



**DEPARTAMENTO DE GEOGRAFÍA FÍSICA Y  
ANÁLISIS GEOGRÁFICO REGIONAL**

**PLANIFICACIÓN TERRITORIAL DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
EN ANDALUCÍA**

**Tesis doctoral presentada por:  
Marco Garrido Cumbreira.**

**Directores:**

**Dr. D. Enrique Javier López Lara.**

**Dr. D. Luis Salvador Carulla.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Han sido muchas las personas que han aportado su ayuda y sus ideas en la realización de este trabajo. En primer lugar, a mis directores de tesis por su inestimable ayuda y sus sabios consejos, ya que, sin su orientación y seguimiento no hubiera sido posible realizarlo.

Parte de los resultados presentados son fruto del trabajo realizado por el autor en el marco del Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial (GEMP) de la Universidad de Cádiz, la Asociación Científica Psicost y la Red Temática de Investigación Cooperativa del Instituto de Salud Carlos III RIRAG-SMD (G03/061). Por ello, mis agradecimientos a los miembros del GEMP, José Alberto Salinas Pérez, Rosa María Fernández Pérez, la Dra. Cristina Romero López-Alberca, la Dra. Miriam Poole Quintana y Teresa Magallanes Melero por su ayuda y colaboración. Igualmente a los miembros de Psicost y de la Red RIRAG-SMD Dr. Josep María Haro Abad, la Dra. Susana Ochoa Gúerre, el Dr. Carlos García Alonso, el Dr. José Almenara Barrios y la Dra. Berta Moreno Küstner.

Quisiera también reconocer al Servicio Andaluz de Salud (SAS) su total disponibilidad en el acceso a las bases de datos y al resto de información solicitada. Por ello mismo, a los profesionales de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), del Servicio Madrileño de Salud y del Servicio Navarro de Salud.

Por último, no podría cerrar este apartado sin agradecer de manera significativa el apoyo y la confianza mostrada por mi madre, Teresa, a quien dedico especialmente este trabajo.

# INDICE





## INDICE GENERAL

<b>ACRONIMOS</b>	<b>29</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN.</b>	<b>33</b>
1. LA GEOGRAFÍA DE LA SALUD.	35
1.1. Introducción a la Geografía de la Salud.	35
1.2. Desarrollo histórico de la Geografía de la Salud.	37
<b>II. INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍAS EN GEOGRAFÍA DE LA SALUD.</b>	<b>41</b>
1. INDICADORES DE SALUD.	43
1.1. Concepto y definición.	43
1.2. Desigualdades sociales en Salud.	45
1.3. Selección de indicadores.	46
1.3.1. A nivel internacional.	46
1.3.2. A nivel nacional.	46
1.4. Fuentes de información sanitaria.	47
1.4.1. Sistemas de información sanitarios.	47
1.4.2. Registros de casos.	50
1.4.3. Estudios epidemiológicos.	50
2. METODOLOGÍAS EN GEOGRAFÍA DE LA SALUD.	53
2.1. Zonificación y sectorización sanitaria.	53
2.2. Estudios territoriales de Salud.	57
2.3. Sistemas de Información Geográfica (SIG) de la Salud.	61
2.4. Atlas de Salud.	65
<b>III. ESTADO DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL.</b>	<b>71</b>
1. INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES.	73
2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL CON RESPECTO AL SISTEMA SANITARIO GENERAL.	75
3. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL: LA REFORMA PSIQUIÁTRICA.	77
3.1. A nivel internacional.	77
3.2. A nivel nacional.	79

4. APLICACIONES DE LA METODOLOGÍA DE LA GEOGRAFÍA DE LA SALUD A LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL.	80
4.1. Indicadores de Salud Mental.	80
4.1.1. Tipos de indicadores de Salud Mental.	81
4.1.1.1. Indicadores de política sanitaria.	81
4.1.1.2. Indicadores sociodemográficos.	82
4.1.1.3. Indicadores de recursos de Salud Mental.	88
4.1.1.4. Indicadores de actividad de Salud Mental.	89
4.1.2. Selección de indicadores de Salud Mental.	89
4.1.2.1. A nivel internacional.	89
4.1.2.2. A nivel nacional.	91
4.1.3. Fuentes de información en Salud Mental en España.	95
4.1.3.1. Sistemas de Información sanitarios.	95
4.1.3.2. Sistemas de Información sobre personas con discapacidad.	96
4.1.3.3. Registro de casos psiquiátricos.	98
4.1.3.4. Estudios epidemiológicos en Salud Mental.	99
4.2. Análisis geográfico en Salud Mental.	101
4.2.1. Zonificación y sectorización en Salud Mental.	101
4.2.2. Estudios territoriales de Salud Mental.	103
4.2.3. Atlas de Salud Mental.	105
5. APLICACIONES DE LA GEOGRAFÍA DE LA SALUD AL ESTUDIO DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA: RED TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN COOPERATIVA RIRAG-SMD DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III.	107
5.1. Introducción a las Redes de Investigación Cooperativa del Instituto de Salud Carlos III.	107
5.2. La Red Temática de Investigación Cooperativa RIRAG-SMD.	108
5.3. El proyecto "SIG-RIRAG".	109
<b>IV. FINALIDAD, FUNDAMENTOS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.</b>	<b>113</b>
1. FINALIDAD.	115
2. FUNDAMENTOS.	115
3. OBJETIVOS.	118
3.1. Objetivo general.	118
3.2. Objetivos específicos.	119
4. HIPÓTESIS.	120

<b>V. MATERIAL Y MÉTODO.</b>	<b>123</b>
1. DISEÑO DEL ESTUDIO.	125
1.1. Unidades de análisis.	125
2. MATERIAL.	125
2.1 Indicadores de Salud Mental Psicost/RIRAG.	125
2.2. Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA).	129
2.3. Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH).	130
2.4. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).	130
2.5. Indicadores de adecuación de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).	130
2.6. Cartografía.	131
2.7. Sistemas de Información Geográfica (SIG).	132
3. PROCEDIMIENTO.	133
3.1. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA MEDIANTE SU COMPARACIÓN CON OTRAS 3 CCAA (CATALUÑA, MADRID Y NAVARRA) (2002).	133
3.1.1. Caracterización sociodemográfica de la población andaluza y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	135
3.1.2. Descripción de la planificación en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	136
3.1.3. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	136
3.1.4. Indicadores de política sociosanitaria, disponibilidad de recursos y actividad en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	137
3.2. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS Y MORBILIDAD EN SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA (2002).	138
3.2.1. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía (2002).	138
3.2.2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001).	139
3.2.3. Distribución territorial y accesibilidad de los recursos de Salud Mental en Andalucía (2002).	142
3.2.4. Grados de cumplimentación de las variables incluidas en el SISMA (2002).	144
3.2.5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía (2002).	144

3.2.6. Criterios de adecuación de dos agrupaciones diagnósticas: depresión mayor y esquizofrenia (2002).	147
4. ANÁLISIS DE DATOS.	148
5. LIMITACIONES METODOLÓGICAS DEL ESTUDIO.	148
<b>VI. RESULTADOS.</b>	<b>151</b>
1. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA MEDIANTE SU COMPARACIÓN CON OTRAS 3 CCAA (CATALUÑA, MADRID Y NAVARRA) (2002).	153
1.1. Caracterización sociodemográfica de la población andaluza y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	153
1.2. Descripción de la planificación en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	157
1.2.1. Política de Salud Mental en Andalucía	157
1.2.2. Política de Salud Mental en Cataluña.	159
1.2.3. Política de Salud Mental en Madrid.	162
1.2.4. Política de Salud Mental en Navarra.	164
1.2.5. Órganos de gestión de la Salud Mental y de las drogodependencias en cuatro CCAA (Cataluña, Andalucía, Madrid y Navarra).	166
1.3. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	167
1.3.1. Introducción a la zonificación sanitaria en España.	167
1.3.2. Zonificación en Andalucía.	170
1.3.3. Zonificación en Cataluña	175
1.3.4. Zonificación en Madrid	177
1.3.5. Zonificación en Navarra	179
1.4. Indicadores de política sociosanitaria, disponibilidad de recursos y actividad en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	180
1.4.1. Indicadores de política en Salud Mental.	181
1.4.2. Indicadores de plantilla en Salud Mental.	183
1.4.3. Indicadores de dispositivos de Salud Mental para población adulta.	185
1.4.4. Indicadores de dispositivos de Salud Mental para población infantil y juvenil.	195
1.4.5. Indicadores de actividad en centros de Salud Mental.	200

2. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS Y MORBILIDAD EN SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA (2002).	202
2.1. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía (2002).	202
2.1.1. El Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) 1991 y las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).	202
2.1.2. Delimitación de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).	203
2.2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001).	204
2.2.1. Distribución territorial de la densidad de población (hab./km. <sup>2</sup> ) en las ASMP.	205
2.2.2. Clasificación de las ASMP en urbanas y rurales.	206
2.2.3. Distribución territorial de la Renta Familiar Disponible (€) en las ASMP.	207
2.2.4. Distribución territorial de la tasa de paro femenino en las ASMP.	208
2.2.5. Distribución territorial de la tasa de hogares unipersonales en las ASMP.	210
2.2.6. Distribución territorial de la tasa de inmigración en las ASMP.	211
2.2.7. Creación de índices sociodemográficos compuestos mediante el Análisis de Componentes Principales.	212
2.3. Distribución territorial y accesibilidad de los recursos de Salud Mental en Andalucía (2002).	218
2.3.1. Accesibilidad (30 minutos) a los dispositivos de atención ambulatoria.	219
2.3.2. Accesibilidad (30 minutos) a los dispositivos de atención residencial de adultos.	220
2.3.3. Accesibilidad (30 minutos) a los dispositivos de actividades estructuradas y de día de adultos.	223
2.3.4. Accesibilidad (30 minutos) a los dispositivos de atención infantil y juvenil.	225
2.3.5. Distribución territorial de los dispositivos de Salud Mental en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).	227
2.3.6. Distribución territorial de la plantilla en los Equipos de Salud Mental de Distrito.	230
2.4. Grados de cumplimentación de las variables incluidas en el SISMA (2002).	234
2.4.1. Distribución territorial del grado de cumplimentación del campo “diagnóstico” en los ESMD (2002).	235

2.4.2. Distribución territorial del grado de cumplimentación del campo “situación laboral” en los ESMD (2002).	236
2.4.3. Tipología de Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) en función de sus respectivos niveles de cumplimentación (2002).	238
2.5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía (2002).	242
2.5.1. Características generales de la población atendida en los Equipos de Salud Mental de Andalucía (2002).	242
2.5.2. Análisis de la procedencia de los pacientes atendidos en los ESMD (2002). El caso de la provincia de Cádiz como ejemplo.	249
2.5.3. Distribución territorial de los pacientes atendidos por los ESMD (2002).	253
2.5.4. Distribución territorial de la prevalencia administrativa (2002).	254
2.5.5. Distribución territorial de la morbilidad en función de la plantilla (2002).	255
2.5.6. Distribución territorial de la Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada (RME) por edad y por sexo (2002).	256
2.5.7. Distribución territorial de los ingresos psiquiátricos en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales (USM-HG) (2002).	259
2.5.8. Distribución territorial de la incidencia administrativa (2002).	262
2.5.9. Distribución territorial de la frecuentación administrativa (2002).	263
2.5.10. Distribución territorial del número de consultas realizadas por los ESMD en relación a la plantilla (2002).	267
2.5.11. Creación de índices de actividad compuestos mediante el Análisis de Componentes Principales.	268
2.6. Criterios de adecuación de dos agrupaciones diagnósticas: depresión mayor y esquizofrenia (2002).	273
2.6.1. Distribución territorial de la adecuación asistencial de la depresión mayor (2002).	274
2.6.2. Distribución territorial de la adecuación asistencial de la esquizofrenia (2002).	275
<b>VII. COMENTARIOS.</b>	<b>279</b>
1. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA MEDIANTE SU COMPARACIÓN CON OTRAS 3 CCAA (CATALUÑA, MADRID Y NAVARRA) (2002).	281
1.1. Caracterización sociodemográfica de la población andaluza y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	281

1.2. Descripción de la planificación en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	282
1.3. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	282
1.4. Indicadores de política sociosanitaria, disponibilidad de recursos y actividad en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).	283
<b>2. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS Y MORBILIDAD EN SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA (2002).</b>	<b>289</b>
2.1. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía (2002).	289
2.2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001).	293
2.3. Distribución territorial y accesibilidad de los recursos de Salud Mental en Andalucía (2002).	295
2.4. Grados de cumplimentación de las variables incluidas en el SISMA (2002).	297
2.5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía (2002).	297
2.6. Criterios de adecuación de dos agrupaciones diagnósticas: Depresión mayor y Esquizofrenia (2002).	300
<b>VIII. CONCLUSIONES.</b>	<b>303</b>
<b>IX. BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>309</b>
<b>X. ANEXO A. CATÁLOGO DE RECURSOS DE SALUD MENTAL EN 4 COMUNIDADES AUTÓNOMAS: ANDALUCÍA, CATALUÑA, MADRID Y NAVARRA.</b>	<b>327</b>

## INDICE DE FIGURAS

---

### I. INTRODUCCIÓN.

Figura I.1. Factores que influyen en la Salud.	36
--	----

---

### II. INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍAS EN GEOGRAFÍA DE LA SALUD.

Figura II.1. Clasificación de indicadores de Salud.	44
---	----

Figura II.2. Actividades relacionadas con el tratamiento de la información por parte del SIG-EPI (OPS, 2004).	64
---	----

---

### III. ESTADO DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL.

Figura III.1. Interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la aparición de trastornos mentales (OMS, 2004).	75
---	----

Figura III.2. El círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales (OMS, 2001).	83
---	----

Figura III.3. Indicadores relacionados con la planificación de la Salud Mental.	85
---	----

Figura III.4. Esquema del proyecto “Monitoring mental health system and services” en función de las 10 recomendaciones que la OMS señaló en el Informe Mundial de la Salud 2001.	91
--	----

Figura III.5. Dificultades existentes en el establecimiento de Salud Mental.	93
--	----

---

### IV. FINALIDAD, FUNDAMENTOS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

---

### V. MATERIAL Y MÉTODO.

---

### VI. RESULTADOS.

---



## INDICE DE MAPAS

---

### I. INTRODUCCIÓN.

---

Mapa I.1. Distribución del cólera en el Reino Unido 1831, 1832 y 1833 (Camerini, 38  
2000. Original en la Biblioteca Británica)

---

### II. INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍAS EN GEOGRAFÍA DE LA SALUD.

---

Mapa II.1. Ordenación territorial de la sanidad en España (Ministerio de Sanidad 54  
y Consumo, 2003).

---

Mapa II.2. Regiones y Distritos Sanitarios en el Estado de Virginia (EEUU) 55  
(Departamento de Salud del Estado de Virginia, 2003).

---

Mapa II.3. Distribución de casos de cólera detectados en Londres durante 1854 59  
(Snow, 1855)

---

Mapa II.4. Flujos de pacientes a los centros hospitalarios de Jaén (López Lara y 60  
cols, 2000).

---

Mapa II.5. Representación cartográfica de Hospitales, empresas públicas, centros 64  
de transfusión sanguínea, centros de diálisis y de Enfermedades de Transmisión  
Sanguínea (ETS) del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en el  
Sistema de Información Geográfica Andaluz de la Salud (SIGAS).

---

Mapa II.6. Niveles y distribución del virus VIH en África en 2000 (OMS, 2004). 67

---

Mapa II.7. Distribución provincial de los enfermos con diagnóstico de trastornos 68  
mentales dados de alta en los hospitales españoles por 100.000 habitantes  
(1991) (Reques, 2001).

---

### III. ESTADO DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL.

---

Mapa III.1. Distribución territorial de los niveles de miedo ante actos delictivos 103  
en la ciudad de Malmö (Suecia) (Lögberg y cols, 2004).

---

Mapa III.2. Distribución mundial de la tasa de camas de Salud Mental por 10.000 106  
habitantes (WHO, 2002).

---

Mapa III.3. Localización de los nodos de la Red de Investigación Cooperativa 109  
RIRAG-DSM.

---

### IV. FINALIDAD, FUNDAMENTOS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

---

Mapa IV.1. Comunidades Autónomas utilizadas para la comparación de sus 120  
sistemas de atención en Salud Mental (Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra) .

---

### V. MATERIAL Y MÉTODO.

---

---

**VI. RESULTADOS.**

---

Mapa VI.1. Delimitación de las áreas de cobertura de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) en Andalucía. 172

---

Mapa VI.2. Delimitación de las áreas de cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos de Cataluña. 176

---

Mapa VI.3. Delimitación de los Distritos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. 178

---

Mapa VI.4. Delimitación de los Sectores de Salud Mental de la Comunidad Foral de Navarra. 179

---

Mapa VI.5. Clasificación de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) según las grandes unidades geográficas andaluzas. 204

---

Mapa VI.6. Distribución territorial de la densidad de población en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001). 205

---

Mapa VI.7. Diferenciación de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) en rurales y urbanas (2001). 207

---

Mapa VI.8. Distribución territorial de la Renta Familiar Disponible en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2002). 208

---

Mapa VI.9. Distribución territorial de la Tasa de Paro Femenino en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001). 209

---

Mapa VI.10. Distribución territorial de los Hogares Unipersonales en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001). 210

---

Mapa VI.11. Distribución territorial de la tasa de Inmigración (americanos y africanos) en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001). 212

---

Mapa VI.12. Distribución territorial del índice socioeconómico en las distintas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP). 216

---

Mapa VI.13. Distribución territorial del índice de desarrollo rural en las distintas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP). 217

---

Mapa VI.14. Distribución territorial del índice de aislamiento social en las distintas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP). 218

---

Mapa VI.15. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera y número de pacientes en los Equipos de Salud Mental de Distrito en Andalucía (2002). 220

---

Mapa VI.16. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera de las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales (USM-HG) de Andalucía (2002). 221

---

Mapa VI.17. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera de las Comunidades Terapéuticas de Andalucía (2002). 222

---

Mapa VI.18. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera de los Hospitales de Día de Andalucía (2002). 224

---

---

Mapa VI.19. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera de las Unidades de Rehabilitación de Área (URA) en Andalucía (2002).	225
Mapa VI.20. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera de las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil de Andalucía (2002).	226
Mapa VI.21. Distribución de los profesionales en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) de Andalucía (2002).	233
Mapa VI.22. Porcentajes de cumplimentación del campo “diagnóstico” en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) (SISMA, 2002).	236
Mapa VI.23. Porcentajes de cumplimentación del campo “situación laboral” en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) (SISMA, 2002).	237
Mapa VI.24. Clasificación de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) en función a sus porcentajes de cumplimentación de los campos diagnóstico y situación laboral y número de pacientes atendidos en los ESMD de acuerdo al SISMA (2002).	239
Mapa VI.25. Desplazamiento de pacientes a ESMD que no le corresponden dentro de la provincia de Cádiz .	252
Mapa VI.26. Número de pacientes atendidos por los ESMD de Andalucía (2002).	253
Mapa VI.27. Distribución territorial de la Prevalencia administrativa en los ESMD de Andalucía (2002).	254
Mapa VI.28. Indicador de la distribución territorial de la actividad en los ESMD (número de pacientes atendidos) en relación a los profesionales (índice de plantilla) (2002).	255
Mapa VI.29. Distribución territorial de la Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada (RMAE) por edad en los ESMD de Andalucía (2002).	256
Mapa VI.30. Distribución territorial de la Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada (RMAE) por sexo en los ESMD de Andalucía (2002).	257
Mapa VI.31. Distribución territorial del número de ingresos psiquiátricos en los Hospitales Públicos andaluces (2002).	260
Mapa VI.32. Distribución territorial de la Incidencia administrativa en los ESMD de Andalucía (2002).	262
Mapa VI.33. Distribución territorial de la Frecuentación administrativa en los ESMD de Andalucía (2002).	263
Mapa VI.34. Indicador de la distribución territorial de la actividad en los ESMD (número de consultas realizadas) en relación a los profesionales (índice de plantilla) (2002).	268

---

---

---

Mapa VI.35. Distribución territorial del índice de volumen asistencial en las 272 distintas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).

---

Mapa VI.36. Distribución territorial del índice de morbilidad psiquiátrica atendida 273 en las distintas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).

---

Mapa VI.37. Porcentajes de pacientes con diagnóstico de depresión mayor 275 atendidos al menos 4 veces por cada uno de los ESMD de Andalucía (2002).

---

Mapa VI.38. Porcentajes de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia 276 atendidos al menos 8 veces por cada uno de los ESMD de Andalucía (2002).

---

## INDICE DE TABLAS

---

### I. INTRODUCCIÓN.

---



---

### II. INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍAS EN GEOGRAFÍA DE LA SALUD.

---

Tabla II.1. Ejemplos de proyectos de indicadores de Salud a nivel internacional. 46

Tabla II.2. Ejemplos de Sistemas de Información sanitaria a nivel internacional, nacional y regional. 49

Tabla II.3. Ejemplos de estudios territoriales relacionados con la Salud y la mortalidad. 61

Tabla II.4. Ejemplos de proyectos sobre Sistemas de Información Geográfica (SIG) aplicados a la Salud a nivel nacional e internacional. 65

Tabla II.5. Ejemplos de atlas sobre Salud o mortalidad a nivel nacional e internacional. 69

---

### III. ESTADO DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL.

---

Tabla III.1. Índices de pobreza socioeconómica relacionados con la salud y/o la Salud Mental en el Reino Unido (Croudace y cols, 2000). 87

Tabla III.2. Ejemplos de estudios sobre indicadores de Salud Mental a nivel internacional. 91

Tabla III.3. Ejemplos de estudios sobre indicadores en Salud Mental a nivel nacional. 95

Tabla III.4. Ejemplos de Sistemas de Información en Salud Mental a nivel nacional. 96

Tabla III.5. Ejemplos de bases de datos sobre discapacidad en España. 98

Tabla III.6. Ejemplos de registros de casos psiquiátricos a nivel nacional e internacional. 99

Tabla III.7. Ejemplos de estudios epidemiológicos de Salud Mental en España. 100

Tabla III.8. Modelo Matriz de Salud Mental de Thornicroft y Tansella (1999). 102

Tabla III.9. Ejemplos de estudios territoriales de Salud Mental a nivel internacional, nacional y de Andalucía 104

Tabla III.10. Ejemplos de Atlas de Salud Mental a nivel internacional. 107

---

### IV. FINALIDAD, FUNDAMENTOS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

---

---

**V. MATERIAL Y MÉTODO.**

Tabla V.1. Campos incluidos en el Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA). 129

Tabla V.2. Apartado principales incluidos en la presente Tesis Doctoral. 134

Tabla V.3. Agrupaciones diagnósticas psiquiátricas propuestas por el SAS en función de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-9). 145

---

**VI. RESULTADOS.**

Tabla VI.1. Indicadores sociodemográficos en España y 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 153

Tabla VI.2. Órganos de gestión de la Salud Mental y las Drogodependencias en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 166

Tabla VI.3. Zonificación Sanitaria y de Salud Mental en 4 CCAA: Cataluña, Andalucía, Madrid y Navarra. 168

Tabla VI.4. Descripción de las Áreas de Salud Mental Pequeñas en 4 CCAA. 170

Tabla VI.5. Jerarquía de unidades territoriales de Salud Mental en las que se estructura el territorio andaluz (SAS, no publicado). 173

Tabla VI.6. Datos sobre política sociosanitaria relevante para Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 182

Tabla VI.7. Tasa de profesionales totales por 100.000 hab. y en Centros de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Madrid y Navarra. 183

Tabla VI.8. Resumen indicadores globales de dispositivos de Salud Mental para población adulta en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 185

Tabla VI.9 Dispositivos de Atención Residencial de Salud Mental para adultos en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 188

Tabla VI.10. Dispositivos de Atención Intermedia (Actividades Estructuradas y de Día) de Salud Mental para adultos en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 191

Tabla VI.11. Dispositivos de Atención Comunitaria y Ambulatoria (Centros de Salud Mental) para adultos en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 194

Tabla VI.12 Indicador de Programa de servicios individualizados para las personas con trastornos mentales severos (PSI-TMS) en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 194

Tabla VI.13 Indicador de Apoyo Domiciliario a personas con Enfermedad Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 195

---

Tabla VI.14. Resumen del número de camas, plazas y dispositivos de Salud Mental para población infantil y juvenil en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.	195
Tabla VI.15. Dispositivos de atención residencial infantil y juvenil (< 18 años) de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.	196
Tabla VI.16. Dispositivos de atención intermedia (actividades estructuradas y de día) infantil y juvenil (< 18 años) de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.	198
Tabla VI.17. Dispositivos de atención comunitaria y ambulatoria (Centros de Salud Mental) infantil y juvenil (< 18 años) de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.	200
Tabla VI.18. Actividad en Centros de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.	201
Tabla VI.19. KMO y prueba de Bartlett.	213
Tabla VI.20. Varianza total explicada.	213
Tabla VI.21. Matriz de componentes.	215
Tabla VI.22. Matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones en las componentes.	215
Tabla VI.23. Existencia, proximidad y ausencia de los dispositivos de Salud Mental en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2002)	227
Tabla VI.24. Tasa de profesionales (Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores sociales, Diplomados universitarios en enfermería y Auxiliares de enfermería) e índice de plantilla referida a los ESMD de Andalucía.	230
Tabla VI.25. Porcentajes de cumplimentación de las variables del SISMA (2002).	234
Tabla VI.26. Porcentajes de cumplimentación de las variables del SISMA “diagnóstico” y “situación laboral” y nivel de cumplimentación en los distintos ESMD (2002).	240
Tabla VI.27. Indicadores de actividad registrada en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).	242
Tabla VI.28. Distribución de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) por sexo.	243
Tabla VI.29. Distribución de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) por grandes grupos de edad (infantil y juvenil, adultos y mayores).	244
Tabla VI.30. Distribución de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) según su estado civil.	245

Tabla VI.31. Distribución de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).	246
Tabla VI.32. Distribución en agrupaciones diagnósticas psiquiátricas de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).	247
Tabla VI.33. Municipios de residencia de los pacientes atendidos en cada uno de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) de la provincia de Cádiz (2002).	250
Tabla VI.34. Prevalencia administrativa y Razón de Morbilidad Estandarizada por edad y sexo en los ESMD de Andalucía (2002).	258
Tabla VI.35. Ingresos hospitalarios de Salud Mental diferenciando los Hospitales que cuentan con Unidades de Salud Mental especializadas (USM-HG) en Andalucía.	261
Tabla VI.36. Indicadores de actividad referidos a los 71 ESMD (incidencia - primeras consultas; prevalencia - pacientes totales y frecuentación - consultas totales) (2002).	264
Tabla VI.37. KMO y prueba de Bartlett.	269
Tabla VI.38. Varianza total explicada.	269
Tabla VI.39. Matriz de componentes.	270
Tabla VI.40. Matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones en las componentes.	271



## INDICE DE GRÁFICOS

---

### I. INTRODUCCIÓN.

---



---

### II. INSTRUMENTOS Y METODOLOGÍAS EN GEOGRAFÍA DE LA SALUD.

---



---

### III. ESTADO DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL.

---



---

### IV. FINALIDAD, FUNDAMENTOS, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

---



---

### V. MATERIAL Y MÉTODO.

---

Gráfico V.1. Población España y en las CCAA de Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 135

---



---

### VI. RESULTADOS.

---

Gráfico VI.1. Población ocupada por sectores de actividad económica en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 155

---

Gráfico VI.2. Situación socioeconómica en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 156

---

Gráfico VI.3. Paro, Actividad y Empleo en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 156

---

Gráfico VI.4. Composición familiar en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 157

---

Gráfico VI.5. Red de Dispositivos de Atención a la Salud Mental en Andalucía. 158

---

Gráfico VI.6. Plantilla total de Salud Mental en 3 CCAA: Andalucía, Cataluña y Navarra). 184

---

Gráfico VI.7. Plantilla en Centros de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 184

---

Gráfico VI.8. Unidades Hospitalarias de Adultos de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 189

---

Gráfico VI.9. Camas en Unidades Hospitalarias de Adultos de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 189

---

Gráfico VI.10. Camas en Servicios Residenciales no Hospitalarios de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 190

---

Gráfico VI.11. Hospitales de Día, Centros de Día y Centros Ambulatorios en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. 192

---

---

Gráfico VI.12. Clubs Sociales y Talleres Ocupacionales en 4 CCAA: Andalucía, 192  
Cataluña, Madrid y Navarra.

---

Gráfico VI.13. Plazas en dispositivos de Día y/o Actividades Estructuradas en 4 193  
CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.

---

Gráfico VI.14. Unidades y camas hospitalarias Infantil y juveniles de Salud Mental 197  
en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.

---

Gráfico VI.15. Servicios de atención intermedia y ambulatorios infantil juveniles de 198  
Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.

---

Gráfico VI.16. Plazas en servicios de día infantil y juvenil de Salud Mental en 4 199  
CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.

---

Gráfico VI.17. Actividad en los Centros de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, 201  
Cataluña, Madrid y Navarra.

---

Gráfico VI.18. Distribución porcentual de la población atendida por los Equipos de 243  
Salud Mental de Distrito (ESMD) por sexo.

---

Gráfico VI.19. Distribución porcentual de la población atendida por los Equipos de 244  
Salud Mental de Distrito (ESMD) por grandes grupos de edad (infantil y juvenil,  
adultos y mayores).

---

Gráfico VI.20. Distribución porcentual de la población atendida por los Equipos de 245  
Salud Mental de Distrito (ESMD) según su estado civil.

---

Gráfico VI.21. Distribución porcentual de la población atendida por los Equipos de 246  
Salud Mental de Distrito (ESMD) según su situación laboral.

---

Gráfico VI.22. Distribución en agrupaciones diagnósticas psiquiátricas de la 248  
población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) según su  
diagnostico.

---

**ACRÓNIMOS**

- ABS: Áreas Básicas de Salud de Cataluña.
- ACP: Análisis de Componentes Principales.
- AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- AETS: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III.
- AP: Atención Primaria.
- ASM: Área de Salud Mental.
- ASMP: Área de Salud Mental Pequeña.
- ASP: Área Sanitaria Pequeña.
- CATALUT: Servicio Catalán de Salud.
- CCAA: Comunidades Autónomas.
- CD: Centro de Día.
- CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades.
- CMBDAH: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria.
- CSM: Centro de Salud Mental.
- CSR: Communicable Disease Surveillance & Response (WHO).
- CT: Comunidad Terapéutica.
- CP: Componentes Principales.
- DEA: Data Envolvement Analisis (Análisis de Eficiencia).
- EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria.
- ECHI: European Commission Health Indicators.
- EPA: Encuesta de Población Activa.
- EPCAT: European Psychiatric Assessment Team.
- ESDS: European Socio-Demographic Schedule.
- ESMD: Equipo de Salud Mental de Distrito.
- ESMS: European Service Mapping Schedule.
- FAISEM: Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
- GEMP: Grupo de Evaluación en Medicina Psicosocial de la Universidad de Cádiz.
- GDR: Grupos de Diagnósticos Relacionados.
- HD: Hospital de Día.
- HFA-DB: Health for All Database.
- IASS: Instituto Andaluz de Servicios Sociales de Andalucía.
- ICA: Instituto Cartográfico Andaluz.
- ICASS: Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales.
- IDESCAT: Instituto de Estadística de Cataluña.

- IDH: Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas.
- IEA: Instituto de Estadística de Andalucía.
- IMSAM: Instituto de la Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
- IMSERSO: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- LOSC: Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya.
- MAPA: Mapa de Atención Primaria de Andalucía.
- MHE: Mental Health Economics.
- OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud de la OMS.
- PIB: Producto Interior Bruto.
- PISMA: Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007.
- PNC: Pensiones no Contributivas.
- PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- PRH: Plan de Reordenación Hospitalaria de Cataluña.
- PSM: Programa de Salud Mental del SAS.
- PSI-GC: Programa de Servicios Individualizados de Gestión de Casos.
- PSC: Programa de Seguimiento y Cuidados.
- RFD: Renta Familiar Disponible.
- RS: Registro Sanitario.
- RIRAG-SMD: Red de Investigación de Resultados Aplicados a la Gestión de la Salud Mental y la Discapacidad del Instituto de Salud Carlos III.
- SAS: Servicio Andaluz de Salud.
- SADEM: Servicios de Atención Domiciliaria.
- SIG: Sistema de Información Geográfica.
- SIGAS: Sistema de Información Geográfica Andaluz de la Salud.
- SIG-EPI: Sistema de Información en Epidemiología y Salud Pública de la OPS.
- SIGSSPA: Sistema de Información Geográfica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- SISMA: Sistema de Información de Salud Mental en Andalucía.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- UCA: Universidad de Cádiz.
- UE: Unión Europea.
- UGI: Unión Geográfica Internacional.
- USMH: Unidad de Salud Mental Hospitalaria.

- USMI: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- URA: Unidad de Rehabilitación de Área.
- WHO: World Health Organization.
- WHOTERM: WHO Terminology Information System.



# I. INTRODUCCIÓN





## **1. LA GEOGRAFÍA DE LA SALUD.**

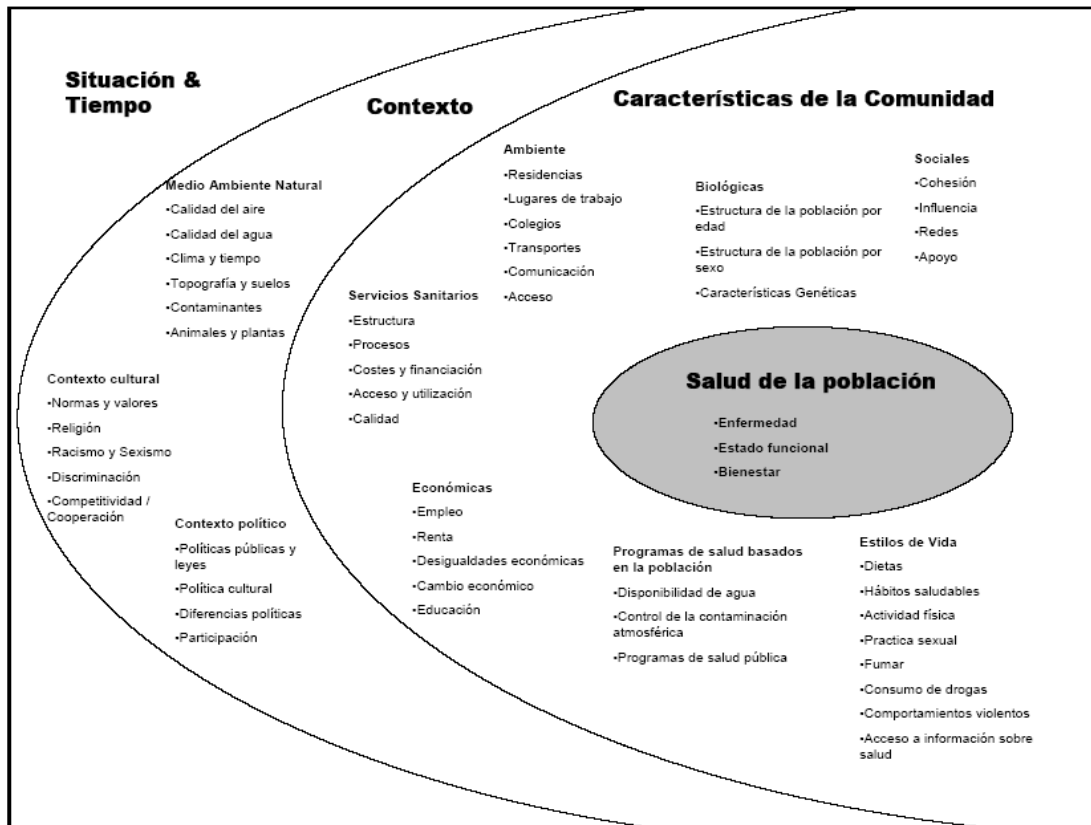
### **1.1. Introducción a la Geografía de la Salud.**

La instauración del nuevo concepto de salud, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, como estado completo de bienestar físico, mental y social y, no solamente como ausencia de enfermedad (OMS, 1948), significó la ampliación de las disciplinas que se ocupaban de ella, algunas desde el ámbito de las Ciencias Sociales. Los análisis sociológicos, antropológicos, económicos y geográficos han sido, y siguen siendo, abundantes, especialmente en los países anglosajones (como EEUU, Canadá, Reino Unido o Australia), y ponen de manifiesto que la salud depende de varios aspectos, entre los que destacan las decisiones políticas y técnicas, ya que la distribución equitativa de los servicios sanitarios, la normativa medioambiental o las políticas preventivas sobre conductas nocivas pueden incrementar los niveles de salud, y la eficacia de los cuidados médicos. La enfermedad no puede así tratarse aisladamente del contexto territorial, social y cultural.

En 2002 Friedman y cols. definen los principales aspectos que influyen en la salud de la población: situación y tiempo; contexto (Medio ambiente natural, contexto cultural y contexto político) y características de la comunidad (ambiente, servicios sanitarios, económicas, biológicas, programas de salud, sociedad, estilos de vida) (ver figura I.1.).

La perspectiva geográfica debe responder al reto que significa la participación en estudios interdisciplinarios de salud y de planificación de servicios sanitarios, con el fin de ayudar a los profesionales y técnicos de la salud a que apuesten por una Salud integral. La Geografía de la Salud como disciplina aporta explicaciones acerca de la distribución de la morbilidad y mortalidad, una metodología para la planificación integral de los servicios sanitarios y estudia los factores sociodemográficos que pueden relacionarse con comportamientos de morbilidad y mortalidad.

Figura I.1. Factores que influyen en la Salud.



Fuente: Adaptado de Friedman y cols., 2002.

En los últimos tiempos han aumentado los contenidos de la Geografía de la Salud incluyéndose nuevas áreas como la adaptabilidad al medio, la epidemiología o la evaluación de servicios. La realidad cotidiana presenta un abanico de nuevos factores de riesgo (contaminación, accidentes de tráfico, envejecimiento de la población, nuevos modos de vida...) que son necesarios diagnosticar y evaluar para una planificación integral basada en evidencias.

Olivera (1993) identifica hasta 7 líneas de investigación distintas dentro de la Geografía de la Salud:

- 1) Ecología de las enfermedades.
- 2) Cartografía de las áreas de incidencia de determinadas patologías y mortalidades específicas; pudiéndose realizar Atlas médicos.
- 3) Análisis de correlaciones, con el fin de identificar factores de riesgo a diferentes escalas geográficas, contrastando frecuencia de coincidencia espacial de enfermedades, procesos generadores y agentes.
- 4) Distribución de los niveles de salud y enfermedad como indicadores sociales.
- 5) Difusión de enfermedades en el espacio.

- 6) Estudios conjuntos de Geografía de la Alimentación y la Salud.
- 7) Análisis de los equipamientos y servicios sanitarios.

Estas 7 líneas de investigación se agrupan en 2 grandes áreas de investigación: Geografía Médica y la Geografía Asistencial, que forman una verdadera Geografía de la Salud, la cual permite abordar a la Salud desde una perspectiva integradora. Como señala Picheral (1976), el geógrafo debe tratar los fenómenos y los procesos patológicos y sociosanitarios desde una perspectiva espacial con una visión interrelacionada, global y sintetizadora. Difícilmente se puede hacer una buena planificación de servicios sanitarios si se desconocen los patrones de morbilidad de una población y de poco sirven unos equipamientos sanitarios abundantes si el problema radica en los riesgos medioambientales de efecto no agudo.

En muchos de estos aspectos, que atañen a la planificación sanitaria, ni la Geografía de la Salud, ni la Epidemiología, ni la Sociología tienen el enfoque exclusivo y, por ello es necesario realizar trabajos de equipo o transdisciplinares que faciliten la obtención de resultados integrados.

## **1.2. Desarrollo histórico de la Geografía de la Salud.**

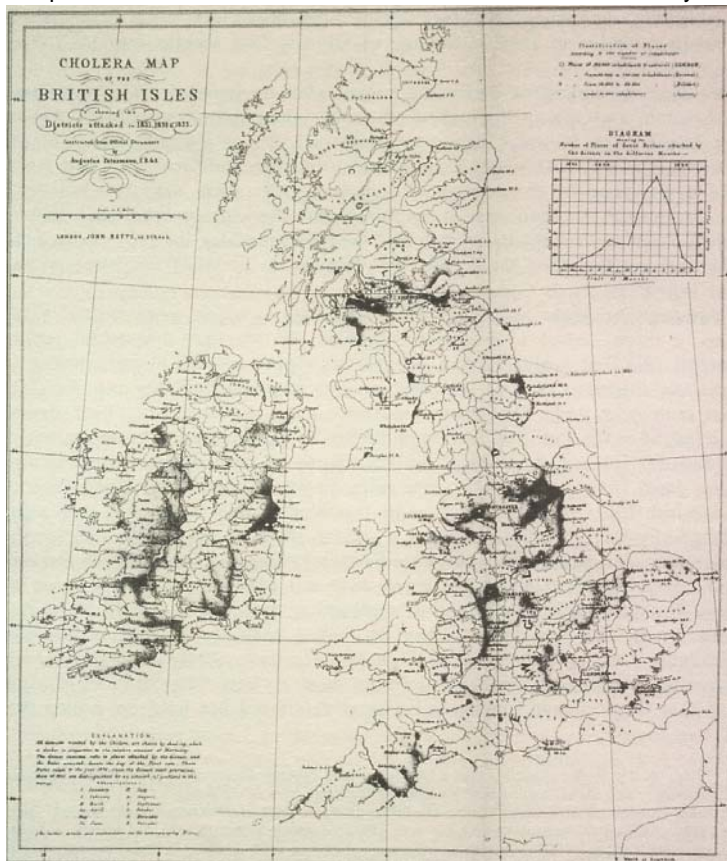
La mayoría de los historiadores señalan como origen del estudio de las relaciones entre salud y el medio ambiente al tratado Hipocrático "Air, Water, Places" que data de mitad del siglo V A.C.. Hipócrates representó a un gran número de médicos, que estudiaron las relaciones existentes entre las enfermedades y los factores ambientales. Entre los elementos ambientales que estudiaban figuran la dirección y fuerza del viento, los cambios estacionales, la escasez de agua, las altas temperaturas, la orientación de las ciudades y las condiciones térmicas.

El origen y la evolución de los estudios de Geografía Médica han sido revisados extensamente por Oliveira (1986), quien señala como inicio de estos estudios las "Topografías médicas", de finales del siglo XVIII, aunque su proliferación tuvo lugar en el siglo XIX, reduciéndose su producción en el siglo XX, al entrar en crisis el enfoque higienista.

La Geografía Médica se instaura como disciplina durante la primera mitad del siglo XIX, en la convergencia entre la Ciencia Médica reformista y la nueva Geografía Física. Estos primeros médicos estaban interesados en el estudio de la distribución territorial de las

enfermedades y de las condiciones medioambientales (Rupke, 2000). Durante esa época, en Alemania, Francia y Gran Bretaña, se produjeron un gran número de trabajos dentro del campo de la Geografía Médica (ver mapa I.1. en el que se representa la distribución del cólera en el Reino Unido entre 1831 y 1832). El mapa I.1 constituye un ejemplo de los mapas de enfermedades realizados durante el siglo XIX.

Mapa I.1. Distribución del cólera en el Reino Unido entre 1831 y 1833.



Fuente: (Camerini, 2000) Original en la Biblioteca Británica

Como señala Barret (2000), paradójicamente el número de geógrafos interesados en esta disciplina de la Geografía Médica era escaso, siendo los autores médicos en la mayoría de los casos. Esta nueva temática de estudio se superponía a la Epidemiología, la Topografía Médica, las Estadísticas Médicas y de manera especial a la Medicina Tropical y Colonial.

Dentro de estos autores cabe citar a August Hirsch como referente del siglo XIX en el estudio de las relaciones entre enfermedad y territorio. Hirsch se interesó especialmente por la Geografía de las patologías, como subdisciplina dentro de la Geografía Médica, aunque sin abandonar los conceptos geográficos como lugar, localización, área, región o territorio.

El reconocimiento oficial de la Geografía Médica se realizó en el Congreso Internacional de Geografía de Lisboa, en 1949, propiciado por la nueva definición de Salud ofrecida por la OMS, que ampliaba el concepto al bienestar físico, mental y social. Ese nuevo paradigma tuvo una fuerte influencia en los geógrafos. Así en 1950, May ampliaría los límites del complejo patológico, compuesto por los factores patológicos (agentes causales, vectores, anfitrión intermedio), a los que denominó “pathogens” y los factores geográficos físicos y humanos (culturales, demográficos, socioeconómicos), a los que llamó “geogens”. Para May la Geografía Médica significaba el estudio sistemático de las correlaciones existentes entre las enfermedades de la tierra y las enfermedades de la población. El objetivo seguía siendo la delimitación de las áreas de incidencia de las enfermedades infecciosas en el mundo y cartografiar su localización.

El cambio de paradigma científico médico a finales del siglo XIX (del paradigma higienista, de carácter colectivo y ecológico, al etiopatológico, de matiz individual, a raíz de los descubrimientos bacteriológicos) conjuntamente a la institucionalización de la sanidad y su posterior evolución, han tenido repercusiones territoriales, resultando hechos claves para comprender la actual situación sanitaria andaluza (López Lara, 2000). La influencia del paradigma neopositivista propició que los asuntos territoriales entraran a formar parte de los estudios de Geografía Médica, al considerar el equipamiento como medio para la restauración de la salud y, su carencia un factor patológico. A principios de los años 80, el estudio de la distribución y accesibilidad de los equipamientos sanitarios y los servicios médicos llega a representar aproximadamente el 30 % de las investigaciones. Esta nueva temática sumada a la temática física motivó un cambio de denominación de la disciplina, propuesto por la Comisión de Geografía Médica de la Unión Geográfica Internacional (UGI), durante el Congreso de Moscú (1976), pasando a denominarse Geografía de la Salud, concepto más amplio e integrador, como agregado de los contenidos de Geografía Médica y Geografía de los Servicios Sanitarios.

De este modo, la evolución de los contenidos en Geografía Médica durante el siglo pasado ha conducido a la instauración de la Geografía de la Salud como disciplina de gran desarrollo sectorial, especialmente en países anglosajones.

En los últimos tiempos, debido al interés despertado por los aspectos ligados al deterioro medioambiental, los estudios de Geografía de la Salud han experimentado un aumento de su popularidad al proporcionar métodos de análisis que permiten el estudio de las relaciones entre salud y medio ambiente (Rupke, 2000).

**II. INSTRUMENTOS Y  
METODOLOGÍAS EN  
GEOGRAFÍA DE LA  
SALUD**



## **1. INDICADORES DE SALUD.**

### **1.1. Concepto y definición.**

Los indicadores sanitarios, tanto de Salud como de servicios sanitarios, se convierten en vectores fundamentales para entender la realidad socioeconómica de las diferentes regiones (Geddes, 1987) junto a indicadores económicos, de educación y seguridad, que forman parte de la mayoría de los índices compuestos de bienestar social.

Los indicadores de Salud permiten a los planificadores sanitarios medir, comparar y analizar situaciones políticas, demográficas, económicas o sociales. Para ello, los indicadores de Salud deben definir de manera clara, sencilla e inequívoca la situación sanitaria existente en un territorio de referencia. Así la OMS (2002) define indicador como aquella variable, con características de calidad, cantidad y tiempo que permite medir directa o indirectamente estados que no podrían ser medidos de otra manera. Los indicadores permiten evaluar en qué medida se han cumplido los objetivos y metas marcadas por un programa, además de realizar comparaciones.

En los estudios sanitarios se constatan dos aproximaciones básicas para la obtención de datos sobre sistemas de atención y servicios: Arriba-abajo (Top-down) y Abajo-arriba (Bottom-up). La aproximación Arriba-abajo se basa en la comparación de indicadores generales y específicos de salud procedentes de bases de datos (p. Ej. Sistemas de Información Sanitarios). Por su parte la aproximación Abajo-arriba se basa en estudios de evaluación de servicios en la que los datos son recogidos in situ por un evaluador (Romero, 2000). Ambas fuentes de información pueden ser utilizadas, en muchas ocasiones, de manera conjunta ya que aportan información complementaria. La importancia relativa de ambos enfoques variará en función del desarrollo de los sistemas de información sanitaria, resultando la aproximación Abajo-arriba imprescindible en territorios con una baja o nula fiabilidad de la información procedente de sistemas de información.

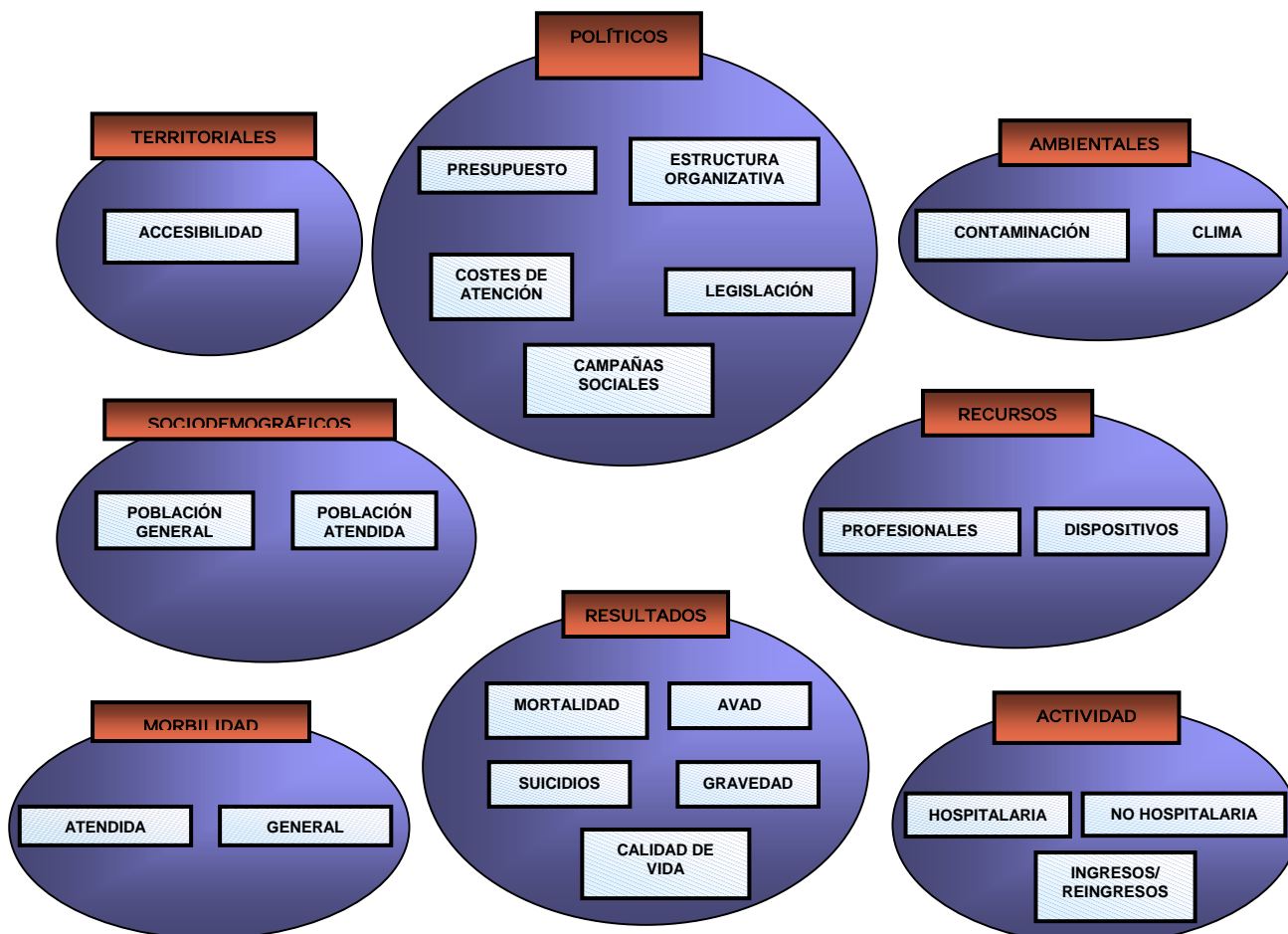
Los indicadores de atención sanitaria y estados de salud han sido utilizados para calcular indicadores compuestos que permiten establecer niveles de bienestar social de la población. Así el Índice de Desarrollo Humano (IDH), elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), constituye el índice más utilizado a nivel internacional para medir el nivel de bienestar de una sociedad. Dicho índice está compuesto por tres indicadores como son el nivel de instrucción, esperanza de vida al



nacer y el Producto Interior Bruto (PIB). En España, el Instituto Lawrence R. Klein (2001) ha realizado para la Fundación “La Caixa” un índice de bienestar social que consta a su vez de 12 índices, de los cuales 2 se refieren a aspectos relacionados con la salud y su atención (índice de salud e índice de servicios sanitarios). El índice de bienestar social de “La Caixa” constituye una referencia en España para realizar cualquier tipo de comparación acerca de las condiciones sociodemográficas y económicas existentes en un territorio dado. Sin embargo no permite la comparación longitudinal, ya que ha sido establecido recientemente, ni la comparación con otros países.

En la figura II.1. se representa una clasificación de indicadores de salud elaborado en función de 8 dominios que cubren los indicadores territoriales, los políticos, ambientales, sociodemográficos, de recursos, morbilidad, resultados y actividad.

Figura II.1. Clasificación de indicadores de salud.



<sup>1</sup> Fuente: Elaboración propia

1 AVAD (AVAD: Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad): la suma de los años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura y los años de vida perdidos por discapacidad para una determinada enfermedad (Murray y Lopez, 1996).

## **1.2. Desigualdades sociales en Salud.**

Se ha demostrado una clara correlación positiva entre muchos de los indicadores sociodemográficos de Áreas Sanitarias Pequeñas (ASP) con indicadores relacionados con la salud tanto a nivel internacional (Glover y cols., 1998; Jarman, 1984; Townsend y cols., 1982; Carstairs, 1981) como en España (Felicitias y cols., 2004; Benach, 1998 y 2001).

Ante la ausencia de indicadores sociodemográficos individuales se han utilizado indicadores sociodemográficos referidos a ASP que provienen en su mayoría de los distintos Censos de Población y Padrones Municipales. Así, en el Reino Unido se han utilizado fundamentalmente índices de marginación y pobreza (“deprivation index”) a partir de datos provenientes del Censo.

Las características sociodemográficas de una población están influenciadas por las condiciones culturales, históricas, políticas y territoriales. Por ello, resulta vital conocer la situación existente en un país o región en el momento de realizar un estudio de las características sociodemográficas de su población. No todos los indicadores sociodemográficos se pueden aplicar a todos los países de igual forma debido a que existen importantes diferencias culturales y sociales que influyen decisivamente en las variables. Así, en el Reino Unido la tasa de inmigración es una de las variables fundamentales a la hora de establecer áreas de riesgo de exclusión social. Sin embargo, este dato no ha empezado a cobrar importancia en España hasta fechas recientes (López Lara, 2003).

Desde la Escuela de Salud Pública de Harvard se realizó el proyecto “The Public Health Disparities Geocoding Project”, el cual constituye un referente en el estudio de las desigualdades sociales en salud en los EEUU. Este proyecto destaca la falta de datos sociodemográficos en los sistemas de prevención en Salud Pública donde tan sólo están disponibles datos sobre nacimientos y mortalidad.

### 1.3. Selección de indicadores.

#### 1.3.1. A nivel internacional.

En Europa, tres factores determinan la demanda urgente de un conjunto mínimo de indicadores que sean aplicables a nivel internacional: la armonización sanitaria, las reformas de salud en países del Este y el creciente desarrollo del modelo de gestión basado en la evidencia. Esta necesidad determinó en 1998 la creación, por parte de la Unión Europea, de un programa específico de proyectos para el establecimiento de indicadores de salud en Europa, cuyo estudio “European Community Health Indicators (ECHI)”, ha servido para desarrollar indicadores en áreas específicas del Sistema comunitario de información y de conocimientos en materia de salud (ECHI Working Group, 2001). Entre las áreas específicas en las que se han establecido listados de indicadores para la Unión Europea se encuentran la Salud Mental (Mental Health Economics, 2001; Proyecto Stakes, 2001), y otro en curso sobre indicadores de salud para personas con discapacidad intelectual (Proyecto POMONA 2002/203496). En la tabla II.1 figuran algunos proyectos científicos a nivel internacional para el establecimiento de un conjunto de indicadores de salud.

Tabla II.1. Ejemplos de proyectos de indicadores de salud a nivel internacional.

PROYECTOS DE INDICADORES DE SALUD A NIVEL INTERNACIONAL	
European Commission Health Indicators	ECHI, 2001
Setting up of a coherent set of health expectancies for the European Union (Euro-REVES)	Robine y Jagger, 2003
Health Indicators for people with Intellectual Dissability	Pomona, 2002

Fuente: Elaboración propia

#### 1.3.2. A nivel nacional.

En España, la demanda de indicadores de salud se ha relacionado en los últimos años con la necesidad de evaluar la equidad interterritorial en el Estado de las Autonomías, y se ve dificultada por la escasez de bases de datos integradas a nivel nacional. La evidencia ha puesto de manifiesto que en el Estado Español existen unos servicios de sanitarios con un grado muy dispar en cuanto a su desarrollo estructural y a su

implantación temporal, lo que da lugar a grandes desigualdades en la prestación de servicios entre unas Comunidades Autónomas y otras.

El Ministerio de Sanidad promulgó recientemente la “Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud” (Ley 16/2003) que nace ante las, cada vez mayores, diferencias interautonómicas existentes en materia de prestaciones sanitarias en el país. Entre los objetivos destaca la realización de un catálogo de prestaciones para que los ciudadanos cuenten con una serie de garantías sanitarias básicas, independientemente del lugar donde residan.

La citada ley establece el marco legal para la coordinación y cooperación entre las Administraciones sanitarias para garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el conjunto de los servicios de salud estatales y autonómicos. El término equidad se refiere, en dicho texto, a la garantía de acceso a las prestaciones y el derecho de protección de la salud en condiciones de igualdad en todo el territorio. El catálogo de prestaciones debe incluir el conjunto de servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción de la salud de la población española.

### **1.4. Fuentes de información sanitaria.**

#### **1.4.1. Sistemas de información sanitarios.**

En el sector sanitario, el registro de información es una actividad muy antigua y se ha considerado como un requisito prioritario para el conocimiento de las necesidades clínicas y asistenciales que presenta una población determinada (Moreno Küstner, 2005).

La OMS define un Sistema de Información Sanitaria como “una estructura para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, así como para la investigación y la docencia” (OMS, 1973).

En nuestro país, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III ha definido un Registro Sanitario como “un archivo de datos sistemático, continuado y recuperable de manera eficiente relativo a elementos de importancia para la salud, en una población definida, de modo que los elementos registrados puedan relacionarse con una población de base” (AETS, 2000).

Un Registro Sanitario puede considerarse como un tipo de Sistema de Información, aunque debe cumplir unos requisitos específicos que lo diferencian. Para que un Sistema de Información pueda considerarse Registro Sanitario la información que recoge debe ser individualizada, continuada en el tiempo y poder relacionarse con una población de base. Existen Sistemas de Información que recogen la actividad de los servicios de salud, como por ejemplo el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDH), orientados a la actividad asistencial, mientras que los registros de casos están centrados en los pacientes. Algunos Sistema de Información que se implantan temporalmente como las encuestas y otros estudios puntuales en el tiempo, no pueden ser considerados como Registro Sanitario, ya que en estos últimos la información debe ser recogida a lo largo del tiempo para permitir realizar un seguimiento de los datos.

Es necesario diferenciar entre el proceso de recogida de información en los servicios sanitarios (hospitalarios o no, privados o públicos) de las bases de datos propiamente dichas, en las que se presenta toda la información una vez procesada, aunque en ocasiones se tiendan a denominar ambos elementos de la misma manera (Sistema de Información Sanitario). Igualmente resulta importante señalar como el desarrollo de las herramientas informáticas y, especialmente, Internet, está modificando los sistemas de recopilación y almacenamiento de la información, aumentando la disponibilidad y distribución de la información que en gran medida pasa a ser on-line.

Existen varios ejemplos de bases de datos de salud que se pueden consultar on-line como la base de datos "European health for all" (HFA-DB) de la OMS (2004) o la base de datos de salud de la OECD (2004). La primera incorpora una gran variedad de indicadores de salud para los 51 estados miembros que componen el área de cobertura de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. Esta base de datos constituye una herramienta útil para la comparación y el estudio de la situación y tendencias de salud en los países europeos. Los datos son remitidos por los propios estados miembros o recogidos de otras organizaciones internacionales y su actualización es semestral. Los indicadores de la base de datos HFA-DB aparecen agrupados en los siguientes dominios de salud: Sociodemográficos; Morbilidad, discapacidad y altas hospitalarias; Mortalidad; Estilos de vida; Medio ambiente; Recursos de atención sanitaria; Utilización de recursos; Salud infantil y maternal

Por su parte en la base de datos de salud de la "OECD Health Data" se clasifica la información en distintos capítulos (OECD, 2004): estado de salud (mortalidad, morbilidad); recursos de atención sanitaria; utilización sanitaria (estancia media, altas, procedimientos

quirúrgicos); gastos sanitarios (gasto sanitario nacional, gasto en servicios médicos, dispensación de fármacos a pacientes no hospitalizados); financiación de la sanidad (financiación por distintas fuentes de fondos); protección social (gasto social, cobertura sanitaria); mercado farmacéutico; determinantes de la salud no ligados a la Medicina (estilos de vida, medioambiente: calidad del aire); características sociodemográficas (estructura de la población por edades, fuerza de trabajo, nivel educativo); situación económica (características macro-económicas).

En España el principal sistema de recopilación de información sobre la actividad hospitalaria que existe es el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDH). García Ortega y Almenara (2002) definen el CMBDH como un conjunto de variables obtenidas en el momento del alta, que proporcionan información sobre el paciente, su entorno, la institución que lo atiende y su proceso asistencial. El CMBDH registra información del episodio de hospitalización, recogiendo datos administrativos, demográficos y clínicos (SAS, 2002). La información contenida en el CMBDH incorpora la residencia de cada uno de los pacientes por lo que permite realizar estudios geográficos.

En la tabla II.2. se presentan algunos de los Sistemas de Información existentes a nivel internacional, nacional y autonómico.

Tabla II.2. Ejemplos de Sistemas de Información sanitaria a nivel internacional, nacional y regional.

<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA</b>	
<b>INTERNACIONAL</b>	
OECD Health Data 2004	OECD, 2004
European health for all database (HFA-DB)	OMS, 2004
<b>NACIONAL</b>	
Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDH)	García Ortega y Almenara, 2002
<b>ANDALUCÍA</b>	
Sistema de Información de Salud Mental en Andalucía (SISMA)	Garrido-Cumbrera, 2003 y Moreno Küstner, 2005

Fuente: Elaboración propia

Existen numerosos criterios para clasificar los Sistemas de Información. A grandes rasgos, la concreción de los Sistema de Información a un centro sanitario (u hospitalario), o a un territorio concreto (como un municipio) ha diferenciado los Sistemas de Información “de base hospitalaria” y “de base poblacional”. Los primeros recogen la información de los casos que acuden a uno o varios centros sanitarios, mientras que los segundos registran

los casos que pertenecen a un área geográfica definida cuya estructura demográfica se conoce, lo que permite calcular tasas de prevalencia e incidencia, es decir, su denominador o marco de referencia es toda la población (Regidor, 1998).

#### **1.4.2. Registros de casos.**

Ya en 1967, un informe de la OMS aclaraba que un Registro de Casos es algo más que notificar, ya que un registro requiere que se establezca una recogida permanente, que los casos sean seguidos, y que se elaboren estadísticas básicas sobre frecuencia y supervivencia. Además, los pacientes incluidos en el registro deben servir para estudios específicos (OMS, 1967).

Aunque el término registro ha sido utilizado ampliamente y de forma muy variable, los Registros de Casos han sido definidos por Brooke (1974) como “una colección documental que contiene información uniforme relativa a personas individualizadas, recogida de forma sistemática y exhaustiva para servir a un objetivo predeterminado”.

#### **1.4.3. Estudios epidemiológicos.**

La Epidemiología se define como el estudio de la distribución y determinantes de los estados de salud o eventos en poblaciones específicas, y la aplicación de este estudio al control de problemas de salud (John, 1995). En otras palabras, la Epidemiología ofrece un enfoque explicativo de por qué determinadas enfermedades o lesiones afectan más a unas poblaciones que a otras, y por qué se producen más en unos lugares y periodos que en otros. Dicho conocimiento es imprescindible para encontrar prácticas más eficientes que ayuden a prevenir y tratar los factores que condicionan el estado de salud.

El nacimiento de la forma de pensar epidemiológica está relacionado con los filósofos y físicos griegos hipocráticos en el siglo V A.C. Los hipocráticos eran conscientes del impacto del medio ambiente y del comportamiento en el estado de salud personal (Hipócrates, 1938). Los hipocráticos identificaron fuerzas que los epidemiólogos en la actualidad reconocen como principales determinantes de la salud humana.

Ian R.H. Rocket (1999), realiza una amplia revisión de la Epidemiología, señalando el nacimiento de la Epidemiología moderna con los estudios de dos físicos ingleses, John Snow y William Farr, y un físico húngaro, Ignaz Semmelweis, que consiguen llevar a cabo una epidemiología, no sólo descriptiva, sino también analítica o explicativa. John Snow

(1813-1858) estudió la distribución del cólera en Londres, y al contrario de la mayoría de sus colegas que pensaban que se debía a la baja calidad del aire (miasma), consiguió correlacionar dicha enfermedad al consumo de aguas contaminadas. Para dicha conclusión utilizó la localización de 300.000 individuos y la relacionó con las diferentes calidades de aguas y, en contra de los resultados de los estudios médicos previos, estableciendo como en hogares en los que se consumía agua contaminada la tasa de cólera era notablemente mayor que aquellos en donde el agua era limpia. William Farr (1807-1883), al igual que Snow (1855), estudió la distribución del cólera y la relacionó con la altitud que a su vez se relacionaba con la contaminación del agua. Ignaz Semmelweis (1818-1865) estudió el contagio de la fiebre puerperal, que la asoció con la higiene del personal hospitalario. Este hallazgo hizo mejorar drásticamente la higiene de todos los hospitales.

Para Ian R.H. Rocket (1999) la Epidemiología posee una dimensión descriptiva que incluye la identificación y documentación de patrones, tendencias y diferencias de salud, heridas, y otros fenómenos relacionados con la salud. Esta ciencia incluye también una dimensión analítica que estudia la etiología (causas) de cada fenómeno. Debido a que la salud se relaciona con un amplio espectro de factores, la Epidemiología es interdisciplinar. Tradicionalmente la Epidemiología se ha relacionado con Ciencias de la Salud y Biomédicas tales como la Biología, la Química, la Anatomía; ligada al uso de estadísticas o, más específicamente, bioestadísticas. Sin embargo, la búsqueda de soluciones a los problemas relacionados con la salud, ha propiciado la ampliación a otras disciplinas como las Ciencias Sociales, de la Comunicación, Ingeniería, Derecho, Cartografía, e Informática. La complejidad de los problemas de Salud ha ampliado el número de las especialidades dentro de esta disciplina, incluyendo la Epidemiología Clínica, La Epidemiología Genética, la Epidemiología Reproductiva, la Epidemiología del Traumatismo, la Epidemiología Medioambiental, la Epidemiología Social y la Epidemiología Veterinaria.

### A. Estudios epidemiológicos descriptivos

Los estudios descriptivos pueden ser clasificados en tres categorías de diseño de una investigación: estudio de casos, estudio cross-seccional y estudio de correlación.

#### A.1. Estudio de casos

Los estudios de casos son los más simples de los estudios descriptivos. Este tipo de estudios se utiliza por facultativos u otros profesionales sanitarios para describir una experiencia clínica excepcional. Los estudios de casos no pueden responder por sí solos.



Sin embargo, este tipo de investigación puede ofrecer teorías que estudios posteriores confirmen o anulen.

### A.2. Estudio Cross-seccional

Un estudio de salud de una población es cross-seccional cuando distintos investigadores recogen información simultáneamente de individuos que presentan una enfermedad dada y de individuos que no la presentan. Con los datos cross-seccionales es posible establecer si un comportamiento es más probable en pacientes con una enfermedad que en el grupo de comparación de personas sin la enfermedad.

### A.3. Estudio de correlación-SA

Este tipo de estudios suele ser más económico que los estudios cross-seccionales. Como los estudios de correlación no utilizan información a nivel del individuo, las relaciones resultantes entre variables pueden ser equivocadas debido a la falacia ecológica, o atribución de características de la población o de un grupo a un individuo.

## B. Estudios epidemiológicos analíticos

Existen principalmente dos tipos de estudios analíticos: cohorte y control de casos.

### B.1. Estudios de cohorte

Los estudios de cohorte siguen la pista sobre una enfermedad (u otro problema de salud) entre grupos de individuos que forman parte de una población concreta. Se asume que todos los individuos están libres de dicha enfermedad al inicio del estudio. Entonces estos individuos se agrupan de acuerdo a sus factores de riesgo de la investigación. Al final del estudio, se compara la tasa de incidencia en el grupo de riesgo con la tasa en el grupo sin riesgo.

### B.2. Estudios de control de casos

Dos grupos son diferenciados en función de su estado de salud: el grupo de casos con enfermedad y el grupo de control sin ella. Se reconstruyen las dos historias clínicas de los dos grupos que determinan que factores podrían explicar por qué un grupo desarrolla la enfermedad. Esta aproximación es inversa a la de los estudios de cohorte, que comienzan con los individuos libres de la enfermedad y se prolonga a lo largo del tiempo.

## 2. METODOLOGÍAS EN GEOGRAFÍA DE LA SALUD.

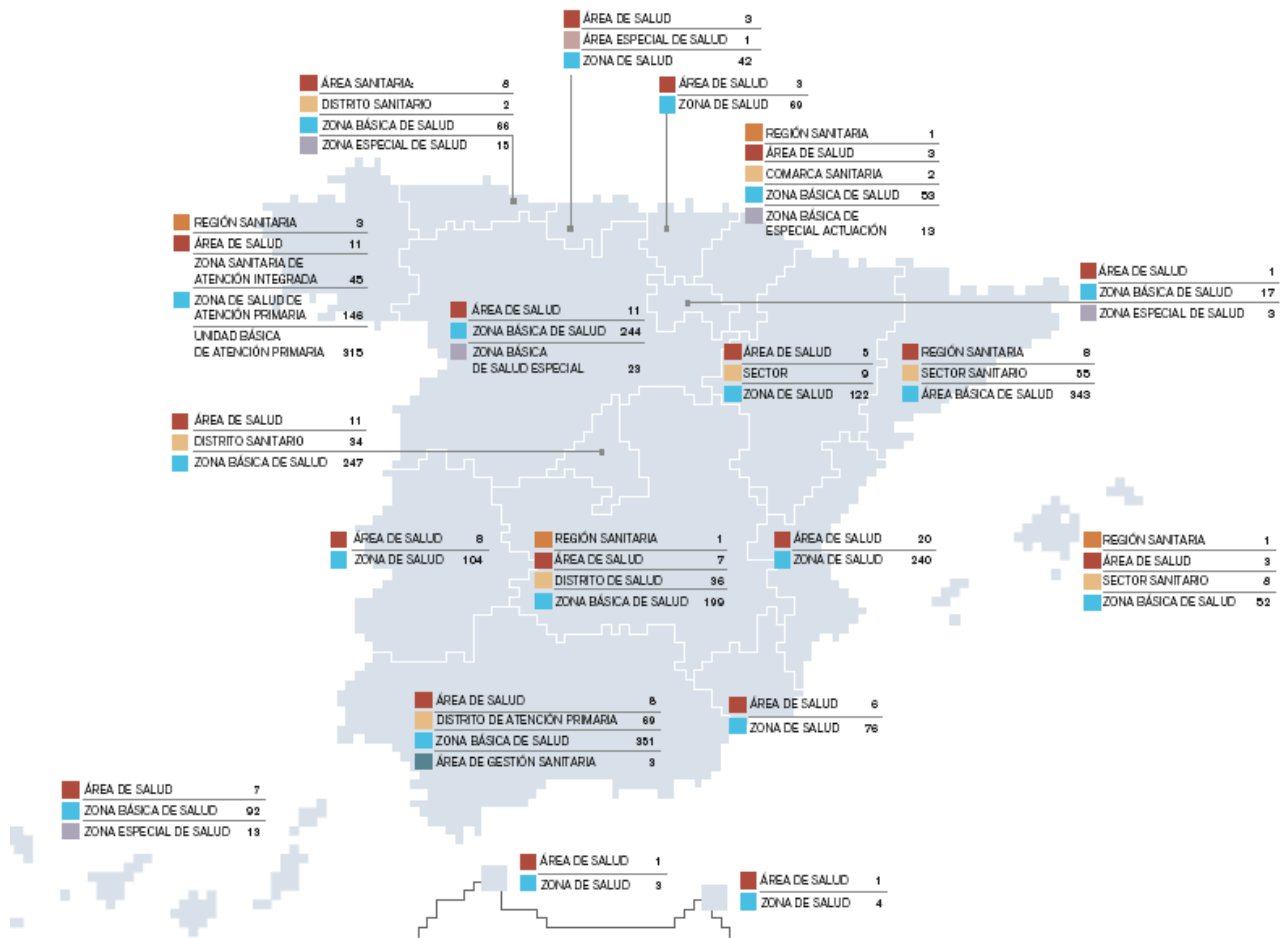
### 2.1. Zonificación y sectorización sanitaria.

La zonificación sanitaria nace contemporáneamente en muchas ciudades europeas y norteamericanas, conjuntamente desde la Salud Pública y el Urbanismo. Desde finales del siglo XIX, ambas disciplinas han ido evolucionando con similares objetivos, estrategias e indicadores, aunque se han mantenido siempre muy distantes. La zonificación territorial constituye la herramienta más importante para organizar y planificar los distintos usos del suelo, que resulta clave para reducir las desigualdades sociales en Salud Pública (Maantay, 2001).

Tanto la Ley General de Sanidad (Ley 14/86), como sucesivas disposiciones nacionales y autonómicas (Consejería de Salud, 1988 y 2002) recogen la importancia de la distribución territorial de los servicios sanitarios públicos. El conocimiento de la zonificación es particularmente relevante para el análisis de la equidad interterritorial, al menos en lo referente a disponibilidad y acceso a los servicios públicos, así como para entender la utilización de los mismos, efectuar comparaciones a nivel nacional e internacional y recoger e interpretar indicadores para la planificación sanitaria.

Sin embargo, resulta escaso el número de estudios que analizan los sistemas de zonificación sanitaria actualmente utilizados en España o en las diferentes cuestiones relacionadas con la misma. Recientemente el Ministerio de Sanidad y Consumo (2003) ha publicado el Atlas de la Sanidad en España, que utilizando un mapa de fondo, señala el número de áreas que conforman la organización territorial sanitaria en cada una de las CCAA (ver mapa II.1.).

Mapa II.1. Ordenación territorial de la sanidad en España.

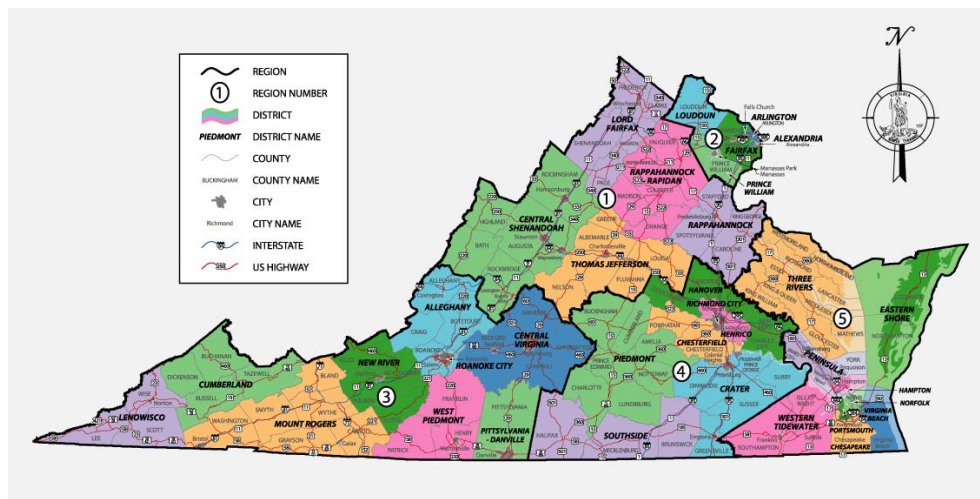


Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003

Sin embargo, el planteamiento no va acompañado de ningún tipo de análisis territorial descriptivo o comparativo. A esta falta de atención puede haber contribuido la enorme disparidad de gestión y de sistemas de ordenación territorial en las diferentes Comunidades Autónomas, la falta de acuerdo terminológico (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002), y el escaso interés prestado hasta fechas muy recientes por la Geografía de la Salud, a diferencia de lo acontecido en otros países del entorno como el Francia y el Reino Unido.

En el mapa II.2. se representan los Distritos Sanitarios y las Regiones Sanitarias que dividen territorialmente el Estado de Virginia (EEUU).

Mapa II.2. Regiones y Distritos Sanitarios en el Estado de Virginia (EEUU).



Fuente: Departamento de Salud del Estado de Virginia (EEUU), 2003.

Un hecho palpable en el desarrollo experimentado por el sector sanitario lo constituye “la exigencia por parte de la población de contar con ciertas dotaciones en su entorno ,y en una responsabilidad de las autoridades para llevar a cabo esas dotaciones” (Escobar, 1997). Esta exigencia procede de la aspiración por disfrutar de una “sociedad del bienestar” que queda satisfecha en la medida en que todos los ciudadanos tengan fácil acceso a servicios básicos como la salud. El acceso al que se refieren Moreno y Escolano (1992a) está estrechamente ligado al problema de la localización de servicios públicos, conceptualmente diferente al de los servicios privados (Thomas, 1986). La diferencia estriba en que los beneficios perseguidos a la hora de implantar un servicio público son de orden social, aspirando, lógicamente, a dar cobertura al mayor número de personas posible y de la forma más equitativa que se pueda, mientras la localización de servicios privados se rige por leyes mercantilistas de ajuste entre oferta y demanda (Parker y Srinivasan, 1976).

Entre los factores que definen la equidad territorial de una población respecto a un servicio público destaca la accesibilidad, en términos físicos, temporales y espaciales, dentro de unos umbrales considerados aceptables para la población a la que ese servicio va dirigido. Estudios anteriores han servido para caracterizar el territorio en función de dicha accesibilidad a los dispositivos asistenciales, mediante el cálculo de las distancias espaciales y temporales por parte de la población atendida ((López Lara, 1991; López-Lara y Garrido-Cumbrera, 2002 y 2003). La aplicación de este tipo de estudios permite una planificación de los servicios, en términos de localización y disposición, basada en la evidencia.

La accesibilidad, por su parte, constituye, como señalan Moreno y Escolano (1992b), uno de los tres condicionantes de uso del servicio sanitario. Estudios empíricos evidencian el descenso del uso de un equipamiento a medida que aumenta la separación entre lugar de oferta y localización del demandante potencial (López Lara, 1991).

Aunque en un futuro, quizá no lejano, es previsible que la distancia entre centro de servicios y domicilio del usuario pierda su importancia actual debido a la extensión de los tele-servicios y la asistencia domiciliaria, hoy por hoy continúa siendo una cuestión crucial en la planificación de cualquier servicio (Escobar, 1997). El espacio continúa jugando un papel fundamental en la aplicación de políticas de salud y en la búsqueda de equidad, por ello es un aspecto clave en la planificación sanitaria (Olivera, 1993). La zonificación de los servicios sanitarios ofrece las ventajas de descentralizar recursos, marcar responsabilidades territorializadas, facilitar la prestación de servicios y permitir su evaluación, con lo que se alcanza una mejor gestión y un mayor acceso.

La actual división del territorio español en áreas de salud responde a estos principios plasmados en la Ley General de Sanidad de 1986. Esta ley señala la necesidad de “establecer Áreas de Salud como unidad básica de responsabilidad en la estructura descentralizada del sistema”. Son numerosas, en esta ley, las alusiones a los temas geográficos, de localización y accesibilidad, que nos ocupan.

Por un lado, dicha Ley establece en su artículo tercero que la política de salud está orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. Por otro lado, en su artículo duodécimo, se señala que “los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español”. Finalmente, la Ley también establece los criterios que deberán guiar la delimitación de las áreas de salud, encomendada a las Comunidades Autónomas, atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, culturales, climatológicos, laborales, epidemiológicos y de dotación de vías y medios de comunicación. Como norma general se establece que el tamaño poblacional de dichas áreas no deberá superar los 250.000 habitantes ni ser inferior a los 200.000, lo que equivale a afirmar que el mapa sanitario deberá ser reorganizado periódicamente como consecuencia de cambios geográficos, pero sobre todo de cambios demográficos.

Debido a los años transcurridos y a los importantes cambios demográficos ocurridos en España desde la implementación de dicha ley y su consecuente delimitación de las áreas de salud, comienza a ser urgente el replanteamiento de dichas demarcaciones. Para ello se hace necesaria una evaluación de dichas áreas. Como paso inicial de esta evaluación, se aborda, en este estudio, una descripción y un análisis comparativo entre las divisiones sanitarias implementadas en cuatro Comunidades Autónomas. No hay que olvidar que la mejora en la gestión de los servicios de salud es un tema fundamental ya que “estamos hablando de un servicio básico que considera cuestiones tan importantes como la posibilidad de sobrevivir de un recién nacido o de cualquier persona tras un accidente” (Smith, 1979).

Es necesario tener en cuenta, que cada tipo de equipamiento sanitario, en función de su dimensión y de los servicios que presta, es deseado en proximidad o rechazado. Un centro de salud suele ser deseado y aceptado por la población, mientras que los hospitales de enfermedades infecciosas y psiquiátricos, así como los centros extra-hospitalarios de tratamiento externo de enfermos mentales, han sido sistemáticamente rechazados (Olivera, 1993).

Entre los objetivos de la planificación territorial de los servicios sanitarios destacan:

- La optimización de la distribución de los recursos.
- La descentralización y accesibilidad de los ciudadanos al sistema.
- El establecimiento de niveles mínimos necesarios de prestaciones a toda la población.
- El estudio de las necesidades futuras para poder adaptarlas a la creación de nuevos servicios sanitarios.

### **2.2. Estudios territoriales de Salud.**

El Instituto Geográfico Nacional define mapa como un documento que transmite información al usuario, que está codificada en forma de símbolos gráficos. Estos símbolos son puntos, líneas o superficies, que están definidos tanto por su localización en el espacio respecto a un sistema de coordenadas, como por alguno de sus atributos no espaciales.

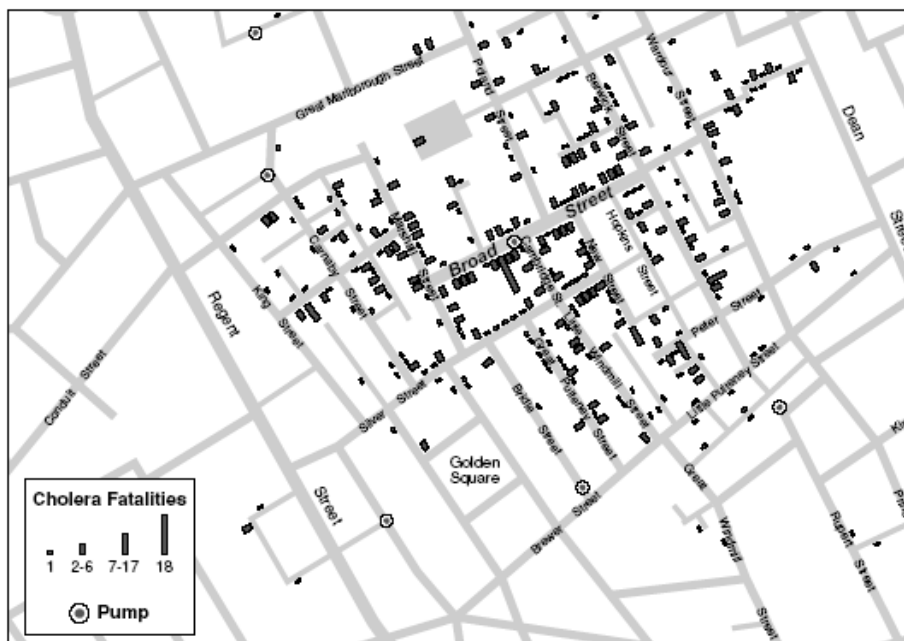
Los mapas son instrumentos accesibles y fáciles de entender para epidemiólogos, investigadores de Salud Pública y público en general, que muestran al instante información visual sobre los patrones espaciales de los datos de salud que ni las palabras ni las tablas estadísticas pueden fácilmente expresar (English, 1992; Feinleib, 1997).

A mediados del siglo XIX, John Snow (1855) desarrolló su hipótesis sobre la forma de transmisión del cólera a partir del análisis visual de los mapas que mostraban la distribución geográfica de su mortalidad en el Soho de Londres (ver mapa II.3), y en 1890 Palm obtuvo datos sobre la variación geográfica en la prevalencia de raquitismo en varios países, confirmando su hipótesis de que la causa de la enfermedad radicaba en la escasez de luz solar. A pesar de estos importantes resultados, y como señalan Benach y cols. (2001), muchos epidemiólogos pusieron en duda la utilidad de hacer mapas de áreas utilizando tasas, al fin y al cabo los datos ya habían sido publicados en forma de tablas. Sin embargo en las listas de datos no era posible apreciar patrones geográficos y con ello correlacionar patrones de morbilidad o de mortalidad con determinados hechos sociales o territoriales, es decir, con las características geográficas existentes en el territorio. Los mapas de salud resultan vitales en estudios de correlaciones espaciales entre determinantes fenómenos ambientales y sociales con la salud de la población.

Como señala Benach y cols. (2001), los mapas de enfermedades pueden aportar nuevas informaciones sobre la etiología de una enfermedad, su impacto en la población y los recursos disponibles para su tratamiento. Los Atlas de salud o de mortalidad pueden ser instrumentos útiles para aquellos epidemiólogos, geógrafos y planificadores sanitarios interesados en entender la distribución espacial de los indicadores de salud y la puesta en marcha de programas de prevención de tipo social y sanitario.

Hay que destacar que la mayoría de estudios epidemiológicos o geográficos relacionados con la salud utilizan como principal indicador la mortalidad y no indicadores de salud como la prevalencia atendida.

Mapa II.3. Distribución de casos de cólera detectados en Londres durante 1854.



Fuente: Snow, 1855

En España se constata un tímido interés por parte de las administraciones en realizar Atlas relacionados con la salud. Recientemente el Ministerio de Sanidad y Consumo (2003) ha publicado un Atlas de la Sanidad en España, que ha contado de escasa difusión, donde aparecen representados un amplio número de indicadores referidos a aspectos relacionados con la salud de la población española. Este trabajo constituye una radiografía de la situación de la salud y de los sistemas sanitarios en las CCAA de España. La información aparece representada mediante mapas, gráficos y diagramas de barras donde se compara la información a escala de Comunidad Autónoma. El Atlas muestra la información organizada en dos bloques que agrupan en 5 apartados cada uno; el primer bloque relacionado con la salud (población, estilos de vida, seguridad alimentaría, accidentes, estado de salud, mortalidad) y el segundo con los servicios sanitarios (atención sanitaria, investigación biomédica, medicamentos y recursos económicos). Este trabajo supone un reconocimiento a nivel nacional de la necesidad de utilizar métodos geográficos para la representación y análisis de indicadores sanitarios.

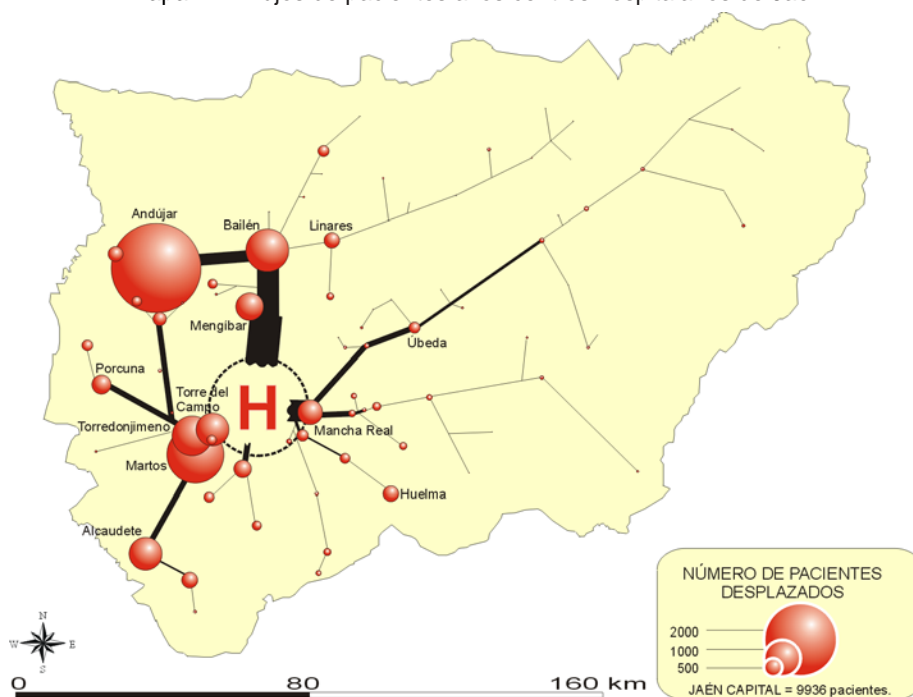
En España encontramos un mayor número de mapas de mortalidad (López-Abente y cols., 1984 y López-Abente y cols., 1996; Benach y cols., 2001) en relación a la publicación en varios países de Atlas de mortalidad (Walter y Birmie, 1991). Este tipo de Atlas no sólo ha permitido mostrar los patrones generales de la mortalidad sino también identificar áreas de alto riesgo. Las temáticas de estos Atlas ha sido el cáncer con la publicaciones de López-Abente y cols. (1984 y 1996) y un Atlas de mortalidad por todas las causas (Benach y cols., 2001). Los estudios de mortalidad realizados en España por



Benach (1998 y 2001) han mostrado que existe correlación entre variables socioeconómicas, representados mediante indicadores sociales como el desempleo, el analfabetismo, el hacinamiento, el número de trabajadores manuales y la mortalidad. Se ha comprobado cómo las áreas más meridionales de España suelen ser las que presentan peores indicadores sociales (Benach y cols., 1998).

López Lara (1991 y 2000) ha realizado estudios de referencia para la Geografía de la Salud en España, con el exhaustivo análisis de la realidad sanitaria en Andalucía. En estos trabajos se estudian, utilizando abundante cartografía, las características que configuran y organizan el territorio sanitario andaluz, la morbilidad atendida, la distribución de los servicios de atención primaria y especializada o el análisis de los flujos de pacientes hospitalarios. En el Mapa II.4 se representa los flujos de pacientes atendidos en los centros hospitalarios de la provincia de Jaén.

Mapa II.4. Flujos de pacientes a los centros hospitalarios de Jaén.



Fuente: López Lara, 2000.

Aracil (1991) analiza la organización territorial de la sanidad en España, revisando las experiencias seguidas en las CCAA de Andalucía, Cataluña, Galicia y Madrid. En este trabajo se destaca la dificultad de realizar comparaciones entre CCAA debido a la carencia de una metodología consensuada y única para la delimitación de las distintas unidades territoriales.

Arniella Pérez (2004) realiza una revisión de los distintos usos de las metodologías y herramientas en Geografía de la Salud a la planificación de la Salud Pública en Cuba. En dicho trabajo se señalan distintas contribuciones en el área de higiene y epidemiología por parte de geógrafos. Se destaca el aspecto social del Sistema de Salud cubano que favorece el trabajo con grupos multidisciplinares y en los que se favorece la participación de geógrafos.

Por su parte en la tabla II.3. aparecen señalados algunos de los estudios territoriales relacionados con la salud en el ámbito internacional, nacional y autonómico.

Tabla II.3. Ejemplos de estudios territoriales relacionados con la salud y la mortalidad

<b>ESTUDIOS TERRITORIALES DE SALUD Y MORTALIDAD</b>	
<b>INTERNACIONAL</b>	
Mapping Mortality and Morbidity Patterns: An international Comparison	Walter y Birnie, 1991
Geocoding Project Monograph	Harvard School of Public Health, 2004
Caracterización del impacto social de las investigaciones que realiza el geógrafo de la Salud Pública	Arniella Pérez, 2004
<b>NACIONAL</b>	
Geografía de la Salud	Olivera, 1993
Zonificación sanitaria y mapa de Salud.	Aracil Rodríguez, 1991
Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en España	Benach y cols., 1998
<b>ANDALUCÍA</b>	
Salud y Territorio	López Lara, 1991

Fuente: Elaboración propia

### 2.3. Sistemas de Información Geográfica (SIG) de la Salud.

Los Sistemas de Información Geográfica (SIG, o, en la denominación anglosajona Geographical Information Systems, GIS), pueden definirse como programas que almacenan, gestionan, manipulan y representan gráficamente datos con algún tipo de componente espacial (Chuvienco, 1996). LA OMS define los SIG como un gestor de bases de datos y de tecnología cartográfica capaz de organizar y almacenar grandes cantidades de información con distintos objetivos. Los SIG incorporan a la tecnología de la información la dimensión geográfica proporcionando un interfaz entre los datos y los

mapa (OMS, 2004). Ello facilita la presentación de la información para que, entre otras cuestiones, los políticos puedan decidir de forma rápida, eficaz y efectiva. Esto significa que la información que alberga está referenciada geográficamente, ya se trate de mapas o datos referidos a un territorio concreto, por lo que todas estas variables pueden relacionarse mutuamente de formas muy diversas. Por cuanto la información que contienen se almacena en formato digital, los SIG pueden aprovechar las posibilidades analíticas de los ordenadores, facilitando múltiples operaciones que resultan difícilmente accesibles por medios convencionales: generalización cartográfica, integración de variables espaciales, modelado del relieve, análisis de la vecindad,... Además los SIG permiten almacenar esa información espacial de forma eficiente, facilitando su actualización y acceso directo al usuario.

Durante los años 1960 y 1970 surgieron nuevas tendencias en la forma de utilizar los mapas para la evaluación de recursos y la planificación del uso de la tierra. Dándose cuenta de que los diferentes aspectos de la superficie de la tierra no eran independientes entre sí, se empezó a reconocer la necesidad de evaluarlos de una forma integrada y multidisciplinaria. Una manera de hacerlo era simplemente superponer copias transparentes de mapas de recursos sobre mesas iluminadas y buscar los puntos de coincidencia en los distintos mapas de los diferentes datos descriptivos.

Posteriormente, esta técnica se adaptó a la emergente tecnología de la informática con el procedimiento de trazar mapas sencillos sobre una cuadrícula de papel ordinario, superponiendo los valores de esa cuadrícula y utilizando la superimpresión de los caracteres de la impresora por renglones para producir tonalidades de grises adecuadas a la representación de valores estadísticos, en lo que se conocía como sistema de cuadrículas. Sin embargo, estos primeros métodos no estaban lo suficientemente perfeccionados como para ser aceptados por los cartógrafos.

A finales del decenio de 1970 la tecnología del uso de ordenadores progresó rápidamente en cartografía, y se perfeccionaron cientos de sistemas informáticos para distintas aplicaciones cartográficas. Al mismo tiempo, se estaba avanzando en una serie de sectores conexos, entre ellos la edafología, la topografía, la fotogrametría y la teledetección. En un principio, este rápido ritmo de desarrollo provocó una gran duplicación de esfuerzos en las distintas disciplinas conexas, pero a medida que se multiplicaban los sistemas y se adquiría experiencia, surgió la posibilidad de articular los distintos tipos de elaboración automatizada de datos espaciales, reuniéndolos en verdaderos Sistemas de Información Geográfica para fines generales.

A principios del decenio de 1980, el SIG se había convertido en un sistema plenamente operativo, a medida que la tecnología de los ordenadores se perfeccionaba, se hacía menos costosa y gozaba de una mayor aceptación. Actualmente se están instalando rápidamente estos sistemas en los organismos públicos, los laboratorios de investigación, las instituciones académicas, la industria privada y las instalaciones militares y públicas.

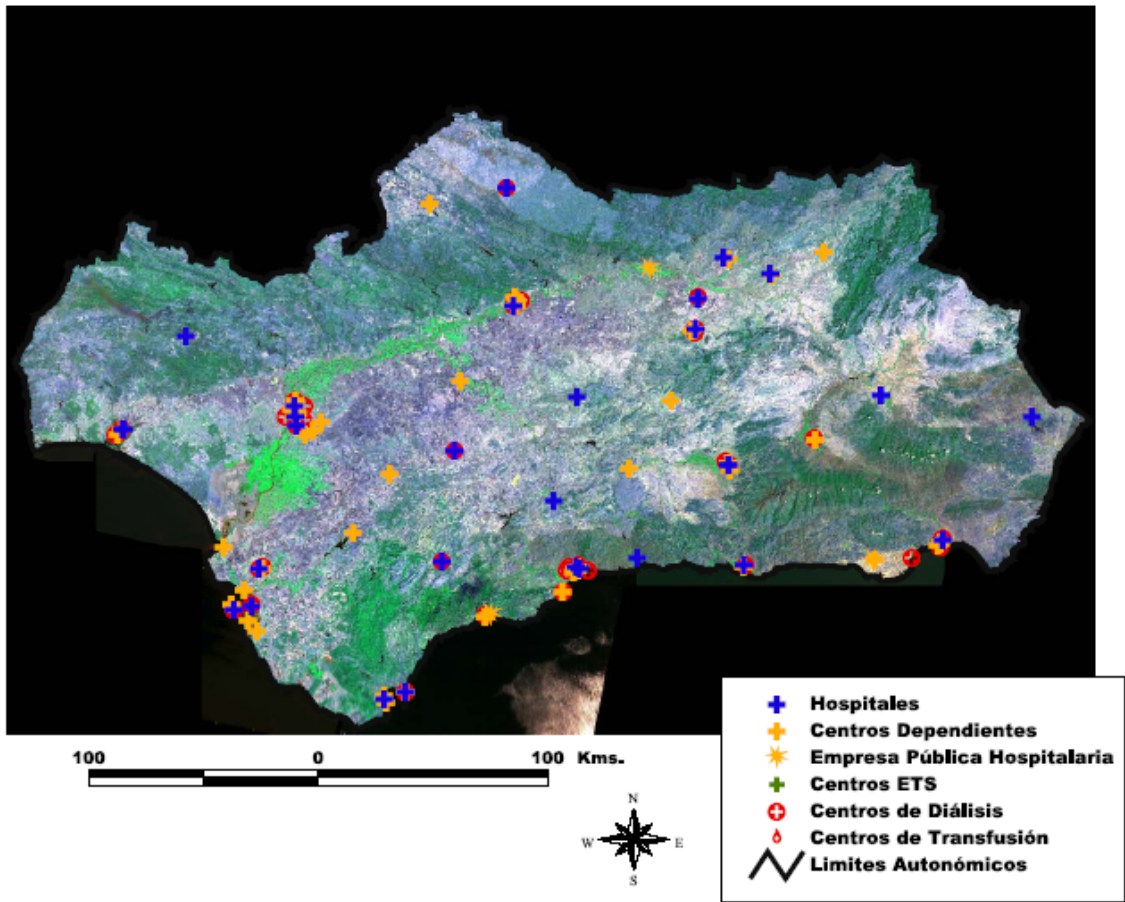
Como señalan Benach y cols. (2001), los Sistemas de Información Geográfica (SIG) han supuesto una revolución en los estudios epidemiológicos posibilitando la comparación sistemática de los patrones de enfermedad con los factores sociodemográficos o ambientales de riesgo.

En España, los Sistemas de Información Geográfica (SIG) están siendo aplicados, aunque de manera muy desigual, al análisis y planificación de la salud. Así desde algunas CCAA como la andaluza se han desarrollado proyectos para la creación de SIG aplicados a la planificación de la Salud Pública (p. Ej. Sistema de Información Geográfica de la Salud - SIGAS o Sistema de Información Geográfica del Sistema Sanitario Público de Andalucía- SIGSSPA) (ver mapa II.5), mientras otras CCAA han comenzado recientemente a diseñar SIG aplicados al campo sanitario (p. Ej. en la Comunidad de Madrid el SIG de la salud ambiental).

Se hace necesario establecer vías de cooperación directa entre las distintas CCAA y Consejerías mediante el desarrollo e intercambio de las aplicaciones de Sistemas de Información Geográfica (SIG) en áreas de Salud Pública; la recogida, estandarización y validación de la información estadística y cartográfica; así como el diseño y la elaboración de materiales de formación para la creación de una red de usuarios de SIG consistente dentro del Sector Salud.

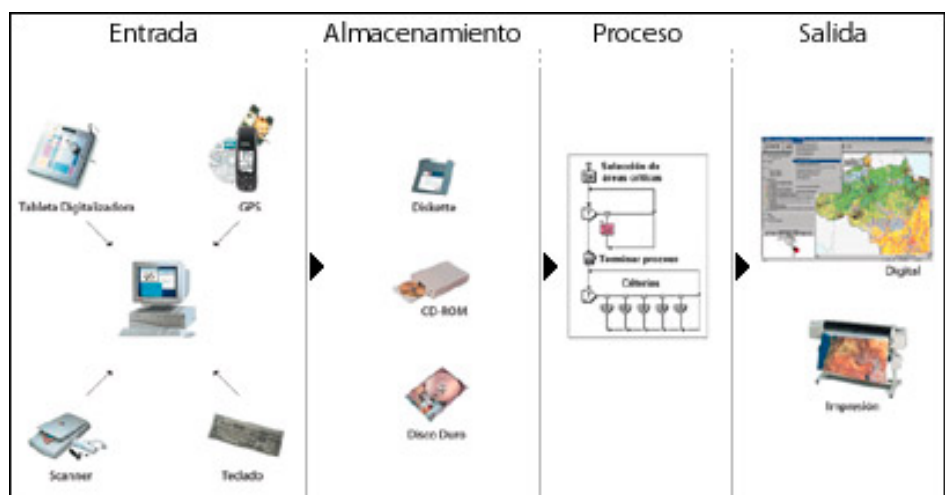
A nivel internacional destacan proyectos relacionados con los SIG en el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El objetivo del proyecto de la OPS sobre Sistemas de Información Geográfica en Epidemiología y Salud Pública (SIG-EPI) es apoyar análisis epidemiológicos por parte de los profesionales sanitarios de los países sudamericanos. Esta herramienta informática está permitiendo tanto el análisis del estado actual y evolución de aspectos relacionados con la salud de la población, como la evaluación de la efectividad de las intervenciones y la toma de decisiones en planificación sanitaria (ver figura II.2).

Mapa II.5. Representación cartográfica de Hospitales, empresas públicas, centros de transfusión sanguínea, centros de diálisis y de Enfermedades de Transmisión Sanguínea (ETS) del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en el Sistema de Información Geográfica Andaluz de la Salud (SIGAS).



Fuente: Proyecto SIGAS, 2000.

Figura II.2. Actividades relacionadas con el tratamiento de la información por parte del SIG-EPI (OPS, 2004).



Fuente: OPS, 2004

El programa de la OMS “Public Health Mapping Programme” tiene como principal objetivo la evaluación de las necesidades en Salud Pública en el continente africano y en el Sudeste

Asiático, aunque desde el 2000, que se está extendiendo a otros continentes a través de la Red “WHO Public Health Mapping Network”.

El sistema “HealthMapper” permite la estandarización, clasificación y actualización de datos epidemiológicos y de Salud Pública además de la creación de mapas específicamente diseñados para usuarios de la Salud Pública.

En la tabla II.4. se presentan algunos de los proyectos de creación y/o aplicación de Sistemas de Información Geográfica (SIG) a la gestión y planificación en el ámbito de la salud a nivel internacional y nacional.

Tabla II.4. Ejemplos de proyectos sobre Sistemas de Información Geográfica (SIG) aplicados a la salud a nivel nacional e internacional.

<b>PROYECTOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA (SIG) EN SALUD INTERNACIONAL</b>	
HealthMap	OMS, 2004
Public Health Mapping Programme	OMS, 2004
Sistema de Información en Epidemiología y Salud Pública (SIG-EPI)	OPS, 2004
<b>NACIONAL (CCAA)</b>	
SIG del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SIGSSPA)	Consejería de Salud. Junta Andalucía, 2004
Sistema de Información Geográfica Andaluz de la Salud (SIGAS).	Fundación Progreso y Salud. Junta Andalucía, 2001
SIG de la salud ambiental	Instituto de Salud Pública. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid, 2003

Fuente: Elaboración propia

#### 2.4. Atlas de Salud.

El primer gran Atlas consistió en el Atlas Físico (Physikalischer Atlas) de Heinrich Berghaus que contenía un conjunto de 90 mapas temáticos (Heinrich, 1848). El mapa de enfermedades, que se incluye dentro de este Atlas, es considerado un referente para la Cartografía Médica pues representa el primer mapa, incluido en un Atlas, que representa la distribución geográfica de las epidemias y de las enfermedades endémicas a escala mundial.

Existen distintos Atlas relacionados con la salud que en función de su temática pueden clasificarse en los siguientes grupos:

- I. Atlas de Bienestar Social: Atlas que representan cartográficamente aspectos relacionados con la calidad de vida y en los que se incluyen indicadores relacionados con salud de la población, los recursos de atención sanitaria y la actividad desarrollada. Por ej. el Atlas Digital de Bienestar Social en España (Requés, 2001).
- II. Atlas de Mortalidad: los desequilibrios territoriales en mortalidad ha sido uno de los aspectos más cartografiados. Por ej. el Atlas de Mortalidad de EEUU (Pickle y cols., 1996) o el Atlas de Mortalidad en Áreas Pequeñas en España (Benach y cols., 2002).
- III. Atlas de Morbilidad: estos Atlas están referidos a determinadas patologías. Por Ej. el Atlas del cáncer en España (López-Abente y cols., 1984).
- IV. Atlas de Recursos Sanitarios: estos Atlas evalúan y comparan la disponibilidad de recursos en distintos territorios. Por ej. Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo de la OMS (2001) o el Atlas de Salud Mental de la OMS (2005).

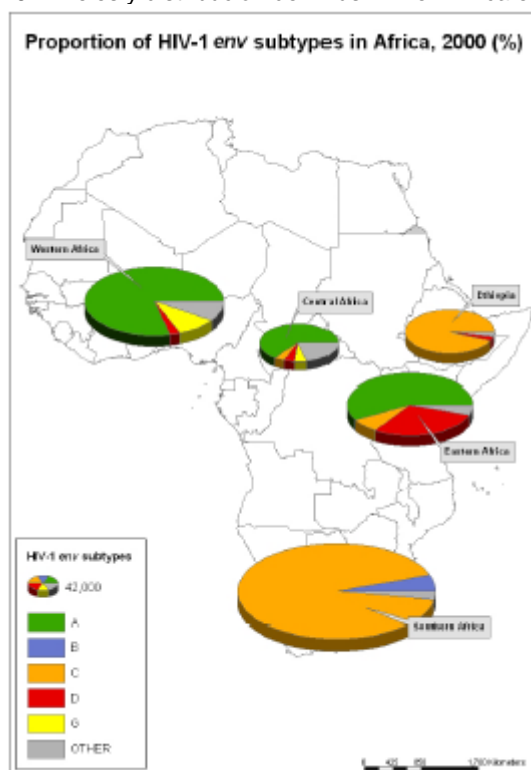
Destaca el Atlas de Mortalidad del Reino Unido (Dorling, 1997) en el cual se muestran los cambios en las tasas de mortalidad entre 1950 y 1990 y el Atlas de Mortalidad de los EEUU (Pickle y cols., 1996) que supuso el primer Atlas de mortalidad en los Estados Unidos realizado a escala de áreas pequeñas.

El Atlas de Dartmouth ha aglutinado la realización de un conjunto de Atlas referidos a distintos estados que componen los EEUU como New England States, Middle Antlantic States, Great Lakes States, Great Plains States, Mountains States, Pacific States. Dicho proyecto fue realizado desde el Centro para la Evaluación de las Ciencias Clínicas del Colegio Médico creado en Dartmouth en 1989. La Facultad incluye a un grupo interdisciplinar de investigadores derivados de campos como la Epidemiología, la Estadística, la Economía, la Sociología Médica, la Geografía de la Salud y la Medicina. El objetivo principal de este centro es la adecuada descripción del sistema de atención sanitaria en los EEUU.

El Atlas de Salud de Enfield & Haringey y Barnet Health Authorities muestra cartográficamente información de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes de tráfico, salud mental, Atención Primaria y desequilibrios territoriales en un territorio perteneciente al Reino Unido (NHS, 2001).

Es importante señalar que dos hechos están modificando las técnicas de realización y consulta de grandes Atlas: el desarrollo de las bases de datos, la aparición de los SIG y el acceso, cada vez mejor, a Internet. Así muchos de los proyectos de Atlas de salud que encontramos se presentan junto a grandes bases de datos y SIG que permiten realizar un número cada vez mayor de operaciones. Un claro ejemplo lo constituyen el Atlas realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Atlas de la OMS “Global Atlas of infectious diseases”. El primero pretende identificar los factores que determinan las desigualdades sociales en salud, así como el establecimiento de fórmulas que permitan su reducción. El Atlas de la OPS aglutina una serie de mapas temáticos referidos al área que muestran las distintas situaciones sanitarias a nivel regional para establecer áreas de intervención prioritarias. Por su parte el “Global Atlas of infectious diseases” presenta indicadores relativos a enfermedades infecciosas a escala nacional e internacional como el VIH / SIDA (ver mapa II.6) o la tuberculosis; enfermedades en vías de erradicación como la lepra; o enfermedades emergentes como la meningitis.

Mapa II.6. Niveles y distribución del virus VIH en África en 2000.



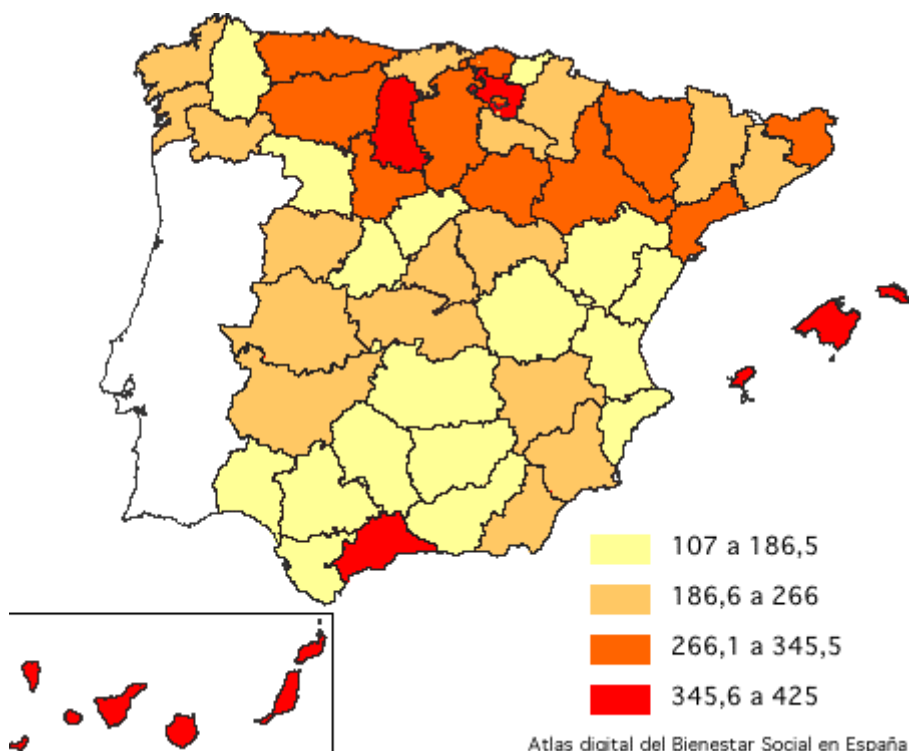
Fuente: HealthMapper (OMS, 2004)

El Atlas Digital del Bienestar Social en España reúne una gran cantidad cartografía temática que representan la distribución de indicadores sociales, demográficos y económicos provenientes de la aplicación “Indicadores Sociales de España: disparidades



provinciales (1997)” del Instituto Nacional de Estadística (INE). La información aparece clasificada en 10 apartados temáticos referidos a la población, educación, trabajo, salud, actividad económica, renta y condiciones de vida, equipamientos, viviendas, recursos naturales y cohesión social. A pesar de no ser estrictamente un Atlas de salud, la gran cantidad de información referida a la atención sanitaria, lo hace un instrumento interesante para el conocimiento de la situación sanitaria en España. Concretamente 75 de los 400 indicadores totales se refieren a la salud, aportando información sobre aspectos como el gasto farmacéutico, los recursos sanitarios, la actividad registrada y la mortalidad. En dicho Atlas se incluyen tres indicadores específicos de Salud Mental que son la tasa de pacientes con diagnóstico de trastornos mentales dados de alta en hospitales (ver mapa II.7), la tasa de mortalidad por trastornos mentales; y el número de consultas externas de Salud Mental.

Mapa II.7. Distribución provincial de los enfermos con diagnóstico de trastornos mentales dados de alta en los hospitales españoles por 100.000 habitantes (1991).



Fuente: Atlas digital del Bienestar Social en España (Requés, 2001)

La información aparece desagregada a nivel provincial por lo que los resultados son más generales que a otros niveles como el comarcal o municipal. Sin embargo, las características de la fuente utilizada justifica la selección de la escala.

En la tabla II.5. se recogen algunos de los Atlas relacionados con el estudio de áreas relacionados con la salud como la salud mental, la mortalidad o bienestar social.

Tabla II.5. Ejemplos de Atlas sobre salud, salud mental, mortalidad y de bienestar social a nivel internacional y nacional.

<b>ATLAS DE SALUD, MORTALIDAD Y BIENESTAR SOCIAL</b>	
<b>INTERNACIONAL</b>	
“Global Atlas of infectious diseases”	OMS, 2004
“Atlas of Deprivation Indices in West Sussex”	The West Sussex Public Health Observatory, 2002
Atlas de indicadores básicos de la salud	OPS, 2001
“The Health Atlas - Annual Health Report 2001. Enfield & Haringey y Barnet Health Authorities”	Department of Health, 2001
“The Dartmouth Atlas of Health Care”	Center for the Evaluative Clinical Sciences, 1998
“The North Carolina Health Atlas”	North Carolina State Center for Health Statistics. EEUU
“Atlas of United States mortality”	Pickle y cols., 1996
<b>NACIONAL</b>	
Atlas de la Sanidad en España	Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003
Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995)	Benach y cols., 2001
Atlas digital del Bienestar Social en España	Requés, 2001
Atlas del cáncer y otras causas en España	López-Abente y cols., 1984 y 1996

Fuente: Elaboración propia



### **III. ESTADO DE LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL**



## 1. INTRODUCCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES.

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. No son sólo variaciones dentro de la “normalidad”, sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Un episodio de comportamiento anormal o un breve periodo de afectividad anormal no son signos, por sí solos, de la existencia de un trastorno mental o del comportamiento. Para clasificarse como trastornos, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, y deben causar cierta angustia personal o alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida. Los trastornos mentales y conductuales se caracterizan también por síntomas y signos específicos, y suelen seguir una evolución espontánea más o menos previsible, salvo si se llevan a cabo intervenciones terapéuticas. No todos los casos de angustia humana son trastornos mentales. Los individuos pueden estar angustiados debido a circunstancias personales o sociales, pero, si no se satisfacen todos los criterios fundamentales para un trastorno en concreto, esa angustia no es un trastorno mental. No son lo mismo, por ej., un bajo estado de ánimo y la depresión diagnosticable. Las diversas formas de pensar y comportarse en las distintas culturas pueden influir en la manifestación de los trastornos mentales, pero no son, por sí mismas, indicativas de trastorno. Por consiguiente, las variaciones normales determinadas por la cultura no deben etiquetarse como trastornos mentales, ni las creencias sociales, religiosas o políticas pueden considerarse pruebas de un trastorno mental.

La Salud Mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque nos queda todavía mucho que aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo.

La promoción de una buena Salud Mental en todos los miembros de la sociedad es, sin duda, un objetivo importante, pero todavía queda mucho por aprender acerca de cómo lograr este objetivo. A la inversa, se dispone hoy día de intervenciones eficaces para

diversos problemas psíquicos. Debido al gran número de personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento, muchas de las cuales no reciben nunca tratamiento, y a la carga que se deriva de estas enfermedades no tratadas, esta investigación se centra en los trastornos mentales y del comportamiento, no en el concepto más amplio de Salud Mental.

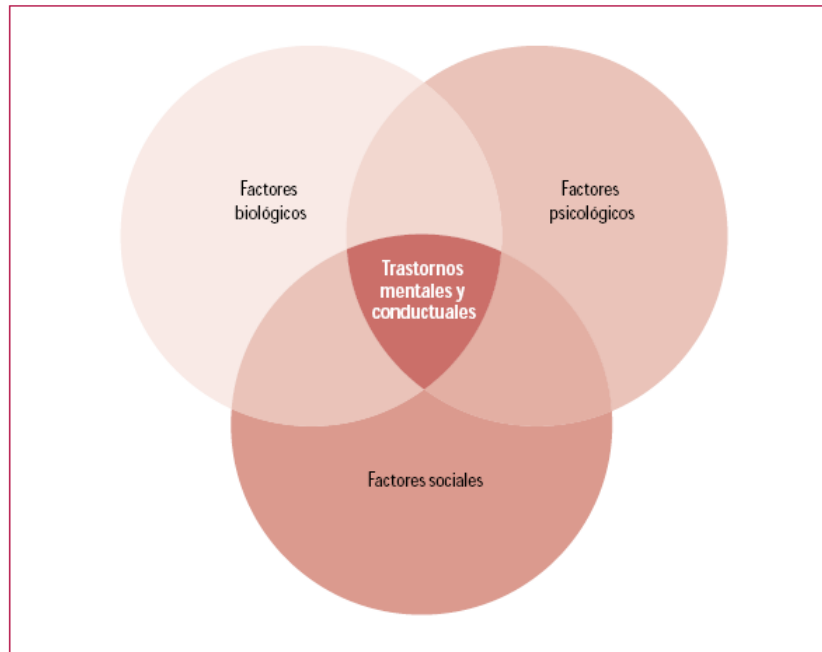
La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de los trastornos mentales y del comportamiento comprende una relación completa de descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de todos los trastornos mentales y conductuales (OMS, 1992). Los síntomas de los trastornos mentales varían sustancialmente, pero estos trastornos se caracterizan en términos generales por alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás. Como ejemplos de trastornos mentales cabe citar la esquizofrenia, la depresión o la neurosis obsesiva.

Los trastornos mentales afectan tanto a la definición de la necesidad asistencial, como al propio proceso asistencial, creando en los gestores sanitarios, generalmente poco conocedores de la Psiquiatría, una cierta inseguridad. Entre ellas habría que destacar (Muñoz y cols., 2000):

- a) La cronicidad y recurrencia de la gran mayoría de los trastornos psiquiátricos, especialmente de los más severos, y las discapacidades asociadas frecuentemente al proceso de enfermedad que afectan al área personal, familiar, social y laboral.
- b) La evolución de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento modulada en muchas ocasiones por factores ajenos a la propia patología y que tienen que ver con el entorno familiar o social.
- c) La relación entre diagnóstico y necesidad asistencial no resulta frecuentemente clara ni unívoca.
- d) Las necesidades asistenciales pueden ser múltiples y muy variables a lo largo de todo el proceso asistencial, con implicación de los servicios sociales y de otras administraciones.
- e) La elevada dependencia de los servicios sanitarios.
- f) El proceso asistencial de la persona con enfermedad mental es, en muchos casos, la resultante de un conjunto de actuaciones asistenciales que exigen la participación integrada de diferentes recursos y profesionales, lo que aumenta notablemente la complejidad de su evaluación.

En la figura III.1 aparecen representados los 3 tipos de factores que se relacionan con los trastornos mentales y conductuales como son los factores biológicos, los psicológicos y los sociales (OMS, 2001).

Figura III.1. Interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la aparición de trastornos mentales.



Fuente: OMS, 2001

## 2. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL CON RESPECTO AL SISTEMA SANITARIO GENERAL.

La Salud Mental figura entre los objetivos prioritarios a nivel europeo (Mckee y Berman, 2000; Lehtinen y cols., 2000) y español (p. Ej. Treserras y cols., 2000; AEN, 2000). Esta priorización viene avalada por una serie de datos internacionales:

1. El enorme peso relativo de los trastornos mentales, tanto en el conjunto de los costes totales de enfermedad, como en el coste directo para los sistemas nacionales de salud (p. Ej. Rice y Miller, 1995; Polder, 1999). Se ha estimado que el coste por trastornos mentales se aproxima al 3% del PNB en los países con una economía de mercado (Lehtinen y cols., 2000).
2. El peso de los trastornos mentales en el conjunto de la carga de enfermedad en el mundo (OMS-Banco Mundial) (Murray y López, 1994). El estudio de la carga de la enfermedad en el mundo, llevado a cabo por el Banco Mundial y la OMS en los



años 90, puso en un primer plano en el campo de la salud pública la importancia de las enfermedades neuropsiquiátricas al considerar en los parámetros de medida de la salud de las poblaciones de una manera combinada, datos relativos a la mortalidad producida por las distintas patologías así como los relativos a la discapacidad que ocasionan en las personas afectadas. Cabe señalar que un único trastorno mental, la depresión, aparece como la segunda causa asociada a más Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) en la estimación efectuada para el año 2020.

3. El impacto epidemiológico de esta agrupación de trastornos. Entre un 20 y un 30% de la población presenta trastornos mentales a lo largo de la vida. Estos se asocian a niveles significativos de discapacidad, elevado uso de servicios y a una alta carga familiar (Lehtinen y cols., 2000).
4. Las deficiencias crónicas de los servicios de Salud Mental se relacionan con una infrafinanciación histórica en comparación con los servicios sanitarios generales.

En un estudio clásico efectuado en Australia, Andrews (1985) mostró como, a similar carga de enfermedad, la esquizofrenia suponía nueve veces más costes directos que el infarto de miocardio pero recibía una menor inversión que esta otra enfermedad. A comienzos de la Reforma Psiquiátrica en el Reino Unido, los presupuestos y los dispositivos asistenciales de Salud Mental se habían mantenido casi invariables durante tres cuartos de siglo. No es pues extraño que a nivel internacional la Psiquiatría sea considerada la cenicienta de la Medicina (Salvador-Carulla y cols., 2002).

En los últimos años, el renovado interés por la Salud Mental se ha plasmado en la promoción de la política de Salud Mental a nivel europeo (Lehtinen y cols., 2000) e importantes inversiones tanto en servicios, como en programas de evaluación de los sistemas asistenciales en algunos países como el Reino Unido. Estos cambios han coincidido con una presión importante de las asociaciones de familiares y usuarios; y con un aumento significativo de los fondos para investigación en Salud Mental. Así en Italia, se ha aprobado una línea prioritaria de investigación con financiación específica sobre Salud Mental para el año 2001. De todas formas, no deja de ser una paradoja que la priorización de los planes de Salud Mental en algunos países occidentales llegue a los 25 años del inicio de la Reforma Psiquiátrica en Europa. Ello puede atribuirse en parte a la falta de una presión social al respecto (si no hay quejas para qué arreglarlo) y a las reticencias que en el conjunto del sistema sanitario suscita la Salud Mental. Reticencias que pueden ser explicadas, de una parte, por el propio desarrollo histórico de la asistencia psiquiátrica que

nace asociada a la beneficencia y fuera de la Medicina, de tal forma que durante siglos ha primado el carácter custodial o de protección social del enfermo sobre el terapéutico (López Lara, 2002), dando origen al mantenimiento de estereotipos negativos en relación con la Psiquiatría y el enfermo mental. Y por otra de las características propias del trastorno mental.

### **3. EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL: LA REFORMA PSIQUIÁTRICA.**

#### **3.1. A nivel internacional.**

A pesar de que en el Reino Unido se han realizado estudios de evaluación de su Reforma Psiquiátrica, mientras los países del sur de Europa se encuentran con el problema de que no se han evaluado aún sus reformas. Así, en Italia se cierran los hospitales psiquiátricos en 1978 pero no se evalúan los resultados hasta 2002, así los primeros datos de evaluación de la Reforma Psiquiátrica en Italia provienen del estudio de De Girolamo (2002) que tan sólo se refiere a los servicios residenciales. En España la Reforma Psiquiátrica se produce en 1986 aunque no se evalúa hasta fechas muy recientes con los estudios desde la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2002) y por la Asociación Científica Psicost (Salvador y cols., 2003; Salvador y Garrido-Cumbrera, 2004).

Entre finales de los años 50 y mediados de los 70, se alcanzaron los niveles máximos de institucionalización psiquiátrica en la mayoría de los países desarrollados. En EEUU, más de medio millón de personas permanecían internadas en centros psiquiátricos en 1958, y en España esta cifra se elevaba a casi 52.000 pacientes en 1972 (Weisbrod, 1983). Como en tantos otros aspectos, la Psiquiatría se incorporó tarde al proceso de transformación de la provisión de servicios experimentado por el resto de la medicina y caracterizado, primero, por la consolidación de los hospitales generales multidisciplinarios y, más adelante, por los diferentes modelos de medicina comunitaria. De hecho, en los años 60 los hospitales psiquiátricos seguían anclados en el viejo modelo asilar de finales del siglo XIX. Se trataba de centros infradotados, con carencias de personal y de incentivación, que en la mayoría de los casos no cumplían criterios de calidad asistencial. Además, la Psiquiatría, dominada hasta inicios de los años 60 por los modelos psicoanalíticos en EEUU y por los fenomenológicos en la Europa continental, se enfrentaba a una profunda crisis de identidad. A la ausencia de tratamientos estandarizados se unía la falta de un

consenso en el diagnóstico, el descrédito en el contexto de la Medicina, y la carencia de dotación presupuestaria. Así pues, el sistema de asistencia psiquiátrica era, en la práctica totalidad de los países occidentales, un sistema que requería una reforma urgente.

La historia de la Reforma Psiquiátrica ha sido revisada en detalle por Salvador Carulla y cols. (1998). El primer paso en esta dirección se dio en EEUU mediante el Community Mental Health Centers Act de 1963 (Shore, 1989). Esta iniciativa apoyada en el espíritu reformador de los años 60, llevó a algunos pensadores europeos a considerar a la Psiquiatría como un ejemplo de represión social, y a la población institucionalizada como las víctimas de ese sistema. Cooper y Laing en el Reino Unido, Basaglia en Italia y, en cierta medida, Lacan y Foucault en Francia, dieron un contenido más filosófico que clínico a dicha argumentación reformadora. La antiPsiquiatría promulgó una ruptura radical con el sistema anterior, la práctica abjuración de las terapias biológicas y la proscripción de los sistemas de evaluación. Por otra parte, la entonces reciente Psiquiatría social, desarrollada en EEUU, Reino Unido y países escandinavos, coincidía con los planteamientos de la antiPsiquiatría en uno de sus objetivos: el cierre de los hospitales psiquiátricos, pero pretendía la sustitución gradual de estos dispositivos por servicios comunitarios y planteó desde su inicio la necesidad de una evaluación rigurosa de este proceso, a la par que enfatizaba el desarrollo de intervenciones psicosociales más que farmacológicas.

En el caso de EEUU, el proceso de desinstitucionalización se llevó a cabo, como en Italia, sin una adecuada implementación previa de las estructuras intermedias para que sirviera para absorber la atención de los pacientes con enfermedad mental grave y prolongada. Ello condujo a la identificación de una serie de secuelas o “efectos adversos” de la desinstitucionalización, que en cierta medida se han ido repitiendo al aplicar la Reforma Psiquiátrica en distintos países. Entre estos efectos cabe destacar el aumento de la carga familiar, el paso al grupo de población marginal de un número variable de pacientes crónicos (el efecto de “la estación de Roma” en Italia), el descenso del cumplimiento de pautas de prescripción con el consiguiente aumento de las recaídas y de los costes asociados a las mismas, y la sobrecarga de servicios asistenciales no preparados para la asistencia a estos pacientes (el efecto de la “puerta giratoria” en los hospitales generales).

La filosofía de la Reforma Psiquiátrica en los países europeos ha estado marcada por algunos de los principios de la Psiquiatría comunitaria como son (Becker y Vázquez-Barquero, 2001):

- El proceso de desinstitucionalización y cierre de los antiguos hospitales psiquiátricos.
- El desarrollo de servicios y programas comunitarios alternativos.
- La integración en los servicios sanitarios.
- La integración en los servicios sociales.

Sin embargo las repercusiones de la Reforma Psiquiátrica han recaído sobre los cuidadores informales y a la familia siendo necesario que desde las Administraciones Públicas se establezcan medidas compensatorias.

### **3.2. A nivel nacional.**

La Reforma Psiquiátrica en España ha supuesto uno de los cambios más importantes acaecidos en el sistema sanitario nacional, tanto por la carga y los costes sanitarios de los pacientes psiquiátricos, como por la repercusión social y el impacto público de estas medidas. Sin embargo, resulta llamativa la falta de evaluación de los costes y resultados del proceso, más cuando se considera la repercusión que dichos cambios han tenido sobre el sistema sanitario en su conjunto, la dispar aplicación de las medidas señaladas por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985) en las diferentes Comunidades Autónomas (Salvador y cols., 1998).

En España, hasta los años 80, la atención psiquiátrica era dispersa y fragmentada. Los servicios dependían de diversas administraciones: a) unidades de gobiernos regionales y ayuntamientos, que solían poseer un hospital; b) unidades dependientes del Sistema de Seguridad Social, y c) un número de servicios, que pertenecían a órdenes religiosas e instituciones privadas. Sin embargo, a partir de 1979, y sobre todo entre 1982 y 1985, el gobierno central y las recién creadas Comunidades Autónomas, tomaron iniciativas preliminares para cambiar la atención de la Salud Mental (Vázquez-Barquero y García, 1999). Sin embargo, el verdadero comienzo de la Reforma Psiquiátrica española está conectada con la denominación por el gobierno nacional, en 1983 de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que en 1985 publicará un informe estableciendo las bases para la Reforma (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985).

El número de camas en hospitales psiquiátricos en España aumentó progresivamente hasta 1973, cuando se alcanzó el máximo de 43.000 camas (con una tasa de 1,9 por 1.000 habitantes). Desde entonces se produjo el descenso de este número de camas como consecuencia de la aplicación de las recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica. Sin embargo, habría que señalar, en primer lugar, que esta reducción varía considerablemente entre las diferentes Comunidades Autónomas y que este descenso del número de camas se ha frenado a partir de 1995.

Siguiendo las recomendaciones del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, el número de camas en hospitales generales aumentó para la hospitalización de corta estancia de pacientes con enfermedad mental.

En 1995 existían 550 Centros de Salud Mental en España, que venía a representar una tasa de un centro por cada 71.400 habitantes. Los recursos de estos centros varían de unas Comunidades Autónomas a otras, pero existía un mínimo de personal que constaba de un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera cualificada y un administrativo (Vázquez-Barquero y García, 1999).

A pesar del relativo aumento de recursos de Salud Mental experimentado en España durante la Reforma Psiquiátrica, los recursos continúan siendo escasos en comparación con otros países de la Unión Europea de los 15, especialmente en lo que se refiere a los servicios de atención comunitaria y programas de atención Psicosocial (Salize y cols., 1999; Becker y cols., 1999).

#### **4. APLICACIONES DE LA METODOLOGÍA DE LA GEOGRAFÍA DE LA SALUD A LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL.**

##### **4.1. Indicadores de Salud Mental.**

La gestión de la salud basada en la evidencia debe fundamentarse en datos obtenidos a nivel macro (regiones, CCAA, país) y nivel meso (áreas pequeñas sanitarias) y a través de estudios de evaluación específicos. Sin embargo, el análisis de los sistemas de salud es incompleto sin la comparación con otros sistemas sanitarios con el fin de estimar la eficiencia comparativa existente en la organización, la planificación, la provisión y la gestión de los recursos en el sistema de referencia. Existen en la actualidad diversos

métodos de comparación estandarizada para facilitar el análisis de los procesos de salud, pero pocos se han aplicado al campo de la Salud Mental, que presenta dificultades específicas (Johnson y Salvador-Carulla, 1998; Salvador-Carulla y cols., 2002).

España carece de un listado básico de indicadores de Salud Mental referido a todo el territorio nacional, utilizable para comparaciones interterritoriales con otros países europeos, carencia que ya se había puesto de manifiesto en repetidas ocasiones (Salvador-Carulla y cols. 2002). De hecho, los esfuerzos previos efectuados en esta dirección han sido tan escasos como magros han sido sus resultados. Las limitaciones de los dos informes al respecto elaborados por el Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998, Achútegui, 2002) son un ejemplo claro de ello. Los datos de Salud Mental referidos a España que recoge el Atlas de Recursos de Salud Mental publicado por la OMS (2001), provienen del estudio Sistema de Información en Salud Mental: Indicadores año 1996, realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1998), que constituye otro elemento de reflexión sobre la necesidad de contar con una serie mínima de datos actualizados a nivel nacional.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) ha elaborado dos informes en los que se presentan listados de indicadores de Salud Mental. Uno de ellos se basa en los datos del informe del Ministerio de Sanidad de 1998 (AEN, 2000), y el segundo aporta información parcial y constata las dificultades en la recogida de información (AEN, 2002).

En este sentido el estudio realizado por la Asociación Científica Psicost de comparación de 4 sistemas de Salud Mental en España (Salvador-Carulla y cols., 2003; Salvador-Carulla y Garrido-Cumbrera, 2004), constituye el primer análisis sistemático de la situación comparada de la atención de la Salud Mental tras la Reforma Psiquiátrica. En dicho informe se presenta información comparable acerca de un conjunto de indicadores referido a 4 CCAA (Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra) adecuado para la planificación sanitaria y ha servido de base para el desarrollo de la presente Tesis Doctoral.

#### **4.1.1. Tipos de indicadores de Salud Mental.**

##### **4.1.1.1. Indicadores de política sanitaria.**

La política en Salud Mental describe valores, objetivos y estrategias gubernamentales encaminadas a reducir la carga que representa los problemas de Salud Mental y mejorar la situación actual. Las políticas de Salud Mental ayudan a establecer un programa para la

prevención y el tratamiento, la rehabilitación y el fomento de la atención a los problemas de Salud Mental en la comunidad. En esas políticas se establecen los criterios que deben ser aplicados en todos los programas y servicios y que los vinculan con una visión, objetivos y propósitos comunes. Sin esa coordinación integral, los programas y los servicios de Salud Mental resultarían ineficientes y fragmentados (OMS, 2001).

De acuerdo al Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo (OMS, 2001), el 41% de los países del mundo carece de políticas de Salud Mental y el 25% no tiene una legislación sobre Salud Mental. Estas cifras resultan más alarmantes si se tiene en cuenta que el 28% de los países no tiene un presupuesto específico para Salud Mental y que el 36% de los países que sí poseen información sobre gastos reales en Salud Mental destinan menos del 1% de su presupuesto sanitario a la Salud Mental.

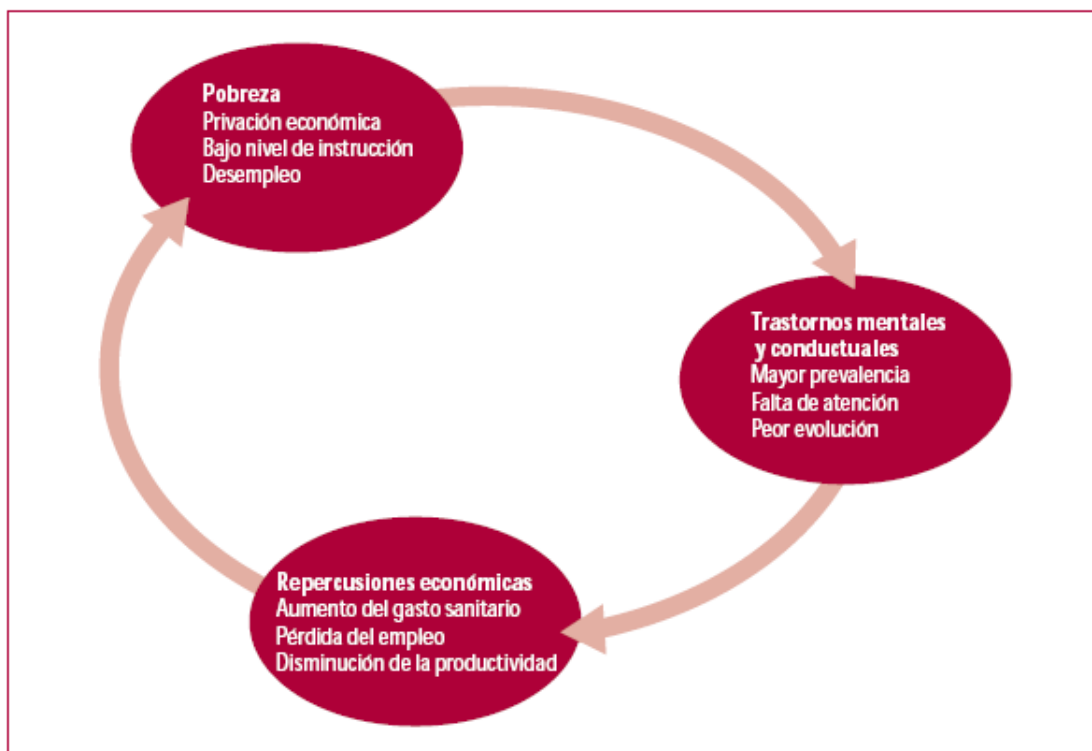
La mayoría de los aspectos referidos a las políticas son difíciles de medir ya que, debido a la propia actividad política, suelen existir desajustes entre las promesas, las leyes que son aprobadas y las acciones verdaderamente cumplidas. Por ello los indicadores económicos suelen ser los que de una manera más objetiva pueden informar acerca de la actividad política llevada a cabo desde un gobierno. Entre los indicadores políticos en Salud Mental más relevantes, cabe citar el gasto destinado a la Salud Mental, el porcentaje del gasto en sanidad dedicado a la Salud Mental, el gasto en psicofármacos, el porcentaje del gasto en fármacos dedicado a los psicofármacos. Igualmente estos indicadores se suelen referir a la población mediante tasas que muestren la proporción del gasto per cápita.

#### **4.1.1.2. Indicadores sociodemográficos.**

La relación entre pobreza y Salud Mental es compleja y multidimensional. Según su definición más estricta, la pobreza consiste en la carencia de dinero o posesiones materiales. En términos más amplios, y quizá más apropiados para hablar de los trastornos mentales, la pobreza puede entenderse como la insuficiencia de medios, lo que comprende la falta de recursos sociales o educativos. La pobreza y las situaciones que la provocan, como el desempleo, la baja instrucción, las privaciones y la falta de un hogar, no sólo abundan en los países pobres, sino que afectan también a una minoría considerable en los países ricos (Córdoba y García Alvarado, 1997). Entre las víctimas de la pobreza y las privaciones se produce una mayor prevalencia de trastornos mentales. Esta mayor prevalencia puede explicarse por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de los enfermos mentales hacia la

pobreza. Aunque se ha discutido cuál de estos dos mecanismos es responsable de la mayor prevalencia entre los pobres, los datos indican que ambos tienen importancia (Patel, 2001). Por ejemplo, el mecanismo causal puede ser más válido para los trastornos depresivos y de ansiedad, mientras que la teoría de la transición a la pobreza puede explicar sobre todo la mayor prevalencia de trastornos psicóticos y ligados a toxicomanías entre los pobres. Pero estos mecanismos no se excluyen mutuamente: los individuos pueden estar predispuestos a los trastornos mentales debido a su situación social, y aquellos que padecen estos trastornos pueden sufrir aún más privaciones como consecuencia de su enfermedad (ver figura III.2). Éstas consisten en niveles de instrucción más bajos, desempleo y, en casos extremos, carencia de un hogar. Los trastornos mentales pueden causar discapacidades graves y duraderas, e incluso incapacitar para el trabajo. Si no existe un apoyo social suficiente, como ocurre a menudo en los países en desarrollo carentes de servicios organizados de asistencia social, las personas se empobrecen con rapidez.

Figura III.2. El círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales



Fuente: OMS, 2001

Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida. Son también universales, puesto que afectan a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto



económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias. Los trastornos mentales y conductuales afectan en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente. Alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación. Se ha estimado que, en 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de los AVAD totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones. En 2000 ese porcentaje había aumentado al 12%, y se prevé que llegará hasta el 15% en 2020. Los más frecuentes, responsables por lo general de discapacidades importantes, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia. Los factores asociados a la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar.

El estudio de las desigualdades sociales en salud es útil para planificar las actuaciones, la asignación equitativa de recursos tomando en consideración las ASP donde se concentre un mayor volumen de población con mayores necesidades de atención.

En países anglosajones, distintos autores han correlacionado determinadas características de la población, marginación social y económica, con comportamientos de la morbilidad psiquiátrica y de la utilización de servicios de Salud Mental (Jarman, 1984; Glover, 1998; Townsend, 1982). Sin embargo, en España son muy escasas las aportaciones científicas en este tipo de estudios en el campo de la Salud Mental. Tan sólo se constatan algunos estudios de este tipo en otras especialidades médicas como Medicina General. Así Benach (1998) correlacionó dos indicadores relacionados con la Salud (mortalidad y esperanza de vida) con tres indicadores socioeconómicos (analfabetismo, hacinamiento y trabajadores manuales) a nivel municipal en España.

En la figura III.3 se presentan algunos de los factores más importantes en la planificación de la Salud Mental como son las características sociodemográficas, la morbilidad psiquiátrica y la utilización de servicios de Salud Mental.

Figura III.3 Indicadores relacionados con la planificación de la Salud Mental.



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, la aplicación de la Reforma Psiquiátrica ha seguido una trayectoria muy desigual en las CCAA de España, con marcadas diferencias tanto en la organización como en la tipología de servicios de atención comunitaria así como hospitalaria. El estudio de las pautas de utilización de servicios de Salud Mental está condicionado con la existencia de grandes hospitales psiquiátricos donde se concentran la mayoría de personas con enfermedad mental severa y prolongada. Es necesario realizar estudios sobre utilización de servicios en CCAA donde se haya completado el cierre de los hospitales psiquiátricos, ya que estos pacientes con enfermedad mental severa y prolongada distorsionan los resultados.

Como han señalado diversos autores (Aparicio, 1993; Capellá, 2001) Andalucía debe considerarse ejemplo de un sistema de Salud Mental en el que se ha completado plenamente la Reforma Psiquiátrica. Así en dicha Comunidad se aplicaron las recomendaciones del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 y de la Ley General de Sanidad de 1986. Ello dio como resultado el cierre de todos los hospitales psiquiátricos y la implantación de una Psiquiatría comunitaria, al mismo tiempo que se creaban nuevos servicios de atención comunitaria (SAS, 2001). Por ello, Andalucía se presenta como un territorio idóneo para realizar estudios de este tipo, frente a las Comunidades como Cataluña o Madrid en la que aún siguen funcionando hospitales psiquiátricos que albergan a un número elevado de pacientes con enfermedad mental severa y prolongada.

Cabe destacar la necesidad de indicadores en relación con la necesidad de evaluar la equidad interterritorial dentro de las distintas Autonomías, y que se ve dificultada por la falta de bases de información referidas a muchos de los servicios. La evidencia ha puesto de manifiesto que en el Estado Español existen unos servicios de Salud Mental con un grado muy dispar en cuanto a su desarrollo estructural y a su implantación temporal. Esto da lugar a grandes desigualdades en la prestación de servicios (AEN, 2000).

Recientemente la red RIRAG/Psicost ha realizado un informe en el que se compara la provisión y utilización de servicios de Salud Mental en 4 CCAA presentan una serie de indicadores de Salud Mental referidos a 4 CCAA (Psicost, 2003).

Determinadas características demográficas, sociales y económicas de la población se han correlacionado con comportamientos de morbilidad psiquiátrica y utilización de servicios de Salud Mental. Diversos estudios epidemiológicos en Salud Mental han puesto de manifiesto marcadas relaciones entre pobreza social y prevalencia de trastornos mentales desde hace más de 50 años cuando Farsi y Dunham (1939), mientras estudiaban las morbilidad psiquiátrica en un área pequeña, encontraron una relación entre vivir en una de las áreas más pobres de la ciudad y tener enfermedad psiquiátrica. Recientes estudios han confirmado los hallazgos anteriores sobre la relación existente entre morbilidad psiquiátrica y pobreza social (Johnson y cols., 1997). Estos estudios provienen en su mayoría de países anglosajones con mayor tradición en el estudio de las correlaciones existentes entre determinados indicadores sociodemográficos (deprivation index<sup>1</sup>) y altas tasas de morbilidad psiquiátrica y de utilización de servicios. Ello ha servido para planificar la localización de los dispositivos asistenciales de forma más equitativa en estos países. La mayoría de autores han optado por la utilización de índices compuestos formados a partir de varios indicadores simples (Townsend, 1985; Carstairs, 1981; Jarman, 1984; Glover y cols., 1998). Sin embargo otros autores han demostrando como indicadores simples (p. Ej. tasa de paro) pueden presentar el mismo grado de correlación que los índices compuestos (p. Ej. Jarman Underprivileged Area Score - UPA) (ver tabla III.1).

Es importante resaltar que estos índices de carencia social no se relacionan del mismo modo con todas las patologías psiquiátricas. Mayores tasas de morbilidad psiquiátrica se relacionan con índices de pobreza social en la mayoría de patologías (p. Ej esquizofrenia). Existen incluso algunas patologías que se relacionan incluso de forma negativa con estos índices. Harrison y cols. (1995) demostraron que a mayor pobreza social de un área (entendida esta como aislamiento y bajo nivel económico) menores eran las tasas de incidencia de neurosis. Todos estos estudios se basan en datos sobre características de la población de áreas situadas en países anglosajones sin que se hayan realizado estudios de este tipo en el contexto socioeconómico y cultural español.

La Comunidad Autónoma Andaluza constituye una unidad idónea para el análisis de la relación entre factores sociodemográficos y uso de servicios al existir una política común

---

<sup>1</sup> Término utilizado en países anglosajones para determinar áreas con bajos niveles socioeconómicos y marginación social y que ha sido aplicado en estudios epidemiológicos de Salud Mental.

de Salud Mental de tipo comunitario y cierre completo de hospitales psiquiátricos. Ello permite ver qué acontece en el uso de servicios comunitarios sin el factor de distorsión del hospital psiquiátrico (existente en otras CCAA como Cataluña, País Vasco o Madrid). Desafortunadamente este tipo de análisis se ve dificultado por el denominado "vacío geográfico" (geographical vacuum) esto es, la falta de información sistematizada sobre servicios disponibles y factores sociodemográficos a nivel de áreas sanitarias pequeñas.

Tabla III.1. Índices de pobreza socioeconómica relacionados con la salud y/o la Salud Mental en el Reino Unido.

	<u>TOWNSEND Y COLS., 1982</u> Estudio de las correlaciones entre salud y pobreza económica y social	<u>CARSTAIRS, 1981</u> Estudio de las correlaciones entre salud y pobreza en Escocia	<u>JARMAN, 1984</u> Adecuación de la distribución de recursos en áreas pobres	<u>GLOVER Y COLS., 1998</u> Estudio de necesidades de atención en Salud Mental
Desempleo	X	X	X	X
Hacinamiento	X	X	X	
Familias que no poseen vehículo	X	X		X
Clase obrera		X	X	
Solteros, viudos, divorciados				X
Enfermos crónicos				X
Hogares que reciben ayudas				X
Pensionistas que viven solos			X	
Niños menores de 5 años			X	
Padres solteros			X	
Inmigrantes con menos de 1 año en el país			X	
Etnias diferentes			X	
Hogares en régimen de alquiler	X			

Fuente: Croudace y cols., 2000.

La legislación sobre secreto estadístico obliga a difundir la información estadística de manera que no pueda saberse, ni siquiera indirectamente, a quién corresponde un dato

particular. Por ello, los organismos estadísticos se muestran en ocasiones reticentes a difundir datos especialmente de municipios menores de 1000 habitantes. Sin embargo este problema no impide que la información a la que se puede acceder suponga una importante fuente para la realización estudios sobre desigualdades sociales en salud.

#### **4.1.1.3. Indicadores de recursos de Salud Mental.**

La medición de los indicadores de recursos sanitarios consiste en contabilizar todos los elementos susceptibles de prestar cualquier tipo de servicio en Salud Mental específico.

Entre estos indicadores cabe destacar:

- La plantilla: número de Psiquiatras, Psicólogos, Diplomadas Universitarias en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Terapeutas Ocupacionales, Logopeda, Monitor de Ocio y Tiempo Libre.
- Los dispositivos de atención:
  - los centros de Salud Mental que constituyen la puerta de entrada al sistema de atención en Salud Mental,
  - los hospitales psiquiátricos que, a pesar del cierre de muchos de ellos tras la Reforma Psiquiátrica, otros siguen funcionando,
  - las comunidades terapéuticas que son recursos comunitarios de larga estancia para personas con trastornos mentales severos,
  - Unidades de Salud Mental de corta estancia o agudos que se suelen situar en hospitales generales aunque también existen algunas en hospitales psiquiátricos,
  - Unidades de media y de larga que se dividen entre las situadas en hospitales psiquiátricos y las situadas en dispositivos comunitarios como casas hogar o pisos protegidos.
- Las camas: referidos a los servicios que prestan una atención residencial.
- Las plazas: se refieren a los servicios que proporcionan atención de día y de actividades estructuradas.

De acuerdo al Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo (OMS, 2001) el 37% de los países del mundo no cuenta con servicios de atención comunitaria de Salud Mental, más del 25% no dispone de algunos psicofármacos básicos en los centros de atención primaria, y el 40% no tiene servicios de tratamiento para trastornos mentales graves a nivel de atención primaria. Aproximadamente la mitad de los países del mundo tienen menos de un psiquiatra o enfermero especializado en Psiquiatría por 100.000 habitantes y, a pesar de las políticas encaminadas a reducir la institucionalización, más del 65% de

las camas psiquiátricas del mundo aún corresponden a hospitales psiquiátricos. Además la mayoría de los países siguen anclados en el modelo institucional, siendo el 37% de países los que cuentan con servicios de Salud Mental comunitarios. Existe por lo tanto una enorme desigualdad entre la carga que suponen los trastornos mentales y los recursos disponibles.

#### **4.1.1.4. Indicadores de actividad de Salud Mental.**

El análisis de indicadores de utilización de servicios de salud están basados sobre la hipótesis de que la utilización de servicios se corresponde con las necesidades existentes (Pineault y Daveluy, 1988). Tanto es así que se utiliza para medir la morbilidad a partir de las estadísticas de admisión y tratamiento ambulatorio u hospitalario. La información disponible va a depender directamente de la existencia de adecuados Sistemas de Información Sanitarios y del grado de compromiso de los profesionales para cumplimentar adecuadamente las fichas referidas a cada intervención. Entre los indicadores de actividad más frecuentemente utilizados respecto a los centros de Salud Mental destacan los días de espera antes de la primera consulta, la incidencia administrativa (número de primeras consultas por 1.000 habitantes), la prevalencia administrativa (número de pacientes atendidos por 1.000 habitantes) o la frecuentación administrativa (número de consultas totales por 1.000 habitantes). Por su parte en las unidades de hospitalización se suelen contabilizar los días de estancia o el número de ingresos y reingresos.

#### **4.1.2. Selección de indicadores de Salud Mental.**

##### **4.1.2.1. A nivel internacional.**

El grupo europeo EPCAT (European Psychiatric Assessment Team) ha desarrollado una batería de instrumentos para la evaluación de sistemas de Salud Mental en áreas sanitarias pequeñas. Por un lado ha creado el instrumento ESMS (European Service Mapping Schedule) para la descripción estandarizada de servicios de Salud Mental en áreas sanitaria pequeñas en Europa y el instrumento ESDS (European Socio-Demographic Schedule) para la recogida de información acerca de las características sociodemográficas de la población relevantes para la planificación de la Salud Mental.

En el proyecto europeo Stakes (2002), de indicadores de Salud Mental, se seleccionaron un total de 36 indicadores agrupados en los cuatro dominios siguiendo el modelo

propuesto por la red europea European Community Health Indicators project (ECHI) (2001). Los dominios y los subdominios que se seleccionaron fueron los siguientes:

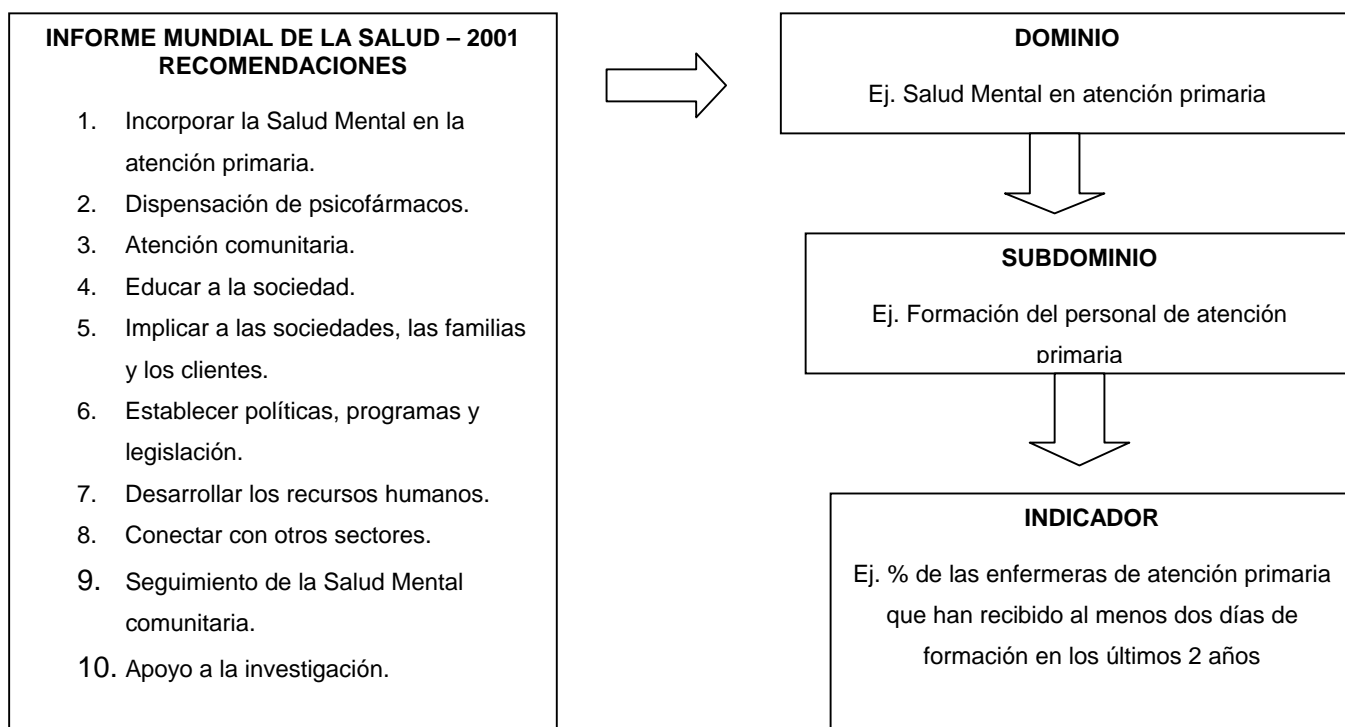
1. Demográfico y socio-económico
2. Estado de salud: a) mortalidad; b) morbilidad, por enfermedades específicas, c) morbilidad, genérica
3. Determinantes de la salud: a) condiciones personales; b) el ambiente social y cultural
4. Sistemas de salud: a) Prevención, protección y promoción de la salud, b) recursos de atención sanitaria; c) el utilización servicios de salud; d) gasto sanitario, e) calidad de la atención sanitaria.

A partir de esta estructura se seleccionó un listado definitivo de 36 indicadores para la planificación de la Salud Mental dentro de la Unión Europea.

Por su parte el proyecto europeo Mental Health Economics (MHE) que está actualmente en desarrollo pretende la selección de un conjunto de indicadores y de datos útiles para medir las características y condiciones económicas relacionadas con la atención de la Salud Mental en los países que forman de la Unión Europea.

Por su parte la OMS está desarrollando un proyecto titulado "Monitoring mental health system and services" el cual se basa en las 10 recomendaciones incluidas en el Informe Mundial la Salud 2001. Estas recomendaciones hacían referencia a todos los componentes del sistema de Salud Mental, incluida la prevención del tratamiento, la promoción, el seguimiento y la investigación. En este proyecto, cada una de las recomendaciones representa un dominio del sistema de Salud Mental, mientras que sus respectivos subdominios suponen los temas específicos dentro de cada dominio (ver figura III.4).

Figura III.4. Esquema del proyecto “Monitoring mental health system and services” en función de las 10 recomendaciones que la OMS señaló en el Informe Mundial de la Salud 2001.



Fuente: Monitoring mental health system and services (OMS, proyecto no publicado)

En la tabla III.2 se señalan una serie de proyectos científicos para el establecimiento y desarrollo de indicadores para la planificación y gestión de la salud mental en el ámbito internacional.

Tabla III.2. Ejemplos de estudios sobre indicadores de Salud Mental a nivel internacional.

PROYECTOS DE INDICADORES DE SALUD MENTAL INTERNACIONALES	
ESMS (European Service Mapping Schedule) /	Johnson y Kuhlmann, 2000
ESDS (European Socio-Demographic Schedule)	Beecham y Johnson, 2000
Establishment Set of Mental Health Indicators	Stakes, 2001
Monitoring mental health system and services: Monitoring instrument	OMS, 2003
Mental Health Economics (MHE)	MHE, 2002-04

Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.2.2. A nivel nacional.

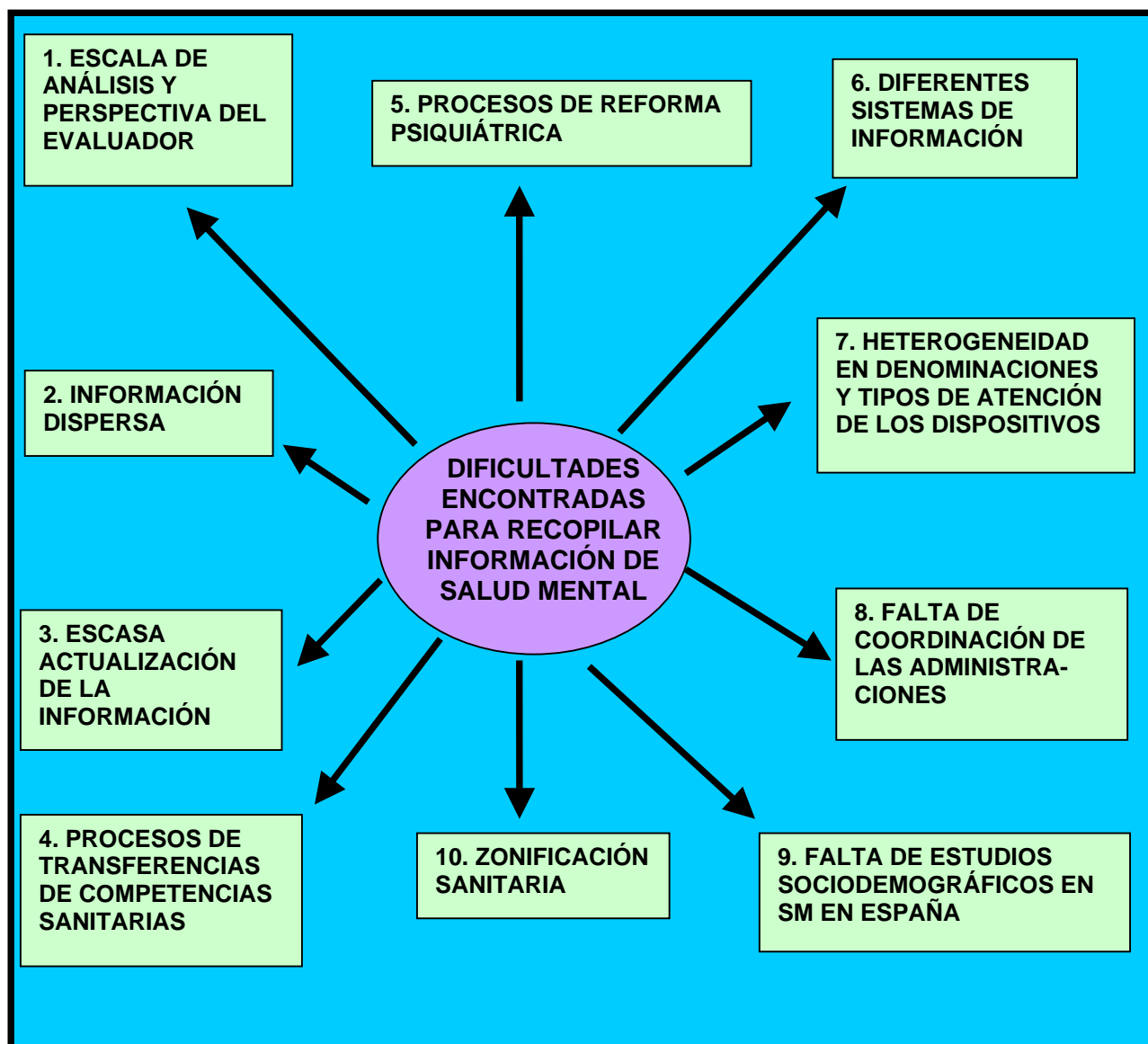
En este apartado se describen las dificultades específicas del proceso de recopilación de información de Salud Mental en España (ver figura III.5):



1. Escala de análisis y perspectiva del evaluador. La importancia de cada indicador varía según la escala o nivel de análisis (macro: país o región; meso: área sociosanitaria y micro: servicio sanitario), y la perspectiva del evaluador (usuario, gestor de salud, comprador de servicios, político).
2. Información dispersa. La disponibilidad de datos de Salud Mental está muy dispersa y a menudo requiere un gran trabajo de recopilación. Ello se debe a que existe una gran variedad de fuentes de información, que aportan información parcial de Salud Mental: memorias sanitarias, memorias de Salud Mental, responsables de organismos de Salud Mental, profesionales de la salud, artículos, portales de Internet). En ocasiones se registran importantes duplicidades en la gestión de servicios, debido a los tardíos y desiguales procesos de transferencias sanitarias. Las memorias anuales sanitarias generales que se realizan desde las distintas administraciones autonómicas suponen, en ocasiones, la única fuente de información pública acerca de la gestión, los presupuestos, los recursos existentes (dispositivos, plantilla, camas), la actividad en los dispositivos (primeras consultas, pacientes atendidos, estancias medias, ingresos).
3. Escasa actualización de la información. Ello obliga a utilizar datos referidos a periodos diferentes debido a que los recursos de Salud Mental están siendo sujetos a variaciones constantes.
4. Procesos de transferencias de competencias sanitarias. Nos encontramos con CCAA en donde existen diversos organismos de gestión de la Salud Mental (p. Ej. la Comunidad de Madrid en donde convive el SERMAS, el IMSALUD y el Ayuntamiento de Madrid) y donde la información no está integrada u otras como Catalunya con una larga experiencia en la gestión de los servicios sanitarios.
5. Procesos de Reforma Psiquiátrica. Los profundos cambios acaecidos en Salud Mental han hecho que, al contrario que en otras especialidades médicas, no se haya consensuado aún un modelo básico de atención. Los datos de Salud Mental están en continua transformación, así se cierran dispositivos asistenciales y se crean nuevos constantemente, desde que comenzara la Reforma Psiquiátrica.
6. Diferentes Sistemas de Información. Algunas CCAA utilizan Sistemas de Información propios por lo que la información no siempre puede ser comparada (p. Ej. Sistema de Información de Salud Mental en Andalucía-SISMA).
7. Heterogeneidad en denominaciones y tipos de atención de los dispositivos. Los recursos son de tipología muy diversa, en cuanto a su denominación, tipo de atención que prestan y a su estructura organizativa. Dependiendo de la Comunidad Autónoma, encontramos servicios que, aún prestando el mismo servicio, poseen denominaciones distintas. Así pues, la desigual nomenclatura utilizada para definir los servicios supone

una gran dificultad a la hora de recopilar información comparable acerca de dispositivos de Salud Mental.

Figura III.5. Dificultades existentes en el establecimiento de indicadores de Salud Mental.



Fuente: Elaboración propia

8. Falta de coordinación entre las administraciones. En la mayoría de las ocasiones, las administraciones competentes de la gestión de la Salud Mental, normalmente dividida entre sanitarias y sociales, están poco o nada coordinados.
9. Falta de estudios sociodemográficos en Salud Mental en España. La evidencia científica de la utilidad de indicadores sociodemográficos en relación a la Salud Mental procede principalmente de estudios anglosajones, registrándose un escaso número de estudios sobre la validez y fiabilidad en el entorno socioeconómico y cultural español.

10. Zonificación sanitaria. Existen pocas CCAA que posean datos sociodemográficos referidos a las áreas de Salud Mental. Para ello es imprescindible estudiar la zonificación sanitaria para agregar correctamente la información municipal, de distritos y secciones censales.

Tras el comienzo de la Reforma Psiquiátrica en España, todos los estudios que se han realizado en España de búsqueda de datos referentes a indicadores de Salud Mental se han encontrado con una gran carencia de datos estandarizados a nivel nacional que permitan realizar comparaciones de los sistemas de atención en Salud Mental existentes en cada CCAA. Así el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo (1998) supone la única fuente de datos acerca de los recursos de Salud Mental para todo el territorio español. Estos datos están referidos al año 1996 y desde entonces ningún estudio ha sido capaz de paliar esta falta de información. Así la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) se ha pronunciado al respecto en varias ocasiones (AEN, 2000 y 2002), la Asociación Científica Psicost (Salvador y cols., 2003) y el mismo Ministerio han puesto de manifiesto la incapacidad para recopilar información de Salud Mental comparable referida a las diferentes CCAA.

El estudio realizado por la Asociación Científica Psicost y la red SIG-RIRAG-DSM ha conseguido agrupar un conjunto de indicadores y de datos, que aunque referidos a 4 CCAA, permitiendo arrojar algo de luz a esta carencia de información en Salud Mental en España. Los indicadores se han estandarizado posibilitándose en gran medida la comparabilidad de los datos.

Al auspicio de este trabajo, recientemente la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) ha trabajado en el establecimiento de una base de datos sobre planificación, gestión y dispositivos de atención en Salud Mental referido a todas las CCAA españolas.

En la tabla III.3 aparecen recogidos algunos de los estudios científicos llevados a cabo en España relacionados con el establecimiento de indicadores y estudio de Sistemas de Información de Salud Mental en España.

Tabla III.3. Ejemplos de estudios sobre indicadores en Salud Mental a nivel nacional

PROYECTOS DE INDICADORES DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA	
Sistema de Información en Salud Mental. Indicadores año 1996	Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998
Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad	AEN, 2000
Directorio de Registros Sanitarios españoles de utilidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias	AETS, 2000
Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones	AEN, 2002
Informe SESPAS 2002: La Salud Mental en España: Cenicienta en el país de las maravillas	Salvador-Carulla y Cols., 2002
Informe de Situación de Salud Mental	Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002
Informe Psicost / CatSalut 2003	Salvador y cols., 2003
El Observatorio de Salud Mental: Análisis de los recursos de salud mental en España	AEN, 2004
El registro de casos de esquizofrenia de Granada	Moreno Küstner, 2005

Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.3. Fuentes de información en Salud Mental en España.

##### 4.1.3.1. Sistemas de Información sanitarios.

El Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo (OMS, 2001) demostró que más de una cuarta parte de los países no disponen de sistemas de recogida de datos e información sobre indicadores de Salud Mental. En otros países, la fiabilidad y el alcance de los sistemas de información son muy limitados. Además, muchos agentes de atención sanitaria no tienen acceso a la información más básica sobre detección y tratamiento de los trastornos mentales. Por consiguiente, existe una enorme dificultad para el diseño y la aplicación de políticas y servicios de Salud Mental adecuados. Existe una necesidad de mejorar la información y el seguimiento de los procesos en materia de Salud Mental, basada en la evidencia, que sirvan para respaldar la reforma sanitaria y de Salud Mental.

En Andalucía existen los datos hospitalarios provienen del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDH) de los Hospitales Generales. Un indicador que se

deriva de la base de datos CMBDH son los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR). Los GDR permiten valorar la importancia significativa de los distintos tipos de casos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

Además de esta fuente de información, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha implantado el Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA) que recoge información sobre la actividad registrada en los Centros de Salud Mental (CSM) denominados Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) desde el 2002.

En la tabla III.4 se presentan algunos de los Sistemas de Información en Salud Mental existentes en España.

Tabla III.4. Ejemplos de Sistemas de Información en Salud Mental a nivel nacional.

<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA</b>	
Sistema de Información de Salud Mental en Andalucía (SISMA)	Garrido-Cumbrera y cols., 2004 y Moreno Küstner, 2005
Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDH)	SAS, 2002
Sistema de Información Sanitario de Navarra	Servicio Navarro de Salud, 2002
Grupo Diagnóstico Relacionado (GDR)	Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999

Fuente: Elaboración propia

#### **4.1.3.2. Sistemas de Información sobre personas con discapacidad.**

Los trastornos mentales son responsables de un gran porcentaje de discapacidad en el mundo, así la depresión, aparece como la segunda causa asociada a más Años de Vida Ajustados por Discapacidad en la estimación para el año 2020 (OMS-Banco Mundial) (Murray y López, 1994). Por este motivo las bases de datos de personas con discapacidad suelen ser una importante fuente de información sobre las personas con trastorno mental. Generalmente estas bases de datos proporcionan información en función de los grandes grupo de discapacidades, es decir discapacidad física, psíquica o sensorial. Sin embargo, dentro del grupo de personas con discapacidad psíquica, se suelen incluir además de las personas con trastorno mental, las personas con discapacidad intelectual. Este tipo de población presenta características muy diferentes a las personas con trastornos mentales, por lo que se han realizado grandes esfuerzos por extraer datos únicamente referidos a personas con trastorno mental (Orihuela y Gómez,

2003). A pesar de ello, las características de esta base de datos ha impedido en gran medida extraer datos demasiado significativos sobre la situación de las personas con trastorno mental. La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, al igual que la EPA, no recoge información epidemiológica, ya que se refiere a información proveniente de cuestionarios realizados en viviendas familiares y no se tienen en cuenta las personas que viven en instituciones u otros dispositivos (por ej. prisiones).

La Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad nace en 1991 cuando el entonces Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) organiza los Códigos de Deficiencia, Diagnóstico y Etiología, referidos a las distintas patológicas, para posibilitar el tratamiento informático de la información referida a las personas que realizan el reconocimiento del grado de minusvalía (IMSERSO, 2000). Por lo tanto, la información registrada hace referencia a los expedientes oficiales de reconocimiento de la condición de minusválido, incluidos los dictámenes (médicos, psicológicos y sociales) de los equipos de valoración. Por tanto, la base de datos no es un censo de personas con discapacidad. Su finalidad es ofrecer un informe estadístico general de la población con minusvalía de manera sistematizada. Estructurado en siete capítulos ordenados, para el análisis desde los aspectos más generales a los más específicos, examina la tipología de la deficiencia, su etiología y su relación con los factores sociales.

Los datos referidos a las personas que poseen una Pensión de Invalidez nos aporta información útil para conocer las características de las personas con discapacidad y su situación económica (INE, 2001). Esta base de datos recoge información sobre las personas, con un grado de minusvalía reconocido del 65% o más, que reciben una pensión de invalidez.

Por otro lado, la Encuesta de Población Activa (EPA), en su módulo referido específicamente a las personas con discapacidad, recoge información sobre la situación laboral de las personas con discapacidad de entre 16 y 64 años (INE, 2002).

En tabla III.5 aparecen recogidos algunas de las bases de datos en las que se recoge información referida a las personas que presentan algún grado de discapacidad, incluyéndose los trastornos mentales.

Tabla III.5. Ejemplos de bases de datos sobre discapacidad en España

GRANDES BASES DE DATOS DE DISCAPACIDAD	
Encuesta de Población Activa (EPA)	INE, 2002
Pensión de Invalidez	INE, 2001
Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad	IMSERSO, 2000
Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud	INE / IMSERSO, 1999

Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.3.3. Registro de casos psiquiátricos.

Moreno Küstner (2005) destaca que hasta finales de la década de los 50 los Registros de Casos Psiquiátricos (RCP) eran Sistemas de Información poco frecuentes y normalmente incluían únicamente ingresos hospitalarios. Desde 1960 hasta mediados de la década de los 80, el número de RCPs se vio incrementado en todo el mundo debido a diversos factores. Uno de los principales motivos fue el proceso de desinstitucionalización con el consiguiente aumento del número de pacientes psiquiátricos que utilizaban más de un servicio de Salud Mental y, lo que llevaba aparejado la necesidad de recoger toda la información para la coordinación entre los diferentes servicios. Como consecuencia de la instauración del modelo comunitario de atención a la Salud Mental se pusieron en funcionamiento gran número de registros como un instrumento de investigación para evaluar el proceso de cambio. A estas circunstancias se unió el incremento del uso de los ordenadores, lo que facilitaría el manejo de la información.

Dos trabajos auspiciados por la OMS han ofrecido información bastante exhaustiva de lo que fue el panorama mundial de los sistemas de información y los RCPs entre los años 1960 a 1985. El primero de ellos es un inventario mundial de los registros de casos psiquiátricos denominado "Psychiatric Case Register in Public Health: A Worldwide Inventory (Horn y cols., 1986), en el cual se refleja la experiencia práctica de muchos de los registros existentes en el mundo en esa época y se tratan todos los temas relacionados con el funcionamiento, metodología y explotación de los datos de los registros. Dicho trabajo ha sido traducido al castellano por el Servicio Gallego de Salud en 1989.

Otra publicación titulada "Mental Health services in Pilot Study Areas: Report on a European Study" (OMS, 1987) incluye un capítulo en el que se presentan las características de los sistemas de información en Salud Mental en algunos países

Europeos (Dupont, 1987). Se centra en las características y aplicaciones de los Registros de Casos Psiquiátricos pertenecientes a las áreas incluidas en el estudio.

Por último, un trabajo editado por Wing (1989) presenta los temas tratados en reuniones de trabajo a las que acudían los profesionales pertenecientes a los nueve registros de casos psiquiátricos que funcionaban en Gran Bretaña: (Aberdeen, Camberwell, Cardiff, Edinburgh, Nottingham, Oxford, Salford, Southampton y Worcester) en el periodo entre 1980-1986 (UK Inter-register Committee).

En todos los trabajos anteriormente citados se presentan los RCPs como una herramienta para la evaluación de servicios y para la investigación epidemiológica. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de RCPs en salud mental (ver tabla III.6).

Tabla III.6. Ejemplos de registros de casos psiquiátricos a nivel nacional e internacional

REGISTROS DE CASOS PSIQUIÁTRICOS	
El registro de casos de esquizofrenia de Granada	Moreno Küstner, 2005
Registro de casos de Groningen (Holanda)	Sytema y cols., 2002

Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.3.4. Estudios epidemiológicos en Salud Mental.

Los estudios epidemiológicos en Salud Mental se dividen entre aquellos que se centran en el conjunto de los trastornos psiquiátricos como aquellos encaminados a patologías específicas. Por su parte las posibles diferencias de prevalencia psiquiátrica por género han centrado gran parte de la atención de los investigadores. Los estudios epidemiológicos se pueden realizar en población general, utilizando las técnicas generales de cualquier encuesta o sondeo, estudiando una muestra cuyos resultados puedan ser extrapolados al resto de la población. Igualmente se realizan estudios de prevalencia asistida que se basa en analizar los datos de los pacientes atendidos en los centros de atención primaria o en los centros de Salud Mental.

El diagnóstico psiquiátrico de las personas se realiza mediante entrevistas en las que se utilizan uno o varios instrumentos de evaluación en Salud Mental. Entre los instrumentos más utilizados destacamos el "General Health Questionnaire" (GHQ) de Goldberg en sus distintas versiones, el "Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry" (SCAN), "Diagnostic Interview Schedule" (DIS), "Composite International Diagnostic Interview"



(CIDI) estos tres últimos creados por la OMS; el “Clinical Interview Shedule- Revised” (CIS-R). Por su parte los diagnósticos psiquiátricos son realizados en función de la clasificación DSM-III-R y DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiátrica y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) de la OMS.

En la tabla III.7 aparecen representados algunos estudios epidemiológicos de Salud Mental realizados en España señalándose las categorías diagnósticas, los países implicados, los territorios de España implicados y sus respectivas referencias bibliográficas.

Tabla III.7. Ejemplos de estudios epidemiológicos de Salud Mental en España.

TÍTULO DEL ESTUDIO	CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS	PAÍSES IMPLICADOS	TERRITORIOS EN ESPAÑA	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
Mental disorders on the island of Formentera	Trastornos mentales en general	España	Isla de Formentera (Canarias)	Gili y cols., 1998
Estudio Científico sobre la Depresión en la Sociedad Europea (Depression Research in European Society Study- DEPRES)	Depresión	Bélgica, Francia, Alemania, Holanda, España y Reino Unido	Toda España	Angst y cols., 2002
ODIN	Depresión	Reino Unido, Irlanda, Noruega, Finlandia, España	Santander (Cantabria)	1. Ayuso-Mateos y cols., 2001. 2. Lehtinen y cols., 2003.
Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project ESEMeD/ MEDEA 2000)	Trastornos Mentales por grupos	Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Italia y España	Toda España	Haro y cols., 2003
Equipo Europeo de Evaluación Psiquiátrica (European Psychiatric Assessment Team-EPCAT)	Trastornos mentales en general	Italia y España	Burlada (Navarra), Granada Norte (Andalucía), Dist. Salamanca (Madrid), Gavá (Cataluña),	Salvador-Carulla y cols., 2004

Fuente: Elaboración propia

El único estudio epidemiológico sobre depresión en población general realizado en España es el Estudio Científico sobre la Depresión en la Sociedad Europea (DEPRES) (Ayuso-Mateos y cols., 2001; Lehtinen y cols., 2003). Por su parte el Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMED) tiene como uno de sus objetivos principales la estimación de la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes.

Estudios epidemiológicos de Salud Mental realizados en países como Gran Bretaña (Bebbington y cols., 1981), Grecia (Mavreas y cols., 1986), Estados Unidos (Reggier y cols., 1988) o Finlandia (Lehtinen y cols., 1990) sugieren que la prevalencia psiquiátrica para las mujeres oscila entre el 11 y el 29% mientras que para los hombres se situaría entre un 6 y un 18%. Por su parte en España, los diferentes estudios realizados (Seva y Cíviera, 1982; Díez y cols., 1984; Vázquez-Barquero y cols., 1987; Mateos y Rodríguez, 1989; Herrera y cols., 1990; Villaverde y cols., 1993; Santiago y cols., 1994; Gili y cols., 1998) obtuvieron unos porcentajes de prevalencia para las mujeres entre el 20 y el 34% y entre el 8 y el 21% para los hombres.

#### **4.2. Análisis geográfico en Salud Mental.**

En la matriz de Thornicroft y Tansella (1999) se señala la importancia de la escala espacial (dimensión geográfica) y de la dimensión temporal dentro de un modelo de evaluación de la Salud Mental. En el nivel 1 se incluyen los países y/o las regiones (CCAA); en el nivel 2 las áreas de sanitarias (por Ej. Distrito Sanitario), y en el nivel 3 el paciente (ver tabla III.8).

##### **4.2.1. Zonificación y sectorización en Salud Mental.**

Desde los años 60, las distintas administraciones comenzaron a organizar los servicios de Salud Mental a partir de áreas geográficas (Thornicroft y cols., 1995). Estas áreas suponen la unidad básica para la realización de cualquier tipo de análisis espaciales de comparación de sistemas de atención en Salud Mental. La sectorización de los servicios disponibles no siempre sigue unos criterios homogéneos ni consensuados. Además en muchas ocasiones los servicios sanitarios, los servicios sociales y los servicios privados poseen sus propias áreas de cobertura, lo cual ha dificultado el estudio integral de los servicios disponibles en un área de cobertura (Johnson y cols., 1998).

La zonificación en Salud Mental es particularmente compleja por diversos motivos, entre los que podemos destacar el uso de particiones diferentes a las de la salud general (en

parte por la tardía incorporación de la Salud Mental al sistema sanitario), la compleja interrelación de los servicios sanitarios y de los servicios sociales en este sector, y la enorme disparidad de modelos y de sistemas de atención psiquiátrica que coexisten en nuestro país (algunas CCAA preservan los hospitales psiquiátricos mientras otras dependen completamente de sistemas comunitarios), lo que conlleva posiblemente diferentes necesidades de organización del territorio.

Tabla III.8. Modelo matriz de Salud Mental de Thornicroft y Tansella

DIMENSIÓN GEOGRÁFICA	DIMENSIÓN TEMPORAL		
	(A) Fase de entrada	(B) Fase de proceso	(C) Fase de resultados
<b>(1) Nivel de país/ región</b>	1A	1B	1C
	-Gastos en servicios -Rol de los medios de comunicación -Legislación Salud Mental -Directrices gobierno -Grupos interés especial	-Funcionamiento/ indicadores de actividad (p. Ej. tasas de admisión, tasas de ocupación de camas, tasas de tratamiento obligatorio)	-Tasas suicidio -Tasa de Mortalidad estandarizada -Sin techo -Cuestiones especiales
<b>(2) Nivel local (área de sanitaria)</b>	2A	2B	2C
	-Evaluación de necesidades de la población -Características población -Presupuesto -Plantilla -Gastos fijos -Participac. Consumidores	-Políticas operativas -Formas de atención -Patrones de uso de servicios -Carga de casos -Tasas de contactos -Identificación de grupos especiales	-Estudios de resultados a nivel de grupo -Prevención secundaria y terciaria -Disminución de estigma local -Mejor acceso a los servicios
<b>(3) Nivel de paciente</b>	3A	3B	3C
	-Evaluación de necesidades individuales -Demandas de los pacientes -Demandas de las familias	-Calidad de los tratamientos -Frecuencia y duración del tratamiento -Continuidad de la atención Apoyo -Servicios vocacionales	-Reducción de síntomas -Satisfacción -Calidad de vida/alojamiento -Discapacidad/ rehabilitación laboral -Carga de los cuidadores

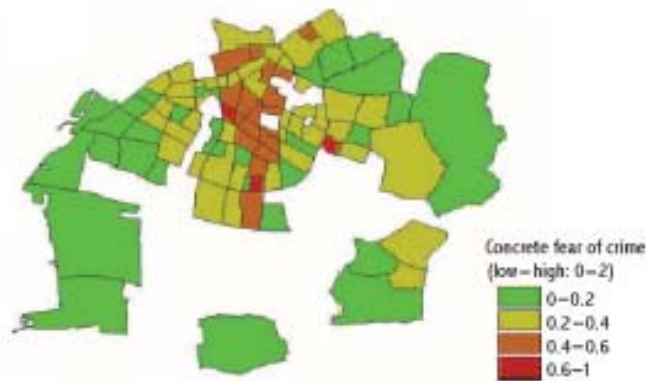
Fuente: Thornicroft y Tansella,1999

#### 4.2.2. Estudios territoriales de Salud Mental.

Giggs y Cooper (1987) analizaron la localización territorial de personas con esquizofrenia y psicosis afectivas en la ciudad de Nottingham (Reino Unido), constatando una concentración de estos pacientes en áreas con nivel socioeconómico bajo que fueron denominadas áreas de “clase social baja”.

Lögdberg y cols. (2004) por su parte estudiaron la relación entre la prevalencia de pacientes con esquizofrenia y niveles altos de criminalidad y desorganización social en la ciudad de Malmo en Suecia, constatándose la segregación de pacientes con esquizofrenia en áreas con bajos niveles socioeconómicos (ver mapa III.1).

Mapa III.1. Distribución territorial de los niveles de miedo ante actos delictivos en la ciudad de Malmo (Suecia).



Fuente: Lögdberg y cols., 2004

Gisbert y cols (2004) utilizaron cartografía para representar datos de prevalencia estandarizada de personas hospitalizadas por trastornos mentales en Cataluña. Este estudio destacó las importantes diferencias territoriales en la prevalencia de trastornos mentales y la necesidad de establecer indicadores sociodemográficos específicos que se relacionen con la morbilidad psiquiátrica.

El estudio de Bulbena (2004) puso de relieve como el viento del Ponent triplica la posibilidad de padecer crisis de angustia, en personas que suelen padecer este tipo de trastornos. Para ello fueron analizados datos de 3.000 pacientes que acudieron al servicio de urgencias durante el 2002 y se ha contado con datos procedentes del Servicio Meteorológico de Cataluña.

En Andalucía encontramos dos referentes de estudios geográficos de la salud mental, por un lado el estudio de la población con esquizofrenia en el Área de Granada Norte, en la Tesis de Rosales (1998) y por otro el estudio de la sectorización psiquiátrica en la provincia de Sevilla elaborado por Marchena (1986).

En la tabla III.9 se presentan estudios científicos en los cuales se realice un estudio de la distribución territorial de las trastornos mentales tanto a nivel internacional como nacional.

Tabla III.9. Ejemplos de estudios territoriales de Salud Mental a nivel internacional, nacional y de Andalucía

<b>ESTUDIOS TERRITORIALES DE SALUD MENTAL</b>	
<b>INTERNACIONAL</b>	
Ecological structure and the distribution of schizophrenia and affective psychoses in Nottingham.	Giggs y Cooper, 1987
Schizophrenia, neighbourhood, and crime.	Lögberg y cols., 2004
The Camden Schizophrenia Survey	Harvey y cols., 1996
<b>NACIONAL</b>	
Estudi dels factors que poden explicar les diferències en la prevalença poblacional i en la de persones hospitalitzades per trastorns mentals entre territoris	Gispert y cols, 2004.
Análisis territorial de la Salud Mental en Andalucía mediante un SIG	Garrido-Cumbrera y cols., 2004
Viento del Ponent y crisis de angustia	Bulbena, 2004 (estudio no publicado)
<b>ANDALUCÍA</b>	
Estudio geográfico de una población de esquizofrénicos y de sus necesidades en un área de Granada	Rosales, 1998
Proyecto de sectorización de la asistencia psiquiátrica	Marchena, 1986

Fuente: Elaboración propia

La Tesis de Rosales (1998) incluye la identificación de la población esquizofrénica en el área de estudio (Área Granada-Sur), su distribución y perfiles sociodemográficos, así como las necesidades sanitarias, habitacionales y domésticas y la atención a las mismas. La investigación en su conjunto ofrece un gran interés tanto por el problema tratado como por el enfoque adoptado y la metodología. Dicho trabajo posee un gran interés, aunque posee sus

limitaciones por la reducida extensión del área a que se aplica y la relativa homogeneidad de las características demográficas, sociales y económicas. En opinión de la autora dicho trabajo debe ser considerado como un ejercicio de exploración de técnicas de análisis que deberían aplicarse luego a espacios más amplios, como toda la provincia de Granada, toda Andalucía o incluso toda España.

Marchena (1984) nos presenta un proyecto de sectorización psiquiátrica en la provincia de Sevilla, previo al cierre de los Hospitales Psiquiátricos con la Reforma Psiquiátrica acontecida en Andalucía. En este trabajo se trataba de organizar territorialmente la atención psiquiátrica, para lo cual se empleó la metodología geográfica representando cartográficamente indicadores de tipo sociodemográfico, de accesibilidad, de movilidad poblacional y de morbilidad psiquiátrica.

#### **4.2.3. Atlas de Salud Mental.**

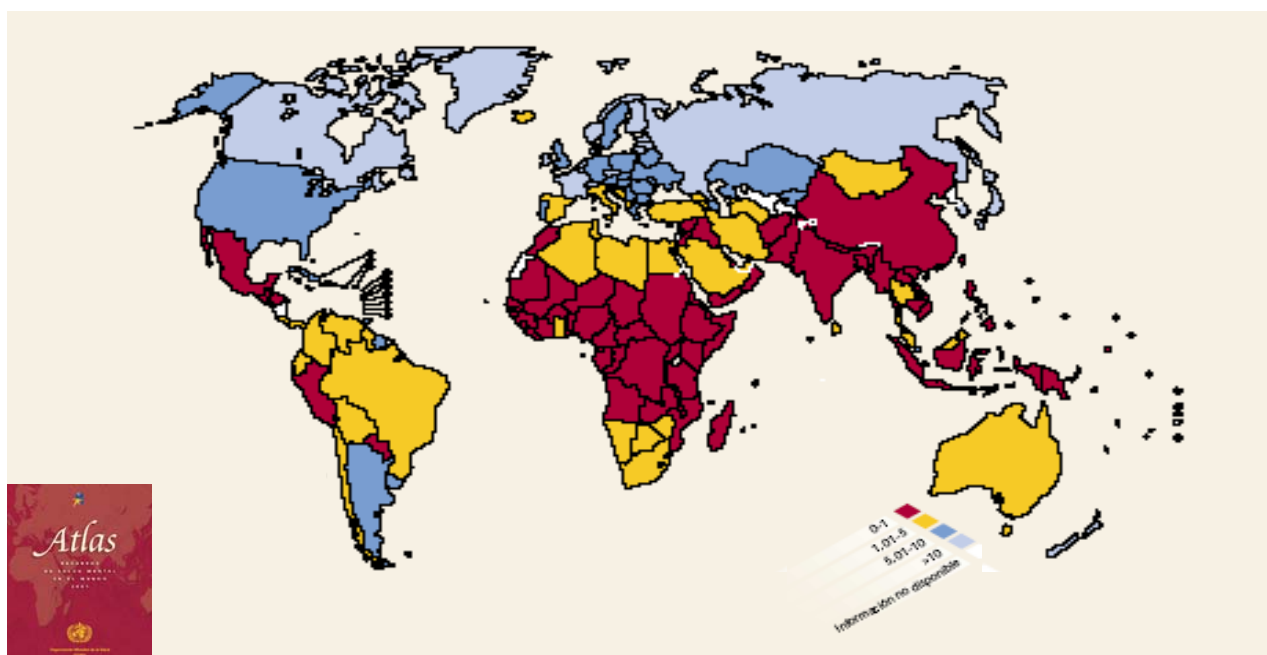
Muchos esfuerzos han sido dedicados a recoger información sobre la magnitud de las enfermedades mentales y la carga que representan. Abarca tanto los métodos de obtención de diagnósticos fiables y válidos como los estudios sobre la incidencia, la prevalencia y la evolución de los trastornos, los sistemas internacionales y nacionales de clasificación, y las estimaciones de las discapacidades asociadas. Sin embargo, se sabe muy poco sobre los recursos existentes para afrontar esta carga: ¿De qué recursos de atención de Salud Mental disponen los países?, ¿En qué medida cubren las necesidades?, ¿Dónde se localizan los mayores desequilibrios?, ¿Qué diferencias hay entre las distintas regiones y entre los grupos de países según los niveles económicos?. Estas preguntas suelen plantearse con frecuencia, sin embargo no se han conseguido respuestas claras. Lo que se conoce acerca de los recursos de Salud Mental corresponde sólo a unos pocos países desarrollados. Casi no existe información de la gran mayoría de los países. En los estudios se han utilizado distintas unidades de medida, por lo que la información disponible no permite establecer comparaciones entre países.

El Atlas de Salud Mental de Inglaterra de Glover y Barnes (2001) presenta abundante información acerca de los recursos disponibles en Salud Mental para adultos, incluyendo los servicios públicos y privados, sanitarios y médicos. Sin embargo la mayoría de la información se presenta mediante tablas y tan sólo 3 variables que han sido representadas mediante mapas.

La OMS publicó en 2001 su primer Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo que puso de relieve la gran carencia de información sobre recursos de Salud Mental. Así se señalaba que la falta de evaluación de recursos de Salud Mental contrastaba con la abundante información existente acerca de la prevalencia y la magnitud de los trastornos mentales en el mundo. Este Atlas puso de manifiesto la escasez de recursos que los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, destinan a la Salud Mental en relación a la enorme magnitud que los problemas de Salud Mental adquieren.

En dicho Atlas se representan mediante cartografía información fundamental referida aspectos tales como las distintas políticas de Salud Mental, los grados de desarrollo de programas específicos en Salud Mental, el uso de psicofármacos, la distribución de dispositivos o de profesionales específicos en Salud Mental.

Mapa III.2. Distribución territorial de la tasa de camas de Salud Mental por 10.000 habitantes



Fuente: Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo (OMS, 2002)

En el mapa III.2 se representa la distribución de la tasa de camas psiquiátricas existentes en los distintos países del mundo y se observa cómo la distribución de estas tasas se corresponde en gran medida con la distribución de los niveles económicos y en la dicotomía norte-sur de desarrollo. Sin embargo encontramos algunas excepciones con países como España e Italia con tasas parecidas a las que señalan países en vías de desarrollo como los países magrebíes de Argelia, Túnez o Libia. En el otro extremo encontramos países en vías de desarrollo como Kazajstán o Uruguay que poseen altas

tasas. Sin embargo, estos datos necesitarían de un análisis más pormenorizado para poder llegar a establecer conclusiones.

Recientemente la OMS ha publicado su nuevo Atlas de Salud Mental en el que se actualiza y mejora la información que figuraba en el anterior Atlas tanto a nivel internacional como nacional (OMS, 2005). La información presentada se refiere a políticas, programas, legislación, financiación, programas especiales en Salud Mental, atención primaria, recursos (camas psiquiátricas y profesionales) y Sistemas de Información. Existen importantes diferencias respecto al Atlas elaborado en 2001, aunque radican fundamentalmente en el método utilizado para la recogida de la información.

En la tabla III.10 aparecen señalados ejemplos de Atlas específicos de Salud Mental realizados en el contexto internacional.

Tabla III.10. Ejemplos de Atlas de Salud Mental a nivel internacional.

<b>ATLAS DE SALUD MENTAL INTERNACIONAL</b>	
Mental Health Atlas	OMS, 2005
Atlas: Mental Health Resources in the World	OMS, 2001
Mental Health Mapping Atlas. Provision for Working Age Adults in England 2001	Glover y Barnes, 2001

Fuente: Elaboración propia

## **5. APLICACIONES DE LA GEOGRAFÍA DE LA SALUD AL ESTUDIO DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA: RED TEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN COOPERATIVA RIRAG-SMD DEL INSTITUTO DE SALUD CARLOS III.**

### **5.1. Introducción a las Redes de Investigación Cooperativa del Instituto de Salud Carlos III.**

Desgraciadamente, en nuestro país, la masa crítica de investigadores ha sido tradicionalmente reducida, con grupos de calidad pequeños, fragmentados y con un deficiente nexo de unión entre los investigadores básicos y clínicos y las estructuras de investigación de las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), universidades y organismos de investigación. La Ley General de Sanidad (al amparo de la Ley 13/1986 de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica y Técnica) señala que las actividades de investigación en Biomedicina y en Ciencias de la Salud han



de ser fomentadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para su progreso y desarrolladas en función de las políticas nacionales de investigación y de salud.

El Ministerio de Sanidad y Consumo define a las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa como asociaciones de centros y grupos de investigación de diferentes Administraciones, Instituciones y Comunidades Autónomas, del sector público o privado con líneas y objetivos de investigación comunes con el fin de promover la complementariedad de actuaciones compartiendo objetivos y recursos (Orden SCO/709/2002).

El proyecto de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa tiene como finalidad promover la complementariedad de las actuaciones llevadas a cabo por los centros de investigación, compartir sus objetivos y recursos y contribuir a fundamentar científicamente los programas y políticas del Sistema Nacional de Salud en las áreas prioritarias del Plan Nacional de I + D + i. Se pretende así la creación de esquemas de cooperación científica que permitan alcanzar objetivos que difícilmente podrían plantearse en un contexto más restringido.

## **5.2. La Red Temática de Investigación Cooperativa RIRAG-SMD.**

La red RIRAG-DSM (Red de Investigación de Resultados Aplicados a la Gestión en Discapacidad y Salud Mental) fue constituida en 2002 como Red de Excelencia del Instituto de Salud Carlos III con el objetivo de realizar el proyecto científico “Aplicación de un nuevo Sistema de Información Geográfica sobre Servicios de Salud Mental (SIG-RIRAG) a la Descripción Estandarizada de la Provisión y Utilización de Servicios Psiquiátricos en España”.

La red RIRAG-DSM constituye una ampliación de la Asociación Científica Psicost, que nació con el objetivo de estudiar los costes derivados de la atención de las personas con esquizofrenia en España. Los objetivos científicos de Psicost han estado muy ligados al campo de la economía de la salud, la evaluación de servicios de atención a personas con trastorno mental y la epidemiología de los trastornos mentales. A estos intereses han ido uniéndose investigadores de distintas Universidades españolas, que han ido enriqueciendo la red aportando sus conocimientos y abriendo nuevos campos de estudio. En 2002, los miembros de Psicost crearon la red RIRAG con la adhesión de nuevos grupos de investigación con amplia experiencia previa. La red RIRAG hasta la fecha

coordina las actividades de grupos de investigación pertenecientes a 5 CCAA (ver mapa III.3).

Mapa III.3. Localización de los nodos de la Red de Investigación Cooperativa RIRAG-DSM.



Fuente: Elaboración propia

El proyecto fundamental que permitió la creación de la red RIRAG-DSM “Aplicación de un nuevo sistema de información sobre servicios de Salud Mental (SIG-RIRAG) a la descripción estandarizada de la provisión y utilización de servicios psiquiátricos en España” (G03/061) consiste en el diseño de un Sistema de Información Geográfica (SIG) en Salud Mental. Dicho SIG-RIRAG incorpora los resultados de los estudios llevados a cabo por los integrantes de la red, entre los que destacan: la evaluación de servicios de Salud Mental, el estudio de la carga familiar en pacientes con trastornos mentales; el análisis de la eficiencia DEA (Data Envolvement Analisis) de Áreas Pequeñas Sanitarias (APS); la aplicación de Análisis Bayesianos y de Contabilidad Analítica al cálculo de unidades de coste; la aplicación del análisis estadísticos multinivel de distinta información en Salud Mental.

### 5.3. El proyecto “SIG-RIRAG”.

El proyecto SIG-RIRAG del Instituto de Salud Carlos III pretende proporcionar un sistema de información integrado (Sistema de Información Geográfica que incorpore el sistema de descripción de servicios EPCAT), y sirva proceder a la descripción estandarizada del

mapa de los servicios de Salud Mental en cuatro CCAA siguiendo los criterios internacionales propuestos por la red EPCAT. Método: Se diseña un sistema integrado de descripción de servicios (SIG-RIRAG), que incorpora en un sistema de información geográfica a) un conjunto básico de 50 indicadores relevantes para Salud Mental incluyendo los señalados en un instrumento de referencia (ESDS) (Beecham y cols., 2000); b) una descripción estandarizada de la provisión y utilización de servicios en pequeñas áreas sanitarias (ESMS) (Johnson et al, 2000), y c) un paquete básico de análisis de datos. Se estudia la viabilidad del instrumento. Se efectúa una descripción estandarizada a nivel macro y meso (pequeña área sociosanitaria) de cuatro CCAA divergentes en cuanto a la provisión y utilización de servicios sociosanitarios para Salud Mental (Andalucía, Cataluña, Cantabria, Navarra), aplicando la matriz de Servicios de Thornicroft y Tansella (1998) y el sistema integrado SIG-RIRAG. Los resultados obtenidos se compararán con el mapa de atención psiquiátrica de Italia a través de un proyecto europeo. Tanto el proceso de consenso e investigación como la formación se efectuará por telemática (teleformación y teleconferencia).

Resultados esperados: Se obtendrá una herramienta para evaluación de tecnología sanitaria de un gran potencial para la gestión y planificación de servicios. Se realizará un modelo para el desarrollo de la herramienta SIG-RIRAG que constará de las siguientes fases:

1. Selección del programa Sistema de Información Geográfica (SIG). Ej. una presentación de las aplicaciones y funciones de los distintos programas informáticos SIG.
2. Selección del sistema cartográfico de base.
3. Protocolo de estudio de la Zonificación y sectorización de la Salud Mental en las distintas CCAA.
4. Bases de datos para el SIG:
  - Sociodemográfica.
  - Salud Mental.
  - Salud general.
5. Aplicación del sistema de codificación estandarizada internacional de servicios de Salud Mental (The European Service Mapping Schedule - ESMS).
6. Aplicación de modelos y sistemas de análisis: el análisis de eficiencia - DEA, el análisis Bayesianos.

Dicha herramienta constará de una plataforma web para la realización de consultas en línea por parte de profesionales de salud pública, usuarios (personas con trastorno mental), sus familiares y público en general.



**IV. FINALIDAD,  
FUNDAMENTOS,  
OBJETIVOS E  
HIPOTESIS**



## **1. FINALIDAD.**

La Tesis Doctoral contribuye al conocimiento territorial de la situación del sistema de atención en Salud Mental en Andalucía, con el fin de facilitar la comprensión del estado de la cuestión, en especial desde la vertiente territorial, y apoyar la toma de decisiones en política sanitaria sobre Salud Mental.

## **2. FUNDAMENTOS.**

A. Andalucía representa un sistema de atención en Salud Mental comunitario, que fue pionero en España, con el cierre completo de los hospitales psiquiátricos públicos y la creación de una red de servicios de atención comunitaria. Sin embargo, son escasos los estudios que analicen la situación de la Salud Mental y nulos desde una perspectiva territorial.

La Reforma Psiquiátrica en Andalucía supuso un cambio radical de los modos de atención a las personas con trastornos mentales con el cierre de los hospitales psiquiátricos públicos. El Defensor del Pueblo de Andalucía, en sus sucesivos informes, ha reiterado la escasez de recursos de atención a las personas con trastornos mentales en Andalucía. Así en el Informe anual del 2001 eran más de 50 las quejas relacionadas con la atención de las personas con trastornos mentales. Este informe ha puesto de relieve como posiblemente la creación de una red de servicios comunitarios, gestionados desde la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), no haya conseguido sustituir por completo la atención que prestaban los antiguos hospitales psiquiátricos.

La Junta de Andalucía a través de la Consejería de Salud han señalado su gran interés por mejorar en los próximos años la atención de la Salud Mental en nuestra Comunidad. Así lo han puesto de manifiesto tanto la redacción del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007 (SAS, 2003), la declaración oficial del año 2005 como “Año Andaluz de la Salud Mental” o la aprobación del decreto de Ordenación de los Servicios de Salud Mental. Este último avance, permitirá integrar todos los dispositivos de la red de Salud Mental en el ámbito de la asistencia especializada.

A tenor de lo afirmado desde la Consejería de Salud, el 2005 deberá representar un año crucial para el devenir de la atención pública a las personas con trastornos mentales, con amplias inversiones en Salud Mental para la creación de nuevas unidades, la ampliación



del número de profesionales y quizás un nuevo cambio de planteamiento respecto al pasado.

Con el objetivo de paliar esta necesidad de conocimientos y siguiendo los objetivos enunciados en el mencionado Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) se proyectó la realización de la presente Tesis Doctoral, que pretende aplicar las metodologías de análisis geográficos al estudio de la Salud Mental en Andalucía. Así, se analiza de manera conjunta la política en Salud Mental, la organización territorial de la atención, la distribución territorial de los recursos y la morbilidad psiquiátrica atendida. Este tipo de estudio resulta indispensable para disminuir las diferencias interterritoriales que se producen en la CA andaluza.

B. Al igual que ha ocurrido en un gran número de regiones europeas, en Andalucía desde hace más de veinte años se vienen realizando grandes esfuerzos para crear nuevos servicios de Salud Mental comunitarios. Los objetivos principales perseguidos con estas reformas han sido la integración de la Salud Mental en el sistema sanitario general y de las personas con trastornos mentales en la sociedad. Estos dos pilares propiciaron el cierre de todos los hospitales psiquiátricos públicos existentes en Andalucía, junto a la creación de modernos servicios de Salud Mental y de dispositivos comunitarios que dieron lugar a la actual red de Salud Mental. Sin embargo, estas importantes transformaciones no han ido seguidas de estudios que evalúen el impacto territorial que ha tenido dicho proceso en Andalucía, ni los desequilibrios interterritoriales generados.

Coincidiendo con los objetivos enunciados en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) 2003–2007 y con el comienzo del Año Andaluz de la Salud Mental 2005, es momento de avanzar en el conocimiento de los problemas de las personas con problemas de Salud Mental desde una perspectiva integral que tenga en cuenta la población y su distribución territorial. Así el citado PISMA señala concretamente, la necesidad de realizar investigaciones científicas como actividad imprescindible para la mejora de la calidad asistencial. Además se señala la necesidad existente de disminuir las desigualdades territoriales en la atención a la Salud Mental, sobre todo con el cuidado de la inequidad entre el medio rural y el urbano.

A pesar que el SAS cuenta con una zonificación que divide el territorio andaluz en Áreas de Salud Mental y áreas de cobertura de los Equipos de Salud Mental de Distrito (antiguos Distritos Sanitarios), no se constatan estudios que analicen la situación desde una perspectiva territorial.

Sin embargo, en otras Comunidades de España, sí se han realizado estudios de este tipo, abordando por ejemplo la distribución territorial de las enfermedades mentales. Así, en Cataluña se ha elaborado un estudio que detecta importantes desequilibrios territoriales en áreas sanitarias, en función del análisis de la distribución de la prevalencia de personas hospitalizadas por trastornos mentales.

Recientemente, la implantación del Sistema de Información de la Salud Mental de Andalucía (SISMA) está suponiendo una importante fuente de información que puede permitir análisis territoriales que evalúen los desequilibrios territoriales existentes en nuestra Comunidad.

En Andalucía, para la adecuada planificación de los recursos basada en la evidencia, sería necesario, por un lado, que la Administración contase con información sobre dónde se concentran las necesidades en Salud Mental y, por otro, que la población tuviese acceso a una mayor información acerca de los recursos con los que cuenta para atender su demanda.

Para conocer el estado de la atención en Salud Mental desde una perspectiva global es necesario contar con un equipo multidisciplinar formado por psicólogos, psiquiatras, profesionales en salud pública, geógrafos de la salud, especialistas en evaluación de servicios de Salud Mental y las propias administraciones competentes.

Aplicar la metodología interdisciplinar al estudio de la Comunidad andaluza es fundamental para abordar de manera racional necesidades actuales como son:

- La realización de un catálogo de prestaciones donde se señalen los servicios mínimos, para que así los ciudadanos cuenten unas mínimas garantías sanitarias independientemente del lugar donde residan.
- El establecimiento de criterios fundamentales de equidad que garanticen el acceso a las prestaciones en Salud Mental en condiciones de igualdad en todo el territorio.
- La creación de un sistema de información a disposición de los usuarios, con datos básicos sobre las prestaciones y la cartera de servicios públicos, la población atendida, los recursos humanos y materiales y su financiación.

El siguiente trabajo viene a cubrir una importante necesidad de información en este campo acerca de cuestiones tales como la distribución territorial de la población atendida

(morbilidad psiquiátrica atendida) y el análisis de sus características demográficas y socioeconómicas, la cobertura poblacional y distribución de los recursos de Salud Mental y de integración social o el análisis de la accesibilidad a los servicios por parte de la población.

Planificación de los recursos atendiendo a las necesidades geodemográficas y epidemiológicas del espacio programado.

Para conseguir un buen mapa de asistencia psiquiátrica es necesario conocer:

- Política de Salud Mental referida en concreto la legislación que regula la zonificación territorial, los presupuestos así como los órganos de gestión.
- Características territoriales del espacio a organizar: zonificación sanitaria general y específica en Salud Mental.
- Características demográficas: distribución de la población, estructura de la población, movilidad de la población, indicadores socioeconómicos.
- Morbilidad psiquiátrica: en función de la información procedente de los sistemas de información de Salud Mental, tanto hospitalarios como ambulatorios, a la población atendida.
- Distribución territorial de los recursos de atención a la Salud Mental (dispositivos y profesionales) en función del mapa sanitario y de las infraestructuras básicas de transporte mediante isócronas.

Las grandes disparidades respecto a las tasas de prevalencia psiquiátrica registradas en las distintos ESMD merecen un estudio más amplio que sirva para dar luz a este y otros muchos aspectos que afectan en el buen funcionamiento de la red de servicios de Salud Mental.

### 3. OBJETIVOS.

#### 3.1. Objetivo general.

**Objetivo 1.** Descripción de la situación general de la atención de la Salud Mental en Andalucía y su comparación con 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra).

**Objetivo 2.** Estudio de la distribución territorial y de la accesibilidad a los servicios de Salud Mental y de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía (a escala de Áreas de Salud Mental Pequeñas -ASMP) <sup>1</sup>.

#### 3.2. Objetivos específicos.

Establecer una caracterización de la atención en Salud Mental en Andalucía a través del análisis en dos niveles:

**Objetivo 1.** Análisis del sistema de Salud Mental en Andalucía mediante su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (ver mapa IV.1).

1. Caracterización sociodemográfica de la población andaluza y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).
2. Descripción de la planificación en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).
3. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).
4. Indicadores de política sociosanitaria, disponibilidad de recursos y actividad en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).

**Objetivo 2.** Distribución territorial de los servicios y morbilidad en Salud Mental en Andalucía (2002).

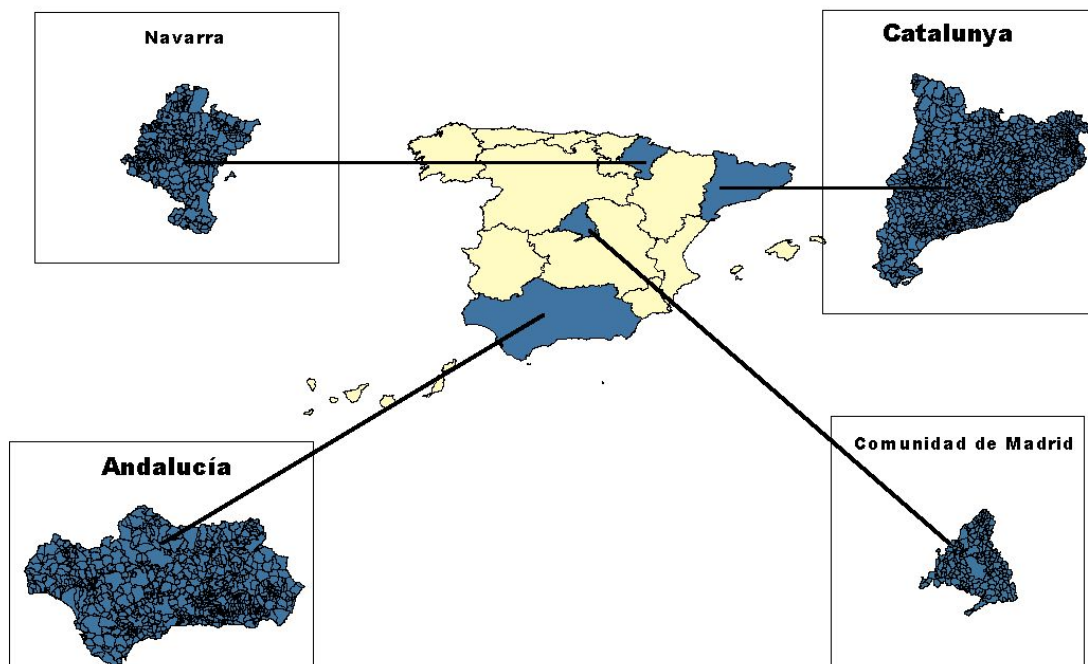
1. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía (2002).
2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001).
3. Distribución territorial y accesibilidad (medida en tiempo) de los recursos de Salud Mental en Andalucía (2002).
4. Grados de cumplimentación de las variables incluidas en el SISMA (2002).
5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía (2002).

---

<sup>1</sup> Se sigue la metodología geográfica del tratamiento por escalas.

6. Criterios de adecuación de dos agrupaciones diagnósticas: depresión mayor y esquizofrenia (2002).

**Mapa IV.1. Comunidades Autónomas utilizadas para la comparación de sus sistemas de atención en Salud Mental (Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra) .**



Fuente: Elaboración propia.

#### 4. HIPÓTESIS.

Al tratarse de un estudio descriptivo-observacional no se efectúan hipótesis formales, si bien, se plantean las siguientes hipótesis de trabajo:

##### 1. Nivel regional (CCAA):

1.1. El perfil sociodemográfico de la población de Andalucía muestra diferencias relevantes para la atención en Salud Mental con respecto al de las otras 3 CCAA.

1.2. La zonificación del sistema de Salud Mental en Andalucía muestra diferencias relevantes con respecto a las otras 3 CCAA: Navarra, Madrid y de Cataluña, y es posible ordenar las cuatro CCAA en función de una serie de criterios de adecuación territorial.

1.2.1. La organización territorial de la atención en Salud Mental en Andalucía es adecuada en comparación con otras CCAA.

1.3. El patrón de disponibilidad de servicios de Salud Mental en Andalucía muestra diferencias relevantes con respecto al de otras 3 CCAA.

1.3.1. La Comunidad Autónoma de Andalucía muestra un patrón de servicios adecuado en relación a otras 3 CCAA (Navarra, Cataluña y Madrid).

2. Nivel comarcal (Áreas de Salud Mental Pequeñas -ASMP):

2.1. El patrón de disponibilidad de servicios de Salud Mental en Andalucía muestra importantes desequilibrios territoriales entre las diferentes ASMP.

2.2. El patrón de la distribución de la morbilidad psiquiátrica asistida en Andalucía muestra importantes desequilibrios territoriales en las diferentes ASMP.

2.2.1. El patrón de morbilidad psiquiátrica coincide con el patrón de la disponibilidad de servicios sanitarios en la CA de Andalucía.

2.2.2. Las ASMP de Andalucía pueden dividirse en tres grupos según su morbilidad psiquiátrica y su disponibilidad de servicios de Salud Mental:

- I. ASMP óptimas: nivel de disponibilidad que se corresponde con el nivel de morbilidad.
- II. ASMP infradotadas: nivel de disponibilidad inferior al nivel de morbilidad.
- III. ASMP sobredotadas: nivel de disponibilidad superior al nivel de morbilidad.

3. El análisis de los indicadores sociodemográficos y del grado de optimización de los servicios (disponibilidad de recursos en función de la morbilidad psiquiátrica) permite establecer una ordenación de los ASMP en Andalucía útil para la planificación sanitaria y la asignación de recursos.

3.1. Las ASMP predominantemente urbanas presentan un mayor nivel de provisión de servicios que las ASMP más rurales.



# **V. MATERIAL Y MÉTODO**





## **1. DISEÑO DEL ESTUDIO.**

Se trata de una investigación epidemiológica de comparación y de adecuación de los sistemas de atención en Salud Mental. El estudio se efectúa desde la perspectiva del planificador sanitario incorporando información de arriba-abajo (Top-down), en dos escalas del modelo de Matriz de Thornicroft y Tansella (1999): macro o regional, Comunidad Autónoma; y meso o comarcal, Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP). El análisis es de tipo cualitativo y descriptivo.

- Nivel regional (Comunidad Autónoma). Se analiza la situación social y demográfica, la gestión de la Salud Mental, la organización territorial en Salud Mental y se presenta un conjunto de indicadores en Andalucía para su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra).
- Nivel comarcal (Áreas de Salud Mental Pequeñas - ASMP). Se estudian las características sociodemográficas, la distribución territorial de los dispositivos, la morbilidad psiquiátrica atendida y la adecuación de la calidad de la atención en dos agrupaciones diagnósticas: esquizofrenia y depresión mayor.

### **1.1. Unidades de análisis.**

Se utilizan dos unidades de análisis para las dos partes en las que se divide el investigación:

1. Nivel regional: se corresponde con la CA de Andalucía, en comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra).
2. Nivel comarcal: se corresponde con las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) que se definen como aquellos áreas geográficas que son atendidas por cada uno de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD), con una funcionalidad de carácter comarcal o intermedio.

## **2. MATERIAL.**

### **2.1 Indicadores de Salud Mental Psicost/RIRAG.**

Para la caracterización de la situación social, demográfica y económica, la disponibilidad de recursos y la actividad en Salud Mental de Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) se ha utilizado el conjunto de 75 indicadores de Salud

Mental Psicost/RIRAG (Salvador-Carulla, 2003). Estos indicadores fueron establecidos en 2002 por un grupo de consenso, que forma parte de la Asociación Científica Psicost, dentro del estudio Psicost/Catsalut 2003. Este estudio estuvo financiado por la Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) de la Generalitat de Cataluña. Recientemente este listado ha sido analizado y revisado por los integrantes de la Red Temática de Investigación Cooperativa RIRAG-SMD (Red Integrada de Resultados Aplicados a la Gestión de la Salud Mental y la Discapacidad) (G03/061), del Instituto de Salud Carlos III dando lugar al listado de indicadores de Salud Mental Psicost/RIRAG<sup>1</sup>.

Los indicadores Psicost/RIRAG fueron clasificados en 5 dominios siguiendo el modelo de matriz de Salud Mental de Thornicroft y Tansella (1999):

- 1) Sociodemográfico (input): demográficos y socioeconómicos.
- 2) Política sociosanitaria (input): gasto en Salud Mental y gasto en psicofármacos.
- 3) Recursos (input): profesionales; dispositivos residenciales y sus camas; dispositivos intermedios y sus plazas, dispositivos de atención ambulatoria.
- 4) Asistenciales (proceso): incidencia administrativa (tasa de primeras consultas por 1000 habitantes), prevalencia administrativa (tasa de pacientes atendidos por 1000 habitantes), frecuentación administrativa (tasa de consultas totales por 1000 habitantes).

Los indicadores de Salud Mental Psicost/RIRAG utilizados para la comparación de Andalucía con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) fueron los 76 que se enumeran a continuación<sup>2</sup>:

#### A. Dominio sociodemográfico (21):

El dominio sociodemográfico se dividió a su vez en tres grandes grupos: 1) demográficos, 2) socioeconómicos y 3) estado civil y hogar. Los indicadores sociodemográficos seleccionados fueron los siguientes:

---

<sup>1</sup> Para la elaboración del listado básico de indicadores en Salud Mental se revisaron 202 documentos. Estos documentos fueron encontrados mediante una búsqueda en Medline, buscadores Web, en los archivos bibliográficos de los nodos integrantes de la Asociación Psicost (Universidad de Cádiz, y la Unidad de Investigación y Desarrollo en Salud Mental del Hospital Sant Joan de Deu S.S.M. de Sant Boi de Llobregat - Barcelona) y del grupo coordinador de la red EPCAT (Centro di Studi e Ricerche in Psichiatria –CSRP- de Turín, Italia) y de documentos técnicos provenientes de diversas administraciones de ámbito autonómico, nacional e internacional. En función de la relevancia de cada indicador para la planificación en Salud Mental, un panel Delphi de tipo multidisciplinar seleccionó 14 documentos desde los que se recopilaban un conjunto de indicadores de Salud Mental relevantes en las CCAA españolas.

<sup>2</sup> En el capítulo de resultados se presentan los datos referidos a estos indicadores en Andalucía y otras 3 CCAA de referencia.

A.1. Demográficos (7):

- a. Número de habitantes.
- b. Superficie en Km.<sup>2</sup>.
- c. Densidad de población (hab./Km.<sup>2</sup>).
- d. Tasa de población por grupos de edad (<18 años) y (> 65 años).
- e. Índice de dependencia.
- f. Índice de envejecimiento.
- g. Esperanza de vida.

A.2. Socioeconómicos (6):

- a. Porcentaje de población ocupada en el sector primario.
- b. Renta familiar disponible.
- c. Tasa de paro por 100 hab.
- d. Tasa de analfabetismo por 100 hab.
- e. Tasa de inmigración exterior.
- f. Distinción entre áreas rurales y áreas urbanas.

A.3. Estado civil y hogar (8):

- a. Tasa de solteros por 100 hab.
- b. Tasa de viudos por 100 hab.
- c. Tasa de divorciados por 100 hab.
- d. Tasa de separados por 100 hab.
- e. Tasa de personas no casadas por 100 hab.
- f. Tasa de hogares unipersonales por 100 hogares.
- g. Tasa de hogares monoparentales por 100 hogares.
- h. Tasa de hacinamiento por 100 hogares.

B. Dominio de política sociosanitaria (9)

El dominio de política sociosanitaria contiene los indicadores relacionados con el gasto que han realizado las administraciones en Salud Mental.

- a. Gasto sanitario general anual.
- b. Gasto en Salud Mental anual.
- c. Gasto sanitario per cápita anual.
- d. Porcentaje del gasto sanitario total anual destinado a la Salud Mental.
- e. Gasto en Salud Mental per cápita anual.
- f. Gasto farmacéutico total.

- g. Gasto en psicofármacos.
- h. Gasto en psicofármacos per cápita.
- i. Porcentaje del gasto en psicofármacos sobre el total de gasto farmacéutico.

### C. Dominio de recursos (42)

El dominio recursos agrupa los indicadores referidos a las profesionales existentes y a los dispositivos de atención:

#### C.1. Profesionales (8):

- a. Tasa de psiquiatras en CSM .
- b. Tasa de psicólogos en CSM.
- c. Tasa de enfermeras (DUE) en CSM.
- d. Tasa de trabajadores sociales en CSM.
- e. Tasa de psiquiatras totales.
- f. Tasa de psicólogos totales.
- g. Tasa de enfermeras (DUE) totales.
- h. Tasa de trabajadores sociales totales.

#### C.2. Dispositivos de atención (34):

##### C.2.1. Dispositivos de atención de adultos (25):

- a. Dispositivos residenciales hospitalarios (corta, media, subagudos y larga estancia) y no hospitalarios (comunidades terapéuticas, residencias, pisos protegidos, pensiones) y el número de camas (14).
- b. Dispositivos de actividades estructuradas y de día y el número de plazas (8).
- c. Dispositivos comunitarios y/o ambulatorios, programas de servicios individualizados y de apoyo domiciliario de adultos (3).

##### C.2.2. Dispositivos de atención infantil y juvenil (9):

- a. Dispositivos residenciales hospitalarios (corta estancia y subagudos) (4).
- b. Dispositivos de actividades estructuradas y de día y el número de plazas (4).
- c. Dispositivos comunitarios y/o ambulatorios de atención (1).

### D. Dominio de actividad en Centros de Salud Mental (3)

- a. Incidencia administrativa.
- b. Prevalencia administrativa.
- c. Frecuentación administrativa.

## 2.2. Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA).

El SISMA constituye la base de datos principal que da soporte a la red asistencial de Salud Mental de Andalucía. Desde el 2002, el SISMA recoge información, de tipo clínico y sociodemográfica (en la tabla V.1. se señalan los campos incluidos en el SISMA), relativa a la actividad registrada en cada uno de los 71 Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD)<sup>3</sup>, que atienden a la población de sus respectivas ASMP de cobertura.

Tabla V.1. Campos incluidos en el Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA).

<b>Datos de identificación</b>	Equipo de Salud Mental de Distrito
	Número de identificación del paciente
<b>Características Sociodemográficas</b>	Fecha de nacimiento
	Sexo
	Localidad y provincia de residencia
	Situación laboral
	Estado civil
	Nivel educativo
	Tipo de convivencia
	Diagnóstico (CIE-10)
<b>Actividad Asistencial</b>	Fecha de la actividad
	Tipo de actividad
	Programación de la actividad

Fuente: Elaboración propia

El SISMA es el principal instrumento existente en Andalucía para la recogida, gestión y explotación de datos de pacientes y actividad en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). La base de datos SISMA fue suministrada, desde el Programa de Salud Mental (PSM) del SAS, preservando la privacidad de los pacientes atendidos.

<sup>3</sup> En el año de referencia del estudio (2002) existían 71 ESMD, aunque en el 2004 se abrió uno nuevo que no ha sido incluido en el estudio.

### **2.3. Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH).**

El Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH) supone el principal sistema de recopilación de información sobre la actividad hospitalaria existente en España. Se contabilizaron los ingresos producidos en los Hospitales Generales andaluces a través del análisis del CMBDAH durante el 2002. Se ha contabilizado el número de ingresos realizados en algunos de los Hospitales Generales Públicos andaluces. No todos los Hospitales Públicos en los que se realizaron ingresos psiquiátricos cuentan con Unidad de Salud Mental específica. Se han incluido en el análisis todos los ingresos aunque distinguiendo entre los realizados en Hospitales que poseen Unidad de Salud Mental (USM-HG) de los que no tienen.

### **2.4. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).**

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) es una clasificación diagnóstica estándar internacional, es decir, un sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades diagnósticas de acuerdo con criterios establecidos a nivel internacional. El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recogidos en diferentes países o regiones y a lo largo del tiempo. En el SISMA se utiliza, para agrupar las distintas patologías psiquiátricas registradas, la versión 10 de la CIE, mientras para el CMBDAH se utiliza la versión 9.

### **2.5. Indicadores de adecuación de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).**

Existen distintos criterios de evaluación de la atención de la Salud Mental que sirven para establecer los centros que prestan una atención adecuada en función de la patología. En Psiquiatría se han establecido criterios de adecuación para algunas de sus agrupaciones diagnósticas. Para el estudio de la adecuación de la atención de la esquizofrenia y la depresión mayor en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) de Andalucía, se utilizaron los siguientes criterios de adecuación:

- a. Adecuación de atención para la depresión mayor: este criterio ha sido establecido por los autores Wang y cols. (2000) y Kessler y cols. (2003). Según dichos criterios, la atención asistencial de la depresión mayor considerada adecuada debe comprender al menos 4 visitas en los últimos 12 meses en los Centros de Salud Mental. Siempre que el tratamiento sea fármaco-terapéutico, que incluye el uso de antidepresivos o un fármaco estabilizador del ánimo durante los últimos 30 días.

b. Adecuación de la atención para la esquizofrenia: este criterio fue establecido por un grupo de consenso formado por psiquiatras pertenecientes a la red Psicost/RIRAG. Para que la atención asistencial de la esquizofrenia sea considerada adecuada debe comprender al menos 8 visitas en los últimos 12 meses en los Centros de Salud Mental.

## 2.6. Cartografía.

Para el estudio de la organización territorial de la Salud Mental en Andalucía y su comparación con 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) se utilizó cartografía con representación de los límites municipales (en el caso de Andalucía, Cataluña y Navarra) y de los límites de las áreas sanitarias (caso de Madrid). La cartografía digital de Cataluña, de la Comunidad de Madrid y de Navarra fue cedida desde los respectivos Institutos de Estadística<sup>4</sup>. En el caso de la Comunidad de Madrid no fue necesario realizar la representación cartográfica de sus límites ya que la cartografía del Instituto de Estadística de la Comunidad incorpora dichos límites. Sin embargo, en el caso de Andalucía, Cataluña y Navarra se debió adecuar los límites municipales a las divisiones sanitarias y/o de Salud Mental utilizando en algunos casos cartografía de los distritos y secciones censales a escala municipal.

La base cartográfica de Andalucía fue el mapa 1: 100.000, que fue cedido por el Instituto de Cartografía de Andalucía (ICA). Dicho mapa incorpora, además de los límites provinciales y municipales, distintas coberturas como la red de carreteras de Andalucía, las cabeceras municipales, las entidades de población menores, etc.

Para la realización del análisis de la accesibilidad por carretera a los dispositivos de atención en Salud Mental fue necesario contar con la red de carreteras digitalizada. Debido a los importantes cambios en los trazados y a la implantación de nuevos tramos en la red de carreteras de Andalucía, se solicitó al Instituto de Cartográfico de Andalucía (ICA) la capa digitalizada de la red de carreteras actualizada a 2002 que fue utilizada para el estudio.

Los límites geográficos de las ASMP del municipio de Sevilla fueron establecidos utilizando la cartografía digital del mapa municipal de distritos y secciones censales de

---

<sup>4</sup> Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat), Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid e Instituto de Estadística de Navarra.



Sevilla, que fue suministrado por el Instituto de Estadística del Ayuntamiento de dicha ciudad.

Para la localización y representación exacta de los servicios asistenciales de Salud Mental, en los municipios de más de 100.000 habitantes de Andalucía, se utilizó como base cartográfica de referencia las distintas hojas del mapa topográfico de Andalucía a escala 1:10.000.

La representación cartográfica se realizó atendiendo a las técnicas de elaboración cartográfica convencionales. Los distintos mapas incluidos se realizaron incorporando una leyenda explicando los valores representados, una escala gráfica señalando las distancias en kilómetros, la fuente de los datos, así como su respectivo norte geográfico. La fuente que se señala se refiere a los datos primarios utilizados aunque toda la cartografía que se presenta en el apartado de resultados fue creada por el autor.

## **2.7. Sistemas de Información Geográfica (SIG).**

Los Sistemas de Información Geográfica (SIG) fueron utilizados para recopilar y representar cartográficamente la información en Salud Mental. Se realizaron multitud de correcciones y adaptaciones de los límites municipales hasta representar los límites de las 71 Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).

El Sistema de Información Geográfica utilizado, para realizar análisis y representaciones espaciales, ha sido el programa informático SIG ArcView 3.2, creado por la empresa "Environmental Systems Research Institute" (ESRI), además de su módulo "Network Analyst". Dicho módulo permite realizar análisis espaciales de todo tipo de redes y fue utilizado para el cálculo de la accesibilidad de los servicios de Salud Mental a través de la red de carreteras de Andalucía.

Los indicadores relacionados con la Salud Mental han sido representados cartográficamente utilizando distintas gradaciones de color, para fenómenos representados en las ASMP, y gradaciones de tamaño para representaciones puntuales referidas directamente a cada uno de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). Los indicadores fueron clasificados en quintiles: 20, 40, 60, 80 y 100, ya que, este tipo de distribuciones estadísticas permite reducir el sesgo que se produce siempre al agrupar variables. Este método facilita la observación y comprensión de los fenómenos espaciales. En este método estadístico de clasificación de cada una de las clases

contiene el mismo número de observaciones. Es un procedimiento apropiado para establecer intervalos de unidades espaciales, siempre que existan diferencias considerables entre los tamaños de sus áreas.

### **3. PROCEDIMIENTO.**

El año de referencia ha sido el 2002 debido a las dificultades que conlleva la recopilación de información actualizada de Salud Mental en España (ver figura III.5). Además, para algunos de los apartados, fue necesario recurrir a información referida a otros años. Así, en el caso de la información sociodemográfica, los datos se refieren al 2001, año en el que se realizó el último Censo de Población y Viviendas en España. En la tabla V.2. aparecen recogidos los distintos apartados en que se estructuran los resultados de la Tesis Doctoral a partir de los dos niveles antes mencionados: regional (CCAA) y comarcal (Áreas de Salud Mental Pequeñas -ASMP).

#### **3.1. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA MEDIANTE SU COMPARACIÓN CON OTRAS 3 CCAA (CATALUÑA, MADRID Y NAVARRA) (2002).**

Para la comparación de la atención de la Salud Mental de Andalucía, a nivel autonómico, se seleccionaron 3 CCAA, cuya población supone casi la mitad del total estatal (aprox. el 48%) (ver gráfico V.1.). Estas CCAA seleccionadas presentan características sociales, demográficas y económicas dispares y han seguido una planificación y desarrollo de los servicios de Salud Mental diferente:

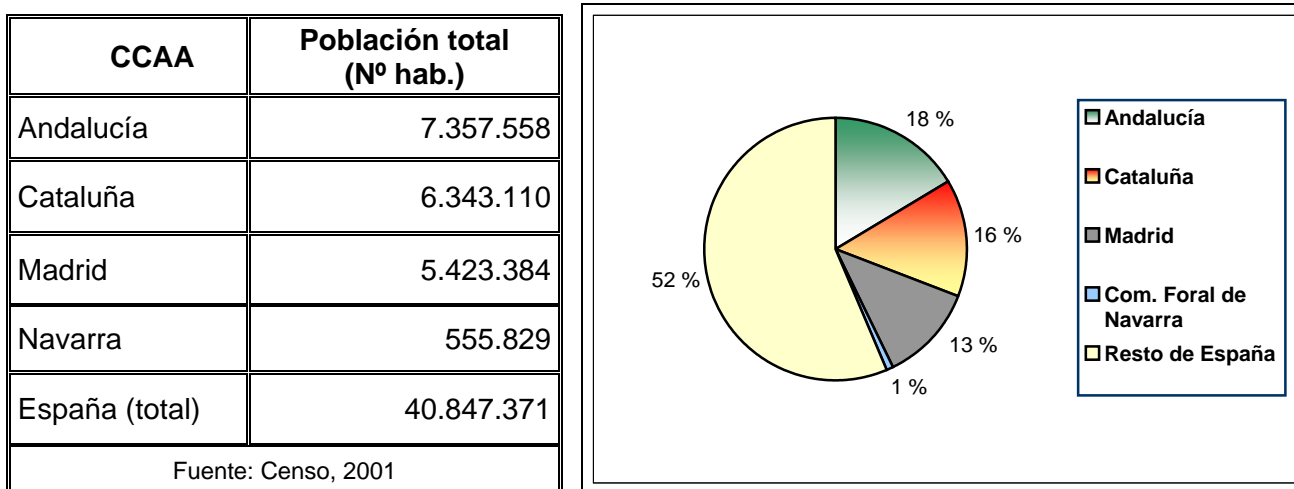
1. Cataluña: Comunidad en la que, tras la reforma psiquiátrica, siguen funcionando hospitales psiquiátricos públicos. Es una Comunidad que destaca también por su modelo mixto de gestión en el que la mayoría de recursos son de uso público y gestión privada.
2. Madrid: Comunidad marcada por un proceso de transferencias tardío que ha propiciado la coexistencia de diferentes organismos de gestión en materia de Salud Mental (Servicio Madrileño de Salud-SERMAS, Instituto Madrileño de Salud-IMSALUD y Ayuntamiento de Madrid) con la consiguiente multiplicidad de funciones.
3. Navarra: Comunidad Foral de baja densidad de población y un alto nivel económico. Considerada modelo de referencia por los sistemas de información sanitaria disponibles y el desarrollo de sistemas de atención comunitaria.

Tabla V.2. Apartados principales incluidos en la presente Tesis Doctoral.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico V.1. Población en España y en las CCAA de Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.



### 3.1.1. Caracterización sociodemográfica de la población andaluza y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).

Para la caracterización de la situación social y demográfica de la población andaluza y de las otras 3 CCAA se utilizaron el conjunto de indicadores Psicost/RIRAG que se encuentran dentro del dominio sociodemográfico, como por ej. densidad de población, índice de envejecimiento, tasa de hogares unipersonales o tasa de personas que residen en hogares monoparentales.

Como demuestran distintos autores, existen determinadas características sociodemográficas de la población que se correlacionan con mayores tasas de morbilidad psiquiátrica y, por tanto, con una mayor utilización de servicios de Salud Mental. Se consultaron distintas fuentes como Censos de Población y Viviendas, Padrones Municipales de Habitantes e Informes técnicos. Finalmente, los datos sociodemográficos referidos a las 4 CCAA provienen fundamentalmente del Censo 2001 y fueron adquiridos a través de los Institutos de Estadística de las diferentes CCAA estudiadas y del Instituto Nacional de Estadística (INE) para indicadores que no estaban disponibles para algunas CCAA. Igualmente se incluyeron los valores de renta familiar disponible disponibles en el Informe Económico de la Caixa.

### **3.1.2. Descripción de la planificación en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).**

Se presenta de forma resumida la evolución y situación actual de la gestión de la Salud Mental en las otras 4 CCAA en estudio (Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra). Para ello se recopilaron diversos informes, memorias de Salud Mental y artículos especializados en la materia, que aparecen señalados en el apartado de bibliografía. Dichos textos fueron revisados y se realizó un primer informe para cada una de las 4 CCAA estudiadas<sup>5</sup>.

Finalmente se obtuvo un texto breve en el que se presenta la evolución de la gestión de la Salud Mental, los órganos que intervienen, los dispositivos asistenciales existentes y la legislación en materia sanitaria que ha sentado las bases de la Salud Mental en cada una de las 4 CCAA.

### **3.1.3. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).**

Para el estudio de la zonificación de Salud Mental, se procedió a efectuar un análisis de la base legal y administrativa de la delimitación territorial de las áreas sanitaria en España. Posteriormente se analizó el sistema de zonificación sanitaria y en Salud Mental en cada CCAA. Se distinguió entre las ASMP específicas en la Salud Mental y las ASMP programadas para la organización del sistema sanitario y de Salud Mental al mismo tiempo.

Esta información fue contrastada con los responsables de las diferentes CCAA. Para la representación cartográfica de las distintas áreas sanitarias y/o de Salud Mental se utilizaron los documentos de zonificación y sectorización oficiales en cada Comunidad, así como los mapas digitales cedidos desde los Institutos de Estadísticas o Consejerías de Obras Públicas y Transportes.

---

<sup>5</sup> Los 4 informes fueron, a su vez, revisados y contrastados por los coordinadores de la Asociación Científica Psicost en cada una de las CCAA y por los responsables de los órganos de gestión de la Salud Mental de cada una de las 4 CCAA (Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra) estudiadas.

### **3.1.4. Indicadores de política sociosanitaria, disponibilidad de recursos y actividad en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).**

Para la elaboración del listado básico de indicadores en Salud Mental "PSICOST" se ha seguido una metodología cualitativa, a partir de una lista extensa de 186 indicadores extraídos a partir de 14 estudios y documentos técnicos seleccionados de entre los 202 documentos revisados. Se consideraron los siguientes factores clave: escala espacial macro o regional (Comunidad Autónoma); periodo temporal: actualización de la información a diciembre de 2002; clasificación de los indicadores en dominios de Salud Mental: sociodemográfico, política sociosanitaria, recursos, actividad y resultados; finalidad: gestión y planificación pública de los servicios de Salud Mental. Se calcularon los respectivos porcentajes y tasas utilizando la población de referencia. Este listado se sometió al juicio de 14 informantes clave (gestores y técnicos de los servicios de Salud Mental de 4 CCAA y expertos en evaluación de servicios en estas CCAA) en función de su relevancia y accesibilidad en una escala análogo-numérica de 10 puntos. Los indicadores de resultados no se incluyeron en este análisis. Los 50 que obtuvieron mejor puntuación fueron sometidos al juicio de un panel Delphi de tipo multidisciplinar que eliminó algunos y rescató otros del listado original en función de los criterios señalados (relevancia y disponibilidad de la información en las 4 CCAA). Paralelamente, otro grupo de expertos internacionales elaboró un listado de indicadores para la comparación de Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP). Finalmente se seleccionaron un total de 74 indicadores para Salud Mental en adultos: 27 sociodemográficos, 9 de política sociosanitaria, 35 de recursos y 3 de actividad. Se elaboró una definición estandarizada de estos indicadores, sobre los que se buscó información, para las 4 CCAA, en varias fuentes referidas a un año de referencia (2002). En caso de ausencia de información concreta se recabaron datos de forma prospectiva o estimativa. Así las tasas de personal en Cataluña se estimaron en función de los datos referentes a 6 ASMP, que habían sido anteriormente seleccionadas por un sistema de aleatorización estratificada. En el caso de los servicios residenciales de Salud Mental y hospitales de día, los datos fueron contrastados centro a centro por uno de los evaluadores. La búsqueda exhaustiva de la información disponible sobre los mismos incluyó bibliografía específica, memorias de actividad, informes técnicos, bases de datos, portales web, visitas a los dispositivos de Salud Mental, consulta con los responsables de la Salud Mental y entrevistas a informantes clave.

Una vez obtenida la información sobre cada indicador en las cuatro CCAA, esta se sometió a la verificación por parte de los responsables y técnicos de las Consejerías de Salud y de Servicios Sociales en las 4 CCAA y al contraste con expertos en servicios de Salud Mental en estas 4 CCAA.

Los indicadores de actividad que se presentan en este apartado se refieren únicamente a la actividad realizada en los centros de Salud Mental de las 4 Comunidades Autónomas. Se incluyen los indicadores de prevalencia, incidencia y frecuentación administrativa. No se incluyen otros tipos de datos de actividad, como los referentes a la actividad en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales debido a que estos datos no estaban disponibles en el momento de realizar el estudio en Madrid y en Cataluña.

### **3.2. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS Y MORBILIDAD EN SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA (2002).**

#### **3.2.1. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía (2002).**

Para el estudio a escala comarcal se revisó el Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) de 1991, cuyos Distritos Sanitarios se corresponde en gran medida con las áreas de cobertura asistencial de los ESMD. El actual Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) de 2002 no fue utilizado al no haberse realizado la reorganización de los servicios de Salud Mental.

Se encontraron dificultades para la delimitación de las ASMP de los municipios de Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada debido a problemas relacionados con la correspondencia de los límites de los Distritos Sanitarios con las secciones y distritos censales. Así, dicha división presentaba diversos errores y además no estaba adaptada a los cambios producidos en la división distrital de dichos municipios, como en el caso del de Sevilla. Así la actual división distrital de Sevilla, vigente desde 1989, divide el municipio en 6 distritos, modificando la antigua división que lo hacía en 10. La filosofía esencial de este cambio consistió en concentrar recursos para descentralizar servicios, buscando además una mayor cohesión espacial de estas entidades (López Lara y Marchena Gómez, 1990). Además, la ampliación del área de cobertura adscrita a cada uno de los Distritos Sanitarios del nuevo Mapa de Atención Primaria de Andalucía 2002 (Orden de 7 de junio de 2002) y el reconocimiento de la libre elección de médico general y pediatra dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía (Orden de 9 de junio de 1999) está suponiendo la

eliminación casi absoluta de los límites sanitarios que fragmentaban algunos de los municipios andaluces.

Para el estudio de los desplazamientos de la población atendida en los dispositivos de Salud Mental se ha procedido a estudiar los municipios de residencia de los pacientes atendidos en cada uno de los ESMD, en relación a los municipios que comprende cada Área de Salud Mental Pequeña (ASMP). De esta forma, se han podido señalar los principales problemas detectados en Andalucía a nivel general. Además, se seleccionó la provincia de Cádiz, debido a su estructura de asentamientos policéntricos con la Bahía de Cádiz y el Campo de Gibraltar como referentes, para realizar un análisis de la movilidad de los pacientes más pormenorizado. Se señalaron los municipios de procedencia de los pacientes atendidos en cada uno de los 9 ESMD existentes de la provincia de Cádiz (a excepción de San Fernando de donde no existía información). Esta información permitió distinguir los pacientes atendidos en los ESMD que le correspondía, a partir de la zonificación del Servicio Andaluz de Salud (SAS), de aquellos que fueron atendidos por ESMD situados fuera de su área. Los resultados fueron representados cartográficamente.

### **3.2.2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001).**

Para realizar los comentarios desde una perspectiva territorial, se han clasificado las distintas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) en las 6 unidades geográficas, en las que se divide el territorio andaluz.

Para la caracterización de la situación sociodemográfica de las distintas ASMP de Andalucía se han seleccionado 6 indicadores sociodemográficos. Indicadores que nos permiten caracterizar la población de las distintas ASMP andaluzas y detectar en dónde sería necesaria una planificación en Salud Mental específica. Estos indicadores fueron:

1. Densidad de población.
2. Distinción entre áreas rurales y áreas urbanas:
3. Renta familiar disponible.
4. Tasa de paro femenino por 1.000 hab.
5. Porcentaje de hogares unipersonales.
6. Tasa de inmigración exterior.



La población de los ESMD proviene de dos fuentes debido a que el Programa de Salud Mental (PSM) del Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha realizado su propio cálculo a partir de la población de los municipios proveniente de la revisión del Padrón Municipal de Habitantes de fecha 1/01/02 mientras que los datos sociodemográficos provienen del Censo de 2001.

Atendiendo a los distintos niveles de densidad de población y al porcentaje de población ocupado en el sector primario, (agricultura, ganadería o pesca), siguiendo el criterio consensuado Psicost/RIRAG, se han distinguido entre las ASMP urbanas y las ASMP rurales:

- ÁSMP urbanas: más de 100 hab./Km.<sup>2</sup> y menos del 10 % de población ocupada en el sector primario.
- ASMP rurales: menos de 100 hab./Km.<sup>2</sup> y más del 10 % de población ocupada en el sector primario.

La clasificación de la actividad primaria se realizó agrupando las categorías de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-93) de las secciones:

- A: Agricultura, ganadería, caza y selvicultura.
- B: Pesca

Los valores de renta familiar disponible se obtuvieron de los datos estimados que se presentan en el Informe Económico de España (La Caixa, 2003). Estos valores se refieren únicamente a los municipios con población superior a los 1.000 habitantes y aparecen clasificados en distintos intervalos que podrían no corresponderse del todo con la realidad socioeconómica de las distintas ASMP.

Para la caracterización social y demográfica de los distritos sanitarios andaluces se creó una base de datos con los municipios que formaban cada una de las ASMP. En función de los valores totales, se calcularon tasas de cada indicador para permitir las comparaciones entre la población de las distintas ASMP. Los datos sociodemográficos referidos a las ASMP que incluyen los municipios de Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada no han podido analizarse a nivel de distrito y sección censal. Esto se debe a que el Servicio Andaluz de Salud no ha actualizado los límites de las ASMP de dichos municipios y, por tanto, no es posible saber con exactitud son las actuales secciones censales a las que corresponden. Los datos de las zonas de dicho municipio se refieren a la parte proporcional del conjunto del municipio atendiendo a la división que existían

anteriormente. Para el resto de municipios no ha existido problema alguno, ya que las ASMP, a las que pertenecían, estaban formadas por municipios completos.

### Análisis de Componentes Principales

Para conseguir la simplificación de los datos sociodemográficos, hemos obtenido variables sintéticas combinación de las variables estudiados. Para ello, se ha utilizado la técnica de análisis de componentes principales (ACP). Con ello conseguimos, desde un punto de vista práctico los siguientes objetivos (Almenara y cols, 1998): 1) sintetizar la información procedente de un volumen importante de datos, recogidos en una investigación particular, que permita analizar de forma mas clara las posibles interrelaciones de los fenómenos en estudio y 2) crear índices o indicadores nuevos, en nuestro caso sociodemográficos, representados por las CP, una vez interpretadas.

Se han utilizado indicadores de carácter sociodemográficos referidos a la población en cada una de las áreas. En concreto, los indicadores sociodemográficos utilizados fueron los de renta familiar disponible, densidad de población, porcentaje de población ocupada en el sector primario, tasa de no casados respecto a los casados, tasa de hogares unipersonales, tasa de paro femenino y tasa de inmigración (residentes procedentes de África y América).

El ACP organiza combinaciones lineales de dichas variables originales, obteniendo un nuevo conjunto de igual número de variables, incorreladas, llamadas CP, donde permanece la variabilidad presente en los datos originales. La ordenación de los CP decrecientemente por su varianza, permite explicar el fenómeno de estudio.

Con ello conseguimos, desde un punto de vista práctico 1) sintetizar la información procedente de un volumen importante de datos, permitiendo analizar de forma mas clara las posibles interrelaciones de los fenómenos en estudio; 2) crear índices o indicadores nuevos, en nuestro caso de sociodemográficos, representados por las CP, una vez interpretadas.

### **3.2.3. Distribución territorial y accesibilidad de los recursos de Salud Mental en Andalucía (2002).**

#### Accesibilidad a los dispositivos de Salud Mental por carretera

Para el análisis y la modelización de la accesibilidad por carretera de los dispositivos de atención en Salud Mental se utilizó, como base cartográfica, el Mapa digital de Andalucía a escala 1:100.000 que fue cedido por la Consejería de Obras Públicas y Transportes de la Junta de Andalucía. Dicho mapa incorpora, además de los límites provinciales y municipales, la cobertura de la red de carreteras de Andalucía según tipo y características, los contornos de las cabeceras municipales y las entidades de población menores.

A cada una de las carreteras se le ha asignado velocidades teóricas de conducción en función de su posición jerárquica y de los límites de velocidad permitidos según el código de circulación<sup>6</sup>.

Para la realización de este análisis, se utilizó el módulo informático Network Analyst del Sistema de Información Geográfica (SIG) ArcView 3.2, siguiendo una metodología similar a la descrita anteriormente en el estudio de la accesibilidad de los hospitales andaluces por López Lara y Garrido (2003).

A partir de las distancias temporales de conducción existentes desde las Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG). En Andalucía existen 21 USM-HG que están situadas en 19 Hospitales Generales andaluces. En los hospitales Torrecárdenas de Almería y Reina Sofía de Córdoba se localizan dos USM-HG distintas, que a efectos de cálculo de áreas de accesibilidad han sido contabilizadas como una sola USM-HG.

#### Clasificación de las Áreas de Salud Mental Pequeñas en función de los recursos

Los dispositivos fueron representados en un mapa digital 1:100.000 de Andalucía, utilizando los núcleos de población. Para las ciudades mayores de 100.000 habitantes, con más de un dispositivo de Salud Mental, se utilizó cartografía topográfica raster georreferenciada a escala 1:5.000. Se representaron todos los dispositivos que forman la red pública de atención en Salud Mental en Andalucía. Los indicadores referidos a los

---

<sup>6</sup> Autopistas: 120 Km./hora; Autovías: 100 Km./hora; Red básica estatal y autonómica: 80 Km./hora; Red secundaria: 60 Km./hora y Red complementaria: 50 Km./hora.

dispositivos se clasificaron siguiendo un sistema de codificación internacional desarrollado por el grupo EPCAT siguiendo el instrumento “The European Service Mapping Schedule (ESMS)” (Johnson y Kuhlmann, 2000): servicios residenciales, servicios de día y actividades estructuradas y servicios comunitarios y ambulatorios. Los servicios fueron representados siguiendo dicha clasificación del siguiente modo:

- Dispositivos residenciales: Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales (USMH), Comunidades Terapéuticas (CT) y el Hospital Psiquiátrico concertado.
- Dispositivos de día y actividades estructuradas: Hospitales de Día (HD) y Unidades de Rehabilitación de Área (URA).
- Dispositivos comunitarios y ambulatorios: Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).
- Dispositivos Infantil y Juvenil: Unidades de Salud Mental Infantil y Juveniles (USMI) ambulatoria, Hospitales de Día en USMI y Unidades de Hospitalización en USMI.

Posteriormente se han clasificado las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) en función de la existencia o proximidad a cada uno de los servicios de la red de Salud Mental pública andaluza del siguiente modo:

- ↑ El dispositivo de Salud Mental se encuentra situado en el mismo ASMP.
- El dispositivo de Salud Mental se encuentra a menos de 30 minutos de conducción del ASMP.
- ↓ El dispositivo de Salud Mental se encuentra a más de 30 minutos del ASMP.

#### Profesionales en las distintas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP)

Para estudiar las dotaciones de profesionales existentes en las distintas ASMP, se creó un índice de profesionales basado en función de las distintas categorías profesionales existentes en cada uno de los ESMD. En dicha fórmula se asignó un peso específico a las distintos profesionales en Salud Mental, siendo la tasa seleccionada la siguiente:

Índice de profesionales por ESMD = Número de Psiquiatras por 1.000 habitantes X 3 + Número de Psicólogos por 1.000 habitantes X 2 + Número de Trabajadores Sociales por 1.000 habitantes X 1,4 + Número de Diplomadas en Enfermería por 1.000 habitantes X 1,4 + Número de Auxiliares de Enfermería por 1.000 habitantes X 1.

Del mismo modo se calcularon los valores del índice de profesionales referido a las tasas de profesionales por 100.000 habitantes. Con ello se obtuvieron dos valores del índice de profesionales, uno global y otro referido a la población del área de cobertura.

#### **3.2.4. Grados de cumplimentación de las variables incluidas en el SISMA (2002).**

Se han analizado los distintos grados de cumplimentación de los campos que contiene el Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA) durante el 2002. Se seleccionaron los campos “diagnóstico” y “situación laboral” para realizar un estudio más pormenorizado. Dicho estudio permitió la clasificación de cada uno de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) en tres grupos:

A. Cumplimentación aceptable: ESMD con más del 50% de los registros de diagnóstico y de situación laboral cumplimentados.

B. Cumplimentación deficiente: ESMD con más del 50% de los registros de diagnóstico cumplimentados y menos del 50% de los registros de situación laboral cumplimentados.

C. Cumplimentación muy deficiente: ESMD con menos del 50% de los registros cumplimentados para la variable diagnóstico.

Se han representado cartográficamente tanto los porcentaje de cumplimentación de los campos “diagnóstico” y “situación laboral” como la clasificación en dichas categorías.

#### **3.2.5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía (2002).**

La caracterización epidemiológica de la morbilidad psiquiátrica de cada APS ha sido realizada mediante el análisis de su distribución territorial de manera comparada. Se ha realizado una caracterización de la población atendida en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) durante el 2002 en función del SISMA. Para ello se ha dividido a los pacientes en función de su edad, sexo, situación laboral y agrupaciones diagnósticas en función de la propuesta realizada desde el SAS (ver tabla V.3).

Para el estudio de la morbilidad psiquiátrica administrativa se analizó los pacientes registrados en la base de datos del SISMA. Los datos que se manejaron fueron los de incidencia administrativa (número de primeras consultas en los centros de Salud Mental por 1.000 habitantes), prevalencia asistida (número de pacientes totales atendidos por los

centros de Salud Mental por 1.000 habitantes) y frecuentación (número de consultas totales en los centros de Salud Mental por 1.000 habitantes).

Tabla V.3. Agrupaciones diagnósticas psiquiátricas propuestas por el SAS en función de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE, 9).

AGRUPACIONES DIAGNÓSTICAS PSIQUIÁTRICAS	SUBGRUPO
Trastornos relacionados con la Ansiedad y Depresión	F34
	F40 - 45
	F48
	F51 - 55
	F59
	F60.2
	F60.4 - 60.9
Diagnóstico Aplazado	DA
Retraso Mental	F70 - 79
Trastornos Afectivos Severo	F30 - 33
	F38 -39
Trastornos Adaptativos	F43
Trastorno de la Conducta Alimentaria	F50
Trastorno por consumo de Sustancias	F10 -19
Trastornos Psicóticos	F20-29
	F60.0 –60.1
	F60.3
Trastornos Orgánicos	F00 -09
Trastornos De la Infancia y la Adolescencia	F80 -89
	F90 -98
Sin Patología Psiquiátrica	SP
Trastorno Mental sin especificación	F99

Fuente: SAS, 2001 (documento no publicado)

En el apartado 2.2 de este mismo capítulo aparecen señaladas las características del Sistema de Información de Salud Mental en Andalucía (SISMA) que constituye la base de datos principal que da soporte a la red asistencial de Salud Mental de Andalucía.

Las tasas de morbilidad brutas son una de las medidas-resumen de la experiencia de cada población que facilitan el análisis comparativo de territorios. Sin embargo, la comparación de tasas brutas puede ser inapropiada, en particular cuando las estructuras de las poblaciones no son comparables en cuanto a factores como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico u otros factores que determinan la magnitud de las tasas crudas y distorsionan su interpretación por medio de un efecto llamado confusión. La estandarización (o ajuste) de tasas es un método epidemiológico clásico que remueve el efecto confusor de variables que se sabe — o supone — difieren en las poblaciones a comparar y provee una medida-resumen de fácil uso, en particular para los usuarios de información que requieren índices sintéticos de la situación de salud, como los gestores sanitarios (Last, 2001; Jenicek y Cléroux, 1987; Gordis, 2000).

### Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada por edad y sexo

Para evitar el efecto de confusión que producen la edad y el sexo sobre las tasas de morbilidad, se ha calculado la Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada (RMAE) por edad y por sexo para cada uno de los ESMD utilizando el método indirecto. La RMAE se expresa como el cociente entre los casos observados y los esperados. Para el cálculo de las distintas RMAE correspondientes a cada uno de los ESMD era necesario establecer una población estándar para la cual se conocía la población por estratos de edad (De 0 a 18, mayores de 18 a 64 y mayor de 64 años) y sexo además del número de pacientes atendidos por dichos grupos de población durante el 2002. Una vez establecidos los valores estándares, se extrajeron el número de pacientes atendidos en cada uno de los 71 ESMD y la población de sus respectivas áreas de cobertura para los 3 grupos de edad señalados y en función del género. Con estos datos organizados en tablas fue posible calcular las distintas RMAE estandarizada por edad y RMAE estandarizada por sexo en cada uno de los ESMD. Para ello se utilizó el programa de análisis epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Epidat en su versión 3.0. Se han calculado los intervalos de confianza oportunos con un nivel del 95%.

La morbilidad total de Andalucía, considerada como estándar, quedó representada con un valor de 100, con lo que una RMAE mayor de 100 señala una prevalencia de personas atendidas en el ESMD superior al conjunto de Andalucía (que es considerado estándar), mientras que la RMAE menor de 100 supondrá una prevalencia inferior a este valor estándar. Las distintas RMAE estandarizadas por edad y las RMAE estandarizadas por sexo resultantes para cada ESMD fueron representadas mediante el SIG ArcView en dos mapas mediante una gradación de colores. Los valores de las dos RMAE, por edad y por sexo, fueron representados en 5 niveles.

Únicamente fue necesario estandarizar el número de pacientes atendidos en los ESMD de Andalucía, debido a las diferencias con el indicador primario (prevalencia administrativas) fueron insignificantes.

### Análisis de Componentes Principales

Para conseguir la simplificación de los datos de actividad en los ESMD, Al igual que se hiciera con los datos sociodemográficos, se ha utilizado la técnica de Análisis de Componentes Principales (ACP) (ver capítulo 3.2.2). Con ello se han obtenido variables sintéticas combinación de las variables estudiados. Con ello conseguimos, desde un

punto de vista práctico los siguientes objetivos (Almenara y cols, 1998): 1) sintetizar la información procedente de un volumen importante de datos, recogidos en una investigación particular, que permita analizar de forma mas clara las posibles interrelaciones de los fenómenos en estudio y 2) crear índices o indicadores nuevos, en nuestro caso de actividad en los servicios de Salud Mental, representados por las CP, una vez interpretadas.

Para este objetivo se han utilizado los indicadores de actividad de Salud Mental: número de pacientes totales, número de primeras consultas, número de consultas totales, población atendida en las respectivas áreas de cobertura, incidencia administrativa (primeras consultas por 1.000 habitantes), prevalencia administrativa (pacientes totales por 1.000 habitantes) y frecuentación administrativa (consultas totales por 1.000 habitantes).

### **3.2.6. Criterios de adecuación de dos agrupaciones diagnósticas: depresión mayor y esquizofrenia (2002).**

Se han contabilizando el número de veces o frecuencia con la que cada paciente , en función de su diagnóstico psiquiátrico, acudió a su ESMD mediante el análisis de la base de datos SISMA (2002) para dos agrupaciones diagnósticas: esquizofrenia y depresión mayor. Para discriminar a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y de depresión mayor se utilizó el campo referido a los diagnósticos codificados de acuerdo la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) en su versión 10. De este modo, para los diagnósticos de esquizofrenia se contabilizaron todos los pacientes con diagnóstico F20, mientras que para la depresión mayor se contabilizaron los diagnósticos de episodios depresivos (F32), a excepción de los episodios leves (F32.0), los trastornos depresivos recurrentes (F33) y los trastornos de episodio actual leve (F33.0).

Con esta información fue posible calcular los distintos porcentajes de los pacientes que atendidos 4 veces, para depresión mayor, siguiendo los parámetros fijados por Wang y cols. (2000) y Kessler y cols. (2003); y atendidos 8 veces, para esquizofrenia, en función de los parámetros definidos por paneles Delphi formados por expertos de la Red Psicost/RIRAG.



#### **4. ANÁLISIS DE DATOS.**

Para el tratamiento de las bases de datos provenientes del SISMA se utilizaron los programas informáticos SPSS en su versión 11.0, EPIDAT 3.0, Microsoft Access, Microsoft Excel, y el Sistema de Información Geográfica (SIG) ArcView 3.2.

#### **5. LIMITACIONES METODOLÓGICAS DEL ESTUDIO.**

**A.** La base de datos del SISMA utilizada recoge la información de actividad en los centros de Salud Mental referida a los pacientes atendidos, sin embargo muchos de los campos no se cumplimentan debidamente. El grado de cumplimentación para algunos campos de la base de datos SISMA es bajo, siendo del 60% aproximadamente para el diagnóstico (según códigos CIE-10) y porcentajes aún inferiores en otros apartados (estudios, situación laboral, estado civil y convivencia). El municipio de residencia estaba en torno al 70%, La edad y el sexo están cumplimentados respectivamente, al 90 y al 100%. El Programa de Salud Mental (PSM) del Servicio Andaluz de Salud (SAS) se han adoptado medidas para mejorar la cumplimentación de los campos del Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA).

**B.** El estudio de la distribución territorial de las características sociales y demográficas, de los servicios de Salud Mental, de la morbilidad psiquiátrica y de la adecuación de la utilización de servicios se ha realizado a partir de los distritos sanitarios a escala regional. Debido a la falta de adecuación real de la zonificación existente en Salud Mental (Áreas de Salud Mental Pequeñas- ASMP creadas a partir de los Distritos de Atención Primaria - DAP del Mapa de Atención Primaria de Andalucía- MAPA de 1988) en las mayores ciudades andaluzas, junto a las dificultades de obtención y análisis de datos censales, no se han estudiado las diferencias internas de los municipios de Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada que integran varios distritos sanitarios y que presentan grandes diferencias internas.

**C.** Al tratarse de un trabajo interdisciplinar se debe tener en cuenta la variabilidad tanto terminológica como metodológica entre la Geográfica de la Salud y la Evaluación de Servicios Sanitarios. Así por ejemplo términos geográficos como escala (municipal, regional o nacional) se corresponden con niveles (micro, meso o macro) en el marco sanitario (Thornicorft y Tansella, 1999) o términos como mapa de servicios en Medicina no

siempre tiene una referencia cartográfica. En este estudio se ha intentado compatibilizar ambos enfoques conjuntamente.

**D.** En áreas sanitarias pequeñas y en el contexto de un modelo comunitario implantado con supresión completa de hospitales psiquiátricos, controlando las variables de urbanismo y pobreza, existiría una asociación ecológica significativa entre el nivel promedio de utilización de servicios de Salud Mental y la presencia de determinados indicadores sociodemográficos (por ej.: el aislamiento social), siendo esta diferencia apreciable en el estudio ecológico exploratorio y en el estudio de campo. En este último caso, la diferencia es mayor para la utilización de servicios residenciales que el resto, y dentro de los servicios residenciales, la atención en unidades de agudos con respecto a la atención en otros dispositivos residenciales. Estas diferencias además se distribuyen de forma desigual en la geografía andaluza pudiéndose localizar patrones en el territorio.

**E.** El indicador de aislamiento social (medido por la tasa de individuos que viven solos) modifica la valoración de la adecuación y la eficiencia de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) en Andalucía.

**F.** La confusa delimitación áreas de cobertura de los ESMD de los 4 municipios (Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada), en los que se concentra más de un ESMD, ha dificultado notablemente el adecuado tratamiento de la información cartográfica y sociodemográfica. El número de habitantes de estas áreas proviene de estimaciones realizadas por el PSM en función del crecimiento demográfico teniendo en cuenta la población que aparecía en el Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) 1991. La información socioeconómica de estas áreas ha sido establecida por nosotros en función de la población de las respectivas secciones y distritos censales en cada una de dichas capitales. La representación cartográfica ha sido compleja al encontrarnos dificultades diversas entre las que destaca el hecho de que los distritos censales han sufrido cambios, en el caso por ejemplo de Sevilla, con lo que se debió utilizar cartografía de antes y después de la modificación de dichos límites al corresponderse los límites del MAPA de 1991 a las antiguas secciones censales y los datos actuales a las nuevas secciones; a este hecho hay que añadir que algunos de los responsables de los ESMD ha establecido su propia área de cobertura, en función de su actividad, de manera independiente del PSM del SAS.

Además la libre elección de médico hace que, especialmente en estos municipios densamente poblados, las pautas de comportamiento de la población modifiquen de forma significativa el mapa de estas áreas. Todo ello ha imposibilitado que se pudiesen analizar

dichas áreas de forma conveniente. Sin embargo, la experiencia con áreas como la de Granada Norte y el conocimiento de la ciudad de Sevilla ha facilitado la corrección de estos errores. La cartografía digital georreferenciada de los Distritos y Secciones censales existente anteriormente en la ciudad de Sevilla, facilitada desde el Área de Estadística del Ayuntamiento de Sevilla, y la cartografía actual de dicho municipio, facilitada desde la Consejería de Medio Ambiente y desde el Instituto de Estadística a través de la publicación en CD-ROM Datos Censales de los Municipios Andaluces. Precisamente de dicha publicación se obtuvieron los datos censales que fueron agregados a estas áreas geográficas.

## **VI. RESULTADOS**



## 1. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA MEDIANTE SU COMPARACIÓN CON OTRAS 3 CCAA (CATALUÑA, MADRID Y NAVARRA) (2002).

### 1.1. Caracterización sociodemográfica de la población andaluza y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).

Además de los indicadores ligados a la Salud Mental y a la práctica psiquiátrica, determinadas características demográficas, sociales y económicas de la población se han correlacionado con la Salud Mental: tasas de morbilidad psiquiátrica y de utilización de servicios. Los indicadores sociodemográficos seleccionados fueron los forman parte del listado de indicadores Psicost/RIRAG y los datos están referidos al año 2002. Dichos indicadores fueron clasificados en tres grandes grupos y se presentan a continuación (ver tabla VI.1 y gráficos VI.1, VI.2, VI.3 y VI.4):

- Demográficos
- Socioeconómicos
- Estado civil y hogar

Tabla VI.1. Indicadores sociodemográficos en España y 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2001).

Nº	Indicadores	España	Andalucía	Cataluña	Madrid	Navarra
<b>DEMOGRÁFICOS</b>						
1	Número de habitantes	40.847.371	7.357.558	6.343.110	5.423.384	555.829
2	Superficie en Km <sup>2</sup>	505.988	87.597	32.114	8.028	10.391
3	Densidad de población (hab./ Km <sup>2</sup> )	81	84	198	676	53
4	Tasa población Menor de 18 años	17,97 (7.341.287)	21,40 (1.574.653)	16,85 (1.068.883)	17,58 (953.620)	16,72 (92.942)
5	Tasa población Mayor de 65 años	17,05 (6.964.267)	14,61 (1.074.990)	17,41 (1.104.113)	14,57 (790.401)	18,10 (100.609)
6	Índice de dependencia (Población entre 0-14 y Mayores de 65 por 100 hab. de entre 15-64 años)	46,14	46,90	45,28	40,58	46,67

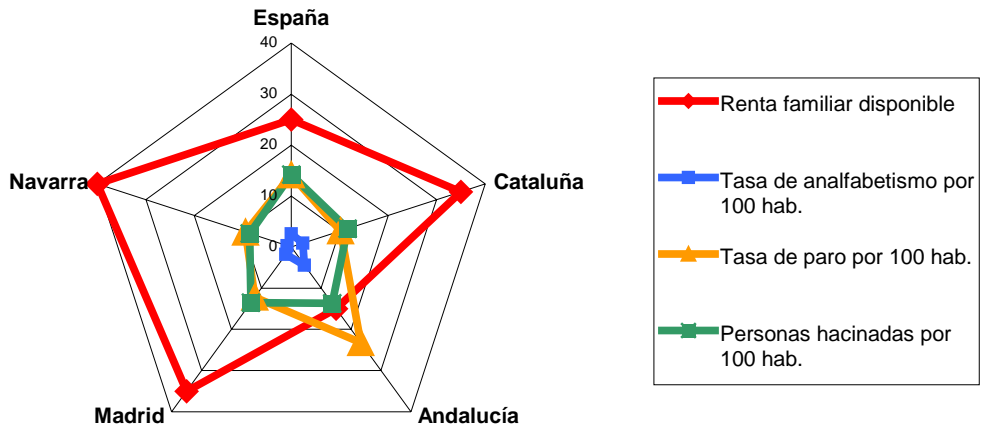
Nº	Indicadores	España	Andalucía	Cataluña	Madrid	Navarra
7	Índice de envejecimiento (Población Mayor de 65 entre 100 hab. de entre 0-14 años)	117,39	84,37	126,48	101,98	131,96
8	Esperanza de vida (Años)	78,71	77,46	79,08	80,28	79,92
<b>SOCIOECONÓMICOS</b>						
9	Porcentaje de población ocupada en el sector primario	6,25	11,15	2,72	0,89	7,28
10	Porcentaje de población ocupada en el sector secundario	31,28	24,55	39,37	24,15	36,62
11	Porcentaje de población ocupada en el sector terciario	62,47	64,30	57,91	74,97	56,10
12	Renta familiar disponible € (Habitante/ año) <sup>1</sup>	7.813	6.611	10.217	10.217	11.419
13	Tasa de paro por 100 hab. pertenecientes a la población activa	14,15	23,20	10,17	12,21	9,45
15	Tasa de analfabetismo 100 hab. mayores de 16 años	2,60	4,40	2,40	1,80	0,90
16	Tasa de residentes extranjeros por 100 hab.	38,49 (1.572.017)	24,21 (178.130)	48,92 (310.307)	67,50 (366.099)	43,67 (24.274)
<b>ESTADO CIVIL Y HOGAR</b>						
18	Tasa de solteros por 100 hab.	43,13 (17.515.308)	45,37 (3.324.655)	41,02 (2.587.928)	45,01 (2.429.140)	44,60 (244.751)
19	Tasa de viudos por 100 hab.	6,46 (2.622.527)	5,86 (429.546)	6,67 (420.786)	5,53 (298.507)	6,07 (33.292)
20	Tasa de divorciados por 100 hab.	1,08 (437.446)	0,78 (57.065)	1,54 (96.847)	1,35 (73.016)	0,72 (3.971)

<sup>1</sup> Los valores de Renta Familiar Disponible señalados se corresponden con la media calculada a partir de los intervalos fijados en el Anuario Económico de La Caixa (2001).



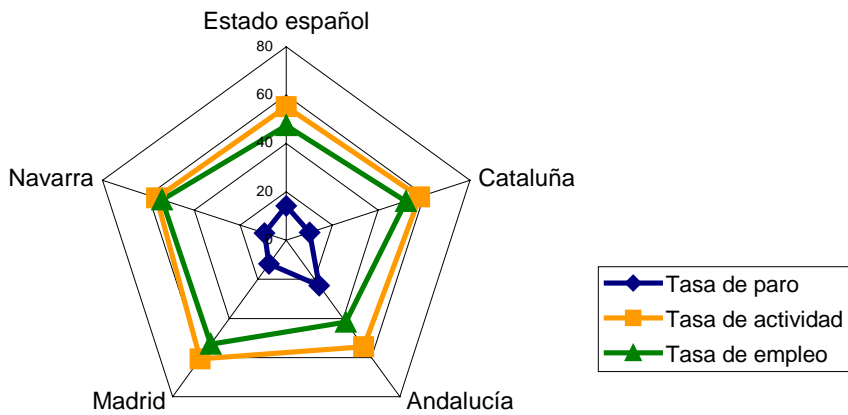


**Gráfico VI.2. Situación socioeconómica en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2001).**



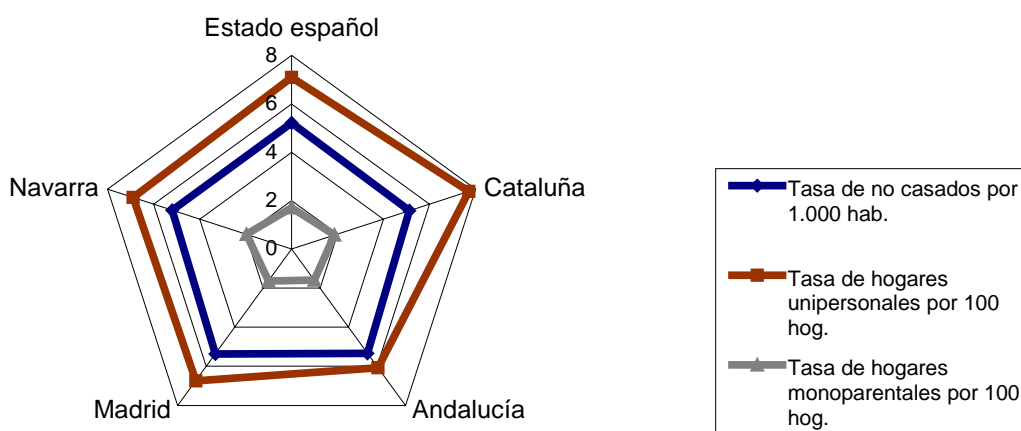
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico VI.3. Paro, Actividad y Empleo en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2001).**



Fuente: Elaboración propia

Gráfico VI.4. Composición familiar en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2001).



Fuente: Elaboración propia

## 1.2. Descripción de la planificación en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).

### 1.2.1. Política de Salud Mental en Andalucía

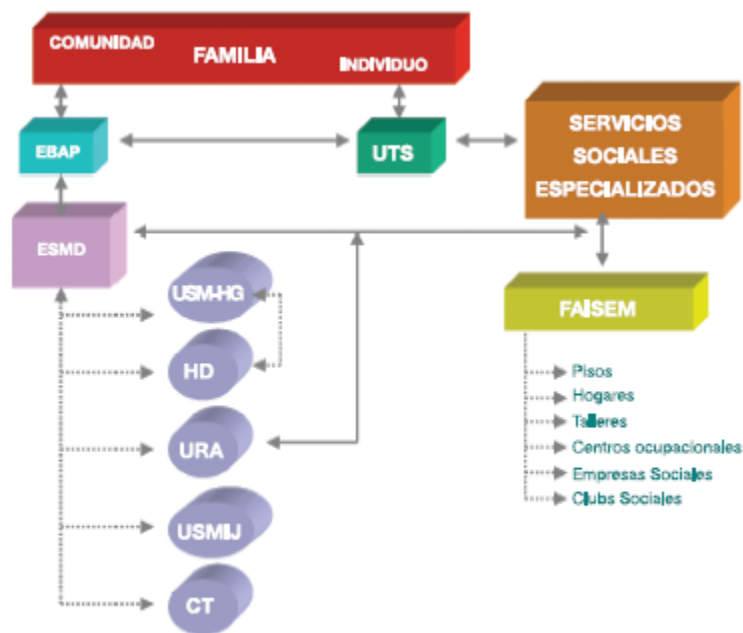
La atención de la Salud Mental en Andalucía está fundamentada en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 y la Ley General de Sanidad de 1986, teniendo como objetivo el cierre de los hospitales psiquiátricos y la implantación de una psiquiatría comunitaria.

La Ley 2/1998 de Salud de Andalucía se basa en los principios de universalización de la asistencia sanitaria, financiación pública, uso preferente de recursos sanitarios públicos y la atención integral y de calidad dentro del marco definido para el Sistema Nacional de Salud. Esta ley es una norma que consolida y refuerza la existencia de un Sistema Sanitario Público, de aseguramiento y financiación públicos, universal, integral, solidario y equitativo, a la vez que pone las bases reguladoras para una ordenación sanitaria eficaz, que tenga en cuenta todos los recursos.

La red asistencial de Salud Mental, perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), está estructurada territorialmente en 15 Áreas de Salud Mental (ASM) coordinadas desde el Programa de Salud Mental (PSM) del Servicio Andaluz de Salud

(SAS). Cada una de estas 15 ASM dispone de un coordinador de Área que trabaja en torno a las Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG) situadas en algunos de los Hospitales Generales. Cada área puede componerse a su vez de varios dispositivos de segundo nivel asistencial denominados Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD), varios dispositivos de tercer nivel como son las Unidades de Rehabilitación de Área (URA), Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI), Comunidades Terapéuticas (CT), Unidades de Hospitalización (UH) y Hospitales de Día (HD) (ver gráfico VI.5.).

Gráfico VI.5. Red de Dispositivos de Atención a la Salud Mental en Andalucía.



EBAP: Equipo Básico de Atención Primaria; ESMD: Equipo de Salud Mental de Distrito; USM-HG: Unidad de Salud Mental de Hospital General; USMIJ: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil; URA: Unidad de Rehabilitación de Área; HD: Hospital de Día; CT: Comunidad Terapéutica; UTS: Unidad de Trabajo Social.

Fuente: SAS, 2002

El Programa de Salud Mental (PSM) del Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha abierto a finales del 2000 y principios del 2003 nuevas unidades de hospitalización infantil y juvenil dependientes de las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI).

Las Comunidades Terapéuticas albergan un número considerable de personas con enfermedad mental severa y cuyo objetivo de integración en la comunidad no se cumple en algunas unidades. En Andalucía persisten algunas camas de larga estancia para pacientes con enfermedad mental severa. Concretamente el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Málaga, cuenta con camas de media y larga estancia de adultos concertadas por el SAS, y camas psicogeríatras, concertadas por el Instituto Andaluz de

Servicios Sociales (IASS). A pesar de la existencia de dicho acuerdo, el IASS no es un órgano encargado oficialmente de la atención social de las personas con enfermedad mental.

El PSM ha recibido en el año 2002 un nuevo impulso con el desarrollo e implantación del Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA). El SISMA está en funcionamiento en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD), aunque se pretende su ampliación progresiva al resto de dispositivos asistenciales.

Además de los dispositivos estrictamente sanitarios existen otros recursos de apoyo social que gestiona la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) que integra un Patronato formado por las Consejerías de Salud, Asuntos Sociales, Empleo y Desarrollo Tecnológico y Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía. Estos recursos incluyen plazas residenciales supervisadas o asistidas; plazas ocupacionales o de formación profesional; puestos de trabajo para pacientes y Clubs sociales. FAISEM realiza programas específicos de apoyo social, residencial, ocupacional, laboral, fomento de las relaciones sociales y de apoyo al movimiento asociativo y apoyo a instituciones de tutela.

La red asistencial de Salud Mental en Andalucía es compleja, estando estructurada en Áreas de Salud Mental (ASM) que se coordinan desde el Programa de Salud Mental del SAS. Cada área puede componerse a su vez de uno o varios dispositivos de segundo nivel asistencial denominados Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD), varios dispositivos de tercer nivel asistencial entre los que podemos encontrar Unidades de Rehabilitación (URA), Unidades de Salud Mental Infantil (USMI), Comunidades Terapéuticas (CT), Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG) y Hospitales de Día (HD). Existen además numerosos recursos adicionales tales como programas ocupacionales, servicios de tutela y asesoramiento, actividades residenciales, fundaciones, asociaciones, etc... que pueden colaborar con la red de Salud Mental de la Comunidad.

### **1.2.2. Política de Salud Mental en Cataluña.**

En 1981 la Generalitat de Cataluña asume las transferencias de competencias del INSALUD y el INSERSO (Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio). En el año 1983 se aprueba el Desplegament del Mapa Sanitari de Catalunya. Asimismo en el año 1986 se crea el Plan de Reordenación Hospitalaria de Cataluña (PRH). Paulatinamente se van

abriendo nuevos servicios: centros de atención para Drogodependencias (1986); centros de atención psiquiátrica infantil y juvenil (1989).

En 1990 se aprueba la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC – 15/1990); se crean el Programa de Salud Mental (mayo) y la Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental (octubre). Asimismo en el mes de junio de dicho año se firma el acuerdo de delegación de competencias entre la Diputación de Barcelona y la Generalitat de Cataluña en materia de Salud Mental.

A partir de la LOSC, y con la creación del Servei Català de la Salut (CatSalut) en el año 1991, se inicia la aplicación del modelo catalán de salud, de provisión mixta y financiación pública, a la Salud Mental. Así el Programa de Salud Mental del CatSalut no provee los servicios, como ocurre en las otras Comunidades Autónomas, sino que tiene como finalidad la planificación, la financiación, la contratación y la evaluación de los recursos asistenciales.

La Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental del Servei Català de la Salut (CatSalut), de manera interna, divide al territorio de Cataluña en 68 Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) denominadas de igual modo que el dispositivo de Salud Mental CSMA (Centro de Salud Mental de Adultos).

A partir de año 1991, los hospitales psiquiátricos empiezan a modificar su organización interna, agrupando los pacientes en diferentes unidades asistenciales. En 1992 se crean las primeras unidades de hospitalización de subagudos, nivel asistencial para la hospitalización de pacientes que presentan unas necesidades asistenciales especiales. Asimismo se van diferenciando unidades específicas para los pacientes psiquiátricos mayores de 65 años y para aquellos que tienen asociada a su enfermedad mental una discapacidad intelectual de base.

A finales del año 1992 (octubre) se realizan los traspasos de competencias en Salud Mental de las diputaciones provinciales de Tarragona, Lleida y Girona.

En 1994 se aprueba el primer Plan de Salud Mental de Cataluña, que en ediciones posteriores se ha integrado plenamente en el Plan de Salud de Cataluña.

La culminación de este largo proceso ha sido la promulgación del Decreto 213/1999, mediante el cual se crea la Red de centros, servicios y establecimientos de Salud Mental de utilización pública de Cataluña y la firma de los Acuerdos de reordenación de los servicios de atención psiquiátrica y Salud Mental (septiembre 1999).

La finalidad del Decreto, de implantación progresiva debido a su gran complejidad, es integrar en una red única todos los servicios asistenciales de Salud Mental. Se pretende también conseguir un modelo de atención interdisciplinar, garantizar la continuidad asistencial, procurar la atención y la reinserción en la comunidad, dedicar especial atención a la población infantil y juvenil y garantizar unos estándares de calidad.

A diferencia de otras Comunidades Autónomas, Cataluña, ha optado por un modelo asistencial donde coexisten y se complementan los dispositivos de psiquiatría de los hospitales generales y los hospitales psiquiátricos monográficos.

Por su parte, los acuerdos de reordenación tenían como uno de los objetivos prioritarios la reconversión funcional y física de los actuales hospitales psiquiátricos monográficos, con el fin de adaptarlos a las necesidades de los pacientes atendidos.

Actualmente en Cataluña (2002) existen los siguientes recursos asistenciales sanitarios: Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA), Centros de Salud Mental para población infantil y juvenil (CSMIJ), unidades de Salud Mental en hospitales generales, hospitales psiquiátricos, que ofrecen los servicios de hospitalización de agudos, subagudos y larga estancia, y Unidades de hospitalización aguda psiquiátrica infantil (URPI). Cataluña alberga un gran número de hospitales de día y centros de día para población adulta y otros específicos para población adolescente. Existen igualmente servicios altamente especializados, como las Unidades de Patología Dual, Hospitales generales con servicio de psiquiatría (agudos). Durante el año 2002 se inicia la implantación de los servicios de atención de casos (case management) denominados Plan de servicios individuales en trastornos mentales severos (TMS).

Igualmente el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) gestiona una serie de recursos asistenciales en la comunidad para personas con enfermedad mental como son los hogares con soporte (pisos protegidos), hogares residencia (casas hogar), Clubs socio-terapéuticos y Centros Especiales de Trabajo (CET).

Cabe señalar que en los últimos años, según la Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental del CatSalut, se ha ido produciendo un descenso progresivo del número de camas destinadas a la larga estancia, con una disminución del 21,35% en el periodo 1995–2002, y un incremento sostenido del número de camas de psiquiatría de los hospitales generales, que en este mismo período ha aumentado en un 50%.

Se han abierto también dos servicios especializados en Salud Mental para las personas con discapacidad intelectual, para en años sucesivos tener uno por Región Sanitaria.

La atención a las Drogodependencias se presta a través de una red asistencial diferenciada, que cuenta con Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS), Unidades hospitalarias de desintoxicación, Centros de dispensación de metadona y Comunidades terapéuticas.

En el mes de julio se ha publicado el Plan de Salud de Cataluña 2002-2005. Estrategias de salud para el año 2010 donde, bajo el título Problemas de Salud Mental, se evalúa la situación de la Salud Mental en Cataluña destacando los problemas y señalando un conjunto de prioridades y metas a alcanzar.

### **1.2.3. Política de Salud Mental en la Comunidad de Madrid.**

Los mayores cambios en el desarrollo de la atención psiquiátrica y de Salud Mental en la Comunidad de Madrid se producen a finales de 1981, cuando la Diputación de Madrid crea el Instituto de la Salud Mental (IMSAM) con las funciones de coordinación, gestión y planificación de los servicios psiquiátricos. Ello supuso un importante cambio dentro del panorama general de la asistencia psiquiátrica.

En 1988, la Comunidad de Madrid suscribe dos convenios interinstitucionales, enmarcados en las acciones de integración de los recursos de Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental en el ámbito de la Comunidad de Madrid:

- Convenio entre la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento
- Convenio entre la Comunidad de Madrid y el INSALUD

El desarrollo de estos convenios conlleva las siguientes acciones:

- La constitución del Comité de Enlace y Seguimiento para los programas de Salud Mental.
- La creación de un esquema funcional operativo de los Servicios de Salud Mental de Madrid, que sitúa al Área Sanitaria como unidad para el desarrollo del modelo, que a su vez conforma por Distritos Sanitarios.
- El desarrollo del Plan de Acciones en Salud Mental 1989-1991, que va a estructurar las actuaciones de los servicios de Salud Mental.

A partir de entonces comienza una etapa de desarrollo de nuevos recursos tanto ambulatorios como de Unidades de Hospitalización en Hospitales Generales y de reordenación de camas del Hospital Psiquiátrico de Madrid y el actual Instituto Psiquiátrico José Germain, diferenciándose la hospitalización breve de la media y larga estancia.

En 1997, se ratifica un nuevo Convenio único de colaboración interinstitucional entre las tres administraciones con recursos de Salud Mental: Comunidad Autónoma de Madrid, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y el Ayuntamiento de Madrid con un planteamiento de potenciación y desarrollo de una integración plena de todos los recursos dentro de un modelo descentralizado de gestión por Áreas de Salud, basado fundamentalmente en la atención del paciente dentro de la comunidad.

Con la publicación del Decreto 4/ 1998 se define la estructura del Servicio Regional de Salud (SRS) de la Comunidad Autónoma de Madrid, creándose el Departamento de Salud Mental, dependiente de la Gerencia del Servicio Regional de Salud (SRS), cuyas competencias se centrarían en la coordinación, planificación y gestión de los recursos de Salud Mental, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y en coordinación con estos.

A comienzos del 2002 la Comunidad de Madrid asumió las transferencias del Estado en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Como primer paso tras la transferencia se promulgó la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid para regular las acciones que permiten hacer efectivo la protección de la salud, y que marcan las pautas que guían el Sistema Sanitario. Un segundo paso fue la firma del Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid para el estudio de los recursos y la previsión de necesidades. Siguiendo las indicaciones de éste se crea



el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008 que tiene como finalidad principal la utilización eficaz y eficiente de los recursos y prestaciones de Salud Mental.

Tras las transferencias se impone la necesidad de adaptar la estructura, organización y funciones de la Consejería de Sanidad. Referido a la Salud Mental se adscriben a la Consejería los siguientes Entes Públicos: Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), que, como Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid, que integra todos los recursos presupuestarios públicos destinados a la asistencia sanitaria en el territorio de la Comunidad de Madrid; el Instituto Madrileño de la Salud, como ente instrumental proveedor de los servicios sanitarios. Por otro lado los servicios de atención a las Drogodependencias, que constituyen una red independiente de la de Salud Mental, los gestiona la Agencia Antidroga, mientras que los servicios de apoyo social o comunitario que están integrados en la Red Integrada de Salud Mental que gestiona fundamentalmente la Consejería de Servicios Sociales.

#### **1.2.4. Política de Salud Mental en Navarra.**

Como se ha dicho, la reforma del sistema de Salud Mental en Navarra fue pionera en el estado español. El Plan de Salud Mental de Navarra de 1986 planteó por un lado la transformación del Hospital Psiquiátrico mediante programas de desinstitucionalización con la creación de estructuras de atención intermedia, y por otro la consolidación de una red completa de servicios de ámbito territorial, integrada en diferentes niveles y estructuras de atención. Dicho Plan de Salud Mental constituye el marco legal de la atención a la Salud Mental. Navarra cuenta además con un registro de casos psiquiátricos en funcionamiento desde 1988.

En la misma línea, el Plan de Salud de Navarra de 1991 considera la red de Salud Mental como un sistema de apoyo a la Atención Primaria. Desde un punto de vista operativo insiste en los mismos términos que el Plan de Salud Mental: Red asistencial única, incluyendo los Centros de Salud Mental (CSM), la atención a la drogodependencia y la atención infantil; Red estructurada en sectores de Salud Mental; y organizada por niveles asistenciales: los Centros de Salud Mental como base asistencial, y un centro especializado de apoyo infantil y juvenil; centros de Drogodependencias; y de corta estancia, todo ello integrado en el Sistema Sanitario de la Comunidad Foral con Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) en Hospital General, en coordinación con Centros de Salud Mental como atención primaria psiquiátrica.

Entre 1987 y 1991 se produce el desarrollo y despliegue de los recursos extrahospitalarios (Centros de Salud Mental y Hospitales de Día) y el traslado de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) del Hospital Psiquiátrico a los Hospitales Generales. Entre 1991 y 1995 los recursos de Salud Mental son integrados en el sistema sanitario general de Navarra (Ley Foral de Salud, 1990). Este modelo de integración aun perdura; los Centros de Salud Mental, Hospitales de Día, Hospital Psiquiátrico se integraron en la Dirección de Atención Primaria; mientras que las UHPs son dependientes de la Dirección de Atención Especializada. En 1993 se consolida la Red de Salud Mental a la que se incorpora un Centro de Día, una Unidad de Rehabilitación, y una Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil. Entre 1995 y 2000 se culmina el desarrollo de recursos sanitarios con una unidad de corta estancia de Psicogeriatría, un Hospital de Día Infantil y Juvenil, una Unidad de Hospitalización de media estancia y la Clínica de Rehabilitación, haciéndose operativo el Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier mediante su transformación en Centro Psicogeriátrico de preferente atención social.

Igualmente, destaca el Plan Foral de Atención Socio-sanitaria firmado entre el Departamento de Salud y el Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud en 2000 que pretende definir un modelo específico de atención desde un enfoque integral y globalizado, para los colectivos de personas con conjunción de enfermedad y dependencia, con necesidades sociales y sanitarias.

En el año 2001 los Centros de Salud Mental han establecido una organización en programas con el diseño de un programa de atención preferente a trastornos mentales graves.

La Subdirección de Salud Mental de Navarra se integra en el Servicio Navarro de Salud en 2003. De esta forma Salud Mental se configura en Dirección Técnica dependiente de la Atención Especializada. Se emplaza al Servicio Navarro de Salud a configurar camas de hospitalización psiquiátrica en Hospitales Comarcales (Tudela y Estella).

**1.2.5. Órganos de gestión de la Salud Mental y de las drogodependencias en cuatro CCAA (Cataluña, Andalucía, Madrid y Navarra).**

En la tabla VI.2. se señalan los órganos de administración de la salud mental en atención sanitaria, social y drogodependencias en las CCAA de Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.

Tabla VI.2. Órganos de gestión de la Salud Mental y las Drogodependencias en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).

	<b>ANDALUCÍA</b>	<b>CATALUÑA</b>	<b>MADRID</b>	<b>NAVARRA</b>
<b>ATENCIÓN SANITARIA</b>	*Programa de Salud Mental (PSM) (Servicio Andaluz de Salud (SAS))	*Gerencia de atención Psiquiátrica y Salud Mental (Servei CATALA de la Salut - CatSalut)	*Departamento de Salud Mental (Servicio Madrileño de Salud -SERMAS) *Instituto Madrileño de Salud (IMSALUD) *Ayuntamiento de Madrid	*Subdirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea)
<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>	*Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) (Consejerías de Salud, Asuntos Sociales, Empleo y Desarrollo Tecnológico, Economía y Hacienda)	*Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS)	*Servicio Plan de Acción y Programas para Personas con Discapacidad (Dirección General de Servicios Sociales)	*Sección de Personas con Discapacidad (Instituto Navarro de Bienestar Social- INBS)
<b>DROGO DEPENDENCIAS</b>	*Comisionado para las Drogodependencias (Consejería de Asuntos Sociales) * Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias (FADA) (Consejerías de Asuntos Sociales, Salud, Gobernación, Empleo y Desarrollo Tecnológico)	*Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental (Servei CATALA de la Salut) *Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS)	*Agencia Antidroga (Consejería de Sanidad)	*Subdirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea)

Fuente: Elaboración propia

Estos apartados no son estancos y algunos de estos órganos prestan atención tanto sanitaria como social: así por ej. el Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid gestiona algunos de los recursos sociales (pisos protegidos y residencias) que deberían estar gestionados desde la Dirección General de Servicios Sociales.

### **1.3. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).**

#### **1.3.1. Introducción a la zonificación sanitaria en España.**

El cometido principal de la Administración Central en materia de salud es, garantizar los principios de la Ley General de Sanidad de 1986 y, concretamente, ser garante de la equidad del sistema en su interpretación del derecho constitucional a la protección de la salud (Cabasés y Gaminde, 1999). Sin embargo dicha Ley, en su artículo 51.2, atribuye a las Comunidades Autónomas la competencia para la ordenación territorial de los servicios.

La Ley General de Sanidad, de 1986, dispone que el territorio de cada Comunidad Autónoma debe ser dividido en demarcaciones geográficas. Cada Comunidad ha debido organizar la salud territorialmente dividiéndose en Áreas de Salud, estructura fundamental del sistema sanitario, delimitadas por factores diversos (geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, culturales, instalaciones sanitarias, comunicaciones, etc.), con responsabilidades tanto en cuanto a la Atención Primaria de Salud como en Atención Especializada.

Aunque pueda variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) se señalan. En cualquier caso, esta ley señala que el área de salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000. Sin embargo no hace referencia a una zonificación específica para la organización territorial de la Salud Mental.

En virtud de dicha ley, las distintas Comunidades Autónomas han ido desarrollando su propia zonificación sanitaria estableciendo los límites sanitarios de las zonas básicas de Salud, para establecer a partir de ellas los Distritos Sanitarios y las Áreas de Salud. Sin embargo, la ley no fija una terminología específica y por ello las denominaciones no son iguales en todas las Comunidades Autónomas (ver tabla VI.3.).

**Tabla VI.3. Zonificación Sanitaria y de Salud Mental en 4 CCAA: Cataluña, Andalucía, Madrid y Navarra (2002).**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CAMPO	ÁREAS GRANDES	ÁREAS MEDIANAS	ÁREAS PEQUEÑAS
ANDALUCÍA	SALUD	15 ÁREAS DE SALUD	33 DISTRITOS SANITARIOS (Mapa de atención Primaria 2002)	352 ZONAS BÁSICAS DE SALUD
	SALUD MENTAL	15 ÁREAS DE SALUD MENTAL	<i>69 DISTRITOS SANITARIOS (Mapa de Atención Primaria 1991) (ESMD)</i>	
CATALUÑA	SALUD	8 REGIONES SANITARIAS	55 SECTORES SANITARIOS	344 ÁREAS BÁSICAS DE SALUD
	SALUD MENTAL	8 REGIONES SANITARIAS	<i>68 ÁREAS (CSMA)</i>	
MADRID	SALUD	11 ÁREAS DE SALUD	34 DISTRITOS SANITARIOS	247 ZONAS BÁSICAS DE
	SALUD MENTAL	11 ÁREAS DE SALUD	34 DISTRITOS SANITARIOS (SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO)	
NAVARRA	SALUD	3 ÁREAS DE SALUD		51 ZONAS BÁSICAS DE SALUD
	SALUD MENTAL		8 SECTORES DE SALUD MENTAL (CENTROS DE SALUD MENTAL)	
<p><i>En azul y en cursiva: Áreas no oficiales</i>                      CSMA: Centros de Salud Mental de Adultos                      ESMD: Equipos de Salud Mental de Distrito                      Fuente: Elaboración propia</p>				

Las Áreas de Salud deben contar con un mínimo de servicios para satisfacer las necesidades de los ciudadanos. Sin embargo este mínimo de servicios no aparece definido en ningún documento de los existentes en las cuatro CCAA analizadas. Es necesario, por tanto, que cada área, en función del volumen poblacional que abarque y de las necesidades socioeconómicas de ésta, contenga un mínimo de servicios que garanticen el principio de equidad interterritorial.

Para el desarrollo de una adecuada sectorización de Salud Mental, es necesario realizar estudios minuciosos con el objetivo de conocer las características geográficas de las CCAA y de las Áreas de Salud que comprenden (accesibilidad y vías de comunicación), los indicadores de pobreza social (niveles económicos, tasas de paro), índices de aislamiento social (personas que viven solas), la morbilidad psiquiátrica y la utilización de servicios de Salud Mental por parte de la población atendida.

En la tabla VI.4 se recogen distintos aspectos relacionados con las áreas de cobertura relacionadas con sus características legales y funcionales. Por ejemplo su primer apartado se refiere al número de Centros de Salud Mental (CSM) existentes, el segundo a la población media que atiende cada uno de estos CSM, en tercer lugar si estas áreas son específicas en Salud Mental o se utilizan en otras especialidades médicas. Así en Madrid las Áreas de Salud son las mismas que para el resto de especialidades, incluida la Salud Mental, mientras que para el resto estas áreas de cobertura de los centros de Salud Mental son únicas para la Salud Mental. En Andalucía se utilizan los Distritos Sanitarios del Mapa de Atención Primaria de Salud 1988 (modificado en 1991), aunque el nuevo Mapa de Atención Primaria de 2002 está obligando a la reorganización poblacional en función de la nueva organización territorial y de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) existentes.

Se señala igualmente si la zonificación es oficial, es decir, si ha sido establecida su delimitación territorial mediante algún tipo de legislación. En Cataluña las estas áreas han sido establecidas desde la Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental y sólo poseen carácter interno, sin que exista ninguna ley o decreto que las recoja. Como se ha comentado, en Andalucía desde la aprobación del nuevo Mapa de Atención Primaria 2002, los antiguos Distritos Sanitarios, que siguen coincidiendo en gran medida con los ESMD, han dejado de ser oficiales.

La correspondencia con divisiones administrativas nos expresa si para la delimitación de las áreas se han seguido las delimitaciones de los municipios, distritos y secciones censales. De este modo, en Cataluña la delimitación de la mayoría de sus áreas no sigue las divisiones administrativas, excepto para aquellas áreas formadas únicamente por municipios completos. Ello se debe a que estas áreas y los Sectores Sanitarios han sido delimitados mediante la agregación de Áreas Básicas de Salud (ABS) que, en la mayoría de los casos, no siguen las divisiones administrativas.

**Tabla VI.4. Descripción de las Áreas de Salud Mental Pequeñas en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**

CCAA	ANDALUCIA	CATALUÑA	MADRID	NAVARRA
NÚMERO DE CENTROS DE SALUD MENTAL	71	68	35	9
POBLACIÓN MEDIA	103.628	93.281	159.511	69.479
ESPECÍFICIDAD EN SALUD MENTAL	NO	SI	NO	SI
ZONIFICACIÓN OFICIAL	NO	NO	SI	SI
CORRESPONDE CON DIVISIONES ADMINISTRATIVAS	SI	NO	SI	SI
EXISTENCIA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	NO	NO	SI	SI

Fuente: Elaboración propia

En la Orden de 7 de junio de 2002 apartado de datos sociodemográficos se recoge si existen datos sociodemográficos agregados a nivel de área. Únicamente la Comunidades de Madrid y Navarra poseen un conjunto de datos sociodemográficos agregados por los respectivos Institutos de Estadística autonómicos.

A continuación, se presentan los resultados del estudio de las zonificaciones sanitarias y de Salud Mental, de los órganos sanitarios, en cada una de las 4 CCAA estudiadas.

### **1.3.2. Zonificación en Andalucía.**

#### Zonificación sanitaria en Andalucía.

El 7 de junio de 2002 entró en vigor el nuevo Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) que sustituyó el anterior MAPA 1988 (modificado en 1991 y 1999), vigente hasta dicho momento. Este nuevo MAPA 2002 reduce el número de zonas básicas y de distritos (de 69 distritos a 33), con la consiguiente ampliación del territorio de cobertura de cada zona básica y distrito de salud.

Este nuevo MAPA del 2002 ha supuesto la reducción del número de Zonas Básicas y Distritos de Atención Primaria, acogiéndose a las dificultades que planteaba el Decreto 60/1999, de libre elección de médico general y pediatra, para la división de términos municipales. Dicho decreto ampliaba el campo de elección de los ciudadanos a todo el

municipio, con lo que los límites sanitarios de los municipios de Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada se desdibujaron. Estos cambios han afectado así a los municipios que estaban divididos en distintas Zonas Básicas. El Decreto 195/85 establecía en su artículo 2 que la zona básica de salud abarcaría como norma general una población comprendida entre los 5.000 y los 25.000 habitantes, pero se dejaba abierta la posibilidad de declarar zonas básicas de salud mayores de 25.000 o menores de 5.000 habitantes cuando circunstancias demográficas o de dispersión geográficas así lo aconsejasen. Precisamente el MAPA del 2002 se refiere a la posibilidad, tal y como señala dicho Decreto, de declarar áreas de mayor o menor dimensión en determinadas circunstancias, para de esta forma justificar la delimitación de zonas básicas que superen ampliamente los 25.000, como en el caso de Sevilla, Málaga, Granada o Córdoba por citar algunos ejemplos.

Antes de la implantación del MAPA de 2002, algunos Equipos Básico de Atención Primaria (EBAP), situados en los municipios con más de una zona básica como Granada o Sevilla, habían realizado reajustes sustanciales de sus Distritos para su uso interno en función de la demanda. Esto se ha debido en gran medida a que el Decreto 60/1999, que regulaba la libre elección de médico general y pediatra en Andalucía, ha ido modificando las áreas de cobertura asistenciales de cada uno de los EBAP. En los municipios con más de una Zona Básica de Salud se estableció la totalidad del municipio como ámbito territorial para la libre elección de facultativo. En nuestro caso este cambio afecta solo al distrito de Granada Norte, por lo que se tuvo muy en cuenta a la hora de determinar la población total del Distrito.

#### Zonificación en Salud Mental en Andalucía.

Andalucía está dividida en 15 Áreas de Salud Mental (ASM) oficiales, con un cierto grado de autonomía funcional. Cada una de estas ASM está dirigida por un responsable de área que se reúne periódicamente con el coordinador del Programa de Salud Mental del SAS. Estas ASM se distribuyen en 3 ASM en la provincia de Sevilla, que son las ASM de Virgen del Rocío, Macarena, Valme y Osuna, 3 ASM en la provincia de Cádiz, dividida en Jerez, Cádiz y Algeciras, 2 ASM en la provincia de Málaga, que son Málaga I y II, 2 en la provincia de Granada, que se corresponden con Granada Norte y Granada Sur y las otras 4 ASM que se corresponden con las provincias de Huelva, Córdoba, Jaén y Almería respectivamente. Cada una de estas ASM cubre poblaciones que oscilan entre los 140.000 y 750.000 habitantes.



Sin embargo, la atención sanitaria de la Salud Mental por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) se organiza territorialmente en función a los 69 distritos sanitarios del Mapa de Atención Primaria de 1988 adaptados a los cambios realizados en algunos de los ESMD, principalmente debido a la ampliación del número de ESMD. Así pues, debido a la ampliación del número de ESMD, existen en la actualidad un total de 71 ESMD frente a los 69 Distritos de AP del anterior MAPA de 1988. Como se ha señalado en el apartado anterior, esta delimitación sanitaria ha sido modificada con el MAPA de 2002 (ver mapa VI.1.), disminuyendo el número de distritos sanitarios de 69 a 33, y se prevé la adaptación de los recursos de Salud Mental a dicha áreas. Sin embargo, todavía aún no se ha comenzado la reorganización territorial de los recursos de Salud Mental en función de estos nuevos Distritos de AP (en la tabla VI.5 se señalan las distintas jerarquías de áreas territoriales en las que se divide el territorio andaluz con respecto a la salud general y a la salud mental).

**Mapa VI.1. Delimitación de las áreas de cobertura de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) en Andalucía (2002).**



Para la realización del estudio epidemiológico de Área Sanitaria (ASP) se utilizaron las áreas de cobertura de los 71 ESMD, denominadas Áreas de Salud Mental Pequeñas

(ASMP), en lugar de las 15 Áreas de Salud Mental (ASM) ya que, su gran tamaño poblacional no resulta apropiado para este tipo de estudio a nivel meso (Salvador-Carulla y cols., 2000). Por otro lado los 33 nuevos Distritos del MAPA de 2002, no se están teniendo en cuenta por el momento para la organización territorial de la Salud Mental. La información asistencial proveniente de los ESMD, recogida a través del Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA), se refiere a la población de las 71 ASMP.

Por su parte es destacable el hecho de que los dispositivos que gestiona la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) no se encuentren sectorizados y su única unidad territorial utilizada para la planificación de sus servicios sea la provincial o incluso la regional.

**Tabla VI.5. Jerarquía de unidades territoriales de Salud Mental en las que se estructura el territorio andaluz (2002).**

CORRESPONDENCIA "ASM. - ESMD. - DSAP. - HOSPITAL"			
A.S.M.	E.S.M.D.	D.S.A.P. (*)	HOSPITAL (**)
ALMERÍA	ALMERÍA	ALMERÍA	TORRECÁRDENAS
	LEVANTE-HUERCAL OVERA	LEVANTE-ALTO ALMANZORA	HUERCAL OVERA. <i>H.La Inmaculada</i>
	ALTO ALMANZORA-ALBOX		
	ROQUETAS	PONIENTE DE ALMERÍA	E.P. HOSP. DE PONIENTE
	PONIENTE-EL EJIDO		TORRECÁRDENAS
CÁDIZ	TRIÁNGULO INTERIOR-VEJER	BAHÍA DE CÁDIZ-LA JANDA	H.U. PUERTO REAL
	BAHÍA DE CÁDIZ-PTO. STA. MARÍA		
	CHICLANA		
	CÁDIZ		H.U. PUERTA DEL MAR
	SAN FERNANDO		
ALGECIRAS	ALGECIRAS	CAMPO DE GIBRALTAR	H. PUNTA DE EUROPA
	LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN		H. DE LA LÍNEA
JEREZ	SANLUCAR DE BARRAMEDA	JEREZ-COSTA NOROESTE	H. DE JEREZ
	JEREZ DE LA FRONTERA		
	SIERRA DE CÁDIZ-VILLAMARTÍN	SIERRA DE CÁDIZ	
CÓRDOBA	CÓRDOBA CENTRO	CÓRDOBA	H.U. REINA SOFÍA
	CÓRDOBA SUR (1)		
	VALLE DE LOS PEDROCHES	CÓRDOBA NORTE (Área Sanitaria Norte de Córdoba)	H. VALLE DE LOS PEDROCHES
	PEÑARROYA		
	MONTORO	GUADALQUIVIR	H.U. REINA SOFÍA
	PALMA DEL RÍO		
	MONTILLA	CÓRDOBA SUR	H. INFANTA MARGARITA
	LUCENA		
CABRA			

PLANIFICACIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

GRANADA-NORTE	BAZA	GRANADA NORDESTE	H. DE BAZA
	GUADIX		
	SANTA FE	METROPOLITANO DE GRANADA	H.U.VIRGEN DE LAS NIEVES
	GRANADA-NORTE-CARTUJA		
GRANADA-SUR	LOJA	GRANADA SUR	H. DE ESPEC. SAN CECILIO
	GRANADA-SUR-ZAIDÍN		
	COSTA-MOTRIL		H. COMARCAL STA. ANA
	ALPUJARRAS-ORGIVA		
HUELVA	SIERRA-ARACENA	SIERRA DE HUELVA-ANDÉVALO CENTRAL	H. DE RIOTINTO
	VALVERDE DEL CAMINO		
	COSTA-LEPE	HUELVA-COSTA	H. INFANTA ELENA
	HUELVA		H. JUAN RAMÓN JIMENEZ
	EL CONDADO	EL CONDADO-CAMPIÑA	H. INFANTA ELENA
JAÉN	LINARES	JAÉN NORTE	H. SAN AGUSTÍN
	ANDÚJAR		COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
	ÚBEDA	JAÉN NORDESTE	H. SAN JUAN DE LA CRUZ
	NORDESTE-VILLACARRILLO		
	ALCALÁ LA REAL	JAÉN SUR	COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN
	SIERRA SUR-MARTOS		
	JAÉN	JAÉN	
MÁLAGA (C.HAYA)	ANTEQUERA	LA VEGA	H. DE ANTEQUERA
	AXARQUÍA-VÉLEZ MÁLAGA	AXARQUÍA	H. DE LA AXARQUÍA
	MÁLAGA-NORTE	MÁLAGA	H. GRAL. DE MÁLAGA (C.Haya)
	MÁLAGA-CENTRO		
MÁLAGA II (V. VICTORIA)	RONDA	SERRANÍA	H. COMARCAL DE LA SERRANÍA
	COIN-GUADALHORCE (Cártama)	VALLE DEL GUADALHORCE	
	MARBELLA-ENSANCHE	COSTA DEL SOL	H. DE ESPEC. V.DE LA VICTORIA
	FUENGIROLA-MIJAS-LOS BOLICHES		
	PUERTA BLANCA		
	MÁLAGA-OESTE (Carranque)	MÁLAGA	
V.DEL ROCÍO	MAIRENA DEL ALJARAFE-SAN JUAN	ALJARAFE	H. GRAL. VIRGEN DEL ROCIO
	SANLÚCAR LA MAYOR		
	GUADALQUIVIR	SEVILLA	
	ORIENTE		
	SUR		
	ESTE		
V.MACARENA	CARMONA	SEVILLA NORTE	H.U.VIRGEN MACARENA
	SAN JOSÉ DE LA RINCONADA		
	CAMAS		
	MACARENA NORTE (2)		
	SIERRA NORTE-CONSTANTINA		
	MACARENA CENTRO	SEVILLA	
V.DEL VALME	UTRERA	SEVILLA SUR	H. DE ESPEC. VIRGEN DE VALME
	MORÓN-MARCHENA (3)		
	ALCALÁ-DOS HERMANAS		
OSUNA	ÉCIJA-VIRGEN DEL VALLE	SEVILLA ESTE (Área de Gestión Sanitaria de Osuna)	H. COMARCAL DE LA MERCED
	OSUNA		

Fuente: Servicio Andaluz de Salud (no publicado)

(\*) Orden de 7 de Junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de AP de Andalucía (BOJA nº 70 de 15 de Junio de 2002 y BOJA nº 100 de 27 de Agosto de 2002 sobre Corrección de errores). (\*\*) Resolución 30/1990 de 19 de Junio.

### 1.3.3. Zonificación en Cataluña.

#### Zonificación sanitaria en Cataluña.

El territorio catalán está dividido en 8 Regiones Sanitarias a partir de factores geográficos, socioeconómicos y demográficos. A partir de las regiones sanitarias se realiza la planificación, la compra de servicios, la gestión y la atención al cliente. Dichas regiones sanitarias cuentan con una dotación adecuada de recursos sanitarios de atención primaria y de atención especializada.

Las 8 regiones sanitarias se dividen en 55 sectores sanitarios que se forman a partir de las 344 Áreas Básicas de Salud (ABS), que son la unidad básica de territorialización sanitaria de Cataluña. Estas ABS son definidas desde el CatSalut (2001) como unidades territoriales elementales en la que se estructura la sanidad pública.

#### Zonificación en Salud Mental en Cataluña.

La asistencia psiquiátrica y de Salud Mental en Cataluña se basa en áreas menores que los sectores sanitarios, pero mayores que las ABS. Por ello la Gerencia de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental del CatSalut ha dividido, de manera interna, algunos sectores sanitarios creando una nueva demarcación geográfica en función de la cobertura asistencial de los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA). El territorio catalán queda dividido en 68 ASMP denominadas CSMA. La población media de estas áreas es de 93.281 hab., aunque existe un rango de 206.990 habitantes entre el área de más población (Granollers con 221.526 hab.) y el área menor (La Mina con 14.536 hab.). El número de Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) coincide con el número de ASMP, aunque estos CSMA se distribuyen de forma desigual en el territorio:

- 62 ASMP están atendidas por un único CSMA, 4 de las cuales se denominan Unidades de Salud Mental (USM) y 5 poseen consulta periférica (CSMA Balaguer, CSMA Bagues, CSMA Cerdanyola, CSMA Mutua de Terrassa, CSMA Pallars).
- 3 ASMP están atendidas por 2 CSMA (CSMA Valls/ CSMA Mora; CSMA Tortosa/Amposta; CSMA Olot/CSMA Ripollès).
- 3 ASMP están atendidas por consulta periférica (Barberà, Castellar Vallès, Ciutat Meridiana).

Para establecer el número concreto de ASMP que no están delimitadas adecuadamente, se ha estudiado cada una de las ABS pormenorizadamente, distinguiendo entre aquellas que abarcan municipios completos y las que no. Dicha información se ha podido extrapolar a cada una de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (CSMA) en dos niveles:

- Nivel A: no hay problema territorial, puesto que estos ABS están formados únicamente por términos municipales completos.
- Nivel B: incluyen zonas cuya delimitación no se corresponde con áreas delimitadas administrativamente.

Mapa VI.2. Delimitación de las áreas de cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) de Cataluña (2002).



Fuente: Elaboración propia

Se comprobó que de las 68 áreas CSMA existentes, 22 áreas (que representan el 32,35%) han sido clasificadas en el nivel A al corresponder con términos municipales completos. Por su parte 46 áreas (el 67'65%) pertenecen al nivel B al atender municipios incompletos. Es decir, estas áreas comprenden un área que no se ajusta a las delimitaciones administrativas básicas (distrito censal y sección).

Se ha realizado una representación cartográfica aproximada de 52 CSMA, que se han podido representar en función de las divisiones territoriales de los 944 municipios en los que se divide Cataluña (ver mapa VI.2.). Sin embargo otras áreas no pudieron ser representadas debido a que no seguían límites administrativos menores.

El municipio de Barcelona no ha podido ser dividido debido a que los límites de las áreas que alberga no se corresponden con las divisiones administrativas y no existe ningún tipo de cartografía que pudiese servir de base. Concretamente, el municipio de Barcelona alberga a 17 ASMP, denominadas en función de los centros de Salud Mental de adultos (CSMA), y que son las siguientes: CSMA Ciutat Vella, CSMA Esquerra l'Eixample, CSMA Dreta de l'Eixample, CSMA Sants, CSMA Poble Sec, CSMA Les Corts, CSMA Sarriá-Sant Gervasi, CSMA Gràcia, CSMA Horta, CSMA Guinardó, CSMA Nou Barris Nord, Consulta periférica Ciutat Meridiana, CSMA Nou Barris Sud, CSMA Sant Andreu, CSMA Sant Martí Sud, CSMA Maragall, CSMA Sant Martí Nord.

#### **1.3.4. Zonificación en Madrid.**

##### Zonificación sanitaria en Madrid.

La zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid de Zonas Básicas de Salud, Distritos Sanitarios y Áreas de Salud.

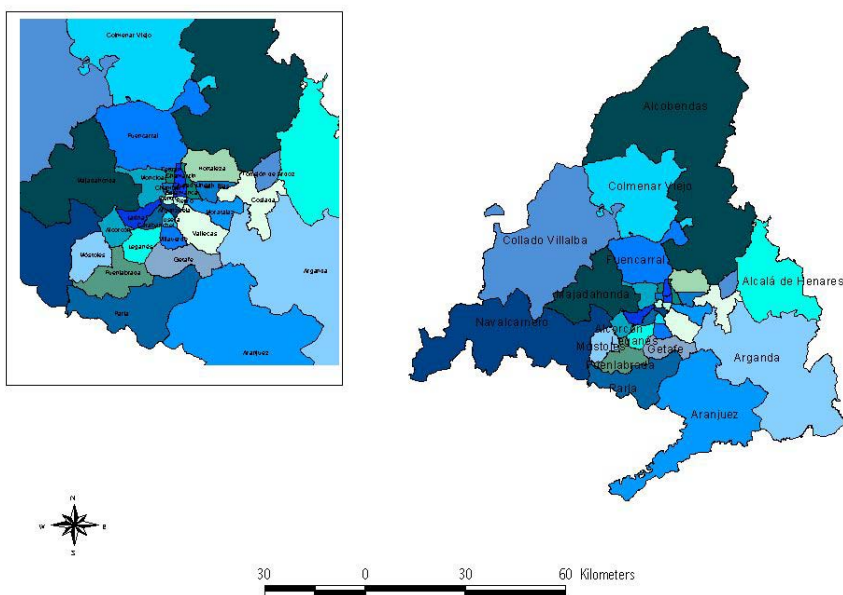
En la zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid se basa en el Decreto 43/1996, actualizado en 1998, por el que se aprobó la ordenación del territorio a partir de tres niveles organizativos: Zonas Básicas de Salud, Distritos y Áreas. Para la delimitación de estos ámbitos territoriales se construyó un sistema de indicadores sociales que tuviera en cuenta, al menos, tres tipos de criterios: técnicos, viabilidad operativa y utilidad. Entre estas variables destacan los indicadores de accesibilidad y volumen poblacional, las divisiones administrativas de los mayores municipios, y en el caso de Madrid respetar al barrio como unidad básica de salud. Para validar las zonas básicas de salud se utilizó la técnica del análisis factorial, tomando como punto de partida los 20 indicadores y como unidad de análisis los municipios menores de 50.000 habitantes.

Zonificación en Salud Mental en Madrid.

La asistencia en Salud Mental en la Comunidad de Madrid está delimitada con arreglo a la zonificación sanitaria general, en Áreas de Salud y Distritos Sanitarios. Cada área de Salud se divide funcionalmente en varios Distritos Sanitarios. La organización territorial de la Comunidad de Madrid se basa en el documento titulado Zonificación Sanitaria de 1998. Esta zonificación sanitaria está relacionada con las divisiones administrativas territoriales, por lo que es posible agregar datos sociodemográficos a cada Áreas de Salud o Distrito Sanitario. El Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid ha agregado un conjunto de indicadores sociodemográficos referidos a los distritos sanitarios de Madrid.

Los Servicios de Salud Mental de Distrito (Centros de Salud Mental) utilizan como área de cobertura a los Distritos Sanitarios (ver mapa VI.3.) con uno o más puntos de consulta, cubriendo tanto la atención a la población adulta como a niños y adolescentes.

**Mapa VI.3. Delimitación de los Distritos Sanitarios de la Comunidad de Madrid (2002).**



Fuente: Elaboración propia

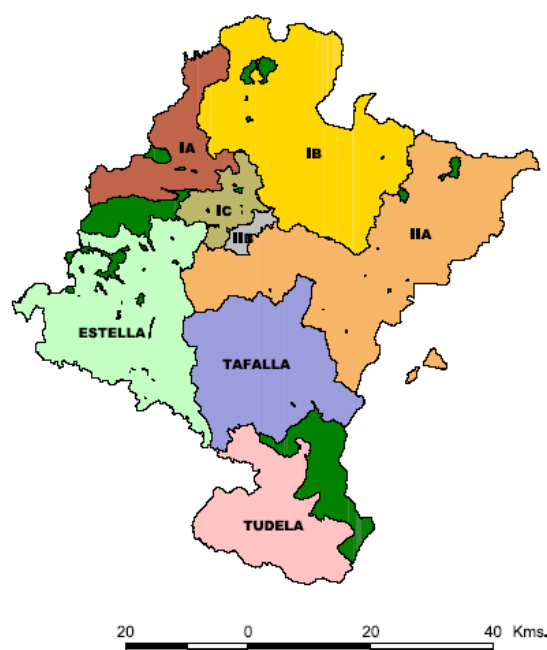
### 1.3.5. Zonificación en Navarra.

#### Zonificación sanitaria en Navarra.

Las características territoriales y demográficas de la Comunidad Foral de Navarra marcadas por su baja densidad demográfica determinan la delimitación de las Áreas de Salud. Las Áreas de Salud de Navarra son definidas por la Ley Foral 10/1990 de Salud, como las demarcaciones territoriales operativas de las actuaciones y servicios sanitarios, responsabilizadas de la gestión descentralizada de los centros y establecimientos del Servicio Navarro de Salud en su demarcación territorial, y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

Esta zonificación se basa únicamente en divisiones administrativas (municipio, distrito censal y sección). Como ocurre en la Comunidad de Madrid, el Instituto de Estadística de Navarra ha agregado un conjunto de datos sociodemográficos referidos a las Áreas de Salud y a los Sectores de Salud Mental.

**Mapa VI.4. Delimitación de los Sectores de Salud Mental de la Comunidad Foral de Navarra (2002).**



Fuente: Elaboración propia



### Zonificación en Salud Mental en Navarra.

El Decreto Foral 244/1985, que delimita los Sectores de Salud Mental, establece que cada Equipo de Salud Mental se debe responsabilizar de un determinado Sector de Salud Mental (ver mapa VI.4.). De este modo la red territorial de servicios se ha desarrollado estando constituida por los centros de Salud Mental, cuyo ámbito asistencial se corresponde con los diferentes Sectores de Salud Mental y las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales. Al igual que ocurre en otras CCAA, en Navarra se localizan dispositivos no sectorizados debido a su gestión concertada, que fueron creados con anterioridad a la Reforma Psiquiátrica o simplemente por la falta de interés de sus gestores.

#### **1.4. Indicadores de política sociosanitaria, disponibilidad de recursos y actividad en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).**

Los datos correspondientes a los diferentes indicadores en las 4 CCAA (nivel macro) se presentan a partir de la estructura organizativa siguiente:

1. Política sanitaria.
2. Plantilla en dispositivos ambulatorios y total.
3. Dispositivos de atención de adultos.
  - 3.1. Servicios residenciales (camas).
  - 3.2. Servicios de actividades estructuradas y de día (plazas).
  - 3.3. Servicios ambulatorios y comunitarios.
4. Dispositivos de atención infantil y juvenil.
  - 4.1. Servicios residenciales (camas).
  - 4.2. Servicios de actividades estructuradas y de día (plazas).
  - 4.3. Servicios ambulatorios y comunitarios.
5. Actividad en dispositivos ambulatorios.

#### **1.4.1. Indicadores de política en Salud Mental.**

Los datos sobre el gasto han sido aportados por los responsables de los servicios sanitarios en Salud Mental de cada CCAA (ver tabla VI.6). El presupuesto en Salud Mental incluye únicamente el gasto de las Consejerías de Salud, no incluyéndose el presupuesto asignado por los Organismos de Servicios Sociales. Únicamente se ha podido obtener el dato de la atención social en Andalucía, donde FAISEM ha destinado 16 millones de euros en el año 2001. En Madrid, debido al proceso de transferencias de competencias sanitarias, el único dato existente se refiere al SERMAS (Servicio Madrileño de Salud) y no incluye al Instituto Madrileño de Salud (IMSALUD), ni al Ayuntamiento de Madrid. Los datos de Navarra se refieren al año 2001, mientras en Cataluña hacen referencia a 2000.

En Andalucía el presupuesto destinado a Sanidad se basa en la Ley 14/2001, que recoge el Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2002. No se ha podido obtener la parte de este presupuesto destinada a Salud Mental, ya que el gasto de los centros ubicados en hospitales generales o distritos sanitarios no se encuentra desglosado por tipo de especialidad. Así sólo se conoce el dato del gasto en personal de Salud Mental para el año 2001, que es de 51 millones de euros, dato insuficiente para poder establecer comparaciones. El gasto farmacéutico total proviene del Ministerio de Sanidad y Consumo para el 2000 y el de psicofármacos (Neurolépticos y Antidepresivos) del Servicio de Asistencia Farmacéutica para el año 2000.

El presupuesto sanitario de Cataluña ha sido extraído de la memoria de sanidad de 2000 y se refiere tanto al Servei Català de la Salut como al Institut Català de la Salut. Dicho gasto se refiere al presupuesto de la Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental del CatSalut que incluye la Salud Mental, la psicogeriatría, las Drogodependencias, las subvenciones y la formación. El gasto farmacéutico en Cataluña proviene del Ministerio de Sanidad y Consumo para el año 2000 e incluye los psicofármacos neurolépticos y antidepresivos.

En Madrid el dato sobre presupuesto sanitario para el 2002 no es completo, ya que durante ese año se estaban produciendo las transferencias de competencias sanitarias desde el Estado a la Comunidad. Así, la Ley 13/2001 de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para 2002 sólo recoge el gasto en los recursos dependientes de la Consejería de Sanidad, sin contar con los gastos de los recursos del INSALUD y del Ayuntamiento de Madrid. Por tanto, no es posible establecer comparaciones para este

año con las otras 3 CCAA. El gasto en Salud Mental se refiere al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y no incluye los recursos del Instituto Madrileño de Salud (IMSALUD) ni del Ayuntamiento de Madrid. Además dicho dato se refiere al 2003 porque era el más próximo al periodo 2001-2002. Tampoco se ha podido obtener el gasto en Psicofármacos, aunque el gasto total farmacéutico ha sido facilitado desde el Ministerio de Sanidad y Consumo referido al año 2000.

El presupuesto sanitario de Navarra ha sido extraído de la Ley Foral 19/2000 de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio del año 2001. Dicho presupuesto fue prorrogado para el año 2002. El gasto en Salud Mental aparece en la Memoria 2001 de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud. Los gastos farmacéuticos totales proceden de la misma fuente que en las demás CCAA, mientras que el gasto en Psicofármacos, del tipo Neurolépticos y Antidepresivos, ha sido obtenido del Servicio de Prestaciones Farmacéuticas para el años 2000.

**Tabla VI.6. Datos sobre política sociosanitaria relevante para Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**

<b>INDICADORES</b>	<b>ANDALUCÍA</b>	<b>CATALUÑA</b>	<b>MADRID</b>	<b>NAVARRA</b>
Gasto sanitario general anual	5.703 mill. €	4.437 mill. €	N.D.	499 mill. €
Gasto en Salud Mental anual	N.D.	239 mill. €	N.D.	23 mill. €
Gasto sanitario per cápita anual	775,12 €	700 €	N.D.	897,76 €
Porcentaje del gasto sanitario total anual destinado a la Salud Mental	N.D.	5,39 %	N.D.	4,61 %
Gasto en Salud Mental per cápita anual	N.D.	37,69 €	N.D.	41,38 €
Gasto farmacéutico total	1.192 mill. €	1.142 mill. €	N.D.	88 mill. €
Gasto en psicofármacos (año 2000)	88 mill. €	118 mill. €	N.D.	10 mill. €
Gasto en psicofármacos per cápita	11,96 €	18,60 €	N.D.	17,99 €
Porcentaje del gasto en psicofármacos sobre el total de gasto farmacéutico	7,38	10,33	N.D.	11,36

Fuente: Elaboración propia

ND: información no disponibles aunque fue solicitada en repetidas ocasiones a los responsables de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Los datos referidos al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) no incluye los recursos del Instituto Madrileño de Salud (IMSALUD) ni del Ayuntamiento de Madrid.

El gasto en psicofármacos sólo incluye los Neurolépticos y los Antidepresivos, al ser los psicofármacos principales y ser el único dato disponible para al menos 3 de las 4 CCAA estudiadas. Las fuentes utilizadas para este dato en cada Comunidad han sido diversas,

aunque todas se refieren al año 2000. En Cataluña la memoria de actividad de la Red Sanitaria, en Andalucía del Servicio de Asistencia Farmacéutica del SAS y en Navarra del Ministerio de Sanidad y Consumo.

#### 1.4.2. Indicadores de plantilla en Salud Mental.

Los datos de la plantilla ocupada en Salud Mental referido a las cuatro CCAA estudiadas están referidos a los dispositivos que son gestionados desde los organismos competentes en sanidad, no incluyen por tanto otros recursos destinados a personas con enfermedad mental, como aquellos dependientes de los organismos de servicios sociales u otros organismos específicos. En Cataluña no existe disponible el número de profesionales que trabaja en los servicios de salud mental. Los indicadores de Centros de Salud Mental en Andalucía no incluyen a los profesionales de los centros de atención infantil y juvenil (ver tabla VI.7 y gráficos VI.6 y VI.7).

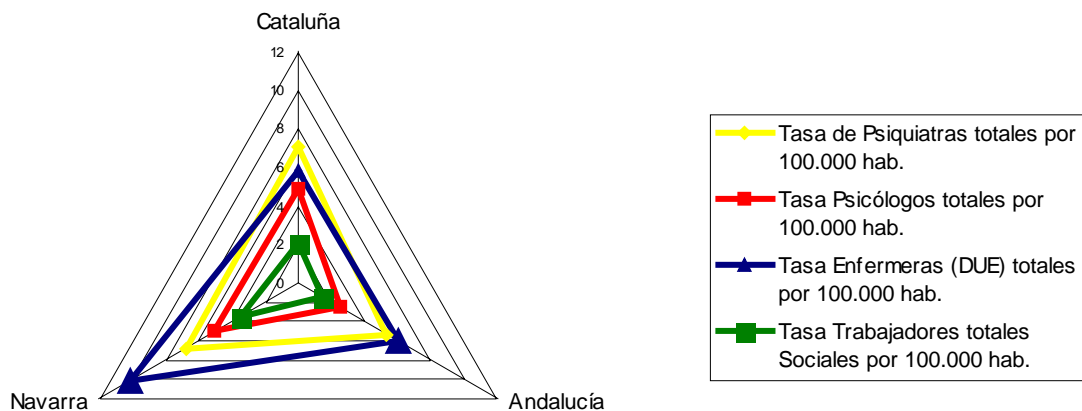
**Tabla VI.7. Tasa de profesionales totales por 100.000 hab. y en Centros de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Madrid y Navarra (2002).**

INDICADORES	EUROPA	ESPAÑA	ANDALUCÍA	CATALUÑA	MADRID	NAVARRA
Tasa de Psiquiatras totales por 100.000 hab.	9'00	3'6	5,29 (389)	N.D.	N.D.	6,71 (37,30)
Tasa Psicólogos totales por 100.000 hab.	3'00	1'9	2,51 (185)	N.D.	N.D.	4,95 (27,50)
Tasa Enfermeras (DUE) totales por 100.000 hab.	27'50	4'2	6,02 (443)	N.D.	N.D.	10,08 (56)
Tasa Trabajadores Sociales totales por 100.000 hab.	2'35	N.D.	1,48 (109)	N.D.	N.D.	3,42 (19)
Tasa de Psiquiatras en Centros de Salud Mental por 100.000 hab.	N.D.	N.D.	2,81 (207)	N.D.	3,50 (190)	4,19 (23,30)
Tasa Psicólogos en Centros de Salud Mental por 100.000 hab.	N.D.	N.D.	2,35 (173)	N.D.	2,18 (118)	2,52 (14)
Tasa Enfermeras (DUE) en Centros de Salud Mental por 100.000 hab.	N.D.	N.D.	1,33 (98)	N.D.	1,66 (90)	2,52 (14)
Tasa Trabajadores Sociales en Centros de Salud Mental por 100.000 hab.	N.D.	N.D.	0,99 (73)	N.D.	1,05 (57)	1,62 (9)

Fuente: Elaboración propia

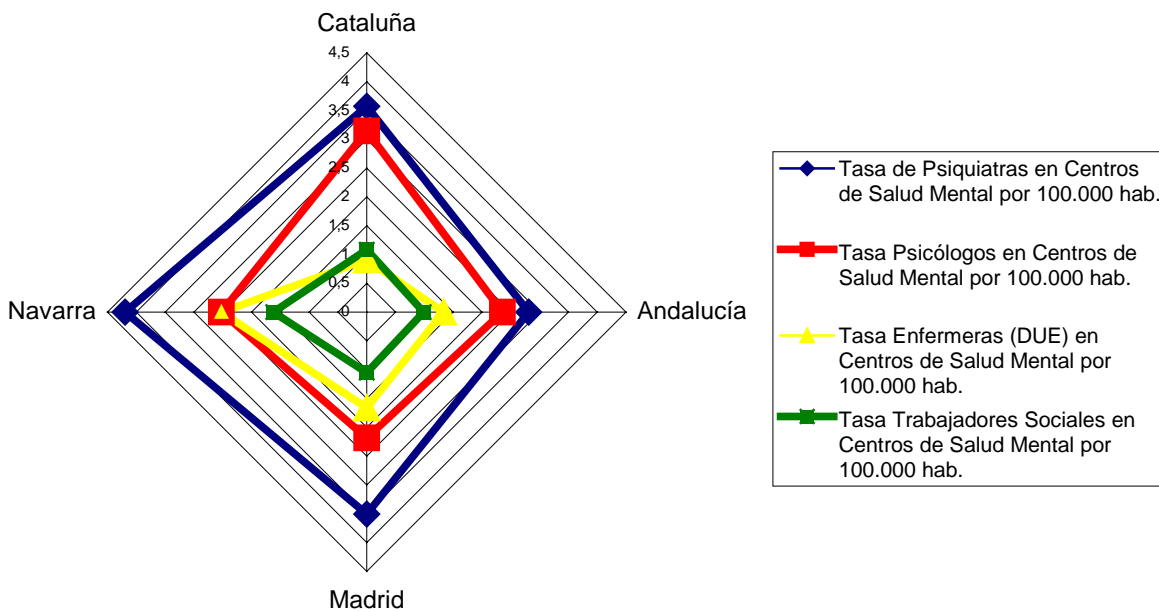
ND: Información no disponible a pesar de haber sido solicitada a los responsables de los Servicios de Salud Mental en cada CCAA. Estos datos se refieren a jornada completa = 1.

**Gráfico VI.6. Plantilla total de Salud Mental en 3 CCAA: Andalucía, Cataluña y Navarra (2002).**



Fuente: Elaboración propia

**Gráfico VI.7. Plantilla en Centros de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**



Fuente: Elaboración propia

### 1.4.3. Indicadores de dispositivos de Salud Mental para población adulta.

En la tabla VI.8. se presenta el resumen de los indicadores de Salud Mental distinguiendo entre los servicios residenciales, los servicios de atención intermedia y los servicios ambulatorios para población adulta (mayor de 18 años).

**Tabla VI.8. Resumen indicadores globales de dispositivos de Salud Mental para población adulta en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**

	<i>ANDALUCÍA</i>	<i>CATALUÑA</i>	<i>MADRID</i>	<i>NAVARRA</i>
<b>RESIDENCIAL ADULTOS</b>				
- Hospitalario (camas)	0,77	6,25	2,47	1,67
- Agudos (camas)	0,73	1,19	0,82	0,97
- No hospitalario (camas)	1,17	0,81	0,53	1,62
<b>INTERMEDIA DE ADULTOS</b>				
- Hospitales de día (plazas)	0,24	0,85	0,37	0,90
- Centros de día (plazas)	0,37	2,61	2,12	0,61
- Clubs sociales	1,13	0,70	0,32	0,50
- Talleres ocupacionales	2,21	0,47	0,55	1,35
<b>AMBULATORIOS TOTALES</b>				
- Centros de Salud (nº)	0,96	1,07	0,66	1,44

Fuente: Elaboración propia

#### Servicios residenciales de Salud Mental para población adulta

En la tabla VI.9 se presentan el número de dispositivos residenciales y sus respectivas camas distinguiendo entre unidades de corta estancia, subagudos, media y larga estancia, comunidades terapéuticas, residencias, pisos protegidos y pensiones. Por su parte en el gráfico VI.8 las unidades hospitalarias residenciales, en el gráfico VI.9 las camas en unidades hospitalarias residenciales y en el gráfico VI.10 las camas en los dispositivos residenciales no hospitalarios.

Andalucía cuenta con 18 Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG) en Hospitales Generales que cuentan con 535 camas. En la Comunidad andaluza no existen Hospitales Psiquiátricos de propiedad ni de gestión pública, ya que, el proceso de Reforma Psiquiátrica supuso el cierre progresivo de los 8 Hospitales Psiquiátricos. Así, existen 13 Comunidades Terapéuticas (CT), con 195 camas, en régimen de media

estancia hospitalaria definidas por el SAS como unidades de media estancia en régimen de hospitalización total. Sin embargo, se ha detectado la existencia de 32 camas de media y larga estancia concertadas por el SAS con el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Málaga.

En Andalucía existe una red específica de recursos de apoyo social para personas con trastornos Mentales graves gestionada por la fundación pública FAISEM. El objetivo de FAISEM es el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social específicos para pacientes de los servicios públicos de Salud Mental y con necesidades sociales que, por su peculiaridad, no pueden ser atendidas desde los programas generales de servicios sociales.

FAISEM gestiona 88 Pisos Protegidos con 320 plazas, 21 Casas-Hogar con 328 camas y 5 pensiones concertadas con 12 camas para toda Andalucía.

Cataluña es la Comunidad que presenta mayor tasa de camas por 10.000 habitantes tanto de agudos, de subagudos como de media y larga estancia. Estas unidades de hospitalización se localizan tanto en Unidades de Salud Mental de Hospitales Generales como en Hospitales Psiquiátricos. En total se constatan 15 Unidades de media y larga estancia en Cataluña con 2.875 camas.

Además de estos recursos hospitalarios, el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) gestiona una serie de recursos residenciales comunitarios. Existen 16 Hogares con Apoyo, que equivaldrían a los pisos protegidos, que suman un total de 168 camas. Existen también 243 camas en Hogares Residencia.

Madrid cuenta con 14 Unidades de Corta Estancia situadas en 11 Hospitales Generales con 302 camas, y 3 Hospitales Psiquiátricos con 142 camas. En resumen, las camas totales de breve estancia son 444. Igualmente Madrid dispone de 4 Unidades de Media y Larga estancia localizadas en los 4 Hospitales Psiquiátricos existentes, que suman un total de 893 camas.

En Madrid se localizan 25 Pisos Protegidos para personas con enfermedad mental; 15 pisos, con 44 camas, están gestionados desde la Consejería de Sanidad, mientras que 10, que albergan 41 camas, están gestionados por la Consejería de Servicios Sociales (4 de ellos, con 18 camas, están asignados al Proyecto de Rehabilitación e Inserción Sociolaboral de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar (PRISEMI)).

Además se registran 10 residencias para personas con enfermedad mental en la Comunidad de Madrid con 193 camas. La Consejería de Servicios Sociales gestiona 9 Mini-Residencias (MR) con 180 camas, aunque la Consejería de Sanidad posee 1 residencia con 13 camas desde su Programa ARCO. También desde la Consejería de Servicios Sociales se tiene un convenio con 3 pensiones que suman un total de 11 camas.

Navarra posee 2 Unidades hospitalarias de corta estancia situadas en los 2 Hospitales Generales existentes, que suman un total de 54 camas. Navarra dispone de 1 Unidad de media y larga estancia situada en la Clínica de Rehabilitación del Centro Psicogeriátrico "San Francisco Javier". A pesar de su denominación, atiende a personas adultas en régimen de hospitalización total. Existen igualmente 2 Unidades de subagudos en los Hospitales Psiquiátricos concertados, con 23 camas de Unidad de Media Estancia (UME).

En Navarra se localizan 8 pisos que suman un total de 48 camas concertadas conjuntamente por el Departamento de Salud y el de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Estos Pisos están gestionados desde la Clínica Padre Menni, la Clínica de Rehabilitación y la empresa Sendabide. Con este mismo tipo de concierto existen 2 Residencias Asistidas para Enfermos Mentales (RAEM) con 42 camas que se sitúan en el Centro Hospitalario Benito Menni y en la Clínica Psiquiátrica Padre Menni. Las RAEM son recursos sociosanitarios con funciones tanto de hospitalización como de residencia.



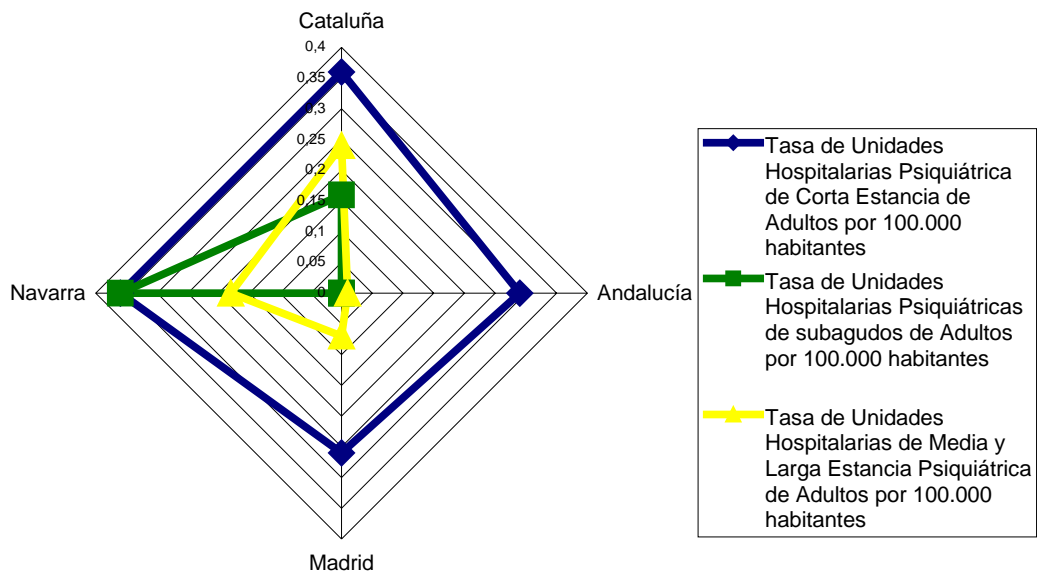
**Tabla VI.9. Dispositivos de Atención Residencial de Salud Mental para adultos en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra** (Tasa de unidades por 100.000 hab. y de camas por 10.000 hab. – entre paréntesis número total) (2002).

<b>INDICADORES</b>	<b>ANDALUCÍA</b>	<b>CATALUÑA</b>	<b>MADRID</b>	<b>NAVARRA</b>
Tasa de Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Corta Estancia de Adultos por 100.000 hab.	0,24 (18)	0,36 (23)	0,26 (14)	0,36 (2)
Tasa de camas de agudos en Unidad Hospitalaria Psiquiátrica de Corta Estancia de Adultos por 10.000 hab.	0,73 (535)	1,19 (755)	0,82 (444)	0,97 (54)
Tasa de Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de subagudos de Adultos por 100.000 hab.	0	0,16 (10)	0	0,36 (2)
Tasa de camas en Unidad Hospitalaria Psiquiátrica de subagudos de Adultos por 10.000 hab.	0	0,54 (340)	0	0,40 (23)
Tasa de Unidades Hospitalarias de Media y Larga Estancia Psiquiátrica de Adultos por 100.000 hab.	0,01 (1)	0,24 (15)	0,07 (4)	0,18 (1)
Tasa de camas en Unidad Hospitalaria de Media y Larga Estancia Psiquiátrica de Adultos por 10.000 hab.	0,04 (32)	4,53 (2.875)	1,65 (893)	0,29 (16)
Tasa de Comunidades Terapéuticas para Personas con Enfermedad Mental por 100.000 hab.	0,18 (13)	0,05 (3)	0	0
Tasa de camas en Comunidades Terapéuticas para Personas con Enfermedad Mental por 10.000 hab.	0,27 (195)	0,16 (101)	0	0
Tasa de Residencias para Personas con Enfermedad Mental por 100.000 hab.	0,29 (21)	N.D.	0,18 (10)	0,36 (2)
Tasa de camas en Residencia para Personas con Enfermedad Mental por 10.000 hab.	0,45 (328)	0,38 (243)	0,36 (193)	0,76 (42)
Tasa de Pisos Protegidos para Personas con Enfermedad Mental por 100.000 hab.	1,20 (88)	0,25 (16)	0,46 (25)	1,44 (8)
Tasa de camas en Pisos Protegidos para Personas con Enfermedad Mental por 10.000 hab.	0,43 (320)	0,26 (168)	0,16 (86)	0,86 (48)
Tasa de Pensiones para Personas con Enfermedad Mental por 100.000 hab.	0,07 (5)	0	0,06 (3)	0
Tasa de camas en Pensiones para Enf. Mental por 10.000 hab.	0,02 (12)	0	0,02 (11)	0

Fuente: Elaboración propia

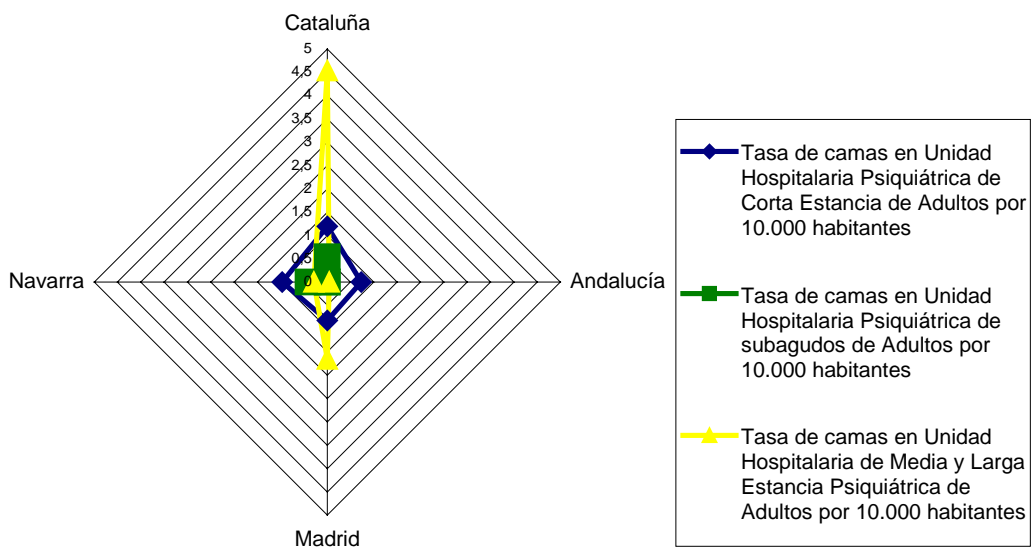
ND: Información no disponible aunque se ha solicitado a los responsables de los Servicios de Salud Mental en cada CCAA

**Gráfico VI.8. Unidades Hospitalarias de Adultos de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**



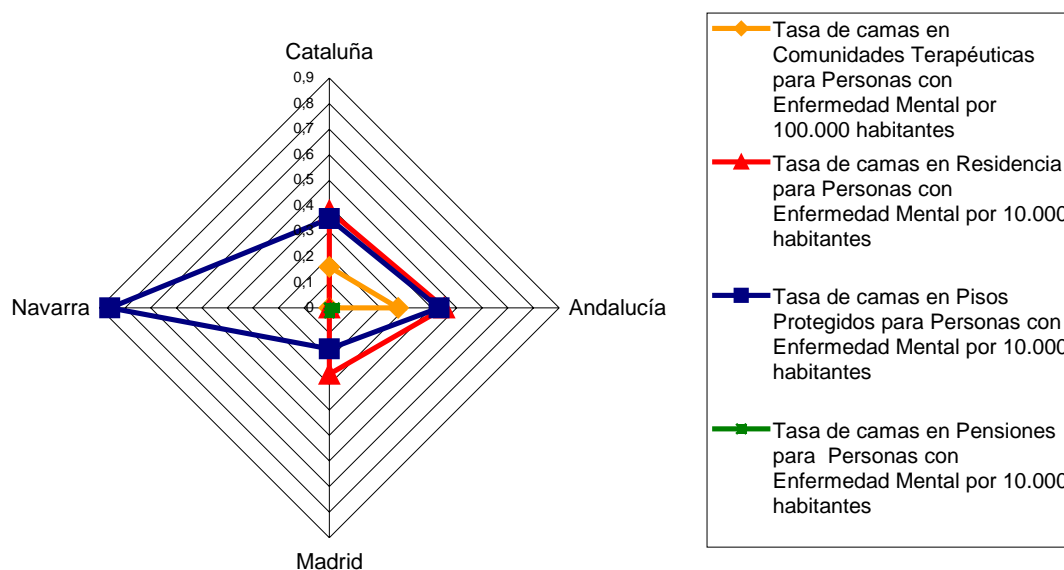
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico VI.9. Camas en Unidades Hospitalarias de Adultos de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**



Fuente: Elaboración propia

**Gráfico VI.10. Camas en Servicios Residenciales no Hospitalarios de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**



Fuente: Elaboración propia

### Servicios de atención intermedia.

En la tabla VI.10 se presentan los indicadores referidos a los servicios de atención intermedia, como son los Hospitales de Días, los Centros de Día, los Clubs Sociales y los Talleres Ocupacionales y sus respectivas plazas disponibles en cada uno. Por su parte en el gráfico VI.11 se representa el número de Hospitales de Día, Centros de Día y Centros de Salud Mental, en el gráfico VI.12 el número de Clubs Sociales y Talleres Protegidos y en el gráfico VI.13 el número total de plazas disponibles en Servicios Intermedios.

En Andalucía existen 6 Hospitales de Día de Salud Mental de Adultos con 180 plazas. Las fuentes de información han sido el Servicio Andaluz de Salud y el contacto directo con los centros. Andalucía posee 9 Unidades de Rehabilitación con una media de 30 plazas cada una (270 plazas aproximadamente en total). En Andalucía estos recursos dependen de FAISEM, que gestiona 24 Clubs con 700 plazas y 96 Talleres con 1.637 plazas.

En Cataluña existen 10 Hospitales de Día de Adultos con 540 plazas, además de 58 Centros de Día de Adultos con 1.656 plazas. Cataluña posee 12 Clubs Sociales con 445 plazas y 14 Servicios Pre-laborales (SPL) que dependen del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS).

Madrid tiene 8 Hospitales de Día de adultos con 203 plazas. Igualmente cuenta con 19 Centros de Día con 1.148 plazas. De cuales, 8 Centros de Día y 2 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) con un total de 363 plazas dependen de la Consejería de Sanidad, y 9 CRPS dependientes de la Consejería de Servicios Sociales que suman 785 plazas. Ese dato lo podemos encontrar en la Guía de Recursos de la Consejería de Sanidad y en el Plan de Salud Mental. Existen 5 Clubs Sociales dependientes de Sanidad con 175 plazas, además de 6 Talleres con 298 plazas con diferente dependencia. Se han considerado 2 Talleres con 108 plazas dependientes de Sanidad y 4 Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) con 190 plazas dependiente de Servicios sociales.

Navarra posee 3 Hospitales de Día para adultos que suman un total de 50 plazas. Navarra cuenta con un Centro de Rehabilitación de adultos con 34 plazas. En Navarra los 2 Clubs Sociales con 28 plazas y los 2 Talleres Protegidos con 75 plazas están financiados por el Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud.

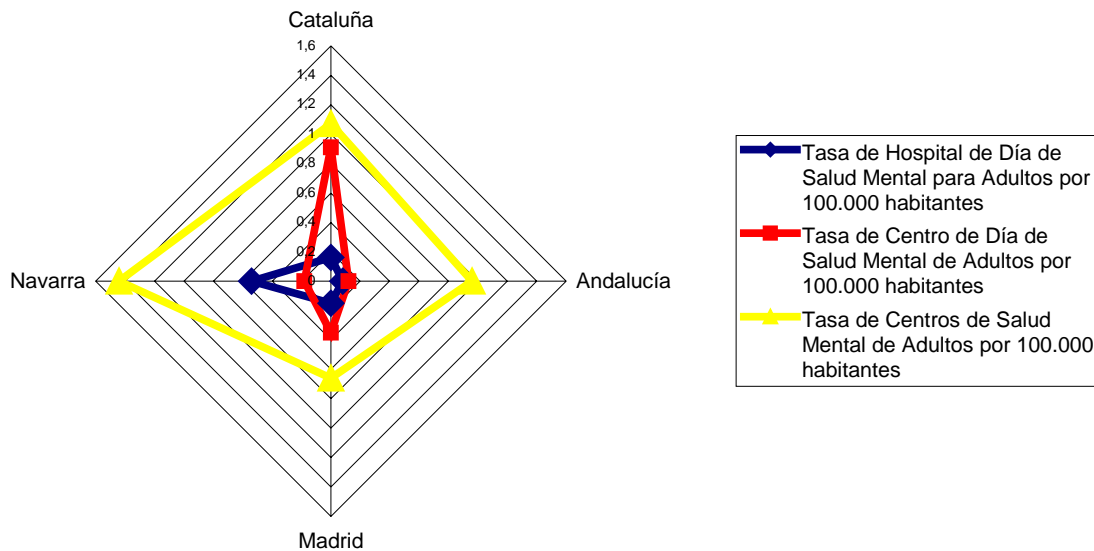
**Tabla VI.10. Dispositivos de Atención Intermedia (Actividades Estructuradas y de Día) de Salud Mental para adultos en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra** (Tasa de Unidades por 100.000 hab. y de plazas por 10.000 hab. – entre paréntesis número total) (2002).

<b>INDICADORES</b>	<b>ANDALUCÍA</b>	<b>CATALUÑA</b>	<b>MADRID</b>	<b>NAVARRA</b>
Tasa de Hospital de Día de Salud Mental para Adultos por 100.000 hab.	0,08 (6)	0,16 (10)	0,15 (8)	0,54 (3)
Tasa de plazas en Hospital de Día de Salud Mental para Adultos por 10.000 hab.	0,24 (180)	0,85 (540)	0,37 (203)	0,90 (50)
Tasa de Centro de Día de Salud Mental de Adultos por 100.000 hab.	0,12 (9)	0,91 (58)	0,35 (19)	0,18 (1)
Tasa de plazas en Centro de Día de Salud Mental de Adultos por 10.000 hab.	0,37 (270)	2,61 (1.656)	2,12 (1.148)	0,61 (34)
Tasa de Clubs Sociales para Personas con Enfermedad Mental por 100.000 hab.	0,35 (26)	0,19 (12)	0,09 (5)	0,36 (2)
Tasa de plazas en Clubs Sociales para Personas con Enfermedad Mental por 10.000 hab.	1,13 (828)	0,70 (445)	0,32 (175)	0,50 (28)
Tasa de Talleres Ocupacionales para Personas con Enfermedad Mental por 100.000 hab.	1,30 (96)	0,22 (14)	0,11 (6)	0,36 (2)
Tasa de plazas en Talleres Ocupacionales para Personas con Enfermedad Mental por 10.000 hab.	2,21 (1.624)	0,47 (300)	0,55 (298)	1,35 (75)

Fuente: Elaboración propia

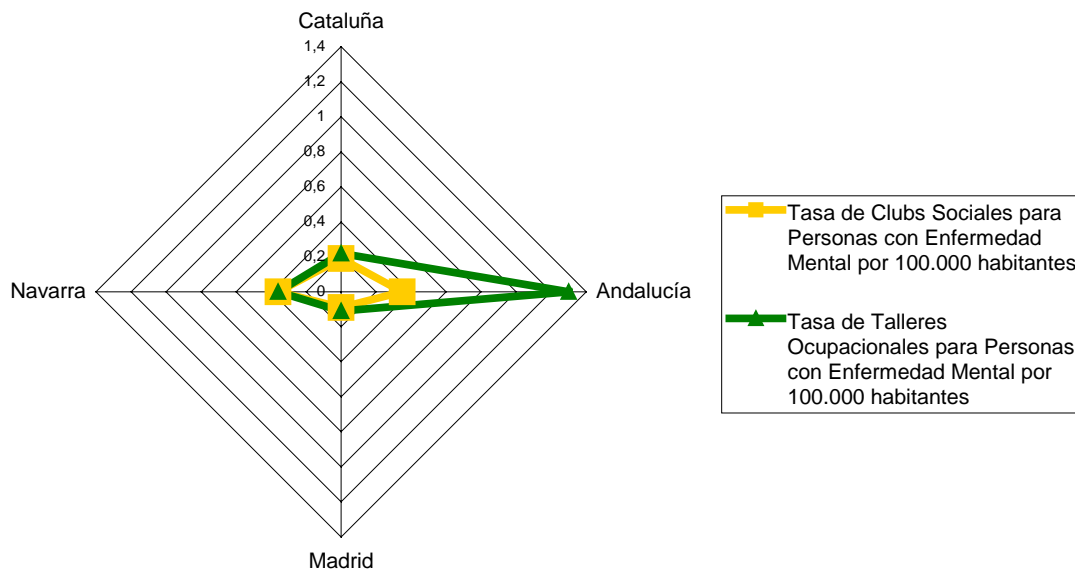
ND: Información no disponible aunque se ha solicitado a los responsables de los Servicios de Salud Mental en cada CCAA.

**Gráfico VI.11. Hospitales de Día, Centros de Día y Centros Ambulatorios en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**



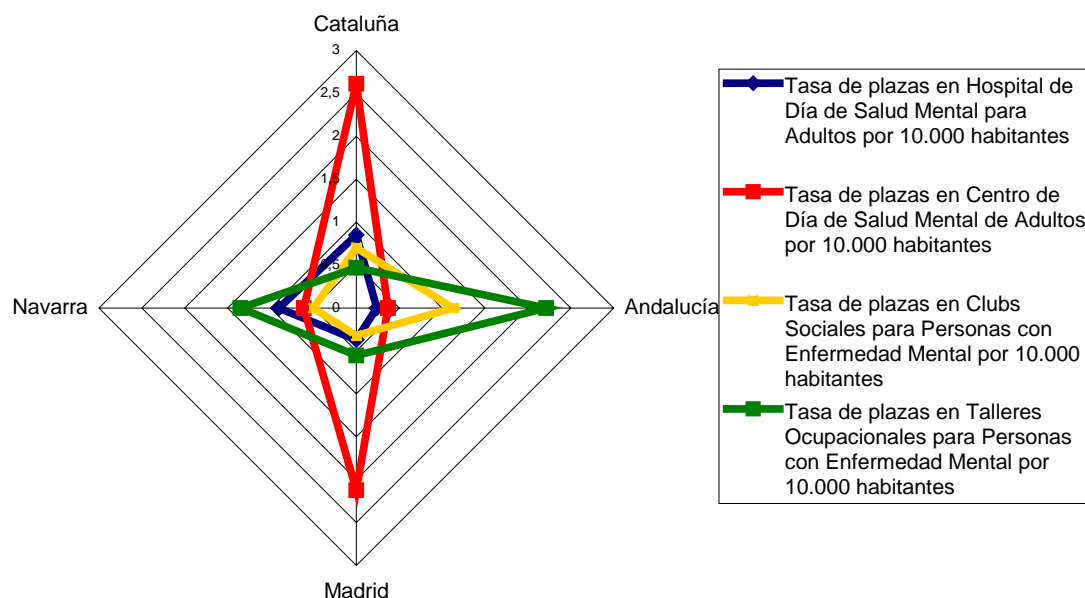
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico VI.12. Clubs Sociales y Talleres Ocupacionales en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**



Fuente: Elaboración propia

**Gráfico VI.13. Plazas en dispositivos de Día y/o Actividades Estructuradas en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**



Fuente: Elaboración propia

### Servicios comunitarios y ambulatorios para población adulta en 4 CCAA.

En el gráfico VI.11 podemos ver el número de Centros de Salud Mental existentes en las 4 CCAA estudiadas. En la tabla VI.11 se presenta el número de dispositivos de atención comunitaria y ambulatoria, en la tabla VI.12 los programas de servicio individualizado y en la tabla VI.13 los programas de atención domiciliaria en las 4 CCAA estudiadas.

En caso de Madrid y Navarra estos centros atienden también a población infantil y juvenil, ya que no existen centros específicos para dicha población como en el caso de Cataluña (CSMIJ) y de Andalucía (USMI).

En la tabla VI.11 se presenta el número de Centros de Salud Mental que prestan atención a población adulta. Este indicador no incluye los Centros de Salud Mental para población infantil y juvenil existentes en Cataluña y en Andalucía que se presentan en el apartado de servicios para población infantil y juvenil. En Madrid y en Navarra los mismos centros atienden a todas las edades.

Andalucía posee 71 de los cuales son Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) para población de todas las edades. Los centros de Salud Mental infantil y juvenil se ocupan sólo de los problemas de Salud Mental más graves y constituyen únicamente un apoyo a los ESMD.

Cataluña cuenta con 68 Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) que atienden sólo a personas mayores de 18 años. Los niños y adolescentes menores de 18 años son tratados en los Centros de Salud Mental Infantil y juvenil (CSMIJ).

Madrid tiene 36 Servicios de Salud Mental de Distrito que atienden a todas las edades, pero no posee centros de Salud Mental específicos de atención adulta ni atención infantil y juvenil.

Navarra cuenta con 8 Centros de Salud Mental para todas las edades.

<i>INDICADOR</i>	<i>ANDALUCÍA</i>	<i>CATALUÑA</i>	<i>MADRID</i>	<i>NAVARRA</i>
Tasa de Centros de Salud Mental por 100.000 hab.	0,96 (71)	1,07 (68)	0,66 (36)	1,44 (8)

Fuente: Elaboración propia

Dentro de los servicios comunitarios y ambulatorios móviles para población adulta cabe citar el programa de servicios individualizados para las personas con trastornos mentales severos. Este programa centra sus actividades en la atención comunitaria directa y la coordinación entre servicios con equipos diferenciados (Balsera y cols., 2002). Únicamente se detectan estos programas en Cataluña donde existen 7 en funcionamiento.

<i>SERVICIOS</i>	<i>ANDALUCÍA</i>	<i>CATALUÑA</i>	<i>MADRID</i>	<i>NAVARRA</i>
Equipos del programa de servicios individualizados (PSI) por 100.000 hab.	0	0,11 (7)	0	0

Fuente: Elaboración propia

En Andalucía la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) gestiona las plazas de apoyo domiciliario. En Cataluña las plazas de apoyo domiciliario están gestionadas desde el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS).

En Madrid se registran 4 Servicios de Atención Domiciliaria (SADEM), gestionados desde Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales, que no han sido considerados como Programas de Apoyo Domiciliario al prestar atención exclusivamente a socios de dichas Asociaciones, su escaso número de profesionales, y al depender de subvenciones.

En Navarra la Asociación Navarra para la Salud Psíquica (ANASAPS) posee un equipo que presta este tipo de atención a 124 personas, que está gestionado por el Instituto Navarro de Bienestar Social (INBS).

**Tabla VI.13. Indicador de Apoyo Domiciliario a personas con Enfermedad Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (Tasa de plazas por 10.000 hab. - entre paréntesis número total) (2002).**

SERVICIOS	ANDALUCÍA	CATALUÑA	MADRID	NAVARRA
Tasa de plazas de apoyo domiciliario	0,19 (137)	0,48 (303)	N.D.	2,23 (124)

Fuente: Elaboración propia

#### 1.4.4. Indicadores de dispositivos de Salud Mental para población infantil y juvenil.

En la tabla VI.14 se presenta el resumen de los indicadores de Salud Mental distinguiendo entre los servicios hospitalarios, los servicios de atención intermedia y los servicios ambulatorios para población infantil y juvenil (menor de 18 años).

**Tabla VI.14. Resumen del número de camas, plazas y dispositivos de Salud Mental para población infantil y juvenil en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**

CAMAS INFANTIL Y JUVENIL	ANDALUCÍA	CATALUÑA	MADRID	NAVARRA
Residenciales (camas)	0,22	0,73	0,36	0,22
Intermedios (plazas)	1,12	4,57	0,63	0
Ambulatorio (nº)	0,83	3,84	0	1,08

Fuente: Elaboración propia

#### Servicios Residenciales de Salud Mental para población infantil y juvenil en 4 CCAA.

En la tabla VI.15 y en el gráfico VI.14 se presenta el número de unidades residenciales y de camas de atención a la población infantil y juvenil.



En Andalucía existen 8 Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI), con unidad de hospitalización de niños y adolescentes, coordinadas desde las respectivas USMI y situadas en su mayoría en Hospitales Generales. Estas 8 USMI, además del servicio de consultas externas, poseen unidad hospitalaria con un total de 35 camas. La mayoría de estas camas se abrieron a finales de 2002 cuando se amplió el número de unidades y de camas, a excepción de la USMI de Almería y la de Jaén que ya existían anteriormente.

Cataluña tiene 5 Unidades de Referencia Psiquiátrica Infantil (URPI) con 48 camas y 1 Unidad de Crisis para Adolescentes en uno de los Hospitales Psiquiátricos con 25 camas. También posee camas de subagudos especializadas para adolescentes en una Unidad de Crisis localizada en uno de los Hospitales Psiquiátricos. Las camas de tipo subagudo cubren estancias de entre 75 y 90 días, con procesos de rehabilitación y reinserción social. Dicho recurso asistencial está dirigido a la población con trastornos mentales con posibilidad de evolución crónica, frecuentemente acompañada de problemas sociofamiliares. Los pacientes atendidos padecen una elevada complejidad clínica, con desestabilización Psicosocial importante y requieren de una atención especializada, en régimen de internamiento, de duración media. Este número de camas se ha ampliado actualmente.

Madrid cuenta con 2 Unidades de Hospitalización Breve para niños y adolescentes con un total de 34 plazas.

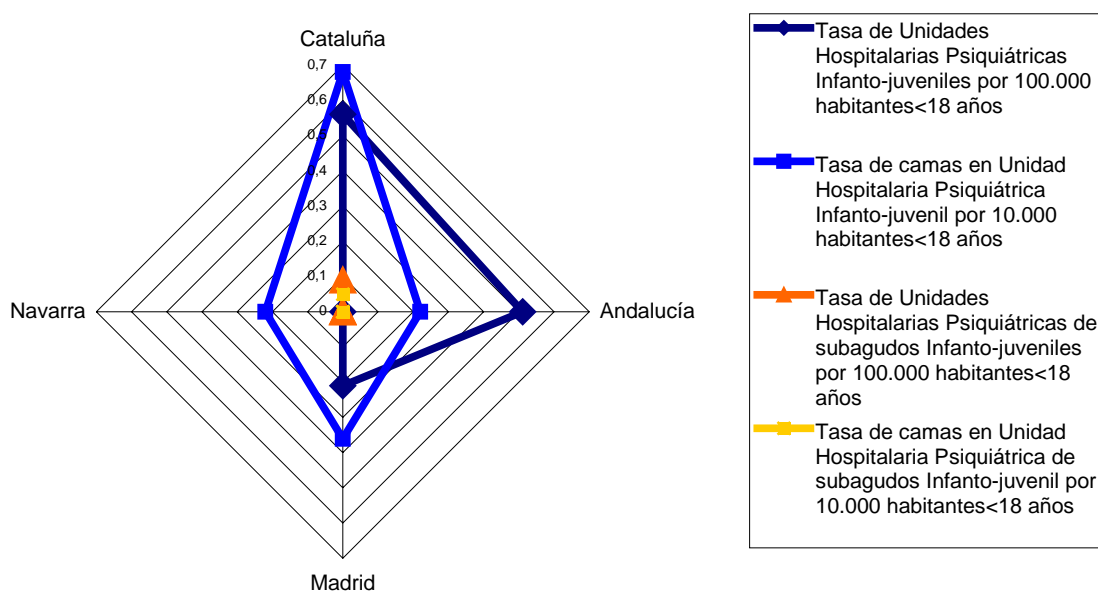
Navarra a pesar de no poseer recursos especializados de hospitalización infantil y juvenil, tiene 2 camas concertadas en uno de los Hospitales Psiquiátricos.

**Tabla VI.15. Dispositivos de atención residencial infantil y juvenil (< 18 años) de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (Tasa de Unidades por 100.000 hab. menores de 18 a. y tasas de camas por 10.000 hab. menores de 18 a.- entre paréntesis número total) (2002).**

<b>INDICADORES</b>	<b>ANDALUCÍA</b>	<b>CATALUÑA</b>	<b>MADRID</b>	<b>NAVARRA</b>
Tasa de Unidades Hospitalarias Psiquiátricas Infanto-juv. por 100.000 hab	0,51 (8)	0,56 (6)	0,21 (2)	0
Tasa de camas en Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Infanto-juv. por 10.000 hab	0,22 (35)	0,68 (73)	0,36 (34)	0,22 (2)
Tasa de Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de subagudos Infanto-juv. por 100.000 hab	0	0,09 (1)	0	0
Tasa de camas en Unidad Hospitalaria Psiquiátrica de subagudos Infanto-juv. por 10.000 hab	0	0,05 (5)	0	0

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico VI.14. Unidades y camas hospitalarias Infantil y juveniles de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**



Fuente: Elaboración propia

### Servicios de día y actividades estructuradas de Salud Mental para población infantil y juvenil en 4 CCAA.

En la tabla VI.16 se presenta el número de unidades intermedias y sus correspondientes plazas y en el gráfico VI.15 el número de unidades y en el gráfico VI.16 el número de plazas.

En Andalucía se detectan 12 Hospitales de Día infantil y juvenil con 177 plazas. Se han creado recientemente asociados a las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI) excepto en el Hospital Carlos Haya de Málaga en el que está en fase de construcción.

Cataluña posee la tasa mayor de Hospitales de Día infantil y juvenil con un total de 7 y la tasa de plazas en estos dispositivos con 245 plazas. Cataluña es además la única Comunidad de las estudiadas en donde existen Centros de Día específicos para población infantil y juvenil con un total de 7 que albergan 244 plazas.

En Madrid existen 2 Hospitales de Día infantil y juvenil con un total de 60 plazas.

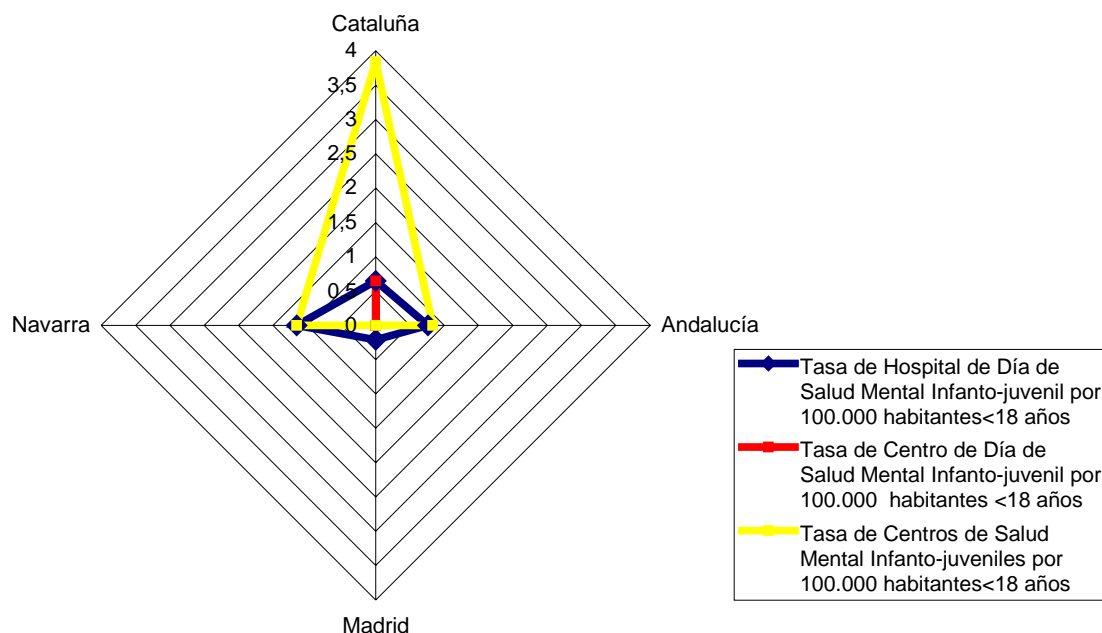
Navarra posee un hospital de día infantil y juvenil con 5 plazas, aunque su principal actividad es ambulatoria especializado en casos graves.

**Tabla VI.16. Dispositivos de atención intermedia (actividades estructuradas y de día) infantil y juvenil (< 18 años) de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra** (tasa de unidades por 100.000 hab. menores de 18 a. y tasas de plazas por 10.000 hab. menores de 18 a.- entre paréntesis número total) (2002).

INDICADORES	ANDALUCÍA	CATALUÑA	MADRID	NAVARRA
Tasa de Hospital de Día de Salud Mental Infantil y juvenil por 100.000 hab	0,76 (12)	0,65 (7)	0,21 (2)	1,15 (1)
Tasa de plazas en Hospital de Día de Salud Mental Infantil y juv. por 10.000 hab	1,12 (177)	2,29 (245)	0,63 (60)	0,57 (5)
Tasa de Centros de Día de Salud Mental Infantil y juv. por 100.000 hab	0	0,65 (7)	0	0
Tasa de plazas en Centro de Día de Salud Mental Infantil y juv. por 10.000 hab	0	2,28 (244)	0	0

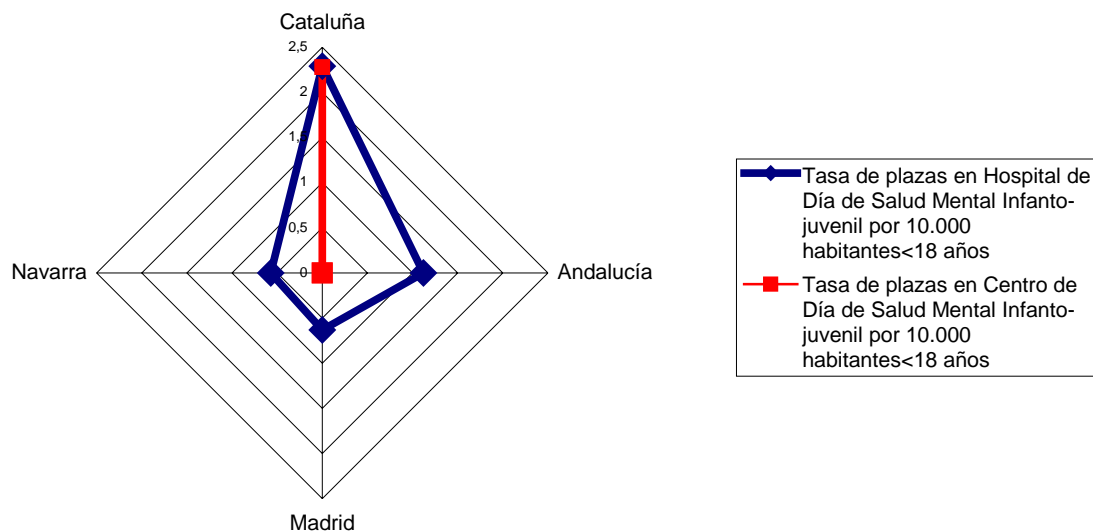
Fuente: Elaboración propia

**Gráfico VI.15. Servicios de atención intermedia y ambulatorios infantil juveniles de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**



Fuente: Elaboración propia

**Gráfico VI.16. Plazas en servicios de día infantil y juvenil de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (2002).**



Fuente: Elaboración propia

### Servicios comunitarios y ambulatorios para población infantil y juvenil en 4 CCAA.

En la tabla VI.17 se presenta el número de centros de salud mental disponibles exclusivamente para atención infantil y juvenil.

Andalucía posee 14 Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI) específicos para estas edades. Sin embargo, al contrario que ocurre en Cataluña, las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI) constituyen unidades de apoyo a los ESMD y de atención a los problemas de Salud Mental más graves de niños y adolescentes hasta los 16 años, cuyas necesidades sobrepasan la capacidad de actuación de los ESMD.

Cataluña es la Comunidad Autónoma en donde más centros de Salud Mental infantil y juvenil se registran y, sumando los de adultos, que más centros de Salud Mental en total. En dicha CA la actividad ambulatoria de Salud Mental se presta a través de dos dispositivos asistenciales diferenciados, uno para la población infantil y juvenil, y el otro para la población adulta. Los Centros de Salud Mental Infantil Juvenil (CSMIJ) se ocupan de pacientes hasta los 18 años, mientras que los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) prestan atención a los pacientes mayores de 18 años. Ambos recursos pueden

estar en el mismo centro o en centros diferenciados, pero los equipos asistenciales que los componen son siempre totalmente diferentes.

La Comunidad de Madrid no posee ningún centro de Salud Mental de atención específica infantil y juvenil y los niños y adolescentes son tratados en los Servicios de Salud Mental genéricos donde se atiende a todas las edades.

En Navarra esta población es atendida por los centros de Salud Mental genéricos. Se ha localizado un Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil, denominado Hospital de Día “Natividad Zubieta”, que presta atención ambulatoria a niños o adolescentes con trastornos mentales graves. Sin embargo no se ha incluido en este apartado por no funcionar específicamente como centro ambulatorio de atención infantil y juvenil.

**Tabla VI.17. Dispositivos de atención comunitaria y ambulatoria (Centros de Salud Mental) infantil y juvenil (< 18 años) de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra (Tasa de Unidades por 100.000 hab. menores de 18 años – entre paréntesis número total) (2002).**

<b>INDICADORES</b>	<b>ANDALUCÍA</b>	<b>CATALUÑA</b>	<b>MADRID</b>	<b>NAVARRA</b>
Tasa de Centros de Salud Mental Infantil y juv. por 100.000 hab	0,89 (14)	3,84 (41)	0	0

Fuente: Elaboración propia

#### 1.4.5. Indicadores de actividad en centros de Salud Mental.

Los datos de actividad en los centros de Salud Mental de Andalucía hacen referencia a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) y a las Unidades de Salud Mental Infantil (USMI), excepto para el número de pacientes en la Unidades Infantiles al no encontrarse el dato disponible (ver tabla VI.18 y gráfico VI.17).

En Cataluña las cifras de primeras consultas, pacientes y consultas totales en Centros de Salud Mental se refiere a los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) y a los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) durante el año 2000.

En la Comunidad de Madrid los datos de primeras consultas, consultas totales y pacientes, atendidos por los Servicios de Salud Mental de Distrito, no están incluidos los Servicios de Tetuán, Chamberí y Usera de los que no se disponen datos. Los datos de actividad se refieren al año 2000.

En Navarra los datos de actividad se refieren a los 8 Centros de Salud Mental para el año 2000.

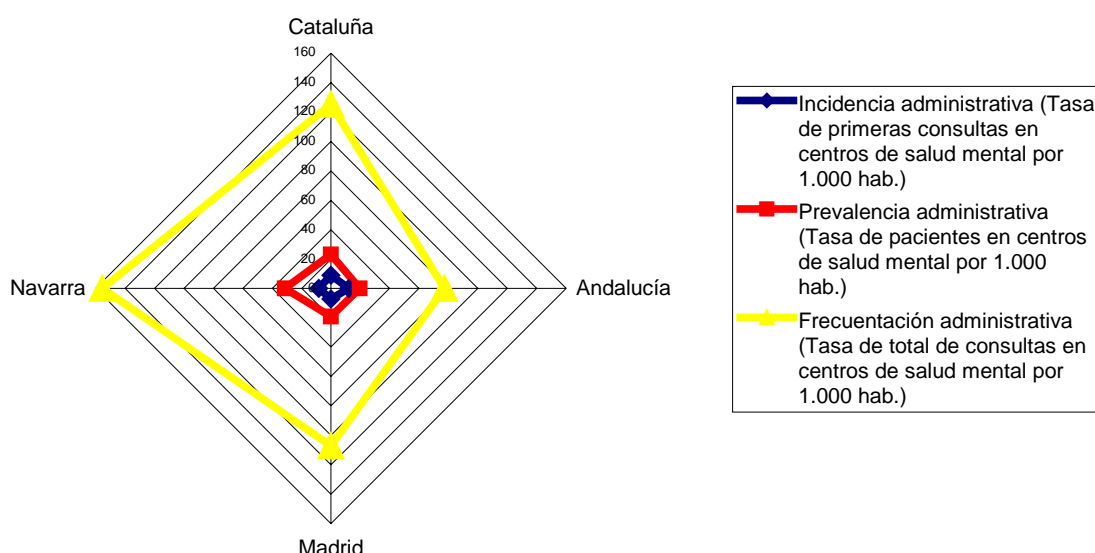
**Tabla VI.18. Actividad en Centros de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra** (Tasa de consultas y pacientes por 1.000 hab.- entre paréntesis el número total) (2002).

INDICADORES	ANDALUCÍA	CATALUÑA	MADRID	NAVARRA
Incidencia administrativa (Tasa de primeras consultas en Centros de Salud Mental por 1.000 hab.)	11,37 (83.631)	8,85 (56.118)	7,12 (38.639)	8,23 (4.573)
Prevalencia administrativa (Tasa de pacientes atendidos en Centros de Salud Mental por 1.000 hab.)	22,74 (167.296) *	23,09 (146.448)	19,16 (103.890)	31,41 (17.457)
Frecuentación administrativa (Tasa de consultas totales en Centros de Salud Mental por 1.000 hab.)	100,35 (738.323)	125,09 (793.466)	107,10 (580.839)	155,32 (86.333)

Fuente: Elaboración propia

\* El dato de Prevalencia en Andalucía incluye únicamente el número de pacientes atendidos por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) a excepción del ESMD de San Fernando. Tampoco incluye los pacientes atendidos en las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI).

**Gráfico VI.17. Actividad en los Centros de Salud Mental en 4 CCAA: Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra.**



Fuente: Elaboración propia

## **2. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS Y MORBILIDAD EN SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA (2002).**

### **2.1. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía (2002).**

#### **2.1.1. El Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) 1991 y las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).**

Como se comentó previamente en el apartado de análisis comparativo de la zonificación, el territorio andaluz se encuentra dividido en 15 Áreas de Salud Mental (ASM) oficiales, que poseen un cierto grado de autonomía funcional. Cada una de estas ASM está dirigida por un responsable que se reúne periódicamente con el coordinador del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud. Sin embargo, el gran tamaño de estas 15 ASM hace poco operativo el análisis territorial de los recursos y de la atención de la Salud Mental a dicha escala. Por este motivo, se han utilizado como unidades territoriales las 71 áreas que dan cobertura a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). Estas áreas se corresponden con aquellos territorios geográficos atendidos por cada uno de los 71 ESMD existentes en 2002, cuyo origen aparece ligado a los Distritos de Atención Primaria del MAPA de 1988 (actualizado en 1991). En efecto, en los inicios desde la red de Salud Mental se planificó localizar un Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD) por cada uno de los 71 Distritos de Atención Primaria (DAP) existentes, según el Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) de 1991. De este modo se garantizaba una amplia cobertura de la atención ambulatoria a las personas con trastornos mentales. Las áreas de cobertura de los ESMD, o Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP), se correspondían inicialmente con los DAP. Estas ASMP han ido sufriendo sucesivas transformaciones debido a la creación de nuevos ESMD y al cierre de otros, dando lugar a un tipo de organización territorial dinámica instaurada a nivel administrativo, aunque no político.

Las transformaciones debidas a la creación de nuevos servicios o al cierre de otros ha dado lugar al actual mapa. Así el antiguo DAP de Bahía de Cádiz, que era atendido únicamente por el ESMD de El Puerto de Santa María, al crearse en 2000 el ESMD de Chiclana, se disgrega en 2 ASMP Puerto de Santa María y Chiclana. Lo mismo ocurre con el DAP de Cádiz, que se disgrega en dos ASMP, al abrirse el ESMD de San Fernando.

### 2.1.2. Delimitación de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).

Las ASMP atienden a una población que oscila entre los 22.000 habitantes (ASMP Sierra Norte, cuyo ESMD se sitúa en la cabecera municipal de Constantina), y los 250.000 habitantes (ASMP de Almería), siendo el rango de casi 230.000 habitantes y la población media es de 103.000 habitantes.

Las ASMP pueden además estar formadas por un único municipio, como en el caso del ESMD de Cádiz; varios municipios como el ESMD de Lucena (Córdoba), o incluso partes de un municipio. En este último caso los límites de las ASMP no corresponden con los límites administrativos (distritos y secciones censales)<sup>1</sup>. Esta última situación ocurre únicamente en las ASMP situadas en las capitales de provincia siguientes:

- El municipio de Sevilla: ASMP de Macarena Norte, Macarena Centro, Guadalquivir, Este, Oriente y Sur.
- El municipio de Málaga: ASMP de Málaga Norte (Guadalmedina), Málaga Centro, Málaga Oeste (Carranque) y Puerta Blanca.
- El municipio de Córdoba: dos zonas que forman, junto a otros municipios, las ASMP de Córdoba Centro y de Córdoba Sur.
- El municipio de Granada: dos zonas que forman, junto a otros municipios, las ASMP Granada Norte y Granada Sur.

Igualmente, se han detectado ASMP que comprenden municipios pertenecientes a distintas provincias andaluzas, como son:

- El ASMP de Camas (Sevilla) abarca a municipios de la provincia de Huelva como Arroyomolinos de León, Cala, Santa Olalla del Cala y Zufre.
- El ASMP del Sanlúcar la Mayor (Sevilla) abarca a municipios de la provincia de Huelva, como Hinojos y Chucena.
- El ASMP de Valverde (Huelva) abarca a municipios de la provincia de Sevilla como El Madroño.

---

<sup>1</sup> Al no corresponder con las divisiones administrativa de los Distritos, las ASMP que dividen los municipios de Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada generaron dificultades en la delimitación de sus áreas de cobertura y en la asignación de población y de sus características sociodemográficas.

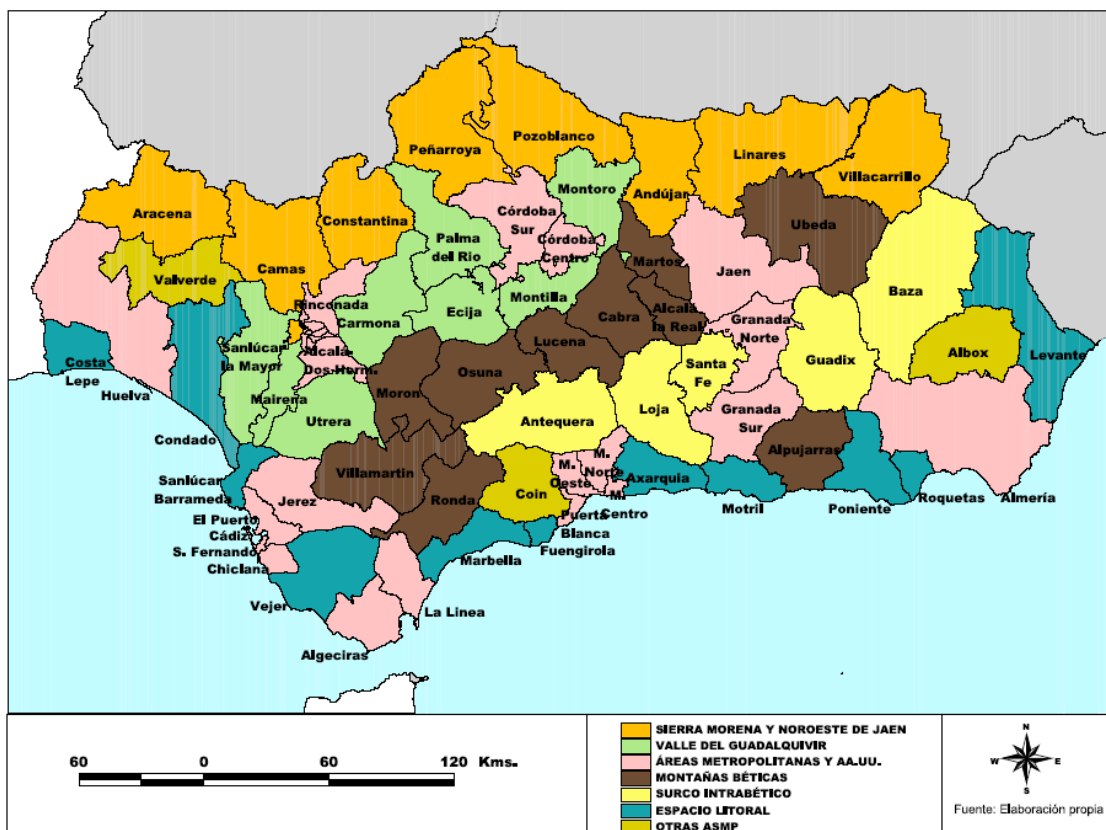


## 2.2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001).

Como se comenta en la introducción, determinadas características sociodemográficas de las ASMP, como altas tasa de paro, se han correlacionado con mayores probabilidades de padecer trastornos mentales. Así las ASMP más empobrecidas y con mayores grados de criminalidad y desorden social, son las que suelen presentar mayores tasas de prevalencia y de utilización de servicios de Salud Mental. Por ello, los indicadores sociodemográficos han demostrado ser importantes predictores de prevalencia psiquiátrica y utilización de servicios de Salud Mental en un área.

En el mapa VI.5 se muestra la agrupación de las distintas ASMP en las 6 principales unidades naturales en las que se divide el solar andaluz.

Mapa VI.5. Clasificación de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) según las grandes unidades geográficas andaluzas.



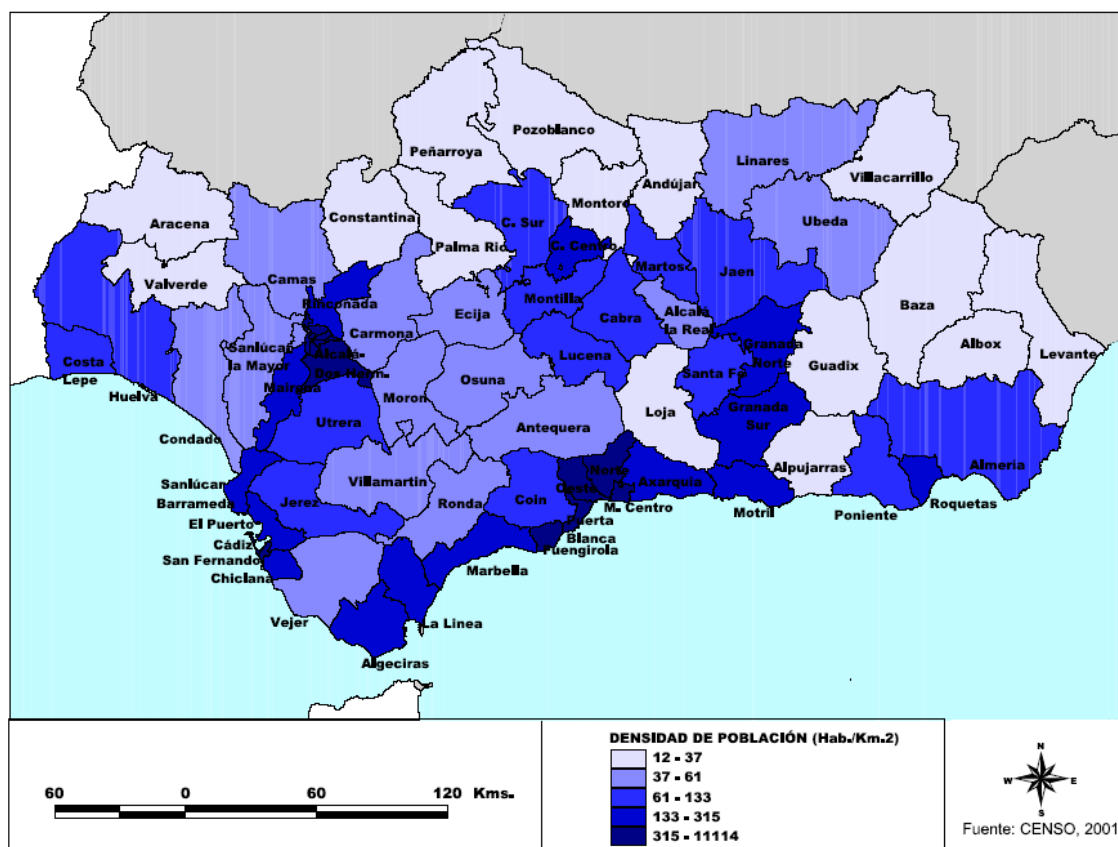
### 2.2.1. Distribución territorial de la densidad de población (hab./km.<sup>2</sup>) en las ASMP.

En el mapa VI.6 aparecen representada la distribución territorial de los valores de densidad de población en las distintas ASMP de Andalucía.

Las mayores densidades se concentran en las ASMP situadas en las áreas metropolitanas de Sevilla y Málaga; en las ASMP urbanas de Córdoba, Granada y Bahía de Cádiz (Jerez, La Línea y Algeciras); además de en la mayor parte de ASMP costeras especialmente de la Costa del Sol.

Por su parte, las menores densidades las localizamos en las ASMP de Aracena y Valverde, en la Sierra Morena onubense; las ASMP de Loja, Guadix, Baza, Albox en el Surco Intrabético; o La Alpujarra situadas en las Béticas.

Mapa VI.6. Distribución territorial de la densidad de población en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001).



### **2.2.2. Clasificación de las ASMP en urbanas y rurales.**

En función del porcentaje de población ocupada en el sector primario y los valores de densidad de población, se han establecido puntos de corte que han posibilitado la distinción entre ASMP urbanas y ASMP rurales siguiendo el indicador Psicost/RIRAG (tal y como se detalla en el apartado de metodología). De este modo se ha utilizado un porcentaje de corte para población ocupada en el sector primario del 10% y de densidad de 100 hab./Km.<sup>2</sup>. Como se puede apreciar en el mapa VI.7, las ASMP urbanas resultantes son las formadas por las capitales de provincia; exceptuando las ASMP de Huelva, Jaén, Almería; además del ASMP de San José de La Rinconada, y las ASMP que forman el litoral andaluz; a excepción de Vejer y Levante. Las ASMP de Huelva, Jaén, Almería y el ASMP de Camas, esta última con buena parte de su territorio dentro del ámbito de influencia de la capital andaluza, se han clasificado como áreas mixtas por comprender dentro de su territorio zonas netamente urbanas junto a amplios espacios escasamente poblados y de carácter rural.

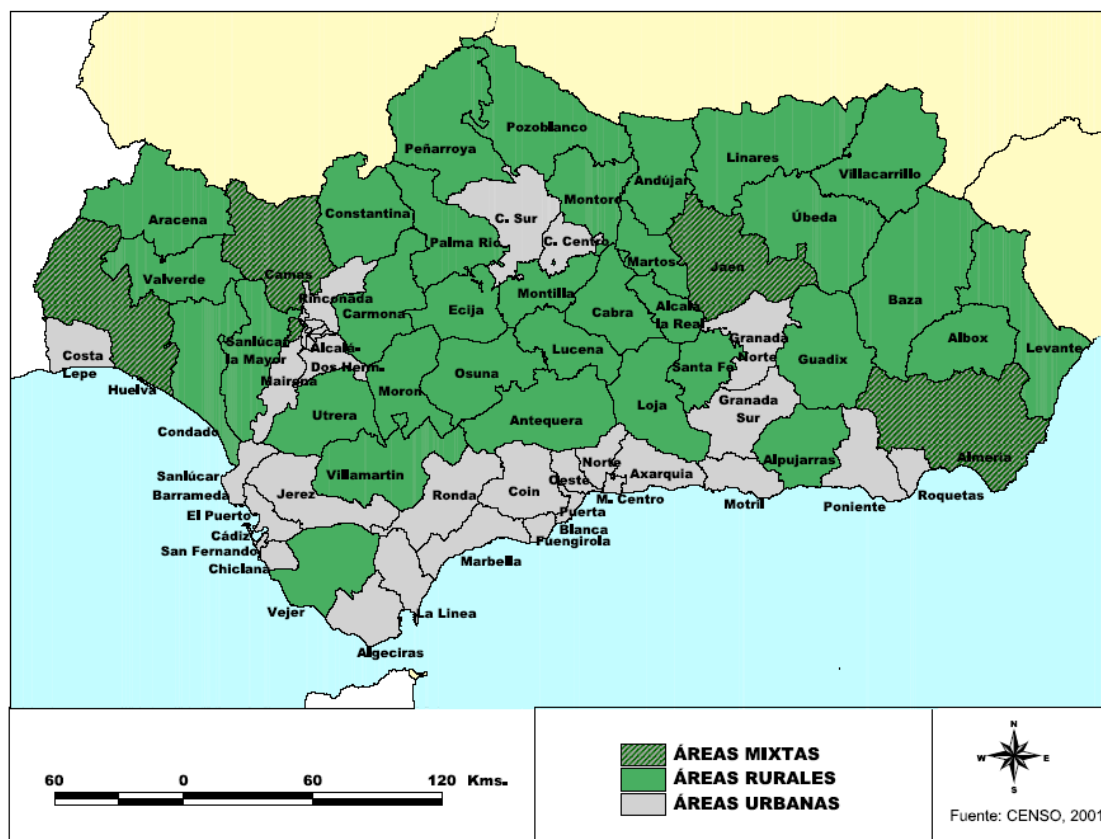
Por su parte, las ASMP rurales se distribuyen por las zonas más montañosas, como toda las ASMP de la Sierra Morena, las ASMP de las Béticas, junto a comarcas del Valle del Guadalquivir y del Surco Intrabético.

Así pues, las ASMP urbanas se corresponden con las ASMP más densamente pobladas como las ASMP metropolitanas de Sevilla y Málaga, las ASMP urbanas de Córdoba y Granada y las ASMP litorales a excepción de Vejer, Huelva y Condado.

Las ASMP que se han adaptado en mayor medida a la clasificación de rurales respecto al carácter agrario o pesquero son las de Poniente, Villacarrillo, Osuna, Palma del Río, Loja, Montoro, Costa de Lepe, Morón, La Rinconada, Condado, Cabra, Alpujarra, Montilla, Levante, Úbeda y Constantina.

Existe una estrecha correlación entre densidad de población y porcentaje de población ocupada en el sector primario, aumentando los porcentajes de población empleada en el sector primario a medida que disminuye la densidad de población. Sin embargo, algunas ASMP como las de Poniente presentan un alto porcentaje de población ocupada en el sector primario, aunque su densidad de población sea también elevada.

Mapa VI.7. Distinción entre Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) rurales y urbanas (2001).



### 2.2.3. Distribución territorial de la Renta Familiar Disponible (€) en las ASMP.

En el mapa VI.8. aparece representada la distribución de los valores de renta familiar disponible en las distintas ASMP andaluzas.

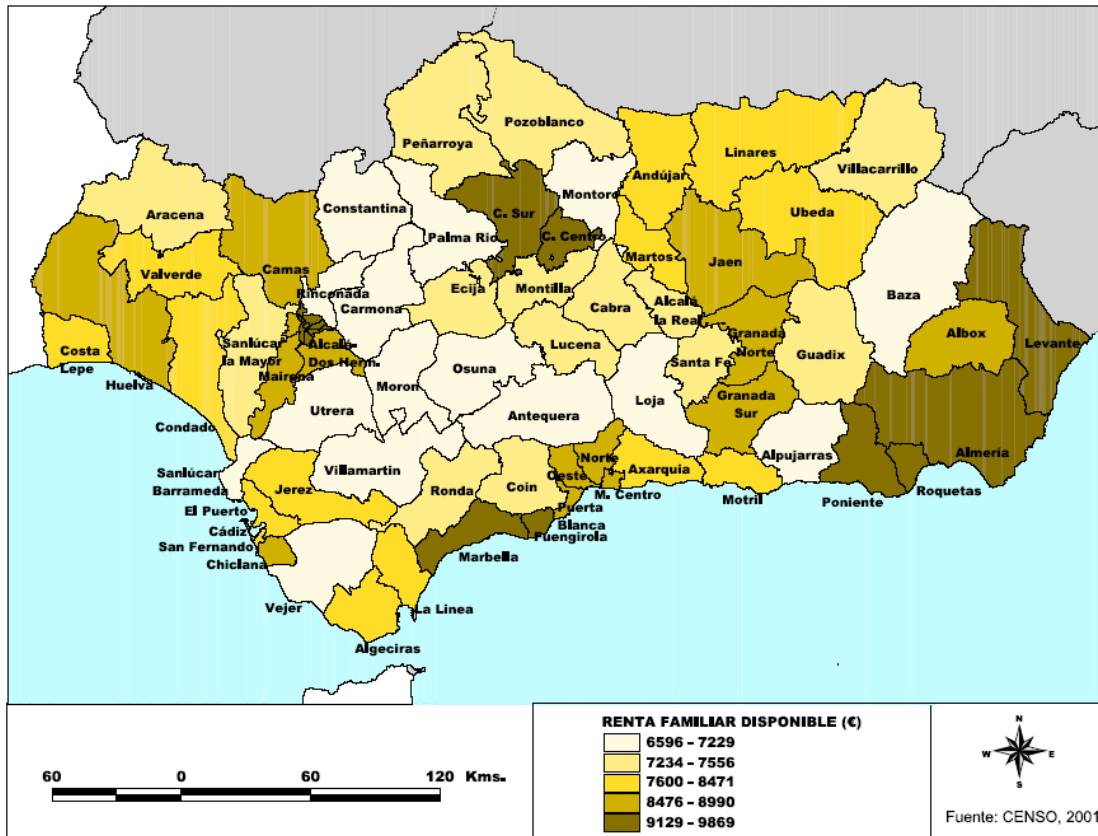
Los mayores niveles de renta familiar disponible se registran en las ASMP urbanas de Sevilla, Córdoba; de la Costa del Sol, Marbella y Fuengirola; y costeras de la provincia almeriense (Poniente, Roquetas, Almería y Levante).

Los valores de renta familiar disponible más bajos corresponden a las ASMP de Aracena, Constantina, Peñarroya o Los Pedroches, localizadas a lo largo de Sierra Morena; Villamartín, Morón, Osuna o La Alpujarra, en las Béticas; o las ASMP de Antequera, Loja y Baza, en el Surco Intrabético.

Los mayores niveles de renta se concentran en la totalidad de las ASMP situadas en la provincia almeriense, las 2 ASMP que aglutina la capital cordobesa (Córdoba Norte y Sur), ASMP de la Costa del Sol como Marbella y Fuengirola y el ASMP de la capital

andaluza. Bajas rentas se registran en ASMP de las Béticas como Villamartín, Morón, Osuna y La Alpujarra y del Surco Intrabético como Antequera, Loja y Baza.

Mapa VI.8. Distribución territorial de la Renta Familiar Disponible en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2002).



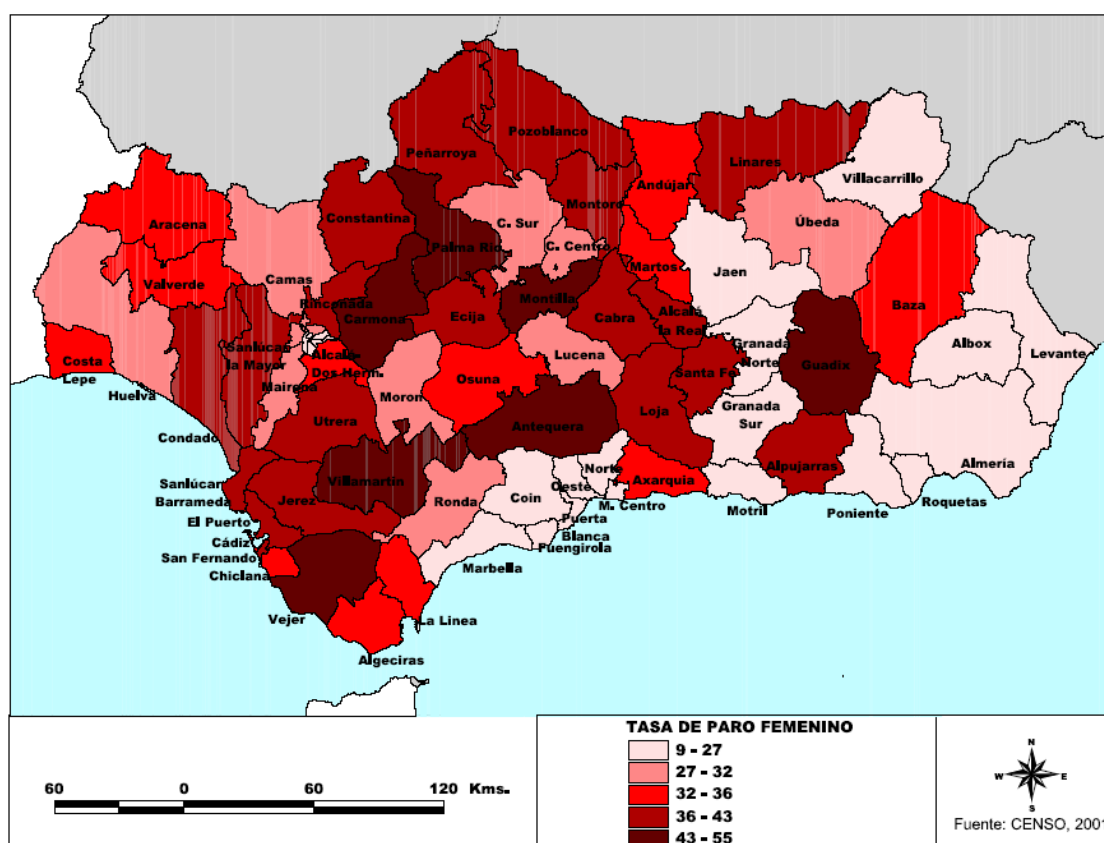
#### 2.2.4. Distribución territorial de la tasa de paro femenino en las ASMP.

En el mapa VI.9 aparece representada la distribución del paro femenino por las distintas ASMP andaluzas. Cabe destacar la enorme oscilación de los valores de paro femenino que oscilan entre las 9 mujeres paradas por cada 1.000 mujeres activas registradas en el área del Poniente almeriense y las 56 que registra el ASMP de Villamartín en la Sierra de Cádiz.

La distribución de los niveles de tasa de paro femenino en Andalucía refleja una importante correlación con los niveles de renta, de manera que las tasas más bajas de paro femenino se registran en las ASMP con mayores niveles de renta, como son las ASMP urbanas de Sevilla, Málaga, Granada, Jaén y Almería; las áreas de Marbella y Fuengirola, situadas en la Costa del Sol; y las ASMP de Roquetas y Levante, situadas en el litoral almeriense.

Los mayores niveles de paro femenino se concentran en ASMP como Carmona, Palma del Río, Montilla, situadas en el Valle del Guadalquivir; otras como Villamartín, Cabra o Alcalá la Real, pertenecientes a las Béticas; las ASMP de Antequera y Guadix, localizadas en el Surco Intrabético; o el ASMP litoral gaditana de Vejer.

Mapa VI.9. Distribución territorial de la tasa de paro femenino en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001).



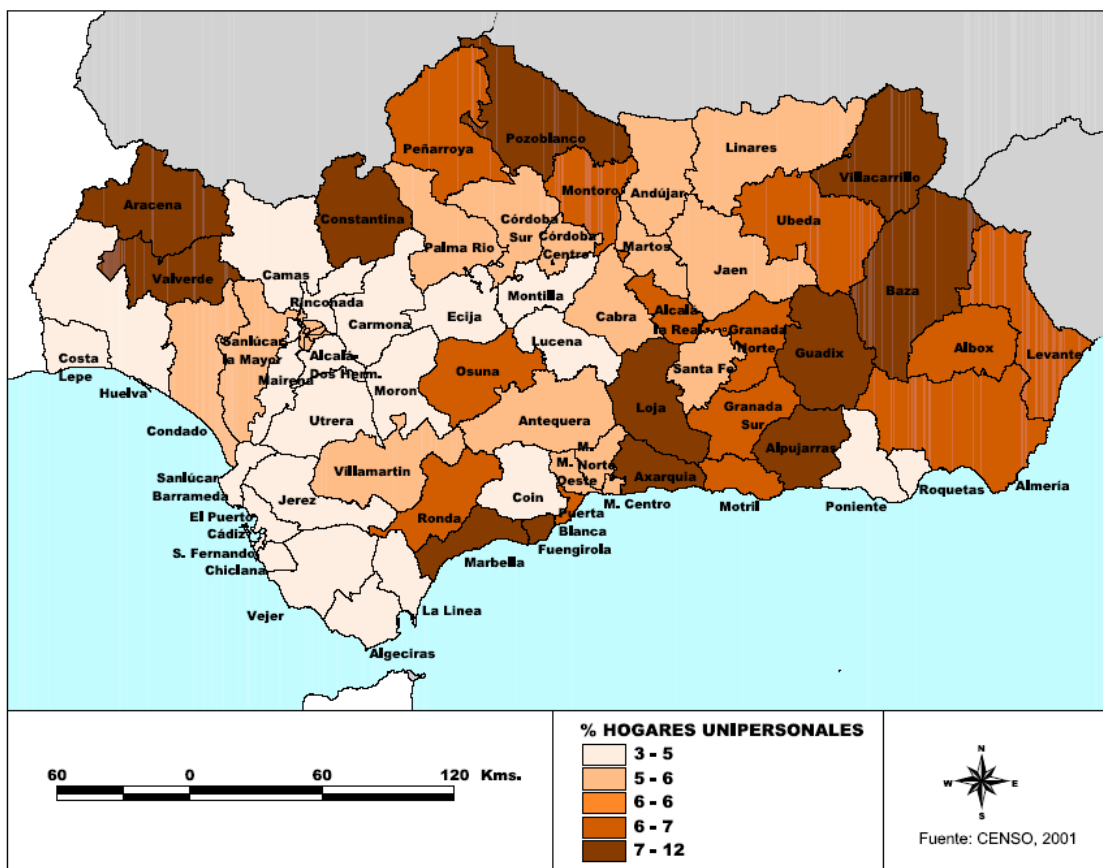
Por su parte las menores tasas de paro femenino se localizan en todas las ASMP de la provincia almeriense, Costa del Sol malagueña y en las capitales de provincia de Málaga, Sevilla, Jaén, Granada. Por otro lado encontramos dos casos como el del ASMP de Villacarrillo, situada en el Noroeste de Jaén; y el de Coín, perteneciente al Surco Intrabético.

En general se aprecian mayores tasas de paro femenino en las ASMP más interiores, montañosas y rurales que en las ASMP más urbanas o costeras. Las ASMP con menores tasas de paro se localizan en las ASMP de las provincias de Almería, Granada, a excepción de Guadix, y de Jaén. Por el contrario, las mayores tasas se sitúan en las ASMP de la provincia de Cádiz y en menor medida de Huelva.

**2.2.5. Distribución territorial de la tasa de hogares unipersonales en las ASMP.**

En el mapa VI.10 aparecen representados las distintas tasas de hogares unipersonales respecto al número total de hogares en las ASMP. Los valores oscilan entre los casi 12 hogares por cada 100 que se registran en el ASMP de las Alpujarra y los 3, 5 del ASMP de Dos Hermanas.

Mapa VI.10. Distribución territorial de los hogares unipersonales en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001).



Los mayores porcentajes de hogares unipersonales se localizan en la mitad oriental de Andalucía, a excepción de las ASMP de Poniente y Roquetas, ambas situadas en el litoral almeriense. Sin embargo, en la mitad occidental encontramos también algunas ASMP con altos porcentajes como las de Aracena, en la Sierra Morena onubense, o Valverde, en el Surco Intrabético onubense, las ASMP del área metropolitana de Sevilla, las ASMP de Constantina, además de Peñarroya y Los Pedroches, situadas en la Sierra Morena.

En general, cabe señalar los elevados porcentajes que se registran en las ASMP de la provincia de Almería, que contrasta con los elevados valores de rentas familiares y las bajas tasas de paro antes comentadas. Los mayores porcentajes de las áreas más

montañosas, que cuentan con peores vías de comunicaciones y que se encuentran alejadas de los centros económicos.

### **2.2.6. Distribución territorial de la tasa de inmigración en las ASMP.**

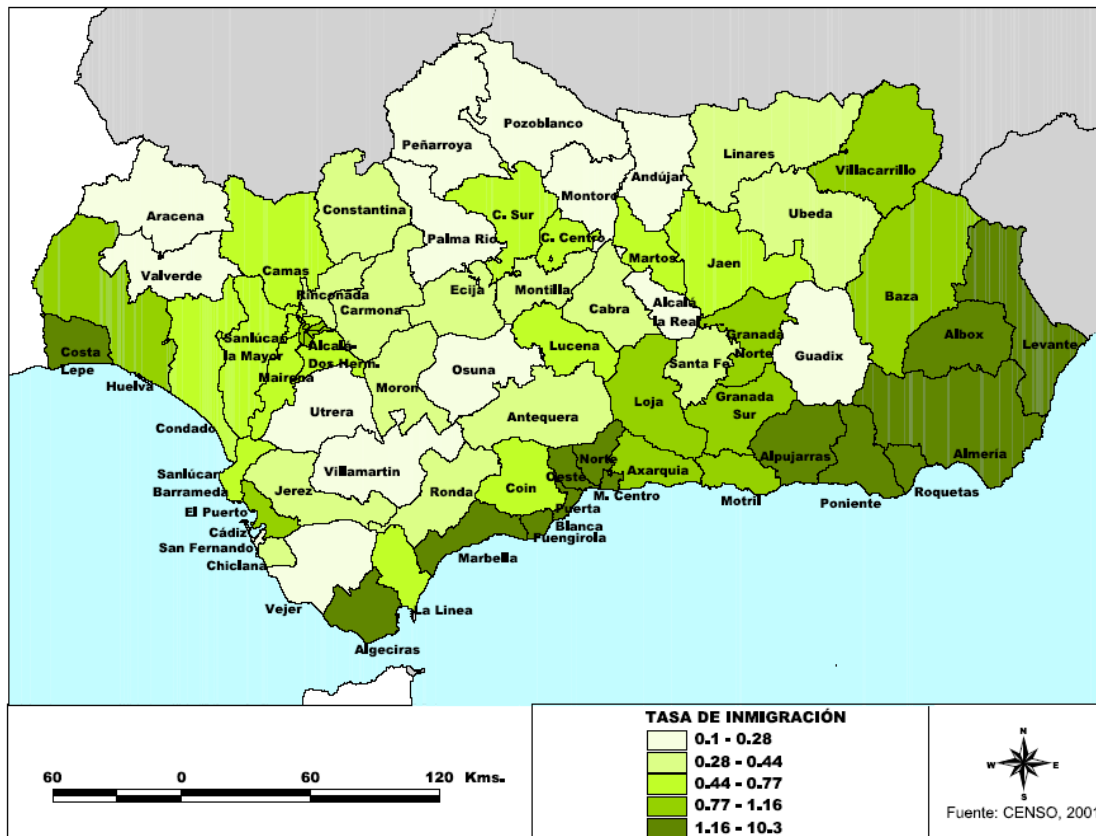
La población inmigrante ha sido considerada población de riesgo en anteriores estudios epidemiológicos de Salud Mental (Beecham y Johnson, 2000). Debido a los procesos de integración en la sociedad, estas personas suelen encontrar una mayor dificultad para acceder al mercado laboral, sufren en la mayoría de los casos el desarraigo familiar o problemas derivados de la práctica religiosa. Los inmigrantes con mayor preparación educativa, como los europeos o los norteamericanos, suelen encontrar menos problemas de adaptación que los inmigrantes de otras nacionalidades como africanos o sudamericanos. Como el objetivo de este indicador era detectar los mayores volúmenes de población de riesgo, se ha seleccionado únicamente a los residentes africanos y americanos. Se trataba pues de agrupar a la población inmigrante con mayores problemas de integración social. Concretamente, este indicador se ha calculado contabilizando el número de residentes extranjeros de nacionalidad africana y americana.

La distribución territorial de las tasas de población extranjera procedente de África y de América en las ASMP oscila entre los 0,16 de las ASMP de Aracena y Valverde en la provincia de Huelva y los 10 del municipio de Roquetas en Almería (ver mapa VI.11).

En general, la distribución de este indicador en las ASMP andaluzas nos muestra un predominio de residentes extranjeros en las ASMP litorales y urbanas. Destacan todas las ASMP incluidas en la provincia de Almería y el área de Costa Lepe todas ellas causadas por la fuerte inmigración en la agricultura debido a la agricultura intensiva bajo plástico que ha experimentado un rápido crecimiento en los últimos años en estas comarcas.



Mapa VI.11. Distribución territorial de la tasa de inmigración (americanos y africanos) en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2001).



**2.2.7. Creación de índices sociodemográficos compuestos mediante el Análisis de Componentes Principales.**

Para poder sintetizar la información procedente de los indicadores sociodemográficos antes estudiados se procedió a efectuar el Análisis de Componentes Principales (ACP), permitiendo crear índices compuestos. El ACP conlleva la realización de una serie de pasos que comienzan por evaluar la adecuación de dicha técnica estadística a nuestros datos, para lo que hemos utilizado la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett (tabla VI.19) (Pérez, 2004), (Almenara y cols, 2002). Los resultados obtenidos nos indican la adecuación del análisis propuesto para cubrir nuestros objetivos.

Tabla VI.19. KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,535
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	252,025
	Gl	21
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia

Se seleccionaron los tres primeros valores propios superiores a la unidad, a saber  $I_1=2,909$  que explica el 41,55% de la variabilidad inicial, el  $I_2=1,686$  explica el 24,08% y el  $I_3=1,048$  que explica el 14,97; en conjunto explican el 80,61% de la variabilidad inicial, criterio suficiente para poder seleccionar las tres primeras componentes asociadas (tabla VI.20).

Tabla VI.20. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,909	41,551	41,551	2,909	41,551	41,551
2	1,686	24,092	65,643	1,686	24,092	65,643
3	1,048	14,966	80,610	1,048	14,966	80,610
4	,636	9,086	89,695			
5	,470	6,710	96,405			
6	,155	2,210	98,614			
7	,097	1,386	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia

Para poder entender el significado de ambas componentes es necesario estudiar la correlación entre las variables originalmente medidas y las CP seleccionadas, lo que especifica la intensidad de la contribución de cada variable en la componente seleccionada y nos ayuda a nombrarla facilitando la interpretación del nuevo índice generado (tabla VI.21).

La matriz de correlaciones entre variables y componentes, nos muestra que la correlación mayor de la primera componente se da con las variables renta familiar disponible ( $r=0,91$ ), tasa de no casados ( $r=0,752$ ), tasa de inmigración ( $r=0,545$ ) y densidad ( $r=0,528$ ). Se observan correlaciones negativas en la componente 1 con las variables tasa de paro femenino, tasa de no casados y porcentaje de sector primario.

En la segunda componente las mayores correlaciones se producen con las variables tasa de inmigración ( $r=0,750$ ), porcentaje en sector primario ( $r=0,723$ ) y con menor valor la tasa de hogares unipersonales ( $r=0,257$ ) y la renta familiar disponible ( $r=0,080$ ). Por su parte las variables densidad, tasa de paro femenino y tasa de no casados obtienen valores negativos.

Por último, en la tercera componente destaca el valor de la variable tasa de hogares unipersonales ( $r=0,942$ ) y, en menor medida, de la variable tasa de no casados ( $r=0,326$ ). Con valores próximos a 0 encontramos variables como la densidad ( $r=0,093$ ), el paro femenino ( $r=0,037$ ) y el porcentaje del sector primario ( $r=0,015$ ). Por su parte las variables renta familiar disponible y tasa de inmigración registran valores negativos.

A tenor de estos datos, es posible interpretar que en la componente 1 se basa principalmente en los valores de renta familiar disponible y de tasa de no casados (que podría representar el desarrollo social de una sociedad moderna y competitiva económicamente, al margen de los problemas sociales y familiares que esto pudiese ocasionar). Por otro lado reflejan un valor bajo la tasa de paro femenino pues a menor paro, mayor será el nivel económico. También destaca el valor negativo del porcentaje de población ocupada en el sector primario, pues en general las áreas rurales suelen ser las menos desarrolladas socialmente y económicamente, sin bien existen áreas rurales como el Poniente almeriense o Costa Lepe con un desarrollo económico alto debido a la agricultura bajo plástico. En resumen a esta primera componente sociodemográfica la denominaremos índice de nivel socioeconómico

Por su parte, la componente 2 la hemos denominado índice de desarrollo de zonas rurales, ya que señala el porcentaje de población ocupada en el sector primario y la tasa de inmigración, relacionada con áreas agrícolas muy avanzadas económicamente. Este desarrollo de estas áreas se debe principalmente a que en los últimos tiempos han proliferado los cultivos bajo plástico, dando lugar a una gran demanda de trabajadores inmigrantes. Por otro lado, las variables densidad de población y tasa de paro femenino reflejan valores negativos, debido a que se trata de áreas de escasa densidad y a que suelen existir bajas tasas de paro.

Por otro lado, la componente 3 ha sido denominada índice de aislamiento social, debido a que reúne los valores más altos en las variables hogares unipersonales y personas no casadas respecto a los casados. En el mismo indicador se constatan valores negativos de indicadores como la renta familiar disponible y la tasa de inmigración, lo que pone de

manifiesto la relación negativa con los niveles económicos y de inmigración altos. Se podría señalar que las personas de menor nivel económico suelen ser más proclives a vivir solas y que en las zonas con mayor número de inmigrantes suele haber más cohesión social.

**Tabla VI.21. Matriz de componentes**

	Componente		
	1	2	3
RENTA FAMILIAR	,910	,080	-,159
DENSIDAD	,528	-,535	,093
% PRIMARIO	-,521	,723	,015
TASA NO CASADOS	,752	-,225	,326
TASA HOGARES UNIPERSONALES	-,040	,257	,942
TASA PARO FEMENINO	-,817	-,438	,037
TASA INMIGRACIÓN AMERICANOS AFRICANOS	,545	,750	-,134

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Fuente: Elaboración propia

A continuación se procedió a calcular las puntuaciones que obtienen las distintas áreas en las dos componentes seleccionadas, en función de los datos de la matriz de coeficientes (tabla VI.22), para poder dar un ordenamiento de los mismos. Los resultados obtenidos referidos a cada una de las 71 áreas aparecen representados en el mapa VI.12, referido al CP 1, en el mapa VI.13, al CP 2, y el mapa VI.14, al CP 3.

**Tabla VI.22. Matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones en las componentes**

	Componente		
	1	2	3
RENTA FAMILIAR	,313	,047	-,152
DENSIDAD	,181	-,317	,089
% PRIMARIO	-,179	,429	,014
TASA NO CASADOS	,258	-,134	,312
TASA HOGARES UNIPERSONALES	-,014	,153	,899
TASA PARO FEMENINO	-,281	-,259	,036
TASA INMIGRACIÓN AMERICANOS AFRICANOS	,187	,445	-,128

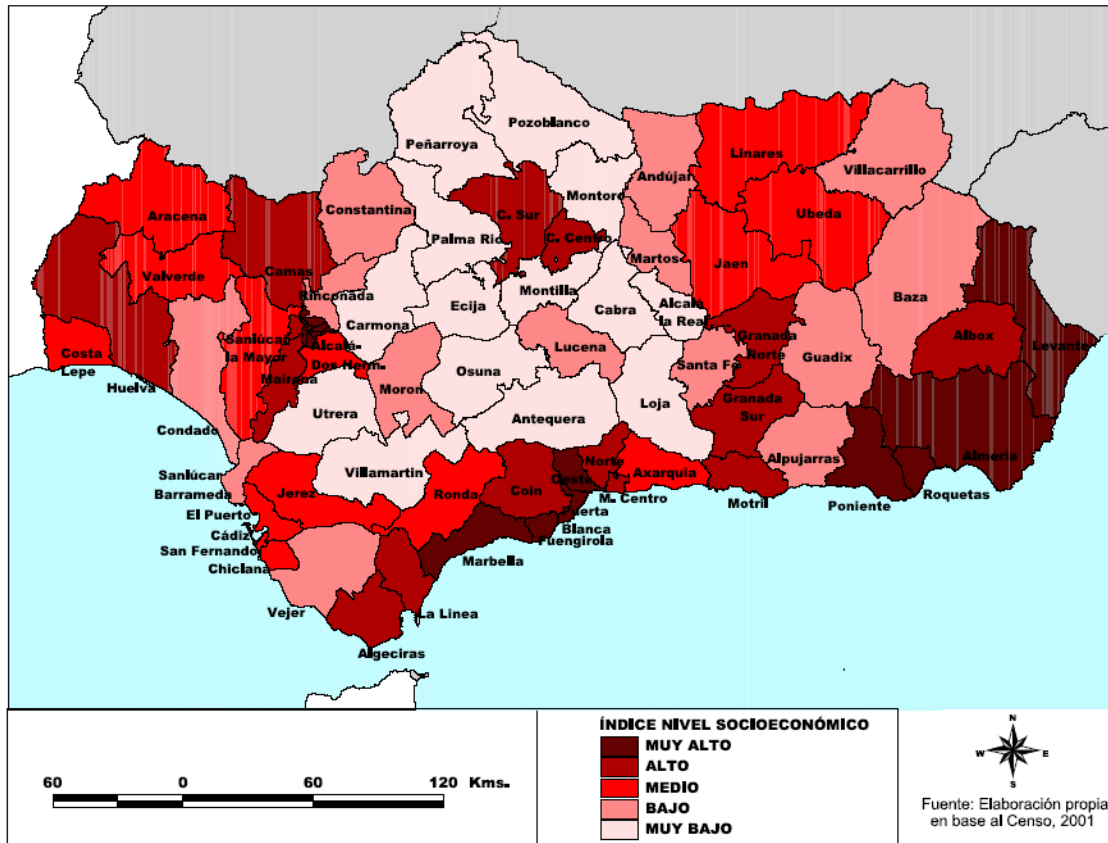
Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Fuente: Elaboración propia

Observando el mapa VI.12 es posible observar como los mayores valores del índice socioeconómico se concentran principalmente en el municipio de Sevilla, áreas de la Costa del Sol, el municipio de Málaga y toda la provincia almeriense. Valores también altos en el área urbana de Huelva capital, Camas, en la Sierra Morena sevillana, Mairena, en el Valle del Guadalquivir, las áreas urbanas de Algeciras y La Línea, de Córdoba Sur y

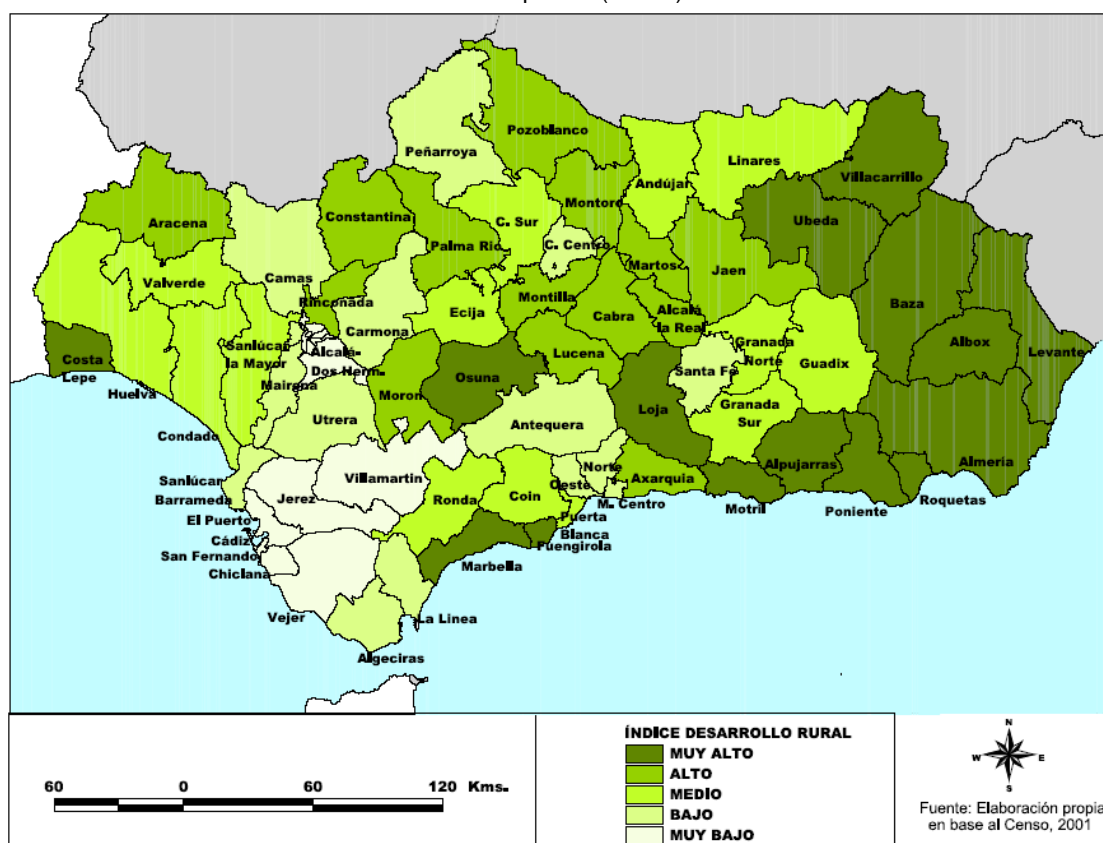
Centro, de Granada Norte y Sur además del área de Motril, en la costa granadina. En general podemos decir que los mayores valores se registran principalmente en todas las áreas de la provincia de Almería, en la mayoría de áreas urbanas andaluzas y en la Costa del Sol. Los menores valores se registran por lo general en áreas del interior, poco pobladas como las áreas de la Sierra Morena cordobesa, del Valle del Guadalquivir y de las Béticas.

Mapa VI.12. Distribución territorial del índice socioeconómico en las distintas Áreas de Salud Mental. **Pequeñas (ASMP).**



En el mapa VI.13 se puede observar como los mayores valores de desarrollo rural se concentran en las áreas del Poniente almeriense y la costa de Lepe, de gran desarrollo de la agricultura bajo plástico; seguida de áreas como la Costa Tropical granadina y la Costa del Sol, con gran desarrollo turístico. Estas áreas de economías avanzadas contrastan con otras como el área de Osuna, situada en las Béticas; Loja, en el Surco Intrabético; Villacarrillo, en el nordeste jienense; o las Alpujarras granadinas que, aunque presentan valores altos, no suelen clasificarse como áreas especialmente desarrolladas económicamente.

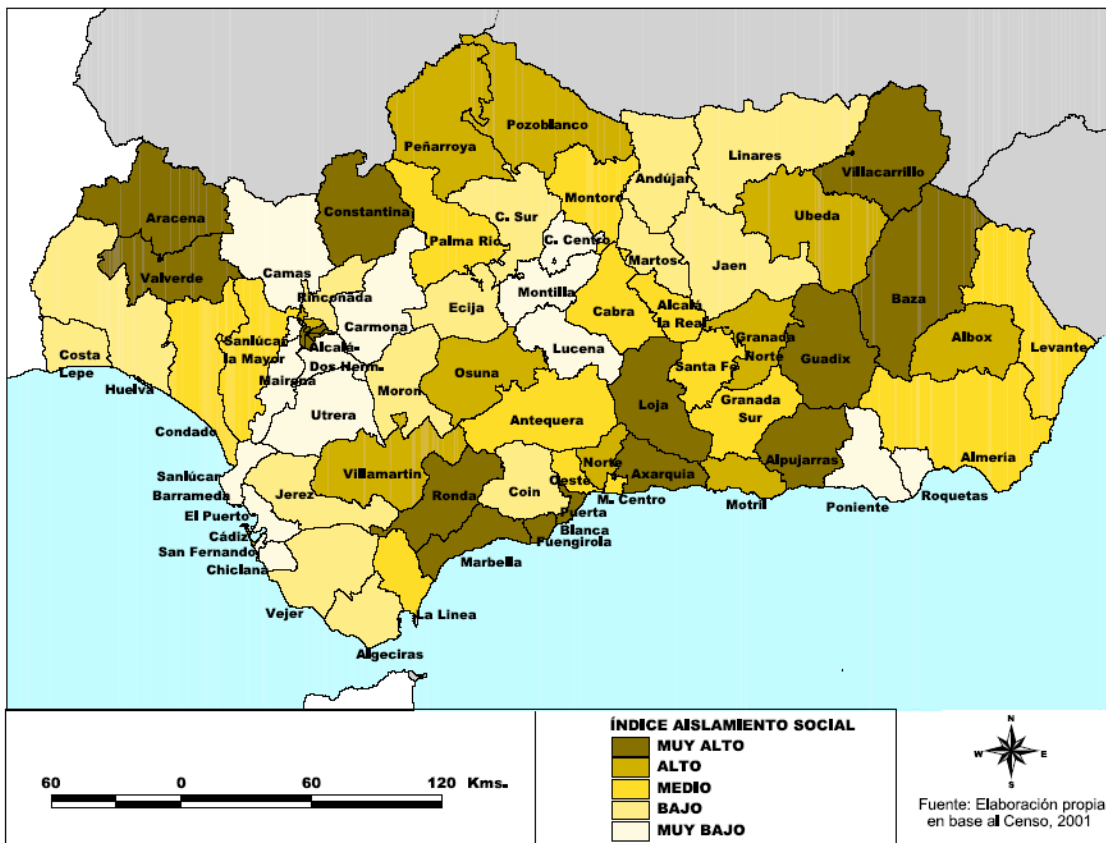
Mapa VI.13 Distribución territorial del índice de desarrollo rural en las distintas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).



Como podemos ver representado en el mapa VI.14, se observan valores altos de aislamiento social en áreas generalmente montañosas como las de Aracena y Constantina, en la en la Sierra Morena; de Villacarrillo, en el nordeste jiennense; en la Sierra de Ronda y en las Alpujarras granadinas, situadas en las Béticas. Frente a estos valores localizados en áreas montañosas, destacan valores igualmente altos en áreas de Guadix y Baza, situadas en el Surco Intrabético; en las áreas costeras de Marbella y Fuengirola. Únicamente destaca como área urbana el caso del municipio de Sevilla capital, quizás motivado por el creciente fenómeno de cambio de estructura familiar que viven de modo más intenso las ciudades.

Por el contrario, se observan valores bajos en un área de la Sierra Morena sevillana como es Camas; de Mairena del Aljarafe y Utrera, en el Valle del Guadalquivir sevillano; en áreas urbanas como Sevilla capital; Alcalá- Dos Hermanas; Bahía de Cádiz; Córdoba Sur; y, en las áreas litorales de Poniente y Roquetas.

Mapa VI.14. Distribución territorial del índice de aislamiento social en las distintas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).



### 2.3. Distribución territorial y accesibilidad de los recursos de Salud Mental en Andalucía (2002).

La organización de los servicios de sanitarios andaluces se expresa mediante un esquema de organización territorial jerarquizado, en la que la satisfacción de aquellas demandas más frecuentes, tenderán a una distribución espacial más densa, frente a aquellas otras cuya especialización, y consecuente coste, obligue a una localización estratégica en los principales centros del sistema territorial (Fernández Salinas, 2001). Siguiendo esta filosofía, la distribución de los ESMD cubre todo el territorio andaluz, mientras otros servicios más especializado como las Unidades de Rehabilitación (URA) o las Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG) se reduce prácticamente a un dispositivo por cada provincia.

La efectividad de los servicios de Salud Mental depende no sólo de la calidad de los centros que componen un determinado sistema sanitario, sino también de la accesibilidad a éstos por parte de los ciudadanos, especialmente en relación a los servicios más especializados y respecto a situaciones críticas o urgentes.

Debido a la importancia que adquiere la accesibilidad espacial y temporal a los distintos servicios sanitarios, se ha analizado la accesibilidad temporal a cada uno de los distintos dispositivos de atención en Salud Mental utilizando la red de carreteras andaluza, tal y como se describe en el apartado de metodología con algunas modificaciones (López Lara y Garrido-Cumbrera, 2003).

### **2.3.1. Accesibilidad (30 minutos) a los dispositivos de atención ambulatoria.**

#### Equipos de Salud Mental de Distrito.

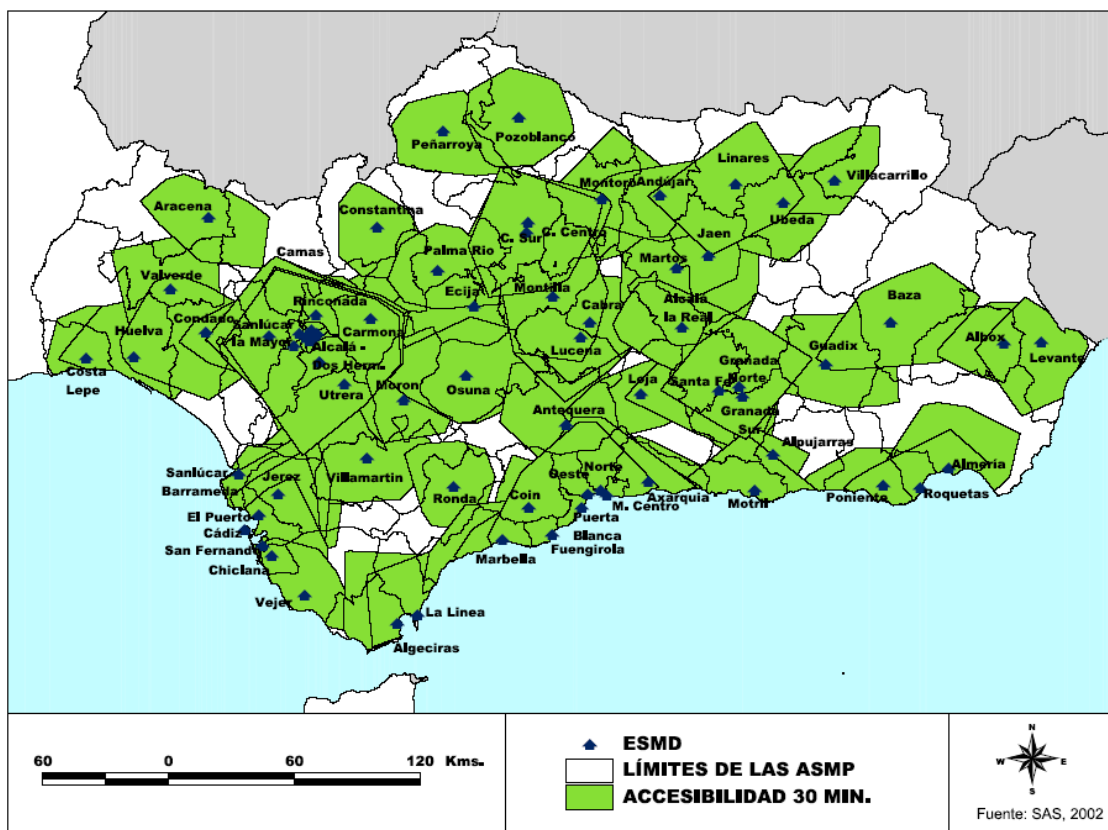
En el mapa VI.15 se representan las áreas de accesibilidad temporal de 30 minutos, trazadas a partir de los 71 ESMD, siguiendo la red de carreteras andaluzas. Superponiendo a estas áreas de accesibilidad una cartografía con las entidades de población, se pudo comprobar como únicamente el 5% de la población andaluza queda a más de 30 minutos de alguno de los ESMD existentes.

Respecto a los términos municipales existentes, el 74% posee su centro geográfico situado dentro de las áreas de 30 minutos de conducción respecto a los ESMD. Aunque si se cuentan los términos municipales cuyo territorio coincide en algún punto con estas áreas, la cobertura municipal aumenta hasta el 90%.

Así pues, los ESMD existente en Andalucía permiten un amplio grado de cobertura del territorio andaluz. Sin embargo, se producen algunos vacíos en los extremos septentrionales de la Sierra Morena andaluza, en la Sierra de Cazorla y Surco Intrabético almeriense. Igualmente encontramos escasa accesibilidad en el norte de la comarca de La Alpujarra y en la confluencia de la Sierra de Cádiz y Sierra de Ronda, precisamente entre el norte de las comarcas de Vejer, este de Jerez y Sur de la de Ronda.



Mapa VI.15. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera y número de pacientes en los Equipos de Salud Mental de Distrito en Andalucía (2002).



**2.3.2. Accesibilidad (30 minutos) a los dispositivos de atención residencial de adultos.**

Los dispositivos de atención residencial en Salud Mental en Andalucía se dividen en Unidades de Salud Mental de Hospitales Generales (USM-HG), que prestan atención de urgencia a pacientes agudos durante periodos relativamente breves (corta estancia), y por otro lado las Comunidades Terapéuticas, localizadas dentro de los núcleos urbanos representan el servicio de atención de larga estancia a pacientes con trastornos mentales severos y prolongados. Se ha excluido el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Málaga, ya que, pese a ser un recurso concertado con el SAS, cuenta con un escaso número de camas de utilización pública.

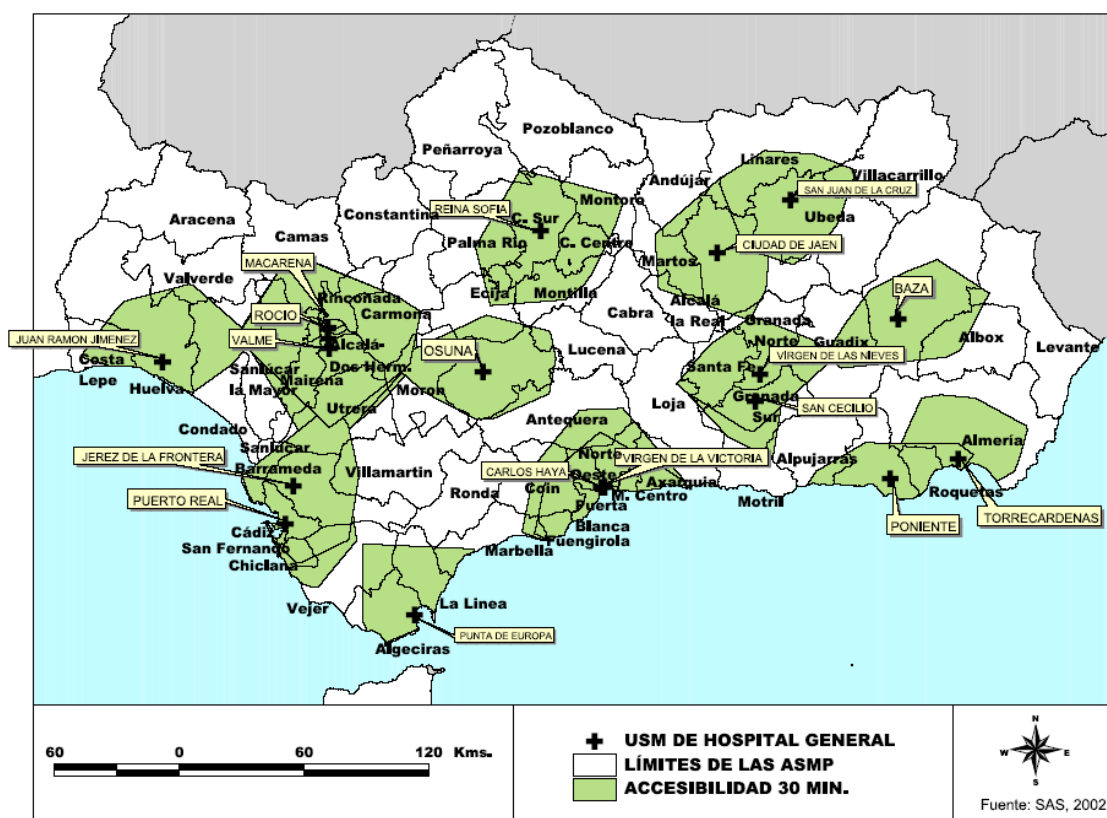
Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales (USM-HG).

El análisis de la accesibilidad a las Unidades de Salud Mental de Hospitales Generales (USM-HG) adquiere mayor relevancia, debido a que se trata del único servicio de atención psiquiátrica de urgencias abierto las 24 horas del día. En determinadas circunstancias en

la que se produce un brote de un trastorno mental, y el paciente entra en fase aguda, es importante poder actuar en el mínimo de tiempo para evitar un agravamiento innecesario.

En Andalucía existen 19 USM-HG que se localizan principalmente en las capitales provinciales, además de otras comarcas urbanas como la de Jerez y Punta de Europa en Algeciras, en las comarcas litorales de Marbella en la Costa del Sol y Poniente en Almería, además de las USM-HG que se sitúan en ciudades rurales como Úbeda, Baza y Osuna. No se localiza ninguna USM-HG en las comarcas de Sierra Morena y se detectan algunos vacíos en las ASMP de Villamartín, Ronda, Lucena y Cabra, situadas en las Béticas.

**Mapa VI.16. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera de las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales (USM-HG) de Andalucía (2002).**



Se han analizado la accesibilidad por carretera a partir de las USM-HG siguiendo el modelo descrito anteriormente (ver mapa VI.16). De este modo se ha podido detectar como aproximadamente el 30% de la población andaluza reside a más de 30 minutos de conducción de estos dispositivos. Respecto a los términos municipales que poseen su centro geográfico dentro de alguna de estas áreas, el porcentaje disminuye al 40%. Si

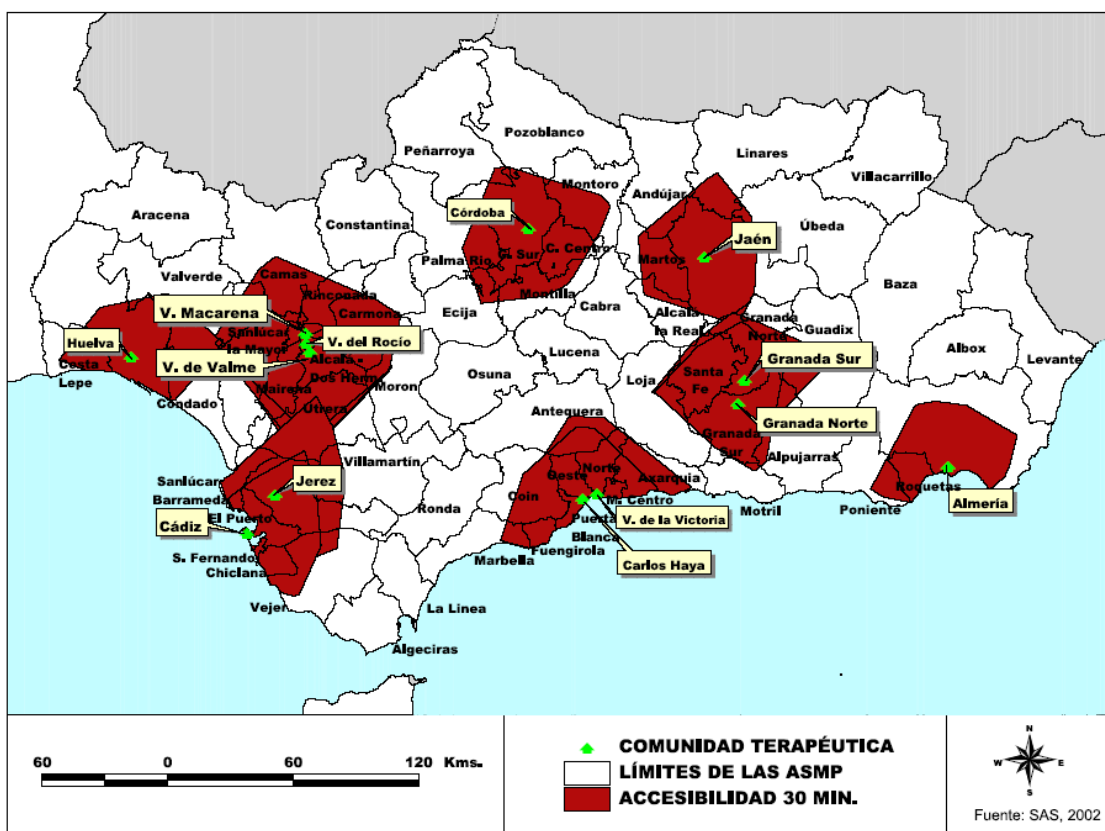
contabilizamos aquellos municipios cuyo territorio coincide en alguna el porcentaje supera el 55%.

Si se exceptúan algunos espacios desatendidos en las áreas litorales de Almería, Granada y Cádiz, podemos afirmar que el litoral es el espacio mejor provisto y conectado con relación a las USM-HG. O lo que es lo mismo, las carreteras existentes en el sistema urbano costero, facilita una cobertura espacial bastante adecuada respecto a la disponibilidad de USM-HG.

Comunidades Terapéuticas (CT).

En el mapa VI.17 aparecen representadas las distintas Comunidades Terapéuticas (CT) y sus respectivas áreas temporales de accesibilidad de 30 minutos, se puede detectar ASMP existen muchas de las ASMP en las que no se localiza ninguno de estos dispositivos.

**Mapa VI.17. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera de las Comunidades Terapéuticas de Andalucía (2002).**



Las CT se concentran en las 8 capitales de provincia, además de la CT de Jerez. Estos dispositivos fueron creados con el objetivo de sustituir a los antiguos Hospitales Psiquiátricos, pero situándose dentro de la comunidad. Por ello, resulta importante que las personas con trastornos mentales severos y prolongados, usuarios de estos servicios, puedan residir cercanos a las ciudades de procedencia. Sin embargo, se producen grandes áreas alejadas incluso más de 30 minutos de conducción como son las ASMP situadas en la Sierra Morena, Béticas y Surco Intrabético.

### **2.3.3. Accesibilidad (30 minutos) a los dispositivos de actividades estructuradas y de día de adultos.**

Los servicios de atención de día en Salud Mental se prestan en Andalucía a través de los Hospitales de Día y las Unidades de Rehabilitación de Área (URA).

Las Unidades de Rehabilitación de Área (URA) son centros de día donde se realizan actividades de rehabilitación de pacientes psicóticos crónicos, en régimen de atención continuada (el paciente pasa en el centro varias horas al día, varios días a la semana, y durante todo el tiempo está ocupado en actividades rehabilitadoras y/o ocupacionales)

Por su parte los Hospitales de Día (HD) se definen como aquellos centros de atención continuada en régimen de hospitalización parcial (al menos 5 horas diarias, todos los días laborables) de pacientes con trastorno mental severo y prolongado cuyo fin es evitar la hospitalización completa y reducir las estancias en las USM-HG;

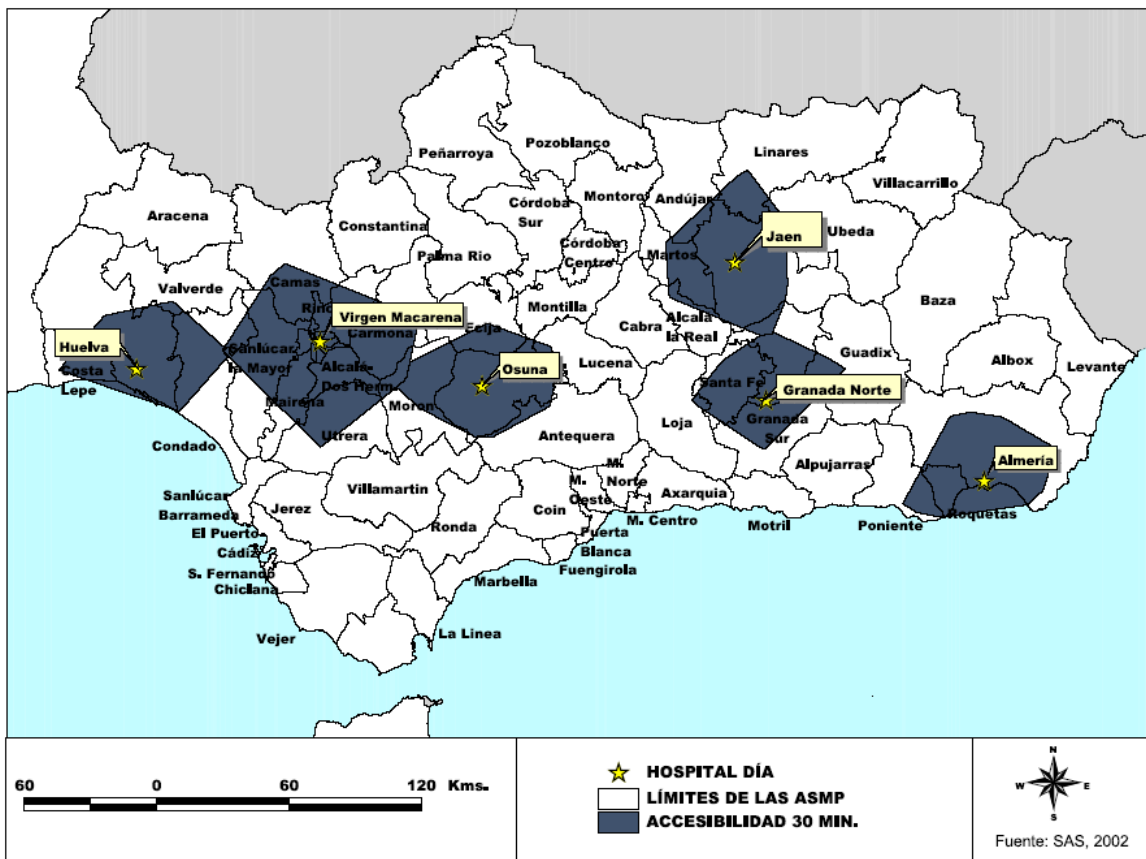
En Andalucía, existen un total de 6 Hospitales de Día y 9 URAs. Existe una URA por cada provincia, excepto en la provincia de Sevilla en donde se localizan dos. Por su parte, los Hospitales de Día Infantil y Juvenil están presentes únicamente en 5 de las 8 provincias andaluzas.

#### Hospitales de Día.

Los Hospitales de Día prestan un servicio diario a pacientes con enfermedad mental grave, en régimen de hospitalización parcial. Al tratarse de un dispositivo de utilización diaria, debería estar distribuido por todo el territorio andaluz para permitir prestar atención a un mayor porcentaje de población. Sin embargo, como puede observarse en el mapa VI.18, la distribución de los 6 Hospitales de Día en Andalucía permite que se pueda atender diariamente únicamente a la población que reside en un reducido ámbito

territorial, debido al escaso número de dispositivos. De este modo, no se detecta ningún dispositivo de este tipo en la provincias de Córdoba y Granada.

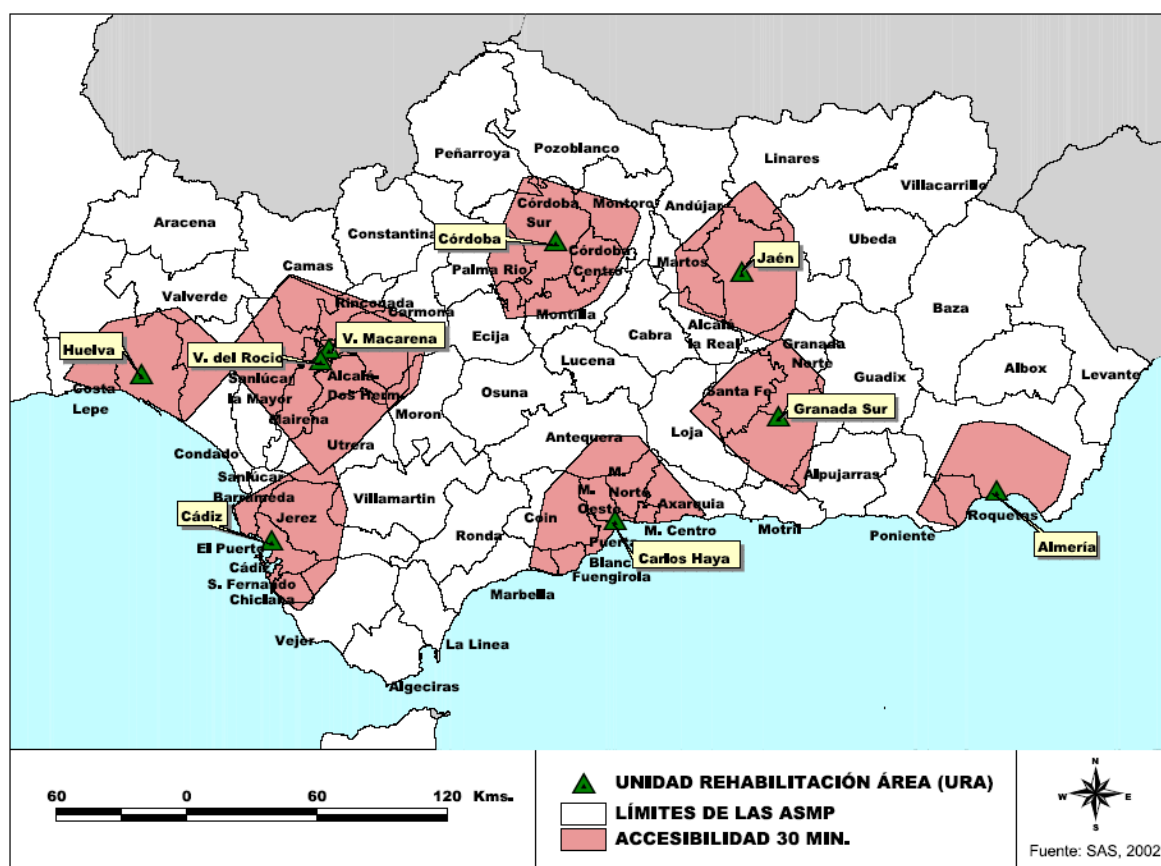
**Mapa VI.18. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera de los Hospitales de Día de Andalucía (2002).**



Unidades de Rehabilitación de Área (URA).

En Andalucía se localizan 9 Unidades de Rehabilitación de Área (URA), 1 por cada provincia, excepto en Sevilla donde se localizan 2 (ver mapa VI.19). Las 9 URAs existentes se localizan en las capitales provinciales excepto la de la provincia de Cádiz que se encuentra en el Puerto de Santa María. Las áreas de cobertura de 30 minutos a partir de las URAS dejan grandes vacíos en todas las comarcas de la Sierra Morena y Noroeste de Jaén, Béticas, Surco Intrabético, comarcas litorales. Es decir, los únicos espacios que quedan cubiertos son los de las áreas metropolitanas y urbanas y algunos de los municipios correspondientes a las comarcas adyacentes.

**Mapa VI.19. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera de las Unidades de Rehabilitación de Área (URA) en Andalucía (2002).**



#### 2.3.4. Accesibilidad (30 minutos) a los dispositivos de atención infantil y juvenil.

Los recursos de Salud Mental destinados específicamente a población infantil y juvenil se desarrollan en torno a las Unidades de Salud Mental Infantil y juvenil (USMI), que son unidades de apoyo a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). Las USMI prestan atención sobre todo ambulatoria a la población menor de 18 años con graves trastornos mentales y cuyas necesidades sobrepasan la capacidad de actuación de los ESMD, que únicamente atienden a niños y adolescentes con problemas menos grave. Siguiendo el modelo de la USMI de Jaén y la USMI de Almería, desde el SAS se ha ampliado recientemente las funciones ambulatorias al resto de USMI andaluzas, para realizar también atención en hospital de día y hospitalizaciones.

Las Unidades de Salud Mental Infantil y Juveniles (USMI) atienden únicamente a pacientes menores de 18 años con graves trastornos mentales en régimen ambulatorio. Las USMI suponen un apoyo a la actividad asistencial que se realiza en los ESMD que si atienden a todas las edades. La mayoría de estas USMI poseen un Hospital de Día y una

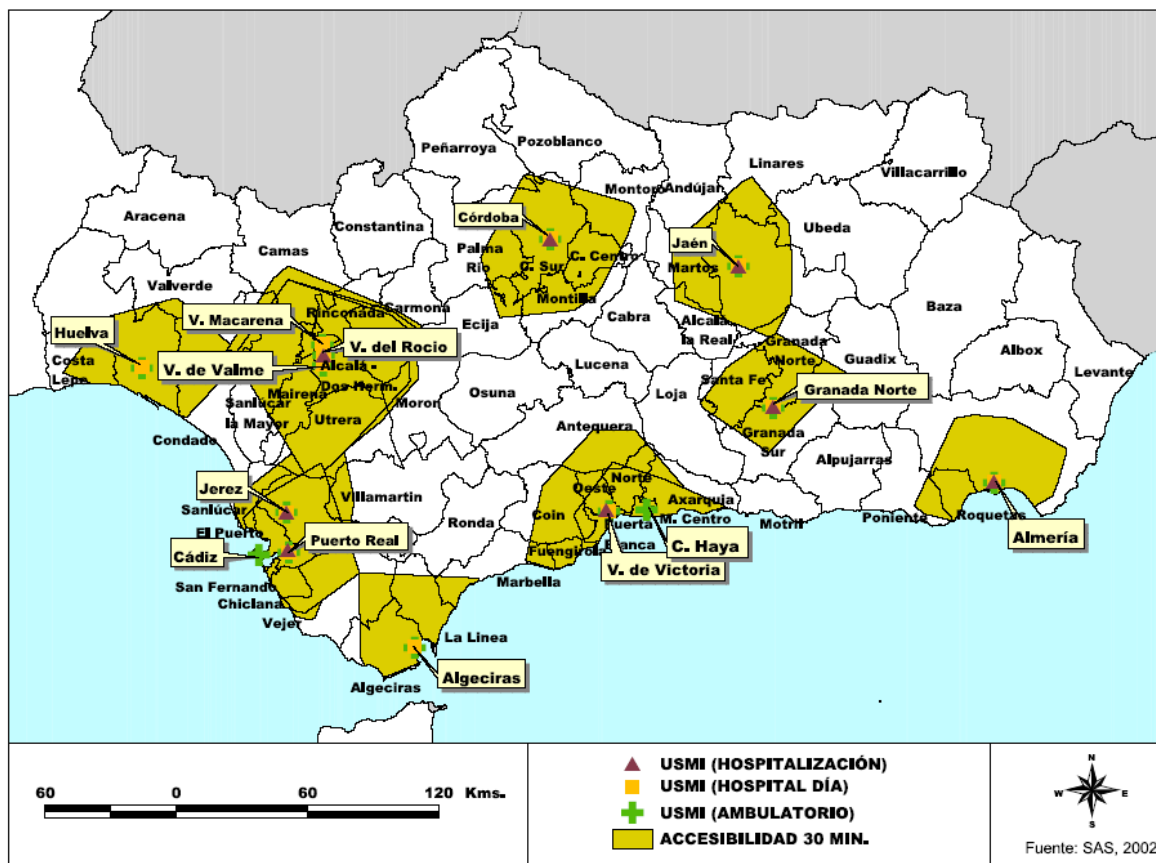
Unidad de Hospitalización coordinados desde el mismo equipo profesional. Las USMI de Almería y de Jaén fueron las primeras en incorporar al servicio ambulatorio estos dos tipos de servicios (Hospital de Día y Unidad de Hospitalización), difundiéndose al resto de USMI a partir del 2001.

En el mapa VI.20 aparecen localizadas las 14 USMI existentes en Andalucía, 13 de las cuales cuentan con Hospital de Día, mientras 8 poseen Unidad de Hospitalización. Cabe señalar que estas USMI están situadas en las capitales provinciales, a excepción de las de Jerez, Puerto Real y Algeciras.

Las 2 USMI localizadas en la ciudad de Málaga no poseen Unidad de Hospitalización ni la Algeciras, y en Sevilla a pesar de existir 3 USMI tan sólo una de ellas cuenta con Unidad de Hospitalización.

La distribución de estas USMI y de sus áreas de accesibilidad temporal por carretera deja grandes vacíos en las comarcas de Sierra Morena, Béticas y áreas del Surco Intrabético especialmente de la provincia de Almería (Baza, Albox) y en el ASMP costera de Levante.

**Mapa VI.20. Áreas de accesibilidad (30 minutos) por carretera de las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil de Andalucía (2002).**





### 2.3.5. Distribución territorial de los dispositivos de Salud Mental en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).

En la tabla VI.23 se presentan los resultados del análisis de la distribución territorial de los distintos dispositivos de Salud Mental en función de las 71 Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP). Se ha señalado en cada una de las ASMP la existencia, proximidad y ausencia de cada uno de los dispositivos de Salud Mental. Se han utilizado los ámbitos territoriales delimitados por las áreas temporales de 30 minutos por carretera a cada dispositivos. Con esta información se ha procedido a la asignación de cada una de las tres variantes (existencia, proximidad y ausencia de servicios) utilizando los siguientes símbolos:












































































































-  Existencia: el dispositivo de Salud Mental se encuentra situado en el mismo ASMP.
-  Proximidad: el dispositivo de Salud Mental se encuentra a menos de 30 minutos de conducción del ASMP.
-  Ausencia: el dispositivo de Salud Mental se encuentra a más de 30 minutos del ASMP.

Tabla VI.23. Existencia, proximidad y ausencia de los dispositivos de Salud Mental en las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) (2002)

NOMBRE ESMD	ESMD	USM-HG	CT	HD	URA	USMI	USMI-HD	USMI-HOSPIT.
Albox								
Alcalá Real								
Alcalá-Dos Hermanas								
Algeciras								
Almería								
Alpujarra								
Andújar								
Antequera								
Aracena								
Axarquía								
Baza								
Cabra								
Cádiz								



PLANIFICACIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

NOMBRE ESMD	ESMD	USM-HG	CT	HD	URA	USMI	USMI-HD	USMI-HOSPIT.
Camas	↑	—	—	—	—	—	—	—
Carmona	↑	—	—	—	—	—	—	—
Chiclana	↑	—	—	↓	—	—	—	—
Coín	↑	—	—	↓	—	—	—	↓
Condado	↑	—	—	—	—	—	—	—
Constantina	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Córdoba Centro	↑	—	—	↓	—	↑	↑	↑
Córdoba Sur	↑	↑	↑	↓	↑	—	—	—
Costa Lepe	↑	—	—	—	—	—	—	—
Écija	↑	—	—	—	—	—	—	—
Fuengirola	↑	—	—	↓	—	—	—	↓
Granada Norte	↑	↑	↑	↑	—	↑	↑	↑
Granada Sur	↑	↑	↑	—	↑	—	—	—
Guadalquivir	↑	—	—	—	—	—	—	—
Guadix	↑	—	—	—	↓	—	—	—
Huelva	↑	↑	↑	↓	↑	↑	↑	↑
Jaén	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Jerez	↑	↑	↑	↓	—	↑	↑	↑
La Línea	↑	—	↓	↓	↓	—	—	↓
Levante	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Linares	↑	—	—	↓	—	—	—	—
Loja	↑	↓	—	↓	↓	↓	↓	↓
Lucena	↑	—	↓	—	↓	↓	↓	↓
Macarena Centro	↑	—	↑	—	—	—	—	—
Macarena Norte	↑	↑	—	↑	↑	↑	↑	—
Mairena del Aljarafe	↑	—	—	—	—	—	—	—
Málaga Centro	↑	—	—	↓	—	↑	↑	↓
Málaga Norte	↑	—	—	↓	—	↑	↑	↓
Málaga Oeste	↑	↑	↑	↓	↑	—	—	↓
Marbella	↑	—	—	↓	—	—	—	↓
Martos	↑	—	—	—	—	—	—	—
Montilla	↑	—	—	↓	—	—	—	—
Montoro	↑	—	—	↓	—	—	—	—
Morón	↑	—	—	—	—	—	—	—

NOMBRE ESMD	ESMD	USM-HG	CT	HD	URA	USMI	USMI-HD	USMI-HOSPIT.
Motril	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Osuna	↑	↑	↓	↑	↓	↓	↓	↓
Palma Río	↑	—	—	↓	—	—	—	—
Peñarroya	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Poniente	↑	↑	—	—	—	—	—	—
Pozoblanco	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Puerta Blanca	↑	—	↑	↓	—	—	—	—
Puerto de Sta. María	↑	↑	—	↓	↑	↑	↑	↑
Rinconada	↑	—	—	—	—	—	—	—
Ronda	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Roquetas	↑	—	—	↑	—	—	—	—
San Fernando	↑	—	—	↓	—	—	—	—
Sanlúcar de Barrameda	↑	—	—	↓	—	—	—	—
Sanlúcar la Mayor	↑	—	—	—	—	—	—	—
Santa Fe	↑	—	—	—	—	—	—	—
Sevilla Este	↑	—	—	—	—	—	—	—
Sevilla Oriente	↑	—	—	—	—	—	—	—
Sevilla Sur	↑	↑	↑	—	↑	↑	↑	↑
Úbeda	↑	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Utrera	↑	—	—	—	—	—	—	—
Valverde	↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Vejer	↑	—	—	—	—	—	—	—
Villacarrillo	↑	—	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Villamartín	↑	—	—	↓	—	—	—	—
ESMD: Equipo de Salud Mental de Distrito.								
USM-HG: Unidad de Salud Mental de Hospital General.								
CT: Comunidad Terapéutica.								
HD: Hospital de Día.								
URA: Unidad de Rehabilitación de Área.								
USMI: Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil.								
USMI-HD: Hospital de Día de la USMI.								
USMI-HOSPIT.: Unidad de Hospitalización de la USMI.								

Fuente: Elaboración propia

### 2.3.6. Distribución territorial de la plantilla en los Equipos de Salud Mental de Distrito.

Como se detalla en el apartado de metodología, se ha elaborado un índice de profesionales en los ESMD basado en las respectivas categorías profesionales seleccionadas (Índice de profesionales por ESMD = Psiquiatras por 1.000 habitantes X 3 + Psicólogos por 1.000 habitantes X 2 + Trabajadores Sociales por 1.000 habitantes X 1,4 + Diplomadas en Enfermería por 1.000 habitantes X 1,4 + Auxiliares de Enfermería por 1.000 habitantes X 1). Este índice se ha calculado tanto para los datos de profesionales absolutos, como para las tasas por 100.000 habitantes de cada una de las ASMP de los respectivos ESMD.

En la tabla VI.24 se muestra el número de profesionales, en las distintas categorías profesionales y los valores del índice de profesionales para cada ESMD, tanto en datos absolutos como en tasas referida a la población de las distintas ASMP.

Tabla VI.24. Tasa de profesionales (Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores sociales, Diplomados universitarios en enfermería y Auxiliares de enfermería) e índice de plantilla referida a los ESMD de Andalucía (entre paréntesis se presentan los valores totales) (2002).

EQUIPO SALUD MENTAL DISTRITO	TASA DE PSIQUIATRAS POR 100.000 HAB.	TASA DE PSICÓLOGOS POR 100.000 HAB.	TASA DE TRABAJADORES SOCIALES POR 100.000 HAB.	TASA DE DIPLOMADO EN ENFERMERÍA POR 100.000 HAB.	TASA DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR 100.000 HAB.	ÍNDICE DE PROFESIONALES POR 100.000 HAB.
Puerta Blanca	2,30 (5)	0,92 (2)	0,46 (1)	0,92 (2)	0,92 (2)	<b>11,58</b> <b>(25,20)</b>
Marbella	2,21 (4)	1,11 (2)	0,55 (1)	1,11 (2)	1,11 (2)	<b>12,27</b> <b>(22,20)</b>
Córdoba Centro	2,88 (5)	1,15 (2)	0,58 (1)	1,15 (2)	0,00 (0)	<b>13,37</b> <b>(23,20)</b>
Lucena	2,74 (3)	0,91 (1)	0,91 (1)	0,91 (1)	0,91 (1)	<b>13,49</b> <b>(14,80)</b>
Málaga Norte	2,16 (4)	1,08 (2)	0,54 (1)	1,62 (3)	2,16 (4)	<b>13,80</b> <b>(25,60)</b>
Levante	2,57 (2)	1,29 (1)	1,29 (1)	1,29 (1)	0,00 (0)	<b>13,89</b> <b>(10,80)</b>
Dos Hermanas	2,80 (3)	1,86 (2)	0,93 (1)	1,86 (2)	0,00 (0)	<b>14,15</b> <b>(11,80)</b>
Sanlúcar la Mayor	2,25 (2)	1,12 (1)	1,12 (1)	1,12 (1)	2,25 (2)	<b>14,38</b> <b>(12,80)</b>
Úbeda	2,30 (3)	1,53 (2)	0,77 (1)	1,53 (2)	1,53 (2)	<b>14,70</b> <b>(19,20)</b>
Córdoba Sur	3,04 (5)	1,22 (2)	0,61 (1)	1,22 (2)	0,61 (1)	<b>14,72</b> <b>(24,20)</b>
Coín	2,60 (3)	0,87 (1)	0,87 (1)	1,73 (2)	1,73 (2)	<b>14,90</b> <b>(17,20)</b>
Roquetas	2,53 (2)	1,26 (1)	1,26 (1)	1,26 (1)	1,26 (1)	<b>14,92</b> <b>(11,80)</b>
Sevilla Este	2,42 (4)	1,81 (3)	0,60 (1)	1,21 (2)	1,81 (3)	<b>15,23</b> <b>(25,20)</b>

EQUIPO SALUD MENTAL DISTRITO	TASA DE PSIQUIÁTRAS POR 100.000 HAB.	TASA DE PSICÓLOGOS POR 100.000 HAB.	TASA DE TRABAJADORES SOCIALES POR 100.000 HAB.	TASA DE DIPLOMADO EN ENFERMERÍA POR 100.000 HAB.	TASA DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR 100.000 HAB.	ÍNDICE DE PROFESIONALES POR 100.000 HAB.
Utrera	2,94 (4)	1,47 (2)	0,74 (1)	0,74 (1)	1,47 (2)	<b>15,31</b> <b>(20,80)</b>
Camas	2,91 (4)	1,46 (2)	0,73 (1)	1,46 (2)	0,73 (1)	<b>15,44</b> <b>(21,20)</b>
Osuna	3,19 (3)	1,06 (1)	1,06 (1)	1,06 (1)	1,06 (1)	<b>15,72</b> <b>(14,80)</b>
Morón	2,40 (2)	1,20 (1)	1,20 (1)	1,20 (1)	1,20 (1)	<b>16,04</b> <b>(17,20)</b>
Linares	3,09 (4)	1,54 (2)	0,77 (1)	0,77 (1)	1,54 (2)	<b>16,05</b> <b>(20,80)</b>
Jaén	3,05 (6)	1,02 (2)	1,02 (2)	1,02 (2)	2,03 (4)	<b>16,06</b> <b>(31,60)</b>
Granada Sur	3,43 (8)	0,86 (2)	0,43 (1)	1,29 (3)	1,71 (4)	<b>16,12</b> <b>(37,60)</b>
Algeciras	2,78 (4)	1,39 (2)	0,70 (1)	1,39 (2)	2,09 (3)	<b>16,14</b> <b>(23,20)</b>
Huelva	3,28 (8)	0,82 (2)	0,82 (2)	0,82 (2)	2,46 (6)	<b>16,22</b> <b>(39,60)</b>
Carmona	2,21 (2)	2,21 (2)	1,10 (1)	1,10 (1)	2,21 (2)	<b>16,33</b> <b>(14,80)</b>
Villamartín	2,57 (3)	1,71 (2)	0,86 (1)	1,71 (2)	1,71 (2)	<b>16,44</b> <b>(19,20)</b>
Macarena Norte	2,72 (3)	1,81 (2)	0,91 (1)	1,81 (2)	0,91 (1)	<b>16,49</b> <b>(18,20)</b>
Aljarafe	3,51 (4)	0,88 (1)	0,88 (1)	0,88 (1)	1,76 (2)	<b>16,52</b> <b>(18,80)</b>
Granada Norte	3,42 (7)	0,98 (2)	0,49 (1)	1,47 (3)	1,95 (4)	<b>16,90</b> <b>(34,60)</b>
Sanlúcar de Barrameda	2,66 (3)	1,77 (2)	0,89 (1)	1,77 (2)	1,77 (2)	<b>17,00</b> <b>(19,20)</b>
Rinconada	2,48 (2)	2,48 (2)	1,24 (1)	1,24 (1)	1,24 (1)	<b>17,10</b> <b>(13,80)</b>
Axarquía	3,24 (4)	1,62 (2)	0,81 (1)	1,62 (2)	0,81 (1)	<b>17,18</b> <b>(21,20)</b>
La Línea	3,03 (3)	1,01 (1)	1,01 (1)	2,02 (2)	2,02 (2)	<b>17,36</b> <b>(14,80)</b>
Santa Fe	3,52 (3)	1,17 (1)	1,17 (1)	1,17 (1)	1,17 (1)	<b>17,36</b> <b>(17,20)</b>
Jerez de la Frontera	3,07 (6)	1,02 (2)	1,02 (2)	1,54 (3)	2,56 (5)	<b>17,42</b> <b>(34,00)</b>
Sevilla Oriente	3,13 (4)	1,84 (2)	0,92 (1)	0,92 (1)	1,84 (2)	<b>17,52</b> <b>(17,80)</b>
Cabra	3,57 (3)	1,19 (1)	1,19 (1)	1,19 (1)	1,19 (1)	<b>17,60</b> <b>(14,80)</b>
Málaga Centro	3,40 (5)	1,36 (2)	0,68 (1)	1,36 (2)	2,04 (3)	<b>17,83</b> <b>(26,20)</b>
Poniente	3,82 (4)	0,95 (1)	0,95 (1)	0,95 (1)	1,91 (2)	<b>17,94</b> <b>(18,80)</b>
Condado	2,83 (2)	1,41 (1)	1,41 (1)	1,41 (1)	2,83 (2)	<b>18,11</b> <b>(12,80)</b>
Bahía de Cádiz	3,42 (4)	0,86 (1)	0,86 (1)	1,71 (2)	2,57 (3)	<b>18,13</b> <b>(21,20)</b>
Antequera	3,78 (4)	0,95 (1)	0,95 (1)	1,89 (2)	0,95 (1)	<b>18,15</b> <b>(19,20)</b>

PLANIFICACIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

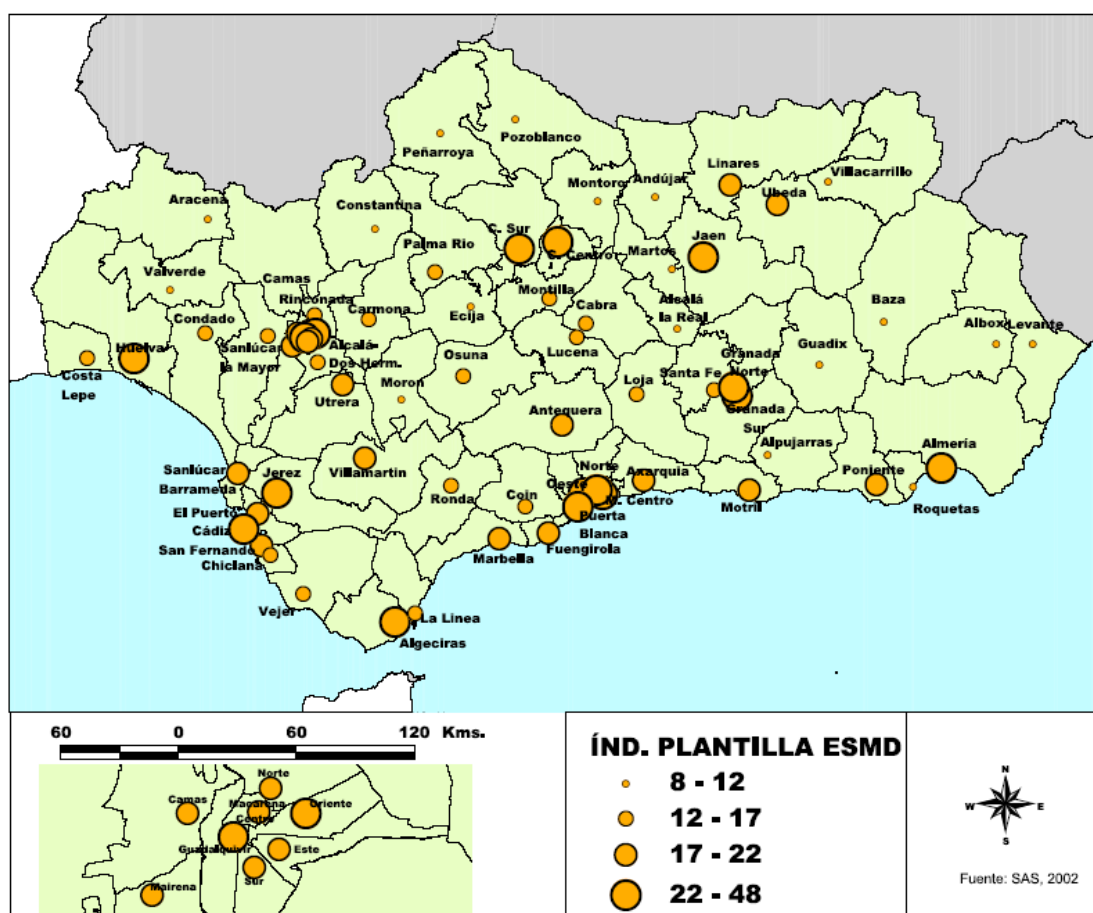
EQUIPO SALUD MENTAL DISTRITO	TASA DE PSIQUIÁTRAS POR 100.000 HAB.	TASA DE PSICÓLOGOS POR 100.000 HAB.	TASA DE TRABAJADORES SOCIALES POR 100.000 HAB.	TASA DE DIPLOMADO EN ENFERMERÍA POR 100.000 HAB.	TASA DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR 100.000 HAB.	ÍNDICE DE PROFESIONALES POR 100.000 HAB.
Almería	3,10 (8)	1,55 (4)	1,16 (3)	1,94 (5)	1,94 (5)	<b>18,71</b> <b>(48,20)</b>
Motril	3,91 (4)	0,98 (1)	0,98 (1)	1,95 (2)	0,98 (1)	<b>18,75</b> <b>(19,20)</b>
Guadalquivir	3,11 (4)	1,56 (2)	1,56 (2)	0,78 (1)	3,11 (4)	<b>18,82</b> <b>(24,20)</b>
Albox	2,18 (1)	2,18 (1)	2,18 (1)	2,18 (1)	2,18 (1)	<b>19,15</b> <b>(8,80)</b>
Vejer	3,67 (3)	1,22 (1)	1,22 (1)	1,22 (1)	2,44 (2)	<b>19,30</b> <b>(15,80)</b>
Andújar	3,28 (2)	1,64 (1)	1,64 (1)	1,64 (1)	1,64 (1)	<b>19,35</b> <b>(11,80)</b>
Fuengirola	3,66 (4)	1,83 (2)	0,91 (1)	1,83 (2)	0,91 (1)	<b>19,39</b> <b>(21,20)</b>
Chiclana	3,04 (2)	1,52 (1)	1,52 (1)	1,52 (1)	3,04 (2)	<b>19,48</b> <b>(12,80)</b>
Montoro	2,23 (1)	2,23 (1)	2,23 (1)	2,23 (1)	2,23 (1)	<b>19,60</b> <b>(8,80)</b>
Baza	3,41 (2)	1,70 (1)	1,70 (1)	1,70 (1)	1,70 (1)	<b>20,10</b> <b>(11,80)</b>
Macarena Centro	3,67 (4)	1,84 (2)	0,92 (1)	1,84 (2)	1,84 (2)	<b>20,37</b> <b>(22,20)</b>
Valverde	2,62 (1)	2,62 (1)	2,62 (1)	2,62 (1)	0,00 (0)	<b>20,47</b> <b>(7,80)</b>
San Fernando	3,39 (3)	1,13 (1)	1,13 (1)	2,26 (2)	3,39 (3)	<b>20,57</b> <b>(18,20)</b>
Sevilla Sur	3,55 (4)	1,97 (2)	0,99 (1)	1,97 (2)	1,97 (2)	<b>20,71</b> <b>(22,20)</b>
Costa Lepe	4,03 (3)	1,34 (1)	1,34 (1)	1,34 (1)	2,68 (2)	<b>21,20</b> <b>(15,80)</b>
Cádiz	4,44 (6)	1,48 (2)	0,74 (1)	1,48 (2)	2,22 (3)	<b>21,63</b> <b>(29,20)</b>
Villacarrillo	2,49 (1)	2,49 (1)	2,49 (1)	2,49 (1)	2,49 (1)	<b>21,92</b> <b>(8,80)</b>
Martos	3,72 (2)	1,86 (1)	1,86 (1)	1,86 (1)	1,86 (1)	<b>21,98</b> <b>(11,80)</b>
Écija	3,78 (2)	1,89 (1)	1,89 (1)	1,89 (1)	1,89 (1)	<b>22,30</b> <b>(11,80)</b>
Montilla	4,53 (3)	1,51 (1)	1,51 (1)	1,51 (1)	1,51 (1)	<b>22,32</b> <b>(14,80)</b>
Málaga Oeste	4,51 (6)	2,26 (3)	0,75 (1)	1,50 (2)	1,50 (2)	<b>22,72</b> <b>(30,20)</b>
Peñarroya	2,61 (1)	2,61 (1)	2,61 (1)	2,61 (1)	2,61 (1)	<b>22,96</b> <b>(8,80)</b>
Guadix	4,01 (2)	2,01 (1)	2,01 (1)	2,01 (1)	2,01 (1)	<b>23,68</b> <b>(11,80)</b>
Loja	4,86 (3)	1,62 (1)	1,62 (1)	1,62 (1)	1,62 (1)	<b>24,00</b> <b>(14,80)</b>
Ronda	3,49 (2)	3,49 (2)	1,75 (1)	1,75 (1)	1,75 (1)	<b>24,11</b> <b>(13,80)</b>
Pozoblanco	4,46 (2)	2,23 (1)	2,23 (1)	2,23 (1)	2,23 (1)	<b>26,33</b> <b>(11,80)</b>
Alpujarra	3,10 (1)	3,10 (1)	3,10 (1)	3,10 (1)	3,10 (1)	<b>27,27</b> <b>(8,80)</b>

EQUIPO SALUD MENTAL DISTRITO	TASA DE PSIQUIÁTRAS POR 100.000 HAB.	TASA DE PSICÓLOGOS POR 100.000 HAB.	TASA DE TRABAJADORES SOCIALES POR 100.000 HAB.	TASA DE DIPLOMADO EN ENFERMERÍA POR 100.000 HAB.	TASA DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR 100.000 HAB.	ÍNDICE DE PROFESIONALES POR 100.000 HAB.
Palma del Río	5,61 (3)	1,87 (1)	1,87 (1)	1,87 (1)	1,87 (1)	<b>27,67</b> <b>(14,80)</b>
Aracena	2,93 (1)	5,85 (2)	2,93 (1)	2,93 (1)	0,00 (0)	<b>28,68</b> <b>(9,80)</b>
Alcalá la Real	5,03 (2)	2,51 (1)	2,51 (1)	2,51 (1)	2,51 (1)	<b>29,67</b> <b>(11,80)</b>
Constantina	9,15 (2)	4,58 (1)	4,58 (1)	4,58 (1)	0,00 (0)	<b>49,41</b> <b>(10,80)</b>

Fuente: SAS, 2002

En el mapa VI.21 aparece representada la distribución territorial del índice de plantilla en datos absolutos. Como cabría esperar, las mayores plantillas se localizan en los ESMD de las áreas metropolitanas y urbanas andaluzas; seguido de las ciudades medias, como Antequera, Linares o Úbeda; y de los núcleos costeros con mayores densidades como Marbella, Fuengirola. Destacan otros núcleos costeros como Motril y Poniente, o incluso en las Béticas como en Villamartín.

Mapa VI.21. Distribución de los profesionales en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) de Andalucía (2002).



Entre los ESMD urbanas, que registran los valores más altos en el índice de plantilla, destacan los de Huelva, Guadalquivir, Macarena Centro o Sevilla Sur, Cádiz, Jerez, Algeciras, Jaén, Málaga Norte, Málaga Centro, Málaga Oeste, Puerta Blanca, Granada Sur, Granada Norte y Almería. Así como los ESMD costeros de la Costa del Sol malagueña, de Marbella y Fuengirola,.

Los menores valores se registran en los ESMD menos densamente pobladas como los de Constantina, Peñarroya, Pozoblanco, Villacarrillo, situados en la Sierra Morena; Andújar o Villacarrillo, en el Noroeste de Jaén; a excepción de Linares que cuenta con una plantilla considerable. Plantillas reducidas se localizan también en los ESMD de las Béticas, como Alcalá la Real, Martos, la Alpujarra, y del Surco Intrabético, como en Guadix, Baza o Albox.

#### 2.4. Grados de cumplimentación de las variables incluidas en el SISMA (2002).

El número de pacientes total que fueron atendidos por los 71 ESMD fue de 167.296 durante el año 2002, de los cuales se recogió información sobre la actividad clínica realizada y las características sociodemográficas de dichos pacientes.

Como puede observarse en la tabla VI.25, los porcentajes de cumplimentación de cada campo son muy diversos, con un rango que va desde el 100% de registros en la variable “sexo” y el 43% en la variable “situación laboral”. Por su parte, la variable clínica “diagnóstico principal”, fundamental para analizar los procesos asistenciales en sanidad, fue cumplimentada tan sólo para el 61% de los pacientes.

Tabla VI.25. Porcentajes de cumplimentación de las variables del SISMA (2002).

INDICADOR	REGISTROS CUMPLIMENTADOS	% CUMPLIMENTACIÓN
Identificador del paciente	167.296	100%
Sexo	167.296	100%
Provincia	161.783	97%
Fecha de nacimiento	157.534	94%
Localidad	147.190	88%
Facultativo	109.389	65%
Diagnostico principal (CIE-10)	101.087	60%
Zona Básica de Salud	94.654	57%
Estado civil	87.501	53%
Convivencia	79.912	48%
Nivel educativo	73.623	45%
Situación laboral	70.833	43%

Fuente: Elaboración propia

La variable de residencia “localidad”, que permite la localización geográfica del paciente, fue cumplimentada en un 88%, mientras que la variable “zona”, referida a las distintas Zonas Básicas de Salud, se cumplimentó en el 57% de los casos.

Las variables referidas a la condición social y económica del paciente fueron cumplimentadas en porcentajes cercanos al 50%, las variables “situación laboral” y “nivel educativo” registran unos porcentajes del 43% y 45% respectivamente, y las variables “convivencia” y “estado civil” porcentajes del 48% y el 53% respectivamente.

#### **2.4.1. Distribución territorial del grado de cumplimentación del campo “diagnóstico” en los ESMD (2002).**

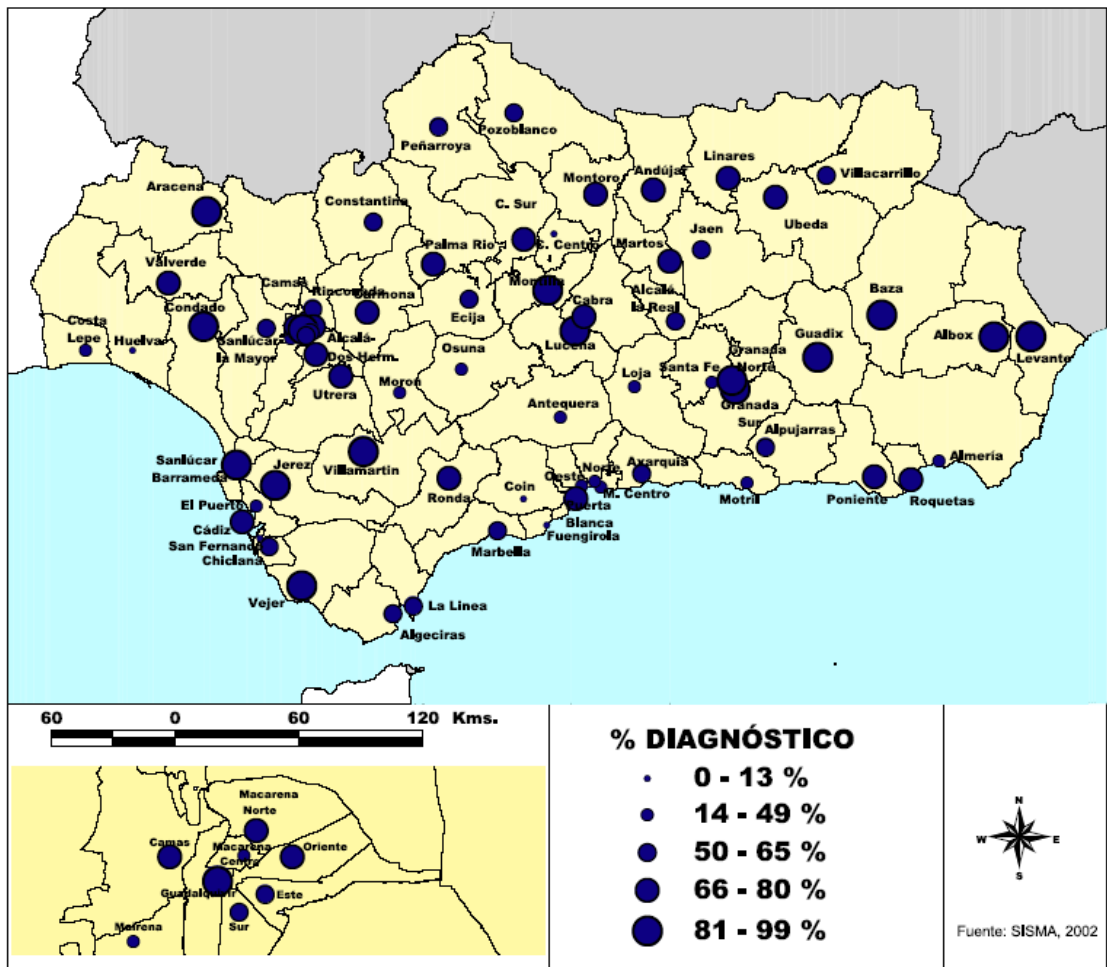
El grado de cumplimentación global del campo “situación laboral” fue del 60%, presentando una gran variabilidad territorial con extremos que oscilan entre los 99-90% de los ESMD Albox, Jerez, Guadalquivir en Sevilla, Granada Norte y Guadix y los menos del 10% de los ESMD de San Fernando, Coín y Córdoba Centro.

En el mapa VI.22 aparecen representados los porcentajes de cumplimentación del campo “diagnóstico” para cada uno de los ESMD. Este mapa nos permite detectar bajos niveles de cumplimentación en los ESMD de Coín, Antequera, Loja y Santa Fe, situados en el Surco Intrabético; ESMD de Morón u Osuna, en las Béticas; ESMD de Mairena, situado en el Valle del Guadalquivir; áreas urbanas de Huelva y Macarena Centro en Sevilla; y por último en los ESMD litorales de Costa Lepe y Motril.

En el otro extremo, se registran altos niveles de cumplimentación del campo “diagnóstico” en los ESMD urbanos de Granada, Cádiz y Jerez; ESMD litorales del Condado en la provincia de Huelva, Sanlúcar de Barrameda, Vejer y Levante en Almería; ESMD situados en el Valle del Guadalquivir como Carmona, Palma del Río y Montilla, ESMD de Lucena, Cabra y Úbeda, situados en las Béticas; y en los ESMD de Guadix y Albox, situados en el Surco Intrabético.



Mapa VI.22. Porcentajes de cumplimentación del campo “diagnóstico” en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) de acuerdo al SISMA (2002).



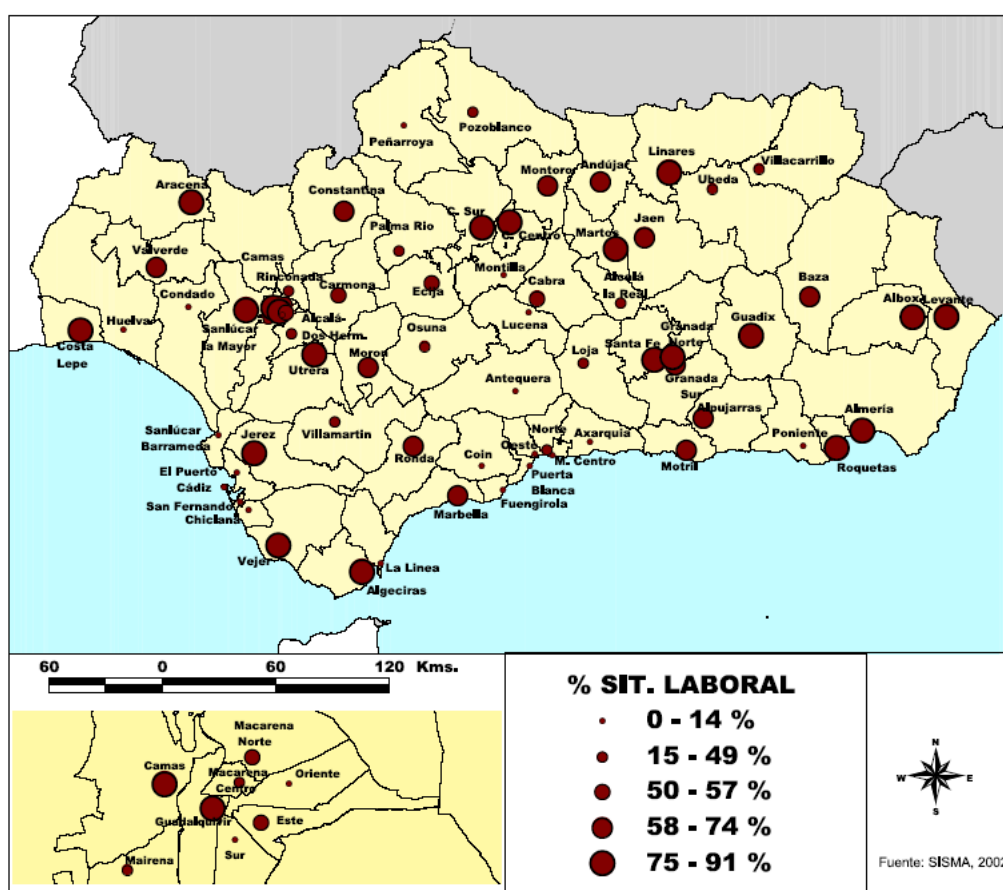
**2.4.2. Distribución territorial del grado de cumplimentación del campo “situación laboral” en los ESMD (2002).**

El grado de cumplimentación total para el campo “situación laboral” fue del 43%, presentando una gran variabilidad territorial con valores que oscilan entre los 91 y el 87% de registros cumplimentados en los ESMD de Vejer, Granada Norte, Guadix y Albox y el 0% de cumplimentación en los ESMD de Chiclana, Bahía, San Fernando, Huelva, Sevilla Sur, Peñarroya, Málaga Centro y Málaga Oeste.

En el mapa VI.23 es posible detectar la alta cumplimentación que registran los ESMD costeros como Costa Lepe, Vejer y Roquetas; y también los ESMD urbanos como los de Guadalquivir en Sevilla, Jerez, Algeciras, Granada y Almería.

Por otro lado, los porcentajes de cumplimentación más bajos se detectan por lo general en los ESMD del centro andaluz tanto al norte, donde los ESMD de Peñarroya y Pozoblanco, situados en la Sierra Morena cordobesa; los ESMD de Palma del Río o Montilla, en el Valle del Guadalquivir; los ESMD de Osuna, Lucena, Alcalá la Real y Úbeda, situados en las Béticas; los ESMD de Coín, Antequera y Loja, en el Surco Intrabético; los ESMD urbanos de Huelva, Sevilla Oriente y Sur, El Puerto, Cádiz, San Fernando, Chiclana, La Línea, Málaga Puerta Blanca, Oeste; y por último, los ESMD litorales de Sanlúcar de Barrameda, Fuengirola, Axarquía y Poniente.

Mapa VI.23. Porcentajes de cumplimentación del campo "situación laboral" en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) de acuerdo al SISMA (2002).



### **2.4.3. Tipología de Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) en función de sus respectivos niveles de cumplimentación (2002).**

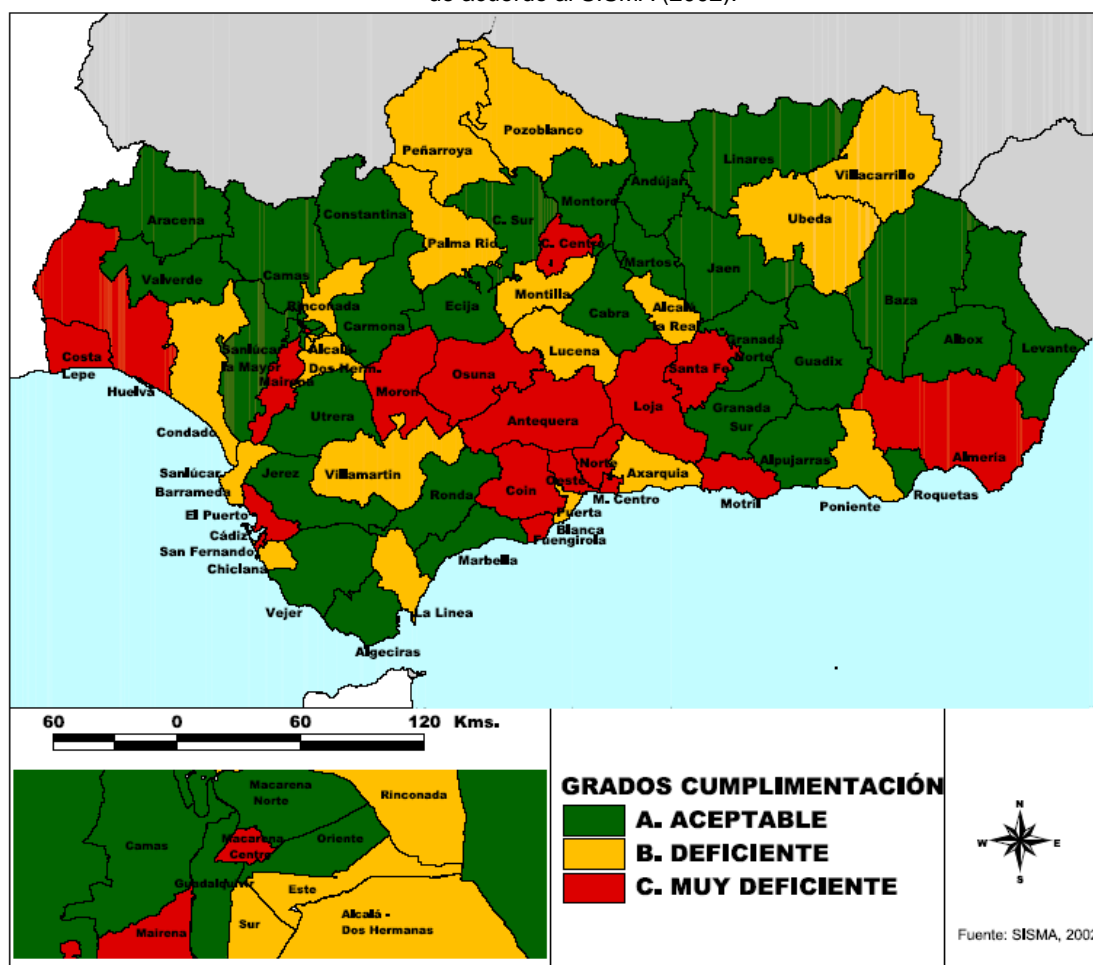
En el mapa VI.24 se representa la su distribución espacial en cada una de las 71 Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) de la cumplimentación a partir de los porcentajes de las variables diagnóstico y situación laboral. Como se comenta en el apartado de metodología, se dividieron las ASMP en tres grupos en función de los distintos grados de cumplimentación: cumplimentación aceptable (A), cumplimentación deficiente (B) y cumplimentación muy deficiente (C).

La observación de la cartografía permite distinguir cómo las ASMP con un grado de cumplimentación muy deficiente se concentran mayoritariamente en las Béticas, ASMP de Morón, Osuna; en el Surco Intrabético las ASMP de Antequera, Loja y Santa Fé y en los núcleos urbanos, como las ASMP de Huelva, El Puerto de Santa María, Cádiz, San Fernando, Macarena Centro en Sevilla, Córdoba Centro o Almería, las ASMP de Costa Lepe, Fuengirola, Motril y Almería en los espacios litorales; y en un área del Valle del Guadalquivir como es la de Mairena. Por el contrario, las ASMP cuya cumplimentación ha sido considerada como aceptable se concentran en la Sierra Morena onubense, sevillana y del centro y oeste jiennense. Las ASMP del Surco Intrabético como Valverde, Guadix, Baza y Albox; de las Béticas como Ronda, Cabra, y la Alpujarra granadina.

Las ASMP con mayor grado de cumplimentación para los dos registros seleccionados son las de Albox, Jerez, Guadalquivir, Granada Norte, Granada Sur, Guadix, Levante, Aracena, Vejer y Baza.

Los peores niveles de cumplimentación general se constatan en los ESMD de San Fernando, seguido de los ESMD de Coín, Huelva, Fuengirola, Antequera y Loja.

Mapa VI.24. Clasificación de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) en función a sus porcentajes de cumplimentación de los campos diagnóstico y situación laboral y número de pacientes atendidos en los ESMD de acuerdo al SISMA (2002).



En general, los mayores niveles se concentran en los ESMD situados en las ASMP urbanas de Sevilla y Granada, en las ASMP de Sierra Morena y bajo en las ASMP del Surco Intrabético, capitales de provincia de Huelva, Málaga, Almería. A nivel provincial destaca la alta cumplimentación general de las ASMP de la provincia de Sevilla, a excepción del ESMD de Mairena, de Jaén y de Almería, frente a la baja cumplimentación de las ASMP de Málaga y de Bahía de Cádiz.

Igualmente es destacable el grado de correlación detectado entre los niveles de cumplimentación de los campos "diagnóstico" y "situación laboral" en los distintos ESMD. Sin embargo, se detectan excepciones como en los ESMD de Chiclana, Sevilla Sur, Peñarroya, Lucena o Poniente donde se registra una cumplimentación nula para el campo situación laboral y sin embargo una cumplimentación aceptable (superior al 50%) para el campo diagnóstico. Al contrario ocurre en el ESMD de Córdoba Centro donde se registra

una alta cumplimentación del campo “situación laboral” y una escasa cumplimentación del campo “diagnóstico”.

En la tabla VI.26 aparecen representados los distintos porcentajes de cumplimentación de las variables “diagnóstico” y “cumplimentación” junto a los respectivos niveles de cumplimentación de cada ESMD en función de los porcentajes de las variables comentadas siguiendo la metodología señalada.

Tabla VI.26. Porcentajes de cumplimentación de las variables del SISMA “diagnóstico” y “situación laboral” y nivel de cumplimentación en los distintos ESMD (2002).

ESMD	% CUMPLIMENTACIÓN DIAGNÓSTICO CIE-10 (2002)	% CUMPLIMENTACIÓN SITUACIÓN LABORAL (2002)	TOTAL
Albox	99%	87%	<b>A</b>
Alcalá Real	53%	28%	<b>B</b>
Alcalá-Dos Hermanas	68%	44%	<b>B</b>
Algeciras	52%	81%	<b>A</b>
Almería	27%	75%	<b>C</b>
Alpujarra	63%	67%	<b>A</b>
Andujar	74%	74%	<b>A</b>
Antequera	23%	2%	<b>C</b>
Aracena	85%	83%	<b>A</b>
Axarquía	61%	14%	<b>B</b>
Bahía	44%	0%	<b>C</b>
Baza	84%	62%	<b>A</b>
Cabra	69%	50%	<b>A</b>
Cádiz	67%	1%	<b>B</b>
Camas	71%	85%	<b>A</b>
Carmona	77%	51%	<b>A</b>
Chiclana	62%	0%	<b>B</b>
Coín	5%	5%	<b>C</b>
Condado	84%	7%	<b>B</b>
Constantina	64%	73%	<b>A</b>
Córdoba Centro	6%	84%	<b>C</b>
Córdoba Sur	76%	84%	<b>A</b>
Costa Lepe	42%	76%	<b>C</b>
Écija	55%	54%	<b>A</b>
Fuengirola	13%	0%	<b>C</b>
Granada Norte	90%	88%	<b>A</b>
Granada Sur	89%	63%	<b>A</b>
Guadalquivir	91%	78%	<b>A</b>
Guadix	90%	88%	<b>A</b>
Huelva	11%	0%	<b>C</b>
Jaén	64%	63%	<b>A</b>
Jerez	91%	81%	<b>A</b>
La Linea	60%	8%	<b>B</b>
Levante	85%	84%	<b>A</b>

Linares	75%	77%	A
Loja	28%	29%	C
Lucena	82%	1%	B
Macarena Centro	34%	27%	C
Macarena Norte	73%	56%	A
Mairena Aljarafe	29%	30%	C
Málaga Centro	34%	0%	C
Málaga Norte	49%	45%	C
Málaga Oeste	34%	0%	C
Marbella	51%	61%	A
Martos	74%	77%	A
Montilla	86%	13%	B
Montoro	76%	69%	A
Morón	38%	67%	C
Motril	35%	72%	C
Osuna	48%	31%	C
Palma Río	70%	31%	B
Peñarroya	52%	0%	B
Poniente	75%	4%	B
Pozoblanco	63%	28%	B
Puerta Blanca	73%	6%	B
Rinconada	58%	33%	B
Ronda	70%	72%	A
Roquetas	73%	84%	A
San Fernando	0%	0%	C
Sanlúcar Barrameda	87%	11%	B
Sanlúcar la Mayor	63%	78%	A
Santa Fe	42%	76%	C
Sevilla Este	76%	6%	B
Sevilla Oriente	62%	57%	A
Sevilla Sur	65%	0%	B
Úbeda	71%	31%	B
Utrera	80%	78%	A
Valverde	76%	64%	A
Vejer	84%	91%	A
Villacarrillo	60%	47%	B
Villamartín	93%	45%	B
<b>TOTAL</b>			
<b>ESMD</b>	<b>60%</b>	<b>43%</b>	

Fuente: SISMA, 2002

## 2.5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía (2002).

### 2.5.1. Características generales de la población atendida en los Equipos de Salud Mental de Andalucía (2002).

El Sistema de Información en Salud Mental de Andalucía (SISMA) fue implantado en 2002 en los 71 Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD)<sup>2</sup> existentes, suponiendo la mayor fuente de información sobre la actividad de Salud Mental en Andalucía, seguida del Conjunto Mínimo de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH) implantado en los Hospitales Generales.

El estudio de la distribución territorial de la morbilidad de los trastornos psiquiátricos resulta fundamental para analizar la atención de la Salud Mental de Andalucía. Este tipo de análisis permite detectar las carencias y necesidades existentes en las diferentes Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) y por tanto aumentar la equidad interterritorial.

Tabla VI.27. Indicadores de actividad registrada en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) (2002).

Indicadores de actividad	Tasas y valores absolutos
Incidencia administrativa (Tasa de primeras consultas por 1.000 habitantes)	11,37 (83.631)
Prevalencia administrativa (Tasa de pacientes totales por 1.000 habitantes)	22,74 (167.296)
Frecuentación administrativa (Tasa de consultas totales por 1.000 habitantes)	100,35 (738.323)

Fuente: SISMA, 2002.

Como se presenta en la tabla VI.27, durante el 2002 se atendieron más de 167.000 pacientes, que dan lugar a una tasa de prevalencia administrativa de 22,74 pacientes por 1.000 habitantes. Del total de pacientes, más de 83.500 se trataba de pacientes atendidos por primera vez por los ESMD, es decir, lo que en Salud Mental se denomina primeras consultas que representaron una tasa de incidencia de 11,37 primeras consultas por 1.000 habitantes. En total se realizaron más de 738.000 consultas que suponen una tasa de frecuentación de 100,35 consultas por 1.000 habitantes.

La distribución por sexos muestra una mayor proporción de mujeres atendidas por problemas psiquiátricos respecto a los hombres (ver tabla VI.28 y gráfico VI.18).

<sup>2</sup> Dato referido a 2002, ya que actualmente se ha ampliado esta cifra a 72 ESMD.

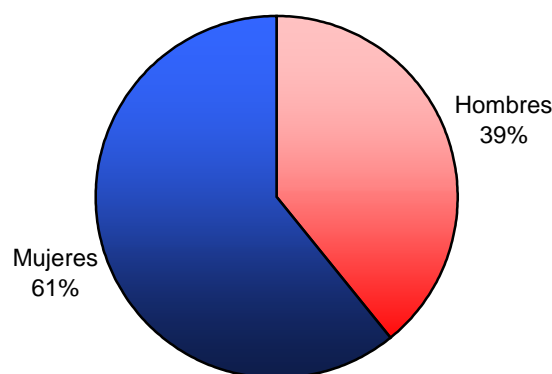
Concretamente del total pacientes atendidos, las mujeres suponen el 61%, mientras los hombres representan el 39%.

Tabla VI.28. Distribución de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) por sexo (2002).

Género	Nº pacientes	% Pacientes
Hombres	65.569	39 %
Mujeres	101.727	61%
Total	167.296	100%

Fuente: SISMA, 2002.

Gráfico VI.18. Distribución porcentual de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) por sexo (2002).



Fuente: SISMA, 2002.

La edad es una de las características de mayor relevancia para la caracterización demográfica de la población con problemas de Salud Mental. El grupo de población adulta, formado por aquellas personas mayores de 18 años y menores de 65, representa el 72% de la población total atendida por los ESMD. Por su parte, la población infantil y juvenil, representa tan sólo el 8%, mientras la población mayor de 65 años el 14% (ver tabla VI.29 y gráfico VI.19).

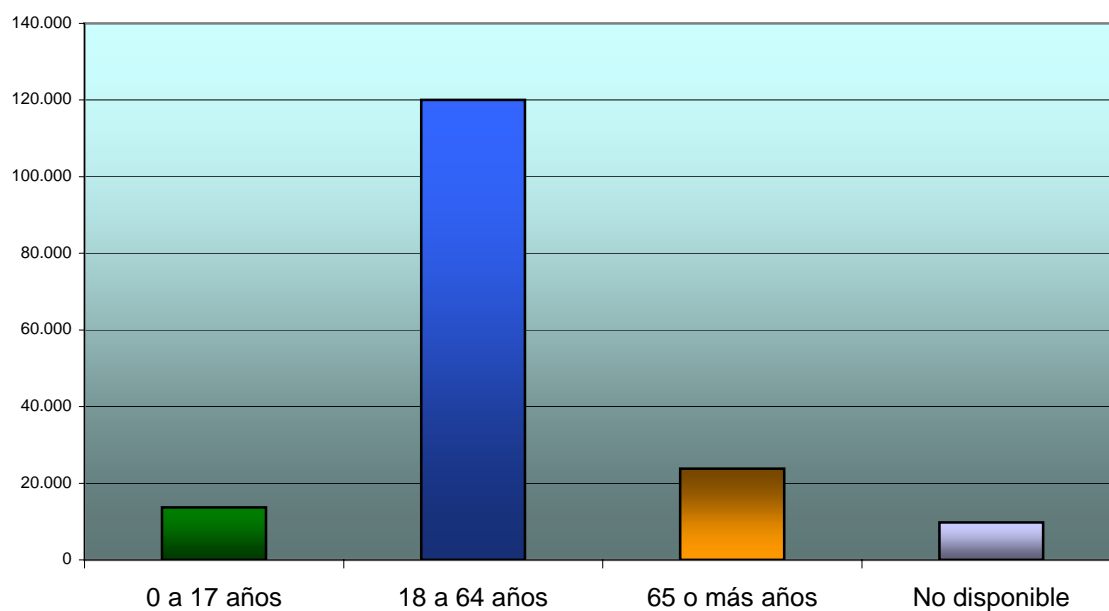


Tabla VI.29. Distribución de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) por grandes grupos de edad (infantil y juvenil, adultos y mayores) (2002).

Grupos de edad	Nº pacientes	% Pacientes
0 a 17 años	13.694	8,19
18 a 64 años	120.018	71,74
65 o más años	23.822	14,24
No disponible	9.762	5,84
Total	167.296	100

Fuente: SISMA, 2002.

Gráfico VI.19. Distribución porcentual de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) por grandes grupos de edad (infantil y juvenil, adultos y mayores) (2002).



Fuente: SISMA, 2002.

El estado civil aumenta el riesgo de padecer enfermedad mental. Diversos estudios epidemiológicos han señalado la correlación existente entre no estar casado y padecer un trastorno mental. Así las personas solteras, divorciadas o viudas tienen una mayor probabilidad de padecer un problema psiquiátrico.

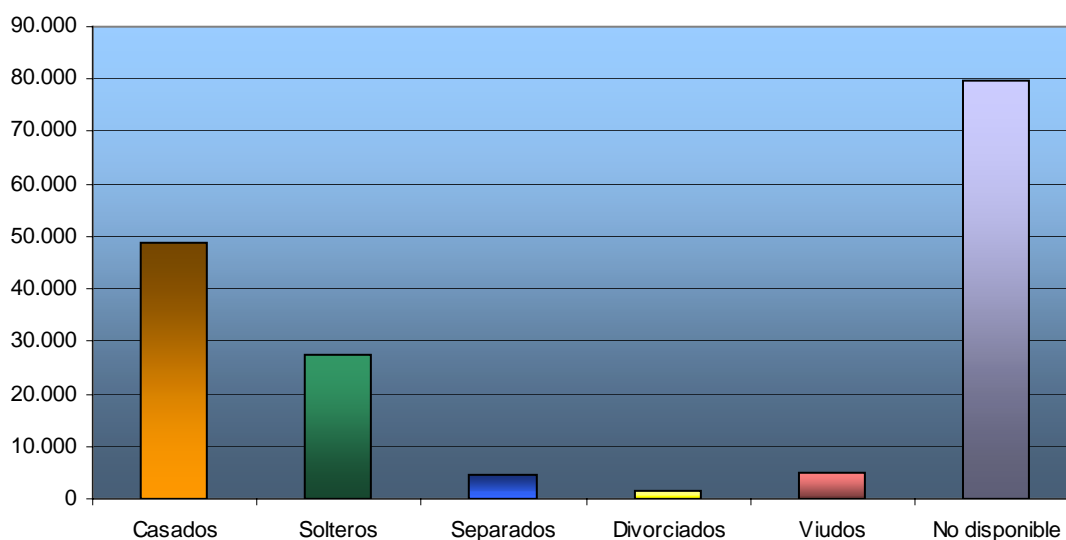
Tabla VI.30. Distribución de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) según su estado civil (2002).

Estado civil	Nº pacientes	% pacientes
Casados	48.877	55,86
Solteros	27.565	31,5
Separados	4.609	5,27
Divorciados	1.447	1,65
Viudos	5.003	5,72
No disponible	79.795	47,7 (total)

Fuente: SISMA, 2002.

Sin embargo, tal y como muestran la tabla VI.30 y el gráfico VI.20, la mayoría de las personas atendidas en los ESMD durante el 2002 estaban casadas, concretamente el 56% de los casos registrados. Sin embargo, es necesario señalar que el grado de cumplimentación del campo “estado civil” fue bajo y sólo se registró dicha información para el 53% de los pacientes que fueron atendidos.

Gráfico VI.20. Distribución porcentual de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) según su estado civil (2002).



Fuente: SISMA, 2002.

La mayor parte de la población atendida se engloba dentro del grupo de población inactiva, poseyendo mayoritariamente el certificado de minusvalía, que les permite obtener una pensión por invalidez. Las personas que reciben pensiones no pueden ostentar ningún puesto de trabajo. Este hecho constituye el mayor obstáculo para la

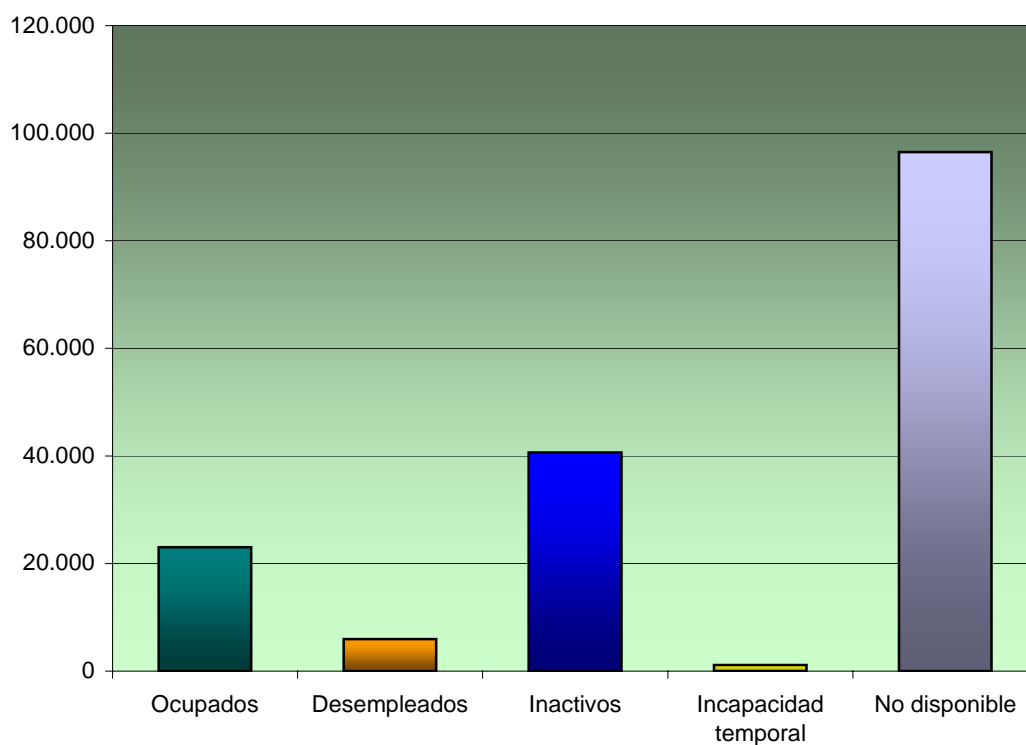
incorporación de las personas con enfermedad mental en el mercado laboral, que por otro lado, constituye el mejor modo de integración social.

Tabla VI.31. Distribución de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) según su situación laboral (2002).

Situación laboral	Nº pacientes	% pacientes
Inactivos	40.671	24,31
Ocupados	23.055	13,78
Desempleados	5.976	3,57
Incapacidad temporal	1.130	0,68
<i>No disponible</i>	96.464	57,66
<i>Total</i>	167.296	100

Fuente: SISMA, 2002.

Gráfico VI.21. Distribución porcentual de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) según su situación laboral (2002).



Fuente: SISMA, 2002.

En la tabla VI.31 y gráfico VI.21 se presentan las distintas situaciones profesionales de los pacientes atendidos en los ESMD. Destaca el casi 28% de pacientes inactivos y desempleados frente al 14% de personas ocupadas. Si bien hay que señalar que no se registró este dato en el 58% de los pacientes atendidos.

Tabla VI.32. Distribución en agrupaciones diagnósticas psiquiátricas de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) (2002).

Agrupaciones de diagnósticos psiquiátricos	Número de pacientes	Porcentaje
Trastornos de ansiedad y/o depresión	53.333	28,89
Trastornos afectivos severos	18.849	10,21
Trastornos psicóticos	17.264	9,35
Trastornos adaptativos	14.388	7,79
Trastornos de la infancia y adolescencia	4.006	2,17
Trastornos orgánicos	2.448	1,33
Retraso mental	2.292	1,24
Trastornos por consumo de sustancias	1.915	1,04
Trastornos de la conducta alimentaria	1.330	0,72
Sin patología psiquiátrica	942	0,51
Diagnóstico aplazado	810	0,44
Trastorno mental sin especificación	266	0,14
No disponible	66.737	36,16

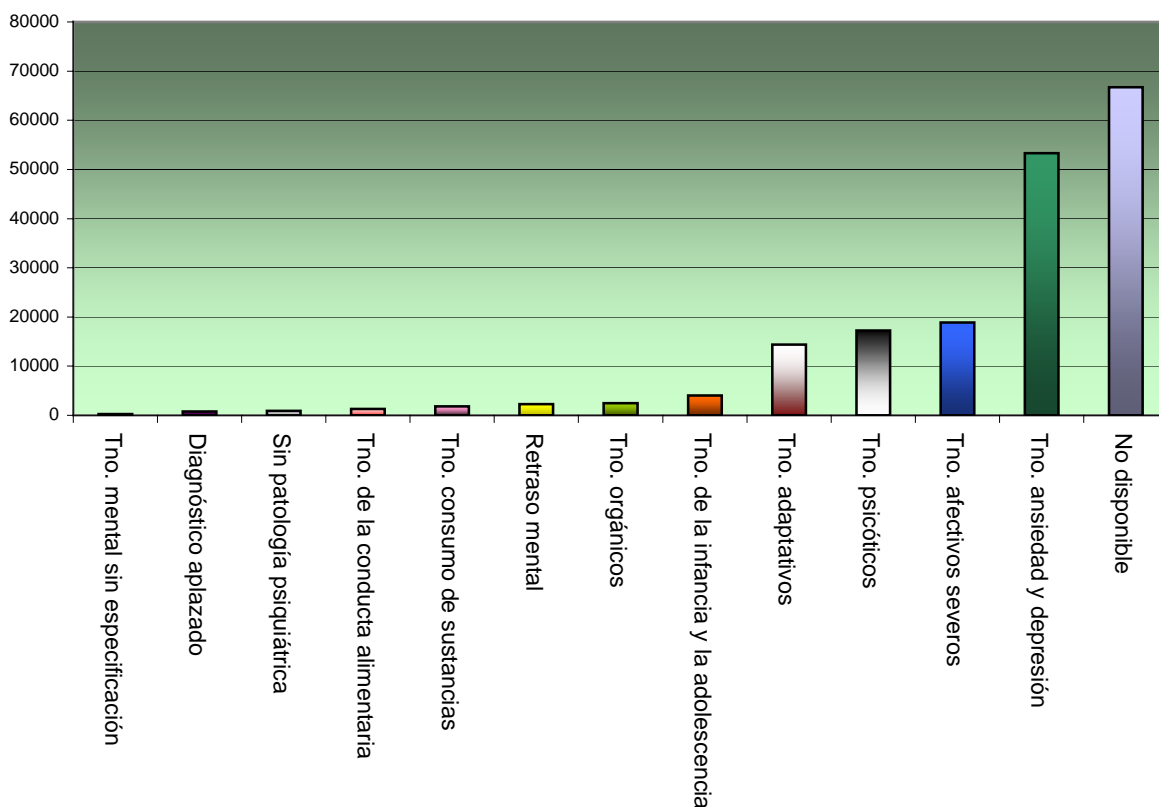
Fuente: SISMA, 2002.

Como se puede observar en la tabla VI.32 y en el gráfico VI.22, los trastornos de ansiedad y depresión constituyen las agrupaciones diagnósticas más atendidas en los ESMD. En segundo escalón, con porcentajes muy inferiores se sitúan los trastornos afectivos severos, los trastornos psicóticos y los trastornos adaptativos. Los trastornos de la infancia y adolescencia suponen el 2,17, se trata de pacientes menores de 18 años que, a

excepción de patologías menos graves, son derivados a las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI) para un tratamiento más especializado. Los trastornos orgánicos se refieren a patologías psiquiátricas con una causa orgánica identificada.

El diagnóstico “retraso mental” hace referencia a las personas con discapacidad intelectual tratadas en los ESMD. Los trastornos debidos al consumo de sustancia se dividen en drogodependencias y abuso de alcohol. El resto de diagnósticos hacen referencia a personas que no presentan patología psiquiátrica alguna, diagnóstico aplazado por diversos motivos y trastorno mental sin especificación cuando no está clara la patología.

Gráfico VI.22. Distribución en agrupaciones diagnósticas psiquiátricas de la población atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) según su diagnostico (2002).



Fuente: SISMA, 2002.

### **2.5.2. Análisis de la procedencia de los pacientes atendidos en los ESMD (2002). El caso de la provincia de Cádiz como ejemplo.**

Como se ha señalado, las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) se definen como aquellas áreas geográficas cuya población es atendida por un ESMD específico, y cuya delimitación se realiza desde el SAS. Como la población no siempre acude al servicio sanitario que le está asignado administrativamente, resulta interesante desde el punto de vista planificador, analizar la procedencia de los pacientes en cada ESMD. Para ello se han analizado los pacientes atendidos en los ESMD especificando sus respectivos municipio de procedencia y señalando si el ESMD es el que le corresponde de acuerdo a la zonificación o no.

Se han detectado algunas irregularidades entre las ASMP descritas en la zonificación de Salud Mental y los desplazamientos de los pacientes atendidos en los ESMD. Del análisis general de estas diferencias se constatan algunas situaciones a tener en cuenta. Así como ejemplo, los habitantes del municipio de Alhaurín de la Torre, en la Costa del Sol malagueña, fueron atendidos mayoritariamente por el ESMD de Málaga Oeste (81%), seguido del ESMD de Puerta Blanca (10%), de Málaga Norte (6%), de Málaga Centro (2%) y por último con sólo 1% de las visitas el ESMD de Coín, siendo este último el ESMD que le correspondía de acuerdo a la zonificación. Por su parte, los habitantes del municipio de Guadalcazar, cuyo municipio forma parte del área de cobertura del ESMD de Palma del Río, fueron atendidos por el ESMD de Córdoba Sur.

A continuación se presentan los resultados del análisis de la procedencia de los pacientes atendidos en los 9 ESMD de la provincia de Cádiz (a excepción del ESMD de San Fernando), en función de los límites de sus respectivas áreas de cobertura. En la tabla VI.33 aparecen clasificados los pacientes en cada municipio y ESMD en el que fueron atendidos, distinguiéndose entre los municipios que quedan fuera del área de cobertura y los municipios de fuera de dicha área. Así mismo, se señalan los porcentajes de los pacientes que no fueron atendidos por el ESMD del área a la que pertenecen oficialmente.

Se registran 7 asistencias a pacientes procedentes de municipios de la provincia de Málaga, 4 pacientes procedentes de la ciudad africana de Ceuta, 3 pacientes procedentes de Sevilla y 1 de Cáceres.

PLANIFICACIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

Tabla VI.33. Municipio de residencia de los pacientes atendidos en cada uno de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) de la provincia de Cádiz (2002).

MUNICIPIOS	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	TOTAL
PROVINCIA DE CÁDIZ	CÁDIZ	JEREZ	ALGECIRAS	BAHÍA	CHICLANA	SANLÚCAR BARRAMEDA	LÍNEA	VILLAMARTÍN	VEJER	
CÁDIZ	3750	4	1	9	1	0	1	0	2	3768
JEREZ DE LA FRONTERA	5	3364	2	4	0	8	2	2	0	3387
ALGECIRAS	3	0	2130	0	0	0	7	0	1	2141
PUERTO DE STA. MARÍA	20	18	0	1743	6	4	0	0	2	1793
CHICLANA DE LA FRONTERA	29	2	0	66	1324	0	1	0	6	1428
SANLÚCAR DE BARRAMEDA	1	5	0	1	0	1300	0	0	0	1307
LÍNEA DE LA CONCEPCION	0	0	10	0	0	1	1265	0	0	1276
PUERTO REAL	210	1	1	544	13	2	0	0	2	773
ARCOS DE LA FRONTERA	1	6	0	0	0	0	0	477	0	484
BARBATE	4	0	0	1	7	1	0	0	461	474
VEJER DE LA FRONTERA	3	0	0	0	1	0	0	0	404	408
ROTA	3	3	0	14	0	358	0	0	0	378
CHIPIONA	1	3	0	0	0	368	0	0	0	372
CONIL DE LA FRONTERA	10	1	0	0	11	0	0	0	334	356
SAN ROQUE	0	0	26	0	0	0	286	1	0	313
LOS BARRIOS	1	0	290	0	0	0	2	0	1	294
UBRIQUE	1	2	0	0	0	0	0	275	0	278
MEDINA-SIDONIA	8	1	0	3	3	0	0	0	222	237
VILLAMARTÍN	2	0	0	0	0	0	0	229	0	231
TARIFA	1	0	196	0	0	0	0	0	2	199
ALGODONALES	0	1	5	0	0	0	0	133	0	139
BORNOS	0	0	0	0	0	0	0	121	0	121
PRADO DEL REY	1	0	0	1	0	0	0	117	0	119
TREBUJENA	0	4	0	0	0	109	0	0	0	113
JIMENA DE LA FRONTERA	0	6	27	0	0	0	79	0	0	112
OLVERA	0	0	0	0	0	0	0	106	0	106
PUERTO SERRANO	0	0	0	1	0	0	0	102	0	103
BENALUP	8	0	0	0	2	0	0	0	87	97
PATERNA DE RIVERA	9	0	0	0	0	0	0	0	85	94
ALCALÁ DE LOS GAZULES	3	1	1	0	1	0	0	1	86	93
ALCALÁ DEL VALLE	2	0	0	0	1	0	0	78	0	81
ESPERA	1	0	0	0	0	0	0	54	0	55
SAN FERNANDO	39	3	1	5	1	1	1	0	0	51
ZAHARA	1	0	0	0	0	0	0	20	24	45
EL BOSQUE	0	0	0	0	0	0	0	37	0	37
GRAZALEMA	0	0	0	0	0	0	0	33	0	33
CASTELLAR DE LA FRONTERA	1	0	4	0	5	0	18	0	0	28
EL GASTOR	0	0	0	0	1	0	0	18	0	19

MUNICIPIOS	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	ESMD	TOTAL
PROVINCIA DE CÁDIZ	CÁDIZ	JEREZ	ALGECIRAS	BAHÍA	CHICLANA	SANLÚCAR BARRAMEDA	LÍNEA	VILLAMARTÍN	VEJER	
SETENIL	0	0	0	0	0	0	0	18	0	18
TORRE-ALHAQUIME	0	0	0	0	0	0	0	8	0	8
ALGAR	0	0	1	0	0	0	0	6	0	7
BENAOCAZ	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7
VILLALUENGA DEL ROSARIO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
CEUTA	2	0	2	0	0	0	0	0	0	4
SEVILLA	2	0	0	0	0	0	0	1	0	3
MARBELLA (MÁLAGA)	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
MANILVA (MÁLAGA)	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
CASARES (MÁLAGA)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
CORTES DE LA FRONTERA (MÁLAGA)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
RONDA (MÁLAGA)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CACERES	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
PACIENTES TOTALES	4124	3425	2698	2392	1377	2152	1666	1846	1719	21399
PACIENTES EN SU ASMP	3750	3364	2616	2287	1324	2135	1648	1840	1679	20643
PACIENTES FUERA DE SU ASMP	374	61	82	105	53	17	18	6	40	756
PORCENTAJE PACIENTES FUERA DE SU ASMP	9,97	1,81	3,13	4,59	4,00	0,80	1,09	0,33	2,38	3,66

ASMP: Área de Salud Mental Pequeña

	Pacientes residentes en municipios pertenecientes a las áreas de cobertura del ESMD señalado.
	Pacientes residentes en municipios no pertenecientes a las áreas de cobertura del ESMD señalado.
	Pacientes residentes en municipios de otras provincias o CCAA.

Fuente: Elaboración propia

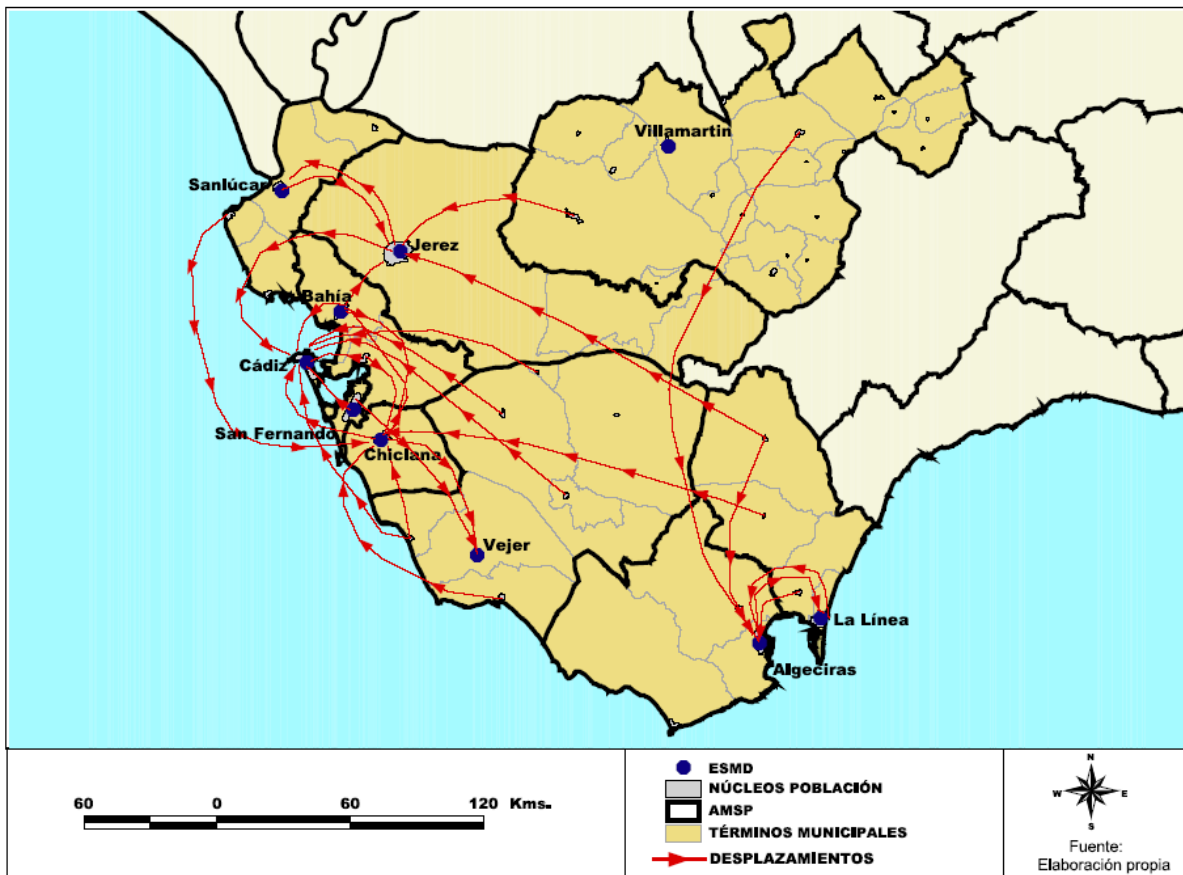
Como puede observarse en el mapa VI.25, el mayor número de desplazamientos entre residentes de distintas áreas se realiza en los municipios de Cádiz, Puerto Real, El Puerto de Santa María, San Fernando y Chiclana. Igualmente destacan los pacientes residentes en el municipio de Algeciras, que fueron atendidos en el ESMD de La Línea y al contrario desde el municipio de La Línea al ESMD de Algeciras. El mayor número de pacientes atendidos fuera de su propia área de cobertura se registró en el ESMD de Cádiz. Concretamente en 210 ocasiones se atendieron a pacientes procedentes del municipio de Puerto Real.

La población perteneciente a los municipios de la Sierra de Cádiz, que se engloban en el área de cobertura del ESMD de Villamartín, no fue atendida por ESMD situados fuera de



su área de cobertura, excepto algunos casos aislados. La menor movilidad de los pacientes de estos municipios montañosos, respecto al resto, se debe se debe a la débil red de comunicación por carreteras entre la mayoría de estos municipios respecto a otros ESMD.

Mapa VI.25. Desplazamiento de pacientes a ESMD que no le corresponden dentro de la provincia de Cádiz de acuerdo al SISMA (2002).



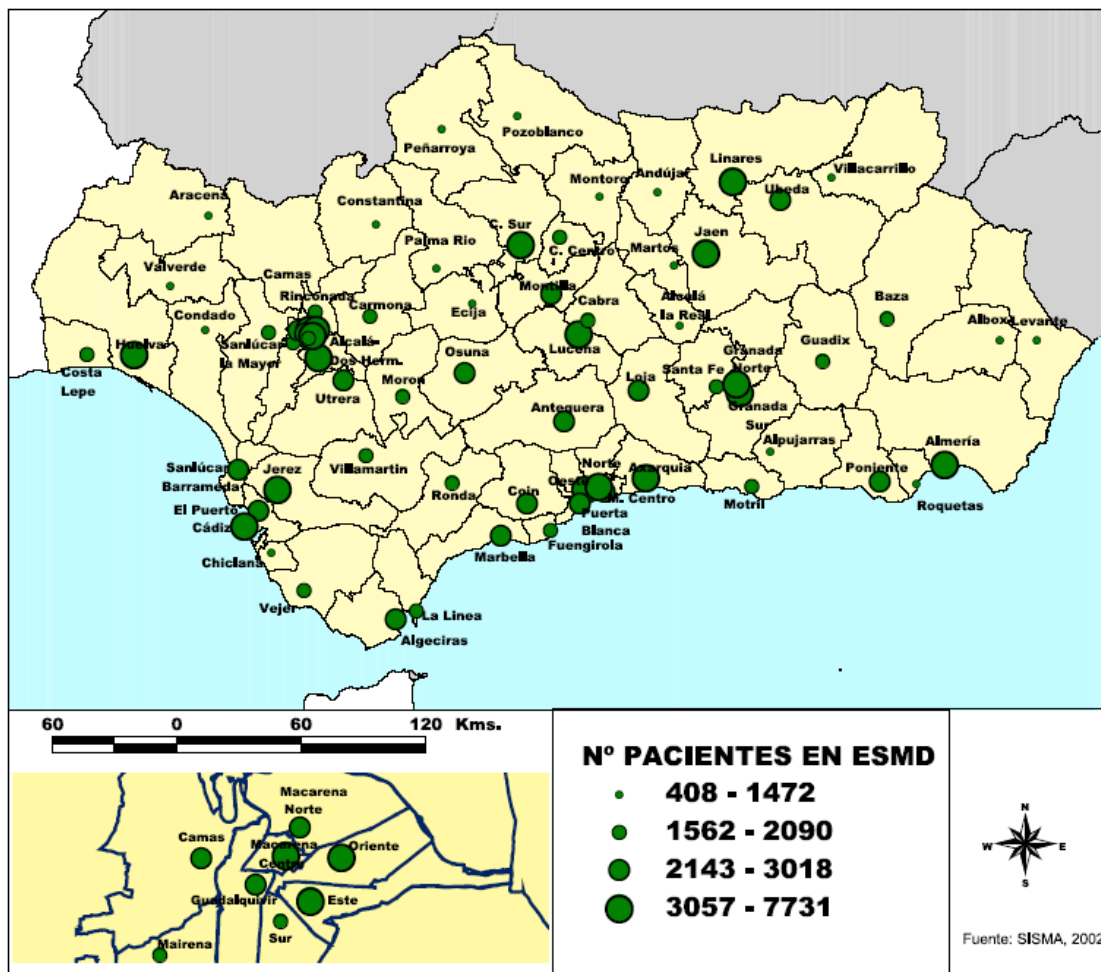
A continuación se analizan cinco indicadores referidos a la actividad desarrollada por los ESMD, como son el número total de pacientes, la incidencia administrativa (tasa de primeras consultas por 1.000 habitantes), la prevalencia administrativa (tasa de pacientes totales por 1.000 habitantes) y la frecuentación administrativa (tasa de consultas totales por 1.000 habitantes), además de un indicador de actividad en las Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG). Además se ha estandarizado el número de pacientes por edad y sexo dando lugar a la Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada (RMAE) por edad y sexo.

**2.5.3. Distribución territorial de los pacientes atendidos por los ESMD (2002).**

En el mapa VI.26 se representa la distribución territorial del número de pacientes atendidos en los ESMD. El mayor número de pacientes se registra por lo general en las áreas de cobertura de los ESMD más pobladas de Andalucía, es decir en las 8 capitales de provincia, a excepción de Córdoba Centro; en las ASMP urbanas de Jerez, el Puerto de Santa María, Algeciras; además de en las ASMP litorales de Sanlúcar de Barrameda, Marbella y Axarquía. Frente a esta situación bastante lógica, encontramos un número de pacientes en las ASMP de Lucena y Úbeda, situadas en las Béticas; el ASMP de Montilla, en el Valle del Guadalquivir; y Linares en la Sierra Morena jienense.

El resto de ASMP presentan un bajo número de pacientes atendidos relacionado con sus escasas poblaciones y sus débiles red de comunicaciones que origina que no puedan desplazarse todos los pacientes que lo harían en caso si el ESMD estuviese más próximo.

Mapa VI.26. Número de pacientes atendidos por los ESMD de Andalucía (2002).

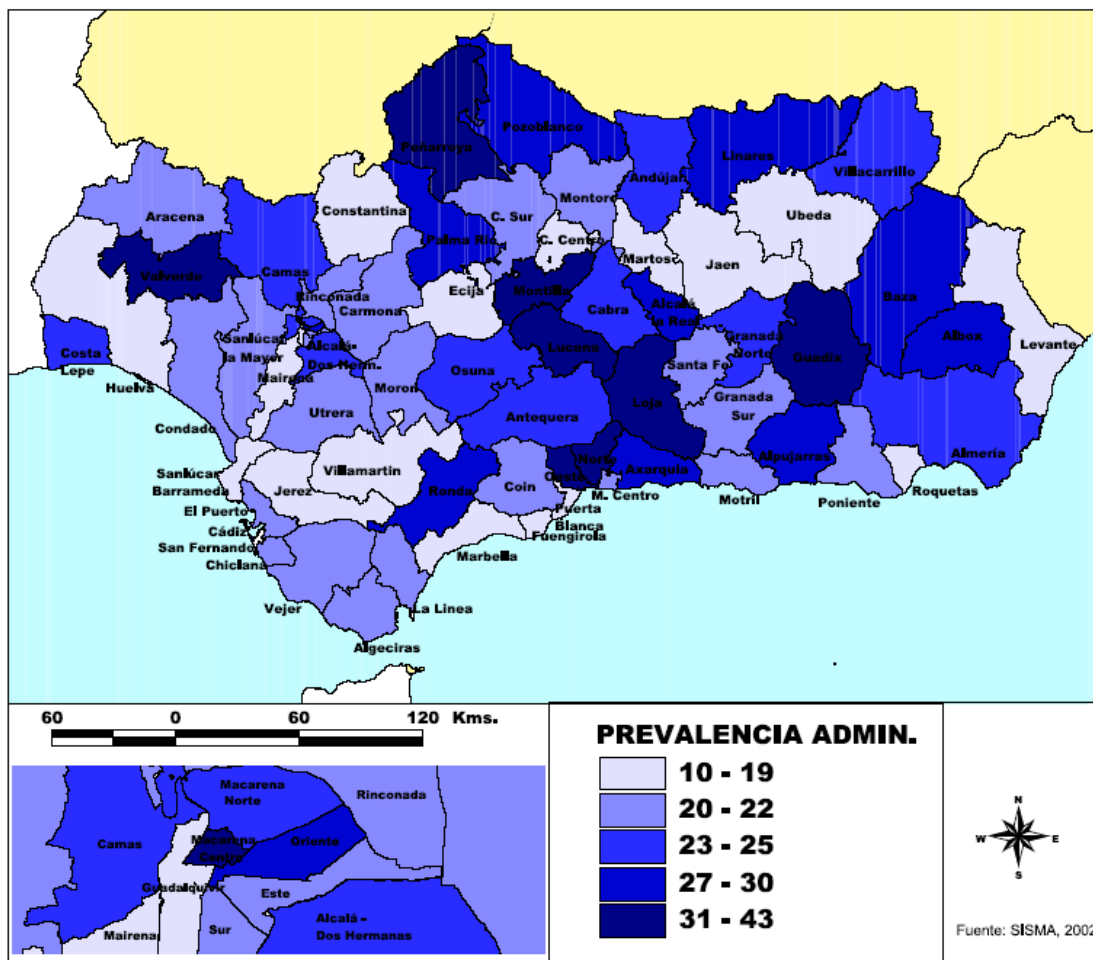


**2.5.4. Distribución territorial de la prevalencia administrativa (2002).**

La prevalencia administrativa señala el número de pacientes atendidos durante el 2002 en los ESMD por cada 1.000 habitantes de sus respectivas áreas de cobertura. Los valores de prevalencia oscilaron entre los 10 pacientes registrados en el ESMD de Levante y los 43 pacientes registrados en el ESMD de Málaga Norte por cada 1.000 habitantes.

En el mapa VI.27 se representa la distribución territorial de los valores de prevalencia administrativa en las diferentes ASMP. Se observan los mayores valores de prevalencia en las ASMP rurales de la Sierra Morena cordobesa, especialmente en el ASMP de Peñarroya; en el ASMP del Surco Intrabético de Valverde, Loja o Guadix; en las ASMP urbanas de Macarena Centro en Sevilla y de Málaga Norte y Oeste. Los menores valores se registran en las ASMP urbanas de Huelva, Jaén, Guadalquivir en Sevilla, Jerez, Córdoba Centro y Jaén; así como en las ASMP de Villamartín, Martos y Úbeda, situadas en las Béticas.

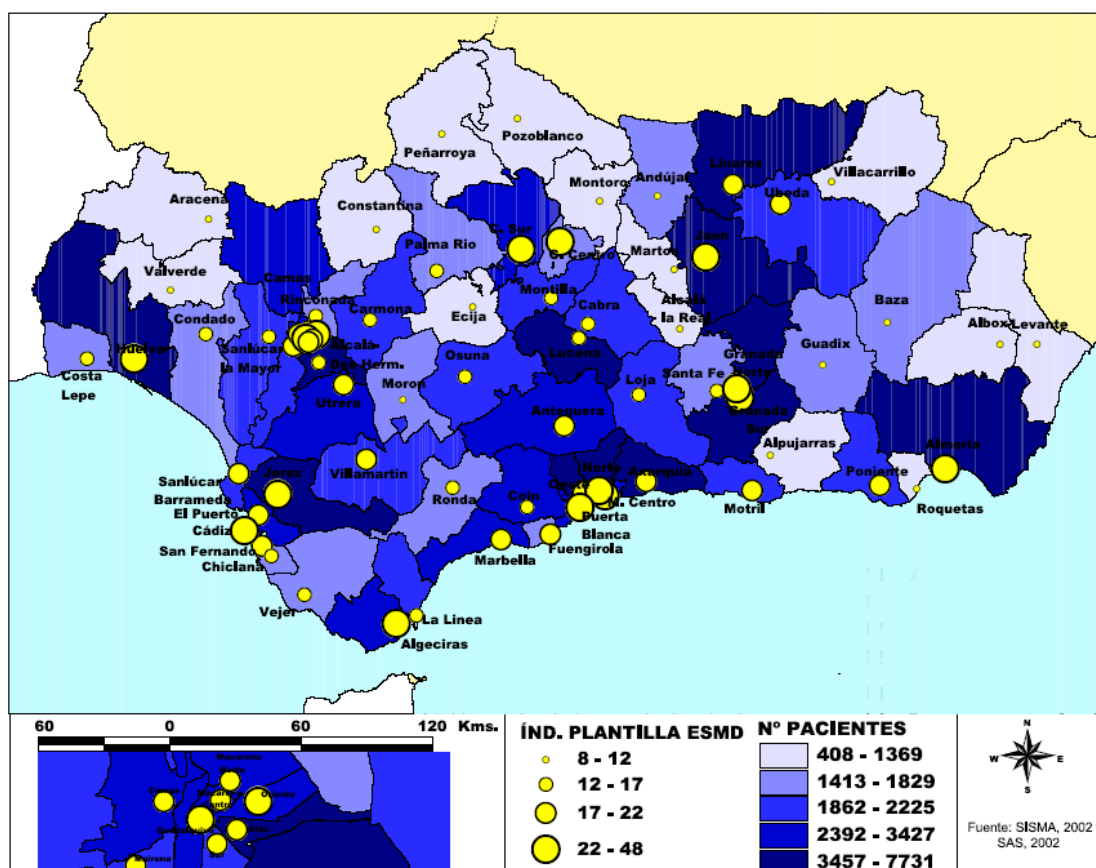
Mapa VI.27. Distribución territorial de la Prevalencia administrativa en los ESMD de Andalucía (2002).



### 2.5.5. Distribución territorial de la morbilidad en función de la plantilla (2002).

Se han representando cartográficamente los distintos valores de plantilla junto al número de pacientes y de consultas realizadas en el mapa VI.28 Esta información permite detectar situaciones relevantes para la asignación de personal a los ESMD.

Mapa VI.28. Indicador de la distribución territorial de la actividad en los ESMD (número de pacientes atendidos) en relación a los profesionales (índice de plantilla) (2002).



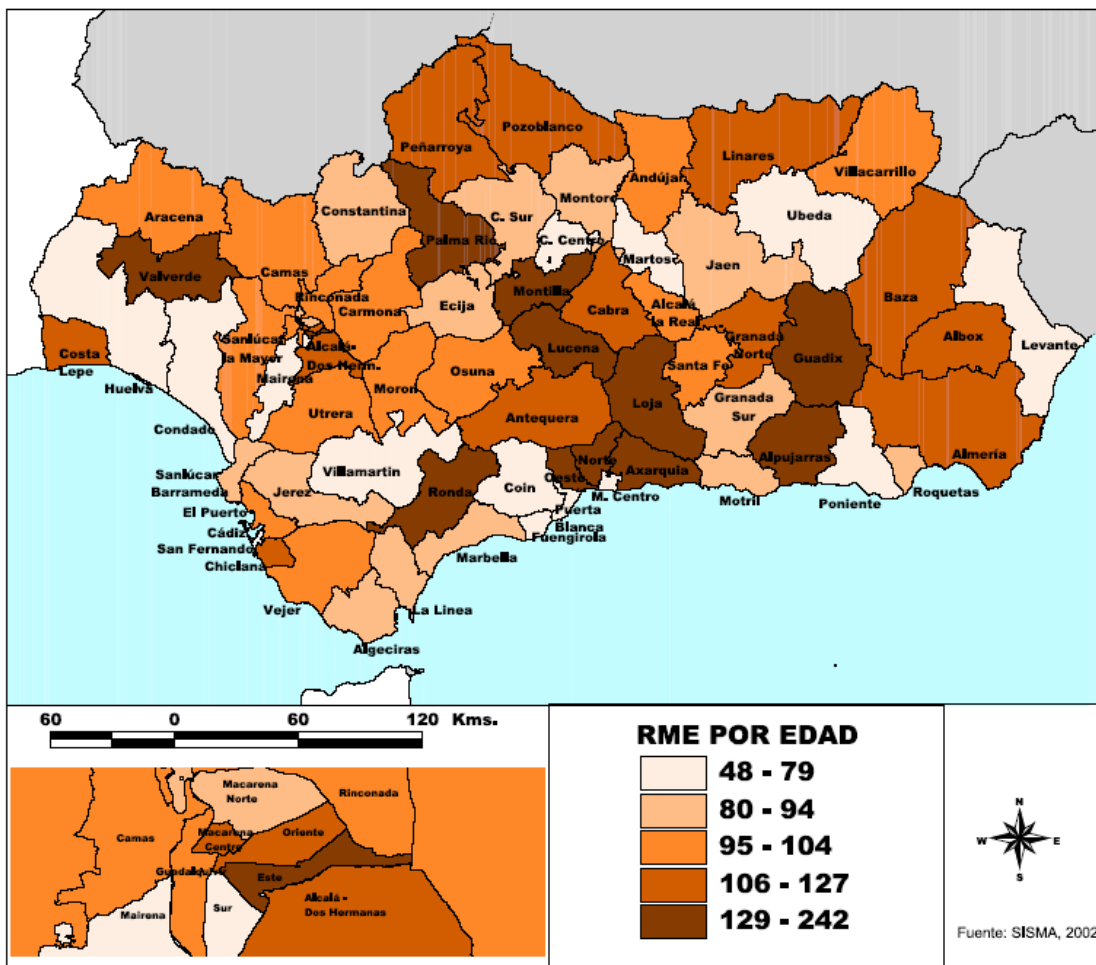
En general se puede observar como los ESMD que atendieron a un número superior de pacientes son los que cuentan con los mayores valores del índice de plantilla y, del mismo modo, los ESMD que atendieron a un número inferior de pacientes son los que cuentan con la plantilla más reducida. Así por Ej., los ESMD como Aracena, Constantina, Peñarroya y Pozoblanco, situados en la Sierra Morena, atendieron a un número inferior de pacientes y al mismo tiempo cuentan con los índices de plantilla más reducidos. A pesar de ello, se observa un importante número de ESMD que, contando con una amplia plantilla, atendieron a pocos pacientes y, al contrario, otros ESMD que, con una plantilla más reducida, atendieron a más pacientes. De este modo, se observa como los ESMD de Lucena y de Alcalá-Dos Hermanas que, aunque, atendieron a un gran número de

pacientes cuenta con una plantilla reducida; y por el contrario los ESMD de Córdoba Centro o de Fuengirola en la Costa del Sol malagueña, a pesar de contar con una plantilla más amplia, atendieron a un número de pacientes significativamente inferior.

**2.5.6. Distribución territorial de la Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada (RMAE) por edad y por sexo (2002).**

Como se comentó en el apartado de metodología, para el evitar el efecto de confusión de los datos de morbilidad que producen factores como la distribución por edad y sexo, se ha procedido a estandarizar este indicador por edad y sexo dando lugar a los indicadores de Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada (RMAE) por edad y por sexo (ver tabla VI.34).

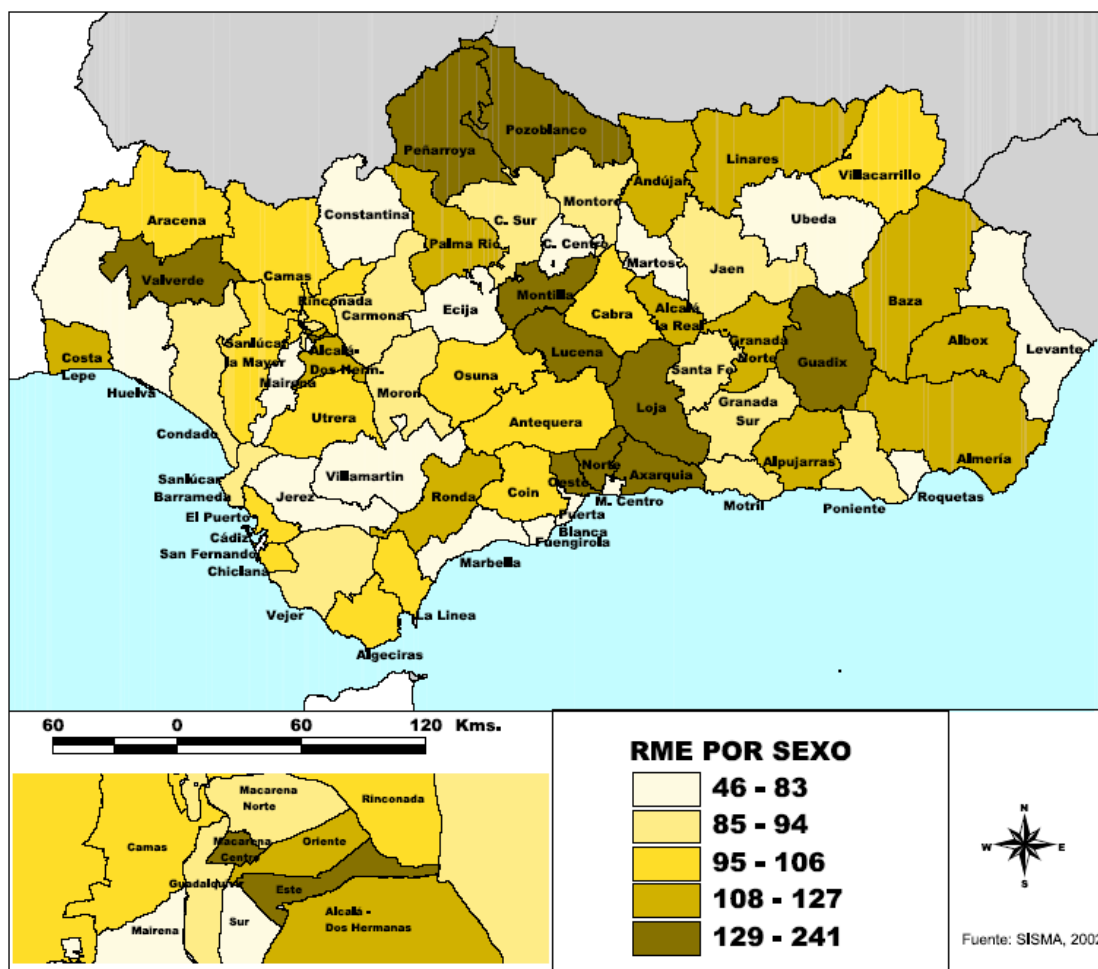
Mapa VI.29. Distribución territorial de la Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada (RMAE) por edad en los ESMD de Andalucía (2002).



La morbilidad total de Andalucía, considerada como estándar, quedó representada con un valor de 100, con lo que un valor de Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada (RMAE)

mayor de 100 indica una prevalencia administrativa superior al conjunto de Andalucía, mientras los valores menores de 100 suponen una prevalencia inferior. Con los valores resultantes de RMAE por edad y sexo referidos a las ASMP se realizaron los respectivos mapas de Andalucía (ver mapas VI.29 Y VI.30).

Mapa VI.30. Distribución territorial de la Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada (RMAE) por sexo en los ESMD de Andalucía (2002).



A pesar de que la edad y el sexo son dos factores de confusión importante respecto a la morbilidad, se puede observar en la cartografía no se existen diferencias significativas entre ambos valores de prevalencia administrativa. Algunas diferencias se pueden apreciar el área de Peñarroya, en la Sierra Morena cordobesa; el área de Guadalquivir y Sevilla Sur situadas en el área metropolitana de Sevilla; o el área de Roquetas en la costa almeriense. Respecto a la RME por sexo las diferencias son menos importantes, y es tan sólo destacable el valor que se registra en el área de Guadalquivir, que supera al área de Sevilla Sur.



Así pues, las diferencias entre los datos de morbilidad psiquiátrica atendida sin estandarizar y estandarizados por edad y sexo son mínimas. Por ello, no se han estandarizado el resto de indicadores.

Tabla VI.34. Prevalencia administrativa y Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada por edad y sexo en los ESMD de Andalucía (2002).

NOMBRE ESMD	Prevalencia administrativa	RME por edad	IC (95%)		RME por sexo	IC (95%)	
Levante	10	48,17	44,74	51,6	45,83	42,58	49,08
Córdoba Centro	11	53,56	51,08	56,04	51,75	49,36	54,13
Puerta Blanca	12	48,06	46,06	50,07	52,29	50,24	54,34
Huelva	16	68,34	66,08	70,6	68,62	66,41	70,82
Villamartín	16	72,83	69,44	76,21	70,72	67,5	73,93
Martos	16	73,75	68,72	78,78	69,73	65,02	74,44
Úbeda	16	77,23	73,95	80,51	71,99	68,94	75,04
Marbella	16	79,78	76,78	82,78	80,05	77,12	82,97
Fuengirola	17	75,92	72,17	79,66	76,33	72,66	79,99
Roquetas	17	82,64	78,16	87,12	75,22	71,15	79,3
Mairena	18	72,04	68,6	75,49	80,16	76,65	83,68
Jerez	18	86,81	83,93	89,69	82,84	80,11	85,57
Écija	19	84,75	79,27	90,23	83,16	77,95	88,38
Constantina	19	85,71	77,29	94,14	82,04	74,08	90
Jaén	19	89,66	86,75	92,56	84,94	82,21	87,67
Sanlúcar de Barrameda	19	93,95	89,98	97,92	86,65	82,99	90,31
Guadalquivir	19	95,52	91,69	99,35	94	90,25	97,74
Sevilla Sur	20	77,15	73,71	80,59	77,3	73,91	80,7
Condado	20	79,16	74,64	83,67	88,5	83,89	93,12
Montoro	20	93,39	87,24	99,54	88,72	82,93	94,51
Motril	20	93,69	89,53	97,85	91,02	87,05	94,99
Málaga Centro	21	71,67	68,84	74,51	83,27	80,29	86,26
Córdoba Sur	21	90,77	87,71	93,82	87,31	84,39	90,23
Algeciras	21	93,99	90,44	97,54	97,59	94,1	101,1
Moron	21	97,01	92,39	101,6	93,46	89,08	97,84
Carmona	21	97,22	92,76	101,7	92	87,82	96,17
Bahía	21	99,95	95,93	104	95,42	91,63	99,21
Vejer	21	101,1	96,33	105,9	93,8	89,39	98,22
Poniente	22	54,02	50,9	57,13	93,91	89,98	97,84
Coin	22	58,87	55,75	61,99	95,64	91,81	99,48
Granada Sur	22	89,1	86,6	91,6	86	83,6	88,39
La Línea	22	91,54	87,35	95,73	97,18	93,02	101,4
Santa Fe	22	95,06	90,54	99,58	94,48	90,15	98,81
Rinconada	22	99,44	94,64	104,2	96,64	92,09	101,2
Aracena	22	99,53	92,32	106,8	96,83	89,92	103,7
Sanlúcar la Mayor	22	103,5	98,76	108,1	96,35	91,99	100,7
Utrera	22	103,6	99,82	107,4	96,59	93,1	100,1
Chiclana	22	109,5	103,7	115,2	101,4	96,09	106,6
Sevilla Este	22	139,2	134,6	143,8	140,4	135,9	145

Macarena Norte	23	89,99	86,46	93,51	88,08	84,65	91,51
Camas	23	104	100,3	107,8	99,37	95,82	102,9
Antequera	23	106	101,7	110,3	103,4	99,33	107,5
Cabra	23	108,5	103,6	113,4	103,3	98,73	107,9
Osuna	24	95,13	90,81	99,46	104,4	100,1	108,8
Villacarrillo	24	97,77	91,15	104,4	106,1	99,44	112,8
Andujar	24	103,6	97,94	109,2	108,3	102,8	113,8
Almería	24	116	113,1	119	109,4	106,7	112,2
Costa Lepe	24	117,4	111,9	122,9	108,9	103,8	113,9
Alcalá-Dos Hermanas	25	115,8	112,2	119,4	112	108,6	115,5
Granada Norte	25	126,4	122,9	129,9	121,9	118,5	125,2
Albox	27	124,7	117,6	131,7	118,5	111,8	125,1
Linares	27	126,5	122,3	130,8	118,9	114,9	122,8
Palma Río	27	128,7	122	135,4	121,4	115,1	127,6
Sevilla Oriente	28	121	116,7	125,4	118,7	114,5	122,9
Baza	28	126,3	120,2	132,5	121	115,1	126,8
Ronda	28	129,4	123	135,8	123,3	117,3	129,4
Alcalá Real	29	101,1	94,31	107,9	126,5	119,1	133,9
Alpujarra	29	130	121,6	138,5	124,2	116,1	132,2
Axarquía	29	135,4	130,9	139,9	129,2	124,9	133,5
Pozoblanco	30	126,3	119,2	133,4	133,2	126,2	140,3
Macarena Centro	31	124,8	120,4	129,1	130,7	126,2	135,1
Cádiz	31	136,4	132,2	140,6	142	137,8	146,3
Valverde	31	136,9	128,9	144,8	136,8	129	144,6
Guadix	31	150,1	142,6	157,6	141	134	148
Lucena	32	148	143	153	141,9	137,2	146,6
Peñarroya	33	115	107,7	122,3	143,8	135,9	151,8
Montilla	33	156,7	150,1	163,2	146,7	140,5	152,8
Loja	35	144,4	137,8	150,9	154,6	148,1	161,2
Málaga Oeste	40	152,1	147,6	156,5	171,1	166,4	175,7
Málaga Norte	43	242,1	236,6	247,6	241,2	235,8	246,6

Fuente: Elaboración propia

### 2.5.7. Distribución territorial de los ingresos psiquiátricos en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales (USM-HG) (2002).

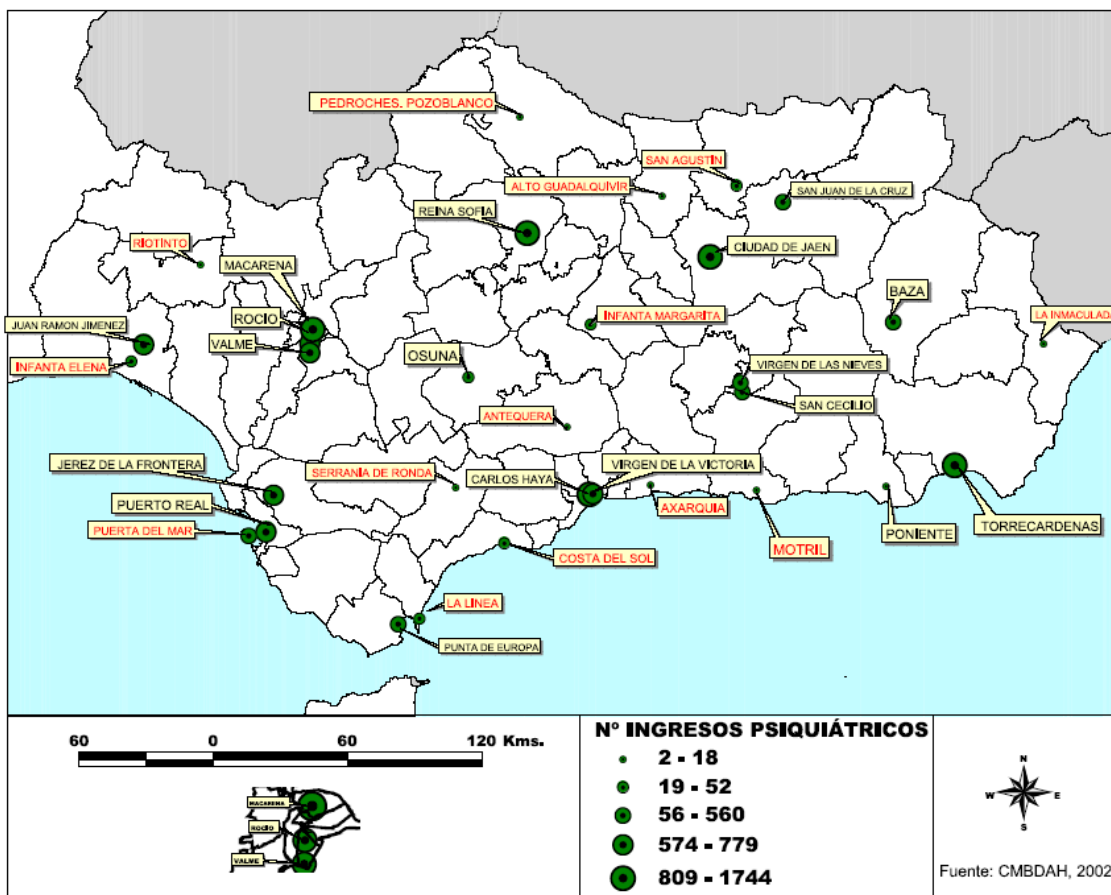
Se ha contabilizado el número de ingresos realizados en algunos de los Hospitales Generales Públicos andaluces diferenciando los ingresos realizados en Hospitales que poseen Unidad específica de Salud Mental (USM-HG) de los que no la tienen (ver mapa VI.31 y tabla VI.35).

Las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales (USM-HG) se localizan en las capitales provinciales, excepto en la de Cádiz. En algunas de estas capitales provinciales se localizan más de una USM-HG como en el caso de las 2 de Sevilla, 2 de Málaga y 2 de



Granada. Además se constatan USM-HG en las ciudades de la Bahía de Cádiz-Jerez de Puerto Real y Jerez; USM-HG el Campo de Gibraltar; en Osuna, situada en la Sierra Sur de Sevilla; Úbeda, Baza, en el Surco Intrabético granadino y Poniente en la costa almeriense. A lo largo del 2002 se produjeron 11.836 ingresos diagnosticados como psiquiátricos. La USM-HG del Hospital Virgen Macarena de Sevilla fue la que registró un mayor número de ingresos, seguida de las USMHG de Torrecárdenas en Almería, Carlos Haya en Málaga, Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Reina Sofía de Córdoba, además de Virgen de Valme y Virgen del Rocío en Sevilla. La USM-HG que registró un menor número de ingresos fue la de Baza en el Surco Intrabético granadino, San Juan de la Cruz de Úbeda y Punta de Europa en Algeciras.

Mapa VI.31. Distribución territorial del número de ingresos psiquiátricos en los Hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) (en rojo los hospitales que carecen de Unidad de Salud Mental de Hospital General) (2002).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CMBD. Servicio de Producto Sanitario. Subdirección de Asistencia Especializada - Gestión Sanitaria. SSCC. SAS.

Además de los ingresos realizados en estas USM-HG, el análisis del Conjunto Mínimo de Datos de Alta Hospitalaria (CMBDAH) permite constatar ingresos psiquiátricos que fueron realizados en Hospitales Generales, en los que no existe ninguna Unidad específica de

Salud Mental. Así, se registraron 56 ingresos en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz, 52 en el Hospital Costa del Sol de Marbella, 28 en el Hospital Infanta Margarita de Cabra, 20 ingresos en el Hospital San Agustín de Linares, 20 en el Infanta Elena de Huelva, o 19 en el Hospital de La Línea de la Concepción y 18 ingresos en el Hospital La Inmaculada de Huercal-Overa, situado en la costa almeriense.

Tabla VI.35. Ingresos hospitalarios de Salud Mental diferenciando los Hospitales que cuentan con Unidades de Salud Mental especializadas (USM-HG) en Andalucía.

HOSPITALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA (SSPA)	PROVINCIA	USM-HG	INGRESOS	%
H. SAS. U. VIRGEN MACARENA	SEVILLA	SI	1744	14,73
H. SAS. TORRECARDENAS	ALMERÍA	SI	990	8,36
H. SAS. CARLOS HAYA	MÁLAGA	SI	861	7,27
H. SAS. CIUDAD DE JAEN	JAÉN	SI	845	7,14
H. SAS. U. REINA SOFIA	CÓRDOBA	SI	809	6,84
H. SAS. U. NTRA. SRA. DE VALME	SEVILLA	SI	779	6,58
H. SAS. U. VIRGEN DEL ROCIO	SEVILLA	SI	773	6,53
H. SAS. JUAN RAMON JIMENEZ	HUELVA	SI	742	6,27
H. SAS. U. PUERTO REAL	CÁDIZ	SI	734	6,20
H. SAS. U. VIRGEN DE LA VICTORIA	MÁLAGA	SI	630	5,32
H. SAS. JEREZ DE LA FRONTERA	CÁDIZ	SI	574	4,85
H. SAS. VIRGEN DE LAS NIEVES	GRANADA	SI	560	4,73
H. SAS. U. SAN CECILIO GRANADA	GRANADA	SI	532	4,49
H. SAS. PUNTA DE EUROPA (ALGECIRAS)	CÁDIZ	SI	439	3,71
H. SAS. SAN JUAN DE LA CRUZ (UBEDA)	JAÉN	SI	318	2,69
H. SAS. BAZA	GRANADA	SI	185	1,56
H. SAS. U. PUERTA DEL MAR	CÁDIZ	NO	56	0,47
H. COSTA DEL SOL (MARBELLA)	MÁLAGA	NO	52	0,44
H. SAS. INFANTA MARGARITA (CABRA)	CÓRDOBA	NO	28	0,24
H. SAS. NTRA. SRA. MERCED (OSUNA)	SEVILLA	SI	27	0,23
H. SAS. INFANTA ELENA (HUELVA)	HUELVA	NO	20	0,17
H. SAS. SAN AGUSTIN (LINARES)	JAÉN	NO	20	0,17
H. SAS. LA LINEA DE LA CONCEPCION	CÁDIZ	NO	19	0,16
H. SAS. STª ANA MOTRIL	GRANADA	NO	18	0,15
H. SAS. LA INMACULADA (HUERCAL-OVERA)	ALMERÍA	NO	18	0,15
H. de PONIENTE (EL EJIDO)	ALMERÍA	SI	18	0,15
H. SAS. SERRANIA DE RONDA	MÁLAGA	NO	13	0,11
H. SAS. AXARQUIA (VELEZ-MALAGA)	MÁLAGA	NO	11	0,09
H. SAS. ANTEQUERA	MÁLAGA	NO	9	0,08
H. SAS. V. DE LOS PEDROCHES. POZOBLANCO	CÓRDOBA	NO	7	0,06
H. ALTO GUADALQUIVIR (ANDUJAR)	JAÉN	NO	3	0,03
H. SAS. RIOTINTO	HUELVA	NO	2	0,02

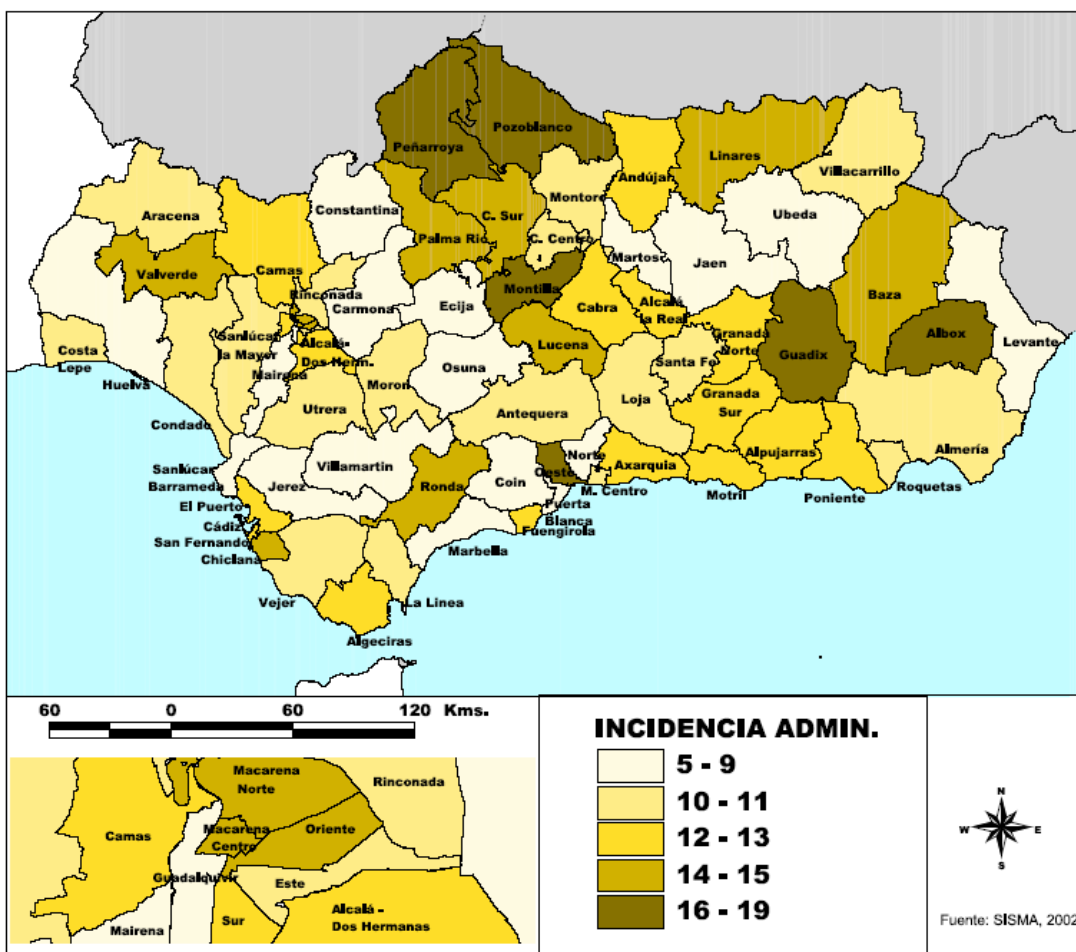
Fuente: CMBD. Servicio de Producto Sanitario. Subdirección de Asistencia Especializada - Gestión Sanitaria.

SSCC. SAS.

**2.5.8. Distribución territorial de la incidencia administrativa (2002).**

La incidencia administrativa señala el número de primeras consultas registradas en cada uno de los ESMD por cada 1.000 habitantes de sus respectivas áreas de coberturas. Este indicador señala el número de pacientes que se han incorporado a la red de Salud Mental durante el año 2002, ya que el ESMD supone el dispositivo de entrada en el sistema de atención de Salud Mental. Se han representado cartográficamente todos los valores referidos a las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP), como se puede observar en el mapa VI.32.

Mapa VI.32. Distribución territorial de la Incidencia administrativa en los ESMD de Andalucía (2002).



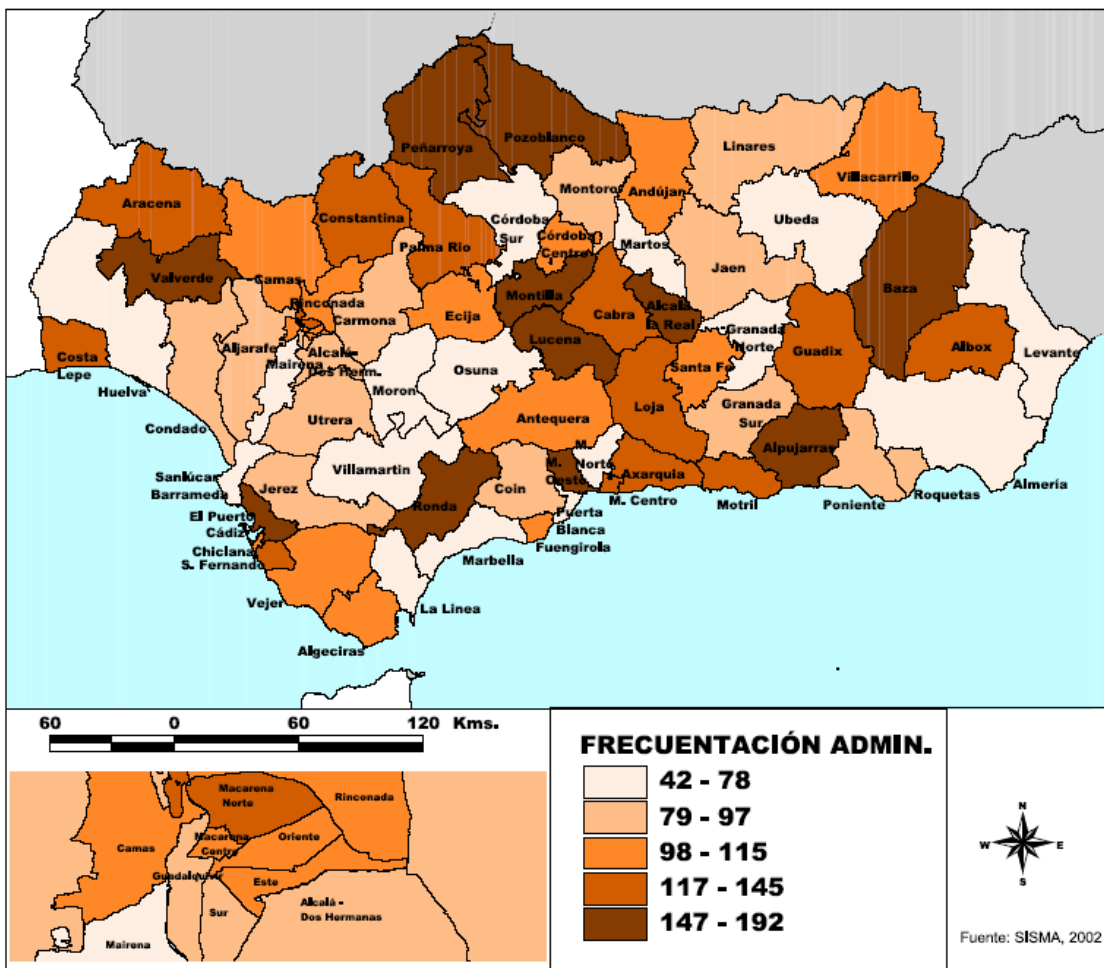
Las tasas que se registraron oscilan entre las 5 primeras consultas por 1.000 habitantes, registradas en el ESMD de Málaga Norte, y las 19 primeras consultas de Montilla, en la provincia de Córdoba, siendo la mediana de 11 pacientes nuevos por cada 1.000 habitantes.

Los mayores valores de incidencia administrativa se localizan en las ASMP de la Sierra Morena cordobesa, Peñarroya y Pozoblanco; en el área de Montilla localizado en el Valle del Guadalquivir cordobés, en el área de Guadix en el Surco Intrabético granadino y en el área de Albox en Almería. Igualmente se registra un valor alto en el área urbana de Málaga Oeste.

**2.5.9. Distribución territorial de la frecuentación administrativa (2002).**

La frecuentación administrativa indica el número total de consultas realizadas en los ESMD durante el 2002 por cada 1.000 habitantes residentes en sus respectivas áreas de cobertura. En el mapa VI.33 aparecen representados los valores de frecuentación administrativa en las distintas ASMP.

Mapa VI.33. Distribución territorial de la Frecuentación administrativa en los ESMD de Andalucía (2002).



Los valores oscilan entre las 42 consultas totales por cada 1.000 habitantes, registradas en el ESMD de Puerta Blanca en Málaga, y las 192 consultas totales en el ESMD de Pozoblanco, en la Sierra Morena cordobesa.

Como se puede observar en la cartografía VI.30, los mayores valores de frecuentación administrativa se localizan en las ASMP de Peñarroya y Pozoblanco, situadas en la Sierra Morena cordobesa; en el área de Valverde, situadas el Surco Intrabético onubense; las ASMP de Ronda, Lucena o Alcalá la Real o La Alpujarra, en las Béticas; las ASMP urbanas de Cádiz y de El Puerto; o el ASMP de Baza, en el Surco Intrabético granadino.

En general, destacan los altos valores de frecuentación que se registran en las ASMP de la provincia cordobesa y los bajos valores de las áreas del Valle del Guadalquivir y Sierra Sur sevillana; y ASMP orientales de Almería.

En la tabla VI.36 aparece representado la incidencia administrativas (número de primeras consultas), prevalencia administrativa (número de pacientes atendidos) y la frecuentación administrativa (número de consultas totales).

Tabla VI.36. Indicadores de actividad referidos a los 71 ESMD (incidencia - primeras consultas; prevalencia - pacientes totales y frecuentación - consultas totales) (2002).

ESMD	INCIDENCIA (PRIMERAS CONSULTAS)	PREVALENCIA (PACIENTES TOTALES)	FRECIENTACIÓN (CONSULTAS TOTALES)
Albos	16 (715)	27 (1208)	130 (5811)
Alcalá Real	12 (488)	29 (1130)	162 (6407)
Alcalá-Dos Hermanas	12 (1936)	25 (4067)	93 (14955)
Algeciras	12 (1697)	21 (2996)	98 (13831)
Almería	11 (2734)	24 (6039)	78 (19671)
Alpujarra	12 (388)	29 (914)	171 (5444)
Andujar	13 (788)	24 (1472)	108 (6634)
Antequera	10 (1035)	23 (2443)	106 (11045)
Aracena	11 (376)	22 (755)	120 (4073)
Axarquía	13 (1526)	29 (3475)	130 (15550)
Bahía	12 (1345)	21 (2438)	147 (16726)

Baza	14 (800)	28 (1638)	154 (9089)
Cabra	12 (1020)	23 (1951)	141 (11824)
Cádiz	14 (1841)	31 (4277)	151 (20543)
Camas	12 (1582)	23 (3018)	105 (13998)
Carmona	9 (778)	21 (1865)	91 (8207)
Chiclana	14 (883)	22 (1417)	128 (8142)
Coín	9 (1051)	22 (2392)	92 (10159)
Condado	10 (724)	20 (1413)	88 (6225)
Constantina	8 (186)	19 (408)	132 (29049)
Córdoba Centro	11 (1925)	11 (1803)	110 (18853)
Córdoba Sur	14 (2345)	21 (3427)	70 (11411)
Costa Lepe	11 (794)	24 (1759)	145 (10512)
Écija	7 (376)	19 (978)	99 (5206)
Fuengirola	12 (1257)	17 (1666)	103 (10393)
Granada Norte	13 (2594)	25 (5042)	77 (15696)
Granada Sur	12 (2779)	22 (4959)	91 (20871)
Guadalquivir	8 (1071)	19 (2421)	89 (11384)
Guadix	16 (798)	31 (1562)	143 (7114)
Huelva	8 (1925)	16 (3719)	50 (11932)
Jaén	9 (1747)	19 (3724)	79 (15361)
Jerez	9 (1776)	18 (3527)	97 (18537)
La Línea	11 (1059)	22 (2090)	77 (7458)
Levante	7 (511)	10 (766)	75 (5534)
Linares	14 (1815)	27 (3457)	96 (12291)
Loja	11 (695)	35 (2159)	132 (8186)
Lucena	15 (1641)	32 (3485)	161 (17415)
Macarena Centro	14 (1536)	31 (3365)	108 (11693)
Macarena Norte	15 (1658)	23 (2530)	138 (15088)

PLANIFICACIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA

Mairena Aljarafe	7 (788)	18 (1999)	62 (6858)
Málaga Centro	11 (1494)	21 (2990)	117 (16647)
Málaga Norte	5 (973)	43 (7731)	51 (9331)
Málaga Oeste	17 (2187)	40 (5237)	150 (19478)
Marbella	9 (1654)	16 (2874)	52 (9288)
Martos	9 (500)	16 (841)	77 (4122)
Montilla	19 (1260)	33 (2204)	160 (10594)
Montoro	10 (461)	20 (902)	97 (4386)
Morón	10 (795)	21 (1750)	77 (6422)
Motril	13 (1259)	20 (2020)	128 (12705)
Osuna	9 (837)	24 (2225)	70 (6569)
Palma Río	15 (793)	27 (1455)	122 (6497)
Peñarroya	18 (704)	33 (1262)	182 (7061)
Poniente	13 (1284)	22 (2194)	84 (8421)
Pozoblanco	17 (761)	30 (1369)	192 (8669)
Puerta Blanca	7 (1458)	12 (2493)	42 (8724)
Rinconada	10 (785)	22 (1732)	100 (7966)
Ronda	15 (836)	28 (1585)	190 (10699)
Roquetas	11 (817)	17 (1309)	84 (6321)
San Fernando	13 (1125)	0	111 (9791)
Sanlúcar Barrameda	9 (981)	19 (2157)	78 (8699)
Sanlúcar la Mayor	11 (948)	22 (1875)	84 (7248)
Santa Fe	11 (954)	22 (1829)	115 (9673)
Sevilla Este	11 (1825)	22 (3617)	102 (16670)
Sevilla Oriente	15 (1577)	28 (3057)	115 (12367)
Sevilla Sur	12 (1175)	20 (1991)	84 (8446)
Úbeda	8 (1022)	16 (2143)	68 (8891)
Utrera	11 (1421)	22 (2945)	81 (10946)

Valverde	15 (590)	31 (1188)	188 (7253)
Vejer	10 (816)	21 (1734)	114 (9256)
Villacarrillo	10 (393)	24 (971)	107 (4319)
Villamartín	8 (933)	16 (1862)	67 (7833)
<b>TOTAL ANDALUCÍA</b>	<b>11 (83.601)</b>	<b>23 (167.296)</b>	<b>100 (738.323)</b>

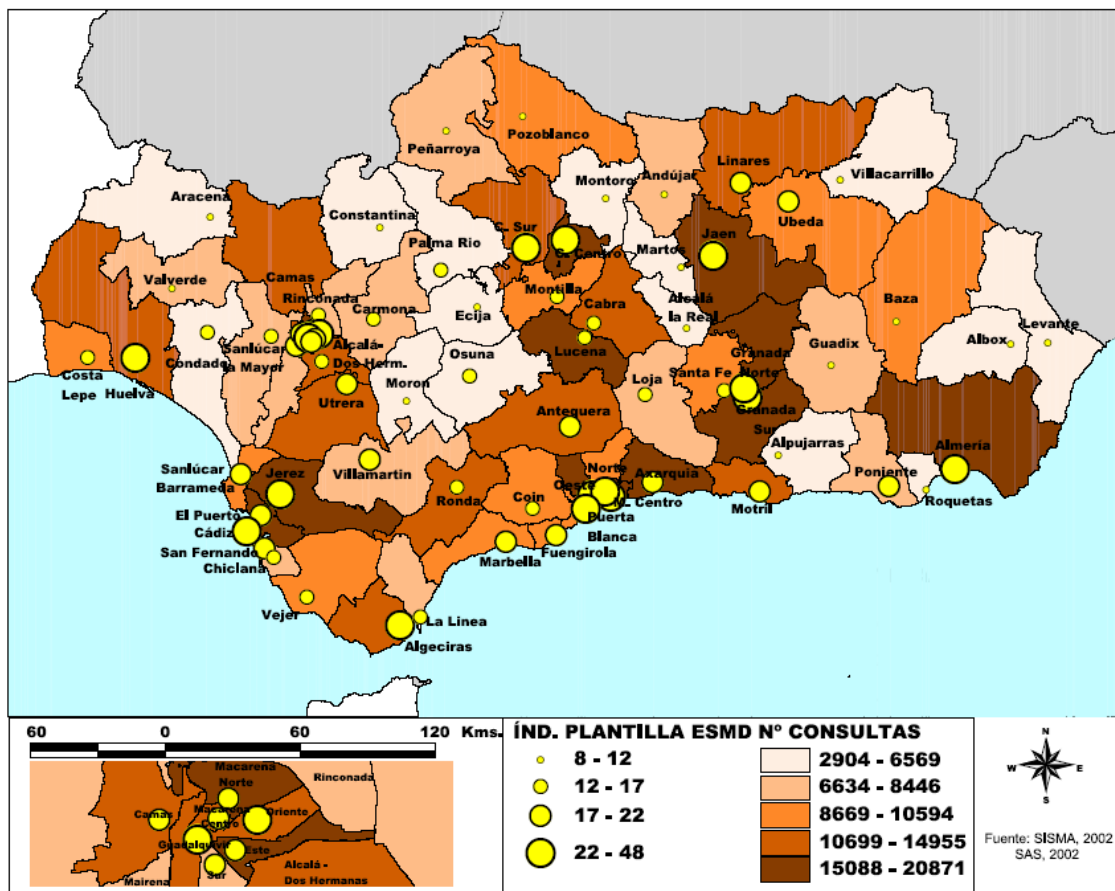
Fuente: SISMA, 2002

#### 2.5.10. Distribución territorial del número de consultas realizadas por los ESMD en relación a la plantilla (2002).

Observando el mapa VI.34, podemos apreciar como en general existe una concordancia entre el número de consultas realizadas y los valores del índice de plantilla en los respectivos ESMD. Así los ESMD urbanos son los que en general, registran mayor número de consultas y, a su vez, poseen una mayor plantilla. En esta misma línea, los ESMD de las zonas montañosas; como los de Aracena, Constantina, Peñarroya y Pozoblanco, en la Sierra Morena; registran un escaso número de consultas totales que podría explicar el menor valor del índice de profesionales. Sin embargo encontramos algunas excepciones a esto, así el ESMD de Poniente, a pesar de que cuenta con una amplia plantilla, realizó un reducido número de consultas. O también, el ESMD de Lucena, que realizó muchas consultas, posee un escaso valor del índice de profesionales que forman su plantilla. Algo parecido ocurre con el ESMD de Axarquía desde donde se realizaron bastantes más consultas que en el ESMD de Poniente, aunque sin embargo ambos ESMD cuentan con valores del índice de profesionales similares.



Mapa VI.34. Indicador de la distribución territorial de la actividad en los ESMD (número de consultas realizadas) en relación a los profesionales (índice de plantilla) (2002).



**2.5.11. Creación de índices de actividad compuestos mediante el Análisis de Componentes Principales.**

Para poder sintetizar la información procedente de los indicadores sociodemográficos antes estudiados se procedió a efectuar el Análisis de Componentes Principales (ACP), permitiendo crear índices compuestos. Como se señaló en el apartado referido a indicadores sociodemográficos, el ACP conlleva la realización de una serie de pasos previos que comienzan por evaluar la adecuación de dicha técnica estadística a nuestros datos, para lo que hemos utilizado la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett (tabla VI.37) (Pérez, 2004), (Almenara y cols, 2002). Al igual que ocurriera con las variables sociodemográficas, los resultados obtenidos nos indican la adecuación del análisis propuesto para cubrir nuestros objetivos.

Tabla VI.37. KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,545
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	685,252
	Gl	21
	Sig.	,000

Fuente: Elaboración propia

En este caso se seleccionaron los dos primeros valores propios superiores a la unidad, a saber  $I_1=3,509$  que explica el 50,12% de la variabilidad inicial y el  $I_2=2,390$  que explica el 34,14%; en conjunto ambos valores explican el 84,27% de la variabilidad inicial, criterio suficiente para poder seleccionar las dos primeras componentes asociadas (tabla VI.38).

Tabla VI.38. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,509	50,122	50,122	3,509	50,122	50,122
2	2,390	34,144	84,266	2,390	34,144	84,266
3	,702	10,022	94,288			
4	,310	4,435	98,723			
5	,054	,778	99,501			
6	,019	,268	99,769			
7	,016	,231	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Elaboración propia

Para poder entender el significado de ambas componentes es necesario estudiar la correlación entre las variables originalmente medidas y las CP seleccionadas, lo que especifica la intensidad de la contribución de cada variable en la componente seleccionada y nos ayuda a nombrarla facilitando la interpretación del nuevo índice generado (tabla VI.39).

La matriz de correlaciones variables componentes, nos muestra que la correlación mayor de la primera componente se da con la variable población de las distintas áreas de cobertura ( $r=0,962$ ), primeras consultas ( $r=0,940$ ), pacientes totales ( $r=0,896$ ) y consultas totales ( $r=0,841$ ). Se observan correlaciones negativas con las variables incidencia administrativa, prevalencia administrativa y frecuentación administrativa que están referidas a la población. En la segunda componente las mayores correlaciones se producen con variables expresadas en tasa como la incidencia administrativa ( $r=0,888$ ), la prevalencia administrativa ( $r=0,823$ ) y frecuentación administrativa ( $r=0,820$ ). Por su parte

las variables absolutas, que no están relacionadas con la población de referencia, obtienen valores negativos.

**Tabla VI.39. Matriz de componentes**

	Componente	
	1	2
Nº PACIENTES TOTALES	,896	,196
Nº PRIMERAS CONSULTAS	,940	,191
Nº CONSULTAS TOTALES	,841	,366
POBLACIÓN COBERTURA ESMD	,962	-,209
INCIDENCIA ADMINISTRATIVA (PRIMERAS CONSULTAS POR 1.000)	-,100	,888
PREVALENCIA ADMINISTRATIVA (PACIENTES TOTALES POR 1.000)	-,031	,820
FRECUENTACION ADMINISTRATIVA (CONSULTAS TOTALES POR 1.000)	-,422	,823

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Fuente: Elaboración propia

Se puede interpretar que en la componente 1 pesan más las variables relacionadas con la morbilidad asistencial, ya que el concepto de morbilidad está ligado a una población de referencia. Sin embargo, la componente 2 se refiere al volumen asistencial, ya que, el volumen asistencial no tiene en cuenta a ninguna población de referencia. Son pues las variables absolutas las que determinan el volumen final de población atendida, al margen de la población del área asistencial de cobertura del dispositivo asistencial.

A continuación se procedió a calcular las puntuaciones que obtienen las distintas ASMP en las dos componentes seleccionadas, en función de los datos de la matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones en las componentes (tabla VI.40), para poder dar un ordenamiento de los mismos. Los resultados obtenidos referidos a cada una de las 71 áreas de cobertura de los ESMD (ASMPI) aparecen representados en el mapa VI.35, referido al componente principal 1, y en el mapa VI.36, referido al componente principal 2.

Tabla VI.40. Matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones en las componentes

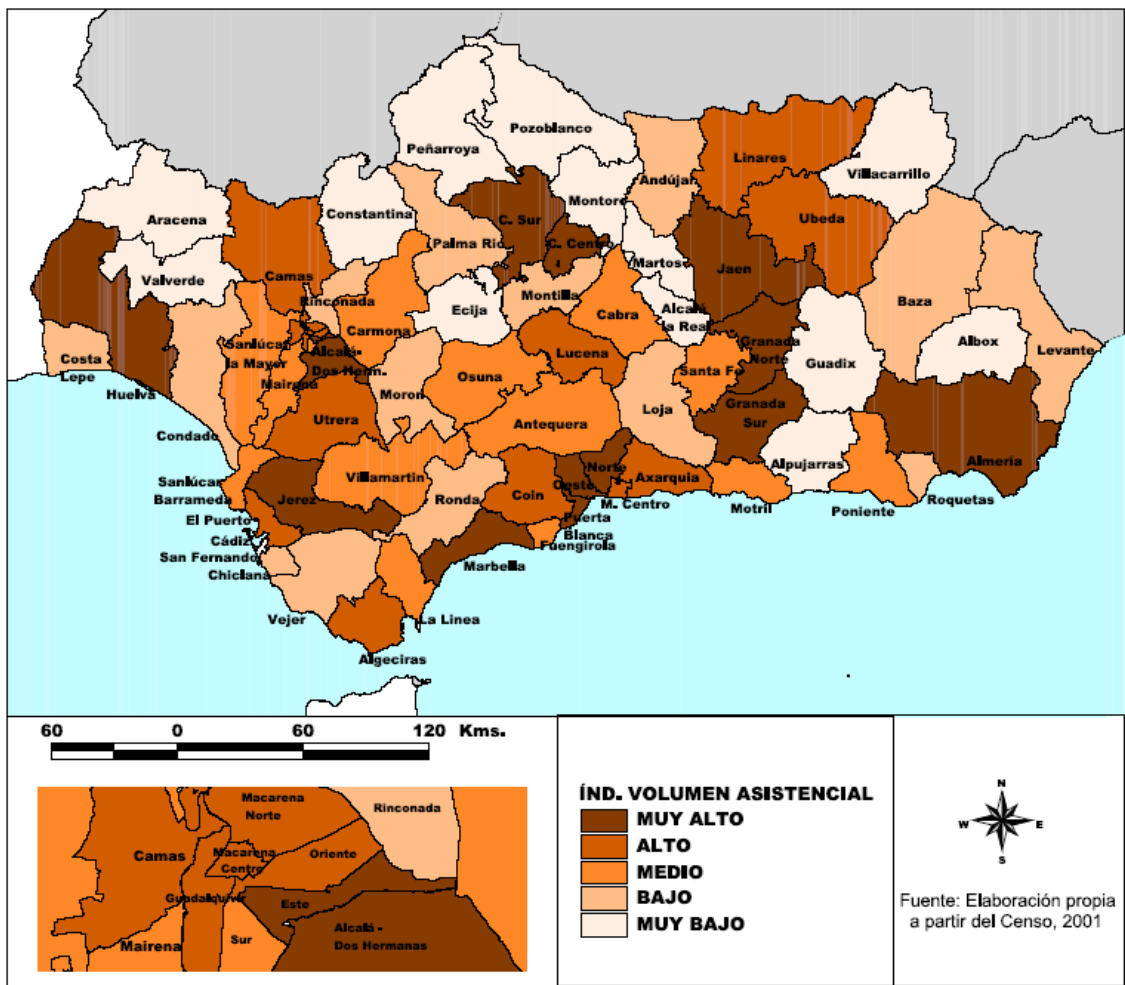
	Componente	
	1	2
Nº PACIENTES TOTALES	,255	,082
Nº PRIMERAS CONSULTAS	,268	,080
Nº CONSULTAS TOTALES	,240	,153
POBLACIÓN COBERTURA ESMD	,274	-,088
INCIDENCIA ADMINISTRATIVA (PRIMERAS CONSULTAS POR 1.000)	-,029	,372
PREVALENCIA ADMINISTRATIVA (PACIENTES TOTALES POR 1.000)	-,009	,343
FRECUENTACION ADMINISTRATIVA (CONSULTAS TOTALES POR 1.000)	-,120	,344

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Puntuaciones de componentes.  
Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la distribución territorial del índice de volumen asistencial en cada ESMD, en el mapa VI.35 es posible observar como, era lógico esperar, los mayores valores se concentran en las áreas urbanas de Huelva, Jerez, Málaga, Córdoba, Granada, Jaén y Almería.

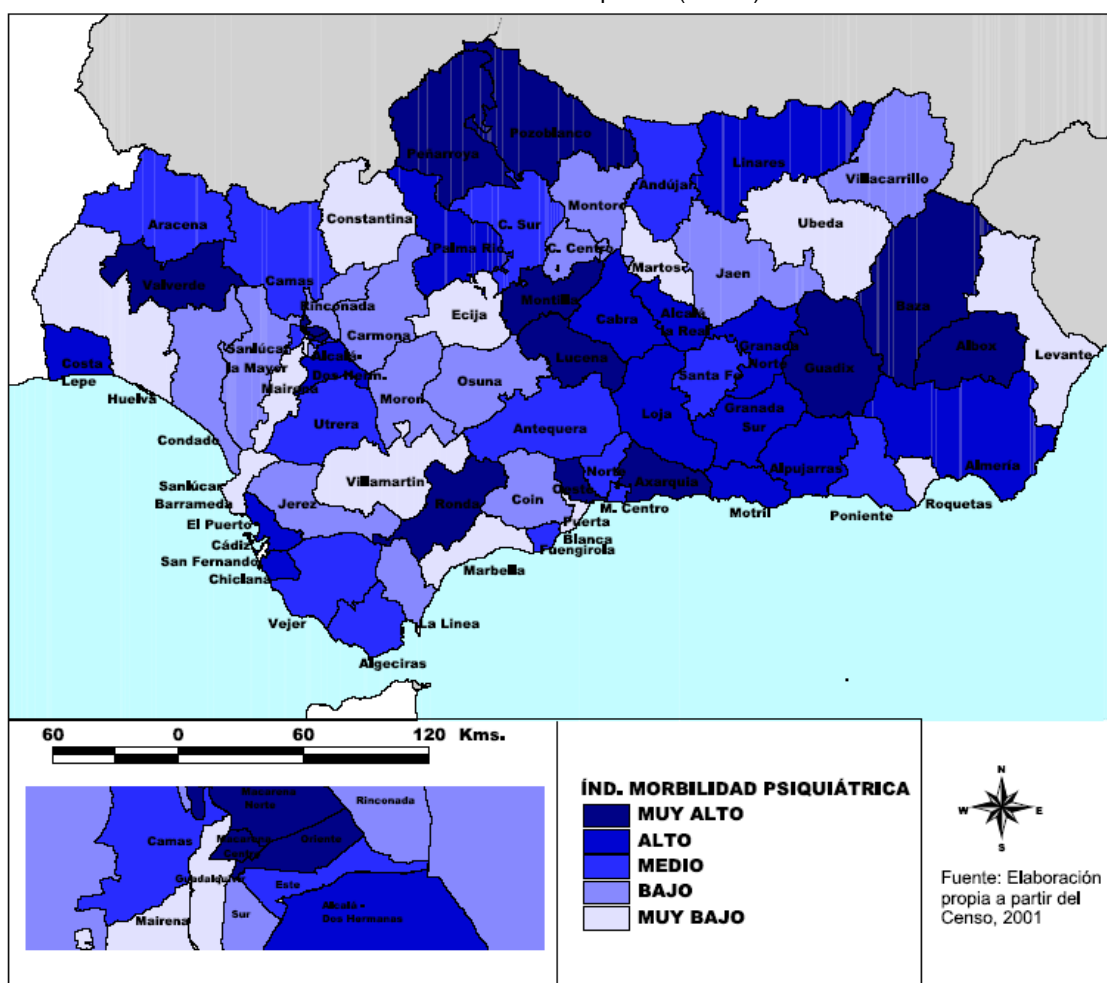
Por su parte, los menores valores se localizan en las áreas menos densamente pobladas como Aracena, Constantina, Peñarroya, Pozoblanco, situadas en la Sierra Morena; Villacarrillo, en el Nordeste jienense; Palma del Río, Écija y Montoro, en el Valle del Guadalquivir; o también en las Alpujarras, situadas en la Sierra Morena granadina.

Mapa VI.35. Distribución territorial del índice de volumen asistencial en las distintas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP)



Por su parte en el mapa VI.36 se representa los valores del índice de morbilidad psiquiátrica atendida, es decir, toda la morbilidad relacionada con la población existente en cada una de las 71 áreas de cobertura de los ESMD. Los mayores valores se concentran en las áreas de Peñarroya y Pozoblanco, situadas en la Sierra Morena cordobesa; en Valverde del camino, situada en el Andévalo occidental onubense; en las áreas de Ronda y Lucena, situadas en las Béticas; en el área de Montilla, en el Valle del Guadalquivir; en el área de la Axarquía, en la costa malagueña; y en las áreas de Guadix y Baza, Surco Intrabético.

Mapa VI.36. Distribución territorial del índice de morbilidad psiquiátrica atendida en las distintas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP)



## 2.6. Criterios de adecuación de dos agrupaciones diagnósticas: Depresión mayor y Esquizofrenia (2002).

Antes de comenzar a describir la distribución territorial de la atención de la depresión mayor (mapa VI.37) y de la esquizofrenia (mapa VI.38) conviene señalar que esta información se basa en las categorías diagnósticas asignadas por los facultativos en función de la códigos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Como se ha señalado anteriormente la cumplimentación de los pacientes atendidos por los ESMD fue del 60%, detectándose algunos ESMD con niveles inferiores al 15%, como los ESMD de Córdoba Centro, Huelva y Fuengirola, o incluso sin ninguna información como en el caso del ESMD de San Fernando. Los datos no son demasiado exactos y encontramos cómo en algunos ESMD se han registrado excesivamente pocos pacientes con determinadas patologías, lo cual es síntoma de que existen algunos errores en el registro de la información. Los ESMD con una baja cumplimentación del campo

diagnóstico no aportan información útil para analizar la adecuación de las agrupaciones diagnósticas. Para relacionar los porcentajes de cumplimentación en y los niveles de seguimiento de los pacientes, se ha optado por representar cartográficamente ambas variables.

Los indicadores de adecuación señalan los porcentajes de pacientes que fueron atendidos un número de veces adecuado, de acuerdo a las características de su diagnóstico psiquiátrico, en función de los pacientes que fueron atendidos en menos ocasiones.

A continuación se describe la distribución territorial de los distintos niveles de adecuación del tratamiento asistencial de persona con diagnósticos englobados dentro de las agrupaciones diagnósticas de depresión mayor y esquizofrenia, en cada una de las ASMP andaluzas.

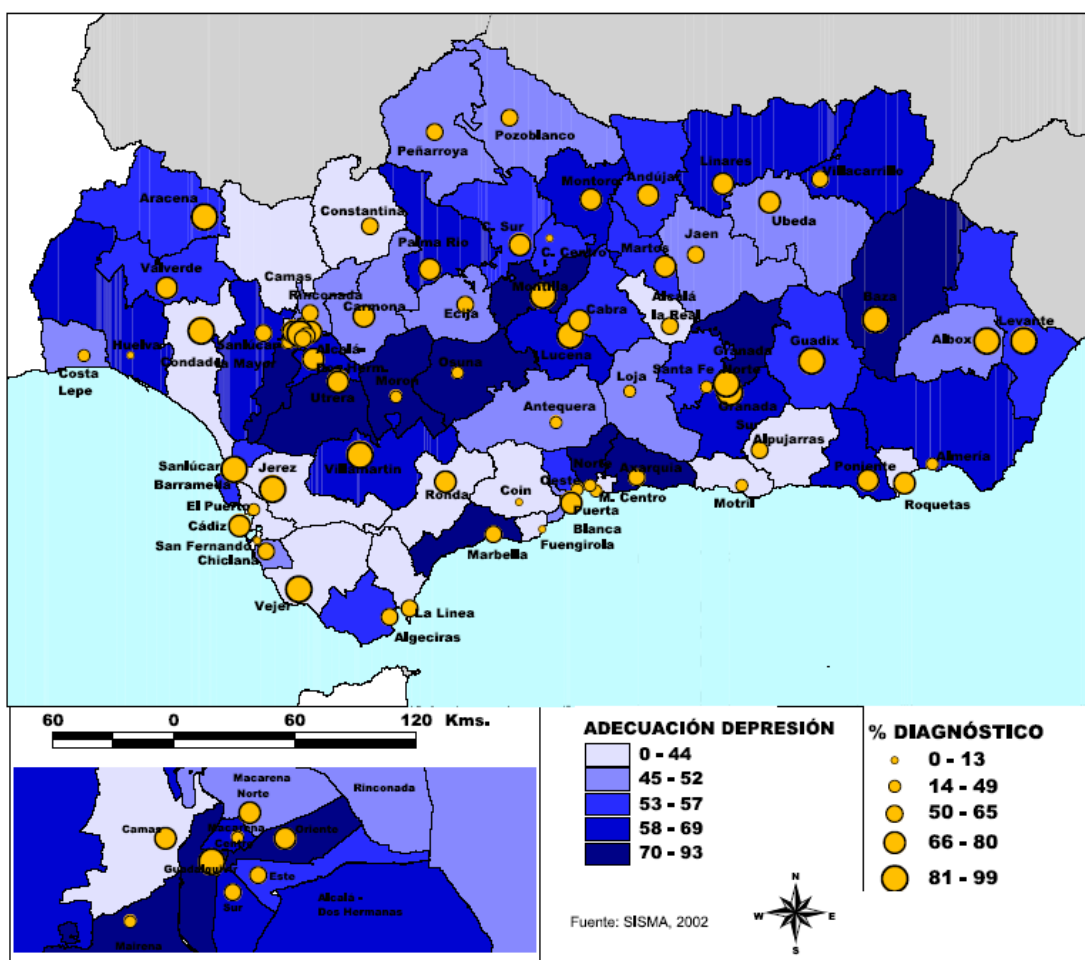
### **2.6.1. Distribución territorial de la adecuación asistencial de la depresión mayor (2002).**

En el mapa VI.37 se representa la distribución de los porcentajes de pacientes con diagnóstico de depresión mayor que fueron atendidos al menos en 4 ocasiones o más, respecto a los pacientes que fueron atendidos en menos ocasiones, en cada uno de los ESMD a lo largo del año 2002.

Los porcentajes oscilan entre el 7% de y el 74% del ESMD de Motril y el 7% de Málaga Norte. En general, las ASMP que muestran un mayor nivel de adecuación al tratamiento de la depresión mayor son las situadas en el Valle del Guadalquivir sevillano, como Sanlúcar la Mayor y Utrera; ASMP de las Béticas sevillanas como Morón y Osuna; ASMP litorales como Sanlúcar de Barrameda, Marbella o Axarquía; y ASMP metropolitanas como Guadalquivir y Oriente en Sevilla, Córdoba Centro o Málaga Norte.

Antes de comenzar el comentario del mapa de adecuación del tratamiento de depresión mayor, sería necesario señalar que determinados ESMD, como son los de Coín, Constantina, Fuengirola y Levante, han registrado a un escaso número de pacientes con diagnóstico de depresión mayor. Por ello los datos referidos a la adecuación de la atención ambulatoria a la depresión mayor en estos ESMD no han sido tenidos en consideración para este estudio.

Mapa VI.37. Porcentajes de pacientes con diagnóstico de depresión mayor atendidos al menos 4 veces por cada uno de los ESMD de Andalucía (2002).



Destacan el gran número de ASMP con buenos valores de adecuación en la provincia de Málaga, seguida de la Cádiz y Sevilla. Por el contrario, en las provincias de Córdoba, Málaga y Granada destacan las ASMP con valores bajos.

### 2.6.2. Distribución territorial de la adecuación asistencial de la esquizofrenia (2002).

En el mapa VI.38 se muestra la distribución de los porcentajes de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que fueron visitados al menos en 8 ocasiones, respecto a los pacientes que fueron atendidos en menos ocasiones, en cada uno de los ESMD a lo largo del año 2002.

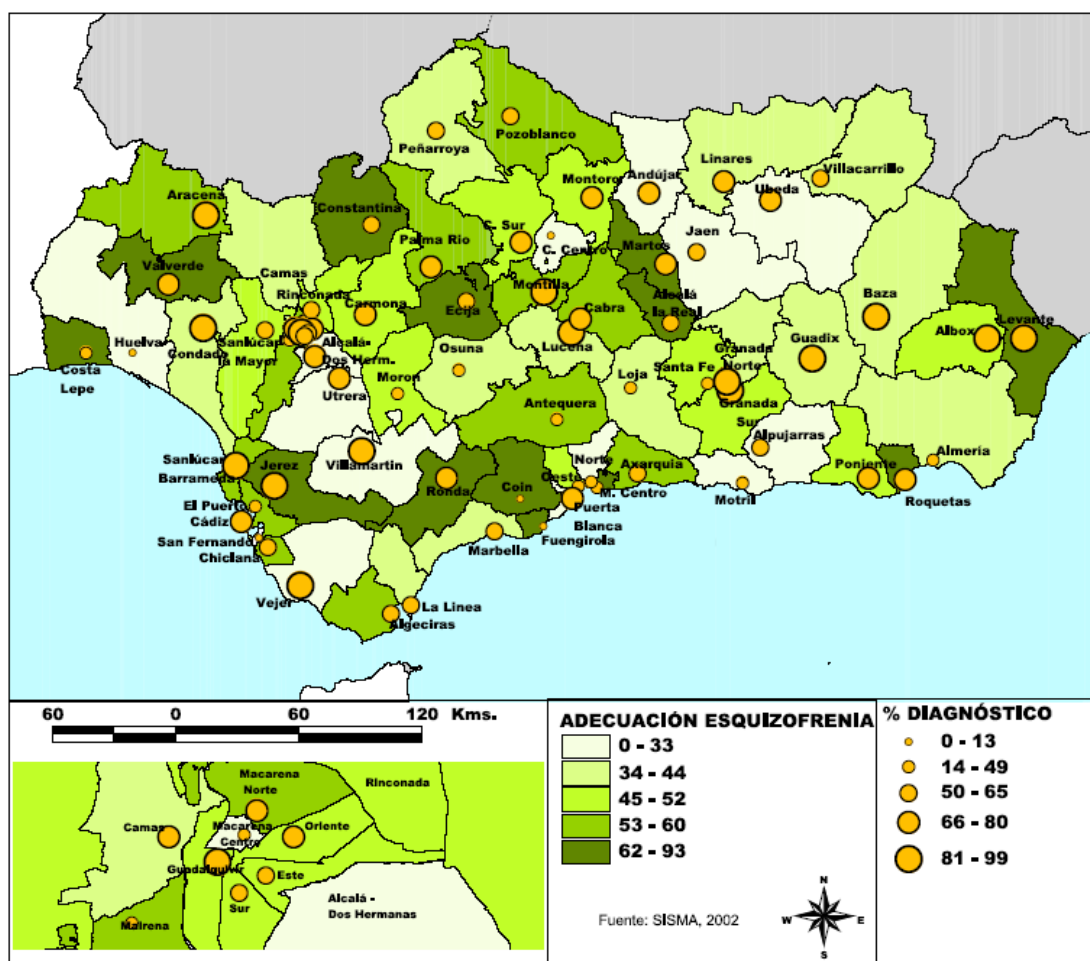
Los ESMD que más veces han atendido a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia han sido los correspondientes a las ASMP de Arcena, Constantina y Pozoblanco, situadas en la Sierra Morena; las ASMP de Écija o Montilla, situadas en el Valle del Guadalquivir; las ASMP de Ronda, Alcalá la Real y Martos, en las Béticas y las ASMP



litorales de Costa de Lepe en Huelva, Chiclana en Cádiz, Fuengirola en Málaga y Roquetas y Levante en Almería.

Es importante comenzar señalando que en los ESMD de Córdoba Centro y Motril no se registró ningún paciente con diagnóstico de esquizofrenia, lo cual significa un error en el registro de los datos en dichos ESMD. Algo similar ocurre en los ESMD de Constantina, donde únicamente se registraron 12 pacientes; el ESMD de Alcalá la Real con 21 pacientes y el ESMD de Fuengirola con 27 pacientes.

Mapa VI.38. Porcentajes de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos al menos 8 veces por cada uno de los ESMD de Andalucía (2002).



Las provincias en las que se localizan porcentajes de pacientes con esquizofrenia atendidos al menos 8 veces más altos, son las de Málaga y de Huelva. Así en la provincia de Málaga destacan las ASMP de Ronda, Coín y Fuengirola, y en la Huelva las ASMP de Aracena, Valverde y Costa de Lepe presenta una buena adecuación asistencial de la esquizofrenia.

La mayoría de ASMP de la provincia de Jaén registran porcentajes muy bajos, respecto a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que fueron atendidos al menos 8 veces, a excepción de las ASMP de Alcalá la Real y de Martos. El mayor número de ASMP de la provincia de Sevilla registra porcentajes bajos destacando las ASMP de Utrera, Osuna y de Alcalá-Dos Hermanas.

Por lo general, se aprecian diferencias territoriales entre las comarcas de la parte occidental de Andalucía, en las que los ESMD registran porcentajes más bajos, y las comarcas orientales de Andalucía, con ESMD en donde se producen unos porcentajes mayores de correcta adecuación.



## **VII. COMENTARIOS**



## **1. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA MEDIANTE SU COMPARACIÓN CON OTRAS 3 CCAA (CATALUÑA, MADRID Y NAVARRA) (2002).**

### **1.1. Caracterización sociodemográfica de la población andaluza y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).**

Los indicadores sociodemográficos constituyen variables de gran relevancia para el análisis de la provisión y utilización de servicios de Salud Mental. Distintos estudios realizados en el medio anglosajón (Carstairs, 1981, Jarman, 1984, Harrison y cols., 1995, Glover y cols., 1998), que se amplía a otros países como Italia (Salvador Carulla y cols., 2005), han puesto de manifiesto la relación entre determinadas características sociodemográficas de la población y una mayor prevalencia psiquiátrica. Desgraciadamente, en España no han sido muchos los estudios que han analizado las posibles correlaciones entre indicadores sociodemográficos, la morbilidad psiquiátrica y la utilización de servicios. Aún así es probable que muchos de los indicadores sociodemográficos, ya señalados en países de nuestro entorno, muestren relaciones similares en el contexto español.

En relación con la estructura de la población por edades de las 4 CCAA destaca el gran peso que tiene en Andalucía la población joven (menor de 18 años) respecto al resto de CCAA. Por el contrario, en Cataluña y en Navarra destaca el peso de la población mayor de 65 años, registrándose valores de envejecimiento más elevados que en el resto de CCAA.

En Andalucía se mantiene un porcentaje importante de personas empleadas en el sector primario (agricultura y pesca), en Madrid predomina el sector servicios, mientras que en Navarra y Cataluña destaca el mayor peso del sector industrial. La situación de la economía andaluza se relaciona con su carácter más rural y su más tardía incorporación al proceso de industrialización, respecto al resto de CA españolas.

Andalucía registra las mayores tasas de paro, analfabetismo y hacinamiento, que se relacionan con sus menores valores de renta familiar disponible. Los niveles de desarrollo socioeconómico de Andalucía son menores, respecto al resto de CCAA estudiadas, lo que haría necesaria una mayor provisión de recursos de Salud Mental públicos que en el resto.

En Navarra se registran los mayores niveles de renta, con índices bajos de analfabetismo, hacinamiento y paro, que podría relacionarse con menores necesidades psiquiátricas. En Cataluña se producen niveles altos de renta que contrasta con altas tasas de hacinamiento. El nivel educativo de la población catalana presenta tasas de analfabetismo parecidas a la media española, pero con una tasa de paro relativamente baja en comparación con la media nacional. En la Comunidad de Madrid y en áreas urbanas y metropolitanas catalanas se registra un alto número de inmigrantes, población de riesgo, que se ha asociado a una mayor morbilidad psiquiátrica y utilización de servicios de Salud Mental.

El número de hogares unipersonales se relaciona con una mayor tasa de morbilidad psiquiátrica provocada por el aislamiento social y la falta de vínculos sociales que puede suponer vivir sólo. En Andalucía, el porcentaje de hogares unipersonales refleja un valor inferior al de las otras Comunidades estudiadas.

### **1.2. Descripción de la planificación en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).**

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003), señala la necesidad de establecer un listado de indicadores básicos en Salud Mental, común a todas las Comunidades, con el objetivo de servir de referencia para el desarrollo efectivo de la prestación en función de criterios cuantificables y comparables.

Se hace necesaria una mayor coordinación entre los organismos encargados de los recursos de atención a personas con enfermedad mental sanitarios y de servicios sociales, evitando al máximo las duplicidades y los vacíos detectados (Achútegui, 2002).

### **1.3. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).**

El sistema de zonificación sanitaria y de Salud Mental presenta grandes diferencias en las 4 CCAA analizadas, lo que dificulta considerablemente el análisis comparativo. La gran heterogeneidad de las demarcaciones territoriales y la división entre áreas sanitarias y de Salud Mental han puesto de manifiesto la escasa aplicación de la Ley General de Sanidad (1986). Dicha Ley señalaba las características que debían poseer las Áreas de Salud y la necesidad de integrar a la Salud Mental dentro del sistema sanitario general. Como se ha señalado, las áreas de Salud Mental poseen denominaciones distintas en las CCAA, no

existiendo un consenso acerca de términos básicos como área de Salud Mental o las características que deben poseer dichas áreas.

Existen grandes diferencias entre los modos de sectorizar el territorio en Salud Mental, respecto a las 4 CCAA analizadas, que hacen necesaria una nueva reestructuración territorial adecuada a la sanidad general. La población media de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP) andaluzas es superior a la de las ASMP de CCAA como Navarra (70.000 hab.) o Cataluña (93.000 hab.), aunque inferior a la de las ASMP en la Comunidad de Madrid (158.000 hab.).

En la Comunidad de Madrid, a diferencia de las otras 3 CCAA analizadas, se utiliza la misma zonificación para la Salud general como para la Salud Mental. Este hecho resulta positivo en la integración de la Salud Mental en el sistema sanitario general, en cuanto se planifica de acuerdo a las mismas áreas territoriales.

Únicamente las Comunidades de Navarra y de Madrid cuentan con datos sociodemográficos actualizados a nivel de Áreas de Salud Mental Pequeña (denominadas Distritos Sanitarios en Madrid y Sectores de Salud Mental en Navarra), que son publicados desde los respectivos Institutos de Estadística autonómicos.

Se detectan problemas en la zonificación de algunas de las áreas de cobertura, de los Centros de Salud Mental de Andalucía y Cataluña, situadas en las principales áreas urbanas. Concretamente en el 18% de las áreas de Andalucía y en el 67 % de las áreas de Cataluña la zonificación plantea serios problemas para el estudio de sus características sociodemográficas básicas.

Este tipo de desajustes impide en gran medida el análisis comparativo de la atención sanitaria y, por ello, el análisis global de la situación de los sistemas para la disminución de los desequilibrios interterritoriales en España.

#### **1.4. Indicadores de política sociosanitaria, disponibilidad de recursos y actividad en Salud Mental en Andalucía y su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) (2002).**

En general, el proceso de Reforma Psiquiátrica se ha equiparado al cierre efectivo de los hospitales psiquiátricos, y así, diversos autores consideran Andalucía y Navarra como ejemplos de un sistema de Salud Mental en el que se ha completado plenamente la



reforma, Madrid como una CCAA en proceso de transición, y Cataluña como un ejemplo de un modelo de Salud Mental “mixto” en el que el desarrollo de estructuras comunitarias coexiste con la preservación de las estructuras residenciales tradicionales (Aparicio, 1993; Capellá, 2001). Con respecto al objetivo de cierre de los Hospitales Psiquiátricos, en Andalucía se consiguió cerrar todas estas instituciones, que sin embargo continúan funcionando en muchas otras CCAA. Sin embargo, esta perspectiva no coincide plenamente con el modelo de reforma señalado en el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985, plasmado en la Ley General de Sanidad (1986). Así Vázquez-Barquero y García (1999) destacan el escaso desarrollo de servicios intermedios comunitarios, programas de rehabilitación y relocalización de los pacientes en la comunidad de la mayoría de CCAA.

En las últimas dos décadas ha habido una amplia discusión entre los que preferían que la provisión de servicios de Salud Mental se situara en hospitales y aquellos que preferían utilizar preferentemente o incluso exclusivamente servicios comunitarios, pareciendo las dos opciones incompatibles e incluso contradictorias (Thornicroft, y Tansella, 2002). Además existen otros objetivos como son el desarrollado de dispositivos intermedios de hospitalización parcial (hospitales de día), de Rehabilitación Psicosocial (centros de día), ambulatorios (número de ESMD) y unidades psiquiátricas de los hospitales generales en los que Andalucía no presenta un mayor número que el resto de CCAA. Sin embargo, en Andalucía la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) ha desarrollado un mayor número de recursos de inserción en la sociedad de las personas con trastornos mentales severos como clubes sociales, talleres protegidos y empresas sociales.

Otro de los objetivos marcados desde la reforma fue el desarrollo de recursos de atención infantil y juvenil destacando los grandes esfuerzos realizados en Andalucía con la creación de Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil, relacionadas con Hospitales de Día y Unidades de Hospitalización específicas para esta población. A pesar de ello, cabe destacar el mayor desarrollo de este tipo de recursos específicos para población infantil y juvenil en Cataluña.

La aplicación de la Reforma Psiquiátrica ha seguido una trayectoria desigual en España, con marcadas diferencias entre las diferentes CCAA, que no han sido lo suficientemente evaluadas.

Por primera vez desde el inicio de la reforma psiquiátrica en 1985, ha sido posible establecer un listado básico de indicadores de Salud Mental con información comparable referida a al menos a 4 CCAA.

#### Indicadores de política en Salud Mental.

A pesar de que la información, que se ha podido obtener, referida a gasto sanitario y en Salud Mental resulta incompleta y parcial, se observa como el gasto sanitario y en Salud Mental de Navarra es superior al del resto de CCAA analizadas (a excepción de la Comunidad de Madrid en donde no se ha podido obtener ningún tipo de información, debido al tardío proceso de transferencias sanitarias realizado en dicha CA). Sin embargo, el porcentaje del gasto sanitario destinado a la Salud Mental es mayor en Cataluña que en el resto. El mayor gasto sanitario de Navarra y de Cataluña, respecto al de Andalucía, se puede relacionar con sus mayores niveles de desarrollo económico (Producto Nacional Bruto) y con la escasa redistribución de la renta, dentro del Estado español, en función de las necesidades en materia sanitaria.

#### Indicadores de plantilla en Salud Mental.

Analizar las diferentes tasas de profesionales sanitarios resulta un dato fundamental a la hora de evaluar la situación de los recursos de Salud Mental. En las 4 CCAA estudiadas se detecta una escasez de recursos humanos en Salud Mental, sobre todo de enfermería y de psicólogos en relación a la media europea (Saxena, 2001). Sin embargo en Navarra la tasa de personal de enfermería (DUE) y de trabajadores sociales se acerca a los niveles europeos. El dato de profesionales no está disponible referido a Cataluña, ni en la Comunidad de Madrid. En Madrid únicamente es posible obtener el número de profesionales en centros de Salud Mental, dato que permite estimar una alta tasa de profesionales en su red de servicios de Salud Mental.

En relación a los niveles de la Unión Europea, recogidos en el Atlas Mundial de Salud Mental (Saxena, 2001), se evidencia una escasez de recursos humanos en Salud Mental sobre todo de personal de enfermería, psiquiatras y de trabajadores sociales en las 4 CCAA.

La escasa preparación en Salud Mental del personal de enfermería en los servicios de Salud Mental constituye una asignatura pendiente para la mayoría de las CCAA, lo cual repercute en la calidad de la atención prestada.

En Andalucía el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (SAS, 2003) señala la importancia de la formación y el desarrollo de los profesionales, tanto en atención especializada como en Atención Primaria.

#### Indicadores de dispositivos de Salud Mental para población adulta.

La gran heterogeneidad en las denominaciones y tipologías de los dispositivos de Salud Mental en las 4 CCAA analizadas ha puesto de manifiesto la necesidad de estandarizar los servicios de Salud Mental. Para ello, sería necesario contar con un sistema de códigos basados en definiciones operativas que permitiesen evaluar y comparar la disponibilidad de servicios de Salud Mental en Áreas de Salud Mental Pequeñas (Salvador-Carulla y cols., 1999).

#### Servicios residenciales de Salud Mental para población adulta.

Los Hospitales Psiquiátricos no ofrecían la calidad de atención mínima que se demanda, tanto por los pacientes como por sus familiares. Destaca la disponibilidad de servicios residenciales en la comunidad, con una mayor tasa de camas en comunidades terapéuticas, casas-hogar, pisos protegidos respecto a las otras 3 CCAA estudiadas. Este red de servicios se comenzó a crearse al mismo tiempo que se iban cerrando los antiguos Hospitales Psiquiátricos Públicos en Andalucía,.

La atención hospitalaria residencial de personas con trastornos mentales severos se presta a través de las Comunidades Terapéuticas de media estancia aunque, el reducido número de camas en dichos dispositivos ocasiona que se ingresen pacientes en las unidades de corta estancia a pacientes durante largos periodos de tiempo. Sin embargo, cabe señalar que en Andalucía, a pesar de que se cerraron todos los Hospitales Psiquiátricos públicos, persiste un concierto con el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Málaga para ingresos de media y larga estancia. Este dato refleja la enorme dificultad de sustituir las camas de media y larga estancia tras el cierre completo de todos los Hospitales Psiquiátricos públicos.

La disponibilidad de camas hospitalarias en Andalucía se sitúa muy por debajo la media europea (Saxena, 2001) y es hasta 8 veces inferior a la de Cataluña. Cataluña presenta la mayor oferta de servicios residenciales para pacientes graves, ya que, en dicha CA, persisten aún Hospitales Psiquiátricos con atención de media y larga estancia.

La escasez de recursos de atención residencial de larga estancia en Andalucía, ha provocado que en apenas 5 años, el Defensor del Pueblo Andaluz haya recibido 179 quejas por la insuficiencia de dichos dispositivos junto a hospitales de día. El Informe del Defensor del Pueblo Andaluz (2001), a pesar de reconocer que la Reforma Psiquiátrica en Andalucía supuso un importante avance en la atención, señala que no ha conseguido alcanzar el objetivo de sustituir, progresivamente, la red de Hospitales Psiquiátricos por otra alternativa de pequeños centros y servicios dentro de la comunidad. Las asociaciones de familiares sintetizan las carencias en plantillas insuficientes, listas de espera de más de seis meses, falta de camas, unidades de agudos saturadas y plazas de media y larga estancia que no alcanzan a cubrir las necesidades.

En general, cabe señalar la carencia de servicios residenciales en la comunidad en las diferentes CCAA, cuando estas tasas se comparan con las encontradas en países como Italia (Salvador y cols., 2002). En Andalucía, la estructura de servicios residenciales presenta un predominio de servicios no hospitalarios frente a los hospitalarios.

#### Servicios de día y actividades estructuradas en población adulta.

Andalucía presenta una mayor tasa de clubes sociales como de talleres ocupacionales que el resto de CCAA, que contrasta con la escasez de hospitales de día y de centros de día. Cataluña por su parte presenta una tasa de centros de día muy superior al resto de las CCAA evaluadas.

#### Servicios comunitarios y ambulatorios para población adulta en 4 CCAA.

En Andalucía a pesar de existir centros de Salud Mental infantil y juvenil (USMI), éstos sólo atienden a casos graves y cuando se superan la capacidad de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). Cataluña es la CA que posee la mayor tasa de centros de Salud Mental tanto totales como específicos para población infantil y juvenil. Los centros de Salud Mental de las otras 3 CCAA atienden a todo todas las edades. En Madrid estas unidades atienden tanto a población adulta como infantil y juvenil; y en Navarra estas unidades están disponibles también para población con drogodependencias.

Los Centros de Salud Mental de Navarra atienden a personas con drogodependencia, mientras en el resto de las Comunidades existen dispositivos ambulatorios específicos para este tipo de atención. Estas redistribuciones de los pacientes generan mayor

volumen de actividad asistencial en los centros de Navarra y menor en los centros de Cataluña, respecto al resto de CCAA estudiadas.

Existen, además, programas de apoyo ambulatorio a domicilio (gestionados en Andalucía por la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental –FAISEM- y en Cataluña por el Instituto Catalán de Servicios Sociales – ICASS-). En la Comunidad de Madrid se constatan cuatro Servicios de Atención Domiciliaria, aunque desarrollados desde 4 de las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales, que no fueron incluidos por su escaso personal y su falta de continuidad temporal.

#### Indicadores de dispositivos de Salud Mental para población infantil y juvenil.

Con respecto a los servicios de Salud Mental para población infantil y juvenil en Andalucía, cabe destacar el gran número de dispositivos para esta población que están siendo creados por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) desde finales de 2002. Sin embargo, Cataluña es la Comunidad donde existe un mayor desarrollo de dispositivos asistenciales para dicha población respecto a las CCAA analizadas.

#### Servicios Residenciales de Salud Mental para población infantil y juvenil en 4 CCAA.

En Andalucía se han dotado a la mayoría de las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI) de unidades de hospitalización. Sin embargo, Cataluña es la Comunidad donde existen más servicios residenciales para población infantil y juvenil. Por su parte, en Madrid existen tan sólo 2 unidades de hospitalización infantil y juvenil, mientras que en Navarra no se detecta ninguna unidad de hospitalización específica para dicha población.

#### Servicios de día y actividades estructuradas de Salud Mental para población infantil y juvenil en 4 CCAA.

En Andalucía se han creado recientemente 10 hospitales de día para población infantil y juvenil. Sin embargo en Cataluña se detecta un mayor número de dispositivos intermedios específicos para población infantil y juvenil, existiendo una verdadera red de atención intermedia con hospitales de día y centros de día específicos para esta población. En Madrid sólo detectamos dos hospitales de día que suman un número reducido de plazas y en Navarra existe un único hospital de día que presta atención ambulatoria mayoritariamente.

### Servicios comunitarios y ambulatorios para población infantil y juvenil en 4 CCAA.

En Andalucía existen centros ambulatorios para el tratamiento de la población infantil y juvenil, sin embargo el número es más de 5 veces inferior al de Cataluña. Además estas Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI) únicamente atienden a la población menor de 18 años más grave mientras el resto es atendida por los Equipos de Salud Mental de Distrito destinados a población general con trastornos mentales. Cataluña posee la mayor tasa de centros de Salud Mental específicos para esta población. Tanto en Madrid como en Navarra no existe ningún centro de Salud Mental específico para población infantil y juvenil, siendo esta población atendida en centros para población general. En Navarra se constata un hospital de día infantil y juvenil con actividad ambulatoria fundamentalmente, aunque sólo para casos graves y complejos.

## **2. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS SERVICIOS Y MORBILIDAD EN SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA (2002).**

### **2.1. Organización territorial de la Salud Mental en Andalucía (2002).**

Como ha quedado demostrado durante la elaboración de la presente Tesis Doctoral, en Andalucía existen importantes desequilibrios territoriales en la atención de la Salud Mental, los cuales precisan de instrumentos adecuados para hacerles frente y minimizarlos.

La adecuada delimitación de las áreas de cobertura asistencial de cada dispositivo sanitario resulta imprescindible para la identificación de las diferentes características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de la población atendida. Este tipo de análisis permite conocer las características de la población y evaluar el nivel de actividad y de efectividad de los tratamientos alcanzado por los programas y servicios prestados desde el dispositivo.

En algunos casos las denominaciones de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) son diferentes a las denominaciones de los antiguos Distritos de Atención Primaria o de las comarcas naturales en la que se insertan. Así por Ej. encontramos que el ESMD situado en Sanlúcar la Mayor es denominado Aljarafe, existiendo otro ESMD, denominado Mairena situado en el municipio de Mairena del Aljarafe. Por su parte el ESMD de Vejer no se denomina La Janda, como su comarca, o el ESMD de los Pedroches se denomina

Pozoblanco. Así pues no existen criterios para la denominación inequívoca de los ESMD, lo cual unido a las diferencias existentes respecto a las denominaciones de los antiguos Distritos de Atención Primaria, plantea cierta confusión a la hora de identificar y planificar estos servicios.

Marchena (1986) define la zonificación sanitaria como la segmentación del espacio para una mayor articulación y distribución territorial de los dispositivos de atención sanitaria. La zonificación sanitaria permite la adecuada distribución territorial de los recursos y el consecuente aumento de la accesibilidad de la población, así como la mejora de la planificación y gestión sanitaria.

En Andalucía, el Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) (diseñado en 1985 e institucionalizado en 1988), supuso una verdadera comarcalización sanitaria en Andalucía, a pesar de completar anteriores territorializaciones, no se complementó con otros servicios y funciones complejizando la movilidad de los ciudadanos a la hora de satisfacer sus necesidades, al tener que identificar el órgano que debía tratar su función antes de desplazarse (López Lara y Miranda Bonilla, 1999). Sin embargo, desde el Programa de Salud Mental del SAS se organizó la Salud Mental tomando como unidad territorial las 15 Áreas de Salud Mental (ASM), que se corresponden en su mayoría con las 8 provincias andaluzas, a excepción de Sevilla y Cádiz. Igualmente, se establecieron 71 áreas de cobertura de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD), que suponen una fragmentación del territorio andaluz más adecuada que las 15 Áreas de Salud Mental (ASMP). Sin embargo, actualmente se pretende reordenar el actual sistema de organización territorial específico en Salud Mental, basado en las 15 ASM, adaptándolo a los 33 Distritos Sanitarios del actual Mapa de Atención Primaria de 2002. La reordenación de los servicios de Salud Mental, en el ámbito de la asistencia especializada del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), pretende conseguir una mayor integración, aportando elementos de gestión que terminen con el status especial y disfuncional con que la Salud Mental cuenta en la actualidad (PISMA, 2002). Para ello se señala la necesidad de dimensionar de una forma más racional, el tamaño y la distribución geográfica de las actuales 15 Áreas de Salud Mental, equiparándolas orgánica y funcionalmente a los demás servicios especializados, creando las correspondientes jefaturas de servicio y sección que homologuen las estructuras de gestión clínica.

Este nuevo modelo territorial, repercutirá en una mayor coordinación con los servicios sanitarios generales homologando sus estructuras de gestión clínica con las de Salud Mental. Sin embargo, este aumento de la integración de la Salud Mental en el sistema

sanitario general, podría suponer el abandono de las actuales 71 ASMP, que suponen una organización territorial adecuada para la planificación en Salud Mental. Las 71 ASMP constituyen ámbitos territoriales intermedios entre los 770 municipios y las 15 Áreas de Salud Mental (ASM), que permiten extraer conclusiones más concretas que en el análisis municipal y realizar análisis más pormenorizados que en el caso de las 15 ASM. Como constatan Zoido y Ojeda (2003), el mapa municipal, compuesto de 770 términos municipales, es demasiado complejo e irregular para sacar conclusiones o hacer interpretaciones. En el extremo opuesto las 8 provincias, o en este caso que nos ocupa las 15 ASM, son demasiado pocas y artificiales; no expresan la diversidad territorial, pues cada una engloba situaciones demasiado diferentes. De este modo, las 71 ASMP, basadas en los antiguos Distritos Sanitarios, suponen una unidad territorial adecuada para la planificación territorial de los servicios de Salud Mental y la detección de los desequilibrios territoriales.

Para Zoido (2001) son muchas las ventajas de la utilización del mapa comarcal de Andalucía para el estudio del territorio al facilitar la comprensión del mismo, debido a su capacidad interpretativa y de atribución de significado sobre el desarrollo territorial. La comarcalización constituye pues una herramienta territorial fundamental para la mejora de diversos aspectos sociales, como la prestación de servicios y la planificación del desarrollo, entre otros. La división territorial en función de los ámbitos de cobertura asistencial de los Equipos de Salud Mental de Distrito se asemeja en parte a anteriores propuestas comarcales revisadas (Benabent, 1998; Cano, 2000). Sin embargo esta división en unidades territoriales, denominadas Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP), difiere en algunos aspectos con una verdadera comarcalización:

- Las comarcas deben estar formadas por términos municipales completos, contiguos y comprendidos en la misma provincia. Sin embargo, algunas de estas ASMP están formadas por partes de un único municipio, tal es el caso de los municipios de Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada. Igualmente existen ASMP que están formadas por municipios pertenecientes a distintas provincias (por Ej. las ASMP de Camas, Sanlúcar la Mayor y Valverde comprenden municipios de las provincias de Sevilla y Huelva).
- Estas ASMP fueron desarrolladas para organizar los servicios sanitarios de Atención Primaria en Distritos Sanitarios según aparece en el Mapa de Atención Primaria de Andalucía de 1991 (SAS, 1991). Sin embargo, las comarcalizaciones deben realizarse en función de un número amplio de criterios históricos, naturales, culturales,



socioeconómicos y políticos que establecen un verdadero modelo territorial válido para la planificación integral y no únicamente basado en un único aspecto (sectorial).

- Algunas de las grandes unidades naturales en las que se divide Andalucía aparecen unidas en una única ASMP. Este es el caso del área urbana de Huelva que aparece unido a parte de la comarca del Andévalo onubense; las ASMP urbanas de Córdoba Centro y Sur comprenden parte de su campiña; el ASMP de Linares comprende las comarcas de Linares y del Condado de Jaén, las ASMP urbanas de Granada Norte y Sur comprenden respectivamente partes de la comarca de Los Montes y de Valle del Lecrín; el ASMP de La Alpujarra granadina comprende parte de la comarca Costa Tropical; el ASMP urbana de Almería comprende también a la comarca de Campo de Tabernas o el ASMP del Levante almeriense comprende la comarca de Los Velez. Por el contrario, otras comarcas aparecen disgregadas en dos ASMP como es el caso de la comarca Costa del Sol que aparece dividida en las ASMP de Marbella y Fuengirola.

En Andalucía existe una disyuntiva respecto a la organización territorial de la Salud Mental en estos momentos, ya que, por un lado se hace necesaria la adaptación de sus divisiones territoriales a la división del resto de servicios sanitarios; mientras por otro, se nos antoja interesante fomentar estas Áreas de Salud Mental Pequeñas y adaptarlas a las comarcalizaciones propuestas. Esta segunda opción permitiría la mejora de la planificación de los servicios y por tanto la calidad de las personas que sufren trastornos mentales. Sin embargo, este modelo territorial propuesto, lejos de promover la integración de la Salud Mental en el sistema sanitario general, parece alejar a la atención de la Salud Mental del resto de la Sanidad. Quizás la solución pasase por reformar el reciente MAPA creado en 2002 en función de alguna de las propuestas de comarcalización realizadas en Andalucía.

#### Análisis de la movilidad de la población atendida

Por otro lado, el análisis de la procedencia de los pacientes nos aporta información útil para explicar, en cierto modo, la saturación que sufren determinados ESMD situados en los mayores núcleos urbanos y metropolitanos. Estos ESMD metropolitanos, como es el caso del ESMD de Cádiz, suelen registrar los mayores volúmenes de actividad anual, es decir, número de pacientes atendidos y de consultas realizadas, unido al efecto de atracción que ejercen estas grandes ciudades, hacen que la saturación de estos dispositivos sea muy superior al resto. Esta situación repercute, sin duda, en el tiempo de dedicación por parte de los facultativos a cada paciente y en la calidad del servicio prestado.

## **2.2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Salud Mental Pequeñas (ASMP).**

A pesar de que los estudios ecológicos han sido frecuentes en diversos ámbitos de las ciencias sociales, incluso dentro de la salud, no existe un consenso amplio sobre cuáles son los indicadores óptimos para la medición de los aspectos sociales y económicos que más se relacionan con la Salud Mental de la población.

Si bien en el ámbito de la Salud Mental se están realizando grandes esfuerzos para la estandarización de indicadores referidos a los trastornos mentales, en el terreno de las ciencias sociales la situación es bien distinta. Para Horwitz (2002) sería necesario consensuar los indicadores sociodemográficos relacionados con la Salud Mental a nivel europeo. Sin embargo, existen grandes diferencias sociales, culturales, históricas y económicas que imposibilitan el establecimiento de indicadores sociodemográficos consensuados a nivel europeo.

En el presente estudio se ha partido del conjunto de indicadores Psicost/RIRAG y de una propuesta consensuada en el ámbito europeo (Beecham, 2000) para estudiar un conjunto de indicadores relacionados con la situación sociodemográfica de la población andaluza.

La zonificación ha planteado serios problemas para el estudio de las características sociodemográficas, especialmente en algunas de las ASMP de Andalucía, como las situadas en los municipios de Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada en donde no es posible conocer el número preciso de habitantes de sus respectivas Áreas de Salud Mental Pequeñas. Ello se debe principalmente a que estas ASMP metropolitanas y urbanas no siguen las actuales delimitaciones administrativas, lo cual haría necesaria la reorganización de estas áreas en función de los actuales distritos y secciones censales.

En distintos estudios epidemiológicos se ha constatado la existencia de diferencias en la prevalencia de trastornos mentales entre el medio urbano y el rural. De este modo, Lehtinen y cols. (2003) detectaron una mayor prevalencia de padecer depresión en personas que viven en áreas urbanas respecto a la población de áreas rurales. La dicotomía rural/urbano, relacionada con las diferentes densidades de población, los distintos grados de desarrollo de las infraestructuras así como las diferentes prevalencias de trastornos mentales; obligan a zonificar de manera distinta en las áreas urbanas y metropolitanas que en resto del territorio. La distinción de las ASMP entre áreas urbanas y rurales supone un elemento relevante a la hora de distribuir territorialmente los recursos

de Salud Mental. Así por lo general en las ASMP rurales, al contar con una escasa red de comunicaciones, sería conveniente crear servicios móviles que ampliasen el ámbito de cobertura, así como la menor dotación de profesionales respecto a los servicios urbanos. Por su parte, en las ASMP urbanas en donde los altos niveles de marginación social, el estrés y los actuales modos de vida causan mayores tasas de prevalencias psiquiátricas, hacen necesaria la ampliación del número de profesionales respecto a las ASMP rurales.

Otros estudios epidemiológicos, han señalado que el colectivo de inmigrantes se encuentra dentro de la población de riesgo respecto a padecer trastornos mentales (Beecham y Johnson, 2000). En un estudio de prevalencia de trastornos mentales en Barcelona no se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de trastornos mentales en inmigrantes, aunque sí tendencia a la depresión y trastorno por somatización. Las características de la población inmigrante y las dificultades comunicativas de los inmigrantes dificultan el diagnóstico sesgando los resultados. (Pertíñez Mena y cols., 2002). Debido a las dificultades que el colectivo de inmigrantes encuentra debido a las barreras educativas, sociales y culturales existentes. Los inmigrantes con mayores niveles de desarrollo socioeconómico, suelen encontrar menos problemas de adaptación que los inmigrantes de otras nacionalidades. En nuestro caso, el indicador de residentes africanos y americanos pretende agrupar a la población inmigrante con mayores problemas de integración social en nuestra CA.

Distintos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la existencia de correlación entre vivir sólo y la prevalencia de trastornos mentales (Beecham y Johnson, 2000). Por ello, el análisis de los porcentajes de hogares unipersonales posee interés en el marco de la planificación de la Salud Mental.

La enorme complejidad de estos indicadores sociodemográficos dificultaba, en gran medida, establecer tipologías de ASMP en función de sus necesidades. Como señala Zoido (2001), el Análisis de Componentes Principales es un método que permite relacionar variables de naturaleza diversa, detectar tendencias latentes y situaciones especialmente significativas en relación a dichas tendencias. En este trabajo la creación de tres índices sociodemográficos compuestos ha permitido sintetizar información y expresar una realidad de manera multivariante.

A partir de los 3 índices sociodemográficos, creados mediante el Análisis de Componentes Principales (ACP), ha sido posible clasificar las distintas áreas en función de los 7 indicadores sociodemográficos utilizados. La población de las áreas de la Costa

del Sol presenta los niveles más elevados de desarrollo social y económico de toda la CA. En general los mayores niveles de aislamiento familiar se registran en áreas montañosas como Aracena y Constantina, situadas en la Sierra Morena; en el área de Villacarrillo, en el nordeste jiennense; en la Sierra de Ronda y en las Alpujarras granadinas, situadas ambas en las Béticas. Se observa como las áreas que presentan mayores niveles de desarrollo socioeconómico, son generalmente las que también presentan mayores niveles de aislamiento social. Sin embargo existen áreas con bajos niveles de desarrollo socioeconómico, como el área de Villamartín en la Sierra de Cádiz, que presentan altos niveles de aislamiento social.

### **2.3. Distribución territorial y accesibilidad de los recursos de Salud Mental en Andalucía (2002).**

Desgraciadamente, a nivel administrativo no existen criterios consensuados que permitan definir el nivel mínimo de recursos con el que debe contar cada Área de Salud Mental pequeña (ASMP). Estos criterios mínimos ayudarían a la disminución de los desequilibrios territoriales en la atención a la Salud Mental.

Los métodos geográficos de estudio territorial, a partir del análisis y la representación cartográfica de un amplio número de indicadores, deben servir como instrumento para apoyar la toma de decisiones en cuestiones claves como la localización óptima de recursos de Salud Mental en el territorio.

En Geografía se han desarrollado diversas herramientas que permiten calcular la accesibilidad a los servicios tanto desde el punto de vista espacial como temporal. Las áreas de influencia abarcan territorios cuyas poblaciones están atendidas por un servicio determinado. Una manera para la delimitación de estas áreas, consiste en estudiar la procedencia de los pacientes atendidos y, según la utilización de los mismos, definir un territorio o una región (Pineault y Daveluy, 1987).

Otra manera de establecer áreas de influencia se basa en el cálculo de las distancias espaciales y temporales existentes desde determinados servicios sanitarios. Las distancias temporales parecen ser más interesantes que las distancias espaciales pues, además de la distancia física, incluyen aspectos relacionados con la medida de dificultad del desplazamiento (o fricción de la distancia). Por ello, las distancias medidas en tiempo de desplazamiento adquieren gran importancia para el cálculo de la accesibilidad de la población a los dispositivos y equipos sanitarios. Además, el concepto y la realidad de las

redes (conjunción de servicios o equipos y líneas de acceso o vías de comunicación) aporta una nueva dimensión en el actual proceso de “contracción del espacio geográfico” (Gutiérrez Puebla, 2003). Dicha contracción, producto de las mejoras técnicas y de las construcciones de infraestructuras, supone ventajas comparativas para la planificación de todo tipo de servicios, siempre y cuando se tenga en cuenta que no todo el territorio o espacio geográfico se contrae de la misma forma ni al mismo tiempo, provocando contrastes, desequilibrios, desigualdades o inequidades que la planificación coherente y la gestión razonable deben reducir.

En el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007 (SAS, 2003) existen referencias que ponen de manifiesto el gran interés en el seno del SAS en mejorar la accesibilidad territorial a los servicios de Salud Mental como medio para disminuir los desequilibrios territoriales en la atención, sobre todo entre el medio rural y el urbano.

En el presente estudio, como aparece señalado en el apartado de metodología, se calcularon los tiempos de conducción reales, desde los distintos dispositivos de Salud mental, a través de la red de carreteras de Andalucía. El estudio de la accesibilidad temporal de cada uno de los servicios de Salud Mental ha resultado ser de gran utilidad al permitir detectar áreas periféricas y desprovistas de todo tipo de servicio. Especialmente importante ha resultado el trazado de las áreas de influencia temporal desde las Unidades de Salud Mental de los Hospital Generales (USM-HG) por ser estos los únicos dispositivos que prestan atención de urgencias las 24 horas. Por ello, esta información debería servir para la planificación y asignación de nuevos recursos a la red asistencia.

A pesar de que el método utilizado para el cálculo de las distancias temporales desde los dispositivos de salud mental no tiene en cuenta todo el espectro de variables que pueden influir en los tiempos de conducción, los resultados obtenidos se acercan en gran medida a los tiempos reales corroborados a través de encuestas y de estudios anteriores (López-Lara y Garrido-Cumbrera, 2003). Así el análisis de la accesibilidad territorial (expresada en tiempos de conducción) ha resultado ser un instrumento adecuado para detectar las áreas que se encuentran más desatendidas en relación a determinados servicios.

A pesar de que todas las ASMP se encuentran atendidas por un ESMD, el 18% de ellas se encuentra situada a más de 30 minutos de conducción de dispositivos de Salud Mental básicos. Concretamente 13, de las 71 ASMP existentes, están situadas fuera del área de influencia de 30 minutos a la mayoría de dispositivos de Salud Mental. Dichas ASMP son las de Aracena, Peñarroya y Pozoblanco, situadas en la Sierra Morena; Ronda y Úbeda,

en las Béticas; Valverde en el Andévalo onubense; Villacarrillo, en el nordeste jinenense y Albox, en Almería. La reducida accesibilidad temporal que presentan de las Unidades de Salud Mental de Hospital General, responsables de la atención en casos de urgencia, podría paliarse con la creación de Unidades de atención ante crisis con gran movilidad para desplazarse allí donde se producen las urgencias.

El estudio de la procedencia de los pacientes atendidos en los ESMD de la provincia de Cádiz aporta también información de gran importancia. En dicha provincia se ha constatado como una parte importante de pacientes que acuden a los ESMD, situados en las mayores ciudades de la provincia, provenían de municipios no sectorizados. Este flujo de pacientes debería ser reorganizado para evitar la congestión que sufren la mayoría de los dispositivos situados en las mayores ciudades andaluzas.

#### **2.4. Grados de cumplimentación de las variables incluidas en el SISMA (2002).**

En la mayoría de los ESMD no se recogió toda la información relativa a los pacientes atendidos. El estudio de los distintos niveles de cumplimentación de los campos existentes ha permitido clasificar adecuadamente a las distintos ESMD.

Únicamente en el 43 % de los ESMD se han recogido los datos del SISMA referidos a los pacientes atendidos de manera aceptable. La variable de localización geográfica del paciente (municipio de residencia del paciente), que resulta básico para la realización de análisis territoriales, fue cumplimentada en un 88%.

#### **2.5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía (2002).**

Las únicas fuentes de información sobre la actividad asistencial en Salud Mental existentes en Andalucía son el Sistema de Información en Salud Mental de Andalucía (SISMA), referida a la actividad en los ESMD, y el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBDAH), referida a la actividad en los Hospitales Andaluces. El resto de dispositivos no poseen un sistema de registro de la información asistencial. Además los dos sistemas de información asistencial señalados no permiten cruzar sus datos para poder realizar un seguimiento de la atención de los pacientes. Sería importante contar con datos del resto de servicios de Salud Mental y de la actividad desarrollada por los Equipos de Atención Primaria para realizar un seguimiento individualizado de cada paciente y estudiar posibles correlaciones con patologías no psiquiátricas. Para solucionar esta carencia de información integral, el SAS está desarrollando un sistema de historia clínica

digital, denominado programa DIRAYA, que implantará en todos los servicios de Salud Mental. Este sistema supondrá la consideración de la atención de la Salud Mental como una especialidad más dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a la vez que permitirá realizar el seguimiento de todos los pacientes indistintamente del servicio por el que hayan sido atendidos.

Los ingresos psiquiátricos realizados en Hospitales Generales, que no cuentan con Unidad de Salud Mental (USM) específica, han puesto de manifiesto la existencia de pacientes que están siendo atendidos en Hospitales que no cuentan con los recursos especializados necesarios para la atención de su patología. Este tipo de ingresos psiquiátricos refleja la necesidad de crear más USM en los Hospitales Generales existentes que se localizan en las áreas más alejadas de Andalucía.

La mayoría de las patologías psiquiátricas atendidas que fueron atendidas desde los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) se corresponden con patologías leves (como depresión y ansiedad) mientras se atiende un menor volumen de patologías más graves (como las psicosis). Las patologías psiquiátricas de tipo leve provocan el colapso de muchos de los ESMD debido a su alta prevalencia. Por el contrario, patologías más graves, como los trastornos psicóticos, no puedan ser atendidos adecuadamente y, los ESMD no pueden cumplir con el objetivo para el que fueron creados inicialmente. Este tipo de patologías de tipo afectivo no es tratada por los Equipos de Atención Primaria, como debería, debido a la falta de formación de este personal en Psiquiatría. En otros países occidentales, ocurre justamente lo contrario, así un estudio realizado en el Reino Unido en 2002, establece que el 67 % de los pacientes atendidos en los centros de Salud Mental padecían trastornos psicóticos, mientras tan sólo un 23% había sido diagnosticado de depresión (Keown y cols., 2002).

El indicador de incidencia es bastante relevante, ya que, indica el número de pacientes que se incorpora a la red de Salud Mental en un periodo. En Salud Mental las primeras consultas deben durar aproximadamente una hora y media, mientras que el resto de consultas pueden tener una duración inferior.

Numerosos estudios epidemiológicos en Salud Mental a nivel nacional e internacional han centrado su atención en el estudio de las diferencias de género (Gili y cols., 1998). Estos estudios han constatado una mayor prevalencia de trastornos mentales en mujeres que en hombres. Los datos de actividad en los ESMD coinciden con esta tendencia existente, así se registró un mayor porcentaje de mujeres (61%) atendidas que de hombres (39%).

Por otro lado, se ha constatado relación entre los valores de prevalencia administrativa (tasa de pacientes totales atendidos en los ESMD por 1.000 habitantes) y los valores de incidencia administrativa (tasa de pacientes nuevos atendidos por 1.000 habitantes).

Se registra una baja prevalencia administrativa en el área metropolitana de Puerta Blanca, situada en Málaga, que contrasta con los valores altos de otras áreas metropolitanas, como Málaga Oeste o Málaga Norte. En la ciudad de Sevilla ocurre lo mismo y localizamos el área de Macarena Centro con una alta prevalencia y el área de Guadalquivir y de Mairena con baja prevalencia. Una posible solución a esta situación consistiría en derivar a más pacientes a los ESMD que registraron un menor volumen asistencial, consiguiendo una mejor redistribución de la carga asistencial y, por tanto, una mejora de la calidad asistencial.

Es importante determinar el efecto de confusión que pueden estar ejerciendo variables como la edad y el sexo. Para ello fue necesario estandarizar los indicadores de morbilidad atendida (Almenara, 2002). Concretamente se estandarizó el número de pacientes atendidos por edad y sexo, aunque en este caso, las diferencias encontradas, respecto a los datos no estandarizados, resultaron mínimas. Ello hizo que se optase por no seguir estandarizando más indicadores.

Resulta interesante relacionar las plantillas existentes en cada dispositivo, con el número de pacientes visitados y de consultas realizadas durante un periodo dado. Con ello se consigue evaluar las distintas cargas asistenciales, que puede relacionarse con la calidad del servicio prestado. Se constató una gran variabilidad respecto a las tasas de profesionales en cada uno de los ESMD, sin que, en ocasiones, esto se relacionase con el volumen asistencial atendido. De este modo, se han constatado ESMD que, a pesar de contar con una amplia plantilla, atendieron a pocos pacientes y realizaron pocas consultas y, al contrario, ESMD que, teniendo una plantilla más reducida, atendieron a más pacientes y realizaron más consultas. Concretamente el ESMD de Coín que atendió a 2.400 pacientes durante el 2002 posee un índice de plantilla de 17, mientras que el ESMD de Fuengirola, que atendió a un 33% menos de pacientes (1.600), posee un índice de plantilla superior (21). Este tipo de situaciones ponen de relieve la necesidad de fijar criterios consensuados, que sirvan para la reasignación de personal de manera eficiente y de acuerdo a las necesidades de la población.

Del mismo modo, otro aspecto importante analizado ha sido la relación que existe entre el número de pacientes atendidos y el número de consultas realizadas. Ello nos aporta



información acerca de la frecuencia con la que son atendidos los pacientes. En este sentido, se ha constatado que en los ESMD de Osuna, Almería, Málaga Norte o Linares, en los que se registró un alto número de pacientes, se realizó un reducido número de consultas. Esta situación indicaría que en dichos ESMD se está atendiendo a los pacientes con una frecuencia inferior que en el resto, si bien este aspecto debe ser estudiado distinguiendo entre cada una de las distintas patologías atendidas.

Los 2 índices de actividad creados (índice de volumen asistencial e índice de morbilidad psiquiátrica), mediante el Análisis de Componentes Principales (ACP), han permitido clasificar a las distintas áreas en función de un conjunto amplio de indicadores. El primero de estos índices está referido al volumen total de pacientes y de consultas totales realizadas y el segundo a la morbilidad psiquiátrica en función de la población de referencia. Como cabría esperar, son los ESMD metropolitanos y urbanos los que registran un mayor volumen asistencial, aunque son los ESMD rurales los que presentan una mayor morbilidad psiquiátrica atendida. Las mayores tasas de utilización de los ESMD rurales se relaciona en parte con el hecho de que su población atendida se encuentra situada lejos del resto de dispositivos de Salud Mental y, por ello, todas sus visitas se realizan en este tipo de servicios.

## **2.6. Criterios de adecuación de dos agrupaciones diagnósticas: Depresión mayor y Esquizofrenia (2002).**

El análisis del número de consultas anuales que realiza cada paciente, en función de su categoría diagnóstica, permite evaluar la adecuación del tratamiento asistencial. A partir de esta información es posible clasificar a los ESMD en función de la frecuencia de atención de cada categoría diagnóstica. Este tipo de análisis permite determinar cuáles son los dispositivos asistenciales que no están atendiendo a sus pacientes con una frecuencia adecuada a las necesidades del tipo de trastorno mental que padezca.

Los estándares de adecuación asistencial, como es la medida del número de visitas para cada paciente, son útiles para evaluar el grado de seguimiento en función de las distintas patologías psiquiátricas. Sin embargo, para conocer los distintos grados de atención global, dentro de la Red de Servicios Públicos de Salud Mental, sería necesario estudiar la utilización del resto de servicios por parte de dichos pacientes. Desgraciadamente los Sistemas de Información en Salud Mental existentes actualmente en Andalucía no permiten contar con dicha información y por ello únicamente estudios epidemiológicos pueden aportar luz en este tema. A pesar de esta carencia, es posible afirmar que durante

el 2002, únicamente el 38% de los ESMD atendieron en más de 4 ocasiones a la mitad de sus pacientes con depresión mayor; y el 51% de los ESMD, en más de 8 ocasiones, a la mitad de sus pacientes con esquizofrenia. Es decir, la mayor parte de los pacientes registrados no fue atendido un número de veces adecuado a las características de su trastorno mental.



## **VIII. CONCLUSIONES**



Tras la presentación de los resultados y comentarios, se detallan las conclusiones a las que se ha llegado, en función de los dos tipos de escalas utilizadas: regional y comarcal. Respecto al análisis de la atención en Salud Mental en Andalucía, a nivel regional, mediante su comparación con otras 3 CCAA (Cataluña, Madrid y Navarra) se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Las características sociodemográficas de la población andaluza, la organización territorial y tipología de sus servicios de Salud Mental, además de su organización administrativa difiere notablemente del resto de CCAA estudiadas (Cataluña, Madrid y Navarra). Ello pone de relieve la necesidad de realizar una planificación específica adaptada a las características de la red de Salud Mental de Andalucía y de las necesidades asistenciales de su población atendida.
- Se detectan problemas en la zonificación, en el 67 % de las áreas de Cataluña y en el 18% de las áreas de Andalucía, que dificultan en gran medida el estudio de las características sociodemográficas básicas de la población atendida.
- La Comunidad de Madrid es la única CA que posee una zonificación sanitaria que sirve para la planificación territorial de todos los servicios sanitarios, incluyendo los de Salud Mental.
- Es necesario que las administraciones sanitarias de las CCAA establezcan criterios consensuados, acerca de las características básicas de los servicios prestados, para la mejora de la planificación de los servicios de Salud Mental.
- Desde el inicio de la Reforma Psiquiátrica en 1985, este estudio supone el primer trabajo en el cual ha sido posible establecer un listado básico de indicadores de Salud Mental con información comparable referida al menos a 4 CCAA.
- A pesar de que la información, que se ha podido obtener, referida a gasto en Salud Mental resulta incompleta y parcial, se observa como la gestión de la Salud Mental en Andalucía está menos subvencionada que en el resto de CCAA analizadas.
- El número de profesionales en Salud Mental en las 4 CCAA analizadas se encuentra muy por debajo de la media europea. En Andalucía el número de profesionales resulta muy deficitario respecto al resto CCAA analizadas, siendo Navarra la única Comunidad que presenta un nivel de profesionales considerado aceptable.
- Se registra una gran diversidad tanto en las denominaciones de los dispositivos de atención en Salud Mental, como en los servicios prestados. Una posible solución pasaría por establecer una tipología de dispositivos de atención en función de los distintos tipos de atención prestados, de manera unificada y estandarizada, que permitiese realizar comparaciones a nivel regional, nacional e internacional.

- Andalucía registra una mayor tasa de camas residenciales no hospitalarias que el resto de CCAA estudiadas, que contrasta con la escasez del número de camas totales (hasta 8 veces inferior que Cataluña). Andalucía se encuentra ante el reto de sustituir la oferta de camas de media y larga estancia que existía antes del cierre de los Hospitales Psiquiátricos.
- Andalucía presenta una mayor tasa de clubes sociales como de talleres ocupacionales que el resto de CCAA, que contrasta con la escasez de hospitales de día y de centros de día. Cataluña por su parte presenta una tasa de centros de día muy superior al resto de las CCAA evaluadas.
- Basándose en los hallazgos obtenidos durante este estudio, debería proponerse a la Comisión Interterritorial de Sanidad la elaboración de una guía común para la realización de informes anuales sobre el estado de la Salud Mental en las CCAA. Estos deberían permitir recopilar información, basados en un conjunto de indicadores de Salud Mental, a nivel nacional que permitiese la evaluación temporal y la comparación interterritorial.

Por otro lado, el estudio de la distribución territorial de los servicios y la morbilidad en Salud Mental en las Áreas de Salud Mental Pequeñas de Andalucía (ASMP) ha permitido apuntar las siguientes conclusiones:

- Las 71 ASMP, en las que se divide el territorio andaluz, constituyen ámbitos territoriales adecuados para la planificación de los servicios de Salud Mental. Sin embargo, sería necesario revisar los límites de las áreas metropolitanas y reorganizar los servicios de Salud Mental en función de la actual zonificación sanitaria, posibilitando la integración de la Salud Mental en el sistema sanitario general.
- La administración sanitaria andaluza debería establecer una nueva reestructuración territorial de la zonificación de la sanidad y en particular de las ASMP. Así mismo sería necesario revisar los límites territoriales de las ASMP metropolitanas adaptándolas a los actuales distritos y secciones Censales. Dicha reordenación territorial podría mejorar la calidad de la información y por tanto de los análisis epidemiológicos en Salud Mental.
- Deberían establecerse criterios específicos; de carácter geográfico, socioeconómico, demográfico, epidemiológico, ambiental, de vías de comunicación, la distribución de los recursos; que permitiesen la disminución de los desequilibrios territoriales en Salud Mental.
- Los 3 índices sociodemográficos, creados mediante el Análisis de Componentes Principales (ACP), han permitido señalar ASMP con necesidad de planificación

específica. Así por Ej. el área de Villamartín, situada en la Sierra de Cádiz, presenta bajos niveles de desarrollo socioeconómico junto con altos niveles de aislamiento social que harían necesaria una asignación de recursos de Salud Mental ajustada a las necesidades de su población.

- Se observan importantes desajustes en los ESMD entre volumen asistencial y asignación de profesionales, existiendo determinados ESMD que, a pesar de contar con una amplia plantilla, atendieron a pocos pacientes y realizaron pocas consultas y, al contrario, ESMD que, cuentan con una plantilla más reducida, atendieron a más pacientes y realizaron más consultas. Esta situación hace necesario fijar criterios consensuados para la reasignación de personal de manera eficiente y de acuerdo a las necesidades de la población.
- La mayoría de los servicios de Salud Mental se localizan en las ciudades de más de 100.000 habitantes, detectándose grandes vacíos asistenciales especialmente en las comarcas de Sierra Morena, Noroeste de Jaén, Montañas Béticas y del Surco Intrabético.
- Aproximadamente el 95% de la población se encuentra situada dentro de los 30 minutos de conducción a los 71 ESMD existentes en 2002. Sin embargo, para las Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG), este porcentaje desciende al 80% de la población, siendo estos los únicos servicios que prestan atención de urgencias especializada de Salud Mental las 24 horas.
- La delimitación territorial de las áreas de cobertura de las grandes metrópolis, (Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada), derivados de su gran densidad de población, hace necesaria una planificación individualizada. La adecuada definición de sus límites territoriales resulta imprescindible para conocer las características sociodemográficas existentes en las diferentes áreas de cobertura y su correlación con datos de prevalencia psiquiátrica.
- Aproximadamente el 4 % de los pacientes atendidos en los ESMD, de la provincia de Cádiz, provenían de municipios no sectorizados para dichos dispositivos. Esta cifra de se eleva al 10% en el caso del ESMD de la ciudad de Cádiz.
- El Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA) presentó niveles de cumplimentación muy bajos, con porcentajes que rondaron el 61% de registros para el campo “diagnóstico” y el 46% para el campo “situación laboral” en el 2002.
- El perfil de pacientes que más acudieron a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) durante 2002 fue de mujeres, casadas, inactivas y con trastornos mentales de tipo leve como la depresión o la ansiedad.
- Siguiendo los objetivos para los que fueron creados los ESMD, se debería reducir el número de consultas a pacientes con patologías como la depresión o la ansiedad, que



deberían ser atendidas preferentemente desde los Equipos de Atención Primaria, aumentando la atención de patologías más graves como la esquizofrenia.

- Los valores de Razón de Morbilidad Atendida Estandarizada (RMAE) por edad y sexo no han mostrado diferencias significativas respecto a los valores de prevalencia administrativa sin estandarizar en las ASMP.
- En función del estudio de la proveniencia de los pacientes atendidos en los ESMD de la provincia de Cádiz, es posible señalar que los ESMD situados en ASMP urbanas reciben a un importante porcentaje de pacientes no sectorizados de ASMP rurales, mientras los ESMD rurales no suelen recibir a pacientes de ASMP no sectorizadas.
- Los 2 índices de actividad creados mediante el Análisis de Componentes Principales (ACP), han permitido señalar como los ESMD urbanos son los que registran un mayor volumen asistencial total, sin embargo son los ESMD rurales los que presentan una mayor morbilidad psiquiátrica atendida.
- La disminución del número de ingresos que se realiza en Hospitales Generales, que no cuentan con una unidad especializada (USM-HG), debe representar una línea de actuación prioritaria dentro de la planificación y gestión de la atención en Salud Mental en Andalucía.
- Sería necesario seguir evaluando anualmente la morbilidad psiquiátrica para predecir el comportamiento futuro de la morbilidad en Andalucía y asignar territorialmente los recursos de manera eficiente.
- De acuerdo a los estándares de adecuación asistencial utilizados, la mayoría de los pacientes no fue atendido en un número de ocasiones suficiente de acuerdo a las características de su patología psiquiátrica. Concretamente, únicamente el 38% de los 71 ESMD atendieron a la mitad de sus pacientes con depresión mayor en más de 4 ocasiones; y el 51% de los ESMD a la mitad de sus pacientes en el caso de pacientes con esquizofrenia en más de 8 ocasiones durante el 2002.
- Sería necesario fijar un número de consultas mínimo anual, en función de cada patología psiquiátrica atendida, que permitiese adecuar la atención sanitaria a las necesidades de cada paciente.

A modo de conclusión final, es posible afirmar que el análisis integrado de la información en Salud Mental a nivel autonómico, comparativamente con otras 3 CCAA, y a nivel de Área de Salud Mental Pequeña, aporta información de gran utilidad para la planificación de los servicios sanitarios. Dicha información puede contribuir al diseño de nuevas políticas sanitarias encaminadas a la mejora de la planificación territorial de los servicios de Salud Mental y a la disminución de los desequilibrios territoriales existentes.

## **IX. BIBLIOGRAFÍA**



- Achútegui G. (Dir.) *Informe de Situación de Salud Mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002. pp. 54.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Directorio de Registros Sanitarios españoles de utilidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. Madrid: EATS. Instituto de Salud Carlos III; 2000.
- Almenara J, García-Ortega C, González-Caballero JL, Abellán-Hervás MJ. *Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales*. Salud Pública de México / vol.44, no.6, noviembre-diciembre de 2002.
- Almenara, J. *El estudio demográfico de la morbilidad*. Fuentes. Medidas de frecuencia de una enfermedad. Documento inédito sin publicar. Cádiz: 2002.
- Almenara J, González JL, García C, Peña P. *¿Qué es el análisis de componentes principales?* Jano 1998; 1268:58-60.
- Andrews G, May W, Goldstein G, Lapsley H, Bartels R, Silove D. *The economic costs of schizophrenia: Implications for public policy*. Archives of General Psychiatry, 1985; 42, 537- 543.
- Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. *Depression Research in European Society Study. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2002 ;252(5):201-9.
- Aparicio V. *La reforma psiquiátrica de 1985*. En: Aparicio V (Coord.). Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid: Monografías Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1993.
- Aracil Rodríguez, E. *Zonificación sanitaria y mapa de Salud*. En: Instituto Nacional de Administración pública. Ciudad y territorio. Madrid: INAP; 1991. pp. 203-212
- Arniella Pérez A. *Caracterización del impacto social de las investigaciones que realiza el geógrafo de la Salud Pública. Cuba. Año 2004*. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales 2004; Vol. IX, nº 539.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Grupo de trabajo de la AEN sobre Prestaciones y Calidad Asistencial. *Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad*. Cuadernos Técnicos 4. Madrid: AEN; 2000.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Grupo de Trabajo de la AEN sobre Rehabilitación Psicosocial. *Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos Técnicos, 6. Madrid: AEN; 2002.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). *El Observatorio de Salud Mental: Análisis de los recursos de salud mental en España*. Cuadernos Técnicos, 5. Madrid: AEN; 2004.
- Asociación Navarra para la Salud Psíquica (ANASAPS). *Memoria 2001 ANASAPS*. Pamplona: ANASAPS; 2002.

- Ayuso-Mateos JL, Vázquez\_Barquero JL, Dowrick C., Lehtinen V, Dalgard O.S, Casey P, Wilkinson C, Lasa H, Page H, Dunn G, Wilkinson G and the ODIN group. *Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study*. Br J Psychiatry Suppl 2001; 179: 308-316
- Barret F. August Hirsch: As Critic of, and Contributor to, Geographical Medicine and Medical Geography. En: Rupke N. *Medical Geography in Historical Perspective. Medical History, Supplement N° 20*. London: The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL; 2000.
- Bebbington PE, Hurry J, Tennat C, Sturt E, Wing JK. *The epidemiology of mental health disorders in Camberwell*. Psychol Med 1981; 11: 561-79.
- Becker T, Knapp M, Knudsen HC y cols. *The Epsilon study of schizophrenia in five European Countries*. Br J Psychiatry 1999; 175: 514-521.
- Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene AH, Tansella M, Thornicroft G, Vazquez-Barquero JL. *Aims, outcome measures, study sites and patient sample. EPSILON Study 1. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*. Br J Psychiatry Suppl. 2000(39):s1-7.
- Becker T, Vázquez Barquero J L. *The European perspective of psychiatric reform*. Acta Psychiatr Scand 2001; 104 (Suppl. 410): 8-14.
- Beecham J, Johnson S and the EPCAT Group. *The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles, and development*. Acta Psychiatr Scand 2000; 102 (Suppl. 405): 33-46.
- Beecham J, Munizza C. *Assessment of mental health in Europe*. Acta Psychiatr Scand 2000; 102 (Supl. 405): 1-3.
- Benabent Fernández de Córdoba M. *Estudio territorial para la delimitación de ámbitos comarcales en Andalucía*. Sevilla: Arenal Consultores; 1998.
- Benach J, Borrell C, Chamizo H. *Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en España*. En: Catalá FJ, de Manuel E (Eds). Informe SESPAS 1998: La Salud pública y el futuro del estado de bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998: 141-175.
- Benach J, Yasui Y, Borrell C, Rosa E, Pasarín MI, Benach N, Español E, Martínez JM, Daponte A. *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995)*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2001.
- Brömer R. *The first Global Map of the Distribution of Human Diseases: Friedrich Schnurrer's "Carte über die geographische Ausbreitung der Krankheiten"(1827)*. En: Rupke N. *Medical Geography in Historical Perspective. Medical History, Supplement N° 20*. London: The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL; 2000.
- Brooke E. (1974). *The current and future use of registers in health information systems*. Geneva: World Health Organization.
- Bulbena A. *Viento del Ponent y la crisis de angustia 2002*. Instituto de Atención Psiquiátrica. Hospital del Mar. Barcelona. Estudio no publicado.

- Camerini J. *Heinrich Berghaus's Map of Human Diseases*. En: Rupke N. *Medical Geography in Historical Perspective*. Medical History, Supplement N° 20. London: The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL; 2000.
- Cano García G. *Una propuesta de comarcalización para Andalucía*. En: G. Cano García. *Las comarcas andaluzas*. Sevilla: Ediciones Tartessos; 2002. pp. 10-85.
- Capellá A. *La reforma en Salud Mental en Cataluña: El modelo catalán*. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2001; XXI (79): 101-128.
- Carstairs V. *Small area analysis and health service research*. Community Medicine 1981. 3, 131-139.
- Center for the Evaluative Clinical Sciences. *The Dartmouth Atlas of Health Care* [en línea] 1998 [fecha de acceso 14 de noviembre de 2004]. URL disponible en: <http://www.dartmouthatlas.org>
- Chuvieco, E. *Fundamentos de teledetección espacial*. Tercera edición revisada. Madrid: Ediciones Rialp SA; 1996.
- Consejería de Asuntos Sociales. *Recursos de Servicios Sociales*. Junta de Andalucía [en línea] 2002 [fecha de acceso 13 mayo de 2002]. URL disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/asuntossociales/default.asp>.
- Consejería de Salud. *Guía de Recursos de la Consejería de Salud*. Junta de Andalucía [en línea] 2002 [fecha de acceso 7 mayo de 2002]. URL disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/centros/default.asp>.
- *Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Memoria 1999*. Comunidad de Madrid [en línea] 2000 [fecha de acceso 12 mayo de 2002]. URL disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad/consejeria/index.htm>.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad; 2002.
- Córdoba J y García Alvarado, JM. *Geografía de las desigualdades y de la pobreza en España*. Madrid: Ed. Síntesis; 1997.
- Croudace TJ, Kayne R, Jones PB, Harrison GL. *Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis*. Psychological Medicine, 2000, 30, 177-185.
- De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P for the Progress Group. *Residential care in Italy. National Survey of non-hospital facilities*. Br J Psychiatry 2002; 181, 220-225.
- *Decreto 60/1999, de 9 de marzo por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía*.
- *Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Guía de Servicios Sociales*. Comunidad Foral de Navarra [en línea] 2002 [fecha de acceso 21 de mayo de 2002]. URL disponible en: <http://www.cfnavarra.es/DGBS/guia/index.htm>.

- *Departamento de Bienestar Social y Familia. Mapa de Serveis Socials.* Gencat [en línea] 2001 [fecha de acceso 2 de mayo de 2002]. URL disponible en: <http://www.gencat.net/benestar/depixif1.htm>.
- *Departamento de Sanidad y Seguridad Social.* GENCAT [en línea] 2002 [fecha de acceso 14 de mayo de 2002]. URL disponible en: <http://www.gencat.net/sanitat/portal/cat/acnp490.htm>
- Dirección General de Drogodependencias y Sida. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. *Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya*, Enero-Marzo 2002. Gencat [en línea] 2002 [fecha de acceso 24 de mayo de 2002]. URL disponible en: <http://www.gencat.net/sanitat/portal/cat/sidc45.pdf>.
- Diez JF y cols. *Metodología de la investigación epidemiológica comunitaria: A propósito del estudio general de Cantabria.* En: A Seva Diax (Edit). Epidemiología psiquiátrica (Vol I). Zaragoza: Publicaciones de la Universidad de Zaragoza; 1984.
- Donabedian A. *The definition of quality and approaches to its assessment.* Ann Arbour: Health Administration Press, 1980. Vol. I.
- Dorling D. *Death in Britain.* Bristol: Joseph Rowntree Foundation; 1997.
- English D. *Geographical epidemiology and ecological studies.* En: Elliott P, Wakefield JC, Best NG, Briggs DJ (Eds). *Geographical and Environmental Epidemiology.* Oxford: Oxford University Press; 1992: 3-13.
- European Community Health Indicators (ECHI). *Design for a set of community health indicators.* European Commission. Directorate-General Health and Consumer Protection; 2001. The European Union Online [en línea] [fecha de acceso 22 de mayo de 2002]. URL disponible en:
- [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2001/monitoring/monitoring\\_Project\\_2001\\_full\\_en.htm#8](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/monitoring_Project_2001_full_en.htm#8).
- Feinleib M. *The use of Computer Mapping in monitoring the Nation's Health.* En: Proceeding of the International Symposium on Computer Mapping in Epidemiology and Environmental Health. 1995. Tampa (Florida). World Computer Graphics Foundation and the University of South Florida, 1997: 4-9.
- Feliticias M, Borrel C, Pastor V. *Indicadores socioeconómicos de área pequeña en el estudio de las desigualdades sociales en salud.* Gac Sanit. 2004; 18 (2): 92-100.
- Fernández Salinas V. *Disponibilidad de servicios.* En: Zoido Naranjo F. (Coord.) Informe de Desarrollo Territorial de Andalucía (IDTA). Sevilla: Sevillana y Universidad de Sevilla; 2001. pp. 197-215
- Fundación "La Caixa". *Anuario Económico de España 2002.* Barcelona: Fundación "La Caixa"; 2002.
- Fundación "La Caixa". *Anuario Social de España 2002.* Barcelona: Fundación "La Caixa"; 2002.
- Friedman DJ, Hunter EL, Parrish RG. *Shaping a Vision of Health Statistics for the 21st Century.* Washington, DC: National Center for Health Statistics, and National Committee on Vital and Health Statistics, 2002. [en línea] [fecha de acceso 5 de

febrero de 2004]. URL disponible en:  
<http://www.ncvhs.hhs.gov/21st%20final%20report.pdf>.

- García Ortega C, Almenara J. Morbilidad hospitalaria en el Área Sanitaria de Algeciras (1995-2000). Algeciras: Instituto de Estudios Campogibraltareños; 2002. pp. 157.
- Garrido M., Salinas JA, Salvador-Carulla L. *Análisis territorial de la Salud Mental en Andalucía mediante un SIG*. Congreso de Geografía de la Población. Granada: Universidad de Granada; 2004.
- Geddes J, Muir K *Aspects of Social Geography: Change and Development*. London. Edward Arnold. 1987.
- Giggs JA, Cooper JE. *Ecological structure and the distribution of schizophrenia and affective psychoses in Nottingham*. Br J Psychiatry. 1987 Nov;151:627-33.
- Gili M, Ferrer V, Roca M, Bernardo M. *Diferencias de género en un estudio epidemiológico de Salud Mental en población general en la isla de Formentera*. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 1998; 26, 2. 90-96.
- Gispert R, Puig X, Autonell J, Ribas G, Ginè, Coll JJ. *Estudi dels factors que poden explicar les diferències en la prevalença poblacional i en la de persones hospitalitzades per trastorns mentals entre territoris*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) BR01/2004.
- Glover G, Robin E, Emami J, Arabscheibani HR. *A needs index for mental health care*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1998; 33, 89-96.
- Glover G, Barnes D. *Mental Health Mapping Atlas. Provision for Working Age Adults in England 2001*. Durham: Centre for Public Mental Health. University of Durham 2002 [en línea] [fecha de acceso 8 de diciembre de 2003]. URL disponible en: <http://www.dur.ac.uk/service.mapping>
- Gordis L. *Epidemiology*, Second Edition. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company. 2000.
- Gutiérrez Puebla J. *Infraestructuras, redes y dinámicas de transportes*. En: Servicios y Transportes en el desarrollo territorial de España. E. López Lara, J. Miranda, JC Posada, Navarro J, García Gómez A. (Eds.) Sevilla: El Monte, Asociación de Geógrafos Españoles (AGE) y Universidad de Sevilla, 2003. pp. 317-336.
- Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, Ferrer M, Ramos J, Kessler R, Alonso J. *Epidemiology of mental disorders in Spain: methods and participation in the ESEMeD-Spain project*. Actas Esp Psiquiatr 2003; 31(4): 182-91.
- Harvard School of Public Health. *The Public Health Disparities Geocoding Project Monograph* [en línea] [fecha de acceso 14 de noviembre de 2004]. URL disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/thegeocodingproject/>
- Harvey CA, Pantelis C, Taylor J, McCabe PJ, Lefevre K, Campbell PG, Hirsch S. *The Camden Schizophrenia Surveys. II. High prevalence of schizophrenia in a inner London Borough and its relationship to socio-demographic factors*. British Journal of Psychiatry 1996, 168, 418-426.



- Heinrich B. *Physikalischer Atlas, oder Sammlung von Karten, auf denen die hauptsächlichsten Erscheinungen der anorganischen und organischen Natur nach ihrer geographischen Verbreitung und Vertheilung bildlich dargestellt sind*, 2 vols, Gotha, Justus Perthes, 1845, 1848.
- Henderson AS, Byrne DG, Duncan-Jones P. *Neurosis and the social environment*. London: Academic Pres; 1981.
- Herrera R, Autonell J, Spagnolo E, Domenech J, Martín S. *Estudio epidemiológico en Salud Mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona)*. *Informaciones Psiquiátricas* 1990; 120: 11-1130.
- Hipócrates, *Airs, Waters, Places* W. H. S. Jones (ed.). Cambridge: Harvard University Press; 1948. En: Buck et al, 1994. *El desafío de la epidemiología*, OPS, 505:1077 p., Washington, D. C.
- Horwitz A. *Outcomes in the sociology of mental health and illness: where have we been and where are we going?* *J Health Soc Behav.* 2002; 43(2):143-51.
- Ian R.H. Rocket. *Population and health: an Introduction to Epidemiology*. Population bulletin. Second Edition. Population Reference Bureau. Vol. 54; 4: 1999.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). *Censo de Población y Viviendas 2001*. Metodología. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1991.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud* [en línea] [Último acceso 5 November 2003] <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp418&O=inebase&N=&L=>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). *Encuesta de Población Activa (EPA) Módulo año 2002: Personas con discapacidad y su relación con el empleo*. [en línea] [Último acceso 14 November 2003]. <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft22%2Fe308%2Fp05%2F2002repon%2F&O=pcaxis&N=&L=0>
- Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO). *Base de datos estatal de personas con discapacidad*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2000.
- Instituto Navarro de Bienestar Social. *Memoria 2001*. Comunidad Foral de Navarra [en línea] 2002 [fecha de acceso 20 de mayo de 2002]. URL disponible en: <http://www.cfnavarra.es/INBS/>.
- Jarman B. *Underprivileged areas: validation and distribution of scores*. *British Medical Journal.* 1984; 289, 1587-1592.
- Jenicek M, Cléroux R. *Epidemiología: Principios, Técnicas y Aplicaciones*. Barcelona, España: Salvat Editores. 1987
- John M. Last ed., *A Dictionary of Epidemiology*, 3ª ed. New York: Oxford University Press, 1955: 55.

- Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. *The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services*. Acta Psychiat Scand 2000; 102 (Suppl. 405): 14-23
- Johnson S, Salvador-Carulla L, EPCAT Group. *Description and classification of mental health services: a European perspective*. European Psychiatry 1998; 13: 333-341.
- Keown P, Holloway F, Kuipers E. *The prevalence of personality disorders, psychotic disorders and affective disorders amongst the patients seen by a community mental health team in London*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2002; 37 (5): 225 – 229.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. *The Epidemiology of Major Depressive Disorder. Result from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. JAMA, 2003; 289: 3095-3105.
- Labasse, J. *La ciudad y el hospital. Geografía hospitalaria*. Instituto de Estudios de la Administración Local. Madrid: 1982
- Last J. *A Dictionary of Epidemiology*, Fourth Edition. New York, New York: Oxford University Press. 2001.
- Lehtinen V, Lindholm T, Veijola J, Vaisanen E. *The prevalence of PSE-CATEGO disorders in a Finish adult population cohort*. Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1990; 25: 187-92.
- Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E. *Promotion of Mental Health on the European Agenda*. Report. Finnish Ministry of Social Affairs and Health, Dpt. For prevention and promotion, 2000.
- Lehtinen V, Michalak E, Wilkinson C, Dowrick C, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Casey P, Vazquez-Barquero JL, Wilkinson G; ODIN Group. *Urban-rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe-evidence from the ODIN study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38(6):283-9.
- *El estado del mundo 2002: Anuario económico geopolítico mundial*. Madrid: La Ediciones Akal, S.A., 2001. pp. 617.
- *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*.
- *Ley 13/2001, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para 2002*. (Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, de 28-12-2001).
- *Ley 14/2001, de 26 de diciembre, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2002*. (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 150, de 31-12-01).
- *Ley Foral 19/2000, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales de Navarra para el ejercicio 2.001*. (Boletín Oficial de Navarra, número 158, de 30-12-00).
- *Ley 2/1998, 15 de junio, de Salud de Andalucía*. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.
- *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-4-86).

- *Ley 13/1986, de 14 de abril, de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica y Técnica.*
- Lögdberg B, Nilsson L-L, Levander MT, Levander S. *Schizophrenia, neighbourhood, and crime.* Acta Psychiatr Scand 2004; 110: 92–97.
- López-Abente G, Escolar A, Errezola M (eds). *Atlas del cáncer en España.* Victoria-Gastéis: Gráficas Sta. María, S.A., 1984.
- López-Abente G, Pollán M, Escolar A, Errezola M, Abaira V. *Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España.* Madrid: Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer, 1996.
- López Lara, E. y Garrido, M. *Análisis de la accesibilidad hospitalaria por carretera en Andalucía mediante Sistemas de Información Geográfica.* En: Servicios y Transportes en el desarrollo territorial de España. E. López Lara, J. Miranda, JC Posada, Navarro J, García Gómez A. (Eds.) Sevilla: El Monte, Asociación de Geógrafos Españoles (AGE) y Universidad de Sevilla, 2003. pp. 407-418.
- López Lara, E. *Territorio y ordenación de los servicios sanitarios en Andalucía.* En: *Servicios y Transportes en el desarrollo territorial de España.* E. López Lara, J. Miranda, JC Posada, Navarro J, García Gómez A. (Eds.) Sevilla: El Monte, Asociación de Geógrafos Españoles (AGE) y Universidad de Sevilla, 2003. pp. 127-142.
- López Lara E. *Los desplazamientos humanos en el mundo actual. Movimientos migratorios y globalización. De Sur a Sur.* Análisis multidisciplinar del fenómeno migratorio en España. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2002. pp. 67-93.
- López Lara E., Garrido M. *Vertebración, Ordenación y Zonificación Territorial de los Servicios Sanitarios de Andalucía. El Sistema de Información Geográfica Andaluz de Salud.* En: La Organización Territorial de la Sanidad. J.M. Cabasés, R. Meneu, M. Rodríguez, San Miguel F. (Eds.). Pamplona: Universidad Pública de Navarra/ Asociación de Economía de la Salud, 2002
- López Lara E. *Sanidad en Andalucía.* En: G. Cano García. Gran Enciclopedia Andaluza. Vol 5 Infraestructuras y Ordenación del Territorio. Sevilla: Ediciones Tartessos; 2000. pp. 91-118.
- López Lara E., Miranda Bonilla J. *Servicios, transportes y comarcas.* El Siglo que viene, nº 38. CMIDE. Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla y Consejería de Educación y Ciencias; 1999.
- López Lara E. *Las áreas de influencia hospitalarias de Andalucía, en Habitar, vivir, prever.* Barcelona: Ed. Universidad Autónoma de Barcelona; Centro de Estudios Demográficos y AGE, 1995. pp. 313-321.
- López Lara E. *Caracterización epidemiológica de los territorios andaluces, en Habitar, vivir, prever.* Barcelona: Ed. Universidad Autónoma de Barcelona; Centro de Estudios Demográficos y AGE, 1995. pp. 323-332.
- López Lara E. *Evolución y distribución del envejecimiento en Andalucía (1991).* Revista de Estudios Andaluces, nº 20. Sevilla 1994: 178-183.

- López Lara E. *Salud y Territorio. Geografía Médica y Asistencial en Andalucía*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla, 1991.
- López Lara E y Marchena Gómez M. *La nueva división distrital del término municipal de Sevilla*. Barcelona: Centro de Estudios Urbanísticos, Municipales y Territoriales; 1990.
- López Lara, E. *Política sanitaria en Andalucía. Implicaciones administrativo-territoriales*. Geografía de Andalucía. Tomo VII. Sevilla: Ed. Tartessos; 1989. pp. 423-456.
- Maantay J. *Zoning, equity and public health*. Am J Public Health, Vol 91 (7) 2001: 1033-1041.
- Mateos R, Rodríguez A. *Estudio de epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega*. Santiago: Colección Saude Mentale. Servicio Galego de Saude. Xunta de Galicia; 1989.
- Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni F, Lyketsos G. *Prevalence of psychiatric disorders in Athens: A community study*. Social Psychiatry 1986; 21: 172-81.
- Marchena M. *Planificación territorial y gestión de la asistencia psiquiátrica*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. VI. Nº. 19. 1984.
- Marchena M. *Proyecto de sectorización de la asistencia psiquiátrica*. Sevilla: Diputación provincial de Sevilla, 1986. pp. 159.
- *Mental Health Economics (MHE) (SPC.2002397)*. Directorate-General Health and Consumer Protection. Comisión Europea [en línea] [fecha de acceso 6 de agosto de 2004]. URL disponible en: [www.mhe.com](http://www.mhe.com)
- McKee M, Berman P. *Health targets in Europe: learning from experience*. European Journal of Public Health, 10: 1, 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. *Sistema de información en Salud Mental. Indicadores año 1996*. Serie de Informes Técnicos Nº 12. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de Situación de Salud Mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Atlas de la Sanidad en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
- Moreno, A. y Escolano. *Los servicios y el territorio*. Madrid: Ed. Síntesis; 1992a.
- Moreno, A. y Escolano. *El comercio y los servicios para la producción y el consumo*. Madrid: Ed. Síntesis; 1992b.

- Moreno Küstner B. (ed.). *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2005. pp 219.
- Murray CJ, Lopez AD. *Global comparative assessment in the health sector. Disease burden, expenditures and intervention packages*. Geneva: World Health Organization, 1994.
- Murray CJ, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. I).
- National Health System (NHS). *The Health Atlas - Annual Health Report 2001. Enfield & Haringey y Barnet Health Authorities*. Department of Health: London; 2001. [en línea] [fecha de acceso 10 marzo 2004]. URL disponible en: [http://www.beh.nhs.uk/publications/public\\_annual\\_health\\_reports/2001\\_health\\_atlas/health\\_atlas.asp/](http://www.beh.nhs.uk/publications/public_annual_health_reports/2001_health_atlas/health_atlas.asp/)
- Navarro Luna, J. *Territorio y administraciones públicas en Andalucía*. Sevilla: IAAP y Universidad de Sevilla; 1999. pp 328.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health Data 2004 international comparisons of diverse health care systems*. [en línea] [fecha de acceso 4 de diciembre de 2004]. URL disponible en: [http://www.oecd.org/document/30/0,2340,en\\_2649\\_33929\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,2340,en_2649_33929_12968734_1_1_1_1,00.html)
- Olivera, A. *Geografía de la Salud*. Madrid: Síntesis; 1993. pp. 160.
- *Orden de 9 de junio de 1999, por la que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía*.
- *Orden de 7 de enero de 1988, por la que se aprueba el Mapa de Atención Primaria de Salud en Andalucía*.
- *Orden SCO/709/2002 del Ministerio de Sanidad y Consumo de 22 de marzo 2002*.
- *Orden de 7 de junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía*.
- Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (OMS). Conferencia Sanitaria Internacional. 7 de abril de 1948. OMS [en línea] [fecha de acceso 18 agosto de 2004]. URL disponible en: <http://www.who.int/about/es/>
- Organización Mundial de la Salud. *Epidemiological methods in the study of chronic diseases*. Inf. num. 365. Ginebra: OMS, 1967.
- Organización Mundial de la Salud. *The international pilot study of schizophrenia*. Ginebra: OMS, 1973.
- Organización Mundial de la Salud. *Mental Health Services in Pilot Study Areas. Report of a European Study*. Copenhagen: OMS, 1989.

- Organización Mundial de la Salud. CIE-10, *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS, 1992.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10, *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Criterios diagnósticos de investigación. Ginebra: OMS, 1993.
- Organización Mundial de la Salud. *WHOTERM. WHO Terminology Information System*. A Quick Reference Compendium of Selected Key Terms used in The World Health Report 2000 issued by the World Health Organization. OMS [en línea] [fecha de acceso 14 mayo de 2003]. URL disponible en: [http://www.who.int/health-systems-performance/docs/whr\\_2000\\_glossary.doc](http://www.who.int/health-systems-performance/docs/whr_2000_glossary.doc)
- Organización Mundial de la Salud. *Proyecto de política de Salud Mental. Paquete de orientación sobre política y servicios*. Ginebra: OMS, 2001
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, (CIE-10)* Ginebra: OMS, 2003.
- Organización Mundial de la Salud. *Atlas: country profiles on mental health resources 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Ginebra: OMS, 2001. [en línea] [fecha de acceso 14 de noviembre de 2004]. URL disponible en: <http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/media/project-atlas.htm>
- Organización Mundial de la Salud. *The Public Health Mapping Programme. Communicable Disease Surveillance & Response (CSR)* [en línea] [fecha de acceso 14 de noviembre de 2004]. URL disponible en: <http://www.who.int/csr/mapping/tools/healthmapper/healthmapper/en/>
- Organización Mundial de la Salud. *Global Atlas of infectious diseases. Communicable Disease Global Atlas* [en línea] [fecha de acceso 14 de noviembre de 2004]. URL disponible en: <http://globalatlas.who.int/>
- Organización Mundial de la Salud. *Communicable Disease Surveillance & Response (CSR). Public Health Mapping Programme. GIS and Public Health Mapping*. [en línea] [fecha de acceso 15 mayo de 2004]. URL disponible en: <http://www.who.int/csr/mapping/gisandphm/en/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Sistemas de Información Geográfica en Salud (SIG-EPI)* [en línea] [fecha de acceso 10 agosto de 2004]. URL disponible en: <http://ais.paho.org/sigepi/>
- Organización Mundial de la Salud. *European health for all database (HFA-DB)*. OMS Oficina Regional Europea. [en línea] [fecha de acceso 7 de diciembre de 2004]. URL disponible en: <http://www.euro.who.int/hfadb>
- Organización Mundial de la Salud. *Mental Health Atlas - 2005. Department of Mental Health and Substance Abuse*, WHO: Geneva; 2005. [online] [en línea] [fecha de acceso 10 mayo 2005]. URL disponible en: <http://www.cvdinfobase.ca/mh-atlas/>
- Organización Mundial de la Salud. *Monitoring mental health system and services: Monitoring instrument. Mental Health: Evidence and Research*. Ginebra: OMS, proyecto en realización.



- Orihuela T, Gómez P. Observatorio de la Discapacidad. *Población con enfermedad mental grave y prolongada*. Colección de estudios e informes. Serie estudios N° 9. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). 2003.
- Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C. *Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies*. Social Science and Medicine, 1999 49: 1461–1471.
- Pérez C. *Técnicas de Análisis Multivariante de Datos. Aplicaciones con SPSS*. Perason-Prentice Hall: Madrid, 2004.
- Pertíñez Mena J, Viladàs Jené L, Clusa Gironella T, Menacho Pascual I, Nadal Gurpegui S y Muns Solé M. *Descriptive study of mental disorders in ethnic minorities residing in an urban area of Barcelona*. Aten Primaria 2002. January. 29 (1): 6-13
- Picheral H. *Espace et santé*. Géographie médicale du Midi de la France. Montpellier: Le Paysan du Midid, 1976. pp 425.
- Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria*. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, 1988.
- Pickle LW, Mungiole M, Jones GK, White AA. *Atlas of United States mortality*. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 1996.
- Pomona. *Health Indicators for People with Intellectual Disabilities (2002/203496)*. Directorate-General Health and Consumer Protection. Comisión Europea [en línea] [fecha de acceso 6 de agosto de 2004]. URL disponible en: <http://www.pomonaproject.com>
- Reggier DA., Boid JH, Burke JD. *One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiological Catchment Area Sites*. Archives of General Psychiatry 1988; 45: 977-86.
- Requés Velasco, P. *Atlas Digital del Bienestar Social en España. Análisis provincial*. Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio, U. de Cantabria, 2001. [En línea], [fecha de acceso 15 febrero 2005] URL disponible en: <http://departamentos.unican.es/geourb/datos/grupos/grupo4.html>
- Rice D, Miller LS. *The economic burden of affective disorders*. British Journal of Psychiatry, 1995; 166 (Suppl 27), 34-42.
- RIRAG-SMD - *Red Integrada de Resultados Aplicados a la Gestión de la Salud Mental y la Discapacidad (G03/061)*. Red Temática de Investigación Cooperativa del Instituto de Salud Carlos III. 2003-2005. Ministerio de Sanidad y Consumo [en línea] [fecha de acceso 6 de agosto de 2004]. URL disponible en: <http://www.riraq.com>
- Robine JM, Jagger C; Euro-REVES Group. *Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project*. Eur J Public Health. 2003 Sep;13(3 Suppl):6-14.
- Romero C. *Descripción y clasificación estandarizada de servicios de Salud Mental en España. European Service Mapping Schedule*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Cádiz, 2000.

- Rosales C. *Estudio geográfico de una población de esquizofrénicos y de sus necesidades en un área de Granada*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Granada. Granada, 1998. 569 p.
- Rupke N. *Medical Geography in Historical Perspective*. Medical History, Supplement Nº 20. London: The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL; 2000.
- Salize HJ, Moreno B, Torres-González F, Jiménez JF, Rössler W. *Needs for care and effectiveness of mental health care provision for schizophrenic patients in two European regions. A comparison of Granada (Spain) and Mannheim (Germany)*. Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 328-334.
- Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C (for the CSR/P/RIRAG groups). *Patterns of mental health service utilisation in Spain and Italy. An Investigation using the European Service Mapping Schedule*. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005 40: 149-159.
- Salvador-Carulla L, Garrido M. por el grupo Psicost/RIRAG. *Conjunto básico de indicadores de Salud Mental en el ámbito europeo y español. La experiencia PSICOST/RIRAG*. En: XXIII y XXIV Jornadas de Economía de Salud 2004: Publicación en CD.
- Salvador Carulla L, Romero C, Garrido M, Salinas JA, Ochoa S. *Informe Psicost/CatSalut 2003*. Servicio Catalán de Salud (CatSalut). Informe técnico, 2003.
- Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M, Torres F. *La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas?*. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C. (Eds). Informe SESPAS 2002: Invertir para la Salud. Prioridades en Salud pública. 5ª ed.. Valencia: Generalitat Valenciana y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2002. p. 301-26.
- Salvador-Carulla L, Atienza C, Romero C and the PSICOST/EPCAT Group. *Use of the Model of Care for Standard Description of Psychiatric Services: The Experience in Spain*. En: Guimón, N. Sartorius (eds.). Manage or Perish? The Challenges of Managed Mental Health Care in Europe. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers; 1999: 359-368.
- Salvador-Carulla L, Romero C, Rodríguez-Blázquez C. *Aplicación de las medidas de coste-efectividad al análisis de programas de atención en Salud Mental*. En: Vallejo J (Ed.). UPDATE Psiquiatría. Barcelona: Masson S.A.; 1999. p. 93-104.
- Salvador-Carulla L, Romero C, Rodríguez-Blázquez C, Atienza C, Velázquez R. *¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional*. Psiquiatría.com [en línea] 1998 septiembre [17 de junio 2004]; 2 (3): [13 pantallas]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/>
- Santiago A, Vázquez-Barquero JL, Díez JF. *El rol femenino como determinante de la Salud Mental de las mujeres de la población general de Cantabria*. Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica 1994; 22 (5): 218-29.
- Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2000. La xarxa Sanitària d'utilització pública de Catalunya. Barcelona: Servei CATALA de la Salut; 2000.



- Servicio Andaluz de Salud (SAS). *Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007*. Sevilla: SAS, 2003.
- Servicio Andaluz de Salud (SAS). *Conjunto Mínimo Básico de Datos de Alta Hospitalaria (CMBDH)*. Sevilla: SAS; 2002.
- Servicio Andaluz de Salud (SAS). *Sistema de Información de Salud Mental en Andalucía (SISMA)*. Sevilla: SAS; 2002.
- Servicio Andaluz de Salud (SAS). *Memoria 2001. Servicio Andaluz de Salud*. Junta de Andalucía [en línea] 2002 [fecha de acceso 4 mayo de 2002]. URL disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/>.
- Seva A, Civeira JM. *Análisis higiénico-sanitario de Salud Mental en Soria*. Soria: Publicaciones de la Excm. Provincia de Soria; 1982.
- Shore JH. *Community Psychiatry*. En: Kaplan HI, Sadock BJ (Ed.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/ V*. Baltimore: William & Wilkins; 1989.
- Snow J. *On the mode of communication of cholera*, 2 ed. New York: The Commonwealth Fund, 1855.
- Stakes (National Research and Development Centre for Welfare and Health). *Establishment of a set of mental health indicators for European Union*. Directorate-General Health and Consumer Protection. The European Union Online [en línea] [fecha de acceso 3 de junio de 2002]. URL disponible en: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/1998/monitoring/1998\\_mon/p\\_09\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/monitoring/1998_mon/p_09_en.pdf)
- Subdirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud (Osasunbidea). *Memoria Salud Mental de Navarra 2002*. Pamplona: Subdirección de Salud Mental; 2002. pp. 110. [en línea] [fecha de acceso 7 de febrero de 2002]. URL disponible en: [http://www.cfnavarra.es/SALUD/SaludMental/mem\\_2002/MeSalMe2002.pdf](http://www.cfnavarra.es/SALUD/SaludMental/mem_2002/MeSalMe2002.pdf)
- Sytema S, Burguess P, Tansella M. *Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? A comparative case register study in Groningen, The Netherlands; Victoria, Australia; and South-Verona, Italy*. *Schizophrenia Bulletin*, 28: 2002; 273-281.
- The West Sussex Public Health Observatory. *An Atlas of Deprivation Indices in West Sussex*. Worthing: Department of Public Health. National Health System (NHS), 2002. pp. 96. [en línea] [fecha de acceso 25 de abril de 2004]. URL disponible en: <http://www.healthinaaw.nhs.uk/document.cfm?document=10732>
- Thornicroft G, Strathdee G, Jonson S. *The case for catchment areas for mental health services*. *Psychiatric Bull* 1995; 19: 343-345.
- Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix. A manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. pp. 291.
- Townsend P, Simpson P, Tibbs N. *Inequalities in health in the city of Bristol: a preliminary review of the statistical evidence*. *International Journal of Health Services*, 1982; 15, 637-663.

- Treserras R, Castell C, Sanchez E, Salleras L. *Health targets and priorities in Catalonia, Spain*. European Journal of Public Health, 10: 2000. pp. 51-56.
- Urteaga, L Miseria, miasmas y microbios. *Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX*. Geocrítica. Nº 29. Septiembre. 1980: pp. 50.
- Vázquez-Barquero JL, Díez JF, Peña C, Aldama J, Samaniego C, Menéndez J y cols. *A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity*. Psychological Medicine 1987; 17: 227-41.
- Vázquez-Barquero JL, García J. *Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1999; 249: 128-135.
- Vázquez-Barquero JL, García J, Torres-González F. *Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience?* Acta Psychiatr Scand 2001; 104 (suppl. 410): 89-95.
- Villaverde ML, Gracia R, De la Fuente J, González de Rivera JL, Rodríguez Pulido F. *Estudio comunitario de Salud Mental en población urbana de Tenerife*. En: González de Rivera JL, Rodríguez Pulido F, Sierra A. (Edit) *El método epidemiológico en Salud Mental*. Barcelona: Masson/Salvat 1993: 187-99.
- Walter SD, Birnie SE. *Mapping Mortality and Morbidity Patterns: An international Comparison*. Int J Epidemiol 1991; 20: 678-89.
- Wang PS, Berglund P, Kessler RC. *Recent Care of Common Disorders in the United States. Prevalence and Conformance with Evidence-Based Recommendations*. J Gen Intern Med, 2000; 15 (5), 284-292.
- Weisbrod BA. *A guide to benefit-cost analysis as seen through a controlled experiment in treating the mentally ill*. J Health Polit Policy Law 1983; 7: 808-45.
- Zoido Naranjo F. *Análisis integrados y conclusiones operativas*. En: Zoido Naranjo F. (Coord.) *Informe de Desarrollo Territorial de Andalucía (IDTA)*. Sevilla: Sevillana y Universidad de Sevilla; 2001. pp. 239-267.
- Zoido F y Ojeda J. *Diversidad, desigualdad y cohesión territorial*. En: López Ontiveros A. (Ed.). *Geografía de Andalucía*. Barcelona: Ariel Geografía, 2003; pp. 777-812.



## **X. ANEXO A**



## **CATÁLOGO DE RECURSOS DE SALUD MENTAL EN 4 COMUNIDADES AUTÓNOMAS: ANDALUCÍA, CATALUÑA, MADRID Y NAVARRA**

En este anexo se presenta el catálogo de los indicadores de salud mental en las 4 Comunidades Autónomas estudiadas (Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra). Para cada indicador se especifica la fuente y el nombre de cada dispositivo con el número de camas (servicios residenciales) y sus plazas (servicios de día y actividades estructuradas). Se ha intentado que toda la información se refiera al año 2002, excepto en los casos en que no existía el dato o no fue posible conseguirlo.

La estructura en la que se presenta la información es la siguiente:

### 1. GASTO.

### 2. PLANTILLA.

A) PLANTILLA TOTAL.

B) PLANTILLA EN CENTROS DE SALUD MENTAL.

### 3. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DE ADULTOS.

A) DISPOSITIVOS RESIDENCIALES.

B) DISPOSITIVOS DE DÍA Y/O DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS.

C) DISPOSITIVOS COMUNITARIOS / AMBULATORIOS.

C.1. NO MÓVILES.

C.2. MÓVILES.

### 4. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL.

A) DISPOSITIVOS RESIDENCIALES.

B) DISPOSITIVOS DE DÍA Y/O DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS.

C) DISPOSITIVOS COMUNITARIOS / AMBULATORIOS.

## CATÁLOGO DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA

---

### **1. GASTO**

**Gasto Sanitario General (Consejería de Salud):** 5.703.041.096 € (Ley 14/2001)

**Gasto en Salud Mental (SAS, 2002):** - (51.039.427 €, esta cifra solo recoge el gasto en personal de los dispositivos de salud mental, los gastos corrientes no se pueden determinar porque están incluidos en el presupuesto general del hospital o distrito en el que se insertan. Por otra parte FAISEM tuvo un presupuesto de 15.600.000 € para el 2001) (FAISEM, 2002)

**Gasto Farmacéutico Total:** 1.192.191.651 € (año 2000) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000)

**Gasto en Psicofármacos (Neurolépticos y Antidepresivos):** 87.994.182 € (año 2000) (SAS, 2002)

### **2. PLANTILLA (SAS, 2002)**

#### **A) PLANTILLA TOTAL**

**Psiquiatras totales:** 389

**Psicólogos totales:** 185

**DUE totales:** 443

**Trabajadores Sociales totales:** 109

#### **B) PLANTILLA EN CENTROS DE SALUD MENTAL**

**Psiquiatras en Centros de Salud Mental:** 207

**Psicólogos en Centros de Salud Mental:** 173

**DUE en Centros de Salud Mental:** 98

**Trabajadores Sociales en Centros de Salud Mental:** 73

Los datos para Centros de Salud Mental están referidos únicamente a los Equipos de Salud Mental de Distrito.

### **3. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DE ADULTOS**

#### **A) DISPOSITIVOS RESIDENCIALES**

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Corta Estancia (SAS):** 21 Unidad de Salud Mental en Hospital General (USMH) (535 camas) (Consejería de Salud, 2002) (SAS, 2002)

- USMH Almería - Hospital Torrecárdenas
- USMH Cádiz - Hospital Universitario de Puerto Real
- USMH Algeciras - Hospital Punta Europa
- USMH Jerez - Hospital del SAS
- USMH Córdoba - Hospital Reina Sofía
- USMH Baza - Hospital General Básico de Baza
- USMH Granada Sur - Hospital Clínico San Cecilio
- USMH Hospital V. de las Nieves
- USMH Huelva - Hospital Juan Ramón Jiménez
- USMH Úbeda - Hospital San Juan de la Cruz
- USMH Jaén – Ciudad de Jaén
- USMH Málaga I - Hospital Carlos Haya
- USMH Málaga II - Hospital Virgen de la Victoria
- USMH Valme - Hospital Virgen del Valme
- USMH Hospital Virgen del Rocío
- USMH Virgen Macarena - Hospital Virgen Macarena
- USMH Empresa Pública del Poniente
- USMH Hospital de la Merced de Osuna

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Subagudos: 0**

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Media y Larga Estancia (SAS):** 1 Hospital Psiquiátrico concertado (32 camas) (Comunicación personal con el servicio, 2002)

- Centro Asistencial San Juan de Dios (Málaga) (32 camas)

**Comunidades Terapéuticas para personas con enfermedad mental:** 13 Comunidad Terapéutica (CT) (195 camas) (Consejería de Salud, 2002) (SAS, 2002)

- CT Almería
- CT Jerez
- CT Cádiz
- CT Córdoba



- CT Granada Norte
- CT Granada Sur
- CT Huelva
- CT Jaén
- CT Málaga I "Carlos Haya"
- CT Málaga II "Virgen de la Victoria"
- CT V. Macarena
- CT Valme
- CT V. del Rocío

**Residencias para personas con enfermedad mental (FAISEM):** 21 Casas Hogar (328 camas) (FAISEM, 2002)

- Casa-Hogar Jaén: 1 Casa-Hogar (15 camas)
- Casa-Hogar Níjar (Almería): 1 Casa-Hogar (18 camas)
- Casa-Hogar Huelva: 1 Casa-Hogar (18 camas)
- Casas-Hogar Málaga: 3 Casas-Hogar (35 camas)
- Casa-Hogar Pizarra (Málaga): 1 Casa-Hogar (20 camas)
- Casa-Hogar Jerez de la Frontera (Cádiz): 1 Casa-Hogar (camas 18)
- Casa-Hogar Los Barrios (Cádiz): 1 Casa-Hogar (9 camas)
- Casas-Hogar Puerto de Santa María (Cádiz): 2 Casas-Hogar (28 camas)
- Casa-Hogar Cabra (Córdoba): 1 Casa-Hogar (20 camas)
- Casa-Hogar Córdoba: 1 Casa-Hogar (10 camas)
- Casa-Hogar Granada: 1 Casa-Hogar (20 camas)
- Casa-Hogar La Zubia: 1 Casa-Hogar (16 camas)
- Casa-Hogar Aznalcázar (Sevilla): 1 Casa-Hogar (20 camas)
- Casa-Hogar Osuna (Sevilla): 1 Casa-Hogar (9 camas)
- Casas-Hogar Sevilla: 4 Casas-Hogar (72 camas)

**Pisos Protegidos para personas con enfermedad mental (FAISEM):** 88 Viviendas Supervisadas (320 camas) (FAISEM, 2002)

- Viviendas Supervisadas Almería: 8 Viviendas Supervisadas (36 camas)
- Viviendas Supervisadas El Ejido (Almería): 2 Viviendas Supervisadas (8 camas)
- Viviendas Supervisadas Olula del Río (Almería): 1 Vivienda Supervisada (camas 4)

- Viviendas Supervisadas Jerez de la Frontera (Cádiz): 4 Viviendas Supervisadas (16 camas)
- Viviendas Supervisadas Puerto de Santa María (Cádiz): 4 Viviendas Supervisadas (15 camas)
- Viviendas Supervisadas Córdoba: 5 Viviendas Supervisadas (19 camas)
- Viviendas Supervisadas Montoro (Córdoba): 2 Viviendas Supervisadas (11 camas)
- Viviendas Supervisadas Granada: 8 Viviendas Supervisadas (31 camas)
- Viviendas Supervisadas La Zubia (Granada): 1 Vivienda Supervisada (4 camas)
- Viviendas Supervisadas Huelva: 4 Viviendas Supervisadas (19 camas)
- Viviendas Supervisadas Alcalá la Real (Jaén): 1 Vivienda Supervisada (5 camas)
- Viviendas Supervisadas Jaén: 2 Viviendas Supervisadas (10 camas)
- Viviendas Supervisadas Úbeda (Jaén): 1 Vivienda Supervisada (6 camas)
- Viviendas Supervisadas Málaga: 24 Viviendas Supervisadas (68 camas)
- Viviendas Supervisadas Carmona (Sevilla): 2 Viviendas Supervisadas (6 camas)
- Viviendas Supervisadas Écija (Sevilla): 1 Vivienda Supervisada (2 camas)
- Viviendas Supervisadas Los Palacios (Sevilla): 1 Vivienda Supervisada (4 camas)
- Viviendas Supervisadas Sevilla: 17 Viviendas Supervisadas (56 camas)

**Pensiones para personas con enfermedad mental (FAISEM):** 5 Pensiones Concertadas (12 camas) (FAISEM, 2002)

- Pensiones Concertadas Almería: 1 pensión (1 cama)
- Pensiones Concertadas Húercal-Overa (Almería): 1 pensión (1 cama)
- Pensiones Concertadas Granada: 2 pensiones (8 camas)
- Pensiones Concertadas Motril (Granada): 1 pensión (2 camas)

## **B) DISPOSITIVOS DE DÍA Y/O DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS**

**Hospitales de Día de Salud Mental de Adultos (SAS):** 6 Hospitales de Día (HD) (180 plazas) (Consejería de Salud, 2002)

- HD Huelva
- HD Virgen Macarena
- HD Osuna
- HD Jaén
- HD Granada Norte
- HD Almería – Hospital Poniente

**Centros de Día de Salud Mental de adultos (SAS):** 9 Unidades de Rehabilitación de Área (URA) (270 plazas aproximadamente) (Consejería de Salud, 2002)

- URA Huelva
- URA V. del Rocío
- URA V. Macarena
- URA Cádiz
- URA Córdoba
- URA Málaga I "Carlos Haya"
- URA Jaén
- URA Granada Sur
- URA Almería

**Clubs Sociales para personas con enfermedad mental (FAISEM):** 26 (828 plazas) (FAISEM, 2002)

1. Club Social Huelva: (38 plazas)
2. Club Sociales Almería, La Frontera: (30 plazas)
3. Club Sociales El Ejido (Almería), El Timón: (30 plazas)
4. Club Sociales Algeciras (Cádiz), AFEMEN: (30 plazas)
5. Club Sociales Cádiz, AFEMEN: (30 plazas)
6. Club Sociales Chiclana (Cádiz), AFEMEN: (30 plazas)
7. Club Sociales Jerez de la Frontera (Cádiz), AFEMEN: (30 plazas)
8. Club Sociales Puerto Santa María (Cádiz), AFEMEN: (30 plazas)
9. Club Sociales Sanlúcar de Barrameda (Cádiz), AFEMEN: (30 plazas)
10. Club Sociales Comares (Granada): AGRAFEM (30 plazas)
11. Club Sociales Molinos Genil (Granada): (30 plazas)
12. Club Sociales Bailen (Jaén), APAEM: (30 plazas)
13. Club Sociales Úbeda (Jaén): APAEM: (30 plazas)
14. Club Sociales Axarquía (Málaga), AFENEAX: (25 plazas)
15. Club Sociales Benalmadena (Málaga): AFESOL: (25 plazas)
16. Club Sociales Málaga, AFENES: (25 plazas)
17. Club Sociales Málaga, Al – Faralá: (25 plazas)
18. Club Social Málaga FAISEM 1: (30 plazas)
19. Club Social Málaga FAISEM 2: (30 plazas)
20. Club Social Córdoba, ASENEC: (30 plazas)
21. Club Sociales Alcalá de Guadaíra (Sevilla), ASAENES: (30 plazas)
22. Club Sociales Écija (Sevilla), ASAENES: (30 plazas)

23. Club Sociales Sevilla, ASAENES: (30 plazas)
24. Club Sociales Sevilla, Guadalquivir: (90 plazas)
25. Club Sociales Sevilla, Sur (30 plazas)
26. Club Sociales Sevilla, Triana (30 plazas)

**Talleres Ocupacionales para personas con enfermedad mental (FAISEM):** 96 (1.624 plazas) (FAISEM, 2002)

- Talleres Ocupacionales de Albox: (Almería): 2 (33 plazas)
- Talleres Ocupacionales de Almería: 1 (10 plazas)
- Talleres Ocupacionales El Ejido : : Almería: 2 (42 plazas)
- Talleres Ocupacionales Huerca-Overa (Almería): 1 (8 plazas)
- Talleres Ocupacionales Roquetas de Mar (Almería): 1 (20 plazas)
- Talleres Ocupacionales Cádiz: 1 (10 plazas)
- Talleres Ocupacionales Chiclana (Cádiz): 1 (12 plazas)
- Talleres Ocupacionales Jerez de la Frontera (Cádiz): 3 (38 plazas)
- Talleres Ocupacionales Puerto de Santa María (Cádiz): 2: 27 plazas)
- Talleres Ocupacionales Sanlúcar de Barrameda (Cádiz): 1: 15 plazas)
- Talleres Ocupacionales Vejer de la Frontera (Cádiz): 1: 15 plazas)
- Talleres Ocupacionales Cabra (Córdoba): 1 (34 plazas)
- Talleres Ocupacionales Lucena (Córdoba): 1 (44 plazas)
- Talleres Ocupacionales Montilla (Córdoba): 1 (32 plazas)
- Talleres Ocupacionales Montoro (Córdoba): 1 (30 plazas)
- Talleres Ocupacionales Palma del Río (Córdoba): 1 (20 plazas)
- Talleres Ocupacionales Peñarroya (Córdoba): 1: 12 plazas)
- Talleres Ocupacionales Pozoblanco (Córdoba): 1 (25 plazas)
- Talleres Ocupacionales Almuñecar (Granada): 1 (12 plazas)
- Talleres Ocupacionales Baza (Granada): 1 (15 plazas)
- Talleres Ocupacionales Genil-Molinos (Granada): 1 (53 plazas)
- Talleres Ocupacionales Granada: 7 (135 plazas)
- Talleres Ocupacionales Guadix (Granada): 1 18 plazas)
- Talleres Ocupacionales Loja (Granada): 1 (18 plazas)
- Talleres Ocupacionales Motril (Granada): 1 (15 plazas)
- Talleres Ocupacionales Aracena (Huelva): 1 (7 plazas)
- Talleres Ocupacionales Cartaya (Huelva): 1 (8 plazas)
- Talleres Ocupacionales Huelva: 3 (28 plazas)
- Talleres Ocupacionales La Palma del Condado (Huelva): 1 (10 plazas)

- Talleres Ocupacionales Riotinto (Huelva): 1 (8 plazas)
- Talleres Ocupacionales Alcalá la Real (Jaén): 1 (13 plazas)
- Talleres Ocupacionales Andujar (Jaén): 1 (8 plazas)
- Talleres Ocupacionales Jaén: 9 (114 plazas)
- Talleres Ocupacionales Úbeda (Jaén): 1 (10 plazas)
- Talleres Ocupacionales Villacarrillo (Jaén): 1 (8 plazas)
- Talleres Ocupacionales Antequera (Málaga): 1 (12 plazas)
- Talleres Ocupacionales Cartama (Málaga): 1 (12 plazas)
- Talleres Ocupacionales Fuengirola (Málaga): 1 (10 plazas)
- Talleres Ocupacionales Málaga: 11: 162 plazas)
- Talleres Ocupacionales Ronda (Málaga): 1 (12 plazas)
- Talleres Ocupacionales Velez – Málaga (Málaga: 2 (26 plazas)
- Talleres Ocupacionales Alcalá de Guadaira (Sevilla): 1: 20 plazas)
- Talleres Ocupacionales Camas (Sevilla): 1: 20 plazas)
- Talleres Ocupacionales Carmona (Sevilla): 1 (42 plazas)
- Talleres Ocupacionales Coria del Río (Sevilla): 1 (25 plazas)
- Talleres Ocupacionales Dos Hermanas (Sevilla): 1 (25 plazas)
- Talleres Ocupacionales Écija (Sevilla): 1 (25 plazas)
- Talleres Ocupacionales Fuentes de Andalucía (Sevilla): 1 (20 plazas)
- Talleres Ocupacionales La Rinconada (Sevilla): 1 (20 plazas)
- Talleres Ocupacionales Lebrija (Sevilla): 1 (20 plazas)
- Talleres Ocupacionales Los Palacios (Sevilla): 1 (33 plazas)
- Talleres Ocupacionales Marchena (Sevilla): 1 (20 plazas)
- Talleres Ocupacionales Morón de la Frontera (Sevilla): 1 (20 plazas)
- Talleres Ocupacionales Osuna (Sevilla): 1 (20 plazas)
- Talleres Ocupacionales Sanlúcar la Mayor (Sevilla): 1 (20 plazas)
- Talleres Ocupacionales Sevilla: 9 (153 plazas)

**Empresas sociales para personas con enfermedad mental (FAISEM):** 8 (172 empleados) (FAISEM, 2003)

- Empresa Social Proilabal, S.L. (Almería): (10 trabajadores con enfermedad mental)
- Empresa Social Gesser, S.L. Jerez de la Frontera (Cádiz): (22 trabajadores con enfermedad mental)
- Empresa Social Azahara Sur, S. L. (Córdoba): (3 trabajadores con enfermedad mental)

- Empresa Social Ajardinamientos Nevada S.L.(Granada): (18 trabajadores con enfermedad mental)
- Empresa Social Indesur, S. L. (Huelva): (6 trabajadores con enfermedad mental)
- Empresa Social Ges Jaén S. L. (Jaén): (14 trabajadores con enfermedad mental)
- Empresa Social Multiser del Mediterráneo S.L. (Málaga): (55 trabajadores con enfermedad mental)
- Empresa Social Proazimut S. L. (Sevilla): (44 trabajadores con enfermedad mental)

## **C) DISPOSITIVOS AMBULATORIOS / COMUNITARIOS**

### **C.1. NO MÓVILES**

**Centros de Salud Mental de Adultos (SAS):** 71 Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) (Consejería de Salud, 2002)

- ESMD Poniente-El Ejido
- ESMD Roquetas
- ESMD Almería-Centro-Bajo Andarax
- ESMD Alto Almanzora-Albox
- ESMD Levante-Huercal-Overa
- ESMD Sanlúcar de Barrameda
- ESMD Triángulo Interior-Vejer
- ESMD Sierra de Cádiz-Villamartín.
- ESMD Bahía de Cádiz-Puerto Santa María
- ESMD Algeciras
- ESMD Chiclana
- ESMD La Línea de la Concepción
- ESMD Cádiz
- ESMD San Fernando
- ESMD Jerez de La Frontera
- ESMD Peñarroya
- ESMD Córdoba Centro (Equipo A)
- ESMD Córdoba Sur (Equipo B)
- ESMD Lucena
- ESMD Montilla
- ESMD Palma del Río
- ESMD Montoro
- ESMD Cabra

- ESMD Valle de los Pedroches
- ESMD Guadix
- ESMD Costa-Motril
- ESMD Alpujarras-Orgiva
- ESMD Loja
- ESMD Granada-Norte-Cartuja
- ESMD Santa Fe
- ESMD Baza
- ESMD Granada Sur-Zaidín
- ESMD El Condado
- ESMD Huelva
- ESMD Aracena
- ESMD Valverde del Camino
- ESMD Costa-Lepe
- ESMD Jaén
- ESMD Andújar
- ESMD Nordeste-Villacarrillo
- ESMD Úbeda
- ESMD Linares
- ESMD Alcalá la Real
- ESMD Sierra Sur-Martos
- ESMD Antequera
- ESMD Puerta Blanca
- ESMD Málaga-Oeste (Carranque)
- ESMD Coín-Guadalhorce (Cártama)
- ESMD Fuengirola-Mijas-Los Boliches
- ESMD Málaga-Norte
- ESMD Axarquía-Vélez Málaga
- ESMD Málaga-Centro
- ESMD Ronda
- ESMD Marbella-Ensanche
- ESMD Sevilla-Sur
- ESMD Morón
- ESMD Carmona
- ESMD Alcalá-Dos Hermanas

- ESMD Sierra Norte-Constantina
- ESMD Macarena Centro
- ESMD San José de la Rinconada
- ESMD Camas
- ESMD Sevilla-Oriente
- ESMD Utrera
- ESMD Sanlúcar la Mayor
- ESMD Sevilla-Guadalquivir
- ESMD Sevilla-Este
- ESMD Écija-Virgen del Valle
- ESMD Mairena del Aljarafe
- ESMD Macarena Norte
- ESMD Osuna

## **C.2. MOVILES**

### **A) PROGRAMA DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADOS**

**Equipos de Programa de servicios individualizados para las personas con trastornos mentales severos (PSI-TMS): 0**

### **B) APOYO DOMICILIARIO**

**Atención domiciliaria a personas con enfermedad mental (FAISEM): 137 pacientes** atendidos en 8 Programas de Atención Domiciliaria (FAISEM, 2002)

- Atención Domiciliaria Provincia de Almería: (8 pacientes)
- Atención Domiciliaria Provincia de Cádiz: (52 pacientes)
- Atención Domiciliaria Provincia de Córdoba: (1 pacientes)
- Atención Domiciliaria Provincia de Granada: (9 pacientes)
- Atención Domiciliaria Provincia de Huelva: (4 pacientes)
- Atención Domiciliaria Provincia de Jaén: (6 pacientes)
- Atención Domiciliaria Provincia de Málaga: (30 pacientes)
- Atención Domiciliaria Provincia de Sevilla: (27 pacientes)



#### **4. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL**

##### **A) DISPOSITIVOS RESIDENCIALES**

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas Infanto-juveniles (SAS):** 8 Unidades de Salud Mental Infantil (USMI) con hospitalización infantil (35 camas) (Comunicación personal con el servicio, 2002)

- Unidad de hospitalización en USMI Virgen del Rocío, 4 camas
- Unidad de hospitalización en USMI Jerez, 4 camas
- Unidad de hospitalización en USMI Puerto Real, 4 camas
- Unidad de hospitalización en USMI Córdoba, 4 camas
- Unidad de hospitalización en USMI Málaga V. de la Victoria, 4 camas
- Unidad de hospitalización en USMI Granada norte, 2 camas
- Unidad de hospitalización en USMI Jaén, 5 camas
- Unidad de hospitalización en USMI Almería, 8 camas

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Subagudos Infanto-juveniles:** 0

##### **B) DISPOSITIVOS DE DÍA Y/O DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS**

**Hospitales de Día de Salud Mental Infanto-juvenil (SAS):** 12 (177 plazas) (Comunicación personal con el servicio, 2002)

- Hospital de día en USMI de Huelva (15 plazas)
- Hospital de día en USMI de V. del Rocío (15 plazas)
- Hospital de día en USMI de V. Macarena (15 plazas)
- Hospital de día en USMI de V. de Valme (15 plazas)
- Hospital de día en USMI de Jerez (15 plazas)
- Hospital de día en USMI de Puerto Real (15 plazas)
- Hospital de día en USMI de Algeciras (15 plazas)
- Hospital de día en USMI de Córdoba (15 plazas)
- Hospital de día en USMI de Málaga "V. de la Victoria" (15 plazas)
- Hospital de día en USMI de Jaén (15 plazas)
- Hospital de día en USMI de Granada (15 plazas)
- Hospital de día en USMI de Almería (12 plazas)

**Centros de Día de Salud Mental infanto-juveniles:** 0

**C) DISPOSITIVOS AMBULATORIOS / COMUNITARIOS**

**Centros de Salud Mental infanto-juvenil (SAS):** 14 Unidades de Salud Mental Infantil (USMI) (Consejería de Salud, 2002)

- USMI Huelva
- USMI V. Valme
- USMI V. del Rocío
- USMI V. Macarena
- USMI Jerez
- USMI Cádiz
- USMI Puerto Real
- USMI Algeciras
- USMI Córdoba
- USMI Málaga I "Carlos Haya"
- USMI Málaga II "Hospital Clínico V. de la Victoria"
- USMI Jaén
- USMI Granada Norte
- USMI Almería

## **CATALOGO DE SALUD MENTAL DE CATALUÑA**

---

### **1. GASTO**

**Gasto Sanitario General (Servei Català de la Salut e Institut Català de la Salut):**

4.437.356.508 € (año 2000) (CatSalut, 2002)

**Gasto en Salud Mental (Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental del CatSalut):** 239.067.303 € (año 2000) (CatSalut, 2002)

**Gasto Farmacéutico Total:** 1.142.037.190 € (año 2000) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000)

**Gasto en Psicofármacos (Neurolepticos y Antidepresivos):** 118.294.207 € (año 2000) (CatSalut, 2002)

## **2. PLANTILLA**

Debido al modelo de financiación mixto de Cataluña, en el que la gestión es privada y la utilización de los servicios pública, no se conoce el número de profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales) que trabajan en los servicios de Salud Mental.

## **3. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DE ADULTOS**

### **A) DISPOSITIVOS RESIDENCIALES**

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Corta Estancia (CatSalut): 23 (755 camas)**  
(CatSalut, 2002)

Hospitales Generales:

- Hospital Santa Maria de Lleida (32 camas)
- Hospital de Bellvitge (35 camas)
- Hospital General d'Igualada (2 camas)
- Hospital Creu Roja d'Hospitalet (4 camas)
- Hospital Trias i Pujol (4 camas)
- Consorci Sanitari del Maresme (22 camas)
- Hospital General de Manresa (24 camas)
- Consorci Parc Taulí de Sabadell (30 camas)
- Consorci Sanitari de Terrassa (16 camas)
- Hospital Mútua de Terrassa (27 camas)
- Hospital General de Granollers (30 camas)
- Institut Municipal de Psiquiatria d'Urgència (IMPU) del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) (92 camas)
- Hospital Clínic de Barcelona (35 camas)
- Hospital del Mar del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) (10 camas)
- Hospital de Sant Pau (32 camas)
- Hospital General Vall d'Hebron (12 camas)

Hospitales Psiquiátricos:

- Hospital Psiquiátric de Salt (40 camas)
- Institut Pere Mata de Reus (60 camas)
- Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental (60 camas)
- Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental (60 camas)
- Sagrat Cor, serveis de SM (30 camas)
- Recinte Torribera (64 camas)

Centros de Internamiento Psiquiátrico:

- Hospital Sant Gervasi (34 camas)

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Subagudos (CatSalut):** 10 (340 camas) (las camas de subagudos prestan servicios durante estancias más largas (estancia media de entre 75 y 90 días) con procesos de rehabilitación y reinserción social) (CatSalut, 2002)

Hospitales Generales:

- Hospital Santa Maria de Lleida (15 subagudos)
- Hospital General de Manresa (10 subagudos)

Hospitales Psiquiátricos:

- Hospital Psiquiátric de Salt (30 subagudos)
- Institut Pere Mata de Reus (35 subagudos)
- Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental (63 subagudos)
- Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental (82 subagudos)
- Recinte Torribera (30 subagudos)
- Sagrat Cor, serveis de SM (45 subagudos)

Centros de Internamiento Psiquiátrico:

- Hospital Sant Gervasi (18 camas)
- Clínica Ntra. Sra. de la Mercè (12 camas)

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Media y Larga Estancia (CatSalut):** 15 (2.875 camas de media y larga estancia (Mille)) (CatSalut, 2002)

Hospitales Psiquiátricos:

- Hospital Psiquiátric de Salt (250 camas)
- Institut Pere Mata de Reus (579 camas)
- Sanatori Villablanca (331 camas)
- Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental (537 camas)
- Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental (462 camas)
- Sagrat Cor, Serveis de SM (172 camas)
- Recinte Torribera (310 camas)

Centros de Internamiento Psiquiátrico:

- Bellavista (7 camas)
- Oliana (18 camas)
- l'Espai (13 camas)
- Balaguer. Hospital Jaume d'Urgell (25 camas)
- Ntra. Sra. del Carme (43 camas)

- Freedman (80 camas)
- Hospital Sant Gervasi (13 camas)
- Clínica Cister (35 camas)

**Comunidades Terapéuticas para personas con enfermedad mental: 3 (101 camas)**

- Unitat Polivalent Creu de Molers (21 camas de subagudos)
- Clínica Llúria (40 camas de subagudos)
- Comunitat Terapèutica del Maresme Malgrat del Mar (40 camas: 14 de agudos y 26 de subagudos)

**Residencias para personas con enfermedad mental (ICASS): (243 camas en Hogares Residencia: 203 públicas y 40 privadas concertadas) (ICASS, 2002).**

**Pisos Protegidos para personas con enfermedad mental (ICASS): 16 (168 camas)**  
(Elena Fonts de Benestar Social, 2003).

- Sant Boi (Barcelona) Pompei 33 Baix. Bennito Menni
- Sant Boi (Barcelona) Rubió i Ors. Bennito Menni
- Cornellà (Barcelona). Sant Joan de Déu-SSM
- El Prat (Barcelona). Sant Joan de Déu-SSM
- Viladecans (Barcelona) C/ Girona. Sant Joan de Déu-SSM
- Viladecans (Barcelona) Dr. August. Sant Joan de Déu-SSM
- Gavà (Barcelona) Rbla Pompeu Fabra. Sant Joan de Déu-SSM
- Vic (Barcelona). Fundació Centre Mèdic Osona
- Barcelona C/ Esteras Malalts. Mentals de Catalunya
- Barcelona C/ Sepúlveda. AREP
- Barcelona C/ Villarroel. ARAPDIS
- Barcelona C/ Calabria. Hospital de Sant Pau
- Mataró. Centre de Formació i PRevenció
- Girona C/ Ibérica. IMASS
- Girona Camp Cardós. IMASS
- Comunitat terapeutica del Marcéeme. Malgrat de Mar

**Pensiones para personas con enfermedad mental: 0**

**B) DISPOSITIVOS DE DÍA Y/O DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS**

**Hospitales de Día de Salud Mental de adultos (CatSalut):** 10 (540 plazas) (CatSalut, 2002) (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002)

**Centros de Día de Salud Mental de adultos (CatSalut):** 58 (1.656 plazas) (CatSalut, 2002)

- Lleida (24 plazas)
- Tàrrrega / Balaguer (20 plazas)
- La Seu d'Urgell (15 plazas)
- Reus (30 plazas)
- Tarragona (35 plazas)
- El Vendrell (20 plazas)
- Tortosa (25 plazas)
- La Selva (25 plazas)
- Olot (25 plazas)
- Figueres (25 plazas)
- Girona (25 plazas)
- Platja d'Aro (30 plazas)
- Ripoll (20 plazas)
- Blanes (25 plazas)
- Alt Penedès (20 plazas)
- L'Hospitalet (40 plazas)
- Igualada (15 plazas)
- Martorell (25 plazas)
- Sant Boi de Llobregat (25 plazas)
- Viladecans (35 plazas)
- Cornellà (30 plazas)
- Sant Feliu de Llobregat (25 plazas)
- El Prat de Llobregat (20 plazas)
- Esplugues de Llobregat (20 plazas)
- Vilanova i la Geltrú (20 plazas)
- Badalona (40 plazas)
- Mataró (30 plazas)
- Santa Coloma de Gramenet (25 plazas)
- Palafolls (20 plazas)
- Premià de Mar (25 plazas)

- Berga (20 plazas)
- Cerdanyola del Vallès (25 plazas)
- CERAC (La Garriga) (20 plazas)
- Granollers (25 plazas)
- Manresa (25 plazas)
- Mollet del Vallès (25 plazas)
- Rubí (25 plazas)
- Sabadell (40 plazas)
- Terrassa (35 plazas)
- Vic (25 plazas)
- ARAPDIS (37 plazas)
- AREP (53 plazas)
- Ciutat Vella (28 plazas)
- JOIA (35 plazas)
- JOIA - Sants /Montjuïc (35 plazas)
- JOIA - Sant Martí (35 plazas)
- Dreta Eixample Les Corts (35 plazas)
- CD. Residència CPB (20 plazas)
- Les Corts (25 plazas)
- Sarrià - Sant Gervasi (25 plazas)
- Sant Andreu (25 plazas)
- Septimània (25 plazas)
- Septimània (25 plazas)
- Septimània (30 plazas)
- Tres Turons (35 plazas)
- Tres Turons (25 plazas)
- Pi i Molist (104 plazas)
- Creu de Molers (35 plazas)

**Clubs Sociales para personas con enfermedad mental (ICASS):** 12 Clubs socioterapéuticos (445 plazas) (ICASS, 2002)

**Talleres Ocupacionales para personas con enfermedad mental (ICASS):** 14 Servicios Pre-laborales (SPL) (300 plazas) (ICASS, 2002)

## **C) DISPOSITIVOS COMUNITARIOS / AMBULATORIOS**

### **C.1. DISPOSITIVOS COMUNITARIOS / AMBULATORIOS NO MÓVILES**

**Centros de Salud Mental de adultos (CatSalut):** 68 (64 Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) + 4 Unidades de Salud Mental (USM)) (CatSalut, 2002)

- CSMA Amposta
- CSMA Badalona II
- CSMA Badalona I
- CSMA Balaguer
- CSMA Ciutat Vella
- CSMA Sant Martí Sud
- CSMA Dreta Eixample
- CSMA Esquerre Eixample
- CSMA Gràcia
- CSMA Guinardó
- CSMA Horta
- CSMA Les Corts
- CSMA Nou Barris Nord
- CSMA Nou Barris Sud
- CSMA Sant Andreu
- CSMA Sant Martí Nord
- CSMA Poble Sec
- CSMA Sants
- CSMA Sarrià-Sant Gervasi
- CSMA Berguedà
- CSMA Blanes
- CSMA Maresme Nord
- CSMA del Baix Empordà
- CSMA Cerdanyola
- CSMA Cornellà
- CSMA Maresme Sud
- CSMA El Prat
- CSMA El Vendrell
- CSMA Esplugues
- CSMA de l'Alt Empordà
- CSMA Gavà



- CSMA del Gironès-Pla de l'Estany
- CSMA Granollers
- CSMA d'Igualada
- CSMA de l'Hospitalet
- CSMA La Seu
- CSMA Lleida
- CSMA Bages
- CSMA Martorell
- CSMA Mataró
- CSMA Pla d'Urgell
- CSMA Mollet
- CSMA Móra d'Ebre
- CSMA Olot
- CSMA Reus
- CSMA del Ripollès
- CSMA Rubí
- CSMA Sabadell I
- CSMA Sabadell II
- CSMA Sant Boi
- CSMA Sant Feliu
- CSMA La Selva
- CSMA Martí i Julià
- CSMA Tarragona (Nord)
- CSMA Tarragona (Sud)
- CSMA Urgell-La Segarra
- CSMA Terrassa
- CSMA Mútua de Terrassa
- CSMA Tortosa
- CSMA Pallars
- CSMA Valls
- CSMA Osona
- CSMA de l'Alt Penedès
- CSMA Garraf
- USM Maragall
- USM La Mina (ICS)

- USM Unitat de Salut Mental L'Hospitalet (ICS)
- USM Badia

## **C.2. DISPOSITIVOS COMUNITARIOS / AMBULATORIOS MÓVILES**

### **A) PROGRAMA DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADOS**

**Equipos de Programa de servicios individualizados para las personas con trastornos mentales severos (PSI-TMS):** 7 equipos (Balsera y cols, 2002)

- Gavà-Sants; Montjuic
- Eixample
- Les Corts-Sarria-Sant Gervasi
- Nou Barris
- Horta Guinardó
- Maresme
- Hospitalet

### **B) APOYO DOMICILIARIO**

**Apoyo Domiciliario para personas con enfermedad mental (ICASS):** 303 plazas de soporte a la vivienda para personas con problemática social derivada de enfermedad (ICASS, 2002)

## **4. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL**

### **A) DISPOSITIVOS RESIDENCIALES**

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas Infanto-juveniles (CatSalut):** 6 (5 Unidades de Referencia Psiquiátrica Infantil (URPI) + 1 Unidad de Crisis de Adolescentes) (73 camas) (CatSalut, 2002)

- URPI de Materno - Infantil, está situada en el Hospital materno Infantil del Vall d'Hebron (Barcelona) (4 camas).
- URPI de Girona, está situada en el Hospital de Santa Caterina (3 camas).
- URPI del Hospital Infantil de Sant Joan de Déu, en Esplugues de Llobregat (Región Sanitaria Costa de Ponent) (19 camas).
- URPI del Hospital Clínico de Barcelona (18 camas).
- URPI de Lleida, situada en el Hospital Provincial de Santa Maria (4 camas).
- Unidad de Crisis de Adolescentes. Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental (25 camas)

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Subagudos Infanto-juveniles (CatSalut): 1**  
(5 camas) (CatSalut, 2002)

- Unidad de Crisis de Adolescentes. Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental (5 camas)

## **B) DISPOSITIVOS DE DÍA Y/O DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS**

**Hospitales de Día de Salud Mental infanto-juvenil (CatSalut): 7** (245 plazas) (CatSalut, 2002) (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2002)

**Centros de Día de Salud Mental infanto-juvenil (CatSalut): 7** (244 plazas) (CatSalut, 2002)

- Escola Plançó (18 plazas)
- Balmes (Sant Boi de Llobregat) (68 plazas)
- Nostre Mon (Mataró) (12 plazas)
- Bellaire (23 plazas)
- GURU (40 plazas)
- L'Alba (43 plazas)
- Carrilet (40 plazas)

## **C) DISPOSITIVOS AMBULATORIOS / COMUNITARIOS**

**Centros de Salud Mental infanto-juvenil (CatSalut): 41** CSMIJ (CatSalut, 2002)

## **CATALOGO DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

---

### **1. GASTOS**

**Gasto Sanitario General (Consejería de Sanidad): 675.524.427 €**, este gasto solo se refiere a los recursos dependientes de la Consejería de Sanidad antes de las transferencias de competencias desde el Estado. (Ley 13/2001).

**Gasto en Salud Mental (SERMAS): 43.449.757 €**, sólo para los recursos competencia del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) para el 2003 (Consejería de Sanidad, 2003)

**Gasto Farmacéutico Total: 718.870.578 €** (año 2000) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000)

**Gasto en Psicofármacos (Neurolépticos y Antidepresivos): - N.D.**

**2. PLANTILLA** (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2002)

**A) PLANTILLA TOTAL**

**Psiquiatras totales:** - N.D.

**Psicólogos totales:** - N.D.

**DUE totales:** - N.D.

**Trabajadores Sociales totales:** - N.D.

**B) PLANTILLA EN CENTROS DE SALUD MENTAL**

**Psiquiatras en Centros de Salud Mental:** 190

**Psicólogos en Centros de Salud Mental:** 118

**DUE en Centros de Salud Mental:** 90

**Trabajadores Sociales en Centros de Salud Mental:** 57

**3. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DE ADULTOS**

**A) DISPOSITIVOS RESIDENCIALES**

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Corta Estancia (SERMAS):** 14 (444 camas)

(Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2003)

Hospitales Generales:

- Hospital Universitario "Doce de Octubre" (20 camas)
- Hospital Universitario de Getafe (12 camas)
- Hospital General de Mostoles (20 camas)
- Hospital "Fundación Jiménez Díaz" (12 camas)
- Hospital Clínico Universitario "San Carlos" (55 camas)
- Hospital "Puerta de Hierro" (22 camas)
- Hospital "Ramón y Cajal" (24 camas)
- Hospital "Príncipe de Asturias" (15 camas)
- Hospital "La Princesa" (24 camas)
- Hospital General Universitario "Gregorio Marañón" (75 camas)
- Hospital La Paz (23 camas)

Hospitales Psiquiátricos:

- Benito Menni (20 camas)
- Instituto Psiquiátrico "José Germain" (42 camas)
- Hospital Psiquiátrico de Madrid (80 camas)

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Subagudos:** 0

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Media y Larga Estancia (SERMAS):** 4 (893 camas) (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2002)

- Centro San Juan de Dios (30 camas de media estancia y 254 de larga: 284 camas)
- Complejo Asistencial Benito Menni (30 camas de media estancia y 220 de larga: 250 camas)
- Instituto Psiquiátrico "José Germain" (41 camas de media estancia y 96 de larga: 137 camas)
- Hospital Psiquiátrico de Madrid (222 camas de larga estancia)

**Comunidades Terapéuticas para personas con enfermedad mental:** 0

**Residencias para personas con enfermedad mental:** 10 (193 camas) (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2002) (Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 2002)

SERMAS: 1 (13 camas)

- Residencia del Programa A.R.Co. de la Consejería de Salud. (13 camas)

Dirección General de Servicios Sociales: 9 Mini-residencias (MR) (180 camas)

- MR "Retiro" (22 camas)
- MR "Carabanchel" (24 camas)
- MR "Aravaca" (30 camas)
- MR "Alcalá de Henares" (9 camas)
- MR "Navalcarnero" (18 camas)
- MR "Rio Sil-Alpedrete" (15 camas)
- MR "Ceteva-Cobeña" (10 camas)
- MR "Alconbendas" (26 camas)
- MR "Getafe" (26 camas)

**Pisos Protegidos para personas con enfermedad mental:** 25 (86 camas) (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2002) (Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 2002)

SERMAS: 15 Pisos Protegidos/Supervisados (44 camas)

- 6 Pisos Leganés (20 camas)
- 2 Pisos Móstoles (4 camas)
- 1 Piso Tetuán (4 camas)
- 1 Piso Alcalá de Henares (4 camas)
- 1 Piso Centro (1 cama)

- 1 Piso Ciudad Lineal (3 camas)
- 2 Pisos Barajas (6 camas)
- 1 Piso Hortaleza (3 camas)

Dirección General de Servicio Sociales: 10 Pisos Supervisados (PS) (41 camas)

- PS Vallecas (3 camas)
- PS Carabanchel (4 camas)
- PS Villaverde (4 camas)
- PS Moratalaz (4 camas)
- PS Vallecas Villa (4 camas)
- PS Latina (4 camas)
- PS 1 (5 camas)
- PS 2 (5 camas)
- PS 3 (4 camas)
- PS 4 (4 camas)

PS 1, 2, 3 y 4 Se insertan en el Proyecto de Rehabilitación e Inserción Sociolaboral de Enfermos Mentales Crónicos sin Hogar (PRISEMI).

**Pensiones para personas con enfermedad mental (Dirección General de Servicios Sociales):** 3 Pensiones concertadas (PC) (11 camas) (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2002) (Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 2002)

- PC "La Estrella". Dto Centro (4 camas)
- PC "La Purísima". Dto centro (4 camas)
- PC "Mariano". Dto Centro (3 camas)

## **B) DISPOSITIVOS DE DÍA Y/O DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS**

**Hospitales de día de salud mental de adultos (SERMAS):** 8 (203 plazas) (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2003)

- Servicio de Salud Mental de Chamartín (30 plazas)
- Clínica del Trabajo (Puerta de Hierro) (20 plazas)
- Hospital clínico San Carlos (20 plazas)
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón (28 plazas)
- Instituto Psiquiátrico José Germain (30 plazas)
- Servicios de Salud Mental de Móstoles (30 plazas)
- Hospital Ramón y Cajal (15 plazas)
- Villaverde (30 plazas)

**Centros de Día de salud mental de adultos:** 19 (1.148 plazas) (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2002) (Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 2002)

SERMAS: 10 (363 plazas) (8 Centros de Día (177 plazas) + 2 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) (186 plazas))

- Hortaleza (25 plazas)
- Alcobendas (25 plazas)
- Chamberí (12 plazas)
- Colmenar Viejo (20 plazas)
- Móstoles (30 plazas)
- Tetuán (20 plazas)
- Coslada (25 plazas)
- Alcorcón (20 plazas)
- CRPS Instituto Psiquiátrico José Germain (96 plazas)
- CRPS San Enrique (90 plazas)

Dirección General de Servicios Sociales: 9 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) (785 plazas)

- CRPS "Alcalá de Henares" (90 plazas)
- CRPS "La Elipa" (90 plazas)
- CRPS "Retiro" (85 plazas)
- CRPS "Los Carmenes" (90 plazas)
- CRPS "Martínez Campos" (90 plazas)
- CRPS "Getafe" (90 plazas)
- CRPS "Vázquez de Mella" (90 plazas)
- CRPS "Arganda" (80 plazas)
- CRPS "Alcobendas" (80 plazas)

**Clubs Sociales para personas con enfermedad mental (SERMAS):** 5 (175 plazas) (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 1999) (Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 2002)

- San Enrique 2 clubs (65 plazas)
- Alcorcón (30 plazas)
- Móstoles (50 plazas)
- Coslada (30 plazas)

**Talleres Ocupacionales para personas con enfermedad mental:** 6 (298 plazas)  
(Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2003) (Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, 2002)

SERMAS: 2 (108 plazas)

- Talleres y hábitos laborales. San Enrique (48 plazas)
- Talleres de rehabilitación laboral. Instituto José Germain (60 plazas)

Dirección General de Servicios Sociales: 4 Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)  
(190 plazas)

- CRL "Nueva Vida" (50 plazas)
- CRL "Vázquez de Mella" (50 plazas)
- CRL "AFAP-Pedrezuela" (40 plazas)
- CRL "Getafe" (50 plazas)

## **C) DISPOSITIVOS AMBULATORIOS / COMUNITARIOS**

### **C.1. NO MÓVILES**

**Centros de Salud Mental (SERMAS, IMSALUD y Ayuntamiento de Madrid):** 36  
Servicios de Distrito de Salud Mental (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2003)

- Arganda
- Moralataz
- Retiro
- Vallecas Puente
- Vallecas Villa
- Chamartín
- Coslada
- Salamanca
- Alcalá de Henares
- Torrejón de Ardoz
- Barajas
- Ciudad Lineal
- Hortaleza
- San Blas
- Alcobendas
- Colmenar viejo
- Fuencarral
- Tetúan



- Collado Villalba
- Mahadahonda
- Moncloa
- Centro
- Chamberí
- Latina
- Alcorcón
- Móstoles
- Navalcarnero
- Fuenlabrada
- Leganés
- Getafe
- Parla
- Aranjuez
- Arganzuela
- Carabanchel
- Usera
- Villaverde

#### **C.1. NO MÓVILES**

##### **A) PROGRAMA DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADOS**

**Equipos de Programa de servicios individualizados para las personas con trastornos mentales severos (PSI-TMS): 0**

##### **B) APOYO DOMICILIARIO:**

**Apoyo Domiciliario para personas con enfermedad mental: 0**

#### **4. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL**

##### **A) DISPOSITIVOS RESIDENCIALES**

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas Infanto-juveniles (SERMAS): 2 (34 camas)**

(Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2002)

- Hospital Niño Jesús (14 camas)
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón (20 camas)

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Subagudos Infanto-juveniles: 0**

## **B) DISPOSITIVOS DE DÍA Y/O DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS**

**Hospitales de día de Salud Mental Infanto-juvenil (SERMAS):** 2 (60 plazas)

(Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2003)

- Hospital de día Instituto Montreal (20 plazas)
- Hospital de día Pradera de San Isidro (40 plazas)

**Centros de Día de Salud Mental Infanto-juvenil:** 0

## **C) DISPOSITIVOS AMBULATORIOS / COMUNITARIOS**

**Centros de Salud Mental Infanto-juvenil:** 0 (No existe ningún dispositivo ambulatorio infanto-juveniles y este servicio se presta desde los Servicios de Distrito como un programa especializado).

## **CATALOGO DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA**

### **1. GASTOS**

**Gasto Sanitario General (Departamento de Salud):** 498.509.908 € (Ley Foral 19/2000)

**Gasto en Salud Mental (Subdirección de Salud Mental):** 22.580.101 € (año 2001)  
(Subdirección de Salud Mental, 2001)

Incluye gastos de personal y funcionamiento estrictamente sanitarios. No incluye gastos de inversiones, mantenimiento, etc. No incluye gasto social (Instituto Navarro de Bienestar Social) aplicado a programas sociosanitarios o sociales dirigidos a enfermos mentales.

**Gasto Farmacéutico Total:** 87.675.646 (año 2000) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000)

**Gasto en Psicofármacos (Neurolépticos y Antidepresivos):** 9.559.199 € (año 2000)  
(Comunicación personal con el servicio, 2002)

### **2. PLANTILLA** (Subdirección de Salud Mental, 2001)

#### **A) PLANTILLA TOTAL**

**Psiquiatras totales:** 37,30

**Psicólogos totales:** 27,50

**DUE totales:** 56

**Trabajadores Sociales totales:** 19

#### **B) PLANTILLA EN CENTROS DE SALUD MENTAL**

**Psiquiatras en Centros de Salud Mental:** 23,30

**Psicólogos en Centros de Salud Mental:** 14

**DUE en Centros de Salud Mental:** 14

**Trabajadores Sociales en Centros de Salud Mental:** 9

Se ha contabilizado cada profesional como 1 si realiza su tarea 40 horas semanales. Así 0'5 indica un profesional que trabaja 20 horas semanales.

### **3 . DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DE ADULTOS**

#### **A) DISPOSITIVOS RESIDENCIALES**

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Corta Estancia (Subdirección de Salud Mental):** 2 (54 camas) (Subdirección de Salud Mental, 2001)

- Hospital General Virgen del Camino (27 camas)
- Hospital General de Navarra (27 camas)

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Subagudos:** 2 (23 camas) (Subdirección de Salud Mental, 2001)

- Unidad de Media Estancia (UME). Centro Hospitalario Benito Menni (5 camas)
- UME. Clínica Psiquiátrica Padre Menni (18 camas)

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Media y Larga Estancia (Subdirección de Salud Mental e INBS):** 1 (16 camas) (Subdirección de Salud Mental, 2001) (Comunicación personal con el servicio, 20022)

- Clínica de Rehabilitación (situado en el recinto del Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier”, aunque presta atención a enfermos mentales de edad adulta y no a enfermos mayores) (16 camas hospitalización total)

**Comunidades Terapéuticas para personas con enfermedad mental:** 0

**Residencias para personas con enfermedad mental (Subdirección de Salud Mental e INBS):** 2 (42 camas) (Subdirección de Salud Mental, 2001) (Comunicación personal con el servicio, 2002)

- Residencia Asistida para Enfermos Mentales (RAEM). Centro Hospitalario Benito Menni (30 camas)
  - RAEM Clínica Psiquiátrica Padre Menni (12 camas)
- RAEM: estas unidades funcionan mediante concierto entre el Departamento de Salud y el Instituto Navarro de Bienestar Social.

**Pisos Protegidos para personas con enfermedad mental (Subdirección de Salud Mental e INBS):** 8 (48 camas) (Subdirección de Salud Mental, 2001) (Comunicación personal con el servicio, 2002)

- 2 Pisos Tutelados en la Clínica de Rehabilitación:
  - Chantrea (Sector de Rochapea IC): de mujeres (6 camas).
  - Chantrea (Sector de Rochapea IC): de hombres (4 camas).

- 1 Piso Tutelado en la Clínica de Rehabilitación (Sector de Milagrosa IIA): de mujeres (6 camas).
- 1 Piso Tutelado Iturrama de Sendabide, S.A. (Sector Ermitagaña IIB) (8 camas).
- 2 Pisos Tutelados de Sendabide S.A.:
  - Egües (Sector de Burlada IB) (8 camas).
  - Egües (Sector de Burlada IB) (8 camas).
- 2 Pisos Tutelados en la Clínica Padre Menni:
  - (Sector de Rochapea IC) (4 camas)
  - (Sector de Rochapea IC) (4 camas)

**Pensiones para personas con enfermedad mental: 0**

## **B) DISPOSITIVOS DE DÍA Y/O DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS**

**Hospitales de día de salud mental de adultos (Subdirección de Salud Mental): 3 (50 plazas)** (Subdirección de Salud Mental, 2001)

- Hospital de Día del Hospital General de Navarra (20 plazas)
- Hospital de Día Iruvide (20 plazas)
- Hospital de Día Tudela (10 plazas)

A veces este dispositivo recibe la denominación de Centro de Día de Tudela a pesar de referirse al mismo Hospital de Día

**Centros de Día de salud mental de adultos (Subdirección de Salud Mental): 1 (34 plazas)** (Subdirección de Salud Mental, 2001) (Comunicación personal con el servicio, 2002)

- Clínica de Rehabilitación (33 plazas)

Situado en el recinto del Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier” que presta atención a enfermos mentales de edad adulta y no a enfermos mayores.

**Clubs Sociales para personas con enfermedad mental (INBS): 2 (28 plazas)** (ANASAPS, 2001) (Comunicación personal con el servicio, 2002) (Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, 2002)

- Asociación ANASAPS (Pamplona) (20 plazas)
- Asociación ANASAPS Rivera (Tudela) (8 plazas)

**Talleres Ocupacionales para personas con enfermedad mental (INBS):** 2 (75 plazas) (ANASAPS, 2001) (Comunicación personal con el servicio, 2002) (Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, 2002)

- Aranzadi (Asociación ANASAPS) (35 plazas)
- Talluntxe (Asociación ANASAPS) (40 plazas)

## **C) DISPOSITIVOS COMUNITARIOS Y AMBULATORIOS**

### **C.1. NO MÓVILES**

**Centros de Salud Mental (Subdirección de Salud Mental):** 8 (OSASUNBIDEA, 2001)

- Situados en los 8 Sectores de Salud Mental en los que está dividida Navarra: IA, IB, IC, IIA, IIB, IV, III y V

### **C.2. NO MÓVILES**

#### **A) PROGRAMA DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADOS**

**Equipos de Programa de servicios individualizados para las personas con trastornos mentales severos (PSI-TMS):** 0

#### **B) APOYO DOMICILIARIO**

**Apoyo domiciliario para personas con enfermedad mental (INBS):** 1 Equipo (124 personas) (ANASAPS, 2001)

## **4. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL**

### **A) DISPOSITIVOS RESIDENCIALES**

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas Infanto-juveniles:** 0

**Unidades Hospitalarias Psiquiátricas de Subagudos Infanto-juveniles:** 0

### **B) DISPOSITIVOS DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS Y DE DÍA**

**Hospitales de Día de salud mental infanto-juvenil:** 1

- Hospital de día infanto-juvenil “Natividad Zubieta” (Subdirección de Salud Mental, 2001) (5 plazas)

**Centros de Día de salud mental infanto-juvenil:** 0

### **C) DISPOSITIVOS COMUNITARIOS Y AMBULATORIOS**

#### **Centros de salud mental infanto-juvenil (Subdirección de Salud Mental): 1**

- Hospital de día infanto-juvenil “Natividad Zubieta” (Subdirección de Salud Mental, 2001)

Aunque su denominación haga referencia a Hospital de día, funcionalmente es un centro con función de consulta ambulatoria infanto-juvenil por lo que se ha considerado como centro de salud mental infanto-juvenil. Este centro sólo atiende a niños con patologías mentales más graves que son derivados desde cualquiera de los 8 centros de salud mental existentes para población general.