



P S I • C O S T

ASOCIACION CIENTIFICA



ATLAS DE SALUD MENTAL DE ESPAÑA

Noviembre 2010

DIRECCION

Luís Salvador Carulla

COORDINACIÓN:

José Alberto Salinas Pérez

Miriam Poole Quintana

Equipo de trabajo: Mencía Ruiz Gutiérrez-Colosía, Cristina Romero López-Alberca
Jorge Burgos Sánchez, Alicia Rodríguez Romero, Encarna Sánchez González

***Dirección de
contacto:***

Asociación Científica Psicost

C/ Plaza de San

Marcos 6

114043-Jerez

Tfno:

956321690/917352777

e.mail: desde@telefonica.net

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Entidades colaboradoras:

- Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria “Marqués de Valdecilla”
JL Vázquez-B, L Gaite
- Fundación de Investigación Biomédica Hospital Universitario La Princesa
JL Ayuso
- ETEA. C García
- Fundació Sant Joan de Déu. J M Haro
- Sociedad Española de Psiquiatría. A. Bulbena ((Indicadores SEP)

CCAA:

Andalucía: Rafael del Pino y Pablo García
Cantabria: José Luis Vázquez y Luis Gaite
Castilla-La Mancha: Jaime Domper
Cataluña: Cristina Molina y Esther Jordá
Islas Baleares: Joan Salva
Madrid: Dolores Crespo
Murcia: Carlos Giribert
Navarra: Miguel Martínez

Índice

Índice	4
Índice de tablas	5
Índice de gráficos	6
Índice de mapas	7
I. INTRODUCCIÓN	10
II. JUSTIFICACIÓN	17
II. OBJETIVOS.	18
1. <i>Objetivo general.</i>	18
2. <i>Objetivos específicos.</i>	18
III. METODO Y MATERIAL.	19
1. <i>Diseño del estudio.</i>	19
2. <i>Material.</i>	22
3. <i>Procedimiento.</i>	26
4. <i>Limitaciones metodológicas del estudio.</i>	41
IV. CUANTIFICACIÓN DE LOS MATERIALES ELABORADOS.	42
V. RESULTADOS.....	44
5.1. <i>Objetivo preliminar: Definición de una metodología para la elaboración de Atlas de Salud Mental en España. Viabilidad y usabilidad de diferentes procedimientos de colaboración con las CCAA.</i>	44
5.2. <i>Descripción de la organización territorial de la salud mental.</i>	49
5.2.1. <i>Zonificación sanitaria general.</i>	49
5.2.2. <i>Zonificación de salud mental</i>	50
5.2.3. <i>Zonificación sanitaria general y de salud mental por CCAA.</i>	52
5.3. <i>Caracterización sociodemográfica de las áreas geográficas de atención a la salud mental.</i>	78
5.3.1. <i>Indicadores sociodemográficos por áreas sanitarias.</i>	78
5.3.2. <i>Otros indicadores sociodemográficos por CCAA.</i>	106
5.4. <i>Estudio de la disponibilidad territorial de los servicios estandarizados de salud mental</i>	109
5.4.1. <i>Disponibilidad territorial de servicios por CCAA</i>	109
5.4.2. <i>Estudio comparado en 8 CCAA sobre la disponibilidad territorial de los servicios de salud mental</i>	116
5.4.3 <i>Comparación de los datos sobre servicios de la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y los datos del Atlas de Salud Mental</i>	192
5.5. <i>Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica asistida y la utilización de los servicios de salud mental.</i>	200
5.5.1. <i>Centros de salud mental.</i>	200
5.5.2. <i>Hospitalización psiquiátrica de agudos.</i>	214
5.6. <i>Accesibilidad temporal a los servicios de salud mental.</i>	228

VI. COMENTARIOS.	231
VII. CONCLUSIONES.	277
VIII. BIBLIOGRAFÍA.	284

Índice de tablas

Tabla 1. Estudios previos en 8 CCAA.....	21
Tabla 2. Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental.	38
Tabla 3. Niveles finales de colaboración establecidos	46
Tabla 4. Niveles de Disponibilidad de información	47
Tabla 5. Comparación de los niveles de zonificación sanitaria en las 8 CCAA de estudio.	50
Tabla 6. Número de áreas de salud mental en 8 CCAA.	51
Tabla 7. Áreas de Cobertura de las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Andalucía.	55
Tabla 8. Áreas de cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos de Cataluña.	67
Tabla 9. Leyenda Distritos de Salud de la Comunidad de Madrid.	71
Tabla 10. Indicadores sociodemográficos en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.	103
Tabla 11. Tipos básicos de atención residencial hospitalaria y no hospitalaria (R) para adultos	117
Tabla 12. Tipos básicos de atención residencial hospitalaria y no hospitalaria (R) para población infanto-juvenil.....	127
Tabla 13. Tipos básicos de atención residencial hospitalaria de agudos y no agudos (R) para mayores.....	132
Tabla 14. Tipos básicos de Atención Residencial Hospitalaria de agudos y no agudos (R2, R4- R7) para trastornos de la conducta alimentaria	134
Tabla 15. Tipos básicos de atención de día de agudos y no agudos (D) para adultos	138
Tabla 16. Tipos básicos de atención de día de agudos y no agudos (D) para población infanto- juvenil	145
Tabla 17. Tipos básicos de atención de día de agudos (D4.1) para mayores	149
Tabla 18. Tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) para TC	150
Tabla 19. Tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O) para adultos ...	152
Tabla 21. Tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O) infanto-juvenil	155
Tabla 22. Tipos básicos de atención ambulatoria (O) para mayores	159
Tabla 23. Tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O) para TCA	160
Tabla 24. Indicadores de actividad de los Centros de Salud Mental de adultos por Áreas de Salud de las CCAA de estudio.	207
Tabla 25. Indicadores de actividad en centros de salud mental por CCAA.	214
Tabla 26. Indicadores de actividad de los centros de hospitalización psiquiátrica de adultos por Áreas de Salud de las CCAA de estudio.	221
Tabla 27. Indicadores de actividad de hospitalización psiquiátrica de agudos por CCAA.	227
Tabla 31. Perfil de atención del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	236

Índice de gráficos

Gráfico 1. Tasa de tipos básicos de atención de hospitalización de agudos (R2) y camas para población adulta en 8 CC.AA.	119
Gráfico 2. Tasa de tipos básicos de atención hospitalaria de no agudos (media y larga estancia) (R4-R7) y camas para población adulta en 8 CC.AA.....	122
Gráfico 3. Tasa de tipos básicos de atención residencial comunitaria (R8-R11) y camas para población adulta en 8 CC.AA.	125
Gráfico 4. Tasa de tipos básicos de atención de hospitalización de agudos (R2) y camas para población infanto-juvenil en 8 CC.AA.....	128
Gráfico 5. Tasa de tipos básicos de atención de hospitalización de agudos (R2) y camas para TCA en 8 CC.AA.	135
Gráfico 6. Tasa de tipos básicos de atención hospitalaria de no agudos (media y larga estancia) (R4-R7) y camas para TCA en 8 CC.AA.....	136
Gráfico 7. Tasa de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) y plazas para población adulta en 8 CC.AA.....	140
Gráfico 8. Tasa de tipos básicos de atención de día programada (D4.1) y plazas para población adulta en 8 CC.AA.....	143
Gráfico 9. Tasa de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) y plazas para población infanto-juvenil en 8 CC.AA.	146
Gráfico 10. Tasa de tipos básicos de atención de día programada (D4.1) y plazas para población infanto-juvenil en 8 CC.AA.....	148
Gráfico 11. Tasa de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) y plazas para TCA en 8 CC.AA.....	151
Gráfico 12. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4) para población adulta en 8 CC.AA.....	153
Gráfico 14. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4) para población infanto-juvenil en 8 CC.AA.	156
Gráfico 15. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria programada (no agudos) (O8-O10) para población infanto-juvenil en 8 CC.AA.	158
Gráfico 16. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4) para TCA en 8 CC.AA.....	161
Gráfico 17. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria programada (no agudos) (O8-O10) para TCA en 8 CC.AA.	162
Gráfico 18. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos (Andalucía)	164
Gráfico 19. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas (Andalucía)	166

Gráfico 20. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos (Islas Baleares)	168
Gráfico 21. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas (Islas Baleares)	169
Gráfico 22. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos.....	171
Gráfico 23. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas.....	172
Gráfico 24. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos.....	174
Gráfico 25. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas.....	176
Gráfico 26. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos.....	178
Gráfico 27. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas.....	179
Gráfico 28. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos.....	182
Gráfico 29. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas.....	184
Gráfico 30. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos.....	186
Gráfico 31. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas.....	187
Gráfico 32. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos.....	189
Gráfico 27. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas.....	191

Índice de mapas

Mapa 1. Comunidades Autónomas seleccionadas en el estudio	21
Mapa 2. Áreas Hospitalarias y Áreas de Gestión Sanitaria en Andalucía.	53
Mapa 3. Áreas de cobertura de las Unidades de Salud Mental Comunitarias de Andalucía.	54
Mapa 4. Áreas de Salud de las Islas Baleares	57
Mapa 5. Áreas de cobertura de las Unidades de Salud Mental de Islas Baleares.	58
Mapa 6. Áreas de cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos de Cataluña.....	66
Mapa 7. Áreas de Salud de la Comunidad de Madrid (anterior al Área Única Sanitaria).....	69
Mapa 8. Distritos de Salud de la Comunidad de Madrid.....	70
Mapa 9. Áreas de Salud de la Región de Murcia.....	73
Mapa 10. Áreas de cobertura de los Centros de Salud Mental de Murcia	74
Mapa 11. Áreas de Salud de Navarra.....	76
Mapa 12. Sectores de Salud Mental de Navarra.	77
Mapa 13. Densidad de población en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.	80
Mapa 14. Índice de dependencia en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.	83
Mapa 15. Índice de envejecimiento en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.	86
Mapa 16. Tasa de paro en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.	89

Mapa 17. Tasa de personas que viven solas en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.	92
Mapa 18. Tasa de personas mayores que viven solas en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.	94
Mapa 19. Tasa de personas mayores de 16 años que viven solas con niños en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.	96
Mapa 20. Tasa de personas no casadas en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.	99
Mapa 21. Tasa de inmigrantes en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.	102
Mapa 22. Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	106
Mapa 23. Mortalidad por suicidio	107
Mapa 24. Tasa de discapacidad atribuida a deficiencia mental	108
Mapa 25. Tasa de tipos básicos de hospitalización de agudos para adultos por 1.000.000 de habitantes	120
Mapa 26. Tasa de camas de hospitalización de agudos para adultos por 1.000.000 de habitantes	120
Mapa 27. Tasa de tipos básicos de hospitalización de media y larga estancia (R4-R7) para adultos por 1.000.000 de habitantes	123
Mapa 28. Tasa de camas de hospitalización de media y larga estancia (R4-R7) para adultos por 1.000.000 de habitantes.	123
Mapa 29. Tasa de tipos básicos de atención residencial comunitaria (R8-R11) para adultos por 1.000.000 de habitantes.	125
Mapa 30. Tasa de camas de atención residencial comunitaria (R8-R11) para adultos por 1.000.000 de habitantes.	126
Mapa 31. Tasa de tipos básicos de hospitalización de agudos para niños y adolescentes por 1.000.000 de habitantes.	129
Mapa 32. Tasa de camas de hospitalización de agudos para niños y adolescentes por 1.000.000 de habitantes.	129
Mapa 33. Tasa de tipos básicos de atención de día de agudos para adultos por 1.000.000 de habitantes	140
Mapa 34. Tasa de plazas de atención de día de agudos para adultos por 1.000.000 de habitantes	141
Mapa 35. Tasa de tipos básicos de atención de día programada relacionada con la salud (no agudos) para adultos por 1.000.000 de habitantes.	143
Mapa 36. Tasa de plazas de atención de día programada relacionada con la salud (no agudos) para adultos por 1.000.000 de habitantes.	144
Mapa 37. Tasa de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) para población infanto-juvenil por 1.000.000 de habitantes	147
Mapa 38. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4) para población infanto-juvenil por 1.000.000 de habitantes	157

Mapa 39. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria programada (O8-O10) para población infanto-juvenil por 1.000.000 de habitantes	158
Mapa 40. Prevalencia administrativa en Centros de Salud Mental de adultos en las Áreas de Salud de las CCAA de estudio.	202
Mapa 41. Incidencia administrativa en Centros de Salud Mental de adultos en las Áreas de Salud de las CCAA de estudio.	204
Mapa 42. Frecuentación en Centros de Salud Mental de adultos por Áreas de Salud de las CCAA de estudio.	206
Mapa 43. Prevalencia administrativa del trastorno bipolar en Centros de Salud Mental de adultos por CCAA.	210
Mapa 44. Prevalencia administrativa de la esquizofrenia en Centros de Salud Mental de adultos por CCAA.	211
Mapa 45. Prevalencia administrativa de la depresión en Centros de Salud Mental de adultos por CCAA.	212
Mapa 46. Prevalencia administrativa de los trastornos de la conducta alimentaria en Centros de Salud Mental de adultos por CCAA.	213
Mapa 47. Tasa de altas en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de agudos en las Áreas de Salud de las CCAA de estudio.	216
Mapa 48. Porcentaje de reingresos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de agudos en las Áreas de Salud de las CCAA de estudio.	218
Mapa 49. Estancia media en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de agudos en las Áreas de Salud de las CCAA de estudio.	220
Mapa 50. Tasa de altas hospitalarias por trastorno mental	223
Mapa 51. Porcentaje de altas de pacientes penitenciarios con diagnóstico psiquiátrico en hospitales no penitenciarios.	224
Mapa 52. Porcentaje de reingresos hospitalarios por trastorno mental.	225
Mapa 53. Estancia media hospitalarias por trastorno mental	226
Mapa 54. Accesibilidad por carretera a las Unidades de Salud Mental de Cantabria.	228
Mapa 55. Accesibilidad por carretera a las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y Unidad Psiquiátrica de Media y Larga Estancia de Cantabria.	229
Mapa 56. Accesibilidad a los Servicios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (CSM) de la Comunidad de Madrid	230
Mapa 57. Accesibilidad a las Unidades de Hospitalización Breve para adultos (UHB) de la Comunidad de Madrid	230

I. INTRODUCCIÓN

Sistemas de salud mental.

España no dispone de un sistema de salud mental único sino que coexisten varios sistemas diferentes auspiciados por la cesión de las competencias sanitarias públicas a las 17 CCAA que la componen. Esta situación dificulta el conocimiento de la situación asistencial de la salud mental de forma unitaria en España. Es imprescindible poder establecer comparaciones entre la organización, los recursos, profesionales y actividad asistencial entre CCAA para poder evaluar la equidad de la atención en España y en sus diferentes ámbitos territoriales y desarrollar políticas basadas en la evidencia (Salvador-Carulla, Costa-Font, Cabases, McDaid, & Alonso, 2010).

Los estudios comparativos entre sistemas de salud son complejos por las diferencias de organización y funcionamiento de los recursos utilizando nomenclaturas semejantes para denominar a servicios muy diferentes. La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud recoge entre sus líneas estratégicas la necesidad de realizar comparaciones (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Las políticas y planes sanitarios se apoyan en el espacio geográfico para definir demarcaciones de gestión y organización de los recursos asistenciales, es la denominada zonificación sanitaria. Desde los años 60 las distintas administraciones en países con economías avanzadas han ido organizando los servicios de Salud Mental a partir de áreas geográficas. Estas áreas suponen la unidad básica para la realización de cualquier tipo de análisis espacial o de comparación de sistemas de atención en Salud Mental. La sectorización de los servicios disponibles no siempre ha seguido unos criterios homogéneos ni consensuados. Además, en muchas ocasiones los servicios sanitarios, los servicios sociales y los servicios privados presentan sus propias áreas de cobertura territorial, lo cual ha dificultado el estudio integral de los servicios disponibles en un área concreta (Johnson & Salvador-Carulla, 1998).

En España es definida a grandes rasgos por la Ley General de Sanidad de 1986 y desarrollada siguiendo sus propios criterios por cada CCAA. Estas áreas geográficas se delimitan buscando características comunes de tipo demográfico, socioeconómico, históricos, accesibilidad, etc. La sectorización en salud mental española es particularmente compleja por diversos motivos, entre los que destacan el uso de divisiones diferentes a las utilizadas en la salud general (en parte por la tardía

incorporación de la Salud Mental al sistema sanitario), la compleja interrelación de los servicios sanitarios y los servicios sociales en este sector, y la enorme disparidad de modelos y sistemas de atención psiquiátrica que coexisten en cada una de sus CCAA (algunas preservan los hospitales psiquiátricos mientras otras dependen casi exclusivamente de sistemas comunitarios), lo que conlleva diferentes necesidades para la organización del territorio.

Esta vertiente territorial de los sistemas sanitarios pone de manifiesto la importancia de realizar mapas de salud como señala la Estrategia de Salud Mental. La utilidad de los mapas de salud ya se ha puesto de manifiesto en diversos proyectos de carácter internacional, nacional y regional. Estos estudios tienen como denominador común la utilización de Sistemas de Información Geográfica, como herramientas específicas de análisis y representación de datos espaciales, y de baterías de indicadores sanitarios a diferentes escalas geográficas.

Este tipo de estudios se han encontrado con la carencia de datos estandarizados a nivel nacional que permitan realizar comparaciones entre las CCAA. Igualmente se ha puesto de manifiesto en repetidas ocasiones la carencia de un listado básico de indicadores de Salud Mental referido a todo el territorio nacional y utilizable para comparaciones interterritoriales con otros países europeos (Salvador-Carulla et al., 2005). La comunidad científica, a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005) y la Asociación Científica Psicost (Salvador-Carulla, Romero, Garrido Cumbreña, Salinas, & Ochoa, 2003) se han pronunciado al respecto en varias ocasiones poniendo de relieve la incapacidad para recopilar información comparable de Salud Mental referida a las diferentes CCAA y los diferentes sistemas de información desarrollados en las mismas (Moreno Küstner, 2008).

Mapas sanitarios.

Los mapas de salud mental son un instrumento de gran utilidad para la planificación de servicios basada en la evidencia. Estos mapas permiten conocer los diferentes tipos de recursos disponibles, su ubicación geográfica y las áreas de atención asignadas de una forma gráfica fácilmente comprensible. En base a la información disponible también puede representarse la distribución geográfica de los profesionales, las camas o plazas, la morbilidad de los trastornos mentales y la utilización de los servicios de salud mental.

La Organización Mundial de la Salud ha publicado tres atlas de salud mental en la última década (World Health Organization, 2001, 2005), en los que se ha representado cartográficamente información referente a políticas, programas específicos, utilización de psicofármacos, financiación, sistemas de información y la distribución de servicios, camas/plazas y profesionales. Todos los atlas inciden en las carencias de este tipo de información incluso a escalas estatales.

En 2005 la OMS publicó su segundo Atlas de Salud Mental en el que actualiza y mejora la información que figuraba en el anterior (World Health Organization, 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.

El Atlas de la Sanidad en España elaborado por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo (Instituto de Información Sanitaria, 2004), presentaba una serie de mapas de las características sociodemográficas de la población y diferentes aspectos de la salud (estilos de vida, seguridad alimentaria, accidentes, situación de la salud y mortalidad) y la atención sanitaria (centros, personal y actividad, investigación biomédica, medicamentos y recursos económicos) en cada una de las Comunidades Autónomas (CCAA) y la Unión Europea.

El Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud coordina junto a otros grupos de investigación españoles los Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. Estos estudios pretenden describir y explicar las variaciones geográficas en la utilización y procedimientos de servicios hospitalarios por ramas de atención. No recoge otras tipologías de atención como la ambulatoria o de día que son complicadas de comparar sin un trabajo de evaluación previa debido a la diversidad existente en las CCAA. Uno de sus monográficos está dirigido a la hospitalización de agudos de salud mental (Aizpuru et al., 2008) en el que presentan mapas nacionales sobre profesionales, camas, morbilidad por diagnósticos, sexo y edad.

Por último, a escala regional destacan los atlas desarrollados por la Asociación Científica Psicost, concretamente el Atlas de Salud Mental de Andalucía (Cumbrera, Salinas Pérez, Almenara Barrios, & Salvador-Carulla, 2007) y el Atlas de Salud Mental de Cantabria (Vázquez-Barquero, Gaité Pindado, Salvador-Carulla, & Salinas-Pérez, 2010). En la actualidad se encuentra desarrollando mapas para las Comunidades de Cataluña y Madrid. En todos estos trabajos se presentan a escala de pequeña área

sanitaria una amplia batería de indicadores sociodemográficos, disponibilidad de dispositivos, camas/plazas y profesionales y utilización de servicios.

El sistema de evaluación DESDE-LTC

El instrumento DESDE LTC (Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Cuidados de Larga Duración) es la adaptación a población con necesidades de cuidados de larga duración de la Escala Estandarizada de Evaluación de Servicios para personas con Discapacidad en España (DESDE) (Salvador-Carulla, Romero, & Poole, 2004). Estos instrumentos han sido utilizados en varios estudios y proyectos nacionales como el estudio Psicost/CatSalut para la comparación de pequeñas áreas sanitarias de cuatro CCAA (Salvador-Carulla et al., 2003), y los catálogos de servicios de discapacidad y dependencia en Castilla-La Mancha, Navarra, Madrid y Murcia. A nivel internacional se han realizado comparaciones entre España-Italia (Salvador-Carulla et al., 2005) y España-Chile (Salvador-Carulla, Saldivia, et al., 2008).

El DESDE-LTC sigue el enfoque de evaluación de servicios desarrollado por el Grupo EPCAT (European Psychiatric Assessment Team) y Psicost desde 1997, que comienza con la creación del ESMS (European Service Mapping Schedule) para la evaluación de servicios en salud mental (Johnson & Kuhlmann, 2000), y continua con adaptaciones relacionadas con la evaluación de servicios para población mayor en España (DESDAE) (Salvador-Carulla, 2003) y población con discapacidad (Salvador-Carulla et al., 2006).

La codificación propuesta por el sistema DESDE-LTC pretende suplir, al menos en parte, la carencia de una codificación operativa de servicios de atención socio-sanitaria en el ámbito internacional. El sistema equivalente para Salud Mental (ESMS), se utiliza de forma oficial para planificación y descripción estandarizada en Finlandia e Italia, y en estudios de servicios en otros 18 países europeos.

El instrumento pretende recoger información de insumos y proceso de los servicios a un meso-nivel (áreas sanitarias/sociales) y a un micro-nivel (servicios individuales) como define la versión modificada de la Matriz de Thornicroft y Tansella que fue desarrollada para la evaluación de servicios de atención a salud mental (Thornicroft & Tansella, 1998).

El DESDE-LTC ha sido diseñado para permitir comparaciones nacionales e internacionales. Por tanto, los tipos de atención más importantes de cada área de

cobertura deben asignarse a una categoría concreta: Información, Accesibilidad, Ayuda mutua y voluntariado, Atención Ambulatoria, de Día o Residencial.

El DESDE-LTC permite llevar a cabo, de una forma estandarizada, las siguientes tareas:

- Cumplimentar un inventario de servicios de atención a largo plazo de un área sociosanitaria específica. Se incluye la provisión de servicios sociales y servicios de salud, por parte del voluntariado y sector privado. El sector privado es opcional y depende del objetivo del estudio.
- Registrar los cambios ocurridos en el tiempo en los servicios de un área de cobertura determinada.
- Delimitar y comparar la estructura y la oferta de los servicios de atención a largo plazo entre diferentes áreas de cobertura sociosanitaria.
- Medir y comparar los niveles de provisión/disponibilidad y utilización de los principales Tipos Básicos de Atención (TBA) entre diferentes áreas de cobertura sociosanitaria usando un sistema de codificación internacional.

Unidades de análisis

Los servicios sociosanitarios son la mínima organización de sistemas de atención a un macronivel dentro de la atención de un área de cobertura. Existen otros sistemas de atención a un mesonivel (agrupación de servicios o estructuras que incluyen diferentes servicios dentro de una gran organización tal como Hospital General) o macronivel (p.e. grandes complejos sanitarios nacionales o internacionales) que se excluyen de esta clasificación.

Es importante destacar que hay diferentes unidades de análisis en este campo y que las comparaciones deben efectuarse entre unidades de análisis dentro de un mismo grupo. El sistema DESDE-LTC define las siguientes unidades de análisis:

- *Servicio*: el sistema define un 'servicio' como Unidad Básica de Atención constituido por una unidad administrativa y un grupo de estructuras y profesionales organizados que proporcionan atención. La Unidad Básica de Atención o servicio se refiere sólo a funciones de la atención y no a otros insumos (productos y dispositivos) o a procedimientos (intervenciones). Las funciones que proporciona el servicio "microorganización" se pueden describir como la

unidad de análisis más pequeña llamada 'Tipos Básicos de Atención' descrita abajo.

- *Tipos Básicos de Atención (TBA)*: un TBA es el principal descriptor de la actividad que proporciona un servicio que se dirige al mismo grupo de pacientes (por ejemplo: ofrece alojamiento durante la noche para pacientes agudos en un recurso con atención médica 24 horas). Estos servicios pueden proporcionar más de un descriptor principal. Por ejemplo, la unidad de agudos de un hospital puede proporcionar también atención de urgencia 24 horas no móvil que es un descriptor completamente diferente y se dirige a un grupo de pacientes diferente.
- *Unidades clínicas*: unidades de input de atención que cumplen algunos (pero no todos) de los criterios para ser clasificados como servicios por lo que deberían considerarse como parte de un servicio (p.e. una unidad de trastornos de la alimentación en salas psiquiátricas de agudos de hospital general).
- *Modalidad de Atención* es un tipo principal de intervención (o actividad) que se puede aplicar para describir un número determinado de tareas que constituyen el rango completo de atención que proporciona un servicio. De Jong (2000). describe 10 tipos de actividades que identifican diferentes patrones de atención desarrollados en grupos similares de servicios.
- *Paquetes de Atención*. Conjunto de intervenciones de atención integradas diseñadas para el mismo grupo de usuarios. Los paquetes de atención pueden describirse para un servicio único o para un grupo de servicios integrados.
- *Programas de intervención*. Conjunto de actividades programadas en un periodo de tiempo limitado (normalmente menos de un año y no más de 3 años) sin una estructura estable en el tiempo. En algunas ocasiones los servicios desarrollan a partir de programas que se han ido repitiendo a lo largo de los años.
- Otros componentes de insumos de atención son los productos de salud, las herramientas y otros dispositivos. Los productos de salud como las inyecciones, radiología o material quirúrgico no se codifican en el DESDE-LTC.

Definición de áreas sociosanitarias.

El DESDE-LTC está diseñado para comparar áreas geográficas, por tanto, deben tenerse en cuenta los límites sanitarios, sociales o administrativos de esta área. Se necesita un ejercicio preliminar para clasificar áreas de cobertura cuando no tenemos disponible esta información

Clasificación de áreas geográficas:

H0: Nivel pan-nacional. Por ejemplo, Unión Europea o regiones sanitarias de la OMS.

H1: Nivel nacional. Por ejemplo, el sistema de salud nacional en España

H2: Nivel regional. Por ejemplo, Estados (Lander) en Austria o Alemania, Condados en Suecia, Comunidad autónoma en España, Departamento en Francia, etc.

H3: Máxima unidad administrativa de salud mental. Por ejemplo, área de salud mental cubierta por un hospital general de referencia para atención aguda.

H4: Unidad administrativa básica de salud mental especializada. Por ejemplo, área cubierta por un centro de salud mental comunitaria.

H5: Área administrativa local de atención sociosanitaria. Por ejemplo, municipios, áreas sanitarias locales, área cubierta por un centro de atención primaria.

El DESDE-LTC se dirige fundamentalmente a las áreas de cobertura más pequeñas localizadas en un territorio a un nivel H4

Las áreas sociales pequeñas pueden ser más pequeñas que las áreas sanitarias pequeñas, y las áreas de atención especializada (p.e. Salud Mental) pueden ser más pequeñas que las áreas para Atención a Largo Plazo (LTC) pero más grandes que las áreas de atención primaria. Las áreas entre 50 y 250.000 habitantes se usaron en el instrumento original para servicios de salud mental (ESMS). La comparación de áreas con DESDE-LTC puede ampliarse a 50.000-500.000 habitantes según el territorio y las divisiones territoriales usadas en el país o región de referencia.

El instrumento y la información completa sobre el sistema de información DESDE-LTC está disponible en www.DESDEproject.eu

II. JUSTIFICACIÓN

El Atlas de Salud Mental de España surge del interés por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social de dotarse de un documento científico para conocer la situación y el funcionamiento de la red de atención a la salud mental que sirva para su gestión y planificación. Este proyecto responde a las recomendaciones de la Estrategia Nacional de Salud Mental sobre la creación de mapas de dispositivos de salud y salud mental.

El Ministerio de Sanidad y Política Social propone en su Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006) el desarrollo de mapas de recursos (Objetivo 6.4), para fortalecer los instrumentos disponibles para la evaluación de tecnologías y procedimientos en salud, y como integrante de una plataforma electrónica de conocimiento compartido accesible a los profesionales sanitarios.

El desarrollo del Plan Nacional en el ámbito de la salud mental se establece en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). Este documento propone 6 líneas estratégicas para las que establece 10 objetivos a desarrollar.

La línea estratégica para la coordinación intrainstitucional e interinstitucional de la salud mental identifica a la sectorización territorial como herramienta clave. Los Mapas de dispositivos de salud mental servirán como método de evaluación del Objetivo 6 para la promoción de la cooperación y corresponsabilidad de los departamentos y agencias de salud mental; y el Objetivo 7 para potenciar la participación de las personas con trastorno mental, familias y profesionales en el sistema sanitario público.

La línea estratégica para los sistemas de información y evaluación en su Objetivo 10 se refiere a la mejora del conocimiento sobre la salud mental y la atención prestada por el Sistema Nacional de Salud. Fija como objetivos específicos la obtención de información sobre niveles de salud mental de la población, principales causas de morbilidad atendida y sobre la organización, los dispositivos y recursos específicos dedicados a la atención a la salud mental. Para ello recomienda la creación de una Mapa de Salud Mental de Sistema Nacional de Salud.

La evaluación de los resultados obtenidos en la consecución de sus objetivos se realiza mediante una serie de indicadores entre los que se encuentra el Mapa de Salud Mental, junto a diversos indicadores de evaluación que pueden ser representados mediante

cartografía, tales como indicadores de morbilidad, profesionales o utilización de servicios. El ámbito territorial de evaluación es la Comunidad Autónoma, aunque se trata de una escala pequeña para la planificación y evaluación.

II. OBJETIVOS.

Objetivo preliminar:

Definición de una metodología para la elaboración de Atlas de Salud Mental en España.
Viabilidad y usabilidad de diferentes procedimientos de colaboración con las CCAA.

1. Objetivo general.

Estudio territorial de la zonificación, disponibilidad, accesibilidad y utilización de los servicios públicos de salud mental de España, basado en un estudio sobre 8 Comunidades Autónomas, a escala de Área de Salud Mental, como escala intermedia, y Área de cobertura de Centro de Salud Mental de Área, como escala máxima de atención.

2. Objetivos específicos.

1. Descripción de la organización territorial de la salud mental.
2. Caracterización sociodemográfica de las áreas geográficas de atención a la salud mental.
3. Disponibilidad territorial de servicios estandarizados de salud mental.
4. Accesibilidad temporal a los servicios de salud mental.
5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica asistida y la utilización de los servicios de salud mental.

III. METODO Y MATERIAL.

1. *Diseño del estudio.*

Se trata de un estudio ecológico comparativo, descriptivo y transversal de la salud mental en 8 Comunidades Autónomas de España. Los resultados de estudio se plasman en un conjunto de cartografía analizada.

Unidad territorial de análisis: La unidad territorial de base para los análisis son las áreas de salud mental de escala intermedia y en algunos casos las pequeñas áreas de salud.

Marco temporal: El año de referencia es 2009, aunque según la disponibilidad de información se ha recurrido a datos de años anteriores.

Unidad de análisis: Los servicios sanitarios públicos y públicos concertados destinados a la atención de personas con enfermedad mental y sus familias.

- *Criterio de inclusión:* Se consideran los servicios específicos que atienden exclusivamente a la población con enfermedad mental

Para que un servicio o sea reconocido como una unidad de análisis debe cumplir alguna de los siguientes criterios operativizados en el instrumento DESDE-LTC:

Criterio “A”: Reconocimiento del servicio como entidad legal independiente (con su CIF) y/o Registro oficial independiente. Este registro es independiente y no como parte de una meso-organización (p.e un servicio de rehabilitación en un hospital general). SI NO:

Criterio “B”: El servicio cuenta con Unidad administrativa propia y/o oficina de secretaría y cumple dos descriptores adicionales (ver abajo). SI NO:

Criterio “C”: El servicio cumple cuatro descriptores adicionales:

- C1. Cuenta con su propia plantilla de profesionales
- C2. Todas sus actividades las disfrutan los mismos usuarios
- C3. Emplazamiento independiente (no es parte de otro recurso p.e. hospital)
- C4. Financiación independiente y contabilidad específica

C5. Documentación independiente cuando se trata de una meso-organización.

- *Criterio de exclusión:* Se consideran excluidos los servicios que faciliten una atención exclusiva de carácter privado con ánimo de lucro y sin financiación pública, o aquellos que, aunque prestan atención a este colectivo, no lo hacen de forma exclusiva (p.e. servicios genéricos sociosanitarios). Tampoco se consideran los servicios para drogodependencias aunque dependan de salud.

La evaluación de servicios de Salud Mental en las 8 CCAA ha seguido el modelo ESMS/DESDE que separa los servicios para drogadicción de los servicios de infantil y de adultos y se señala si hay o no servicios específicos para poblaciones como discapacidad intelectual, drogodependencia o psicogeriatría.

Población diana: El estudio de la utilización de los servicios tendrá por unidad los pacientes atendidos en los servicios sanitarios de atención a personas con enfermedad mental.

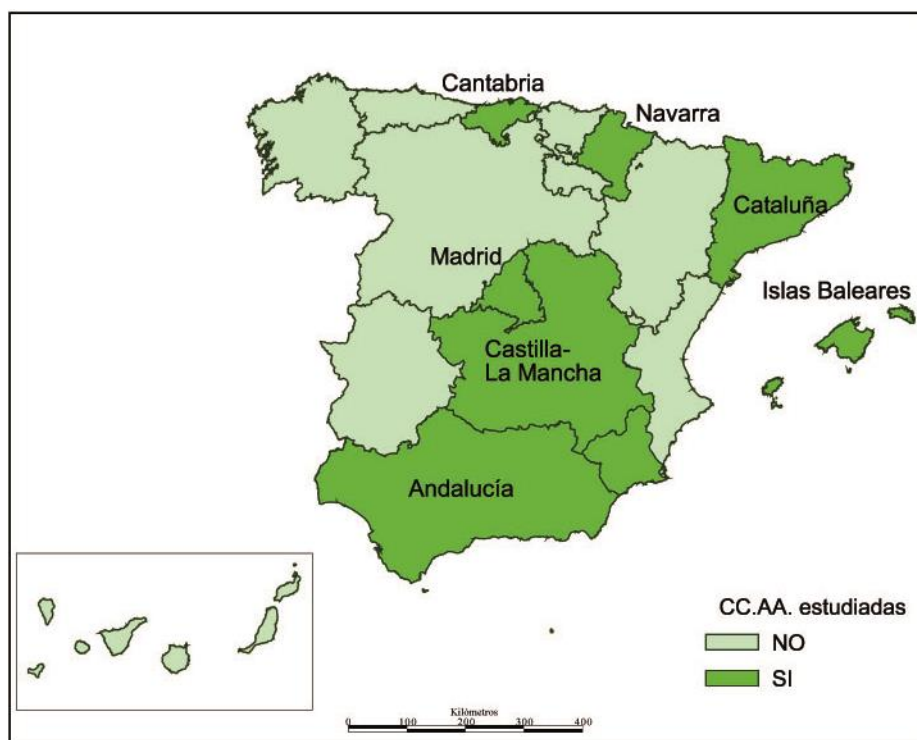
1.1. Ámbito del estudio

Las CCAA seleccionadas son Andalucía, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Islas Baleares, Madrid, Murcia y Navarra. Estas CCAA. comprenden el 41 % de la superficie nacional y el 59 % de la población española. (Mapa III.1)

Los criterios de selección de las CCAA. han sido los siguientes:

1. Interés en participar en el estudio
2. Características sociales dispares, disponibilidad de Bases de datos, experiencia previa en este tipo de estudios...
3. No se encuentran realizando estudios propios de análisis de su sistema de Salud Mental (Galicia o Asturias)

Mapa 1. Comunidades Autónomas seleccionadas en el estudio



Se ha realizado además un análisis previo de algunos indicadores sociodemográficos, de bases de datos disponibles y de disponibilidad de estudios previos sobre evaluación de servicios en la selección de las 8 CCAA. Los resultados de este análisis previo se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Estudios previos en 8 CCAA

CCAA.	Densidad de población	Índice envejecimiento	BBDD CSM (especif.)	Estudio previos descripción estandarizada Servicios SM
Andalucía	94,8	84,8	SISMA (08)	Informe Catsalut (2003) Atlas SM (2006)
Cantabria	110,7	134,9	NO	Haro et al. Utilisation of mental health services...(1998)
Castilla-La Mancha	26,2	107,8	NO	Catálogo ESMS/DESDE 2006
Cataluña	232,8	102,6	CMBD-SMP	Haro et al. Utilisation of mental health services... Informe Catsalut 2003 Atlas SM (2006)
Islas Baleares	219,4	85,7	NO	No disponibles
Madrid	795,6	91,1	Registro CSM	Informe Catsalut (2003) Catálogo ESMS/DESDE (2005-2008)
Murcia	127,9	73,9	NO	Catálogo ESMS/DESDE (2007)

CCAA.	Densidad de población	Índice envejecimiento	BBDD CSM (especif.)	Estudio previos descripción estandarizada Servicios SM
Navarra	60,7	108,5	SISM	Informe Catsalut 2003 Catálogo ESMS/DESDE (2005-2007)

2. Material.

2.1. Información suministrada por cada CCAA.

Se han utilizado en el estudio los siguientes documentos:

1. Documento de modelo de atención a la salud mental y organización de los servicios
2. Documento de zonificación sanitaria.
3. Dispositivos de salud mental.
4. Actividad sanitaria

2.2. Bases de datos:

2.2.1. Bases de datos sociodemográficas.

La información demográfica que se ha utilizado para el cálculo de los indicadores sociodemográficos propuestos ha sido recopilada del Instituto Nacional de Estadística (INE). Las fuentes principales de información han sido el Censo de Población y Vivienda del año 2001 y el Padrón Municipal de Población del año 2008

El Censo de Población y Vivienda de 2001 es la principal estadística demográfica de nuestro país debido a la gran variedad de información que recoge. Su limitación más importante es su baja periodicidad al realizarse cada 10 años. A partir del Censo se han extraído información sobre la estructura de los hogares y datos poblacionales. Las cifras del Censo tienen carácter estadístico y no son consideradas cifras oficiales de población. En cambio, el Padrón Municipal de Población es un registro administrativo por lo que sus datos son oficiales y se actualizan anualmente por los Ayuntamientos bajo la coordinación de los institutos regionales de estadística y el INE. La variedad de información que ofrecen es considerablemente inferior al Censo lo que limita la realización de estudios sociales profundos. En este estudio se utilizarán los datos de la revisión del 2008.

La fuente para la caracterización sociodemográfica de las áreas sanitarias ha sido el Censo de Población y Vivienda de 2001. El Censo es la fuente demográfica más completa y la única que cuenta con algunas de las variables necesarias para calcular varios de los indicadores sociodemográficos de este estudio. Los datos sociodemográficos más actualizados a fecha de 2008 se obtendrán del Padrón de Población. Esta información está disponible a través del Instituto Nacional de Estadística (INE) y los institutos regionales de estadística.

Se aportan datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la Encuesta Nacional de Salud.

2.2.2. Bases de datos sanitarias.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al Alta Hospitalaria es un registro sistemático común para todos los hospitales españoles que recopila información sobre los episodios de hospitalización. Esta base de datos recoge datos clínicos y administrativos de las altas hospitalarias producidas anualmente, e incluye información demográfica de los pacientes, diagnósticos codificados en la versión 9ª de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), identificación del hospital y de la unidad de atención.

La actividad de recursos no hospitalarios se suele recoger en registros propios de los recursos por lo que la disponibilidad de bases de datos de la actividad de los diferentes dispositivos no es homogénea para cada Comunidad.

2.3. Sistemas de Información Geográfica (SIG) y cartografía.

Los Sistemas de Información Geográfica (SIG) son herramientas informáticas que trabajan con datos espaciales permitiendo su explotación y representación cartográfica. Los SIG suponen una importante herramienta de apoyo a la toma de decisiones respecto a la localización de equipamientos públicos en el territorio y la asignación de recursos a los mismos. Los SIG que serán utilizados para realizar los análisis y representaciones espaciales son los programas informáticos ArcGIS 9.2, creado por la empresa “Environmental Systems Research Institute” (ESRI), y GvSIG 1.1 desarrollado por la Generalitat Valenciana. Se utilizará cartografía digital de los municipios y de la red

de carreteras procedente de las administraciones competentes en materia cartográfica de cada CCAA.

El SIG que se ha empleado es GvSIG 1.1.2 desarrollado por IVER Tecnologías de la Información para la Generalitat Valenciana. GvSIG es un software libre (open source) de amplia difusión y utilización por su alta funcionalidad.

El mapa digital de los municipios ha sido la cartografía base a partir de la cual se han elaborado los mapas de las distintas áreas geográficas de la zonificación sanitaria y de salud mental. Cuando ha sido necesario trabajar con escalas mayores a la municipal, áreas inframunicipales, se ha empleado cartografía remota online mediante el formato Web Map Service (WMS) accediendo al servidor de la Infraestructura de Datos Espaciales de España (IDE-E).

2.4. Instrumento DESDE-LTC.

La 'Descripción y Evaluación Estandarizada de Servicios y Directorios en Europa para Atención a Largo Plazo' (DESDE-LTC) es un instrumento para la descripción y clasificación estandarizada de servicios para Atención a Largo Plazo (LTC) en Europa. El DESDE-LTC es una adaptación del "European Service Mapping Schedule" (ESMS-I) (Johnson & Kuhlmann, 2000) (incluye además modificaciones del ESMS-II), y del Diagrama Estandarizado de Servicios para Discapacidad en España (DESDE) (Salvador-Carulla et al., 2006) e instrumentos relacionados (DESDAE y DESDE). El DESDE-LTC ha sido desarrollado por un consorcio europeo y ha sido financiado por la Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) (Proyecto Ref. 2007/116) («eDESDE-LTC», 2010).

El DESDE-LTC se sirve, al igual que el instrumento original (European Service Mapping Schedule -ESMS-), de un sistema de árboles o diagramas que permiten la clasificación de los servicios y el nivel de utilización de los mismos por parte de los usuarios del área seleccionada. Así, se mantiene la estructura en árbol del sistema de codificación original para permitir comparaciones internacionales.

El cuestionario se estructura en cuatro 4 secciones principales:

o Sección A: Preguntas introductorias.

Preguntas generales sobre el área sociosanitaria de referencia y sobre la población para la que debe cumplimentarse la escala, así como de la persona que lo cumplimentó.

o Sección B: Árbol o diagrama de servicios.

Se enumeran y clasifican los servicios del área sociosanitaria. Se pretende así medir la disponibilidad de servicios a través de su clasificación en una serie de Diagramas según función, emplazamiento y disponibilidad:

- Diagrama de localización de servicios de información y/o accesibilidad (I). Servicios dirigidos a facilitar accesibilidad, información, orientación y valoración.
- Diagrama de localización de servicios de ayuda mutua y voluntariado (S). Servicios que pueden contar con personal especializado o no en evaluación, apoyo o tratamiento de personas en situación de dependencia de manera voluntaria.
- Diagrama de localización de servicios de día y/o actividades estructuradas (D). Recoge los dispositivos que están disponibles para varios usuarios al mismo tiempo, proporcionan algún tipo de tratamiento de problemas relacionados con la dependencia, actividad estructurada, contacto social y/o apoyo, están disponibles durante un horario de apertura establecido y se espera que se usen dichos dispositivos más allá de los periodos en que existe un contacto “cara a cara” con el personal de los mismos.
- Diagrama de localización de servicios comunitarios y ambulatorios (O). Dispositivos que conllevan un contacto entre el personal y los usuarios para la atención a la dependencia y sus dificultades sociales y clínicas asociadas, no ofreciendo generalmente un servicio diario o residencial.
- Diagrama de localización de servicios residenciales (R). Incluye todos aquellos dispositivos que proporcionan alojamiento nocturno a los usuarios y cuyo propósito se relaciona con la atención social y clínica a la dependencia de forma directa.

Como apoyo a esta sección, el instrumento dispone de un Glosario de Términos con ejemplos de los diferentes códigos propuestos.

o Sección C: Árbol de utilización y provisión de servicios.

En esta sección se mide la utilización de los servicios, recogidos en la anterior sección, por parte de la población del área de referencia. Permite contabilizar los niveles de provisión de servicios en un área determinada.

o Sección D: Inventario de servicios.

Se trata de un sistema de descripción complementario a los anteriores que proporciona un listado con mayor detalle de las características de cada servicio.

3. Procedimiento.

El grupo de trabajo encargado de realizar el estudio se constituyó por expertos y técnicos miembros de la Asociación Científica Psicost, con formación académica y/o laboral ligada a la evaluación de servicios. Se trata de un grupo de trabajo multidisciplinar con personas pertenecientes a disciplinas diferentes pero complementarias en este estudio como son la psicología, psiquiatría y geografía.

3.1. Tratamiento de la cartografía y la información

Los mapas de las diferentes unidades territoriales de análisis se han creado a partir de la cartografía digital municipal. Cuando las áreas están compuestas por varios municipios se han agregado mediante una operación espacial del SIG. En los casos de áreas formadas por ámbitos inframunicipales, concretamente en varios municipios como Madrid, Barcelona o Santander, se ha optado por digitalizar sus límites sobre el callejero siguiendo la delimitación establecida por el Mapa Sanitario Autonómico.

Una vez obtenida la cartografía de las diferentes escalas de la zonificación sanitaria se han diseñado diferentes tipos de mapas. Se han elaborado mapas para mostrar los diferentes niveles de zonificación, para mostrar la localización y la accesibilidad de los recursos de salud mental y para representar los indicadores sociodemográficos, de morbilidad y utilización.

Se presentan mapas de puntos para señalar la localización en el territorio de los servicios de salud mental. Otro tipo de cartografía elaborada son los mapas de símbolos proporcionales en los que mediante una gradación del tamaño es posible representar variables cuantitativas como los indicadores de profesionales. También se han elaborado mapas temáticos de coropletas para los indicadores de actividad y morbilidad y para el estudio de la accesibilidad. En este caso las variables, clasificadas en

intervalos significativos, se representan mediante tramas de colores. Los intervalos seleccionados se han ajustado por cuantiles para que recojan el mismo número de elementos.

Se han analizado los documentos legales y técnicos que delimitan la sectorización territorial de la salud mental en las CCAA de estudio. Se ha elaborado cartografía de los diferentes niveles de la sectorización que ha servido de bases al resto de estudios.

3.2. Indicadores atención a la salud mental.

La limitación más importante de este tipo de estudios es la disponibilidad de fuentes de información sanitaria e indicadores que alimenten a la cartografía. Los indicadores sanitarios permiten a los planificadores y gestores fijar los criterios mínimos y seguir la consecución de los objetivos marcados en el programa sanitario. Además, los indicadores permiten la comparación entre diferentes áreas geográficas.

Indicadores sociodemográficos.

Se proponen varios indicadores sociodemográficos como indicadores de población en riesgo. Fueron seleccionados a partir de la batería de indicadores propuestos por la Asociación Científica Psicost (Salvador-Carulla et al., 2003) y el European Socio-Demographic Schedule (ESDS) (Beecham, Johnson, & EPCAT Group, 2000). Su interés radica en que determinadas características demográficas, sociales y económicas de la población se han correlacionado con comportamientos de morbilidad psiquiátrica y utilización de servicios de salud mental. Este hecho tiene una gran relevancia en la planificación de los servicios de salud mental siendo necesario estimar las necesidades de recursos en base no sólo a las características personales de los usuarios sino también de la zona geográfica de referencia.

Indicadores de disponibilidad.

Se ha estudiado la dotación de servicios de salud mental teniendo en cuenta la última sectorización de recursos y asignación de profesionales, plazas y camas del Programa de Salud Mental.

Indicadores de actividad.

La caracterización de la morbilidad psiquiátrica se realiza mediante el análisis demográfico de los pacientes y de la actividad asistencial. Los datos se ofrecen a nivel de áreas sanitarias, pudiendo llegar a la escala máxima de pequeñas áreas de cobertura de los servicios.

A continuación, se comparan algunos de los indicadores de evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS con los indicadores que propone el Atlas de Salud Mental como complemento o alternativa a los mismos.

El procedimiento seguido por objetivos definidos en el estudio es el siguiente:

3.3. Estudio de viabilidad y usabilidad de diferentes procedimientos de colaboración con las CCAA. Definición de una metodología para la elaboración de Atlas de Salud Mental en España

El protocolo general de colaboración con las CCAA establecido en el estudio es el siguiente:

- 1- Envío de una carta de la Asociación Científica Psicost de invitación a participar en el estudio a todos los responsables de Salud Mental de las 8 CCAA. Esta carta se elaboró previamente con los responsables del estudio en el Ministerio de Sanidad y Política Social.
- 2- Contacto individual a través de entrevista personal con los responsables de salud mental de cada CCAA en la que se les solicita información y se les ofrece la posibilidad de realizar de manera independiente una evaluación en profundidad de su Red
- 3- Recogida de información a través del contacto con técnicos o responsables de servicios facilitados por los responsables de cada CCAA siguiendo la estructura de arriba abajo.

Se realiza un listado de documentación relevante necesaria para el estudio y que se ha solicitado a las CCAA participantes:

1. Documento legislativo o técnico que defina el modelo de atención de salud mental de la Comunidad y la organización y funciones de los distintos tipos de dispositivos disponibles, como Leyes o Decretos, Planes o Memorias de Salud Mental.
2. Documento en el que se define la distribución del territorio en áreas de atención primaria, áreas de salud... Tanto para la salud en general como la específica de salud mental.
3. Listado con todos los recursos especializados de salud mental (dirección postal y datos de contacto). Descripción de los diferentes dispositivos (p.e. atención ambulatoria, hospitalaria, diurna, a domicilio, urgencias, agudos, media y larga estancia, atención infanto-juvenil...). Sectorización de los dispositivos de salud mental. Camas y plazas por dispositivo. Plazas de dispositivos de atención diurna y camas para dispositivos hospitalarios y residenciales. Profesionales por categoría y por dispositivo. Psiquiatras, psicólogos, DUE de salud mental, auxiliares de enfermería, MIR y PIR... Considerar jornada laboral ó número de horas (completa o parcial).
4. Datos de actividad de dispositivos registrados en el CMBD y Datos de actividad de dispositivos que no se registran en el CMBD.
5. Estudio de la organización territorial de los servicios.

Se describe el proceso de colaboración establecido finalmente en cada CCAA y la estrategia seguida en cada una, así como la información recibida

En base a la información disponible recibida y la accesibilidad a la misma se clasifican las estrategias de colaboración seguidas con las CCAA en distintos niveles de calidad que faciliten identificar la viabilidad y usabilidad de los diferentes procedimientos de colaboración establecidos en cada CCAA. Esto permitirá realizar la definición de una metodología óptima para la elaboración de un Atlas de Salud Mental en España

3.4. Estudio sobre la organización territorial de la salud mental.

Se han solicitado y recopilado documentos legislativos y de planificación que recogen la zonificación tanto de salud general como salud mental. A partir de ellos se ha elaborado la cartografía base del estudio.

3.5. Estudio de caracterización sociodemográfica de las áreas geográficas de atención a la salud mental.

Con el objetivo de caracterizar la situación sociodemográfica de las pequeñas áreas de atención a la salud mental se han calculado varios indicadores sociodemográficos seleccionados a partir de la batería de indicadores propuesta por la Asociación Científica Psicost (Salvador-Carulla et al., 2003) y el European Socio-Demographic Schedule (ESDS) (Beecham et al., 2000):

a) Densidad de población.

La densidad relaciona la superficie de un ámbito geográfico con la población a la que acoge. Este indicador permite conocer la concentración de la población al expresar el número de habitantes que corresponde a un km². Los datos de superficie y población proceden del INE y el ICANE a 2008.

b) Índice de dependencia.

El índice de dependencia mide la relación entre los grupos de población dependientes o económicamente inactivos respecto a la población activa. De forma convencional se considera como inactivos a las personas menores de 16 años y a las mayores de 65, y como activos a las personas del grupo de 15 a 64 años de edad. El índice es el resultado de dividir la suma de la población menor de 16 años más la población de 65 o más años entre la población entre 15 y 64 años por 100. Cuanto mayor sea el valor de este índice mayor será el peso de las personas dependientes sobre la población en edad de trabajar. Este índice adquiere especial relevancia en el estudio de la planificación de los servicios de salud pues permite evaluar la presión socioeconómica que ejerce el segmento dependiente o económicamente inactivo de una sociedad sobre la población en edad de trabajar. También indica el peso de grupos de población con interés para su atención específica como es el grupo de niños y adolescentes y el de personas mayores.

c) Índice de envejecimiento.

El índice de envejecimiento relaciona el grupo de población de la tercera edad (65 o más años) con el grupo de población infantil y juvenil (menores 16 años). Se calcula dividiendo la población de 65 o más años entre la población menor de 16 años y el resultado se multiplica por 100. Cuanto mayor sea el valor de este índice mayor será la

proporción de personas de 65 o más años respecto a la población menor de 16 años y por tanto más envejecida estará la población. El índice de envejecimiento puede resultar de utilidad para conocer las posibles necesidades en servicios especializados en población infanto-juvenil o psicogeriatría.

d) Tasa de paro.

La tasa de paro muestra el número de personas en situación de desempleo sobre el total de las personas en situación laboral activa. Este es un indicador muy válido para medir el desarrollo económico de los ámbitos geográficos, una menor tasa indicará una sociedad más desarrollada.

El Censo ofrece datos por secciones censales de actividad y desempleo pero proceden del año 2001, recogiendo una situación económica muy diferente a la de 2008. Tampoco es posible recurrir a los datos de actividad y paro de la Encuesta de Población Activa (EPA) porque su escala máxima es la provincial y es insuficiente para nuestro trabajo.

Se ha optado por las estadísticas de Paro Registrado en las oficinas de empleo del Servicio Cántabro de Empleo a 2008. Esta fuente recoge aquellas personas mayores de 16 años que buscan empleo a escala municipal. En el caso de las áreas de cobertura que acojan ámbitos inferiores al municipal se les asignó un valor de paro registrado aproximado, proporcional al de su población a 2008.

La tasa de paro de uso habitual utilizada en la EPA divide a la población desempleada entre la población activa. Dadas las limitaciones en la disponibilidad de cifras sobre población activa a una escala adecuada se ha empleado como denominador a la población entre 16 años y 64 años.

e) Tasa de personas que viven solas.

La distribución de los hogares unipersonales es relevante para la planificación de los servicios de salud mental pues permite detectar aquellas áreas con mayores niveles de aislamiento social. Su cálculo responde al cociente entre las personas que viven solas (hogares unipersonales) divididas entre el total de la población por 100. Se han utilizado los datos del Censo de 2001 del INE al no existir información más actualizada.

f) Tasa de mayores que viven solos.

La tasa de personas mayores que viven solas se calcula mediante el cociente entre las personas mayores de 64 años que viven solas y el total de la población de este grupo de edad por 100. La información procede del Censo de 2001 del INE.

g) Tasa de adultos que viven solos con niños.

La tasa de adultos que viven solos con niños es el resultado del cociente entre el número de adultos que viven solos con niños, o número de hogares formados por un adulto y niños, entre la población mayor de 15 años por 100. Los datos también proceden del INE y su Censo de Población 2001.

h) Tasa de personas no casadas.

Al igual que en el caso la estructura de los hogares, el estado civil de las personas mayores de 16 años es un dato que nos permite acercarnos al problema del aislamiento social. Las mayores tasas de personas no casadas suelen relacionarse con mayores prevalencias de determinadas patologías psiquiátricas. La información demográfica más actualizada sobre el estado civil de la población procede del Censo de 2001. El cálculo del indicador se realiza mediante la división del número de personas solteras, viudas, separadas y divorciadas entre la población mayor de 15 años por 100.

i) Tasa de inmigración exterior.

La población inmigrante ha sido considerada población de riesgo en anteriores estudios epidemiológicos de Salud Mental (Beecham et al., 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 las personas inmigrantes procedentes de países con bajos niveles socioeconómicos y de formación que, por el contrario, suelen encontrar mayores dificultades a la hora de integrarse a la sociedad y encontrar un puesto de trabajo. Si además se consideran los problemas derivados del desarraigo social, nos encontramos con una población de riesgo con alta probabilidad de padecer problemas mentales.

El objetivo de este indicador es detectar los mayores volúmenes de población de riesgo. Los datos proceden del Padrón municipal de 2008 recopilados por el ICANE. Se presenta la tasa de inmigración total que divide las personas empadronadas con nacionalidad diferente a la española entre la población total por 1.000. También se han calculado las tasas para grupos concretos de inmigrantes según su procedencia: América, África, Asia y países europeos miembros y no miembros de la Unión Europea (UE).

j) Tasa de discapacidad atribuida a deficiencia mental.

Se aportan datos a escala regional y su cálculo se realiza dividiendo el número de personas con certificado de minusvalía por deficiencia mental entre la población por 1.000 habitantes.

k) Tasa de mortalidad.

La tasa de mortalidad es el resultado del cociente entre los fallecimientos y la población total por 1.000. Se presentan la mortalidad para trastornos mentales y del comportamiento y la mortalidad por suicidio.

3.6. Estudio de la disponibilidad territorial de los servicios estandarizados de salud mental

En este apartado, en primer lugar, se ha procedido a identificar y describir los servicios de salud mental de alto apoyo del ámbito sanitario existentes. A continuación se estudian los servicios de atención social a personas con enfermedad mental gestionados desde el ámbito social y sociosanitario en las CCAA que han proporcionado esta información, dado que estos servicios complementan la atención a largo plazo a este colectivo en la comunidad junto con los servicios que dependen del ámbito sanitario.

A su vez se relacionan los servicios de drogodependencias, aunque no son objetivo de este estudio, ya que en algunas CCAA forman parte de la estructura de gestión de la salud mental.

La estructura del estudio por cada Comunidad es la siguiente:

- 1- Descripción general del funcionamiento y sectorización de la atención a la salud mental
- 2- Procedimiento de colaboración establecido con los responsables para la recogida y evaluación de los servicios
- 3- Perfil general de la descripción estandarizada de los servicios de salud mental en la Comunidad
- 4- Estudio pormenorizado de los servicios de atención a salud mental, del ámbito sanitario, sociosanitario y social, por tipo de atención:
 - a) Dispositivos de Atención residencial hospitalaria
 - b) Dispositivos de Atención residencial no hospitalaria
 - c) Dispositivos de Atención de día
 - d) Dispositivos de Atención ambulatoria y comunitaria
 - e) Dispositivos de Atención a poblaciones específicas por grupos de Edad (infantil-juvenil y psicogeriatría) y por grupos diagnósticos (trastornos de la conducta alimentaria.....)
- 5- Identificación de los distintos tipos de dispositivos en la Comunidad. Por dispositivo se analiza
 - a) Definición y funcionamiento
 - b) Listado de recursos disponibles, descripción estandarizada de cada uno y localización por áreas. Se presentan las cifras absolutas y las tasa de dispositivos por millón de habitantes
 - c) Descripción de camas/plazas y profesionales. Se presentan las cifras absolutas y los siguientes indicadores: Tasa de plazas/camas por millón de habitantes
- 6- Descripción de otros Dispositivos de Atención a salud mental. En este apartado entre otros se describen los dispositivos de atención a personas con Discapacidad Intelectual y enfermedad mental que por sus características especiales y por su altísima variabilidad entre CCAA no se incluyen en el mapa y se describen en el texto
- 7- Descripción de otros Dispositivos de Atención a salud mental de bajo apoyo
- 8- Estructura global de la atención a salud mental en la Comunidad por tipos básicos de atención

9- Descripción de los Dispositivos para drogodependencias

3.6.2. Catálogo Avanzado de servicios por CCAA

Se ha procedido a identificar los recursos existentes por CCAA, señalando su localización y explicando su funcionamiento para posteriormente hacer un estudio comparado en las 8 CCAA.

Se han descrito de forma estandarizada los servicios a través del instrumento DESDE-LTC aplicando su sección B de diagrama de servicios. Las otras secciones del instrumento no se han realizado por no estar entre los objetivos del estudio.

La recogida de datos sobre los recursos se ha realizado siguiendo el protocolo establecido en el estudio. Los evaluadores han llevado a cabo, entre otras, las siguientes tareas:

- Recogida de información. Esta recogida de datos se ha realizado a través de la revisión de catálogos de servicios y bases de datos proporcionadas por las CCAA y localizadas por Psicost y a través del contacto con técnicos o responsables de servicios.
- Elaboración de un listado exhaustivo de servicios. El listado de localizado a través de la recogida inicial de datos, se revisa estableciendo contacto con cada uno de los responsables con el objetivo de elaborar un listado actualizado de los servicios de salud mental en cada Comunidad.
- Posteriormente, el grupo de trabajo ha establecido contactos individuales con los responsables de cada servicio tipo del listado de servicios, en los que se ha recogido información detallada, completando la Sección D u Hoja de Inventario del DESDE-LTC para cada uno de ellos. La información recogida de cada servicio a través de la entrevista y cumplimentación de la Hoja de Inventario permite la codificación y clasificación de los distintos servicios siguiendo los criterios de la Sección B del DESDE-LTC. La adjudicación de códigos a cada servicio ha requerido en algunos casos un nuevo contacto telefónico para aclarar algunos conceptos o recabar información más amplia.

- Una vez realizado el catálogo definitivo de servicios de salud mental estandarizados a través del instrumento DESDE-LTC se les envía de nuevo a los responsables de los servicios de cada Comunidad para su revisión y corrección.

La recogida de información acerca de los datos de disponibilidad de servicios de salud mental en cada Comunidad se ha efectuado a fecha de noviembre de 2009.

Con la información recogida en este estudio se ha realizado el Catálogo Avanzado de servicios de salud mental en cada Comunidad. Este Catálogo Avanzado incluye la descripción pormenorizada de cada uno de los servicios localizados según los ítems que recoge la Sección D del instrumento DESDE-LTC. En el Catálogo Avanzado, la información se presenta con una entrada para cada uno de los servicios localizados que se han agrupado por tipo de recurso.

Se recogen los siguientes ítems:

1. NOMBRE: Indica el nombre del servicio.
2. CÓDIGO DESDE-LTC: Este ítem indica el/los código/s que describen o clasifican los tipos básicos de atención que oferta el servicio.
3. LOCALIZACIÓN: Indica la Comunidad Autónoma, provincia, municipio, código postal, dirección postal y electrónica del servicio así como teléfono y fax de contacto. También muestra el año de constitución y la ubicación.
4. DEFINICIÓN DEL SERVICIO: indica el tipo de recurso
5. TITULARIDAD: Se clasifica como Pública, Privada, Privada Sin Ánimo de Lucro u Otras.
6. FINANCIACIÓN: Indica la agencia o agencias que pagan la atención que el servicio proporciona a los usuarios/as. Describe si la financiación es Subvencionada, Concertada, Pública, Convenida u Otras.
7. DOTACIÓN DEL SERVICIO: Indica el número total de camas, plazas y usuarios que tiene el recurso. Especifica las camas/plazas totales, ocupadas y disponibles.
8. ACTIVIDADES ESPECIALIZADAS: Permite especificar todas aquellas actividades especializadas o no especializadas que no constituyen un tipo de atención o código DESDE-LTC.
9. EQUIPO DE ATENCIÓN: Detalla la categoría profesional del personal disponible en el equipo, la actividad que desempeñan y el número total de horas por semana disponible de cada uno.

10. **ÁMBITO DE ACTUACIÓN** (Cobertura del recurso): Especifica si el servicio está disponible para usuarios de ámbito Local, Provincial, Autonómico, Nacional u Otros.
11. **CONDICIONES DE ADMISIÓN**: Se especifican los criterios que cada servicio requiere para admitir un nuevo usuario. Tipología prevalente que atiende el servicio.
12. **MÁXIMA FRECUENCIA DE ATENCIÓN/CONTACTO**: Especifica la frecuencia máxima de atención o contacto con el personal que los usuarios/as de este servicio disponen normalmente.

3.6.3. *Estudio comparado en 8 CCAA sobre la disponibilidad territorial de los servicios de salud mental*

Para la comparación entre CCAA seguimos el modelo de psiquiatría básica de Salvador-Carulla y colaboradores (2007). Establecen un Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B.MHCC) diseñado por expertos mediante técnicas de análisis de datos *Knowledge Discovery from Data* (KDD) con el que se comparaban 12 pequeñas áreas sanitarias de las CCAA Andalucía, Cataluña, Madrid y Navarra. Este modelo se ha adaptado para el análisis a áreas macro. En la Tabla 2 se recogen los rangos de las tasas de disponibilidad, plazas y utilización por 100.000 habitantes para las agrupaciones de tipos de atención DESDE-LTC fijadas por el grupo de expertos para definir su Modelo Básico de Atención Comunitaria.

Las agrupaciones de tipos básicos de atención que forman el Modelo son:

- *R2 atención hospitalaria de agudos.*
- *R4-R7 atención hospitalaria a medio y largo plazo.* Incluye atención hospitalaria con tiempo de estancia limitado y apoyo las 24 horas (R4), o apoyo durante alguna parte del día (R5); y atención hospitalaria con tiempo de estancia indefinido de apoyo las 24 horas (R6), o alguna parte del día (R7).
- *R8-R13 atención residencial en la comunidad.* Incluye atención residencial con tiempo de estancia limitado y apoyo las 24 horas (R8), alguna parte del día (R9) o frecuencia inferior (R10); y atención residencial de estancia indefinida y apoyo las 24 horas (R11), alguna parte del día (R12) o frecuencia inferior (R13).
- *D1+D4 atención de día.* incluye atención de día de agudos (D1) y atención de día mediante actividades estructuradas de alta intensidad (al menos 4 medios días semanales) (D4).
- *O3-O4. Atención ambulatoria de urgencia (agudos) no móvil.* Dispositivos de urgencia que proporcionan atención y tratamiento inicial en respuesta a una

situación de crisis, deterioro en el estado mental o físico, comportamiento o problemática social relacionada con su estado; y en los que dicha respuesta se produce normalmente en el mismo día dentro del horario laboral. O3 implica atención 24 horas y O4 horario limitado.

- O8-O10. *Atención ambulatoria no móvil de disponibilidad programada (no agudos)*. Dispositivos con capacidad para realizar contactos cara a cara con usuarios/as al menos: 3 veces por semana, (O8), frecuencia quincenal (O9) o frecuencia mensual (O10).

Tabla 2. Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental.

[Rango de tasas de disponibilidad, plazas y utilización por 1.000.000 habitantes].

Disponibilidad Número de Tipos Básicos de Atención DESDE-LTC por 1.000.000 habitantes	Rangos
Atención hospitalaria de agudos (TR2)	[2,5-5]
Atención hospitalaria a medio y largo plazo (TR4-R7)	[1,5-3]
Atención residencial en la comunidad (TR8-R13)	[> 3,5]
Atención de día (TD1)	[3-8]
Atención de día (TD4)	[7,5-20]
Atención ambulatoria comunitaria (TO8-O10)	[8-13,3]
Plazas Plazas / Camas por 100.000 habitantes	
Atención hospitalaria de agudos (PR2)	[90-200]
Atención hospitalaria a medio y largo plazo (PR4-R7)	[30-130]
Atención residencial en la comunidad (PR8-R13)	[>100]
Atención de día (TD1)	[60-180]
Atención de día (TD4)	[200-700]
Utilización Pacientes por 100.000 habitantes	
Atención hospitalaria de agudos (UR2)	[100-190]
Atención hospitalaria a medio y largo plazo (UR4-R7)	[30-120]
Atención residencial en la comunidad (UR8-R13)	[100-400]
Atención de día (UD1+D4)	[>330]

Fuente: Salvador-Carulla et al., 2007.

Las tasas por debajo o por encima del rango son consideradas por el grupo de expertos como sobre-disponibilidad / infra-disponibilidad de tipos de atención y plazas, o sobre-utilización / infra-utilización de tipos de atención.

El estudio se estructura de la siguiente manera:

- a) Comparación de los resultados obtenidos en las 8 CCAA por tipos de dispositivos y grupos de población: Adultos, Infanto-juvenil, Mayores y Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- b) Perfil de la atención a salud mental por Comunidad Autónoma: Tipos básicos de atención y camas/plazas

3.6.4. Comparación de los datos sobre servicios de la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y los datos del Atlas de Salud Mental

Se realiza una comparación de los datos sobre servicios de salud mental recogidos en el documento de la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental (Ministerio de Sanidad y Política Social & Social, 2010) y los datos obtenidos en el presente estudio por Psicost.

Se comparan y explican las diferencias tanto de los servicios como de los profesionales totales de salud mental obtenidos por Comunidad Autónoma

3.7. Estudio de la morbilidad psiquiátrica asistida y la utilización de los servicios de salud mental.

Se ha solicitado información a cada Comunidad Autónoma estudiada sobre el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) señalando el objetivo de estudio de la morbilidad psiquiátrica y utilización de servicios hospitalarios de salud mental por áreas geográficas en 2008. Se solicitan datos para los servicios de psiquiatría. O aquellos diagnósticos pertenecientes a las Categorías Diagnósticas Mayores 19 (trastornos mentales).

En los casos en que la administración autonómica no haya explotado la información sanitaria del CMBD se ha realizado específicamente para este trabajo. Las bases de datos han sido explotadas mediante el software estadístico SPSS 15.0, extrayéndose datos sobre la edad, sexo, municipio de residencia y diagnóstico principal de los pacientes atendidos en dicha unidad.

Los datos de actividad sobre los dispositivos de salud mental no hospitalarios han sido recopilados desde distintas fuentes según cada CCAA, como pueden ser memorias y planes de salud mental. También se han recogido datos de la Evaluación de la Estrategia de Salud Mental (2010).

Se presentan los siguientes indicadores de morbilidad y actividad:

- a) Prevalencia asistida.

Número de pacientes atendidos en centros de salud mental ambulatorios por 1.000 habitantes a escala de áreas sanitarias. También se aportan prevalencias para algunas de las mayores categorías diagnósticas por regiones.

b) Incidencia asistida

La incidencia asistida o administrativa es el resultado de dividir el número de pacientes que han acudido por primera vez a un servicio de salud mental entre la población de cobertura por 1.000. Las primeras visitas en servicios de salud mental se identifican con pacientes nuevos. Se aportan datos por áreas sanitarias.

c) Frecuentación

La frecuentación es el número total de visitas o actividades que realiza un servicio de salud mental entre su población de cobertura por 1.000. Este indicador se ha calculado por áreas sanitarias.

d) Tasa de altas

La tasa de altas o de episodios de hospitalización psiquiátrica es el resultado de dividir las altas producidas en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica entre la población de cobertura, en este caso mayores de 17 años. También se aportan datos de pacientes penitenciarios atendidos en hospitales no penitenciarios con un diagnóstico de salud mental, y las altas de salud mental en hospitales por regiones.

e) Tasa de reingresos

La tasa de reingresos es el resultado del cociente entre las altas y los pacientes atendidos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Se presentan resultados a escala regional y de área sanitaria.

f) Estancia media

Es el sumatorio de los días de estancia realizados en la Unidad de hospitalización Psiquiátrica entre las altas. El resultado son los días medios de hospitalización psiquiátrica por ingreso. Se presentan resultados regionales y por áreas sanitarias.

3.8. Accesibilidad temporal a los servicios de salud mental.

El análisis de la accesibilidad por carretera a los dispositivos de atención en Salud Mental requiere contar con cartografía digitalizada de la red de carretera, que puede que no estar disponible para todas las CCAA, por lo que el estudio se ha realizado según la disponibilidad de la misma. Se ha realizado el estudio de accesibilidad temporal en las CCAA en las que ha sido factible. A través del SIG se ha efectuado el cálculo del coste de desplazamiento a cada tipo de recursos de salud mental. El coste de desplazamiento considera dos variables: la distancia y la existencia de carreteras, ponderando estas últimas según la velocidad máxima permitida. El coste será inferior en las carreteras que permitan mayor velocidad (autovía) y se incrementará progresivamente con las carreteras de categoría inferior (nacional, regional y local). A partir de esta información se crean áreas de accesibilidad según los diferentes costes de desplazamiento a los servicios desde todo el territorio de la Comunidad Autónoma. Este estudio consiste en realizar un análisis de redes de las carreteras y la localización de los servicios mediante los Sistemas de Información Geográfica, que dará como resultado la generación de áreas temporales según el tipo de vía.

4. Limitaciones metodológicas del estudio.

- No se recoge la atención privada dado que la perspectiva es el Sistema Público de Salud.
- Pueden existir problemas de cumplimentación de las bases de datos sanitarias objeto de estudio, así, pueden faltar datos o contener errores.
- El año de referencia del estudio es el año 2009 (Noviembre) que es la fecha de recogida de información sobre la cartera de dispositivos (dispositivos, camas y plazas) sobre la que se va a trabajar. Por lo que se refiere a las bases de datos CMBD el año de referencia es 2008. Debido a la disponibilidad de la información

será necesario recurrir otras fechas para otras partes del estudio, principalmente para los datos sociodemográficos o datos de utilización de recursos ambulatorios.

- Pueden surgir problemas en el acceso a algunas bases de datos demográficas o asistenciales por razones de secreto estadístico o políticas de difusión de las administraciones implicadas.
- La cartografía de vías de comunicación puede no ser la adecuada en algunas CCAA lo que limitaría los resultados del estudio.
- No se analiza la calidad de la atención proporcionada por los servicios de salud mental.
- Se señalan, aunque no se analizan, los recursos de salud mental comunitarios dependientes de las administraciones de servicios sociales.
- No se estudian los servicios específicos destinados a la atención de personas con adicciones a drogas o alcohol. Las necesidades sanitarias relativas a las adicciones son atendidas en los servicios de salud mental pero no son dispositivos específicos de atención a esta población.
- La inexistencia de registros asistenciales de salud mental en algunas Comunidades plantea problemas de variedad en la información disponible, ausencia de información sobre determinados dispositivos y en la calidad de la información al no realizarse la recogida de forma sistemática y reglada.
- Es preciso considerar los efectos de la falacia ecológica. Los resultados por áreas geográficas de salud mental son producto de agregar unidades mínimas de información (secciones censales o municipios) que pueden ser muy diferentes por lo que se pierde la diversidad interna de las áreas.

IV. CUANTIFICACIÓN DE LOS MATERIALES ELABORADOS.

1. Descripción de la organización territorial de la salud mental.
 - Análisis de la organización territorial de la red de salud mental.
 - Mapas de las diferentes escalas de la zonificación de salud mental.
2. Caracterización sociodemográfica de las áreas geográficas de atención a la salud mental.
 - Análisis de la distribución territorial de los indicadores sociodemográficos.
 - Mapas de los indicadores sociodemográficos.
3. Distribución territorial de los servicios estandarizados de salud mental.
 - Descripción estandarizada de los servicios de salud mental.
 - Análisis de la distribución territorial de los dispositivos de salud mental.
 - Análisis de la distribución territorial de los profesionales y plazas/camas destinadas a salud mental.
 - Mapas sobre las tasas de plazas/camas por tipo de dispositivo.
 - Comparación de la disponibilidad de servicios de salud mental en 8 CCAA
4. Accesibilidad temporal a los servicios de salud mental.
 - Análisis de la accesibilidad temporal a los servicios de salud mental.
 - Mapas de accesibilidad temporal.
5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica y la utilización de los servicios de salud mental.
 - Análisis de las características demográficas de los pacientes de los servicios de salud mental.
 - Análisis de los indicadores de actividad de los servicios de salud mental.
 - Mapas de los indicadores de actividad de los servicios de salud mental.
6. Comentarios

7. Conclusiones a partir de los resultados.

V. RESULTADOS.

Los resultados del estudio “Atlas de Salud Mental de España ” se comentan siguiendo los objetivos específicos propuestos en el Anexo-Memoria Proyecto

5.1. Objetivo preliminar: Definición de una metodología para la elaboración de Atlas de Salud Mental en España. Viabilidad y usabilidad de diferentes procedimientos de colaboración con las CCAA.

Las CCAA seleccionadas para el presente Atlas son: Andalucía, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Islas Baleares, Madrid, Murcia y Navarra.

Se ha solicitado a cada CCAA en estudio información sobre sus dispositivos de atención a la salud mental y su sectorización para la realización del Atlas de Salud Mental en España. Se cuenta así con la localización geográfica de los mismos y las áreas geográficas de cobertura que tienen asignados mediante su sectorización territorial. Esta información de carácter espacial se ha empleado en la realización de la cartografía.

En base a la colaboración recibida y la accesibilidad a la información se clasifican las estrategias de colaboración establecidas con las CCAA en distintos niveles que permitan identificar la viabilidad y usabilidad de los diferentes procedimientos para la definición de una metodología para la elaboración de un Atlas de Salud Mental en España

Se han identificado 3 estrategias de colaboración con las CCAA en función del distinto nivel de colaboración en el acceso a la información y análisis de la misma para el estudio del Atlas de Salud Mental en España:

1. Colaboración intensiva: En las Comunidades que se clasifican en este nivel se ha realizado una evaluación externa de los servicios de atención a Salud Mental por parte de Psicost con una colaboración intensa de la administración autonómica. Se ha realizado el contacto y recogida de información directa de los servicios que son descritos individualmente (DESDE-LTC). Se ha obtenido información detallada y evaluada de forma fiable sobre cada uno de los servicios. Este proceso se ha facilitado en Cantabria, Madrid y Cataluña. En estas dos últimas CCAA el proceso no ha sido completado al finalizar el presente estudio

ya que está previsto terminar una evaluación externa de la red de servicios de Salud Mental de cada una de las Comunidades en 2010.

2. Colaboración alta: En estas Comunidades la administración autonómica facilita información completa de los servicios de Salud Mental. Se contacta con servicios tipo (p.ej. una unidad de agudos) que son descritos con el instrumento DESDE-LTC. Dicha codificación se generaliza a los demás servicios de la misma tipología (aunque posiblemente existan diferencias en la atención). Este proceso se ha facilitado en Navarra, Murcia, Andalucía y Castilla-La Mancha. El proceso ha sido más completo en Navarra, donde previamente en el año 2006 se realizó una evaluación externa sobre sus servicios de Salud Mental, y por tanto en este estudio se han actualizado sobre una base de conocimiento de los servicios de la Comunidad.
3. Colaboración moderada: La administración autonómica facilita información aunque ésta no es exhaustiva y muestra carencias. La atención a la Salud Mental se describe mediante contacto con servicios tipo (en este caso se han detectado diferencias en la atención entre servicios del mismo tipo). Este proceso se ha seguido en Baleares.

La Tabla 3 representa el proceso en cada CCAA, la estrategia seguida en cada una y los niveles de colaboración establecidos:

Tabla 3. Niveles finales de colaboración establecidos

CCAA	Memoria SM	Plan SM	Catálogo SM	Estrategia	Nivel de colaboración
Cantabria	Anual (interna)	1998	2009	Evaluación externa de servicios SM (Psicost 2009)	Intensiva
Madrid	2008	2010	Memoria	Evaluación externa de servicios SM (Fundación La Princesa con apoyo Psicost 2010)	
Cataluña	2009	2006-10	2009	Evaluación externa de servicios SM (prox convocatoria 2010)	
Navarra	2008	1986	Memoria	Evaluación externa de servicios SM (2004) Actualización Análisis secundario (casos tipo)	Alta
Andalucía	Anual (interna)	2008-12	Web	Colaboración administración (información) Análisis secundario (casos tipo)	
Castilla-La Mancha	Anual (interna)	2005-10	2005-10	Evaluación externa de servicios SM (2004) Actualización Análisis secundario (casos tipo)	
Murcia	2007	2009-12	Web	Colaboración administración (información) Análisis secundario (casos tipo)	
Islas Baleares	2008	2005	2005	Colaboración administración (información) Análisis secundario (casos tipo)	Moderada

Por lo que se refiere al nivel de información recibida de las CCAA en estudio señalamos que en todos los casos los responsables de salud mental de cada CCAA han facilitado la información disponible en la administración.

En base a la documentación disponible para la elaboración de un Atlas de Salud Mental en España se clasifica el nivel de información recibida de las CCAA (Tabla 4):

- *Fase III:* Se sitúa en primer lugar Cantabria, donde la información sobre disponibilidad de recursos, profesionales y camas/plazas y evaluación estandarizada de sus servicios está a un nivel óptimo a excepción de la disponibilidad de información sobre indicadores de actividad. En Cantabria se realizó una evaluación externa de su Red de servicios de salud mental en 2009.
- *Fase II:* En segundo lugar, están Madrid y Cataluña, que ya han realizado estudios previos sobre sus dispositivos de atención y en las que la información

disponible será óptima en 2010 una vez se hayan completado los estudios en curso de dispositivo por dispositivo de su Red de atención a salud mental.

- *Fase I:* En esta fase existe información disponible y en algunos casos casi completa, como es el caso de Navarra, pero esta información necesita ser contrastada en una evaluación externa de servicio por servicio como se ha hecho en Cantabria y se está haciendo en Madrid y Cataluña

Tabla 4. Niveles de Disponibilidad de información

CCAA	Contacto Adm. SM	Disponibi- lidad	ESMS/DESDE	Ind. Actividad	Ind. Profesional.	Ind. Cama/Plz	Niveles de disponibilidad
Cantabria	SI	+++	+++	++	+++	+++	Fase III
Madrid	SI	++	+++	++	++	++	Fase II
Cataluña	SI	++	+++	++	++	++	
Navarra	SI	++	++	++	+	++	Fase I
Andalucía	SI	++	+	+++	+	++	
Castilla- La Mancha	SI	++	+	+	+	++	
Murcia	SI	++	-	+	+	++	
Islas Baleares	SI	+	-	-	-	-	

Nota aclaratoria: La información disponible en Madrid y Cataluña esta pendiente de completar en 2010 mediante las evaluaciones externas de su red de Salud Mental

Esto nos permite definir como óptima la estrategia empleada en Cantabria cuyo proceso nos conduce a determinar una adecuada metodología para estudios de estas características y que a continuación detallamos:

Definición de una metodología para la elaboración de Atlas de Salud Mental en España

1. Contacto con la administración autonómica y colaboración intensiva con la misma para el acceso a las fuentes de información sobre los dispositivos de Salud Mental.
2. Adecuado proceso de colaboración administración autonómica- Psicost para el establecimiento de contactos con los responsables directos de los servicios
3. Contacto de Psicost con los responsables de los servicios y colaboración intensa con ellos en la recogida de información sobre sus servicios y las dudas de funcionamiento y organización que surjan durante el proceso de evaluación.
4. Análisis y evaluación detallada de los servicios y descripción estandarizada por parte de Psicost con los datos recogidos directamente de los servicios
5. Colaboración Psicost-servicios-administración autonómica para la aclaración de posibles dudas
6. Revisión por parte de la administración autonómica del informe de evaluación de servicios de la Comunidad
7. Elaboración informe preliminar por parte de Psicost
8. Revisión de los datos obtenidos Psicost-administración autonómica
9. Elaboración del Informe final de atención a salud mental en la Comunidad

5.2. Descripción de la organización territorial de la salud mental.

5.2.1. Zonificación sanitaria general.

La Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, establece la competencia de las CCAA para delimitar y constituir en su territorio Áreas de Salud. En el Capítulo III de su Título III establece que las Comunidades Autónomas delimitarán áreas de salud en su territorio siguiendo una serie de principios básicos.

La Ley define estas áreas como las estructuras fundamentales del sistema sanitario desde las que se gestionan los centros y establecimientos, las prestaciones y los programas sanitarios de cada CCAA. A través de las áreas de salud se desarrollará los niveles de atención primaria y especializada. Su gestión se realizará mediante un órgano propio en el que participarán las corporaciones locales.

La delimitación de las Áreas de Salud debe responder a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, y recursos sanitarios. Su extensión superficial no queda definida concretamente, y su tamaño poblacional, aunque también libre, se situará preferentemente entre los 200.000 y 250.000 habitantes.

En busca de conseguir la mayor operatividad y eficacia en el funcionamiento de la atención primaria las áreas de salud se dividirán en zonas básicas de salud. Su delimitación debe tener en cuenta la distancia y el tiempo a los centros de primaria, el grado de concentración y dispersión de la población, las características epidemiológicas de la zona y sus recursos sanitarios.

Las CCAA han definido su zonificación sanitaria siguiendo las directrices de la Ley General de Sanidad, aunque de forma diferenciada. En Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña y Madrid se ha creado también un nivel intermedio denominado distrito o sector sanitario. La población de referencia de las diferentes áreas por CCAA es muy variable, así la Región de Barcelona en Cataluña cuenta con aproximadamente 5 millones de habitantes, mientras que el Área de Reinosa posee algo más de 20.000 habitantes. Normalmente las áreas con mayor número de población corresponden a aquellas que acogen a las capitales de regionales y provinciales. En cambio, las zonas de salud al ser la escala mínima de zonificación poseen poblaciones similares.

Tabla 5. Comparación de los niveles de zonificación sanitaria en las 8 CCAA de estudio.

CCAA	Nivel 1 Áreas de Salud	Nivel 2 Distritos de salud	Nivel 3 Zonas de salud
Andalucía	Área de Salud 8	Distritos de Atención Primaria 33	Zona Básica de Salud 216
Cantabria	Área de Salud 4	-	Zona Básica de Salud 42
Castilla-La Mancha	Área de Salud 8	Distritos de Salud 36	Zona Básica de Salud 201
Cataluña	Región Sanitaria 7	Sector Sanitario 55	Área Básica de Salud 364
Islas Baleares	Área Sanitaria 3	-	Zonas Básicas de Salud 56
Madrid	Área de Salud 11 (eliminada 2010)	Distrito Sanitario 34 (eliminada 2010)	Zonas Básicas de Salud: 247
Murcia	Área de Salud 9	-	Zona Básica de Salud 70
Navarra	Área de Salud 3	-	Zona Básica de Salud 51

Fuente: Administraciones sanitarias regionales.

5.2.2. Zonificación de salud mental

La organización territorial de la salud mental en España es particularmente compleja por diversos motivos, entre los que destacan el uso de divisiones diferentes a las utilizadas en la salud general (en parte por la tardía incorporación de la Salud Mental al sistema sanitario), la compleja interrelación de los servicios sanitarios y los servicios sociales en este sector, y la enorme disparidad de modelos y sistemas de atención psiquiátrica que coexisten en cada una de sus CCAA (algunas preservan los hospitales psiquiátricos mientras otras dependen casi exclusivamente de sistemas comunitarios), lo que conlleva diferentes necesidades para la organización del territorio. La zonificación de

salud mental puede ser definida mediante documento legal (Orden o Decreto) o estar delimitada de forma interna por la administración sanitaria de cara a su gestión y planificación. La segunda situación es la que se da en casi todas las CCAA estudiadas excepto Navarra. Esta realidad, por una parte, facilita su adaptación a los cambios poblacionales, necesidades de atención y dotación de recursos evitando trámites administrativos pero, por otra, le da una apariencia informal y dificulta su conocimiento y estudio.

Los diferentes tipos de servicios de salud mental presentan una zonificación propia de mayor o menor escala dependiendo de sus características. Los servicios especializados de base o centros de salud mental ambulatorios poseen la escala máxima debido a que buscan la mayor proximidad al usuario, en cambio los servicios de día y de hospitalización atienden a escala más pequeñas. La escala de área de cobertura de Centros de Salud Mental es la que va a ser estudiada en los próximos epígrafes al ser la escala básica. Esta escala se suele situar entre las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud englobando a varias de estas últimas.

Tabla 6. Número de áreas de salud mental en 8 CCAA.

CCAA	Área de cobertura de Centro de Salud Mental
Andalucía	76
Cantabria	5
Castilla-La Mancha	22
Cataluña	70
Islas Baleares	9
Madrid	34 (Distritos de Salud)
Murcia	14
Navarra	9

A continuación, se presenta las zonificaciones de las CCAA estudiadas.

5.2.3. Zonificación sanitaria general y de salud mental por CCAA.

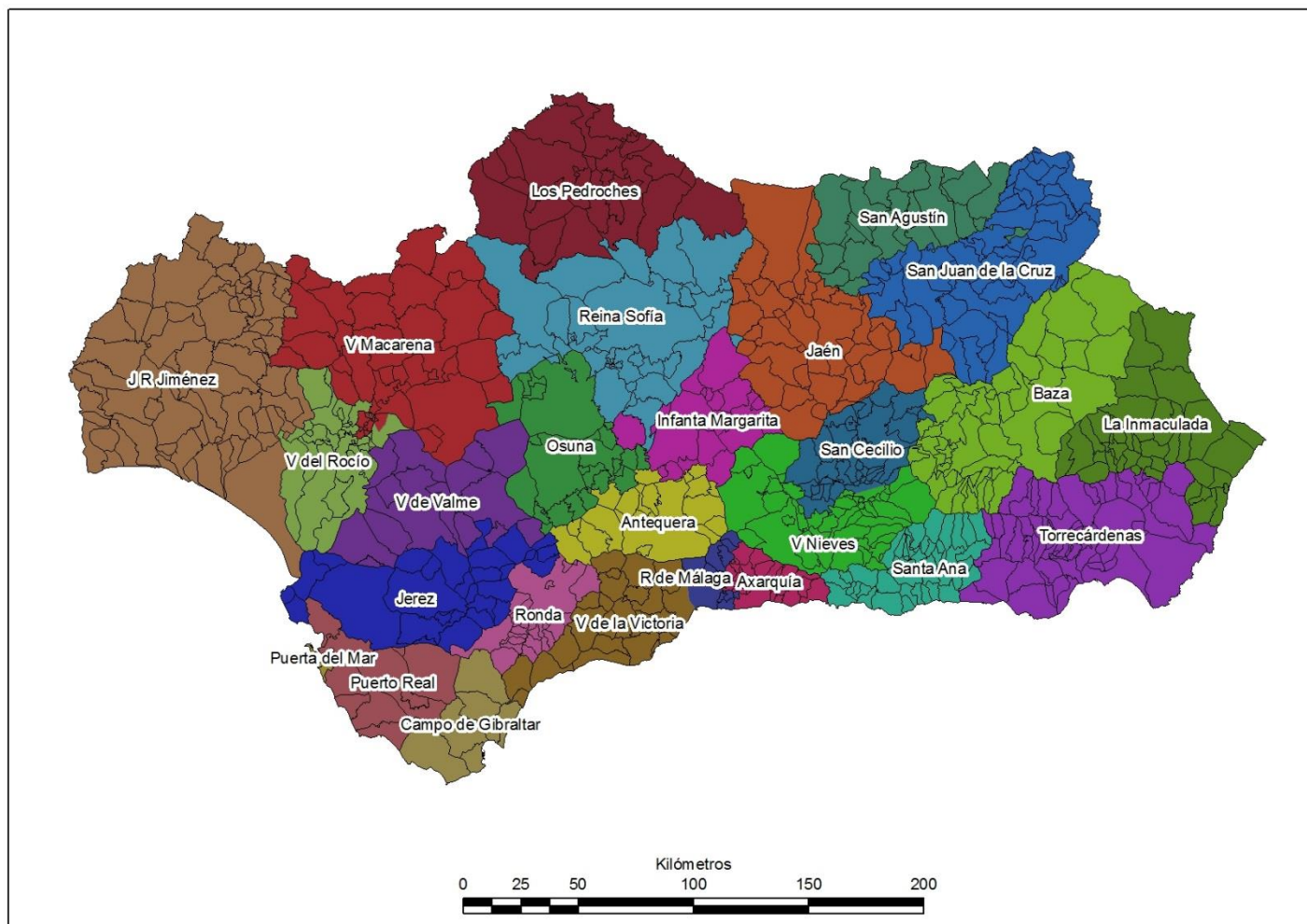
a) Andalucía.

La salud en Andalucía se organiza territorialmente en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud definidas en la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía. Su delimitación, siguiendo la Ley General de Sanidad, considera factores geográficos, demográficos, sociales, económicos, epidemiológicos, culturales y viarios.

Esta Ley se concreta con un primer Mapa de Atención Primaria de Salud (Orden de 7 de enero de 1988) que define como demarcaciones de atención primaria a los Distritos de Atención Primaria y las Zonas Básicas de Salud. El Mapa original fue sustituido por el actual Mapa de Atención Primaria de Salud (Orden de 7 de junio de 2002) en el que se han ajustado ambos niveles de zonificación por los cambios en la población andaluza a finales del siglo XX y principios XXI. En el último Mapa también se han unificado los distritos de un mismo municipio en uno único con el fin de facilitar la libre elección de facultativo. Andalucía queda delimitada en 33 Distritos de Atención Primaria y estos a su vez de 216 Zonas Básicas de Salud. El nivel de Áreas de Salud se identifica con las 8 provincias andaluzas en la Ley 8/1986, de 6 de mayo, de creación del Servicio Andaluz de Salud y se confirma en DECRETO 259/2001, de 27 de noviembre, por el que se determinan las competencias y estructura de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud, se delimitan las Áreas de Salud y se establecen las normas reguladoras de los Consejos de Salud de Área.

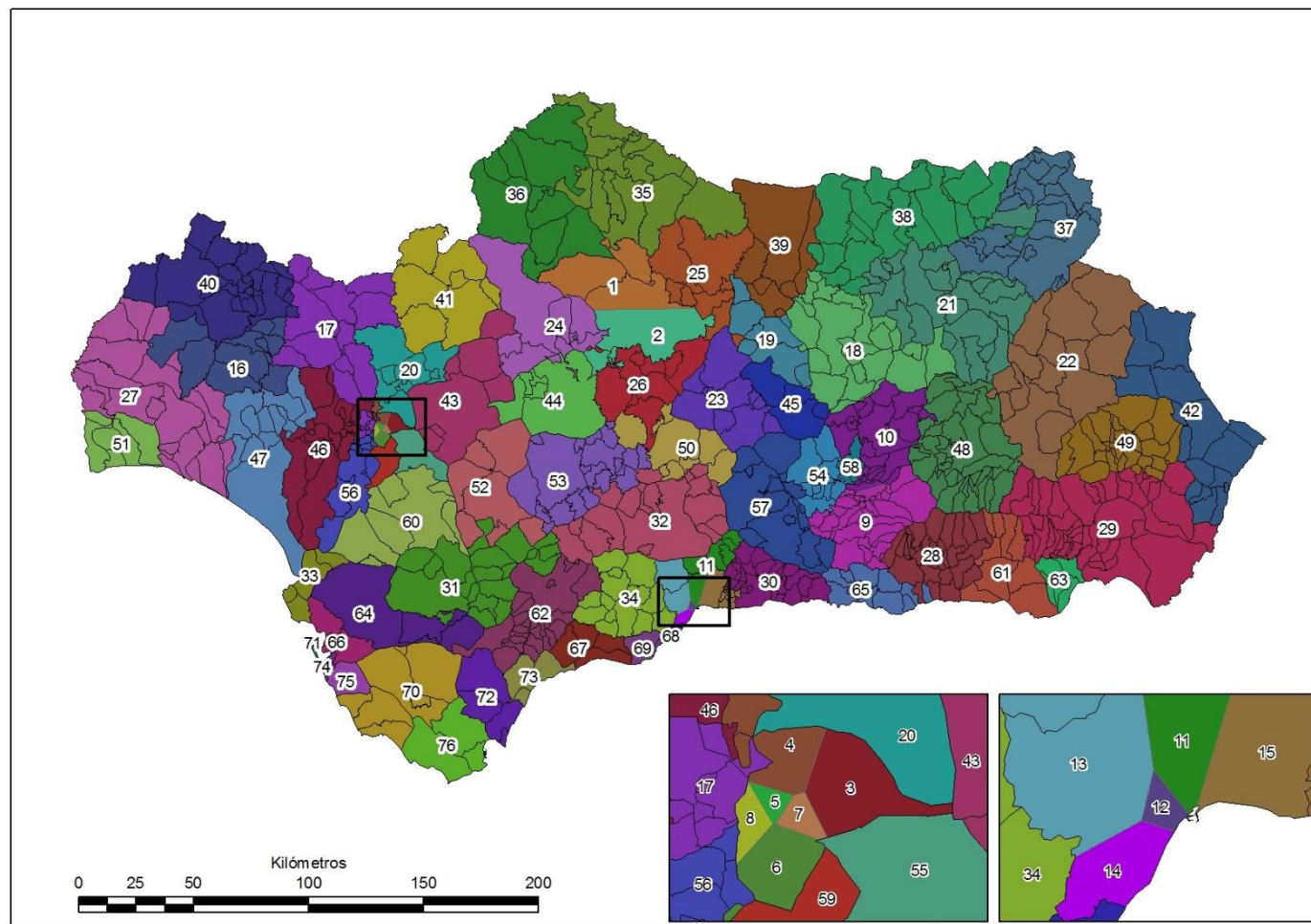
Actualmente se están creando las áreas para algunos Hospitales Generales comarcales denominadas Áreas de Gestión Sanitaria (Decreto 529/2004, de 16 de noviembre, por el que se regulan las Comisiones Consultivas de las Áreas de Gestión Sanitaria) como demarcación de gestión unitaria de servicios, prestaciones y programas. Como se aprecia su definición coincide con la definición de Áreas de Salud de la Ley General de Sanidad.

Mapa 2. Áreas Hospitalarias y Áreas de Gestión Sanitaria en Andalucía.



Fuente: Elaboración propia a partir de información del Servicio Andaluz de Salud, 2008.

Mapa 3. Áreas de cobertura de las Unidades de Salud Mental Comunitarias de Andalucía.



Fuente: Elaboración propia a partir de la sectorización del Programa de Salud Mental de Andalucía, 2008.

En Andalucía no existe una zonificación de salud mental delimitada mediante texto legal. Los servicios especializados de salud mental se sectorizan siguiendo la zonificación sanitaria general en su nivel más básico de Zonas Básicas de Salud excepto en las ciudades de Córdoba, Granada, Málaga y Sevilla que, aunque forman una única zona, se subdividen en varias áreas de atención especializada de salud mental. Las 76 Unidades de Salud Mental Comunitaria son el principal recurso especializado de entrada al resto de dispositivos. Las 15 Áreas de Salud Mental eran la escala superior en la organización territorial pero este nivel está siendo sustituido por uno nuevo.

En la actualidad se están implantando las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental (UGC-SM) como base de la planificación y gestión sanitaria de servicios especializados. Estas unidades geográficas agrupan varias Unidades de Salud Mental Comunitaria siendo una escala superior. En 2008 se habían constituido 23 UGC y durante el 2010 se completará el mapa andaluz con la reconversión de 3 Áreas de Salud Mental que permanecen del modelo anterior en UGC.

Tabla 7. Áreas de Cobertura de las Unidades de Salud Mental Comunitaria de Andalucía.
(Leyenda Mapa 3)

Código mapa	Unidad de Salud Mental Comunitaria	Código mapa	Unidad de Salud Mental Comunitaria
1	USMC Córdoba Centro	39	USMC Andujar
2	USMC Córdoba Sur	40	USMC Aracena
3	USMC Oriente	41	USMC Constantina
4	USMC Macarena Norte	42	USMC Huércal-Overa
5	USMC Macarena Centro	43	USMC Carmona
6	USMC Sevilla Sur	44	USMC Écija
7	USMC Sevilla Este	45	USMC Alcalá la Real
8	USMC Guadalquivir	46	USMC Sanlúcar La Mayor
9	USMC Zaidín	47	USMC La Palma del Condado
10	USMC Cartuja	48	USMC Guadix
11	USMC Málaga Norte	49	USMC Albox
12	USMC Málaga Oeste	50	USMC Lucena
13	USMC El Cónsul	51	USMC Lepe
14	USMC Puerta Blanca	52	USMC Moron de la Frontera
15	USMC Málaga Centro	53	USMC Osuna
16	USMC Valverde del Camino	54	USMC Santa Fe
17	USMC Camas	55	USMC Alcalá de Guadaira
18	USMC Jaén	56	USMC Mairena del Aljarafe
19	USMC Martos	57	USMC Loja
20	USMC San José de La Rinconada	58	USMC Atarfe
21	USMC Úbeda	59	USMC Dos Hermanas

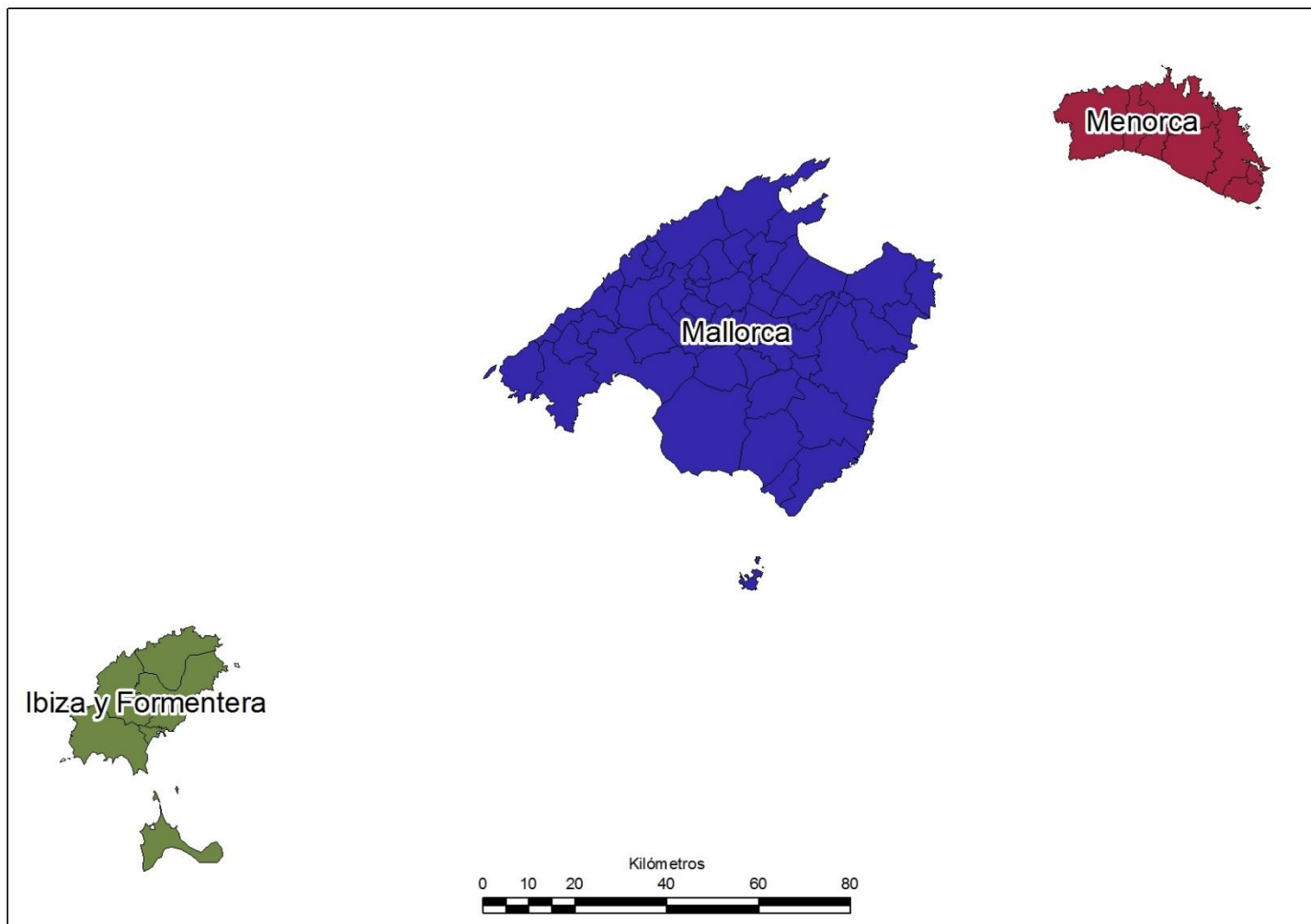
Código mapa	Unidad de Salud Mental Comunitaria	Código mapa	Unidad de Salud Mental Comunitaria
22	USMC Baza	60	USMC Utrera
23	USMC Cabra	61	USMC El Ejido
24	USMC Palma del Río	62	USMC Ronda
25	USMC Montoro	63	USMC Roquetas
26	USMC Montilla	64	USMC Jerez
27	USMC Huelva	65	USMC Motril
28	USMC Orgiva	66	USMC Bahía
29	USMC Almería	67	USMC Marbella
30	USMC Vélez Málaga	68	USMC Benalmádena
31	USMC Villamartín	69	USMC Fuengirola
32	USMC Antequera	70	USMC Vejer
33	USMC Sanlúcar de Barrameda	71	USMC Cádiz
34	USMC Valle del Guadalhorce	72	USMC La Línea
35	USMC Pozoblanco	73	USMC Estepona
36	USMC Peñarroya	74	USMC San Fernando
37	USMC Villacarrillo	75	USMC Chiclana
38	USMC Linares	76	USMC Algeciras

b) Islas Baleares.

El gobierno de las Islas Baleares definió su zonificación sanitaria en el Decreto 34/1987 de ordenación sanitaria. En desarrollo de la Ley General de Sanidad se aprueban las Áreas de Salud, los Sectores Sanitarios y las Zonas Básicas de Salud. Tras esta primera definición el Mapa se ha ido adaptando con la aprobación de sucesivos Decretos que afectaban a las delimitaciones de las Zonas Básicas de Salud. El Decreto 59/2009 por el cual se modifica la ordenación sanitaria territorial de las Islas Baleares recopila todos los cambios en un único documento.

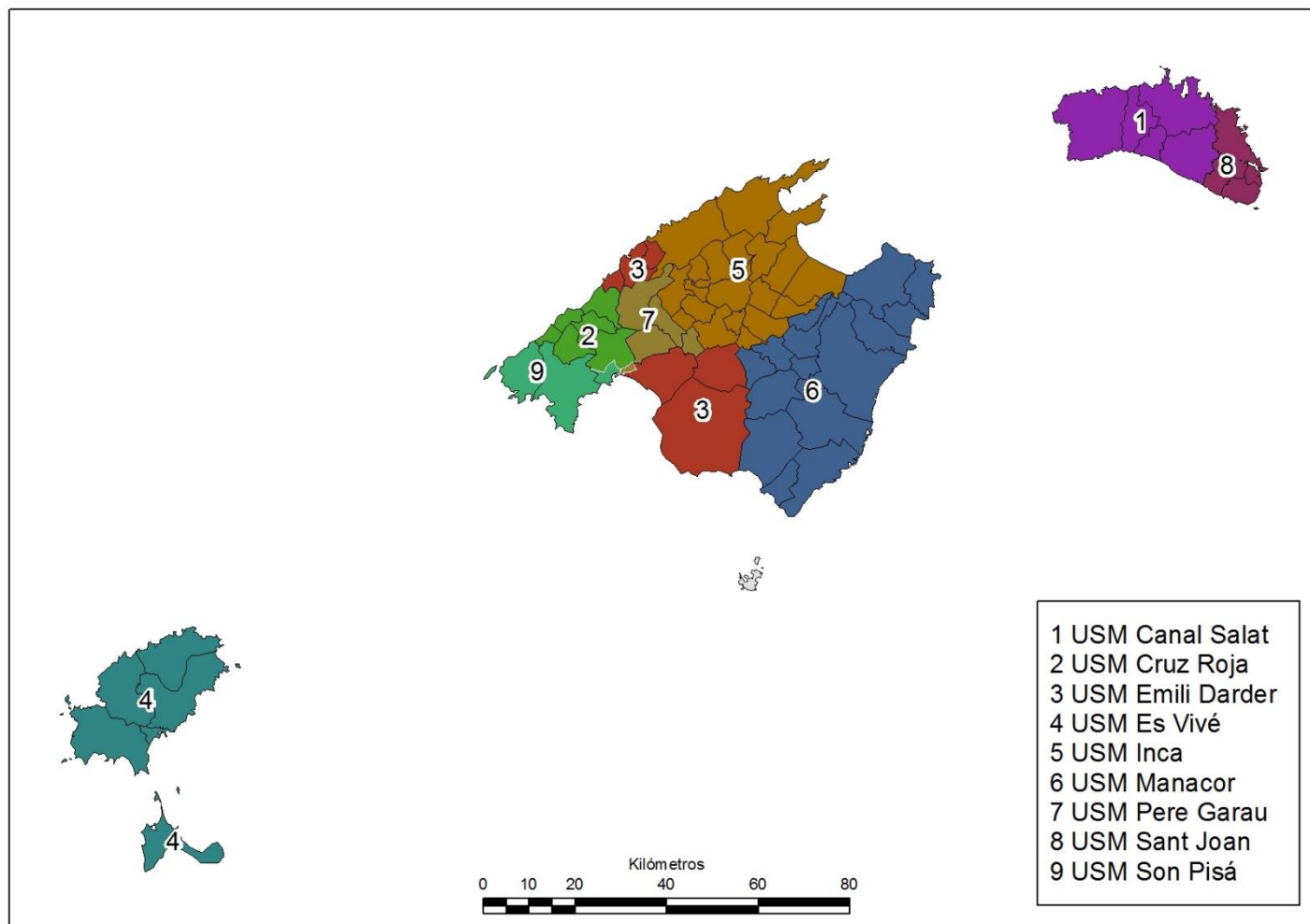
Existen 3 Áreas de Salud que coinciden con las islas: Mallorca, Ibiza-Formentera y Menorca. Las Áreas se dividen en 7 Sectores Sanitarios y en 61 Zonas Básicas de Salud.

Mapa 4. Áreas de Salud de las Islas Baleares



Fuente: Elaboración propia a partir del Decreto 59/2009

Mapa 5. Áreas de cobertura de las Unidades de Salud Mental de Islas Baleares.



Fuente: Elaboración propia a partir de la sectorización de la Consejería de Salud y Consumo de Islas Baleares, 2006.

Los servicios sanitarios especializados de salud mental en las Islas Baleares se organizan territorialmente mediante la asignación a cada Unidad de Salud Mental de Zonas Básicas de Salud. La sectorización que se recoge viene dada por la Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares (Consejería de Salud y Consumo, 2006).

El nivel básico territorial de la atención especializada a la salud mental se compone de 9 áreas de cobertura de las Unidades de Salud Mental ambulatorias. El Área de Salud de Ibiza-Formentera está atendida por una Unidad, el área de Menorca se divide en dos Unidades y el Área de Mallorca se distribuye en 6 Unidades. La ciudad de Palma de Mallorca se divide entre 4 Unidades de Salud Mental que también atienden a municipios cercanos. El área atendida por la Unidad Emili Darder presenta discontinuidad espacial a recoger la Zona Básica de Salud de Sóller.

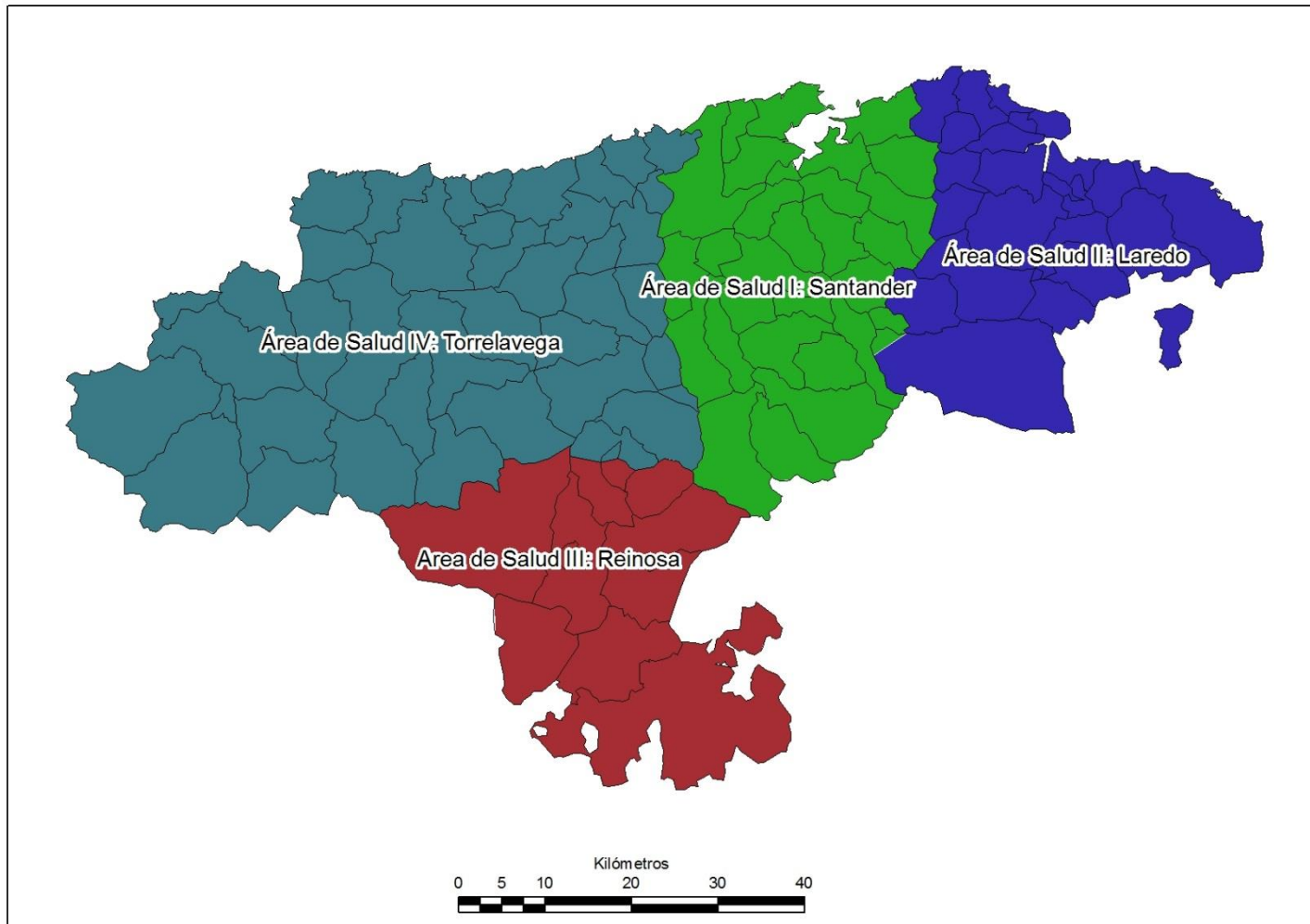
c) Cantabria.

La ordenación territorial sanitaria de Cantabria procede del Decreto 1/1989 en el que se establece el Mapa Regional Sanitario que divide el territorio cántabro en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud. El Mapa fue sucesivamente modificado en los Decretos 3/1990, 49/1994 y 117/1995.

Los cambios en la distribución geográfica, estancamiento y envejecimiento de la población acaecidos en Cantabria desde que se diseñó este primer Mapa motivó la última modificación de la zonificación con el Decreto 66/2001 en el que se crearon nuevas Zonas Básicas de Salud o se modificaron las algunas de las existentes. Actualmente, el Mapa Sanitario Autonómico de Cantabria está compuesto por 4 Áreas de Salud (AS) y 42 Zonas Básicas de Salud (ZBS).

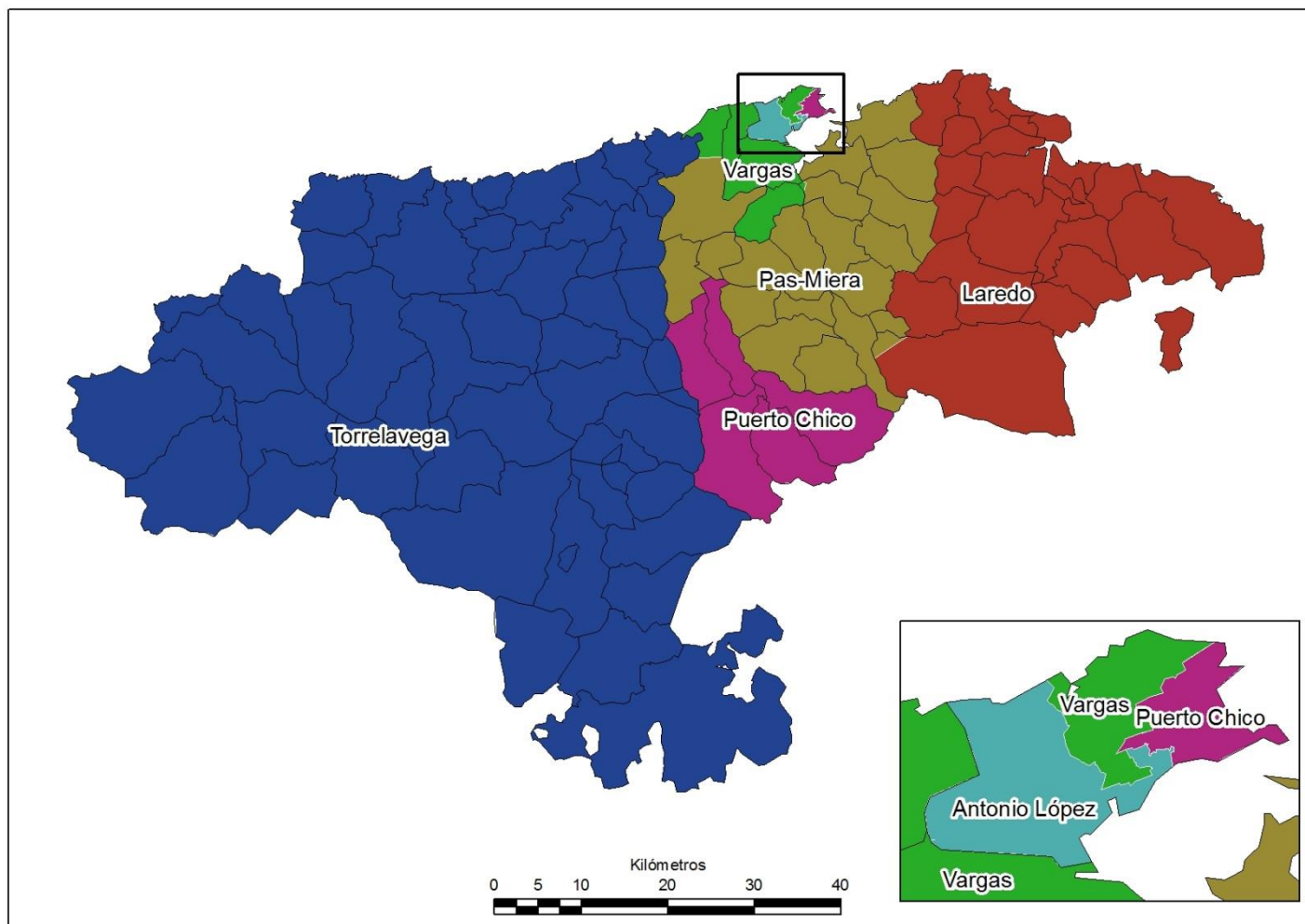
Las Áreas de Salud son Santander, Torrelavega, Laredo y Reinosa. Esta última se considera especial al ser un área de montaña con escasa población, alto envejecimiento y emigración de la población joven.

5.2.5. Áreas de Salud de Cantabria



Fuente: Elaboración propia a partir del Decreto 66/2001

5.2.6. Áreas de cobertura de las Unidades de Salud Mental de Cantabria.



Fuente: Elaboración propia a partir de la sectorización del Servicio Cántabro de Salud, 2008.

La Comunidad de Cantabria no cuenta con una zonificación específica de salud mental aunque sus recursos están sectorizados siguiendo las Áreas de Salud en unos casos y las Zonas Básicas de Salud en otros. Las 5 Unidades de Salud Mental, recursos ambulatorios básicos de la región, componen estas áreas geográficas básicas.

El área de cobertura de la Unidad de Salud Mental de Torrelavega engloba las áreas de Salud de Torrelavega y Reinosa. La Unidad de Laredo da cobertura al Área del mismo nombre. El resto de Unidades se reparten las Zonas Básicas de Salud del Área de Santander que es la más poblada. Por una parte, Pas-Miera atiende a Zonas Básicas del sur y el este de la bahía de Santander y áreas interiores. La Unidad de Antonio López atiende a las Zonas occidentales del municipio de Santander, la Unidad de Vargas a algunas Zonas de Santander y a los municipios próximos: y Puerto Chico además de las Zonas orientales de Santander tiene asignada la zona básica de Alto Pas en el interior de la región. Todas las Unidades de Salud Mental del Área de Santander se encuentran ubicadas en la capital.

d) Castilla-La Mancha.

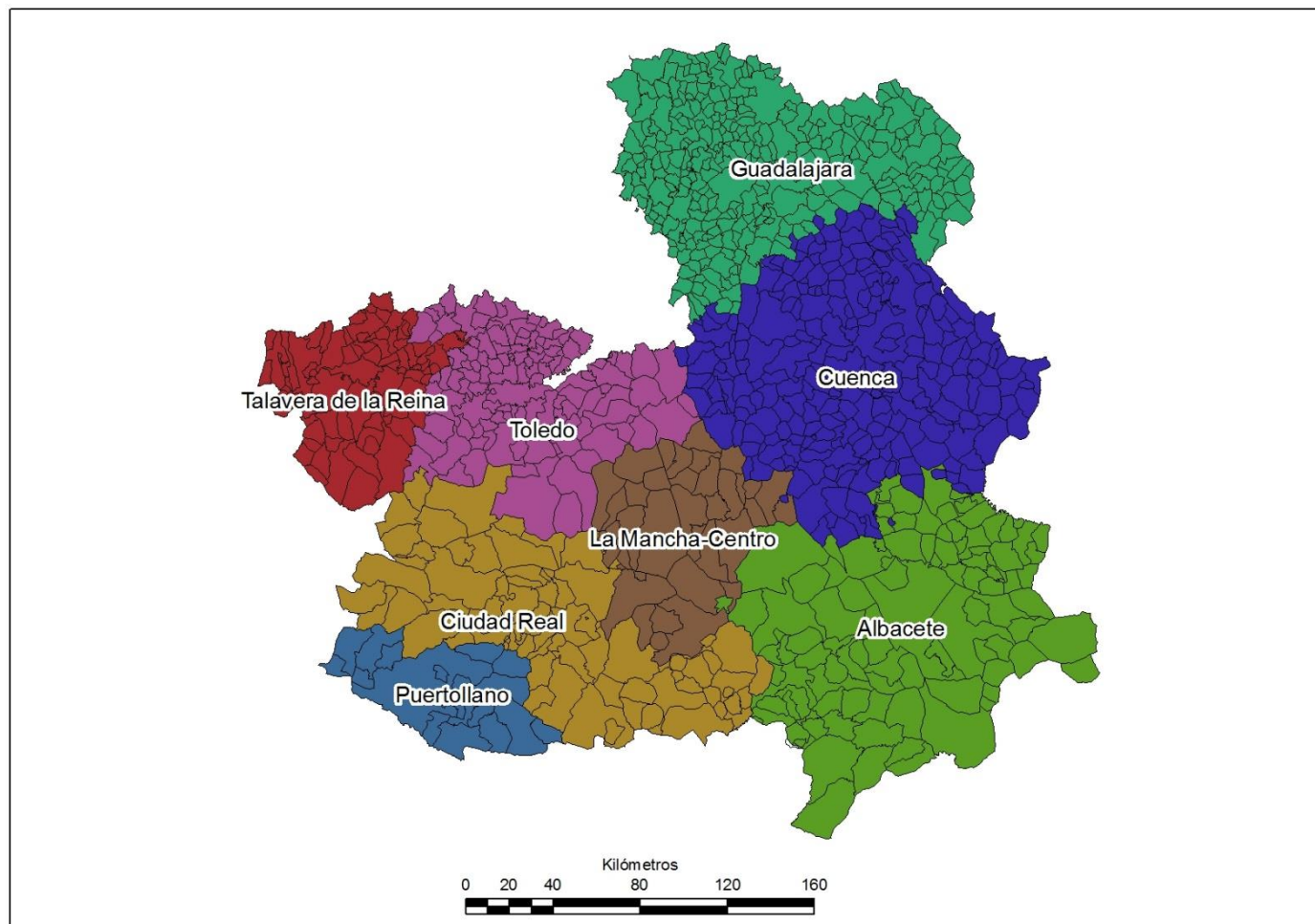
El territorio de Castilla-La Mancha está compartimentado en tres demarcaciones sanitarias diferentes: 8 Áreas de Salud, 36 Distritos de Salud y 201 Zonas Básicas de Salud.

Las Áreas de Salud se fijaron en el Decreto 13/1994 de Ordenación Territorial de la Sanidad en Castilla-La Mancha creándose en un principio 7 Áreas: Albacete, La Mancha-Centro, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Talavera de la Reina y Toledo. En el 2003 con el Decreto 80/2003 se añadió el Área de Salud de Puertollano alterando la delimitación del Área de Ciudad Real.

Los Distritos de Salud proceden del Decreto 156/2001 de creación de los Distritos de Salud derogado posteriormente por la Orden de 25-05-2004 de los Distritos de Salud que fija la distribución actual de 36 Distritos.

Por último las Zonas Básicas de Salud se definieron en un comienzo mediante la Orden de 12-8-1996 por la que se determina el Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha que ha sufrido diversas modificaciones posteriores hasta llegar al número de Zonas actual.

5.2.7. Áreas de Salud de Castilla-La Mancha



Fuente: Elaboración propia a partir del Decreto 13/1994

La sectorización específica de salud mental es de uso interno y no está completada. Los recursos especializados de salud mental siguen la zonificación sanitaria general según el Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010. De esta forma, las Áreas de Salud acogen varias Unidades de Salud Mental que son los dispositivos especializados básicos.

e) Cataluña.

Los niveles de zonificación sanitaria de Cataluña son las Regiones de Salud, los Sectores Sanitarios y las Áreas Básicas de Salud. Estos niveles se encuentran definidos mediante diferentes decretos legislativos de ordenación territorial sanitaria que han ido readaptando la zonificación desde el primer mapa en 1980 hasta llegar a la vigente en la actualidad. La última gran modificación procede de mayo de 2005 en la que se realiza una nueva delimitación de los Sectores y Regiones (Decret 105/2005 de delimitación de Regions Sanitàries y Sectors Sanitaris).

El nivel superior corresponde a las 7 Regiones Sanitarias, compuestas de 55 Sectores Sanitarios, que son las áreas de nivel medio en el que se desarrollan y coordinan actividades de promoción y prevención de la salud y atención sociosanitaria.

El último nivel son las Áreas Básicas de Salud (ABS) que son las áreas de menor tamaño y la base de todos los niveles de la zonificación sanitaria. A través de ellas se organizan los servicios de atención primaria. Las 364 ABS existentes en la actualidad se definen por criterios geográficos, epidemiológicos, sociales y de accesibilidad homogéneos.

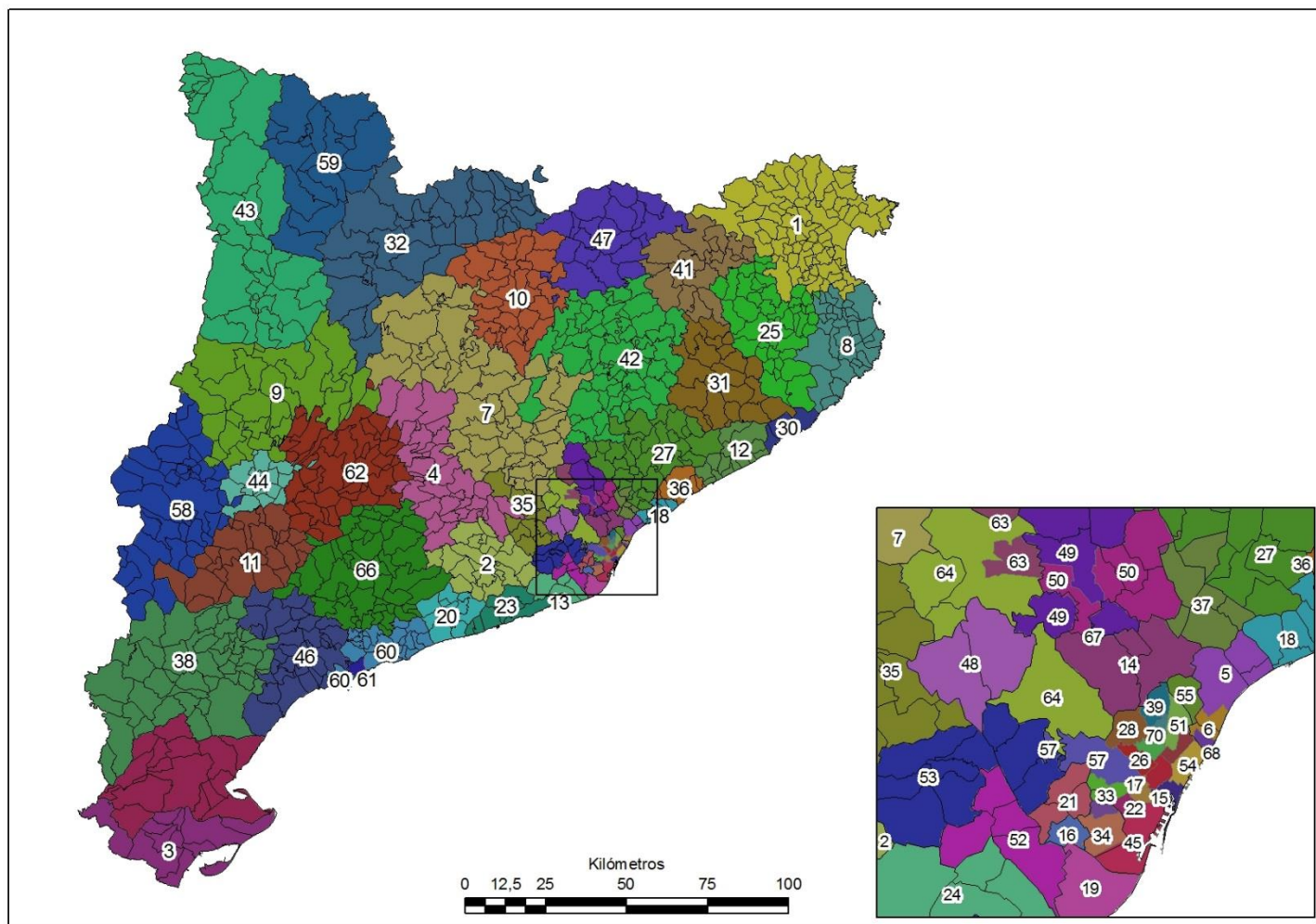
En Cataluña los Centros de Salud Mental de Adultos están sectorizados para definir sus áreas de cobertura aunque no se trata de una zonificación oficial específica de salud mental. Cada uno de los Centros de Salud Mental tiene asignada varias Áreas Básicas de Salud conformando un mapa básico de salud mental. El territorio catalán tiene 70 áreas de cobertura de Centros de Salud Mental de Adultos que suelen acoger a agrupaciones de municipios excepto en los municipios más poblados que son atendidos por varios Centros de Salud Mental.

5.2.8. Regiones Sanitarias de Cataluña



Fuente: Elaboración propia a partir del Decret 105/2005

Mapa 6. Áreas de cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos de Cataluña.



Fuente: Elaboración propia a partir de la sectorización del Departamento de Salud de Cataluña, 2008.

Tabla 8. Áreas de cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos de Cataluña.
(Leyenda Mapa 6)

Código Mapa	Centro de Salud Mental de Adultos	Código Mapa	Centro de Salud Mental de Adultos
1	CSMA Alt Empordá	36	CSMA Mataró
2	CSMA Alt Penedés	37	CSMA Mollet
3	CSMA Amposta	38	CSMA Mora d'Ebre
4	CSMA Anoia	39	CSMA Nou Barris Nord
5	CSMA Badalona I	40	CSMA Nou Barris Sud
6	CSMA Badalona II	41	CSMA Olot
7	CSMA Bages	42	CSMA Osona
8	CSMA Baix Empordá	43	CSMA Pallars Jussa
9	CSMA Balaguer	44	CSMA Pla d'Urgell
10	CSMA Bergueda	45	CSMA Poble Sec
11	CSMA Borges Blanques	46	CSMA Reus
12	CSMA Calella	47	CSMA Ripolles
13	CSMA Castelldefels	48	CSMA Rubí
14	CSMA Cerdanyola	49	CSMA Sabadell I
15	CSMA Ciutat Vella	50	CSMA Sabadell II
16	CSMA Cornellà	51	CSMA Sant Andreu
17	CSMA Dreta Eixample	52	CSMA Sant Boi
18	CSMA El Masnou	53	CSMA Sant Feliu de Llobregat
19	CSMA El Prat	54	CSMA Sant Martí Sud
20	CSMA El Vendrell	55	CSMA Sta. Coloma de Gramenet (Martí Julia)
21	CSMA Esplugues	56	CSMA Sants
22	CSMA Esquerra Eixample	57	CSMA Sarrià-Sant Gervasi
23	CSMA Garraf	58	CSMA Segrià (Lleida)
24	CSMA Gava	59	CSMA Sort
25	CSMA Girones	60	CSMA Tarragona Nord
26	CSMA Gracia	61	CSMA Tarragona Sud
27	CSMA Granollers	62	CSMA Tàrraga (Urgell / La Segarra)
28	CSMA Guinardó	63	CSMA Terrassa I
29	CSMA Horta	64	CSMA Terrassa II
30	CSMA La Selva (Blanes)	65	CSMA Tortosa
31	CSMA La Selva (Sta. Coloma de Farners)	66	CSMA Valls
32	CSMA La Seu d'Urgell	67	USM Badia
33	CSMA Les Corts	68	USM La Mina
34	CSMA L'Hospitalet	69	USM L'Hospitalet
35	CSMA Martorell	70	USM Sant Martí Nord

f) Madrid.

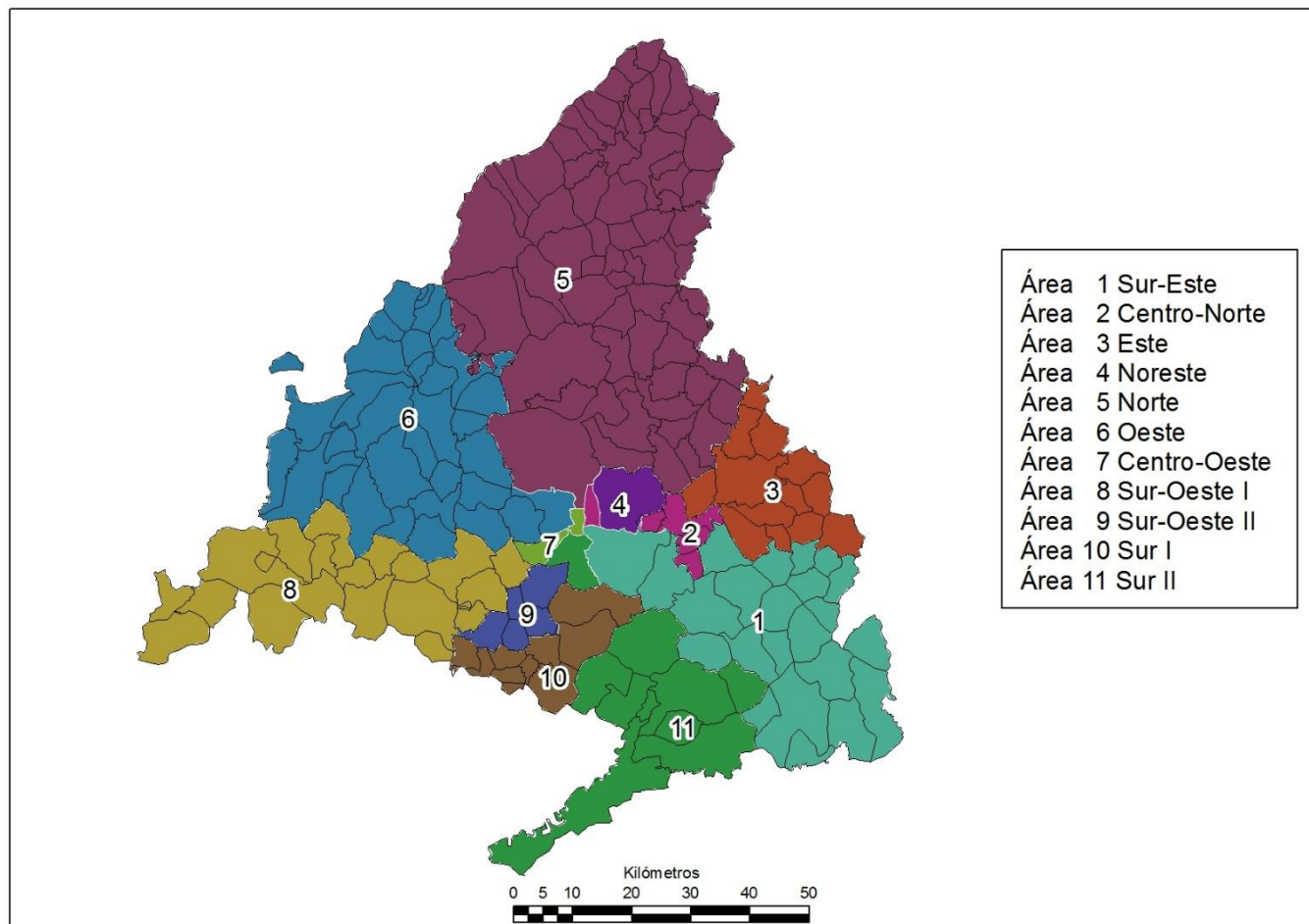
La zonificación sanitaria fue definida en el Decreto 187/1998, de 5 de noviembre, sobre el Mapa Sanitario de la Comunidad de Madrid. Este Decreto suponía la actualización del Decreto 43/1996 para ajustar la misma a los cambios de la división administrativa (secciones censales) y a la incorporación de nuevos recursos sanitarios.

La Comunidad de Madrid se estructuraba en los siguientes niveles o escalas territoriales: 11 Áreas de Salud compuestas por grupos de municipios, partes del municipio de Madrid o áreas mixtas compuestas por una parte de la capital y municipios. Los Distritos Sanitarios son 34 y se componían de uno o más municipios o uno de los distritos municipales de Madrid capital. Por último, las 247 Zonas Básicas de Salud de ámbito inframunicipal destinadas a la atención primaria.

Recientemente el Mapa Sanitario ha sido derogado a favor del área única de salud aprobada en el Decreto 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. Así, para atención primaria desaparecen las Áreas de Salud y Distritos de Salud y se mantienen las Zonas Básicas de Salud que son definidas en su anexo y alcanzan las 286 zonas. El área única supone el paso de una organización territorial a una funcional, simplifica la estructura organizativa pasando de varios órganos administrativos a una estructura más sencilla y una asignación funcional de responsabilidades que pretende facilitar una gestión sanitaria unitaria. También pretende racionalizar los procesos y procedimientos para mejorar la eficiencia y equidad del sistema sanitario madrileño.

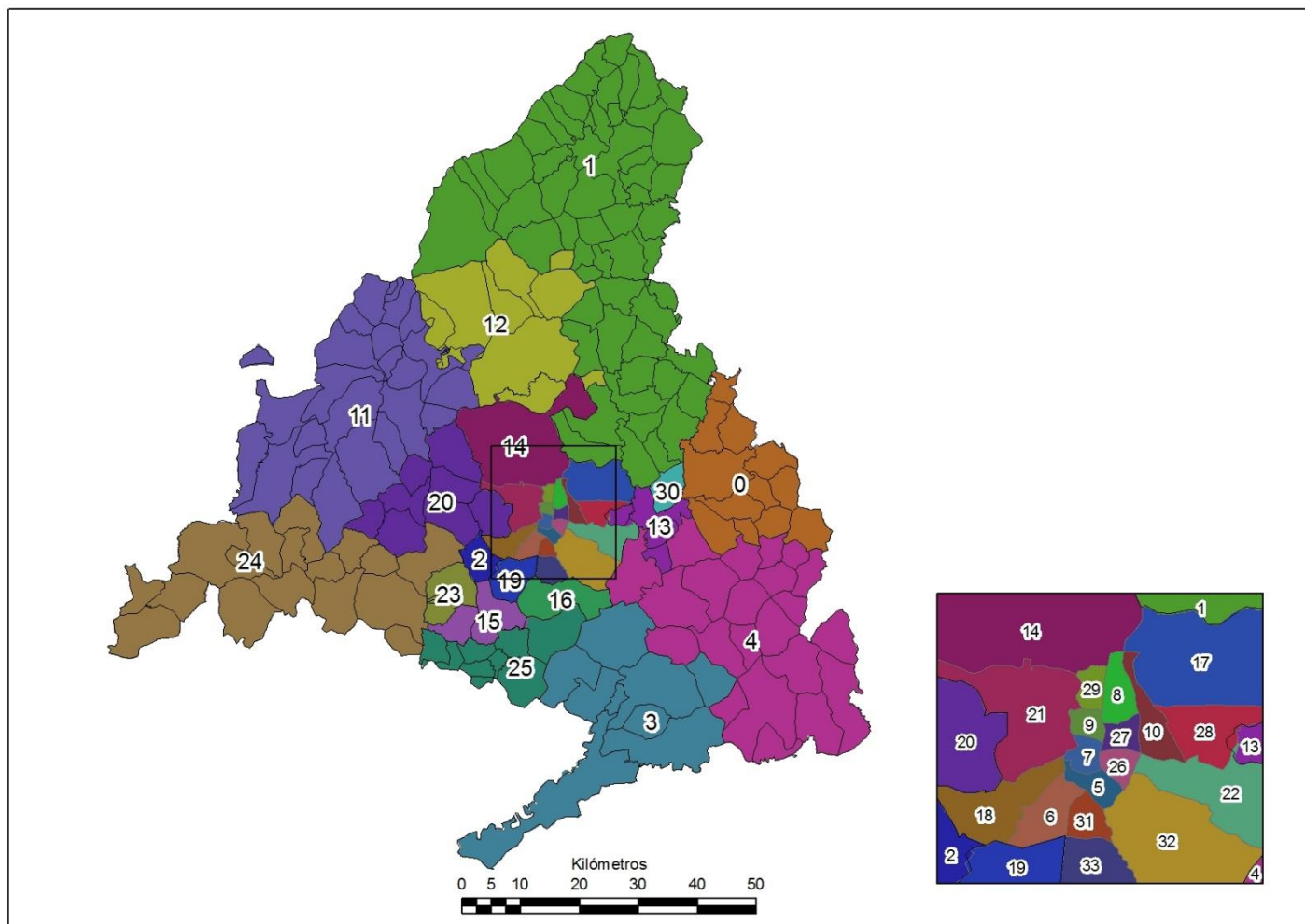
Los servicios de salud mental se sectorizan siguiendo los Distritos de Salud de la zonificación sanitaria general. Existen así 34 Distritos de Salud que acogen a una o varias Unidades de Salud Mental.

Mapa 7. Áreas de Salud de la Comunidad de Madrid (anterior al Área Única Sanitaria).



Fuente: Elaboración propia a partir del Decreto 187/1998.

Mapa 8. Distritos de Salud de la Comunidad de Madrid



Fuente: Elaboración propia a partir del Decreto 187/1998.

Tabla 9. Leyenda Distritos de Salud de la Comunidad de Madrid.
(Leyenda Mapa 8)

Código Mapa	Distrito de Salud
0	Alcalá de Henares
1	Alcobendas
2	Alcorcón
3	Aranjuez
4	Arganda
5	Arganzuela
6	Carabanchel
7	Centro
8	Chamartín
9	Chamberí
10	Ciudad Lineal
11	Collado Villalba
12	Colmenar Viejo
13	Coslada
14	Fuencarral
15	Fuenlabrada
16	Getafe
17	Hortaleza
18	Latina
19	Leganés
20	Majadahonda
21	Moncloa
22	Moratalaz
23	Móstoles
24	Navalcarnero
25	Parla
26	Retiro
27	Salamanca
28	San Blas
29	Tetuán
30	Torrejón de Ardoz
31	Usera
32	Vallecas
33	Villaverde

d) Murcia.

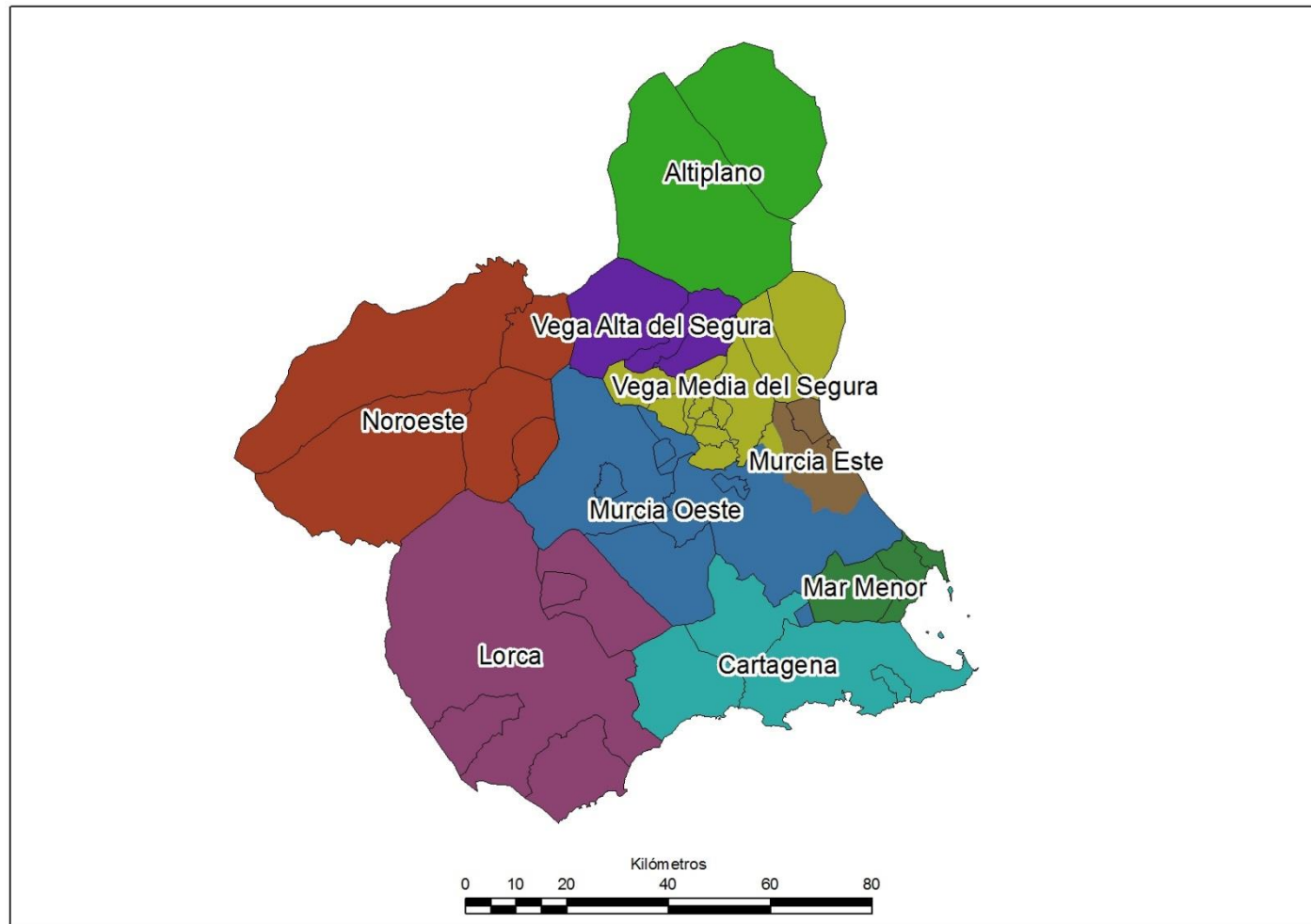
La organización territorial de los servicios sanitarios en la Región de Murcia se realiza en Áreas de Salud y Zonas de Salud. Estas Áreas fueron fijadas en el Decreto 27/1987, de 7 de mayo, por el que se delimitan las Áreas de Salud de la Región de Murcia. Este Decreto desarrolla en la Región de Murcia las consideraciones de la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, que establece la competencia de las CCAA para delimitar y constituir en su territorio áreas de salud. Estas áreas serán las estructuras fundamentales del sistema sanitario desde las que se gestionan los centros y establecimientos, las prestaciones y los programas sanitarios de cada CCAA.

A través de la Orden de 24 de abril de 2009 se produjo una modificación sustancial de la zonificación de salud creándose varias nuevas hasta llegar a las 9 Áreas y 70 Zonas actuales. Las Áreas son definidas como agrupaciones de varios municipios con el fin de gestionar centros, prestaciones y programas. Su delimitación ha considerado criterios geográficos, socioeconómicos, de red viaria y comunicaciones y dotación de recursos.

La sectorización de los servicios de salud mental se realiza en base a la zonificación sanitaria general por Zonas Básicas de Salud. Se definen 14 áreas de cobertura de Centros de Salud Mental. Se trata de una organización territorial de uso interno de la administración sanitaria que no ha sido definida mediante decreto u orden y que viene recogida en el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2006-2009 (Servicio Murciano de Salud, 2006).

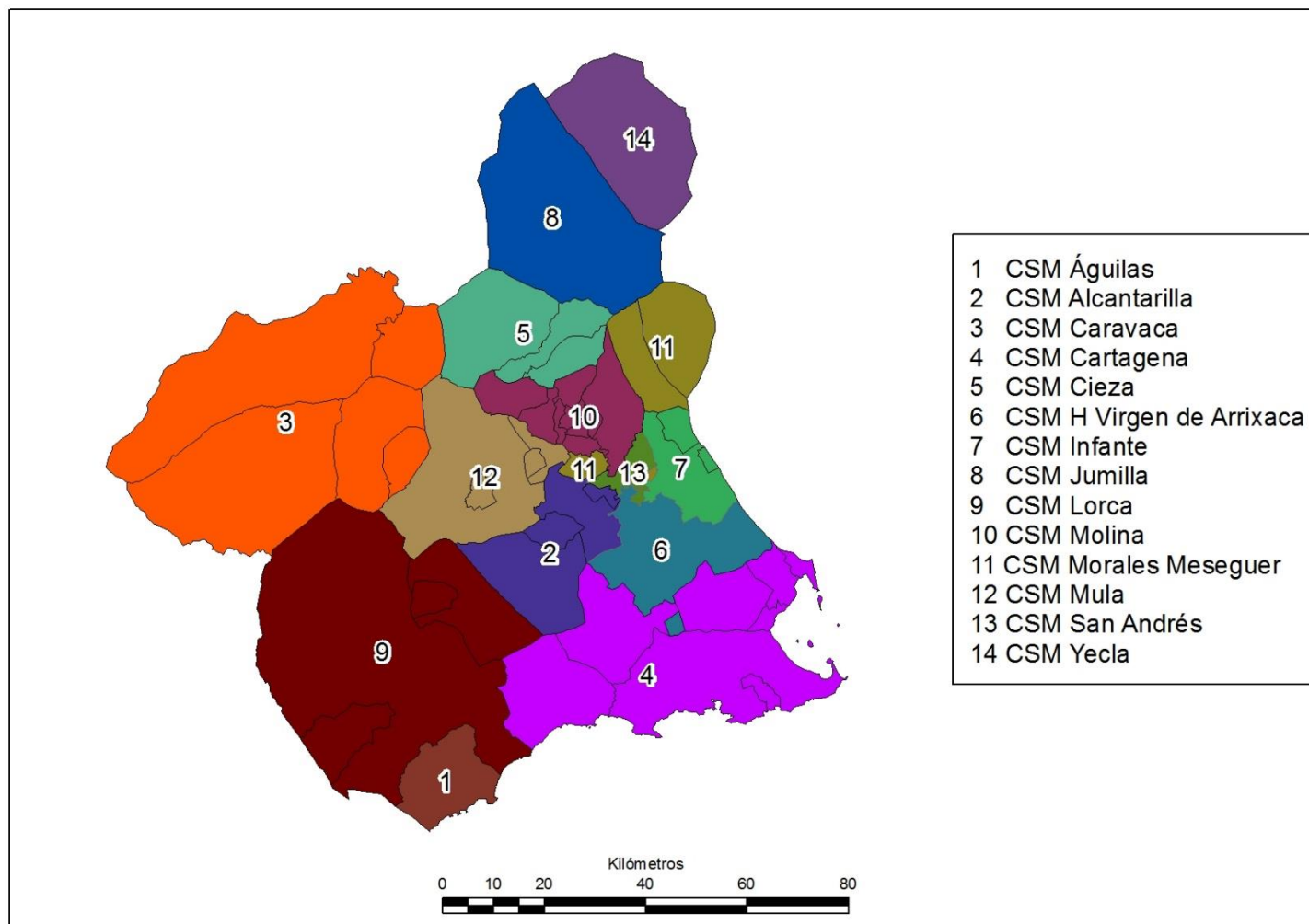
El municipio de Murcia es el único cuyo territorio se subdivide en cinco Centros de Salud Mental. El resto de Centros de Salud Mental se corresponden con grupos de municipios o Áreas de Salud completas.

Mapa 9. Áreas de Salud de la Región de Murcia.



Fuente: Elaboración propia a partir del Orden 24 de abril de 2009

Mapa 10. Áreas de cobertura de los Centros de Salud Mental de Murcia



Fuente: Elaboración propia a partir de información del Servicio Murciano de Salud, 2006.

e) Navarra.

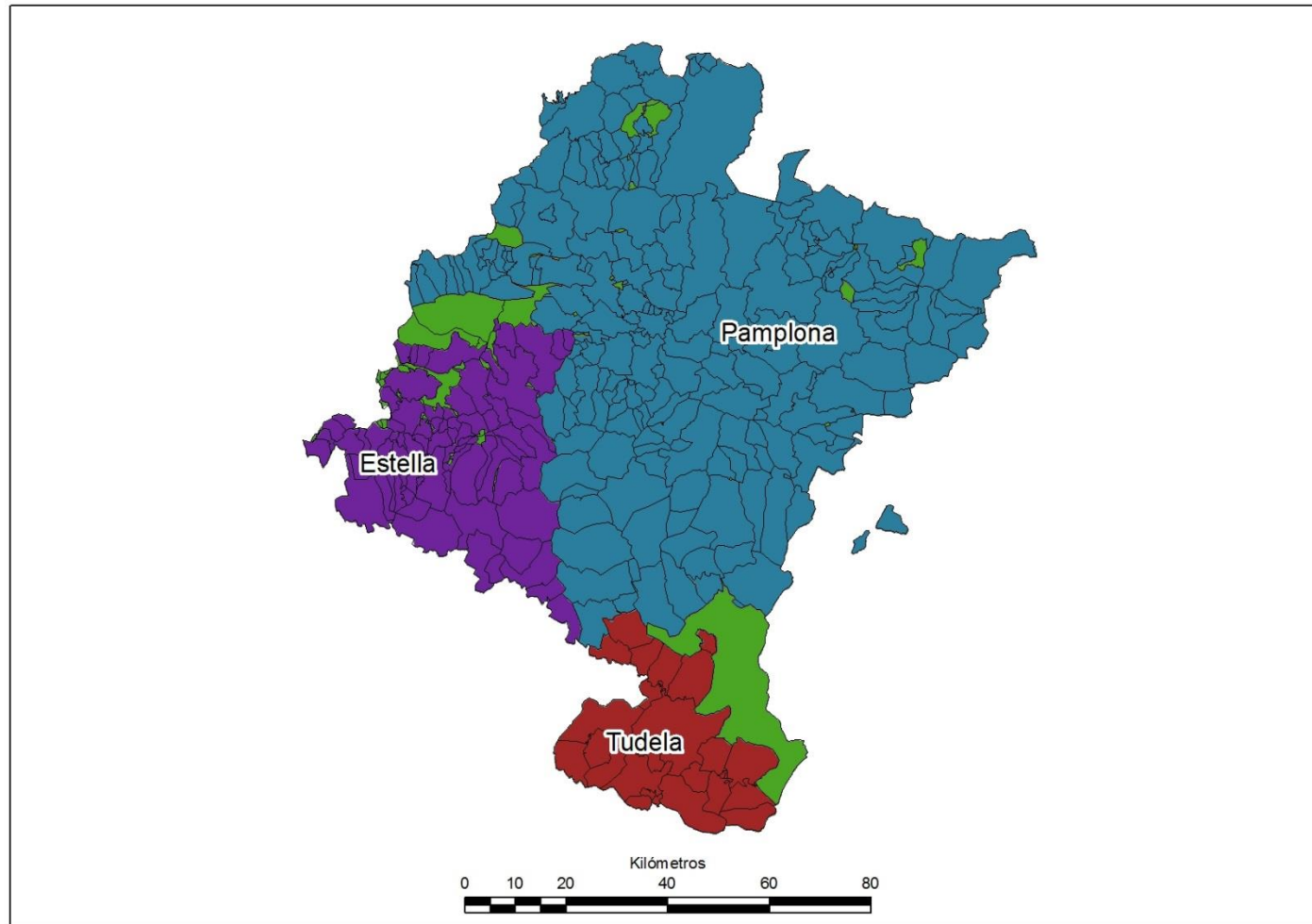
Los ámbitos territoriales establecidos en las distintas Leyes y Decretos Forales referentes a la zonificación sanitaria en Navarra son las Áreas de Salud y las Zonas Básicas de Salud. La Ley Foral 22/1985 de Zonificación Sanitaria definió estos dos niveles que han ido evolucionando mediante sucesivas modificaciones.

Las cinco Áreas de Salud iniciales se unificaron en tres en la Ley Foral 10/1990 de Salud, mientras que las 54 Zonas Básicas de Salud quedaron fijadas en el Decreto Foral 108/2002. Esta última modificación buscaba ajustar la zonificación a la evolución demográfica de Pamplona y su entorno y cambios en la administración local con modificaciones en las demarcaciones territoriales de concejos y nuevos municipios.

La Comunidad Foral de Navarra es la única de las Comunidades Autónomas estudiadas que cuenta con una zonificación de salud mental específica aprobada mediante texto legislativo (Decreto Foral 244/1985). Se definieron 9 Sectores de Salud Mental que tienen asignados cada uno de los 9 Centros de Salud Mental existentes.

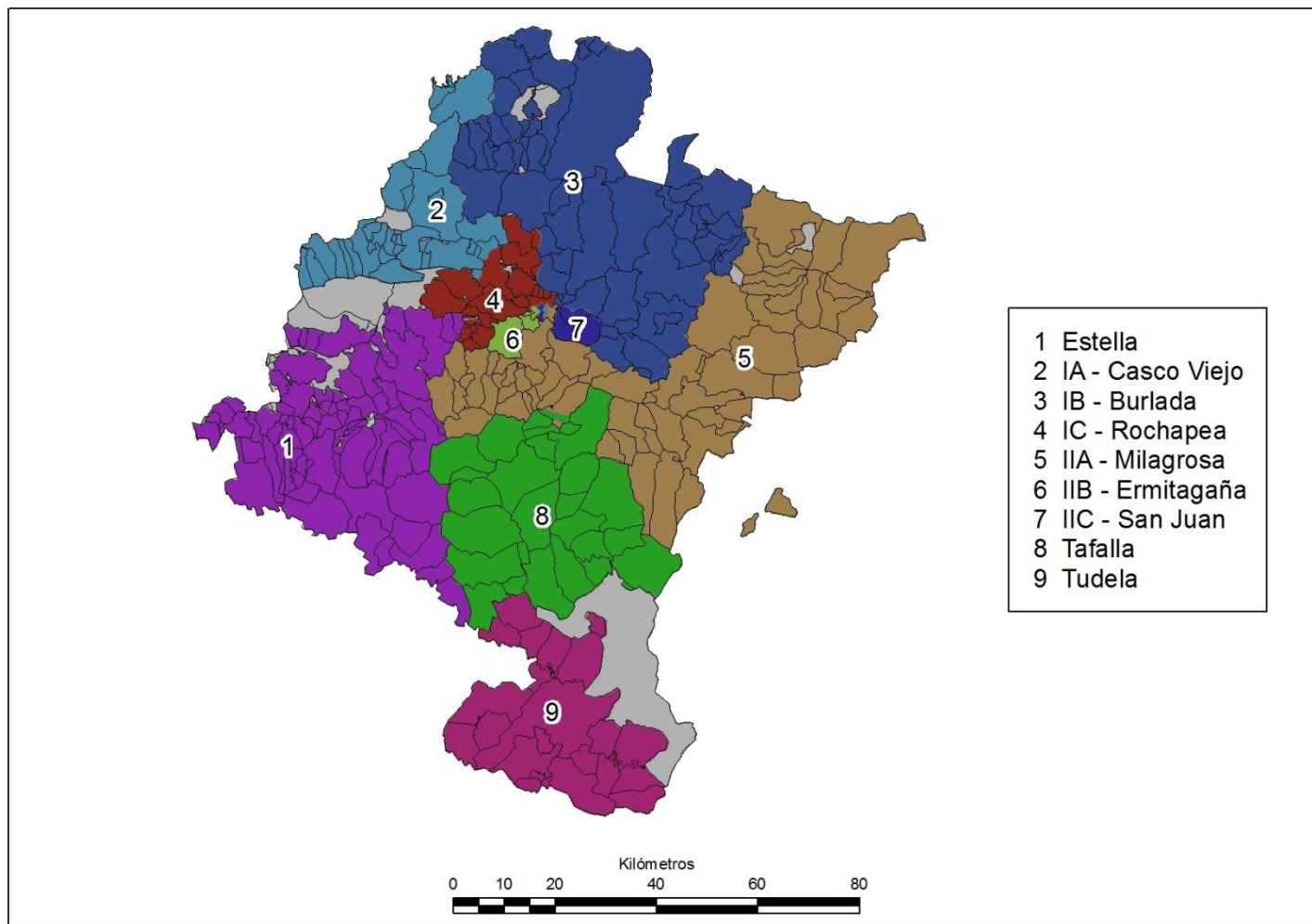
Las Áreas de Salud de Tudela y Estella cuentan con un Centro de Salud Mental cada una, mientras que el Área de Pamplona es atendida por 7 Centros de Salud Mental o Sectores. Todos ellos acogen Zonas Básicas de Salud del municipio de Pamplona junto a otros municipios de la región.

Mapa 11. Áreas de Salud de Navarra



Fuente: Elaboración propia a partir de Ley Foral 10/1990 y Decreto Foral 108/2002.

Mapa 12. Sectores de Salud Mental de Navarra.



Fuente: Elaboración propia a partir del Decreto Foral 244/1985.

5.3. Caracterización sociodemográfica de las áreas geográficas de atención a la salud mental.

5.3.1. Indicadores sociodemográficos por áreas sanitarias.

a) Densidad de población.

La densidad relaciona la superficie de un ámbito geográfico con la población a la que acoge. Este indicador permite conocer la concentración de la población al expresar el número de habitantes que corresponde a un km². Los datos de superficie y población proceden del INE a 2008.

En España, la densidad de población en 2008 era de 88,6 personas por kilómetro cuadrado. La mayor densidad de población se da en el Área Noreste de Madrid con 5.754,4 personas por km² y la menor corresponde al área de Cuenca con 11,00 personas por km². Las mayores densidades se localizan en áreas que acogen a los principales núcleos urbanos españoles como Madrid, Barcelona, Sevilla y Málaga. También destacan áreas como la mitad meridional de la Comunidad de Madrid, el litoral de las provincias de Cádiz y Málaga, las islas de Mallorca e Ibiza, y grandes núcleos regionales como Santander, Cartagena y Tarragona. Las densidades más bajas corresponden fundamentalmente a Castilla-La Mancha y áreas interiores de las provincias de Murcia, Navarra, Córdoba y Lleida.

Las áreas con menor densidad de población, por debajo de los 80 km², son: las Áreas de Cuenca (3), Albacete (1), Ciudad Real, Guadalajara (4), Puertollano (6), Talavera de la Reina (7), La Mancha Centro (5) y Toledo (8) (Castilla la Mancha); las Áreas de Norte de Almería (9), Baza (10), San Juan de la Cruz (23), Norte de Córdoba (31), Huelva (13), Norte de Málaga (19), San Agustín (21), Osuna (28), Serranía de Málaga (42,9), Sur de Granada (30) y Jaén (33) (Andalucía); Regiones de Alt Pirineu i Aran (35), Lleida (40) y Terres de l'Ebre (41) (Cataluña); Áreas de Reinosa (47) y Torrelavega (48) (Cantabria); Área de Estella (49) y Pamplona (50) (Navarra); y las Áreas Altiplano (63), Noroeste (69) y Lorca (65) (Murcia).

Entre 100 y 135 km² se sitúan las Áreas de Jerez (11), Valme (12), Infanta Margarita (14), Puerto Real (17), Reina Sofía (20), Torrecárdenas (24), San Cecilio (22) y Macarena (27) (Andalucía); Regiones de Catalunya Central (38) y Girona (39) (Cataluña); Área de Menorca (42) (Baleares); Área de Laredo (46) (Cantabria); Área de

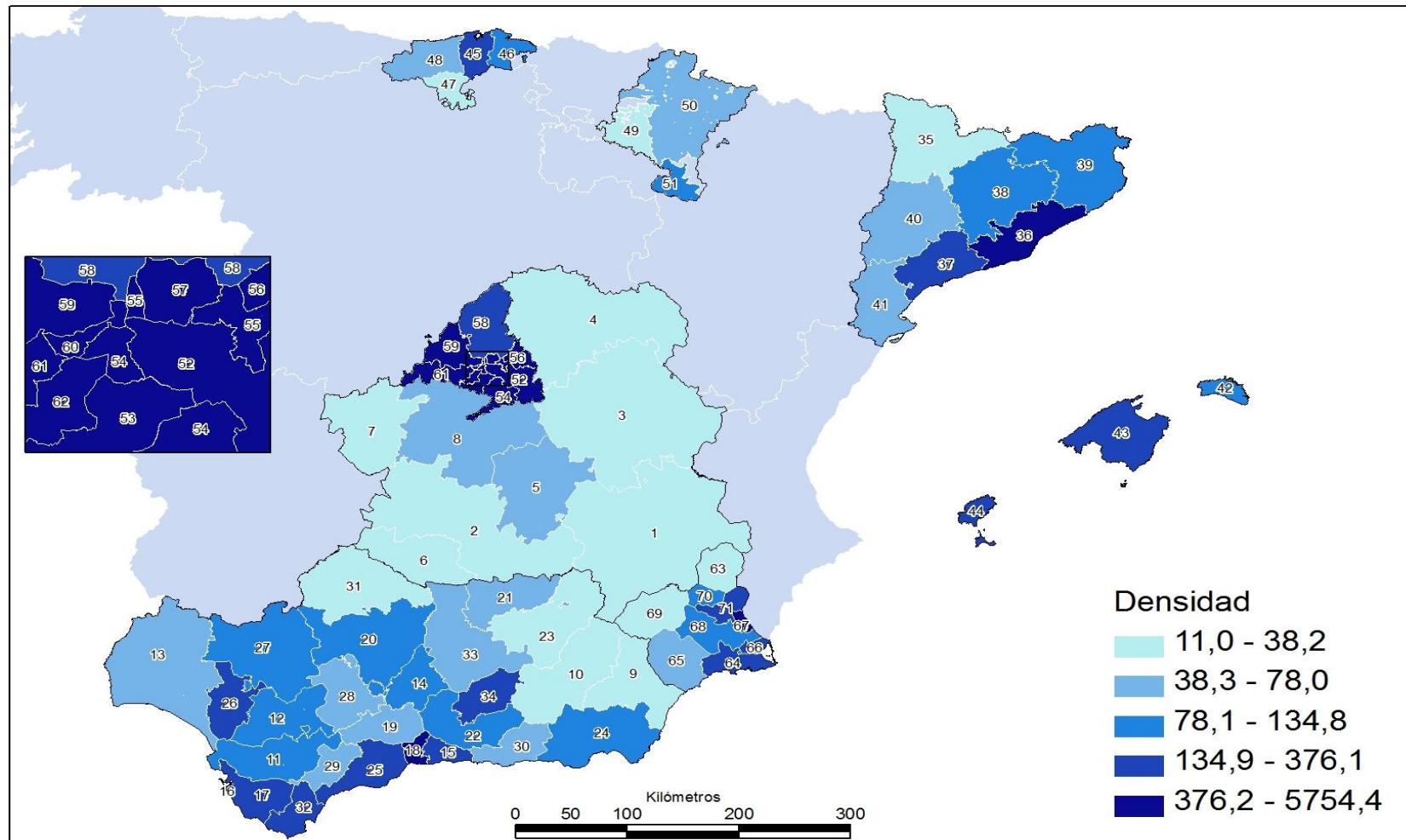
Tudela (51) (Navarra); y Áreas de Murcia Oeste (68) y Vega Alta del Segura (70) (Murcia). estas áreas se sitúan entre las 78 y 134,8 personas por kilómetro cuadrado.

A continuación, por debajo de los 400 km² se encuentran las Áreas de Axarquía (15), Virgen de la Victoria (25), Virgen del Rocío (26), Campo de Gibraltar (32) y Granada Norte (34) (Andalucía); la Región de Camp Tarragona (37) (Cataluña); las Áreas de Mallorca (43) e Ibiza (44) (Baleares); El Área de Santander (45) (Cantabria); el Área Norte (58) (Madrid); y las Áreas de Cartagena (64), Mar Menor (66) y Vega Media del Segura (Murcia).

Por último, las mayores densidades de población que superan los 400 km² corresponden a las Áreas de Puerta del Mar (16) y Regional de Málaga (19) (Andalucía); Región de Barcelona (36) (Cataluña); las Áreas Sur – Este (52), Sur I (53), Sur II (54), Centro Norte (60), Sur – Oeste I (61) y Sur – Oeste II (62) (Madrid); y el Área de Murcia Este (67) (Murcia).

Mapa 13. Densidad de población en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.

(Personas totales / Superficie)



Fuente: Padrón de población, 2008

b) Índice de Dependencia

El índice de dependencia mide la relación entre los grupos de población dependientes o económicamente inactivos respecto a la población activa. De forma convencional se considera como inactivos a las personas menores de 16 años y a las mayores de 65, y como activos a las personas del grupo de 15 a 64 años de edad. El índice es el resultado de dividir la suma de la población menor de 16 años más la población de 65 o más años entre la población entre 15 y 64 años por 100. Cuanto mayor sea el valor de este índice mayor será el peso de las personas dependientes sobre la población en edad de trabajar.

Este índice adquiere especial relevancia en el estudio de la planificación de los servicios de salud pues permite evaluar la presión socioeconómica que ejerce el segmento dependiente o económicamente inactivo de una sociedad sobre la población en edad de trabajar. También indica el peso de grupos de población con interés para su atención específica como es el grupo de niños y adolescentes y el de personas mayores.

El índice de dependencia de España en el año 2008 era de 46,95 personas menores de 16 años y mayores de 64 por cada 100 habitantes de 16 a 64 años. El mayor índice de dependencia se da en AGS Norte de Córdoba, con un valor de 60,8. Las áreas con menor índice de dependencia se ubican en áreas litorales y sur de la Comunidad de Madrid, mientras que los mayores índices suelen corresponder a áreas interiores.

Las áreas con mayor índice de dependencia con valores por encima de 51,8 son Ciudad Real (2), Cuenca (3), Puertollano (6), Talavera de la Reina (7) (Castilla la Mancha); las áreas de Serranía de Málaga (29), Infanta Margarita (14), San Juan De la Cruz (23), Norte de Córdoba (31), Baza (10) y Jaén (33) (Andalucía); el Área de Reinosa (47) (Cantabria); Estella (49) (Navarra) y Noroeste (69) (Murcia).

A continuación, con un índice de dependencia dentro del rango comprendido entre 48,2 y 51,8 se encuentran las Regiones de Catalunya Central (38), Lleida (40), Terres de l'Ebre (41) (Cataluña); Área de Tudela (51) (Navarra); Área de Albacete (1) y La Mancha Centro (5) (Castilla La Mancha); las Áreas de Axarquía (15), Norte de Málaga (19), Reina Sofía (20), San Agustín (21) y Osuna (28) (Andalucía); el área Noreste (57) (Madrid) y, por último, las Áreas de Vega Alta del Segura (70) y Altiplano (63) (Murcia).

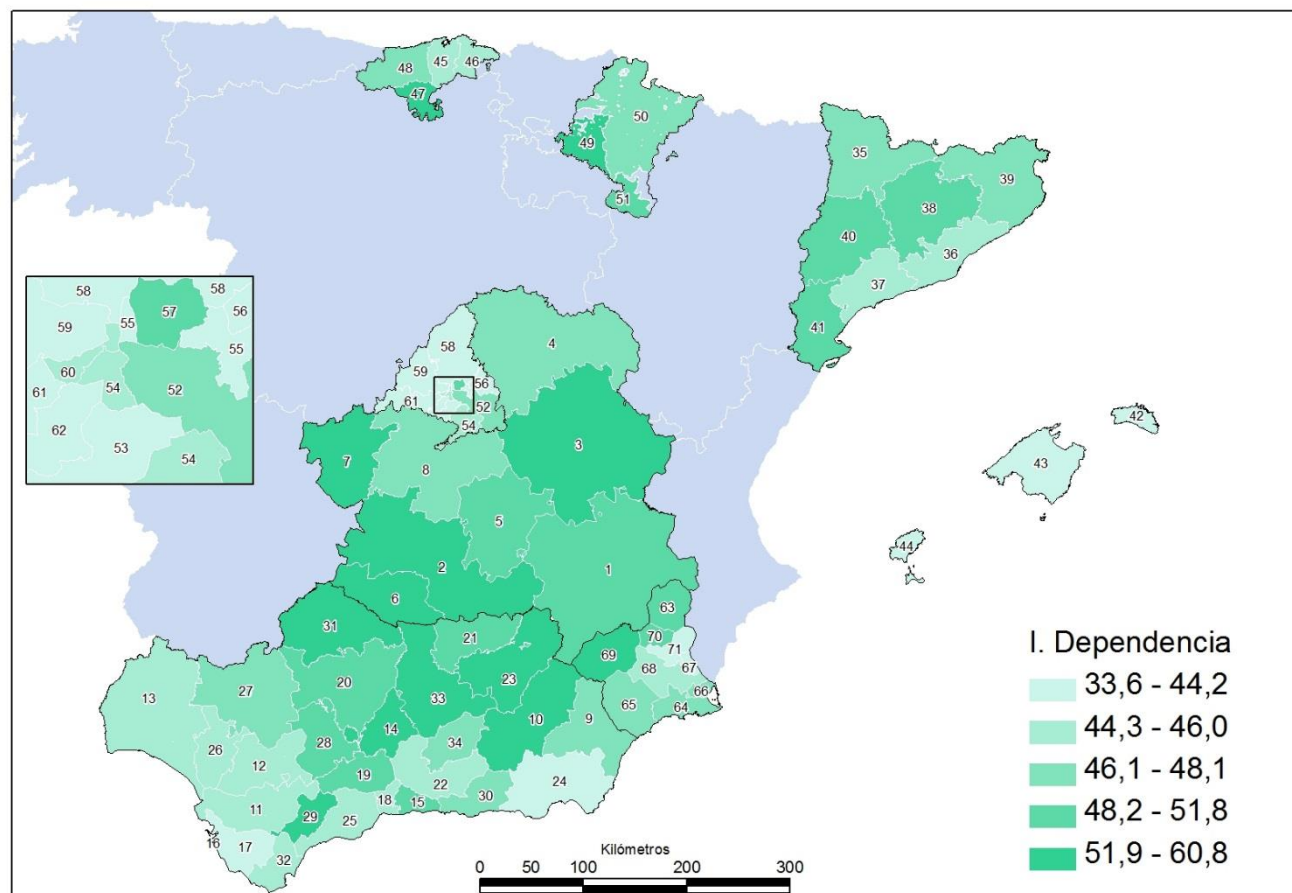
El siguiente intervalo comprende un índice del 46,1 al 48,1, donde se sitúan las Áreas de Sur de Granada (30), Granada Norte (34), Norte de Almería, Macarena (27) (Andalucía); Regiones de Alt Pirineu i Aran (35), Girona (39) (Cataluña); el Área de Torrelavega (48) (Cantabria); el Área de Pamplona (50) (Navarra); las Áreas Sur-Este (52) (Madrid); las Áreas de Guadalajara (4), Toledo (8) (Castilla la Mancha); y por último, las Áreas de Cartagena (64), Lorca (65) y Mar Menor (66) (Murcia).

El siguiente intervalo comprende un índice de dependencia del 44,3 al 46 y corresponde a las Áreas de Jerez (11), Valme (12), Huelva (13), Virgen del Rocío (26), Regional de Málaga (18), San Cecilio (22), Virgen de la Victoria (25) y Campo de Gibraltar (32) (Andalucía); Regiones de Camp de Tarragona (37) y Barcelona (36) (Cataluña); Áreas de Santander (45) y Laredo (46); áreas Sur II (54), Centro – Oeste y Noreste (57) (Madrid); y el Área de Murcia Oeste (68) (Murcia).

Y por último, el rango inferior seleccionado que representan los menores índices de dependencia corresponde al que va de los 33,6 al 44,2. Son el área de Puerta del Mar (16), Torrecárdenas (24) y Puerto Real (17) (Andalucía); área de Mallorca (43), Ibiza (44) y Menorca (42) (Baleares); las Áreas Sur I (53), Este (56), Sur – Oeste I (61), Oeste (59), Norte (58), Centro – Norte (55) y Sur – Oeste II (62) (Madrid); y Vega Media del Segura y Murcia Este (67) (71) (Murcia).

Mapa 14. Índice de dependencia en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.

(Población < 16 años y > 64 años / Población 16 a 64 años x 100)



Fuente: Padrón de población, 2008

c) Índice de envejecimiento

El índice de envejecimiento relaciona el grupo de población de la tercera edad (65 o más años) con el grupo de población infantil y juvenil (menores 16 años). Se calcula dividiendo la población de 65 o más años entre la población menor de 16 años y el resultado se multiplica por 100. Cuanto mayor sea el valor de este índice mayor será la proporción de personas de 65 o más años respecto a la población menor de 16 años y por tanto más envejecida estará la población. El índice de envejecimiento puede resultar de utilidad para conocer las posibles necesidades en servicios especializados en población infanto-juvenil o psicogeriatría.

El índice de envejecimiento en España era de 107,30 personas mayores de 64 años por cada 100 menores de 16 años. El mapa que se detalla a continuación comprende 5 rangos de intervalos que van del índice más bajo 54,9, correspondiente al Área Oeste (59) de Madrid, al índice de más alto 251,5, correspondiente al Área de Reinosa en Cantabria).

El primer intervalo comprende los valores que van de 54,9 a 76 mayores por cada 100 menores. Estas Áreas con bajo envejecimiento son Jerez (11), Valme (12), Puerto Real (17), Campo de Gibraltar (32) y Torrecárdenas (24) (Andalucía); las Áreas de Oeste (59), Sur-Oeste I (61), Sur-Oeste II (62), Este (56) y Sur I (53); el Área de Ibiza (44) (Baleares), y Murcia Oeste (68), Vega Media del Segura (71), Altiplano (63) y Mar Menor (66) (Murcia).

El siguiente rango va del 76,1 al 85,7 y corresponde a el área de Toledo (8) (Castila-La Mancha); las áreas de Huelva (13), Regional de Málaga (18), San Cecilio (22), Virgen de la Victoria (25), Virgen del Rocío (26), Macarena (27), Osuna (28), Huelva (13) y Campo de Gibraltar (32) (Andalucía); la Región de Camp de Tarragona (37) (Cataluña), área de Menorca (42) (Baleares); el área Norte (58) (Madrid); y las áreas de Cartagena (64), Lorca (65) y Murcia Este (67) (Murcia).

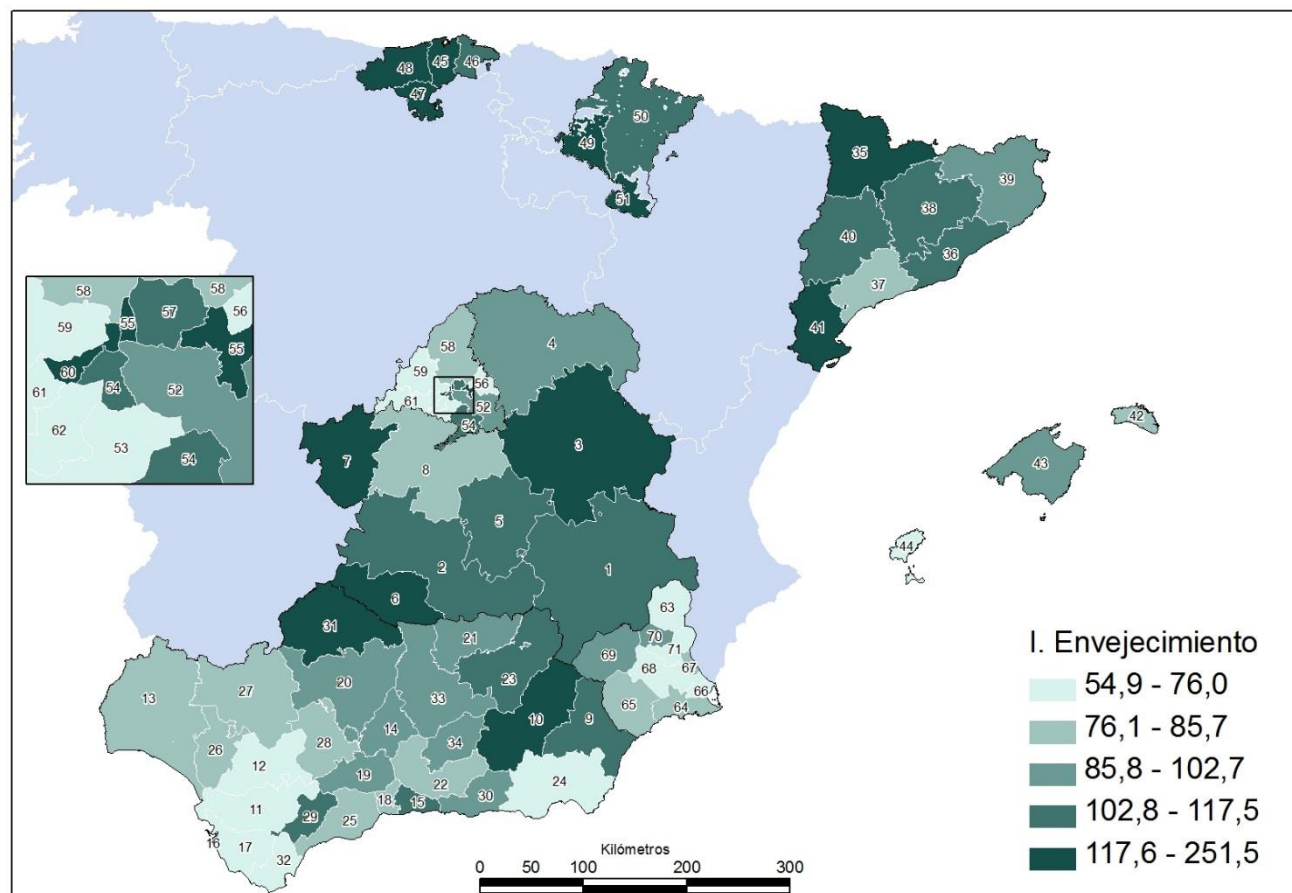
A continuación, entre 85,8 al 102,7 mayores por cada 100 menores se encuentran el área de Guadalajara (4), las áreas Infanta Margarita (14), Puerta del Mar (16), Norte de Málaga (19), San Agustín (21), Reina Sofía (20), Sur de Granada (30), Jaén (33) y Granada Norte (34) (Andalucía); la Región de Girona (39) (Cataluña), el área de Tudela (51) (Navarra); áreas de Mallorca (43) (Baleares), las áreas Sur-Este (52), Centro-Norte (55) (Madrid); y Vega Alta del Segura (70) y Noroeste (69) (Murcia).

Sigue el intervalo que va de 102,8 a 117,5 con las áreas de Albacete (1), Ciudad Real (2) y La Mancha Centro (5) (Castilla la Mancha); áreas de La Axarquía (15), Serranía de Málaga (29), Norte de Almería (9) y San Juan de la Cruz (23) (Andalucía); Regiones Barcelona (36), Catalunya Central (38) y Lleida (40) (Cataluña); y las áreas de Laredo (46) (Cantabria), Sur II (54) y Noreste (57) (Madrid) y Pamplona (50) (Navarra) (Murcia).

Por último, en el rango que comprende los índices de envejecimiento mayores de España están las áreas Baza (10) y Norte de Córdoba (31) (Andalucía); áreas de Cuenca (3) y Puertollano (6), Talavera de la Reina (7) (Castilla La Mancha); Regiones de Terres de l'Ebre (41) y Alt Pirineu i Aran (35) (Cataluña), Centro – Oeste (60) (Madrid), Santander (45), Torrelavega (48) y Reinosa (47) (Cantabria) y Estella (Navarra) con unos valores que van del 117,6 al 251, 5.

Mapa 15. Índice de envejecimiento en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.

(Población > 64 años / Población < 16 años x 100)



Fuente: Padrón de población, 2008

d) Tasa de paro

La tasa de paro muestra el número de personas en situación de desempleo sobre el total de las personas en situación laboral activa. Este es un indicador muy válido para medir el desarrollo económico de los ámbitos geográficos, una menor tasa indicará una sociedad más desarrollada económicamente.

El Censo ofrece datos por secciones censales de actividad y desempleo pero proceden del año 2001, recogiendo una situación económica muy diferente a la de 2008. Tampoco es posible recurrir a los datos de actividad y paro de la Encuesta de Población Activa (EPA) porque su escala máxima es la provincial y es insuficiente para nuestro trabajo. Se ha optado por las estadísticas de Paro Registrado en las oficinas de empleo a 2008. Esta fuente recoge aquellas personas mayores de 16 años que buscan empleo a escala municipal. En el caso de las áreas de cobertura que acojan ámbitos inferiores al municipal se les asignó un valor de paro registrado aproximado, proporcional al de su población a 2008.

La tasa de paro de uso habitual utilizada en la EPA divide a la población desempleada entre la población activa. Dadas las limitaciones en la disponibilidad de cifras sobre población activa a una escala adecuada se ha empleado como denominador a la población entre 16 años y 64 años. La tasa del paro refleja las personas desempleadas por cada 100 personas de entre 16 y 64 años.

Como se puede observar en el mapa la tasa más alta de paro se da en el área Jerez (11) en Andalucía. Le siguen las áreas de Puerto Real (17), Campo de Gibraltar (32), Puerta del Mar (16), Valme (12), Norte de Córdoba (31), Serranía de Málaga (29), San Agustín (21), Regional de Málaga (18), Reina Sofía (20), Macarena (27), Virgen del Rocío (26), Virgen de la Victoria (25) (Andalucía) y Talavera de la Reina (7) (Castilla la Mancha) que van del 10,5 al 15,4.

El intervalo que le sigue está comprendido del 8,5 al 10,4 que corresponden a las áreas de Albacete (1), Ciudad Real (2) y Puertollano (6) (Castilla la Mancha); las áreas de Huelva (13), Axarquía (15), San Cecilio (22), Torrecárdenas (24), Osuna (28) y Sur de Granada (30) (Andalucía); y Noroeste (69) y Vega Alta del Segura (70) (Murcia).

En el siguiente intervalo que va del 6,8 al 8,4 se encuentra la media nacional que es de 6,93. En este intervalo están las áreas de La Mancha Centro (5) (Castilla la Mancha),

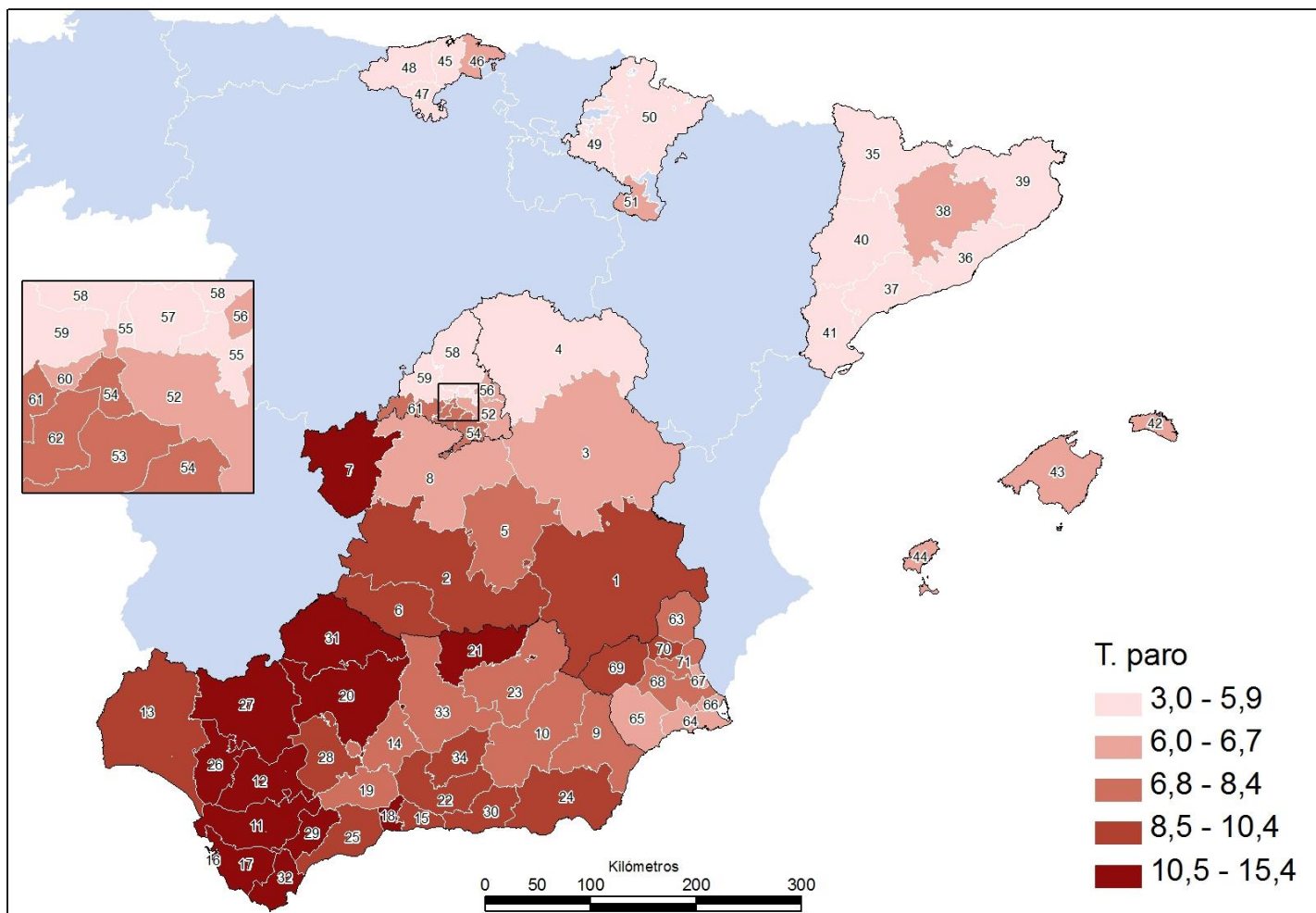
Norte de Almería (9), Baza (10), Infanta Margarita (14), Norte de Málaga (19), San Juan de la Cruz (23) y Jaén (33) (Andalucía); las áreas Sur I (53), Sur II (54), Sur- Oeste I (61) y Sur – Oeste II (62) (Madrid); Altiplano (63), Murcia Oeste (68) y Vega Media del Segura (71) (Murcia).

A continuación, los intervalos del 6,00 al 6,7, donde se encuentran las áreas siguientes: Cuenca (3) y Toledo (8) (Castilla la Mancha); Regio Catalunya Central (38) (Cataluña),; áreas de Menorca (42), Mallorca (43) e Ibiza (44) (Baleares), áreas de Laredo (46) (Cantabria), Tudela (51) (Navarra), Sur – Este (52), Este (56) y Centro – Oeste (60) (Madrid), y áreas de Cartagena (64), Lorca (65), Mar Menor (66) y Murcia Este (68) (Murcia).

Por último, las áreas de España con menos paro son las que van de 3,00 a 5,9 y son: Regiones Alt Pirineu i Aran (35), Barcelona (36), Camp de Tarragona (37), Girona (39), Lleida (40) y Terres de l'Ebre (41) (Cataluña); áreas de Santander (45), Reinosa (47) y Torrelavega (48) (Cantabria); áreas de Estella (49) y Pamplona (50) (Navarra); áreas Centro Norte (55), Noreste (57), Norte (58) y Oeste (59) (Madrid). Siendo el área con menor tasa de paro de España la Región Alt Pirineu i Aran (35) con una tasa de 3,00.

Mapa 16. Tasa de paro en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.

(Personas desempleadas / Población 16 a 64 años X 100)



Fuente: Servicio Público de Empleo Estatal, 2008.

e) Tasa de personas que viven solas

La distribución de los hogares unipersonales es relevante para la planificación de los servicios de salud mental pues permite detectar aquellas áreas con mayores niveles de aislamiento social. Su cálculo responde al cociente entre las personas que viven solas (hogares unipersonales) divididas entre el total de la población por 100. Se han utilizado los datos del Censo de 2001 del INE al no existir información más actualizada.

En España, en el año 2001 el índice de personas que vivían solas era de 7,09 por cada 100 habitantes.

De las 8 Comunidades estudiadas el quintil que agrupa a las áreas de salud con mayor índice se mueve entre 7,9 y 11,7. Dentro del intervalo encontramos a las siguientes áreas: Cuenca (3) y Guadalajara (5) (Castilla-La Mancha); Baza (10) (Andalucía); Alt Pirineu i Aran (35) y Girona (39) (Cataluña); Menorca (42), Mallorca (43) e Ibiza (44) (Islas Baleares); Laredo (46) y Reinosa (47) (Cantabria); Centro-Norte (55) y Centro-Oeste (60) (Madrid).

En el rango siguiente están las áreas con un índice comprendido entre 7,1 y 11,7 que corresponde a las áreas de Puertollano (6) y Talavera de la Reina (7) (Castilla La Mancha); La Axarquía (15), San Juan de la Cruz (23), Virgen de la Victoria (25), Serranía de Málaga (29), Sur de Granada (30), Norte de Córdoba (31) (Andalucía); Regiones de Barcelona (36), Camp de Tarragona (37) y Lleida (40) (Cataluña); Estella (49) (Navarra), Sur II (54) y Noroeste (57) (Madrid).

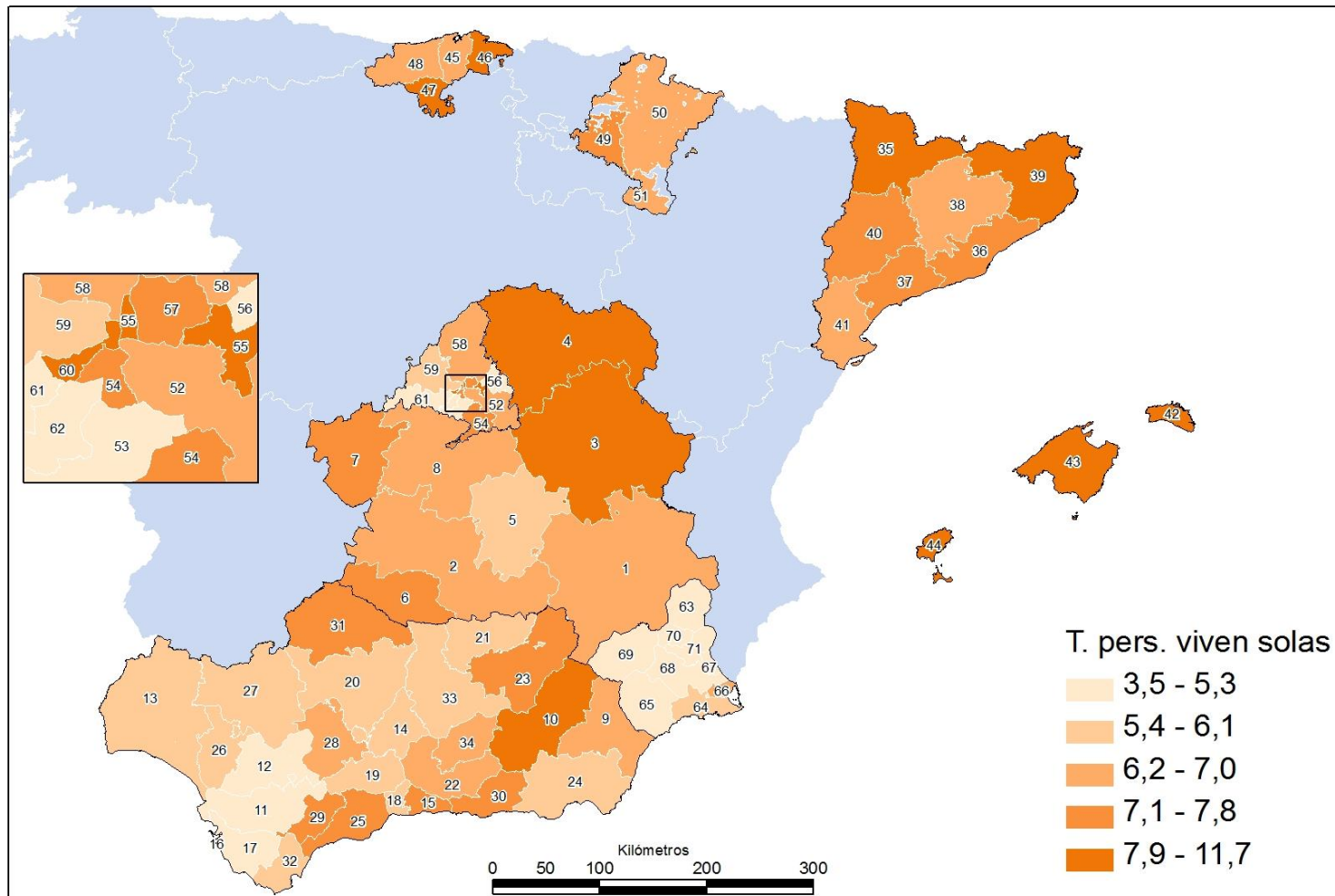
Las áreas comprendidas entre 6,2 y 7,0 son las siguientes: Albacete (1), Ciudad Real (2) y Toledo (8) (Castilla-La Mancha); San Cecilio (22), Osuna (28) y Granada Norte (34) (Andalucía); Catalunya Cental (38) y Terres de l'Ebre (41) (Cataluña); Santander (45) y Torrelavega (48) (Cantabria); Pamplona (50) y Tudela (51) (Navarra); Sur-Este (52) y Norte (58) (Madrid) y Mar Menor (66) (Murcia).

Las áreas cuyo índice se encuentra entre 5,4 y 6,1 son: La Mancha Centro (5) (Castilla-La Mancha); Huelva (13), Infanta Margarita (14), Regional de Málaga (18), Norte de Málaga (19), Reina Sofía (20), San Agustín (21), Torrecárdenas (24), Virgen del Rocío (26), Macarena (27), Campo de Gibraltar (32) y Jaén (33) (Andalucía); Oeste (59) (Madrid) y Cartagena (64) (Murcia).

Y por último, el rango menor de personas que vivían solas por cada 100 habitantes estaba comprendido entre 3,5 y 5,3, cuyas áreas de salud son: Jerez (11), Virgen de Valme (12), Puerta del Mar (16), Puerto Real (17) (Andalucía); Sur I (53), Este (53), Sur-Oeste I (61) y Sur-Oeste II (62) (Madrid); Altiplano (63), Lorca (65), Murcia Este (67), Murcia Oeste (68), Noroeste (69), Vega Alta del Segura (70) y Vega Media del Segura (71) (Murcia).

Mapa 17. Tasa de personas que viven solas en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.

(Personas que viven solas / Población total X 100)



Fuente: Censo de población, 2001.

f) Tasa de mayores que viven solos

La tasa de personas mayores que viven solas se calcula mediante el cociente entre las personas mayores de 64 años que viven solas y el total de la población de este grupo de edad por 100. La información procede del Censo de 2001 del INE.

En el año 2001, en España la tasa de personas mayores que vivían solas era de 19,99 por cada 100 habitantes.

El quintil de mayor tasa estaría comprendido entre 21,4 y 24,0 que corresponde a las áreas de Cuenca (3), Guadalajara (4) y Puertollano (6) (Castilla-La Mancha); Baza (10), San Juan de la Cruz (23), Sur de Granada (30) y Norte de Córdoba (31) (Andalucía); Girona (39) (Cataluña); Menorca (42) y Mallorca (43) (Islas Baleares); Reinosa (47) (Cantabria); Centro-Norte (55) y Centro-Oeste (60) (Madrid).

En el siguiente intervalo están las áreas comprendidas entre 20,3 y 21,3 que son Albacete (1), Ciudad Real (2) y Talavera de la Reina (7) (Castilla-La Mancha); La Axarquía (15), Regional de Málaga (18), San Agustín (21), San Cecilio (22), Virgen de la Victoria (25), Serranía de Málaga (29) y Granada Norte (34) (Andalucía); Alt Pirineu i Aran (35), Barcelona (36), Camp de Tarragona (37) (Cataluña); Altiplano (63) y Cartagena (64) (Murcia).

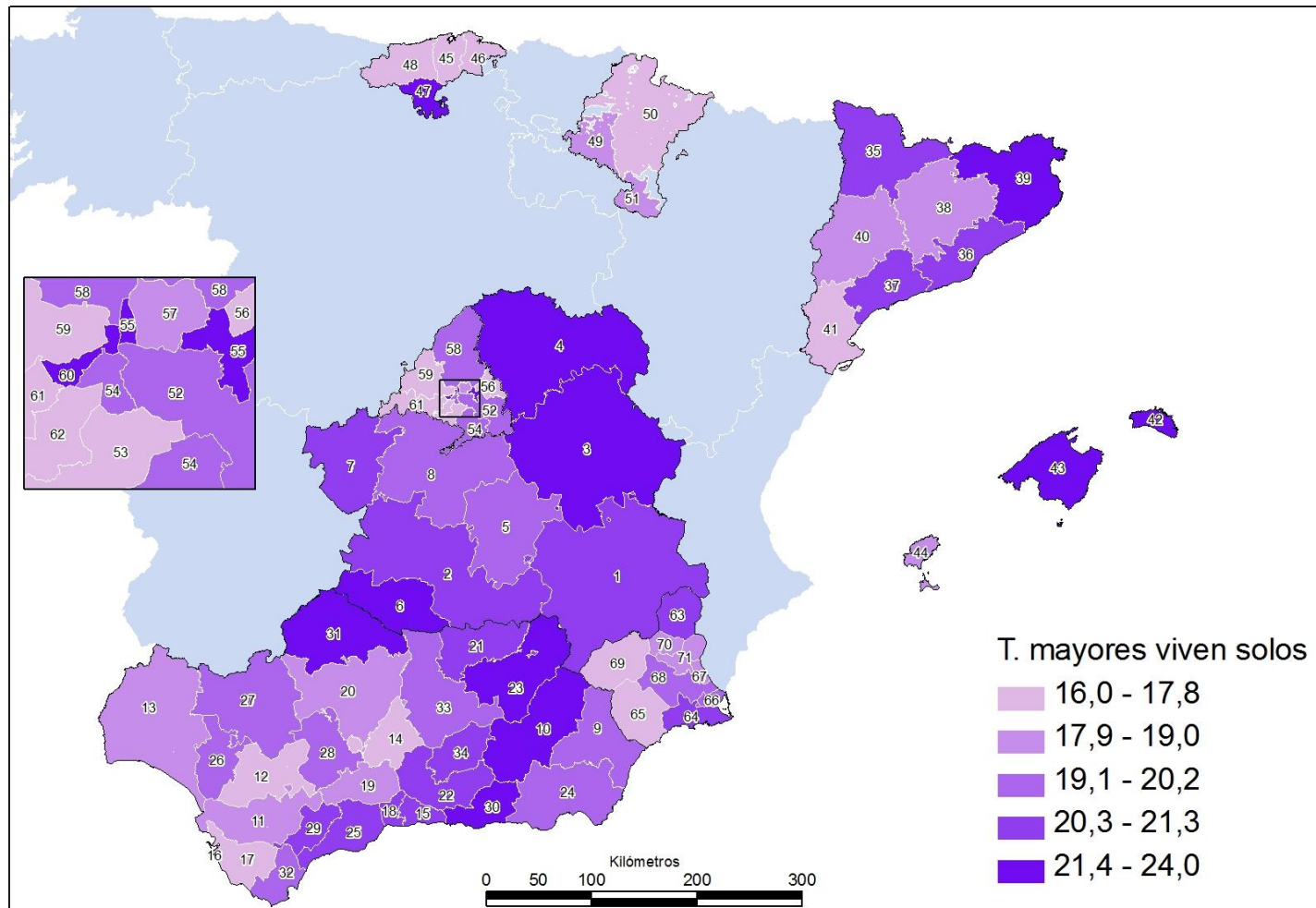
En el intervalo que va de 19,1 a 20,2 están las áreas de salud La Mancha Centro (5), Toledo (8) (Castilla-La Mancha); Norte de Almería (9), Torrecárdenas (24), Virgen del Rocío (26), Macarena (27), Osuna (28), Campo de Gibraltar (32), Jaén (33) (Andalucía); Sur-Este (52), Sur II (54) y Norte (58) (Madrid).

A continuación, encontramos las áreas de salud con una tasa entre 17,9 y 19,0 que son Jerez (11), Huelva (13), Puerta del Mar (16), Norte de Málaga (19), Reina Sofía (20) (Andalucía); Lleida (40) (Cataluña), Ibiza (44) (Islas Baleares); Estella (49), Tudela (51) (Navarra); Noroeste (57) (Madrid); Murcia Este (67), Vega Alta del Segura (70), y Vega Media del Segura (2) (Murcia).

Y por último, el quintil con menor tasa personas mayores que viven solas por cada 100 habitantes está comprendido entre 16,0 y 17,8, corresponde a las áreas Virgen de Valme (12), Infanta Margarita (14), Puerto Real (17) (Andalucía); Terres de l'Ebre (41) (Cataluña); Santander (45), Laredo (46), Reinosa (47), Torrelavega (48) (Cantabria); Pamplona (50) (Navarra); Sur I (53), Este (56), Oeste (59), Sur-Oeste I (61), Sur-Oeste II (62) (Madrid); Lorca (65), Mar Menor (66), Murcia Oeste (68) y Noroeste (69) (Murcia).

Mapa 18. Tasa de personas mayores que viven solas en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.

(Personas mayores que viven en hogares unipersonales / Población mayor de 64 años x 100)



Fuente: Censo de población, 2001.

g) Tasa de personas que viven solas con niños

La tasa de adultos que viven solos con niños es el resultado del cociente entre el número de adultos que viven solos con niños, o número de hogares formados por un adulto y niños, entre la población mayor de 15 años por 100. Los datos también proceden del INE y su Censo de Población 2001. En España en el año 2008, había 0,82 personas mayores de 64 años que vivían solas con niños.

Las áreas de salud con mayor tasa se encuentran el primer quintil que se sitúa entre 1,7 y 4,2. Son las áreas de Albacete (1), Cuenca (3), Guadalajara (4), Talavera de la Reina (7), Toledo (8) (Castilla-La Mancha); Menorca (42), Mallorca (43) e Ibiza (44) (Islas Baleares); Estella (49) y Pamplona (50) (Navarra).

A continuación, nos encontramos las áreas de salud con una tasa entre 1,2 y 1,6 distribuidas de la siguiente manera: Ciudad Real (2), Puertollano (6) (Castilla-La Mancha); Alt Pirineu i Aran (35), Barcelona (36), Camp de Tarragona (37) (Cataluña); Santander (45) (Cantabria); Tudela (51) (Navarra); Murcia Este (67), Murcia Oeste (68) y Vega Media del Segura (71) (Murcia).

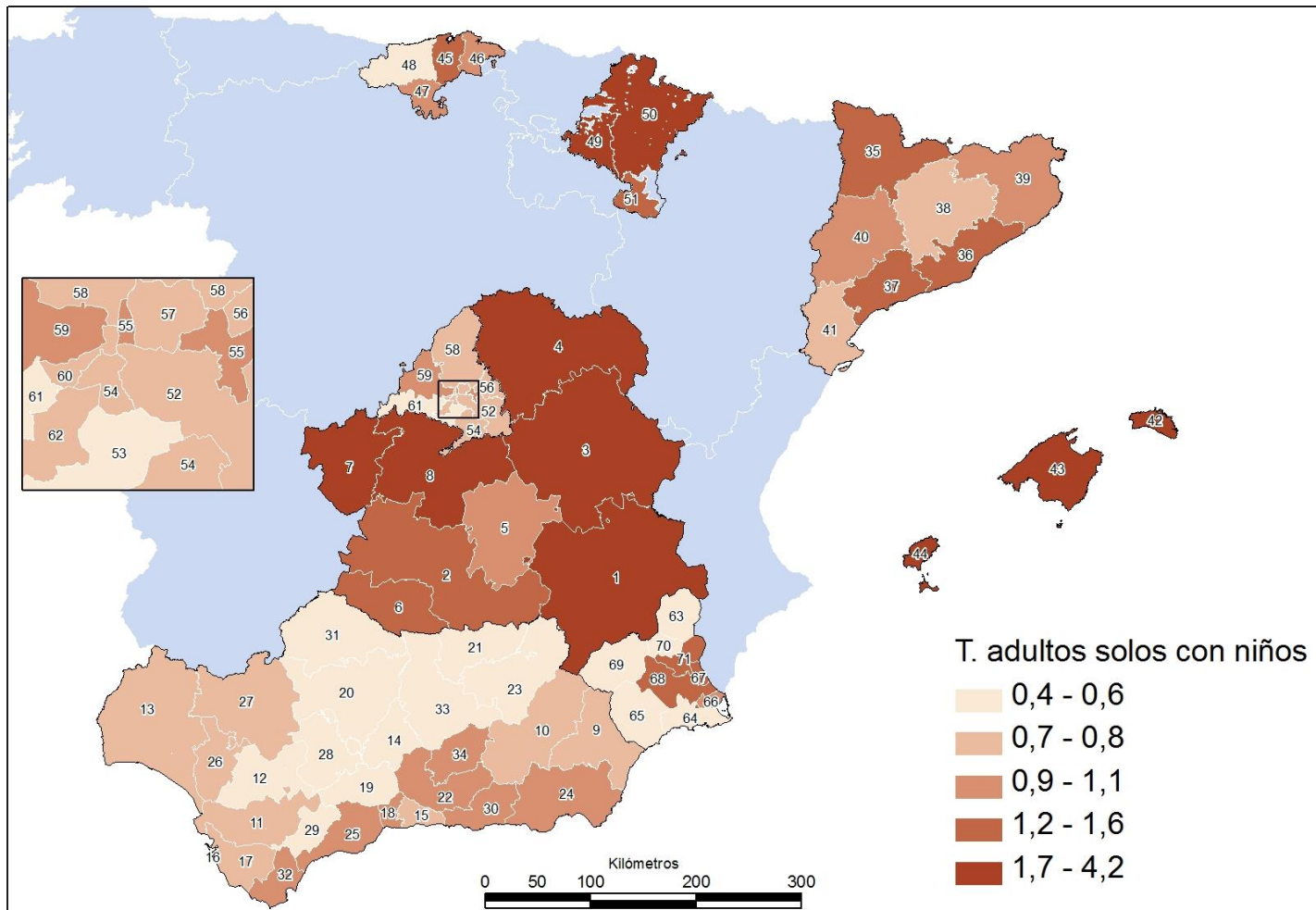
En el siguiente rango están las áreas comprendidas entre 0,9 y 1,1 con las áreas de La Mancha Centro (5) (Castilla-La Mancha); Regional de Málaga (18), San Cecilio (22), Torrecárdenas (24), Virgen de la Victoria (25), Sur de Granada, (30), Campo de Gibraltar (32), Granada Norte (34) (Andalucía); Girona (39), Lleida (40) (Cataluña); Laredo (46), Reinosa (47) (Cantabria); Centro-Norte (55), Oeste (59) (Madrid); y Mar Menor (66) (Murcia).

El cuarto quintil se mueve entre los valores 0,7 y 0,8 de las áreas de Norte de Almería (9), Baza (10), Jerez (11), Huelva (13), La Axarquía (15), Puerto Real (17), Virgen del Rocío (26), Macarena (27) (Andalucía); Catalunya Central (38), Terres de l'Ebre (41) (Cataluña); Sur-Este (52), Sur II (54), Este (56), Noroeste (57), Norte (58), Centro-Oeste (60) y Sur-Oeste II (62) (Madrid).

Y las áreas del último quintil, de 0,4 a 0,6, son Valme (12), Infanta Margarita (14), Puerta del Mar (16), Norte de Málaga (19), Reina Sofía (20), San Agustín (21), San Juan de la Cruz (23), Osuna (28), Norte de Córdoba (31), Jaén (33) (Andalucía); Torrelavega (48) (Cantabria); Sur I (53) (Madrid); Altiplano (63), Cartagena (64), Lorca (65), Noroeste (69) y Vega Alta del Segura (70) (Murcia).

Mapa 19. Tasa de personas mayores de 16 años que viven solas con niños en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.

(Personas mayores de 16 años que viven solas con niños/ Población mayor de 16 años x 100)



h) Tasa de personas no casadas

Al igual que en el caso la estructura de los hogares, el estado civil de las personas mayores de 16 años es un dato que nos permite acercarnos al problema del aislamiento social. Las mayores tasas de personas no casadas suelen relacionarse con mayores prevalencias de determinadas patologías psiquiátricas. La información demográfica más actualizada sobre el estado civil de la población procede del Censo de 2001. El cálculo del indicador se realiza mediante la división del número de personas solteras, viudas, separadas y divorciadas entre la población mayor de 15 años por 100.

La tasa de no casados a 2001 en España es de 44,18 personas mayores de 16 años que son solteras, divorciadas, viudas o separadas sobre el total.

El intervalo mayor de la tasa de no casados corresponde al primer quintil que acoge a las áreas con una tasa entre los 46,0 y los 54,4, que corresponde a las áreas de Centro-Oeste (60), Centro-Norte (55), Sur II (54), Noreste (57) y Norte (58) (Madrid); Ibiza (44) y Mallorca (43) (Islas Baleares); Puerta del Mar (16), Regional de Málaga (18), Virgen del Rocío (26) y Virgen de la Victoria (25) (Andalucía); Santander (45) y Reinosa (47); y Alt Pirineu i Aran (35) (Cataluña).

Entre 43,5 y 45,9 encontramos las áreas Sur-Este (52) (Madrid), Oeste (59) y Sur-Oeste I (61); Jerez (11), Huelva (13), Puerto Real (17), Macarena (27), Campo de Gibraltar (32) y Granada Norte (34) (Andalucía); Barcelona (36) (Cataluña); Menorca (42) (Baleares); Laredo (46) y Torrelavega (48) (Cantabria); y Pamplona (50) (Navarra).

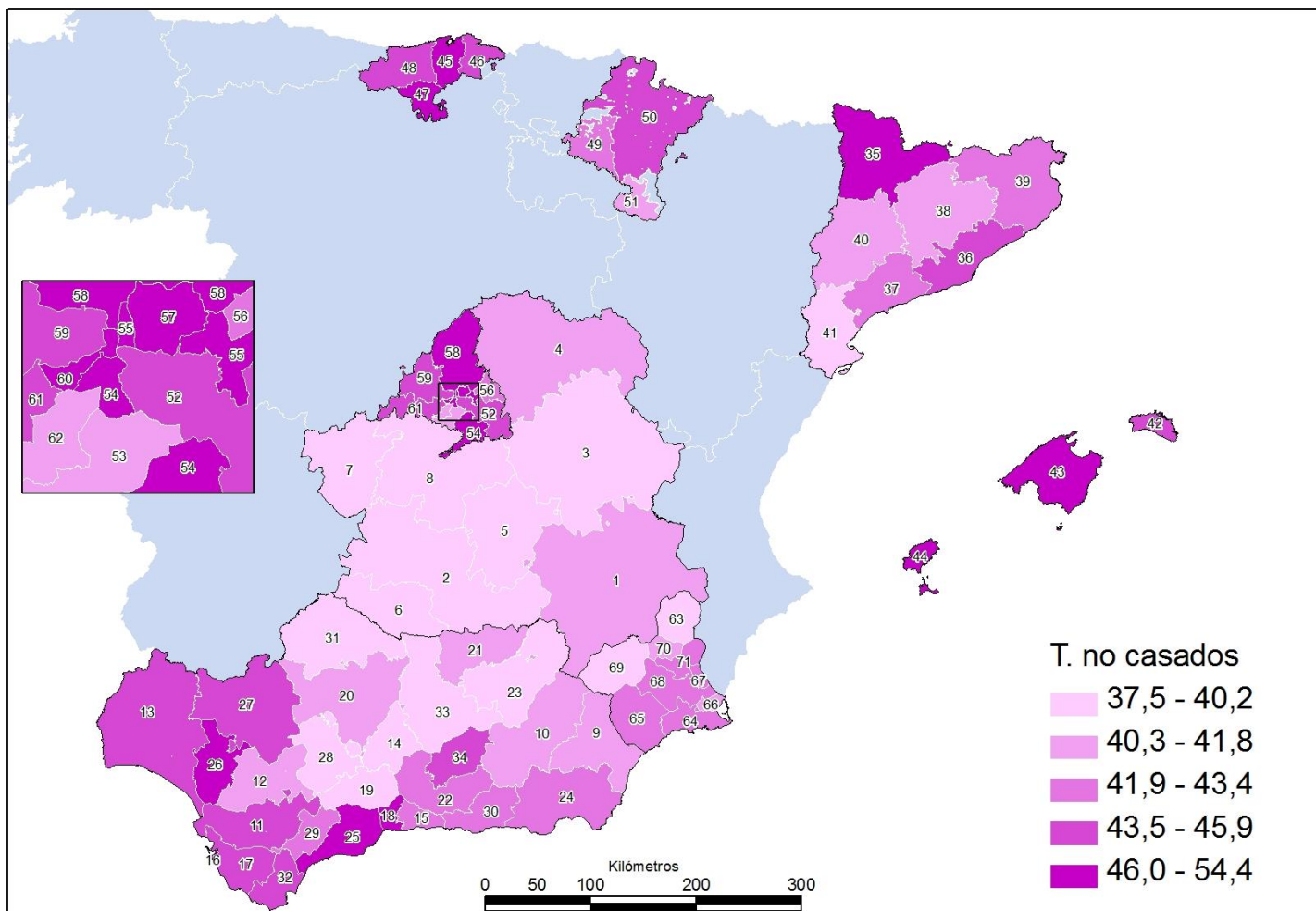
El siguiente intervalo comprende las tasa de 41,9 a 43,4 que corresponden a las áreas de Albacete (1) (Castilla la Mancha); Axarquía (15), San Cecilio (22), Torrecárdenas (24), Serranía de Málaga (29) y Sur de Granada (30) (Andalucía); Camp de Tarragona (37), Catalunya Central (38), Girona (39), Lleida (40) y Terres de l'Ebre (41) (Cataluña); Estella (49) y Tudela (51) (Navarra); Sur I (53) y Este (56) (Madrid); Lorca (65), Murcia Este (67), Murcia Oeste (68), Vega Alta del Segura (70) y Vega Media del Segura (71) (Murcia).

En el rango que van de 40,3 a 41,8 se encuentran, tal y como puede apreciarse en el mapa, las áreas de Guadalajara (4) (Castilla la Mancha); Norte de Almería (9), Baza (10), Valme (12), Reina Sofía (20) y San Agustín (21) (Andalucía); Sur – Oeste II (62) (Madrid) y Cartagena (64) (Murcia).

Y por último, se encuentran las menores tasas de personas no casadas, que van del 37,5 al 40,2, donde se ubican las áreas de Ciudad Real (2), Cuenca (3), La Mancha Centro (5), Puertollano (6) y Toledo (8) (Castilla la Mancha); Norte de Málaga (19), San Juan de la Cruz (23), Campo de Gibraltar (32) e Infanta Margarita (14) (Andalucía); Altiplano (63) y Noroeste (69) (Murcia).

Mapa 20. Tasa de personas no casadas en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.

(Personas mayores de 16 años solteras, separadas, divorciadas y viudas / Población mayor de 16 años X 100)



Fuente: Censo de población, 2001.

i) Tasa de inmigrantes

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 las personas inmigrantes procedentes de países con bajos niveles socioeconómicos y de formación que, por el contrario, suelen encontrar mayores dificultades a la hora de integrarse a la sociedad y encontrar un puesto de trabajo. Si además se consideran los problemas derivados del desarraigo social, nos encontramos con una población de riesgo con alta probabilidad de padecer problemas mentales.

El objetivo de este indicador es detectar los mayores volúmenes de población de riesgo. Los datos proceden del Padrón municipal de 2008 recopilados por el INE. Se presenta la tasa de inmigración total que divide las personas empadronadas con nacionalidad diferente a la española entre la población total por 1.000. La tasa de inmigración en España en el año 2008 era de 114,15 inmigrantes por cada 1000 habitantes españoles.

El primer quintil de la tasa de inmigrantes va desde 173,5 a 292,4 inmigrantes por cada 1000 españoles. Son las áreas Norte de Almería (9), Virgen de la Victoria (25), La Axarquía (15) y Torrecárdenas (24) (Andalucía); Girona (39) y Terres de l'Ebre (41) (Cataluña); Mallorca (43) e Ibiza (44) (Islas Baleares); Sur II (54), Este (56) y Centro-Oeste (60) (Madrid); y Lorca (65), Mar Menor (66) y Cartagena (64) (Murcia).

En el siguiente rango nos encontramos las tasas entre 139,0 y 173,4, que comprende las áreas de Guadalajara (4); Alt Pirineu i Aran (35), Barcelona (36), Camp de Tarragona (37) y Lleida (40) (Cataluña); Menorca (42) (Islas Baleares); Tudela (51) (Navarra); Sur-Este (52), Sur I (53), Centro-Norte (55), Noreste (57) y Norte (58) (Madrid); Altiplano (63) y Murcia Este (67) (Murcia).

En el intervalo intermedio tenemos tasas entre 85,1 y 138,9 inmigrantes por cada 1.000 españoles, son las áreas de Cuenca (3), La Mancha Centro (5), Talavera de la Reina (7) y Toledo (8) (Castilla-La Mancha); Sur de Granada (30) (Andalucía); Catalunya Central (38) (Cataluña); Estella (49) y Pamplona (50) (Navarra); Oeste (59), Sur-Oeste

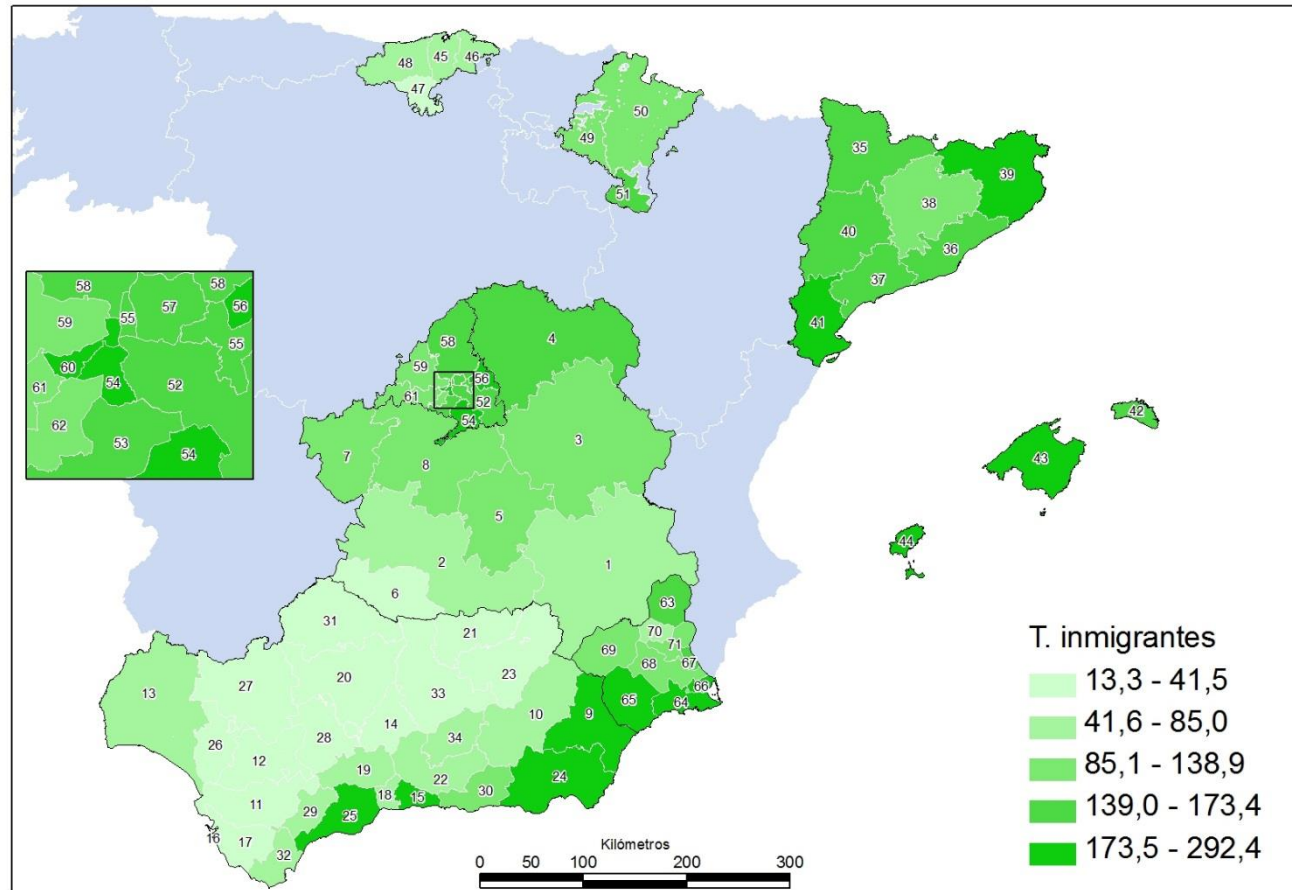
I (61) y Sur-Oeste II (62) (Madrid); Murcia Oeste (68), Noroeste (69) y Vega Media del Segura (71) (Murcia).

A continuación enumeramos las áreas con tasas comprendidas entre 41,6 y 85,0 que son Albacete (1) y Ciudad Real (2) (Castilla-La Mancha); Baza (10), Huelva (13), Regional de Málaga (18), Norte de Málaga (19), San Cecilio (22), Serranía de Málaga (29), Campo de Gibraltar (32) y Granada Norte (34) (Andalucía); Santander (45), Laredo (46) y Torrelavega (48) (Cantabria), y Vega Alta del Segura (70) (Murcia).

Y por último, las áreas de salud con menor número de inmigrantes por 1.000 habitantes con nacionalidad española de las CCAA de estudio están entre los 13,3 y 41,5. Son las áreas de Puertollano (6) (Castilla-La Mancha); Jerez (11), Virgen de Valme (12), Infanta Margarita (14), Puerta del Mar (16), Puerto Real (17), Reina Sofía, (20), San Agustín (21), San Juan de la Cruz (23), Virgen del Rocío (26), Macarena (27), Osuna (28), Norte de Córdoba (31) y Jaén (33) (Andalucía) y Reinosa (47) (Cantabria).

Mapa 21. Tasa de inmigrantes en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.

(Personas de nacionalidad extranjera / Población total X 1.000)



Fuente: Padrón de población, 2008

Tabla 10. Indicadores sociodemográficos en las áreas sanitarias de las 8 CCAA de estudio.

N	Áreas	Densidad 2008	Índice de dependencia 2008	Índice de envejeci- miento 2008	Tasa inmigración total 2008	Tasa no casados 2001	Tasa personas viven solas 2001	Tasa hogares mayores 2001	Tasa hogares mono- parentales	Tasa de paro 2008
	ESPAÑA	88,6	46,95	107,30	114,15	44,18	7,09	19,99	0,82	6,93
1	Área Albacete	26,6	51,5	108,7	81,9	40,4	6,6	20,6	1,8	9,4
2	Área Ciudad Real	22,9	53,5	117,5	66,3	39,7	6,7	20,6	1,6	8,9
3	Área Cuenca	11,0	59,4	179,5	107,7	39,6	9,4	22,4	2,1	6,5
4	Área Guadalajara	19,6	47,3	91,8	144,1	40,7	9,3	21,8	2,7	5,3
5	Área La Mancha Centro	41,3	51,3	106,1	122,2	37,8	5,7	19,4	1,1	7,2
6	Área Puertollano	20,8	53,6	147,1	30,7	40,2	7,5	22,6	1,6	10,0
7	Área Talavera de la Reina	31,3	55,5	128,3	98,3	39,8	7,7	21,3	1,8	11,2
8	Área Toledo	49,8	47,9	83,1	115,1	38,6	6,4	19,1	1,9	6,4
9	AGS Norte de Almería	37,9	48,0	109,6	243,5	40,4	7,0	19,9	0,7	7,3
10	AGS H de Baza	19,6	57,3	140,9	48,6	40,5	9,6	23,1	0,8	7,6
11	AGS H de Jerez	118,6	45,2	71,7	19,8	44,0	4,9	17,9	0,7	15,4
12	AGS H de Valme	123,4	45,4	61,0	20,3	40,8	4,2	16,3	0,6	12,3
13	AGS Huelva	54,7	45,3	85,7	74,1	43,5	5,8	19,0	0,7	9,9
14	AGS H Infanta Margarita	83,7	54,1	95,9	39,4	37,5	5,9	17,8	0,5	8,4
15	AGS H la Axarquía	186,7	49,8	105,5	201,0	42,3	7,8	20,8	0,8	9,7
16	AGS H Puerta del Mar	5064,7	44,0	97,3	13,3	48,0	4,8	18,2	0,6	13,6
17	AGS H Puerto Real	137,5	42,9	59,4	37,2	43,8	4,6	17,0	0,7	14,9
18	AGS HR de Málaga	614,9	44,8	82,3	75,1	47,1	6,0	20,7	0,9	11,4
19	AGS Norte de Málaga	53,2	51,5	99,4	59,9	39,6	6,0	18,3	0,5	7,7
20	AGS H Reina Sofía	85,9	49,5	95,3	23,8	41,2	5,7	18,6	0,6	11,3
21	AGS H San Agustín	44,5	49,9	92,4	25,3	40,3	5,8	21,2	0,6	11,6
22	AGS H San Cecilio	106,7	46,0	83,3	56,1	42,8	6,9	21,0	1,0	9,5
23	AGS H San Juan de la Cruz	34,2	57,3	113,6	28,3	38,6	7,8	22,2	0,6	7,6
24	AGS H Torrecerdenas	106,5	42,5	60,8	183,5	43,1	6,1	19,8	1,0	9,3

N	Áreas	Densidad 2008	Índice de dependencia 2008	Índice de envejeci- miento 2008	Tasa inmigración total 2008	Tasa no casados 2001	Tasa personas viven solas 2001	Tasa hogares mayores 2001	Tasa hogares mono- parentales	Tasa de paro 2008
25	AGS H V de la Victoria	376,1	44,3	77,6	203,2	46,1	7,2	21,1	1,1	10,4
26	AGS H V del Rocio	325,9	45,8	85,3	41,5	46,9	6,0	19,7	0,8	10,7
27	AGS V Macarena	87,6	46,3	78,6	34,4	44,0	5,6	19,4	0,7	10,6
28	AGS Osuna	53,3	51,8	83,8	24,6	38,9	6,5	20,0	0,6	8,8
29	AGS Serrania de Malaga	42,9	52,0	115,1	49,0	43,0	7,4	21,3	0,6	11,9
30	AGS Sur de Granada	78,0	48,1	96,9	133,6	42,4	7,8	22,9	0,9	9,7
31	AGS Norte de Cordoba	15,3	60,8	154,3	22,9	39,5	7,3	21,5	0,4	12,6
32	AGS Campo de Gibraltar	171,0	45,3	70,7	77,5	44,9	5,4	19,9	1,1	14,0
33	AGS CH Jaen	66,5	54,3	100,3	28,5	38,7	6,0	20,0	0,5	8,0
34	AGS Granada Norte	156,7	47,4	96,6	47,8	44,3	7,0	21,1	1,0	9,9
35	Regio Alt Pirineu i Aran	13,2	46,9	127,6	163,1	46,1	11,2	20,7	1,4	3,0
36	Regio Barcelona	1537,3	45,4	107,8	140,1	44,6	7,5	20,6	1,5	5,9
37	Regio Camp de Tarragona	204,4	44,5	85,1	173,4	42,5	7,7	20,3	1,4	5,9
38	Regio Catalunya Central	90,2	50,1	106,3	117,3	41,4	6,9	18,2	0,8	6,4
39	Regio Girona	128,8	46,8	95,8	204,2	43,1	10,1	22,6	1,1	5,3
40	Regio Lleida	64,5	49,7	117,3	164,9	41,8	7,1	18,0	0,9	4,3
41	Regio Terres de l'Ebre	55,6	51,1	138,3	187,6	40,1	7,0	17,7	0,7	4,8
42	Área Menorca	132,9	42,9	81,1	163,9	45,0	8,7	24,0	4,2	6,0
43	Área Mallorca	232,5	42,9	87,6	205,6	46,8	8,9	23,5	4,2	6,5
44	Área Ibiza	204,6	35,1	71,8	252,5	48,8	8,5	18,2	2,6	6,7
45	Área de Salud I: Santander	279,5	44,8	138,8	62,4	47,0	6,6	17,6	1,4	5,2
46	Área de Salud II: Laredo	101,0	44,6	116,3	60,3	44,3	8,2	17,8	1,0	6,1
47	Área de Salud III: Reinosa	20,0	54,7	251,5	30,3	46,2	9,7	23,7	1,0	5,4
48	Área de Salud IV: Torrelavega	66,7	48,0	154,4	47,2	44,1	6,5	17,3	0,6	5,7
49	Área Estella	37,9	55,2	157,8	94,3	43,4	7,7	18,2	1,9	5,1
50	Área Pamplona	65,5	47,9	103,0	97,7	44,4	6,9	16,6	2,5	5,6

N	Áreas	Densidad 2008	Índice de dependencia 2008	Índice de envejeci- miento 2008	Tasa inmigración total 2008	Tasa no casados 2001	Tasa personas viven solas 2001	Tasa hogares mayores 2001	Tasa hogares mono- parentales	Tasa de paro 2008
51	Área Tudela	93,3	50,4	119,4	147,0	41,2	6,5	18,3	1,6	6,2
52	Área 1 Sur-Este	682,2	46,1	100,3	156,3	45,9	6,8	19,7	0,8	6,7
53	Área 10 Sur I	1165,6	36,0	59,7	167,5	41,8	4,0	17,3	0,6	6,8
54	Área 11 Sur II	1091,4	45,9	107,8	203,8	47,1	7,7	20,2	0,7	7,0
55	Área 2 Centro-Norte	4691,5	43,3	121,8	147,9	49,7	8,8	22,5	0,9	5,0
56	Área 3 Este	796,7	36,0	58,0	194,2	42,5	4,1	16,3	0,7	6,5
57	Área 4 Noreste	5754,4	48,8	117,1	146,1	46,8	7,3	19,0	0,8	5,7
58	Área 5 Norte	295,7	42,4	84,0	148,7	46,0	6,7	19,4	0,8	5,0
59	Área 6 Oeste	489,9	44,1	54,9	138,9	44,0	5,7	17,4	1,1	4,4
60	Área 7 Centro-Oeste	853,2	46,0	189,2	196,8	54,4	11,7	23,7	0,7	6,0
61	Área 8 Sur-Oeste I	501,8	36,5	74,5	127,3	43,8	4,2	17,1	0,6	6,9
62	Área 9 Sur-Oeste II	3012,9	33,6	56,8	122,3	41,3	3,5	16,0	0,7	7,0
63	Área Altiplano	38,2	48,5	69,9	153,4	38,8	4,8	20,3	0,5	7,7
64	Área Cartagena	235,5	47,1	79,3	177,8	43,0	5,5	20,6	0,6	6,7
65	Área Lorca	70,0	46,5	76,6	187,9	41,9	5,0	17,7	0,5	6,6
66	Área Mar Menor	324,3	47,1	59,8	292,4	41,0	6,2	19,7	1,1	6,3
67	Área Murcia Este	3621,8	42,9	76,1	156,3	43,4	5,0	18,5	1,5	6,0
68	Área Murcia Oeste	134,8	45,1	76,0	128,0	42,7	5,1	19,5	1,3	7,4
69	Área Noroeste	31,0	53,7	102,7	110,3	39,1	5,0	16,9	0,4	10,4
70	Área Vega Alta del Segura	95,5	51,3	87,7	85,0	41,7	4,7	18,7	0,5	8,8
71	Área Vega Media del Segura	285,2	44,2	69,1	125,6	42,5	5,3	18,6	1,3	7,4

Fuente: Padrón municipal 2008 y Censo de Población 2001.

5.3.2. Otros indicadores sociodemográficos por CCAA.

a) Tasa de mortalidad por trastornos mentales

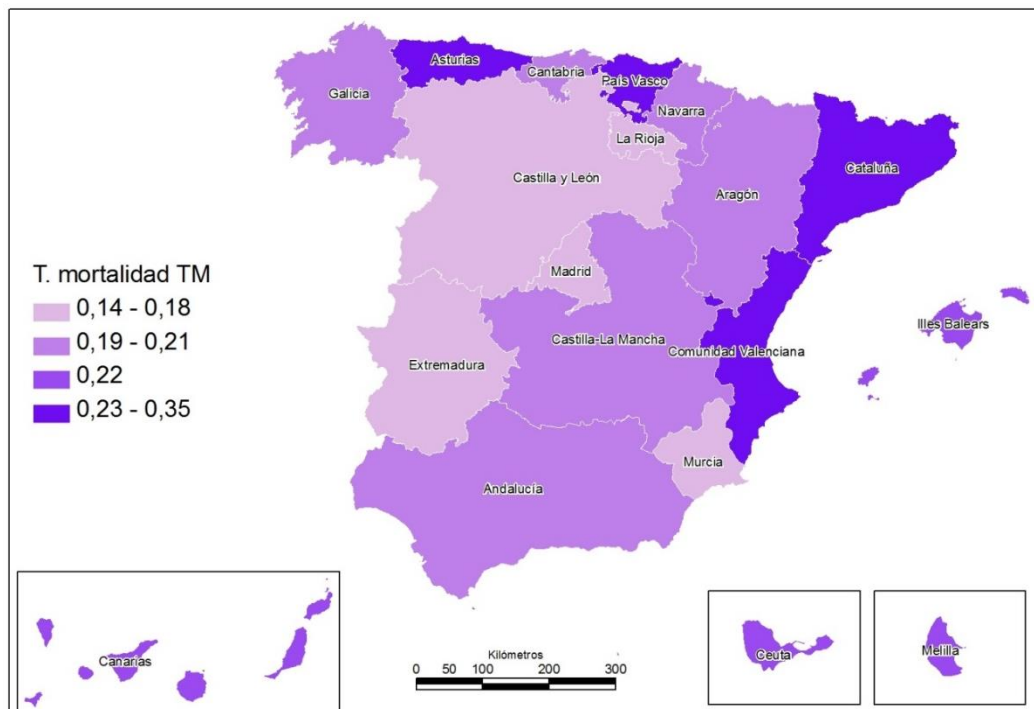
En España en el año 2007, las muertes por trastorno mental y del comportamiento por 1.000 habitantes oscilaban entre los índices de 0,35 de Asturias y 0,14 de Madrid, quedando distribuidas de la siguiente manera por Comunidades Autónomas:

Entre los índices de mayor valor, es decir entre 0,23 y 0,35 están las Comunidades de Asturias, Cataluña, Comunidad Valenciana y País Vasco. A continuación las Comunidades con índices de 0,22 que son Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla.

En tercer lugar las comprendidas entre los valores 0,19 y 0,21 como son: Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla La Mancha, Galicia y Navarra.

Y por último las muertes por trastorno mental y del comportamiento por 1.000 habitantes de menor índice 0,14 y 0,18 son las Comunidades de Castilla León, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja.

Mapa 22. Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento
(Muertes por trastorno mental y del comportamiento / población x 1.000)



Fuente: INE, 2007.

b) Tasa de mortalidad por suicidio

En España en el año 2007, las muertes por suicidios por cada 1000 habitantes oscilaban entre los índices de 0,12 de Asturias y 0,03 de Cantabria y Ceuta, quedando distribuidas de la siguiente manera por Comunidades Autónomas:

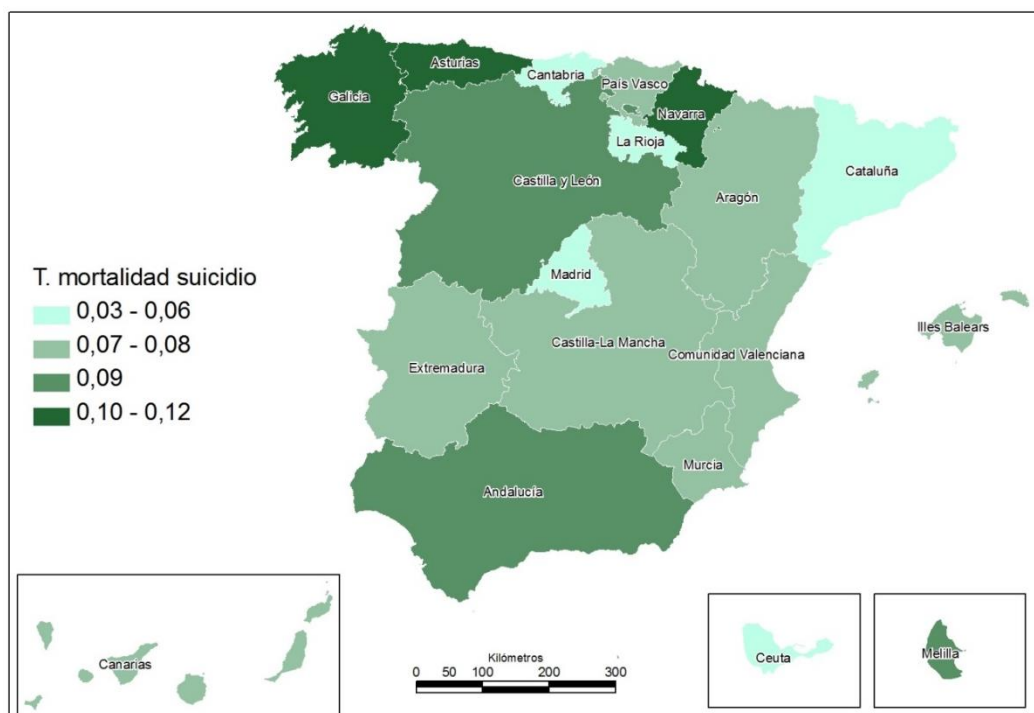
En el cuartil superior, es decir entre 0,10 y 0,12, están las Comunidades de Asturias, Galicia y Navarra.

A continuación las Comunidades con índices de 0,09 que son Andalucía, Castilla León y Melilla.

En tercer lugar las comprendidas entre los valores 0,07 y 0,08 como son: Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, País Vasco y La Rioja.

Y por último las tasas de muertes por suicidios por cada 1000 habitantes menores, entre 0,03 y 0,06, corresponden a las Comunidades de Cantabria, Cataluña, Madrid, La Rioja y Ceuta.

Mapa 23. Mortalidad por suicidio
(Muertes por suicidios / población x 1.000)



Fuente: INE, 2007.

c) Tasa de discapacidad atribuida a deficiencia mental

En España en el año 2008, la tasa de discapacidad atribuida a deficiencia mental, estaba comprendida entre los índices 26,28 y 12,18 por cada 1000 habitantes.

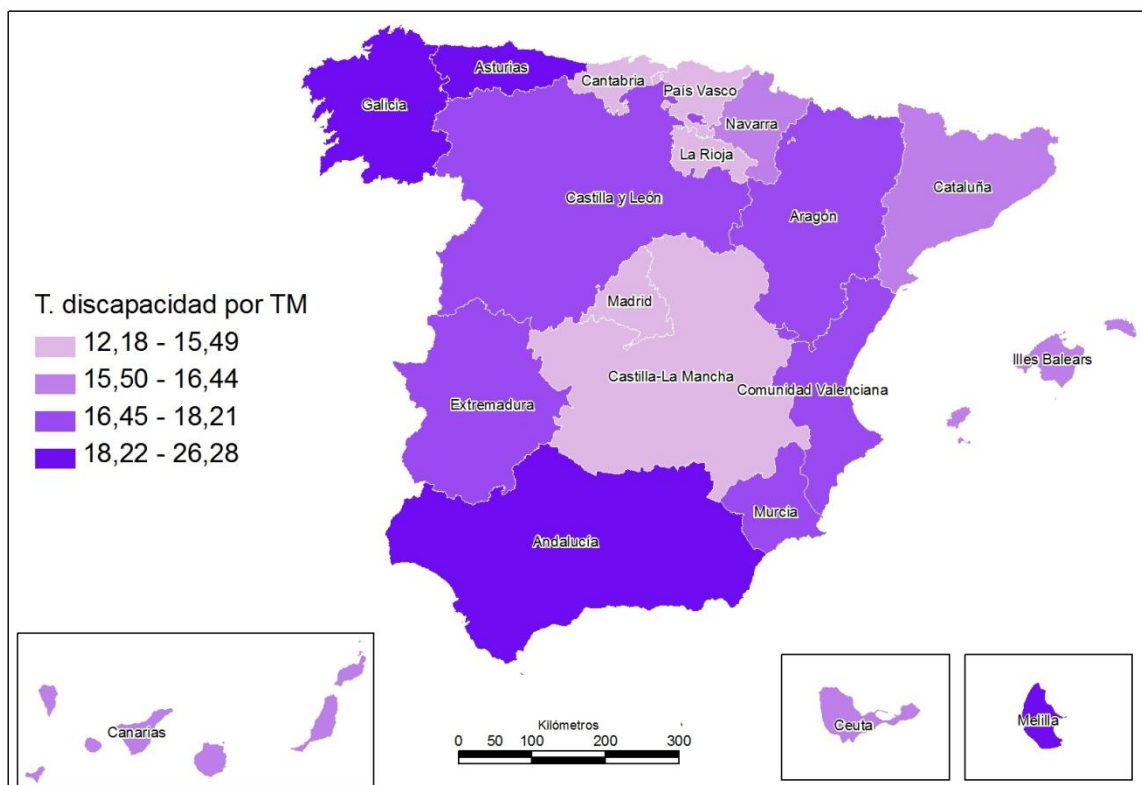
En el cuartil de los valores mayores, 18,22 a 26,28, están las Comunidades de Andalucía, Asturias, Galicia y Melilla.

Le sigue los valores entre 16,45 y 18,21 que corresponden a las Comunidades de Aragón, Castilla León, Comunidad Valenciana, Extremadura y Murcia.

A continuación están las Comunidades de Baleares, Canarias, Cataluña, Navarra y Ceuta, cuyos valores oscilan entre los 15,50 y los 16,44.

Y por último, en el cuartil inferior las Comunidades de Cantabria, Castilla La Mancha, Madrid, País Vasco y La Rioja.

Mapa 24. Tasa de discapacidad atribuida a deficiencia mental
(Personas con discapacidad por deficiencia mental / población x 1.000)



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia.
Instituto Nacional de Estadística. 2008.

5.4. Estudio de la disponibilidad territorial de los servicios estandarizados de salud mental

5.4.1. Disponibilidad territorial de servicios por CCAA

El total de servicios estudiados en las 8 CCAA asciende a 965, de ellos 762 pertenecen a sanidad, 70 al ámbito sociosanitarios (FAISEM, FISLEM), 7 al GESMA (Islas Baleares) y 118 a servicios sociales.

Estudiados por tipos de atención en las 8 CCAA tenemos:

Para población adulta

- Hospitalización de agudos (R2) y atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1): 89 dispositivos
- Hospitalización de media y larga estancia (subagudos) (R4-R7): 69 dispositivos
- Atención residencial comunitaria (R8-R11): 123 dispositivos
- Atención de día de agudos (D1.2): 75 dispositivos
- Atención de día de salud programada (D4.1): 181 dispositivos
- Atención ambulatoria programada no móvil (O8-O10): 296 dispositivos

Poblaciones específicas

- *Infanto-juvenil*
 - Hospitalización de agudos (R2) y atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1): 10 dispositivos para infanto-juvenil.
 - Hospitalización de media y larga estancia (subagudos) (R4-R7): 1 dispositivo para infanto-juvenil.
 - Atención de día de agudos (D1.2): 45 dispositivos para infanto-juvenil.
 - Atención de día de salud programada (D4.1): 8 dispositivos para infanto-juvenil.
 - Atención ambulatoria programada no móvil (O8-O10): 94 dispositivos para infanto-juvenil.
- *Mayores*
 - Hospitalización de agudos (R2) y atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1): 1 dispositivo para mayores.
 - Hospitalización de media y larga estancia (subagudos) (R4-R7): 3 dispositivos para mayores.

- Atención residencial comunitaria (R8-R11): 6 dispositivos para mayores.
 - Atención de día de salud programada (D4.1): 1 dispositivos para mayores.
 - Atención ambulatoria programada no móvil (O8-O10): 1 dispositivos para mayores.
- TCA
 - Hospitalización de agudos (R2) y atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1): 9 dispositivos para TCA.
 - Hospitalización de media y larga estancia (subagudos) (R4-R7): 3 dispositivos para TCA.
 - Atención de día de agudos (D1.2): 19 dispositivos para TCA.
 - Atención ambulatoria programada no móvil (O8-O10): 24 dispositivos para TCA.

La localización de los servicios de salud mental se ha realizado a través del contacto con los responsables de la Red de servicios en cada Comunidad Autónoma y el contacto con cada servicio tipo (por servicio tipo entendemos un dispositivo de cada clase CSM, UHP, HD etc.) a excepción de Cantabria donde se ha realizado una evaluación externa de su red y se ha evaluado servicio por servicio y Madrid y Cataluña donde se está llevando a cabo este mismo proceso que será completado a finales de 2010. Con la información proporcionada se han codificado todos los dispositivos de cada tipo en la Comunidad.

En este capítulo se describe el estudio comparado de la disponibilidad territorial de servicios estandarizados de salud mental en 8 CCAA en base a:

a-Disponibilidad de servicios, profesionales y plazas/camas

b-Descripción estandarizada de recursos

Andalucía

En Andalucía se han estudiado un total de 197 servicios de los cuales 150 dependen de la Consejería de Sanidad y 47 del ámbito sociosanitario de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM).

Los recursos sanitarios estudiados según sus tipos se describen a continuación:

- Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM): 19
- Unidades de Media Estancia: 1

- Unidades de Larga Estancia: 1
- Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM): 14
- Hospital de día de Salud Mental (HDSM): 14
- Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM): 9
- Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC): 77
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ): 14
- Unidad de psicogeriatría: 1

Los recursos sociosanitarios (FAISEM) estudiados por tipos son:

- Casas Hogar: 47

Islas Baleares

El total de los servicios estudiados en Islas Baleares es 38, de los cuales 27 dependen de la Consejería de Salud y Consumo, 7 del GESMA y 4 de Servicios Sociales.

Los recursos sanitarios estudiados por tipos, que a continuación pasamos a describir, son:

- Unidad de Hospitalización Breve (UHB): 6
- Unidad de Media Estancia (UME): 2
- Unidad de Larga Estancia (ULE): 1
- Hospital de Día (HD): 3
- Unidad de Salud Mental de Adultos (USM): 9
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ): 4
- Unidad Psicogeriátrica: 1
- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA): 1

Los recursos sociosanitarios del GESMA estudiados por tipos, que a continuación pasamos a describir, son:

- Unidad Comunitaria de Rehabilitación (UCR): 5
- Servicios de Atención Residencial Comunitaria (SARC): 2

Los dispositivos pertenecientes a servicios sociales que a continuación pasamos a describir son:

- Centros de Día (CD): 4

Cantabria

El total de los servicios estudiados en Cantabria es 20, de estos, 13 dependen del Servicio Cántabro de Salud adscrito a la Consejería de Sanidad; 1 dispositivo, la unidad de rehabilitación psiquiátrica (URP) Parayas, pertenece directamente a la Consejería de Sanidad y 6 son de Servicios Sociales.

Los recursos sanitarios estudiados por tipos, que a continuación pasamos a describir, son:

- Servicio de Psiquiatría: 1
- Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica (URP): 1
- Unidad de Hospitalización de Media y Larga Estancia (UHMyLE): 1
- Unidades de Salud Mental para Adultos (USMA): 6
- Unidades de Salud Mental Infanto- Juvenil (USM-IJ): 2
- Unidades de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA): 2

Los recursos servicios sociales (ICASS) estudiados por tipos, que a continuación pasamos a describir, son:

- Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS): 5
- Residencia Psicogeriátrica: 1
- Residencia para Trastorno Mental Grave (TMG): 1

Castilla-La Mancha

En Castilla-La Mancha se ha estudiado un total de 90 servicios. Del número total de dispositivos 60 son dependientes de la Consejería de Salud y Bienestar Social, siete de dos Diputaciones Provinciales y 23 gestionados directamente por la Fundación Socio-Sanitaria de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM).

Los recursos sanitarios estudiados por tipos son:

- Unidades de Hospitalización Breve (UHB): 6
- Unidades de Media Estancia (UME): 5
- Unidades Residenciales y Rehabilitadoras (URR): 3
- Hospital de Día (HD): 5
- Unidades de Salud Mental (USM): 21
- Consultas de Salud Mental (CSM): 13
- Unidades de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHB-IJ): 1

- Hospital de Día Infanto-Juvenil (HD-IJ): 2
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USM-IJ): 7
- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTA): 4

Los recursos sociosanitarios (FISLEM) estudiados por tipos son:

- Residencias Comunitarias (RC): 4
- Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL): 19

Cataluña

En el presente estudio se han analizado un total de 352 servicios, de estos, 322 son dependientes del Departamento de Salud y 30 pertenecen a Servicios Sociales.

Los recursos sanitarios estudiados por tipos son:

- Hospitalización Agudos (HA): 23
- Hospitalización Subagudos (HS): 18
- Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Intensiva (UHRI): 11
- Unidades de Media y Larga Estancia Mille: 12
- Hospital de Día (HD): 31
- Centro de Día (CD): 57
- Centros de Salud Mental para Adultos (CSMA): 73
- Unidades de Referencia Psiquiátrica Infantil (URPI): 4
- Unidad de Crisis de Adolescentes (UCA): 1
- Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ): 22
- Centro de Día Infanto-Juvenil (CDIJ): 7
- Centros de salud Mental Infanto-juvenil (CSM-IJ): 51
- Unidades de Prevención y Tratamiento de la Anorexia-Bulimia (TCA): 12

Los recursos de servicios sociales estudiados son:

- Residencias: 30

Madrid

En la Comunidad de Madrid se han estudiado un total de 197 servicios sociosanitarios, de los cuales 127 dependen de la Consejería de Sanidad y 70 Servicios Sociales).

Los recursos sanitarios estudiados según sus tipos se describen a continuación:

- Unidad de Hospitalización de Adultos de Breve Estancia para (UHB): 25
- Unidad de Tratamiento y Rehabilitación de Media Estancia: 4
- Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados de Larga Estancia: 5
- Hospital de Día para Adultos (HD): 13
- Centro de Salud Mental (CSM): 48
- Unidad de Hospitalización Breve de Niños y Adolescentes (UHB): 2
- Hospital de Día de Niños y Adolescentes y Centro Educativo Terapéutico (CET): 6
- Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ): 4
- Dispositivos específicos para tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria Adulta: 4
- Dispositivos específicos para tratamiento de los Trastornos de Personalidad: 3
- Dispositivos de rehabilitación y residencia para pacientes con Trastorno Mental Grave y persistente:
 - o Centro Residencial de Apoyo a la Rehabilitación en la Comunidad ARCO (RRS): 1
 - o Centro de Día (CD): 11
 - o Psicogeriatría: 1

Los recursos de servicios sociales estudiados por tipos son:

- Centro de día: 30
- Mini residencia: 16
- Centro de Rehabilitación Psicosocial: 22
- Psicogeriatría: 2

Murcia

En Murcia se han estudiado un total de 42 servicios. Del número total de dispositivos, 39 son dependientes de la Consejería de Sanidad y Consumo, y 3 pertenecen al Instituto Murciano de Acción Social (IMAS).

Los recursos sanitarios estudiados por tipos son:

- Centros de Salud mental (CSM): 14
- Unidad Psiquiátrica de Corta Estancia (UPH): 6
- Unidad Psiquiátrica de Media y Larga Estancia (URME): 3
- Unidades de Rehabilitación-Hospital de Día (UR-HD): 5
- Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ): 1

- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSM-IJ): 9
- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria: 1

Los recursos servicios sociales estudiados por tipos son:

- Residencias Psicogerítricas: 2
- Residencia para enfermos graves: 1

Navarra

En la Comunidad Foral de Navarra se han estudiado un total de 29 servicios de los cuales, 24 son dependientes del Departamento de Salud y 5 pertenecen o están concertados con Servicios Sociales.

Los recursos sanitarios estudiados por tipos son:

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de agudos (UHP): 3
- Clínica Psiquiátrica (CP) media estancia: 1
- Clínica de Rehabilitación de Salud Mental (CRSM): 1
- Unidad de Psiquiatría del H. Reina Sofía: 1
- Hospital de Día (HD): 3
- Centros de Salud Mental (CSM): 9
- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSM-IJ): 1
- Hospital de Día Infanto-Juvenil (HDIJ): 1
- Centros Psicogerítricos (CP): 2
- Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria Adultos: 1

Los recursos dependientes de servicios sociales estudiados por tipos son:

- Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS): 4

Los recursos sociosanitarios estudiados son:

- Residencias Asistidas de enfermedad mental: 2

5.4.2. Estudio comparado en 8 CCAA sobre la disponibilidad territorial de los servicios de salud mental

A continuación, pasamos a describir la comparación de los distintos tipos de dispositivos por grupos de población entre las 8 CCAA.

5.4.2.1. Disponibilidad de tipos básicos de atención residencial hospitalaria y no hospitalaria (R)

a. Población adulta

En la Tabla 11 se recoge información relativa al total de dispositivos y camas de atención residencial (hospitalaria y no hospitalaria) de adultos en las 8 Comunidades Autónomas estudiadas, también se detallan las tasas de estos dispositivos y camas por millón de habitantes de 16 a 64 años.

La descripción estandarizada de estos tipos básicos de atención de salud mental mediante el instrumento DESDE LTC (Escala para la Descripción Estandarizada de Dispositivos para Cuidados de Larga Duración) es la siguiente:

- *R2- Atención hospitalaria de agudos.*
- *R4-R7- Atención hospitalaria a medio y largo plazo.* Incluye atención hospitalaria con tiempo de estancia limitado y apoyo las 24 horas (R4), o apoyo durante alguna parte del día (R5); y atención hospitalaria con tiempo de estancia indefinido de apoyo las 24 horas (R6), o alguna parte del día (R7).
- *R8-R11- Atención residencial en la comunidad.* Incluye atención residencial con tiempo de estancia limitado y apoyo las 24 horas (R8), alguna parte del día (R9) o frecuencia inferior (R10); y atención residencial de estancia indefinida y apoyo las 24 horas (R11), alguna parte del día (R12) o frecuencia inferior (R11).

Dentro de la atención hospitalaria de media y larga estancia (no agudos) se ha incluido en la Comunidad de Madrid dos dispositivos que atienden de forma específica a los Trastornos de Personalidad.

En Cataluña no se dispone de información sobre las camas de los 30 dispositivos residenciales de estancia indefinida (R11).

Tabla 11. Tipos básicos de atención residencial hospitalaria y no hospitalaria (R) para adultos

ADULTOS												
CCAA	R2				R4-R7				R8-R13			
	TBA R2		Camas R2		TBA R4-R7		Camas R4-R7		TBA R8-R13		Camas R8-R13	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	19	2,80	848	125,12	2	0,30	50	7,38	61	9,00	1004	148,13
Islas Baleares	6	6,65	102	113,12	3	3,33	83	92,05	2	2,22	32	35,49
Cantabria	1	1,98	34	67,36	2	3,96	120	237,74	1	1,98	21	41,60
Castilla-La Mancha	6	3,51	139	81,23	5	2,92	119	69,54	7	4,09	432	252,45
Cataluña	23	3,70	790	127,14	42	6,76	3.036	488,62	30	4,83	No comple-tada	No comple-tada
Madrid	25	4,72	756	142,84	11	2,08	1.031	194,80	17	3,21	423	79,92
Murcia	6	5,15	118	101,29	3	2,58	114	97,86	1	0,86	88	75,54
Navarra	3	5,73	59	112,71	1	1,91	23	43,94	4	7,64	105	200,59

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención hospitalaria de agudos (R2) para adultos

En las 8 CCAA en estudio, la disponibilidad de tipos básicos de atención hospitalaria de agudos (R2) para personas adultas por millón de habitantes de 16 a 64 años, se distribuye de la siguiente manera: Islas Baleares se sitúa en primer lugar con una tasa de 6,65 dispositivos por millón de habitantes, a continuación Navarra con una tasa de 5,73 dispositivos, en el mismo nivel se incluye Murcia con 5,15 tipos básicos de atención, a continuación Madrid con 4,72 dispositivos, Cataluña con 3,70 dispositivos, Castilla-La Mancha tiene una tasa de 3,51 dispositivos, Andalucía presenta una tasa de 2,80 dispositivos y finalmente se encuentra Cantabria con una tasa de 1,98 tipos básicos de atención hospitalaria de agudos por millón de habitantes (Tabla 11, Gráfico 1, Mapa 25).

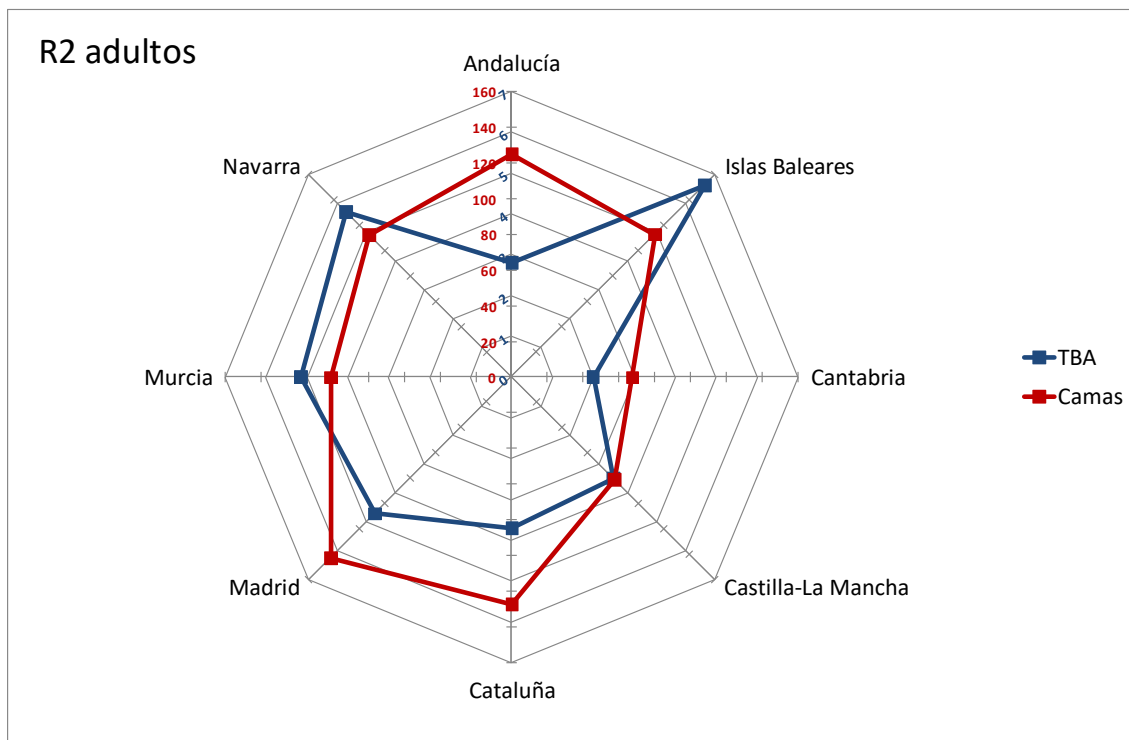
El Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B-MHCC) (Salvador-Carulla et al., 2007) descrito en Metodología, establece un rango entre 2,5 y 5 tipos básicos de atención R2 por millón de habitantes. Encontramos dentro de este rango a las CCAA de Madrid (4,72), Cataluña (situada en la media con 3,70 dispositivos), Castilla-La Mancha (3,51) y Andalucía (2,80). Por encima del rango con una sobre-disponibilidad de tipos de atención, Islas Baleares (6,65), Navarra (5,73) y Murcia (5,15). Las tasas por debajo del rango son consideradas por el grupo de expertos como infra-disponibilidad de tipos de atención, siendo esta la de Cantabria (1,98).

La disponibilidad de camas en unidades de hospitalización de agudos para adultos en las 8 Comunidades tiene sin embargo una distribución diferente. En la misma Tabla 11, Gráfico 1 y Mapa 26 también se puede apreciar la tasa de camas para hospitalización de agudos adultos en las distintas Comunidades, obteniendo de forma generalizada resultados bastante homogéneos, sería Madrid con 142,84 camas por millón de habitantes la que se situaría en primer lugar, a continuación Cataluña y Andalucía con una tasa de 127,14 y 125,12 camas respectivamente, en tercer lugar Islas Baleares y Navarra con 113,12 y 112,71 camas, en el siguiente nivel Murcia que cuenta con una tasa de 101,29 camas para hospitalización de agudos adultos, Castilla-La Mancha obtiene una tasa de 81,23 camas y finalmente Cantabria que tiene una tasa de 67,36 camas por millón de habitantes.

En este caso, todas las CCAA cumplen los criterios de atención comunitaria señalados por el grupo Psicost de tasa de camas para hospitalización de agudos (R2) de entre 90 y 200 camas por millón de habitantes, excepto Castilla-La Mancha (81,23) y Cantabria

(67,36) que estarían por debajo del rango establecido, no obstante todas están por debajo de la media situada en 145 camas, siendo Madrid la que tiene el valor más aproximado (142,84).

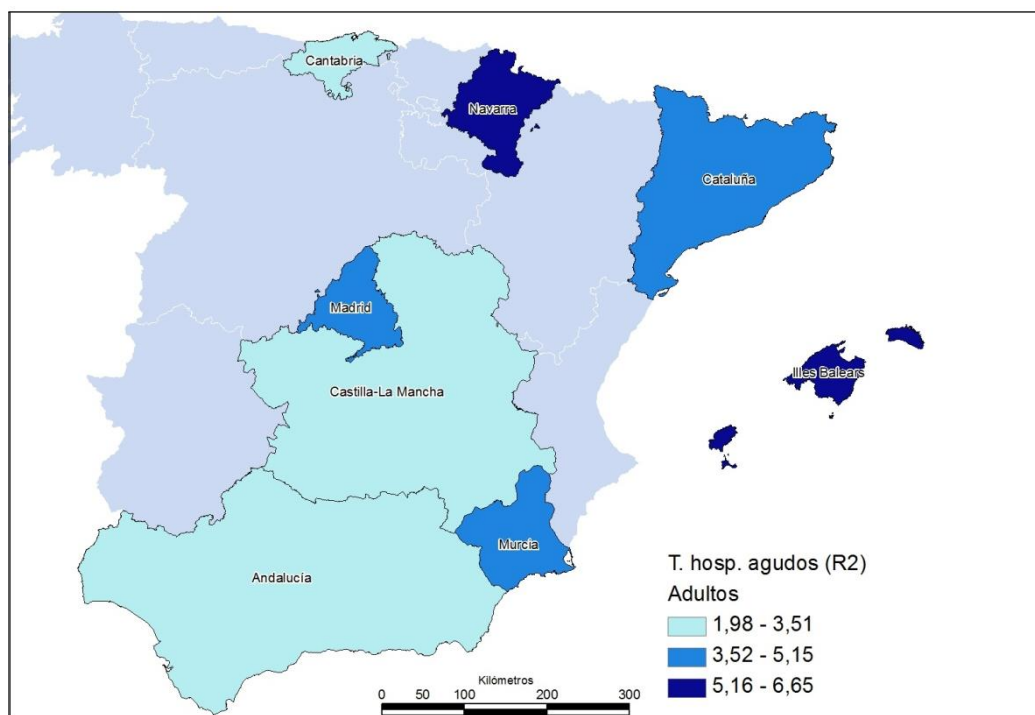
Gráfico 1. Tasa de tipos básicos de atención de hospitalización de agudos (R2) y camas para población adulta en 8 CCAA.



(Nº R2 / Población de referencia x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

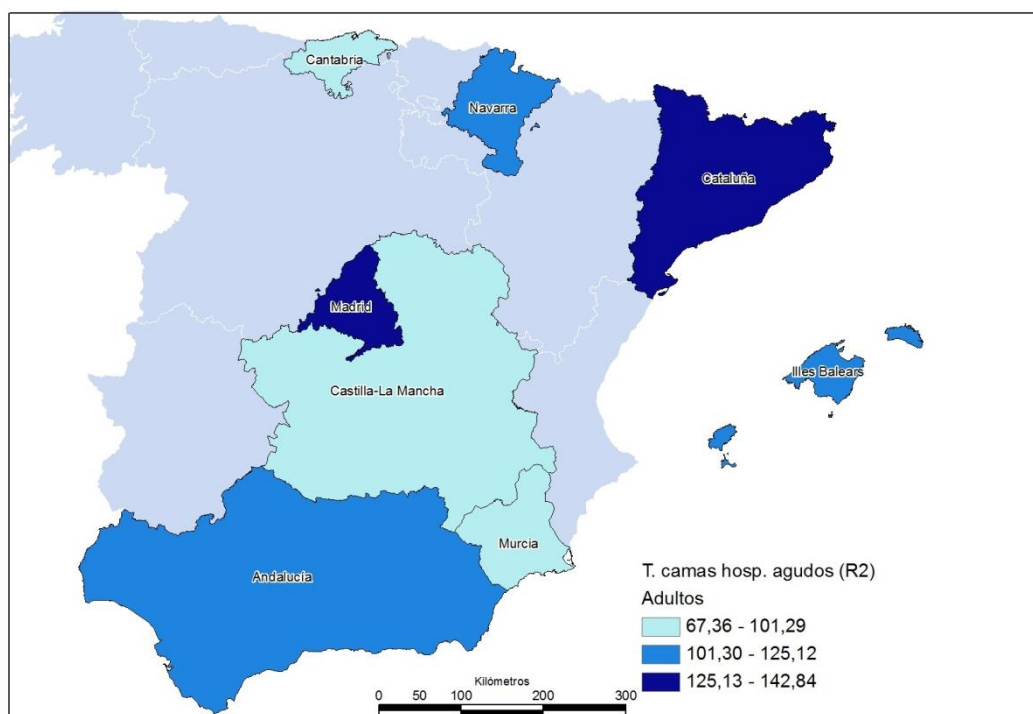
Mapa 25. Tasa de tipos básicos de hospitalización de agudos para adultos por 1.000.000 de habitantes



(Nº R2 (adultos) / Población mayor de 15 años x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Mapa 26. Tasa de camas de hospitalización de agudos para adultos por 1.000.000 de habitantes



(Nº camas R2 (adultos) / Población mayor de 15 años x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención hospitalaria de media y larga estancia (no agudos) (R4-R7) para adultos

La disponibilidad de atención de hospitalización de media y larga estancia para adultos en las 8 CCAA estudiadas por tasas de dispositivos por millón de habitantes de 16 a 64 años tiene la siguiente distribución: en primer lugar se sitúa Cataluña con el valor más alto 6,76 dispositivos, a continuación se sitúa Cantabria con 3,96 dispositivos e Islas Baleares con 3,33 dispositivos, continúan Castilla-La Mancha y Murcia ambas en el mismo plano con tasas de 2,92 y 2,58 dispositivos por millón de habitantes, siguen Madrid y Navarra con tasas de 2,08 y 1,70 tipos básicos de hospitalización de media y larga estancia y finalmente se encuentra Andalucía que cuenta con una tasa de 0,30 dispositivos por millón de habitantes (Tabla 13, Gráfico 2, Mapa 27).

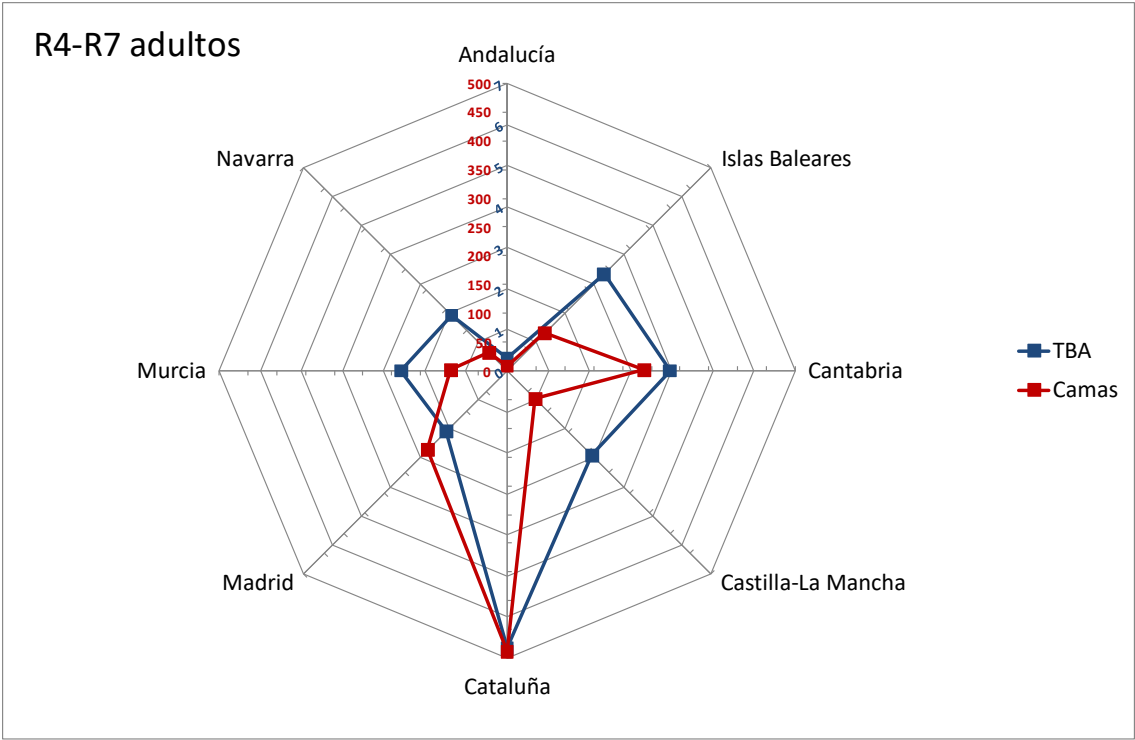
Según el Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B. MCC) el rango que se establece para atención hospitalaria a medio y largo plazo (R4-R7), es de 1,5 a 3 dispositivos. Castilla-La Mancha, Murcia, Madrid y Navarra cumplen con estos criterios, Andalucía con una tasa de 0,30 dispositivos está por debajo del límite inferior y Cataluña, Islas Baleares y Cantabria están por encima de los 3 dispositivos. Ninguna de las 8 CCAA estudiadas se sitúa en la media del rango, 2,25 dispositivos, siendo Navarra con 2,08 tipos básicos de atención de este tipo la que tiene la cifra más aproximada.

La disponibilidad de camas para hospitalización de media y larga estancia (no agudos) detalladas en la Tabla 13, el Gráfico 2 y en el Mapa 28 establece una jerarquía de Comunidades diferente a la obtenida por tasas de dispositivos, no obstante Cataluña sigue estando en primer lugar con una tasa de 488,62 camas por millón de habitantes, una cifra muy superior a la registrada en Cantabria, 237,74 camas por millón de habitantes, a continuación Madrid con 194,80 camas, siguen Murcia e Islas Baleares con tasas de 97,86 y 92,05 camas respectivamente, Castilla-La Mancha dispone de 69,54 camas por millón de habitantes, Navarra con una tasa de 43,94 camas y finalmente Andalucía con una valor significativamente menor, 7,38 camas por millón de habitantes.

En este caso solo Andalucía (7,38) se sitúa por debajo del rango establecido por el grupo Psicost para hospitalización de media y larga estancia de 30 a 130 camas, no obstante Madrid (194,80), Cataluña (488,62) y Cantabria (237,74) están por encima de los valores

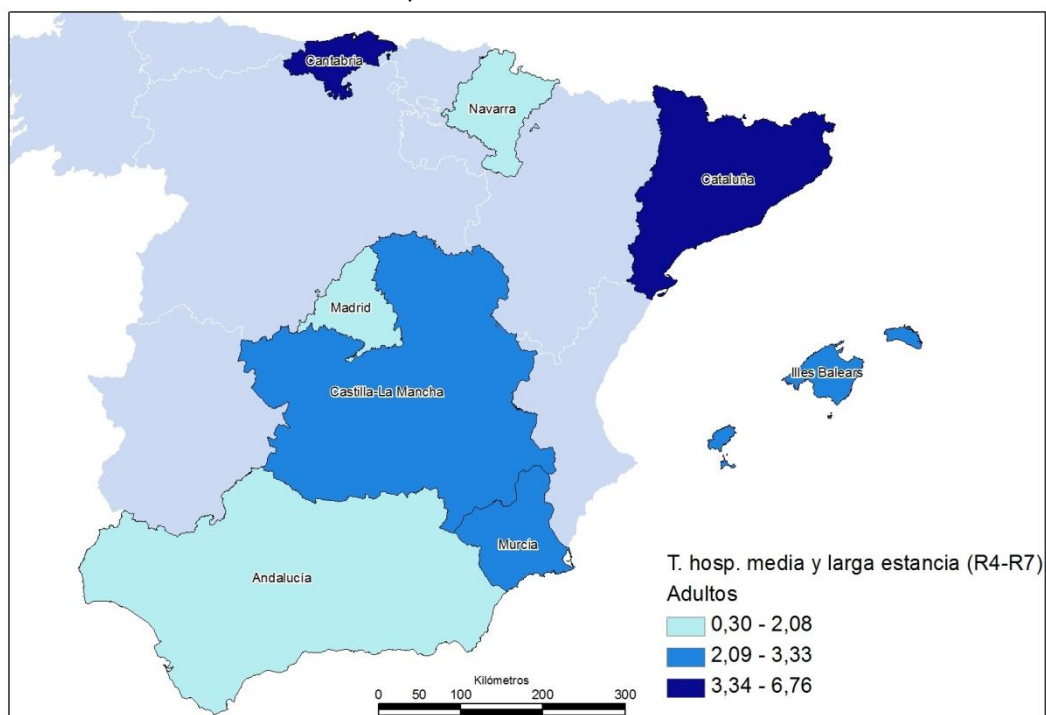
determinados. Ninguna Comunidad se sitúa en la media, 80 camas, para este tipo de atención.

Gráfico 2. Tasa de tipos básicos de atención hospitalaria de no agudos (media y larga estancia) (R4-R7) y camas para población adulta en 8 CCAA



(Nº R4-R7 / Población de referencia x 1.000.000)
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

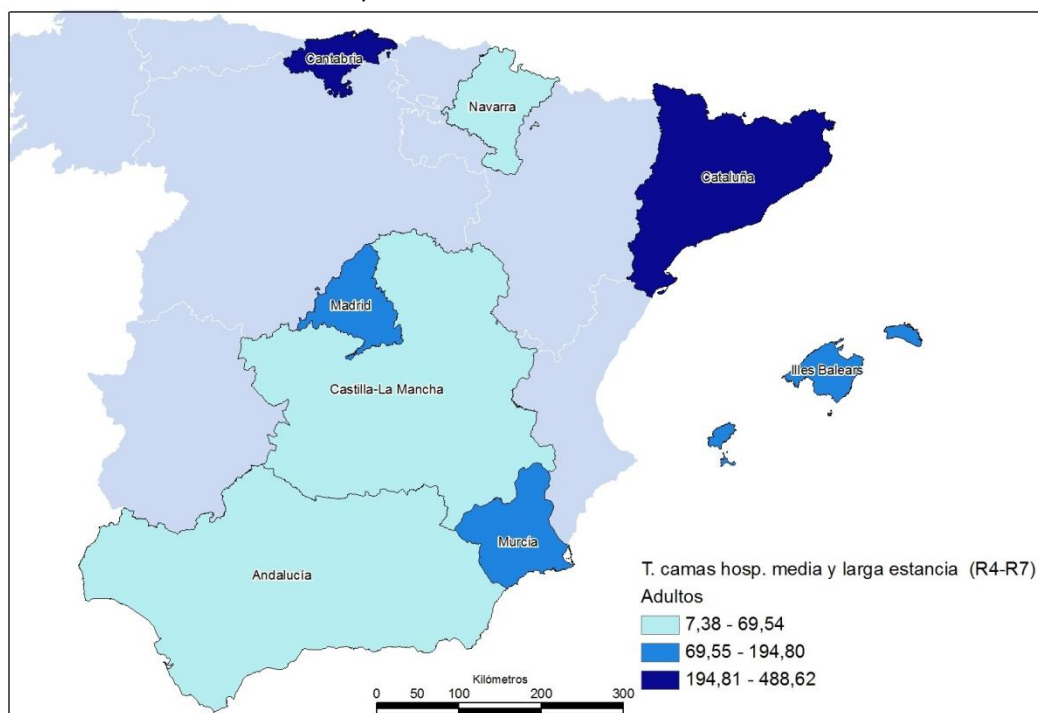
Mapa 27. Tasa de tipos básicos de hospitalización de media y larga estancia (R4-R7) para adultos por 1.000.000 de habitantes



(Nº R4-R7 (adultos) / Población mayor de 15 años x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Mapa 28. Tasa de camas de hospitalización de media y larga estancia (R4-R7) para adultos por 1.000.000 de habitantes



(Nº R4-R7 (adultos) / Población mayor de 15 años x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención residencial comunitaria (R8-R11) para adultos

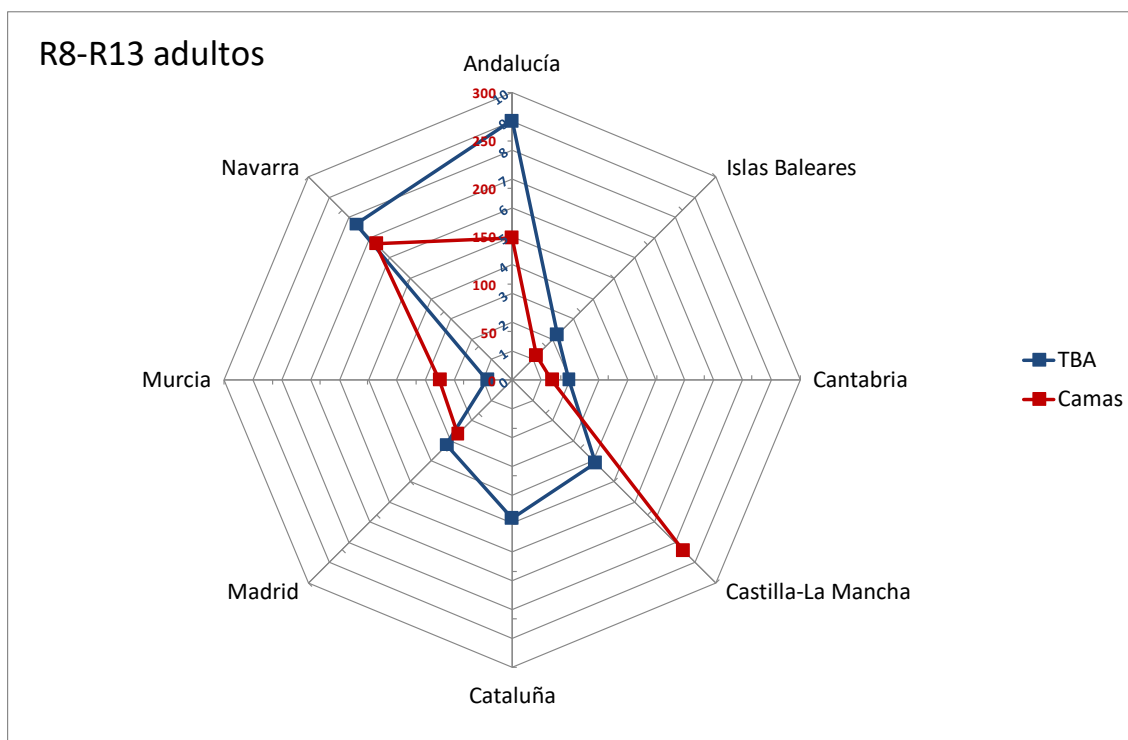
La atención residencial comunitaria (R8-R11) para población adulta de 16 a 64 años tiene una cobertura desigual en cada una de las 8 CCAA estudiadas, de esta forma la tasa más alta medida por millón de habitantes la tiene Andalucía con 9,00 dispositivos, a continuación se sitúa Navarra con una tasa de 7,64 dispositivos, las siguientes Comunidades serían Cataluña y Castilla-La Mancha con valores significativamente menores, 4,83 y 4,09 dispositivos por millón de habitantes, Madrid tiene una tasa de 3,21 dispositivos, sigue Islas Baleares con una tasa de 2,22 tipos básicos de atención residencial comunitaria, Cantabria dispone de 1,98 dispositivos por millón de habitantes y finalmente Murcia con una tasa inferior al dispositivo por millón de habitantes (0,86), (Tabla 13, Gráfico 3, Mapa 29).

Según el Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B. MCC) (tabla 3.2) la cifra que se establece para atención residencial comunitaria es >3,5 dispositivos. Cumplen con este criterio Andalucía, Navarra, Cataluña, Castilla-La Mancha y Madrid. El resto de CCAA, Islas Baleares (2,22), Cantabria (1,98) y Murcia (0,86), están por debajo del valor establecido.

La disponibilidad de camas para atención residencial comunitaria de adultos obtiene los valores más altos en Castilla-La Mancha y Navarra con tasas de 252,45 camas y 200,59 camas por millón de habitantes, en un segundo nivel se sitúa Andalucía que acumula una tasa de 148,13, a continuación Madrid y Murcia con 79,92 y 75,54 camas por millón de habitantes adultos, sigue Cantabria con una tasa de 41,60 camas y en último lugar Islas Baleares tiene una disponibilidad de 35,49 camas, no se dispone de información de camas de Cataluña para atención residencial comunitaria de adultos (Tabla 13, Gráfico 3, Mapa 30).

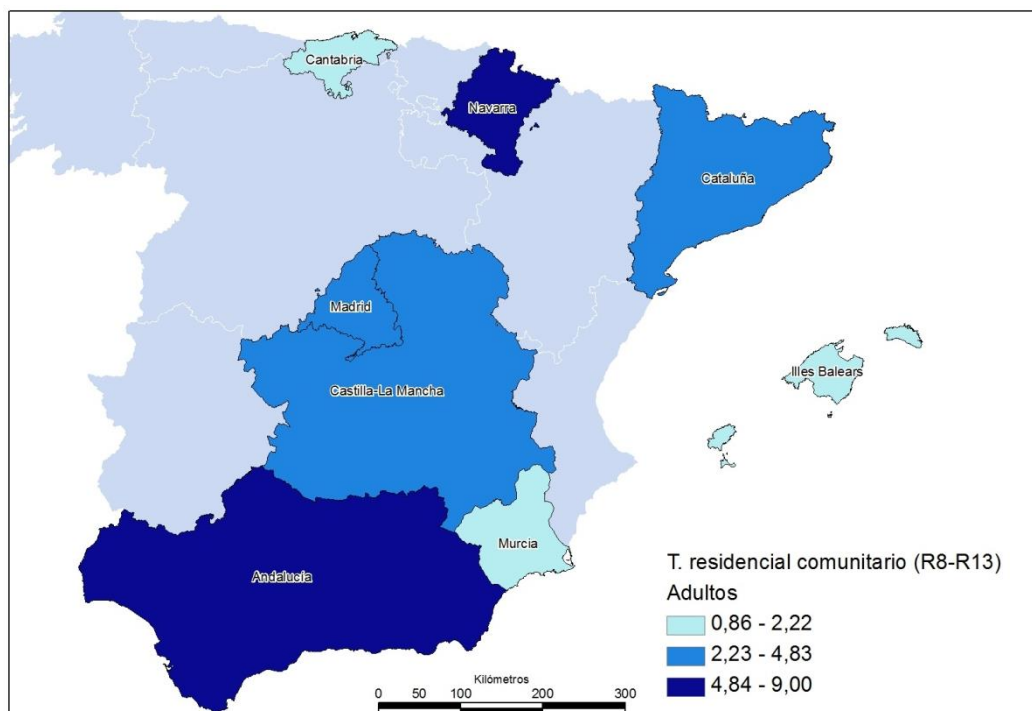
Según los criterios de atención comunitaria señalados por el grupo Psicost de tasa de camas para atención residencial en régimen de estancia indefinida no hospitalaria, todas las Comunidades deben estar por encima de las 100 camas por millón de habitantes. Cumplen con lo establecido Andalucía, Navarra y Castilla-La Mancha. Este valor está por encima de las tasas obtenidas en Madrid (79,92), Murcia (75,54), Cantabria (41,60) e Islas Baleares (35,49).

Gráfico 3. Tasa de tipos básicos de atención residencial comunitaria (R8-R11) y camas para población adulta en 8 CCAA.



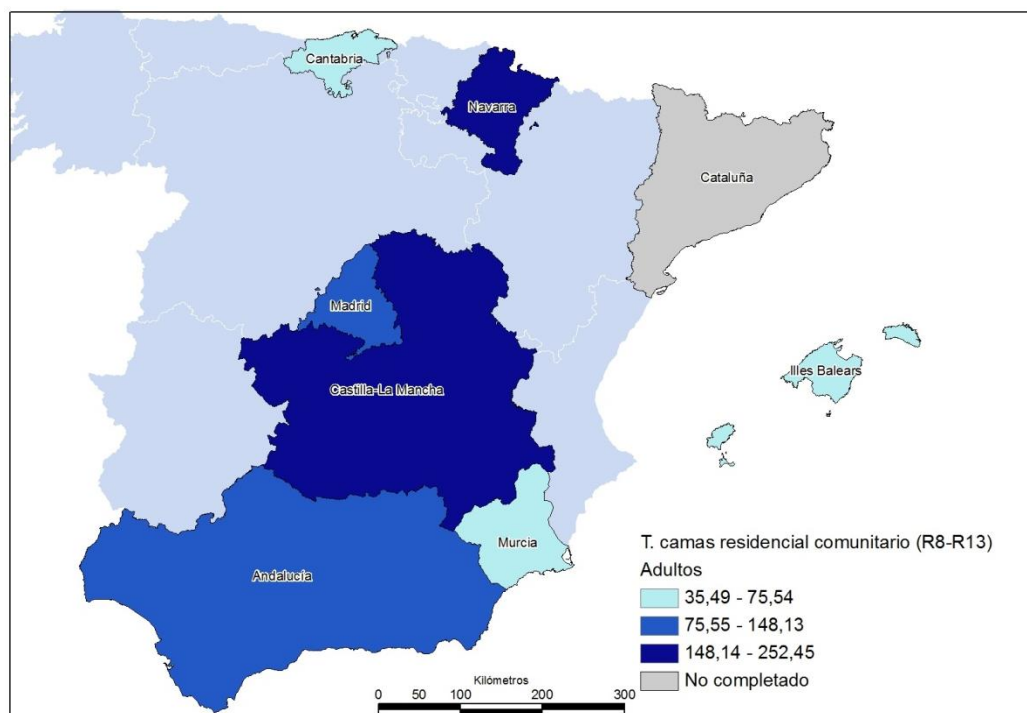
(Nº R8-R11 / Población de referencia x 1.000.000)
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Mapa 29. Tasa de tipos básicos de atención residencial comunitaria (R8-R11) para adultos por 1.000.000 de habitantes



(Nº R8-R11 (adultos) / Población mayor de 15 años x 1.000.000)
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Mapa 30. Tasa de camas de atención residencial comunitaria (R8-R11) para adultos por 1.000.000 de habitantes



(Nº camas R8-R11 (adultos) / Población mayor de 15 años x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

b. Población infanto-juvenil

Disponibilidad de tipos de atención hospitalaria de agudos (R2) infanto-juvenil

A continuación, se hace un análisis detallado de dispositivos y camas para atención hospitalaria de agudos infanto-juvenil, teniendo en cuenta totales brutos y tasas por millón de habitantes menores de 16 años, en cada una de las 8 CCAA del estudio. La descripción estandarizada del tipo básico de atención hospitalaria de agudos infanto-juvenil es la misma que para población adulta.

Para el estudio se han contabilizado únicamente aquellos dispositivos que disponen de atención específica infantil con camas y personal diferenciados, no se han considerado como tipos básicos de atención las unidades pediátricas con camas psiquiátricas, no obstante, en el cómputo general de camas por Comunidades para este tipo de atención si se han tenido en cuenta las plazas en unidades pediátricas (Tabla 12).

Tabla 12. Tipos básicos de atención residencial hospitalaria y no hospitalaria (R) para población infanto-juvenil

INFANTO-JUVENIL								
CCAA	R2				R4-R7			
	TBA R2		Camas R2		TBA R4-R7		Camas R4-R7	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	3	2,11	52	36,50	0	0,00	0	0,00
Islas Baleares	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cantabria	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Castilla-La Mancha	1	3,01	15	45,20	0	0,00	0	0,00
Cataluña	4	3,48	66	57,36	1	0,87	25	21,73
Madrid	2	2,04	39	39,84	0	0,00	0	0,00
Murcia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Navarra	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

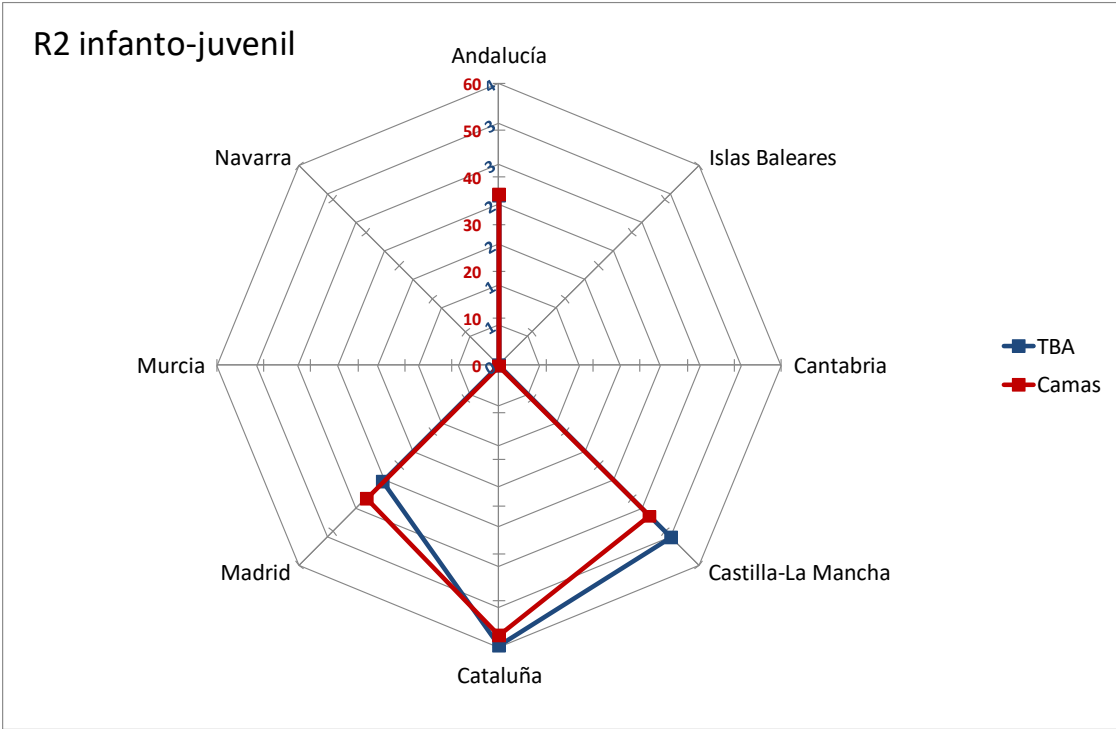
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Como se puede apreciar en la Tabla 12 y el Gráfico 4 y Mapa 31 la disponibilidad de tipos básicos de hospitalización de breve estancia (agudos) de niños y adolescentes tiene una distribución desigual en cada una de las 8 CCAA del estudio; en primer lugar con una tasa de 3,48 dispositivos por millón de habitantes, teniendo en cuenta sólo la población infanto-juvenil, se sitúa Cataluña, sigue Castilla-La Mancha con 3,01 dispositivos y en un tercer nivel Andalucía y Madrid con tasas de 2,11 y 2,04 dispositivos. En Navarra, Murcia, Islas Baleares y Cantabria, no hay oferta específica de hospitalización breve infanto-juvenil. La única Comunidad que presenta atención hospitalaria de subagudos es Cataluña con un dispositivo

La distribución de camas de hospitalización de agudos para población infanto-juvenil analizada de forma comparada en las Comunidades de estudio, ofrece resultados equivalentes a los obtenidos por tasas de dispositivos, siendo de esta forma Cataluña la Comunidad con la mayor disponibilidad con una tasa de 57,36 camas por millón de habitantes, medido en la población de referencia, en segundo lugar Castilla-La Mancha

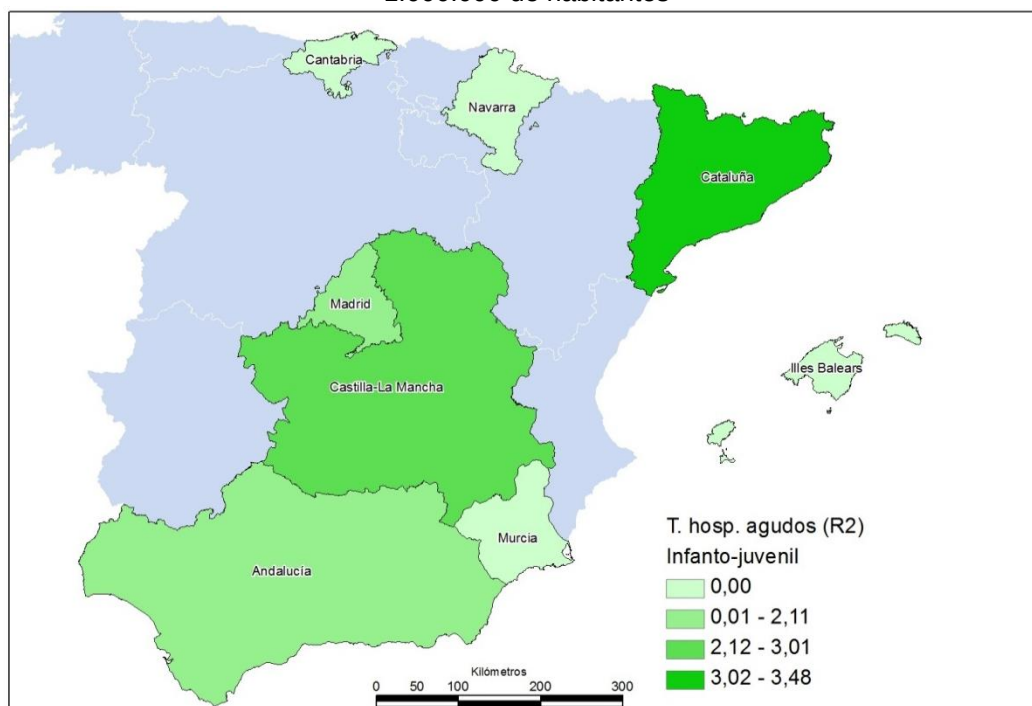
con 45,20 camas y en tercer lugar Madrid y Andalucía con 39,84 y 36,50 camas respectivamente. En el resto de Comunidades no hay disponibilidad de camas (Tabla 12, Gráfico 4, Mapa 32).

Gráfico 4. Tasa de tipos básicos de atención de hospitalización de agudos (R2) y camas para población infanto-juvenil en 8 CCAA.



(Nº R2 / Población de referencia x 1.000.000)
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

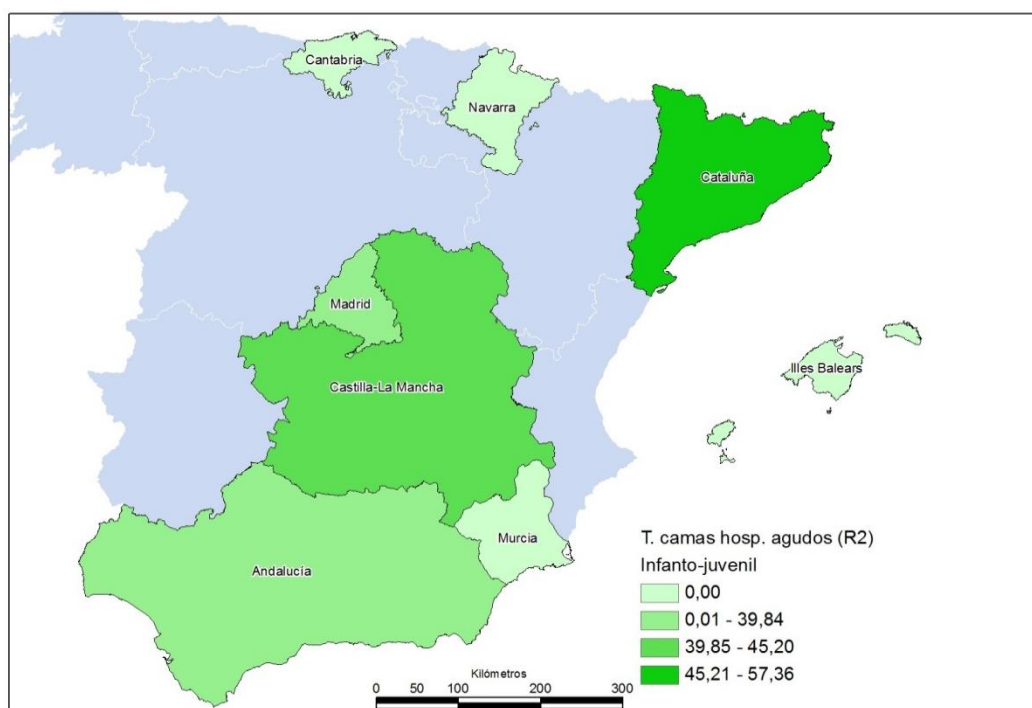
Mapa 31. Tasa de tipos básicos de hospitalización de agudos para niños y adolescentes por 1.000.000 de habitantes



(Nº R2 (infanto-juveniles) / Población menor de 16 años x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Mapa 32. Tasa de camas de hospitalización de agudos para niños y adolescentes por 1.000.000 de habitantes



(Nº camas R2 (infanto-juveniles) / Población menor de 16 años x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

c. Población mayor de 65 años

Disponibilidad de tipos de atención residencial hospitalaria y no hospitalaria (R) para mayores

En la Tabla 13, se recoge información detallada sobre dispositivos y camas de atención residencial tanto hospitalaria de agudos (R2) y no agudos (R4-R7) como no hospitalaria (R8-R11), se pueden apreciar en esta tabla datos totales de dispositivos y camas así como tasas por millón de habitantes mayores de 65 años. La descripción estandarizada para los tipos básicos de atención según el instrumento DESDE LTC cumple los mismos criterios que para adultos.

Disponibilidad de tipos básicos de atención hospitalaria de agudos (R2) para mayores

La disponibilidad de tipos básicos de hospitalización de agudos para personas mayores es limitada, únicamente Madrid cuenta con este tipo de atención de manera específica con una tasa de 1,12 dispositivos por millón de habitantes, utilizando como población de referencia personas mayores de 65 años.

Para este tipo de atención la Comunidad tiene una disponibilidad de 20,10 camas por millón de habitantes.

Disponibilidad de tipos básicos de atención hospitalaria de media y larga estancia (no agudos) (R4-R7) para mayores

De la misma forma que ocurre con la hospitalización de breve estancia (agudos) existe una disponibilidad limitada de atención hospitalaria de media y larga estancia (no agudos) siendo Navarra y Andalucía las únicas Comunidades que disponen de atención específica de este tipo para personas mayores con una tasa de 18,69 dispositivos para Navarra y mucho menor, 0,84 dispositivos por millón de habitantes, para Andalucía.

Respecto a la oferta de camas, Navarra tiene una tasa de 289,67 camas por millón de personas mayores de 65 años para este tipo de atención y Andalucía de 54,33 camas por millón de habitantes.

Disponibilidad de tipos básicos de atención residencial comunitaria (R8-R11) para mayores

La distribución de tipos básicos de atención residencial comunitaria para personas mayores es la siguiente: en primer lugar Murcia con una tasa de 10,31 dispositivos por millón de habitantes, a continuación Cantabria con 9,32 tipos básicos de atención residencial y en tercer lugar Madrid con una tasa de 2,23 dispositivos por millón de personas mayores de 65 años. El resto de Comunidades, Andalucía, Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña y Navarra, no disponen de este tipo de atención de forma específica.

La disponibilidad de camas para atención residencial comunitaria de personas mayores tiene la siguiente distribución: en primer lugar se sitúa Murcia con una tasa de 1283,32 camas, a continuación Madrid con 111,68 camas por millón de habitantes. No se tienen datos de las camas de Cantabria y Cataluña. El resto de CCAA no tiene oferta de camas específicas para este tipo de atención.

Tabla 13. Tipos básicos de atención residencial hospitalaria de agudos y no agudos (R) para mayores

MAYORES												
CCAA	R2				R4-R7				R8-R11			
	TBA R2		Camas R2		TBA R4-R7		Camas R4-R7		TBA R8-R11		Camas R8-R11	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	0	0,00	0	0,00	1	0,84	65	54,33	0	0,00	0	0,00
Islas Baleares	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	6,86	60	411,86
Cantabria	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	9,32	No completada	No completada
Castilla-La Mancha	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cataluña	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	No completada	No completada	No completada	No completada
Madrid	1	1,12	18	20,10	0	0,00	0	0,00	2	2,23	100	111,68
Murcia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	10,31	249	1283,32
Navarra	0	0,00	0	0,00	2	18,69	31	289,67	0	0,00	0	0,00

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

d. Poblaciones específicas: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Disponibilidad de tipos de atención residencial hospitalaria agudos y no agudos (R2, R4-R7) para Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

En la Tabla 14 se recoge información concerniente a cifras totales y tasas por millón de habitantes de dispositivos y camas de atención residencial de agudos (breve estancia) y no agudos (media y larga estancia) para los TCA, contemplados en las 8 CCAA de estudio.

La descripción estandarizada de estos tipos básicos de atención de salud mental mediante el instrumento DESDE LTC (Escala para la Descripción Estandarizada de Dispositivos para Cuidados de Larga Duración) describe los códigos de la misma forma que para población adulta e infanto-juvenil.

Para el estudio únicamente se han contabilizado aquellos dispositivos que tienen personal y camas independientes para atención a los TCA, no obstante, todas las CCAA incluyen en atención hospitalaria de forma genérica el tratamiento de este tipo de trastornos. En Cataluña existen dispositivos para atención hospitalaria de este tipo de trastornos pero las camas son compartidas con otro tipo de agudos por lo tanto no se han sumado.

Tabla 14. Tipos básicos de Atención Residencial Hospitalaria de agudos y no agudos (R2, R4-R7) para trastornos de la conducta alimentaria

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA								
CCAA	R2				R4-R7			
	TBA R2		Camas R2		TBA R4-R7		Camas R4-R7	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Islas Baleares	0	0,00	0	0,00	1	1,11	8	8,87
Cantabria	0	0,00	0	0,00	1	1,98	4	7,92
Castilla-La Mancha	2	1,17	9	5,26	0	0,00	0	0,00
Cataluña	6	0,97	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Madrid	1	0,19	4	0,76	0	0,00	0	0,00
Murcia	0	0,00	0	0,00	1	0,86	6	5,15
Navarra	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

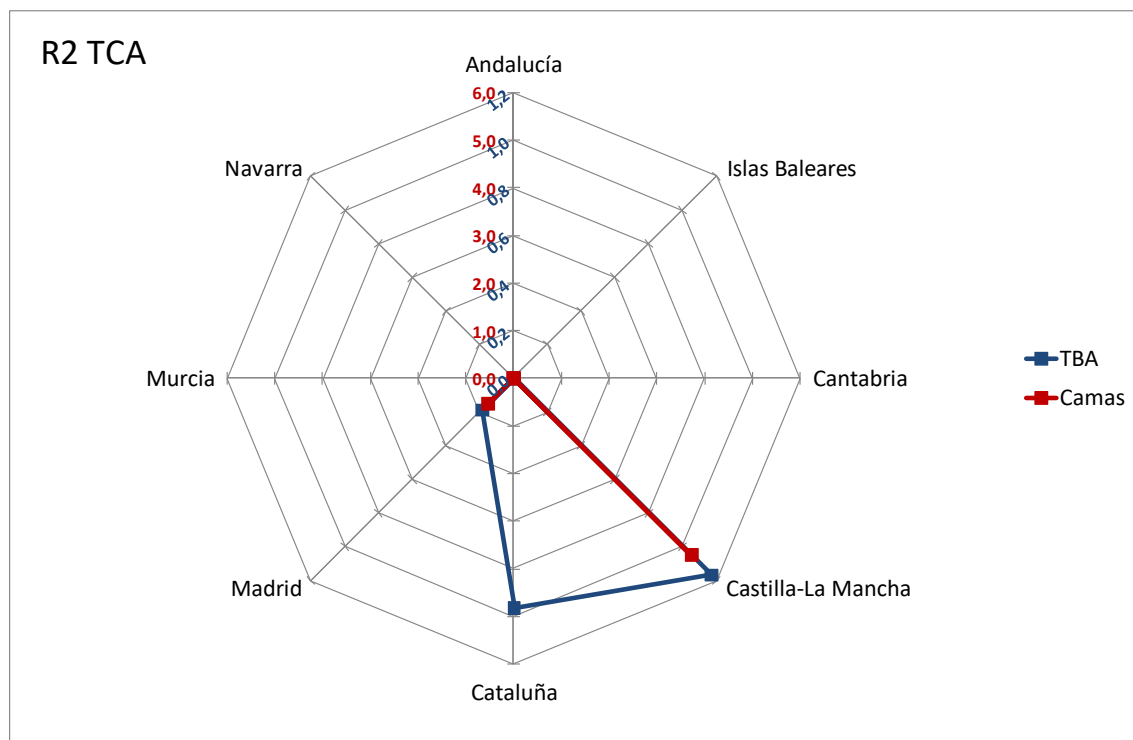
Disponibilidad de tipos básicos de atención hospitalaria de agudos (R2) para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Tal y como viene recogido en la 4.2.4 y en el Gráfico 5, la disponibilidad de tipos básicos de atención hospitalaria de agudos para TCA tendría la siguiente distribución: en primer lugar Castilla-La Mancha con una tasa de 1,17 dispositivos por millón de habitantes, en segundo lugar Cataluña con 0,97 tipos de básicos de hospitalización de agudos y finalmente Madrid con una tasa de 0,19 dispositivos. Para Andalucía, Islas Baleares, Cantabria, Murcia y Navarra, no existe disponibilidad de hospitalización de breve estancia (agudos) específica para los TCA.

La disponibilidad de camas de hospitalización de agudos para TCA tiene una distribución diferente a la estudiada por tasa de dispositivos puesto que Cataluña no dispone de camas específicas, diferenciadas de la hospitalización breve, para TCA. Castilla-La Mancha, se sitúa de nuevo en primer lugar con una tasa de 5,26 camas y en

segundo lugar Madrid con una tasa mucho más baja, 0,76 camas por millón de habitantes. No se contempla oferta de camas de forma específica para hospitalización de TCA en Andalucía, Islas Baleares, Cantabria, Murcia ni Navarra (Tabla 14, Gráfico 5).

Gráfico 5. Tasa de tipos básicos de atención de hospitalización de agudos (R2) y camas para TCA en 8 CCAA



(Nº R2 / Población de referencia x 1.000.000)
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

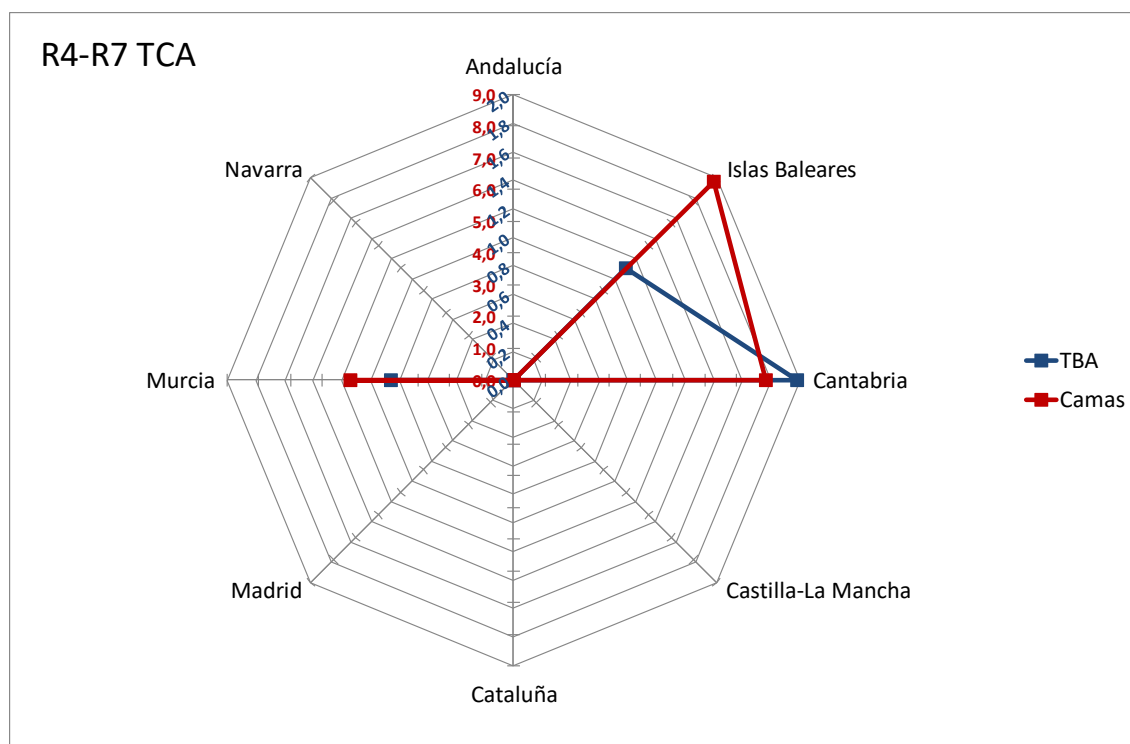
Disponibilidad de tipos básicos de atención hospitalaria de media y larga estancia (no agudos) (R4-R7) para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

La atención hospitalaria de media y larga estancia (no agudos) (R4-R7) específica para los TCA tiene una cobertura de 1,98 dispositivos por millón de habitantes en Cantabria, de 1,11 dispositivos en Islas Baleares y una tasa de 0,86 dispositivos en Murcia, el resto de CCAA, Andalucía, Castilla-La Mancha, Madrid, Cataluña y Navarra, no disponen de este tipo básico de atención (Tabla 14 y Gráfico 6).

Respecto a la distribución de camas en las 3 de las 8 CCAA estudiadas que tienen hospitalización de media y larga estancia específica para TCA, la tasa más alta la tiene Islas Baleares con 8,87 camas por millón de habitantes, a continuación Cantabria con

7,92 camas y finalmente Murcia que dispone de 5,15 camas por millón de habitantes (Tabla 14 y Gráfico 6).

Gráfico 6. Tasa de tipos básicos de atención hospitalaria de no agudos (media y larga estancia) (R4-R7) y camas para TCA en 8 CCAA.



(Nº R4-R7 / Población de referencia x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

5.4.2.2 Disponibilidad de tipos básicos de atención de día de agudos y no agudos (D)

a. Población adulta

En la Tabla 15, se analiza de forma detallada toda la información disponible sobre dispositivos y plazas de atención de día (de urgencia y programada) para adultos, se recoge información sobre totales brutos y sobre tasas por millón de habitantes de 16 a 64 años en las 8 CCAA de estudio.

La descripción estandarizada del tipo básico de atención de día de salud mental mediante el instrumento DESDE LTC (Escala para la Descripción Estandarizada de Dispositivos para Cuidados de Larga Duración) es la siguiente:

- D1.2+D4.1 *atención de día*. incluye atención de día de agudos (D1.2) y atención de día mediante actividades estructuradas de alta intensidad (al menos 4 medios días semanales) (D4.1).

Tabla 15. Tipos básicos de atención de día de agudos y no agudos (D) para adultos

ADULTOS												
CCAA	D1.2				D4.1				D1.2 + D.42			
	TBA D1.2		Plazas D1.2		TBA D4.1		Plazas D4.1.		TBA D1.2+D4.1		Plazas D1.2+D4.1	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	14	2,07	400	59,02	23	3,39	785	115,82	37	5,46	1.185	174,84
Islas Baleares	3	3,33	37	41,03	9	9,98	250	277,25	12	13,31	287	318,29
Cantabria	0	0,00	0	0,00	6	11,89	212	420,00	6	11,89	212	420,00
Castilla-La Mancha	5	2,92	100	58,44	19	11,10	1.240	724,62	25	14,02	1.340	783,06
Cataluña	31	4,99	746	120,06	57	9,17	1.733	278,91	88	14,16	2.479	398,97
Madrid	13	2,46	370	69,91	63	11,90	2.585*	488,40	76	14,36	2.955*	558,31
Murcia	5	4,29	190	163,09	0	0,00	0,00	0,00	5	4,29	190	163,09
Navarra	4	7,64	84	160,47	4	7,64	230	439,39	8	15,28	314	599,87

*Nota aclaratoria: en Madrid falta información de plazas de 10 de los 11 dispositivos de atención de día programada (D4.1) del ámbito sanitario

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) para adultos

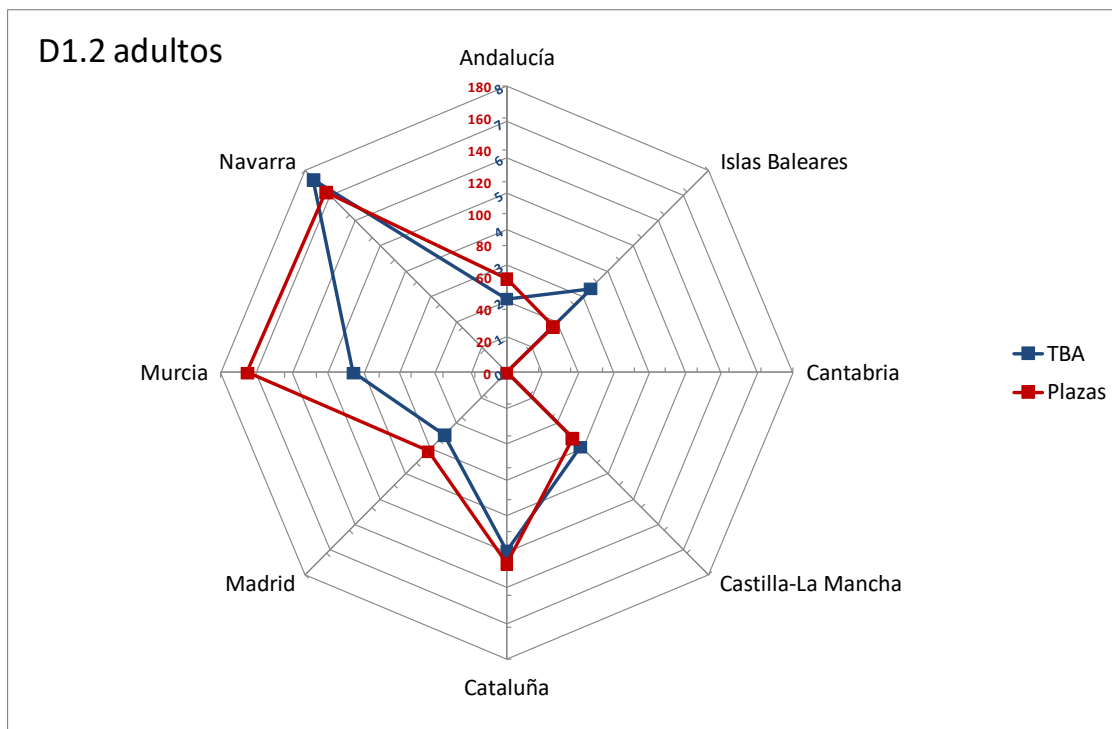
Atendiendo a la información recogida en la Tabla 15 sobre disponibilidad de tipos básicos de atención de día de agudos para población adulta y como viene reflejado en el Gráfico 7 y el Mapa 33, la Comunidad con la tasa más alta por millón de habitantes es Navarra con 7,64 dispositivos, a continuación Cataluña y Murcia con 4,99 y 4,29 tipos básicos de atención diurna de urgencia, en un tercer nivel Islas Baleares con una tasa de 3,33 tipos básicos de atención por millón de habitantes y finalmente en el mismo plano Castilla-La Mancha, Madrid y Andalucía con valores aproximados 2,92 dispositivos, 2,46 dispositivos y 2,07 dispositivos por millón de habitantes, no se ha descrito este tipo de atención en Cantabria.

El Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B-MHCC), establece un rango de 3 a 8 dispositivos para atención de día de agudos por Comunidad, de las 8 CCAA estudiadas Navarra, Cataluña, Murcia e Islas Baleares cumplen con los criterios establecidos pero ninguna se ajusta a la media del rango, 5,5 dispositivos. El resto de Comunidades, Castilla-La Mancha, Madrid y Andalucía se sitúan por debajo de los niveles descritos. Cantabria no dispone de este tipo de atención.

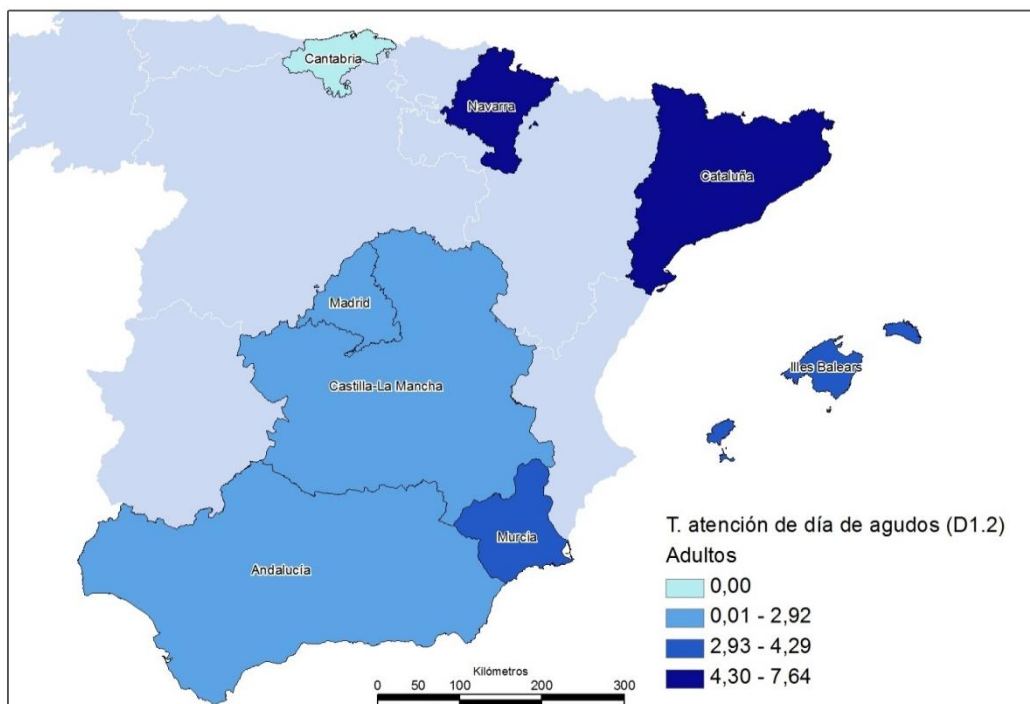
Los resultados recogidos en el Gráfico 7 y Mapa 34 sobre disponibilidad de plazas para atención de día de agudos en población adulta, sitúan a la Comunidad de Murcia en primer lugar con una tasa de 163,09 plazas por millón de habitantes, a continuación Navarra con una cifra aproximada de 160,47 plazas, sigue Cataluña con 120,06 plazas, en el siguiente nivel Madrid con una tasa de 69,91 plazas por millón de adultos, Andalucía y Castilla-La Mancha ambas cuentan con valores aproximados, 59,02 y 58,44 plazas respectivamente y finalmente Islas Baleares con una tasa de 41,03 plazas por millón de habitantes, no hay disponibilidad de plazas para este tipo de atención en Cantabria.

El rango establecido por el Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental para plazas de día de agudos oscila entre 60 y 180 por Comunidad, Murcia, Navarra, Cataluña y Madrid se encuentran dentro de estos valores, Cataluña con una tasa de 120,06 plazas por millón de habitantes se sitúa en la media del rango. Andalucía, Castilla-La Mancha e Islas Baleares tienen tasas de plazas inferiores al nivel mínimo del intervalo. Cantabria no cuenta con plazas para este tipo de atención.

Gráfico 7. Tasa de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) y plazas para población adulta en 8 CCAA.



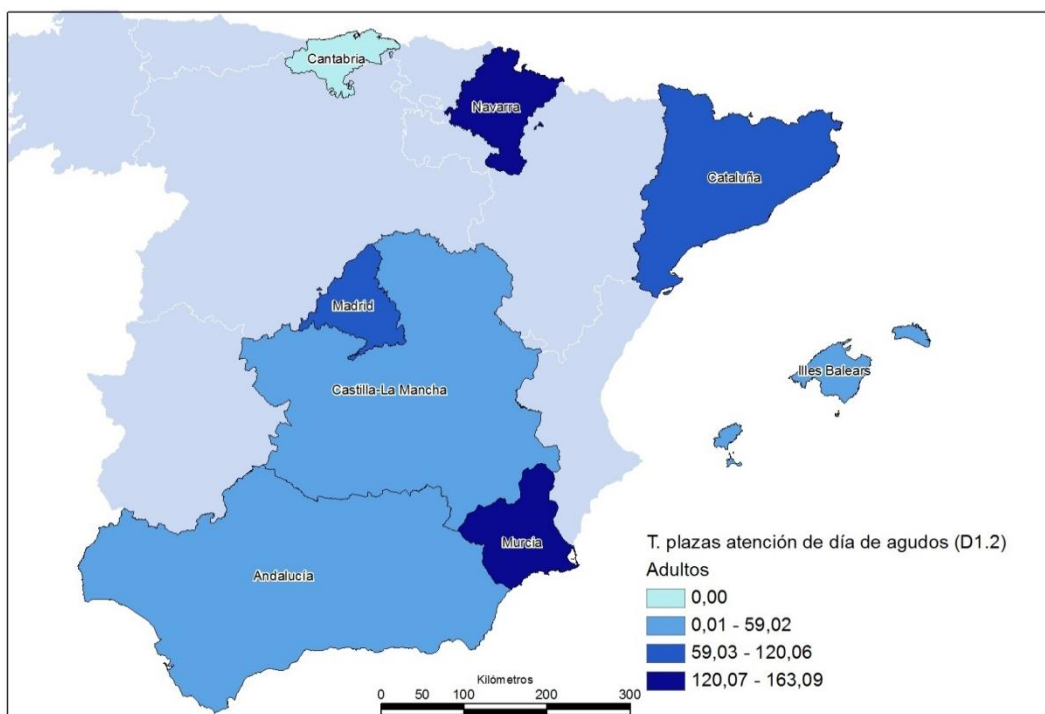
Mapa 33. Tasa de tipos básicos de atención de día de agudos para adultos por 1.000.000 de habitantes



(Nº D1.2 (adultos) / Población mayor de 15 años x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Mapa 34. Tasa de plazas de atención de día de agudos para adultos por 1.000.000 de habitantes



(Nº plazas D1.2 (adultos) / Población mayor de 15 años x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención día programada (no agudos) (D4.1) para adultos

La atención de día programada relacionada con la salud para adultos tiene en las 8 CCAA analizadas una disponibilidad mayor que la estudiada para atención de día de agudos, la distribución de dispositivos por millón de habitantes teniendo en cuenta únicamente población adulta es la siguiente: en primer lugar con la tasa más alta Madrid y Cantabria con 11,90 y 11,89 tipos básicos de atención diurna respectivamente, con una cifra aproximada sigue Castilla-La Mancha con 11,10 dispositivos por millón de habitantes, en el siguiente nivel Islas Baleares y Cataluña con tasas que comprenden los 9,98 dispositivos y los 9,17 dispositivos. Navarra, a continuación, cuenta con 7,64 tipos básicos de atención diurna por millón de adultos, a continuación se produce un salto cuantitativo y para las CCAA restantes los valores son considerablemente inferiores, Andalucía, que cuenta con una tasa de 3,39 dispositivos y Murcia que no cuenta con este tipo de atención (

Gráfico 8, Mapa 35).

Todas las CCAA cumplen los criterios establecidos por el grupo Psicost para atención de día programada (no agudos) que define un rango de 7,5 a 20 dispositivos, excepto Andalucía (3,39) cuyo valor está por debajo del límite inferior definido y Murcia que no cuenta con este tipo de atención. No obstante, ninguna Comunidad se sitúa en la media.

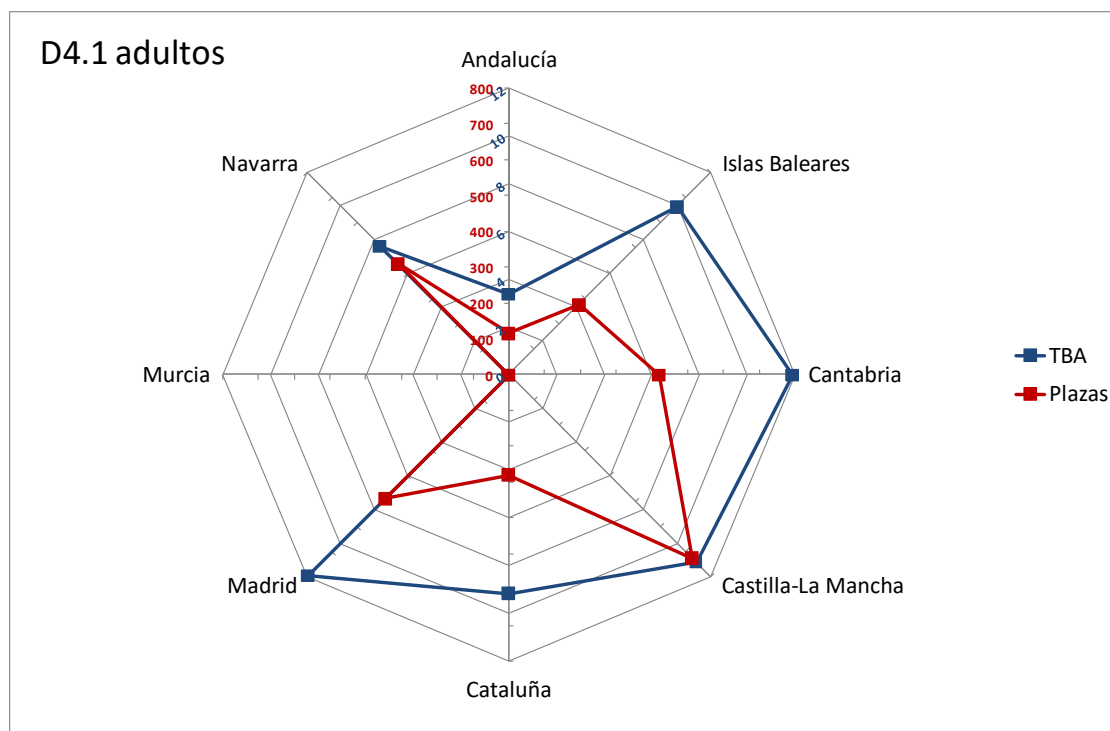
Como viene detallado en el

Gráfico 8 y el Mapa 36, la atención de día programada para personas adultas tiene una disponibilidad de plazas mayor en las 8 CCAA del estudio que la recogida para atención de día de agudos, la tasa de plazas por millón de habitantes tiene la siguiente distribución: el valor más alto lo tiene Castilla-La Mancha con una tasa de 724,62 plazas por millón de adultos para atención de día de no agudos, en segundo lugar con una tasa también muy elevada Madrid con 488,40 plazas (pese a no estar completo este dato), siguen Navarra y Cantabria con 439,39 y 420 plazas por millón de habitantes, a continuación Cataluña e Islas Baleares con una tasa de 278,91 y 277,25 plazas

respectivamente y finalmente Andalucía que dispone de 115,82 plazas para atención de día programada.

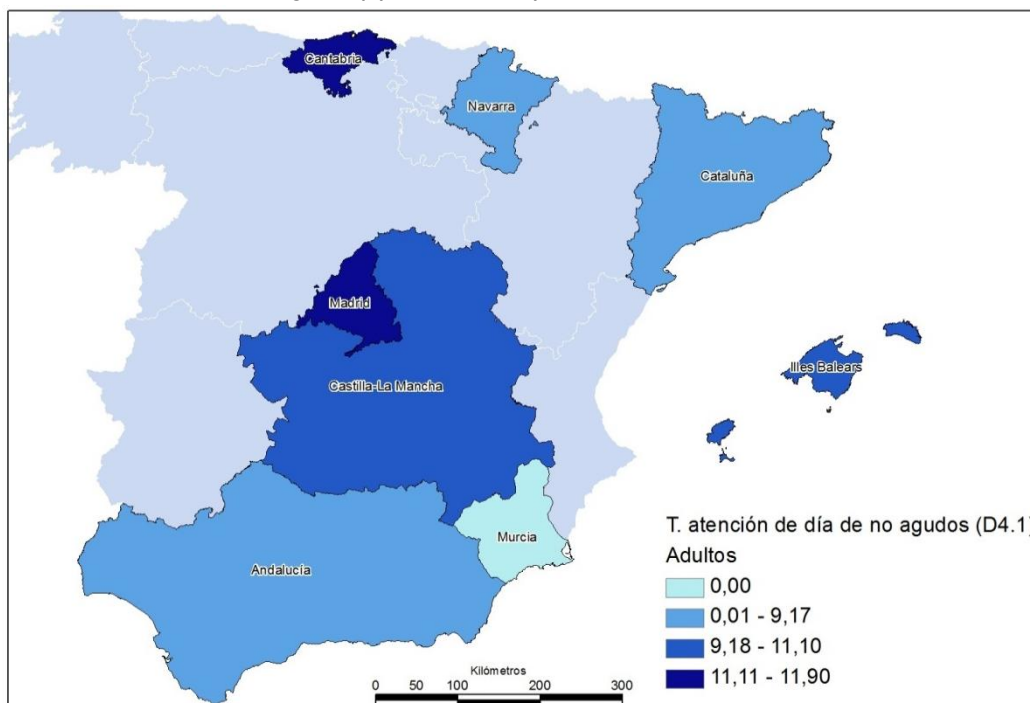
Según el Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental, el rango para atención de día programada (no agudos) está comprendido entre las 200 y las 700 plazas. Todas las CCAA se encuentran dentro de los valores definidos excepto Andalucía que está por debajo del valor mínimo (115,82). Las CCAA con tasa de plazas más aproximada a la media, 450, son Madrid, ligeramente por arriba con una tasa de 488,40 plazas y Cantabria con un valor ligeramente por debajo 439,39 plazas.

Gráfico 8. Tasa de tipos básicos de atención de día programada (D4.1) y plazas para población adulta en 8 CCAA.



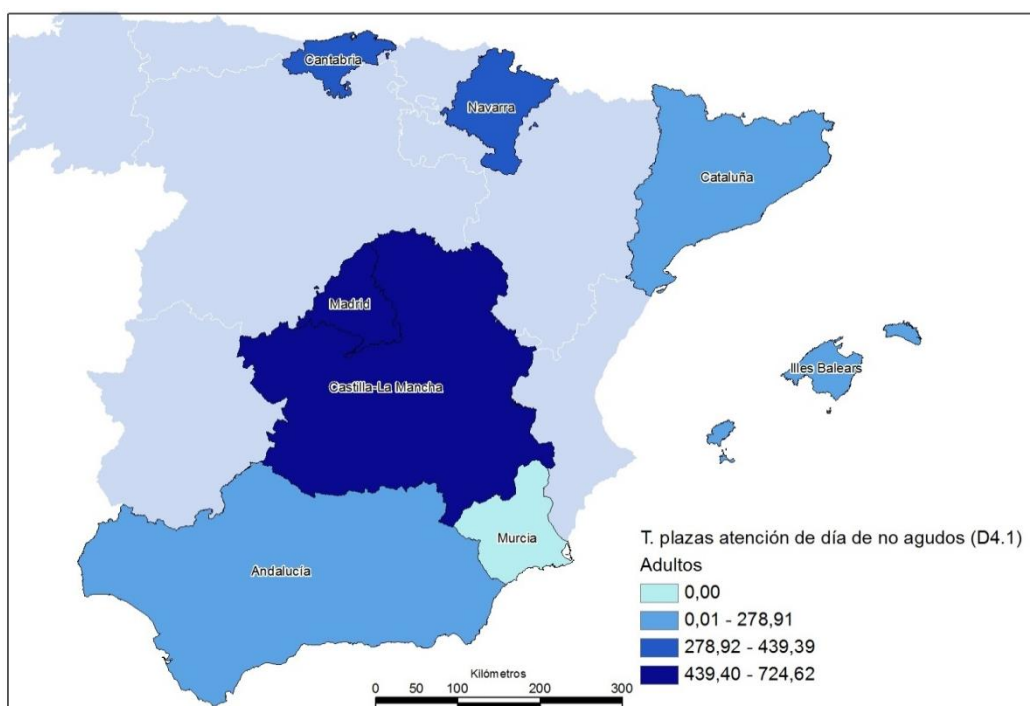
(Nº D4.1 / Población de referencia x 1.000.000)
 Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Mapa 35. Tasa de tipos básicos de atención de día programada relacionada con la salud (no agudos) para adultos por 1.000.000 de habitantes



(Nº D4.1(adultos) / Población mayor de 15 años x 1.000.000)
 Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Mapa 36. Tasa de plazas de atención de día programada relacionada con la salud (no agudos) para adultos por 1.000.000 de habitantes



(Nº plazas D4.1(adultos) / Población mayor de 15 años x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

b. Población infanto-juvenil

Disponibilidad de tipos básicos de atención de día de agudos y no agudos (D) infanto-juvenil

Como se puede comprobar en la Tabla 16, no todas las CCAA tienen una oferta de dispositivos y plazas de día específicas para el colectivo infanto-juvenil.

En la tabla adjunta se analiza de forma detallada toda la información disponible sobre dispositivos y plazas de atención de día (de urgencia y programada) para población infanto-juvenil, se recoge información sobre totales brutos y sobre tasas por millón de habitantes menores de 16 años en las 8 CCAA de estudio.

La descripción estandarizada del tipo básico de atención de día de salud mental mediante el instrumento DESDE LTC (Escala para la Descripción Estandarizada de Dispositivos para Cuidados de Larga Duración) es la misma que la detallada para población adulta.

Tabla 16. Tipos básicos de atención de día de agudos y no agudos (D) para población infanto-juvenil

INFANTIL												
CCAA	D1.2				D4.1				D1.2 + D4.1			
	TBA D1.2		Plazas D1.2		TBA D4.1		Plazas D4.1.		TBA D1.2+D4.1		Plazas D1.2+D4.1	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	14	9,83	272	190,94	0	0,00	0	0,00	14	9,83	272	190,94
Islas Baleares	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cantabria	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Castilla-La Mancha	2	6,03	35	105,47	0	0,00	0	0,00	2	6,03	35	105,47
Cataluña	22	19,12	444	385,88	7	6,08	256	222,49	30	26,07	700	608,37
Madrid	6	6,13	160	163,45	0	0,00	0	0,00	6	6,13	160	163,45
Murcia	0	0,00	0	0,00	1	3,83	18	68,93	1	3,83	18	68,93
Navarra	1	10,32	10	103,17	0	0,00	0	0,00	1	10,32	10	103,17

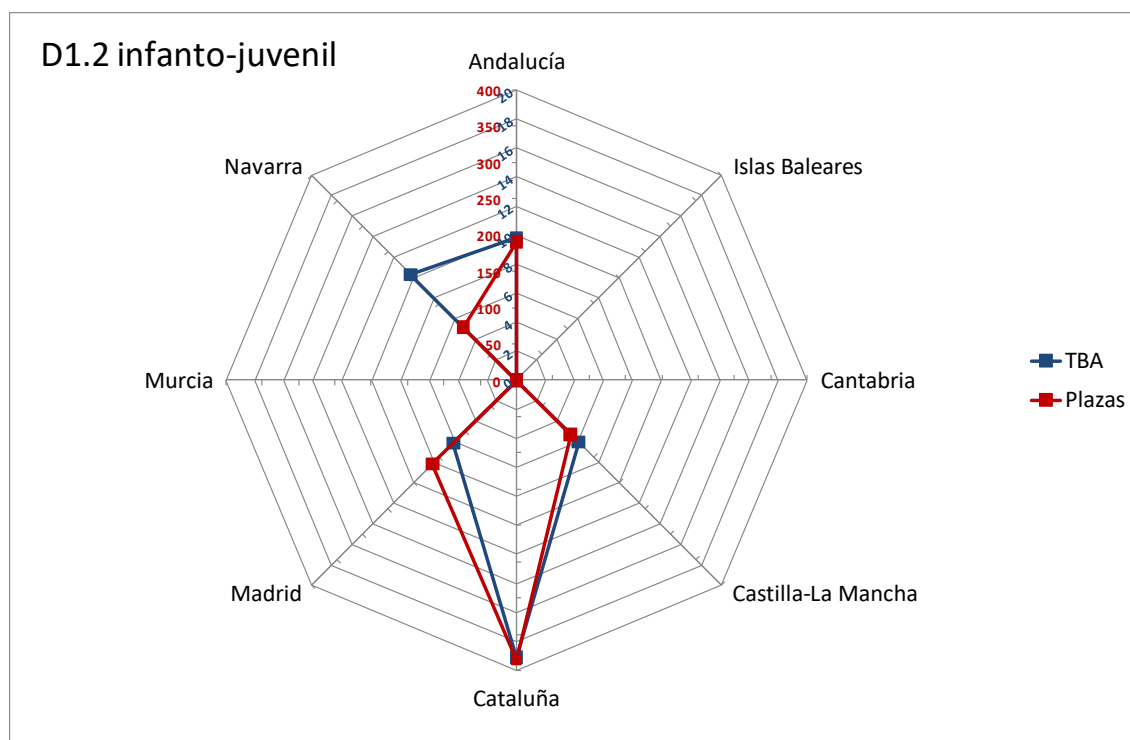
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) para población infanto-juvenil

En el Gráfico 9 y el Mapa 37, se recoge información detallada sobre el número de dispositivos por millón de habitantes para atención de día de agudos de niños y adolescentes, la Comunidad con la tasa de disponibilidad más alta es Cataluña con 19,12 tipos básicos de atención diurna por millón de infanto-juveniles, en segundo lugar con una disponibilidad significativamente menor, Navarra con 10,32 dispositivos, sigue Andalucía con una tasa aproximada, 9,83 dispositivos y finalmente Madrid y Castilla-La Mancha, ambas en un plano semejante con valores de 6,13 y 6,03 tipos básicos de atención respectivamente. Islas Baleares, Murcia y Cantabria no tienen atención diurna de agudos de manera específica para población infanto-juvenil.

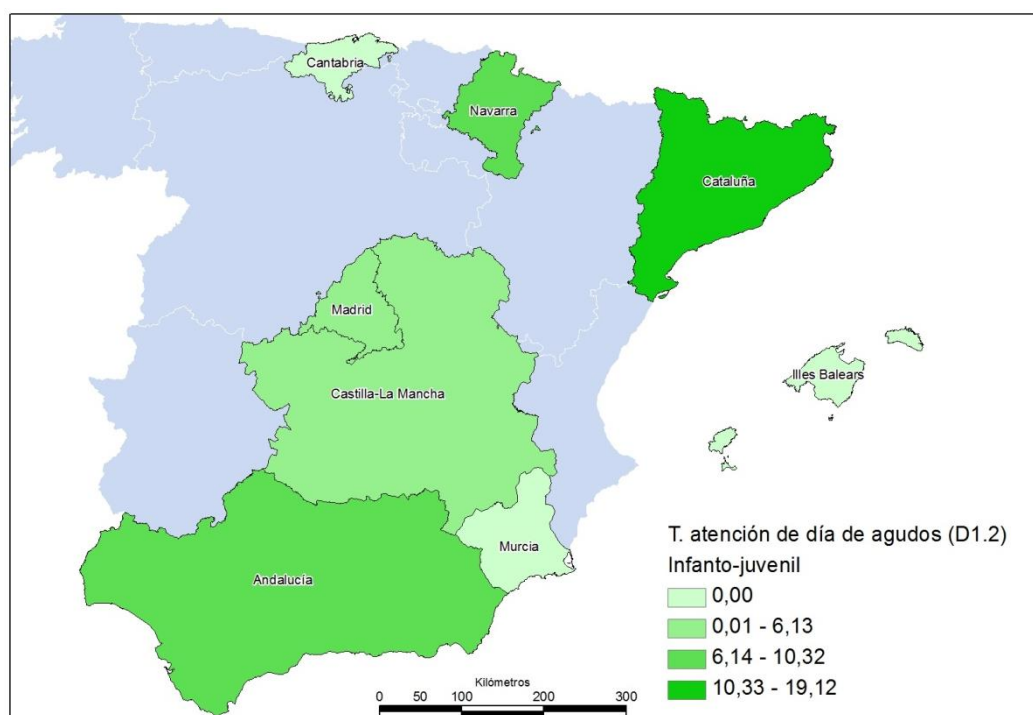
La disponibilidad de plazas de día de agudos para este grupo de población adquiere su máximo nivel en Cataluña con una tasa de 385,88 plazas por millón de niños y adolescentes, en segundo lugar se sitúa Andalucía con una tasa de 190,94 plazas, sigue Madrid con 163,45 plazas y finalmente Castilla-La Mancha y Navarra con cifras aproximadas, 105,47 y 103,17 plazas por millón de habitantes (Gráfico 9).

Gráfico 9. Tasa de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) y plazas para población infanto-juvenil en 8 CCAA.



(Nº D1.2 / Población de referencia x 1.000.000)
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Mapa 37. Tasa de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) para población infanto-juvenil por 1.000.000 de habitantes



(Nº D1.2 (infanto-juvenil) / Población menor de 16 años x 1.000.000)

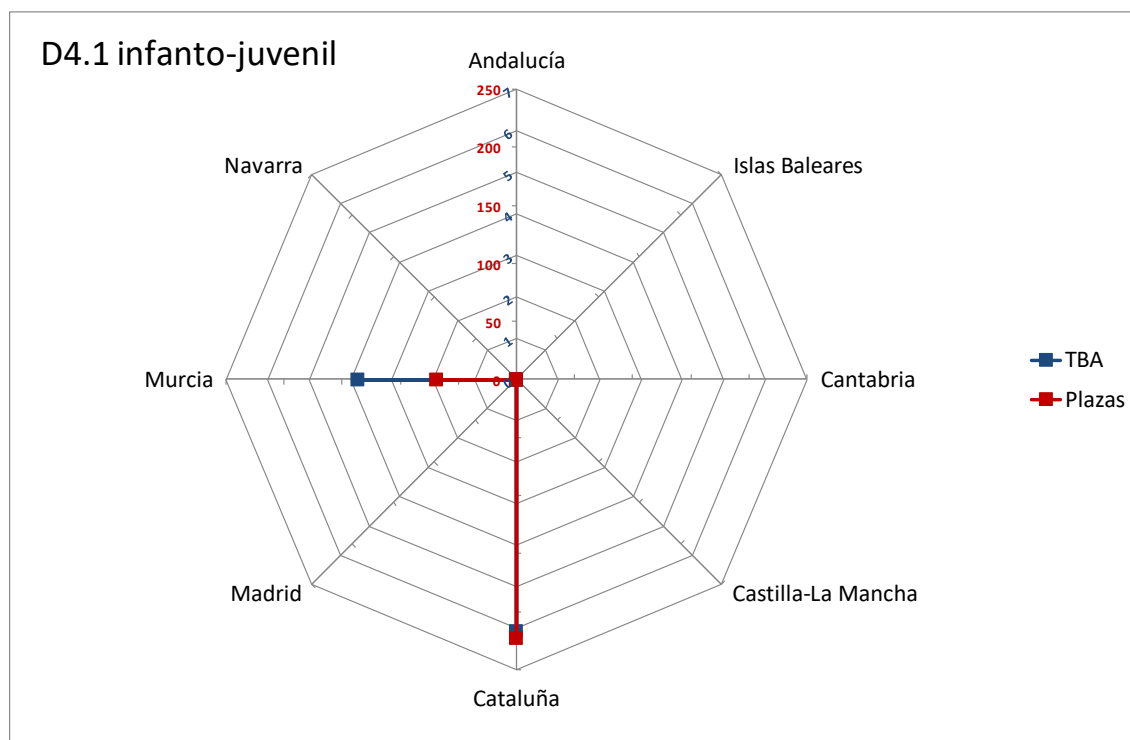
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención de día programada (no agudos) (D4.1) para población infanto-juvenil

De las 8 CCAA de estudio, únicamente 2 ofrecen atención de día programada relacionada con la salud específica para niños y adolescentes. La tasa de disponibilidad de tipos básicos de atención diurna para infanto-juveniles más alta la tiene Cataluña con 6,08 dispositivos y a continuación Murcia con 3,83 dispositivos (Gráfico 10).

La disponibilidad de plazas para atención de día programada de niños y adolescentes recogida en el Gráfico 10, se distribuye de la siguiente forma: Cataluña tiene una tasa de 222,49 plazas por millón de habitantes, teniendo en cuenta únicamente la población de referencia y Murcia tiene una tasa de 68,93 plazas.

Gráfico 10. Tasa de tipos básicos de atención de día programada (D4.1) y plazas para población infanto-juvenil en 8 CCAA.



(Nº D4.1 / Población de referencia x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

c. Población mayor de 65 años

Disponibilidad de tipos de atención de día de no agudos (D4.1) para mayores

En la Tabla 17, se recoge información detallada sobre dispositivos y camas de atención de día de no agudos (D4.1) para personas mayores, se pueden apreciar en esta tabla datos totales de dispositivos y camas, así como tasas por millón de habitantes mayores de 65 años. La descripción estandarizada para los tipos básicos de atención según el instrumento DESDE LTC cumple los mismos criterios que para adultos.

La atención de día programada (no agudos) para personas mayores sólo se describe de forma específica en Navarra que cuenta con una tasa de 9,34 dispositivos por millón de personas de referencia.

La tasa de camas para esta Comunidad es de 280,32 camas para atención de día de no agudos para personas mayores de 65 años.

Tabla 17. Tipos básicos de atención de día de agudos (D4.1) para mayores

MAYORES				
CCAA	D4.1			
	TBA D4.1		Plazas D4.1	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	0	0,00	0	0,00
Islas Baleares	0	0,00	0	0,00
Cantabria	0	0,00	0	0,00
Castilla-La Mancha	0	0,00	0	0,00
Cataluña	0	0,00	0	0,00
Madrid	0	0,00	0	0,00
Murcia	0	0,00	0	0,00
Navarra	1	9,34	30	280,32

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

d. Poblaciones específicas: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Disponibilidad de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) para Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

En la Tabla 18, se recoge información detallada sobre tipos básicos de atención y plazas de día de agudos para TCA, los datos se detallan por totales brutos y tasas por millón de habitantes de 16 a 64 años en las 8 CCAA de estudio.

La descripción estandarizada del tipo básico de atención de día de agudos para TCA mediante el instrumento DESDE LTC (Escala para la Descripción Estandarizada de Dispositivos para Cuidados de Larga Duración) es la misma que para población adulta.

Tabla 18. Tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) para TC

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA				
CCAA	D1.2			
	TBA D1.2		Plazas D1.2	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	0	0,00	0	0,00
Islas Baleares	1	1,11	15	16,64
Cantabria	2	3,96	26	51,51
Castilla-La Mancha	1	0,58	15	8,77
Cataluña	12	1,93	No completada	No completada
Madrid	2	0,19	74	13,98
Murcia	0	0,00	0	0,00
Navarra	1	1,91	30	57,31

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

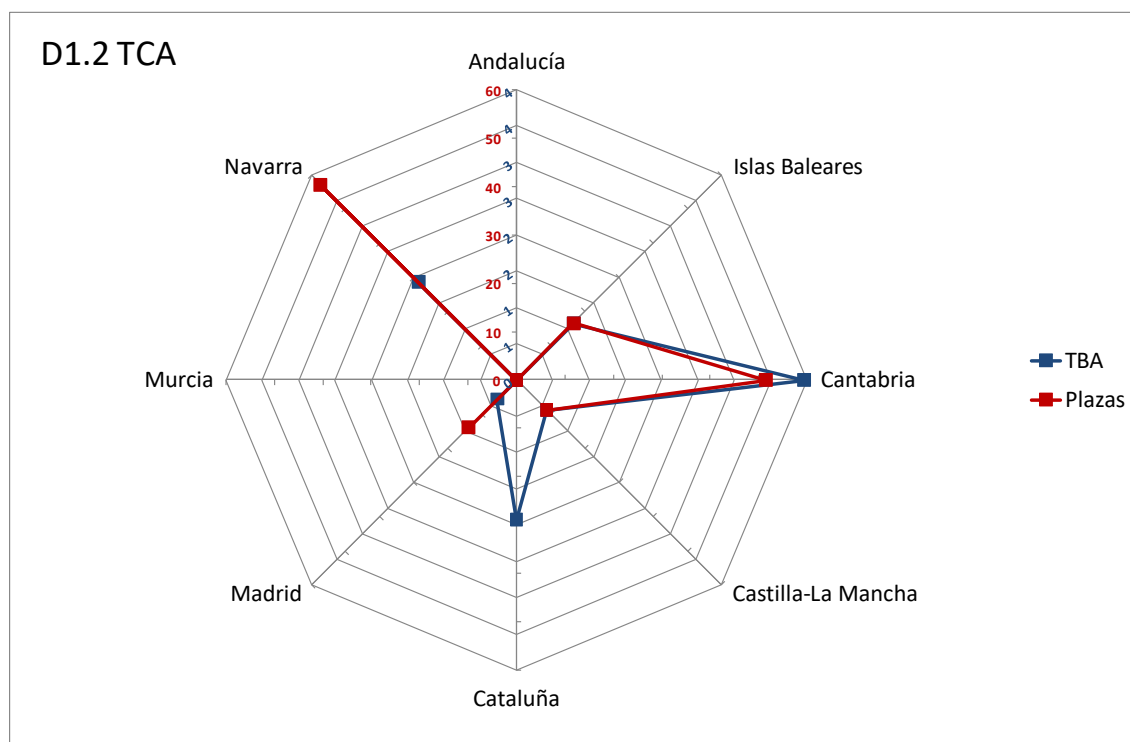
Disponibilidad de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

La disponibilidad de tipos básicos de atención de día de agudos para TCA recogida en el **Gráfico 11**, tiene la siguiente distribución: la tasa más alta la tiene Cantabria con 3,96 dispositivos por millón de habitantes, en el siguiente nivel Cataluña y Navarra con cifras aproximadas, 1,93 y 1,91 tipos básicos de atención diurna para TCA, sigue Islas Baleares con 1,11 dispositivos, Castilla-La Mancha con 0,58 dispositivos y finalmente Madrid con una tasa de 0,19 dispositivos por millón de habitantes. Andalucía y Murcia no contemplan este tipo de atención de forma específica.

En el mismo gráfico, se puede observar también la distribución de plazas para TCA en las 8 CCAA. En primer lugar se sitúa Navarra con una tasa de 57,31 plazas por millón de habitantes, a continuación Cantabria con 51,51, sigue Islas Baleares con una tasa de 16,64 plazas, Madrid con 13,98 plazas y finalmente Castilla-La Mancha con 8,77

plazas por millón de habitantes. No se dispone de información de plazas de los dispositivos de día de agudos para TCA en Cataluña. Andalucía y Murcia no cuentan con plazas específicas para este tipo de atención.

Gráfico 11. Tasa de tipos básicos de atención de día de agudos (D1.2) y plazas para TCA en 8 CCAA.



(Nº D1.2 / Población de referencia x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

5.4.2.3 Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O)

a. Población adulta

La atención ambulatoria se localiza en los centros de salud mental y como complemento a otros tipos de atención de hospitalización o de día. En la Tabla 19, se detalla la información disponible sobre atención ambulatoria de urgencia y programada en las 8 CCAA de estudio. Se especifican totales brutos y tasas de dispositivos por millón de habitantes de 16 a 64 años.

La descripción estandarizada del tipo básico de atención ambulatoria de salud mental mediante el instrumento DESDE LTC (Escala para la Descripción Estandarizada de Dispositivos para Cuidados de Larga Duración) es la siguiente:

- O3-O4. *Atención ambulatoria de urgencia (agudos) no móvil*. Dispositivos de urgencia que proporcionan atención y tratamiento inicial en respuesta a una situación de crisis, deterioro en el estado mental o físico, comportamiento o problemática social relacionada con su estado; y en los que dicha respuesta se produce normalmente en el mismo día dentro del horario laboral. O3 implica atención 24 horas y O4 horario limitado.
- O8-O10. *Atención ambulatoria no móvil de disponibilidad programada (no agudos)*. Dispositivos con capacidad para realizar contactos cara a cara con usuarios/as al menos: 3 veces por semana, (O8), frecuencia quincenal (O9) o frecuencia mensual (O10).

Tabla 19. Tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O) para adultos

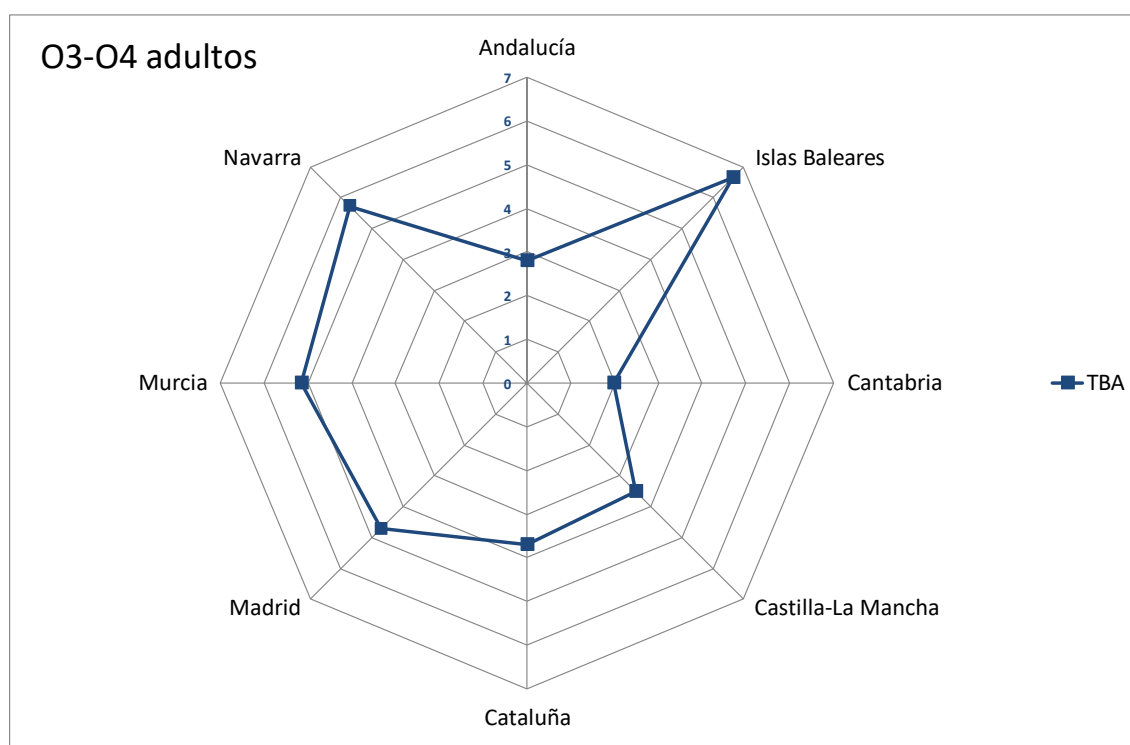
ADULTOS				
CCAA	O3-O4		O8-O10	
	TBA O3-O4		TBAO8-O10	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	19	2,80	86	12,69
Islas Baleares	6	6,65	9	9,98
Cantabria	1	1,98	6	11,89
Castilla-La Mancha	6	3,51	39	22,79
Cataluña	23	3,70	73	11,75
Madrid	25	4,72	48	9,07
Murcia	6	5,15	21	18,03
Navarra	3	5,73	14	26,75

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4) para adultos

La atención ambulatoria de urgencia no móvil se localiza en las 8 CCAA junto con la atención hospitalaria de agudos es por ello que cuenta con los mismo tipos básicos de atención y las mismas tasas. (ver R2 adultos)

Gráfico 12. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4) para población adulta en 8 CCAA.



(Nº O3-O4 / Población de referencia x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria programada (no agudos) (O8-O10) para adultos

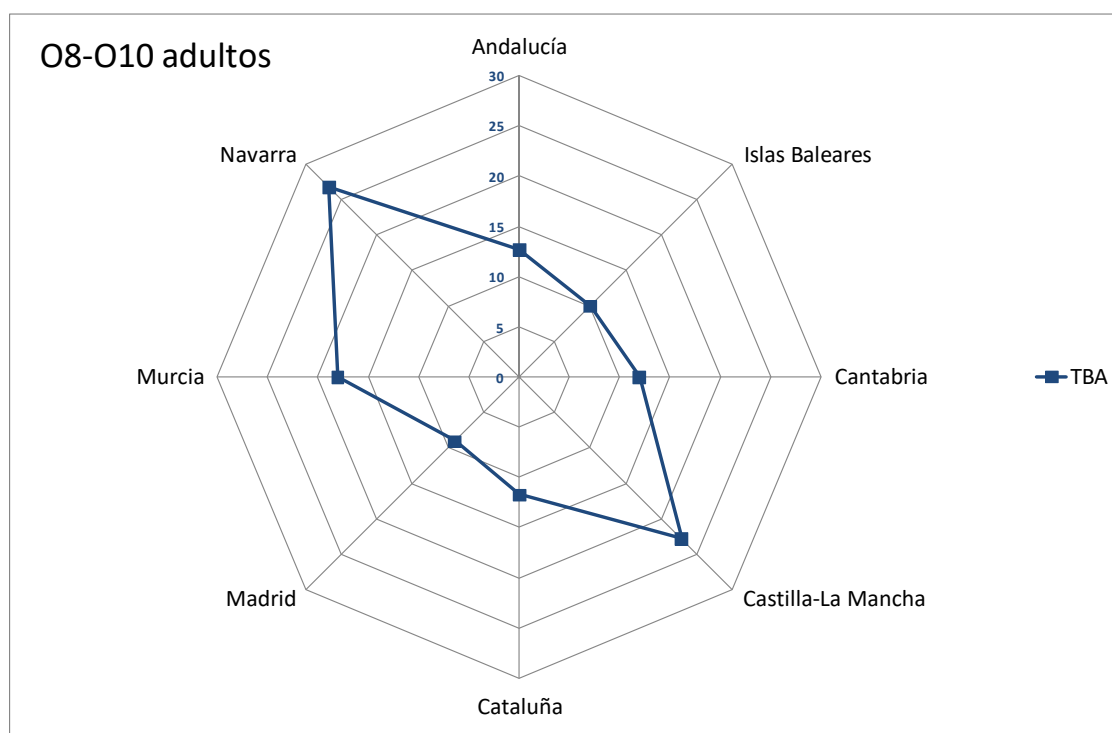
En el Gráfico 13, se recoge información sobre tipos básicos de atención ambulatoria programada (no agudos) no móvil para personas adultas. Navarra es la Comunidad con la tasa de disponibilidad más alta con 26,75 tipos básicos de atención por millón de habitantes, a continuación se sitúa Castilla-La Mancha con 22,79 dispositivos, en tercer lugar se encuentra Murcia con una tasa de 18,03 dispositivos por millón de personas adultas, sigue Andalucía con 12,69 dispositivos, Cantabria y Cataluña se sitúan en un plano semejante con 11,89 y 11,75 dispositivos respectivamente y finalmente Islas

Baleares y Madrid con una tasa de 9,98 y 9,07 tipos básicos de atención ambulatoria respectivamente.

El Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B-MHCC) (tabla 3.2), establece un rango de 8 a 13,3 dispositivos para atención ambulatoria, casi todas las CCAA cumplen estos criterios acercándose al límite superior, excepto Navarra (26,75), Castilla-La Mancha (22,79) y Murcia (18,03) que sobrepasan la cifra. Madrid con una tasa de 9,98 dispositivos es la Comunidad que se aproxima más a la media del rango, 10,65 dispositivos.

Como se puede apreciar al analizar de forma comparada la atención ambulatoria programada de adultos con el resto de tipos básicos de atención (hospitalaria de agudos y no agudos, residencial, de día de agudos y programada y ambulatoria de urgencia), es la que registra las tasas de disponibilidad de más elevadas.

Gráfico 13. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria programada (no agudos) (O8-O10) para población adulta en 8 CCAA.



(Nº O8-O10 / Población de referencia x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

b. Población infanto-juvenil

Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O) para población infanto-juvenil

De la misma forma que sucede para población adulta, la atención ambulatoria infanto-juvenil se localiza de forma independiente en los centros/unidades de salud mental de niños y adolescentes y como parte de otro tipo de atención más amplia hospitalaria o de día. Además de los recogidos de forma específica para esta población, todos los dispositivos ambulatorios estudiados para adultos también atienden niños y adolescentes.

En la Tabla 20, se detalla toda la información recogida sobre atención ambulatoria infanto-juvenil, total de dispositivos recogidos en cada una de las 8 CCAA de estudio y las tasas por millón de habitantes menores de 16 años.

La descripción estandarizada del tipo básico de atención ambulatoria de salud mental mediante el instrumento DESDE LTC (Escala para la Descripción Estandarizada de Dispositivos para Cuidados de Larga Duración) es la misma que para adultos.

Tabla 20. Tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O) infanto-juvenil

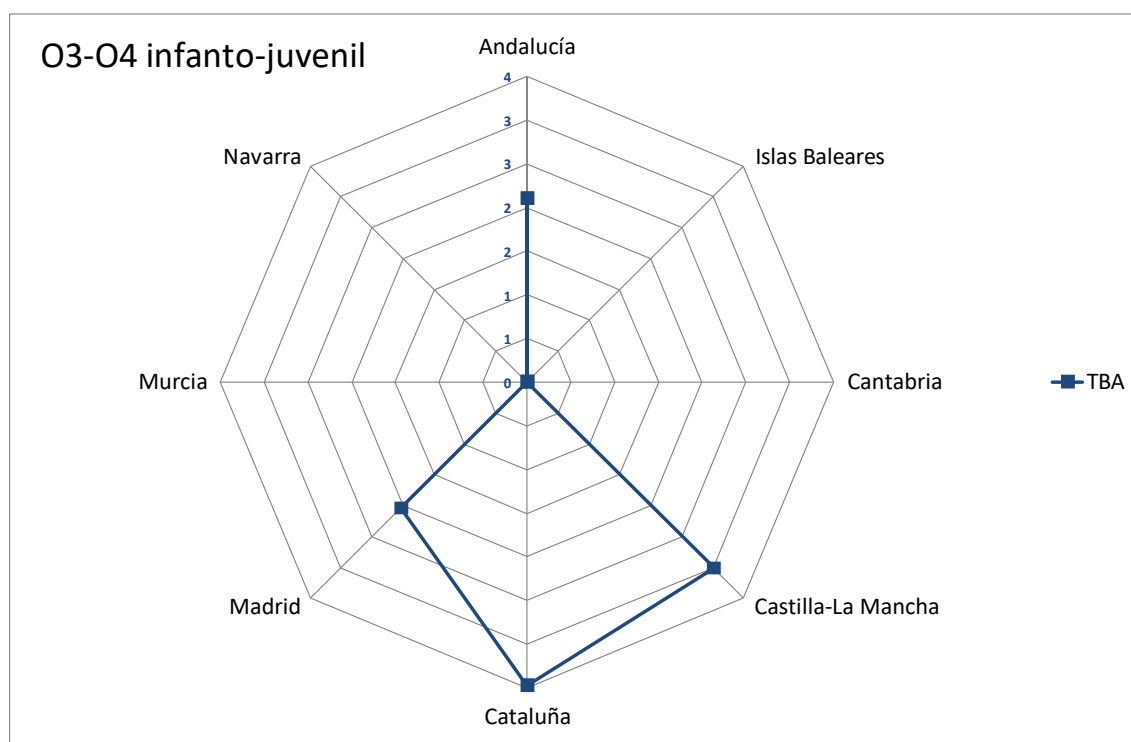
INFANTO-JUVENIL				
CCAA	O3-O4		O8-O10	
	TBA O3-O4		TBA O8-O10	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	3	2,11	14	9,83
Islas Baleares	0	0,00	4	23,37
Cantabria	0	0,00	2	25,85
Castilla-La Mancha	1	3,01	8	24,11
Cataluña	4	3,48	51	44,32
Madrid	2	2,04	4	4,09
Murcia	0	0,00	10	38,29
Navarra	0	0,00	1	10,32

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4) para población infanto-juvenil

La atención ambulatoria de urgencia no móvil (Gráfico 14) se localiza en las 8 CCAA junto con la atención hospitalaria de agudos es por ello que cuenta con los mismos tipos básicos de atención y las mismas tasas. (ver R2 infanto-juvenil)

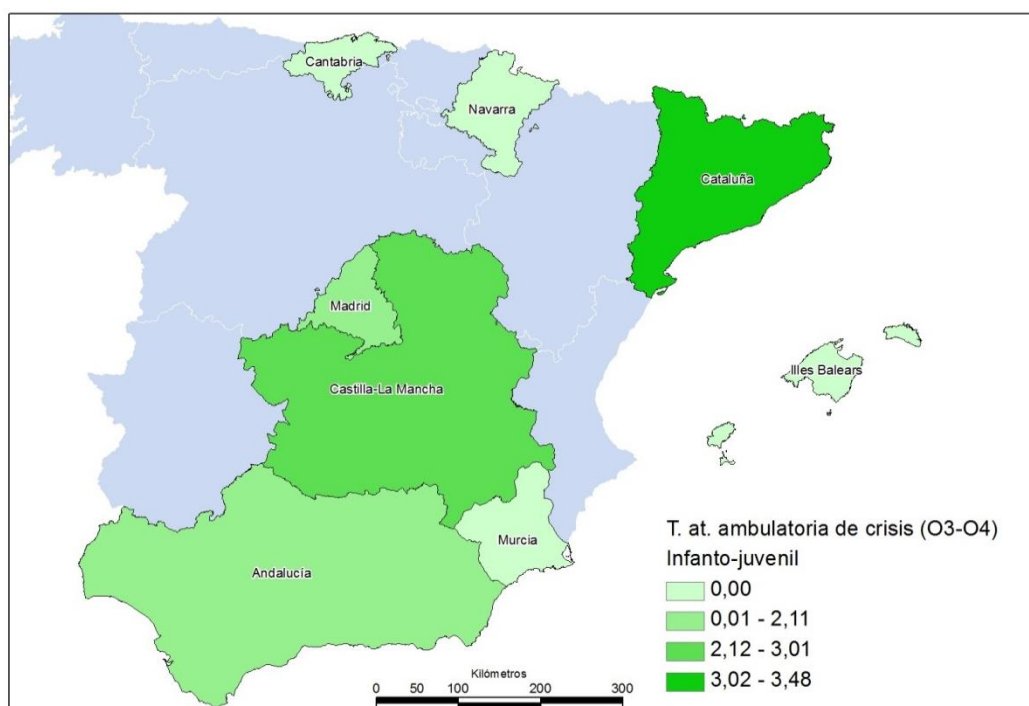
Gráfico 14. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4) para población infanto-juvenil en 8 CCAA.



(Nº O3-O4 / Población de referencia x 1.000.000)

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Mapa 38. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4) para población infanto-juvenil por 1.000.000 de habitantes



(Nº O3-O4 / Población de referencia x 1.000.000)

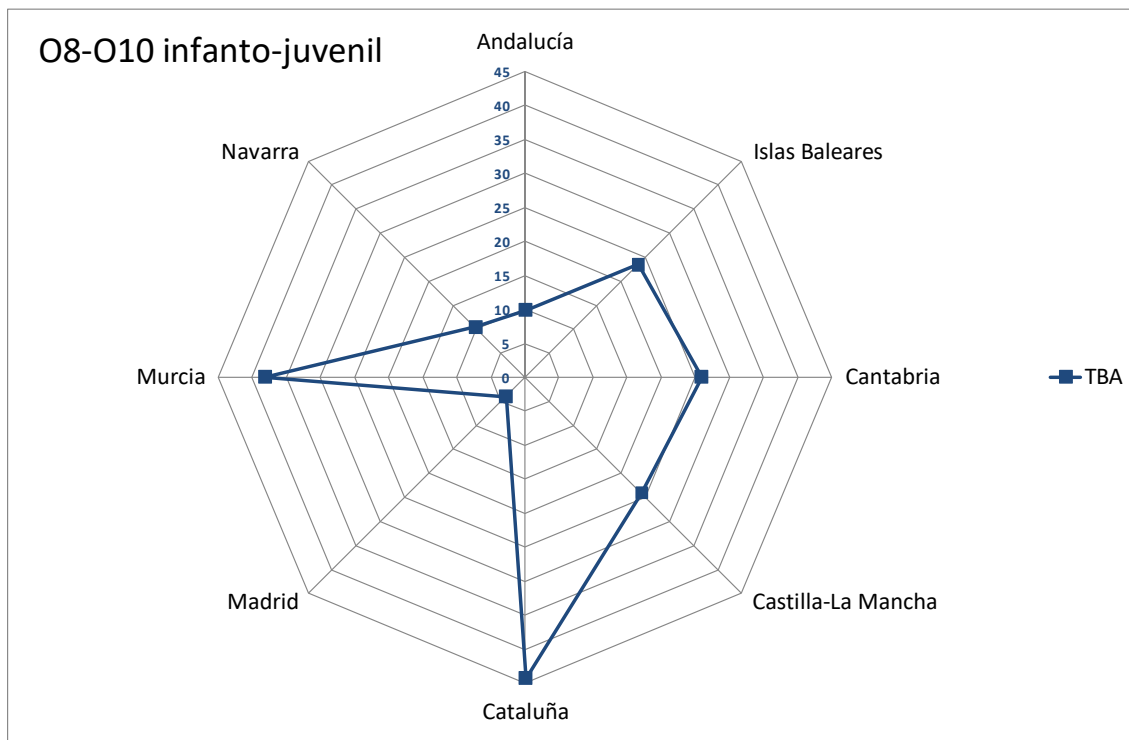
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria programada (no agudos) (O8-O10) para población infanto-juvenil

Como viene reflejado en el Gráfico 15, la disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria para población infanto-juvenil encuentra su nivel más alto en Cataluña con una tasa de 44,32 dispositivos por millón de habitantes, en segundo lugar se sitúa Murcia con 38,29 dispositivos por millón de personas menores de 16 años de la Comunidad, a continuación Cantabria con una tasa de 25,85 dispositivos, Castilla-La Mancha con 24,11 dispositivos, Islas Baleares que recoge una tasa de 23,37 tipos básicos de atención ambulatoria por millón de personas de referencia, a continuación Navarra que cuenta con 10,32 dispositivos, Andalucía dispone de 9,83 dispositivos por millón de habitantes y finalmente Madrid que cuenta con 4,09 tipos básicos de atención ambulatoria por millón de infanto-juveniles.

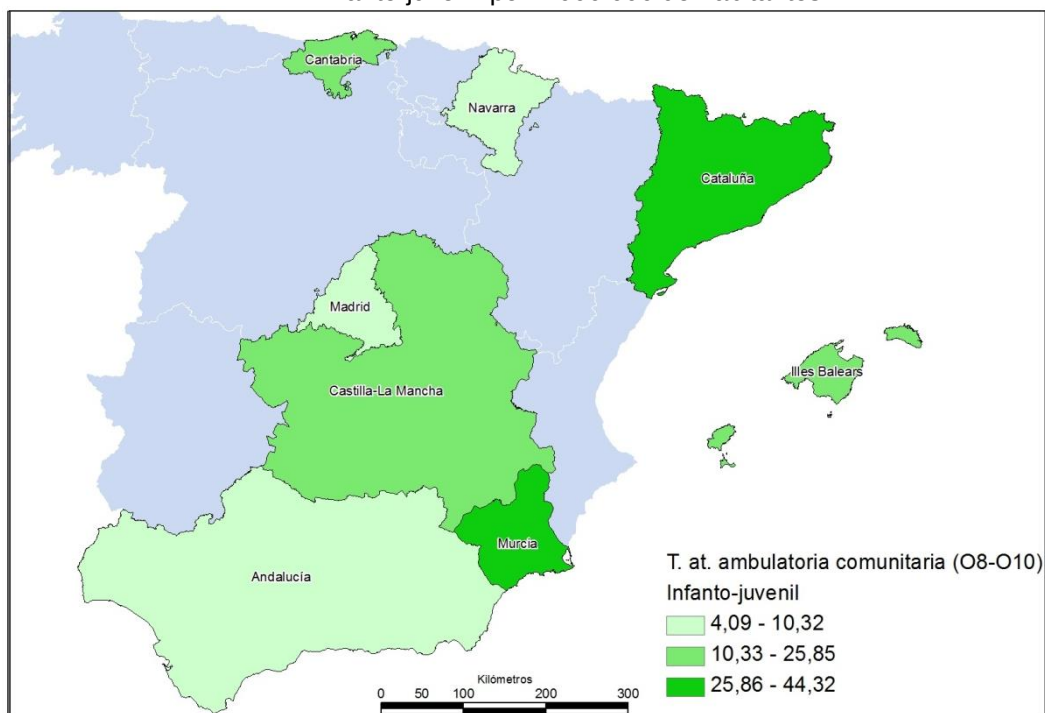
De la misma forma que sucede para población adulta, la atención ambulatoria infanto-juvenil recoge las tasas más altas de disponibilidad en todas las CCAA del estudio.

Gráfico 15. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria programada (no agudos) (O8-O10) para población infanto-juvenil en 8 CCAA.



(Nº O8-O10 / Población de referencia x 1.000.000)
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Mapa 39. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria programada (O8-O10) para población infanto-juvenil por 1.000.000 de habitantes



(Nº O8-O10 / Población de referencia x 1.000.000)
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

c. Población mayor de 65 años

Disponibilidad de tipos de atención ambulatoria (O) para mayores

En la Tabla 21, se refleja la atención ambulatoria específica para población mayor de 65 años. La descripción estandarizada de estos tipos básicos de atención de salud mental mediante el instrumento DESDE LTC (Escala para la Descripción Estandarizada de Dispositivos para Cuidados de Larga Duración) es la misma que para población adulta.

Como se ha visto en el resto de casos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4), las tasas coinciden con las recogidas por tipos de población para hospitalización de agudos, de esta forma, igual que para R2, en Madrid, la tasa de disponibilidad de dispositivos ambulatorios de urgencia para mayores de 65 años es de 1,12 por millón de habitantes mayores de 65 años.

Para atención ambulatoria programada (O8-O10), la tasa de disponibilidad de Navarra es de 9,34 dispositivos. No se contempla este tipo de atención de forma específica en ninguna otra Comunidad.

Tabla 21. Tipos básicos de atención ambulatoria (O) para mayores

MAYORES				
CCAA	O3-O4 TBA O3-O4		O8-O10 TBAO8-O10	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	0	0,00	0	0,00
Islas Baleares	0	0,00	0	0,00
Cantabria	0	0,00	0	0,00
Castilla-La Mancha	0	0,00	0	0,00
Cataluña	0	0,00	0	0,00
Madrid	1	1,12	0	0,00
Murcia	0	0,00	0	0,00
Navarra	0	0,00	1	9,34

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

d. Poblaciones específicas: Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O) para Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

En la Tabla 22, se detalla la información disponible sobre atención ambulatoria de urgencia y programada en las 8 CCAA de estudio. Se especifican totales brutos y tasas de dispositivos por millón de habitantes de 16 a 64 años.

La descripción estandarizada del tipo básico de atención ambulatoria de salud mental mediante el instrumento DESDE LTC (Escala para la Descripción Estandarizada de Dispositivos para Cuidados de Larga Duración) es la misma que para adultos:

Tabla 22. Tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O) para TCA

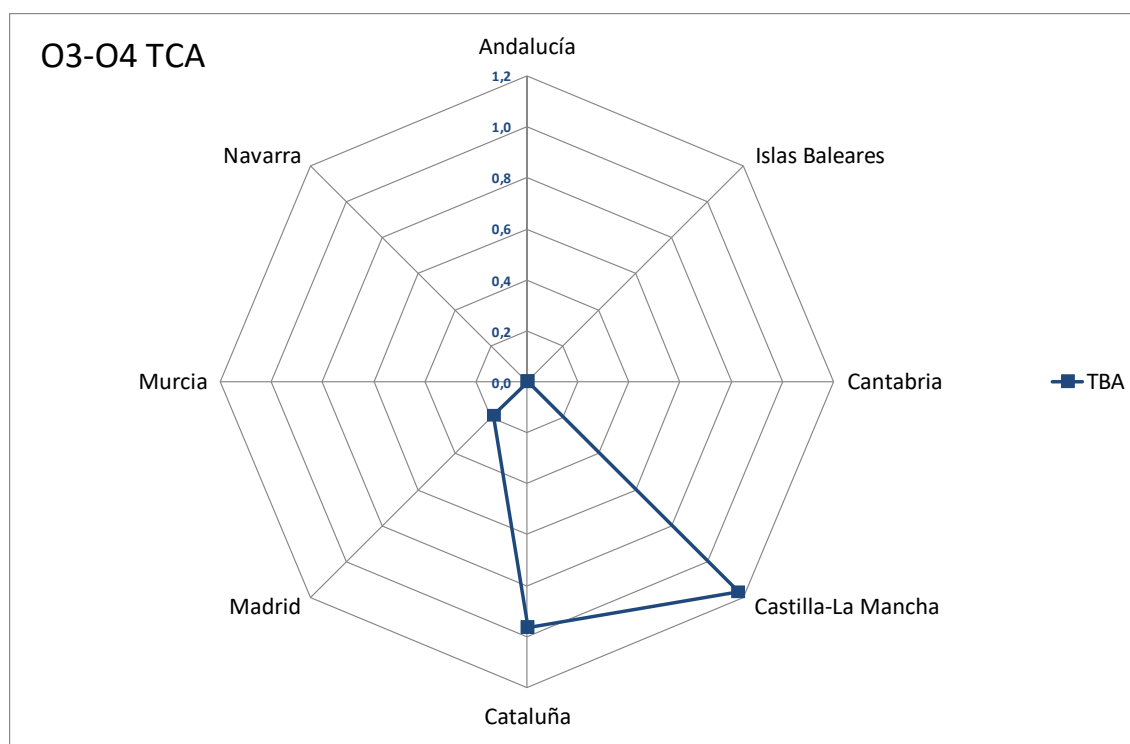
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA				
CCAA	O3-O4		O8-O10	
	TBA O3-O4		TBAO8-O10	
	Nº	Tasa x 10 ⁶	Nº	Tasa x 10 ⁶
Andalucía	0	0,00	0	0,00
Islas Baleares	0	0,00	1	1,11
Cantabria	0	0,00	2	3,96
Castilla-La Mancha	2	1,17	4	2,34
Cataluña	6	0,97	12	1,93
Madrid	1	0,19	2	0,38
Murcia	0	0,00	0	0,00
Navarra	0	0,00	1	1,91

Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4) para Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

La atención ambulatoria de urgencia no móvil se ha localizado en las 8 CCAA junto con la atención hospitalaria de agudos es por ello que cuenta con los mismo tipos básicos de atención y las mismas tasas. (ver R2 para TCA).

Gráfico 16. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos (O3-O4) para TCA en 8 CCAA



(Nº O3-O4 / Población de referencia x 1.000.000)

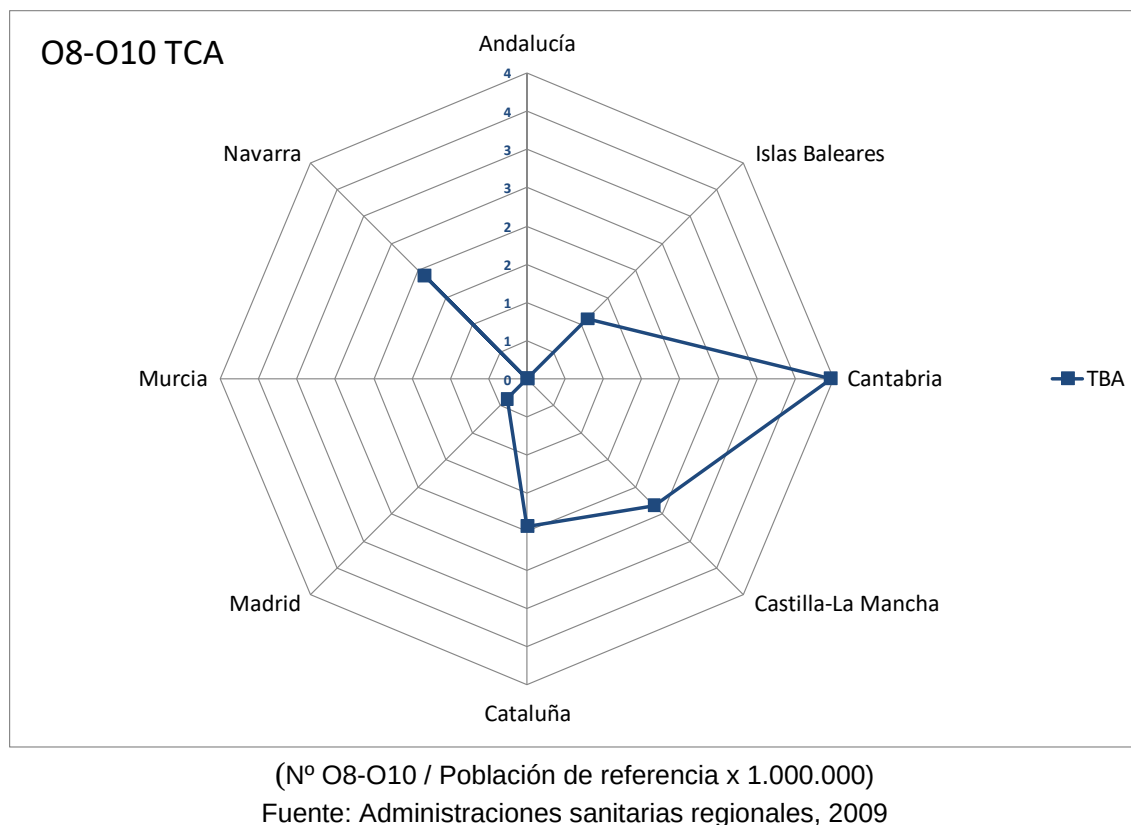
Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria programada (no agudos) (O8-O10) para Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

La disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria programada de alta, media o baja frecuencia (O8, O9, O10) para los TCA por millón de habitantes, se distribuye de la siguiente manera: en primer lugar Cantabria con la tasa más alta, 3,96 dispositivos, a continuación se sitúa Castilla-La Mancha con 2,34 dispositivos, siguen Cataluña y Navarra ambas en un plano semejante con 1,93 y 1,91 dispositivos por millón de habitantes, en el siguiente nivel Islas Baleares con 1,11 dispositivos y finalmente Madrid

con 0,38 dispositivos. Murcia y Andalucía no cuentan con atención ambulatoria programada específica para TCA.

Gráfico 17. Tasa de tipos básicos de atención ambulatoria programada (no agudos) (O8-O10) para TCA en 8 CCAA.



5.4.2.4. Perfil de la atención a salud mental por Comunidad Autónoma: Tipos básicos de atención y camas/plazas

a. Andalucía

En el Gráfico 18 y el Gráfico 19, se expone de manera detallada la distribución de dispositivos y camas/plazas según los tipos básicos de atención de la Comunidad.

Población adulta

La atención ambulatoria no móvil programada (no agudos) (O8-O10), es el tipo básico de atención con mayor representación en la Comunidad para población adulta con un total de 86 dispositivos (tasa de 12,69 dispositivos por millón de habitantes), resultado

de la suma de unidades de salud mental comunitarias donde se ofrece atención ambulatoria quincenal (O9.1) y unidades de rehabilitación de salud mental donde se ofrece atención ambulatoria combinada con atención de día. Ocupa el cuarto lugar entre las 8 CCAA en cuanto a disponibilidad y se sitúa por encima de la media dentro del rango establecido por el Modelo B-MHCC de 8 a 13,3 dispositivos de atención ambulatoria no móvil programada por CCAA.

En un segundo nivel se encuentra la atención residencial comunitaria (R8-R11); existen en Andalucía un total de 47 Casas Hogar donde se ofrece atención no hospitalaria de estancia indefinida y apoyo 24 horas (R11) y 14 Comunidades Terapéuticas donde la atención residencial se ofrece por un periodo de tiempo limitado superior a un mes (R8.2) combinada con atención de día. La Comunidad cuenta con un total de 1004 camas para atención residencial de población adulta con enfermedad mental. Presenta la tasa más alta por millón de habitantes de las 8 CCAA con 9,00 dispositivos y es la tercera Comunidad en disponibilidad de camas (148,13 camas por millón de habitantes). Se encuentra dentro de los rangos establecidos por el Modelo B-MHCC (>3,5 dispositivos y > de 100 camas por millón de habitantes).

La atención de día de salud programada (no agudos) (D4.1) tiene su única representación en personas adultas con un total de 23 dispositivos (tasa de 3,39) dispuestos de la siguiente forma: 11 Unidades de Rehabilitación de Salud Mental y 14 Comunidades Terapéuticas. La disponibilidad para atención diurna relacionada con la salud de adultos no agudos es de 785 plazas (tasa de 115,82 plazas). Andalucía que está por debajo del valor mínimo del rango establecido por el Modelo B-MHCC (de 7,5 a 20 dispositivos y entre las 200 y las 700 plazas por millón de habitantes).

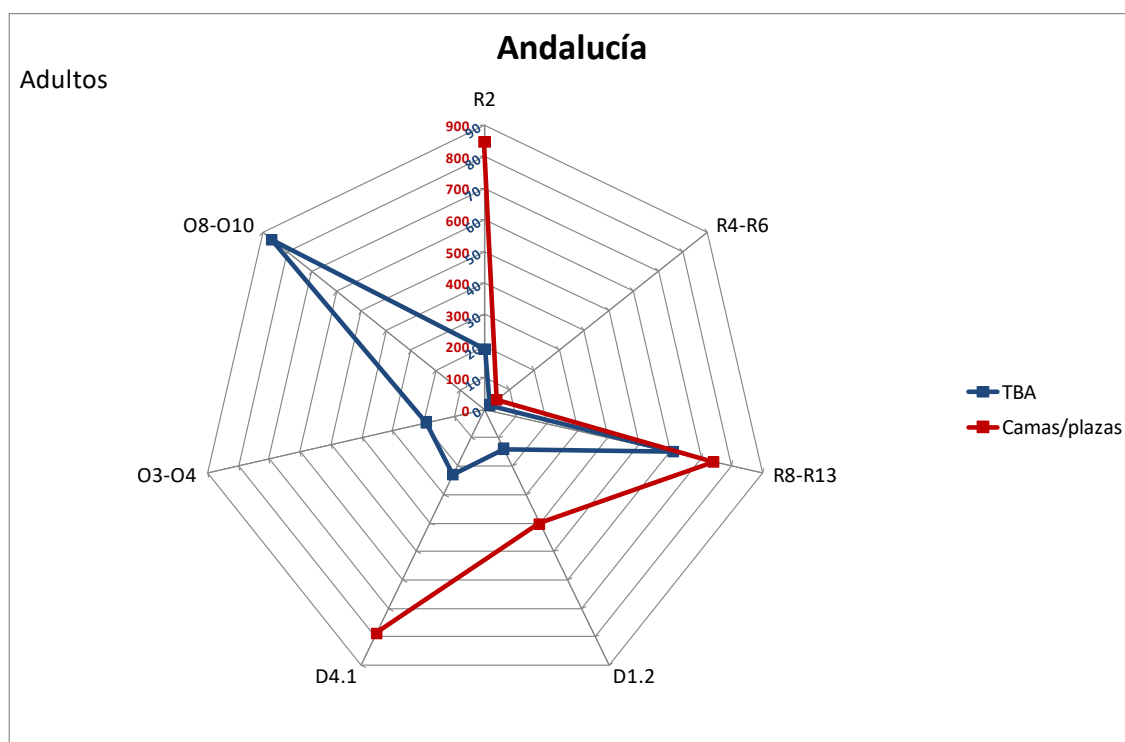
Para atención de día de agudos (D1.2) la disponibilidad es menor, se registran un total de 14 hospitales de día y una oferta de 400 plazas (2,07 dispositivos por millón de habitantes y 59,02 plazas) y se encuentra por debajo del rango establecido por el Modelo B-MHCC (3 a 8 dispositivos para atención de día de agudos y entre 60 y 180 plazas de día de agudos). Es la séptima Comunidad en cuanto a disponibilidad de este tipo de atención

La Comunidad cuenta con un total de 19 unidades de hospitalización de salud mental para ingresos de breve estancia de agudos (R2) para población adulta, con una tasa de 2,80 dispositivos por millón de habitantes, encontrándose en el límite inferior del rango establecido por el Modelo B-MHCC. La hospitalización de agudos cuenta en Andalucía

con un total de 848 camas y una tasa de 125,12 camas por millón de habitantes, siendo la tercera Comunidad en disponibilidad después de Madrid y Cataluña. La atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1) va asociada a la hospitalización de agudos obteniendo por tanto resultados similares.

El último nivel, con menor disponibilidad en la Comunidad, lo completa la hospitalización de media estancia (R4) con 1 dispositivo para atención de adultos y hospitalización de larga estancia (R6) con 1 dispositivo. Andalucía con una tasa de 0,30 dispositivos y 18,44 de camas de estos dos tipos de atención está por debajo del límite inferior del rango establecido por el grupo Psicost para hospitalización de media y larga estancia de de 1,5 a 3 dispositivos y de 30 a 130 camas por millón de habitantes. De las 8 CCAA es la que presenta la disponibilidad más baja en este tipo de atención

Gráfico 18. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos (Andalucía)



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Poblaciones específicas

La Comunidad, además de población adulta también tiene cobertura específica en salud mental para infanto-juveniles, mayores y trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

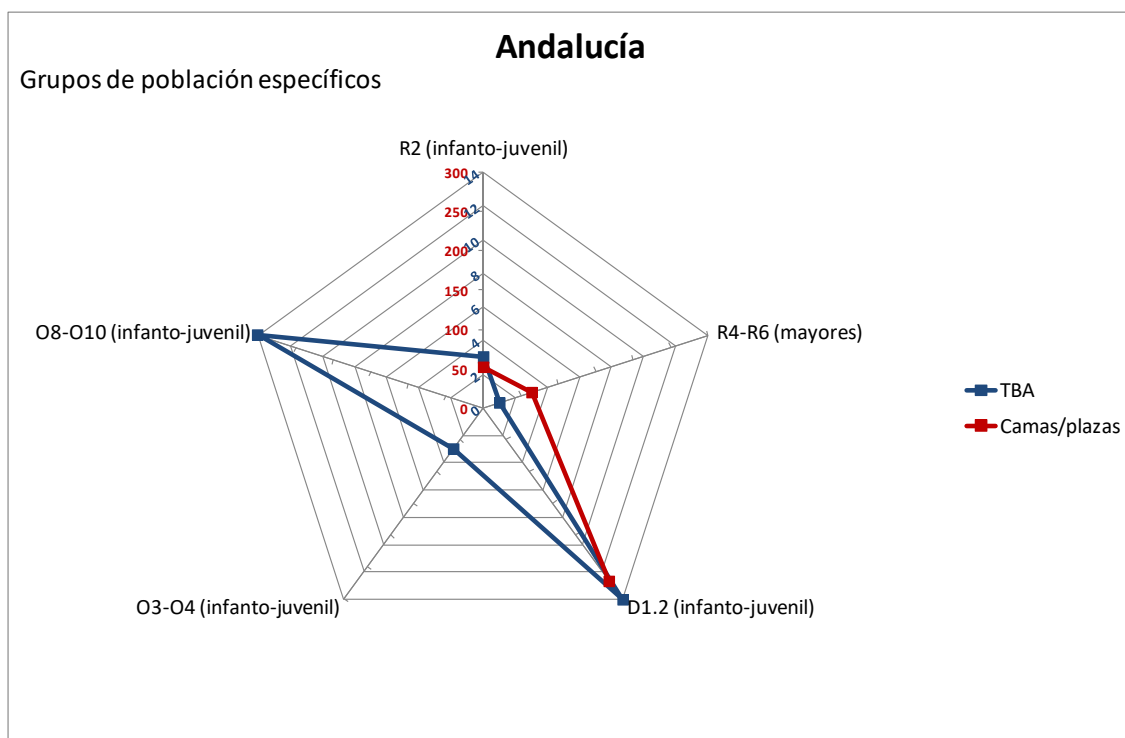
La disponibilidad para atención hospitalaria y residencial (R), es de 3 dispositivos (tasa de 2,11) para hospitalización de agudos (R2) infanto-juvenil con un total de 52 camas (tasa de 36,50), siendo la tercera Comunidad en disponibilidad de este tipo de atención. En Andalucía al igual que sucede en otras CCAA, el ingreso de niños y adolescentes por enfermedad mental suele llevarse a cabo en unidades pediátricas, sólo se han tenido en cuenta el número de dispositivos que tienen hospitalización psiquiátrica específica infanto-juvenil pero se ha sumado el total de camas de estas unidades y las camas de salud mental en pediatría.

Además, existe en la Comunidad 1 dispositivo para hospitalización de larga estancia (R6) de personas mayores de 65 años con un total de 65 camas (tasas de 0,84 dispositivos y 54,33 camas), siendo junto a Navarra (que es la que presenta la mayor disponibilidad) las dos únicas CCAA que proveen este tipo de atención. Andalucía no dispone de atención residencial comunitaria para personas mayores (R8-R11). No existe disponibilidad de hospitalización de agudos y subagudos específica para los TCA en la Comunidad.

La atención de día (D) tiene su única representación en atención de agudos (D1.2) infanto-juvenil con un total de 14 dispositivos (9,83 dispositivos por millón de habitantes menores de 16 años) y 272 plazas (tasa de 190,94 plazas). Es la tercera Comunidad en disponibilidad de este tipo de atención y la segunda en disponibilidad de plazas. No se registra atención de día específica para mayores o TCA.

Para atención ambulatoria (O) sucede lo mismo que para atención de día. Sólo se registran dispositivos específicos para atención infanto-juvenil que se ofrece de forma combinada con atención diurna en las unidades de salud mental infanto-juvenil contando con un total de 14 dispositivos (tasa de 9,83), sien la penúltima Comunidad en disponibilidad de este tipo de atención. La atención ambulatoria no móvil de urgencia se ofrece de forma conjunta con la hospitalización de agudos, por tanto cuenta también con 3 dispositivos. No existe atención ambulatoria específica para otras poblaciones.

Gráfico 19. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas (Andalucía)



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

a. Islas Baleares

En el Gráfico 20 y el Gráfico 21, se expone de manera detallada la distribución de dispositivos y camas/plazas según los tipos básicos de atención de la Comunidad.

Población adulta

La atención de día programada (no agudos) (D4.1) cuenta con un total de 9 dispositivos (tasa de 9,98) obtenidos de la suma de las 5 unidades comunitarias de rehabilitación y 4 centros de día, y cuenta con un total de 250 plazas (tasa de 277,25) para este tipo de atención. La Comunidad ocupa el cuarto puesto en tasa de dispositivos y sexto para disponibilidad de plazas teniendo en cuenta que Murcia no cuenta con este tipo de atención. Cumple con los criterios del rango establecido por el Modelo B-MHCC para este tipo de atención (7,5-20 dispositivos y 200-700 plazas).

Por otro lado, la atención ambulatoria programada no móvil (O8-O10) también cuenta con 9 dispositivos (tasa de 9,98) para adultos, lo que sitúa a la Comunidad en séptimo

lugar respecto a disponibilidad de este tipo de atención. La tasa de dispositivos por millón de habitantes se encuentra dentro de los valores descritos para este tipo de atención por el grupo Psicost (8-13,3 dispositivos).

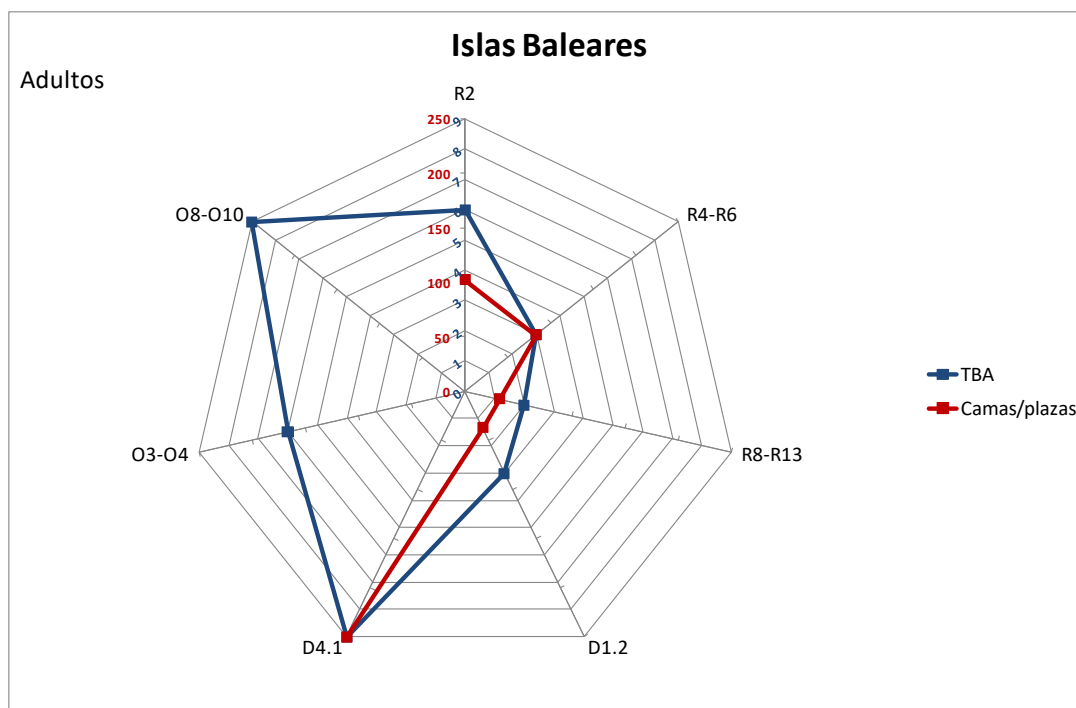
En un segundo nivel, la hospitalización de agudos (R2) de las 6 unidades de hospitalización breve con un total de 102 camas. Presenta la tasa de disponibilidad más alta de las 8 CCAA con 6,65 dispositivos y el cuarto lugar respecto a disponibilidad de camas con una tasa de 113,12 camas por millón de habitantes. La Comunidad está por encima del rango establecido de dispositivos para este tipo de atención por el Modelo B-MHCC (2,5-5 dispositivos) y dentro de los valores determinados para disponibilidad de camas (90-200 camas). Este tipo de atención se ofrece de forma conjunta con atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1).

La hospitalización de media y larga estancia (R4-R7) ocuparía el siguiente nivel junto con la atención de día programada (D4.1). La Comunidad cuenta con un total de 3 dispositivos para hospitalización, 2 de media estancia (R4) y 1 de larga estancia (R6) con un total de 83 camas (tasa de 4,44 dispositivos y 100,92 camas por millón de habitantes). Presenta la segunda tasa más alta de dispositivos y la cuarta para disponibilidad de camas. De la misma forma que ocurre para hospitalización de agudos la Comunidad cumple los criterios para disponibilidad de camas y está por encima del valor establecido por el Modelo B-MHCC para dispositivos (1,5-3 dispositivos y 30-130 camas).

La atención diurna de urgencia (D1.2) cuenta también con 3 dispositivos (tasa de 3,33) y un total de 37 plazas (tasa de 41,03) lo que sitúa a la Comunidad en cuarto lugar para dispositivos y séptimo para disponibilidad de plazas. Está dentro del rango descrito para este tipo de atención por el grupo Psicost (3-8 dispositivos y 60-180 plazas).

Finalmente, la atención residencial comunitaria (R8-R11) que cuenta con 2 dispositivos donde se ofrece apoyo 24 horas durante un periodo de tiempo indefinido, y un total de 32 camas. Para este tipo de atención la Comunidad presenta unas tasas de 2,22 dispositivos y 35,49 camas por millón de habitantes lo que la sitúa en sexto y séptimo lugar respectivamente. Está por debajo del rango establecido para atención residencial comunitaria por el Modelo B-MHCC (>3,5 dispositivos y >100 camas).

Gráfico 20. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos (Islas Baleares)



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Poblaciones específicas

La Comunidad cuenta de forma específica con atención a población infanto-juvenil, mayores de 65 años y trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

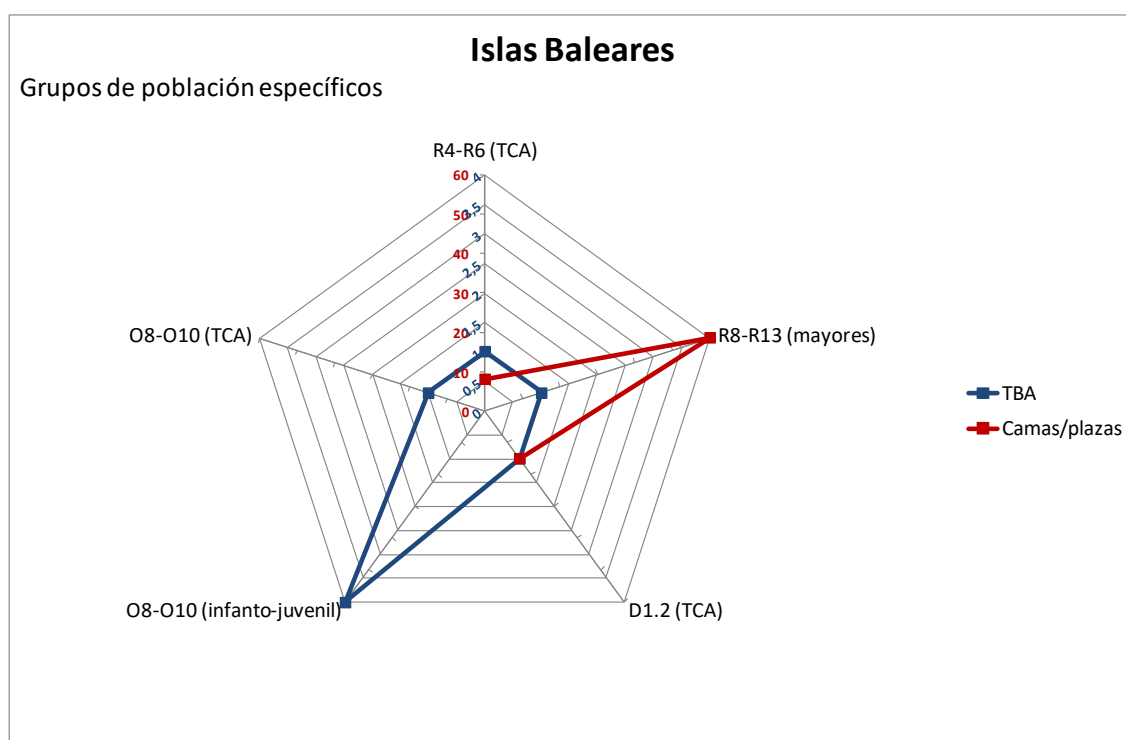
Los tipos básicos de atención residencial hospitalaria y no hospitalaria (R) específica para otras poblaciones además de adultos, describen en la Comunidad 1 dispositivo para mayores de 65 años de atención psicogeriatrica 24 horas y estancia indefinida (R11) con 60 camas (tasa de 6,86 dispositivos y 411,86 camas por millón de habitantes) para este tipo de atención la Comunidad presenta la tercera tasa más alta de dispositivos y la segunda más alta de camas. También se describe 1 dispositivo de hospitalización de media estancia (R4) y 8 camas para TCA (tasa de 1,11 dispositivos y 8,87 camas), para hospitalización de media estancia para TCA la Comunidad ocupa el segundo lugar en dispositivos por millón de habitantes y el primero para camas en comparación con el resto de CCAA estudiadas. No se contempla este tipo de atención para población infanto-juvenil.

La atención de día sólo se describe de forma específica para TCA con 1 dispositivo de agudos (D1.2) y 15 plazas, la tasa de disponibilidad es de 1,11 dispositivos y 16,64

camas por millón de habitantes lo que sitúa a la Comunidad en cuarto y tercer lugar respectivamente, Andalucía y Murcia no contemplan este tipo de atención..

La Comunidad cuenta con atención ambulatoria programada no móvil (O8-10) específica para población infanto-juvenil y para TCA. En el primer caso cuenta con 4 dispositivos (tasa de 23,37) y en el segundo con 1 dispositivo (tasa de 1,11). Tanto para infanto-juveniles como para TCA la tasa de disponibilidad en comparación con el resto de CCAA del estudio sitúa a Baleares en quinto lugar.

Gráfico 21. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas (Islas Baleares)



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

a. Cantabria

En el Gráfico 22 y el Gráfico 23, se expone de manera detallada la distribución de dispositivos y camas/plazas según los tipos básicos de atención de la Comunidad.

Población adulta

Como se puede apreciar, la atención ambulatoria continuada no móvil (O8-O10) para adultos es el tipo básico de atención con mayor representación en la Comunidad con un total de 6 dispositivos de frecuencia media (O9.1). La tasa para este tipo de atención es de 12,69 dispositivos lo que sitúa a la Comunidad en quinto lugar respecto a las demás CCAA del estudio. Cumple con el rango establecido por el Modelo B-MHCC (8-13,3 dispositivos).

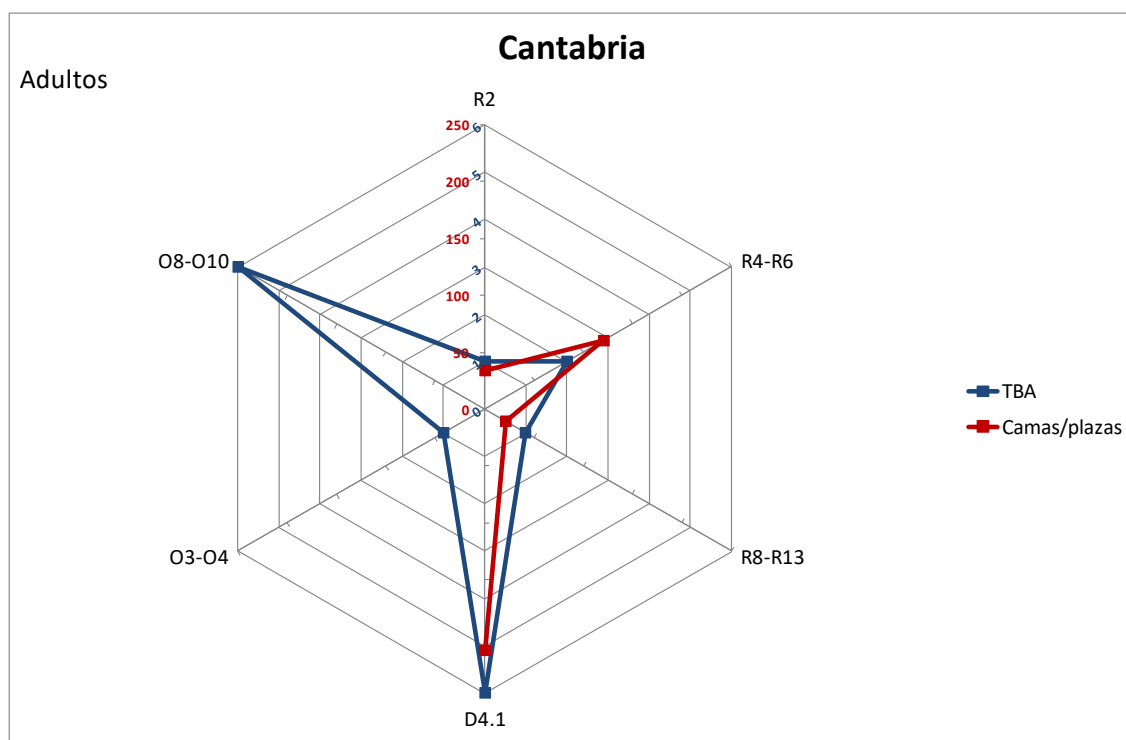
También cuenta con 6 dispositivos la atención de día programada (D4.1) para rehabilitación psicosocial con un total de 212 plazas (tasa de 11,89 dispositivos y 420 plazas). Cantabria presenta la tercera tasa más alta de dispositivos y la cuarta en disponibilidad de plazas. Los valores obtenidos se encuentran dentro del rango establecido por el grupo Psicost (7,5-20 dispositivos y 200-700 plazas).

La hospitalización de media y larga estancia (R4-R7) está cubierta en la Comunidad con 2 dispositivos (tasa de 3,96), uno de media estancia (R4) y otro para periodos más prolongados de tiempo (R6), ambos dispositivos suman un total de 120 camas (tasa de 237,74). Ocupa el segundo lugar en disponibilidad y camas encontrándose dentro del rango establecido en cuanto a dispositivos y por encima en cuanto a camas.

Para hospitalización de agudos (R2) se registra 1 dispositivo con 34 camas (tasa de 1,98 dispositivos y 67,36 camas por millón de habitantes). La Comunidad ocupa el último lugar en disponibilidad de atención hospitalaria de agudos respecto a las 8 CCAA estudiadas. Está por debajo del rango descrito para este tipo de atención por el grupo Psicost (2,5-5 dispositivos y 90-200 camas).

Finalmente, la atención residencial comunitaria (R8-R11) que también cuenta con 1 dispositivo (tasa de 1,98) con apoyo 24 horas y estancia indefinida (R11), y 21 camas (tasa de 41,60 camas). La disponibilidad de Cantabria en comparación con el resto de CCAA para este tipo de atención es el séptimo para dispositivos y el sexto para camas. Está por debajo del rango establecido para este tipo de atención (>3,5 dispositivos y >100 camas).

Gráfico 22. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Poblaciones específicas

La atención de salud a población infanto-juvenil, mayores de 65 años y trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se distribuye de la siguiente forma:

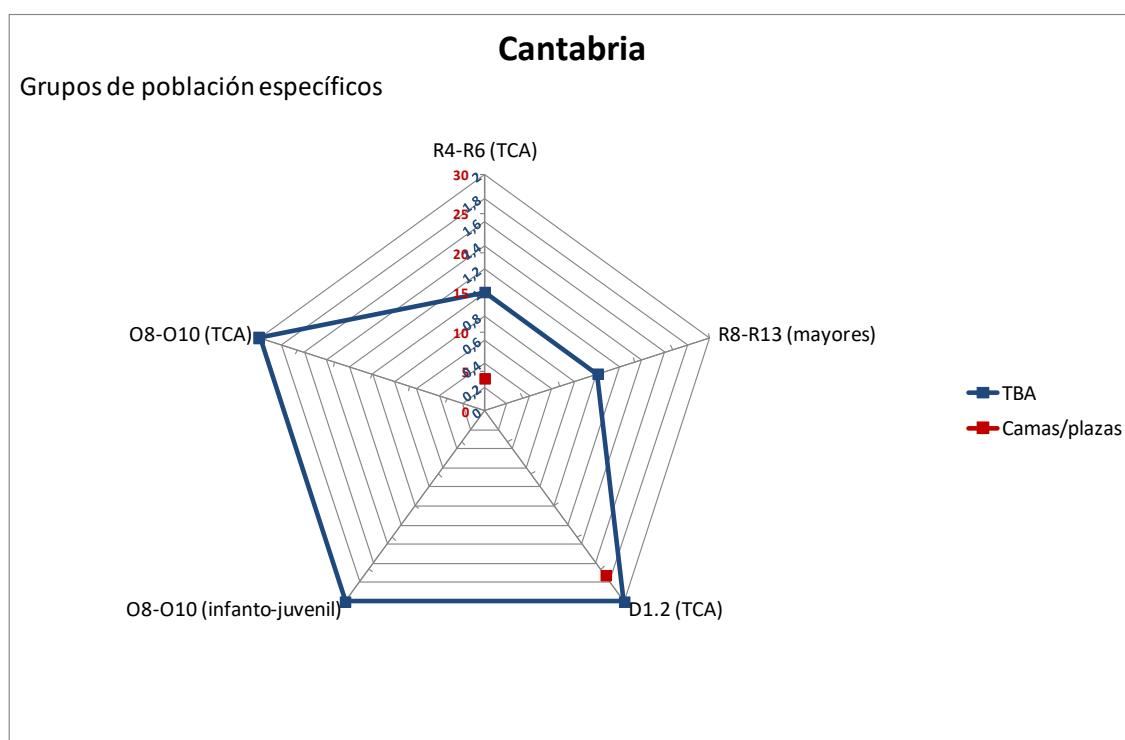
En la Comunidad se describe 1 dispositivo para hospitalización de media y larga estancia (R4-R6) con un total de 4 camas para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, siendo el único tipo de población específica que dispone de este tipo de ingreso hospitalario. Presenta la tasa de dispositivos más alta (1,98 dispositivos) de las 3 CCAA que describen este tipo de atención y la segunda más alta para disponibilidad de camas (tasa de 7,92).

La atención residencial comunitaria (R8-R11), únicamente está recogida de forma específica en la Comunidad para población mayor de 65 años con 1 dispositivo (tasa de 9,32) residencial de apoyo 24 horas (R11), no se tiene constancia de las camas de este dispositivo. De las 4 CCAA que recogen este tipo de atención, Cantabria presenta la segunda tasa más alta de dispositivos.

Respecto a la atención de día de agudos (D1.2) sólo se contempla para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, la Comunidad cuenta con 2 dispositivos y un total de 26 plazas. Presenta la tasa más alta de dispositivos (3,96) y la segunda más alta para plazas (51,51) después de Navarra. Andalucía y Murcia no cuentan con este tipo de atención.

Finalmente la atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) específica para población infanto-juvenil, único tipo básico de atención específico en la Comunidad para este tipo de población, cuenta con 2 dispositivos de frecuencia quincenal (O9.1), con una tasa de 25,85 dispositivos por millón de habitantes que sitúa a Cantabria en segundo lugar después de Cataluña y para TCA que también cuenta con 2 dispositivos de frecuencia quincenal (O9.1) y una tasa de 1,11 dispositivos por millón de habitantes que la sitúan en quinto lugar.

Gráfico 23. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

b. Castilla-La Mancha

En el Gráfico 24 y el Gráfico 25, se expone de manera detallada la distribución de dispositivos y camas/plazas según los tipos básicos de atención de la Comunidad.

Población adulta

Analizado por totales brutos, en Castilla-La Mancha, el tipo básico de atención con mayor representación es la atención ambulatoria continuada no móvil (O8-O10) con un total de 39 dispositivos (tasa de 22,79) con frecuencias de contacto semanal (O8.1), quincenal (O9.1) o mensual (O10.1). La Comunidad presenta la segunda tasa más alta después de Navarra para este tipo de atención. Está muy por encima del rango establecido en el Modelo B-MHCC para atención ambulatoria (8-13,3 dispositivos).

En un segundo nivel, con una disponibilidad significativamente menor se sitúa la atención de día programada (D4.1), la Comunidad cuenta con 19 dispositivos para rehabilitación psicosocial y un total de 1240 plazas para adultos (tasa de 11,10 dispositivos y 724,62 plazas), este tipo de atención no se contempla para poblaciones específicas. La tasa de dispositivos es la segunda más alta después de Madrid y la de plazas ocupa el primer lugar respecto al resto de CCAA estudiadas. Cumple con los criterios establecidos por el grupo Psicost para dispositivos de día (7,5-20 dispositivos) pero está por encima del rango establecido para plazas (200-700 plazas).

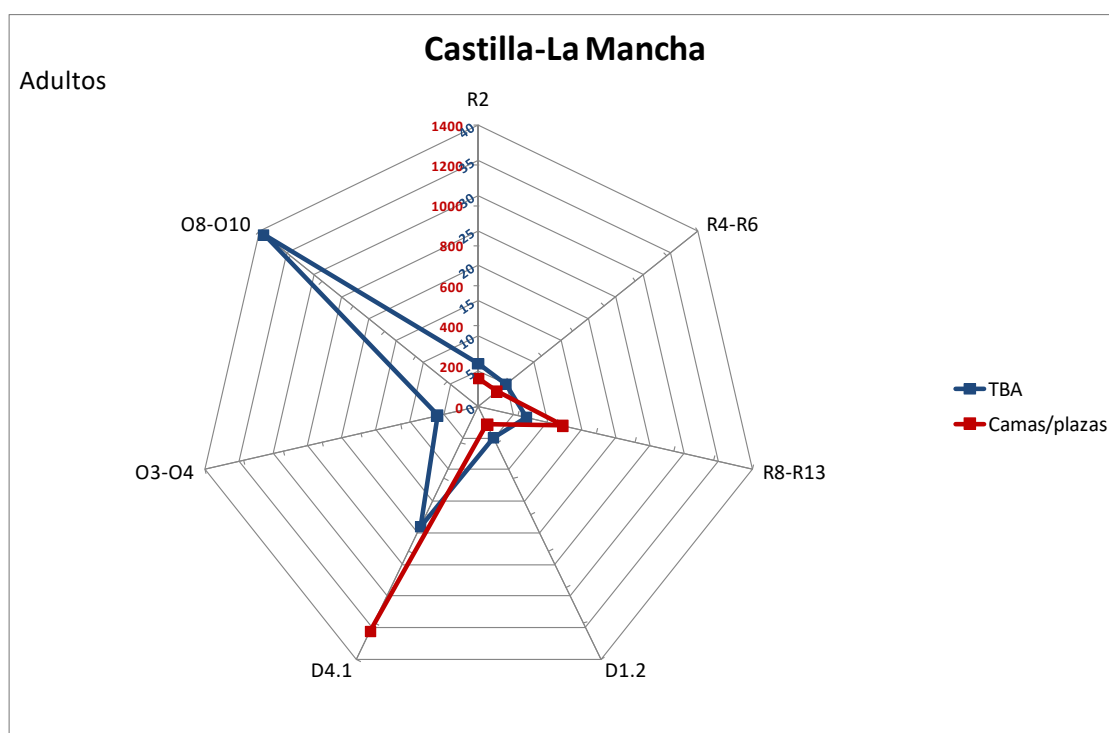
A continuación, la atención residencial comunitaria (R8-R11), en Castilla-La Mancha existen 7 dispositivos (tasa de 4,09) residenciales de estancia indefinida y apoyo 24 horas (R11) que suman un total de 432 camas (tasa de 252,45). Para camas residenciales la Comunidad tiene la tasa de disponibilidad más alta de las 8 CCAA, para dispositivos se sitúa en cuarto lugar. Está dentro del rango definido para este tipo de atención por el Modelo B-MHCC (>3,5 dispositivos y >100 camas).

La hospitalización de agudos (R2) ocupa el siguiente nivel con un total de 6 dispositivos (tasa de 3,51) para ingresos de salud mental de breve estancia y 139 camas (tasa de 81,23). La atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1) se ofrece de manera conjunta con la atención hospitalaria de agudos. La Comunidad ocupa el sexto lugar en tasa de dispositivos y el séptimo en camas. Está dentro del rango de dispositivos establecidos por el grupo pero se sitúa por debajo en disponibilidad de camas (Modelo B-MHCC; 2,4-5 dispositivos y 90-200 camas).

Con un dispositivo menos que la hospitalización de agudos, la atención hospitalaria de media y larga estancia (R4-R7) que cuenta en la Comunidad con 5 dispositivos y 119 camas para adultos (tasa de 2,92 dispositivos y 69,54 camas por millón de habitantes). La tasa de dispositivos está en cuarto lugar y la de camas en sexto lugar respecto al resto de CCAA estudiadas. Está dentro del rango establecido para este tipo de atención por el Modelo B-MHCC (1,5-3 dispositivos y 30-130 camas).

La misma distribución tiene la atención de día de agudos (D1.2), con un total de 5 dispositivos y 100 plazas. La disponibilidad para este tipo de atención es de 2,92 dispositivos y 58,44 plazas por millón de habitantes lo que sitúa a Castilla-La Mancha respecto al resto de Comunidades en quinto lugar para dispositivos y sexto lugar para plazas. Cumple con los criterios establecidos en el Modelo B-MHCC para este tipo de atención (3-8 dispositivos y 60-180 plazas).

Gráfico 24. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Poblaciones específicas

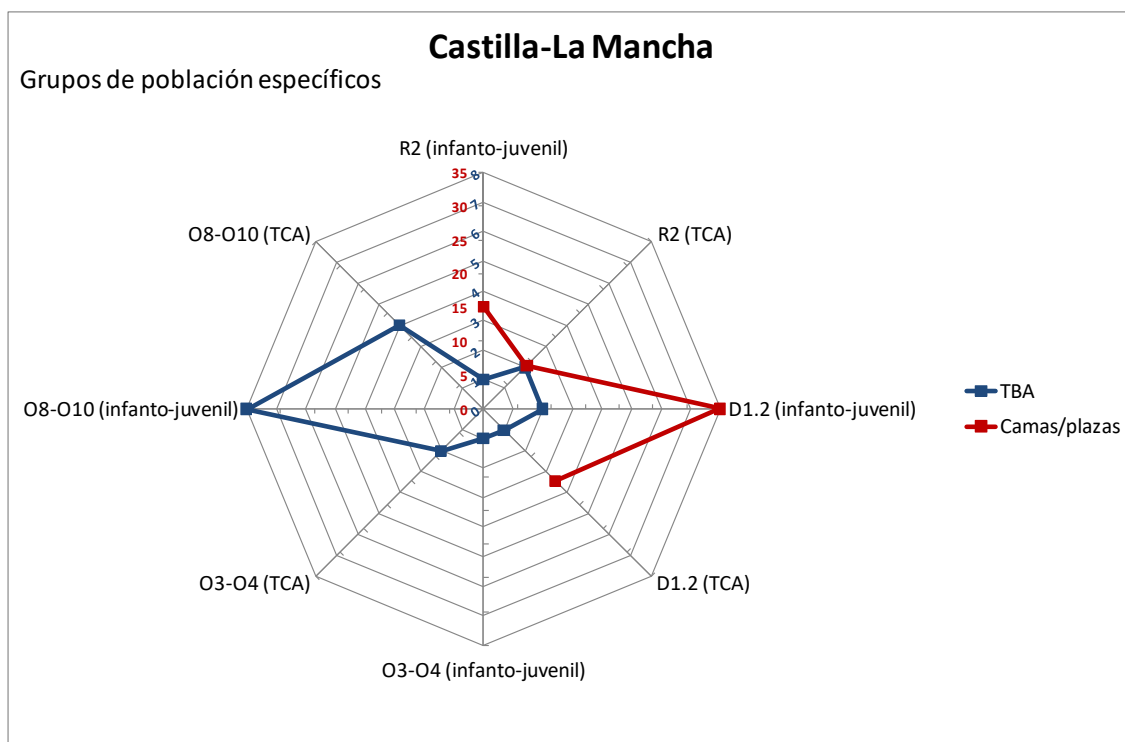
Castilla-La Mancha atiende de manera específica a poblaciones infanto-juveniles, mayores de 65 años y trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

La hospitalización de agudos (R2), se ofrece de forma específica a población infanto-juvenil y a TCA; para el primer grupo la Comunidad cuenta con 1 dispositivo y 15 camas (tasa de 3,01 dispositivos y 45,20 camas por millón de habitantes) y para el segundo con 2 dispositivos y un total de 9 camas (tasa de 1,17 dispositivos y 5,26 camas por millón de habitantes). La Comunidad presenta la segunda tasa más alta para atención infanto-juvenil de las 4 CCAA que describen este tipo de atención y la tasa más alta para TCA siendo Madrid la única Comunidad que además de Castilla-la Mancha contempla este tipo de atención. No se describe hospitalización de media-larga estancia (R4-R7) y atención residencial comunitaria (R8-R11) para estos grupos de población.

La atención de día la cubren 2 dispositivos de agudos (D1.2) para población infanto-juvenil con 35 plazas (tasa de 6,03 dispositivos y 105,47 plazas) y 1 dispositivo para TCA con 15 plazas (tasa de 0,58 y 8,77 plazas). La tasa de dispositivos es la quinta de 5 CCAA que presentan este tipo de atención y cuarta para plazas. Respecto a TCA ocupa el quinto lugar de 6 CCAA que disponen de atención de día de agudos. No se dispone de este tipo de atención de forma específica para mayores.

Por último, la atención ambulatoria no móvil de disponibilidad programada (O8-O10), que cuenta en la Comunidad con un total de 8 dispositivos (tasa de 24,11) que tienen dependiendo del caso una frecuencia de contacto semanal (O8.1), quincenal (O9.1) o mensual (O10.1) para población infanto-juvenil y 4 dispositivos (tasa de 2,34) ambulatorios de frecuencia quincenal (O9.1) para TCA. La tasa de disponibilidad para atención ambulatoria infanto-juvenil sitúa a la Comunidad en cuarto lugar y para TCA en segundo lugar de 4 Comunidades que registran esta atención.

Gráfico 25. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

a. Cataluña

En el Gráfico 26 y el Gráfico 27, se expone de manera detallada la distribución de dispositivos y camas/plazas según los tipos básicos de atención de la Comunidad.

Población adulta

De la misma forma que ocurre en otras CCAA, la atención ambulatoria continuada no móvil (O8-O10) para adultos es el tipo básico de atención con mayor representación en la Comunidad con un total de 73 dispositivos (tasa de 11,75) de alta frecuencia de contacto (O8.1), que sitúa a Cataluña en sexto lugar respecto a la disponibilidad de este tipo de atención en las 8 CCAA. La Comunidad se sitúa dentro del rango establecido por el Modelo B-MHCC para atención ambulatoria (8-13,3 dispositivos).

A continuación, se sitúa la atención de día programada (no agudos) relacionada con la salud (D4.1), con un total de 57 centros de día (tasa de 9,17) y 1733 plazas (tasa de 278,91). La Comunidad ocupa el quinto puesto respecto a la disponibilidad de las 7

CCAA que contemplan este tipo de atención. Cumple con los criterios establecidos por el Modelo B-MHCC para este tipo de atención (7,5-20 dispositivos, 200-700 plazas).

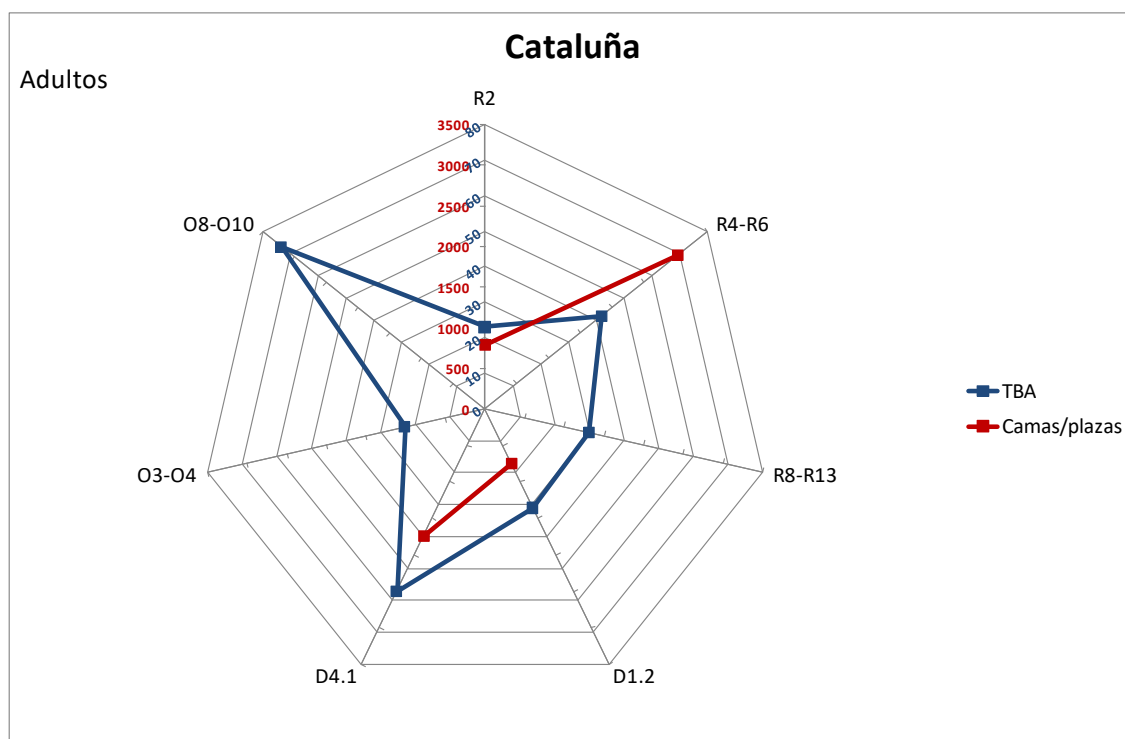
El tipo básico de atención de media y larga estancia (R4-R7), está cubierto en la Comunidad con un total de 42 dispositivos (tasa de 6,76), 30 unidades para media estancia (R4) y 12 para larga estancia (R6) el total de camas para atención hospitalaria de no agudos es de 3.036 camas (tasa de 488,62), la disponibilidad más alta de hospitalización de media y larga estancia registrada entre las 8 CCAA del estudio. El rango que se establece en el Modelo B-MHCC para este tipo de atención (1,5-3 dispositivos y 30-130 camas) no se cumple en Cataluña pues arroja cifras superiores en dispositivos y camas.

La atención de día de agudos (D1.2) ocupa el siguiente nivel con una disponibilidad de 31 dispositivos (tasa de 4,99) y 746 plazas (tasa de 120,06) para personas con trastorno mental en régimen de hospitalización parcial. La Comunidad presenta la segunda tasa más alta de dispositivos después de Navarra y la tercera más alta para plazas. Cumple con el rango establecido por el Modelo B-MHCC para este tipo de atención (3-8 dispositivos y 60-180 dispositivos).

Para atención residencial comunitaria (R8-R11), se describen 30 dispositivos (tasa de 4,83) donde se ofrece apoyo 24 horas por periodos indefinidos de tiempo (R11). Presenta la tercera tasa más alta de dispositivos pero no se dispone de información sobre camas para este tipo de atención. La tasa de dispositivos de la Comunidad cumple con los criterios establecidos para este tipo de atención por el grupo Psicost (>3,5 dispositivos).

Finalmente, la atención hospitalaria de agudos (R2); se registran en la Comunidad un total de 23 dispositivos (tasa de 3,70) de hospitalización de breve estancia y un total de 790 camas (tasa de 127,14) que sitúan a Cataluña en quinto lugar respecto a tasa de dispositivos y en primer lugar con una diferencia significativa respecto a la siguiente Comunidad (Cantabria) en disponibilidad de camas.

Gráfico 26. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Poblaciones específicas

La Comunidad cuenta de forma específica con atención a población infanto-juvenil y trastornos de la conducta alimentaria (TCA). No se dispone de información sobre dispositivos de atención específica a población mayor de 65 años.

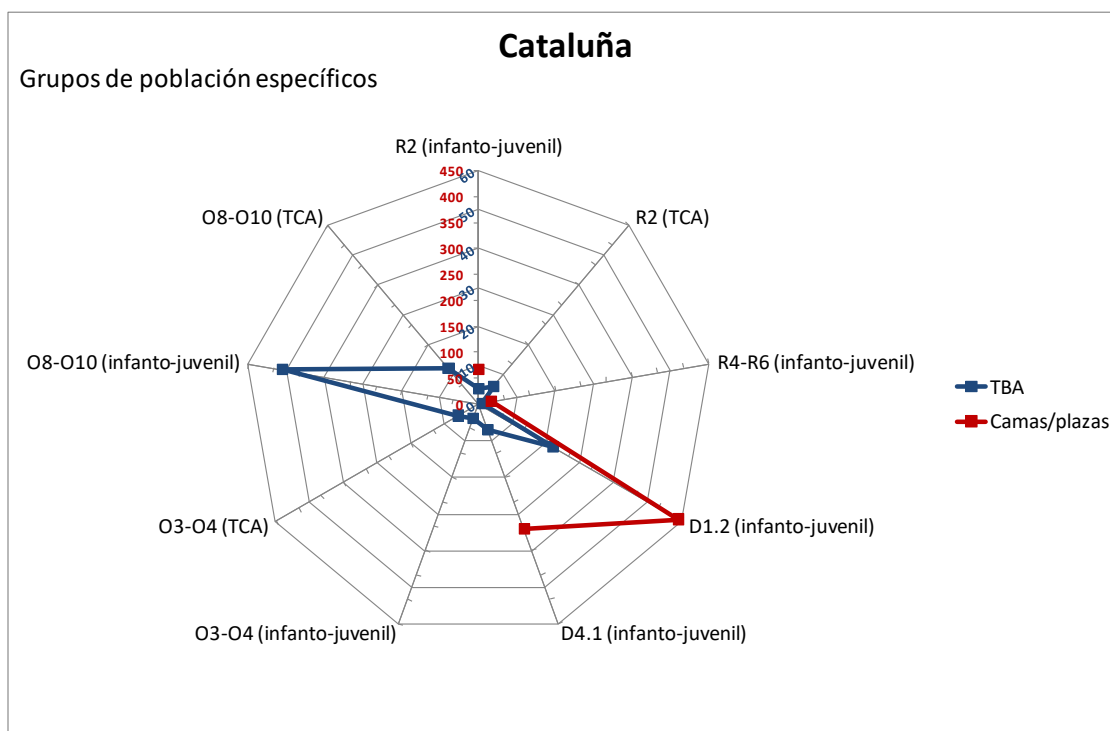
La atención hospitalaria de agudos (R2) se describe de forma específica para población infanto-juvenil con un total de 4 dispositivos (tasa de 3,48) y 66 camas (57,36) que sitúan a la Comunidad en primer lugar respecto a disponibilidad de este tipo de atención, y para TCA con un total de 6 dispositivos (tasa de 0,97) que la sitúan en segundo lugar respecto a las 3 CCAA que cuenta con este tipo de atención; no se dispone de información de camas específicas diferenciadas de la hospitalización breve genérica para TCA.

El grupo de población juvenil dispone además de 1 dispositivo (tasa de 0,87) de atención hospitalaria de media estancia (R4) con un total de 25 camas (tasa de 21,73) para atención específica de adolescentes no agudos. Este tipo de atención únicamente se ha descrito en Cataluña.

La atención de día (D) cubre de forma específica el grupo de población infanto-juvenil con 22 dispositivos (tasa de 19,12) para agudos (D1.2) con una disponibilidad de 444 plazas (tasa de 385,88) que sitúan a la Comunidad en primer lugar respecto a disponibilidad de este tipo de atención, y 7 dispositivos (tasa de 6,08) para atención diurna programada (D4.1) con un total de 256 plazas (tasa de 222,49) que también la sitúan en primer lugar en comparación con Murcia única Comunidad que cuenta además de Cataluña con este tipo de atención. Para TCA se describen 12 dispositivos (tasa de 1,93) de atención de día de agudos (D1.2) de los que no se dispone de información de plazas, la Comunidad presenta la segunda tasa más alta de las 6 CCAA que describen atención de día de agudos para TCA.

Por último, la atención ambulatoria, que para urgencia no móvil (O3-O4) se describe de forma conjunta con la hospitalización de agudos tanto para infanto-juveniles como para TCA con 4 y 6 dispositivos respectivamente y para disponibilidad programada (O8-O10) que suma un total de 51 dispositivos (tasa de 44,32) de frecuencia de contacto semanal (O8.1) para población infanto-juvenil y 12 dispositivos (tasa de 1,93) de frecuencia de contacto quincenal (O9.1) para TCA. La Comunidad presenta la tasa de disponibilidad más alta para población infanto-juvenil y el tercer puesto para TCA.

Gráfico 27. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

a. Madrid

En el Gráfico 28 y el Gráfico 29, se expone de manera detallada la distribución de dispositivos y camas/plazas según los tipos básicos de atención de la Comunidad.

Población adulta

Los servicios con mayor representación en la Comunidad son los que ofrecen atención de día relacionada con la salud de manera programada (no agudos) (D4.1) que suman un total de 63 dispositivos (tasa de 11,90) y 2585 plazas (tasa de 488,40). Presenta la tasa más alta para dispositivos y la segunda más alta después de Castilla-La Mancha para plazas de día, no obstante es necesario tener en cuenta que falta información sobre las plazas de 10 de los 11 centros de día de sanidad. Este tipo de atención sólo está disponible de forma específica para adultos. Se encuentra dentro del rango establecido por el Modelo B-MHCC para este tipo de atención (7,5 a 20 dispositivos, 200-700 plazas).

La atención de día de agudos (D1.2) tiene una cobertura menor en la Comunidad con 13 dispositivos (tasa de 2,46) para atención de adultos y un total de 370 plazas (tasa de 69,91) repartidas entre las diferentes áreas de salud mental. Para este tipo de atención la Comunidad se sitúa por debajo del rango de dispositivos establecido por el Modelo B-MHCC (de 3 a 8 dispositivos) pero se encuentra dentro del rango de plazas (60-80 plazas). La Comunidad ocupa el sexto lugar en disponibilidad de tipos básicos de atención por delante y el cuarto lugar en disponibilidad de plazas.

En el siguiente nivel se encuentra la atención ambulatoria no móvil programada (no agudos) (O8-O10) con una disponibilidad de 48 dispositivos (tasa de 9,07) para atención a adultos, lo que la sitúa en último lugar respecto a la disponibilidad del resto de CCAA. Respecto al rango establecido para atención ambulatoria por el grupo Psicost en el Modelo B-MHCC (8-13,3 dispositivos), Madrid cumple los criterios.

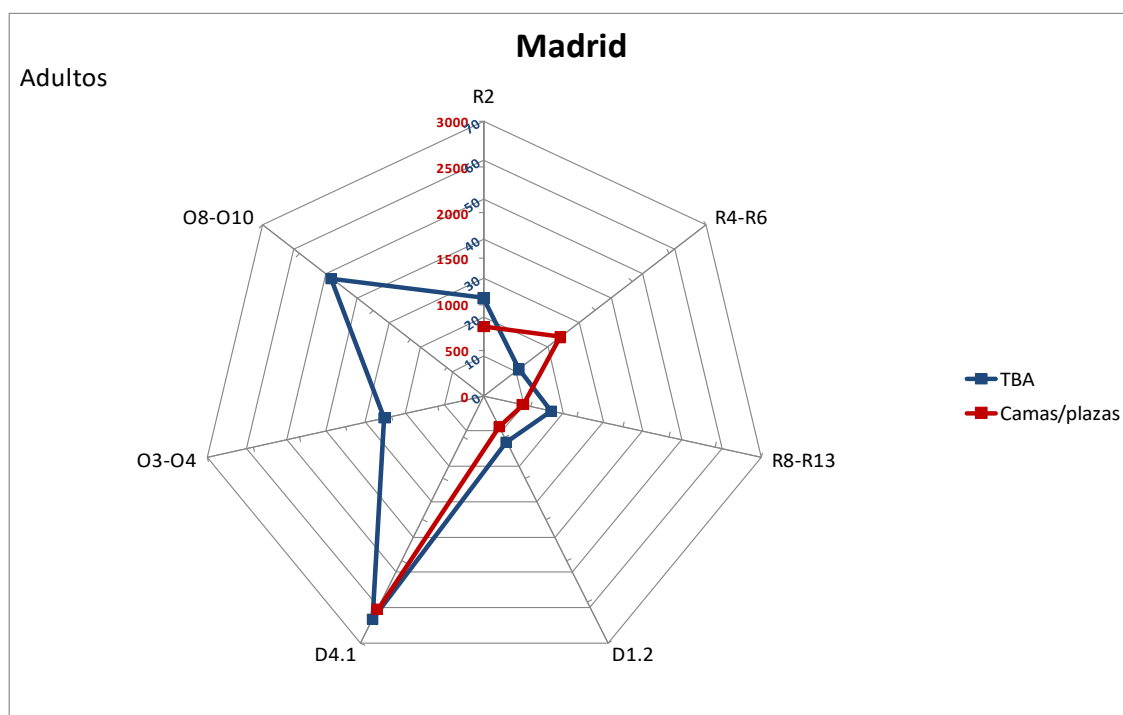
El siguiente tipo básico de atención con mayor oferta sería la hospitalización de agudos (R2) para personas adultas con un total de 25 dispositivos, este tipo de atención va emparejada con la ambulatoria no móvil de atención de agudos o urgencias; la Comunidad cuenta para este tipo de hospitalización de adultos con un total de 756 camas (tasa por millón de habitantes de 4,72 dispositivos y 142,84 camas). La Comunidad se sitúa dentro del rango establecido para hospitalización de agudos en el

Modelo B-MHCC (8-13,3 dispositivos, 90-200 camas). Madrid ocupa el cuarto lugar en dispositivos y el primero en disponibilidad de camas.

A continuación, la atención residencial comunitaria (R8-R11) que suma un total de 17 dispositivos en la Comunidad para estancias no hospitalarias por periodos de tiempo indefinidos y cuenta con 423 camas de estancia (tasa de 3,21 dispositivos y 79,92 camas por millón de habitantes). La tasa de dispositivos se encuentra dentro del rango establecido por el modelo B-MHCC para este tipo de atención (>3,5 dispositivos) no así la de camas que se sitúa por debajo (>100). La Comunidad ocupa el cuarto lugar en cuanto a disponibilidad de este tipo de atención.

Finalmente, con una disponibilidad menor, se encuentran los tipos básicos de atención hospitalaria de media y larga estancia (R4 y R6) que en la Comunidad suman 11 dispositivos para atención de adultos, sin embargo la disponibilidad de camas para este tipo de atención es muy superior a las estudiadas para hospitalización breve y para atención residencial con una oferta total de 1031 camas (tasa por millón de habitantes 2,08 dispositivos y 194,80 camas). La Comunidad cumple con el rango de dispositivos establecidos para este tipo de atención por el Modelo B-MHCC (1,5-3 dispositivos) no ocurre de este modo con la disponibilidad de camas que se sitúa muy por encima del valor superior señalado (30-130 camas). Ocupa el sexto lugar respecto a tasa de dispositivos por millón de habitantes y el cuarto lugar respecto a disponibilidad de camas.

Gráfico 28. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Poblaciones específicas

Los tipos básicos de atención estudiados para adultos tienen en la mayoría de los casos cobertura específica para otras poblaciones como infanto-juvenil, población mayor y para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

La hospitalización de agudos (R2) cuenta de manera específica con 2 dispositivos (tasa de 2,04) para población infanto-juvenil y 39 camas (tasa de 39,84) que sitúa a la Comunidad en cuarto lugar de las 4 CCAA que cuentan con dispositivos de este tipo y el tercer lugar para disponibilidad de camas; para TCA cuenta con 1 dispositivo (tasa de 0,19) y un total de 4 camas (tasa de 0,76); la Comunidad ocupa el tercer puesto de las 3 CCAA que cuentan con este tipo de atención. Finalmente, para mayores dispone de 1 dispositivo (tasa de 1,12) y 18 camas (tasa de 20,10) siendo la única Comunidad que dispone de este tipo de atención.

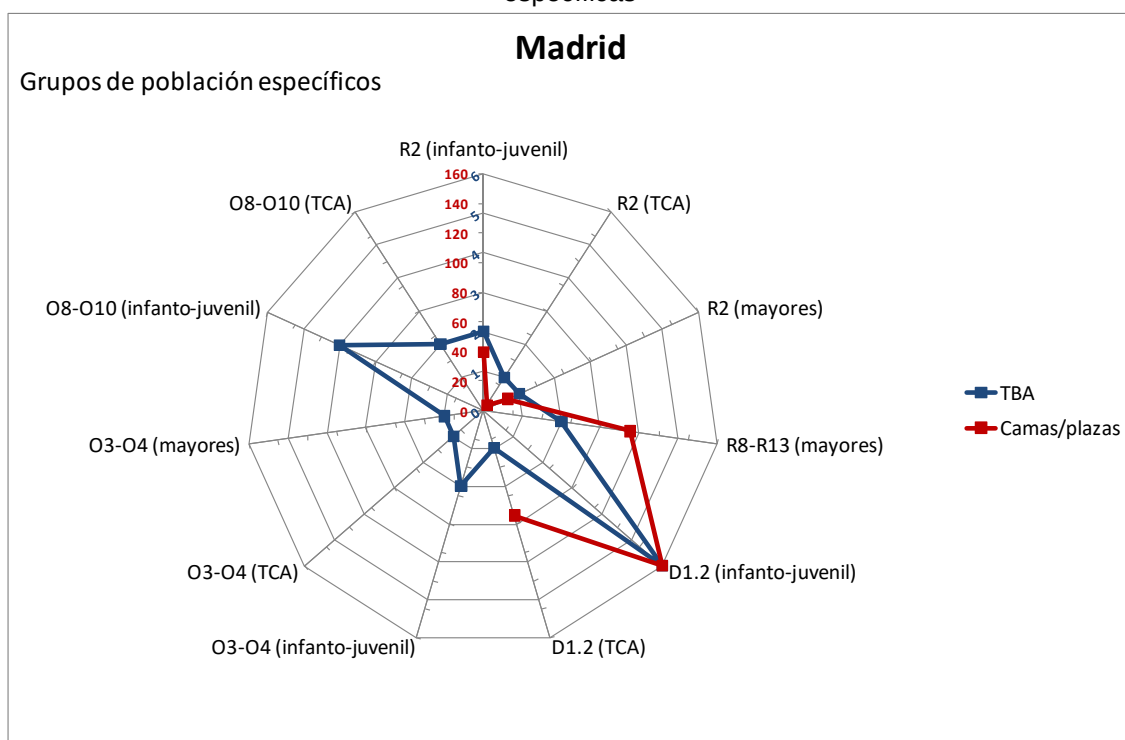
Atención de media y larga estancia (R4-R6) no se contempla para este tipo de poblaciones y para atención residencial comunitaria (R8-R11) únicamente se cuenta con 2 dispositivos (tasa de 2,23) de apoyo 24 horas y estancia indefinida (R11) para mayores y un total de 100 camas (tasa de 11,68). La Comunidad ocupa el cuarto puesto de las 4

CCAA que cuentan con este tipo de dispositivos y el tercer puesto respecto a disponibilidad de camas pues no se tiene conocimiento de la disponibilidad de Cantabria que tiene una tasa de dispositivos mayor.

Para atención de día de agudos infanto-juveniles la Comunidad cuenta con 6 dispositivos específicos (tasa de 6,13) y un total de 160 camas (tasa de 163,45) que situaría a la Comunidad en cuarto lugar de las 5 CCAA con este tipo de atención para dispositivos y en tercer lugar para disponibilidad de camas; para TCA se registran 2 dispositivos (tasa de 0,19) y un total de 74 plazas (tasa de 13,98). La Comunidad ocupa el sexto lugar de las 6 CCAA que cuentan con dispositivos de este tipo y el cuarto lugar para disponibilidad de plazas. No se dispone de este tipo de atención para población mayor.

La atención ambulatoria no móvil de disponibilidad programada (O8-O10) de forma específica para niños y adolescentes cuenta con 4 dispositivos (tasa de 4,09), 3 de frecuencia quincenal (O9.1) y 1 de frecuencia mensual (O10.1) y para trastornos de la conducta alimentaria suma 2 dispositivos (tasa de 0,38) de frecuencia de contacto quincenal (O9.1). La Comunidad ocupa el último puesto para disponibilidad de atención ambulatoria específica para infanto-juveniles y el sexto puesto para TCA, Andalucía y Murcia no registran dispositivos de este tipo. No se dispone de atención ambulatoria específica para mayores.

Gráfico 29. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

c. Murcia

En el Gráfico 30 y el Gráfico 31, se expone de manera detallada la distribución de dispositivos y camas/plazas según los tipos básicos de atención de la Comunidad.

Población adulta

En Murcia el tipo básico de atención con mayor cobertura para adultos es la atención ambulatoria no móvil de disponibilidad programada (O8-O10) que cuenta con 21 dispositivos, los centros de salud mental de la Comunidad. La tasa de disponibilidad para este tipo de atención es 18,03 dispositivos que sitúa a la Comunidad en tercer lugar respecto al resto de Comunidades estudiadas. Este valor se encuentra por encima del rango establecido para atención ambulatoria por el grupo Psicost en el Modelo B-MHCC (8-13,3 dispositivos).

Con una disponibilidad menor, la hospitalización de agudos (R2) cuenta con 6 dispositivos y 118 camas (tasa de 5,15 dispositivos y 101,29 camas). La Comunidad ocupa el tercer puesto para dispositivos y el sexto para disponibilidad de camas. Este

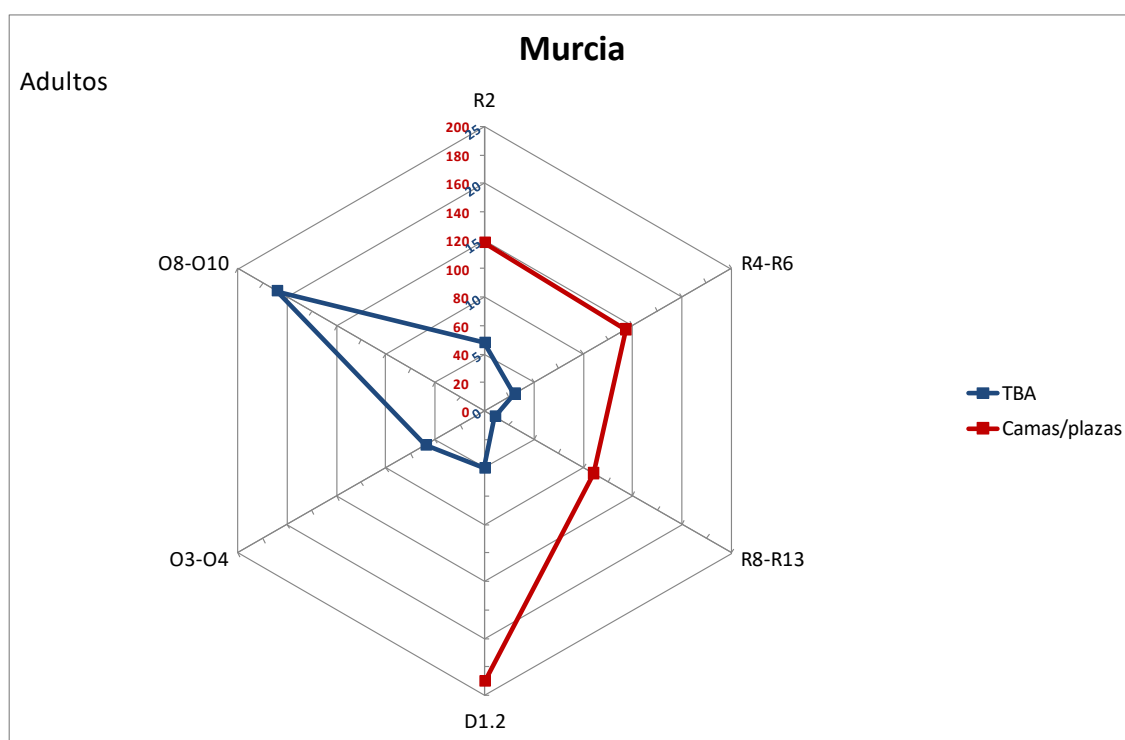
tipo de atención se ofrece de forma conjunta con la atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1). El valor obtenido de dispositivos para hospitalización de agudos está ligeramente por encima del rango establecido por Psicost, no así para camas que cumple con los criterios (2,5-5 dispositivos y 90-200 camas).

La atención de día de agudos (D1.2), suma un total de 5 dispositivos y 190 plazas (tasa de 4,29 dispositivos y 163,09 plazas) para atención a adultos. La Comunidad se sitúa en primer lugar para disponibilidad de plazas de este tipo y en tercer lugar para dispositivos y está dentro del rango descrito por el Modelo B-MHCC para atención de día de agudos (3-8 dispositivos y 60-180 camas). No se dispone en la Comunidad de atención de día programada (D4.1) relacionada con la salud mental.

Murcia cuenta con un total bruto de 3 dispositivos para atención hospitalaria de media y larga estancia (R4-R7), en concreto con 3 unidades de media estancia psiquiátrica (R4) que disponen de 114 camas para este tipo de ingresos. La tasa para este tipo de atención es de 2,58 dispositivos, cuarto lugar respecto al resto de Comunidades y 97,86 camas quinto lugar respecto a las demás Comunidades. Está dentro del rango descrito para este tipo de atención por el grupo Psicost (1,5-3 dispositivos y 30-130 camas).

Finalmente, la atención residencial comunitaria (R8-R11) representada en la Comunidad por 1 dispositivo (tasa de 0,86) residencial de estancia indefinida y apoyo 24 horas (R11) para enfermos mentales crónicos y un total de 88 camas (tasa de 75,54). La tasa de dispositivos sitúa a la Comunidad en último lugar y la de camas en quinto lugar comparando las cifras con el resto de CCAA. Está por debajo del intervalo establecido para disponibilidad de servicios residenciales definido en el Modelo B-MHCC (>3,5 dispositivos y >100 camas).

Gráfico 30. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Poblaciones específicas

La Comunidad cuenta con atención específica de salud mental para otros grupos de población además de adultos, estos son población infanto-juvenil, personas mayores y trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

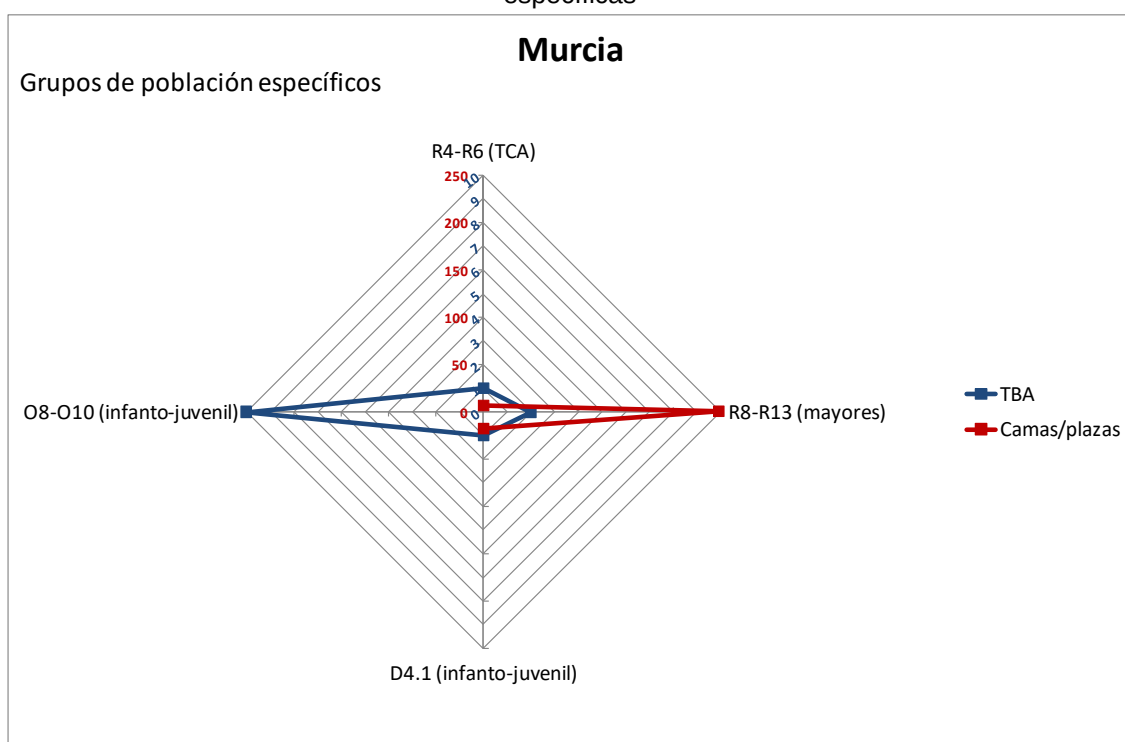
La atención hospitalaria sólo está cubierta de forma específica para el tratamiento de los TCA para lo que cuenta con 1 dispositivo de hospitalización de media estancia (R4) y un total de 6 camas. La tasa de disponibilidad es de 0,86 dispositivos y 5,15 camas por millón de habitantes, lo que sitúa a Murcia en tercer lugar de las 3 CCAA que describen este tipo de atención.

Se describen en la Comunidad 2 dispositivos (tasa de 20,31) de atención residencial comunitaria (R8-R11) de estancia indefinida y apoyo 24 horas (R11) que suman 249 camas (tasa de 1283,32), dirigidos a personas mayores de 65 años con trastorno mental. Presenta la tasa más alta de disponibilidad respecto a las 4 CCAA que cuentan con este tipo de atención.

El tipo básico de atención de día (D) tiene una disponibilidad en la Comunidad de 1 dispositivo (tasa de 3,38) para población infanto-juvenil, este dispositivo ha sido diseñado para ofrecer atención de día programada (D4.1) relacionada con la salud mental de niños y adolescentes y cuenta con un total de 18 plazas (tasa de 68,93). Junto con Cataluña, que tiene una disponibilidad mayor, es la única Comunidad que recoge este tipo de atención. No se describe ningún otro tipo de atención de día para poblaciones específicas en la Comunidad.

De la misma forma que sucede para atención de día, la atención ambulatoria no móvil de disponibilidad programada (O8-O10) sólo se describe para población infanto-juvenil con un total de 10 dispositivos (tasa de 38,29) o centros de salud para niños y adolescentes. La Comunidad presenta la segunda tasa más alta de atención ambulatoria infanto-juvenil después de Cataluña.

Gráfico 31. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

d. Navarra

En el Gráfico 32 y el Gráfico 33, se expone de manera detallada la distribución de dispositivos y camas/plazas según los tipos básicos de atención de la Comunidad.

Población adulta

La atención ambulatoria continuada no móvil (O8-O10) cuenta en la Comunidad con la mayor concentración de dispositivos, con 9 unidades de salud mental donde se ofrece atención ambulatoria de frecuencia mensual (O10.1) y 5 dispositivos donde se ofrece atención ambulatoria combinada con ingreso hospitalario o atención de día, resultando un total de 14 dispositivos. Con una tasa de 26,75 dispositivos por millón de habitantes, Navarra presenta la tasa más alta de las 8 CCAA estudiadas. Está muy por encima del rango descrito para este tipo de atención por el grupo Psicost (8-13,3 dispositivos).

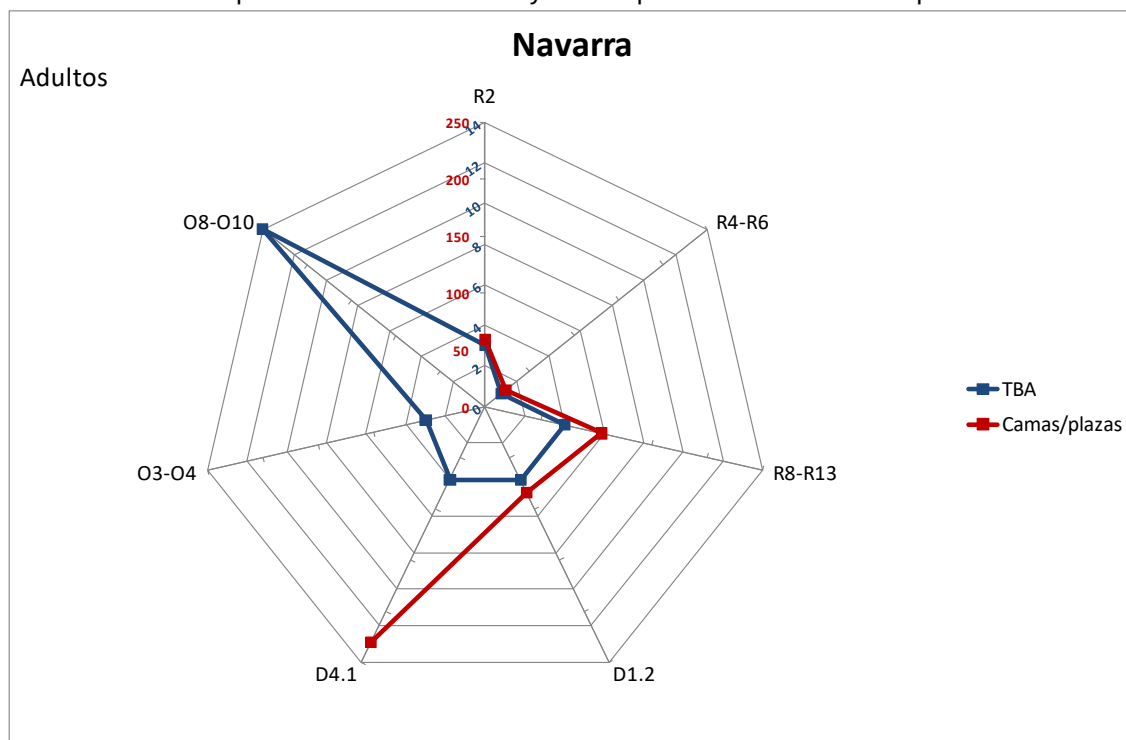
En un segundo nivel, la atención residencial comunitaria (R8-R11) representada por 5 dispositivos (tasa de 7,64), 3 centros residenciales de estancia indefinida y apoyo 24 horas (R11) y 1 dispositivo residencial de apoyo 24 horas pero estancia limitada superior a un mes (R8.2) que suman un total de 105 camas (tasa de 200,59). Presenta la segunda tasa más alta para atención residencial comunitaria. Cumple con los criterios establecidos para este tipo de atención por el Modelo B-MHCC (>3,5 dispositivos y >100 camas).

A continuación, la atención de día (D) para agudos (D1.2) y programada (D4.1) que cuenta en la Comunidad con 4 dispositivos (tasa de 7,64) para cada tipo. Los dispositivos para atención diurna de agudos disponen de 84 plazas (tasa de 160,47) y los de atención de día programada suman un total de 230 plazas (tasa de 439,39). Para atención de día de agudos (D1.2) la Comunidad cuenta con la tasa más alta de dispositivos comparada con el resto de CCAA estudiadas y la segunda más alta de plazas. Para atención de día programada (D4.1) se sitúa en sexto lugar para disponibilidad de servicios y en tercer lugar para plazas. La disponibilidad de atención de día (D1.2 y D4.1) cumple con los criterios establecidos por el grupo Psicost (D1 3-8 dispositivos y 60-180 plazas; D4 7,5-20 dispositivos y 200-700 plazas).

La hospitalización de agudos (R2) está cubierta con un total de 3 dispositivos de breve estancia y dispone de 59 camas (tasa de 5,73 dispositivos y 112,71 camas). La tasa de dispositivos para este tipo de atención es la segunda más alta después de Baleares y para camas ocupa el quinto lugar. La Comunidad está por encima del rango establecido

en el Modelo B-MHCC para dispositivos de este tipo de atención pero cumple los criterios para camas (2,5-5 dispositivos y 90-200 camas) Este tipo de atención se ofrece junto a la atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1).

Gráfico 32. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para adultos



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

Poblaciones específicas

Los tipos básicos de atención estudiados para adultos tienen en la mayoría de los casos cobertura específica en la Comunidad para otros grupos de población: infanto-juvenil, población mayor y para los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

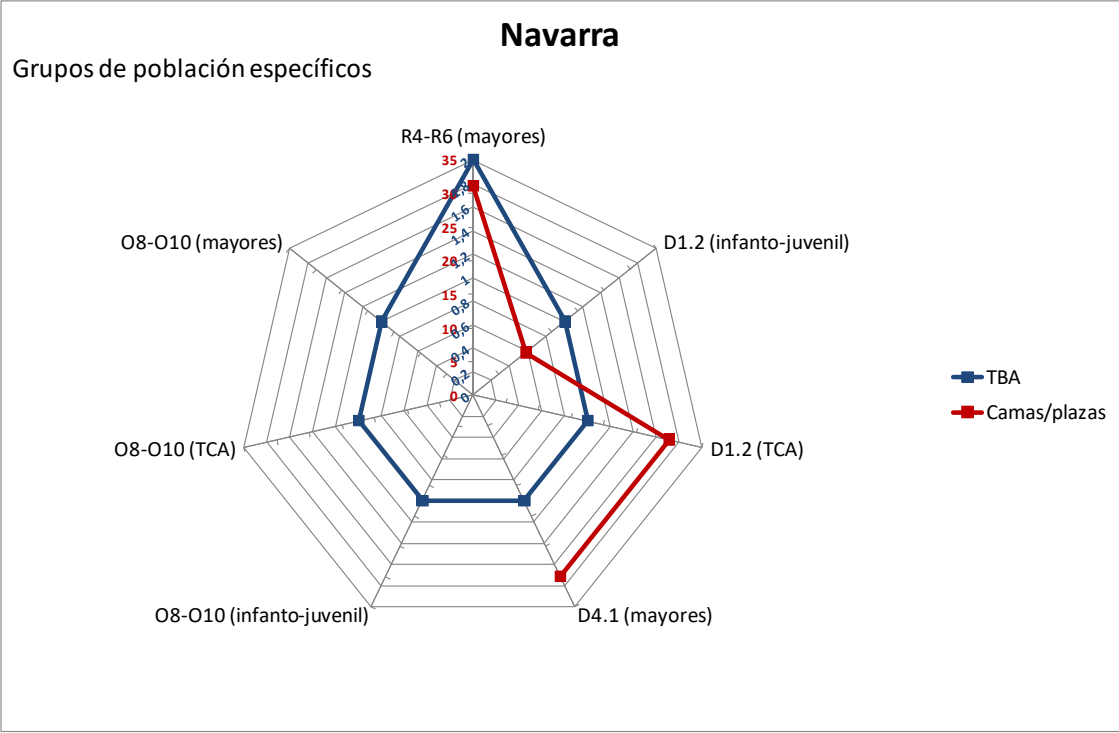
Al analizar la disponibilidad de tipos básicos de hospitalización se puede comprobar que sólo existe de forma específica para personas mayores atención hospitalaria de media y larga estancia (R4-R7) con 2 dispositivos y un total de 31 camas (tasa de 18,69 dispositivos y 289,67 camas). La Comunidad presenta una tasa de disponibilidad mayor que Andalucía, junto con esta, es la única CCAA que recoge este tipo de atención.

La atención de día cubre de manera específica los tres tipos de población recogidos en este apartado, de esta forma para infanto-juveniles se cuenta con 1 dispositivo de

atención de día de agudos (D1.2) que suma un total de 10 plazas (tasa de 10,32 dispositivos y 103,17 plazas). La Comunidad presenta la segunda tasa más alta de dispositivos después de Cataluña y la quinta para plazas. Para TCA al igual que para niños y adolescentes se describe 1 dispositivo de agudos con 30 plazas (tasa de 1,91 dispositivos y 57,31 plazas), la tasa de disponibilidad es la tercera para dispositivos y la primera para plazas y por último para personas mayores de 65 años existe un dispositivo de atención de día programada (D4.1) que cuenta con 30 plazas (tasa de 9,34 dispositivos y 280,32 plazas), esta es la única Comunidad que describe este tipo de atención para población mayor.

Finalmente, la atención ambulatoria no móvil de disponibilidad programada (O8-O10), que se recoge de forma específica para población infanto-juvenil con 1 dispositivo (tasa de 10,36) de frecuencia mensual (O10.1), respecto a las demás CCAA la tasa de disponibilidad para este tipo de atención ocupa el tercer lugar. Para mayores de 65 años se cuenta con 1 dispositivo (tasa de 9,34) de frecuencia mensual (O9.1), es la única Comunidad que recoge este tipo de atención. Por último, para TCA se registra 1 dispositivo de frecuencia semanal (O8.1), que con una tasa de 1,94 sitúa a la Comunidad en cuarto lugar. Tanto para mayores como para TCA la atención ambulatoria se ofrece junto con atención residencial para el primer caso y atención de día para el segundo.

Gráfico 33. Tipos básicos de atención y camas/plazas de salud mental para poblaciones específicas



Fuente: Administraciones sanitarias regionales, 2009

5.4.3 Comparación de los datos sobre servicios de la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y los datos del Atlas de Salud Mental

En este apartado pasamos a describir por CCAA las diferencias encontradas en los datos sobre servicios y profesionales en el documento de Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2009 y en el presente estudio realizado por Psicost en 2009.

1. Andalucía

Dispositivos

En el estudio realizado por Psicost se recogen 5 dispositivos del contacto directo con el responsable de salud mental de la Comunidad, que no vienen reflejados en la Evaluación de la Estrategia de Salud Mental:

- Unidad de Salud Mental (USM) de Jaén Sur
- Hospital de Día de Salud Mental (HDSM) de Torrecárdenas
- Unidad de media estancia Centro Asistencial San Juan de Dios
- Unidad de larga estancia Complejo Asistencial Hermanas Hospitalarias Sagrado Corazón de Jesús.
- Unidad de larga estancia psicogeriátrica Centro Asistencial San Juan de Dios

Profesionales

Equipo de atención recogido en la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud:

RECURSOS HUMANOS (Diciembre 2008)							
PSIQUIATRIA	PSICOLOGÍA	DUE	TR. SOCIAL	TERAPIA OCUP.	AUX. ENFERMERÍA	MONITOR/A OCUP	AUXILIAR ADMTVO
501	259	592	120	49	719	93	182

Equipo de atención recogido en el estudio Psicost en 2009:

RECURSOS HUMANOS (septiembre 2009)							
PSIQUIATRA	PSICOLOGÍA	DUE	TR. SOCIAL	TERAPIA OCUP.	AUX. ENFERMERÍA	MONITOR/A OCUP	AUXILIAR ADMTVO
482	253	592	119	51	710	92	172

La comparación de los equipos de profesionales en ambos cuadros deja ver una ligera disminución de personal que se puede explicar porque en el estudio de Psicost falta información de profesionales de las 47 Casas Hogar, la UME y la ULE de adultos y la ULE de psicogeriatría.

El total de psiquiatras ha bajado con respecto a 2008 de 501 a 482, los psicólogos se han reducido de 259 a 253, el número de enfermeros se mantiene igual, los trabajadores sociales han bajado en una persona de 120 a 119, el número de terapeutas ocupacionales ha subido de 49 a 51, auxiliares de enfermería han bajado de 719 a 710, monitores han pasado de 93 a 92, auxiliares administrativos han bajado de 182 en 2008 a 172 en 2009, y celadores han pasado de 83 a 80.

2. Islas Baleares

Dispositivos

La Estrategia recoge 2 Hospitales de Día (HD) que en el estudio de Psicost se corresponden a las Unidades Comunitarias de Rehabilitación, tal como se refleja en la información facilitada por la administración autonómica, que son:

- HD del Hospital de Inca de Mallorca
- HD del Hospital General Mateu Orfila de Menorca

Por otro lado, en el estudio de Psicost, a través del contacto con los responsables de salud mental de la Comunidad, se han localizado 2 unidades de media estancia (UME) que no vienen detalladas en la Estrategia de Salud Mental Nacional:

- UME Lluema Palma de Mallorca
- UME Galatzó Palma de Mallorca

Profesionales

Equipo de atención recogido en la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud:

RECURSOS HUMANOS (Diciembre 2008)						
PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	DUE	T. SOCIAL	AUX. ENF.	TERAP. OCUP.	PERSONAL ADMINISTRATIVO
85	53	127	23	263	7	15

Equipo de atención recogido en el estudio Psicost en 2009:

RECURSOS HUMANOS (septiembre 2009)						
PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	DUE	T. SOCIAL	AUX. ENF.	TERAP. OCUP.	PERSONAL ADMINISTRATIVO
55	40	120	39	1117	6	41

La comparación entre los dos equipos de profesionales permite ver la diferencia, superior en todas las categorías en el cuadro de la Estrategia Nacional, es necesario tener en cuenta que en el estudio del grupo Psicost no se ha podido completar la información de los equipos de atención de: el centro psicogeriátrico de Palma, la UME de Mallorca, la ULE de Mallorca, la UTCA de Son Dureta y los 3 servicios de atención residencial comunitaria (SARC).

3. Cantabria

Dispositivos

La información recogida para el estudio Psicost a través del contacto con los responsables de área de salud mental y con los servicios coincide con la incluida en el documento de Evaluación de la Estrategia.

Profesionales

Equipo de atención recogido en la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud:

RECURSOS HUMANOS(Diciembre 2008)		
PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA
16	12	7

Equipo de atención recogido en el estudio Psicost en 2009:

RECURSOS HUMANOS (septiembre 2009)		
PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	ENFERMERÍA
41	26	26

Los profesionales obtenidos en el estudio de Psicost son superiores en número a los recogidos en la Estrategia en todas las categorías contempladas.

No se tiene información de los profesionales de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRP).

4. Castilla-La Mancha

Dispositivos

La información de servicios ofrecida por la Comunidad a través del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2005-2010 y el contacto directo con los responsables de las áreas de salud mental para el estudio Psicost 2009, comparada con la recogida en la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental arroja resultados semejantes.

Profesionales

El equipo de profesionales de atención a la salud mental de Castilla-La Mancha no viene recogido en la Evaluación de la en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

5. Cataluña

Dispositivos

Los Centros Periféricos que vienen recogidos en el documento de la Evaluación de la Estrategia no se han incluido en el estudio Psicost por no considerarse servicios específicos independientes de atención a la salud mental. La Estrategia recoge 12 Centros Periféricos (CP).

En el documento de la Evaluación de la Estrategia, todas las Unidades de Hospitalización vienen recogidas bajo el mismo epígrafe. En el estudio del grupo Psicost se han considerado por separado atendiendo al tipo de atención que ofrecen (agudos, subagudos, media y larga estancia (mille), atención e los trastornos de la conducta alimentaria).

En el estudio realizado por Psicost los HD Sant Feliu de Llobregat y Mutua de Terrassa están recogidos en atención infanto-juvenil, en la Evaluación de la Estrategia vienen como adultos.

Profesionales

El equipo de profesionales de atención a la salud mental de Cataluña no viene recogido en la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

6. Madrid

Dispositivos

La información recogida en la Comunidad para el estudio Psicost, a través del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014, del contacto con los responsables de salud mental y el contacto directo con los servicios, ofrece disparidades con respecto a los datos de la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Los siguientes dispositivos no están incluidos en la Estrategia:

- Unidad de hospitalización breve (UHB) del Hospital de la Defensa.
- UH Larga Estancia Rodríguez-Lafora.
- Dispositivos para atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) (4): una Unidad de Hospitalización Breve (H. Ramón y Cajal), un Hospital de Día (H. Santa Cristina), y dos Clínicas de atención ambulatorias (H.G.U Gregorio Marañón, H.U Móstoles).
- Dispositivos para Trastornos de la Personalidad (3): dos Unidades de Media Estancia (Clínica San Miguel y H. Rodríguez Lafora) y un Hospital de Día (Clínico San Carlos).
- Hospitales de Día (13). En la Estrategia no viene recogido ningún hospital de día para atención a personas adultas.

- Centros de Día (11) (administrativamente dependientes de la Consejería de Sanidad). En la Estrategia no viene recogido ningún centro de día de atención a personas adultas
- CSM Centro de Especialidades Periféricas Pontones

Profesionales

Equipo de atención recogido en la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud:

RECURSOS HUMANOS (Diciembre 2008)							
PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	DUE	T. SOCIAL	AUX. ENF.	TERAP. OCUP.	MONITOR	PERSONAL ADMINISTRATIVO
229	144	103	61	36	17	8	77

Equipo de atención recogido en el estudio Psicost en 2009:

RECURSOS HUMANOS (septiembre 2009)							
PSIQUIATRÍA	PSICOLOGÍA	DUE	T. SOCIAL	AUX. ENF.	TERAP. OCUP.	MONITOR	PERSONAL ADMINISTRATIVO
421	228,5	535	109	459	71,5	11	51

Todo el equipo de profesionales es superior con respecto al recogido en la Estrategia, a pesar de no tener datos completos de todos los servicios de la Comunidad; falta información de:

- CSM de los Centros Municipales de Vallecas, Casa del Reloj de Arganzuela y de Usera, CSM-IJ Doctor Castro Viejo,
- UHB-IJ del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús,
- UHB del Hospital Universitario Gregorio Marañón, Hospital Severo Ochoa, Hospital de Fuenlabrada, Hospital 12 de Octubre, Complejo Asistencial Benito Menni y Centro San Juan de Dios.
- HD del Hospital Infanta Leonor, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Puerta de Hierro y Fundación Alcorcón.
- Dispositivos para los trastornos de personalidad del Hospital Rodríguez Lafora y Clínico San Carlos,
- Unidades de psicogeriatría del Complejo Asistencial Benito Menni y el Centro San Juan de Dios.

7. Murcia

Dispositivos

La Estrategia no recoge la Unidad de Psicogeriatría de la Residencia de Mayores Espinardo.

Profesionales

Equipo de atención recogido en la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud:

RECURSOS HUMANOS (Diciembre 2008)							
PSQUIAT.	PSICÓL.	ENFERM.	T. SOCIAL	TERAP. OCUPAC.	AUX. CLÍNICA	AUX. ADVO	CELADOR
36	13	88	5	11	127	15	44

Equipo de atención recogido en el estudio Psicost en 2009:

RECURSOS HUMANOS (septiembre 2009)							
PSQUIAT.	PSICÓL.	ENFERM.	T. SOCIAL	TERAP. OCUPAC.	AUX. CLÍNICA	AUX. ADVO	CELADOR
99	68	140,5	25,5	26	136	58.5	52

El equipo de atención recogido en la Evaluación de la Estrategia difiere considerablemente del recogido en el estudio Psicost, siendo en este último el total de profesionales superior en todas las categorías a pesar de faltar información del equipo de profesionales de la residencia sociosanitaria de Luis Valenciano y las residencias psicogerítricas Virgen del Valle y Espinardo

8. Navarra

Dispositivos

El estudio realizado por Psicost recoge los siguientes dispositivos que no se incluyen en el documento de la Estrategia:

- El Centro Psicogeriátrico Josefina Arregui.

Profesionales

Equipo de atención recogido en la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud:

RECURSOS HUMANOS (Diciembre 2008)											
PSIQ	MÉD	PSIC	DUE	TS	TO	AE	AA	EDU	PSICOMOTRIC.	MON	OTRO
51.5	2	30.5	68	20	9	262	25	7	1	3	90

Equipo de atención recogido en el estudio Psicost en 2009:

RECURSOS HUMANOS (septiembre 2009)											
PSIQ	MÉD	PSIC	DUE	TS	TO	AE	AA	EDU	PSICOMOTRIC.	MON	OTRO
54	4	25	49	19	8	86	21	4	2	1	6

El número de psiquiatras recogidos a través del contacto con los servicios supera en 3.5 a lo contemplados en la Estrategia, se da la misma situación para médicos y psicomotricistas. El total de psicólogos es menor en 4.5, el de enfermeros en 19, el de trabajadores sociales en 1, el de terapeutas ocupacionales en 1, el de auxiliares de enfermería es quizá el más llamativo puesto que hay una diferencia de 176 personas a favor de la Estrategia, auxiliares administrativos hay 4 menos en los datos recogidos telefónicamente, educadores 3 menos, monitores 2 menos y profesionales de otras categorías agrupados como otros 84 menos. En el estudio de Psicost falta información de las clínicas Padre y Benito Menni

5.5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica asistida y la utilización de los servicios de salud mental.

5.5.1. Centros de salud mental.

5.5.1.1. Actividad de los centros de salud mental por áreas sanitarias.

A. Prevalencia administrativa.

La prevalencia asistida o administrativa es el resultado de dividir el número de pacientes que han acudido a los servicios de salud mental entre la población de cobertura por 1.000.

La prevalencia administrativa en los centros de salud mental de las comunidades españolas se refleja el Mapa 40 con datos recogidos en 2007 y 2008. Como se observa en el mapa, hay áreas de salud en las no hay información, que son las siguientes: todas las áreas incluidas en Castilla la Mancha (1-8), AGS H de Jerez (11) y AGS Norte de Málaga (18) en Andalucía, Baleares (42-44) y Cantabria (45-47), exceptuando Estella (48), Vega Alta del Segura (68) y Vega Media del Segura (69) (Murcia).

El área con mayor prevalencia administrativa es Noroeste (67) (Murcia) con 56,71 y la menor prevalencia se da en AGS H Puerta del Mar (16) con 12,75.

A continuación se detalla el intervalo que va de 12,75 al 24,26: AGS H San Juan de la Cruz (23), AGS Norte de Almería (9), AGS H de la Victoria (25), AGS Sur Granada (30), AGS Granada Norte (34) (Andalucía), Regio Alt Pirineu i Aran (35), Regio Catalunya Central (38) Regio Lleida (40) (Cataluña), A4 Noreste (56) y A5 Norte (57) (Madrid).

El siguiente intervalo es 24,27 al 27,00: AGS H Torrecárdenas (24), AGS Huelva (13), AGS H San Cecilio (22), AGS Osuna (28), AGS Norte de Córdoba (31) (Andalucía), Regio Barcelona (36) (Cataluña), A2 Centro – Norte (54), A6 Oeste (58) A7 Centro – Oeste (59) (Madrid), Cartagena y Mar Menor (63).

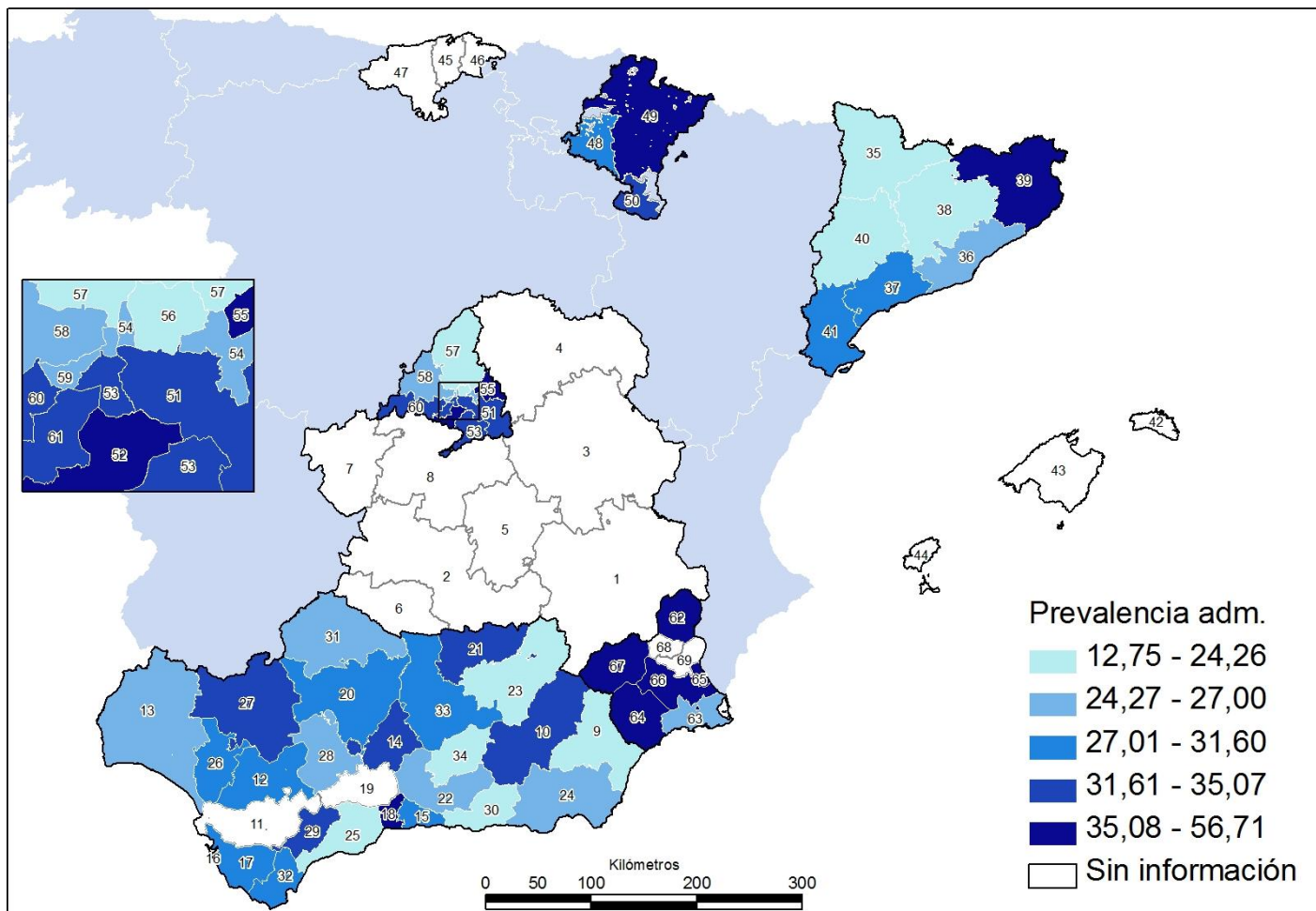
De 27,00 a 31,60 se sitúan, como se puede ver en el mapa, las áreas de: AGS H Valme (12), AGS H la Axarquía (15), AGS H Puerto Real (17), AGS H Reina Sofía (20), AGS H V del Rocío (26), AGS Campo de Gibraltar (32), AGS H Jaén (33) (Andalucía), Regio

Camp de Tarragona (37), Regio Terres de l'Ebre (41) (Cataluña) y Estella (48) (Cantabria).

El siguiente quintil constituye un intervalo comprendido entre 31,61 y 35,07: AGS Baza (10), AGS H San Agustín (21), AGS V de la Macarena (27) (Andalucía), Tudela (50) (Navarra), A1 Sur – Este (51), A11 Sur II (53), A8 Sur – Oeste I (60), A9 Sur – Oeste II (61) (Madrid) y Murcia Este (65).

Por último los tramos con mayor prevalencia administrativa son los intervalos del 35,08 al 56,71 y se dan en las siguientes áreas: AGS H Infanta Margarita (14), AGS HR Málaga (18), AGS Serranía de Málaga (29) (Andalucía), Regio Girona (39) (Cataluña), Pamplona (49) (Navarra), A10 Sur – Este (52), A3 Este (55) (Madrid), Altiplano (62), Lorca (64), Murcia Oeste (66) y Noroeste (67).

Mapa 40. Prevalencia administrativa en Centros de Salud Mental de adultos en las Áreas de Salud de las CCAA de estudio.
(Número de casos / población adulta x 1.000)



Fuente: Administraciones de salud de las CCAA, 2007 y 2008.

B. Incidencia administrativa.

La incidencia asistida o administrativa es el resultado de dividir el número de pacientes que han acudido por primera vez a un servicio de salud mental entre la población de cobertura por 1.000.

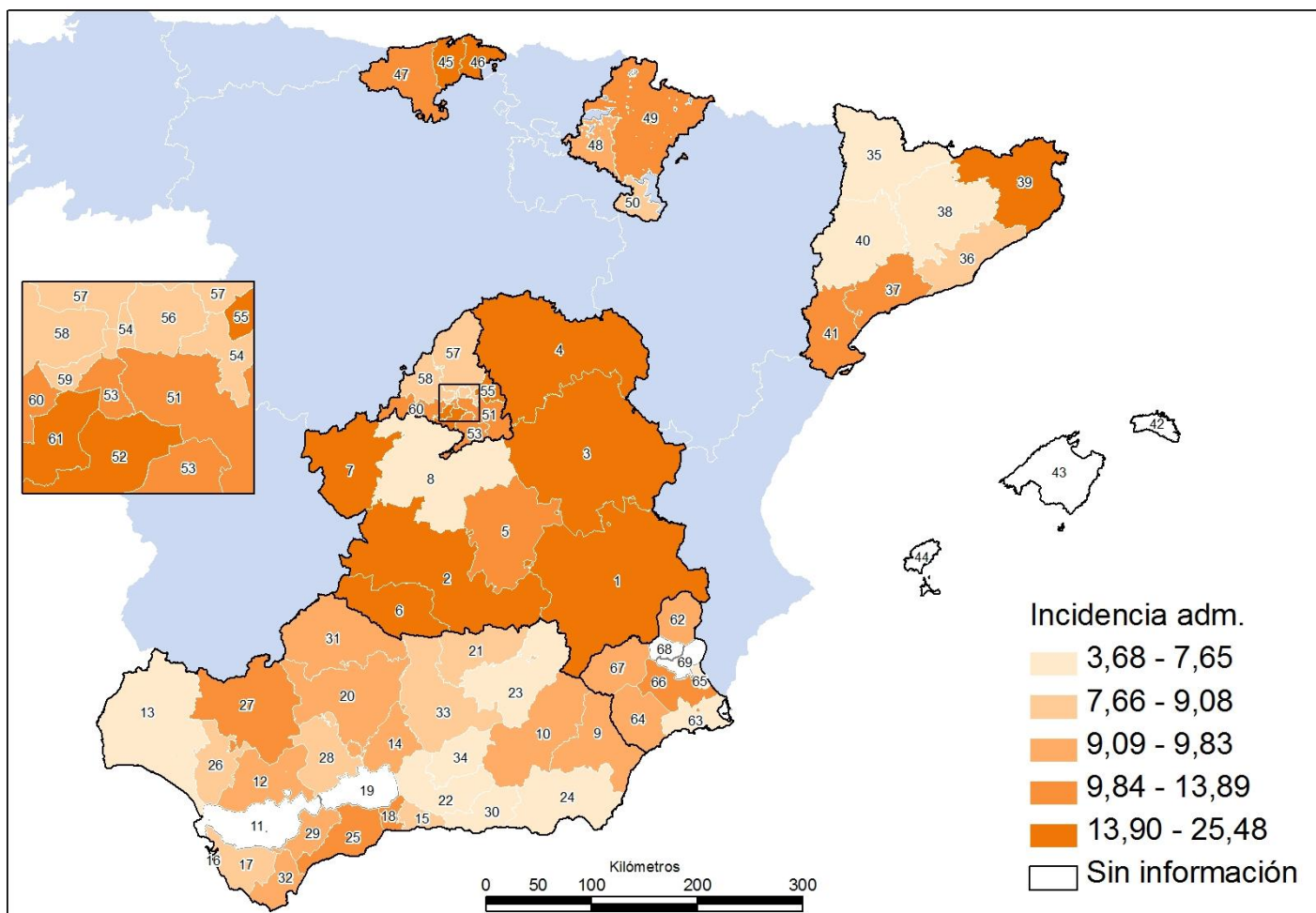
Como se puede apreciar, la mayor incidencia (25,48) se da en el área de salud AS II de Laredo (46) en la comunidad de Cantabria y el menor registro (3,68) se da en la zona de AGS H Puerta del Mar (16) en Andalucía. El intervalo menor va de 3,68 al 7,65 y corresponde a las áreas de: Toledo (8) (Castilla la Mancha), AGS Huelva (13), H Puerta del Mar (16), H San Cecilio (22), H San Juan de la Cruz (23), H Torrecárdenas (24), Sur de Granada (30), Granada Norte (34) (Andalucía), Regio Alt Pirineu i Aran (35), Catalunya Central (38), Lleida, (40) (Cataluña), Cartagena y Mar Menor (63) y Murcia Este (65) (Murcia).

El siguiente intervalo va de 7,66 al 9,08 y corresponden a las áreas de AGS H Axarquía (15), H Puerto Real (17), H San Agustín (21), H V del Rocío (26), Osuna (28), CH Jaén (33) (Andalucía), Regio Barcelona (36) (Cataluña), Tudela (50), A2 Centro Norte (54), A4 Noreste (56), A5 Norte (57) A6 (Oeste) (58), A7 Centro-Oeste (59), AGS Norte de Almería (9), H Baza (10), H Valme (12), H Infanta Margarita (14), H Reina Sofía (20), Serranía de Málaga (29), Norte de Córdoba (31), Campo de Gibraltar (32) (Andalucía), Estella (48) (Cantabria), Altiplano (62) (Madrid), Lorca (64) y Noroeste (67) (Murcia).

El intervalo de 9,84 al 13,89 acoge a las áreas de: La Mancha Centro (5) (Castilla la Mancha), AGS H Málaga (18), H Victoria (25), V Macarena (27) (Andalucía), Regio Camp de Tarragona (37), Terres de l'Ebre (41) (Cataluña), Torrelavega (47) (Cantabria), Pamplona (49) (Navarra), A1 Sur-Este (51), A11 Sur II (53), A8 Sur-Oeste I (60) y Murcia Oeste (66) (Murcia).

Por último, se reflejan los valores de los intervalos del 13,90 al 25,48: Albacete (1), Ciudad Real (2), Cuenca (3), Guadalajara (4), Puertollano (6), Talavera de la Reina (7) (Castilla la Mancha), Regio Girona (39) (Cataluña), AS I : Santander (45), AS II Laredo (46) (Cantabria), A10 Sur I (52), A9 Sur-Oeste II (61) (Madrid). Por último, cabe mencionar que hay áreas de las que no se tiene información como AGS H Jerez (11), Norte de Málaga (19) (Andalucía), Baleares al completo (42, 43 y 44) y el área de Reinosa y Torrelavega (47) (Cantabria).

Mapa 41. Incidencia administrativa en Centros de Salud Mental de adultos en las Áreas de Salud de las CCAA de estudio.
(Número de casos nuevos / población adulta x 1.000)



Fuente: Administraciones de salud de las CCAA, 2007 y 2008.

C. Frecuentación.

La frecuentación es el número total de visitas o actividades que realiza un servicio de salud mental entre su población de cobertura por 1.000.

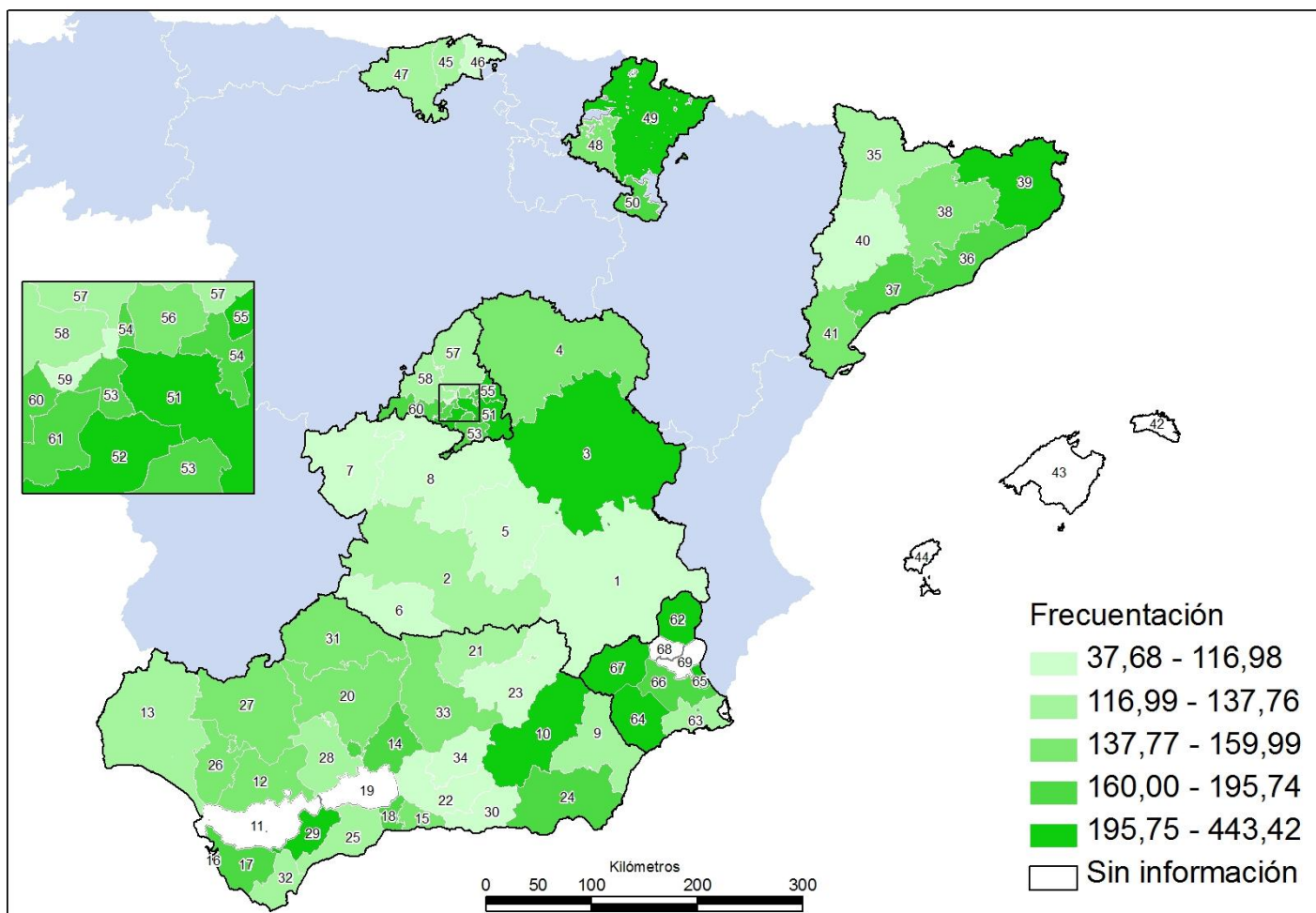
Como se puede apreciar, hay zonas que no tienen información, estas son: Vega Alta del Segura (68) y Vega Media del Segura (69) (Murcia), AGS H de Jerez (11), AGS H Norte de Málaga (19) (Andalucía), Baleares al completo (42,43 y 44). El intervalo 37,68 y 116,98 corresponde al quintil inferior y recoge los valores mínimos que se dan en las áreas de: Albacete (1), Puertollano (6), Talavera de la Reina (7), Toledo (8) (Castilla la Mancha), AGS H Puerta del Mar (16), AGS H San Cecilio (22), AGS H San Juan de la Cruz (23), AGS Sur de Granada (30), AGS Granada Norte (34) (Andalucía), Regio Lleida (40) (Cataluña), AS II: Laredo (46) (Cantabria) y A7 Centro-Oeste (59) (Madrid).

A continuación el intervalo de 116,99 al 137,76: Ciudad Real (2), La Mancha Centro (5) (Castilla la Mancha), AGS Huelva (13), AGS H San Agustín (21), AGS H V de la Victoria (25), AGS Osuna (28), AGS Campo de Gibraltar (32) (Andalucía), Regio Alt Pirineu i Aran (35) (Cataluña), AS I : Santander (45), AS II Reinosa y Torrelavega (47) (Cantabria), A5 Norte (57) y A6 Oeste (58) (Madrid).

El siguiente intervalo es de 137,77 al 159,99 y corresponde a las áreas de: Guadalajara (4) (Castilla-La Mancha), AGS Norte de Almería (9), AGS H de Valme (12), AGS H Axarquía (15), AGS H Reina Sofía (20), AGS H V del Rocío (26), AGS V Macarena (27), AGS Norte de Córdoba (31), AGS CH Jaén (33) (Andalucía), Regio Catalunya Central (38), Regio Terres de l'Ebre (41) (Cataluña), Estella (48) (Cantabria), A4 Noreste (56) (Madrid), Cartagena y Mar Menor (63), AGS H Infanta Margarita (14), AGS H Puerto Real (17), AGS HR de Málaga (18), AGS H Torrecárdenas (24) (Andalucía), Regio Barcelona (36), Regio Camp Tarragona (37) (Cataluña), Tudela (50) (Navarra), A11 Sur II (53), A2 Centro – Norte (54), A8 Sur – Oeste I (60), A9 Sur – Oeste II (61) (Madrid) y Noroeste (67) (Murcia).

El último intervalo entre 195,75 y 443,42 corresponde a las áreas de: AGS H Baza (10), AGS Serranía de Málaga (29) (Andalucía), Regio Girona (39) (Cataluña), Pamplona (49) (Navarra), A1 Sur – Este (51), A10 Sur I (52) A3 Este (55), Altiplano (62) (Madrid), Lorca (64), Murcia Este (65), Noroeste (67) (Murcia).

Mapa 42. Frecuentación en Centros de Salud Mental de adultos por Áreas de Salud de las CCAA de estudio.
(Número de consultas / población adulta x 1.000)



Fuente: Administraciones de salud de las CCAA, 2007 y 2008.

Tabla 23. Indicadores de actividad de los Centros de Salud Mental de adultos por Áreas de Salud de las CCAA de estudio.

AREA	Prevalencia	Incidencia	Frecuentación
Área Albacete	-	15,18	78,18
Área Ciudad Real	-	23,24	126,92
Área Cuenca	-	24,45	200,01
Área Guadalajara	-	24,39	147,57
Área La Mancha-Centro	-	12,50	103,25
Área Puertollano	-	15,44	89,98
Área Talavera de la Reina	-	18,81	116,98
Área Toledo	-	7,49	37,68
AGS Norte de Almería	23,34	9,47	125,77
AGS H de Baza	34,53	9,81	200,28
AGS H de Jerez	-	-	-
AGS H de Valme	31,08	9,41	153,63
AGS Huelva	26,41	7,48	122,00
AGS H Infanta Margarita	34,71	9,10	172,14
AGS H la Axarquía	29,04	8,76	145,73
AGS H Puerta del Mar	12,75	3,68	61,69
AGS H Puerto Real	27,88	8,83	165,77
AGS HR de Málaga	43,73	10,91	181,31
AGS Norte de Málaga	-	-	-
AGS H Reina Sofía	27,36	9,75	154,40
AGS H San Agustín	33,85	8,75	134,39
AGS H San Cecilio	24,88	6,65	108,93
AGS H San Juan de la Cruz	20,72	7,27	91,86
AGS H Torrecárdenas	27,00	5,24	171,01
AGS H V de la Victoria	24,19	10,24	137,01
AGS H V del Rocío	29,57	9,08	159,99
AGS V Macarena	32,14	9,96	148,22
AGS Osuna	26,29	7,69	119,76
AGS Serranía de Málaga	34,88	9,38	242,23
AGS Sur de Granada	20,55	5,13	98,14
AGS Norte de Córdoba	25,69	9,54	150,05
AGS Campo de Gibraltar	28,56	9,29	120,30

AREA	Prevalencia	Incidencia	Frecuentación
AGS CH Jaén	31,60	8,57	141,19
AGS Granada Norte	19,74	5,20	79,03
Regio Alt Pirineu i Aran	19,87	5,72	122,05
Regio Barcelona	25,92	8,71	176,29
Regio Camp de Tarragona	29,12	12,46	162,83
Regio Catalunya Central	20,59	7,06	139,73
Regio Girona	44,74	17,76	232,60
Regio Lleida	16,26	6,25	73,63
Regio Terres de l'Ebre	28,56	11,99	151,08
Área Menorca	-	-	-
Área Mallorca	-	-	-
Área Ibiza	-	-	-
Área de Salud I: Santander	-	24,50	137,76
Área de Salud II: Laredo	-	25,48	90,20
Área de Salud Reinosa y Torrelavega	-	11,40	131,32
Área Estella	30,75	9,35	145,45
Área Pamplona	37,39	10,13	199,01
Área Tudela	34,23	8,63	175,31
Área 1 Sur-Este	34,86	13,89	203,38
Área 10 Sur I	37,86	16,67	212,86
Área 11 Sur II	32,88	10,77	195,74
Área 2 Centro-Norte	25,31	8,44	161,11
Área 3 Este	44,51	16,04	234,01
Área 4 Noreste	22,66	8,36	153,11
Área 5 Norte	24,26	7,93	129,87
Área 6 Oeste	25,88	8,31	129,16
Área 7 Centro-Oeste	24,58	8,22	99,50
Área 8 Sur-Oeste I	34,00	10,68	187,46
Área 9 Sur-Oeste II	35,07	18,50	175,49
Área Altiplano	43,02	9,51	443,42
Área Cartagena y Mar Menor	25,50	7,16	133,77
Área Lorca	37,87	9,13	247,69
Área Murcia Este	35,81	7,65	243,55
Área Murcia Oeste	47,58	12,04	188,46

AREA	Prevalencia	Incidencia	Frecuentación
Área Noroeste	56,71	9,83	403,60
Área Vega Alta del Segura	-	-	-
Área Vega Media del Segura	-	-	-

Fuente: Administraciones de salud de las CCAA, 2007 y 2008.

5.5.1.2. Actividad de los centros de salud mental por CCAA.

A. Prevalencia administrativa.

a) Prevalencia administrativa del trastorno bipolar

En España en el año 2007, los casos de morbilidad del trastorno bipolar por cada 1.000 habitantes, oscilaban entre los índices de 5,51 de Castilla León y 0,58 de Asturias, quedando distribuidas de la siguiente manera por Comunidades Autónomas:

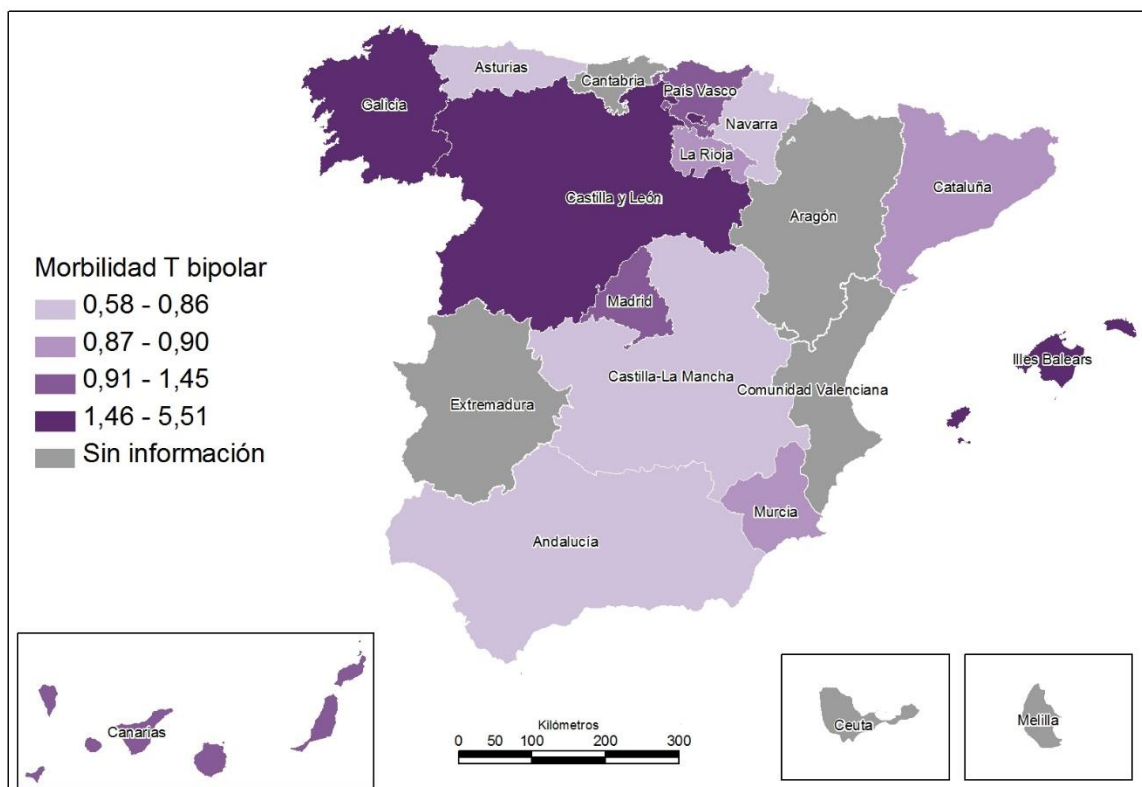
Entre los índices de mayor valor, es decir entre 1,46 y 5,51 están las Comunidades de Baleares, Castilla León y Galicia. A continuación, las Comunidades con índices comprendidos entre 0,91 y 1,45 que son: Canarias, Madrid y País Vasco.

En tercer lugar, las comprendidas entre los valores 0,87 y 0,90 como son: Cataluña, Murcia y La Rioja.

Y por último los casos de morbilidad del trastorno bipolar por cada 1.000 habitantes de menor índice 0,58 y 0,86 son las Comunidades de Andalucía, Asturias y Navarra. Del resto de Comunidades no hay información.

Mapa 43. Prevalencia administrativa del trastorno bipolar en Centros de Salud Mental de adultos por CCAA.

(Casos con diagnóstico de trastorno bipolar / población x 1.000)



Fuente: Evaluación de la Estrategia de SM del SNS, 2007.

b) Prevalencia administrativa de la esquizofrenia

En España en el año 2007, los casos de morbilidad de la esquizofrenia por cada 1.000 habitantes, oscilaban entre los índices de 3,00 de Canarias y 0,66 de Galicia, quedando distribuidas de la siguiente manera por Comunidades Autónomas:

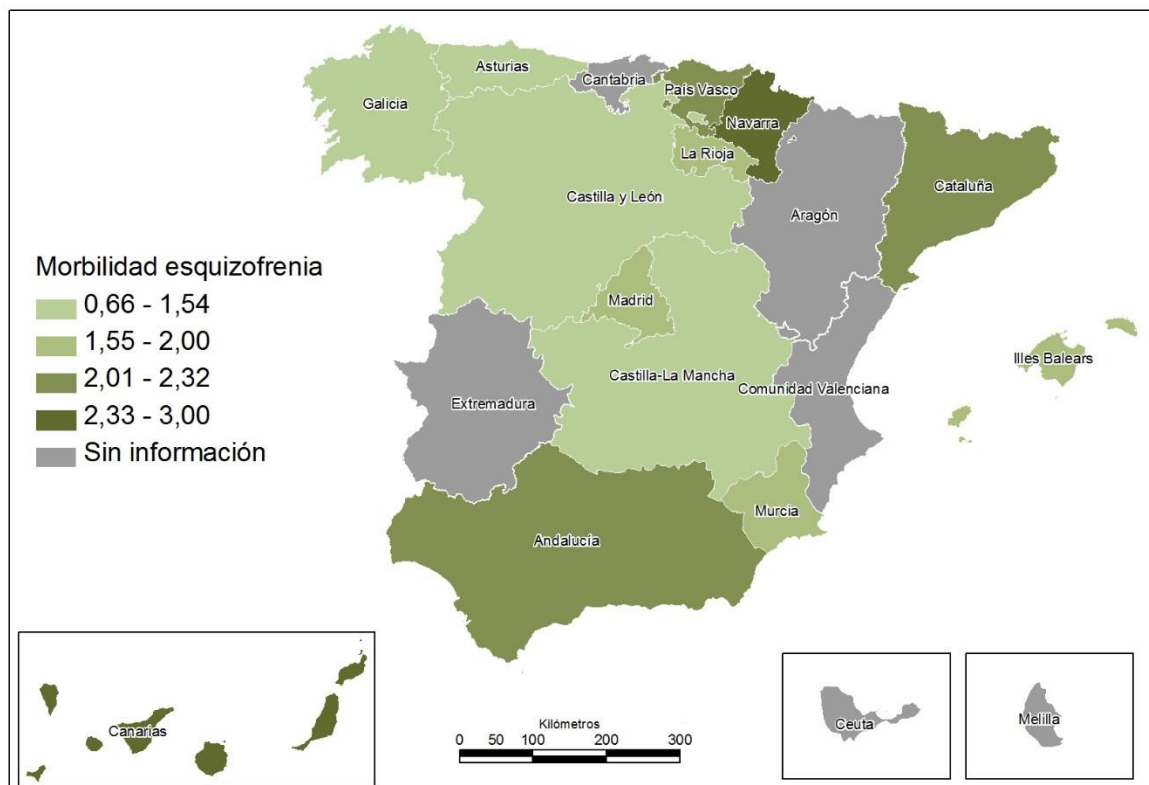
Entre los índices de mayor valor, es decir entre 2,33 y 3,00 están las Comunidades de Canarias y Navarra. A continuación, las Comunidades con índices comprendidos entre 2,01 y 2,32 que son: Andalucía, Cataluña y País Vasco.

En tercer lugar, las comprendidas entre los valores 1,55 y 2,00 como son: Madrid, Murcia y La Rioja.

Y por último los casos de morbilidad de la esquizofrenia por cada 1.000 habitantes de menor índice 0,66 y 1,54 son las Comunidades de Asturias, Castilla León, Castilla La Mancha, y Galicia. Del resto de Comunidades no hay información

Mapa 44. Prevalencia administrativa de la esquizofrenia en Centros de Salud Mental de adultos por CCAA.

(Casos con diagnóstico de esquizofrenia / población x 1.000)



Fuente: Evaluación de la Estrategia de SM del SNS, 2007.

c) Prevalencia administrativa de la depresión

En España en el año 2007, los casos de morbilidad de la depresión por cada 1.000 habitantes, oscilaban entre los índices de 6.94 de Cataluña y 0,15 de Navarra, quedando distribuidas de la siguiente manera por Comunidades Autónomas:

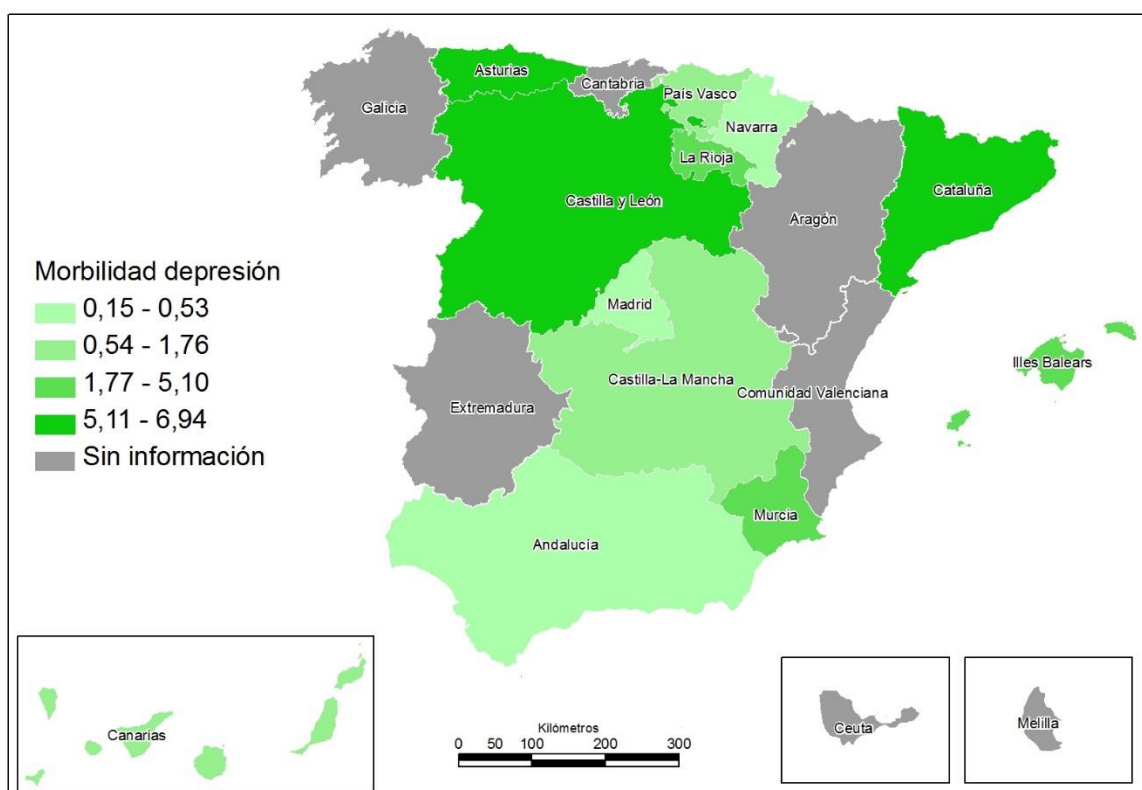
Entre los índices de mayor valor, es decir entre 5,11 y 6,94 están las Comunidades de Asturias, Castilla León y Cataluña.

A continuación, las Comunidades con índices comprendidos entre 1,77 y 5,10 que son: Baleares, Murcia y La Rioja. En tercer lugar, las comprendidas entre los valores 0,54 y 1,76 como son: Canarias, Castilla La Mancha y País Vasco.

Y por último los casos de morbilidad de la depresión por cada 1.000 habitantes de menor índice 0,15 y 0,53 son las Comunidades de Andalucía, Madrid y Navarra. Del resto de Comunidades no hay información.

Mapa 45. Prevalencia administrativa de la depresión en Centros de Salud Mental de adultos por CCAA.

(Casos con diagnóstico de depresión / población x 1.000)



Fuente: Evaluación de la Estrategia de SM del SNS, 2007.

d) Prevalencia administrativa de los trastornos de la conducta alimentaria

En España en el año 2007, los casos con trastornos de la conducta alimentaria por cada 1.000 habitantes, oscilaban entre los índices de 3,90 y 0,05 quedando distribuidas de la siguiente manera por Comunidades Autónomas:

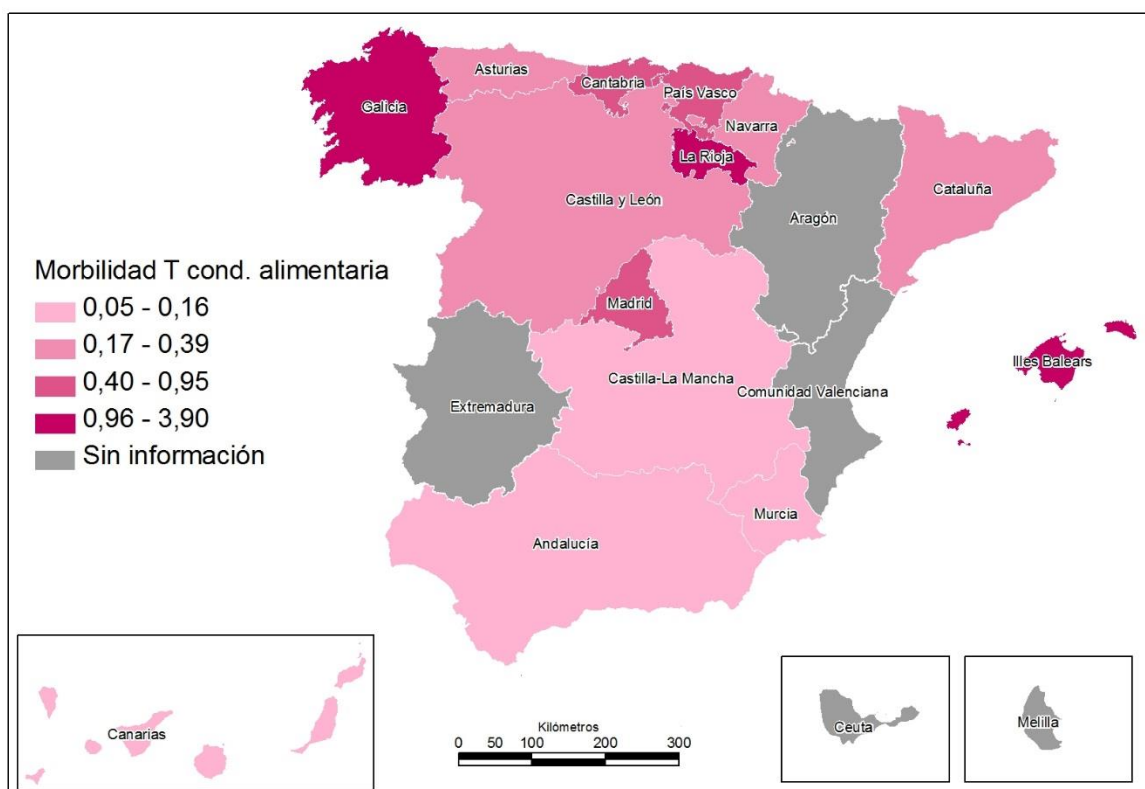
Entre los índices de mayor valor, es decir entre 0,96 y 3,90 están las Comunidades de Baleares, Galicia y La Rioja.

A continuación, las Comunidades con índices comprendidos entre 0,40 y 0,95 que son: Cantabria, Madrid y País Vasco. En tercer lugar, las comprendidas entre los valores 0,17 y 0,39 como son: Asturias, Castilla León, Cataluña y Navarra.

Y por último los casos con trastornos de la conducta alimentaria por cada 1.000 habitantes de menor índice 0,05 y 0,16 son las Comunidades de Andalucía, Canarias, Castilla La Mancha y Murcia. Del resto de Comunidades no hay información.

Mapa 46. Prevalencia administrativa de los trastornos de la conducta alimentaria en Centros de Salud Mental de adultos por CCAA.

(Casos con trastorno de la conducta alimentaria / población x 1.000)



Fuente: Evaluación de la Estrategia de SM del SNS, 2007.

Tabla 24. Indicadores de actividad en centros de salud mental por CCAA.

CC_AA	Prevalencia T. bipolar	Prevalencia esquizofrenia	Prevalencia depresión	Prevalencia T. conducta alimentaria
Andalucía	0,7	2,32	0,31	0,14
Aragón	-	-	-	-
Asturias	0,58	1,51	6,01	0,39
Baleares	1,79	1,84	2,46	1,30
Canarias	1,2	3,00	1,76	0,12
Cantabria	-	-	-	0,95
Castilla y León	5,51	1,54	5,51	0,29
Castilla-La Mancha	0,59	1,18	1,20	0,16
Cataluña	0,88	2,31	6,94	0,18
Comunidad Valenciana	-	-	-	-
Extremadura	-	-	-	-
Galicia	2,7	0,66		1,60
Madrid	1,45	1,65	0,53	0,42
Murcia	0,9	2,00	4,10	0,05
Navarra	0,86	2,64	0,15	0,29
País Vasco	1,26	2,01	1,51	0,43
La Rioja	0,9	2,00	5,10	3,90
Ceuta	-	-	-	-
Melilla	-	-	-	-

Fuente: Evaluación de la Estrategia de SM del SNS, 2007.

5.5.2. Hospitalización psiquiátrica de agudos.

5.5.2.1. Actividad de las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos por áreas sanitarias.

A. Tasa de altas.

La tasa de altas o de episodios de hospitalización psiquiátrica es el resultado de dividir las altas producidas en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica entre la población de cobertura, en este caso mayores de 17 años de toda la región. La tasa de altas también

se ha calculado por Categoría Diagnóstica Mayor de trastornos mentales y por los principales diagnósticos atendidos.

El área con el valor más alto 298,94 se da en Macarena (35) (Andalucía) y el más bajo 68,38 se da en RS de Catalunya Central (46) (Cataluña).

El intervalo inferior corresponde a los valores que van de 68,38 a 123,47 y son las áreas de: Cantabria (6), (Cantabria), A10 Sur I (8), A11 Sur II (9), A3 Este (11) (Madrid), Jerez (33), Málaga II (37), Puerto Real (39) (Andalucía) y RS de Catalunya Central (46) (Cataluña).

El intervalo que sigue va de 123,48 a 158,69: Guadalajara (4) (Castilla la Mancha), A2 Centro-Norte (10), A4 Noroeste (12), A6 Oeste (14) (Madrid), Córdoba (28), Granada Sur (30), Jaén (32), Campo de Gibraltar (34), Osuna (38), Puerto Real (39) (Andalucía). A continuación, los intervalos comprenden los valores del 158,70 al 176,75 y corresponden a las áreas de: Ciudad Real (2) (Castilla la Mancha), Cantabria (6) A8 Sur – Oeste I (16) (Madrid), Área III Lorca (22), Área I Murcia (23) (Murcia), Almería (26), Huelva (31), Málaga I (36) y Valme (42) (Andalucía).

El siguiente intervalo comienza en 176,76 y termina en 193,47, y corresponden a las áreas: Albacete (3) (Castilla la Mancha), A5 Norte (13) (Madrid), Oriental (25) (Murcia), Baza (27), Granada Norte (29), Úbeda (41) (Andalucía), RS Terres de l'Ebre (48) (Cataluña), UHP Área I (49) y UHP Área II (Navarra).

Por último, se encuentra el intervalo que va de 193,48 al 298,94: Toledo (1) (Castilla la Mancha), A1 Sur – Oeste (7) A7 Centro – Oeste (15) A9 Sur – Oeste II (17) (Madrid), Área II Cartagena (21) (Murcia), RS Barcelona (44), RS Camp de Tarragona (45) y RS de Girona (47) (Barcelona).

(Altas psiquiátricas / población adulta x 100.000)



68,38 - 123,47

123,48 - 158,69

■ 158,70 - 176,75

■ 176,76 - 193,47

■ 193,48 - 298,94

☐ Sin información

Kilómetros

0 50 100 200 300

B. Tasa de reingresos.

La tasa de reingresos es el resultado del cociente entre las altas y los pacientes atendidos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. La tasa refleja los reingresos por cada 100 altas psiquiátricas.

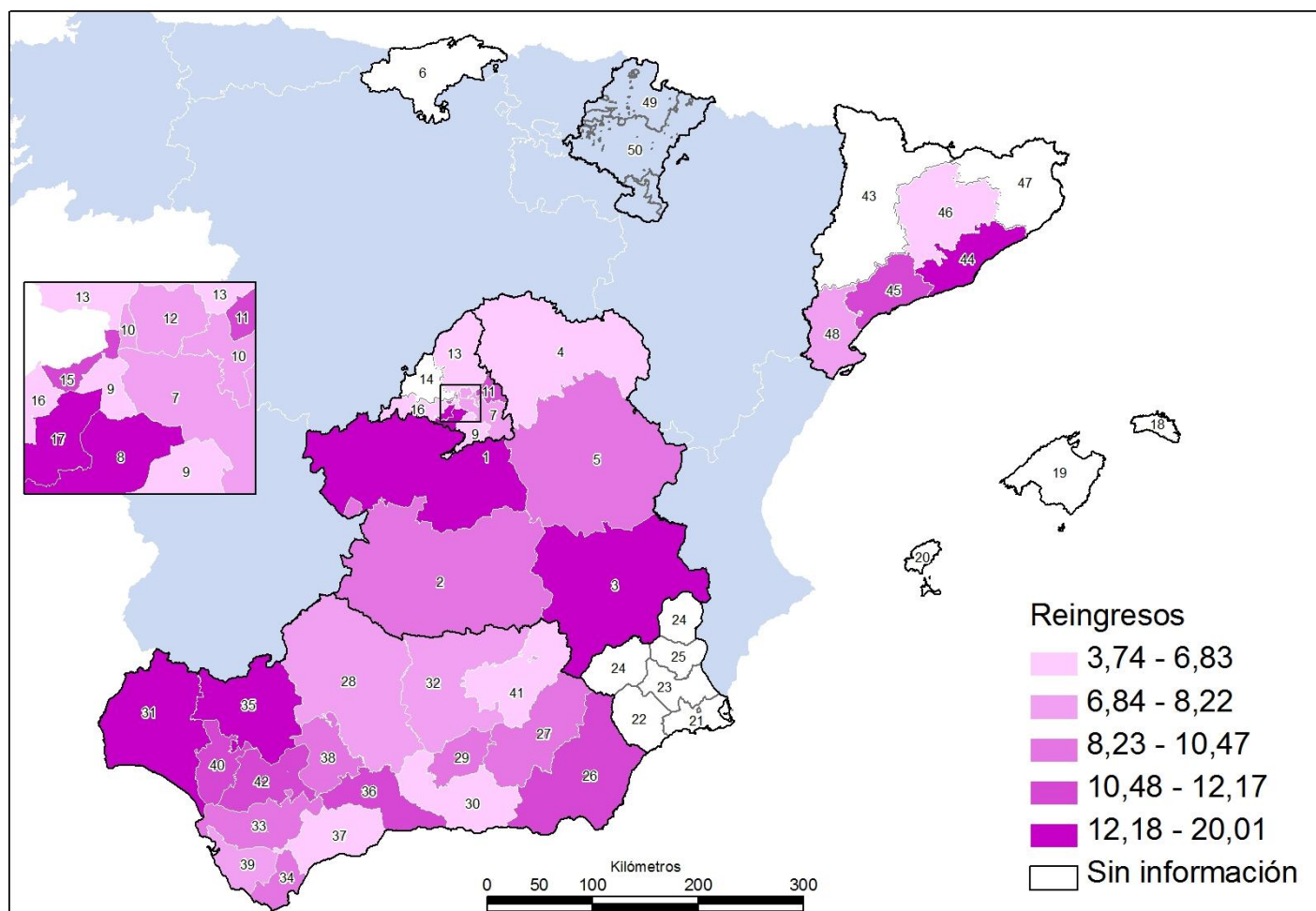
Como se puede observar la tasa de reingresos más alta corresponde al 20,01 y se da en Macarena (35) en Andalucía. Por otro lado, el valor más bajo de toda la geografía española corresponde al 3,74 y se da en A11 Sur II en Madrid.

El intervalo inferior se encuentra entre 3,74 y 6,83 y corresponden a las áreas de: Guadalajara (4) (Castilla la Mancha), A11 Sur II, A5 Norte (13), A8 Sur – Oeste I (Madrid), Granada Sur (30), Málaga II (37), Úbeda (41) (Andalucía) y RS de Catalunya Central (46) (Cataluña).

El intervalo que va de 6,84 a 8,22 corresponde a las áreas de: A1 Sur – Este (7), A2 Centro – Norte (10), A4 Noreste (12) (Madrid), Córdoba (28), Jaén (32), Puerto Real (39) (Andalucía) y RS Terres de l'Ebre (48) (Cataluña). Ciudad Real (2), Cuenca (5) (Castilla la Mancha), Baza (27), Granada Norte (29), Jerez (33), Campo de Gibraltar (34), Osuna (38) (Andalucía). A3 Este (11), A7 Centro – Oeste (15) (Madrid), Almería (26), Málaga I (36), Rocío (40), Valme (42) (Andalucía) y RS Camp Tarragona (45) (Cataluña).

Por último, el intervalo que abarca los mayores reingresos son los que van del 12,18 al 20,01: Toledo (1), Albacete (3) (Castilla la Mancha), A10 Sur I (8), A9 Sur – Oeste II (17) (Madrid), Huelva (31), Macarena (35) (Andalucía) y RS de Barcelona (4).

Mapa 48. Porcentaje de reingresos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de agudos en las Áreas de Salud de las CCAA de estudio.
(Reingresos por trastorno mental / altas por trastorno mental x 100)



Fuente: Administraciones de salud de las CCAA, 2007 y 2008.

C. Estancia media.

Es el sumatorio de los días de estancia realizados en la Unidad de hospitalización Psiquiátrica entre las altas. El resultado son los días medios de hospitalización psiquiátrica por ingreso.

En España, en los años 2007 y 2008 la estancia media de adultos en unidades de hospitalización psiquiátrica por pacientes oscilaba entre los 40,50 del A11 Sur II de Madrid y los 9,32 del A6 Oeste también de Madrid.

De las 8 Comunidades Autónomas estudiadas según sus áreas de salud quedaría de la siguiente manera. En el primer quintil, y con mayor estancia media tendríamos: Cantabria (6), Madrid: A10 Sur I (8), A11 Sur II (9), A3 Este (11). Andalucía: Granada Sur (30), Úbeda (41), Cataluña: RS Camp de Tarragona (45), RS de Girona (47). Navarra: UHP Área I (49) y UHP Área II (50).

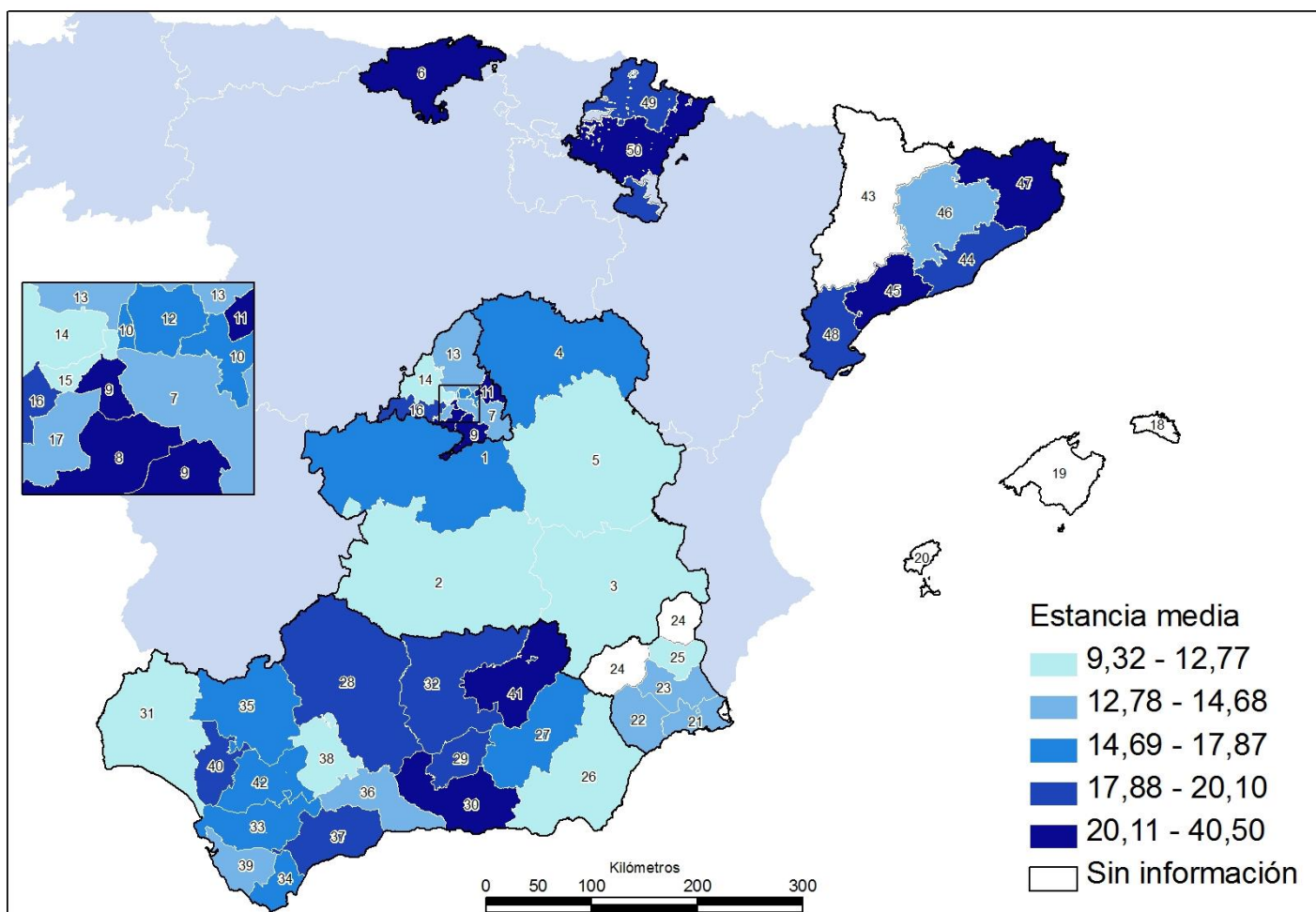
En el segundo quintil tendríamos los índices comprendidos entre 17,88 y 20,10, que corresponden a las áreas de salud siguientes: Madrid: A8 Sur-Oeste I (16). Andalucía: Córdoba (28), Granada Norte (29), Jaén (32), Málaga II (37), Rocío (40). Cataluña: RS de Barcelona (44), RS Terres de l'Ebre (48). Navarra: UHP Área I (49).

En el tercer quintil estarían los índices comprendidos entre 14,69 y 17,87, que son las áreas de las siguientes Comunidades: Castilla La Mancha: Toledo (1), Guadalajara (3). Madrid: A2 Centro-Norte (10). Andalucía: Baza (27), Jerez (33), Campo de Gibraltar (34), Valme (42).

A continuación, las áreas cuyos índices oscilan entre 12,78 y 14,68, que corresponden a las siguientes Comunidades: Madrid: A1 Sur-Este (7), A4 Noroeste (12), A5 Norte (13), A9 Sur-Oeste III (17). Murcia: Área II: Cartagena (21), Área III: Lorca (22) y Área I: Murcia (23). Andalucía: Málaga I (36), Puerto Real (39). Cataluña: RS de Catalunya Central (46).

Y por último el quintil inferior entre 9,32 y 12,77, están las áreas de: Castilla La Mancha: Ciudad Real (2), Albacete (3), Cuenca (5). Madrid: A6 Oeste (14), A7 Centro-Oeste (15). Andalucía: Oriental (25), Almería (26), Huelva (31), Osuna (38).

Mapa 49. Estancia media en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de agudos en las Áreas de Salud de las CCAA de estudio.
(Días de estancia / pacientes)



Fuente: Administraciones de salud de las CCAA, 2007 y 2008.

Tabla 25. Indicadores de actividad de los centros de hospitalización psiquiátrica de adultos por Áreas de Salud de las CCAA de estudio.

Áreas	Estancia	Tasa altas x 100.000	% Reingresos por 100
Toledo	16,71	227,79	14,30
Ciudad Real	11,83	161,73	9,72
Albacete	11,58	182,26	18,15
Guadalajara	15,11	145,93	6,57
Cuenca	10,19	165,63	9,42
Cantabria	22,01	122,31	0,00
Área 1 Sur-Este	13,13	271,66	7,47
Área 10 Sur I	26,60	116,40	12,50
Área 11 Sur II	40,50	95,66	3,74
Área 2 Centro-Norte	16,60	143,51	7,09
Área 3 Este	24,10	97,79	11,22
Área 4 Noreste	14,82	145,19	8,22
Área 5 Norte	13,22	182,50	5,51
Área 6 Oeste	9,32	124,52	0,00
Área 7 Centro-Oeste	11,18	267,44	10,52
Área 8 Sur-Oeste I	19,45	175,89	5,57
Área 9 Sur-Oeste II	13,65	228,43	15,73
Menorca	-	-	-
Mallorca	-	-	-
Ibiza	-	-	-
Área II: Cartagena	12,97	203,35	-
Área III: Lorca	14,34	172,75	-
Área I: Murcia	14,68	172,68	-
Área IV y V: Noroeste y Altiplano	-	-	-
Area VI: Vega del Segura - Comarca Oriental	10,80	187,00	-
Almería	12,77	171,07	10,77
Baza	16,43	178,92	8,93
Córdoba	18,49	102,04	7,79
Granada Norte	19,52	193,19	8,50
Granada Sur	21,37	123,60	5,51
Huelva	12,31	159,02	16,44
Jaén	19,36	155,99	6,92
Jerez	17,87	123,47	9,29
Campo de Gibraltar	17,25	158,69	8,55

Áreas	Estancia	Tasa altas x 100.000	% Reingresos por 100
Macarena	17,16	298,94	20,01
Málaga I	13,79	176,75	12,17
Málaga II	20,10	84,11	6,18
Osuna	12,60	138,10	10,47
Puerto Real	14,07	134,54	7,73
Rocío	18,39	85,14	11,41
Úbeda	20,62	193,47	6,83
Valme	16,06	175,35	11,97
RS de Lleida y Vall Aran	-	-	-
RS de Barcelona	19,70	212,32	15,43
RS Camp de Tarragona	20,80	201,19	11,94
RS de Catalunya Central	14,20	68,38	4,88
RS de Girona	21,80	224,88	-
RS Terres de l'Ebre	19,10	190,77	7,74
UHP Área I	19,10	182,07	-
UHP Área II	22,00	181,14	-

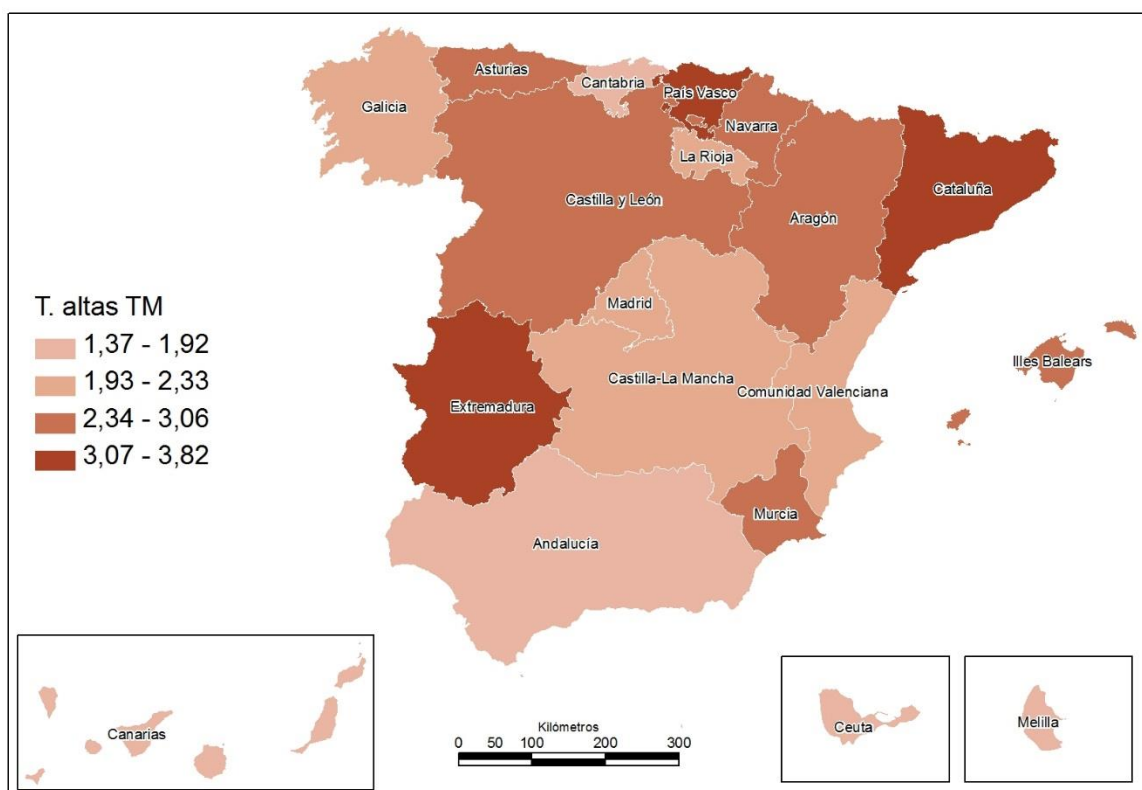
Fuente: Administraciones de salud de las CCAA, 2007 y 2008.

5.5.2.2. Actividad de las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos por CCAA.

A. Tasa de altas por trastorno mental.

En España en el año 2008, las altas de pacientes con trastorno mental por cada 1.000 habitantes oscilaban entre los índices de 3,82 de Cataluña y 1,37 de Melilla, quedando distribuidas de la siguiente manera por Comunidades Autónomas: Entre los índices de mayor valor, es decir entre 3,07 y 3,82 están las Comunidades de Cataluña, Extremadura y País Vasco. A continuación, las Comunidades con índices comprendidos entre 2,34 y 3,06 que son Aragón, Asturias, Baleares, Castilla León, Murcia y Navarra. En tercer lugar, las comprendidas entre los valores 1,93 y 2,33 como son: Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid y La Rioja. Y por último los las altas de pacientes con trastorno mental por cada 1.000 habitantes de menor índice 1,37 y 1,92 son las Comunidades de Andalucía, Canarias, Cantabria, Ceuta y Melilla.

Mapa 50. Tasa de altas hospitalarias por trastorno mental
(Altas de pacientes con diagnósticos de trastorno mental / población x 1.000)



Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria, 2008.

B. Porcentaje de altas de pacientes penitenciarios con diagnóstico psiquiátrico.

En España en el año 2007, el porcentaje de altas de pacientes penitenciarios con diagnóstico psiquiátrico en hospitales no penitenciarios por cada 100 ingresos psiquiátricos de pacientes penitenciarios, oscilaban entre el 80,90 y el 100%, quedando distribuidas de la siguiente manera por Comunidades Autónomas:

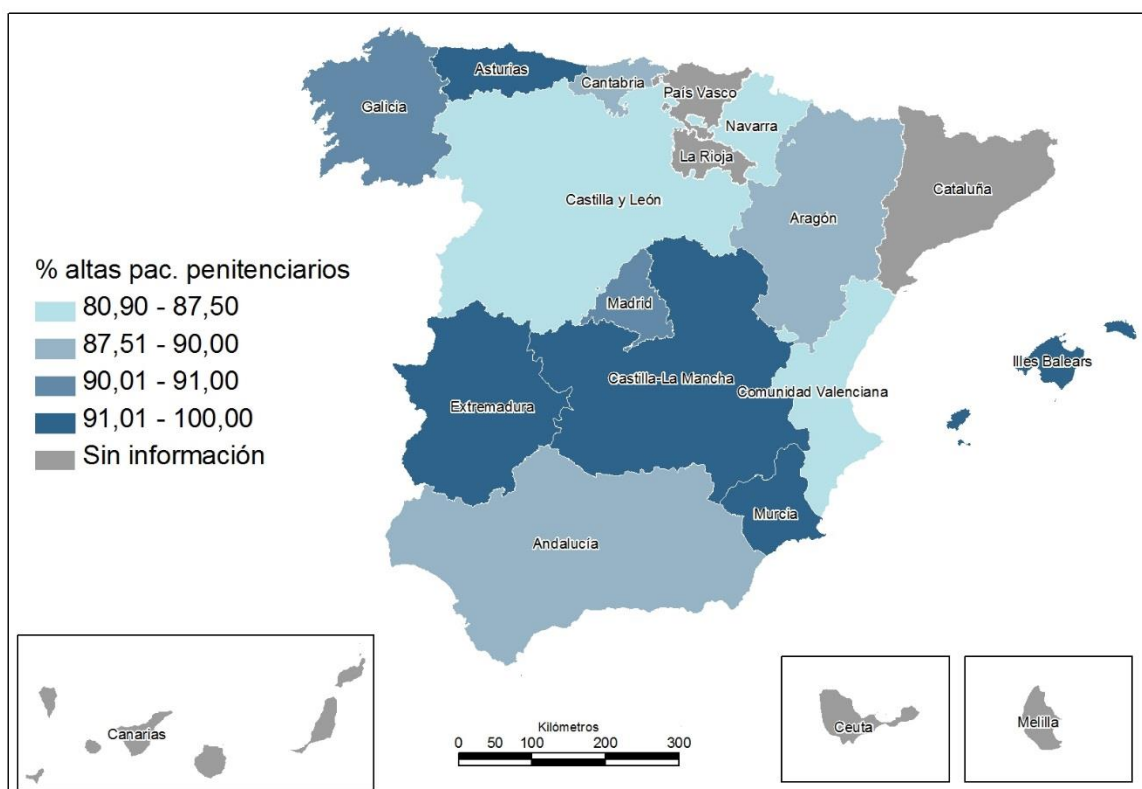
Entre los índices de mayor valor, es decir entre 91,01 y 100 están las Comunidades de Asturias, Baleares, Castilla La Mancha, Extremadura y Murcia. A continuación, las Comunidades con índices comprendidos entre 90,01 y 91,00 que son: Aragón y Galicia.

En tercer lugar, las comprendidas entre los valores 87,51 y 90,00 como son: Andalucía, Cantabria y Madrid.

Y por último el porcentaje de altas de pacientes penitenciarios con diagnóstico psiquiátrico en hospitales no penitenciarios por cada 100 ingresos psiquiátricos de pacientes penitenciarios de menor índice 80,90 y 87,50 son las Comunidades de Castilla León, Comunidad Valenciana y Navarra. Del resto de Comunidades no hay información.

Mapa 51. Porcentaje de altas de pacientes penitenciarios con diagnóstico psiquiátrico en hospitales no penitenciarios.

(Altas de pacientes penitenciarios con diagnóstico psiquiátrico / Ingresos psiquiátricos de pacientes penitenciarios x 100)



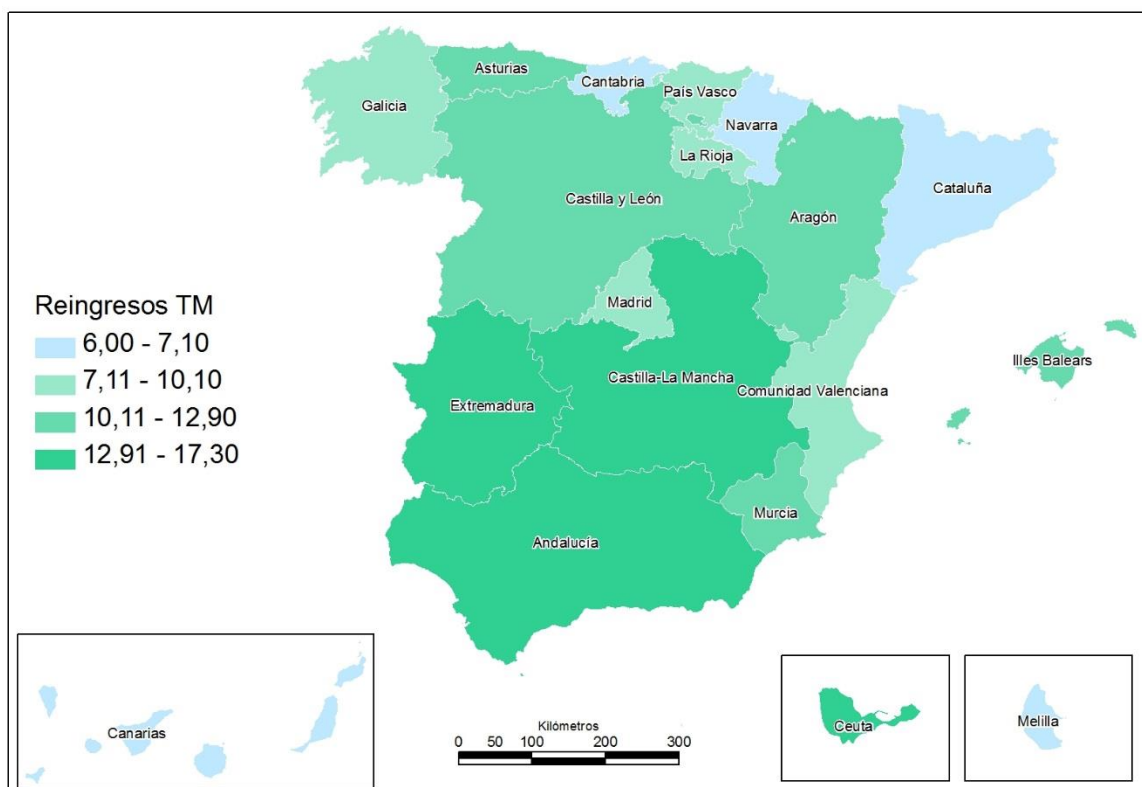
Fuente: Evaluación de la Estrategia de SM del SNS, 2007.

C. Tasa de reingresos.

En España en el año 2008, los reingresos por trastorno mental por cada alta por trastorno mental por cada 100 habitantes oscilaban entre los índices de 17,30 de Extremadura y 6,00 de Navarra, quedando distribuidas de la siguiente manera por Comunidades Autónomas: Entre los índices de mayor valor, es decir entre 12,91 y 17,30 están las Comunidades de Andalucía, Castilla La Mancha, Extremadura, Ceuta. A continuación, las Comunidades con índices comprendidos entre 10,11 y 12,90 que son Aragón, Asturias, Baleares, Castilla León, Murcia. En tercer lugar, las comprendidas

entre los valores 7,11 y 10,10 como son: Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, País Vasco y La Rioja. Y por último los reingresos por trastorno mental por cada alta por trastorno mental por cada 100 habitantes de menor índice 6,00 y 7,10 son las Comunidades de Canarias, Cantabria, Cataluña, Navarra y Melilla.

Mapa 52. Porcentaje de reingresos hospitalarios por trastorno mental.
(Reingresos por trastorno mental / altas por trastorno mental x 100)



Fuente: CMBD, 2007.

D. Estancia media por CCAA.

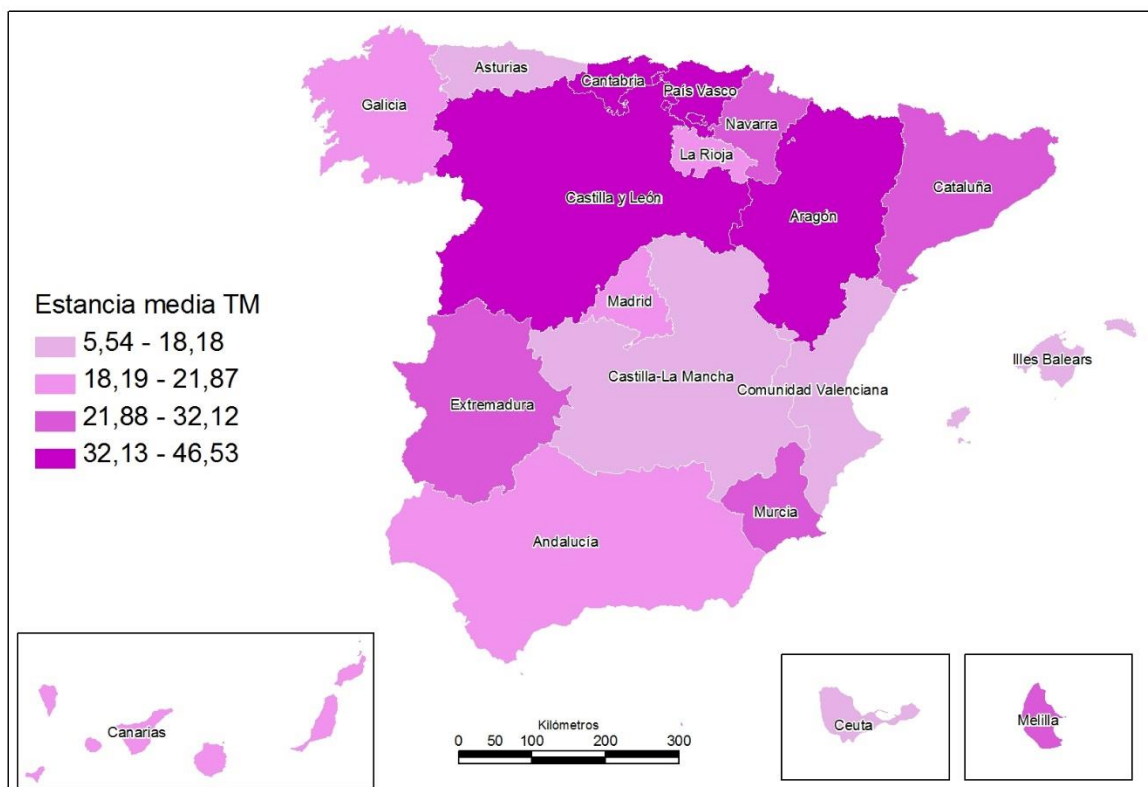
En España en el año 2008, los días de estancia por trastorno mental por cada alta de trastorno mental oscilaban entre los índices de 46,53 de Cantabria y 5,54 de Ceuta, quedando distribuidas de la siguiente manera por Comunidades Autónomas:

Entre 32,13 y 46,53 días están las Comunidades de Aragón, Cantabria, Castilla León y País Vasco. A continuación, las Comunidades comprendidas entre 21,88 y 32,12 días que son: Cataluña, Murcia, Navarra y Melilla.

En tercer lugar, entre 18,19 y 21,87 días son las CCAA: Andalucía, Canarias, Galicia, Madrid y La Rioja.

Y por último los días de estancia por cada alta de trastorno mental es de 5,54 a 18,18 días en las Comunidades de Asturias, Baleares, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana y Ceuta.

Mapa 53. Estancia media hospitalarias por trastorno mental
Días de estancia por trastorno mental / altas de trastorno mental



Fuente: Encuesta de morbilidad hospitalaria, 2008.

Tabla 26. Indicadores de actividad de hospitalización psiquiátrica de agudos por CCAA.

CC_AA	Altas SM	Altas penitenciarias	Reingresos	Estancia media SM
Andalucía	1,71	88,4	13,60	18,71
Aragón	2,69	90	11,00	33,45
Asturias	2,91	100	12,90	12,93
Baleares	3,06	100	10,40	13,6
Canarias	1,92	-	6,80	21,6
Cantabria	1,73	88,8	6,5	46,53
Castilla y León	2,53	80,9	11,40	44,2
Castilla-La Mancha	2,04	100	16,90	18,18
Cataluña	3,82	-	6,10	32,12
Comunidad Valenciana	2,14	87,5	9,40	18,05
Extremadura	3,18	100	17,30	27,83
Galicia	2,19	91	8,50	21,87
Madrid	2,33	90,9	10,10	21,54
Murcia	2,34	100	10,20	22,72
Navarra	3,06	85,7	6,00	26,6
País Vasco	3,52	-	9,60	37,71
La Rioja	2,03	-	8,40	19,78
Ceuta	1,76	-	13,40	5,54
Melilla	1,37	-	7,10	22,93

Fuente: Evaluación de la Estrategia de SM del SNS, 2007.

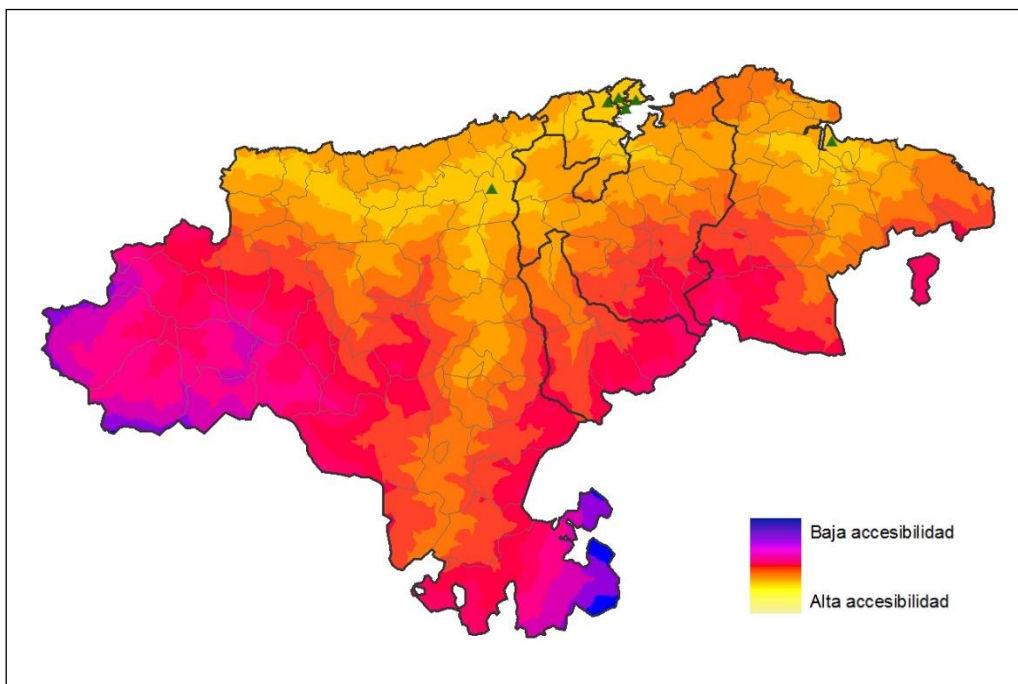
5.6. Accesibilidad temporal a los servicios de salud mental.

5.6.1. Cantabria

La accesibilidad por carretera a los servicios de salud mental es elevada en torno a las grandes vías de comunicación como autovías y nacionales que permiten velocidades mayores a otros tipos de vías. Las zonas de mayor accesibilidad se identifican con la zona litoral entre Laredo y San Vicente de la Barquera.

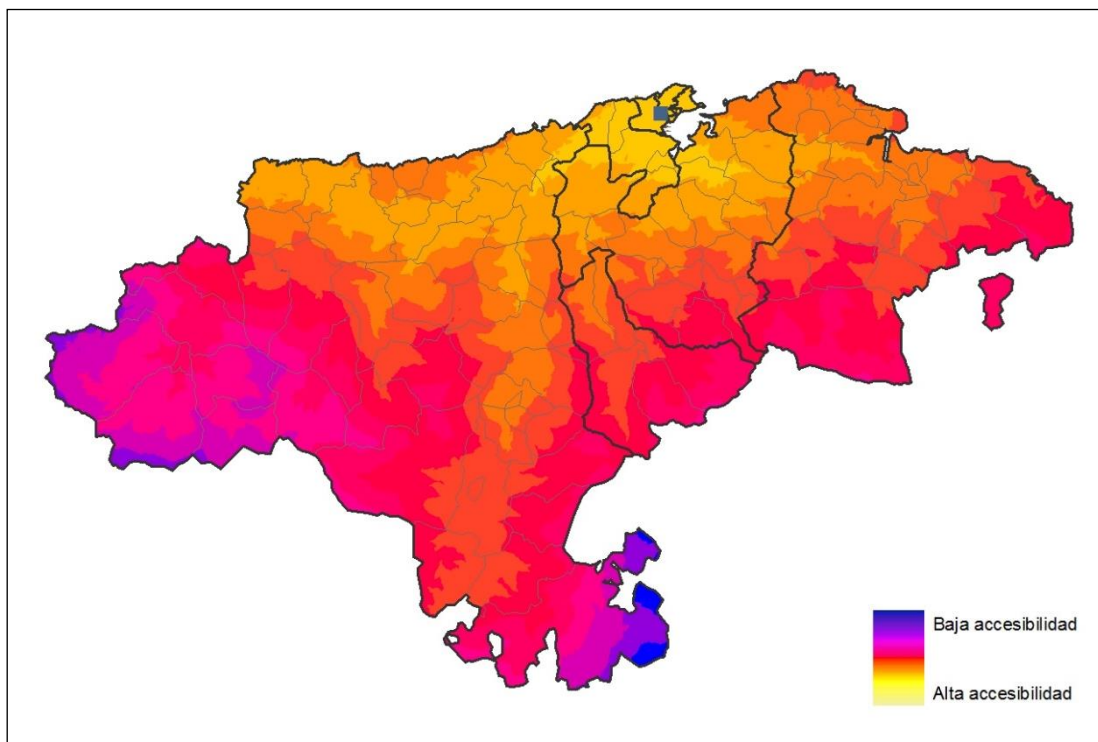
La accesibilidad lógicamente desciende debido a la distancia a los servicios de salud mental y a la existencia de carreteras que no admiten velocidades altas. Las áreas con menor accesibilidad se corresponden con zonas interiores de montaña en el sur y el oeste de la región. Especialmente la comarca de Liébana; el área del Alto Asón en el sureste; las comarcas del Alto Pas y Pisueña; y el entorno del municipio de Valderredible en la comarca de los Valles.

Mapa 54. Accesibilidad por carretera a las Unidades de Salud Mental de Cantabria.



Fuente: Elaboración propia, 2009.

Mapa 55. Accesibilidad por carretera a las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y Unidad Psiquiátrica de Media y Larga Estancia de Cantabria.



Fuente: Elaboración propia, 2009.

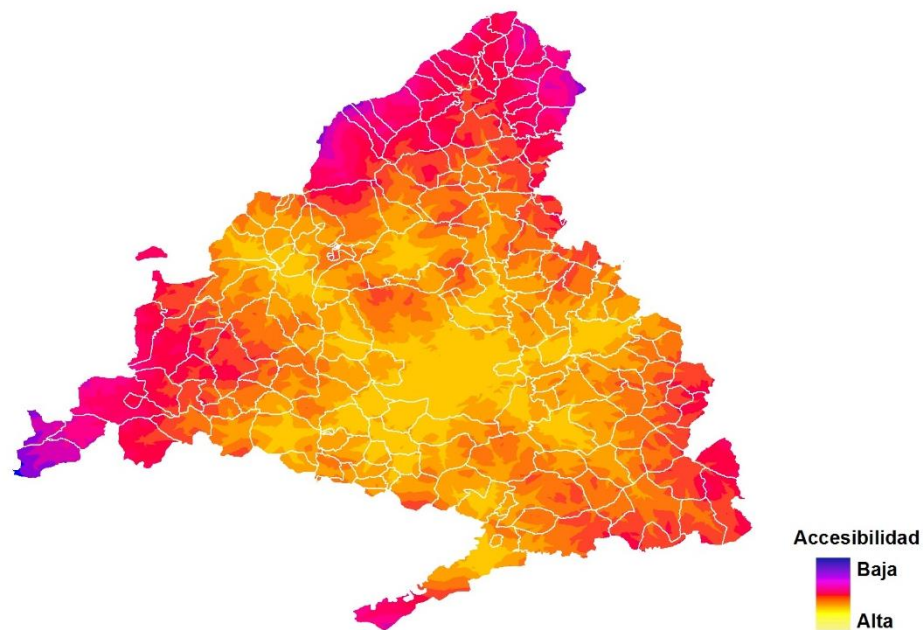
5.6.2. Madrid

Los mapas de accesibilidad están representados mediante 10 áreas graduadas, que van desde la máxima en torno a los municipios donde se localizan los Centros de Salud Mental y Unidades de Hospitalización Breve, a la mínima en los municipios más alejados a los mismos.

Los Centros de Salud Mental se ubican en 21 municipios de la Comunidad. Los municipios con menor accesibilidad a los mismos se ubican en áreas limítrofes de la Comunidad debido a la menor presencia de vías de comunicación y a la mayor distancia de los servicios. En el norte las Sierras de Guadarrama y Somosierra, en el sur la mitad meridional del término municipal de Aranjuez más alejada del municipio cabecera, los términos municipales de Estremera y Brea de Tajo en el sureste y la Sierra de Gredos en el suroeste.

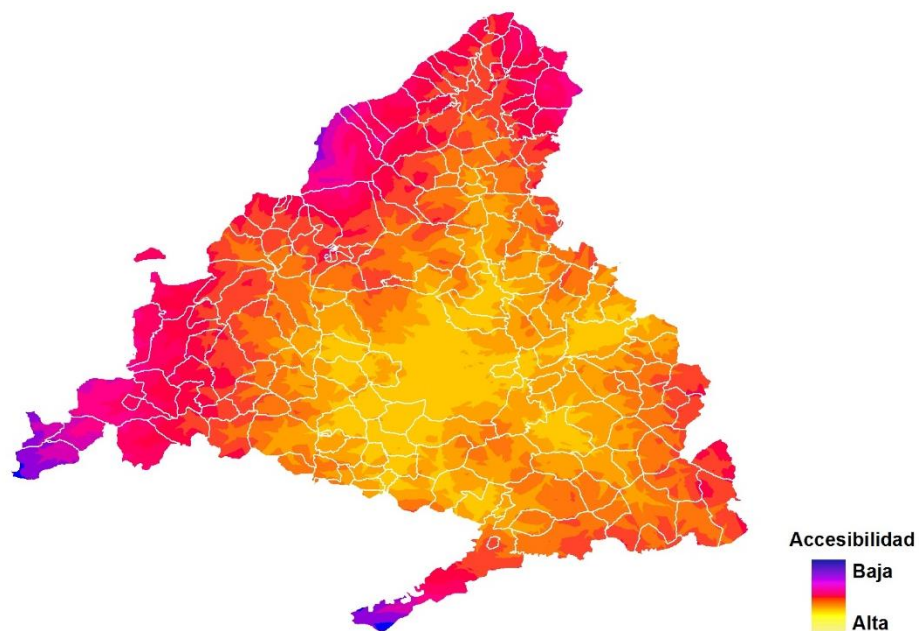
Los municipios que cuentan con Unidad de Hospitalización Breve son 14. Las áreas con menor accesibilidad a este tipo de recursos son las Sierras de Guadarrama y Somosierra al norte, el municipio de Aranjuez y al este la Sierra de Gredos.

Mapa 56. Accesibilidad a los Servicios de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental (CSM) de la Comunidad de Madrid



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Consejería de Salud y el Instituto Geográfico Nacional, 2008

Mapa 57. Accesibilidad a las Unidades de Hospitalización Breve para adultos (UHB) de la Comunidad de Madrid



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Consejería de Salud y el Instituto Geográfico Nacional, 2008

VI. COMENTARIOS.

A. En relación a la metodología para la elaboración de Atlas de Salud Mental en España

Cada día más se recomienda que la Gestión Sanitaria, incluyendo la de Salud Mental, esté fundamentada en evidencias. Se ha denominado “evidencia informada” al conjunto de datos observacionales y experimentales que el planificador puede tener en cuenta en su toma de decisiones (Hanney & Gonzalez-Block, 2009). Entre este conjunto de fuentes de información, los Atlas de Salud constituyen una herramienta muy relevante para organizar, analizar y utilizar la información disponible sobre los sistemas de atención de un territorio. Para mejorar la comunicación entre los investigadores de servicios y los clínicos por un lado, el decisor sanitario por otro, y entre todos ellos y el usuario y sus familias es necesario emplear técnicas de gestión del conocimiento en la elaboración de los datos, representarlos mediante nuevas técnicas de visualización que incluyen la representación espacial y los sistemas de información geográfica, y efectuar una adecuada difusión de la información generada en este proceso (Salvador-Carulla, Montero, & Torres-González, 2008).

Este Atlas y las recomendaciones que aquí se elaboran pretenden ofertar a los gestores sanitarios una información objetiva con respecto a la estructura de los Servicios de Salud Mental existentes en el momento actual (referido al año 2009) en las 8 CCAA en estudio.

Para el estudio se han escogido las CCAA en donde consideramos que había un interés expresado en el desarrollo de un Atlas de Salud Mental y que no estaban haciendo un proceso de evaluación de su red de salud mental en este momento, como Galicia y Asturias. En estos dos casos la evaluación de servicios en paralelo puede permitir comparar nuestro sistema de evaluación (DESDE-LTC) con otras aproximaciones

En el análisis en las CCAA sobre los dispositivos de atención a la salud mental y su sectorización hemos encontrado que cada Comunidad tenía un nivel previo de información y ha seguido una estrategia diferente para la colaboración en este estudio, y en remitir e identificar sus datos de atención a salud mental, por lo que tenemos 8 alternativas y un resultado final que permite identificar estrategias óptimas para la elaboración del Atlas y otras de efectividad baja.

Durante los contactos y el proceso de colaboración con las CCAA la información sobre sus recursos siempre ha ido en la misma dirección: cada Comunidad quiere ver la estructura organizativa completa de su atención a salud mental y la evaluación estandarizada se dirige a estudiar la atención en el territorio para poder comparar unas Comunidades con otras

De las 8 CCAA contactadas solo una ha permitido obtener una información completa (Cantabria) y alcanzar lo que hemos denominado como Fase III o nivel superior, en cuanto a calidad y fiabilidad de la información recogida sobre la atención a salud mental en la comunidad, en este caso Psicost ha realizado la recogida de datos centro por centro a través de un acuerdo específico con Cantabria en 2009, esta colaboración con la administración autonómica se ha clasificado como intensiva.

En Cataluña se ha hecho una convocatoria pública específica para hacer una evaluación externa de los servicios de salud mental pero los trámites administrativos han impedido que se puedan utilizar los datos en este estudio que se completara a 2010. En Madrid se ha realizado un estudio pormenorizado de algunos servicios de la Red a través de la Convocatoria de fondos de cohesión territorial para las CCAA de 2009 pero la recogida de datos de todos los servicios se ha retrasado a 2010, por cambios en la organización de la salud mental a nivel de Comunidad Autónoma. El nivel de colaboración en ambas Comunidades ha sido alto y el nivel de calidad y fiabilidad de sus datos sobre la atención a la salud mental se ha clasificado como bueno y en una Fase II, esperando que en 2010 se completen ambos estudios, una vez que se hayan evaluado servicio por servicio todos los de la Comunidad, y obtengamos un nivel óptimo en cuanto a calidad de la información.

En Navarra, Castilla-La Mancha, Murcia y Andalucía tenemos un nivel de información aceptable (Fase I) pero no óptimo y una colaboración clasificada como alta con las respectivas administraciones autonómicas. En estas CCAA para poder conocer la atención disponible a salud mental a partir de los listados de servicios proporcionados por la propia Comunidad se ha contactado con un servicio tipo por cada clase de dispositivo (ej. unidad de agudos, hospital de día) y a partir de este se clasifica la atención proporcionada por todos los servicios de la misma clase en esa Comunidad. En Baleares el nivel de colaboración establecido con la administración lo hemos clasificado como moderado. Se ha enviado un listado de servicios claramente incompleto y no actualizado y para describir la

atención proporcionada en los servicios se ha hecho de nuevo a través de la evaluación de servicios tipo, pero en este caso se han detectado diferencias en la atención entre dispositivos del mismo tipo.

El contacto con servicios tipo para codificar los demás de su misma tipología en algunas CCAA ha supuesto una homogeneización irreal en la descripción estandarizada, dado que entre el mismo tipo de servicios presenta una atención dispar. Por ejemplo en la codificación de las comunidades terapéuticas en Andalucía nos encontramos que la comunidad terapéutica de Puerto Real ha sido desplazada temporalmente al hospital general y está ofreciendo atención hospitalaria 24 horas por lo que le correspondería un código R4, pero por tratarse de algo provisional se ha decidido mantener el mismo código que en el resto de las comunidades terapéuticas que no figuran dentro de hospitales, por lo que tendrían el código R11 de atención residencial de tiempo ilimitado y apoyo 24 horas. Esto nos lleva a señalar la necesidad de evaluadores externos que comprueben servicio por servicio.

Las dificultades técnicas encontradas en la recogida de datos de servicios se centran en la gran demora en la disponibilidad de los datos en algunas CCAA, los datos disponibles manifiestamente insuficientes en otras y las revisiones incompletas que han realizado cuando se les ha mandado la información final a incluir en el Atlas sobre su Comunidad, mandando las revisiones de forma escalonada en el tiempo, lo que ha supuesto un gran retraso en la finalización del estudio. Se constata que, para efectuar el mapa de servicios de salud mental en 8 CCAA, 12 meses es un periodo insuficiente salvo en CCAA uniprovinciales con alta colaboración o cuando existen bases de datos adecuadas sobre servicios.

Los listados de servicios de salud mental disponibles en la mayor parte de las Comunidades estaban incompletos y ha habido que recurrir a otras fuentes: por ejemplo las Unidades de larga estancia en Andalucía, que no figuraban en sus listados y el funcionamiento de la hospitalización de agudos infanto-juvenil que figuraba como servicios independientes cuando son camas en las unidades de pediatría; en Madrid se ha recurrido a algunos gerentes de los Hospitales, a los que ha sido muy difícil poder contactar para conocer el funcionamiento de servicios complejos con varias unidades; en Cataluña los listados son incompletos y ha habido que recurrir a algunos proveedores de servicios; en Castilla-La Mancha se ha recurrido a los responsables de áreas que de igual manera han sido muy

difícil de contactar, pero en este caso la colaboración con ellos ha sido determinante ya que en el Plan de Salud Mental de 2010 de Castilla-La Mancha los datos sobre servicios y profesionales que muestra son de 2004 y los datos recogidos en este estudio por Psicost presentan tanta disparidad que no se pueden extrapolar, lo que demuestra también la necesidad de incorporar protocolos de actualización a las bases de datos sobre servicios.

La manera de tener organizada la información sobre la atención a salud mental en las CCAA despista y por tanto lleva a preguntar directamente a los servicios. Ejemplo es que salgan servicios de R2 infantil con dos camas en varios hospitales generales de Andalucía siendo imposible o improbable que un servicio de agudos tenga solo dos camas, o que en Cataluña encontremos servicios con camas para agudos infantiles y servicios con camas para agudos adolescentes en la misma ubicación; o en Navarra la inclusión de centros privados no concertados como el Departamento de Psiquiatría de la Clínica Universitaria.

Las mayores carencias y dificultades a la hora de facilitar la información por parte de los servicios las encontramos en la información sobre profesionales y camas / plazas por dispositivo que son las que sufren mayores cambios administrativos. Se detecta la importancia de realizar registros de dotación de profesionales y camas /plazas actualizados.

Es escasa la información disponible en la administración sobre el funcionamiento de recursos concertados, por ejemplo el Hospital de la Defensa en Madrid o el Centro hospitalario Benito Menni y San Juan de Dios; en Navarra los dispositivos de las Hermanas Hospitalarias

Los dispositivos de atención residencial en la comunidad de tiempo ilimitado (R8-R11) son los datos menos fiables en el estudio. Estos servicios se han incluido durante el desarrollo del proyecto para poder hacer una adecuada comparación entre CCAA, ya que había algunas en las que estos servicios se proveían desde sanidad, en otras desde servicios sociales y en otras desde el ámbito sociosanitario. Estos servicios en general no han sido contrastados con las Consejerías de Servicios Sociales.

En este sentido señalamos las diferencias en la organización de la Salud Mental por CCAA., encontrando servicios para drogodependencias y de rehabilitación a enfermedad mental en algunas CCAA dentro y en otras fuera de la organización de Salud Mental.

En general los niveles de profundidad impiden que pueda haber datos fiables al cien por cien. El nivel de segregación por dispositivo es bajo porque no se ha visto servicio a servicio comparado, por ejemplo, con la evaluación completa que se ha hecho del Hospital de Valdecilla para el Atlas de Salud Mental en Cantabria con el sistema DESDE-LTC (Vázquez-Barquero et al., 2010), que sería la información óptima, ya que dentro de los servicios hay unidades diferenciadas que hay que ver si administrativamente funcionan distinto y pueden ser consideradas como un servicio independiente. Como ejemplo sería interesante hacer una evaluación completa con este sistema de la atención a salud mental del Hospital Gregorio Marañón de Madrid que tiene: 3 unidades de hospitalización de agudos de adultos, una infanto-juvenil, clínica ambulatoria de atención a TCA, unidad de violencia de género y salud mental, unidad de salud mental para personas sordas, unidad de atención a las personas con trastornos del espectro autista... Todas las CCAA necesitan una evaluación dispositivo por dispositivo para diferenciar servicios, tipos básicos de atención, unidades o programas con un sistema que permita la clasificación y descripción estandarizada de los servicios de salud mental, en este caso el sistema DESDE-LTC.

Tabla 27. Perfil de atención del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

Macro-organización	Mesoorganización	Micro-organización	Tipos básicos	Descripción
Gerencia de Atención Especializada Área I: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Servicio Cántabro de Salud)	Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	U. Hospitalización Psiquiátrica	R2r	Atención residencial hospitalaria durante las 24 horas para agudos. Unidad de referencia.
			O31	Atención ambulatoria de urgencias durante las 24 horas.
			m-R2	Atención en otros servicios no psiquiátricos durante las 24 horas (psiquiatría de enlace).
		U. atención ambulatoria Hospital	O91h	Atención ambulatoria en hospital de intensidad media (quincenalmente).
		U. Trastornos Conducta Alimentaria Santander	R4s	Atención residencial hospitalaria de estancia limitada y apoyo durante las 24 horas para un diagnóstico específico.
			D1s	Atención de día con acceso en menos de 72 horas para agudos con diagnóstico específico.
			O91s	Atención ambulatoria de intensidad media (es posible atender a un mismo usuario al menos quincenalmente) para un diagnóstico específico.
		USM Infantojuvenil Santander	C-O91	Atención ambulatoria de intensidad media (es posible atender a un mismo usuario al menos quincenalmente) población infantojuvenil.
		USM A. López	O91r	Atención ambulatoria de intensidad media (es posible atender a un mismo usuario al menos quincenalmente) destinado a población adulta. Es la unidad de referencia en su área.
		USM Pas-Miera	O91r	
		USM Puerto Chico	O91r	
		USM Vargas	O91r	

Una vez analizadas las dificultades encontradas en la evaluación de la atención a salud mental en las 8 CCAA y los procesos de colaboración seguidos en cada una de ellas, nos lleva a determinar que el modelo óptimo para la realización de un Atlas de Salud Mental ha sido Cantabria. La evaluación externa y actualizada en colaboración con la Consejería de Salud ha sido imprescindible para recoger la información de forma fiable.

El proceso desarrollado en Cantabria para la evaluación de sus dispositivos nos lleva a poder definir una metodología eficiente para la elaboración de un Atlas de salud Mental en España. Esta metodología se asienta sobre una colaboración intensiva con la administración autonómica para el acceso a sus fuentes de información, para el acceso a los responsables de los servicios que nos van a permitir evaluar de forma adecuada sus dispositivos y resolver las dudas de funcionamiento, para después poder revisar los datos completos de la Comunidad de nuevo con la administración autonómica y por último elaborar el informe final del funcionamiento de la atención a salud mental en la Comunidad.

B. En relación con la organización territorial

La organización territorial es fundamental para la planificación y gestión de los recursos de salud mental al definir su base territorial. La zonificación de salud mental presenta amplias diferencias en las CCAA estudiadas como se ha podido comprobar durante su análisis. Las CCAA han seguido las directrices de la Ley General de Sanidad creando sus propias demarcaciones sanitarias pero la organización de la salud mental ha seguido vías diferentes en cada CCAA.

Existen ejemplos de CCAA que han creado o están en el proceso de crear una sectorización específica de salud mental, por ejemplo Navarra posee una zonificación de salud mental diferente a la general y aprobada mediante Decreto Foral; o Andalucía está desarrollando las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental. Por el contrario, en Madrid los recursos de salud mental se organizan en los Distritos Sanitarios generales. El resto de CCAA estudiadas presentan una zonificación híbrida que se apoya en la general pero que poseen unas características propias que dificultan su conexión.

Normalmente existe una desconexión entre la zonificación sanitaria y la de servicios sociales cuando en el ámbito de la salud mental ambas atenciones están muy relacionadas y en muchas ocasiones coordinadas.

Es preciso delimitar una zonificación de salud mental funcional, flexible, estable en el tiempo, que se ajuste a los niveles de la zonificación sanitaria general y a ser posible a los de la atención social, aunque esto es más complejo al depender de administraciones diferentes en muchos casos.

Por CCAA:

La Comunidad Foral de Navarra organizó territorialmente sus servicios especializados de salud mental en Sectores y Áreas de Salud Mental mediante el Decreto Foral 244/1985 (actualizado por el DF 108/2002). Es la primera Comunidad Autónoma de las analizadas en establecer una zonificación específica de salud mental paralela a la zonificación sanitaria general. Los Sectores de Salud Mental se organizan a partir de un Centro de Salud Mental, los recursos de día se organizan a nivel de Áreas de Salud Mental y otros recursos como los hospitalarios se comparten entre Áreas.

Andalucía ha organizado sus recursos de salud mental mediante Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental mediante el Decreto 77/2008. Gran parte de estas áreas se identifican con áreas hospitalarias aunque otras incluyen a más de un hospital general. Estas áreas no están dotadas, ni gestionan, carteras homogéneas de servicios. Existen así Unidades que no cuentan con recursos de hospitalización o atención de día y recurren a otras Unidades, en cambio la atención ambulatoria especializada está presente en todas ellas. Los servicios gestionados por cada Unidad presentan su propia sectorización englobando pequeñas áreas de salud general (Zonas Básicas de Salud) que en ocasiones corresponden a más de una Unidad de Gestión Clínica para determinados recursos.

Las Islas Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña y Murcia no poseen una zonificación específica de salud mental. Sus recursos se han sectorizado siguiendo la zonificación sanitaria general (Zona o Área Básica de Salud).

El caso de Madrid es similar al de las Comunidades anteriores aunque el nivel de asignación de recursos es el Distrito de Salud. El reciente cambio en la zonificación sanitaria madrileña con la creación del área única llevará previsiblemente a próximas modificaciones.

C. En relación con los indicadores sociodemográficos

Los indicadores sociodemográficos son de gran utilidad para la planificación de los recursos de salud mental. La información que facilitan sobre la estructura de la población y su situación laboral y social sirve de diagnóstico de la situación y de apoyo a la toma de decisiones en la ubicación de los servicios, la tipología de recursos necesaria, así como en las necesidades en la dotación de personal y plazas.

La existencia de una zonificación de salud mental claramente definida es fundamental para que los indicadores se ajusten a la escala adecuada y sean realmente útiles de cara a la planificación. Si esta sectorización se apoyase en áreas estadísticas oficiales facilitaría la explotación de las bases demográficas evitando aproximaciones y pérdidas de información.

Cierta información sociodemográfica se actualiza en periodos amplios, como el Censo cada 10 años, pero otras fuentes son revisadas de forma periódica como el Padrón, que se actualiza de forma anual. Otra dificultad que se puede encontrar en el acceso a la información es la legislación de protección de datos que se materializa en el secreto estadístico para escalas de población muy grandes por debajo del nivel municipal.

Por CCAA:

Andalucía posee una densidad en torno a la española. Su población es joven con mayor número de niños que de mayores y posee una baja proporción de inmigración. Las tasas de personas no casadas, personas que viven solas, adultos solos con niños y mayores que viven solos están por debajo de la media española. La tasa de paro es la mayor de todas las Comunidades Autónomas estudiadas. La tasa andaluza de personas con discapacidad por deficiencia mental es una de las más elevadas del país. Las áreas sanitarias con paro más elevado pertenecen a Andalucía.

Las Islas Baleares tienen una densidad elevada. Su población no está envejecida y la proporción de población adulta sobre la infantil y los mayores es alta. Su población inmigrante de otros países es muy elevada. La población no casada y que vive sola es un leve superior a la media española. En cambio, las tasas de hogares de personas mayores que viven solas y personas solas que viven con niños son elevadas. La tasa de paro es similar a la media española. Sus áreas sanitarias son de las que presentan mayor tasa de personas que viven solas con niños, personas no casadas y población inmigrante del conjunto nacional.

Cantabria cuenta con una densidad de población superior a la nacional. Su población se caracteriza por su envejecimiento y una baja proporción de población de otros países. Su tasa de población no casada y personas que viven solas es similar a la estatal. Las tasas de personas mayores que viven solas y de adultos que viven solos con niños están levemente por encima de las nacionales. La tasa de paro también es inferior a la nacional. Las áreas sanitarias cántabras son las que poseen una mayor tasa de envejecimiento y personas no casadas.

La densidad de Castilla-La Mancha es muy baja. Su población mayor supera por poco a la infantil mostrando signos leves de envejecimiento y su tasa de población extranjera es inferior a la media nacional. La proporción de personas no casadas es baja, en cambio las tasas de adultos y mayores que viven solos se encuentran dentro de la media española. Destaca la proporción de personas que viven solas con niños respecto a la tasa nacional. La tasa de paro supera a la nacional levemente. Las áreas sanitarias de Castilla-La Mancha son las que tienen menor densidad de las estudiadas. Algunas de sus áreas también destacan entre las que tienen una mayor tasa de personas mayores que viven solas. En cambio, presentan tasas bajas de personas no casadas.

Cataluña posee una alta densidad de población. Su población presenta un envejecimiento por debajo del nacional aunque muy próximo, en cambio su población inmigrante es superior a los valores del conjunto de España. Sus tasas de personas no casadas y que viven solas, ya sea el total de la población o los mayores, se encuentran en la media nacional, por el contrario la tasa de personas solas con niños se encuentra por encima. La tasa de paro catalana es una de las menores del país. La tasa de mortalidad por trastorno

mental de la Comunidad es una de las mayores de España. Varias de sus áreas presentan los mayores valores en la tasa de personas que viven solas.

La Comunidad de Madrid es la región más densamente poblada de España debido a su carácter uniprovincial y su elevado número de habitantes. Madrid posee una población poco envejecida con mayor proporción de población infantil sobre la población mayor. La proporción de población extranjera sobre la nacional es una de las mayores del conjunto regional. Las tasas madrileñas de no casados y personas que viven solas, en sus diferentes versiones, son similares al del conjunto del Estado. Por último, destaca su tasa de paro inferior a la nacional. Madrid presenta varias de las áreas sanitarias con mayor densidad de población del país, por otra parte, la tasa de dependencia de sus áreas no es muy elevada.

Murcia presenta una densidad superior a la nacional. Su población se caracteriza por un bajo envejecimiento en comparación con el resto de regiones estudiadas. Su población inmigrante es superior a la media española. Su tasa de población no casada y también la de población que vive sola se encuentra por debajo de la nacional. La tasa de paro se encuentra por encima de la estatal.

Navarra es una Comunidad Autónoma con baja densidad de población. Presenta un moderado envejecimiento y su población extranjera no es muy alta. Sus tasas de población no casada y población que vive sola son similares a las españolas pero presenta una elevada tasa de personas que viven solas con niños. La tasa de paro navarra es de las más bajas del país como se aprecia en su distribución por áreas sanitarias. Sus áreas también destacan por tener una alta tasa de personas que viven solas con niños. La mortalidad por suicidio en Navarra es de las más altas de España.

D. En relación con la disponibilidad de servicios

Dispositivos

Desde el planteamiento de la Reforma psiquiátrica en 1985 se ha producido una disparidad significativa en el desarrollo de la misma que ha llevado a que en la actualidad contemos

con sistemas de atención a Salud Mental muy distintos en las diferentes CCAA. El análisis de la historia y desarrollo de estos sistemas en cada Comunidad no constituye el objeto de este trabajo pero debe tenerse en cuenta para la correcta interpretación de estos datos y citamos algún aspecto muy relevante cuando este es imprescindible para entender la información aquí aportada. Tal como han señalado recientemente Hanney y Gonzalez-Block (2009), la perspectiva histórica ayuda a comprender las dificultades y complejidades de los sistemas de atención. Además de los documentos y planes editados por las diferentes Consejerías existen diversos estudios que analizan la evolución de los diversos modelos de atención a Salud Mental en España (Salvador-Carulla et al., 2010; Vazquez-Barquero, García, & Torres-González, 2001).

La descripción estandarizada de los dispositivos que componen la red de salud mental mediante el instrumento DESDE-LTC resulta de gran utilidad para conocer las características de la atención psiquiátrica en base a los tipos básicos de atención que ofrecen los diferentes servicios de salud mental.

Por ejemplo, las dos Unidades de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) de Cantabria facilitan distintos tipos de atención bajo una misma denominación. La UTCA de Santander ofrece una atención hospitalaria de tipo residencial programada con atención las 24 horas (R4) que no está disponible en la UTCA de Torrelavega. En Cantabria existe esta diferencia entre dispositivos con una misma denominación pero si se compara la dotación de servicios con otras CCAA españolas se puede estar considerando erróneamente tipos de atención diferentes con la misma denominación.

En el presente estudio hemos tenido que incluir además de los servicios sanitarios los servicios gestionados desde el ámbito de servicios sociales, ya que determinados servicios (centros de día, residencias, centros de rehabilitación laboral) en algunas CCAA se proveen desde sanidad y en otras desde servicios sociales. El mapa nacional de atención a salud mental debe complementarse con mapas territoriales completos a nivel de Comunidad Autónoma en el que se recogiera el conjunto de servicios sociales y sanitarios en cada Comunidad a nivel de pequeña área sanitaria y con datos de utilización, aunque siempre de forma desagregada para facilitar comparaciones, ya que la dependencia administrativa y estructura organizativa de los distintos tipos de servicios de atención en las CCAA varía, por lo que existe la necesidad de realizar Mapas sociosanitarios que reflejen toda la

información sobre la atención proporcionada. Este es un acuerdo al que hemos llegado en la evaluación externa con algunas CCAA como Cantabria, el resultado es un análisis sociosanitario integral.

Esto nos lleva a la necesidad de utilizar una perspectiva integral en los estudios de la atención a la salud mental, de hacer mapas integrales de atención en los que se incluyera la atención a este colectivo desde distintos ámbitos: sanitarios, sociales, judiciales, educativos y de empleo.

La evaluación de servicios de salud mental ha seguido el modelo ESMS/DESDE que separa los servicios para drogadicción de los servicios de infantil y de adultos. Esto es así porque los servicios de drogadicción presentan una alta variabilidad interterritorial y deben desagregarse para poder hacer comparaciones inter-territoriales de forma comparable. Si incluimos los programas de drogadicción en el cómputo general nos encontraríamos con que, por ejemplo están separados en Cataluña y en Andalucía mientras que están incluidos en Murcia.

Siguiendo el modelo ESMS/DESDE hemos evaluado los servicios y plazas disponibles para una fotografía precisa de la atención en salud mental, pero sería necesario conocer la utilización de estos servicios y realizar una evaluación de los programas que se proveen en los servicios. Es muy importante no mezclar dispositivos estables con programas y la diferencia entre ambos está muy bien definida por el instrumento (ver capítulo de Introducción). Dentro de estos programas sería muy importante diferenciar los programas relacionados con la prevención y la promoción (Jané-Llopis & Anderson, 2006).

Por lo que se refiere al estudio de los recursos humanos de los dispositivos o profesionales se considera que las personas son el principal activo de un servicio de salud mental y que en un estudio de dispositivos de atención interesa no sólo su número, sino también otros elementos en el que su formación ha sido reconocido, generalmente como uno de los elementos más determinantes (Munarriz, 2008). No obstante, en este estudio no se ha podido completar la información que se refiere a los profesionales en los servicios, y en muchas ocasiones cuando se ha completado en algunos servicios no se ha podido contrastar el tiempo dedicado al mismo, ya que en muchos casos el personal es compartido entre dos o más servicios, habiendo sido muy difícil en la mayor parte de las CCAA acceder

a esta información. Por tanto, no se ha podido realizar estudio de tasas ni comparación de estos datos entre CCAA.

El Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B-MHCC) (Salvador-Carulla et al., 2007), descrito en el capítulo de Metodología, se ha utilizado para realizar la comparación de servicios entre CCAA. Este modelo, basado en datos de disponibilidad de servicios de 2002, se ha aplicado en estudios comparativos en 5 CCAA en España en 2007 y en la comparación de servicios básicos entre distintas áreas de salud en España y Chile (2008). En el artículo que describe el Modelo se definía el número básico de dispositivos de referencia por pequeña área, sin tener en cuenta que varias áreas pueden compartir un hospital. En el presente estudio se ha ajustado el Modelo a la evaluación de áreas macro, como es una Comunidad Autónoma, porque los resultados nos indicaban que había servicios que no cumplían con el modelo inicial (hospital). Esto nos muestra que este tipo de estudios de disponibilidad de servicios deberían hacerse en un futuro por áreas pequeñas y no por CCAA. No obstante, destacamos la importancia de disponer un sistema de comparación entre CCAA que permite el Modelo B-MHCC.

Por lo que se refiere a la disponibilidad de servicios por tipos básicos de atención hacemos las siguientes observaciones:

1-Disponibilidad de tipos básicos de atención residencial hospitalaria y no hospitalaria (R)

1.1-Disponibilidad de tipos básicos de atención residencial hospitalaria y no hospitalaria (R) de adultos

La Comunidad que se sitúa por encima en disponibilidad de atención de agudos (R2) de adultos es Baleares, seguida de Navarra y Murcia y todas ellas con una sobre-disponibilidad de este tipo de atención según el Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B-MHCC), y Cantabria es la única Comunidad que presentaría una infradisponibilidad en hospitalización de agudos. Las demás Comunidades se encontrarían dentro del rango establecido por el Modelo.

Estas diferencias en servicios residenciales de agudos, en las que la mayor y menor tasa (rangos extremos) se da en CCAA uniprovinciales, es debido a que son las que presentan

mayor disparidad en la disponibilidad de recursos cuya causa, entre otras, es la menor accesibilidad a los mismos sobre todo en CCAA insulares, tal es el caso de Baleares. Sin embargo tal como vemos a continuación la disponibilidad de camas es menor en estas CCAA. En este caso existen diferencias muy grandes entre CCAA y áreas en cuanto al nivel de utilización de los dispositivos teniendo en cuenta la variabilidad de la práctica médica (Aizpuru et al., 2008).

Por lo que a camas de hospitalización de agudos se refiere destaca Madrid, seguida de Cataluña y Andalucía, que presentan concentración de camas en determinados lugares de la Comunidad, siendo Cantabria la que presenta una tasa menor. Todas las Comunidades se sitúan por debajo de la media del rango establecido por el Modelo B-MHCC, pero dentro del mismo.

Por lo que se refiere a la atención hospitalaria de media y larga estancia de adultos (R4-R7) Cataluña, Baleares y Cantabria se sitúan por encima del rango y si tenemos en cuenta las camas Madrid superaría a Baleares en disponibilidad, siendo Andalucía la Comunidad que presenta una menor tasa de dispositivos (presentando una infradisponibilidad) y camas. Ninguna Comunidad se sitúa por debajo del rango establecido por el modelo. Estos datos coinciden con los datos previos de los diferentes modelos de adaptación del Plan de Reforma de 1985 (Aparicio, 1993) que muestra diferentes tipos de aplicación del modelo comunitario en España, con diferencias marcadas entre CCAA que afecta a la desinstitucionalización y viene reflejada en este estudio en la disponibilidad de la atención hospitalaria de media y larga estancia.

En cuanto a la atención residencial comunitaria para adultos (R8-R11) encontramos que la Comunidad que presenta la mayor disponibilidad es Andalucía, seguida de Navarra, Cataluña (no se ha podido completar su información de camas), Castilla-La Mancha y Madrid. Solo estas CCAA están dentro del rango establecido. Por lo que a camas se refiere son Castilla-La Mancha, Navarra y Andalucía las que presentan mayor dotación y están dentro del rango establecido, las demás CCAA están fuera del mismo.

Como se observa hay algunas CCAA, como Castilla-La Mancha con mayor disponibilidad de camas que de dispositivos, lo que nos indica la existencia de grandes residencias con muchas camas, siendo en este caso el modelo adecuado el de Andalucía con mayor

disponibilidad de dispositivos y por tanto mayor accesibilidad a los mismos. Esto nos lleva a pensar que habría que analizar cuál sería la relación adecuada entre dispositivos y número de camas. Para tener una idea exacta sería necesario comparar con otros países y otras CCAA. En Cataluña los datos sobre disponibilidad de camas se completaron a final de 2010.

Es interesante señalar también la reconversión de los antiguos centros psiquiátricos, en Cataluña encontramos que algunos de ellos, como el Hospital de San Boi de Barcelona o el Hospital de Salt de Gerona, son reconversiones de antiguos hospitales psiquiátricos en centros de atención médica compleja y múltiple para población general. En estos casos ha sido compleja la codificación de sus servicios de hospitalización de agudos y subagudos, ya que el sistema ESMS/DESDE desarrollado en 1990 no había previsto que esto pudiera ocurrir que un hospital psiquiátrico se pudiera convertir en un hospital general con servicios psiquiátricos. Capella en su estudio de la Reforma en Salud Mental en Cataluña de 2001 analiza de forma por pormenorizada el modelo catalán y sus características especiales.

Todos estos datos nos indican la enorme variación que existe en la provisión de la atención residencial, mientras que unas CCAA presentan un desarrollo de servicios residenciales en la comunidad, otras presentan servicios residenciales hospitalarios de media y larga estancia, lo que refleja modelos diferentes en cuanto a la desinstitucionalización y el desarrollo de atención residencial en la comunidad. En este sentido podemos hablar de modelos prioritariamente comunitarios como Andalucía y Navarra y modelos prioritariamente con atención institucionalizada, como el caso de Cataluña. Un tema interesante es que el desarrollo de la atención comunitaria y el rango de servicios distintos a los que la población con trastorno mental grave tiene acceso son factores diferentes, pudiéndose dar el caso de que una Comunidad con un modelo fundamentalmente comunitario tenga una menor capacidad global de recursos (incluyendo servicios comunitarios) que otra Comunidad con un modelo comunitario parcial. Sin embargo, es necesario una comparación internacional para poder establecer realmente el grado en que los patrones de atención de las diferentes Comunidades deben ser consideradas dentro del modelo clásico como comunitario o hospitalario. De hecho, la toma de decisiones y el control de los recursos en España en general se encuentra fundamentalmente en los Centros de Salud Mental en comparación con otros modelos organizativos como el de

Francia o el de Quebec, donde a pesar de que exista una alta disponibilidad de recursos comunitarios estos dependen en gran medida de centros hospitalarios.

1.2.-Disponibilidad de tipos básicos de atención residencial hospitalaria y no hospitalaria (R) para poblaciones específicas

En cuanto a la hospitalización de agudos para poblaciones específicas, en infanto-juvenil destaca Cataluña, seguida de Castilla-la Mancha, Madrid y Andalucía tanto en dispositivos como en camas. El resto de CCAA no presentan este tipo de atención. Cataluña es la única Comunidad, de las estudiadas, donde existe una unidad de subagudos específica para esta población. En este tipo de atención encontramos dos modelos: la atención de agudos infanto-juvenil prestada en dispositivos específicos y la que se presta en camas incluidas en unidades de pediatría, como es el caso de Andalucía con pocos dispositivos pero con camas incluidas en estas unidades. En general se detecta una enorme carencia en el desarrollo de este tipo de servicios en todas las CCAA y la necesidad de replantear la creación de unidades específicas en Comunidades donde se está realizando esta atención en servicios no destinados a esta población.

Solo Madrid presenta atención hospitalaria de agudos para población mayor de 65 años. Navarra y Andalucía son las únicas CCAA que disponen de atención específica de media y larga estancia para personas mayores de 65 años. Murcia y Cantabria son las dos únicas Comunidades en las que se ha localizado atención residencial de tiempo indefinido para mayores de 65 años. En Cataluña y en Madrid no se ha podido completar esta información que se hará en 2010

Castilla-La Mancha, Cataluña y Madrid son las únicas CCAA que disponen de atención hospitalaria de agudos para TCA de forma específica, no obstante la valoración de estos servicios es compleja y estos datos requieren un análisis pormenorizado que incluya datos de utilización, p.ej. días de estancia media en estos dispositivos. Cantabria, Baleares y Murcia presentan disponibilidad de atención hospitalaria de no agudos (media y larga estancia) para TCA. En el caso de Cantabria, con una menor disponibilidad en otros dispositivos, plantea problemas de equidad vertical en los recursos residenciales hospitalarios de TCA con relación a otros recursos de atención a trastorno mental grave.

En general encontramos que dentro de los servicios hay unidades diferenciadas de atención especialmente a grupos específicos de población, como la infanto-juvenil o atención a TCA, pero no cumplen criterios para ser un servicio independiente, entre otras cosas al compartir espacios, personal y administración, lo que repercute en la eficiencia del servicio y en una adecuada atención.

2. Disponibilidad de tipos básicos de atención de día de agudos y no agudos (D)

2.1. Disponibilidad de tipos básicos de atención de día de agudos y no agudos (D) para adultos

Debemos considerar la importancia que representan los servicios intermedios al constituir la base de la atención en psiquiatría comunitaria. Entre estos servicios, recogidos en el DESDE-LTC, destacamos la importancia del código D1 como alternativa a la hospitalización, es decir, utilización en crisis o agudos y dirigido fundamentalmente al control y estabilización clínica del paciente. Estos servicios se diferencian de los servicios de atención de día programada con una orientación más dirigida a la rehabilitación social y laboral del paciente más que la clínica. Este tipo de dispositivos por lo general está enfocado a población adulta.

Navarra es la Comunidad que presenta mayor tasa y plazas de atención de día de agudos seguida de Murcia. Castilla-La Mancha, Madrid y Andalucía se sitúan por debajo del rango para atención de día de agudos por Comunidad, establecido por el Modelo B-MHCC.

En cuanto a la atención de día programada de adultos es Madrid la que tiene una mayor disponibilidad, seguida de Cantabria y Castilla-La Mancha, aunque es esta última Comunidad la que tiene una mayor tasa de plazas. Todas las CCAA cumplen los criterios establecidos por el grupo Psicost, excepto Andalucía cuyo valor está por debajo del límite inferior definido y Murcia que no cuenta con este tipo de atención.

Señalar que cuando hablamos de los modelos comunitarios de desinstitucionalización y la consiguiente apertura de residencias en la comunidad, otro aspecto clave es el desarrollo de servicios de día. Mientras veíamos que Andalucía se ha centrado en la creación de

servicios residenciales en la comunidad, parece que existe una disparidad entre el desarrollo de estos servicios y los servicios de atención de día de agudos y programados. Esto indica otra vez la enorme disparidad de la implantación de los distintos componentes del modelo comunitario en las diferentes CCAA, lo que llevaría a que en contra de lo que se afirma en publicaciones tradicionales, como la de Aparicio en 1993, Andalucía sería también un modelo comunitario parcial por el escaso desarrollo de los servicios de día.

En el caso de Castilla-La Mancha esta atención de día programada está localizada en los CRPSL que dispone de un gran número con bastantes plazas cada uno y esto es debido a la creación de recursos por la dispersión de la población. Madrid por su parte ha hecho un gran esfuerzo en los últimos años en la creación de este tipo de plazas sectorizadas en toda la Comunidad dentro del Plan de Atención a Enfermedad Mental de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

En el caso de Cataluña la mayoría de Hospitales de Día no son alternativas a la hospitalización de agudos de ingreso en menos de 72 horas (D1.1), ni alternativas a la media y larga estancia hospitalaria de ingreso programado (D1.2) que es la más comunitaria. En este sentido son unidades de rehabilitación comunitaria con alta atención médica (D4.1). En este caso habría que evaluar servicio a servicio y valorar cual es la atención que se provee ya que parece que esos dos modelos coexisten en Cataluña.

En Andalucía la atención de día programada se realiza en la Unidades de Rehabilitación y en las Comunidades Terapéuticas, que además de la atención residencial disponen de atención de día específica para pacientes externos (D41) lo que resulta llamativo puesto que existen servicios específicos para tal efecto y muestran una ineficiencia del sistema. Lo mismo ocurre con las unidades de Rehabilitación que además de la función de centro de día hacen atención ambulatoria cuando esta debía de hacerla otra estructura.

2.2. Disponibilidad de tipos básicos de atención de día de agudos y no agudos (D) para poblaciones específicas

En la atención de día de agudos de niños y adolescentes, la Comunidad con la tasa de disponibilidad más alta de dispositivos y plazas es Cataluña seguida de Andalucía y luego Navarra en cuanto a dispositivos y Madrid en cuanto a plazas. Islas Baleares, Murcia y

Cantabria no disponen de este tipo atención de manera específica para población infanto-juvenil. Solo Cataluña y Murcia ofrecen atención de día programada relacionada con la salud específica para niños y adolescentes. De nuevo es Cataluña la Comunidad con mayor disponibilidad de este tipo de atención, pero se repite la necesidad de crear recursos de este tipo para población infanto-juvenil, sobre todo en Cantabria y Baleares.

La atención de día de agudos específica para población con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se establece como paso intermedio entre el ingreso hospitalario y la atención ambulatoria, casi todas las CCAA cuentan con este tipo de dispositivos para TCA. La tasa más alta la presenta Cantabria en cuanto a dispositivos, en el siguiente nivel Cataluña y Navarra con cifras aproximadas. Andalucía y Murcia no contemplan este tipo de atención de forma específica. En cuanto a plazas en primer lugar se sitúa Navarra y a continuación Cantabria. No se dispone de información de plazas de los dispositivos de día de agudos para TCA en Cataluña. Andalucía y Murcia no cuentan con plazas específicas para este tipo de atención. De nuevo Cantabria destaca en número de dispositivos para este grupo de población y se vuelve a plantear que siendo una Comunidad uniprovincial sería más eficiente que compartiera estos recursos con otras CCAA o que estas que tuvieran recursos específicos para esta población pudieran apoyar a Cantabria.

La atención de día programada (no agudos) para personas mayores sólo se describe de forma específica en Navarra.

3. Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O)

3.1 Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O) para adultos

La atención ambulatoria de urgencia no móvil está disponible en las 8 CCAA junto con la atención hospitalaria de agudos de adultos, de infanto-juvenil y TCA y presenta su misma distribución por CCAA.

En cuanto a la atención ambulatoria programada (no agudos) no móvil para personas adultas Navarra es la Comunidad con la tasa de disponibilidad más alta. Casi todas las CCAA cumplen los criterios que establece el Modelo B-MHCC, Navarra, Castilla-La Mancha

y Murcia presentan una sobredisponibilidad y Madrid es la Comunidad que se aproxima más a la media del rango. Este tipo de atención es el que presenta mayores tasas en todas las CCAA. Navarra ya presentaba un alto número de dispositivos de atención ambulatoria en el estudio que hizo Psicost en 2007 (Salvador-Carulla et al., 2007), en el que algunas áreas pequeñas de Navarra aparecían como áreas de bench marking y la situación sigue siendo similar.

3.2 Disponibilidad de tipos básicos de atención ambulatoria de agudos y no agudos (O) para poblaciones específicas

La atención ambulatoria para población infanto-juvenil encuentra su tasa más alta en Cataluña. Madrid es la Comunidad que cuenta con menor tasa de disponibilidad de este tipo de atención, pero en todos los centros de salud mental de la Comunidad cuentan con un equipo especializado para la atención a este grupo de población. En el caso de Madrid su bajo nivel pudiera estar explicado por la alta accesibilidad a los servicios que presenta la Comunidad, lo que muestra la necesidad de realizar un estudio de utilización de estos servicios para interpretar mejor esta información.

La atención ambulatoria específica para población mayor de 65 años es mínima y solo existe en Madrid y en Navarra, normalmente, este grupo de edad se incluye dentro de atención a adultos y algunos de estos dispositivos para población adulta en CCAA como Madrid cuentan con personal especializado en psicogeriatría.

Al igual que para adultos y población infanto-juvenil, la atención ambulatoria para TCA se localiza en las CCAA de forma independiente en los centros de salud mental o como complemento a otros tipos de atención de hospitalización o de día. La disponibilidad de atención ambulatoria programada para TCA se presenta en Cantabria con la tasa más alta, a continuación se sitúa Castilla-La Mancha, siguen Cataluña y Navarra, Islas Baleares y finalmente Madrid. Murcia y Andalucía no cuentan con atención ambulatoria programada específica para TCA. La atención ambulatoria muestra un patrón similar a los otros tipos de atención para TCA.

En resumen, en cuanto a la disponibilidad por tipos de atención se pone de manifiesto una alta variabilidad tanto en el número de recursos existentes como en el tipo de los mismos

lo que plantea una duda sobre la equidad horizontal e interterritorial en la provisión de servicios de salud Mental en España. En general no es posible hablar de existencia de modelos completos de atención comunitaria o atención hospitalaria en las 8 CCAA en estudio si se plantea una comparación de estos modelos con los existentes en otros países de nuestro entorno (Pinto, 2002; Salvador-Carulla et al., 2005). Se podría considerar que las CCAA siguen un modelo de atención comunitaria parcial con diferentes perfiles y niveles de capacidad de atención en función de los recursos disponibles con valores máximos en Navarra y mínimos en Cantabria. Esta variabilidad entre CCAA es mucho mayor cuando se trata de servicios específicos para población infantil, mayor o TCA y donde la armonización para incrementar la equidad interterritorial resulta más necesaria. Por otro lado, este estudio permitiría establecer un modelo de bench marking basado en los perfiles óptimos de atención a Salud mental obtenidos en las diferentes CCAA exploradas

Perfil de poblaciones atendidas.

A nivel general se observa como Cataluña es la Comunidad donde existe un mayor desarrollo de dispositivos asistenciales para la población infanto-juvenil, en cuanto a la diversidad como al número de centros como de plazas, que el resto de CCAA estudiadas. Destaca con tipos de atención únicos en dicha Comunidad como unidades de subagudos, hospitales de día, un mayor número de centros de día, de centros ambulatorios específicos para esta población.

Con respecto a los servicios de Salud Mental para población infanto-juvenil, llama la atención la escasísima provisión de servicios específicos para esta población que presentan las CCAA evaluadas y la necesidad de avanzar en la creación de servicios para esta población. La atención residencial para población infanto-juvenil incide en la baja provisión de servicios para este sector de población. Además, los únicos servicios disponibles a este nivel se concentran en la atención residencial de tipo aguda hospitalaria (código R2).

Navarra es la Comunidad Autónoma que posee una mayor gama de dispositivos y de plazas para la atención psicogerítrica.

Y Cantabria es la Comunidad que presenta una mayor disponibilidad de atención a los trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) a excepción de unidades de agudos para TCA,

que en este caso sería Castilla-La Mancha la que presenta más disponibilidad. En muchas CCAA no existen unidades específicas de agudos R2 para TCA, son camas en unidades de agudos en general o en pediatría, lo mismo que ocurre en los hospitales de día para TCA.

En este sentido debería analizarse la equidad tanto vertical como horizontal de determinados dispositivos específicos en relación al conjunto del territorio, por ejemplo el grado en que un mismo trastorno tiene acceso a un mismo tipo de recursos en diferentes CCAA y el grado en que diferentes trastornos y/o niveles de gravedad tienen acceso a diferentes tipos de recursos. (Money, 2002; Regidor, 2008)

Cataluña, Madrid y Andalucía son las únicas CCAA que poseen unidades específicas de atención a las personas con discapacidad intelectual más trastornos Mentales graves. Sin embargo estos recursos están mucho más desarrollados en Cataluña y en Madrid que en Andalucía, existiendo una gran variedad de dispositivos muchos de ellos creados recientemente: residencias, centros de día o equipos de atención ambulatorios. Este tipo de servicios por sus características especiales y por su altísima variabilidad entre CCAA no se han incluido en los mapas pero se describen en el texto y sería necesario un estudio más pormenorizado. Esta compleja situación ha sido analizada de forma independiente por el grupo Psicost (Salvador-Carulla et al., 2007).

En Madrid se han incluido en el estudio 3 dispositivos específicos para tratamiento de los Trastornos de Personalidad: dos Comunidades Terapéuticas y un Hospital de Día.

Por lo que se refiere a población inmigrante es destacable la alta variabilidad en este grupo de población por lo que serían necesarios análisis geográficos específicos de las necesidades de atención en salud mental de estos grupos (Gotor, psychiatric, & 2004, 2004).

Perfil de la atención a salud mental por Comunidad Autónoma

a. Andalucía

El resumen del perfil de atención a salud mental en la Comunidad es el siguiente:

Población adulta:

Valores máximos en:

- Atención residencial comunitaria (R8-R11): presenta la tasa más alta por millón de habitantes de las 8 CCAA y está dentro de los rangos establecidos por el Modelo B-MHCC

En la media:

- Atención ambulatoria no móvil programada (no agudos) (O8-O10), Ocupa el cuarto lugar entre las 8 CCAA en cuanto a disponibilidad y se sitúa por encima de la media dentro del rango establecido por el Modelo B-MHCC

Valores mínimos en:

- Atención residencial hospitalaria de media y larga estancia (R4-R6): está por debajo del límite inferior del rango establecido por el grupo Psicost. De las 8 CCAA es la que presenta la disponibilidad más baja en este tipo de atención
- Atención de día de salud programada (no agudos) (D4.1): está por debajo del valor mínimo del rango establecido por el Modelo B-MHCC. Es la séptima Comunidad en disponibilidad
- Atención de día de agudos (D1.2): se encuentra por debajo del rango establecido. Es la séptima Comunidad en cuanto a disponibilidad de este tipo de atención
- Atención residencial hospitalaria de breve estancia de agudos (R2): límite inferior del rango establecido por el Modelo B-MHCC y es la tercera Comunidad en disponibilidad después de Madrid y Cataluña

Poblaciones específicas:

Valores máximos en:

- Hospitalización de agudos (R2) infanto-juvenil y atención ambulatoria no móvil de urgencia. Es la tercera Comunidad en disponibilidad en estos dos tipos de atención que se dan de forma conjunta
- Hospitalización de larga estancia (R6) de personas mayores: junto a Navarra (que es la que presenta la mayor disponibilidad) las dos únicas CCAA
- Atención de día de agudos (D1.2) infanto-juvenil: es la tercera Comunidad en disponibilidad de este tipo de atención y la segunda en disponibilidad de plazas

Valores mínimos en:

- Atención ambulatoria (O8-O10). es la penúltima Comunidad en disponibilidad de este tipo de atención para población infanto-juvenil y no dispone de este tipo de atención para otras poblaciones específicas.
- No dispone de atención residencial comunitaria para personas mayores (R8-R11).
- No existe disponibilidad de hospitalización de agudos y subagudos específica para TCA
- No se registra atención de día específica para mayores o TCA.
- No existe atención ambulatoria específica para otras poblaciones.

Este perfil se explica por la política de atención a Salud Mental seguida después de 1985, en donde el aspecto fundamental de la Reforma se centró en la atención residencial al trastorno mental grave con un programa de desinstitucionalización que se completó en el año 2000, pero donde no se ha prestado igual atención al desarrollo de servicios de atención de día en la comunidad. Por otro lado, esa desinstitucionalización completa plantea el problema de la necesidad de recursos hospitalarios para trastorno mental grave con alta necesidad de cuidados, de hecho hemos localizado la existencia de servicios de este tipo que no figuraban entre los dispositivos de salud mental de la Comunidad y que son atención concertada fundamentalmente dependientes de servicios sociales y que se centran en la provincia de Málaga. Lo mismo ocurre con los servicios de atención a

discapacidad intelectual y trastorno mental que por su complejidad organizativa no han sido incluidos en este Atlas.

b. Islas Baleares

El resumen del perfil de atención a salud mental en la Comunidad es el siguiente:

Población adulta:

Valores máximos en:

- Atención residencial hospitalaria de breve estancia de agudos (R2): presenta la tasa de disponibilidad más alta de las 8 CCAA por encima del rango establecido y el cuarto lugar respecto a disponibilidad de camas encontrándose en la media del rango establecido por el Modelo B-MHCC
- Atención residencial hospitalaria de media estancia y larga estancia (R4-R7): presenta la segunda tasa más alta de dispositivos y la cuarta para disponibilidad de camas. Cumple los criterios para disponibilidad de camas y está por encima del valor establecido por el Modelo B-MHCC para dispositivos

En la media:

- Atención de día de agudos (D1.2): ocupa el cuarto lugar para dispositivos y séptimo para disponibilidad de plazas. Está dentro del rango descrito para este tipo de atención en cuanto a dispositivos pero se sitúa por debajo para número de plazas
- Atención de día de salud programada (no agudos) (D4.1): es la cuarta Comunidad en disponibilidad y sexta en número de plazas. Cumple los criterios del rango del Modelo B-MHCC para número de dispositivos

Valores mínimos en:

- Atención residencial comunitaria (R8-R11): se sitúa en sexto y séptimo lugar y está por debajo de los rangos establecidos por el Modelo B-MHCC

- Atención ambulatoria no móvil programada (no agudos) (O8-O10), Ocupa el séptimo lugar entre las 8 CCAA en cuanto a disponibilidad y se sitúa dentro del rango establecido por el Modelo B-MHCC

Poblaciones específicas:

Valores máximos en:

- Atención hospitalaria de media estancia para TCA: ocupa el segundo lugar en dispositivos y el primero para camas.
- Atención residencial comunitaria de larga estancia (R8-R11) de personas mayores: presenta la tercera tasa más alta de dispositivos y la segunda más alta de camas.
- Atención de día de agudos (D1.2) para TCA: es la cuarta Comunidad en disponibilidad de este tipo de atención y la tercera en disponibilidad de plazas.

En la media:

- Atención ambulatoria programada no móvil (O8-10) específica para población infanto-juvenil y TCA la Comunidad ocupa el quinto lugar

Valores mínimos en:

- No dispone de Hospitalización de agudos (R2) infanto-juvenil y atención ambulatoria no móvil de urgencia.
- No dispone de atención de día para población infanto-juvenil ni para mayores
- No existe disponibilidad de hospitalización de agudos específica para TCA

Baleares se sitúa en el grupo de Comunidades en que las transferencias de sanidad tuvieron lugar más tarde y es importante analizar lo ocurrido en estas CCAA dada la enorme disparidad existente teniendo en cuenta el hecho de que estas transferencias se dieron más de una década después que en otras CCAA como Andalucía. En este sentido la comparación de Islas Baleares y Castilla-La Mancha tiene un especial interés porque sus

transferencias y desarrollo de servicios de salud mental fueron hechas en el mismo periodo de tiempo.

Uno de los aspectos que destacamos en el perfil de la Comunidad es la alta provisión de dispositivos en relación al bajo número de plazas en la mayor parte de los tipos de atención, que se puede explicar por la insularidad que hace que los recursos por un problema geográfico requieran valores mayores. Una característica importante de la Comunidad es el desarrollo de la atención de día programada (D41), pero cuando se compara con otras CCAA el número de plazas es bajo y realmente es una Comunidad que presenta niveles bajos de atención comparados con otras CCAA.

c. Cantabria

El resumen del perfil de atención a salud mental en la Comunidad es el siguiente:

Población adulta:

Valores máximos en:

- Atención residencial hospitalaria de media estancia y larga estancia (R4-R7): ocupa el segundo lugar en disponibilidad y camas encontrándose dentro del rango establecido en cuanto a dispositivos y por encima en cuanto a camas.

En la media:

- Atención de día de salud programada (no agudos) (D4.1): está dentro del rango establecido por el Modelo B-MHCC. Es la tercera Comunidad en disponibilidad y la cuarta en disponibilidad de camas

Valores mínimos en:

- No dispone de Atención de día de agudos (D1.2)

- Atención residencial hospitalaria de breve estancia de agudos (R2): límite inferior del rango establecido por el Modelo B-MHCC y es la octava Comunidad en disponibilidad.
- Atención ambulatoria (O8-O10). es la quinta Comunidad en disponibilidad de este tipo de atención y se encuentra dentro del rango establecido.
- Atención residencial comunitaria (R8-R11): la Comunidad se sitúa en el séptimo lugar en cuanto a dispositivos y sexto para camas y está por debajo de los rangos establecidos por el Modelo B-MHCC

Poblaciones específicas:

Valores máximos en:

- Hospitalización de media y larga estancia (R4-R6) para TCA: es la Comunidad que presenta la mayor disponibilidad y la segunda más alta para disponibilidad de camas
- Atención de día de agudos (D1.2) para TCA presenta la tasa más alta de dispositivos y la segunda más alta para plazas.
- Atención residencial comunitaria para personas mayores (R8-R11) presenta la segunda tasa más alta de dispositivos
- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) específica para población infanto-juvenil ocupa el segundo lugar entre las 8 CCAA

En la media:

- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) específica para TCA ocupa el quinto lugar entre las 8 CCAA

Valores mínimos en:

- No existe disponibilidad de hospitalización de agudos y subagudos específica para población infanto-juvenil ni Atención de agudos (D1.2) y atención ambulatoria no móvil de urgencia infanto-juvenil.

Existe un estudio más pormenorizado de la atención a salud mental en Cantabria (Vázquez-Barquero et al., 2010) y ya se señalaba en este estudio que para entender los datos obtenidos era necesario tener la comparación con otras CCAA.

Destaca la insuficiencia de recursos en general junto con la alta disponibilidad de dispositivos para TCA lo que plantea cuestiones, como ya se ha apuntado, sobre la equidad vertical de la atención a salud mental en esta Comunidad y de la posibilidad de que en España sea importante el desarrollo de acuerdos entre CCAA para provisión de servicios de salud mental altamente especializados en Comunidades uniprovinciales con número de habitantes inferior a un millón.

La Comunidad tiene una necesidad de reestructurar su atención a Salud Mental para aumentar su capacidad global de atención, necesita una mayor disponibilidad de recursos en un rango amplio, desde la atención hospitalaria a la atención de día comunitaria. En este sentido el esfuerzo realizado por la Comunidad en cuanto al estudio de su configuración actual es fundamental para planificar cambios en el futuro.

Castilla-La Mancha

El resumen del perfil de atención a salud mental en la Comunidad es el siguiente:

Población adulta:

Valores máximos en:

- Atención de día de salud programada (no agudos) (D4.1): está dentro del rango establecido por el Modelo B-MHCC para dispositivos pero no para plazas. Es la Comunidad con mayor disponibilidad de plazas y segunda en tasa de dispositivos.
- Atención residencial comunitaria (R8-R11): cumple con los criterios establecidos por el grupo Psicost para este tipo de atención. Presenta la mayor tasa de camas y el cuarto lugar en dispositivos.
- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10): ocupa el segundo lugar en disponibilidad de atención de este tipo, está por encima del valor más alto del rango descrito por el Modelo B-MHCC.

En la media:

- Atención hospitalaria de media y larga estancia (R4-R7): está dentro del rango definido por el grupo Psicost. Ocupa el cuarto lugar en tasa de dispositivos y el sexto en camas.
- Atención de día de agudos (D1.2): cumple con los criterios establecidos por el Modelo B-MHCC; ocupa el quinto lugar para dispositivos y el sexto para plazas.

Valores mínimos en:

- Atención residencial hospitalaria de agudos (R2): se sitúa próximo a la media del rango establecido por el Modelo B-MHCC para dispositivos pero está por debajo del límite inferior para camas, y es la sexta Comunidad en disponibilidad de servicios y la séptima en camas.

Poblaciones específicas:

Valores máximos en:

- Hospitalización de agudos (R2) para TCA y atención ambulatoria no móvil de urgencia. Es la Comunidad con la disponibilidad más alta de las 8 CCAA.
- Hospitalización de agudos (R2) infanto-juvenil: presenta la segunda tasa más alta de disponibilidad después de Cataluña.
- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) específica para TCA, ocupa el segundo lugar.

Valores medios en:

- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) infanto-juvenil: ocupa el cuarto lugar disponibilidad para este tipo de atención.
- Atención de día de agudos (D1.2) infanto-juvenil: ocupa el cuarto lugar en disponibilidad de plazas y el quinto en dispositivos.

- Atención de día de agudos (D1.2) para TCA: es la quinta Comunidad en disponibilidad de este tipo.

Valores mínimos en:

- No existe disponibilidad de hospitalización de agudos y subagudos específica para mayores
- No existe atención de día programada de salud (D4.1) para población infanto-juvenil ni mayores.
- No registra atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) para TCA ni mayores.
- No existe disponibilidad de atención residencial comunitaria (R8-R11) para mayores.

Los resultados obtenidos en esta Comunidad sugieren la existencia de diferencias en el modelo de desarrollo de dispositivos en CCAA que han recibido las transferencias de sanidad más recientemente. En este caso observamos un desarrollo de recursos totalmente diferente al realizado en Baleares. Es una Comunidad en que la disponibilidad de servicios está dando un nivel de capacidad de atención mayor que otras CCAA que adquirieron las transferencias de sanidad al mismo tiempo

Es destacable en Castilla-La Mancha la dispersión geográfica y la baja densidad de población, lo que plantea una necesidad de desarrollo de recursos muy diferente al de otras CCAA. Asimismo, la cercanía a la Comunidad de Madrid puede plantear distorsiones en la utilización de servicios que requeriría un estudio pormenorizado de los flujos de atención y la utilización de los mismos.

Cataluña

El resumen del perfil de atención a salud mental en la Comunidad es el siguiente:

Población adulta:

Valores máximos en:

- Atención hospitalaria de media y larga estancia (R4-R7): está por encima del valor superior del rango establecido por el grupo Psicost, presenta la tasa de dispositivos y camas más alta de las 8 CCAA.
- Atención de día de agudos (D1.2): está dentro del rango definido por el Modelo B-MHCC y ocupa el segundo lugar respecto a tasa de dispositivos y el tercero respecto a plazas.

En la media:

- Atención hospitalaria de agudos (R2): está dentro de los valores descritos por el Modelo B-MHCC, ocupa el quinto lugar en cuanto a dispositivos y presenta la segunda tasa más alta de camas.
- Atención residencial comunitaria (R8-R11): cumple con los criterios establecidos por el grupo Psicost para dispositivos de este tipo de atención y ocupa el tercer lugar respecto a las demás CCAA estudiadas; no se tiene conocimiento de camas.
- Atención de día programada relacionada con la salud (D4.1): está dentro de los valores del rango descrito por el Modelo B-MHCC, ocupa el quinto lugar en disponibilidad.
- Atención ambulatoria no móvil programada (no agudos) (O8-O10), Ocupa el sexto lugar entre las 8 CCAA en cuanto a disponibilidad y se sitúa por encima de la media dentro del rango establecido por el Modelo B-MHCC.

Poblaciones específicas:

Valores máximos en:

- Hospitalización de agudos (R2) infanto-juvenil y atención ambulatoria no móvil de urgencia. Es la primera Comunidad en disponibilidad en estos dos tipos de atención que se dan de forma conjunta.
- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10). Ocupa el primer lugar en este tipo de atención.

- Hospitalización de larga estancia (R6) de personas mayores: junto a Navarra (que es la que presenta la mayor disponibilidad) las dos únicas CCAA
- Atención de agudos (D1.2) y no agudos (D4.1) infanto-juvenil: es la primera Comunidad en disponibilidad para atención de día de urgencia y programada, para dispositivos y plazas.
- Atención hospitalaria de agudos (R2) para TCA: es la Comunidad con el segundo valor más alto para dispositivos después de Castilla-La Mancha, no se tiene conocimiento de camas.
- Atención de día de agudos (D1.2) para TCA: presenta la segunda tasa de dispositivos más alta, no se tiene conocimiento de plazas.
- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10): es la tercera Comunidad en disponibilidad de este tipo de atención.

Valores mínimos en:

- No dispone de atención residencial comunitaria para personas mayores (R8-R11).
- No existe disponibilidad de hospitalización de agudos (R2) y subagudos (R4-R6) específica para mayores.
- No se registra atención de día programada (D4.1) específica para mayores.
- No existe atención ambulatoria (O8-O10) específica para TCA.

La Comunidad presenta características muy específicas, por ejemplo el hecho de ser de las primeras CCAA donde se hicieron las primeras transferencias de sanidad, que el sistema de provisión de la atención y la financiación de los dispositivos están totalmente separados con una alta presencia de provisión concertada con la administración a diferencia de otras CCAA y debe tenerse en cuenta que existe una proporción notable de atención prestada por compañías de seguro privadas lo que aumenta la complejidad en el análisis del sistema de Salud Mental. Estas características especiales hacen que respecto a la provisión de servicios haya grandes disparidades dentro de Cataluña, por ejemplo la atención dada en la Región Sanitaria de Girona y la de Barcelona son muy diferentes.

Históricamente el modelo de atención en Cataluña no se ha basado tanto en la desinstitucionalización y crear servicios residenciales para trastorno mental grave sino en

el desarrollo de la capacidad global del sistema y en crear servicios de día y atención a poblaciones específicas como población infanto-juvenil.

Aparece como un sistema de provisión de la atención en salud mental casi en espejo con la atención prestada en Andalucía y ello plantea cuestiones muy relevantes para explorar la eficiencia entre CCAA. Tanto Cataluña como Andalucía presentan modelos comunitarios parciales ya que consideran el centro de salud mental en el territorio como el eje de la atención y fuera del hospital pero son modelos completamente diferentes.

Madrid

El resumen del perfil de atención a salud mental en la Comunidad es el siguiente:

Población adulta:

Valores máximos en:

- Atención de día de salud programada (no agudos) (D4.1): es la primera Comunidad en disponibilidad y segunda en número de plazas. Cumple los criterios del rango del Modelo B-MHCC para número de dispositivos
- Atención residencial hospitalaria de breve estancia de agudos (R2) y ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1): es cuarta en dispositivos y presenta la tasa de camas más alta de las 8 CCAA, está dentro del rango establecido por el Modelo B-MHCC.

En la media:

- Atención residencial hospitalaria de media estancia y larga estancia (R4-R7): ocupa el sexto lugar para dispositivos y el tercero para disponibilidad de camas. Cumple los criterios para dispositivos y está por encima del valor establecido por el Modelo B-MHCC para disponibilidad de camas.
- Atención residencial comunitaria (R8-R11): se sitúa en quinto lugar para dispositivos y cuarto lugar para camas y por debajo del valor mínimo del rango establecido por el Modelo B-MHCC.

- Atención de día de agudos (D1.2): ocupa el sexto para dispositivos y cuarto lugar para disponibilidad de plazas. Está dentro del rango descrito para este tipo de atención en cuanto a plazas pero se sitúa por debajo para número de dispositivos.

Valores mínimos en:

- Atención ambulatoria no móvil programada (no agudos) (O8-O10), Ocupa el último lugar entre las 8 CCAA en cuanto a disponibilidad y se sitúa dentro del rango establecido por el Modelo B-MHCC.

Poblaciones específicas:

Valores máximos en:

- Hospitalización de agudos (R2) y atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1) para mayores. Es la Comunidad con la tasa más alta de disponibilidad en estos dos tipos de atención que se dan de forma conjunta.
- Hospitalización de agudos (R2) y atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1) para TCA. Es la Comunidad con la tercera tasa más alta de dispositivos en estos dos tipos de atención que se dan de forma conjunta y la segunda más alta de camas

En la media:

- Atención residencial comunitaria (R8-R11) para mayores: ocupa el cuarto lugar para dispositivos y el tercero para camas de este tipo.
- Atención de día de agudos (D1.2) infanto-juvenil: ocupa el cuarto lugar en dispositivos y el tercero en camas.
- Atención hospitalaria de agudos (R2) infanto-juvenil: ocupa el cuarto lugar en dispositivos y el tercero en camas.
- Atención de día de agudos (D1.2) para TCA: es la sexta en disponibilidad de atención y la cuarta en plazas de este tipo.

Valores mínimos en:

- Atención ambulatoria (O8-O10) infanto-juvenil: es la última Comunidad en disponibilidad de este tipo de atención.
- Atención ambulatoria (O8-O10) para TCA: ocupa el sexto lugar en dispositivos de este tipo.
- No dispone de atención residencial comunitaria para personas mayores (R8-R11).
- No existe disponibilidad de hospitalización de subagudos (R4-R7) específica para mayores ni para TCA.
- No se registra atención de día programada (D4.1) específica para mayores y población infanto-juvenil.
- No existe atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) específica para mayores.

En la Comunidad de Madrid se ha detectado buen nivel de recursos y en algunos recursos con menor disponibilidad presenta tasas de plazas más altas por lo que las posibles lagunas de atención se compensan con una buena accesibilidad a los servicios en general en toda la Comunidad.

Se han detectado dificultades en la recogida de información lo que indica aspectos de la organización diferentes en Madrid respecto a otras CCAA. En este aspecto destacar la eficiente coordinación entre el ámbito sanitario y el de servicios sociales que ha desarrollado un gran número de dispositivos en la comunidad.

Su carácter macrourbano puro crea retos y necesidades diferentes a las de otras CCAA, como Castilla-La Mancha caracterizada por su baja densidad y dispersión poblacional esto genera aspectos complejos en el sistema sanitario y que podrían beneficiarse de una cooperación mayor

Murcia

El resumen del perfil de atención a salud mental en la Comunidad es el siguiente:

Población adulta:

Valores máximos en:

- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10): la Comunidad ocupa el tercer lugar en disponibilidad de este tipo de atención, está por encima del valor máximo del rango descrito por el grupo Psicost.
- Atención de día de agudos (D1.2): presenta la tercera tasa más alta para dispositivos y la primera para disponibilidad de plazas, está dentro del rango descrito por el Modelo B-MHCC para este tipo de atención.

En la media:

- Atención hospitalaria de media y larga estancia (R4-R7): ocupa el quinto lugar para dispositivos y el cuarto para camas, cumple con los criterios establecidos por el grupo Psicost para este tipo de atención.
- Atención residencial hospitalaria de breve estancia de agudos (R2) y ambulatoria no móvil de urgencia: es tercera en dispositivos y sexta en disponibilidad de camas, está por encima del rango establecido por el Modelo B-MHCC para dispositivos pero cumple los criterios para camas.

Valores mínimos en:

- Atención residencial comunitaria (R8-R11): es la última Comunidad de las 8 estudiadas en dispositivos de este tipo, y ocupa el quinto lugar en disponibilidad de camas. Está por debajo del valor mínimo del rango descrito para este tipo de atención por el Modelo B-MHCC.
- No registra atención de día programada de salud (D4.1) para población adulta.

Poblaciones específicas:

Valores máximos en:

- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) infanto-juvenil: presenta la segunda tasa de disponibilidad más alta después de Cataluña.

- Atención de día programada de salud (D4.1) infanto-juvenil: es la única Comunidad junto con Cataluña que dispone de este tipo de atención, ocupa el segundo lugar en disponibilidad de atención y plazas.
- Atención residencial comunitaria (R8-R11) para mayores: presenta la tasa más alta de dispositivos y camas para este tipo de atención.
- Atención hospitalaria de media y larga estancia (subagudos) (R4-R7): ocupa el tercer lugar en disponibilidad.

Valores mínimos en:

- No existe en la Comunidad atención hospitalaria de agudos (R2) para poblaciones específicas.
- No se registra atención de día de agudos (D1.2) para población infanto-juvenil ni para TCA.
- No se registra en Murcia atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) para mayores ni para TCA.
- La Comunidad no dispone de atención de día de salud programada (D4.1) para mayores.
- No existe atención hospitalaria de subagudos (R4-R7) para mayores.

Murcia forma parte del grupo de CCAA que ha recibido más tarde las transferencias de sanidad. La configuración de la atención a salud mental en sus pasos previos ha llevado a las políticas autonómicas a incrementar el desarrollo de servicios acorde con el crecimiento de la población, mayor que el de la población española, y el notable incremento de personas con nacionalidad extranjera que se está traduciendo en mayores demandas de servicios.

Esta tendencia ha aumentado la variabilidad y disponibilidad de servicios así como la complejidad de su evaluación, teniendo en cuenta además que las Áreas de Salud presentan diferencias destacables en cuanto a densidad de población

Navarra

El resumen del perfil de atención a salud mental en la Comunidad es el siguiente:

Población adulta:

Valores máximos en:

- Atención de día de agudos (D1.2): presenta la tasa más alta por millón de habitantes de las 8 CCAA y el segundo lugar para disponibilidad de camas, está dentro de los rangos establecidos por el Modelo B-MHCC.
- Atención ambulatoria no móvil programada (no agudos) (O8-O10) registra la tasa más alta de dispositivos por millón de habitantes y está por encima del rango descrito por el grupo Psicost.
- Atención residencial comunitaria (R8-R11): ocupa el segundo lugar para tasa de dispositivos y camas, y cumple con los criterios establecidos en el Modelo B-MHCC para este tipo de atención.
- Atención hospitalaria de agudos (R2): cuenta con la segunda tasa más alta de dispositivos y la quinta de camas, está por encima del rango establecido por el Modelo B-MHCC para dispositivos pero cumple los criterios para camas. La atención ambulatoria no móvil de urgencia se ofrece de forma conjunta con la hospitalización de agudos y registra por tanto las mismas cifras.
- Atención de día de salud programada (no agudos) (D4.1): está dentro de los valores del rango establecido por el Modelo B-MHCC. Es la sexta Comunidad en disponibilidad.

Valores mínimos en:

- Atención residencial hospitalaria de media y larga estancia (R4-R7): está dentro del rango establecido por el grupo Psicost. De las 8 CCAA es la que presenta la disponibilidad más baja en este tipo de atención después de Andalucía.

Poblaciones específicas:

Valores máximos en:

- Atención residencial hospitalaria de media y larga estancia (R4-R7) para mayores: es la Comunidad con la tasa de dispositivos y camas de este tipo más alta.

- Atención de día de salud programada (no agudos) (D4.1) para mayores: es la única Comunidad que ofrece este tipo de atención.
- Atención de día de agudos (D1.2) para TCA: ocupa el primer lugar en tasa de plazas y el tercero en tasa de dispositivos.
- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) para mayores: es la única Comunidad que ofrece este tipo de atención.
- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) para TCA: la tasa de dispositivos de la Comunidad ocupa el cuarto lugar.

Valores medios:

- Atención de día de agudos (D1.2) infanto-juvenil: ocupa el segundo lugar respecto a tasa de dispositivos y el quinto respecto a tasa de plazas.

Valores mínimos en:

- Atención ambulatoria no móvil programada (O8-O10) infanto-juvenil. Ocupa el sexto lugar en este tipo de atención.
- No dispone de atención hospitalaria de agudos (R2) para mayores, infanto-juvenil o TCA, por tanto tampoco dispone de atención ambulatoria no móvil de urgencia (O3.1).
- No dispone de atención de media y larga estancia (R4-R7) para TCA
- No se registra atención de día programada (D4.1) específica para población infanto-juvenil.

Navarra por su condición foral inicia la Reforma con anterioridad al resto de las CCAA y presenta un desarrollo precoz de servicios y mayor al de otras CCAA, Sigue siendo un referente en cuanto a disponibilidad de atención en salud mental pero la brecha existente entre el resto de las CCAA es cada vez más reducida.

El escaso desarrollo de recursos para población infanto-juvenil plantea problemas de equidad interterritorial.

D. En relación a la Comparación de los datos sobre servicios de la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y los datos del Atlas de Salud Mental

Por lo que se refiere a la información sobre dispositivos en las CCAA recogidos en el presente estudio encontramos diferencias señaladas con el documento de la Evaluación de la Estrategia ya que se han localizado 43 dispositivos más, esta diferencia es marcada sobre todo en la Comunidad de Madrid donde se han localizado 34 servicios que no figuraban. Esto viene a señalar las dificultades que existen en las CCAA para tener listados únicos y actualizados sobre sus servicios de atención a salud mental

Otras diferencias en la información vienen marcadas por la ausencia de un marco conceptual común que defina lo que es un servicio o un tipo básico de atención, por ejemplo los 12 Centros Periféricos de Cataluña que vienen recogidos en el documento de la Evaluación de la Estrategia no se han incluido en el estudio Psicost por no considerarse servicios específicos independientes de atención a la salud mental ya que no cumplen los criterios de servicio del sistema DESDE-LTC, o el caso de las Unidades de Hospitalización de Cataluña que vienen recogidas bajo el mismo epígrafe y que en el presente estudio se han considerado por separado atendiendo al tipo básico de atención que ofrecen (breve, media, larga estancia).

La comparación de la información entre ambos documentos sobre los equipos de profesionales en los servicios varía de unas CCAA a otras como resultado de no haber tenido acceso a la información de todos los equipos de atención de los dispositivos de salud mental para el estudio del Atlas, como Andalucía, Baleares. En otras CCAA que si se ha tenido acceso a la información el número de profesionales obtenidos en el presente estudio es superior, como en Cantabria, Madrid, Murcia y Navarra y en otras como en Castilla-La Mancha y Cataluña el informe sobre la Estrategia no recogía los datos sobre profesionales, que si lo hace el presente estudio. Se constata la dificultad de las CCAA de mantener actualizada y unificada la información sobre los profesionales en los servicios de salud mental.

F. En relación con la accesibilidad a los servicios

El estudio de la accesibilidad a los recursos de salud mental mediante Sistemas de Información Geográfica es un análisis complejo que requiere de una base cartográfica adecuada que normalmente es difícil de conseguir. En este documento se ha incluido el análisis piloto de dos CCAA: Cantabria y Madrid. El análisis ha medido los costes de desplazamiento a los servicios ambulatorios comunitarios y a las unidades de hospitalización de agudos que son los centros que precisan una mayor accesibilidad por su carácter de servicio especializado de base en el primer caso, y la atención a las situaciones de crisis en el segundo.

La metodología analiza la accesibilidad por carretera pero presenta algunas limitaciones para otros medios de transporte que utilizan otras infraestructuras de comunicación (metro o FFCC), o presentan limitaciones horarias (autobús). Los mapas de accesibilidad que se han presentado señalan áreas de baja accesibilidad a los recursos que podrían mejorarse mediante la creación de servicios más próximos o el desplazamiento de profesionales ciertos días a la semana.

Es necesario en este ámbito la realización de proyectos específicos de accesibilidad a los servicios de salud mental por CCAA. Es posible abordar esta cuestión desde otras metodologías más complejas que midan los costes de tiempo y recursos, elaborando para ello la cartografía necesaria que no esté disponible actualmente.

G. En relación con morbilidad y actividad de servicios

Los estudios de utilización de servicios de salud mental se encuentran limitados por la disponibilidad y calidad de las bases de datos. El nivel de desagregación de la información también es importante porque permite realizar estudios de mayor detalle a escala de pequeñas áreas sanitarias o quedarse en niveles más generales como la provincia o la región. La existencia de fuentes de información permite la realización de estudios de actividad desde diferentes perspectivas: Europa, España, CCAA, Distritos sanitarios o áreas pequeñas.

En España existe la base de datos de altas hospitalarias (CMBD) en la que colaboran todas las CCAA recogiendo información siguiendo un procedimiento común. En cambio, la atención ambulatoria y la atención de día no cuentan en la mayor parte de las CCAA con bases de datos tan fiables y estructuradas. Ha sido posible acceder a datos de recursos ambulatorios para gran parte de las áreas pero no para los dispositivos de día. Es necesario el acceso a BBDD primarias y la homogeneización de la información y recogida de base de datos de actividad.

En este estudio se ha recurrido a las áreas sanitarias como unidad mínima de información para poder establecer comparaciones, aunque en determinados casos ha sido preciso recurrir a datos regionales. El mapa nacional debería complementarse con mapas territoriales de cada CA a nivel de pequeña área sanitaria y con datos de utilización (ej. Cantabria).

Existen carencias de información sobre servicios ambulatorios en las Islas Baleares. Concretamente de prevalencia no existen datos de Castilla-La Mancha y Cantabria. También se ha detectado la falta de información para áreas concretas. Se han detectado carencias en la disponibilidad de información hospitalaria en las Islas Baleares y en reingresos en Murcia y Cantabria. También existen áreas sanitarias concretas sin información.

Por CCAA:

La tasa de altas y reingresos en dispositivos de hospitalización de agudos en Andalucía es baja en relación a las demás regiones. Andalucía presenta alguna de las áreas sanitarias españolas con menor valor de incidencia administrativa, o primeros pacientes por habitante, en centros de salud mental ambulatoria comunitaria. Presenta dos áreas con una tasa de reingresos hospitalarios elevada.

Las Islas Baleares cuenta con un número alto de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria atendidos en dispositivos ambulatorios en relación con otras CCAA. También posee una proporción elevada de pacientes penitenciarios dados de alta en servicios de hospitalización no penitenciaria. La estancia media hospitalaria es baja en comparación con

otras Comunidades. Sus centros ambulatorios comunitarios atienden a un número elevado de casos de trastorno bipolar en comparación con el resto de regiones.

La Comunidad de Cantabria presenta una tasa de altas hospitalarias baja en comparación con otras regiones del país, en cambio la estancia media en este dispositivo es de las mayores de España. También es de las regiones que posee un mayor número de días de estancia media en servicios de hospitalización de agudos.

La región de Castilla-La Mancha cuenta con una proporción alta de pacientes penitenciarios dados de alta en recursos hospitalarios no penitenciarios en comparación con otras regiones españolas. También destaca el número de reingresos en sus unidades de hospitalización psiquiátrica respecto a otras regiones, aunque la estancia media no es elevada. Las áreas sanitarias de Castilla-La Mancha presenta la incidencia administrativa más elevada en centros ambulatorios. Presenta un par de áreas con una tasa de reingresos hospitalarios elevada.

Cataluña es una de las regiones españolas con una tasa de altas en recursos hospitalarios de agudos más elevada, en cambio sus reingresos son bajos. A escala regional también destaca el elevado número de pacientes con depresión por habitantes atendidos en centros ambulatorios. La prevalencia y la incidencia administrativa en centros ambulatorios comunitarios aparecen con valores bajos en varias Regiones Sanitarias catalanas. El número de altas en dispositivos de hospitalización de agudos en sus áreas sanitarias es elevado, y las estancias medias en sus Regiones litorales.

Las áreas meridionales de Madrid presentan una prevalencia administrativa y una frecuentación en servicios de atención ambulatoria elevada.

La región de Murcia presenta una alta proporción de pacientes psiquiátricos penitenciarios dados de alta en hospitales no penitenciarios. En la región de Murcia aparecen varias áreas sanitarias con prevalencia administrativa y frecuentación elevada en atención ambulatoria.

Navarra es una de las Comunidades con mayor número de pacientes por habitante con esquizofrenia atendidos en centros ambulatorios de España. Los reingresos hospitalarios en la Comunidad son bajos. En Navarra se encuentran áreas sanitarias con prevalencia

administrativa elevada en atención ambulatoria comunitaria. También presenta un valor elevado la tasa de altas y estancia media en sus dispositivos hospitalarios.

Líneas de futuro

1. Ampliación del estudio a las 9 CCAA y 2 Ciudades Autónomas restantes.
2. Ampliación de los servicios diana. Consideración de servicios comunitarios de salud mental dependientes de servicios sociales, educación, empleo y justicia. Posibilidad de incluir servicios de atención a las drogodependencias.
3. Evaluaciones externas en otras CCAA que permitan mejorar el análisis y la aportación de información. Descripción estandarizada mediante instrumento eDESDE-LTC que de otra forma es inviable.
4. Análisis espacial de la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos. Detección de *hotspot* de esquizofrenia y depresión.
5. Análisis de la eficiencia técnica y social de la atención a la salud mental.
6. Catálogo avanzado online de servicios de salud mental. Consultas e informes online sobre servicios.

VII. CONCLUSIONES.

8.1. En relación con la metodología para la elaboración de Atlas de Salud Mental en España

- Cada CA tenía un nivel previo de información y ha seguido una estrategia diferente para remitir sus datos por lo que se han obtenido 8 alternativas y un resultado final que permite identificar estrategias optimas y otras de efectividad baja.
- De las 8 CCAA contactadas solo una ha permitido obtener una información completa (en este caso Psicost ha realizado la recogida de datos centro por centro a través de un acuerdo específico con Cantabria (2009)). En Madrid y Cataluña se está realizando el mismo estudio que concluirá en 2010.
- Se constata que, para efectuar el mapa de servicios de salud mental en 8 CCAA, 12 meses es un periodo insuficiente salvo en CCAA uniprovinciales con alta colaboración o cuando existen bases de datos adecuadas sobre servicios como es el caso de Navarra
- El modelo optimo ha sido Cantabria en la que se ha realizado una evaluación externa de la red de salud mental en colaboración estrecha con la administración autonómica en todas sus fases. Este modelo permite definir una metodología eficiente para la elaboración de un Atlas de Salud Mental en España
- La evaluación externa en colaboración con la administración autonómica de los servicios es imprescindible para recoger la información de forma fiable
- Es necesario un enfoque integral en la realización de mapas de servicios de salud mental independientemente de la administración que los gestiona (salud, servicios sociales, educación, justicia, empleo.... El procedimiento es largo pero fácil de actualizar.

8.2. En relación con las características sociodemográficas de la Comunidad

- La estructura de la población por edades nos señala áreas donde puede ser oportuno facilitar servicios especializados de salud mental por grupos de edad como psicogeriatría o infanto-juveniles.
- Del mismo modo, existen grupos de población especialmente vulnerables a los trastornos mentales debido a sus características sociales como son las personas en situación de desempleo, las que viven solas o con niños, las personas no casadas o los inmigrantes.

8.3. En relación con la organización territorial

- Las CCAA han desarrollado sus competencias en organización territorial de la sanidad delimitando sus propias áreas, zonas sanitarias o ámbitos equivalentes.
- Existe una situación muy diferente en cada una de las CCAA de estudio. Algunas presentan una zonificación específica de salud mental mientras que otras se basan en la sanitaria general.
- Necesidad de homogeneizar criterios en la delimitación de una zonificación específica de salud mental.
- La organización territorial de la salud mental debería apoyarse en la organización sanitaria general.
- La coordinación entre recursos sanitarios y sociales se beneficiaría de una zonificación común.

8.4. En relación con la disponibilidad de servicios

- La descripción estandarizada de los dispositivos que componen la red de salud mental mediante el instrumento DESDE-LTC resulta de gran utilidad para conocer

las características de la atención psiquiátrica en base a los tipos básicos de atención que ofrecen los diferentes servicios de salud mental.

- Todas las CCAA necesitan una evaluación dispositivo por dispositivo para diferenciar servicios, tipos básicos de atención, unidades o programas.
- Se detecta la importancia de realizar registros de dotación de profesionales y camas /plazas actualizados.
- Destacamos la importancia de disponer un sistema de comparación entre CCAA que permite el Modelo Básico de Atención Comunitaria de Salud Mental (B-MHCC) (Salvador-Carulla et al., 2007) empleado en este estudio.
- Encontramos rangos extremos en la disponibilidad de servicios residenciales de agudos en CCAA uniprovinciales que presentan mayor disparidad en la disponibilidad de recursos
- En cuanto a la atención ambulatoria programada presenta las mayores tasas de disponibilidad en todas las CCAA cumpliendo los criterios que establece el Modelo B-MHCC.
- Enorme variación existente en la provisión de la atención residencial, mientras que unas CCAA presentan un desarrollo de servicios residenciales en la comunidad, otras presentan servicios residenciales hospitalarios de media y larga estancia, lo que refleja modelos diferentes en cuanto a la desinstitucionalización y el desarrollo de atención residencial en la comunidad.
- Disparidad entre el desarrollo de estos servicios residenciales y los servicios de atención de día de agudos y programados, lo que viene a destacar la enorme desigualdad de la implantación de los distintos componentes del modelo comunitario en las diferentes CCAA

- Es necesario una comparación internacional para poder establecer realmente el grado en que los patrones de atención de las diferentes Comunidades deben ser consideradas dentro del modelo clásico como comunitario o hospitalario.
- Se pone de manifiesto una alta variabilidad tanto en el número de recursos existentes como en el tipo de los mismos lo que plantea una duda sobre la equidad horizontal e interterritorial en la provisión de servicios de salud Mental en España
- Las CCAA siguen un modelo de atención comunitaria parcial con diferentes perfiles y niveles de capacidad de atención en función de los recursos disponibles con valores máximos en Navarra y mínimos en Cantabria. Esta variabilidad entre CCAA es mucho mayor cuando se trata de servicios específicos para población infantil, mayor o TCA y donde la armonización para incrementar la equidad interterritorial resulta más necesaria.
- Se detecta una enorme carencia en el desarrollo de servicios para poblaciones específicas (infanto-juvenil, mayores y TCA) en todas las CCAA y la necesidad de replantear la creación de unidades específicas en Comunidades donde se está realizando esta atención en servicios no destinados a esta población.
- Cataluña es la Comunidad donde existe un mayor desarrollo de dispositivos asistenciales para la población infanto-juvenil, en cuanto a la diversidad como al número de centros como de plazas, que el resto de CCAA estudiadas.
- Navarra es la Comunidad Autónoma que posee una mayor gama de dispositivos y de plazas para la atención psicogeriátrica.
- Cantabria es la Comunidad que presenta una mayor disponibilidad de atención a los trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)
- Debería analizarse la equidad tanto vertical como horizontal de determinados dispositivos específicos en relación al conjunto del territorio

- Sería necesario un estudio más pormenorizado sobre la atención a las personas con discapacidad intelectual más trastornos mentales graves, no incluidos en los mapas de este estudio por sus características especiales y por su altísima variabilidad entre CCAA.
- Por lo que se refiere a población inmigrante es destacable la alta variabilidad en este grupo de población por lo que serían necesarios análisis geográficos específicos de las necesidades de atención en salud mental de estos grupos

Por CCAA:

- En Andalucía se debería potenciar los servicios de atención de día programada y de día de agudos, así como la atención residencial hospitalaria de subagudos y de agudos y el desarrollo de recursos para poblaciones específicas especialmente para TCA.
- En Islas Baleares se debería potenciar en especial la creación de servicios de atención residencial comunitaria y atención ambulatoria no móvil programada y el desarrollo de recursos para poblaciones específicas especialmente para población infanto-juvenil
- En Cantabria se indica la necesidad de potenciar los servicios de atención de día de agudos, de atención residencial hospitalaria de agudos y atención residencial comunitaria, así como desarrollar recursos específicos para población infanto-juvenil.
- En Castilla-La Mancha existe la necesidad de potenciar la atención residencial hospitalaria de agudos, la atención de día programada para población infanto-juvenil y la atención residencial comunitaria (R8-R11) para mayores.
- En Cataluña los datos recogidos indican la necesidad de potenciar los servicios residenciales para trastorno mental grave en la comunidad.

- En Madrid se debería potenciar los servicios de Atención ambulatoria no móvil programada y el desarrollo de recursos para poblaciones específicas.
- En Murcia se indica la necesidad de potenciar los servicios de Atención residencial comunitaria, de atención de día programada para población adulta y el desarrollo de recursos para poblaciones específicas.
- En Navarra se señala la necesidad de potenciar los recursos para población infanto-juvenil

8.5. En relación con la utilización de servicios

A. Fuentes de información

- Es necesario crear bases de datos de actividad de servicios específicas para servicios de salud mental o de servicios sanitarios en general pero que permita extraer datos por tipología de servicio y categorías diagnósticas.
- Los indicadores de actividad pueden señalar áreas donde se produzcan sobre-utilización o infra-utilización de servicios de salud mental.
- El funcionamiento de la base de datos de altas hospitalarias (CMBD) debería de servir de modelo para la recogida de información de otras tipologías de servicios.
- No existe una batería de indicadores diseñados para describir sistemas de salud mental adaptada a las particularidades de España en la que coexisten diferentes sistemas y sistemas de información.

B. Utilización de servicios de salud mental

- Se aprecia una disparidad en los resultados de los indicadores de actividad entre áreas sanitarias y CCAA que precisa de un estudio más detallado.

- Es necesario tener cautela en la interpretación de los resultados de utilización por las carencias que presentan las fuentes de información de salud mental en nuestro país.
- A pesar de esto, la información aportada resulta de interés para conocer la actividad de los servicios de salud mental ambulatorios y hospitalarios de agudos en España. Así, la desigualdad entre ámbitos de atención, además de señalar diferencias en la utilización de servicios, también pueden señalar áreas con problemas en la recogida de información.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

- Aizpuru, F., Latorre, K., Ibáñez, B., Pérez de Arriba, J., Mosquera, F., Bernal-Delgado, E., & Atlas-VPM, por el G. (2008). *Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en Centros hospitalarios de agudos. Atlas de Variaciones de la Práctica Médica.*
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2005). *Análisis de la situación de la atención a la salud mental en las comunidades autónomas a diciembre del 2005.*
- Beecham, J., Johnson, S., & EPCAT Group. (2000). The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl. 405), 33-46.
- Cumbrera, M., Salinas Pérez, J. A., Almenara Barrios, J., & Salvador-Carulla, L. (2007). *Atlas de Salud Mental de Andalucía 2005. Servicio Andaluz de Salud.* Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- De Jong, A. (2000). Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(405), 8-13.
<https://doi.org/10.1111/j.0902-4441.2000.acp28--04.x>
- eDESDE-LTC. (2010). Recuperado 5 de agosto de 2010, de <http://www.edesdeproject.eu/>
- Gotor, L., psychiatric, C. G.-J.-S. psychiatry and, & 2004, undefined. (2004). Psychiatric hospitalization and continuity of care in immigrants treated in Madrid (Spain). *Springer*, 39(7), 560-568. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0786-9>
- Hanney, S. R., & Gonzalez-Block, M. A. (2009). Editorial Evidence-informed health policy: are we beginning to get there at last? *Health Research Policy and Systems*, 7(1), 30.
- Instituto de Información Sanitaria. (2004). Atlas de la Sanidad en España. Recuperado 15 de mayo de 2005, de www.msc.es/Aes/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm
- Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. European Commission 2006.
- Johnson, S., & Kuhlmann, R. (2000). The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl. 405), 14-23.
- Johnson, S., & Salvador-Carulla, L. (1998). Description and classification of mental health services: a European perspective. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 13(7), 333-341. <https://doi.org/10.1016/S0924->

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Sanidad y Consumo*, 1-170.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, & Social. (2010). *Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Moreno Küstner, B. (2008). Situación de los sistemas de información sobre salud mental en España. *Monografías de psiquiatría*, 20(1), 4-14.
- Munarriz, M. (2008). Situación de los recursos dedicados a salud mental en España. *Monografías de Psiquiatría*, 20(1), 30-40.
- Pinto, M. (2002). *Mental Health Care: Four countries, four different ways –OneCommon Trend (France, Italy, Portugal and Spain)*.
- Salvador-Carulla, L. (2003). *Descripción estandarizada de los servicios de discapacidad para ancianos en España*. Madrid.
- Salvador-Carulla, L., Costa-Font, J., Cabases, J., McDaid, D., & Alonso, J. (2010). Evaluating mental health care and policy in Spain. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 13(2), 73-86.
- Salvador-Carulla, L., García-Alonso, C. R., Gonzalez-Caballero, J. L., Garrido-Cumbrera, M., González-Caballero, J. L., & Garrido-Cumbrera, M. (2007). Use of an operational model of community care to assess technical efficiency and benchmarking of small mental health areas in Spain. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 10(2), 87-100.
- Salvador-Carulla, L., Montero, I., & Torres-González, F. (2008). Información para una planificación de salud mental basada en la evidencia: Introducción. *Monografías de Psiquiatría*, 20(1), 1-3.
- Salvador-Carulla, L., Poole, M., Gonzalez-Caballero, J. L., Romero, C., Salinas, J. A., Lagares-Franco, C. M., ... DESDE Consensus Panel. (2006). Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(Suppl. 432), 19-28. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00916.x>
- Salvador-Carulla, L., Romero, C., Garrido Cumbrera, M., Salinas, J. A., & Ochoa, S. (2003). *Disponibilidad y uso de servicios de salud mental en Catalunya: Estudio*

- comparativo con tres CCAA. Barcelona.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.15922.71360>
- Salvador-Carulla, L., Romero, C., & Poole, M. (2004). *Escala para la descripción estandarizada de servicios para personas con discapacidad en España: origen, desarrollo y aplicaciones*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Salvador-Carulla, L., Saldivia, S., Martínez-Leal, R., Vicente, B., García-Alonso, C. R., Grandon, P., & Haro, J. M. (2008). Meso-level Comparison of Mental Health Service Availability and Use in Chile and Spain. *Psychiatric Services*, 59(4), 421-428.
<https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.4.421>
- Salvador-Carulla, L., Tibaldi, G., Johnson, S., Scala, E., Romero, C., Munizza, C., & CSRP group and RIRAG group. (2005). Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain—an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(2), 149-159.
- Servicio Murciano de Salud. (2006). *Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 2006-2009*.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (1998). A conceptual framework for mental health services: the matrix model. *Psychological Medicine*, 28(03), 503-508.
- Vázquez-Barquero, J. L., Gaite Pindado, L., Salvador-Carulla, L., & Salinas-Pérez, J. A. (2010). *Atlas de Salud Mental de Cantabria*. Santander: Consejería de Sanidad.
- Vazquez-Barquero, J. L., García, J., & Torres-González, F. (2001). Spanish psychiatric reform: What can be learned from two decades of experience? En *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement* (Vol. 104, pp. 89-95). Blackwell Munksgaard.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2089.x>
- World Health Organization. (2001). *Atlas Mental Health Resources in the World 2001*. WHO. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: WHO Press.