servicio de Salud es el órgano gestor de toda la atención a la salud y, entre ésta, la salud mental. El Coordinador Autonómico de Salud Mental se integró en la estructura organizativa del Servicio de Salud, especialmente en la Dirección de Planificación y Coordinación Asistencial, como Subdirector Asistencial de Salud Mental.

El 19 de julio de 2002, la Consejería de Salud y Consumo aprobó el Decreto 99/2002, de 19 de julio, de ordenación de la atención a la salud mental en la comunidad autónoma de las Illes Balears (BOIB del día 30 julio 2002).

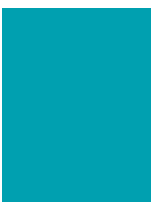
El objeto de dicho Decreto es el de establecer, en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears, las directrices generales de actuación en salud mental, fijando el modelo de atención y regulando los diferentes recursos dirigidos a la promoción y la protección de la salud mental, a la prevención de las enfermedades mentales, a la asistencia, la rehabilitación y la integración sociolaboral de las personas con problemas de salud mental.


En noviembre de 2003 se nombra al Coordinador Autonómico de Salud Mental, y en febrero del 2004 se nombra por primera vez, a los coordinadores de las seis Áreas de Salud Mental.

De acuerdo con el Decreto de ordenación de la atención a la salud mental en su capítulo III, las Illes Balears están divididas en 3 áreas (Mallorca, Menorca, e Eivissa-Formentera) y el Área de Mallorca está dividida en seis sectores. Sin embargo, por motivos de organización, y para favorecer y facilitar la coordinación de los dispositivos, en la actualidad la comunidad autónoma está dividida funcionalmente en seis áreas de salud mental: Área de Salud Mental de Son Dureta, Área de Salud Mental de Son Llatzer, Área de Salud Mental de Inca, Área de Salud Mental de Manacor, Área de Salud Mental de Menorca y Área de Salud Mental de Eivissa y Formentera. Cada una de las áreas tiene un hospital general de referencia, donde está ubicada la Unidad de Hospitalización Breve (con la excepción del Área de Inca cuyo Hospital de referencia es el Hospital Psiquiátrico de Palma hasta la apertura del Hospital de Inca), dispone además de una Unidad Comunitaria de Rehabilitación y de, al menos, una Unidad de Salud Mental, tal y como establece el citado Decreto.

El 7 de mayo del 2004, la Consejería de Salud y Consumo aprueba la Orden por la que se regulan la Comisión Institucional y el Comité Técnico de Salud Mental de las Illes Balears. El 10 de mayo de 2004, la Consejería de Salud y Consumo aprueba también la Orden por la que se regula el Consejo Asesor de la Salud Mental de las Illes Balears.

La nueva Comisión Institucional de Salud Mental se constituye en Julio del 2004 y está presidida por el titular de la Consejería de Salud y Consumo, y compuesta, además, por los titulares del Servicio de Salud de las Illes Balears, el Institut de Serveis Socials i Esportius de Mallorca, el Consell Insular de Menorca, el Consell Insular de Eivissa i Formentera, la Dirección General de Salud Pública, y por el Coordinador Autonómico de Salud Mental.





Tiene como funciones básicas la coordinación de las competencias en materia de salud mental de las distintas administraciones integradas en la misma, la formulación de planes conjuntos de actuación y de programas rectores de la política en materia de salud mental de las diferentes administraciones que la integran, así como la organización de campañas conjuntas, sobre todo en materia de prevención, rehabilitación y reinserción. Igualmente tiene como función, la formulación de propuestas a las distintas administraciones representadas en su seno, y en definitiva, unificar criterios diagnósticos que permitan efectuar estudios clínico-epidemiológicos.

En septiembre de 2004, se constituye el nuevo Comité Técnico de Salud Mental. Está presidido por el Coordinador Autonómico de Salud Mental y compuesto por un técnico de la Dirección General de Salud Pública y Participación, un técnico designado por cada uno de los consejos insulares, dos técnicos de la empresa pública Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA), y tres técnicos del Servicio de Salud de las Illes Balears. El Comité Técnico tiene como función asesorar a la Comisión Institucional de Salud Mental en cuestiones como:

- Actualizar el Plan Autonómico de Salud Mental y velar por su correcto desarrollo.
- Promover la colaboración institucional.
- Planificar.
- Evaluar y efectuar controles de calidad.
- Proponer los programas específicos.
- En general, asesorar a la Comisión Institucional de Salud Mental de las Illes Balears y formularle recomendaciones.

El 7 de Marzo del 2005, la Consejería de Salud y Consumo modifica la Orden del 10 de mayo de 2004, por la que se crea el Consejo Asesor de Salud Mental. La modificación se hace para que las asociaciones de familiares y enfermos mentales puedan formar parte del Consejo Asesor y, de esta manera, contar con su opinión en la toma de decisiones. Sus funciones son asesorar y colaborar en la planificación de la política en materia de salud mental, mediante la formulación de sugerencias y recomendaciones, sobre todo aquello que se refiera a la atención en la salud mental, así como cualquier otra actividad que se pueda encomendar por parte de la Consejería de Salud y Consumo para la mejora en la calidad de vida y atención a las personas con trastornos mentales.

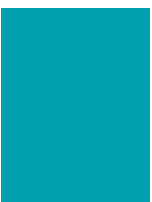
En mayo del 2005 el Parlament aprueba una Proposición no de ley relativa al modelo comunitario en salud mental. El Parlament insta al Govern a:

- Potenciar las unidades de Salud Mental.
- Ubicar todas las Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría en hospitales generales (incluido Inca).
- Potenciar los recursos tanto hospitalarios como comunitarios para la rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave.
- Potenciar la coordinación con Atención Primaria, Servicios Sociales, Trabajo, Asociaciones, etc, y todas las entidades que están implicadas en la salud mental.



En julio de 2005, se constituye el Consejo Asesor de Salud Mental compuesto por la consejera de Salud y Consum como Presidenta, el Coordinador Autonómico de Salud Mental como secretario, y representantes de diez asociaciones de familiares y enfermos mentales de las islas y de dos asociaciones de profesionales de la Red de Salud Mental de las Illes Balears como vocales.

En octubre de 2005 se presenta la Guía de Recursos y Situación de la Red Salud Mental de las Illes Balears elaborada por el Servicio de Salud y la Consejería de Salud y Consumo en colaboración con el Institut de Serveis Socials i Sportius de Mallorca (S'Institut) y los Consell Insulars de Menorca y de Eivissa y Formentera.





ESTUDIO DE LA POBLACIÓN DE LAS ILLES BALEARS

El estudio de la población de les Illes Balears se ha hecho a partir de los datos de la revisión del padrón municipal de habitantes, proporcionados por el Instituto Balear de Estadística (IBAE).

Durante los últimos cinco años la población de nuestra comunidad ha presentado un crecimiento continuado y sostenido, y la población de les Illes Balears ha pasado de los 821.820 personas empadronadas en el año 1999 a las 955.045 del año 2004.

Incremento de la población 1999-2004:

	Población 1999	Población 2004	Crecimiento absoluto (personas)	Crecimiento relativo
Eivissa-Formentera	92.952	113.351	20.399	21,9%
Menorca	70.825	82.872	12.047	17,0%
Mallorca	658.043	758.822	100.779	15,3%
TOTAL	821.820	955.045	133.225	16,2%

Fuente: Revisión del padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2004.

Población por Islas y Género (2004):

	Población total	Población hombres	% hombres	Población mujeres	% mujeres
Eivissa-Formentera	113.351	58.307	51,4%	55.044	48,6%
Menorca	82.872	41.545	50,1%	41.327	49,9%
Mallorca	758.822	378.194	49,8%	378.194	49,8%
TOTAL	955.045	478.046	50,1%	474.565	49,7%

Fuente: Revisión del padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2004.



Población por Islas y Grupos de edad (2004)

	0-14 años		15-65 años		>65 años	
	Valores absolutos	%	Valores absolutos	%	Valores absolutos	%
Eivissa-Formentera	16.432	14,5%	84.286	74,4%	12.633	11,1%
Menorca	12.871	15,5%	58.901	71,1%	11.100	13,4%
Mallorca	115.065	15,2%	535.050	70,5%	108.707	14,3%
TOTAL I.Balears	144.368	15,1%	678.237	71,0%	132.440	13,9%
ESPAÑA	6.118.710	14,2%	29.777.965	68,9%	7.301.009	16,9%

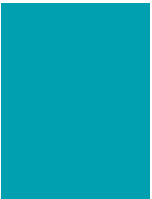
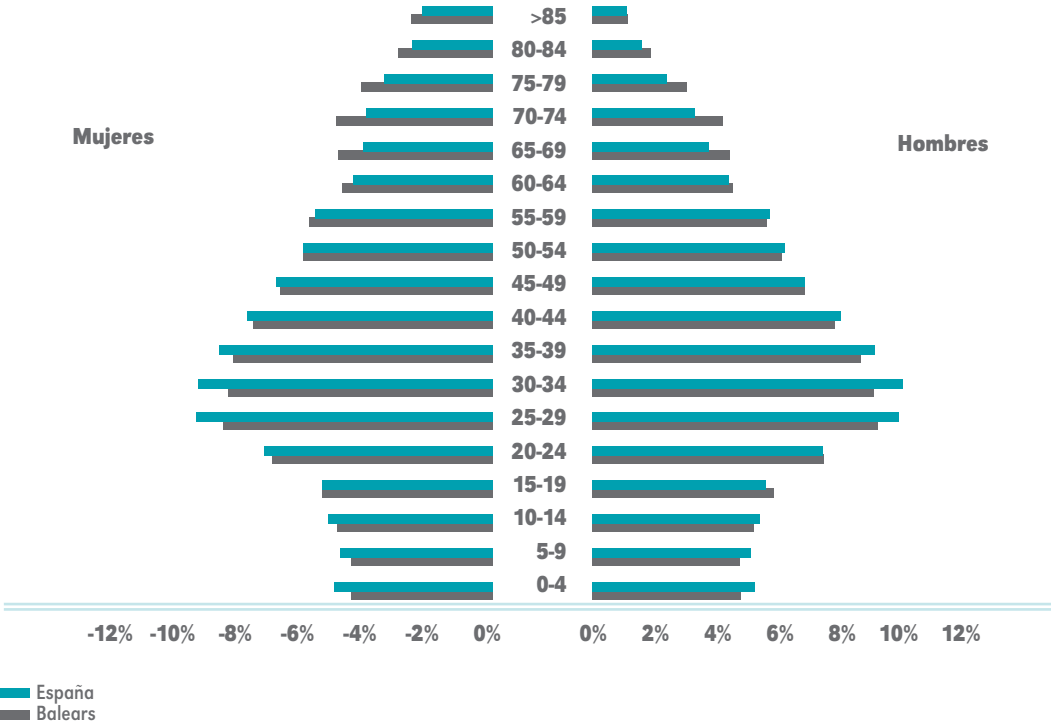
Fuente: Revisión del padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2004.

Población de España y Balears por Grandes Grupos de Edad 2004

	España			Balears		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
< 15 a.	6.118.710	3.145.189	2.973.521	144.368	74.135	70.233
15 a 64 a.	29.777.965	15.060.547	14.717.418	678.237	347.350	330.887
> 64 a.	7.301.009	3.079.511	4.221.498	132.440	56.561	75.879
TOTAL	43.197.684	21.285.247	21.912.437	955.045	478.046	476.999
< 15 a.	14,2%	14,8%	13,6%	15,1%	15,5%	14,7%
15 a 64 a.	68,9%	70,8%	67,2%	71,0%	72,7%	69,4%
> 64 a.	16,9%	14,5%	19,3%	13,9%	11,8%	15,9%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Revisión del padrón de habitantes a 1 de enero de 2004.

Pirámide de edades España y Balears 2004



POBLACIÓN POR HOSPITALES DE REFERÈNCIA Y UNIDADES DE SALUD MENTAL 2005 (según Tarjeta Sanitaria Individual -TSI- enero 2005)

Hospital	Unidad de Salud Mental	Centro de Salud	Total TSI
HOSPITAL SON LLÀTZER	USM EMILI DARDER	Emili Darder	19.133
		Coll d'en Rebassa	23.995
		Son Ferriol	11.235
		S'Arenal	11.854
		Llucmajor	15.705
		Trencadors	14.730
		Sóller	11.236
		TOTAL EMILI DARDER	107.888
	USM PERE GARAU	Pere Garau	23.599
		Escola Graduada	21.178
Rafal Nou		25.035	
Son Gotleu		22.057	
Marratxí		24.101	
Santa Maria		11.546	
TOTAL PERE GARAU	127.516		
TOTAL ÀREA SON LLATZER	235.404		
HOSPITAL SON DURETA	USM CRUZ ROJA	Arquitecte Bennàssar	31.635
		Son Cladera	12.603
		Son Serra	22.928
		Esporles	6.041
		Escorxador	29.498
	TOTAL CRUZ ROJA	130.150	
	USM SON PIZÀ	Son Pisà	22.019
		Santa Catalina	19.222
		Valldargent	15.879
		Casa del Mar	34.552
Calvià		39.051	
Andratx	8.272		
TOTAL SON PIZA	138.995		
TOTAL ÀREA SON DURETA	269.145		
HOSPITAL MANACOR	USM MANACOR	Manacor	37.815
		Vilafranca	13.213
		Felanitx	16.646
		Campos	11.200
		Santanyí	9.770
		Son Servera	18.875
		Artà	7.249
		Capdepera	10.417
TOTAL MANACOR	125.185		
TOTAL ÀREA MANACOR	125.185		
HOSPITAL PSIQUIÀTRICO	USM INCA	Inca	35.547
		Alcúdia	15.523
		Pollença	15.086
		Sa Pobla	14.343
		Binissalem	14.258
		Muro	15.789
		Sineu	8.058
		TOTAL INCA	118.604
TOTAL ÀREA INCA	118.604		

Fuente: Revisión del padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2004.

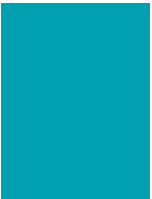
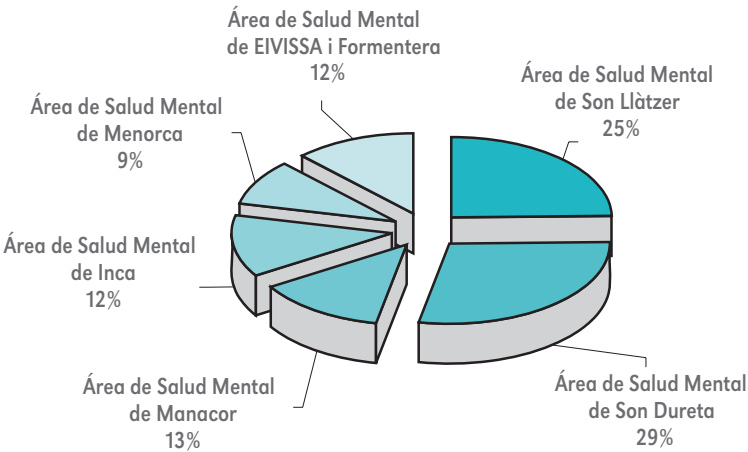


POBLACIÓN POR HOSPITALES DE REFERÈNCIA Y UNIDADES DE SALUD MENTAL 2005 (según Tarjeta Sanitaria Individual -TSI- enero 2005) (continuación)

Hospital	Unidad de Salud Mental	Centro de Salud	Total TSI
TOTAL MALLORCA			748.338
HOSPITAL CAN MISSES	USM ES VIVÉ	Formentera Eivissa Sant Antoni Santa Eulària Eivissa II	6.293 27.284 26.360 22.494 34.595
	TOTAL ÀREA EIVISSA-FORMENTERA		117.026
HOSPITAL VIRGEN DEL TORO	USM DALT SANT JOAN USM CANAL SALAT	Dalt Sant Joan - Maò Canal Salat-Ciutadella Es Banyer - Alaior Ferrerries	41.574 26.982 11.636 5.880
	TOTAL ÀREA MENORCA		86.072
TOTAL MALLORCA			748.338
TOTAL EIVISSA-FORMENTERA			117.026
TOTAL MENORCA			86.072
			951.436

Fuente: Revisión del padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2004.

% TSI 2005 por áreas de salud mental





PREVALENCIA Y CARGA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Como sucede en la mayoría de las comunidades autónomas, la ausencia de estudios de base poblacional sobre la prevalencia de trastornos mentales en las Illes Balears hace recomendable que la estimación de la prevalencia poblacional se realice sobre la revisión de estudios españoles de referencia, por considerarse que las poblaciones son más comparables que en estudios realizados en otros países.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1987, que fue la última que recogió específicamente morbilidad psiquiátrica en España, estimaban que el 11,6% de la población de 16 y más años (8% de los varones y 14,9% de las mujeres) y el 2,5% de la población menor de 15 años presentaba problemas psíquicos crónicos.

Desde entonces, en España se han realizado diversos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de los trastornos mentales en la población general. Los resultados más relevantes se recogen en la siguiente tabla:

Prevalencia de trastornos mentales encontrada en estudios epidemiológicos españoles de tipo poblacional

	Varones %	Mujeres %	Ambos sexos %
Navarra, 1987 (n = 1041, > 15 años)	11,64	23,62	-
Cantabria, 1987 (n = 1223, > 17 años)	8,1	20,6	14,74
Barcelona, 1987 (n = 811, > 16 años)	15,9	30,8	-
Madrid, 1993 (n = 654, 18 a 65 años)	8,32	24,07	-
Madrid, 1995 (n = 2319, 18 a 65 años)	-	-	11,5
Cataluña, 1998 (n = 12.245, > 14 años)	15,77	18,66	17,42

Fuente: Rajmil L et al. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit* 1998; 12: 153 - 159. Desviat M. Objetivo 12: reducir las enfermedades mentales y suicidios. En: Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada: EASP, 2000.

Extrapolando los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 1987 y los estudios anteriormente mencionados para la población de las Illes Balears, entre 120.000 y 170.000 personas sufren en la actualidad una enfermedad mental en nuestra Comunidad Autónoma (entre el 12 y el 17%).


A esto hay que añadir que, según estimaciones procedentes de la OMS, el Instituto Americano de Salud Mental, la Asociación Española de Neuropsiquiatría y varios estudios y encuestas relevantes de salud, entre un 20 y un 25% de la población padece a lo largo de su vida algún tipo de trastorno mental. Esto supone que, en las Illes Balears, entre 200.000 y 250.000 personas sufren una enfermedad mental a lo largo de su vida.

En las estimaciones de prevalencia de enfermedades mentales en EEUU existen dos estudios de referencia en población general: el estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area), desarrollado entre 1980 y 1985, y la encuesta NCS (National Comorbidity Survey) llevada a cabo entre 1990 y 1992. Ambos estudios estiman la prevalencia anual del conjunto de trastornos mentales incluyendo además, estimaciones por tipo de trastorno mental. Los datos de ambos estudios, junto con una estimación revisada en el año 2002 en función de la significación clínica (con el objeto de unificar los resultados de ambas encuestas) se presentan en la siguiente tabla:

Prevalencia (%) de trastornos mentales en población general en EEUU. Datos de los estudios ECA, NCS y revisión de significación clínica.

	ECA 1980-1985 (todas las edades)	NCS 1990-1992 (personas con edad entre 18 y 54 años)	Revisión 2002 (todas las edades)
Trastornos de Ansiedad	12,7	18,7	11,8
- Fobia Social	1,7	7,4	3,2
- Fobia Simple	8,1	8,6	4,3
- Agorafobia	4,7	3,7	2,1
- Trastorno de Ansiedad Generalizada	-	3,4	2,8
- Trastorno de Pánico	1,3	2,2	1,4
- Trastorno Obsesivo Compulsivo	2,1	-	2,1
- Trastorno por Estrés Postraumático	-	3,6	3,6
Trastornos del Estado de Ánimo	9,5	11,1	5,1
- Episodio de Depresión Mayor	5,8	10,1	4,5
- Depresión Mayor unipolar	4,9	8,9	4,0
- Distimia	5,5	2,5	1,6
- Trastorno Bipolar tipo I	0,9	1,3	0,5
- Trastorno Bipolar tipo II	0,4	0,2	0,2
Otros trastornos			
- Esquizofrenia / Sdr. Esquizofreniforme	1,1	-	1,0
- Trastorno Antisocial de la personalidad	1,5	-	1,5
- Anorexia nerviosa	0,1	-	0,1
- Trastorno de Somatización	0,3	-	0,2
- Incapacidad Cognitiva Grave	2,9	-	0,7
Trastornos por uso de Sustancias	9,3	11,5	6,0
- Trastorno por uso de Alcohol	7,3	9,9	5,2
- Trastorno por uso de Drogas	2,9	3,6	1,7
Total Trastornos Mentales (sin incluir uso de sustancias, drogas, alcohol)	22,0	23,4	14,9
Total Trastornos Mentales (incluyendo uso de sustancias, drogas, alcohol)	28,0	30,2	18,5

Fuente: Archives of General psychiatry, American Medical Association (AMA), 2002. www.archgenpsychiatry.com



Además de los estudios anteriormente mencionados, todos los estudios epidemiológicos nos muestran que los trastornos mentales más frecuentes son los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos del estado de ánimo. Extrapolando para la población de las Illes Balears, los resultados de la revisión del año 2002 mostrados en el cuadro superior, alrededor de 120.000 personas en nuestra comunidad autónoma sufrirían algún tipo de trastorno de ansiedad y unas 50.000 personas un trastorno depresivo.

Si lo valoráramos por género, los trastornos mentales afectarían anualmente entre el 18 y el 25% de las mujeres, mientras que los hombres afectados estarían entre el 8 y el 15%. Los trastornos depresivos y de ansiedad son prácticamente tres veces más prevalentes en la mujer que en el hombre pero, sin embargo, la esquizofrenia es cinco veces más prevalente en hombres que en mujeres. Por grupos de edad, entre los 35 y 49 años de edad y en los mayores de 65 años los trastornos mentales más frecuentes son los trastornos depresivos, mientras que en las personas con edad entre 50 y 64 años son los trastornos de ansiedad.

La prevalencia estimada de esquizofrenia / Síndrome esquizofreniforme en la región europea es del 1% de la población, lo que supone alrededor de 10.000 personas afectadas de en las Illes Balears.

Se entiende por trastorno mental grave (TMG) aquella enfermedad mental grave que afecta a las personas de forma crónica, altera o limita el desarrollo de sus capacidades de funcionamiento social y se define de acuerdo a tres ejes: diagnóstico de psicosis funcional, más de dos años de duración del tratamiento y disfunción grave en el funcionamiento social durante el último mes. La esquizofrenia es el paradigma del TMG, pero puede incluir también otro tipo de enfermedades mentales, generalmente de tipo psicótico. Los datos estimados son que el 40% de los trastornos psicóticos cumplen criterios de TMG, y el 9% de los trastornos no psicóticos atendidos (según criterios de duración y discapacidad). Esto supone que más de 5.000 personas sufren un TMG en Illes Balears, aunque, de ellas, no más de 3.000 son atendidas en la Red de salud mental balear. Sin embargo, las personas con este tipo de trastorno absorben el 50% de los recursos asistenciales de salud mental. Otro aspecto especialmente relevante es que los expertos admiten que un tercio de estos enfermos son técnicamente rehabilitables y que, por el contrario, ante la falta de atención, la persona con TMG tiene un 50% de posibilidades de experimentar un nuevo brote en el primer año, porcentaje que se eleva al 80% a los tres años, con el deterioro paulatino que este tipo de crisis provoca en el curso de la enfermedad.

Según la OMS, en su Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, la depresión grave es hoy la causa principal de discapacidad a nivel mundial, y la cuarta de la diez causas principales de la carga de morbilidad a nivel mundial. Sólo la depresión genera unos costes de alrededor de 781 millones euros anuales en España, y supone el 30% de los recursos que se destinan a la salud mental justo por detrás de las psicosis (50%).

En un estudio realizado por la OMS, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard, en 1996, se concluye que todas las enfermedades mentales, incluyendo el suicidio, constituyen la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades de economía de mercado. En otro estudio de la OMS y el Banco Mundial, de 1999, se concluye que la carga sociosanitaria de las enfermedades mentales representa el 10% de todas las enfermedades, y que en el año 2020 habrá alcanzado el 15%.



La Sociedad Española de Psiquiatría publicó en el año 2000 el Libro Blanco “Estudio económico sobre el coste social de los trastornos de salud mental en España” según el cual, el coste de los trastornos de salud mental en el Estado asciende, en su conjunto, a unos 2.700-3.000 millones euros, equivalente aproximadamente al 0,5-0,6% del producto interior bruto (PIB), lejos, sin embargo, del 3% que supone a países como Canadá. De esta factura, los costes directos (ambulatorios, hospitalarios y de farmacia) representaron el 39% (unos 1.150 millones euros), y de ellos, unos 727 millones euros eran debidos tan sólo al gasto farmacéutico. El 61% restante fueron costes indirectos derivados de mortalidad prematura, incapacidad transitoria, invalidez o baja productividad. Estos indicadores permiten estimar que en las Illes Balears, con un PIB en el año 2004 de 19.700 millones euros, el coste social de la enfermedad mental se aproximaría a los 118 millones euros, con un coste directo sanitario de más de 40 millones euros, que incluye una factura de farmacia superior a los 26 millones euros.

Tipo de coste	Detalle del coste	Distribución coste	Extrapolación para España	Extrapolación para IB
Costes directos	Costes de farmacia	25%	725	27
	Costes asistenciales	15%	425	16
Costes indirectos	Morbi-mortalidad, incapacidad	60%	1.700	65
Coste total de la salud mental			2.850	108


* Expresado en millones de euros

A partir de estos datos y según la OMS (Informe Atlas 2001), dada la magnitud y la carga de los trastornos mentales y neurológicos, así como la posibilidad de aplicar intervenciones eficaces, la proporción del presupuesto sanitario destinada a salud mental debería estar comprendida entre el 5% y el 15%, cosa que ya ocurre en numerosos países como EEUU o Gran Bretaña donde se sitúa entre el 7 y el 10% o en otros como Canadá, Australia o Suecia donde es incluso superior al 10%; como puede apreciarse en la figura adjunta



*Figura procedente del atlas de recursos mundiales de salud mental, publicado en 2001 por la OMS.





Sin embargo, actualmente, en el contexto nacional el gasto en salud mental se sitúa entre el 2 y el 7% del presupuesto sanitario de las comunidades autónomas, sensiblemente por debajo de las recomendaciones internacionales e incluso por debajo de las recomendadas a nivel nacional por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que sitúan este porcentaje en un 7%.

En las Illes Balears, concretamente, el gasto en salud mental, incluyendo farmacia, está en torno al 4,5%, por lo que aún existe un margen para la mejora, con el fin de alcanzar los niveles recomendados de alrededor del 7%, situación que hoy día es ya una realidad en otras CC.AA. a nivel nacional.



IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS ILLES BALEARS

Los resultados del sistema de información autonómico referidos a la actividad asistencial en las Unidades de Hospitalización Breve de nuestra Comunidad Autónoma en los años 2002, 2003 y 2004 se reflejan en la siguiente tabla:

Actividad asistencial en las Unidades de Hospitalización Breve (Evolución 2002-2004):

	2002	2003	2004
Nº de Camas	133	115	116
Camas x 100.000 habitantes	16	13	13
Nº de Ingresos	2.434	2.422	2.434
Tasa de Ingresos x 1.000 habit. Sector	0,29	0,23	0,25
Urgencias	6.551	6.332	6.827
Urgencias x 1.000 habit. Sector	0,78	0,61	0,70
% Urgencias Hospitalizadas		28,70	26,36
Estancias	34.018	33.881	35.840
Ocupación (%)		80,89%	84,47
Estancia Media (días)	14	13,99	14,72

Por otro lado, la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) 2003, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, indica que en España, los trastornos mentales fueron la causa de 114.722 altas hospitalarias para ambos sexos, que causaron un total de 3.940.150 estancias hospitalarias, con una estancia media de 34 días. En las Illes Balears y según la misma fuente, los trastornos mentales causaron un total de 3.548 altas y 47.258 estancias, con una estancia media de 13 días:

Illes Balears 2003	Nº de altas hospitalarias			Estancias hospitalarias		
	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Diagnóstico principal CIE - 9						
Psicosis	2.016	1.023	993	33.157	17.300	15.857
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol	319	245	74	3.013	2.367	645
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de drogas	149	105	43	1.421	988	433
Trastornos neuróticos y de la personalidad	495	145	350	4.206	1.256	2.950
Otros trastornos mentales no psicóticos	1.515	601	914	13.795	5.318	8.477
TOTAL TRASTORNOS MENTALES	3.548	1.632	1.916	47.258	22.679	24.579

Fuente: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EHM) 2003, Instituto Nacional de Estadística

Aunque el número de enfermos dados de alta por trastornos mentales, sólo supone un 2,5% de las altas por todos los diagnósticos, las estancias causadas por estos enfermos suponen un 28,9% del total de las estancias, lo que implica un importante consumo de recursos.

Por otro lado, según los informes de distintas sociedades científicas, entre un 20% y un 25% del trabajo de los Equipos de Atención Primaria (EAP) se dedica a problemas de estrés y otros relacionados con síntomas psíquicos. Otras estimaciones sugieren que un 14% de la actividad de los EAP recae sobre problemas de auténtica relevancia psiquiátrica, y que el 20% de la población realiza alguna consulta a lo largo de su vida relacionada con la salud mental en el nivel de la Atención Primaria.

Los resultados del sistema de información autonómico referidos a la actividad asistencial en las Unidades de Salud Mental de nuestra comunidad autónoma en los años 2002, 2003 y 2004 se reflejan en la siguiente tabla:

Actividad asistencial en las Unidades de Salud Mental (USM). Evolución 2002-2004.

	2002	2003	2004
Total Primeras Consultas	12.500	15.884	19.207
Primeras Consultas / 1.000 habitantes	14,00	17,79	21,79
Consultas Sucesivas	65.730	83.016	96.023
Relación Sucesivas / Primeras	5,25	5,22	5,00
Total Consultas	78.230	98.900	115.230

La actividad asistencial de las Unidades de Hospitalización Breve y de las Unidades de Salud Mental, se complementa con la actividad desarrollada en otros dispositivos como las Unidades Comunitarias de Rehabilitación, Unidades de Media y Larga Estancia, hospitales de Día, Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, etc. que no ha sido recogida en estos cuadros.

Gracias al aumento de actividad en las USM y el resto de dispositivos comunitarios, el número de ingresos en las unidades de hospitalización Psiquiátrica ha permanecido estable, disminuyendo el índice de ocupación y la estancia media, lo que supone una disminución del gasto sanitario.



ANÁLISIS DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EXISTENTES EN LAS ILLES BALEARS (MAYO DEL 2006)

8.1 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE SALUD MENTAL BALEAR

8.1.1 ORGANIZACIÓN TERRITORIAL


La organización territorial de los centros y servicios de salud mental se realizó de acuerdo con la delimitación territorial establecida en el Decreto de ordenación sanitaria de las Illes Balears y el Decreto 99/2002, de día 19 de julio, de Ordenación de la atención a la salud mental en la comunidad autónoma de las Illes Balears” (ver anexo). De acuerdo con estos decretos, la organización de la salud mental se organiza en tres áreas: Mallorca, Menorca e Eivissa-Formentera, y el Área de Mallorca, debido a su población y extensión geográfica se divide en 6 sectores.

Sin embargo, y por razones de organización y operatividad, la Red de salud mental está funcionando en seis áreas, cada una de ellas con un hospital general de referencia: Área de Salud Mental de Manacor (Mallorca), Área de Salud Mental de Inca (Mallorca), Área de Salud Mental de Son Llatzer (Mallorca), Área de Salud Mental de Son Dureta (Mallorca), Área de Salud Mental de Menorca, y Área de Salud Mental de Eivissa y Formentera.

Cada una de las áreas dispone de una ó dos Unidades de Salud Mental (según volumen de población), una Unidad Comunitaria de Rehabilitación y una Unidad de Hospitalización Breve en su hospital general de referencia.

Aunque el Decreto de ordenación de la salud mental establece que además cada área debería disponer de los siguientes dispositivos: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital de Día y Unidad de Media Estancia, éstos están disponibles de forma desigual en las diferentes áreas.





Por otro lado, el Decreto establece que debe haber una serie de dispositivos de ámbito suprasectorial o regionales, con una cobertura más allá de las áreas: Unidad de Atención Residencial Comunitaria, Centro de Integración Laboral, Centro Social, Área de Salud Mental de Larga Estancia, Dispositivos de Atención a los Trastornos de Conducta Alimentaria, ó Dispositivos de Atención Psicogeríátrica.


8.1.2.- ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

De acuerdo con el Decreto de ordenación de la salud mental de les Illes Balears, la organización y la gestión de la atención a la salud mental es desarrollada bajo la dependencia orgánica de los diferentes dispositivos de provisión. Para garantizar la coordinación, bajo la dirección del Servicio de Salud, están configuradas las siguientes estructuras:

1. **Coordinador Autonómico de Salud Mental:** Es designado por el director gerente del Servicio de Salud y se integra en su estructura directiva como subdirector asistencial de Salud Mental. Es responsable de la ordenación general de la atención y de la coordinación entre las áreas. Depende directamente del director asistencial del Servicio de Salud.
2. **Coordinadores de Área:** Hay seis, uno por cada una de las áreas de salud mental antes mencionadas. Son designados por el director gerente del Servicio de Salud de entre los profesionales del área de Salud Mental correspondiente, a propuesta del coordinador autonómico. Coordina los recursos de salud mental del área correspondiente.
3. **Coordinadores de Sector:** A pesar de estar contemplado en el Decreto, debido a la organización y el funcionamiento en seis áreas de salud mental y sin sectores, el nombramiento de este tipo de coordinador carece de sentido en la actualidad.
4. **Responsables de Unidad:** Todas las unidades o dispositivos existentes en la red de salud mental han de contar con un responsable de funcionamiento del recurso. Éste será designado por el coordinador de área de entre los profesionales del dispositivo correspondiente.

Para facilitar el desarrollo de la atención a la salud mental, la Consejería de Salud i Consumo y el Servicio de Salud, cuentan con el asesoramiento y participación de los siguientes órganos:

1. **Comisión Institucional de Salud Mental:** Presidida por el titular de la Consejería de Salud y Consumo, y compuesta por los titulares del Servicio de Salud, la Dirección General de Salud Pública, el Institut de Serveis Socials i Esports, el Consell Insular de Menorca y el Consell Insular de Eivissa y Formentera. El secretario es el Coordinador Autonómico de Salud Mental. La función de esta Comisión es marcar las pautas generales del desarrollo de la planificación elaborada por la Consejería de Salud y Consumo y el Servicio de Salud en materia de salud mental.
2. **Comité Técnico de Salud Mental:** Presidida por el Coordinador Autonómico de Salud Mental y compuesto por técnicos de las instituciones que forman parte de la Comisión Institucional. Su función es la de asesorar y recomendar las actuaciones de carácter técnico necesarias para desarrollar el Plan ó estrategias en materia de salud mental.



3. Foro de Salud Mental: Descrito en el Decreto 37/2001, de 3 de marzo. Su función es integrar y facilitar la participación de las entidades y asociaciones relacionadas. Posteriormente, el 7 de marzo del 2004 (con modificación el 10 de mayo de 2005) la Consejería de Salud y Consumo aprobó, mediante una Orden, la creación del Consejo Asesor de Salud Mental, para que las asociaciones y las entidades que desempeñan su labor en el campo de la salud mental puedan participar en el asesoramiento y colaboración en la planificación de la política en materia de salud mental, mediante la formulación de sugerencias y recomendaciones, sobre todo aquello que se refiera a la atención en la salud mental, así como cualquier otra actividad que se pueda encomendar por parte de la Conselleria para la mejora en la calidad de vida y atención a las personas con trastornos mentales. El presidente es el titular de la Consejería de Salud y Consumo y el secretario es el Coordinador Autonómico de Salud Mental.

8.2- DISPOSITIVOS DE ÁREA

8.2.1.- UNIDADES DE SALUD MENTAL (USM)

Son el eje sobre el que se estructura el modelo comunitario de atención a la salud mental, el elemento central de la red de salud mental del área y la puerta de entrada al sistema de atención especializada. Son unidades interdisciplinarias (multidisciplinares) especializadas en salud mental y atención psiquiátrica, que trabajan en equipo, y mantienen una atención integrada con Atención Primaria y los Servicios Sociales del Área.

Atienden los problemas de salud mental de la población derivados desde Atención Primaria, y coordinan las actuaciones del resto de dispositivos específicos (de Hospitalización, de Rehabilitación Psicosocial, etc.). Se ha de diferenciar:

-Unidades de Salud Mental (USM) de adultos: Van dirigidas a la población mayor de 18 años.

-Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ): Van dirigidas al sector de población de 0 a 18 años.

Funciones principales:

- Atención a los pacientes que le son remitidos desde Atención Primaria.
- Seguimiento y control de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización y otros dispositivos de referencia del Área de Salud Mental.
- Desarrollo de programas de inserción de los pacientes con trastorno mental grave pertenecientes al área correspondiente.
- Desarrollo de programas de atención a las familias de los pacientes.
- Prestación de asistencia domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieran.
- Promoción de la salud mental, así como soporte y asesoramiento de los equipos de atención primaria en todo lo que se refiere a salud mental.
- Coordinación con el resto de dispositivos asistenciales de salud mental de su Área.
- Coordinación también con las instancias sociales, judiciales y educativas.

Hay ocho USM de adultos en la comunidad autónoma. Cada USM de adultos da cobertura a una población de unos 100.000 a 125.000 habitantes (excepto en Menorca que es de aproximadamente 85.000 habitantes). Están integradas por equipos multidisciplinares que están formados por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales y auxiliares administrativos.

En las Áreas de Salud Mental de Manacor, Inca, Eivissa-Formentera, y Menorca hay una sola USM de adultos en cada una de ellas. Sin embargo, las áreas de salud mental de Son Dureta y de Son Llatzer tienen dos USM de adultos cada una debido a su ratio de población:

ÁREA SALUD MENTAL MANACOR	AREA SALUD MENTAL INCA	AREA SALUD MENTAL SON LLATZER	AREA SALUD MENTAL SON DURETA	AREA SALUD MENTAL MENORCA	AREA SALUD MENTAL EIVISSA-FORMENTERA
USM Manacor	USM Inca	USM Emilio Darder USM Pere Garau	USM Son Pizá USM Cruz Roja	USM Dalt Sant Joan – Canal Salat	USM Es Vivé

En las Illes Balears se calcula una población menor de 18 años de unos 230.000 habitantes (180.000 en Mallorca, 20.000 en Menorca y 30.000 en Eivissa-Formentera). Para atender esa población están las unidades de salud mental infanto-juveniles (USM-IJ). En total hay 3 USM-IJ en la comunidad autónoma y están integradas por equipos multidisciplinares que están formados por psiquiatras, psicólogos, DUE's, trabajadores sociales y auxiliares administrativos.

Hay una USM-IJ en Palma integrada por tres equipos multidisciplinares que dan cobertura a la población menor de 18 años de las Áreas de Salud Mental de Inca, Son Dureta y Son Llatzer. Cada equipo multidisciplinar atiende un Área de Salud Mental.

Además hay una USM-IJ en Manacor, que da cobertura a la población menor de 18 años del Área de Salud mental de Manacor, y una USM-IJ en Eivissa, que da cobertura a la población del Área de Salud Mental de Eivissa y Formentera..

En Menorca no hay ninguna unidad específica de salud mental infanto-juvenil. La población menor de 18 años con problemas de salud mental es atendida por profesionales de la USM de adultos mediante dos tardes de consulta semanales.

ÁREA SALUD MENTAL MANACOR	AREA SALUD MENTAL INCA	AREA SALUD MENTAL SON LLATZER	AREA SALUD MENTAL SON DURETA	AREA SALUD MENTAL MENORCA	AREA SALUD MENTAL EIVISSA-FORMENTERA
USM-IJ Manacor	USM-IJ Palma (Cruz Roja)	USM-IJ Palma (Cruz Roja)	USM-IJ Palma (Cruz Roja)		USM-IJ Eivissa



8.2.2.- UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (UHB):

Son unidades integradas en los hospitales generales, para los tratamientos y curas, en régimen de atención continuada de 24 horas, con dotación de personal especializado, destinada al reestablecimiento clínico y la restauración de los vínculos socio-familiares, en el tiempo más breve posible, y destinada a pacientes con cuadros clínicos agudos que no pueden recibir el tratamiento adecuado en otros recursos del sistema sanitario.

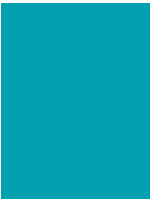
Funciones principales:

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados.
- Atención de las demandas de interconsulta generadas por el resto de los servicios hospitalarios.
- Desarrollo de programas de Psiquiatría de enlace con otros servicios.
- Coordinación con los dispositivos de salud mental de su área de referencia.
- Atención de urgencias psiquiátricas que no hayan podido ser atendidas en otras instancias.

Cada Área de Salud Mental tiene una Unidad de Hospitalización Breve (UHB) de referencia. En total hay 6 UHB en la comunidad autónoma. Cinco de éstas están ubicadas en el Hospital General de su Área. Sólo una UHB, la de referencia para la población del Área de Salud Mental de Inca, está todavía ubicada en un Hospital Psiquiátrico. Dicha UHB se cerrará cuando se inaugure el Hospital de Inca, previsto para el 2006-2007, y que contará con una UHB con 15 camas.

Todos los hospitales generales, además de disponer de una UHB, están dotados de un servicio de urgencias psiquiátricas dentro de su Servicio General de Atención a Urgencias.

ÁREA SALUD MENTAL MANACOR	AREA SALUD MENTAL INCA	AREA SALUD MENTAL SON LLATZER	AREA SALUD MENTAL SON DURETA	AREA SALUD MENTAL MENORCA	AREA SALUD MENTAL EIVISSA-FORMENTERA
Hospital de Manacor 15 camas	Hospital Psiquiátrico de Palma 15 + 15 camas	Hospital Son Llatzer 24 camas	Hospital Son Dureta 24 camas	Hospital Virgen del Toro 7 camas	Hospital Can Misses 18 camas



8.2.3.- HOSPITALES DE DÍA:

Son unidades hospitalarias que desarrollan programas terapéuticos intensivos y multidisciplinarios en régimen de hospitalización a tiempo parcial con la finalidad de evitar hospitalizaciones convencionales y la separación de la persona de su entorno sociofamiliar. Dependen de las unidades de Psiquiatría de los hospitales generales.

Sus usuarios son pacientes derivados desde las unidades de Salud Mental o las Unidades de Hospitalización Breve, cuyas características clínicas exijan una atención terapéutica intensa y activa de duración intermedia, siempre que no esté indicada su realización por parte de otros dispositivos hospitalarios.

Funciones principales:

- Proporcionar atención y tratamientos intensivos, similares a los indicados en las unidades de hospitalización breve.
- Evitar hospitalizaciones convencionales y reducir el tiempo de duración de los ingresos.
- De transición y continuidad terapéutica entre la hospitalización total y la integración familiar y social.
- Coordinación con los dispositivos de salud mental de su área de referencia.
- Facilitar los aspectos diagnósticos teniendo en cuenta las posibilidades de observación y exploración que proporciona.

Hay tres hospitales de día psiquiátricos en las Illes Balears. Uno en el Área de Salud Mental Son Dureta, otro en el Área de Salud Mental Son Llátzer y otro en el Área de Salud Mental Eivissa-Formentera. Los 2 primeros están ubicados en el hospital general de referencia de su área correspondiente, el de Eivissa está ubicado en el Centro de Salud de Es Viver.

ÁREA SALUD MENTAL MANACOR	AREA SALUD MENTAL INCA	AREA SALUD MENTAL SON LLATZER	AREA SALUD MENTAL SON DURETA	AREA SALUD MENTAL MENORCA	AREA SALUD MENTAL EIVISSA-FORMENTERA
		Hospital de Día del H. Son Llatzer 12 plazas (mañana y tarde)	Hospital de Día del H. Son Dureta 12 plazas (mañana y tarde)		Hospital de Día de Es Vivé 12 plazas



8.2.4.- UNIDADES COMUNITARIAS DE REHABILITACIÓN (UCR):

Son dispositivos que ofrecen, en régimen ambulatorio, programas de rehabilitación psicosocial a las personas con trastorno mental grave y persistente y mayores de 18 años de edad con dificultades en la integración social, familiar o laboral.

Funciones principales:

- Desarrollar programas de rehabilitación e inserción para conseguir la máxima integración social de las personas con un trastorno mental grave.
- Mantener y recuperar la autonomía personal.
- Desarrollar programas de soporte familiar.
- Dar soporte a los programas y a los dispositivos ocupacionales, de integración laboral, de alojamiento comunitario y de ocio y tiempo libre.

Cada UCR está integrada por un equipo multidisciplinar formado por un coordinador-psiquiatra, psicólogo clínico, enfermero, trabajador social, terapeuta ocupacional, y varios monitores de rehabilitación y auxiliar administrativo.

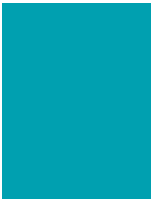
Hay una UCR por cada Área de Salud Mental, excepto en el Área de Salud Mental de Eivissa-Formentera.

ÁREA SALUD MENTAL MANACOR	AREA SALUD MENTAL INCA	AREA SALUD MENTAL SON LLATZER	AREA SALUD MENTAL SON DURETA	AREA SALUD MENTAL MENORCA	AREA SALUD MENTAL EIVISSA-FORMENTERA
UCR Manacor 30 plazas	UCR Inca 30 plazas	UCR Son Gibert 30 plazas	UCR Serralta 30 plazas	UCR Sant Miquel 20 plazas	

Nº Total de Dispositivos de Área de las Illes Balears, 2005:

** La atención infanto-juvenil y de trastornos de conducta alimentaria en Menorca se realiza con un Psiquiatra 3 días/semana y 1 Psicólogo 5 días/semana.*

	ÁREA MANACOR	AREA INCA	AREA SON LLATZER	AREA SON DURETA	AREA MENORCA	AREA EIVISSA-FORMENTERA	TOTAL BALEARES
Número de habitantes	125.185	118.604	235.404	269.145	117.145	86.072	951.431
Unidades de Salud Mental (USM)	1	1	2	2	1	1	8
Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. (USM-IJ)	1	1/3	1/3	1/3	1	0 *	3
Unidades de Hospitalización Breve (UHB)	1 (15 camas)	1 (30 camas)	1 (24 camas)	1 (24 camas)	1 (18 camas)	1 (7 camas)	6 (118 camas)
Hospitales de Día (HD)	0	0	1 (12 plazas)	1 (12 plazas)	1 (12 plazas)	0	3 (36 plazas)
Unidades Comunitarias de Rehabilitación (UCR)	1 (30 plazas)	1 (30 plazas)	1 (30 plazas)	1 (30 plazas)	0	1 (20 plazas)	5 (140 plazas)



8.3- DISPOSITIVOS SUPRASECTORIALES:

8.3.1.- UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA (UME):

Son unidades hospitalarias de carácter asistencial dirigidas a la atención terapéutica y rehabilitación psicosocial de las personas con un trastorno mental grave y mayores de 18 años que, por criterios clínicos, no pueden recibir este tipo de atención en un dispositivo comunitario ni en una unidad de hospitalización breve. La estancia media deseable es de 6 a 24 meses.

En estas unidades se realizan tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y rehabilitadores que pueden ser individuales, grupales o familiares. También ofrecen asesoramiento ante posibles problemas sociales. Están formadas por equipos multidisciplinares de profesionales: psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares de enfermería y/o monitores de rehabilitación, terapeutas ocupacionales y auxiliares administrativos.

Funciones principales:

- Rehabilitación intensiva de personas con trastorno mental grave.
- Reintegración social de personas con trastorno mental grave que no pueden ser tratados por su médico de familia o en otros dispositivos comunitarios.

Actualmente solo hay dos unidades de Media Estancia en las Illes Balears, una de 24 camas en el Hospital Psiquiátrico de Palma, y otra de 20 camas en Menorca.

MALLORCA	MENORCA	EIVISSA-FORMENTERA
UME H. Psiquiátrico "Lluerna" 24 camas	UME Sant Miquel 15 camas	

8.3.2.- SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIO (SARC):

Es un servicio que presta asistencia residencial a las personas mayores de 18 años con trastorno mental grave, pero con un nivel de autonomía suficiente para poder vivir de forma autónoma y con control de su conducta. La función principal del SARC es la de gestionar, coordinar, optimizar, agilizar y garantizar el adecuado grado de supervisión de todos los recursos residenciales comunitarios. En función del perfil y las características de los residentes, y de la continuidad de supervisión y cuidados que requieren, se pueden distinguir: Miniresidencias, pisos tutelados y pisos supervisados.



Los objetivos generales son:

- Asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte.
- Favorecer la mejora de la autonomía personal o social de los usuarios o residentes, de tal forma que les permita un funcionamiento lo más normalizado posible.
- Posibilitar el mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización, calidad de vida y dignidad.
- Favorecer la progresiva integración social de los usuarios residentes.
- Evitar situaciones de abandono, marginación y/o institucionalización.
- Asegurar el cumplimiento terapéutico del paciente.

Están integrados por equipos multidisciplinares, formados por un coordinador, psicólogos clínicos, monitores de Rehabilitación, trabajadores sociales y auxiliares administrativos.

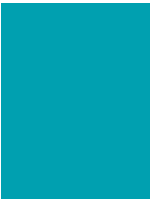
En Mallorca hay 70 plazas residenciales que dependen de GESMA y que están distribuidas de la siguiente manera:

- Miniresidencia Es Vivero: 20 plazas
- Miniresidencia Inca: 12 plazas
- 12 pisos supervisados: 31 plazas
- 1 piso tutelado (supervisión 24 horas/día): 7 plazas

En Eivissa-Formentera actualmente hay 2 pisos tutelados del Consell Insular con una capacidad total de 10 plazas. Además, el Consell tiene prevista la apertura de una miniresidencia de 30 plazas.

En Menorca hay un piso asistido con 6 plazas gestionado por AFEM (Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Menorca).

MALLORCA				EIVISSA-FORMENTERA	MENORCA
Miniresidencia "Es Vivero" 20 plazas	Miniresidencia "Inca" 12 plazas	1 Piso Tutelado 7 plazas	12 Pisos Supervisados 31 plazas	2 Pisos Tutelados 10 plazas	1 Piso Supervisado 6 plazas





8.3.3.- SERVICIO DE INTEGRACIÓN E INSERCIÓN LABORAL

Es un servicio dirigido a desarrollar programas para los pacientes con perspectivas de reinserción laboral. Está orientado a favorecer todas las medidas de intervención necesarias para la integración y el mantenimiento de las personas con una enfermedad mental crónica en el entorno laboral.

Se han de distinguir diversos niveles, que van desde el taller ocupacional hasta el trabajo normalizado, incluyendo los centros especiales de trabajo, el trabajo protegido o el trabajo con apoyo.

Su principal objetivo ha de ser: Favorecer la inserción e integración laboral de las personas con trastorno mental grave (TMG) en el empleo ordinario (empleo con apoyo) y en el empleo protegido (centros especiales de empleo, empresas sociales). Para ello han de fomentar la implicación de empresarios, instituciones, asociaciones y organizaciones en la inserción laboral de este colectivo.

Están integrados por equipos multidisciplinares que están formados por psicólogos clínicos, trabajadores sociales y preparadores laborales.

En Mallorca hay dos servicios:

1. Servicio de Integración Laboral (SIL) que depende de GESMA y que se ha puesto en marcha recientemente.
2. Servicio de Inserción Laboral para personas con trastorno mental grave gestionado por la Asociación GIRASOL con financiación del SOIB. Actualmente dispone de 12 plazas como centro especial de empleo y del Programa Siglo XXI de empleo con apoyo.

Eivissa-Formentera dispone de un servicio de integración laboral específico para las personas con enfermedad mental grave y dependiente del Consell Insular.

En Menorca hay un centro especial de trabajo para personas con discapacidad psiquiátrica que depende del Consell Insular de Menorca y está gestionado por la Coordinadora de Minusválidos de Menorca. Además, se ejecutan programas de inserción para facilitar el acceso a la vida laboral de personas con discapacidad. Estos programas son gestionados por la Coordinadora de Minusválidos de Menorca a través de convenios con el Consell Insular de menorca, el SOIB y el Govern de les Illes Balears.

8.3.4.- ÁREA DE SALUD MENTAL DE LARGA ESTANCIA

Actualmente en Mallorca hay dos unidades de Larga Estancia, con un total de 49 camas ubicadas en el Hospital Psiquiátrico de Palma. Es un dispositivo sanitario hospitalario para las personas con un trastorno mental grave y que se encuentra dentro del proceso de reestructuración del Hospital Psiquiátrico hacia el modelo comunitario. Por tanto, debe coordinarse con el resto de la red, y con los servicios sociales entre otros, para conseguir la máxima reinserción social y normalización asistencial posible. En Menorca, en el centro polivalente de Sant Miquel, hay 5 camas de estas características. Eivissa carece de camas de larga estancia.



8.3.5 DISPOSITIVOS DE APOYO A LA INTEGRACIÓN SOCIAL (centros de día, clubes sociales, talleres ocupacionales, actividades de ocio y tiempo libre)

Son recursos orientados a favorecer la integración social de las personas con trastorno mental grave mediante el desarrollo de habilidades y actividades ocupacionales y de ocio y tiempo libre. En este colectivo la atención psicosocial tiene un destacado papel y por tanto es fundamental la participación que han de jugar los servicios sociales en la atención social y la integración de esta población.

En Eivissa, el Consell Insular dispone de un centro de día de 30 plazas. Asimismo, en octubre se aprobó un proyecto de construcción de un centro de día en Formentera para personas con un trastorno mental grave.

En Menorca, el Consell Insular dispone de 2 centros de día con un total de 30 plazas, uno en Mahón y otro en Ciudadela.

En Mallorca, asociaciones de familiares o usuarios como “Es Garrover” o “Estel de Llevant” realizan actividades ocupacionales o de ocio y tiempo libre en sus respectivas comarcas, Inca y Manacor. Igualmente “Girasol”, “ADIPE” y “ARISPAM” en Mallorca, “APFEM” y “DEFORSAM” en Eivissa, y “AFEM” ó “S’Olivera” en Menorca, realizan actividades de este tipo.

Los dispositivos de apoyo a la integración social sirven de apoyo a la rehabilitación psicosocial de personas con un trastorno mental severo a través de programas como:

- Programa de actividades ocupacionales
- Programa de integración socio-comunitaria
- Programa de ocio y tiempo libre
- Programa de apoyo a las familias
- Programa de habilidades sociales
- Programa de entrenamiento cognitivo
- Programa de coordinación con el resto de dispositivos de salud mental del área.

Nº Total de Dispositivos Suprasectoriales de las Illes Balears, 2005:

	MALLORCA	EIVISSA-FORMENTERA	MENORCA	TOTAL BALEARS
Nº de Habitantes	748.338 habit.	117.026 habit.	86.072 habit.	951.436 habit.
Hospitales de Día Infanto-Juveniles	0	0	0	0
Unidades de Media Estancia	1 (24 camas)	0	1 (15 camas)	2 (39 camas)
Unidades de Larga Estancia	2 (49 camas)	0	1 (5 camas)	3 (54 camas)
Dispositivos de Atención Residencial Comunitaria (Pisos, Mini residencias)	70 plazas	10 plazas	6 plazas	86 plazas
Servicios de Inserción e Integración Laboral	2	1	1	4
Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación (Centros de Día, Club Sociales, etc.)		1 (30 plazas)	2 (30 plazas)	3 (60 plazas)





8.4 DISPOSITIVOS DE ÁMBITO REGIONAL O AUTONÓMICO

Son dispositivos de referencia para todas las áreas de la comunidad autónoma (atienden a toda la población de la comunidad autónoma):

8.4.1 UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (UTCA)

Es una unidad que aborda de manera multidisciplinar la prevención, los tratamientos ambulatorios, la hospitalización (parcial y total) y la rehabilitación de las personas con este tipo de trastornos.

Está ubicada en el Hospital Universitario Son Dureta y está compuesta de:

- Hospitalización: 8 camas
- Hospital de Día: 15 plazas
- Consultas externas

Está integrada por un equipo multidisciplinar que está formado por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, auxiliares de Enfermería, y auxiliar administrativo.

8.4.2 DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PSICOGERIÁTRICA

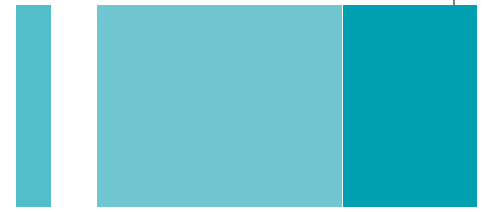
Son recursos destinados a atender, por medio de equipos multidisciplinarios, las necesidades en materia de asistencia psiquiátrica y salud mental de las personas mayores de 65 años con un grado severo de su enfermedad, y que por criterios clínicos no pueden recibir este tipo de atención en un dispositivo de tipo comunitario.

Solo hay un dispositivo de estas características en la comunidad autónoma. Está ubicado en el Hospital Psiquiátrico de Palma y tiene capacidad para 60 personas. Es fundamentalmente un dispositivo de tipo residencial.

8.4.3 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL (UHB-IJ)

Es una unidad integrada en un hospital general, para el tratamiento y cura, en régimen de atención continuada de 24 horas, con dotación de personal especializado, destinada al reestablecimiento clínico y la restauración de los vínculos socio-familiares, en el tiempo más breve posible, y destinada a pacientes menores de 18 años de edad con cuadros clínicos agudos que no pueden recibir el tratamiento adecuado en otros recursos del sistema sanitario.

Aunque durante la realización de la Estrategia de Salud Mental todavía no había ninguna unidad de estas características abierta en la comunidad autónoma, está previsto la apertura de una Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil de 6 camas en el Hospital Universitario Son Dureta.



Dispositivos de Ámbito Regional ó Autonómico de las Illes Balears, 2006

UNIDAD DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (UTCA)	UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL (UHB-IJ)	PSICOGERIÁTRICO
Consultas Externas Hospital de Día - 15 plazas Hospitalización Completa - 8 camas	Hospitalización Completa 6 camas	Plazas Residenciales 60 plazas

8.5 DISPOSITIVOS Y RECURSOS HUMANOS POR AREAS DE SALUD MENTAL

8.5.1 ÁREA DE SALUD MENTAL DE MANACOR

Población: 125.185 habitantes

1 coordinador de Área

Unidad de Hospitalización Breve (UHB): 15 camas. Ubicada en el Hospital de Manacor.

2 psiquiatras
11 DUE
8 auxiliares de Enfermería
Auxiliar administrativo compartido con otros servicios

Urgencias Psiquiátricas: Presencia física 24 horas (en el Hospital de Manacor)

Interconsultas y Psiquiatría de Enlace: 1 psiquiatra

Unidad de Salud Mental (USM):

3 psiquiatras
2 psicólogos Clínicos
2 DUE
1 trabajador Social
1 auxiliar administrativo

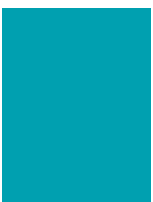
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ) de Manacor:

1 psiquiatra
1 psicólogo clínico
Trabajador social a tiempo parcial.
1 DUE
1 auxiliar administrativo

Unidad Comunitaria de rehabilitación (UCR): 30 plazas.

Hay un convenio de colaboración entre el Servicio de Salud (GESMA), el Ayuntamiento de Manacor y la Asociación Estell de Llevant.

1 psiquiatra-coordinador
1 psicólogo clínico
1 DUE
1 terapeuta ocupacional
4 monitores
1 trabajador social



Nº TOTAL DE DISPOSITIVOS Y PROFESIONALES DEL ÁREA DE SALUD MENTAL MANACOR (125.185 habit.)

Tipo de coste	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares Enfermería Monitores	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Administrativos	TOTAL
Unidad de Hospitalización Breve (14 camas)	3		11	8			0*	22
Hospital de Día								
Unidad de Salud Mental	3	2	2		1		1	9
Unidad Comunitaria de Rehabilitación	1	1	1	4	1	1		9
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	1	1	1		1/2		1	4 ½
TOTAL	8	4	15	12	2 ½	1	2	44 ½

* Auxiliar administrativo no asignado específicamente a la unidad y compartido con otras unidades del hospital

8.5.2 ÁREA DE SALUD MENTAL DE INCA

Población: 118.604 habitantes.

1 Coordinador de Área

Unidad de Hospitalización Breve (UHB): Ubicada en el Hospital Psiquiátrico. En el 2007 estará ubicada en el nuevo Hospital de Inca. Consta de 30 camas: Hay 15 camas para el Área de Salud Mental de Inca y 15 camas para el resto de las Áreas de Salud Mental de Mallorca.

- 4 psiquiatras
- 2 psicólogos clínicos
- 1 supervisor de Enfermería
- 13 DUE
- 33 auxiliares de Enfermería
- 1 trabajador social
- 1 auxiliar administrativo

Urgencias Psiquiátricas: Presencia física 24 horas (en el Hospital Psiquiátrico)

Interconsultas y Psiquiatría de Enlace:

- 1 psiquiatra

Unidad de Salud Mental (USM): Está en Inca:

- 2 psiquiatras a tiempo completo y uno a tiempo parcial
- 2 psicólogos clínicos
- 2 DUE
- 1 trabajador social
- 1 auxiliar administrativo



Atención Infanto-Juvenil: Hay un equipo multidisciplinar para el área de Inca de en la USM-IJ de Palma:

- 1 psiquiatra
- 1 psicólogo clínico

Resto de profesionales (enfermeros, trabajador social y auxiliares administrativos) pertenecen a la USM-IJ de Palma y están compartidos por las Áreas de Salud Mental de Inca, Son Llatzer y Son Dureta.

Unidad de Rehabilitación Comunitaria (UCR): 30 plazas

Está en Inca. Hay un convenio de colaboración entre Gesma, el Ayuntamiento de Inca y la Asociación Es Garrover.

- 1 psiquiatra
- 1 psicólogo clínico
- 1 DUE
- 4 monitores de rehabilitación
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 trabajador social

Nº TOTAL DE DISPOSITIVOS Y PROFESIONALES DEL ÁREA DE SALUD MENTAL INCA (118.604 habit.)

Tipo de coste	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares Enfermería Monitores	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Administrativos	TOTAL
Unidad de Hospitalización Breve (30 camas)	5	2	14	33	1		1	56
Hospital de Día								
Unidad de Salud Mental	2 ½	2	2		1		1	8 ½
Unidad Comunitaria de Rehabilitación	1	1	1	4	1	1		9
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	1	1	2/3		1/3		1	4
TOTAL	9 ½	6	17 2/3	37	3 ½	1	3	77 ½

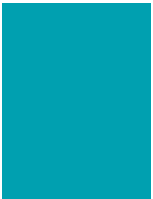
8.5.3 ÁREA DE SALUD MENTAL DE SON LLATZER


Población: 235.404 habitantes

1 coordinador de Área

Unidad de Hospitalización Breve (UHB): 24 camas (ubicada en el Hospital Son Llatzer)

- 3 psiquiatras
- 1 coordinadora de Enfermería
- 12 DUE a tiempo completo y 1 DUE a tiempo parcial





10 auxiliares de Enfermería a tiempo completo y 1 Auxiliar a tiempo parcial
Trabajador social compartido con el resto del hospital
Auxiliar administrativo compartido con otros servicios
Celador por la noche compartido con otros servicios

Urgencias Psiquiátricas: Presencia física 24 horas (en el Hospital Son Llatzer)

Interconsultas y Psiquiatría de Enlace:

1 psiquiatra

Hospital de Día: 12 plazas (mañana y tarde) (ubicado en el Hospital Son Llatzer):

2 psiquiatras
1 psicólogo clínico
2 DUE
1 auxiliar de Enfermería
1 terapeuta ocupacional

Unidad de Salud Mental (USM) Emilio Darder:

3 psiquiatras
3 psicólogos clínicos
2 DUE
1 trabajador social
1 auxiliar administrativo

Unidad de Salud Mental (USM) Pere Garau:

3 psiquiatras
3 psicólogos clínicos
2 DUE
1 trabajador social
1 auxiliar administrativo

Atención Infanto-Juvenil:

1 psiquiatra del equipo multidisciplinar de la USM-IJ de Palma

Resto de profesionales (psicólogos clínicos, DUE, trabajador social y auxiliares administrativos) pertenecen a la USM-IJ de Palma y están compartidos por las áreas de Salud Mental de Inca, Son Llatzer y Son Dureta.

Unidad Comunitaria de Rehabilitación (UCR) Son Gibert:

1 psiquiatra-coordinador
1 psicólogo clínico
1 DUE
1 terapeuta ocupacional
5 monitores
1 trabajador social



Nº TOTAL DE DISPOSITIVOS Y PROFESIONALES DEL ÁREA DE SALUD MENTAL SON LLATZER (235.404 habit.)

Tipo de coste	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares Enfermería Monitores	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Administrativos	TOTAL
Unidad de Hospitalización Breve (24 camas)	4		13 ½	10 ½	0*		0*	28
Hospital de Día (12 plazas)	2	1	2	1		1		7
Unidades de Salud Mental	6	6	4		2		2	
Unidad Comunitaria de Rehabilitación	1	1	1	5	1	1		20
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	1	1	2/3		1/3		½	3 ½
TOTAL	14	9	21 1/3	16 ½	3 1/3	2	2 ½	68 ½

* Trabajador Social y Auxiliar Administrativo no asignado específicamente a la unidad y compartido con otras unidades del hospital.

8.5.4. ÁREA DE SALUD MENTAL DE SON DURETA

Población: 269.145 habitantes.

1 Coordinador de Área

Unidad de Hospitalización Breve (UHB): 24 camas (ubicada en el Hospital Son Dureta)

- 3 psiquiatras
- 1 psicólogo clínico
- 1 supervisora enfermería
- 13 DUE
- 9 auxiliares de Enfermería

Urgencias Psiquiátricas: Presencia física 24 horas (en el Hospital Son Dureta)

Interconsultas y Psiquiatría de Enlace:

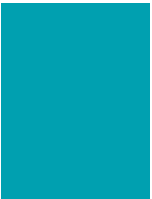
- 1 psiquiatra

Hospital de Día: 12 plazas (mañana y tarde) (ubicado en el hospital Son Dureta):

- 2 psiquiatras
- 1 psicólogo clínico
- 2 DUE
- 1 auxiliar de Enfermería
- 1 terapeuta ocupacional

Unidad de Salud Mental (USM) Son Pizá:

- 3 psiquiatras
- 3 psicólogos clínicos
- 2 DUE
- 1 trabajador social
- 1 auxiliar administrativo



Unidad de Salud Mental (USM) Cruz Roja:

3 psiquiatras
3 psicólogos clínicos
2 DUE
1 trabajador social
1 auxiliar administrativo

Atención Infanto-Juvenil:

1 psiquiatra – coordinador de la USM Infanto-Juvenil
1 psiquiatra del equipo multidisciplinar de la USM-IJ de Palma
1 psiquiatra para la atención infanto-juvenil en el hospital
1 psicólogo clínico para la atención infanto-juvenil en el hospital

Resto de profesionales (Psicólogos Clínicos, DUE's, Trabajador Social y Auxiliares Administrativos) pertenecen a la USM-IJ de Palma y están compartidos por las Áreas de Salud Mental de Inca, Son Llatzer y Son Dureta.

Unidad Comunitaria de Rehabilitación (UCR) Serralta:

1 psiquiatra-coordinador
1 psicólogo clínico
1 terapeuta ocupacional
6 monitores de rehabilitación
1 trabajador social

Nº TOTAL DE DISPOSITIVOS Y PROFESIONALES DEL ÁREA DE SALUD MENTAL SON DURETA (269.145 habit.)

Tipo de coste	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares Enfermería Monitores	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Administrativos	TOTAL
Unidad de Hospitalización Breve (24 camas) Incluido Atención Infanto-Juvenil hospitalaria	5	2	14	9				30
Hospital de Día (12 plazas)	2	1	2	1		1		7
Unidades de Salud Mental	6	6	4		2		2	20
Unidad Comunitaria de Rehabilitación	1	1		6	1	1		10
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	2	2	2/3		1/3		1	6
TOTAL	16	12	20 2/3	16	3 1/3	2	3	73

Nº TOTAL DE PROFESIONALES Y DISPOSITIVOS SUPRASECTORIALES DE MALLORCA (748.338 habit.)

Tipo de coste	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares Enfermería Monitores	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Administrativos	Otros	TOTAL
Unidad de Media Estancia	2	1	4 ½	12	1	1			21 ½
Unidades de Larga Estancia	2	2	9	40	1				54
Hospitales de Día Infanto-Juveniles									
Servicio de Atención Residencial Comunitario		3		42	2		1		48
Servicio de Inserción Laboral		1						3*	6
Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación (Centros de Día, Club Sociales, Terapia Ocupacional, etc.)		1		20	2	1	1		23
TOTAL	4	8	13 ½	114	6	2	2	3	152 ½

* Preparadores laborales

Nº TOTAL DE PROFESIONALES Y RECURSOS DE ÁMBITO REGIONAL Ó AUTONÓMICO (ubicados en Mallorca pero con cobertura para la población de toda la Comunidad Autónoma)

Tipo de coste	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares Enfermería Monitores	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Administrativos	Otros	TOTAL
Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA)	1	2	9	7			1		20
Psicogeriatrico		1	4 ½	36	1			2*	44 ½
Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil									
TOTAL	1	3	13 ½	43	1		1	2	64 ½

* 1 Médico - Coordinador del Psicogeriatrico
1 Fisioterapeuta

Nº TOTAL DE PROFESIONALES EN MALLORCA (748.338 habit)

Tipo de coste	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares Enfermería Monitores	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Administrativos	Otros	TOTAL
Área Manacor (125.000 habit.)	8	4	15	12	2 ½	1	2		44 ½
Área Inca (120.000 habit.)	9 ½	6	17 2/3	37	3 1/3	1	3		77 ½
Área Son Llatzer (235.000 habit.)	14	9	21 1/3	16 ½	3 1/3	2	2 ½		68 ½
Área Son Dureta (270.000 habit.)	16	12	20 2/3	16	3 1/3	2	3		73
Dispositivos Suprasectoriales	4	8	13 ½	114	6	2	2	3*	152 ½
Recursos de ámbito Autonómico	1	3	13 ½	43	1		1	2	64 1/2
TOTAL	52 ½	42	101 ½	238 ½	19 ½	8	13 ½	5	480 ½

* Preparadores laborales

8.5.5. RECURSOS DEL ÁREA DE SALUD MENTAL DE EIVISSA y FORMENTERA

Población: 117.026 habitantes

1 coordinador de Área

Unidad de Hospitalización Breve (UHB): 18 camas y Urgencias Psiquiátricas (ubicada sen el Hospital Can Misses).

2 psiquiatras
 1 supervisora de Enfermería
 7 DUE
 8 auxiliares de Enfermería
 Auxiliar administrativo compartido con el Hospital de Día

Hospital de Día: 12 plazas (ubicado en el Centro de Salud Es Vivér)

1 psiquiatra
 1 psicólogo clínico
 2 DUE
 2 monitores de terapia ocupacional
 Auxiliar Administrativo compartido con la Unidad de Hospitalización Breve



Unidad de Salud Mental (USM) Es Viver:
(+ Consultas Externas de Formentera).

- 3 psiquiatras
- 2 psicólogos
- 2 DUE
- 1 trabajador social
- 1 auxiliar administrativo

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ):
actualmente depende del Consell Insular de Eivissa y Formentera (excepto el Psiquiatra),
pero en el 2006 será asumida totalmente por el Servicio de Salud.

- 1 psiquiatra
- 3 psicólogos clínicos
- 1 auxiliar administrativo

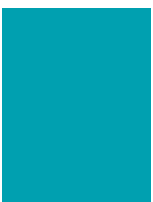
Centro de Día:
Depende del Consell Insular de Eivissa y Formentera. Dispone de 30 plazas.

Servicio de Integración Laboral: depende del Consell Insular:

- 1 psicólogo
- 1 educador social

2 Pisos tutelados: 10 plazas en total:

- 1 coordinador
- 5 monitores



Nº TOTAL DE DISPOSITIVOS Y PROFESIONALES DEL ÁREA SALUD MENTAL DE EIVISSA Y FORMENTERA (117.026 habit.)

Tipo de coste	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares Enfermería Monitores	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Administrativos	Otros	TOTAL
Unidad de Hospitalización Breve Adultos	2		8	8			½	½	18 ½
Hospital de Día Adultos	1	1	2	2			½	½	6 ½
Unidad de Salud Mental Adultos	3	2	2		1		1	1	9
Unidad de Hospitalización Breve Infantil									
Hospital de Día Infanto-Juvenil	1	3					1		5
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil									
Unidades de Media y Larga Estancia									
Unidad Comunitaria de Rehabilitación									
Dispositivos de Atención Residencial Comunitario			5					1	6
Dispositivos de Inserción Laboral		1						1	2
Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación (Centros de Día, Club Sociales, Terapia Ocupacional, etc.)				2	½	1			3 ½
TOTAL	7	7	17	12	1 ½	1	3	2	50 ½

8.5.6. RECURSOS DEL ÁREA DE SALUD MENTAL DE MENORCA

Población: 86.072 habitantes

1 Coordinador de Área

Unidad de Hospitalización Breve (UHB): 7 camas (ubicada en el Hospital Virgen del Toro).

- 1 jefe de Servicio de Psiquiatría y Neurofisiología Clínica
- 1 psiquiatra
- 1 supervisora de Enfermería
- 5 DUE
- 5 auxiliares de Enfermería
- Celadores(según las necesidades de la unidad)



Urgencias Psiquiátricas: Localizable 24 horas (en el Hospital Virgen del Toro)

Unidad de Salud Mental (USM): es una estructura funcional-organizativa y no arquitectónica, que desarrolla su actividad en 3 subunidades básicas: CAP Canal Salat (Ciudadela), CAP Dalt Sant Joan (Mahón) y Consultas Externas del Hospital Virgen del Toro:

- 2 psiquiatras a tiempo completo y uno a tiempo parcial
- 2 psicólogos Clínicos
- 2 DUE
- 1 trabajador social
- 1 auxiliar administrativo

Centro Polivalente Sant Miquel (Unidad de Media Estancia y Unidad Comunitaria de Rehabilitación): Es un centro polivalente, de carácter mixto-hospitalario y rehabilitador que cuenta con:

- Media estancia: 15 camas
- Larga estancia: 5 camas
- Unidad Comunitaria de Rehabilitación: 20 plazas

Personal del Centro Polivalente Sant Miquel:

- 1 psiquiatra - coordinador
- 2 psicólogos clínicos
- 1 supervisora de Enfermería
- 8 DUE
- 8 auxiliares de Enfermería
- 2 monitores
- 1 trabajador social compartido con la USM
- 1 auxiliar administrativo
- 6 celadores

Atención Infanto-Juvenil y Trastornos de la Conducta Alimentaria:

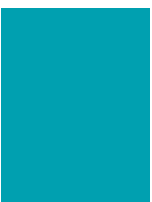
- 1 psiquiatra a tiempo parcial
- 1 psicólogo clínico

Centros de Día: dependen del Consell Insular de Menorca. Hay dos: uno en Mahón y otro en Ciudadela. Tienen un total de 30 plazas.

- 2 psicólogos
- 1 DUE
- 3 auxiliares de Enfermería / monitores de Rehabilitación

1 Piso Asistido: depende de AFEM (Asociación de Familiares de Enfermos mentales de Menorca). Está ubicado en Mahón y tiene 6 plazas.

1 Centro Especial de Trabajo: Destinado a personas con discapacidad psiquiátrica. Está gestionado por la Coordinadora de Minusválidos de Menorca.



Nº TOTAL DE DISPOSITIVOS Y PROFESIONALES DEL ÁREA DE SALD MENTAL DE MENORCA (86.072 habit.)

Tipo de coste	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares Enfermería Monitores	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Administrativos	Otros	TOTAL
Unidad de Hospitalización Breve Adultos	2		6	5			0*		13
Hospital de Día Adultos									
Unidad de Salud Mental Adultos	2 ½	2	2		1		1		8 ½
Unidad de Hospitalización Breve Infantil									
Hospital de Día Infanto-Juvenil									
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil	½	1							1 ½
Unidades de Media y Larga Estancia	1	1	9	8	½	½	½	5	25 ½
Unidad Comunitaria de Rehabilitación		1		2	½	½	½	1	5 ½
Dispositivos de Atención Residencial Comunitario									
Dispositivos de Inserción Laboral		1						4	5
Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación (Centros de Día, Club Sociales, Terapia Ocupacional, etc.)		2	1	3					6
TOTAL	6	8	18	18	2	1	2	10	65

* Auxiliar Administrativo no asignado específicamente a la unidad y compartido con otras unidades del hospital

Nº TOTAL DE PROFESIONALES EN LAS ILLES BALEARS (951.436 habit.)

Tipo de coste	Psiquiatras	Psicólogos	DUE	Auxiliares Enfermería Monitores	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Auxiliares Administrativos	Otros	TOTAL
MALLORCA	52 ½	42	101 ½	238 ½	19 ½	8	13 ½	5	480 ½
EIVISSA-FORMENTERA	7	7	12	17	1 ½	1	3	2	50 ½
MENORCA	6	8	18	18	2	1	2	10	65
TOTAL	65 ½	57	131 ½	273 ½	23	10	18 ½	17	596

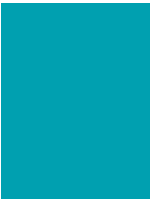


RATIO DE PROFESIONALES POR 100.000 HABITANTES:

	Número de Profesionales	Ratio x 100 mil habit.
Coordinadores de Área	6	0,6
Psiquiatras	65 ½	6,5
Psicólogos	57	5,7
Trabajadores Sociales	23	2,3
Terapeutas Ocupacionales	10	1,0
DUE	131 ½	13,1
Auxil. Enferm. / Monitores	273 ½	27,3
Auxiliares Administrativos	18 ½	1,8
Otros	17	1,7
TOTAL PROFESIONALES	602	60,2

Nº TOTAL DE PLAZAS / CAMAS DE LAS ILLES BALEARS RATIO DE CAMAS / PLAZAS POR 100.000 HABITA

	Número de plazas	Ratio x 100 mil habit.
Camas UHB	118	11,8
Plazas de Hospital de Día	36	3,6
Plazas de UCR	140	14,0
Camas de UME	39	3,9
Camas ULE	54	5,4
Plazas Residenciales Comunitarias	86	8,6
Camas Psicogeriatría	60	6,0
Camas UTCA	8	0,8
Plazas Hospital de Día UTCA	15	1,5
Camas UHB Infanto-Juvenil	0	0
Plazas Hospital de Día Infantil	0	0
Plazas Centro de Día, etc.	60	6,0
TOTAL PLAZAS-CAMAS	616	61,6





LINEAS ESTRATÉGICAS

La Estrategia de Salud Mental de les Illes Balears está estructurada en doce líneas estratégicas y su objetivo principal es el de garantizar la prestación de servicios continuados de promoción, asistencia y rehabilitación a la salud mental para la mejora de la calidad de vida e integración social de las personas con enfermedad mental.

Las 12 líneas estratégicas son:

1. Garantizar el desarrollo de la Estrategia de Salud Mental de les Illes Balears.
2. Actualización de la ordenación territorial, la estructura organizativa y funcional, y la necesidad de nuevos recursos en la Red de salud mental.
3. Establecimiento de los sistemas de coordinación institucionales necesarios para consolidar una atención integral a la salud mental.
4. Impulsar el papel de la Atención Primaria en las actuaciones conjuntas de prevención y promoción de la salud mental y mejorar la accesibilidad a la Red de salud mental.
5. Definir una cartera de servicios de salud mental.
6. Definir, completar, optimizar y homogeneizar la dotación de dispositivos y de recursos humanos y materiales para la atención a la salud mental en todas las áreas de salud mental.
7. Realizar y desarrollar un Plan Integral de Atención Comunitaria para las personas con trastorno mental grave.
8. Implantación de un Sistema de Información de Salud Mental unificado para toda la comunidad autónoma y creación de un Observatorio de Salud Mental.
9. Promover el respeto a los Derechos de las personas con enfermedad mental.
10. Garantizar la calidad asistencial en salud mental.
11. Establecer un Convenio marco con las administraciones de Justicia e Interior.
12. Potenciar la formación continuada y la investigación en salud mental.



LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Garantizar el desarrollo de la Estrategia de Salud Mental de las Illes Balears

La Estrategia será el documento de referencia a través del cual la Administración elaborará objetivos, diseñará líneas estratégicas de acción y propondrá medidas tendentes a ejecutar los contenidos.

El adecuado desarrollo y la correcta ejecución de los programas y de las medidas que componen la presente Estrategia conlleva la necesidad de establecer mecanismos de coordinación y seguimiento de la organización, la ejecución y el desarrollo de la propia Estrategia con la participación de todos los agentes y organismos relevantes por su implicación en el mismo o en algunas de sus medidas.

Se creará una Comisión de Seguimiento y Desarrollo de la Estrategia integrada por el Comité Técnico, los coordinadores de Área de Salud Mental, así como de un representante de cada uno de los colectivos de profesionales que trabajan en la Red de salud mental (psiquiatría, psicología clínica, trabajador social, enfermería, monitor de Rehabilitación y terapeuta ocupacional). Así mismo, es importante, que la Comisión de Seguimiento esté integrada por profesionales de las diferentes áreas de intervención (adultos, infanto-juvenil, rehabilitación, unidades monográficas, etc).

La Comisión Institucional tendrá las funciones de seguimiento global de la ejecución de la Estrategia.

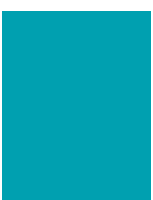
Asimismo, se contará con la participación activa del Movimiento Asociativo de Familiares y Enfermos Mentales, así como de las asociaciones de profesionales en el seguimiento del desarrollo y la ejecución de la Estrategia, mediante la formulación de sugerencias y recomendaciones a través del Consejo Asesor de Salud Mental.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

Actualización de la ordenación territorial, la estructura organizativa y funcional, y la necesidad de nuevos recursos en la Red de salud mental

Hasta ahora, junto con el Plan de Salud Mental de 1998, el Decreto 99/2002 de ordenación de la salud mental en la comunidad autónoma de las Illes Balears que fue aprobado por la Consejería de Salud y Consumo el 19 de julio del 2002, ha sido el marco de referencia para el desarrollo de la Red de salud mental de la comunidad autónoma. Sin embargo, la necesidad de creación de nuevos recursos ausentes en dicho Decreto, la falta de definición del papel que ha de jugar cada una de las instituciones implicadas en la salud mental, la diferente ordenación territorial de la Red de salud mental en la actualidad, así como la confusa organización funcional, recomiendan su renovación. Entre los aspectos a considerar en la renovación del Decreto merece la pena destacar la necesidad de:

- Redefinir la actual ordenación territorial de la Red de salud mental, los recursos necesarios, así como las estructuras organizativas y funcionales que intervienen en la gestión de la Red única de salud mental tanto a nivel Autonómico como a nivel de Área.



- 
- Definir la implicación y responsabilidad de cada institución en materia de salud mental (sanidad, servicios sociales, educación, trabajo, justicia, etc) mediante los convenios y los sistemas de coordinación institucionales necesarios.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

Establecimiento de sistemas de coordinación institucionales para consolidar una atención integral a la salud mental

-Establecer los sistemas de coordinación institucional necesarios para garantizar la continuidad de cuidados de las personas con una enfermedad mental, p.ej. mediante la firma de convenios. La opción más indicada para garantizar el desarrollo de los planes de integración comunitaria, sociolaboral y residencial (no estrictamente sanitarios y sí sociosanitarios) necesarios en el tratamiento y rehabilitación de las personas con un trastorno mental grave es mediante la creación de una Fundación Pública Sociosanitaria de Salud Mental, que podría estar formada por representantes de la Consejería de Salud y Consumo, de Presidencia, de Trabajo, de Educación, de Justicia, de Hacienda, del Consell Insular de Menorca, del Consell Insular de Eivissa y Formentera, y del Institut de Serveis Socials i Sports de Mallorca.

-Desarrollar un espacio sociosanitario que permita ofrecer a las personas con una enfermedad mental un abanico amplio de posibilidades adaptadas a cada situación particular, abarcando desde los cuidados sociales en el nivel ambulatorio, hasta la ayuda en búsqueda de apoyos comunitarios para la vivienda, el empleo o los espacios de convivencia y de ocio. Para ello es necesario atender coordinadamente la salud mental entre todas las instituciones implicadas para facilitar el acceso del paciente y su entorno social a la red asistencial y garantizar así la continuidad de cuidados (servicios sociales, sanidad, educación, trabajo, justicia...).

-Creación de una Comisión Interinstitucional del Menor en la que estén incluidas todas las instituciones implicadas en la atención a los niños y adolescentes (consells insulars, servicios sociales, educación, sanidad y justicia). Por otra parte, esta Comisión Interinstitucional impulsará la creación de una Comisión Técnica de Salud Mental Infanto-Juvenil que actuará como órgano de coordinación y regulación de actuaciones específicas de cada recurso de atención y del trabajo interdisciplinario, así como, si el caso lo requiere, como órgano ejecutor proponiendo intervenciones.

-Adecuar la provisión de recursos dependientes de los servicios sociales para la atención de personas con trastornos mentales. Gestión unificada de los recursos de salud mental en los respectivos organismos públicos administradores de la sanidad y de los servicios sociales.

-Actualizar el Decreto 99/2002, de Ordenación de la salud mental en la comunidad autónoma de les Illes Balears, estableciendo el grado o nivel de competencias que han de tener, en cada uno de los dispositivos, las diferentes instituciones implicadas en la atención a la salud mental, así como el establecimiento de sistemas de coordinación adecuados, entre dichas instituciones, para garantizar una atención integral y una continuidad de cuidados a las personas con una enfermedad mental.

-Establecer, consensuadamente, programas y protocolos específicos dirigidos a personas con enfermedad mental, especialmente a aquellos con enfermedad mental grave.



LÍNEA ESTRATÉGICA 4

Impulsar el papel de la Atención Primaria en las actuaciones conjuntas de prevención y promoción de la salud mental y mejorar la accesibilidad a la red de salud mental

-Establecer programas y protocolos de prevención primaria y secundaria de los trastornos mentales, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.

-Desarrollar actividades de promoción y educación para la salud mental en el ámbito escolar, especialmente en materia de prevención de consumo de drogas, de prevención de los trastornos de la alimentación y de prevención de trastornos depresivos y las conductas suicidas.

-Impulsar actividades de educación para la salud en el ámbito de las familias de las personas con enfermedad mental.

-Impulsar el papel de la Atención Primaria en la promoción de la salud mental y en la detección precoz, diagnóstico, tratamiento, derivación y seguimiento del trastorno mental en la población general. Por ello, ha de corresponsabilizarse activamente mediante:

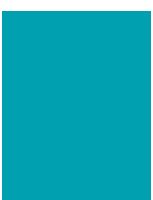
1. La elaboración de protocolos reglados de coordinación asistencial con los profesionales de las unidades de Salud Mental.
2. La formación continuada en materia de salud mental.
3. La investigación compartida con los profesionales de salud mental.

-Impulsar la creación de grupos de trabajo específicos con profesionales de Atención Primaria y Especializada en salud mental de adultos y de Infanto-Juvenil que, con unos objetivos, metodología y cronograma de actuación elaboren los programas y actividades de prevención y promoción de la salud para cada sector de la población.

-Asegurar el desplazamiento de los profesionales de las Unidades de Salud Mental a los centros de salud de los municipios más alejados.

-Impulsar el desarrollo de reuniones de coordinación, interconsultas y sesiones clínicas conjuntas entre los profesionales de los Equipos de Atención Primaria y los de las unidades de Salud Mental.

-Poner en marcha un programa de telepsiquiatría especialmente dirigido a personas que viven en Formentera y en municipios alejados, y mejorar el intercambio de experiencias entre profesionales.





LÍNEA ESTRATÉGICA 5

Definir una cartera de servicios de salud mental

Una de las actuaciones prioritarias es la de establecer por consenso el catálogo de prestaciones de servicios de cada dispositivo de salud mental, con sus normas técnicas e indicadores de cobertura, así como la metodología para la evaluación del cumplimiento de la cartera de servicios. Para ello es aconsejable la creación de grupos de trabajo de expertos y la inclusión, en función de cada dispositivo, de representantes de Atención Primaria, de los Servicios Sociales o de otras instituciones implicadas en la salud mental.

En el plazo de seis meses a partir de la aprobación de la presente Estrategia el Comité Técnico de Salud Mental deberá elaborar un documento en el que se definan las prestaciones y programas (Cartera de Servicios) que deberán ser ofertados en cada uno de los dispositivos que conforman la Red de salud mental para su posterior aprobación por la Comisión Institucional. Asimismo, se elaborarán las líneas básicas de coordinación y los circuitos entre los diferentes recursos asistenciales, rehabilitadores, residenciales y de inserción laboral. El documento definitivo estará elaborado antes de finalizar el primer año de vigencia de la presente Estrategia.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6

Definir, completar, optimizar y homogenizar la dotación de dispositivos y de recursos humanos y materiales para la atención a la salud mental en todas las áreas de salud mental

Las recomendaciones hechas en este apartado para completar y optimizar la Red de salud mental con los recursos, tanto humanos como materiales, que puedan garantizar una atención de calidad a las personas con una enfermedad mental, se han realizado en base a las recomendaciones hechas por el actual Comité Técnico de Salud Mental de les Illes Balears tras más de un año de reuniones.

Para ello se ha tenido en cuenta las múltiples aportaciones y sugerencias realizadas por los diferentes profesionales de la Red de salud mental de les Illes Balears, así como las recomendaciones del Comité Técnico de Salud Mental del 2001, las recomendaciones y varios informes de la OMS y la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Declaración de Helsinki, la Ley general de sanidad de 1986, las recomendaciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, y las iniciativas tomadas por varias comunidades autónomas en materia de salud mental a través de sus propios planes.

La actual Estrategia contempla modificaciones en varios puntos de las recomendaciones del Comité Técnico del 2001 para así poder adaptarse a las nuevas demandas y necesidades. Sin embargo, en general, no se hace referencia a las funciones de los profesionales de los diferentes dispositivos, excepto en el caso de las USM, ya que dada su importancia, al ser éstas el eje de la Red de salud mental, se ha decidido revisar sus funciones e incluirlas en un anexo de la presente Estrategia. La actualización del resto de los dispositivos se hará a través del Comité Técnico en posteriores documentos.



6.1 DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL PARA EL ADULTO Y EL ANCIANO

6.1.1 UNIDAD DE SALUD MENTAL (USM)

Es el dispositivo central de la Red asistencial de salud mental y el eje sobre el que se ha de estructurar el modelo comunitario. En ella se han de llevar a cabo las actuaciones de atención, diagnóstico y tratamiento ambulatorio, incluyendo también la atención al enfermo mental crónico, la atención domiciliaria y el apoyo a las familias. Ha de estar dirigida a la población mayor de 18 años (la población menor de 18 años ha de ser atendida en las unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles) y su ubicación ha de estar en el entorno comunitario y a ser posible en el interior de un centro de salud y/o centro de atención especializada. La composición del equipo ha de ser multidisciplinar, con el objetivo de realizar un abordaje integral -biopsicosocial- de las personas con una enfermedad mental, con una actividad estructurada en base al desarrollo de una serie de programas específicos.

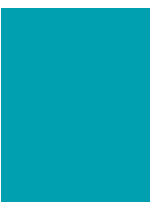
A través de la USM se han de establecer los flujos asistenciales, tanto con los médicos de Atención Primaria como con los dispositivos de hospitalización y de rehabilitación psicosocial. Los pacientes han de ser derivados, preferentemente, desde los equipos de Atención Primaria, aunque también podrían recibirse pacientes desde las UHB, servicios de Urgencias Hospitalarios, dispositivos de Drogodependencias (Patología Dual) y dispositivos de Rehabilitación. Los pacientes, por otro lado, podrían ser derivados desde las USM a otros dispositivos de la Red de salud mental si el usuario así lo requiriera. Y a su vez la USM ha de ser el servicio al que retorna el usuario después o durante de la utilización de dichos dispositivos.

La USM supone el primer eslabón terapéutico y ha de tener una buena accesibilidad, por lo que la tendencia ha de ser, durante los próximos años, hacia el acercamiento poblacional, iniciándose una descentralización de las USM que están ubicadas en las poblaciones mayores, en varias USM más pequeñas que se ubicarían en núcleos poblacionales más pequeños. Se recomienda disponer de una USM por cada 80.000 – 100.000 habitantes y que cada Área de Salud Mental disponga, como mínimo, de una USM.

Cada paciente ha de tener un “terapeuta” asignado que asuma la máxima responsabilidad asistencial a lo largo de todo el proceso.

Para que la USM pueda llevar a cabo estas funciones se han poner en marcha los siguientes PROGRAMAS:

1. Programa de análisis de las derivaciones.
2. Definir una cartera de servicios.
3. Programa de evaluación y diagnóstico:
 - Primeras visitas -normales y preferentes- (psiquiatras y psicólogos clínicos)
 - Valoración y orientación diagnóstica del caso.
 - Psicodiagnóstico.
 - Realización de psicometrías por parte de los psicólogos clínicos para peticiones que surjan dentro del equipo de la USM y una vez consensuadas las pruebas necesarias con el psicólogo clínico que llevará a cabo la exploración.





4. Programa de tratamiento y seguimiento por procesos:

- Tratamientos psicofarmacológicos
- Tratamientos psicoterapéuticos: Se han de definir los tipos de psicoterapia que se realizarán en la unidad.
- Seguimiento clínico
- Gestión de prestaciones sanitarias
- Coordinación

5. Programas de coordinación y apoyo los equipos de Atención Primaria:

- Interconsulta.
- Sesiones de discusión de casos.
- Protocolos de tratamiento, seguimiento y derivación.
- Formación.
- Colaboración en actividades preventivas.

6. Programa de atención específica a los trastornos mentales graves (TMG.) y Programa de tratamiento asertivo comunitario:

- Identificación de los TMG/ Registro de casos.
- Tratamiento y seguimiento individualizado.
- Técnicas de intervención psicosocial y soporte a las familias.
- Atención inmediata en situaciones de crisis.
- Atención domiciliaria.
- Identificación de recursos socio-sanitarios.
- Coordinación de los recursos.
- Priorización de la atención a los pacientes dados de alta hospitalaria.
- Captación de los pacientes desvinculados.
- Tutoría o gestión de casos (Plan de seguimiento individualizado).
- Intervenciones rehabilitadoras con un plan individualizado de rehabilitación.

7. Programa de soporte a las familias:

- Información de la enfermedad.
- Consejo y ayuda en las crisis y de forma cotidiana.
- Buscar la colaboración de la familia en el proceso de tratamiento.
- Consideración de la familia como agente terapéutico.
- Descarga familiar.
- Grupos de autoayuda.
- Oferta de programas Psicosociales y de Psicoeducación.

8. Programa de intervención precoz en primeros brotes psicóticos.

9. Programa de apoyo a los trastornos de la conducta alimentaria.

10. Diagnóstico de salud de la población:

- Conocimiento de las características sociodemográficas y socioeconómicas de la zona.
- Conocimiento de los recursos sociosanitarios.



- Conocimiento de los indicadores de morbilidad psiquiátrica y uso de servicios.
- Detección de grupos de riesgo.

11. Programas de prevención y promoción de la salud mental.

12. Programa de evaluación y calidad asistencial.

13. Programa de formación, docencia e investigación.

Para la realización y puesta en marcha de todos estos programas, la USM ha de contar con un equipo multidisciplinar cuya organización y actividades han de estar coordinadas por un responsable de la Unidad (con su correspondiente nivel administrativo y complemento retributivo) y con los siguientes profesionales por cada 100.000 habitantes:

- 4 psiquiatras
- 3 psicólogos clínicos
- 2 DUE
- 1 trabajador social
- 2 auxiliares administrativos (uno de mañana y uno de tarde)

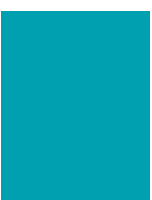
Los estándares profesionales y la organización de los dispositivos deben asegurar tiempos de demora para primeras consultas ordinarias inferiores a los 2 meses, y menores de 1 semana para las primeras preferentes (incluidos los derivados desde las UHB al alta), siempre y cuando las USM estén dotadas con el equipo completo recomendado en éste Plan. En el caso de las revisiones preferentes la asistencia deberá atenderse en el día (siguiendo los criterios indicados en las funciones de las USM). La USM ha de desarrollar su actividad tanto en horario de mañana como en horario de tarde. El 70% del tiempo ha de estar dedicado a labores asistenciales y el 30% restante a actividades de coordinación, docencia, formación e investigación.


Dentro de las posibles formas de control de las listas de espera está la necesidad de formar adecuadamente a los médicos de Atención Primaria, mediante la realización de reuniones mensuales de coordinación e interconsulta. Paralelamente es necesaria la creación de una Cartera de Servicios donde se especifiquen las demandas que serán atendidas desde las USM y aquellas que serán atendidas por los médicos de Atención Primaria.

6.1.2 EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO (TAC)

Cada USM ha de contar con un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. Estará dirigido a atender, de forma domiciliaria, a los pacientes con trastornos mentales graves, especialmente a aquellos con nula o escasa asistencia a los recursos de salud mental. Su objetivo es apoyar a estos enfermos y sus familias en su propio entorno. Se basa en la asistencia de personas con una enfermedad mental grave bajo un modelo comunitario que evita la exclusión social, estimulando con una serie de cuidados y recursos normalizados que, en la medida de lo posible, facilitan su inserción. Dicha asistencia incluye entre otras la atención domiciliaria ó la atención en situación de crisis.

El equipo de tratamiento Asertivo Comunitario ha de estar dirigido principalmente a personas con las siguientes patologías: esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos bipolares y trastornos paranoides.





El objetivo de sus programas será garantizar la continuidad de cuidados, personalizados mediante un plan individualizado para cada paciente y flexibilizar esos cuidados dependiendo de cada enfermo.

Para ello ha de disponer de un equipo de profesionales de carácter multidisciplinar que forme parte de la USM. Del total de profesionales recomendados en una USM por 100.000 habitantes formarán parte del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario los siguientes:

- 1 psiquiatra
 - 1 psicólogo clínico
 - 1 DUE / 30-50 pacientes
 - 1 monitor / 30-50 pacientes
 - 1 trabajador social
- El auxiliar administrativo será el de la USM de referencia.

Su ubicación ha de estar en el entorno comunitario y debe estar en perfecta coordinación con el resto del equipo de la USM. Los gastos de desplazamiento ó de telefonía móvil han de estar financiados por la gerencia correspondiente.

6.1.3 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (UHB), PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

La UHB se define como una Unidad de Hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada (24 horas al día) con personal especializado y con un tiempo de estancia breve (no es aconsejable que sea superior a los 14-21 días). Ha de estar integradas, físicamente y funcionalmente, en un hospital general. Cada hospital general de Área ha de disponer de una UHB y de un servicio de atención a las urgencias psiquiátricas integrado en el Servicio de Urgencias del Hospital. La hospitalización psiquiátrica se realizará exclusivamente siguiendo criterios médicos y respetando las normas establecidas en el Código Civil.

Actualmente todas las áreas de Salud Mental, excepto la de Inca, tienen su UHB de referencia en un hospital general. El Área de Salud Mental de Inca, sin embargo, tiene la UHB ubicada en el Hospital Psiquiátrico de Palma. Con la apertura del nuevo Hospital de Inca, prevista para principios del 2007, la UHB y el Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico serán cerrados y la población del Área de Salud Mental de Inca tendrá ubicada su UHB de referencia en el nuevo hospital. Dicho hospital dispondrá de una UHB con 15 camas, un Hospital de Día con 15 plazas, y un Servicio de Atención a las Urgencias Psiquiátricas dentro del Servicio de Urgencias del hospital. De esta manera, tal y como establece la Ley general de sanidad todas las áreas de Salud Mental tendrán su UHB de referencia en un hospital general.

Las UHB han de estar dotadas con 12-13 camas / 100.000 habitantes. Atenderán a todos los pacientes remitidos desde las USM o atendidos en las Urgencias Hospitalarias y desarrollarán Psiquiatría de Enlace con el resto de servicios. Han de estar, además, especialmente coordinadas con las USM, a donde se derivarán los pacientes dados de alta, y con los hospitales de día, para mantener la continuidad de cuidados.

Una UHB ha de contar con el siguiente personal:

- 1 psiquiatra / 7 camas
- 1 psicólogo clínico / Unidad

- 1 DUE / 6 camas (turnos de mañana y tarde)
- 1 DUE / 12 camas (turno de noche)
- 1 auxiliar de Enfermería / 6 camas
- 1 auxiliar de Enfermería / 12 camas (turno de noche)

Además del personal para la UHB se ha de contar con el siguiente personal para la Psiquiatría de Enlace y apoyo a las Urgencias:

- 1 psiquiatra / 400 camas no psiquiátricas del hospital
- 1 psicólogo clínico / 400 camas no psiquiátricas del hospital

Ha de haber un personal compartido entre la UHB, la Psiquiatría de Enlace y el Hospital de Día vinculado a la unidad:

- 1 supervisor de Enfermería
- 1 trabajador social
- 1 auxiliar administrativo
- 1 celador / turno

6.1.4 HOSPITAL DE DÍA (HD)

El Hospital de Día es un programa ambulatorio de tratamiento intensivo que sirve como alternativa a la hospitalización completa y como complemento al tratamiento ambulatorio de la USM en los casos más graves. Es un dispositivo con finalidad esencialmente terapéutica. Cada Área de Salud Mental ha de contar con, al menos, un Hospital de Día ubicado preferiblemente en el hospital general de referencia del Área donde está la UHB (aunque podría ubicarse también fuera del hospital). Un Hospital de Día ha de estar dotado, como mínimo, de 10 plazas por cada 100.000 habitantes. Se recomienda que disponga de transporte propio para poder facilitar el acceso a los pacientes y que tenga horario de mañana y tarde y, a ser posible, servicio de comedor.

Está destinado a pacientes graves que hayan perdido temporalmente la capacidad de desarrollar vida autónoma, con la consiguiente tendencia hacia una situación de cronicidad definitiva. Los usuarios no tendrán acceso directo a este dispositivo, ya que su indicación ha de corresponder a los profesionales de la UHB o de la USM, tras la correspondiente valoración médica y social de cada paciente. Por ello, los profesionales de los hospitales de día han de estar coordinados con el resto de profesionales de la Red.

Deberá disponer de un equipo específico de profesionales, constituido por los siguientes profesionales:

- 1 psiquiatra / 12 plazas
- 1 psicólogo clínico / HD
- 1 DUE / 12 plazas y turno
- 1 auxiliar Enfermería / 12 plazas y turno
- 1 terapeuta ocupacional / HD
- El trabajador social y el auxiliar administrativo se compartirían con la UHB.



6.2 DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Se recomienda la existencia de un Coordinador General de Salud Mental Infanto-Juvenil designado institucionalmente a propuesta del Coordinador Autonómico, con la función prioritaria de impulsar y desarrollar el intercambio técnico y la coordinación entre todos los dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad autónoma.

Así mismo, debe designarse un responsable de Unidad en cada uno de los dispositivos de salud mental infanto-juvenil por parte de la Administración a propuesta del coordinador general de Salud Mental Infanto-Juvenil. El responsable de Unidad ha de ser un profesional facultativo que forme parte del equipo.

Es recomendable también la creación de una Comisión Interinstitucional de Salud Mental Infanto-Juvenil en donde estén representadas todas las instituciones que tengan competencias sobre esta población con el fin de mejorar el funcionamiento del trabajo en Red de la salud mental infanto-juvenil.

Cada Área de Salud Mental debería contar con su propia Unidad de Salud Mental-Infanto-Juvenil (USM-IJ). Además, debería haber un Hospital de Día Infanto-Juvenil (HD-IJ) y una Unidad Terapéutico-Educativa de Día (UTED) por isla, y una Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHB-IJ) y una Unidad Terapéutico-Educativa de Media Estancia de referencia para toda la comunidad autónoma. En el caso de Menorca e Eivissa-Formentera, la USM-IJ y el HD-IJ podrían estar ubicados en el mismo local.

La comunidad autónoma debería contar también con, al menos, 1 logopeda y 1 psicomotricista compartidos por los diferentes dispositivos de Salud Mental Infanto-Juvenil.

6.2.1 UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (USM-IJ)

Es el dispositivo ambulatorio de referencia para la evaluación y el tratamiento de menores de edad (0 a 17 años) con problemas de salud mental, además de desarrollar actuaciones preventivas y de interrelación con otros recursos sanitarios, sociales y educativos. El acceso a las USM-IJ es fundamentalmente por derivación del Pediatra o médico de Atención Primaria.

Sus prestaciones básicas han de ser:

1. Evaluación, diagnóstico y tratamiento.
2. Seguimiento y control de los pacientes dados de alta del resto de dispositivos de salud mental infanto-juvenil (Unidad de Hospitalización, etc.).
3. Prestación de atención domiciliaria cuando las circunstancias terapéuticas lo requieran.
4. Apoyo y asesoramiento al equipo de Atención Primaria y Pediatría.
5. Atención de las consultas urgentes en el horario de funcionamiento de la USM-IJ (con los mismos criterios que la USM de adultos).
6. Apoyo a las familias y a los centros educativos y de servicios sociales.
7. Docencia e investigación.

Cada Área de Salud Mental debería disponer de una USM-IJ para su población de referencia. El equipo profesional ha de ser de carácter multidisciplinar, y su organización y actividades han de estar coordinadas por un responsable de la Unidad.



El equipo, con formación específica en la infancia y la adolescencia, ha de contar con los siguientes profesionales:

- 1 psiquiatra / 125.000 habitantes
- 2 psicólogos clínico / 125.000 habitantes
- 1 DUE / 125.000 habitantes
- 1 trabajador social / USM-IJ
- 2 auxiliares administrativos / USM-IJ (mañana y tarde)

Además de los despachos para los profesionales, las USM-IJ han de contar con, al menos, una sala de grupo y espacios físicos para formación de MIR de Psiquiatría, PIR y reciclaje de médicos de familia y pediatras.

Se ha de contar también con, al menos, 1 logopeda y 1 psicomotricista compartidos por las diferentes unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.

6.2.2 UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE INFANTO-JUVENIL (UHB-IJ)

La UHB-IJ es el dispositivo hospitalario para tratamiento psiquiátrico de corta duración para los menores de 18 años con un trastorno mental grave que requieran un ingreso. Ha de haber una única UHB-IJ de referencia para toda la comunidad autónoma y se ha de ubicar en un hospital general.

Antes de fin del 2006 está prevista la apertura de una UHB-IJ de referencia para toda la comunidad autónoma con 6 camas y ubicada en el Hospital Universitario Son Dureta, pero sería deseable su pronta ampliación, ya que en las Illes Balears, para la población actual menor de 18 años (unos 250.000 habitantes) se recomiendan, al menos, 12 camas de hospitalización breve infanto-juvenil (1 cama / 20.000 habitantes menores de 18 años).

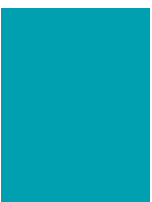
El > 70% de las camas han de ser para adolescentes y < 30% para niños menores de 15 años, ya que se recomienda que los menores de 15 años sean ingresados en los servicios de Pediatría, realizando el ingreso en la UHB-IJ solo en casos excepcionales.

En Menorca e Eivissa-Formentera se han de firmar acuerdos con los servicios de Pediatría de los Hospitales de referencia para que puedan ser ingresados pacientes de hasta 15 años de edad atendidos por los profesionales especializados de salud mental infanto-juvenil.

Es recomendable que el personal de este dispositivo esté especializado en la atención de la salud mental de los niños y jóvenes. Para se he de contar con el siguiente personal:

- 1 psiquiatra / 6 camas
- 1 psicólogo clínico / 6 camas
- 1 DUE / 6 camas y turno
- 1 auxiliar de Enfermería /6 camas y turno
- 1 trabajador social / Unidad (compartido con el Hospital de Día)
- 1 psicomotricista / Unidad (compartido con el Hospital de Día)
- 1 logopeda / Unidad (compartido con el Hospital de Día)
- 1 auxiliar administrativo / Unidad

Cada hospital general ha de contar además con 1 psiquiatra y 1 psicólogo clínico para la realización de las interconsultas solicitadas desde todos los servicios hospitalarios que atienden a niños y adolescentes, incluidas las urgencias.



6.2.3 UNIDAD TERAPÉUTICO-EDUCATIVA DE DÍA (UTED)

Es un dispositivo asistencial específico para el tratamiento ambulatorio intensivo de niños y adolescentes con trastornos mentales graves. Debe disponer de 3 programas de tratamiento diferenciados por edades: de 0-6 años, de 6-12 años y de 12-17 años, y el acceso se ha de determinar desde la propia USM-IJ. Funcionalmente ha de estar coordinado por Sanidad, Educación y Servicios Sociales.

Se recomiendan 10 plazas por cada 250.000 habitantes. En Mallorca se recomienda la apertura de una UTED con 30 plazas. En el caso de Menorca y de Eivissa-Formentera, debido al bajo número de plazas (entre 4 y 5 plazas), la UTED debería estar ubicada con la USM-IJ, compartiendo el equipo de profesionales entre ambas unidades.

Es recomendable que la UTED esté ubicada en una zona de fácil acceso y debería de contar con un transporte propio para poder transportar a aquellos usuarios de difícil acceso.

La dotación de personal ha de tener un carácter multidisciplinar y ha de estar constituido por el siguiente personal:

- 1 psiquiatra / 10 plazas
- 1 psicólogo clínico / 10 plazas
- 1 DUE / 10 plazas
- 1 monitor o auxiliar de Enfermería / 10 plazas
- 1 Terapeuta Ocupacional / UTED
- 1 trabajador social / UTED
- 1 pedagogo terapéutico / 10 plazas
- 1 profesor o educador / 10 plazas
- 1 auxiliar administrativo / UTED
- 1 logopeda compartido con la Unidad Terapéutica Intensiva
- 1 psicomotricista compartido con la Unidad Terapéutica Intensiva

6.2.4 HOSPITAL DE DÍA INFANTO-JUVENIL

Es un dispositivo asistencial, dependiente de sanidad, específico para el tratamiento ambulatorio intensivo de niños y adolescentes con trastornos mentales graves. Debe disponer de 3 programas de tratamiento diferenciados por edades: de 0-6 años, de 6-12 años y de 12-17 años, y el acceso se ha de determinar tanto desde la UHB-IJ como desde la USM-IJ. La ubicación más recomendable sería en el Hospital General donde esté ubicada la UHB Infanto-Juvenil de referencia.

En éste plan se recomienda al menos un Hospital de Día Infanto-Juvenil de 15 –20 plazas (5 plazas/250.000 habitantes) en Mallorca ya que en Menorca y en Eivissa, dado su número de población, al igual que con la UTED se podría plantear que las USM-IJ dispusieran de 1 ó 2 plazas para ello.



El personal recomendado sería:

- 1 psiquiatra
- 1 psicólogo clínico
- 1 DUE / 7 plazas
- 1 auxiliar de Enfermería / 7 plazas
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 trabajador social compartido con la UHB-IJ
- 1 logopeda compartido con la UHB-IJ
- 1 psicomotricista compartido con la UHB-IJ

6.2.5 UNIDAD TERAPÉUTICA INTENSIVA

Es una unidad sanitaria que ofertará tratamientos intensivos en régimen de internamiento completo para niños y adolescentes con un trastorno mental grave y cuyo tratamiento no está indicado ni de forma ambulatoria ni en otro dispositivo hospitalario. Debería haber una unidad de estas características de referencia para toda la Comunidad Autónoma con un máximo de 20 plazas. El personal mínimo recomendado es el siguiente:


- 1 psiquiatra / 10 plazas
- 1 psicólogo clínico / 10 plazas
- 1 DUE / 7 plazas (turno mañana y tarde)
- 1 DUE / Unidad (turno noche)
- 1 auxiliares de Enfermería / 5 plazas (turno mañana y tarde)
- 1 auxiliares de Enfermería / 10 plazas (turno noche)
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 trabajador social
- 1 pedagogo terapéutico
- 1 profesor o educador
- 1 auxiliar administrativo
- 1 logopeda compartido con la UTED
- 1 psicomotricista compartido con la UTED

6.3 DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN

6.3.1 UNIDAD COMUNITARIA DE REHABILITACIÓN (UCR)

Es un dispositivo ambulatorio de atención a la persona con un Trastorno Mental Grave centrado en los principios de la Rehabilitación Psicosocial. En éste se realizarán programas asistenciales de rehabilitación de las capacidades cognitivas y de las habilidades psicosociales, de rehabilitación de habilidades laborales básicas y de psicoeducación. La derivación se hará principalmente desde las USM, pero también puede ser hecha desde las Unidades de Media Estancia y desde los hospitales de día.

Se recomienda una UCR de 30 a 40 plazas por cada 100.000 habitantes, por lo que cada Área de Salud Mental contará, como mínimo, con una UCR de referencia. En el caso de las áreas de Salud Mental de Son Dureta y en la de Son Llätzer, debido a que ambas exceden de 230.000 habitantes, deberían de contar con 2 UCR cada Área. El máximo número de plazas recomendado por UCR es de 40 plazas asistenciales a tiempo completo, pudiendo ser mayor el número de usuarios que asista a tiempo parcial.



Cada persona atendida en una UCR ha de seguir un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).

Se recomienda también que cada Área de Salud Mental cuente con un transporte propio para poder trasladar a pacientes con difícil acceso a la UCR.

Cada UCR (30-40 plazas) contará con el siguiente personal:

- 1 psiquiatra
- 1 psicólogo clínico
- 1 DUE
- 1 monitor de rehabilitación / 7 plazas
- 1 trabajador social
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 auxiliar administrativo

6.3.2 UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA (UME)

Es una unidad destinada al tratamiento, asistencia y rehabilitación, en régimen de hospitalización completa, de las personas con un trastorno mental cuya patología sobrepase el marco de actuación en régimen ambulatorio y el tiempo de estancia recomendable en hospitalización breve. Para garantizar la prestación eficaz y eficiente de servicios en la UME, el tiempo máximo de estancia no deberá superar los dos años de duración.

Cada Área de Salud Mental deberá disponer de una UME de referencia. Se aconsejan 10 plazas por 100.000 habitantes.

El personal recomendado es el siguiente:

- 1 psiquiatra / 12 plazas
- 1 psicólogo clínico / Unidad
- 1 DUE / 6 plazas (turno de mañana y tarde)
- 1 DUE / 12 plazas (turno de noche)
- 1 auxiliar de Enfermería o monitor / 6 plazas (turno de mañana y tarde)
- 1 auxiliar de Enfermería o monitor / 12 plazas (turno de noche)
- 1 trabajador social / Unidad
- 1 terapeuta ocupacional / Unidad
- 1 celador / Turno
- 1 auxiliar administrativo / Unidad

Cada persona atendida en una UME ha de seguir un Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).

6.3.3 UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA DE LARGA ESTANCIA

Es una unidad destinada al tratamiento, asistencia y la rehabilitación en régimen de hospitalización de la persona con una enfermedad mental grave, que por la evolución de la enfermedad, o bien por motivos sociales o familiares, exige hospitalizaciones prolongadas y es necesario aplicar programas específicos, a largo plazo, de rehabilitación y reinserción social.

Está dirigida a pacientes con escasa o nula posibilidad de reintegrarse en un marco asistencial extrahospitalario, teniendo en cuenta la gravedad de su cuadro psicopatológico y/o la ausencia de recursos sociofamiliares.

Los objetivos están basados, prioritariamente, en mejorar la calidad de vida y el nivel de funcionamiento de los residentes en la unidad, mediante un medio terapéutico estructurado, así como conseguir el mayor grado de rehabilitación y reinserción social posible.

Para 2007 se recomiendan 3 camas / 100.000 habitantes en una unidad de referencia para toda la comunidad autónoma y con un máximo de 30 camas. Con el tiempo, y con una dotación adecuada de recursos de rehabilitación y residenciales, ésta unidad debería ir reduciendo progresivamente su número de camas.

de tipo rehabilitador de otro tipo, y de recursos de tipo residencial, este tipo de unidad debería de ir reduciendo progresivamente su número de camas.

En el caso de que un paciente precise ingreso en esta unidad, la derivación se articularía a través de la Comisión Regional de Rehabilitación y Reinserción.

En la actualidad hay 2 unidades de larga estancia de 24 plazas cada una en el Hospital Psiquiátrico. En este Plan Estratégico se propone trasladar a una parte importante de los pacientes a recursos de tipo residencial, dejando tan solo una Unidad Hospitalaria de Rehabilitación con una capacidad máxima de 30 plazas.

El personal recomendado para la unidad de 30 camas es:

- 1 psiquiatra
- 1 psicólogo clínico
- 1 DUE / 15 camas (turnos de mañana y tarde)
- 1 DUE / Unidad (turno de noche)
- 1 auxiliar de Enfermería / 15 camas y turno
- 1 trabajador social
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 fisioterapeuta
- 1 auxiliar administrativo



6.3.4 RECURSOS DE APOYO SOCIAL E INTEGRACIÓN COMUNITARIA: CENTROS DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL

Como complemento y continuidad de los procesos de rehabilitación psicosocial se necesita también ofrecer programas de apoyo social, soporte comunitario y apoyo a la integración social que ayuden a las personas con una enfermedad mental grave a mantenerse en la comunidad en las mejores condiciones posibles de calidad de vida, potenciando su funcionamiento psicosocial y apoyando su integración en la comunidad y que permitan evitar en lo posible, procesos de deterioro, aislamiento o marginación, especialmente de aquellos usuarios con mayores niveles de déficit, deterioros psicosociales o de dificultades de integración comunitaria.

Por ello se plantea la necesidad de que los Servicios Sociales desarrollen recursos que atiendan adecuadamente estas funciones y que trabajen de modo complementario con los Programas de Rehabilitación Psicosocial de los Servicios de Salud Mental del Servicio de Salud, especialmente con las UCR. Estos recursos serán los centros de día de soporte social. Las asociaciones de enfermos y familiares pueden jugar un papel importante en la colaboración con los profesionales de estos centros e incluso en su gestión.

Los centros de día de soporte social son un recurso de apoyo a la rehabilitación comunitaria a la que deben acceder pacientes que no ha sido posible insertar tras el paso por el resto de dispositivos de la red, debido a su grave patología mental o deterioro asociado. Es preciso que este recurso se adapte de un modo flexible a las necesidades de la población que atiende tanto en horarios como en espacio y se intentará facilitar transporte a aquellos usuarios que tengan más difícil acceso. La indicación del recurso para los pacientes debe de hacerse desde los Programas de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental del Área.

En los centros de día se ofrecerá un abanico de actividades de día de apoyo y soporte social (culturales, sociales, deportivas, ocupacionales, de ocio y tiempo libre, etc.) para facilitar la estructuración de la vida cotidiana y ofrecer soporte social. De esta manera se pretende recuperar hábitos perdidos fomentando las relaciones personales y la autoestima a través del estímulo a la expresión y la creatividad.

Cada Área de Salud Mental debería contar con un adecuado sistema de actividades de apoyo y soporte social coordinado los Servicios de Salud Mental del Área. Se plantea como mínimo un 1 centro de día de soporte social / 120.000 habitantes y un ratio de 15 plazas / 100.000 habitantes. Durante el periodo de ejecución de este Plan se recomienda que haya al menos 6 centros de día en Mallorca, así como mantener el existente en Eivissa y los 2 existentes en Menorca.

El personal recomendado es:

- 1 psicólogo / CD
- 1 terapeuta ocupacional / CD
- 1 monitor / 10 plazas
- 1 trabajador social / CD
- Personal voluntario



6.3.5 RECURSOS DE INTEGRACIÓN LABORAL Y APOYO A LA INSERCIÓN EN EL EMPLEO

La formación, ocupación, e integración laboral es un derecho de todos los ciudadanos como componente fundamental de una vida digna, basada en la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de las personas con una enfermedad mental grave presentan una discapacidad en salud mental cuya consecuencia es que actualmente presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo competitivos en las Illes Balears, siendo frecuentes el desempleo y la exclusión del mundo laboral. La repercusión económica, social y clínica que este hecho provoca en este colectivo, tiene como consecuencias principales:

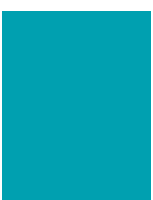
1. Precariedad económica con una gran dependencia de “por vida” hacia terceras personas o instituciones.
2. El presentar un estatus de “desocupado”, riesgo de exclusión social y marginación.
3. El no tener salida al mundo ocupacional y/o formativo-laboral representa además un “cuello de botella” en la Red de salud mental, ya que personas estables clínicamente y que han seguido programas de rehabilitación de larga duración no pueden seguir su proceso natural hacia la inserción formativo-laboral, siendo un factor de riesgo de recaídas clínicas e imposibilidad de altas. En muchas ocasiones surge el fenómeno de “puertas giratorias” de los diferentes servicios de salud mental y de urgencias en general.

Por tanto, es necesario garantizar la continuidad en el proceso de rehabilitación e inserción ocupacional y/o formativo-laboral. Para garantizar este proceso, proponemos que:

1-Las unidades comunitarias de Rehabilitación (UCR) como recurso de rehabilitación, se encarguen de la evaluación inicial y el entrenamiento en habilidades ocupacionales y laborales básicas -potenciando la integración comunitaria para obtener este entrenamiento-, así como de la derivación a la red específica de inserción ocupacional- laboral (SOIB).

2-Los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) como recurso de soporte social, se encarguen de favorecer la rehabilitación laboral, no como centro de trabajo sino como un centro de preparación y apoyo para el desarrollo de itinerarios individualizados de inserción laboral mediante el desarrollo de diferentes programas y actividades:

- Orientación vocacional.
- Capacitación y entrenamiento en hábitos laborales y de ajuste sociolaboral.
- Apoyo a la formación profesional.
- Apoyo a la inserción laboral.
- Apoyo y seguimiento para el ajuste y el mantenimiento del puesto de trabajo.
- Fomento de la colaboración de empresarios, asociaciones e instituciones.
- Derivación a la red específica de inserción ocupacional-laboral (SOIB) y otras actuaciones en materia de promoción de empleo en coordinación con la Conselleria de Trabajo.
- Desarrollo de proyectos de empleo con apoyo.





Se recomienda al menos 1 Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) por Área de Salud Mental con el siguiente personal:

- 1 psicólogo
- 1 trabajador social
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 maestros de taller por cada actividad polivalente de rehabilitación laboral
- 1 preparador laboral / 7 plazas

Además del personal mencionado, los CRL deben reforzar sus plantillas con más preparadores laborales en el caso de que permitan el desarrollo de programas de empleo con apoyo y otras acciones de inserción laboral en el mercado normalizado.

3-Los centros de día como recurso de soporte social, se encarguen de las actividades ocupacionales, sociales y de ocio y tiempo libre, así como de la derivación a la red específica de inserción ocupacional-laboral (SOIB) de acuerdo a los programas de rehabilitación de cada usuario.

4-El SOIB se encargue de garantizar la inserción laboral del colectivo con discapacidad en salud mental, mediante los convenios pertinentes con las administraciones sanitarias y sociales.

5-Se establezcan coordinaciones y convenios interinstitucionales:

a-Red coordinada de derivación: La derivación de los pacientes a estos recursos ha de hacerse a través de los programas de rehabilitación de los Servicios de Salud Mental del Área.

b-Negociar convenios desde la Conselleria de Trabajo con las diferentes administraciones e instituciones (consells, ayuntamientos, asociaciones...) y con la colaboración de los Servicios Sociales para el desarrollo de actuaciones y proyectos de inserción laboral de personas con una enfermedad mental, teniendo en cuenta el contexto de las iniciativas locales de empleo de los principales municipios de las Illes Balears. En estos convenios se tiene que contemplar el apoyo a la contratación y promoción de empleo de las personas con discapacidad por enfermedad mental, ampliando y dando estabilidad a los programas y talleres específicos ya existentes, así como la creación de centros especiales de empleo dependientes del SOIB.

c-Implementar medidas específicas por parte de la Conselleria de Trabajo de sensibilización y apoyo al empleo normalizado (cumplimiento de las proporciones de contratación a personas con minusvalía, medidas fiscales, contratación de suficientes preparadores laborales...), para que las empresas públicas y privadas se vayan implicando más activamente en la contratación de este colectivo de trabajadores con una discapacidad por enfermedad mental.



La estimación de plazas de inserción laboral necesarias para personas con TMG en las Illes Balears se recoge en la siguiente tabla:

	Población	Estimación de plazas de inserción laboral
Manacor	125.185	15-20
Inca	118.604	15-20
Area Son Llatzer	235.404	30-40
Area Son Dureta	269.145	35-45
Eivissa Formentera	117.026	15-20
Menorca	86.072	10-15
Total	951.436	120-160

6.3.6 RECURSOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL COMUNITARIA Y ALOJAMIENTO CON APOYO:

Se han de desarrollar, por medio de los Servicios Sociales, alternativas residenciales a la institucionalización psiquiátrica tradicional para personas con enfermedades mentales graves y crónicas, que porque no cuentan con suficiente apoyo familiar o por su grado de discapacidad psicosocial, tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado. Estos recursos pueden ser de diferentes tipos y han de adaptarse al grado de autonomía de los usuarios.

La indicación del recurso para los pacientes debe de hacerse desde los programas de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental del Área.

Cada Área de Salud Mental ha de contar con sus propios recursos de atención residencial.

Entre los recursos residenciales comunitarios propuestos están:

1. Miniresidencias

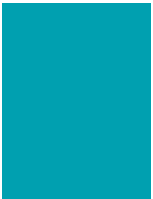
Servicio residencial comunitario abierto y flexible, con una capacidad de entre 15 y 30 plazas, y con apoyo y supervisión continuada (durante las 24 horas).


Se recomienda un ratio de entre 15-30 plazas / 100.000 habitantes.

2. Pisos supervisados y tutelados

Constituyen un recurso residencial comunitario organizado en pisos normales insertos en el entorno social en los que conviven personas con trastorno mental grave. Ofrecen un apoyo flexible, individualizado y continuado.

La supervisión y apoyo que se presta al piso y a cada usuario es variable según las circunstancias, momentos y necesidades existentes, aunque a nivel general implica una supervisión diaria durante el proceso inicial de funcionamiento de





cada piso para asegurar la adaptación de los usuarios. A medida que el piso y los usuarios estén organizados como grupo y las tareas domésticas, la convivencia y el funcionamiento interno estén consolidados, el nivel de supervisión puede ajustarse garantizando el contacto necesario para conocer la evolución y desempeño de los usuarios, al menos 1 ó 2 veces por semana. En todo momento los usuarios han de disponer de la posibilidad de llamar al monitor o monitores de referencia de cada piso. Siempre que sea preciso se debe volver a intensificar la supervisión.

Los pisos han de tener una capacidad de entre 2 y 6 plazas.

Se recomiendan entre 6-10 plazas / 100.000 habitantes.

Cada piso debe contar como mínimo con un monitor ó educador específicamente adscrito a la supervisión y apoyo del mismo. Su horario será flexible. Su dedicación podrá ser exclusiva a un solo piso o apoyar también a otros pisos si las necesidades de supervisión son menores. En todo caso su labor de apoyo ha de ser complementada por el personal del Servicio de Salud Mental de referencia de cada usuario y con el equipo de la UCR del área de referencia, que deberán colaborar en el seguimiento y supervisión de los usuarios de cada piso.

3. Pensiones concertadas supervisadas

Definen la existencia de un determinado número de plazas en diferentes pensiones de huéspedes que sirvan como alternativa para cubrir necesidades de alojamiento y otras necesidades básicas de determinadas personas con trastorno mental grave.

Se trata, en muchos casos, de personas con un estilo de vida muy independiente, pseudomarginal en algunos, a los que ofrecerles la cobertura de sus necesidades básicas y de alojamiento mediante plazas en pensiones, junto con supervisión y seguimiento por parte de los Servicios de Salud Mental y apoyo desde las UCR y desde los Servicios Sociales Generales.

Este recurso no se plantea con personal específico. La supervisión y el apoyo se deberá realizar desde los Servicios de Salud Mental de referencia.

Se recomiendan 1-2 plazas / 100.000 habitantes

La atención psiquiátrica de las personas usuarias de los servicios residenciales se ha de realizar en la Red general de asistencia sanitaria.

A medida que se desarrollen en número suficiente las alternativas residenciales se producirá la progresiva desafección sanitaria de las actuales unidades de Rehabilitación Hospitalaria de Larga Estancia.

En esta Estrategia se propone alcanzar un ratio mínimo de:

15 plazas de minirresidencia / 100.000 habitantes
6 plazas de piso supervisado - tutelado / 100.000 habitantes
1 plaza de pensión supervisada / 100.000 habitantes



El personal recomendado es el siguiente:

- 1 psicólogo / Área
- 1 trabajador social / Área
- 1 terapeuta ocupacional / Área
- 1 monitor - educador / 7 plazas y turno
- auxiliar administrativo compartido con el SIL
- Voluntarios para desarrollar tareas de acompañamiento, apoyo social y dinamización de actividades de ocio y tiempo libre.

6.3.7 ATENCIÓN A LAS FAMILIAS DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

El enfoque comunitario de los dispositivos de salud mental implica la participación activa de la familia en el proceso terapéutico. Esta carga familiar puede reflejarse desde un simple aumento de las tareas que asume la persona sana, hasta restringir sus actividades fuera de la relación, de manera que le produzca cambios vitales objetivos y subjetivos (abandono de proyectos personales, descuido de la propia salud, y en situaciones extremas, la desestructuración del grupo familiar).

Con el objetivo de garantizar la protección de la salud mental de las familias de enfermos mentales, se deberán poner en marcha PROGRAMAS DE ALOJAMIENTOS TEMPORALES:

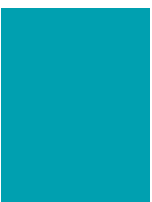
Se trataría de garantizar el alojamiento alternativo temporal de los pacientes en las siguientes situaciones:

- Enfermedad, accidente o sobrecarga temporal del familiar que cumple funciones de cuidador informal.
- Dificultad temporal de convivencia en una reagudización que no justifica hospitalización pero requiere desde un tiempo, un entorno más profesional, no necesariamente sanitario.
- Intervenciones “preventivas” que eviten las situaciones de desestructuración familiar grave.

Aunque la estimación de las plazas necesarias plantea bastantes dificultades, en función de los datos epidemiológicos, se considera la cifra de 15 plazas para la comunidad autónoma como la más realista. Cada una de las tres grandes islas ha de disponer de un dispositivo con plazas de alojamiento temporal (Mallorca: 11 plazas, Eivissa-Formentera: 2 plazas, Menorca: 1-2 plazas). Se han de desarrollar dentro del SARC asistidas por los Servicios Sociales y con el soporte de los Servicios de Salud Mental.

Con unas estancias medias cercanas al mes por paciente, a lo largo del año se estaría dando respuesta, como mínimo, a 200 familias en las Illes Balears.

La indicación del recurso debe de hacerse desde los programas de rehabilitación de los servicios de salud mental de las áreas.





El personal recomendado para una unidad de 15 plazas es el siguiente:

- 1 psicólogo clínico
- 1 trabajador social
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 monitor / 7 plazas y turno

6.3.8 PAPEL DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES, DE FAMILIARES, Y DE GRUPOS DE AYUDA

El movimiento asociativo de familiares de personas con enfermedad mental históricamente ha venido desarrollando una labor de gran importancia para la sociedad. Hoy está asumido que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social “informal”, presentan síntomas psicológicos y físicos de menor intensidad e índices de mortalidad también menores, que las personas con bajo nivel de apoyo social informal.

El conocimiento de la realidad compleja de los pacientes con trastorno mental les posibilita y legitima para actuar como vehículo de transmisión de su problemática a las instituciones implicadas en la asistencia a estos pacientes; al tiempo que contribuyen a la sensibilización de la sociedad acerca de los problemas que sufren (estigmatización, aislamiento). Además, aportando su colaboración activa en el proceso terapéutico, contribuyen significativamente a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

La mayoría de las asociaciones de familiares, se han puesto en marcha en las dos últimas décadas, y surgen como grupos de autoayuda ligados a ámbitos locales. Desde el inicio, estas asociaciones han desarrollado diversas actividades:

a-Defensor-representante de los pacientes, en dos vertientes: en la defensa de los derechos del colectivo de los enfermos mentales, y de la calidad asistencial que presta el servicio sanitario o social.

b-Prestador de servicios: de acogimiento de las familias, de formación e información, de asesoramiento; y para los pacientes, ser el marco de desarrollo de clubes sociales como espacios de integración social a través del ocio. Los programas de apoyo integral a las familias y apoyo domiciliario han sido gestados desde el ámbito de las asociaciones.

c-Como estructura mediadora: Sirviendo de nexo entre los agentes socio-sanitarios responsables del proceso de integración social de las personas con enfermedad mental, y activista, defendiendo los derechos del colectivo, luchando contra actitudes excluyentes, y actuando para que se adopten determinados acuerdos de beneficio del colectivo.

d-Garantizando valores como la tolerancia, solidaridad, protección de derechos, etc.

Con el fin de potenciar el papel de las asociaciones:

-Se promoverá la participación de las asociaciones de familiares y allegados, a través del Consejo Asesor de Salud Mental, en la planificación de la política en materia de salud mental, mediante la formulación de sugerencias y recomendaciones.



-Se desarrollarán las acciones de coordinación necesarias para poder establecer convenios y acuerdos entre las asociaciones y las instituciones y administraciones con competencias en materia de servicios sociales.

-Se impulsará, junto a las asociaciones, un plan de comunicación y sensibilización de la población.

-Se estimulará el voluntariado social comprometido con la ayuda a los enfermos mentales.

-Se incrementarán, a través de la Conselleria correspondiente, las líneas de subvención al movimiento asociativo, para facilitar su consolidación y el desarrollo, en coordinación con los Servicios de Salud Mental, de sus actividades dirigidas a familiares y afectados:

- Grupos de autoayuda.
- Actividades de información, orientación y sensibilización.
- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Gestión de recursos (centros de día de soporte social, centros ocupacionales, etc).

6.4 UNIDADES MONOGRÁFICAS O ESPECIALES

6.4.1 UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (UTCA)

Es una unidad de referencia para toda la comunidad autónoma destinada al tratamiento personas con trastornos de la conducta alimentaria que por su grado de deterioro no pueden ser tratadas en las USM.

En las Illes Balears hay una UTCA de referencia ubicada en el Hospital Son Dureta y dispone de los siguientes servicios:

1. Unidad de Hospitalización Completa:

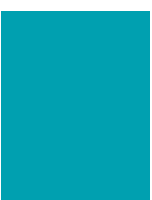
Actualmente hay 8 camas.
Se recomienda 1 cama / 100.000 habitantes (10 camas).


Personal recomendado:

- 1 Psiquiatra / Unidad
- 1 Psicólogo Clínico / Unidad
- 1 DUE / Unidad y turno
- 1 Auxiliar de Enfermería / 5 camas y turno

2. Hospital de Día:

Actualmente hay 12 plazas.
Se recomiendan 2 plazas / 100.000 habitantes (20 plazas)





Personal recomendado:
1 psiquiatra / HD
1 psicólogo clínico / HD
1 DUE / 10 plazas
1 auxiliar de Enfermería / 10 plazas

3. Consultas Externas:

Personal recomendado en las Illes Balears:
1 psiquiatra
1 psicólogo clínico
1 DUE

Personal recomendado para compartir por los diferentes servicios de la UTCA:
1 trabajador social
1 terapeuta ocupacional
1 auxiliar administrativo

Atención de los trastornos de conducta alimentaria en las áreas de Salud Mental de Menorca y de Eivissa-Formentera:

Dado que la UTCA está ubicada en Mallorca, en las Áreas de Salud Mental de Menorca y de Eivissa-Formentera, se recomienda que las consultas externas para las personas con este tipo de trastorno se realicen en la USM y la hospitalización de día se realice en el hospital de día del Área. Para ello, se recomienda la contratación de un profesional facultativo (psiquiatra ó psicólogo clínico) formado en la materia, que sea el referente y se encargue del tratamiento y seguimiento de todos los casos de este tipo de trastorno en el área, tanto en la USM (consultas externas) como en el hospital de día ó en aquellos casos en los que se precise un ingreso en la UHB. Los casos más graves, que precisen un ingreso y un tratamiento más intensivo, serán ingresados en la unidad de referencia de Palma (UTCA).

6.4.2 UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA

Es una unidad de referencia para toda la comunidad autónoma destinada a aquellos pacientes en edades superiores a los 65 años que presentan déficits psicosociales como consecuencia de un trastorno mental grave, que exigen cuidados continuos y que se acompañan de un alto grado de discapacidad.

Es importante de cara a la racionalización y efectividad de los recursos y a la normalización de cuidados, distinguir entre pacientes mayores que requieren cuidados psiquiátricos específicos de aquellos otros susceptibles de cuidados normalizados en otros dispositivos residenciales asistidos de la red social o sociosanitaria. El gran peso de la atención a estos pacientes recae en el personal de Enfermería y auxiliar de Psiquiatría y se debe contar asimismo con dotación adecuada de profesionales de fisioterapia. La unidad ha de estar compuesta por un psiquiatra, un médico especialista en Geriatría, personal de Enfermería, auxiliares de psiquiatría y un fisioterapeuta.

Actualmente, hay una unidad de estas características con 60 plazas ubicada en el Hospital Psiquiátrico de Palma.



Se recomiendan 10 plazas / 100.000 habitantes.

El personal recomendado es:

- 1 psiquiatra / 50 plazas
- 1 médico especialista en Geriatría / 100 plazas
- 1 psicólogo clínico / 100 plazas
- 1 DUE / 25 plazas (turnos de mañana y tarde)
- 1 DUE / 50 plazas (turno de noche)
- 1 auxiliar de Enfermería / 15 plazas y turno
- 1 fisioterapeuta / 50 plazas
- 1 trabajador social / 100 plazas
- 1 auxiliar administrativo / 100 plazas

6.4.3 UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA DE ATENCIÓN ESPECIAL

Se trata de un dispositivo de referencia regional que prestaría asistencia a pacientes con especiales requerimientos de seguridad derivados de su patología. Esta unidad permitiría dar respuesta a las necesidades de atención de los pacientes más graves en los que no es posible habilitar espacios normalizados para el desarrollo de actividades de la vida diaria, y en los que se hacen necesarios, temporalmente, mayores niveles de contención y seguridad. La estancia media ha de oscilar entre los 3 y los 12 meses.

Sus indicaciones pueden ser diversas, incluyendo:

- Pacientes con trastornos mental y alteraciones graves de conducta
- Pacientes psicóticos graves y refractarios al tratamiento
- Determinados pacientes procedentes de órdenes de ingreso judicial
- etc.

En el caso de que un paciente precisara ingreso en esta unidad, la derivación debería articularse a través de la Comisión Regional ó Autonómica de Rehabilitación y Reinserción.

Para la población actual de las Illes Balears, se recomienda una unidad de ámbito Regional ó Autonómico con una capacidad de 20 plazas (2 plazas / 100.000 habitantes) y con el siguiente personal:

- 1 psiquiatra / 7 plazas
- 1 psicólogo clínico / Unidad
- 1 DUE / 5 plazas (turnos de mañana y tarde)
- 1 DUE / 10 plazas (turno de noche)
- 1 auxiliar de Enfermería / 5 plazas (turnos de mañana y tarde)
- 1 auxiliares de Enfermería / 10 plazas (turno de noche)
- 1 trabajador social
- 1 terapeuta ocupacional
- 1 celador / turno
- 1 auxiliar administrativo



6.4.4 UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL

Según las estimaciones de estudios clínicos y epidemiológicos, se puede hipotetizar que en torno al 50% de los pacientes de los centros de drogas presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico adicional (Patología Dual). En el abordaje de este tipo de pacientes deberían desarrollarse protocolos para su tratamiento, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario.

La colaboración entre los recursos asistenciales específicos dependientes de la Red de drogodependencias, y los dispositivos de la Red de salud mental, es el marco idóneo para el manejo de este tipo de trastornos, donde el abordaje terapéutico del trastorno mental y el del abuso/dependencia de sustancias se realice integralmente. La implementación y desarrollo de un protocolo de actuación conjunta entre los dispositivos antes mencionados ha de ser el camino a seguir en este tipo de trastorno.

La magnitud de la demanda hace que la coordinación entre la ambas redes tenga que realizarse de forma programada y que se considere la progresiva creación, a ser posible en un hospital general, de programas de patología dual que incluyan una Unidad Hospitalaria y una Consulta Ambulatoria de Patología Dual: UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL.

De esta forma habría un número considerable de casos (depresiones, trastornos de ansiedad) que podrían ser resueltos de forma satisfactoria en las USM en coordinación con los Centros de Atención al Drogodependiente, mientras que otros necesitarían de un abordaje más especializado, como son los pacientes con trastorno límite de la personalidad, con un trastorno bipolar, con patología psicótica, o con deterioro cognitivo debido a diferentes etiologías. Estos casos son los más complejos, los de peor manejo y los que suelen solicitar menos ayuda, pese a que son los que más la necesitan.

Algunos de los pacientes con diagnóstico dual requieren periodos de ingreso para su estabilización clínica en unidades adecuadas para este tipo de pacientes. Son dos los perfiles de pacientes con diagnóstico dual que requieren intervenciones psiquiátricas en régimen de ingreso:


- Los sujetos con alteraciones importantes de conducta (violencia y tentativas de autolisis).

- Individuos politoxicómanos que presentan descompensaciones psicóticas, bien por su Trastorno de Personalidad ó bien por su patología en el eje I (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastornos bipolares, o psicosis tóxicas).

Los tiempos de ingreso suelen ser más prolongados que los empleados por sujetos con patologías similares pero sin problemas de adicción. Además, en esta unidad se debe poder dispensar metadona o el agonista correspondiente con que esté siendo tratado el sujeto.

Para la población actual de las Illes Balears, se recomienda una unidad de ámbito regional o autonómico con una capacidad de 20 plazas (2 plazas / 100.000 habit.) y con el siguiente personal:

- 1 psiquiatras / 7 plazas
- 1 psicólogo clínico / Unidad
- 1 DUE / 5 plazas (turnos de mañana y tarde)



1 DUE / 10 plazas (turno de noche)
1 auxiliar de Enfermería / 5 plazas (turnos de mañana y tarde)
1 auxiliares de Enfermería / 10 plazas (turno de noche)
1 trabajador social / Unidad
1 terapeuta ocupacional / Unidad
1 celador / Turno
1 auxiliar administrativo / Unidad

6.4.5 OTROS DISPOSITIVOS

-El presente Plan recomienda la necesidad de desarrollar programas para la atención de problemas específicos que actualmente tienen escasa ó nula cobertura a través de los servicios de salud mental de la Comunidad Autónoma:

a-Ludopatías y otras adicciones comportamentales (en coordinación con la red de drogodependencias).

b-Disfunciones sexuales.

-Otro servicio a potenciar es el de la atención en el centro penitenciario. Actualmente la atención a la población reclusa está asignada al Hospital Son Dureta. Esta actividad asistencial extra está generando una mayor demanda tanto a nivel de urgencias como en consultas externas y en el propio módulo de confinados del hospital. Así mismo, supone un aumento importante en la actividad de los profesionales de salud mental que dan cobertura a este sector, ya que les obliga a la realización de un mayor número de informes médicos, desplazamientos a los juicios, etc. Sin embargo, a pesar de lo dicho, actualmente la atención a esta población no está dotada de personal específico lo que hace que los profesionales tengan que realizar un sobreesfuerzo para poder compaginar su actividad en la Unidad de Psiquiatría con la atención a los presos.


Por ello, esta Estrategia recomienda la contratación, por parte del Área de Son Dureta, de los siguientes profesionales con dedicación exclusiva a este tipo de población:

1 Psiquiatra
1 Psicólogo clínico

Para evitar tener que trasladar al Hospital Son Dureta, con toda la complejidad que esto supone, a los usuarios de prisión que precisan una valoración psiquiátrica, se debería valorar la posibilidad de que fuesen los profesionales de salud mental los que se desplazaran a la enfermería del centro penitenciario.

6.4.6 TRANSPORTE DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

El transporte de las personas con una enfermedad mental debe ser realizado en medios especialmente dotados para ello. Eso quiere decir que deben existir vehículos específicos con medios de contención específicos y con personal auxiliar entrenado en la contención de pacientes agitados.



El transporte de las personas con una enfermedad mental en contra de su voluntad se ha de realizar siempre previa expedición de un informe médico en el que se exponga la necesidad de su traslado a un centro hospitalario, donde el psiquiatra de guardia valorará la situación.

Siempre que sea necesario se recabará la ayuda de los agentes de seguridad ciudadana, de otros medios sanitarios, y excepcionalmente del Juzgado de guardia.

6.5 DOTACIÓN RECOMENDADA DE LA RED REGIONAL DE DISPOSITIVOS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Cada **ÁREA DE SALUD MENTAL** ha de contar con al menos los siguientes dispositivos:

- Una USM por 80.000 - 100.000 habitantes.
- Un Equipo de Atención Asertiva Comunitaria por 100.000 habitantes.
- Una USM Infanto-Juvenil.
- Una Unidad de Hospitalización Breve (UHB) (con 12 plazas por 100.000 habitantes + Psiquiatría de Enlace y atención de Urgencias Psiquiátricas).
- Un hospital de día (con 10 plazas por 100.000 habitantes).
- Una Unidad Terapéutico-Educativa de Día (con 10 plazas por 250.000 habitantes).
- Una Unidad Comunitaria de Rehabilitación por 100.000 habitantes (con 35 plazas por 100.000 habitantes).
- Una Unidad de Media Estancia (UME) (con 10 plazas por 100.000 habitantes).
- Un centro de día o club social por 100.000 habitantes (con 15 plazas por 100.000 habitantes).
- Un Centro de Rehabilitación Laboral (con 15 plazas por 100.000 habitantes).
- Un Servicio de Integración Laboral y Apoyo a la Inserción en el Empleo que proporcione, a las personas con enfermedad mental, al menos:

5-10 plazas por 100.000 habitantes de Apoyo al Empleo Normalizado.
10-20 plazas por 100.000 habitantes en centros especiales de empleo.

- Un Servicio de Atención Residencial Comunitaria y Alojamiento con Apoyo que cree:


15 plazas de Minirresidencia por 100.000 habitantes.
6 plazas de Piso Supervisado - Tutelado por 100.000 habitantes.
1 plaza de Pensión Supervisada por 100.000 habitantes.

Cada una de las tres grandes islas ha de contar además con los siguientes dispositivos:

- Un dispositivo asistido por los Servicios Sociales con plazas de Alojamiento Temporal (Mallorca: 11 plazas, Eivissa-Formentera: 2 plazas, Menorca: 1-2 plazas)

La Comunidad Autónoma ha de contar también con los siguientes **DISPOSITIVOS DE REFERENCIA DE ÁMBITO REGIONAL o AUTONÓMICO**:

- Una Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil con 12 plazas.
- Una Unidad Terapéutico Educativa de Media Estancia con 20 plazas para menores de 18 años.

- 
- Una Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA) con 10 plazas de Hospitalización Completa, 20 plazas de Hospitalización de Día, y con Consultas Externas.
 - Una Unidad de Rehabilitación Hospitalaria de Larga Estancia con un máximo de 30 plazas.
 - Una Unidad de Media Estancia de Atención Especial con 20 plazas (2 plazas por 100.000 habitantes).
 - Unidades de Psicogeriatría (con 10 plazas por 100.000 habitantes).
 - Una Unidad de Patología Dual con 20 plazas (2 plazas por 100.000 habitantes).
 - Un dispositivo de atención a la prisión.
 - Recursos para la atención de problemas específicos como las Ludopatías, las Disfunciones sexuales, etc.

LINEA ESTRATÉGICA 7

Realizar y desarrollar un Plan integral de atención comunitaria a las personas con trastorno mental grave

7.1. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

7.1.1 INTRODUCCIÓN

Las personas con trastornos mentales graves (TMG) tienen los mismos derechos que cualquier persona: derecho a mantener una calidad de vida digna. Para ello tienen que tener cubiertas unas necesidades básicas relativas a su salud, educación, manutención, alojamiento y trabajo. La particularidad de las personas con trastorno mental grave es que presentan una serie de dificultades específicas derivadas de su problemática psicopatológica y psicosocial. La mayoría de estas personas presentan una importante discapacidad y limitaciones en su funcionamiento psicosocial que se traduce en una disminución de su autonomía y les provocan una situación de desprotección y mayor riesgo de exclusión social (desempleo, pobreza, falta de vivienda, problemas legales, marginación...). Todo ello supone una fuente continua de preocupación, estrés y sobrecarga para las familias y las personas con las que conviven y se encuentran a su cuidado.

Para dar respuesta a la compleja variedad de problemáticas y necesidades de las personas con trastorno mental grave y a sus cuidadores, se hace imprescindible articular un Plan de atención comunitaria integral que incluya tanto la atención sanitaria como la clara participación de los servicios sociales. Esta red de atención comunitaria integral, debe permitir la cobertura de las necesidades sanitarias y sociales de esta población para evitar la estigmatización y lograr su integración social normalizada en la comunidad. Por tanto, deberá contemplar un abanico de recursos que abarquen desde el punto más estrictamente sanitario-psiquiátrico al puramente social.

Disponer de esta red integral comunitaria que permita la participación e integración de la población con trastornos mentales graves en la sociedad constituye uno de los retos planteados en la reciente Conferencia Ministerial de la OMS para salud mental realizada en Enero de 2005 en Helsinki, como uno de los apartados a destacar dentro del PLAN de ACCIÓN de SALUD MENTAL para Europa.



7.1.2 FILOSOFÍA Y PRINCIPIOS GENERALES DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Los avances en el tratamiento y el abordaje de las personas con trastorno mental grave han sido numerosos en las últimas décadas, comprendiendo tanto el nivel farmacológico, como el psicoterapéutico rehabilitador y el psicosocial, sustituyendo el internamiento a largo plazo por una asistencia en diferentes recursos intermedios inmersos en la comunidad. Sin embargo, estos cambios no siempre han ido paralelos a los cambios de actitud y a las creencias respecto de las personas que padecen este tipo de enfermedades. Este colectivo sigue soportando un estigma social que tiene como consecuencia directa el rechazo y la marginación, más o menos explícita. En sociedades avanzadas como la nuestra, el sistema social basado en la competitividad empuja cada vez más a la exclusión a los sectores de población con discapacidad si no se toman una serie de medidas de integración que contrarresten esta tendencia.

La sensibilización política y la presión de grupos de afectados han favorecido la creación progresiva de recursos comunitarios de atención para personas con discapacidad en salud mental, pero siguen contando con importantes dificultades de integración. Ello se observa, por ejemplo, en lo limitado de las opciones o las barreras para acceder a un puesto en el mercado laboral adecuado a su situación. A pesar de que el trabajo está reconocido como una de las formas de integración y normalización más eficaces, las opciones reales en que se encuentra para trabajar en su comunidad son muy limitadas.

Los principios básicos en el abordaje de la atención a las personas con trastorno mental grave son los de normalización, integración y respeto a la persona con discapacidad en salud mental como sujeto de derechos. Esto incluye el más fundamental: el derecho que tiene a decidir sobre su propia vida. Algo que parece tan obvio, es preciso llevarlo a la práctica mediante una atención coordinada e integral que les proporcione a ellos y a sus familias, una información global sobre las alternativas de tratamientos conocidos y eficaces, los recursos disponibles, las prestaciones sociosanitarias a que tienen derecho y cualquier otra información que les afecte, para que se encuentren orientados y apoyados durante todo el proceso de la enfermedad y sus proyectos de futuro.

Cuando se planifican servicios de atención a personas con discapacidad en salud mental, es muy importante tener en cuenta las opiniones de sus futuros usuarios y familiares, así como cuando se toman decisiones sobre su tratamiento. Consultar a los afectados sobre sus necesidades y sobre lo que opinan de la medicación que toman, de cómo se sienten atendidos, etc, es una actitud básica de respeto que aumenta la capacidad de estas personas para tomar decisiones adecuadas sobre su tratamiento o sobre su vida en general. El objetivo de la intervención global: farmacológica, psicoterapéutica, de rehabilitación psicosocial, etc. es aumentar la autonomía e integración de la persona con discapacidad en salud mental, dirigiéndonos a ella como sujeto activo y con responsabilidad, evitando conductas paternalistas, en las que “alguien” decide con el convencimiento de que “sabe todo lo que le conviene al enfermo.” Otros ejemplos de este tipo de actitud se enmarcan en la terminología que hace referencia a las personas con trastorno mental grave como “enfermos”, ó “enfermos mentales”. Etiquetas como estas, además de mantener los estigmas clásicos y de ser términos ampliamente rechazados por la población que las padece, no dan cuenta de la totalidad como persona ni de la dignidad con la que debe ser tratada. Una persona con una discapacidad en salud mental no es un “enfermo”, es una persona que padece una enfermedad; tampoco es un “psicótico”, “esquizofrénico” o un “bipolar”.



Es el conjunto de las discapacidades y el grado de las mismas derivadas del trastorno que presentan, así como todos los recursos disponibles de la persona, lo que nos va a marcar las pautas de tratamiento integral y a permitir elaborar el Plan individual de rehabilitación. Por ello, también vamos a referirnos a las personas que presentan un trastorno mental grave y persistente como personas con una discapacidad en salud mental.

Las actuaciones en el marco de la Red de salud mental para las persona con trastorno mental grave y discapacidad en salud mental deben seguir las pautas reflejadas en las distintas leyes sanitarias y, en concreto, las establecidas en el capítulo II, artículo 5, de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de la comunidad autónoma de las Illes Balears que, entre otros derechos básicos, dicta que los ciudadanos (todos) tienen derecho:

- 1) Al respeto a la intimidad, y a la personalidad, a la dignidad humana y a ser atendidos sin ningún tipo de discriminación.
- 2) A obtener información sobre los diversos servicios sanitarios a los que se puede acceder (...)
- 3) A realizar reclamaciones por el funcionamiento de los servicios sanitarios y a hacer sugerencias, así como a recibir respuestas (...)

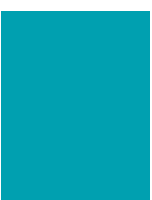
Y en el artículo 11 dice que el paciente tiene derecho a que se le facilite en términos comprensibles información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluidos el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento (...)


El artículo 17 de la misma Ley, cuando habla de los derechos específicos de las personas con una enfermedad mental, se refiere a “la total equiparación de las personas con enfermedad mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales”.

En definitiva, que lo que se define como derechos del ciudadano se convierten en deberes para todos aquellos implicados en la atención a las personas con trastorno mental grave.

La filosofía de funcionamiento de una Red de salud mental en lo que se refiere a las personas con discapacidad en salud mental, debería seguir los principios hasta ahora reseñados, lo cual tiene evidentes consecuencias prácticas para la atención que se presta. En resumen, los principios de actuación serían:

1. Participación activa: El usuario de los dispositivos de atención para personas con una discapacidad en salud mental es el sujeto central de la intervención, con lo que participa activamente en el planteamiento y la toma de decisiones sobre su enfermedad.
2. Corresponsabilidad: Las decisiones de actuación en el ámbito de las personas con trastorno mental grave se basarán en las necesidades planteadas por el usuario y los familiares, en colaboración con el personal asistencial.
3. Igualdad: Las personas con enfermedades mentales graves son consideradas primero y por encima de todo como personas, como ciudadanos con los mismos derechos y aspiraciones que cualquier otro ciudadano. La atención y el apoyo a estas personas debe, por tanto, promover su derecho a acceder a una ciudadanía plena y digna.





4. Normalización: Se debe propiciar el desarrollo de pautas de vida lo más normales que sea posible y dentro del respeto a la diferencia, a través del desempeño de roles sociales apropiados a las características de cada persona y de su entorno social concreto.

5. Integración: Se deben ofrecer oportunidades y facilidades que promuevan la integración de las personas con discapacidad en salud mental en su entorno comunitario, evitando su discriminación y aislamiento, tanto en instituciones alejadas de su comunidad como su marginación dentro de ésta.

6. Individualización: Exige respetar y ajustarse a las características, las necesidades, aspiraciones y los deseos que son únicos en cada persona y promover su implicación y participación activa en el control de sus propias vidas y en la atención que reciban.

7. Autonomía: Supone propiciar y maximizar la autonomía personal de las personas con trastorno mental grave y su independencia, potenciando sus capacidades, recursos personales y sus redes de apoyo familiar y social.

8. Apoyo social: Supone ofrecer la atención social, apoyo y soporte que cada persona necesite durante todo el tiempo que precise, para poder posibilitar que lleve una vida en la comunidad del modo más autónomo e integrado posible.

9. Promoción: Implica una actitud de esperanza, una expectativa positiva sobre la persona con una discapacidad en salud mental, sobre sus posibilidades y potencialidades.

10. Coordinación: Exige una adecuada coordinación, colaboración y complementariedad entre todos los servicios y programas que son necesarios para atender las necesidades de estas personas y procurar su integración social.

El principio fundamental de la salud mental comunitaria es prestar atención allí donde se necesita. Tomando como referencia a G. Caplan diríamos que tal actuación en salud mental comunitaria es el cuerpo de conocimientos que requiere el profesional para participar en programas comunitarios organizados para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales, evitando la institucionalización. Esto exige del profesional su participación e implicación con la sociedad en sentido amplio.

Algunos de los principios teóricos fundamentales de la salud mental comunitaria son:

1) La institucionalización favorece la regresión y la cronicidad por lo que el tratamiento de elección debe mantener al paciente en su medio habitual. Desaparece por tanto el hospital como centro principal del tratamiento.

2) La intervención en fases iniciales del trastorno mejora el pronóstico (prevención secundaria).

3) Se deben implantar medidas de rehabilitación y reinserción social de forma precoz para favorecer la reincorporación de estas personas a su medio (prevención terciaria). Estas medidas están también indicadas en pacientes que han permanecido largo tiempo hospitalizados y tienen como objetivo permitir su retorno a la comunidad, proceso conocido como desinstitucionalización.



4) La detección y modificación de factores considerados de riesgo de enfermedad mental (prevención primaria) también es función de los equipos de salud mental comunitaria.

La organización de la salud mental comunitaria tiene los siguientes principios básicos:

-Responsabilidad sobre una población:

En el modelo comunitario la responsabilidad sobre una población implica la atención a personas que habitualmente no solicitan asistencia (ancianos, grupos marginales) o la abandonan aun cuando presentan graves trastornos. La atención será dirigida a todos los grupos sociales sin exclusiones previas.

-Territorialización de la asistencia:

La delimitación de distintas áreas sanitarias tiene dos objetivos fundamentales. Primero, que la autosuficiencia de los recursos de cada área garantice la cobertura de las demandas de esa población, facilitando la accesibilidad del paciente a los recursos de salud mental. Segundo, que exista una conexión entre los dispositivos del territorio (unidades de hospitalización, hospitales de día, centros de salud mental...) y la población atendida.

-Unificación de redes asistenciales:

La USM deberá estar integrada en una red única, tanto a nivel de atención primaria (centro de salud), en el segundo nivel (unidades de Hospitalización), así como en tercer nivel de atención asistencial (servicios de Rehabilitación), lo que permitirá una planificación correcta y una mayor eficacia en la utilización de los servicios.

-Enfoque multidisciplinar:

La influencia de los factores sociales sobre la enfermedad mental y el enfoque preventivo de la psiquiatría comunitaria, precisa de la incorporación a la salud mental de un equipo multidisciplinar: psiquiatras, psicólogos, profesionales de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, monitores de rehabilitación...

-Continuidad de cuidados:

Implica realizar un plan de tratamiento integral que mantenga unos objetivos concretos de tratamiento en los distintos dispositivos asistenciales que utilice el paciente, evitando la fragmentación asistencial. La continuidad de cuidados puede realizarse haciendo que el mismo terapeuta siga al paciente durante el tratamiento ambulatorio y el hospitalario o mediante la información fluida sobre el paciente entre los distintos profesionales que lo atienden, garantizando una adecuada coordinación entre los dispositivos.

-Participación y responsabilidad de la comunidad en su conjunto en la atención a salud mental:

El objetivo sería que la comunidad colaborase con los dispositivos asistenciales asumiendo cierta responsabilidad sobre las personas con discapacidad en salud mental de su comunidad y proporcionando información sobre las necesidades asistenciales. La comunicación entre la comunidad y los profesionales de salud mental, favorecería un cambio en las actitudes de la población hacia la persona con trastorno mental grave y una mayor sensibilidad de los profesionales hacia los problemas de la población.



7.1.3 CARACTERÍSTICAS Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE:

Constituyen un grupo de población que se caracteriza por presentar un trastorno mental grave y persistente que genera una importante discapacidad y limitaciones en el funcionamiento psicosocial global y en la autonomía e independencia personal, lo que implica una problemática de larga duración. Incluye los diagnósticos psiquiátricos de trastornos psicóticos, algunos trastornos de personalidad y trastornos afectivos graves.

Como hemos mencionado en puntos anteriores, las personas con trastorno mental grave ven notablemente afectada la manera de cubrir, entre otras, sus necesidades de manutención, salud, alojamiento, trabajo, seguridad, relaciones afectivas, sexualidad, apoyo social y familiar. La esperanza de vida es un 20% inferior a la población general.

La red de atención comunitaria integral debe contemplar sus dificultades específicas y considerar entre otros servicios:

1) Atención y tratamiento de la salud mental, asegurando una continuidad de cuidados que incluya una asistencia integral: hospitalaria, comunitaria y de rehabilitación psicosocial.

2) Atención y tratamiento de la salud general. Es una población que tanto por su propia patología como por los posibles efectos secundarios derivados de los tratamientos farmacológicos -y en algunos de éstos incrementado por el consumo de tóxicos-, tienen una mayor incidencia de problemas somáticos y de urgencias generales: trastornos cardiovasculares, trastornos infecciosos (el sida es 8 veces más frecuente que en la población general), trastornos respiratorios, síndrome metabólico, trastornos osteomusculares, trastornos bucodentales...

Mortalidad asociada a las personas con Trastornos Esquizofrénicos

Altos valores de mortalidad:

- 1.6 veces mayor riesgo en todas las causas de mortalidad
- 4.3 veces mayor riesgo por causas no naturales (suicidio, muerte accidental...)
- 1.4 veces de causas por enfermedad (particularmente: enfermedades cardiovasculares, infecciosas, respiratorias y endocrinas)

La esperanza de vida es un 20% inferior a la de la población general.

3) Atención al diagnóstico dual, en coordinación con los recursos específicos. Existe una importante prevalencia de comorbilidad (40-50%) derivada del consumo de tóxicos y/o deficiencia mental con Trastorno Mental Grave. La existencia de comorbilidad en los trastornos mentales graves conlleva una peor respuesta al tratamiento, y por tanto un pronóstico más desfavorable.



4) Atención en situación de crisis. Debe responder a la complejidad de situaciones clínicas, psicosociofamiliares y legales que se pueden presentar (atención domiciliaria, ingresos involuntarios, atención ambulatoria forzosa, implicación de servicios sanitarios, sociales, policiales, judiciales, etc). Se prestará especial atención a la prevención de recaídas.

5) Intervención precoz desde la USM. Debe incluir la identificación (registro de casos), evaluación y elaboración de un programa de intervención precoz a las personas con trastorno mental grave, incluyendo la derivación a recursos de rehabilitación para evitar el deterioro y las situaciones de “puerta giratoria”; y de un programa de seguimiento comunitario.

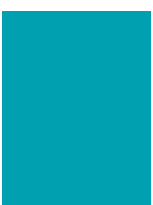
6) Atención en rehabilitación psicosocial. Es imprescindible realizar programas individualizados de rehabilitación (PIR) en los diferentes dispositivos específicos, orientados al mantenimiento de la estabilización clínica, y a la adquisición de habilidades y capacidades, que permitan un aumento de la autonomía y una mejor integración comunitaria.

7) El apoyo a las familias y cuidadores incluye un amplio abanico de atención: desde información de recursos (sanitarios, sociales, asociaciones...), apoyo social, legal, psicoeducación, afrontamiento de la enfermedad, resolución de problemas, soporte emocional, grupos de autoayuda, hasta servicios residenciales de “respiro familiar”.

8) Apoyo a la rehabilitación psicosocial y soporte comunitario. Para que los objetivos de los programas de rehabilitación se mantengan en el tiempo, es indispensable contar con Recursos Sociales a largo plazo que den soporte a las necesidades de apoyo en la red social, de tiempo libre, ocupacionales, etc, dentro de programas de ocio y tiempo libre, centros de día, talleres ocupacionales...

9) Inserción ocupacional y laboral. Todas las personas con trastorno mental grave necesitan la inserción en el mundo educativo-formativo-laboral. Muchas de las personas afectadas con un trastorno mental grave están en el rango de edad entre los 20 y 50 años y han visto truncada su trayectoria educativo-profesional, por lo que retomar este aspecto es el eje fundamental para poder optar a una integración real, como personas con un papel activo en nuestra sociedad. Para ello necesitan programas específicos de inserción laboral dentro del sistema general de los Servicios de Orientación e Inserción Laboral (SOIB).

10) Alojamiento y atención residencial comunitaria. Es otra de las acuciantes necesidades de las personas con trastorno mental grave ya que muchas de ellas no se encuentran en condiciones de vivir de forma independiente y autónoma, por lo que van a necesitar en menor o mayor medida un grado de supervisión diaria a largo plazo. Una de las máximas preocupaciones de los cuidadores (muchos de ellos el padre y/o la madre de edad avanzada) es el asegurar las necesidades básicas cuando ellos no estén. Este es uno de los problemas que han llevado tradicionalmente a la institucionalización en los Hospitales Psiquiátricos de muchas de las personas con trastorno mental grave.



11) Información, protección y defensa de sus derechos. La población con trastorno mental grave presenta un desconocimiento sobre cuáles son sus derechos, tanto como ciudadanos, como en relación a las necesidades derivadas de su enfermedad –una de las situaciones posibles es la intervención del sistema judicial a lo largo de la evolución de la enfermedad: tratamientos e ingresos involuntarios, incapacidad parcial y total, nombramiento de tutores, defensores judiciales– por lo que es preciso proporcionarles un asesoramiento legal.

12) Atención psicosocial especial a las subpoblaciones con trastorno mental grave de mayor riesgo: personas con trastorno mental grave e hijos menores de edad, personas “sin techo” o con conductas marginales, o que cumplen condena (atención a las personas con trastorno mental grave en prisiones, centros de menores), etc.

13) Acceso a recursos económicos dignos. Dada la escasa o nula existencia de recursos laborales que se adapten a las necesidades de esta población, la mayoría no dispone de ingresos propios. O bien sus familiares y allegados se hacen cargo del total de sus necesidades económicas o bien perciben pensiones que, en general, son de escasa cuantía, por lo que su situación económica suele ser precaria e incrementa el riesgo de marginación.

14) Atención integral: Todas estas necesidades deben ser atendidas de forma coordinada por los diferentes dispositivos, servicios y administraciones.

NECESIDADES de UNA ATENCIÓN INTEGRAL PARA las personas con TRASTORNO MENTAL GRAVE: COORDINACIÓN EN RED DE TODOS LOS SERVICIOS

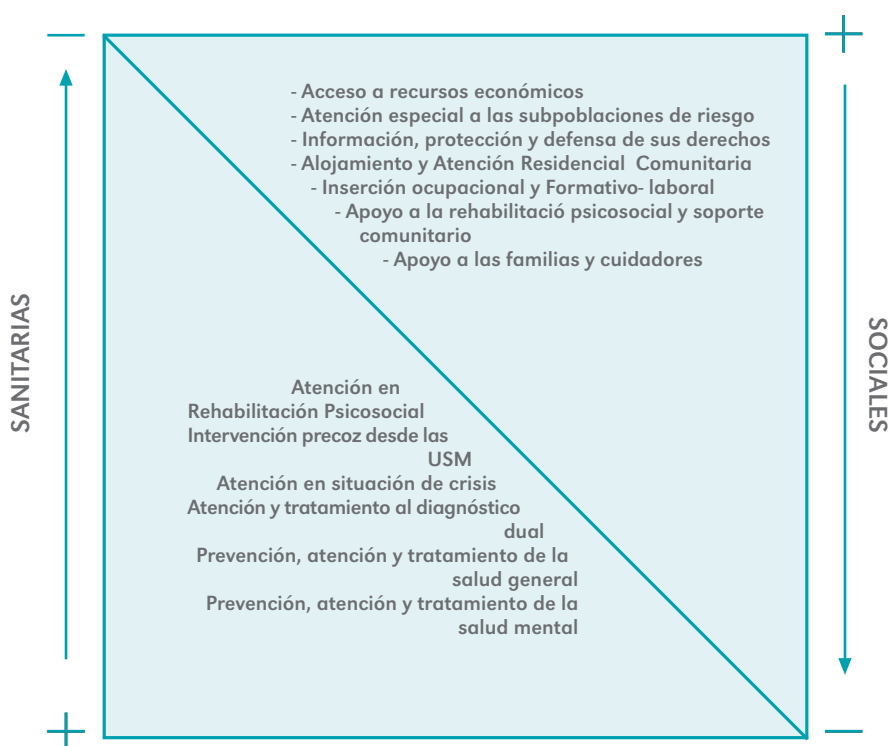


Tabla modificada del Plan de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007 de la Comunidad Autónoma de Madrid



7.1.4 PREVALENCIA Y ESTIMACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LAS ILLES BALEARS

Dada la ausencia de estudios epidemiológicos, registro de casos y censos sobre la población con trastorno mental grave en nuestra comunidad, no disponemos de datos directos sobre prevalencia ni incidencia. Para realizar una estimación del número de personas con trastorno mental grave susceptibles de una atención de recursos específicos tanto sanitarios como sociales, vamos a referirnos a los utilizados en otras comunidades autónomas, que se basan a su vez, en los criterios de consenso del Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH, 1987) que incluye tres dimensiones: diagnóstico de psicosis funcional, más de dos años de duración del tratamiento y disfunción grave en el funcionamiento social durante el último mes. Los datos estimados son: que el 40% de los trastornos psicóticos cumplen criterios de trastorno mental grave, y el 9% de los trastornos no psicóticos atendidos (según criterios de duración y discapacidad), obteniéndose el índice de 2,55/1000 habitantes. Atendiendo al indicador antes mencionado, podemos extrapolar una aproximación indirecta según los datos poblacionales de nuestras islas:

-Población general (PG) = 951.436 habitantes

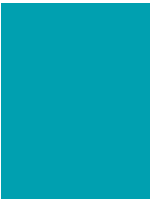
-La estimación de las personas con trastorno mental grave atendidas en los servicios de Salud Mental es el 0,3% de la población general = 2.854 personas con trastorno mental grave atendidas

	Población	Estimación de personas con TMG 0,3 % PG
Manacor	125.185	375,6
Inca	118.604	355,8
Son Llàtzer	235.404	706,2
Son Dureta	269.145	807,4
Eivissa-Formentera	117.026	351,1
Menorca	86.072	258,2
Totales	951.436	2.854

* Población según TSI, Enero 2005

A este hecho, además, hay que añadir que según datos de la OMS entre un 35 y un 50% de casos con trastorno mental grave no están en contacto ni recibiendo atención regular en la Red pública de salud mental, por lo que no están identificados:

SE ESTIMA QUE HAY AL MENOS 5.000 PERSONAS CON TMG EN LAS ILLES BALEARS Y QUE DE ELLAS SOLO 2.854 SON ATENDIDAS EN LA RED DE SALUD MENTAL



7.1.5 LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TMG EN LAS ILLES BALEARS

Describimos la red de atención en Salud Mental sanitaria y social en las diferentes áreas de nuestra Comunidad Autónoma. A continuación se realiza una descripción de los diferentes dispositivos de atención a las personas con Trastorno Mental Grave existentes en nuestra Comunidad Autónoma:

- Unidad de Salud Mental (USM)
- Unidad Hospitalización Breve (UHB)
- Hospital de Día (HD)
- Unidad de Media Estancia (UME)
- Unidad de Larga Estancia (ULE)
- Unidad Comunitaria de Rehabilitación (UCR)
- Centro de Día (CD)
- Servicio de Atención Residencial Comunitaria (SARC)
- Asociaciones de familiares y/o usuarios con trastorno mental grave y persistente(AF): Actualmente realizan diversas actividades y funciones dependiendo de sus recursos y localización geográfica que fundamentalmente están relacionadas con actividades de ocio y tiempo libre, ocupacionales, y de vivienda.
- Servicios Sociales Específicos (SSE): Servicios Sociales con actuaciones específicas en el ámbito de las personas con TMG (Centros de Día, alojamientos y servicios residenciales, ocupacionales, laborales, de ocio y tiempo libre, etc.). Reseñar que en estos momentos existe una importante carencia de recursos sociales específicos para personas con Trastorno Mental Grave en las Illes Balears.
- Programas de inserción laboral (PIL)

MALLORCA

Mallorca se divide en cuatro zonas de población: Área de Inca, Área de Manacor, Área Son Llátzer y Área Son Dureta.

	USM	UHB	UD	UME	ULE	UCR	CD	SARC	AF (6)	SSE	PIL
INCA	X	X (1)				X			X		
MANACOR	X	X		X (2)	X (3)	X	(4)	X (5)	X		X (7)
S.LLATZER	X	X	X			X			X		
S. DURETA	X	X	X			X					

(1) La UHB de Inca. Ubicada actualmente en el Hospital Psiquiátrico de Palma en espera de apertura del nuevo Hospital General de Inca a principios del 2007.

(2) La UME posee plazas para los cuatro sectores de población de Mallorca, en espera de su reubicación en el sector que le corresponda.

(3) La ULE ubicada actualmente en el Hospital Psiquiátrico de Palma, pendiente de reestructuración. Dispone de plazas para la atención a la totalidad de las Islas.

(4) Los CD actualmente son gestionados por algunas Asociaciones de Familiares y no cubren las necesidades actuales.

(5) El SARC posee plazas para los cuatro sectores de población de Mallorca.

(6) Existen varias Asociaciones de Familiares ubicadas en Palma, Manacor e Inca, con actividades de ocio y tiempo libre, ocupacionales- laborales, fundamentalmente.

(7) Los programas de inserción laboral actuales (GESMA, SOIB, Girasol) disponen de pocas plazas y no cubren las necesidades actuales.



MENORCA

El área de Menorca se divide en dos zonas importantes de población: Ciutadella y Maó. La UHB está ubicada en el Hospital Virgen de Monte Toro, en Maó, y la UME-UCR en Ciutadella.

	USM	UHB	UD	UME	ULE	UCR	CD	SARC	AF	SSE	PIL
CIUTADELLA	X					X	X				
MAO	X	X		X (1)	(2)		X	(3)	X (4)		X (5)

- (1) Dispone de plazas para toda el área de Menorca.
- (2) No existe como tal, aunque algunas plazas se ubican en la UME de Menorca y en la ULE de Mallorca.
- (3) No existe un SARC como tal, aunque si un piso asistido de 6 plazas (gestionado por la Asociación de Familiares de Menorca - AFEM).
- (4) Existen asociaciones de familiares y usuarios de ámbito insular, con actividades básicamente de ocio y tiempo libre.
- (5) Existe un PIL de ámbito insular, gestionado por la coordinadora de personas con discapacidad.

EIVISSA

	USM	UHB	UD	UME	ULE	UCR	CD	SARC	AF	SSE	PIL
EIVISSA-FORMENTERA	X	X	X		(1)		X (2)		X (3)		(4)

- (1) No existe como tal, aunque algunas plazas se ubican en la ULE de Mallorca.
- (2) El Consell Insular dispone de un Centro de Día
- (3) Existen dos asociaciones de familiares y usuarios de ámbito insular, con actividades básicamente de ocio - tiempo libre y ocupacionales.
- (4) Acaba de iniciarse un PIL (SOIB-Consell) para personas con trastornos mentales.

7.2 PROGRAMAS BÁSICOS

El Plan de atención integral comunitaria a las personas con trastorno mental grave se desarrollará a través de 4 programas básicos:

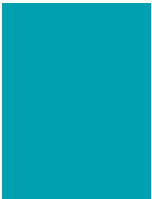
7.2.1 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES Y DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE


A- Prevención y atención de los pacientes no institucionalizados

A1. En las USM:

A1.1 Subprograma de intervención precoz y atención específica en las USM:

- Identificación de los TMG/ Registro de casos.
- Tratamiento integral precoz: farmacológico, psicoterapéutico y rehabilitador (programa individual de rehabilitación) con un seguimiento individualizado (persona referente o gestión de casos).



- 
- Técnicas de intervención psicosocial y soporte a las familias.
 - Atención inmediata en situaciones de crisis.
 - Atención domiciliaria.
 - Información, derivación y coordinación de recursos sociosanitarios.
 - Priorización de la atención a los pacientes dados de alta hospitalaria.
 - Derivación de casos al equipo de tratamiento asertivo comunitario.

A1.2 Subprograma de seguimiento asertivo comunitario (SAC):

Se trata de un tratamiento comunitario eficaz, basado en evidencias onistentes y recogido en las diferentes guías clínicas actuales de los tratamientos para personas con trastorno mental grave.

Cada USM dispondrá de un equipo de tratamiento asertivo que desarrollará un programa diseñado específicamente para atender de forma comunitaria y domiciliaria a los pacientes con trastornos mentales graves (principalmente a personas con las siguientes patologías: trastornos esquizofrénicos, trastornos esquizoafectivos, trastornos bipolares y trastornos paranoides), con nula o escasa asistencia a los recursos de salud mental, y pretende evitar las recaídas y maximizar su funcionamiento social y laboral. Se utilizan planes terapéuticos individualizados para cada persona dependiendo de sus déficits en cuanto a habilidades de afrontamiento, sus recursos económicos y sus necesidades para vivir en sociedad. Dicha asistencia incluye entre otras la atención domiciliaria, la atención en situación de crisis y la coordinación con todo tipo de recursos comunitarios.

Los elementos fundamentales del SAC son:

- Centrarse en los recursos disponibles de la persona para adaptarse a la vida en sociedad (en lugar de en su psicopatología)
- Ofrecer apoyo y asistencia multidisciplinar al entorno social del paciente (familia, red social, otros dispositivos...)
- Utilizar la captación asertiva para que los usuarios no abandonen el programa

Se recomienda un equipo formado por:

- 1 psiquiatra
- 1 psicólogo clínico
- 1 DUE / 30-50 pacientes
- 1 monitor / 30-50 pacientes
- 1 trabajador social
- El auxiliar administrativo de la USM de referencia sería el que realice la parte administrativa.
- Los gastos de desplazamiento ó de telefonía móvil han de estar financiados por la gerencia correspondiente (Atención Primaria).

A2. En los Hospitales de día:

-Atención al paciente y a sus familias mediante las intervenciones clínicas y psicosociales necesarias para permitir la transición, lo antes posible, de la hospitalización a la atención comunitaria.

-Coordinación y derivación a los programas de seguimiento y rehabilitación para las personas con trastorno mental grave.



A3. En las Unidades Comunitarias de Rehabilitación (UCR)

Se realizará un programa de actividades de rehabilitación psicosocial y laboral consensuadas entre las distintas UCR con un control de su efectividad y rendimiento. Se buscará el desarrollo de alternativas laborales realistas y competitivas para personas con trastorno mental grave. Para ello las UCR trabajarán en estrecha relación con los dispositivos de integración laboral buscando la promoción en instituciones públicas y privadas.

B- Prevención y atención de los pacientes institucionalizados:

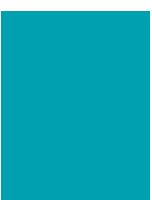
Para la prevención de la institucionalización de los casos nuevos, y la desinstitucionalización progresiva de las personas actualmente residentes en las unidades de larga y media estancia, desde la aprobación de este programa y en el plazo de seis meses, se realizará la actualización de la evolución de la situación personal de cada interno en todas las unidades residenciales definiendo una propuesta específica (Plan individual de rehabilitación) para cada uno de ellos. El Plan individual de rehabilitación se realizará a través de programas de rehabilitación dentro de las unidades de media y larga estancia coordinados, y si es preciso, simultaneados con las unidades comunitarias de rehabilitación, el servicio de Atención Residencial Comunitario y los dispositivos de Inserción Laboral. Para ello se ha de proveer a estas unidades de los recursos necesarios con equipos estables multidisciplinarios con la formación adecuada. Por otra parte, las necesidades residenciales de las personas actualmente atendidas en estas unidades serán asumidas por los servicios sociales. De esta forma se procederá a la desinstitucionalización progresiva de las personas actualmente residentes en estas unidades.


7.2.2 PROGRAMA DE DESARROLLO Y COORDINACIÓN DE LOS RECURSOS Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

En este programa se describe:

- El circuito asistencial y de derivación a los recursos de rehabilitación.
- El Sistema de Coordinación de los servicios de rehabilitación entre sí y con todos los demás dispositivos mediante la figura de nueva creación del coordinador general de Rehabilitación y la creación de las comisiones de Rehabilitación.
- La Guía de recursos con los programas y la cartera de servicios de rehabilitación.

El circuito asistencial (sanitario y social) debe estar claramente definido, si bien el momento actual de nuestra comunidad autónoma, nos habla de una diferencia sustancial entre las diferentes islas en cuanto a su dotación de recursos, tanto en el ámbito sanitario como social en el marco de la atención a las personas con discapacidad en salud mental. Se debe establecer un circuito asistencial, uniforme y coherente, lo que implicaría, primero, disponer en cada isla de los mismos recursos asistenciales, segundo, que dichos recursos tengan una misma denominación, cartera de servicios y programas de intervención y, tercero, asegurar una buena coordinación entre ellos.





Para poderlo implementar, se recomienda la creación de una Comisión Regional ó Autónoma de Rehabilitación y Reinserción, de una Comisión Clínica de Rehabilitación en cada una de las Áreas de Salud Mental, y de la figura de un Coordinador General de Rehabilitación:

I. Coordinador General de Rehabilitación:

Sería designado institucionalmente a propuesta del Coordinador Autónomo de Salud Mental, con la función prioritaria de impulsar y desarrollar el intercambio técnico y la coordinación entre todos los dispositivos de Rehabilitación de la comunidad autónoma.

II. Comisión Regional ó Autónoma de Rehabilitación y Reinserción:

Composición:

- Coordinador general de Rehabilitación (figura a crear).
- Coordinador de Salud Mental de cada Área.
- Coordinador del Área de Servicios Sociales.

Funciones:

- Planificación de los circuitos asistenciales de Rehabilitación y Reinserción.
- Unificar las denominaciones, cartera de servicios y programas de intervención.
- Diagnóstico de situación y análisis de necesidades.
- Arbitrar en el funcionamiento de los recursos.
- Elaboración de programas y definición de objetivos.
- Evaluación del grado de cumplimiento y análisis de la eficacia-eficiencia de los diferentes programas.
- Supervisión y valoración del grado de cumplimiento de los objetivos propuestos.
- Elaboración de propuestas encaminadas a mejorar la calidad de la atención a las personas con discapacidad en salud mental.

III. Comisión Clínica de Rehabilitación de Área:

Se recomienda la creación de una Comisión Clínica de Rehabilitación en cada una de las Áreas de Salud Mental.

Composición:

- Coordinador de Área de Salud Mental
- Responsables de los diferentes dispositivos asistenciales (UCR, USM, CD, etc...)
- Cualquier profesional cuya presencia se considere oportuna

Funciones:

- Valoración y resolución de las solicitudes de rehabilitación cuando haya discrepancia entre los profesionales de los diferentes dispositivos.



- Valoración conjunta e intercambio de información acerca del estado y evolución de las necesidades y de los planes de tratamiento de los diferentes usuarios incluidos en los programas de rehabilitación.
- Valoración y derivación de los casos “conflictivos” y de “difícil ubicación” susceptibles de intervención en rehabilitación.

El eje de referencia son las USM, por tanto será el dispositivo preferente de derivación a otros recursos. Las USM deben llevar a cabo una intervención precoz en todos los casos de personas con trastorno mental grave, mediante su identificación (registro de casos), información de los recursos asistenciales y de rehabilitación disponibles, así como cumplimentar los informes de derivación correspondientes. También han de elaborar un programa de seguimiento en el que se incluirá a todas las personas con trastorno mental grave para asegurar la continuidad de cuidados, prevención de recaídas y atención en crisis.

7.2.3 PROGRAMA DE COORDINACIÓN Y COMPLEMENTARIEDAD CON LOS RECURSOS DEPENDIENTES DE SERVICIOS SOCIALES

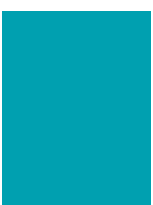
Este programa debe:


- Establecer acuerdos y convenios institucionales específicos donde se recojan las prestaciones psicosociales y residenciales para las personas con TMG/discapacidad en salud mental.
- Desarrollar programas conjuntos y coordinaciones institucionales.
- Revisar los actuales sistemas de prestaciones económicas para que sean más adecuadas a la consecución de los objetivos de rehabilitación (flexibilidad en las incapacidades laborales parciales/temporales, compatibilidad con una mínima actividad laboral, etc.).

La Red de salud mental de las Illes Balears dependiente del Servicio de Salud es la responsable de la atención, rehabilitación y continuidad de cuidados en salud mental de la población con trastorno mental grave. Para atender las necesidades sociales específicas de las personas con discapacidad en salud mental los servicios de salud mental requieren de los recursos y la participación de los servicios sociales para cubrir las necesidades de apoyo e integración social, atención residencial y soporte comunitario.

Como ciudadano de pleno derecho se les debe ofrecer un conjunto de programas y prestaciones básicas gestionadas desde Servicios Sociales posibiliten la integración comunitaria normalizada de esta población. Ambas redes junto a la de salud mental, tienen que asegurar una atención integral a las personas con discapacidad en salud mental sobre la base de una planificación, coordinación y actuación conjuntas. Siguiendo esta línea de planteamiento, los servicios sociales deberían dar respuesta a las siguientes necesidades psicosociales de las personas con trastorno mental grave:

- Apoyo a las familias y a los cuidadores.
- Apoyo a la rehabilitación psicosocial y soporte comunitario.
- Programas de ocio y ocupacionales.
- Alojamiento y atención residencial comunitaria.
- Información, protección y defensa de sus derechos.
- Atención especial a las subpoblaciones de riesgo.
- Acceso a recursos económicos.





Por su parte, la Red de Salud Mental, debe garantizar la continuidad de cuidados a las personas con trastornos mentales atendidas en la Red de servicios sociales, de manera que asegure la atención sanitaria siempre que se necesite, bien sea por una situación de crisis, urgencia clínica, ingreso hospitalario, etc. Además, la coordinación entre ambas redes debe estar reglada, estableciendo un calendario de reuniones conjuntas con los referentes encargados de realizar el seguimiento del Plan individual de rehabilitación establecido.

Las características generales de los posibles beneficiarios de la red de recursos sociales para Personas con Discapacidad en Salud Mental del presente Plan, serán principalmente los siguientes:

- Residir en les Illes Balears.
- Tener una edad comprendida entre 18 y 65 años.
- Tener un diagnóstico de trastorno mental grave.
- Estar siendo atendidos en alguno de los servicios de salud mental de la comunidad de las Illes Balears.
- Presentar un deterioro o discapacidad de funcionamiento psicosocial y dificultades en su integración sociolaboral y comunitaria.
- Los servicios de salud mental deben derivar a las personas con discapacidad en salud mental a los centros y recursos de atención social, responsabilizándose de su atención, tratamiento y rehabilitación, manteniendo la continuidad de cuidados.

7.2.4 PROGRAMA DE COORDINACIÓN CON LOS RECURSOS FORMATIVO – LABORALES Y PROGRAMA DE INSERCIÓN LABORAL:

El objetivos principales son:

1. Garantizar la continuidad en el proceso de rehabilitación e inserción ocupacional y/o formativo-laboral:

Fases a llevar a cabo:

- I. Valoración de cada usuario: registro y evaluación.
- II. Entrenamiento en habilidades ocupacionales y/o laborales.
- III. Orientación ocupacional y/o formativo-laboral.
- IV. Inserción ocupacional y/o formativo-laboral:

- En cursos y talleres disponibles en la red de recursos normalizados ordinarios con la necesaria coordinación y apoyo por parte del sistema educativo.
- En talleres ocupacionales específicos, estableciendo los convenios necesarios con servicios sociales y trabajo.
- En empleo ordinario con apoyo (en la empresa pública y privada), estableciendo los convenios necesarios con el SOIB.
- En centros especiales de empleo, estableciendo los convenios necesarios con el SOIB.

2. Garantizar la máxima estabilidad en la inserción ocupacional y/o formativo-laboral del colectivo con discapacidad en salud mental mediante convenios de larga duración que den continuidad a los programas y recursos humanos de inserción, para obtener el apoyo y supervisión adecuado durante el tiempo necesario.



3. Crear los recursos necesarios:

3.1 Dependientes del Servicio de Salud: Las Unidades Comunitarias de Rehabilitación (UCR) como recurso de rehabilitación, se encargan de la evaluación inicial y el entrenamiento en habilidades ocupacionales y laborales básicas - potenciando la integración comunitaria para obtener este entrenamiento-, así como de la derivación a la red específica de inserción ocupacional- laboral (SOIB)

3.2 Dependientes de servicios sociales.

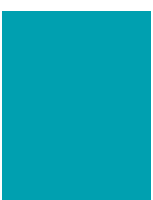
- Los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) como recurso específico que se encarga de favorecer la rehabilitación laboral, no como centro de trabajo sino como un centro de preparación y apoyo para el desarrollo de itinerarios individualizados de inserción laboral, así como de la derivación a la red específica de inserción ocupacional- laboral (SOIB) de acuerdo a los programas de rehabilitación de cada usuario. Para ello los CRL desarrollan diferentes programas y actividades:

- Orientación vocacional.
- Capacitación y entrenamiento en hábitos laborales y de ajuste sociolaboral.
- Apoyo a la formación profesional.
- Apoyo a la inserción laboral.
- Apoyo y seguimiento para el ajuste y mantenimiento del puesto de trabajo.
- Fomento de la colaboración de empresarios, asociaciones e instituciones.
- Otras actuaciones en materia de promoción de empleo en coordinación con la Conselleria de Trabajo.
- Desarrollo de proyectos de Empleo con Apoyo.
- Los Centros de Día (CD) como recurso de soporte social, se encargan de las actividades ocupacionales, sociales y de ocio y tiempo libre, así como de la derivación a la red específica de inserción ocupacional- laboral (SOIB) de acuerdo a los programas de rehabilitación de cada usuario

3.3 Dependientes de la Conselleria de Trabajo: El SOIB se encarga de garantizar la inserción laboral del colectivo con discapacidad en salud mental, mediante los convenios pertinentes con las administraciones sanitarias y sociales

4. Negociar convenios desde la Conselleria de Trabajo con las diferentes administraciones e instituciones (Consells, Ayuntamientos, Asociaciones...) y con la colaboración de los Servicios Sociales para el desarrollo de actuaciones y proyectos de inserción laboral de personas con una enfermedad mental teniendo en cuenta el contexto de las iniciativas locales de empleo de los principales municipios de la Comunidad de las Illes Balears. En estos convenios se tiene que contemplar el apoyo a la contratación y promoción de empleo de las personas con discapacidad por enfermedad mental, ampliando y dando estabilidad a los programas y talleres específicos ya existentes, así como la creación de Centros Especiales de Empleo dependientes del SOIB.

5. Implementar medidas específicas por parte de la Conselleria de Trabajo de sensibilización y apoyo al empleo normalizado (cumplimiento de las proporciones de contratación a personas con minusvalía, medidas fiscales, contratación de suficientes preparadores laborales...), para que las empresas públicas y privadas se vayan implicando más activamente en la contratación de este colectivo de trabajadores con una discapacidad por enfermedad mental.





6. Una red coordinada de derivación: La derivación de los pacientes a estos recursos ha de hacerse a través de los Programas de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental del Área.

LÍNEA ESTRATÉGICA 8

Implantación de un Sistema de Información de Salud Mental unificado para toda la Comunidad Autónoma. Creación de un Observatorio de Salud Mental

1. Es necesaria la implantación de un Sistema de Información de Salud Mental unificado que aporte una adecuada información sobre las características de los usuarios de los dispositivos asistenciales, que facilite el conocimiento de las necesidades de la población atendida, que facilite la investigación epidemiológica (incidencia, prevalencia, etc.), que posibilite la realización de un registro de casos de personas con enfermedad mental, que permita la evaluación de los servicios para favorecer su gestión clínica y que permita garantizar la calidad de las prestaciones en los mismos. El sistema de información en salud mental deberá reunir al menos las siguientes características:

- Estar unificado en toda la Comunidad autónoma, para lo cual deberá consensuarse un conjunto mínimo básico de datos por procesos asistenciales y servicios.

- Aplicarse en todas las áreas de salud mental y en todos los dispositivos asistenciales, registrando información específica al menos de:

- a. Las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios.
- b. Los recursos materiales y humanos de los diferentes dispositivos, así como los tipos de intervención.
- c. La actividades asistencial de los diversos dispositivos de salud mental (ambulatorios, hospitalarios, de rehabilitación, etc.).
- d. Finalización de los procesos asistenciales.

- Mantenerse a lo largo del tiempo, garantizando la confidencialidad de la información registrada.

- Recoger correctamente la información y tras su proceso retornar regularmente a los informadores los indicadores cualitativos y cuantitativos de actividad y, periódicamente, un perfil de los usuarios y los patrones de uso de los servicios.

Para ello se dotará progresivamente a todos los centros y servicios de las herramientas informáticas y de la tecnología precisa (acceso a redes) para posibilitar el intercambio de información y la gestión de recursos.

2. Creación de un Grupo de Trabajo con la función de realizar Estudios Epidemiológicos Poblacionales de Prevalencia así como Bases de Datos Integradas y un Registro de Casos centralizado.

3. Se promoverá, además, la creación de un Observatorio de Salud Mental en el que se vaya recogiendo toda la información en relación con el número de recursos existentes, la actividad desarrollada en los diferentes dispositivos, etc.



LÍNEA ESTRATÉGICA 9

Promover el respeto a los derechos de las personas con enfermedad mental

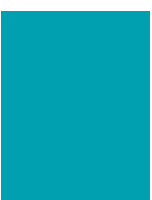
- Apoyar al movimiento asociativo en su labor de información a los usuarios y sus familiares, de participación en el proceso terapéutico, de protección de los derechos de las personas que padecen enfermedades mentales y de asesoramiento a las instituciones en las políticas sanitarias relacionadas con la salud mental.
- Impulsar la creación y desarrollo, en la Comunidad Autónoma, de Fundaciones Tutelares para la protección efectiva de las personas con un Trastorno Mental Grave incapacitadas y facilitar fórmulas financieras que rentabilicen su patrimonio.
- Desarrollar campañas de “desestigmatización” de la enfermedad mental. Realizar intervenciones de sensibilización social sobre las potencialidades de las personas con enfermedad mental, tanto en población general como en el ámbito escolar.
- Desarrollar un programa de prevención de discapacidades dentro del Plan de Asistencia Integral a las personas con Trastorno mental Grave para prevenir la exclusión social, la institucionalización de los casos nuevos, y favorecer la desinstitucionalización progresiva de las personas actualmente residentes en las Unidades de Media y Larga Estancia.
- Desarrollar y favorecer el conocimiento de los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental.
- Favorecer la libre elección de facultativo, circuito asistencial, terapeuta...
- Desarrollar las normativas necesarias conforme a la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

LÍNEA ESTRATÉGICA 10

Garantizar la mejora de la calidad asistencial en salud mental

El eje fundamental de la Estrategia es el proporcionar una atención de calidad al usuario de la red de salud mental y una información, orientación y apoyo satisfactorios a sus familiares y cuidadores. La mejora de la calidad se contempla en calidad de resultados, que intenta conseguir la adecuada asistencia al paciente y la satisfacción del mismo, y en calidad de procesos, que pretende facilitar el desarrollo de los mecanismos preventivos y asistenciales más adecuados puestos a disposición de los profesionales, y la vinculación de la familia y el entorno en el uso de los mismos. Para impulsar la mejora de la calidad se proponen las siguientes estrategias:

1. Apoyar y reconocer las Especialidades Profesionales específicas existentes en Salud Mental: Psicología Clínica, Enfermería especializada en Salud Mental, y Monitor de Rehabilitación Psicosocial con el objetivo de favorecer el desarrollo de la Carrera Profesional de todos los profesionales de Salud Mental tal y como reconoce la LOPS (Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) y la recatalogación de las plazas.





2. Facilitar la accesibilidad a los dispositivos asistenciales y la universalidad de las prestaciones.

3. Difundir, a través de la página web del Servicio de Salud y/o de la Consejería de Salud y Consumo, la Guía de Recursos de Salud Mental de las Illes Balears para hacerla así más accesible a la población. Actualizar anualmente los datos de dicha guía.

4. Homogeneizar el acceso a los servicios y prestaciones sociales (ayudas específicas, alojamiento,...).

5. Estudio y análisis del nivel de satisfacción de los usuarios de los dispositivos de salud mental, de sus familiares y de los profesionales incluyendo componentes cuantitativos y cualitativos.

6. Implantación de programas de control de calidad, por una parte, encuestas de satisfacción de los pacientes, familiares y profesionales, y por otra, evaluación de la calidad, eficiencia y efectividad de los programas aplicados.

7. Elaboración, adaptación y monitorización de la aplicación de guías clínicas y protocolos de actuación especialmente en los ámbitos de patologías más prevalentes, urgencias psiquiátricas y uso de psicofármacos.

8. Establecimiento de catálogos de psicofármacos y difusión de guías terapéuticas asistenciales para los Equipos de Salud Mental.

9. Elaboración de una Memoria de Actividad anual por parte cada uno de los dispositivos de salud mental.

10. Creación de grupos de mejora para el análisis e impulso de líneas de trabajo específicamente dedicadas a la calidad dentro del sistema de asistencia a las personas con enfermedad mental.

11. Desarrollo de mecanismos que faciliten la participación y responsabilidad de los profesionales en las decisiones de la organización, planificación y gestión de los recursos.

12. Promover sistemas de rotación de los profesionales de salud mental por los diferentes dispositivos de la red, al objeto de compartir estrategias y objetivos y reducir paralelamente fenómenos crecientes de "Burn-out".

13. Desarrollo de sistemas de acreditación de los diferentes dispositivos de salud mental.

14. Implantación progresiva en los distintos centros asistenciales de sistemas de mejora continua de la calidad.

15. Elaboración de un Programa de Seguridad Clínica y satisfacción de los usuarios y sus familias: Definir objetivos, Elaborar indicadores de seguridad, Elaborar protocolos, Implantar mejoras de seguridad.

16. Establecer en todos los dispositivos de salud mental los mecanismos de seguridad necesarios.



LÍNEA ESTRATÉGICA 11

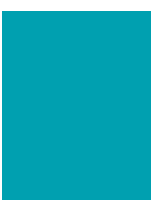
Establecer un convenio marco con las Administraciones de Justicia e Interior que contemple:

1. Atención a los penados.
2. Regular la colaboración de los servicios asistenciales con la justicia en la realización de peritajes e informes, de tal forma que no se interfiera la actividad asistencial.
3. Formular criterios e instrumentos de comunicación entre las Administraciones Sanitaria y Judicial en materia de salud mental. Creación de una Comisión de Coordinación Interinstitucional entre la Administración de Justicia y de Sanidad.
4. Coordinar entre los dispositivos de salud mental y las fiscalías una mayor supervisión y colaboración en los casos.
5. Desarrollo de programas especiales para el tratamiento de pacientes con implicaciones judiciales y/o penales en un dispositivo asistencial de media seguridad.
6. Creación de la figura de un Consultor Legal, con formación específica, en cada una de las Áreas de Salud Mental, el cual realizaría una función de asesoramiento en este tipo de temas.
7. Revisión del “Protocolo de actuación en pacientes con ingreso Involuntario” ya que éste actualmente es confuso en cuanto al canal de derivación y actuación psiquiátrica (ver anexo 2).

LÍNEA ESTRATÉGICA 12

Potenciar la formación e investigación en salud mental

- Creación de un Servicio de Formación y Docencia en Salud Mental, designación de un responsable, y desarrollo de un Programa Docente que garantice por un lado el derecho de todos los profesionales de la red a la Formación Continuada, y por otro lado la formación en materias que realmente sean consonantes con las necesidades de la población.
- Creación de una Comisión Asesora de Docencia de Salud Mental encargada del cumplimiento de los programas de formación especializada de los profesionales en formación (MIR, PIR, Especialización de Enfermería de salud mental).
- Impulsar un Programa de Formación Continuada en salud mental para los profesionales de los equipos de Atención Primaria y de los Servicios Sociales.
- Impulsar un Programa de Formación Continuada en Salud Mental para los profesionales de los Servicios de Urgencias, tanto de Atención Primaria como de atención hospitalaria, para la discriminación y manejo de los problemas psiquiátricos urgentes.





-Realizar Actividades de Formación de Cuidadores, tanto para cuidadores familiares como para profesionales de la red social.

-Realización de Sesiones Clínicas conjuntas interhospitalarias por videoconferencia.

-Facilitar a los equipos de investigación en salud mental la infraestructura y apoyos necesarios para el desarrollo de sus investigaciones, fomentando la participación en programas de investigación nacionales e internacionales y la difusión de los resultados.

-Proporcionar el soporte metodológico y técnico a los trabajos de investigación y organización de cursos destinados a ampliar los conocimientos en metodología de la Investigación.

-Contar con un tiempo y presupuesto específico para la supervisión y/o coaching de los equipos multidisciplinares de los distintos dispositivos, ya que es fundamental cuidar la salud mental de los profesionales mediante la elaboración de las ansiedades, conflictos, situaciones de duelo, etc, con las que nos enfrentamos cotidianamente en nuestra labor asistencial. El objetivo principal es aumentar la calidad asistencial mejorando el funcionamiento del trabajo en equipo.

-Trabajar conjuntamente con la Universidad de les Illes Balears (UIB) en formación e investigación a través del Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS) y más específicamente con los grupos afines a salud mental.



ANEXO 1



Decreto 99/2002, de 19 de julio, de ordenación de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

La Ley General de Sanidad, en el artículo 20, contiene un claro mandamiento a las administraciones sanitarias consistente en la adopción del modelo comunitario para la asistencia a enfermos mentales. El Plan autonómico de salud mental de las Illes Balears, aprobado por el Parlamento el año 1998, de acuerdo con este mandamiento legal, formula las líneas fundamentales para la adaptación de los recursos y los servicios existentes en las Illes Balears a esta nueva configuración.

El modelo comunitario, bajo los principios de territorialidad, multidisciplinariedad, adaptación al entorno, integración de los servicios, continuidad de cuidados y participación de la comunidad, fomenta un abordaje que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la atención a los problemas de salud mental, dentro la comunidad y para la comunidad. Esta visión global implica el desarrollo de tareas de promoción, prevención, asistenciales, rehabilitadoras y de integración social y laboral asegurando la participación de los estamentos implicados y una estrecha coordinación entre los servicios sanitarios y los sociales entre otros.

Este decreto supone un hito para la implantación efectiva del modelo descrito, respetando las competencias de las diversas administraciones que intervienen en salud mental, facilitando la colaboración hacia una futura integración de los recursos relacionados con la salud mental, independientemente de cual sea la titularidad.

El desarrollo planificado de las actuaciones para la transformación de la atención a los enfermos mentales se hace de acuerdo con la configuración sanitaria general existente, establecida por el Decreto 34/1987, de 21 de mayo, de ordenación sanitaria de las Illes Balears y sus modificaciones (Decreto 122/1987, de 30 de diciembre; Decreto 76/1988, de 20 de octubre, y Decreto 31/2001, de 23 de febrero).

Por eso, a propuesta de la Consejera de Salud y Consumo, de acuerdo con el Consejo Consultivo y con la deliberación previa del Consejo de Gobierno en la sesión de día 19 de julio de 2002


**DECRETO
CAPÍTULO I.
OBJETO Y DIRECTRICES GENERALES**

Artículo 1. Objeto

El presente Decreto tiene por objeto establecer, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, las directrices generales de actuación en salud mental fijando el modelo de atención y regulando los diferentes recursos dirigidos a la promoción y protección de la salud mental, a la prevención de las enfermedades mentales, y a la asistencia, la rehabilitación y la integración sociolaboral de las personas con problemas de salud mental.

Artículo 2. Directrices generales.

1. La atención a la salud mental de la población de las Illes Balears se hará de manera integrada en el conjunto del sistema sanitario y se organizara para llegar a toda la población con garantías de equidad y accesibilidad.



2. Los programas de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación así como los de formación, docencia e investigación constituirán un todo homogéneo bajo el principio de continuidad de cuidados y según los criterios del Plan de salud de la Comunidad y del Plan autonómico de salud mental, en coordinación con las actuaciones previstas en el Plan sociosanitario y en el de drogas, principalmente.

3. La atención a la salud mental se hará con orientación comunitaria, se potenciarán los recursos cercanos a la población y se asegurará la participación de la colectividad, de la familia y del entorno de las personas con enfermedades mentales. Con esta finalidad se mantendrá la necesaria coordinación con la red de los servicios sociales, los educativos y los judiciales, principalmente.

4. Los diferentes dispositivos deberán de estar debidamente acreditados y las actuaciones y los programas de salud mental serán convenientemente evaluados para adecuarlos a las necesidades reales y mejorar las intervenciones.

5. Los equipos de atención en su composición contarán, entre otros, con profesionales de la psiquiatría, de la psicología, de la enfermería y de trabajo social y ofrecerán las técnicas y abordajes de carácter biológico, psicológico o social que sea necesario para afrontar los problemas de salud mental.

CAPÍTULO II. RECURSOS Y PROGRAMAS ASISTENCIALES

Artículo 3. Recursos de salud mental

Para una atención integral a los problemas de salud mental en las Illes Balears se contará, además de la Atención Primaria sanitaria que es el primer nivel de asistencia, con los recursos que se mencionan a continuación y que se han de desplegar en el territorio tal como se detalla en el artículo 16.


1. Unidad de salud mental
2. Unidad de salud mental infantojuvenil
3. Unidad de hospitalización
4. Hospital de día
5. Unidad comunitaria de rehabilitación
6. Unidad de media estancia
7. Unidad de atención residencial comunitaria
8. Centro de integración laboral
9. Centro social
10. Hospital Psiquiátrico
11. Dispositivos de atención a los trastornos de la conducta alimentaria
12. Dispositivos de atención psicogeriatrica

Artículo 4. Unidad de Salud Mental

Es una unidad interdisciplinar especializada en salud mental y atención psiquiátrica, que trabaja en equipo, y mantiene una atención integrada con atención primaria y los servicios sociales del área. Es el eje sobre el cual se estructura el modelo comunitario de atención a la salud mental.

Funciones principales:

- Intervención en la comunidad asegurando la participación efectiva de ésta con sus recursos.
- Promoción de la salud mental, así como apoyo y asesoramiento de los equipos de atención primaria en todo lo que se refiere a salud mental.
- Atención de los pacientes derivados por los equipos de atención primaria de acuerdo con los criterios previamente establecidos.
- Atención y seguimiento de los pacientes dados de alta en la unidad de hospitalización breve y de los otros dispositivos de referencia para el sector.
- Atención de las urgencias de su sector de población.

- 
- Coordinación con el resto de dispositivos asistenciales de salud mental de su área o sector.
 - Coordinación con las instancias sociales, judiciales y educativas, principalmente.

Artículo 5. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil

Es una unidad específica multidisciplinar de salud mental para atender a los menores de 18 años cuando, por el grado de complejidad o la programación que se establece, no les corresponda ser atendidos en la unidad de salud mental general.

Funciones principales:

- Las mismas funciones en cuanto a promoción de la salud mental, así como de asesoramiento y formación de los equipos de Atención Primaria, descritas para las unidades de salud mental de adultos, en el sector de población correspondiente.
- Atención de los pacientes derivados por Atención primaria o por las unidades de salud mental general de acuerdo con los criterios establecidos previamente.
- Atención y seguimiento de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización de referencia para su sector.
- Atención de urgencias de su sector de población.
- Coordinación con el resto de dispositivos asistenciales de su área o sector.
- Coordinación con las instituciones judiciales, con centros educativos y con los servicios sociales, especialmente con los programas de ayuda a la familia y al menor.

Artículo 6. Unidad de hospitalización

Es una unidad integrada en los hospitales generales, para tratamientos y cuidados, en régimen de atención continuada de 24 horas, con dotación de personal especializado, destinada al restablecimiento clínico y la restauración de los vínculos sociofamiliares, en el plazo más breve posible, de pacientes con cuadros clínicos agudos que no pueden recibir el tratamiento adecuado en otros recursos del sistema sanitario. Se han de diferenciar unidades de hospitalización para adultos e infantojuveniles.

Funciones principales:


- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes hospitalizados.
- Atención de las demandas de interconsulta generadas por el resto de servicios hospitalarios.
- Atención de urgencias que no hayan podido ser atendidas en otras instancias.
- Coordinación con los otros dispositivos de salud mental del sector de referencia, especialmente con las unidades de salud mental.

Artículo 7. Hospital de día

Es una unidad hospitalaria que desarrolla programas terapéuticos intensivos y multidisciplinarios en régimen de hospitalización a tiempo parcial con la finalidad de evitar hospitalizaciones convencionales y la separación de la persona de su entorno sociofamiliar. Dependerá de las unidades de hospitalización breve y se han de diferenciar hospitales de día para adultos e infantojuveniles.

Funciones principales:

- Proporcionar atención y tratamientos intensivos, similares a los indicados en las unidades de hospitalización.

- 
- Evitar hospitalizaciones convencionales y reducir la duración.
 - De tramitación y continuidad terapéutica entre la hospitalización total y la integración familiar y social.
 - Facilitar los aspectos diagnósticos dadas las posibilidades de observación y exploración que proporciona.

Artículo 8. Unidad de media estancia

Es una unidad no hospitalaria de carácter asistencial para la atención terapéutica y rehabilitadora de enfermos mentales que necesitan, de acuerdo con los criterios clínicos, de esta estructura. La estancia precisará de autorización para prolongarse más de un año y no será nunca indefinida.

Funciones principales:

- Rehabilitación intensiva de enfermos mentales graves.
- Reintegración social de pacientes graves que no pueden ser atendidos en el medio familiar o en otros dispositivos comunitarios.

Artículo 9. Unidad comunitaria de rehabilitación

Es un dispositivo comunitario dirigido a la rehabilitación psicosocial de las personas con trastornos mentales graves que dificultan su integración social. Ofrece programas de rehabilitación activa para la integración y el mantenimiento en la comunidad de los enfermos, con el apoyo familiar y/o social. De esta unidad dependerán los recursos descritos en los artículos 10, 11 y 12 que se han de desarrollar conjuntamente con los servicios sociales, educativos y laborales, principalmente.

Funciones principales:

- Desarrollar programas de rehabilitación y reinserción para conseguir la máxima integración social de los enfermos mentales.
- Mantener y recuperar la autonomía personal.
- Desarrollar programas de apoyo familiar.
- Dar apoyo a los programas y los dispositivos ocupacionales, de integración laboral, de alojamiento comunitario y de ocio y tiempo libre

Artículo 10. Unidad de atención residencial comunitaria

Son viviendas o residencias para enfermos mentales con carencia o sin apoyo familiar, destinadas a interponerlos socialmente con el apoyo y supervisión profesional que cada grupo necesite.

Artículo 11. Centro de integración laboral

Es un centro dirigido a desarrollar programas para los pacientes con perspectivas de reinserción laboral. Su orientación es la de favorecer la adquisición de hábitos de trabajo y de interacción social propios del mundo laboral. Se han de distinguir diversos niveles, que van desde el taller ocupacional hasta la ocupación normalizada, incluyendo los centros especiales de trabajo y el trabajo con apoyo.

Artículo 12. Centro social

Es un centro orientado a mantener la integración social de las personas con trastornos mentales graves desarrollando habilidades y actividades ocupacionales de ocio. Puede constituirse como una unidad ligada a las asociaciones de usuarios o como un programa ligado a las Unidades comunitarias de rehabilitación.

Artículo 13. Área de Salud Mental

Es un recurso integrado por diferentes unidades de hospitalización de corta y larga estancia para enfermos mentales.

Sus funciones básicas son:

- Atención integral de enfermos internos.
- Desarrollo de programas de hospitalización breve.
- Coordinación con el resto de la red y con los servicios sociales entre otros, para la reinserción social y la normalización asistencial de todos los pacientes atendidos en sus unidades de larga estancia.
- Contribución con sus recursos al desarrollo de la red de salud mental y a la asistencia sociosanitaria.

Artículo 14. Dispositivos de atención a los trastornos de la conducta alimentaria

Son recursos específicos de ámbito supraterritorial que abordan, con Atención Primaria y multidisciplinariamente, la prevención, los tratamientos ambulatorios, la hospitalización y la rehabilitación de este tipo de alteración, y que se han de integrar progresivamente dentro las unidades de salud mental, generales e infantojuveniles.

Artículo 15. Dispositivos de atención psicogerítrica

Son recursos destinados a la atención permanente de las personas mayores con problemas graves de salud mental.

CAPÍTULO III. ORDENACIÓN TERRITORIAL

Artículo 16. Ordenación Territorial

1. Según la ordenación sanitaria de las Illes Balears se distinguen y delimitan áreas, sectores y zonas básicas.

De acuerdo con esta distribución territorial, la atención a la salud mental se organizará en tres áreas: Mallorca, Menorca y Eivissa-Formentera. Cada una de las áreas dispondrá de todos los recursos de salud mental recogidos en el artículo 3, excepto los señalados en los puntos 10, 11 y 12 del mismo, los cuales se distribuirán según las necesidades asistenciales y su evolución. El área de Mallorca, dada su población y extensión geográfica, se podrá subdividir, agrupando sectores, para facilitar su organización en consonancia con la estructuración sanitaria general.

2. Área de salud de Mallorca

Comprende los seis sectores recogidos en el Decreto de ordenación sanitaria de las Illes Balears, el 1 y el 2 se conforman según establece el decreto y el resto se diferencian aquí, por organizar la atención a la salud mental mientras no se determine la ordenación sanitaria.

- Sector 1; (comarca de Manacor): Zonas básicas de salud: Manacor, Vilafranca (Ses Roques Llises), Felanitx, Campos (Xaloc), Santanyí, Son Servera (Llevant), Artà (Nuredduna) i Capdepera.



- Sector 2; (comarca de Inca): Zonas básicas de salud: Inca, Alcúdia, Pollença, Binissalem (Raiguer), Sineu, Sa Pobla (Torrent de Sant Miquel) y Muro (Marines).
- Sector 3; Zonas básicas de salud: Escuela Graduada, Rafal Nou, Son Gotleu, Pere Garau, Santa Maria del Camí (Del Camí) y Maratxí (Muntanya).
- Sector 4; Zonas básicas de salud: Polígono de Llevant, Coll d'en Rabassa, Son Ferriol, Platja de Palma, Lluçmajor (Migjorn), S'Arenal-Marina de Lluçmajor (Trencadors) y Sóller (Serra Nord).
- Sector 5; Zonas básicas de salud: Son Pisà, Santa Catalina, Valldargent, Casa del Mar, Calvià Sant Agustí-Cas Català (Na Burguesa) y Andratx (Ponent).
- Sector 6; Zonas básicas de salud: Arquitecte Bennàsar, Camp Redó, Son Cladera, Son Serra-La Vileta, S'Escorxador, Esporles (Tramuntana).

3.- Cada sector dispondrá de una unidad de salud mental y una unidad comunitaria de rehabilitación. Las hospitalizaciones se harán en los hospitales de referencia: sector 1 en Manacor, sector 2 en Inca, sectores 3 y 4 en Son Llätzer y sectores 5 y 6 en Son Dureta. Mientras alguno de los sectores no disponga de alguno de estos dispositivos se articulará la provisión mediante los de los otros sectores. Dispondrán, de manera conjunta y coordinada, del resto de recursos recogidos en el artículo 3, excepto los señalados en los puntos 10, 11 y 12 del mismo.

4.- Área de Menorca: Dispondrán de todos los recursos de salud mental recogidos en el artículo 3, excepto los señalados en los puntos 10, 11 y 12 del mismo. La integran las zonas básicas de salud de Maó, Alaior, Ciutadella, Ferreries y Es Castell.

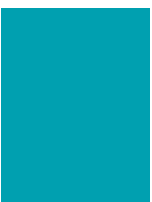
5.- Área de Eivissa y Formentera: Dispondrán de todos los recursos de salud mental recogidos en el artículo 3, excepto los señalados en los puntos 10, 11 y 12 del mismo. La integran las zonas básicas de salud: Es Viver, Can Misses, Vila, Sant Antoni, Santa Eulàlia y Formentera. La unidad de salud mental y la unidad comunitaria de rehabilitación del área desarrollarán parte de sus programas en la zona básica de salud de Formentera.


CAPÍTULO IV. ORDENACIÓN FUNCIONAL

Artículo 17. Estructura y funcionamiento

La organización y la gestión de la atención a la salud mental, se desarrollará bajo la dependencia orgánica de los diferentes dispositivos de provisión. Para garantizar la coordinación, bajo la superior dirección del Servicio Balear de la Salud, se configuran las siguientes estructuras:

1. Coordinador autonómico. Es designado por el director gerente del Servicio Balear de la Salud y se integra en su estructura directiva. Es el responsable de la ordenación general de la atención y de la coordinación entre las áreas.
2. Coordinador de área. Es designado por el director gerente del Servicio Balear de la Salud entre los profesionales de la salud mental, a propuesta del coordinador autonómico. Coordina los recursos de salud mental del área correspondiente.





3. Coordinador de sector. Designado por el coordinador del área correspondiente, entre los profesionales del sector de salud mental. Coordina el funcionamiento de los recursos adscritos al sector.

4. Responsable de unidad. Todas las unidades descritas contarán con un responsable del funcionamiento del dispositivo. Será designado por el coordinador de área a propuesta del coordinador de sector, entre los profesionales de la respectiva unidad de salud mental.

Artículo 18. Participación y asesoramiento

Para facilitar el desarrollo de la atención a la salud mental, teniendo en cuenta las indicaciones del Plan de salud mental de las Illes Balears, el Servicio Balear de la Salud contará con el asesoramiento y la participación de los siguientes órganos:

1. La Comisión Institucional de Salud Mental de las Illes Balears prevista en el Plan autonómico de salud mental, para marcar las pautas generales del desarrollo de la planificación elaborada por la Consejería de Salud y Consumo y el Servicio Balear de la Salud en materia de salud mental. Esta comisión informará de los nombramientos de los diferentes coordinadores.

2. El Comité Técnico de Salud Mental previsto en el Plan autonómico de salud mental para asesorar y recomendar las actuaciones de índole técnica necesarias para desarrollar el mencionado Plan.

3. El Fórum de Salud Mental descrito en el Decreto 37/2001, de 3 de marzo, que integra y facilita la participación en este proceso de las entidades y las asociaciones relacionadas con la salud mental.

Disposición transitoria

Las funciones descritas en el artículo 13, que desarrolla el Hospital Psiquiátrico son de carácter transitorio, mientras se desarrollan los dispositivos alternativos.

Disposición final primera

Se faculta a la Consejera de Salud y Consumo para dictar las disposiciones necesarias de aplicación y desarrollo de este Decreto.

Disposición final segunda

Este Decreto entrará en vigor al día siguiente a su publicación en el Boletín Oficial de las Illes Balears.



ANEXO 2



PROTOCOLO DE ACTUACIONES PARA LA ASISTENCIA SANITARIA INVOLUNTARIA DE LOS ENFERMOS MENTALES EN LAS ILLES BALEARS (Revisión de abril 2001)

1. INTRODUCCIÓN

El tratamiento e ingreso, como una parte de éste, involuntario de los enfermos mentales pertenece a la administración sanitaria, que deberá tomar medidas necesarias para esta finalidad. Así mismo, está obligada a comunicar al Juzgado de Primera Instancia, los ingresos voluntarios antes de 24 horas de haberse hecho el ingreso.

2. TRATAMIENTO INVOLUNTARIO URGENTE

En caso de enfermos mentales, en tratamiento psiquiátrico o no, que necesitan asistencia urgente y que no quieren acudir a las consultas o a los servicios de urgencias, es competencia de los médicos correspondientes asistirlos, ya sea en su domicilio o de manera ambulatoria, a petición de los interesados o de sus familiares. Si se valora la necesidad de ingreso, el equipo médico gestionará su traslado al servicio de urgencias psiquiátricas correspondiente.

Cuando el enfermo se encuentra en su domicilio y no acepta ser reconocido o trasladado para su tratamiento y se da la situación de urgencia médica, el personal sanitario podrá solicitar la colaboración de las fuerzas y cuerpos de seguridad. Éstas podrán franquear la entrada y lo comunicarán al Juzgado de Guardia. Cuando no se pueda valorar la urgencia médica se pedirá la autorización judicial de entrada en el domicilio, si las personas que se encuentren dentro no permiten la entrada al personal sanitario o policial.

Cuando el enfermo esté en un centro de salud mental será el psiquiatra el que determinará el traslado, si la situación del paciente lo requiere, a los servicios de urgencias psiquiátricas con la recomendación de ingreso. Este mismo requerirá la ayuda de las fuerzas de seguridad si es conveniente. Cuando el enfermo esté en un centro de Atención Primaria el médico correspondiente actuará de la misma manera.

Si los equipos asistenciales indican la necesidad de traslado, éste conviene que se haga inicialmente con la compañía de la familia o allegados y si se necesita transporte con ambulancia, se hará por la vía ordinaria del sistema sanitario.

En todo caso, el correspondiente servicio de urgencias psiquiátricas receptoras del caso será el que determinará el ingreso y sus condiciones, una vez conocida la obligación de comunicarlo al Juzgado de Primera Instancia, en caso de ingreso involuntario.



3. TRATAMIENTO INVOLUNTARIO NO URGENTE

En el caso de los enfermos mentales en que se aprecia la necesidad de tratamiento y que no lo acepten, sin existir la urgencia de hacerlo, es competencia del órgano judicial de Primera Instancia correspondiente al domicilio del enfermo efectuar los trámites pertinentes para dictar acta que autorice o no el internamiento.

La valoración de la necesidad de tratamiento urgente o no urgente es competencia de los servicios médicos que han sido requeridos. El equipo de Salud Mental que atiende habitualmente el caso ayudará a tomar decisiones y si es necesario, tramitará el informe al Juzgado de Primera Instancia correspondiente.

En caso de que se autorice el ingreso y que haya dificultades para hacerlo se actuará según lo previsto en el punto 2 del Protocolo, por lo que hace referencia al traslado.

4. EVOLUCIÓN DE LOS INTERNOS INVOLUNTARIOS

El Juzgado de Primera Instancia competente solicitará la información a la Unidad de hospitalización sobre la necesidad de seguir con el internamiento, tanto en los casos ingresados con carácter de urgencia, como los ingresados con autorización judicial previa, cuando lo estime pertinente y, en todo caso, cada seis meses, se acordará la procedencia para continuar o no el internamiento

5. RECALIFICACIÓN DE LOS INGRESOS

En caso de tener que recalificar a involuntario el ingreso hospitalario que previamente se había hecho de manera voluntaria, para asegurar la necesaria continuidad del tratamiento, se actuará según lo previsto en los ingresos involuntarios urgentes.

6. TRATAMIENTOS INVOLUNTARIOS DE MENORES Y DE DISCAPACITADOS

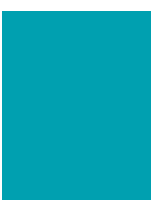
Para el ingreso psiquiátrico, no urgente de menores y de discapacitados, no es suficiente el consentimiento de los titulares de la patria potestad o de los tutores, sino que es necesaria la autorización judicial, ya sea previa o posterior, en caso de urgencia.

En el caso de los menores el ingreso se ha de realizar previo informe de los servicios de asistencia a los menores, en un establecimiento de salud mental adecuado.

7. ALTAS Y FUGAS

Cuando un establecimiento psiquiátrico decide dar el alta a un ingreso involuntario ha de ponerlo en conocimiento del juzgado que hace el seguimiento del interno

En caso de que un ingreso involuntario se fugue del centro se comunicará inmediatamente a las fuerzas y cuerpos de seguridad que, sin necesidad de orden judicial, lo localizaran y lo reingresarán, sin más tramites, en el centro. El centro ha de comunicar al juzgado que concedió la autorización, la huida y el retorno del paciente.





8. FUNCIONES DE LAS PARTES

8.1 SERVICIO DE EMERGENCIAS SANITARIAS 061

Tienen la función de atender las demandas de atención urgentes, valorar la importancia de las mismas para movilizar los recursos necesarios y coordinarlos.

En casos de enfermos mentales se tendrá en cuenta principalmente la urgencia de la situación y la disposición del enfermo a ser tratado, para lo cual se remitirá los equipos sanitarios adecuados y se solicitará la colaboración de los cuerpos y fuerzas de seguridad correspondientes, para dar cumplimiento al punto 2 del Protocolo.

En el mismo sentido, coordinará el traslado, si fuera necesario, del enfermo a los servicios de urgencia hospitalarios correspondientes.

8.2 ATENCIÓN PRIMARIA SANITARIA

Las demandas de atención urgente que acepten trasladarse y sean atendidos en el centro de salud, según los horarios establecidos, serán valorados para poder indicar un tratamiento, una interconsulta o una derivación a la atención especializada o, si fuera necesario, el traslado al servicio de urgencias hospitalarias correspondiente, para su posible ingreso, tal y como indica el punto 2 de Protocolo.

Las demandas de atención urgente para enfermos mentales con patología grave, realizadas en horario del centro de salud y que no acepten trasladarse, serán atendidas por el personal del propio equipo de Atención Primaria, que efectuara la visita domiciliaria urgente y actuará según lo que indican los puntos 2 y 3 del Protocolo

En horario de PAC, la decisión de respuesta será a cargo del 061.

8.3 ATENCIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA AMBULATORIA

Facilitará con las interconsultas necesarias las actuaciones del centro de salud y de los servicios de urgencia.

Determinara el traslado al servicio de urgencias hospitalarias de los enfermos mentales presentes en el centro o unidad de salud mental que lo requieran, tal como indica el punto 2 del Protocolo.

En los casos en que se considere necesario su ingreso, pero no con carácter de urgencia, se remitirá el oportuno informe a fin de promover las actuaciones judiciales necesarias para el tratamiento involuntario del enfermo, como indica el punto 3 del Protocolo.

8.4 ATENCIÓN SANITARIA ESPECIALIZADA HOSPITALARIA

Corresponde a este servicio, dentro de sus funciones de atención a las urgencias psiquiátricas, la decisión final del ingreso hospitalario de los enfermos mentales atendidos, ya sea de forma voluntaria o de forma involuntaria.

En caso de ingreso involuntario si no se dispone de la pertinente autorización judicial se comunicará al Juzgado de Primera Instancia, a la mayor brevedad posible y, en todo caso, dentro de las 24 horas siguientes.



En cuanto a la evolución del ingresado involuntariamente se tendrá en cuenta los puntos 4 y 5 del Protocolo.

8.5 CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD

Su función es facilitar, a requerimiento de los servicios sanitarios, la actuación de éstos y el traslado del enfermo mental. Según la distribución territorial y las circunstancias esta función la ejercerá: la Policía Local, la Policía Nacional o la Guardia Civil.

Si fuese necesario contendrán físicamente a los enfermos, cuando las condiciones así lo indiquen, sin necesidad de autorización judicial previa. Posteriormente, cuando las circunstancias lo indiquen, se informará al Juzgado de Guardia por el conducto oficial adecuado.

En el mismo sentido cuando ha sido necesario efectuar una entrada violenta en un domicilio particular, se comunicará el Juzgado de Guardia, previamente de forma telefónica y posteriormente por el conducto reglamentario.

Si fuese necesario, acompañarán a los servicios de urgencias que trasladen al enfermo mental hasta el Servicio de urgencias psiquiátricas correspondiente. Lo harán, fuera de circunstancias especiales, con sus propios medios. Una vez que el enfermo esté en el centro sanitario las fuerzas de seguridad darán por terminada su actuación.

8.6 JUZGADOS DE INSTRUCCIÓN DE GUARDIA

Sus funciones en este tema se limitan al enfermo mental que ha cometido un delito, en este caso se puede ordenar su ingreso en una unidad psiquiátrica. También recibirá la comunicación que se ha de proceder o que se ha procedido a violentar un domicilio particular por indicación médica y criterios de urgencia sanitaria.

Antes de las peticiones de internamiento urgente se pondrán en contacto con los servicios de urgencias sanitarias.

8.7 JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA

Actuará ante las peticiones de autorización de internamiento no urgente y buscará la información de los servicios sanitarios en la que se especifica la necesidad de esta medida terapéutica en contra de la voluntad del enfermo. Posteriormente dará el curso habitual a la decisión no urgente mediante las diligencias abiertas.

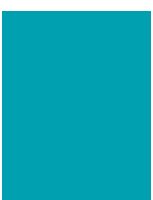
Las peticiones urgentes de internamiento en contra de la voluntad del enfermo se remitirán a las estructuras responsables de dicha atención sanitaria y se indicará a los interesados que la urgencia médica es prioritaria ante la aplicación del artículo 763 de la Ley de enjuiciamiento civil

8.8 MINISTERIO FISCAL

Su función es la de vigilar las garantías de estos procesos.

8.9 CLÍNICA MEDICOFORENSE

En los casos y conductas no delictivas, la actuación medico forense se enmarcará dentro del contexto del artículo 763 de la Ley de enjuiciamiento civil como el facultativo designado por el juez para emitir dictamen previo a la concesión, o no, de la autorización para el internamiento, así como cuando se considere necesario obtener información sobre la necesidad de continuar el internamiento.





SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO

Para garantizar el funcionamiento del presente Protocolo, evaluar sus resultados, detectar las dificultades que se presenten y proponer las modificaciones oportunas, se constituirá una comisión de seguimiento formada por un representante de cada una de las entidades siguientes:

- Servicios de Urgencias
- Atención primaria
- Atención especializada
- Administración de Justicia (Sala de Govern y Fiscaliza)
- Cuerpos y fuerzas de seguridad
- Entidades ciudadanas de salud mental
- Servicio Balear de la Salud
- Consejería de Salud y Consumo, la cual asumirá la coordinación

Este Protocolo está firmado por:

- Consejera de Sanidad y Consumo
- Presidente del Tribunal Superior de Justicia de las Illes Balears
- Fiscal Jefe
- Gerente del SERBASA
- Director Territorial del INSALUD
- Presidenta de FEBAFEP
- Presidente del Comité Tècnico de Salud Mental
- Delegada del Gobierno en las Illes Balears

INFORMACIÓN ADICIONAL AL PROTOCOLO DE ACTUACIONES PARA LA ASISTENCIA SANITARIA INVOLUNTARIA DE LOS ENFERMOS MENTALES EN LAS ILLES BALEARS

1. LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL (Artículo 763)

763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

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



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

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

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

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

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

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

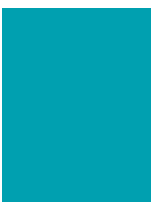
Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.


2. LEY ORGANICA 2/1986, DE 13 DE MARZO, DE FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD

Artículo 11.1

Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado tienen como misión proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana, mediante el desempeño de las siguientes funciones:

- a) Velar por el cumplimiento de las Leyes y disposiciones generales, ejecutando las órdenes que reciban de las Autoridades, en el ámbito de sus respectivas competencias.
- b) Auxiliar y proteger a las personas y asegurar la conservación y custodia de los bienes que se encuentren en situación de peligro por cualquier causa.
- c) Vigilar y proteger los edificios e instalaciones públicas que lo requieran.
- d) Velar por la protección y seguridad de altas personalidades.
- e) Mantener y restablecer en su caso el orden y la seguridad ciudadana.
- f) Prevenir la comisión de actos delictivos.
- g) Investigar los delitos para descubrir y detener a los presuntos culpables, asegurar los instrumentos, efectos y pruebas del delito, poniéndolos a disposición del Juez o Tribunal competente y elaborar los informes técnicos y periciales procedentes.



- 
- h) Captar, recibir y analizar cuantos datos tengan interés para el orden y la seguridad pública y estudiar, planificar y ejecutar los métodos y técnicas de prevención de la delincuencia.
 - i) Colaborar con los Servicios de Protección Civil en los casos de grave riesgo, catástrofe o calamidad pública, en los términos que se establezcan en la legislación de Protección Civil.

Artículo 53.1

Los Cuerpos de Policía Local deberán ejercer las siguientes funciones:

- a) Proteger a las autoridades de las corporaciones Locales y vigilancia o custodia de sus edificios e instalaciones.
- b) Ordenar, señalizar y dirigir el tráfico en el casco urbano, de acuerdo con lo establecido en las normas de circulación.
- c) Instruir atestados por accidentes de circulación dentro del casco urbano.
- d) Policía Administrativa en lo relativo a las Ordenanzas Bandos y demás disposiciones municipales dentro del ámbito de su competencia.
- e) Participar en las funciones de Policía Judicial, en la forma establecida en el art. 29.2 de esta Ley.
- f) La prestación de auxilio en los casos de accidente, catástrofe o calamidad pública, participando, en la forma prevista en las Leyes, en la ejecución de los planes de Protección Civil.
- g) Efectuar diligencias de prevención y cuantas actuaciones tiendan a evitar la comisión de actos delictivos en el marco de colaboración establecido en las Juntas de Seguridad.
- h) Vigilar los espacios públicos y colaborar con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y con la Policía de las Comunidades Autónomas en la protección de las manifestaciones y el mantenimiento del orden en grandes concentraciones humanas, cuando sean requeridos para ello.
- i) Cooperar en la resolución de los conflictos privados cuando sean requeridos para ello.

Artículo 53.2

Las actuaciones que practiquen los Cuerpos de Policía Local en el ejercicio de las funciones previstas en los apartados c) y g) precedentes deberán ser comunicadas a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado competentes.

3. LEY ORGANICA 1/1992 DE 21 DE FEBRERO SOBRE PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD CIUDADANA

Artículo 21.3

Será causa legítima suficiente para la entrada en domicilio la necesidad de evitar daños inminentes y graves a las personas y a las cosas en supuesto de extrema y urgente necesidad, debiendo remitir sin dilación el acta o atestado que redactaren a la autoridad judicial competente.



BIBLIOGRAFÍA

Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Illes Balears, 2005. Consejería de Salud y Consumo, Servicio de Salud.

Decreto 99/2002, de día 19 de Julio, de Ordenación de la Salud Mental de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

Orden de 7 de mayo de 2004, de la Consejería de Salud y Consumo, por la que se regula la Comisión Institucional de Salud Mental de las Illes Balears y el Comité Técnico Asesor de Salud mental de las Illes Balears. BOIB nº 71 del 20 de Mayo de 2004.

Orden de la Consellera de Salut i Consum de 10 de Mayo de 2004, por la que se crea el Consejo Asesor de Salud Mental.

Orden de la Consellera de salut i Consum de 7 de Marzo de 2005, que modifica la Orden de la Consejera de Salud i Consum de 10 de Mayo de 2004, por la que se crea el Consejo Asesor de salud Mental.

Plan Autonómico de Salud Mental de las Illes Balears de 1998.

Recomendaciones para la organización de la asistencia. Comité Técnico de la Comisión Institucional de Salud Mental de las Illes Balears, Junio 2001.

Informe sobre el proceso de reforma de la atención a la salud mental en las Illes Balears y recomendaciones para su continuidad, Enero 2000–Marzo 2003. Asociación Balear de Salud Mental.

Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference of Mental Health. Helsinki, January 2005.

Mental Health Action Plan for Europe (Plan de Acción Europeo para la Salud Mental). Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference of Mental Health. Helsinki, January 2005



Estrategia de salud en el año 2000 en España. Organización Mundial de la Salud, OMS-Europa. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo.

Organización Mundial de la Salud. Salud 21: El marco político de salud para todos de la región Europea de la OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

Informe sobre la Salud en el mundo, 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001.

Atlas. Recursos de Salud en el mundo, 2001. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Atlas. Mental Health, 2005. Department of Mental Health and Substance Abuse. World health Organization (WHO).

Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Organización Mundial de la Salud, 2001.

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE nº 102 de 29 de Abril de 1986.

Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de salud. BOE nº 35, de 10 de Febrero de 1995.

Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, 1985 (2ª edición).

Mental Health in Europe. Country Reports from the WHO European Network on Mental Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001.

Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León 2002-2010. Junta de Castilla y León.

Plan de Salud mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Consejería de Sanidad.

Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica de la Comunidad de Madrid 2003-2007. Consejería de Servicios Sociales.

Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud.

Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Plan Estratégico 2004-2008. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud.

Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2000-2004. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Consejería de Sanidad.

Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Gobierno de Aragón, Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales.

Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo: Situación actual y recomendaciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 6. Madrid, 2002.



García J, Vazquez Barquero JL. Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Esp.Psiquiatr.* 1999; 27 (5).

Rajmil L, Gispert R, Roset M, Muñoz PE, Segura A. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac. Sanit.* 1998.

Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos asociados. *Boletín de la Organización Mundial de la salud, Recopilación de artículos N° 3, 2000.*

Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, Eaton WW, Locke BZ. The NIMH Epidemiologic Catchment Area (ECA) program: historical context, major objectives and study population characteristics. *Arch Gen psychiatry* 1984.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994.

Revised Prevalence Estimates of Mental disorders in the United States. Using a Clinical Significance Criterion to Reconcile 2 Survey's Estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002.

Cueto Espinar A, et al. *Epidemiología y Prevención de las Enfermedades Mentales.* En: *Medicina Preventiva y Salud Pública*; Piedrota Gil; 10ª Edición. Barcelona: Masson, 2001.

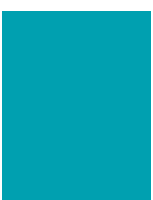
Economic costs to society. En: World health Organization (WHO). *The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.*

Encuesta Nacional de Salud (1987). Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología, 1989.

Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud, 1999.

Encuesta de morbilidad hospitalaria. Instituto Nacional de estadística (INE). Base de datos INEbase.

Warner R, Girolamo G. Esquizofrenia. *Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales.* Ginebra. World Health Organization. 1995





ABREVIATURAS UTILIZADAS

- AP: Atención Primaria
- CAD: Centro de Atención al Drogodependiente
- CCAA: Comunidades Autónomas
- CD: Centro de Día
- CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades
- CRL: Centro de Rehabilitación Laboral
- EAP: Equipo de Atención Primaria
- EMG: Enfermedad Mental Grave
- EMH: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria
- HD: Hospital de Día
- HD-IJ: Hospital de Día Infanto-Juvenil
- IBAE: Instituto Balear de estadística
- INE: Instituto Nacional de estadística
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PDP: Persona con Discapacidad Psiquiátrica
- PIL: Programa de Inserción Laboral
- PIR: Programa Individualizado de Rehabilitación
- SARC: Servicio de Atención Residencial Comunitario
- SIL: Servicio de Inserción Laboral
- SSE: Servicios Sociales especiales
- TMG: Trastorno Mental Grave
- TSI: Tarjeta Sanitaria Individual
- UCR: Unidad Comunitaria de Rehabilitación
- UHB: Unidad de Hospitalización Breve
- UHB-IJ: Unidad de Hospitalización Brve Infanto-Juvenil
- ULE: Unidad de Larga Estancia
- UME: Unidad de Media Estancia
- UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta alimentaria
- UTED: Unidad Terapéutico-Educativa de Día
- USM: Unidad de Salud Mental
- USM-IJ: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA



COMISIÓN INSTITUCIONAL DE SALUD MENTAL

- Dña. Aina Maria Castillo i Ferrer, Consejera de Salud y Consumo
- D. Antoni Pallicer Orzáez, Director General de Salud Pública i Participación
- D. Sergio Bertrán Damián, Director Gerente del Servicio de Salud
- D. Antoni Serra Torres, Presidente del Institut de Serveis Socials i Esportius de Mallorca
- D. Vicente Serra Ferrer, Conseller Ejecutivo de Sanitat i Benestar Social del Consell Insular de Eivissa i Formentera
- D. Andreu Bosch Mesquida, Conseller Ejecutivo de Benestar Social del Consell Insular de Menorca
- D. Miguel Echevarría Martínez de Bujo, Coordinador Autonómico de Salud Mental y Subdirector Asistencial de Salud Mental del Servicio de Salud



COMITÉ TÉCNICO DE SALUD MENTAL

- D. Miguel Echevarría Martínez de Bujo, Coordinador Autonómico de Salud Mental y Subdirector Asistencial de Salud Mental del Servicio de Salud
- D. Mauro García Toro, Coordinador del Área de Salud Mental del Son Llatzer
- D. Antonio Liñana, Coordinador del Área de Salud Mental de Menorca
- D. Gustavo Lucas, Coordinador del Área de Salud Mental de Eivissa-Formentera
- D. César Azpeleta, Director del Área de Salud Mental de GESMA y Coordinador del Área de Salud Mental de Inca
- D. Alicia González, Coordinadora de la UCR Son Gibert
- D. Fernando Pérez Pacho, Jefe de Servicio de Salud Mental del Consell Insular de Menorca
- D. Javier Ruiz, Coordinador de los Servicios Asistenciales de Bienestar Social del Consell Insular de Eivissa y Formentera
- D. Cati Borrás, Directora Ejecutiva del Área de Servicios Sociales del Institut de Socials i Esportius de Mallorca
- D. Francisca González Porcel, Jefe del Departamento de Sanidad de la Dirección General de Salud Pública y Participación

— |

| —

— |

| —