

2002

ATLAS

de Salud Mental de Andalucía

2005



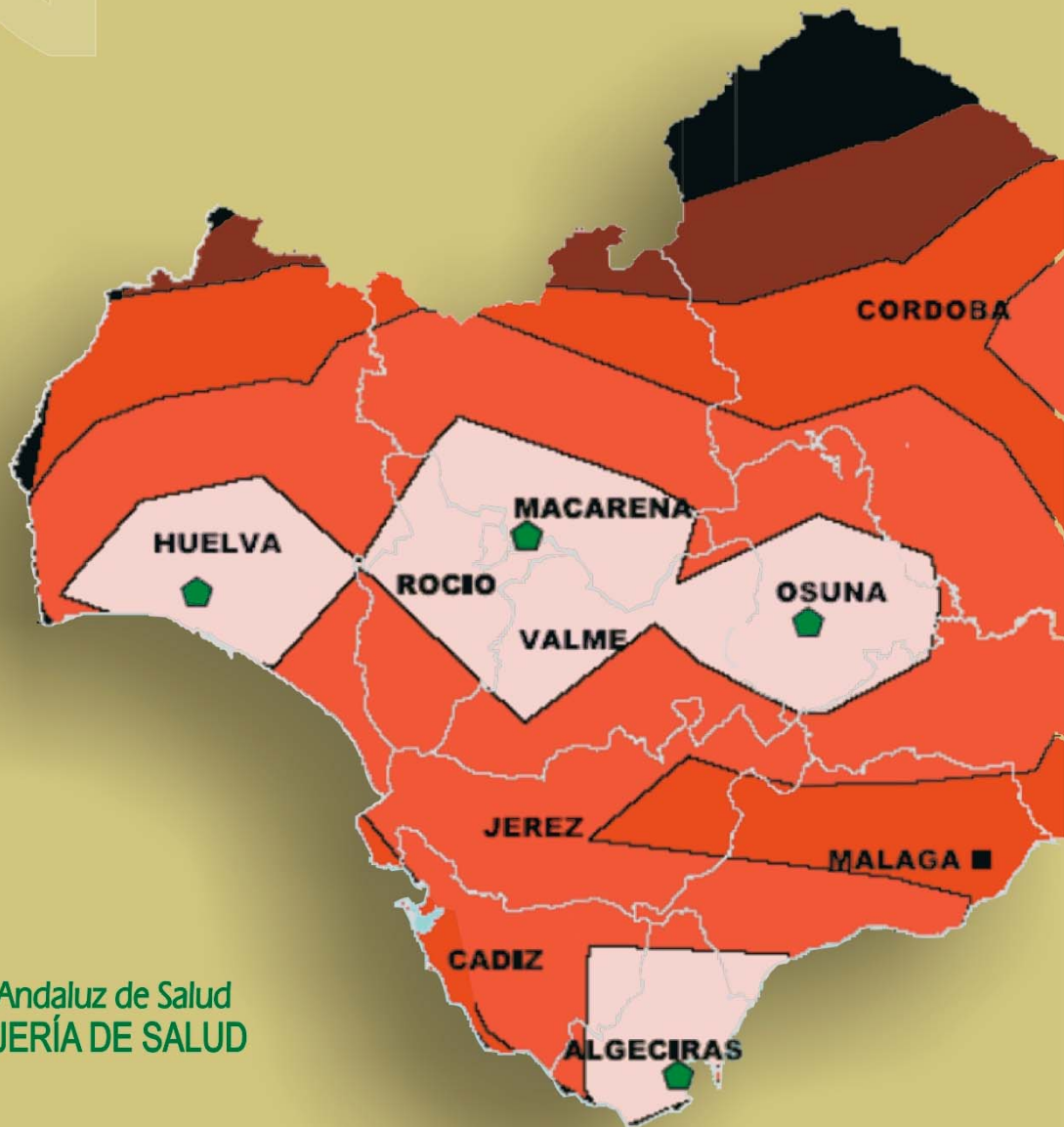
Programa de Salud Mental-SAS

PSI-COST

Asociación Científica

RIRAG-SMD

Red de Investigación de Resultados Aplicados
a la Gestión Salud Mental y Discapacidad



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

ATLAS DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA 2005

Marco Garrido Cumbreira

José Alberto Salinas Pérez

José Almenara Barrios

Luis Salvador Carulla



© 2007. Servicio Andaluz de Salud , Consejería de Salud, JUNTA DE ANDALUCÍA

Edita: Servicio Andaluz de Salud , Consejería de Salud, JUNTA DE ANDALUCÍA

Avenida de la Constitución, 18 – 41001 SEVILLA

Teléf.: 955018000, Fax: 955018025

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

Depósito Legal: SE-5968-06

ISBN: 978-84-690-6666-9

Este proyecto ha sido realizado por la Asociación Científica Psicost con la colaboración de la Red Temática de Investigación Cooperativa del Instituto de Salud Carlos III RIRAG-SMD (G03/061). A su vez, el proyecto es fruto del encargo que el Programa de Salud Mental del SAS hizo a la Asociación Científica Psicost.

El equipo redactor está compuesto por Marco Garrido Cumbreira, José Alberto Salinas Pérez y Luis Salvador Carulla, miembros de la Asociación Científica Psicost, junto a José Almenara Barrios colaborador a la Red RIRAG-SMD.

Los datos corresponden principalmente al año 2004 a excepción de los datos sociodemográficos que están referidos al último Censo de Población y Viviendas realizado en 2001.

AGRADECIMIENTOS

Han sido muchas las personas que han aportado su ayuda y sus ideas en la realización del proyecto científico Atlas de Salud Mental de Andalucía 2005. Quisiéramos reconocer a Rafael del Pino López, como Coordinador Autonómico del Programa de Salud Mental, su papel determinante para la realización del presente Atlas y a los miembros de su equipo, por la disponibilidad mostrada para facilitar el acceso a las bases de datos y al resto de la información solicitada. Particularmente, agradecemos a Gonzalo Fernández Regidor todos los datos y aclaraciones referidos a los recursos existentes y a Esteban Lamote de Grignon por su guía y consejos para mejorar nuestro trabajo.

ÍNDICE GENERAL

Acrónimos	11
I. INTRODUCCIÓN	13
II. OBJETIVOS	17
A. FINALIDAD.	19
B. OBJETIVOS.	19
III. MATERIAL Y MÉTODO	21
A. DISEÑO DEL ESTUDIO.	23
B. MATERIAL.	25
1. Bases de datos.	25
2. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).	27
3. Cartografía.	28
4. Sistemas de Información Geográfica (SIG).	29
C. PROCEDIMIENTO.	30
1. Organización territorial de la salud mental en Andalucía.	30
2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Cobertura de los ESMD en función del análisis de la población general.	30
3. Estudio de la distribución territorial de los recursos de salud mental en Andalucía.	33
4. Estudio de la accesibilidad temporal de los recursos de salud mental en Andalucía.	34
5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía.	35
D. LIMITACIONES METODOLÓGICAS DEL ESTUDIO.	38
IV. RESULTADOS	41
A. ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA.	43
1. El Mapa de Atención Primaria de Andalucía y las Áreas de Cobertura de los ESMD.	43
2. Delimitación de las Áreas de Cobertura de los ESMD (ACESMD).	44
B. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS ÁREAS DE SALUD MENTAL Y DE LAS ÁREAS DE COBERTURA DE LOS ESMD (ACESMD).	45
1. Distribución territorial de la densidad de población.	46
2. Clasificación de las ACESMD en urbanas y rurales.	48
3. Distribución territorial de la Renta Familiar Disponible.	49
4. Distribución territorial de la tasa de paro femenino.	51

5. Distribución territorial de la tasa de hogares unipersonales.	54
6. Distribución territorial de la tasa de no casados.	56
7. Distribución territorial de la tasa de inmigración.	57
C. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA.	60
1. Provisión de los dispositivos de salud mental en Andalucía por Área de Salud Mental.	60
2. Distribución territorial de los recursos de salud mental de Andalucía (dispositivos, camas/plazas y profesionales).	61
2.1. Distribución territorial de los dispositivos de atención ambulatoria de adultos. Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).	61
2.2. Distribución territorial de los dispositivos de atención residencial de adultos.	67
2.3. Distribución territorial de los dispositivos de actividades estructuradas y de día de adultos.	75
2.4. Distribución territorial de los dispositivos de atención infantil y juvenil. Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI).	82
D. ACCESIBILIDAD TEMPORAL DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA.	87
1. Accesibilidad temporal a los dispositivos de atención ambulatoria de adultos. Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).	87
2. Accesibilidad temporal a los dispositivos de atención residencial de adultos.	89
3. Accesibilidad temporal a los dispositivos de actividades estructuradas y de día de adultos.	92
4. Accesibilidad temporal a los dispositivos de atención infantil y juvenil. Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI)	95
E. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ANDALUCÍA.	98
1. Morbilidad en los Equipos de Salud Mental de Distrito (SISMA).	98
1.1. Características de la población atendida en los Equipos de Salud Mental de Andalucía.	98
1.2. Indicadores de actividad de los Equipos de Salud Mental de Distrito.	105
2. Morbilidad en los Hospitales Generales de Andalucía (CMBD).	125
2.1. Características generales de los ingresos psiquiátricos y por abuso de sustancias en Hospitales Generales de Andalucía.	125
2.2. Indicadores de actividad de los Hospitales Generales.	127
V. CONCLUSIONES	147
VI. BIBLIOGRAFÍA	159

ACRÓNIMOS

- ACESMD: Área de Cobertura de Equipo de Salud Mental de Distrito.
- ASM: Área de Salud Mental.
- CDM: Categorías Diagnósticas Mayores.
- CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades.
- CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria.
- CT: Comunidad Terapéutica.
- ESDS: European Socio-Demographic Schedule.
- ESMD: Equipo de Salud Mental de Distrito.
- ESMS: European Service Mapping Schedule.
- GRD: Grupos Relacionados con el Diagnóstico.
- HD: Hospital de Día.
- HG: Hospital General.
- ICA: Instituto de Cartografía de Andalucía.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- MAPA: Mapa de Atención Primaria de Andalucía.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PISMA: Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007.
- PSM: Programa de Salud Mental del SAS.
- SAS: Servicio Andaluz de Salud.
- SIG: Sistema de Información Geográfica.
- SISMA: Sistema de Información de Salud Mental en Andalucía.
- USM-HG: Unidad de Salud Mental en Hospital General.
- USMI: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- URA: Unidad de Rehabilitación de Área.

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

El estudio de la distribución de las enfermedades en el territorio ha sido un objetivo tradicional de la epidemiología. La geografía siempre interesada en la población y su distribución en el territorio ha facilitado técnicas cuantitativas y gráficas de análisis espacial a la epidemiología, además de ocuparse específicamente del estudio de la salud y sus servicios desde la perspectiva territorial mediante la denominada geografía de la salud. La utilización de la cartografía como apoyo a los estudios epidemiológicos tiene ya una larga tradición. El precursor de la epidemiología moderna John Snow se valió de cartografía en su estudio sobre la epidemia de cólera y su relación con pozos de agua contaminados en Londres (1854).

La utilidad de las técnicas de representación cartográfica en cualquier tipo de estudio con base territorial se ha visto reforzada por el desarrollo de potentes herramientas informáticas como los Sistemas de Información Geográfica (SIG). Los SIG conjugan la representación cartográfica con la explotación y tratamiento de información referenciada en el espacio. Ya se han constituido como una importante herramienta de apoyo a la toma de decisiones respecto a la localización de usos y equipamientos públicos en el territorio, fundamentalmente desde el campo de la planificación urbanística y la ordenación del territorio, con el objetivo de conseguir la igualdad de la población en la atención y en el acceso a los servicios públicos con independencia del lugar donde habite. Paulatinamente se están empleando estas técnicas en otros campos que precisan de base territorial para su estudio y planificación, como es el caso de la sanidad, pero sobre todo a nivel académico y no tanto desde la función pública.

Con el fin de explorar estas posibilidades en el campo de la atención sanitaria en salud mental el Programa de Salud Mental de Andalucía encargó la realización del presente Atlas de Salud Mental de Andalucía a la Asociación Científica Psicost en el año 2005. Un atlas se define como un conjunto de mapas que ofrecen información sobre una misma temática, en este caso la salud mental. Actualmente los atlas de salud mental más importantes son el Atlas de Salud Mental de Inglaterra (Glover y Barnes, 2001) y el Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo de la OMS (OMS, 2001 y 2005).

La aplicación de estas técnicas geográficas requiere contar con fuentes de información de calidad referidas a los ámbitos espaciales que se pretenden estudiar. La existencia del Sistema de Información de la Salud Mental de Andalucía (SISMA) y del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) resuelve esta premisa, configurándose como una excepcional fuente de información para alimentar los análisis territoriales que evalúen la equidad de la atención de la salud mental y permitan detectar posibles desequilibrios

I. INTRODUCCIÓN

territoriales en nuestra Comunidad. Ambos sistemas de información cubren los diferentes dispositivos de la red de salud mental de Andalucía que se encuentran asignados territorialmente a ámbitos geográficos definidos (Áreas de Salud Mental y Áreas de Cobertura de Equipo de Salud Mental de Distrito).

Este estudio se enmarca dentro de los objetivos del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007 (SAS, 2003) que pretende mejorar la atención de la salud mental en nuestra Comunidad. El PISMA señala concretamente la necesidad de realizar investigaciones científicas como actividad imprescindible para la mejora de la calidad asistencial. El patrocinio de estudios científicos como este Atlas permite conocer la situación actual y, al mismo tiempo, guiar y apoyar las futuras líneas de actuación en salud mental en Andalucía.

El Atlas de Salud Mental de Andalucía viene a cubrir una importante necesidad de información en el campo de salud mental en Andalucía. La finalidad de este trabajo es el estudio de la red de atención a la salud mental y la población atendida en nuestra región en sus dos principales dispositivos de atención, desde una perspectiva territorial. Es decir, estudiando su organización en el espacio, la accesibilidad temporal por carretera y la morbilidad psiquiátrica a través de la utilización de técnicas de análisis espacial, de indicadores de síntesis de los sistemas de información sanitarios empleados y de su representación cartográfica. El producto final es un conjunto de mapas que se constituyen como un atlas temático sobre salud mental de Andalucía. El conocimiento que aporta este documento pretende, siempre en conjunción con otros estudios y la experiencia de los gestores públicos, ser un instrumento de apoyo al crecimiento y mejora de la atención a la salud mental en Andalucía a través de la planificación sanitaria.

II. OBJETIVOS

A. FINALIDAD.

La finalidad de este trabajo es el estudio de los recursos de atención a la salud mental en Andalucía desde una perspectiva territorial. Es decir, estudiando la distribución espacial de los servicios, accesibilidad temporal por carretera a estos y la distribución de la morbilidad psiquiátrica a través de la representación cartográfica de los indicadores sociodemográficos y sanitarios. El presente documento presenta una serie de mapas e indicadores que aparecen analizados y comentados constituyendo el primer Atlas de Salud Mental en Andalucía. El Atlas de Salud Mental de Andalucía pretende ser un instrumento de apoyo útil para los gestores y planificadores sanitarios en su tarea de mejora de la atención y la toma de decisiones en política sanitaria sobre salud mental.

B. OBJETIVOS.

1. Objetivo general.

Estudio de la distribución territorial de los servicios de salud mental, de la accesibilidad a los mismos y de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía a escala regional, de las Áreas de Salud Mental (ASM) y de las Áreas de Cobertura de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ACESMD)¹.

2. Objetivos específicos.

1. Análisis de la organización territorial de la salud mental en Andalucía (2004).
2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Salud Mental y de las Áreas de Cobertura de los ESDM (ACESMD) (2001).
3. Distribución territorial de los recursos de salud mental en Andalucía (dispositivos, profesionales, camas y plazas) (2004).
4. Accesibilidad temporal de los recursos de salud mental en Andalucía (2004).
5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía para ESDM y Hospital General. Explotación de las bases de datos SISMA y CMBD (2004).

¹ Se sigue la metodología geográfica del tratamiento por escalas.

III. MATERIAL Y MÉTODO

A. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio epidemiológico de tipo ecológico de comparación, descriptivo y transversal de la salud mental en Andalucía. Los resultados de estudio se concretizan en un conjunto de cartografía elaborada expresamente para el mismo. El año de referencia es el 2004 aunque para el caso de la información sociodemográfica los datos se refieren al 2001, año en el que se realizó el último Censo de Población y Viviendas en España.

El estudio se efectúa desde la perspectiva del planificador sanitario incorporando información de arriba-abajo (top-down) siguiendo el “modelo de matriz de Thornicroft y Tansella (1999). Las unidades territoriales de base para todos los análisis son:

1. Áreas Macro: que se corresponde con las 15 Áreas de Salud Mental (ASM) en las que se divide el territorio andaluz. El nivel territorial de las Áreas de Salud Mental es el utilizado para la asignación de recursos por lo que adquiere una especial trascendencia para el planificador sanitario.
2. Áreas Meso: son las Áreas de Cobertura de los ESMD (ACESMD). Estas ACESMD se definen como aquellas áreas geográficas atendidas por cada uno de los 72 Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD), con una funcionalidad de carácter comarcal o intermedio, a excepción de las áreas inframunicipales de los municipios de Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada.

En este estudio se analizan los fundamentos que justifican estas dos unidades territoriales mediante el estudio de la organización territorial y de sus características sociodemográficas. En base a las unidades territoriales se presenta la provisión de los diferentes dispositivos de atención y sus recursos profesionales y de plazas/camas. Una vez conocida la distribución territorial de los dispositivos de salud mental se analiza su accesibilidad temporal por carretera. Finalmente se aborda el análisis de dos niveles de morbilidad psiquiátrica atendida, por una parte los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) como dispositivos ambulatorios que sirven como puerta de entrada a la red de salud mental en Andalucía desde los dispositivos de atención primaria; y por otra la atención hospitalaria realizada desde las Unidades de Salud Mental (USM-HG) y los Hospitales Generales de Andalucía. Ambos niveles cuentan con los sistemas de información sanitarios más asentados y estables de Andalucía: el Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA) y el Conjunto Mínimo de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD).

En la figura III.1. aparecen recogidos los distintos apartados en que se estructuran los resultados del Atlas de Salud Mental de Andalucía.

Figura III.1. Apartados principales incluidos en el Atlas de Salud Mental de Andalucía.



Fuente: Elaboración propia

B. MATERIAL.

1. Bases de datos.

1.1. Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA).

El SISMA constituye el principal sistema e información de la red asistencial de Salud Mental de Andalucía. Además de registrar actividades y pacientes incorpora herramientas de gestión para los profesionales. Se constituye como el principal instrumento existente en Andalucía para la recogida, gestión y explotación de datos de pacientes y actividad en los diferentes recursos asistenciales psiquiátricos. La base de datos SISMA fue suministrada, desde el Programa de Salud Mental (PSM) del SAS, preservando la privacidad de los pacientes atendidos. En la base de datos SISMA referida a la actividad en 2004 no se dispone de información del ESMD de Antequera.

Como se ha comentado en este estudio se explotan y analizan la información del SISMA referente a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). El SISMA recoge información, de tipo clínico y sociodemográfico, relativa a la actividad registrada en cada uno de los ESMD. En la tabla III.1. se señalan algunos de los campos incluidos en el SISMA para los ESMD.

Tabla III.1. Campos incluidos en el Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA) para los ESMD.

Objeto	Campos
Variables relativas a los pacientes	Ficha de identificación del paciente
	Fecha de nacimiento
	Sexo
	Localidad y provincia de residencia
	Situación laboral
	Estado civil
	Nivel educativo
	Tipo de convivencia
	Diagnóstico (CIE-10) principal y secundario
Variables referidas a la actividad asistencial	Fecha de la actividad
	Tipo de profesional
	Tipo de actividad
	Remitente de la urgencia

Objeto	Campos
	Programación de la actividad
	Primeras consultas
	Fecha de alta
	Motivo del alta

Fuente: SISMA 2004

1.2. Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD).

El Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD) es un sistema de información sobre los pacientes que han recibido el alta tras una atención hospitalaria y las circunstancias que han rodeado su ingreso y atención. El CMBD supone el principal sistema de recopilación de información sobre la actividad hospitalaria existente en España.

Esta base de datos está regulada por la Resolución 14, de 4 de junio de 1993, de Regulación del Informe Clínico de Alta Hospitalaria y del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria. Esta Resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud responde a la necesidad de disponer de una base de datos normalizada para todos los hospitales que se constituya como herramienta de gestión, planificación y ordenación sanitaria. La Comisión de Análisis y Seguimiento del CMBD es la encargada desde 1995 de evaluar la calidad del mismo y valorar la información producida, formar al personal para su cumplimentación, proponer metodologías de análisis, garantizar la confidencialidad de la información e impulsar la investigación para la mejora del sistema.

El CMBD constituye un conjunto de información de tipo clínico-asistencial, demográfica y administrativa de gran fiabilidad y comparabilidad tanto a nivel nacional como internacional. En Andalucía, todos los hospitales públicos y privados, gestionados o concertados desde el SAS, están obligados a recoger información sobre todos los pacientes en el momento de recibir el alta. El tipo de información que contiene el CMBD es muy variada pudiéndose agrupar en tres grandes grupos: administrativa, clínica y demográfica. Los campos de información del CMBD más interesantes se recogen en la tabla III.2.

Tabla III.2. Campos de información incluidos en el CMBD.

Objeto	Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)
Variables relativas a los pacientes	Identificación del paciente
	Fecha de nacimiento
	Sexo
	Residencia
	Diagnóstico principal
	Otros diagnósticos
Variables referidas a la actividad asistencial	Fecha de ingreso
	Circunstancias del ingreso
	Fecha de alta
	Circunstancias del alta
	Procedimientos diagnósticos/terapéuticos

Fuente: CMBD, 2004.

Como puede observarse los datos de tipo demográfico son sensiblemente menores a los de la base de datos SISMA. El campo diagnóstico utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 9ª edición a diferencia del SISMA que utiliza la 10ª, lo cual dificulta la comparabilidad entre los pacientes atendidos por los ESMD y por las USM-HG.

En el presente estudio se contabilizaron los ingresos por patología psiquiátrica y abuso de sustancias 2004, aunque se diferencia entre ambas patologías, producidos en los Hospitales Generales andaluces durante el 2004. No todos los Hospitales Públicos en los que se realizaron ingresos psiquiátricos cuentan con Unidad de Salud Mental específica, por ello se ha distinguido entre los ingresos realizados en Hospitales que poseen Unidad de Salud Mental (USM-HG) de los que no la tienen. Igualmente, se analizan características demográficas básicas de los pacientes dados de alta, como son la edad y el sexo, así como datos de actividad en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales y de los Hospitales Generales que no cuentan con Unidades específicas.

2. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE).

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

patologías psiquiátricas registradas, la versión 10 de la CIE (OMS, 2003) mientras para el CMBD se utiliza la versión 9, aunque ambas versiones pueden ser comparadas (Ruiz y cols., 2002).

3. Cartografía.

Para el estudio de la organización territorial de la salud mental en Andalucía se utilizó cartografía con representación de los límites municipales mediante los cuales se representaron los límites de las Áreas de Salud Mental y las Áreas de Cobertura de los Equipos de Salud Mental de Distrito. La cartografía digital fue cedida desde el Instituto de Cartografía de Andalucía (ICA) de la Consejería de Obras Públicas y Transportes.

Sin embargo, se debieron adecuar los límites municipales a las divisiones de salud mental utilizando, en el caso de las áreas inframunicipales, cartografía de los distritos y secciones censales a escala municipal.

La base cartográfica de Andalucía fue el mapa 1: 100.000, que incorpora, además de los límites provinciales y municipales, distintas coberturas como la red de carreteras de Andalucía, las cabeceras municipales o las entidades de población menores.

Para la realización del análisis de la accesibilidad por carretera a los dispositivos de atención en salud mental fue necesario contar con la red de carreteras digitalizada actualizada. Debido a los importantes cambios en los trazados y a la implantación de nuevos tramos en la red de carreteras de Andalucía, fue necesario solicitar al Instituto de Cartografía de Andalucía (ICA) la capa digitalizada de la red de carreteras actualizada a 2004.

Los límites geográficos de las ACESMD del municipio de Sevilla fueron establecidos utilizando la cartografía digital del mapa municipal de distritos y secciones censales de Sevilla, que fue suministrado por el Servicio de Estadística del Ayuntamiento de dicha ciudad.

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

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

4. Sistemas de Información Geográfica (SIG).

Los Sistemas de Información Geográfica (SIG) fueron utilizados para recopilar y representar cartográficamente la información en salud mental. Se realizaron multitud de correcciones y adaptaciones de los límites municipales hasta representar los límites de las 72 Áreas de Cobertura de los ESMD (ACESMD).

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

Los indicadores relacionados con la salud mental han sido representados cartográficamente utilizando distintas gradaciones de color, para fenómenos representados en las ACESMD, y gradaciones de tamaño para representaciones puntuales referidas directamente a cada uno de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). Los indicadores fueron clasificados en quintiles: 20, 40, 60, 80 y 100, ya que, este tipo de distribuciones estadísticas permite reducir el sesgo que se produce siempre al agrupar variables. Este método estadístico facilita la observación y comprensión de los fenómenos espaciales al conseguir que cada una de las clases contenga el mismo número de observaciones. Es un procedimiento apropiado para establecer intervalos de unidades espaciales, siempre que existan diferencias considerables entre los tamaños de sus áreas.

C. PROCEDIMIENTO.

1. Organización territorial de la salud mental en Andalucía.

Se revisó el Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) de 1991, cuyos Distritos Sanitarios se corresponden en gran medida con las áreas de cobertura asistencial de los ESMD, para el estudio a escala comarcal. Por otro lado, no fue utilizado el actual Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) de 2002 debido a que no se ha realizado la reorganización de los servicios de salud mental.

Se encontraron dificultades para la delimitación de las ACESMD de los municipios de Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada debido a problemas relacionados con la correspondencia de los límites de los Distritos Sanitarios con las secciones y distritos censales. Así, dicha división presentaba diversos errores y además no estaba adaptada a los cambios producidos en la división distrital de dichos municipios, como en el caso de Sevilla. La actual división distrital de Sevilla, vigente desde 1989, divide el municipio en 6 distritos, modificando la antigua división que lo hacía en 10. La filosofía esencial de este cambio consistió en concentrar recursos para descentralizar servicios, buscando además una mayor cohesión espacial de estas entidades (López Lara y Marchena Gómez, 1990). Además, la ampliación del área de cobertura adscrita a cada uno de los Distritos Sanitarios del nuevo Mapa de Atención Primaria de Andalucía 2002 (Orden de 7 de junio de 2002), y el reconocimiento de la libre elección de médico general y pediatra dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía (Decreto 60/99), está suponiendo la eliminación casi absoluta de los límites sanitarios que fragmentaban algunos de los municipios andaluces.

2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Cobertura de los ESMD en función del análisis de la población general.

En primer lugar se ha relacionado las Áreas de Cobertura de los ESMD (ACESMD) con las 6 unidades geográficas del territorio andaluz:

- Sierra Morena y Noroeste de Jaén.
- Valle del Guadalquivir.
- Áreas metropolitanas y áreas urbanas.
- Montañas Béticas
- Surco intrabético.

- Espacio Litoral.
- Otras áreas.

A continuación con el objetivo de caracterizar la situación sociodemográfica de las distintas ACESMD de Andalucía se han seleccionado 6 indicadores sociodemográficos. Estos indicadores permiten describir a la población de las distintas ACESMD andaluzas y ayudan a detectar áreas donde sería necesaria una planificación en salud mental específica. Estos indicadores fueron seleccionados a partir de los indicadores propuestos por la Asociación Científica Psicost (Salvador y cols, 2003 y 2004) y el European Socio-Demographic Schedule (ESDS) (Beecham y cols, 2000).

- Densidad de población: población entre superficie.
- Distinción entre áreas rurales y áreas urbanas: atendiendo a los distintos niveles de densidad de población y al porcentaje de población ocupado en el sector primario, (agricultura, ganadería o pesca), siguiendo el criterio consensuado Psicost/RIRAG, se ha distinguido entre:
 - ACESMD urbanas: más de 100 hab./Km.² y menos del 10 % de población ocupada en el sector primario.
 - ACESMD rurales: menos de 100 hab./Km.² y más del 10 % de población ocupada en el sector primario.
- Renta familiar disponible: los valores de renta familiar disponible se obtuvieron de los datos estimados que se presentan en el Anuario Económico de España (La Caixa, 2003). Estos valores se refieren únicamente a los municipios con población superior a los 1.000 habitantes y aparecen clasificados en distintos intervalos que podrían no corresponderse del todo con la realidad socioeconómica de las distintas ACESMD.
- Tasa de paro femenino: mujeres en situación de desempleo entre mujeres activas por 100.
- Tasa de hogares unipersonales: hogares unipersonales entre el total de hogares por 100.

- Tasa de personas no casadas: personas solteras, viudas, separadas y divorciadas entre el total de la población por 100.
- Tasa de inmigración exterior: personas de origen africano y americano entre el total de población por 100.



La población de los ESMD proviene de dos fuentes debido a que el Programa de Salud Mental (PSM) del Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha realizado su propio cálculo a partir de la población de los municipios proveniente de la revisión del Padrón Municipal de Habitantes de fecha 1/01/02, mientras que los datos sociodemográficos provienen del Censo de Población y Vivienda de 2001. El número de habitantes de estas áreas proviene de estimaciones realizadas por el PSM en función del crecimiento demográfico teniendo en cuenta la población que aparecía en el Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) 1991.

La caracterización social y demográfica de los distritos sanitarios andaluces requirió la creación de una base de datos con los municipios que formaban cada una de las ACESMD. En función de los valores totales se calcularon tasas de cada indicador para permitir las comparaciones entre la población de las distintas ACESMD. Los datos sociodemográficos referidos a las ACESMD delimitadas dentro de los municipios de Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada no han podido analizarse a nivel de distrito y sección censal. Esto se debe a que el Servicio Andaluz de Salud no ha actualizado los límites de las ACESMD de dichos municipios a los cambios ocurridos desde su delimitación y, por tanto, no es posible saber con exactitud las secciones censales con las que se corresponden. Los datos que se presentan de las ACESMD de estos municipios se han calculado mediante proporciones respecto a la división que existían anteriormente. Para el resto de municipios no ha existido problema alguno, ya que las ACESMD, a las que pertenecían, estaban formadas por municipios completos.

3. Estudio de la distribución territorial de los recursos de salud mental en Andalucía.

3.1. Provisión de servicios por Áreas de Salud Mental.

Los dispositivos fueron representados en un mapa digital 1:100.000 de Andalucía, utilizando los núcleos de población. Se representaron todos los dispositivos que forman la red pública de atención en salud mental en Andalucía. Se ha realizado una tabla en la que se señalan los dispositivos existentes en cada una de las ASM utilizando los siguientes símbolos:

-  Existencia: el dispositivo de salud mental se encuentra situado en el ASM.
-  Ausencia: no existe el dispositivo de salud mental.

3.2. Indicadores de camas/plazas.

Otro tipo de recursos son las camas/plazas asignados a cada dispositivo. Con los datos facilitados por el Programa de Salud Mental se han elaborado los siguientes indicadores:

- Tasa de plazas: plazas totales por dispositivo partido entre la población asignada al mismo por 100.000.
- Tasa de camas: número de camas por dispositivos entre la población del ASM correspondiente por 100.000.

3.3. Indicadores de profesionales.

Para estudiar las dotaciones de profesionales existentes en los distintos dispositivos de salud mental públicos se establecieron tres tipologías que permitiesen su comparabilidad. Los facultativos forman el primer grupo, los diplomados el segundo y los auxiliares el tercero. Dentro del primer grupo se incluyeron a los psiquiatras y psicólogos; en el segundo grupo a los Diplomados en Enfermería (DUE), los trabajadores sociales y los terapeutas ocupacionales; y en el tercero las auxiliares de enfermería, los administrativos, los auxiliares administrativos, los monitores ocupacionales. A partir de estas categorías se calcularon las siguientes tasas:

- Tasa de facultativos: número de facultativos de cada dispositivo dividido por la población del área de cobertura (ASM o ACESMD) por 100.000.
- Tasa de diplomados: diplomados por dispositivo entre la población de referencia por 100.000.
- Tasas de auxiliares: auxiliares de los dispositivos divididos entre la población asignada al mismo por 100.000.

4. Estudio de la accesibilidad temporal de los recursos de salud mental en Andalucía.

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

A cada una de las carreteras se le ha asignado velocidades teóricas de conducción en función de su posición jerárquica y de los límites de velocidad permitidos según el código de circulación¹.

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

Se calcularon las áreas de accesibilidad temporal, para cada uno de los dispositivos públicos que conforman la red de salud mental, en función de los tiempos de conducción asignados a cada tipología de vía de la red de carreteras andaluza. Para el establecimiento de las distancias temporales a cada uno de los dispositivos se han tenido en cuenta las características, el tipo de atención y el funcionamiento de cada uno de ellos. De este modo, para medir la accesibilidad temporal de cada uno de los dispositivos se han establecido distintas áreas territoriales de cobertura:

¹ Autopistas: 120 Km./hora; Autovías: 100 Km./hora; Red básica estatal y autonómica: 80 Km./hora; Red secundaria: 60 Km./hora y Red complementaria: 50 Km./hora.

- 15, 30, 45 y 60 minutos para los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).
- 15, 30, 45, 60, 75 y 90 minutos para los Hospital General (USM-HG).
- 60, 90 y 120 minutos para las Comunidades Terapéuticas (CT).
- 30, 60, 90 y 120 minutos para los Hospitales de Día (HD).
- 30, 60, 90 y 120 minutos para las Unidades de Rehabilitación de Área (URA).
- 15, 30, 45, 60, 75, 90 y 105 minutos para las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI).

Estas áreas han sido representadas cartográficamente y se ha calculado el número de habitantes que queda dentro de cada una de ellas para determinar el nivel de accesibilidad a cada uno de los dispositivos.

5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía.

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

La caracterización epidemiológica de la morbilidad psiquiátrica se ha realizado mediante el cálculo de indicadores sociodemográficos y de actividad asistencial. Los indicadores se seleccionaron considerando la información disponible en el SISMA y CMBD.

5.1. Indicadores de la población atendida.

Los indicadores sociodemográficos calculados sobre la población atendida o pacientes en los dispositivos ambulatorios y hospitalarios de salud mental no son iguales debido a que las bases de datos no presentan las mismas variables, ni el mismo nivel de cumplimentación. La base CMBD con mayor tradición y consolidación que el SISMA presenta una cumplimentación prácticamente total pero los datos demográficos que incorpora se reducen al sexo y la edad. El SISMA es más ambicioso en este aspecto pero el nivel de cumplimentación de estas variables no llega en muchos casos al 50% del total de los pacientes (tabla III.3)

Tabla III.3. Porcentajes de cumplimentación global de las variables referidas a las características de los pacientes registrados en el SISMA.

Variable	Número de registros cumplimentados	Porcentaje de cumplimentación
Sexo	192.938	100%
Fecha de nacimiento	183.450	95,08%
Diagnóstico (CIE-10) principal	140.879	73,03%
Estado civil	101.754	52,74%
Tipo de convivencia	93.252	48,33%
Nivel educativo	86.600	44,88%
Situación laboral	83.815	43,44%

Fuente: SISMA, 2004

Los indicadores sociodemográficos calculados a partir del SISMA para los pacientes de salud mental del total de Andalucía han sido los siguientes:

- Índice de masculinidad de los pacientes: relaciona a los pacientes de sexo masculino respecto a cada 100 pacientes de sexo femenino.
- Tasa de vejez de los pacientes: es el resultado de dividir los pacientes mayores de 64 años entre el total de pacientes con edad conocida por 100.
- Tasa de juventud de los pacientes: expresa la tasa de pacientes menores de 17 años dividido entre el total de pacientes con edad conocida por 100.
- Tasa de pacientes no casados: expresa el número de pacientes solteros (incluyendo al clero), viudos, divorciados y separados dividido entre el total de pacientes mayores de 16 años con estado civil conocido por 100.
- Tasa de pacientes activos: expresa el número de pacientes en situación laboral de actividad entre el total de pacientes con situación laboral conocida por 100.
- Tasa de pacientes inactivos: relaciona a los pacientes en situación laboral de inactividad, amas de casa, estudiantes, jubilados con pensión contributiva y personas con invalidez definitiva o temporal entre el total de pacientes con situación laboral conocida por 100.

- Tasa de pacientes parados: expresa el número pacientes en situación laboral de desempleo (parados con o sin subsidio) dividido entre el total de pacientes en situación activa que agrupa a los pacientes ocupados (es decir a los trabajadores por cuenta ajena, por cuenta propia, directivos, capataces, supervisores o encargados) y a los desempleados por 100.

Los indicadores sociodemográficos calculados a partir del CMBD son el índice de masculinidad, la tasa de juventud y tasa de envejecimiento.

También se han incorporado información sobre las grandes agrupaciones diagnósticas de los pacientes andaluces de ESMD (ver tabla III.4).

Tabla III.4. Agrupaciones diagnósticas de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

Agrupaciones diagnósticas psiquiátricas	Subgrupos
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	F00-F09
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.	F10-F19
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	F20-F29
Trastornos del humor (afectivos)	F30-F39
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	F40-F49
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	F50-F59
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	F60-F69
Retraso mental.	F70-F79
Trastornos del desarrollo psicológico.	F80-F89
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	F90-F98

Fuente: CIE-10

5.2. Indicadores de actividad.

Los indicadores de actividad asistencial presentan un grado de cumplimentación del 100% en el SISMA y CMBD. Sólo la variable “Pacientes nuevos” que diferencia entre los pacientes que acuden por primera vez a los ESMD de los que se han reincorporado presenta un porcentaje levemente menor debido a la ausencia de este dato en el ESMD de Aljarafe. Estos datos como en el caso de los sociodemográficos también son susceptibles de resumirse mediante la técnica de análisis de las componentes principales

que finalmente no se incluye en este estudio, pero que posee un gran potencial analítico para su desarrollo futuro.

Los indicadores utilizados han sido los siguientes:

- Incidencia: primeras consultas de pacientes nuevos en el ESMD entre la población por 1.000.
- Tasa de incidencia más pacientes reincorporados: primeras consultas a pacientes nuevos más las primeras consultas a pacientes reincorporados entre la población del Área por 1.000.
- Prevalencia: los pacientes totales entre la población del Área por 1.000.
- Frecuentación: divide las consultas totales entre la población por 1.000.
- Tasa de facultativos por 1.000 consultas: facultativos entre consultas por 1.000.
- Tasa de facultativos por 1.000 pacientes: facultativos entre pacientes por 1.000.

Para los Hospitales se ha calculado el indicador de prevalencia por ASM y además se han incluido:

- Tasa de ingresos por ASM: ingresos entre población asignada por 1.000.
- Tasa de reingresos hospitalarios: ingresos entre el número de pacientes.
- Días de estancia media hospitalarios: días de estancia totales entre los pacientes.

D. LIMITACIONES METODOLÓGICAS DEL ESTUDIO.

- No se recoge la atención privada dado que la perspectiva es el Sistema Público de Salud.
- La base de datos del SISMA utilizada recoge la información de actividad en los centros de salud mental referida a los pacientes atendidos, sin embargo algunos

de los campos no se han cumplimentado de manera suficiente. El grado de cumplimentación para los campos que recogen información sociodemográfica es bajo, siendo del 50% o porcentaje inferior para el estado civil, el tipo de convivencia, el nivel educativo o la situación laboral.

- El SISMA recopila información de todos los recursos públicos de salud mental de Andalucía. El alto volumen de datos disponibles aconsejó limitar el estudio a dos de los recursos, los ESMD como dispositivos de entrada a la red de salud mental y los Hospitales Generales como dispositivos destinados a la hospitalización de los casos agudos.
- Como se ha señalado anteriormente, la información sociodemográfica está referida al 2001, año en el que se realizó el último Censo de Población y Viviendas en España, mientras que el resto de información se refiere al 2004. Esto impide que los resultados de la correlación de ambas variables resulten totalmente representativos. Asimismo, el secreto estadístico impide el acceso a la información sociodemográfica más detallada de los municipios pequeños; por ejemplo esto ocurre cuando se quiere conocer las regiones mundiales de procedencia de la población inmigrante.
- El estudio de la distribución territorial de las características sociales y demográficas, de los servicios de salud mental, de la morbilidad psiquiátrica y de la adecuación de la utilización de servicios se ha realizado a partir de los distritos sanitarios a escala regional. Debido a la falta de adecuación real de la zonificación existente en salud mental (Áreas de Cobertura de los ESMD -ACESMD) creadas a partir de los Distritos de Atención Primaria -DAP del Mapa de Atención Primaria de Andalucía-MAPA de 1988) en las mayores ciudades andaluzas, junto a las dificultades de obtención y análisis de datos censales, no se han estudiado las diferencias internas de los municipios de Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada que integran varios distritos sanitarios y que presentan grandes diferencias internas.
- Al tratarse de un trabajo interdisciplinar se debe tener en cuenta la variabilidad tanto terminológica como metodológica entre la Geografía de la Salud y la Evaluación de Servicios Sanitarios. Así por ejemplo términos geográficos como escala (municipal, regional o nacional) se corresponden con niveles (micro, meso o macro) en el marco sanitario (Thornicorft y Tansella, 1999) o términos como mapa

de servicios en Medicina no siempre tiene una referencia cartográfica. En este estudio se ha intentado compatibilizar ambos enfoques conjuntamente.

- En áreas sanitarias pequeñas y en el contexto de un modelo comunitario implantado con supresión completa de hospitales psiquiátricos, controlando las variables de urbanización y pobreza, existiría una asociación ecológica significativa entre el nivel promedio de utilización de servicios de salud mental y la presencia de determinados indicadores sociodemográficos (por ej. el aislamiento social), siendo esta diferencia apreciable en el estudio ecológico exploratorio y en el estudio de campo. En este último caso, la diferencia es mayor para la utilización de servicios residenciales que el resto, y dentro de los servicios residenciales, la atención en unidades de agudos con respecto a la atención en otros dispositivos residenciales. Estas diferencias además se distribuyen de forma desigual en la geografía andaluza pudiéndose localizar patrones en el territorio.
- La delimitación territorial de las áreas de cobertura de los ESMD de los 4 municipios (Sevilla, Málaga, Córdoba y Granada), en los que se concentra más de un ESMD, resulta confusa por lo que ha dificultado notablemente el adecuado tratamiento de la información cartográfica y sociodemográfica. El estudio territorial ha sido complejo debido a dificultades diversas entre las que destaca el hecho de que los distritos censales han sufrido cambios. A este hecho hay que añadir que algunos de los responsables de los ESMD ha establecido su propia área de cobertura, en función de su actividad, de manera independiente del PSM del SAS.
- Además la libre elección de médico existente en Andalucía hace que, especialmente en estos municipios densamente poblados, las pautas de comportamiento de la población modifiquen de forma significativa el mapa de estas áreas. Todo ello ha imposibilitado que se pudiesen analizar dichas áreas de forma conveniente. Sin embargo, la experiencia con áreas como la de Granada Norte y el conocimiento de la ciudad de Sevilla ha facilitado la corrección de estos errores.

IV. RESULTADOS

A. ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA.

1. El Mapa de Atención Primaria de Andalucía y las Áreas de Cobertura de los ESMD.

El territorio andaluz se encuentra dividido en 15 Áreas de Salud Mental (ASM) oficiales, que poseen un cierto grado de autonomía funcional. Cada una de estas ASM está dirigida por un responsable que se reúne periódicamente con el coordinador del Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud. Cada provincia se compone de una o varias ASM como es el caso de la provincia de Almería (ASM Almería), Cádiz (ASM Algeciras, Cádiz y Jerez), Granada (ASM Granda Norte y Granada Sur), Jaén (ASM Jaén) y Málaga (ASM Málaga I y Málaga II). Las ASM de las provincias de Córdoba (ASM Córdoba), Huelva (ASM Huelva) y Sevilla (ASM Macarena, Osuna, Rocío y Valme) por el contrario no se ajustan exactamente a los límites provinciales y su delimitación sobrepasa o no engloba totalmente el límite provincial.

El gran tamaño de estas 15 ASM hace poco operativo el análisis territorial de los recursos y de la atención de la salud mental a dicha escala. Por este motivo, también se han utilizado como unidades territoriales de trabajo las áreas que dan cobertura a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). Estas áreas se corresponden con aquellos territorios geográficos atendidos por cada uno de los 72 ESMD existentes en 2004, cuyo origen aparece ligado a los Distritos de Atención Primaria (DAP) del Mapa de Atención Primaria de Andalucía (MAPA) de 1988 y actualizado en 1991. En efecto, desde la red de salud mental se planificó localizar un Equipo de Salud Mental de Distrito (ESMD) por cada uno de los 72 DAP existentes según el MAPA de 1991. De este modo se garantizaba una amplia cobertura de la atención ambulatoria a las personas con trastornos mentales. Las Áreas de Cobertura de los ESMD (ACESMD) se correspondían inicialmente con los DAP pero han ido sufriendo sucesivas transformaciones debido a la creación de nuevos ESMD y al cierre de otros, dando lugar a un tipo de organización territorial dinámica instaurada a nivel administrativo ya que su delimitación no ha sido establecida por un texto legal.

Las transformaciones debidas a la creación de nuevos servicios o al cierre de otros ha dado lugar al actual mapa de salud mental. Así el antiguo DAP de Bahía de Cádiz, que era atendido por el ESMD de El Puerto de Santa María, al crearse el ESMD de Chiclana en el 2000 se disgrega en 2 ACESMD: Puerto de Santa María y Chiclana. Lo mismo ocurre con el DAP de Cádiz, que se disgrega en dos ACESMD, al abrirse el ESMD de San

Fernando. Y del mismo modo, el ACESMD de Dos Hermanas se disgregó al abrirse el nuevo ESMD de Alcalá de Guadaíra.

2. Delimitación de las Áreas de Cobertura de los ESMD (ACESMD).

Las ACESMD atienden a una población que oscila entre los 22.000 habitantes, ACESMD Sierra Norte cuyo ESMD se sitúa en la cabecera municipal de Constantina, y los 250.000 habitantes (ACESMD de Almería), siendo el rango de casi 230.000 habitantes y la población media de 103.000 habitantes.

Las ACESMD pueden estar formadas por un único municipio, varios municipios o incluso partes de un municipio. En este último caso los límites de las ACESMD no se corresponden con los límites administrativos, generaron dificultades en la delimitación de sus áreas de cobertura, en la asignación de población y en la explotación de sus características sociodemográficas. Esta situación ocurre únicamente en las ACESMD situadas en las capitales de provincia siguientes:

- El municipio de Sevilla: ACESMD de Macarena Norte, Macarena Centro, Guadalquivir, Este, Oriente y Sur.
- El municipio de Málaga: ACESMD de Málaga Norte (Guadalmedina), Málaga Centro, Málaga Oeste (Carranque) y Puerta Blanca.
- El municipio de Córdoba: dos zonas que forman, junto a otros municipios, las ACESMD de Córdoba Centro y de Córdoba Sur.
- El municipio de Granada: dos zonas que forman, junto a otros municipios, las ACESMD Granada Norte y Granada Sur.

Igualmente, se han detectado ACESMD que comprenden municipios pertenecientes a distintas provincias andaluzas, como son:

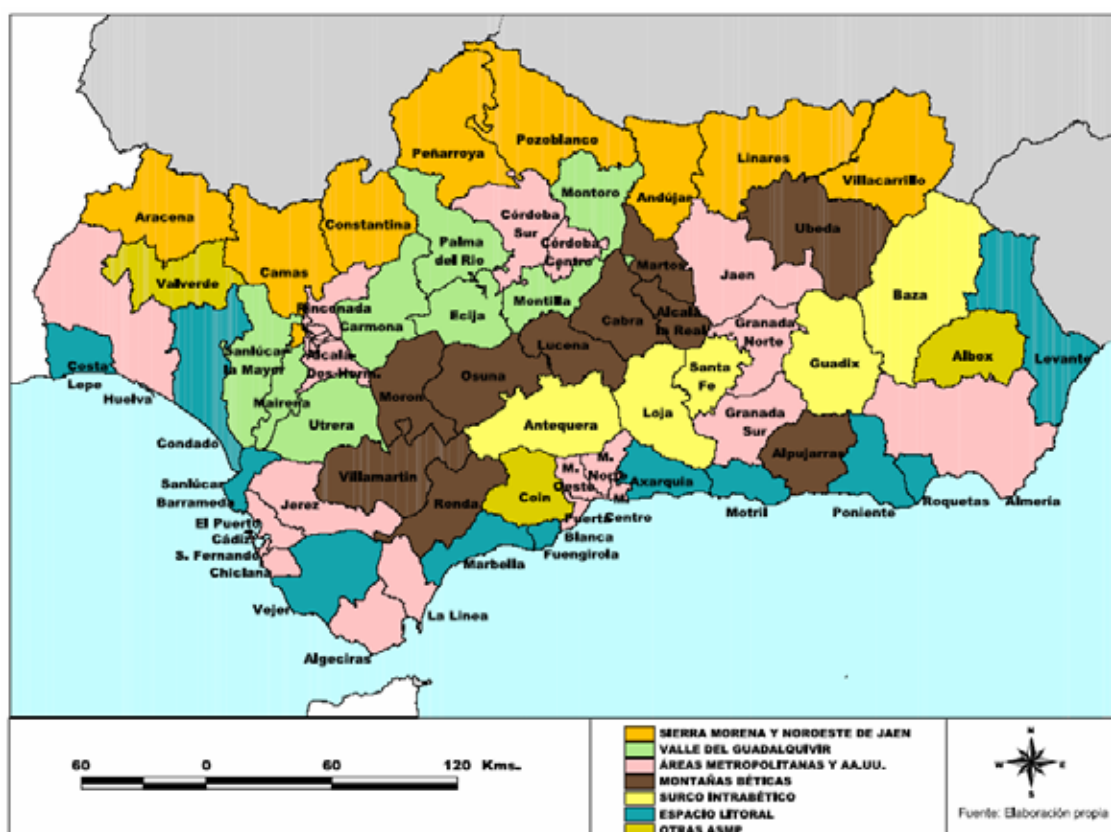
- El ACESMD de Camas (Sevilla) abarca a municipios de la provincia de Huelva como Arroyomolinos de León, Cala, Santa Olalla del Cala y Zufre.
- El ACESMD del Sanlúcar la Mayor (Sevilla) abarca a municipios de la provincia de Huelva como Hinojos y Chucena.
- El ACESMD de Valverde (Huelva) abarca al municipio de El Madroño de la provincia de Sevilla.
- El ACESMD de Palma del Río (Córdoba) abarca al municipio de Peñaflores de la provincia de Sevilla.

B. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS ÁREAS DE SALUD MENTAL Y DE LAS ÁREAS DE COBERTURA DE LOS ESMD (ACESMD).

Como se ha visto en el capítulo sobre la metodología, determinadas características sociodemográficas como altas tasa de paro se han correlacionado con mayores probabilidades de padecer trastornos mentales. Del mismo modo las áreas más empobrecidas y con mayores grados de criminalidad y desorden social son las que suelen presentar mayores tasas de prevalencia y de utilización de servicios de salud mental. Por ello, los indicadores sociodemográficos han demostrado ser importantes predictores de prevalencia psiquiátrica y utilización de servicios de salud mental en un área.

En el mapa IV.1 se muestra la agrupación de las distintas ACESMD en las 6 principales unidades naturales en las que se divide el solar andaluz.

Mapa IV.1. Clasificación de las ACESMD según las grandes unidades geográficas andaluzas.

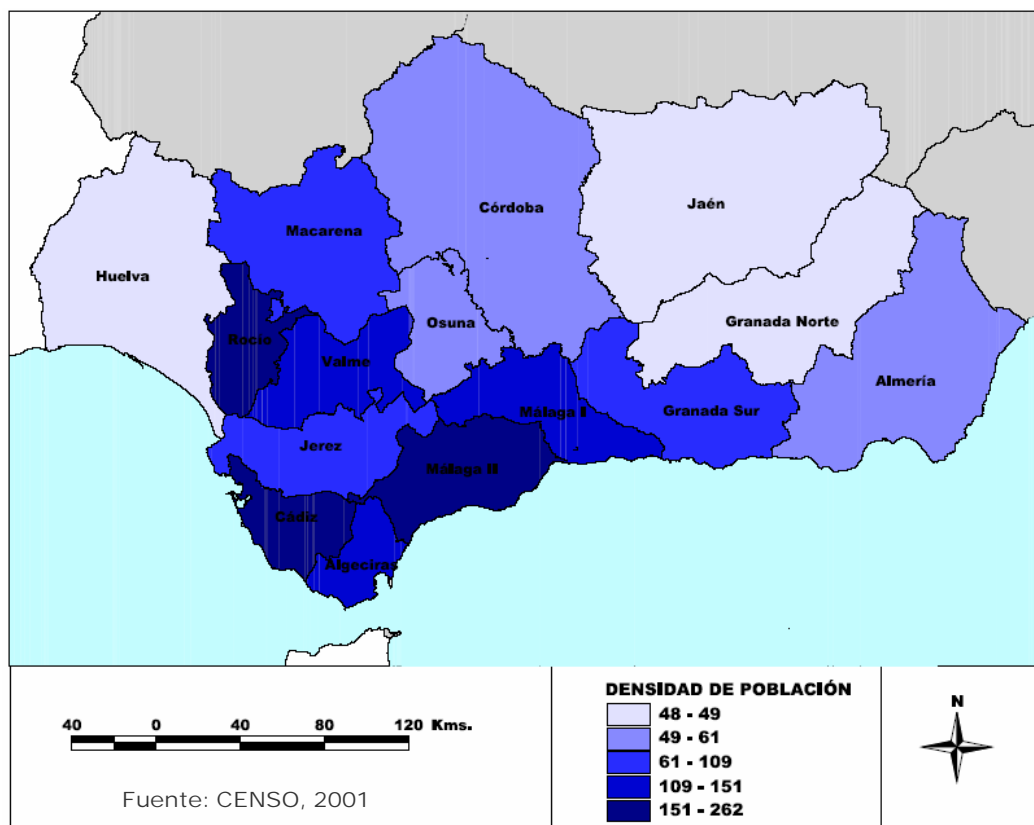


1. Distribución territorial de la densidad de población.

1.1. Densidad de población por ASM.

En el mapa IV.2 aparece representada la distribución de la densidad de población en las 15 Áreas de Salud Mental de Andalucía. Es evidente que este mapa no permite expresar las importantes diferencias entre las áreas urbanas y las rurales existentes en la Comunidad. Sin embargo, a modo introductorio, es necesario señalar que las ASM costeras y aquellas que comprenden parte del área metropolitana de Sevilla son las que poseen densidades más altas, mientras que las ASM interiores como las de Huelva, Córdoba, Jaén y Granada Norte son las que registran densidades más bajas.

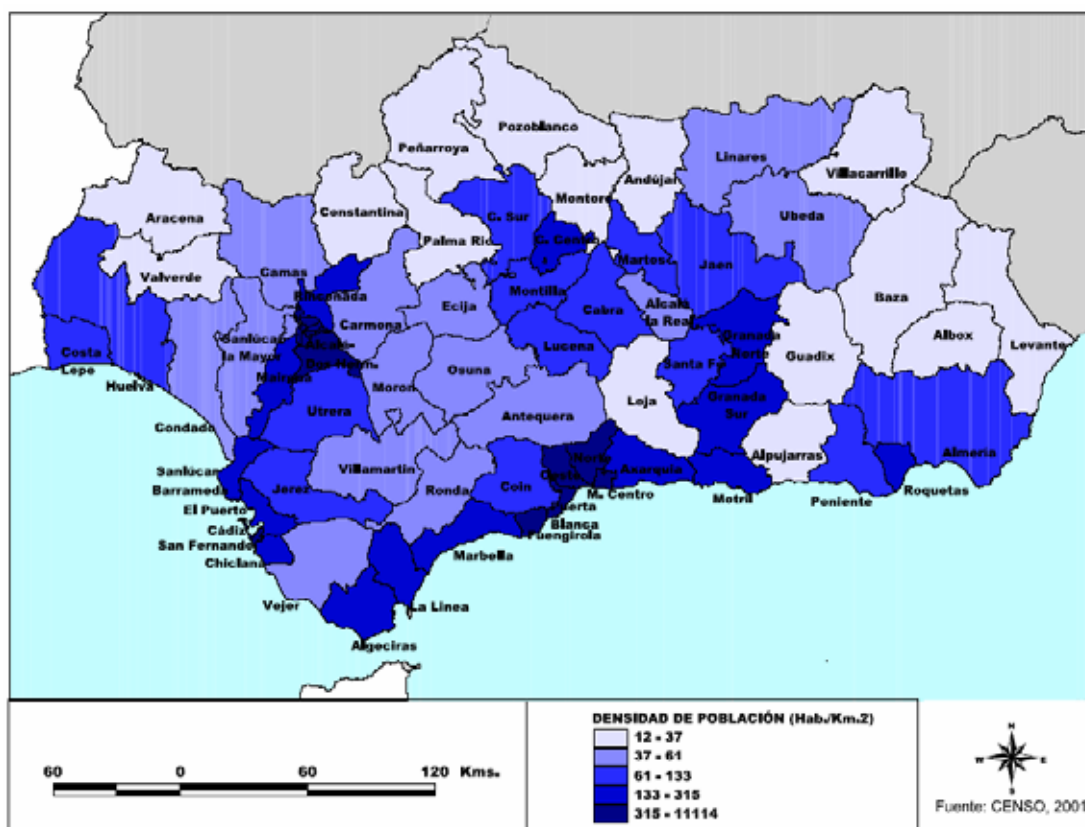
Mapa IV.2. Distribución territorial de la densidad de población en las ASM.



1.2. Densidad de población por ACESMD.

En el mapa IV.3 aparecen representada la distribución territorial de los valores de densidad de población en las distintas ACESMD de Andalucía. Las mayores densidades se concentran en las ACESMD situadas en las áreas metropolitanas de Sevilla y Málaga; en las ACESMD urbanas de Córdoba, Granada y Bahía de Cádiz (Jerez, La Línea y Algeciras); además de en la mayor parte de ACESMD costeras especialmente de la Costa del Sol. Por su parte, las menores densidades las localizamos en las ACESMD de Aracena y Valverde, en la Sierra Morena onubense; las ACESMD de Loja, Guadix, Baza, Albox en el Surco Intrabético; o La Alpujarra situadas en las Béticas.

Mapa IV.3. Distribución territorial de la densidad de población en las ACESMD.



2. Clasificación de las ACESMD en urbanas y rurales.

En función del porcentaje de población ocupada en el sector primario y los valores de densidad de población se han establecido puntos de corte, que han posibilitado la distinción entre ACESMD urbanas y ACESMD rurales siguiendo el indicador Psicost/RIRAG (tal y como se detalla en el apartado de metodología). De este modo se ha utilizado un porcentaje de corte para población ocupada en el sector primario del 10% y de densidad de 100 hab./Km².

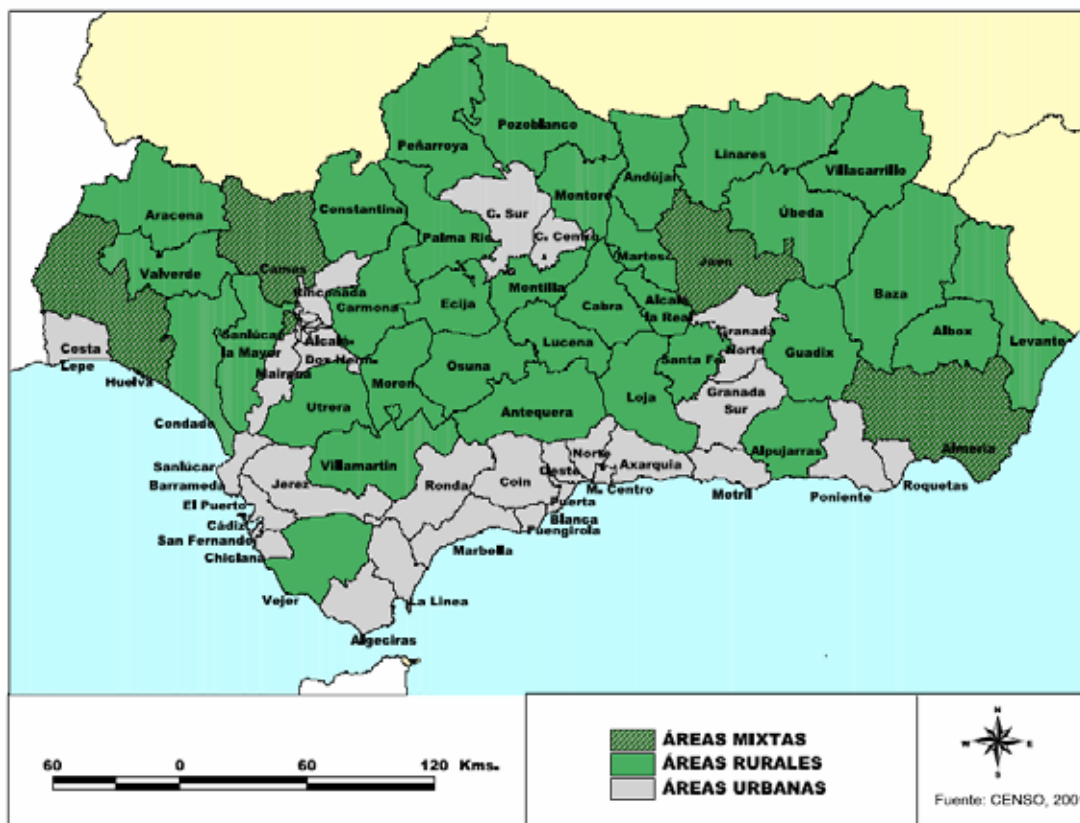
Como se puede apreciar en el mapa IV.4, las ACESMD urbanas resultantes son las formadas por las capitales de provincia, exceptuando las ACESMD de Huelva, Jaén, Almería; además del ACESMD de San José de La Rinconada, y las ACESMD que forman el litoral andaluz; a excepción de Vejer y Levante. Así pues, las áreas urbanas se corresponden con las ACESMD más densamente pobladas como las ACESMD metropolitanas de Sevilla y Málaga, las ACESMD urbanas de Córdoba y Granada y las ACESMD litorales a excepción de Vejer, Huelva y Condado.

Por su parte, las ACESMD rurales se distribuyen por las zonas más montañosas, como todas las ACESMD de la Sierra Morena, las ACESMD de las Béticas, junto a comarcas del Valle del Guadalquivir y del Surco Intrabético. Las ACESMD que se han adaptado en mayor medida a la clasificación de rurales respecto al carácter agrario o pesquero son las de Poniente, Villacarrillo, Osuna, Palma del Río, Loja, Montoro, Costa de Lepe, Morón, La Rinconada, Condado, Cabra, Alpujarra, Montilla, Levante, Úbeda y Constantina.

Las ACESMD de Huelva, Jaén, Almería y Camas, esta última con buena parte de su territorio dentro del ámbito de influencia de la capital andaluza, se han clasificado como áreas mixtas por comprender dentro de su territorio zonas netamente urbanas junto a amplios espacios escasamente poblados y de carácter rural.

Existe una estrecha correlación entre densidad de población y porcentaje de población ocupada en el sector primario, aumentando los porcentajes de población empleada en el sector primario a medida que disminuye la densidad de población. Sin embargo, algunas ACESMD como las de Poniente presentan un alto porcentaje de población ocupada en el sector primario aunque su densidad de población sea también elevada.

Mapa IV.4. Distribución territorial de las ACESMD rurales, mixtas y urbanas.

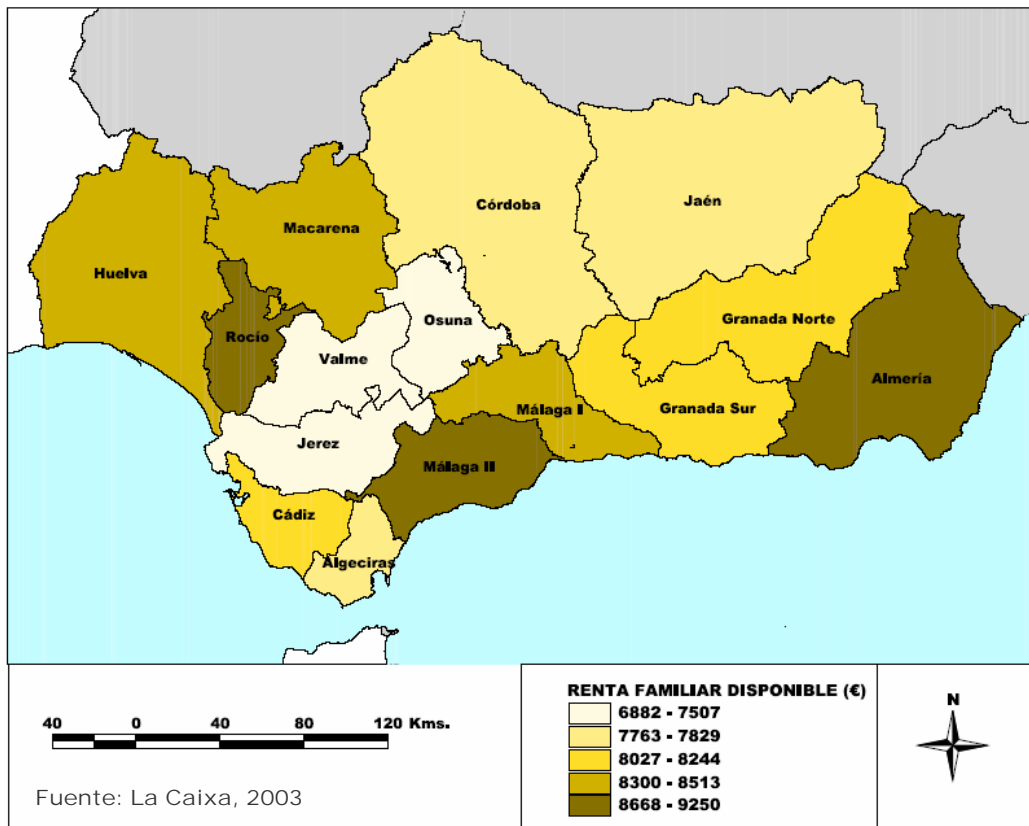


3. Distribución territorial de la Renta Familiar Disponible.

3.1. Renta Familiar Disponible por ASM.

Las ASM de Almería, Málaga II y Almería son las que presentan mayores niveles de renta familiar disponible superiores a los 8.500 €, mientras que las ASM de Jerez, Valme y Osuna presentan los niveles más bajos con rentas inferiores a los 7.500 € (mapa IV.5).

Mapa IV.5. Distribución territorial de la Renta Familiar Disponible en las ASM.

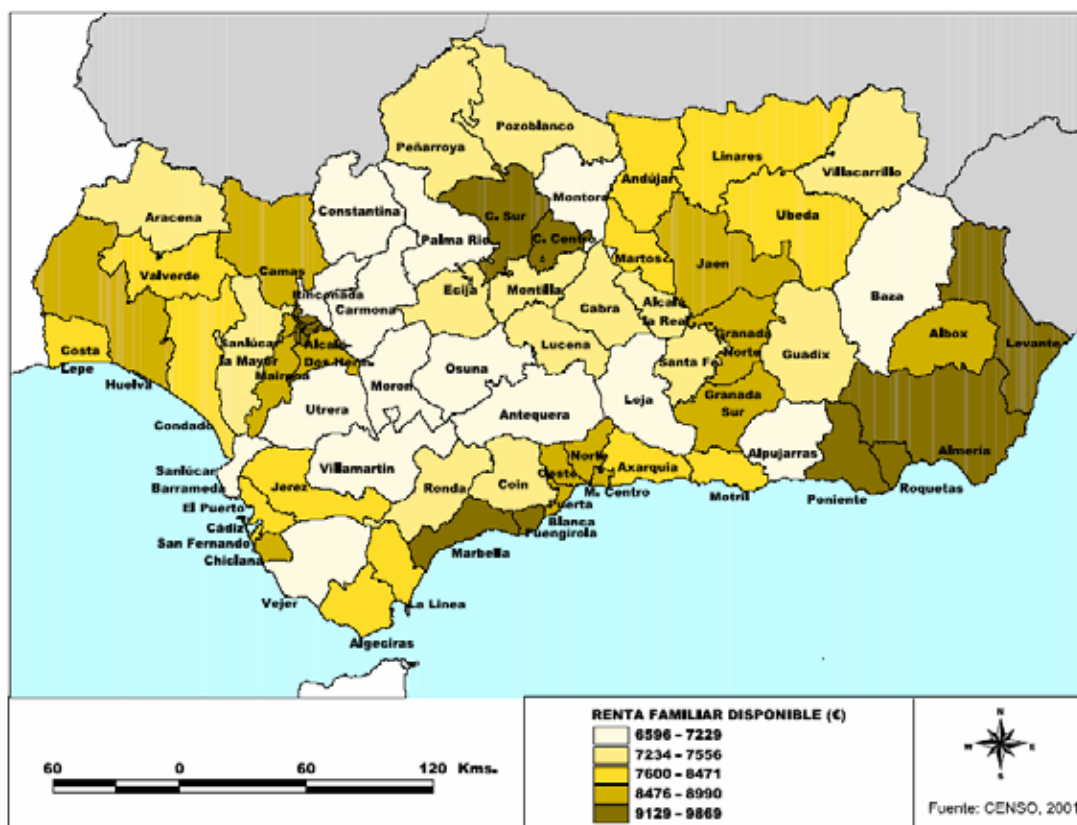


3.2. Renta Familiar Disponible por ACESMD.

En el mapa IV.6. aparece representada la distribución de los valores de renta familiar disponible en las distintas ACESMD andaluzas. Los mayores niveles de renta familiar disponible se registran en las ACESMD urbanas de Sevilla y Córdoba; Marbella y Fuengirola en la Costa del Sol; y Poniente, Roquetas, Almería y Levante en la costa de la provincia almeriense.

Los valores de renta familiar disponible más bajos corresponden a las ACESMD de Aracena, Constantina, Peñarroya o Los Pedroches, localizadas a lo largo de Sierra Morena; Villamartín, Morón, Osuna o La Alpujarra, en las Béticas; o las ACESMD de Antequera, Loja y Baza, en el Surco Intrabético.

Mapa IV.6. Distribución territorial de la Renta Familiar Disponible en las ACESMD.

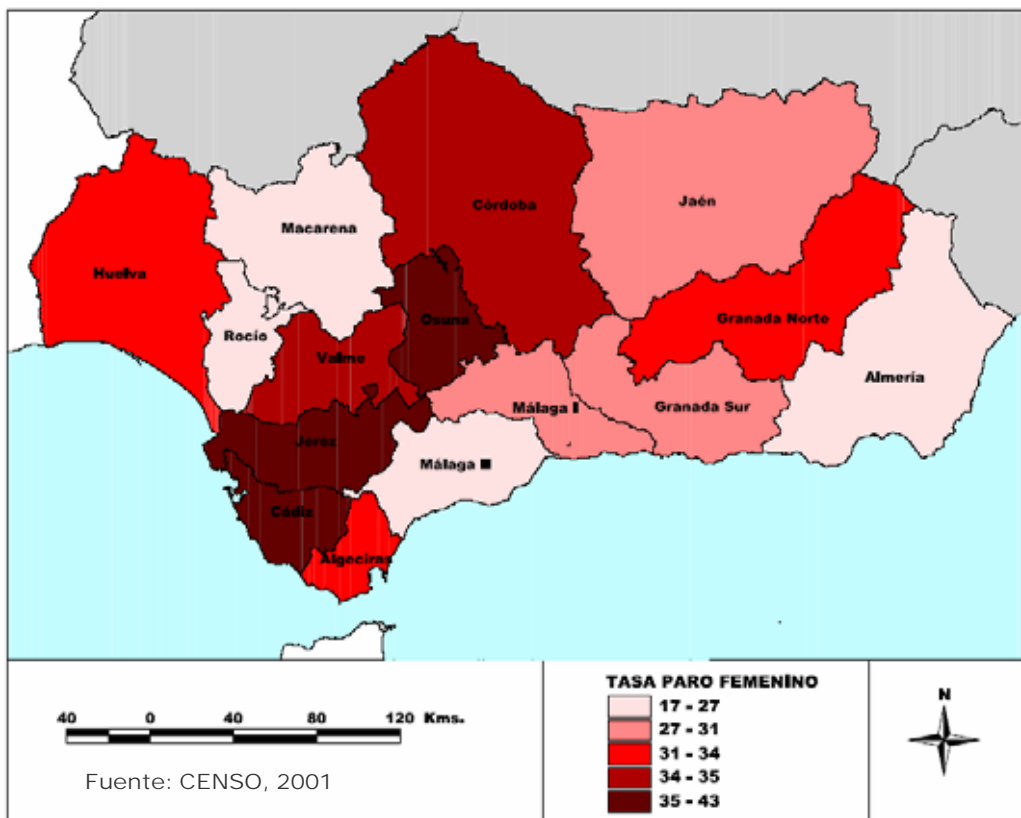


4. Distribución territorial de la tasa de paro femenino.

4.1. Tasa de paro femenino por ASM.

Como era de esperar, se observan las mayores tasas de paro en aquellas ASM con menores niveles de renta como es el caso de las ASM de Osuna, Valme y Jerez (mapa IV.7). Destaca igualmente las bajas tasas de paro en ASM en donde se observaban altos niveles de renta como son las de Almería, Málaga II y Roció.

Mapa IV.7. Distribución territorial de la tasa de paro femenino en las ASM.



4.2. Tasa de paro femenino por ACESMD.

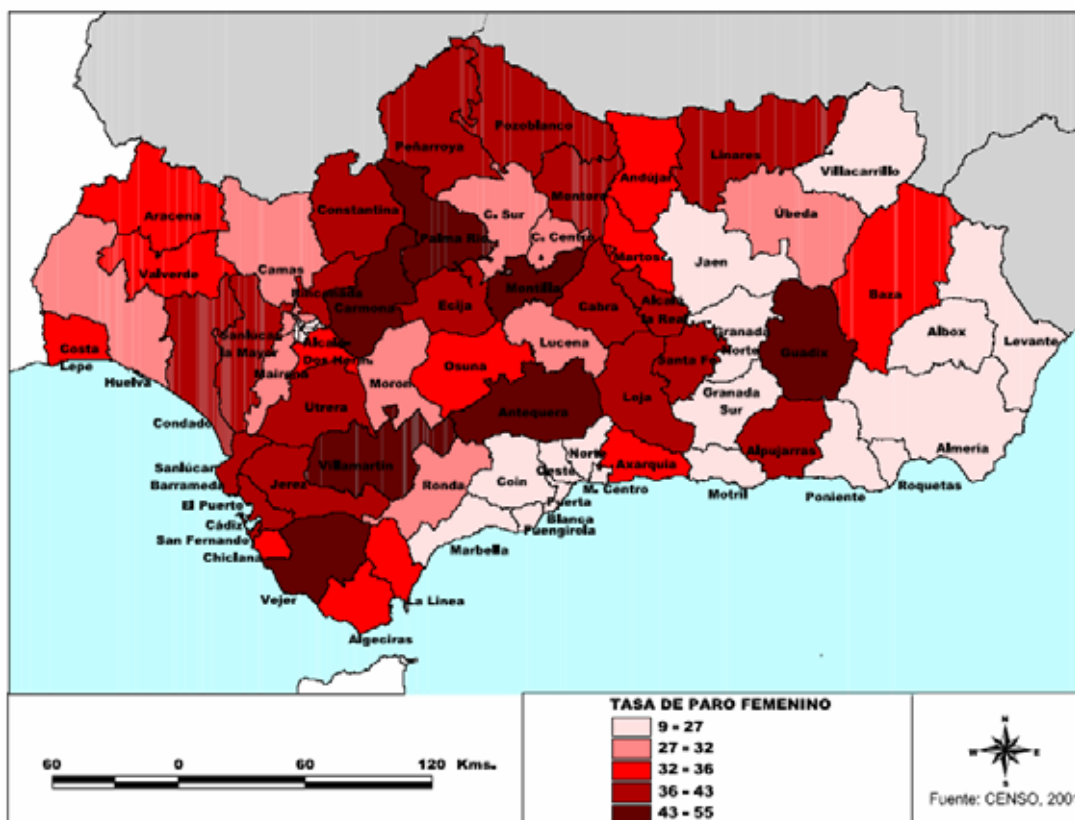
En el mapa IV.8 aparece representada la distribución del paro femenino por las distintas ACESMD andaluzas. Cabe destacar la enorme oscilación de los valores de paro femenino que oscilan entre las 9 mujeres paradas por cada 100 mujeres activas registradas en el área del Poniente almeriense y las 56 que registra el ACESMD de Villamartín en la Sierra de Cádiz.

La distribución de los niveles de tasa de paro femenino en Andalucía refleja una importante correlación con los niveles de renta, de manera que las tasas más bajas de paro femenino se registran en las ACESMD con mayores niveles de renta, como son las ACESMD urbanas de Sevilla, Málaga, Granada, Jaén y Almería; las áreas de Marbella y Fuengirola situadas en la Costa del Sol; y las ACESMD de Roquetas y Levante en el litoral almeriense.

Los mayores niveles de paro femenino se concentran en ACESMD como Carmona, Palma del Río, Montilla, situadas en el Valle del Guadalquivir; otras como Villamartín, Cabra o

Alcalá la Real, pertenecientes a las Béticas; las ACESMD de Antequera y Guadix, localizadas en el Surco Intrabético; o el ACESMD litoral gaditana de Vejer.

Mapa IV.8. Distribución territorial de la tasa de paro femenino en las ACESMD.



Por su parte las menores tasas de paro femenino se localizan en todas las ACESMD de la provincia almeriense, la Costa del Sol malagueña y en las capitales de provincia de Málaga, Sevilla, Jaén y Granada. Y en el interior el ACESMD de Villacarrillo, situada en el Noroeste de Jaén; y el de Coín, perteneciente al Surco Intrabético.

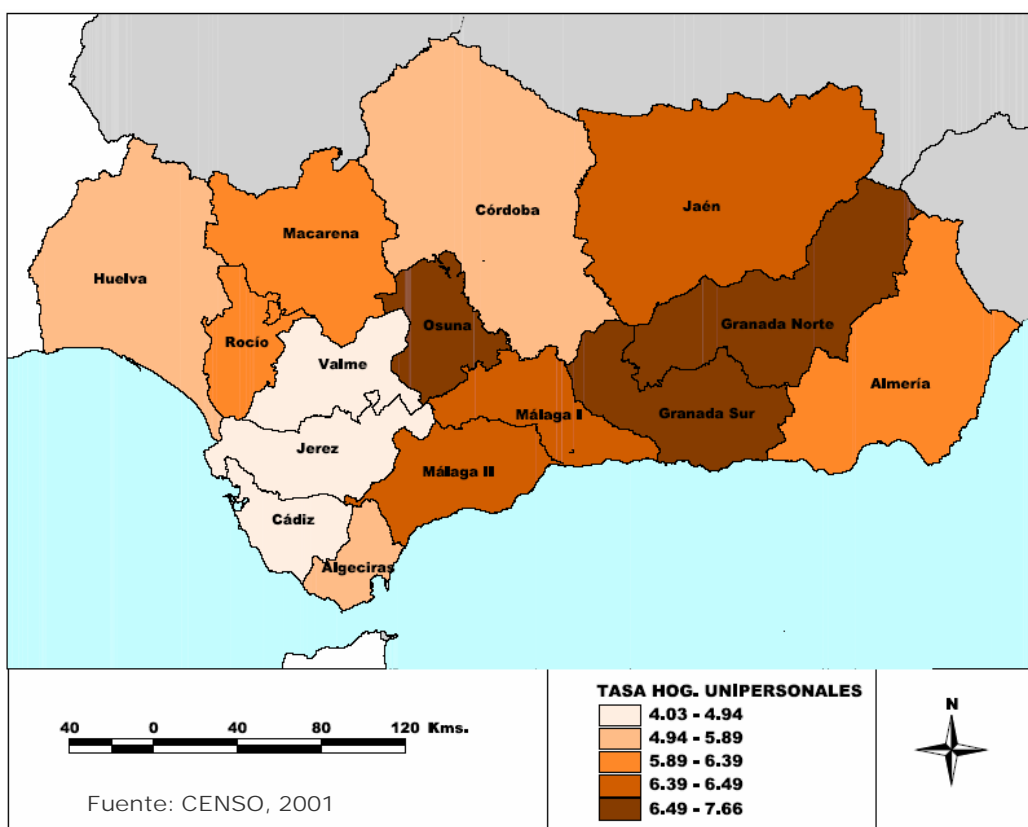
En general se aprecian mayores tasas de paro femenino en las ACESMD más interiores, montañosas y rurales que en las ACESMD más urbanas o costeras. Las ACESMD con menores tasas de paro se localizan en las provincias de Almería, Granada, a excepción de Guadix, y de Jaén. Por el contrario, las mayores tasas se sitúan en las ACESMD de la provincia de Cádiz y en menor medida de Huelva.

5. Distribución territorial de la tasa de hogares unipersonales.

5.1. Tasa de hogares unipersonales en las ASM.

El estudio de 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. Las mayores tasas de hogares unipersonales se registran en las ASM de Granada y de Osuna (mapa IV.9). Por su parte las menores tasas se localizan en aquellas áreas con bajos niveles de renta y altas tasas de paro como las de Valme, Jerez y Cádiz.

Mapa IV.9. Distribución territorial de los hogares unipersonales en las ASM.

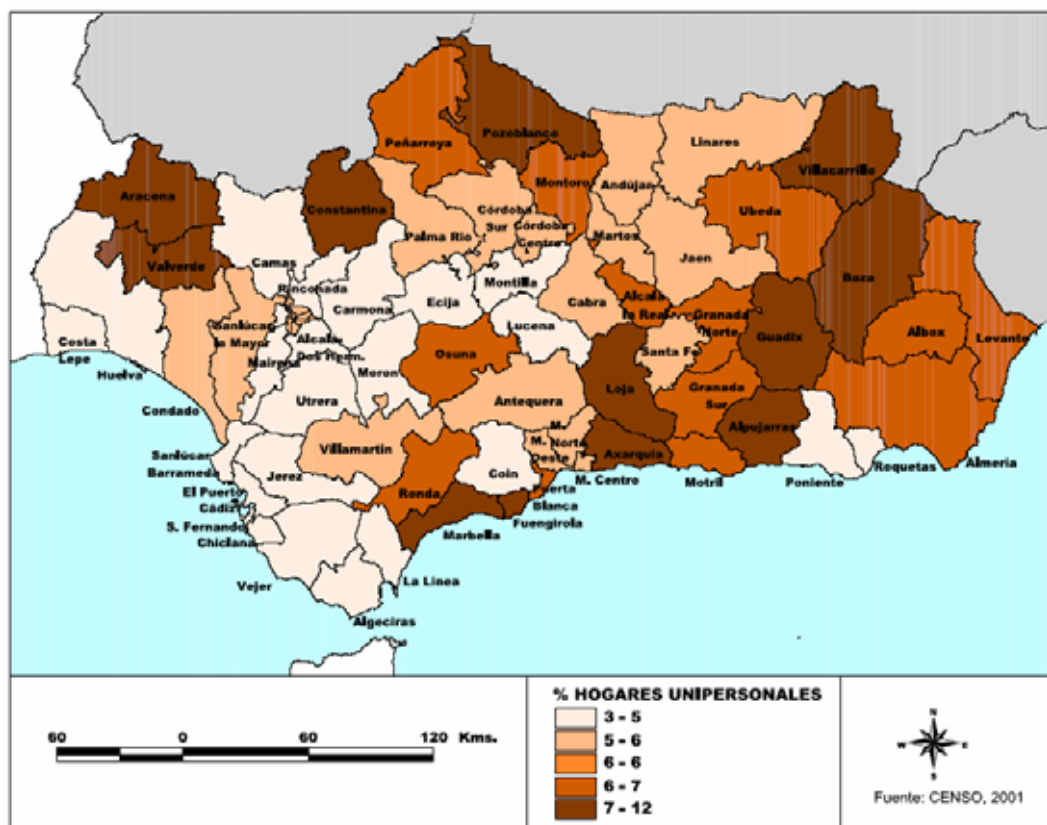


5.2. Tasa de hogares unipersonales en las ACESMD.

En el mapa IV.10 aparecen representados las distintas tasas de hogares unipersonales respecto al número total de hogares en las ACESMD. Los valores oscilan entre los casi 12

hogares por cada 100 que se registran en el ACESMD de las Alpujarra y los 3,5 del ACESMD de Dos Hermanas.

Mapa IV.10. Distribución territorial de los hogares unipersonales en las ACESMD.



Los mayores porcentajes de hogares unipersonales se localizan en la mitad oriental de Andalucía, a excepción de las ACESMD de Poniente y Roquetas situadas en el litoral almeriense. Sin embargo, en la mitad occidental encontramos también algunas ACESMD con altos porcentajes como las del área metropolitana de Sevilla y las de Arcena, Valverde, Constantina, Peñarroya y Los Pedroches en Sierra Morena.

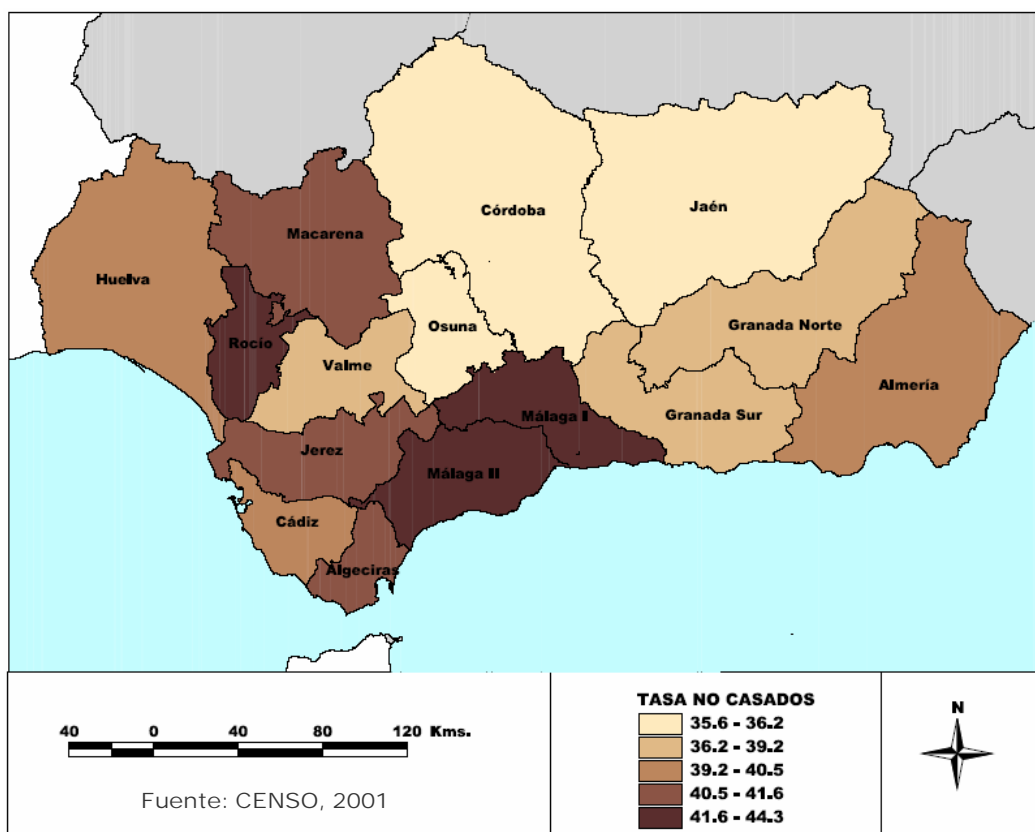
En general, cabe señalar los elevados porcentajes que se registran en las ACESMD de la provincia de Almería, que contrasta con los elevados valores de rentas familiares y las bajas tasas de paro antes comentadas; y también los altos porcentajes de las áreas más montañosas que cuentan con peores vías de comunicaciones y que se encuentran alejadas de los centros económicos.

6. Distribución territorial de la tasa de no casados.

6.1. Tasa de no casados en las ASM.

Al igual que en el caso de los hogares unipersonales, el estado civil de las personas mayores de 16 años es un dato importante que nos permite acercarnos al problema del aislamiento social. Así, las mayores tasas de personas no casadas suelen relacionarse con mayores prevalencias de determinadas patologías psiquiátricas. En el mapa IV.11 se ha representado la distribución de los hogares unipersonales en las ASM, observándose como las mayores tasas se localizan en las 2 ASM de Málaga y en la de Rocío en Sevilla. Por su parte, las ASM de Jaén, Córdoba y Osuna presentan menores niveles. De ello se podría deducir que en las áreas de carácter rural viven familias más tradicionales, mientras en las urbanas, debido a los actuales modos de vida y la competitividad sociolaboral, las familias son menos cohesionadas.

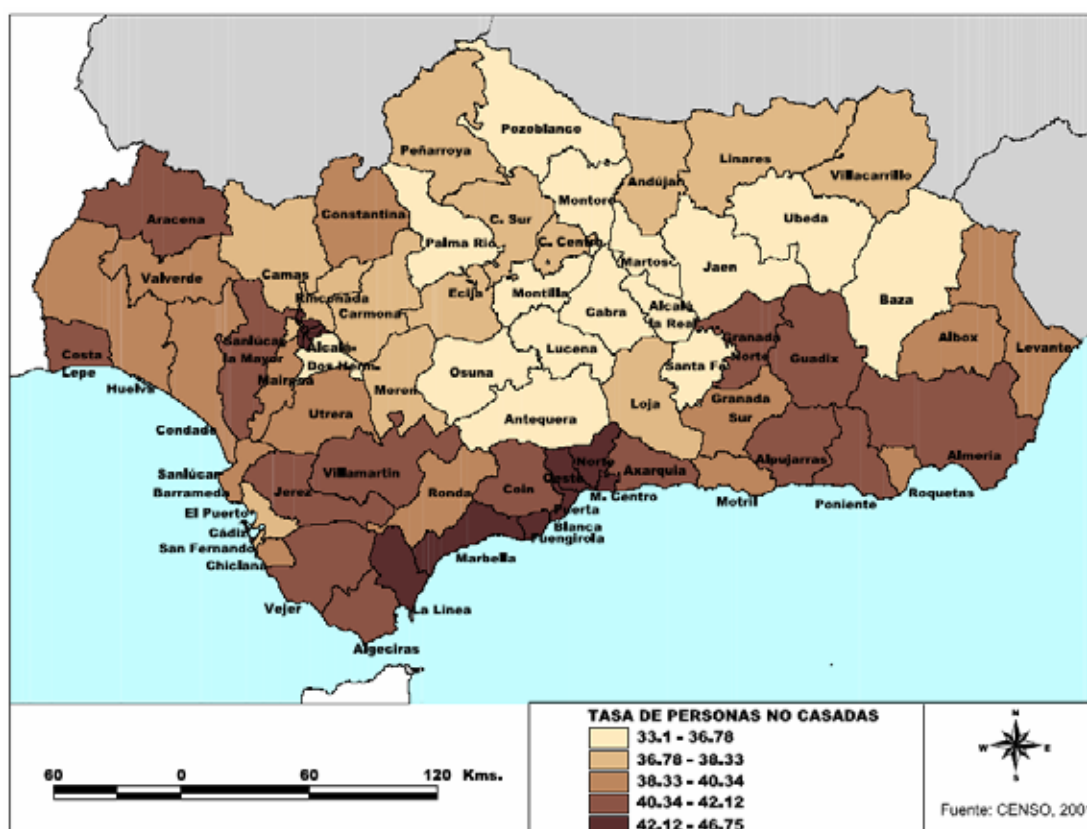
Mapa IV.11. Distribución territorial de la tasa de no casados en las ASM.



6.2. Tasa de no casados en las ACESMD.

Como ocurría en el caso de las ASM, los mayores valores de personas no casadas se registran en la mayoría de las ACESMD del litoral andaluz, especialmente en las áreas de la Costa del Sol malagueña (mapa IV.12). A estas áreas habría que añadir las ACESMD de las capitales de las provincias de Sevilla y de Granada; y Guadix y Aracena que destacan especialmente por ser netamente rurales.

Mapa IV.12. Distribución territorial de la tasa de no casados en las ACESMD.



7. Distribución territorial de la tasa de inmigración.

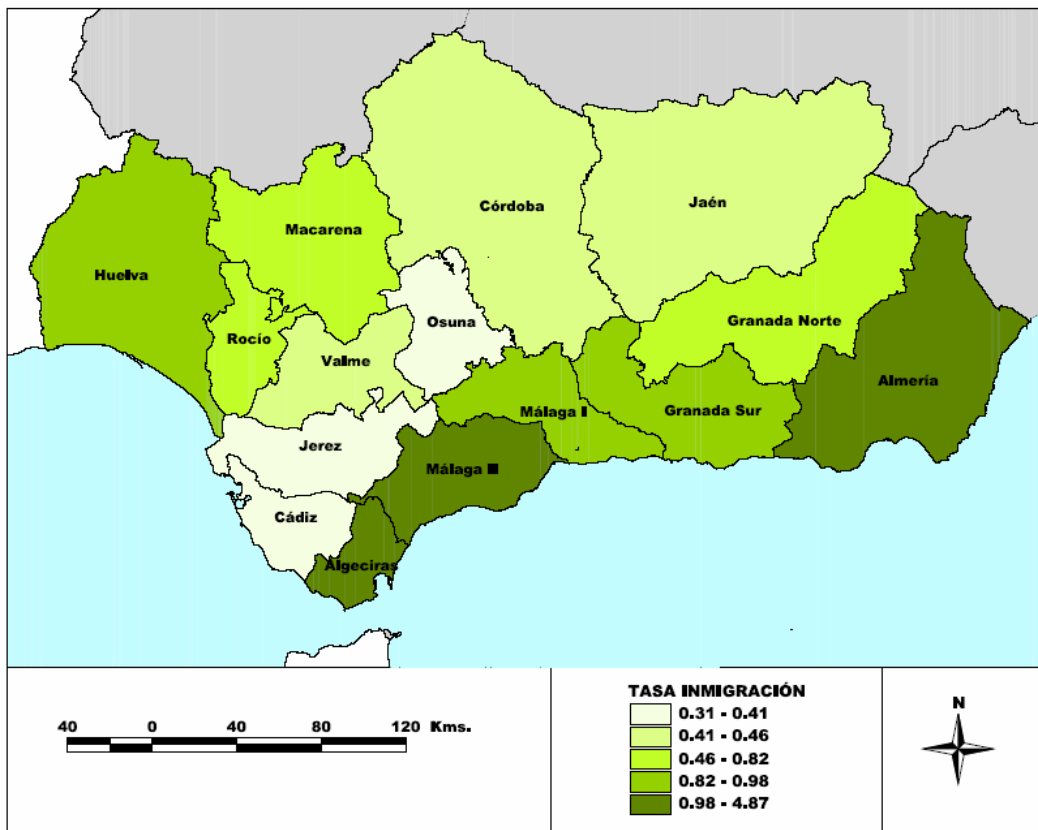
7.1. Tasa de inmigración por ASM.

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 a ello le sumamos 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, para ello se agrupa a la población inmigrante con mayores problemas de integración social como son los residentes extranjeros procedentes de África y América.

En el mapa IV.13 se representa la distribución de los valores de la tasa de inmigración de personas africanas y americanas en las ASM. Se puede observar como los mayores valores se concentran en las áreas costeras, a excepción de la costa occidental de Cádiz, y especialmente en las áreas de Almería, Málaga II y Algeciras. Por su parte los menores valores se registran en las áreas de Cádiz, Jerez y Osuna.

Mapa IV.13. Distribución territorial de la tasa de inmigración (americanos y africanos) en las ASM.

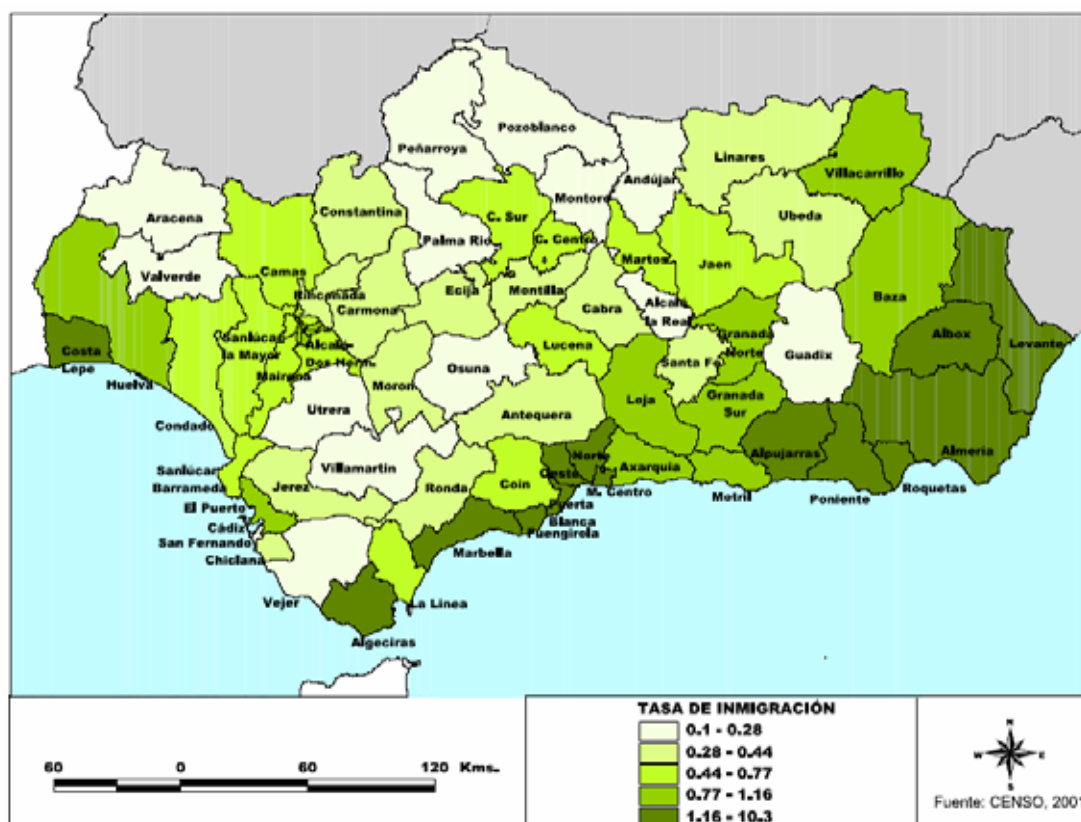


7.2. Tasa de inmigración por ACESMD.

La distribución territorial de las tasas de población extranjera, procedente de África y de América, en las ACESMD oscila entre los 0,16 de las ACESMD de Aracena y Valverde en la provincia de Huelva a los 10 del municipio de Roquetas en Almería (ver mapa IV.14).

En general, la distribución de este indicador en las ACESMD andaluzas nos muestra un predominio de residentes extranjeros en las ACESMD litorales y urbanas. Destacan los valores de todas las ACESMD incluidas en la provincia de Almería y el área de Costa Lepe, causados por la fuerte inmigración debido a la agricultura intensiva bajo plástico que ha experimentado un rápido crecimiento en los últimos años en estas comarcas.

Mapa IV.14. Distribución territorial de la tasa de inmigración (americanos y africanos) en las ACESMD.



C. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA.

1. Provisión de los dispositivos de salud mental en Andalucía por Área de Salud Mental.

En la tabla IV.1 se presentan los resultados del análisis de la distribución territorial de los distintos dispositivos de salud mental en función de las 15 ASM en las que se divide el territorio andaluz. Se ha señalado para cada una de ellas la existencia o ausencia de cada una de las tipologías de dispositivos existentes en la red de salud mental. Con esta información se ha realizado la siguiente tabla en donde se señalan los dispositivos existentes en cada una de las ASM utilizando los siguientes símbolos:



-  Existencia: el dispositivo de salud mental se encuentra situado en el ASM.
-  Ausencia: no existe el dispositivo de salud mental.

Tabla IV.1. Existencia o ausencia de los dispositivos de salud mental en las ASM de Andalucía.

ASM	ESMD	USM-HG	CT	HD	URA	USMI	USMI-HOSPIT.
Almería	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Cádiz	↑	↑	↑	↓	↑	↑	↑
Jerez	↑	↑	↑	↓	↓	↑	↑
Algeciras	↑	↑	↓	↑	↓	↑	↓
Córdoba	↑	↑	↑	↓	↑	↑	↑
Granada Norte	↑	↑	↑	↑	↓	↑	↑
Granada Sur	↑	↑	↑	↓	↑	↓	↓
Huelva	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Jaén	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Málaga I	↑	↑	↑	↓	↑	↑	↓
Málaga II	↑	↑	↑	↓	↓	↑	↑
Macarena	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↓
Rocío	↑	↑	↑	↓	↑	↑	↑
Valme	↑	↑	↑	↓	↓	↑	↓
Osuna	↑	↑	↓	↑	↓	↓	↓

Fuente: SAS, 2004.

2. Distribución territorial de los recursos de salud mental de Andalucía (dispositivos, camas/plazas y profesionales).

2.1. Distribución territorial de los dispositivos de atención ambulatoria de adultos. Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).

Los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) son la puerta de entrada fundamental a la red especializada de salud mental de Andalucía. El acceso a los equipos se produce a su vez desde los recursos de atención primaria, aunque es posible el acceso extraordinario a través de los servicios de urgencia o desde los recursos sociales, educativos o penitenciarios. Son dispositivos de tipo ambulatorio que admiten situaciones de urgencias durante su horario de apertura. Existen 72 ESMD que tienen asignados la cobertura de la población de uno o varios municipios, o de distritos municipales en el caso de las grandes capitales: Sevilla, Málaga, Granada y Córdoba (tabla IV.2). Existen 4,6 facultativos, 2,5 diplomados y 2,7 auxiliares en ESMD por 100.000 habitantes en toda Andalucía.

Las provisión de facultativos a los diferentes ESMD presentan un alto contraste cuando la relacionamos con la población de su área de cobertura (mapa IV.15). Las cifras van de 13,7 facultativos del ESMD Constantina en el ASM Macarena a los 3,2 facultativos de Puerta Blanca en el ASM Málaga II. Entre los ESMD con mayores tasas también están Aracena, Alcalá la Real y Palma del Río con más de 7 facultativos. Por el contrario, los ESMD de Málaga Norte, Marbella, Sánlúcar la Mayor y Coín están por debajo de 3,5 facultativos por 100.000 habitantes.

La tasa de diplomados por 100.000 habitantes se mueven entre 1,3 y 9,1 (mapa IV.16). Las mayores tasas las poseen los ESMD Constantina y Alpujarras con más de 6 diplomados, y con los valores mínimos se encuentran los ESMD de Puerta Blanca y Utrera con menos de 1,5.

El indicador calculado sobre los datos de auxiliares en ESMD presenta un alto intervalo entre el menor y el mayor valor (0,9 a 6,2), aunque el contraste es menor que para los facultativos y diplomados (mapa IV.17). Con más de 5 auxiliares por 100.000 habitantes se encuentran los ESMD de Alpujarras, Peñarroya y Alcalá la Real. Los ESMD con tasas menores a 1,5 son Dos Hermanas, Marbella, Córdoba Centro y Sur, Levante y Camas.

Tabla IV.2. Tasas de profesionales en ESMD de Andalucía.

ESMD	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Almería	4,66 (12)	3,10 (8)	2,72 (7)
Levante	3,86 (3)	2,57 (2)	1,29 (1)
Albox	4,35 (2)	4,35 (2)	4,35 (2)
Roquetas de Mar	3,79 (3)	2,53 (2)	2,53 (2)
Poniente	4,77 (5)	1,91 (2)	2,86 (3)
Jerez de la Frontera	4,10 (8)	2,56 (5)	3,07 (6)
Sanlúcar de Barrameda	4,43 (5)	2,66 (3)	2,66 (3)
Villamartín	4,28 (5)	2,57 (3)	2,57 (3)
Cádiz	5,93 (8)	2,22 (3)	3,70 (5)
San Fernando	4,52 (4)	3,39 (3)	3,39 (3)
El Puerto de S. María	4,28 (5)	2,57 (3)	2,57 (3)
Vejer de la Frontera	4,89 (4)	2,44 (2)	3,67 (3)
Chiclana de la Frontera	4,57 (3)	3,04 (2)	3,04 (2)
Algeciras	4,17 (6)	2,09 (3)	2,78 (4)
La Línea de la Concep.	4,04 (4)	3,03 (3)	3,03 (3)
Córdoba Centro	4,03 (7)	1,73 (3)	1,15 (2)
Córdoba Sur	4,26 (7)	1,82 (3)	1,22 (2)
Montoro	4,45 (2)	4,45 (2)	4,45 (2)
Palma del Río	7,48 (4)	3,74 (2)	3,74 (2)
Montilla	6,03 (4)	3,02 (2)	3,02 (2)

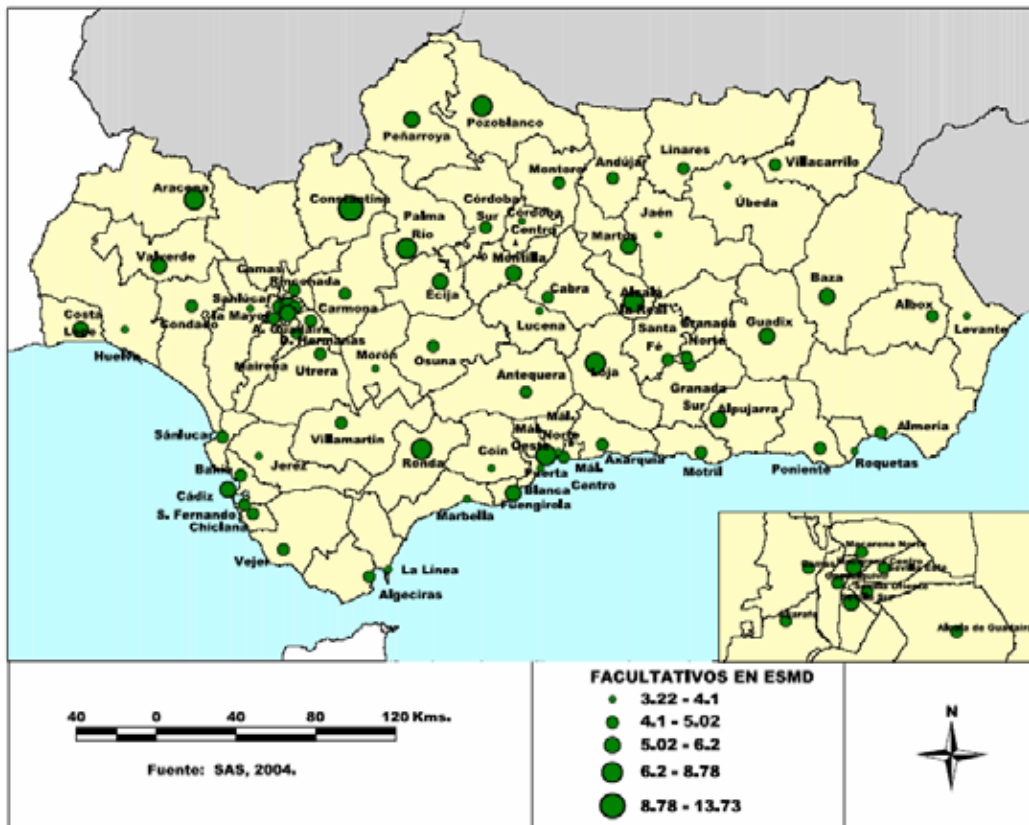
ESMD	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Pozoblanco	6,69 (3)	4,46 (2)	4,46 (2)
Peñarroya	5,22 (2)	5,22 (2)	5,22 (2)
Cabra	4,76 (4)	2,38 (2)	2,38 (2)
Lucena	3,65 (4)	1,82 (2)	1,82 (2)
Granada Norte	4,40 (9)	1,95 (4)	2,93 (6)
Santa Fé	4,69 (4)	2,35 (2)	2,35 (2)
Baza	5,11 (3)	3,41 (2)	3,41 (2)
Guadix	6,02 (3)	4,01 (2)	4,01 (2)
Granada Sur	4,29 (10)	1,71 (4)	2,14 (5)
Loja	6,49 (4)	3,24 (2)	3,24 (2)
Motril	4,88 (5)	2,93 (3)	1,95 (2)
Alpujarras	6,20 (2)	6,20 (2)	6,20 (2)
Huelva	4,10 (10)	1,64 (4)	3,69 (9)
Palma del Condado	4,24 (3)	2,83 (2)	4,24 (3)
Costa Lepe	5,37 (4)	2,68 (2)	4,03 (3)
Valverde del Camino	5,25 (2)	5,25 (2)	2,62 (1)
Aracena	8,78 (3)	5,85 (2)	2,93 (1)
Jaén	4,07 (8)	2,03 (4)	2,54 (5)
Martos	5,59 (3)	3,72 (2)	3,72 (2)
Alcalá la Real	7,54 (3)	5,03 (2)	5,03 (2)
Andujar	4,92 (3)	3,28 (2)	3,28 (2)

ESMD	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Úbeda	3,83 (5)	2,30 (3)	2,30 (3)
Villacarrillo	4,98 (2)	4,98 (2)	4,98 (2)
Linares	4,63 (6)	1,54 (2)	2,32 (3)
Málaga Oeste	6,77 (9)	2,26 (3)	3,01 (4)
Puerta Blanca	3,22 (7)	1,38 (3)	1,84 (4)
Coín	3,47 (4)	2,60 (3)	2,60 (3)
Marbella	3,32 (6)	1,66 (3)	1,11 (2)
Fuengirola	5,49 (6)	2,74 (3)	1,83 (2)
Ronda	6,99 (4)	3,49 (2)	3,49 (2)
Antequera	4,73 (5)	2,84 (3)	1,89 (2)
Axarquía	4,86 (6)	2,43 (3)	2,43 (3)
Málaga Centro	4,76 (7)	2,04 (3)	2,72 (4)
Málaga Norte	3,24 (6)	2,16 (4)	3,24 (6)
Sanlúcar la Mayor	3,37 (3)	2,25 (2)	3,37 (3)
Sevilla Sur	5,52 (6)	2,96 (3)	2,96 (3)
Sevilla Este	4,23 (7)	1,81 (3)	3,02 (5)
Sevilla Oriente	4,61 (5)	1,84 (2)	2,77 (3)
Guadalquivir	4,67 (6)	2,33 (3)	3,89 (5)
Mairena	4,39 (5)	1,76 (2)	2,64 (3)
Macarena Centro	5,51 (6)	2,75 (3)	2,75 (3)
Macarena Norte	4,53 (5)	2,72 (3)	2,72 (3)

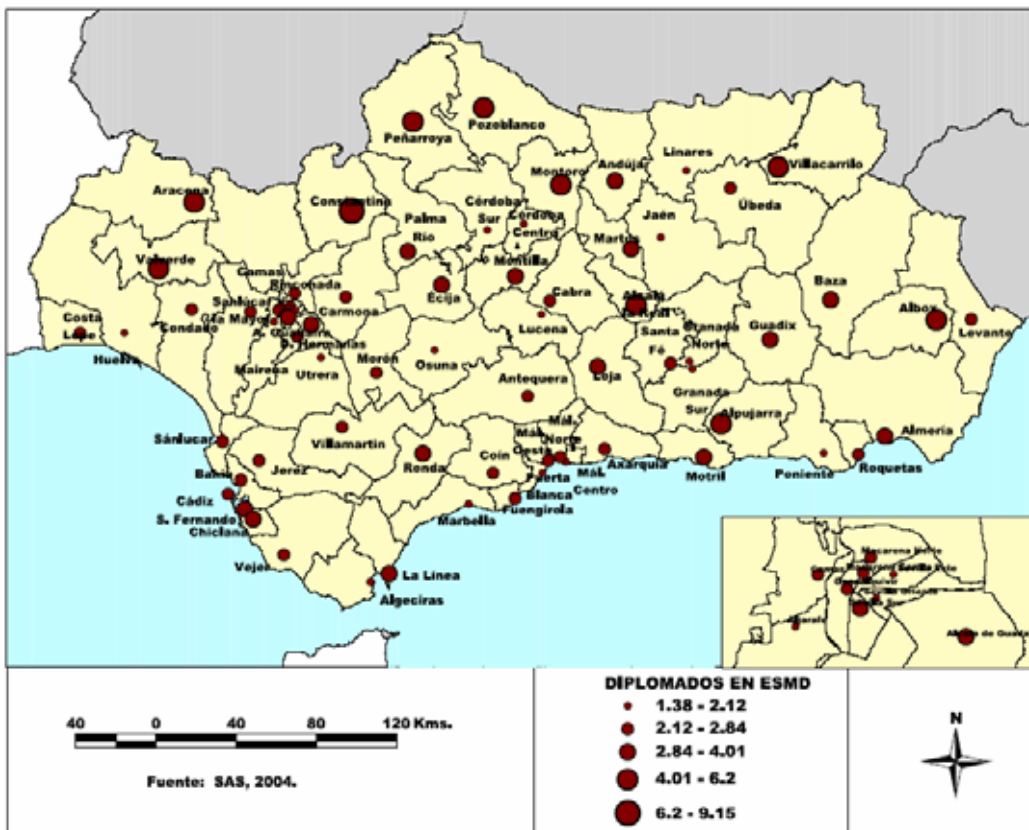
ESMD	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
La Rinconada	4,96 (4)	2,48 (2)	2,48 (2)
Constantina	13,73 (3)	9,15 (2)	4,58 (1)
Camas	4,37 (6)	2,19 (3)	1,46 (2)
Carmona	4,41 (4)	2,21 (2)	3,31 (3)
Útrera	4,42 (6)	1,47 (2)	2,21 (3)
Morón de la Frontera	3,60 (3)	2,40 (2)	2,40 (2)
Alcalá de Guadaíra	5,02 (3)	3,34 (2)	1,67 (1)
Dos Hermanas	4,66 (5)	2,80 (3)	0,93 (1)
Écija	5,67 (3)	3,78 (2)	1,89 (1)
Osuna	4,25 (4)	2,12 (2)	2,12 (2)
Total	4,60 (350)	2,48 (189)	2,69 (205)

Fuente: SAS, 2004

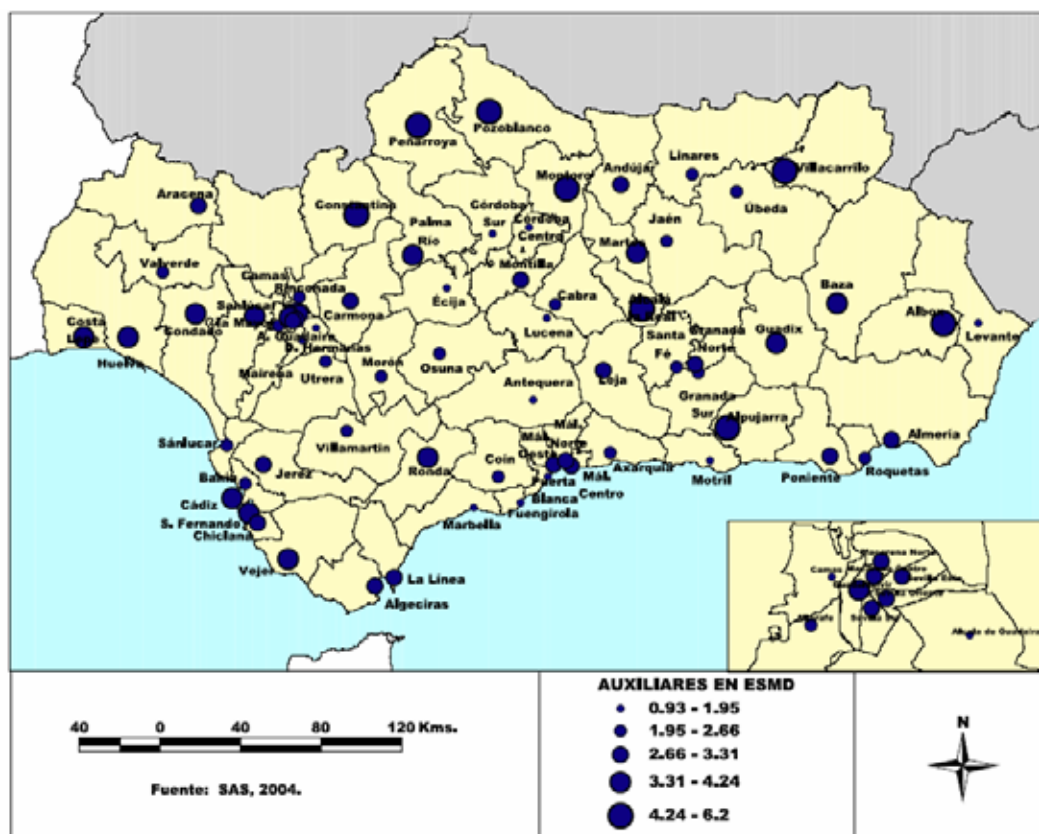
Mapa IV.15. Distribución territorial de las tasas de facultativos por 100.000 habitantes en los ESMD.



Mapa IV.16. Distribución territorial de las tasas de diplomados por 100.000 habitantes en los ESMD.



Mapa IV.17. Distribución territorial de las tasas de auxiliares por 100.000 habitantes en los ESMD.



2.2. Distribución territorial de los dispositivos de atención residencial de adultos.

2.2.1. Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales (USM-HG).

Las Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG) son dispositivos de atención continuada en régimen de hospitalización total breve para pacientes agudos, también admiten ingresos de urgencia durante las 24 horas. Existen 19 USM-HG que se localizan en todas las ASM de la región, en algunas de ellas existen hasta dos como en las ASM de Granada Norte, Almería, Jaén y Rocío en Sevilla. A estos dispositivos se les ha dotado con 6,8 camas, 1,3 facultativos, 2,8 diplomados y 4,5 auxiliares por 100.000 habitantes.

En la tabla IV.3 y en el mapa IV.18 se presentan los datos de camas y tasas por 100.000 habitantes en cada una de las 19 USM-HG de Andalucía. El mayor número de camas por habitantes corresponde a los HG de Virgen de las Nieves y Baza del ASM Granada Norte con valores superiores a 10 camas por 100.000 habitantes. Los HG con valores inferiores son los HG de Virgen de la Victoria en el ASM Málaga II y San Juan de la Cruz en el ASM

de Jaén. Los valores regionales se mueven fundamentalmente entre 5 y 8 camas por 100.000 habitantes.

Las tasas de facultativos por 100.000 habitantes oscilan entre 0,6 y 2,7 (mapa IV.19). Las tasas superiores a 2 se encuentran en los HG de Baza y Virgen de las Nieves en el ASM de Granada Norte y Torrecárdenas en Almería. Las tasas inferiores que no llegan ni a un facultativo por 100.000 habitantes corresponden a los HG de Osuna, Virgen de la Victoria en el ASM Málaga II y Jerez de la Frontera.

Las tasas calculadas para los diplomados presentan cifras ente los 0,8 y 5,5 (mapa IV.20). La tasa menor aparece en el Hospital Virgen de la Victoria, y las mayores en el Hospital de Baza, Osuna, Macarena y Poniente en el ASM de Almería.

Por último, las tasas de auxiliares en USM-HG varían entre 2,7 y 9,2 por 100.000 habitantes (mapa IV.21). En los extremos se sitúan el Hospital de Baza con el máximo valor y el HG Virgen de la Victoria y de Poniente con el mínimo.

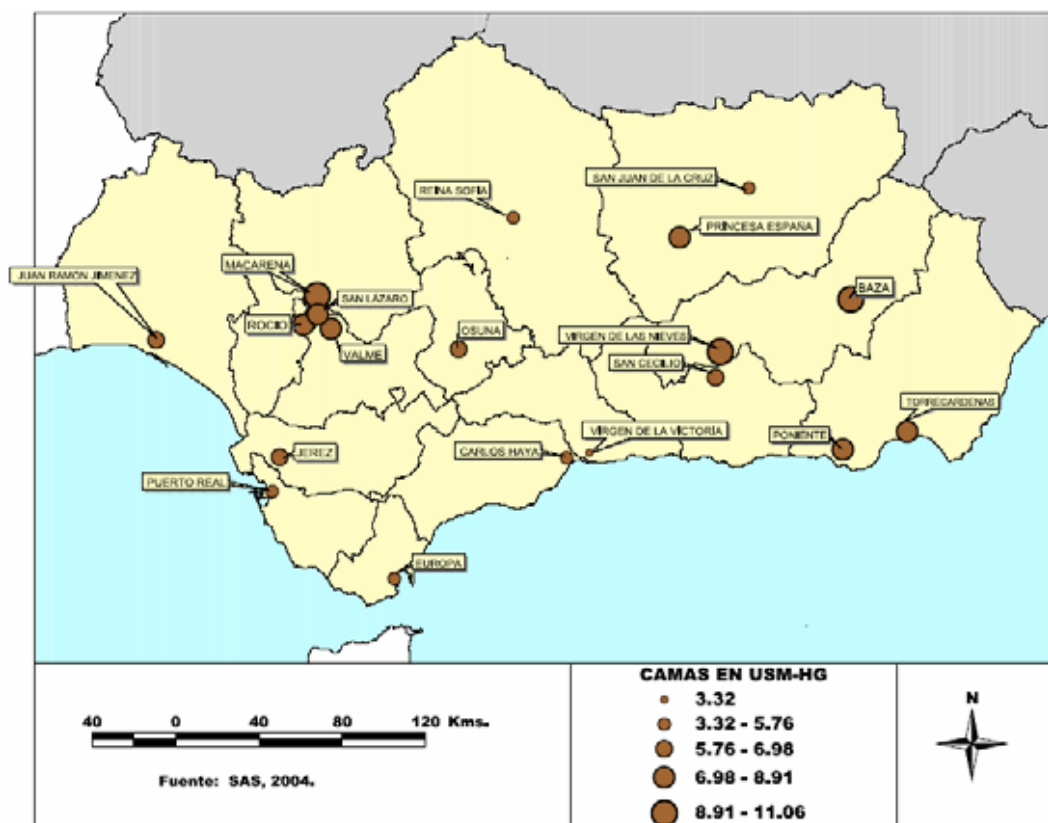
Tabla IV.3. Tasas de camas y profesionales en las USM-HG de Andalucía.

USM-HG	Tasa de camas por 100.000 hab.	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Hospital Torrecárdenas	8,91 (34)	2,36 (9)	3,93 (15)	7,60 (29)
Hospital de Poniente	8,16 (15)	1,09 (2)	4,35 (8)	2,72 (5)
Hospital de Jerez de La Frontera	6,59 (28)	0,94 (4)	2,35 (10)	4,94 (21)
Hospital Universitario de Puerto Real	5,74 (28)	1,02 (5)	1,84 (9)	3,89 (19)
Hospital Punta de Europa de Algeciras	5,76 (14)	1,65 (4)	3,71 (9)	4,94 (12)
Hospital Reina Sofía	5,52 (43)	1,03 (8)	2,57 (20)	3,85 (30)
Hospital Virgen de las Nieves	10,00 (29)	2,41 (7)	3,10 (9)	6,21 (18)
Hospital de Baza	11,06 (12)	2,76 (3)	5,53 (6)	9,21 (10)
Hospital Clínico San Cecilio	6,98 (30)	1,16 (5)	2,79 (12)	4,19 (28)
Hospital Juan Ramón Jiménez	6,71 (31)	1,30 (6)	1,95 (9)	5,85 (27)
Hospital Universitario Princesa de España	8,54 (30)	1,42 (5)	2,85 (10)	7,12 (25)

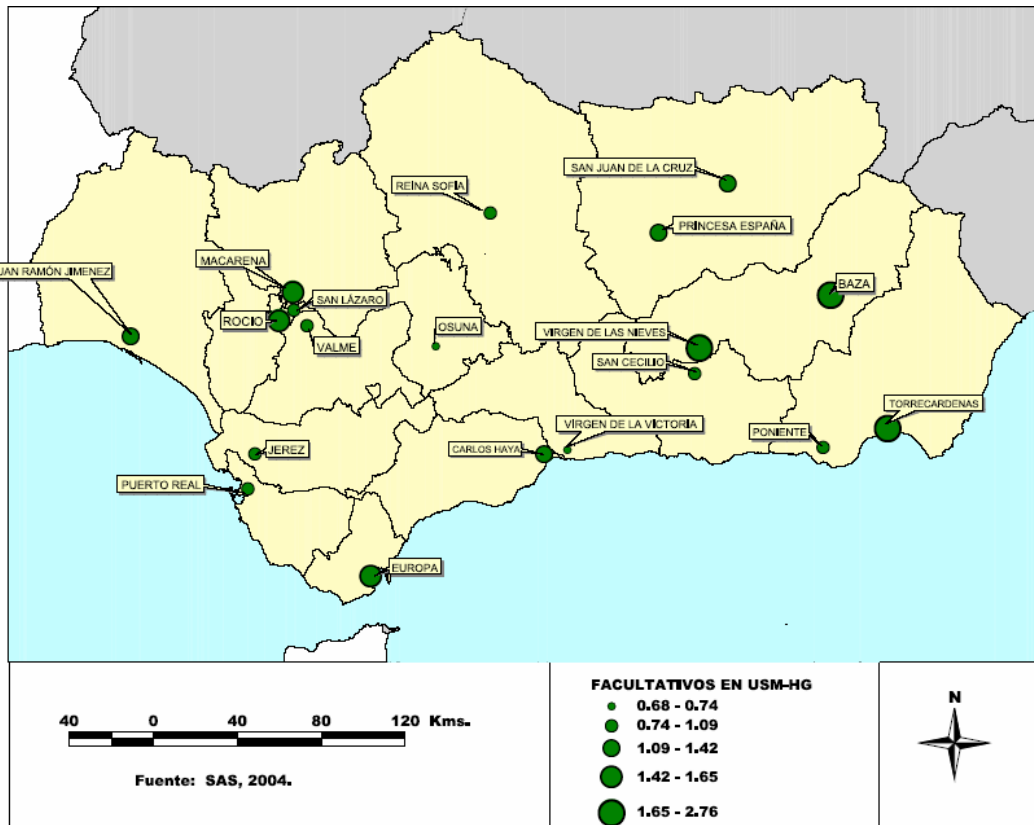
USM-HG	Tasa de camas por 100.000 hab.	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Hospital San Juan de la Cruz	4,99 (15)	1,33 (4)	2,66 (8)	4,33 (13)
Hospital Virgen de la Victoria	3,32 (27)	0,74 (6)	0,86 (7)	2,83 (23)
Hospital Carlos Haya	5,34 (30)	1,25 (7)	1,78 (10)	3,38 (19)
Hospital Universitario Virgen del Rocío	7,98 (27)	1,48 (5)	3,25 (11)	3,84 (14)
Hospital de San Lázaro	8,14 (30)	1,09 (4)	2,71 (10)	4,89 (18)
Hospital Universitario Virgen Macarena	9,64 (53)	1,64 (9)	4,73 (26)	3,64 (20)
Hospital Universitario Virgen de Valme	8,02 (31)	1,04 (4)	3,88 (15)	3,37 (13)
Hospital de la Merced de Osuna	6,12 (9)	0,68 (1)	4,76 (7)	6,12 (9)
Total	6,78 (516)	1,29 (98)	2,77 (211)	4,51 (343)

Fuente: SAS, 2004

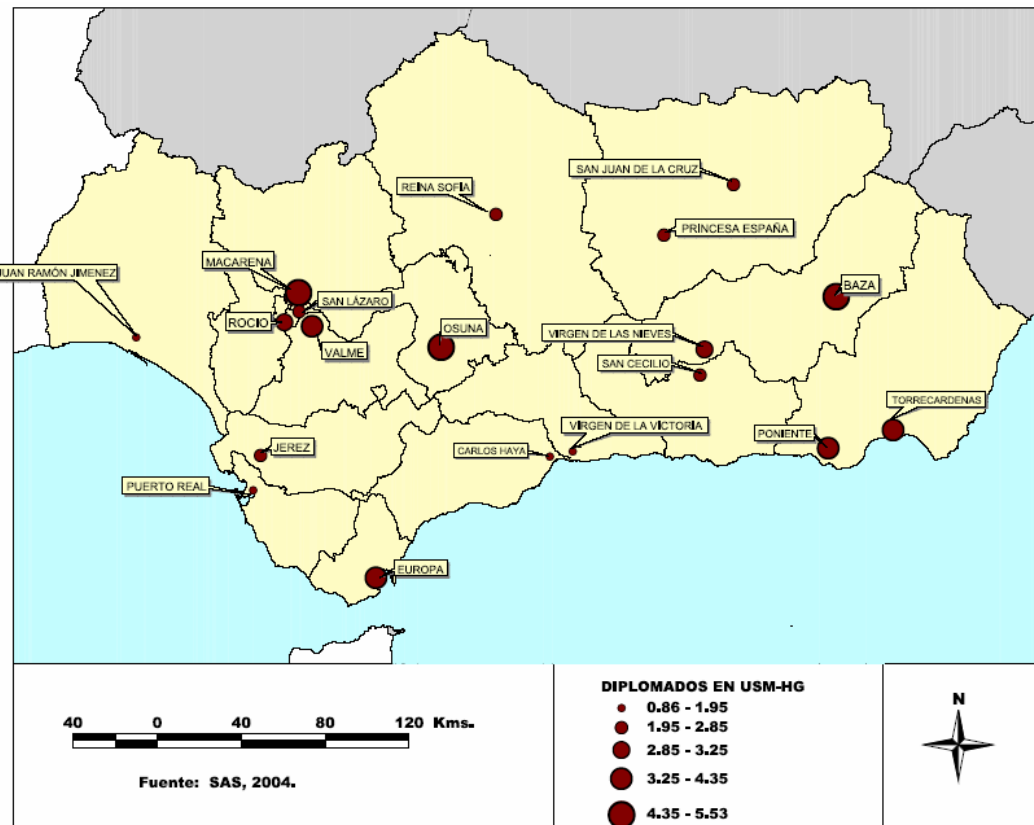
Mapa IV.18. Distribución territorial de las tasas de camas por 100.000 habitantes en las USM-HG.



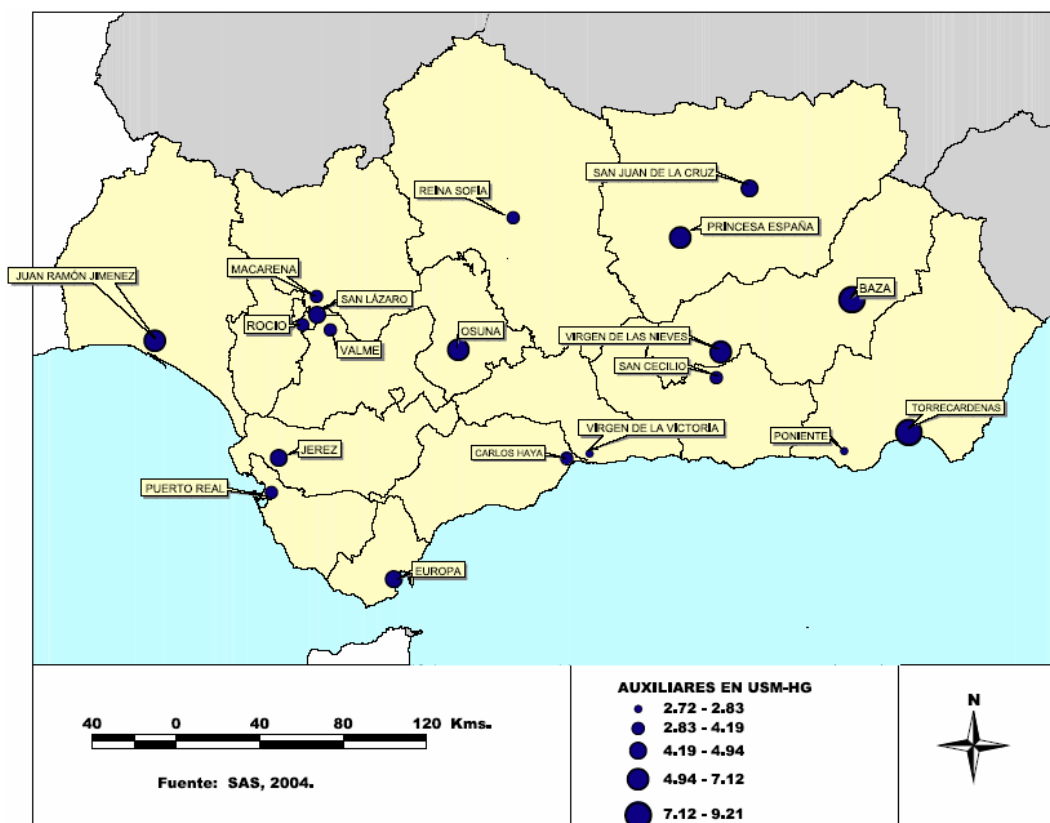
Mapa IV.19. Distribución territorial de las tasas de facultativos por 100.000 habitantes en las USM-HG.



Mapa IV.20. Distribución territorial de las tasas de diplomados por 100.000 habitantes en las USM-HG.



Mapa IV.21. Distribución territorial de las tasas de auxiliares por 100.000 habitantes en las USM-HG.



2.2.2. Comunidades Terapéuticas (CT).

Las Comunidades Terapéuticas (CT) son unidades de media y larga estancia en régimen de hospitalización total y parcial de pacientes con trastornos graves. Existe una CT en cada ASM excepto en las de Algeciras y Osuna, sumando un total 13 en Andalucía. Repasando los recursos de camas y profesionales de las CT observamos que para toda la región existen unas tasas de 2,5 camas, 0,6 facultativos, 1,4 diplomados y 2,2 auxiliares por 100.000 habitantes.

La disponibilidad de camas existentes en las CT de Andalucía (tabla IV.4 y mapa IV.22) se mueve entre 1,5 y 3,7 camas por 100.000 habitantes. Los valores máximos se sitúan en más de 3 camas por 100.000 habitantes de las CT de Granada Norte, Carlos Haya en el ASM de Málaga I, Granada Sur, Huelva y Cádiz. Con valores inferiores a 2 camas por 100.000 habitantes están las CT de Jaén, Virgen de la Victoria en el ASM de Málaga II y Córdoba.

Las tasas de facultativos son muy similares entre las distintas CT (mapa IV.23). El intervalo va de 0,4 en las CT de Cádiz, Huelva y Virgen de la Victoria en Málaga II con menos de 0,5 a Granada Norte y Sur con valores próximos a 1 por 100.000 habitantes.

Para la tasa de diplomados se observa una mayor diferencia (0,7-2,3) que en la categoría profesional anterior (mapa IV.24). Las CT de Granada Norte y Sur presentan tasas superiores a 2 diplomados por 100.000 habitantes, mientras que por debajo de 1 sólo se encuentra la CT de Córdoba.

Las cifras de auxiliares respecto a la población del ASM se mueven entre 1,3 y 3,2 (mapa IV.25). Así, con más de 3 auxiliares por 100.000 habitantes están las CT de Granada Norte y Sur y Cádiz. Por el lado contrario la CT de Jaén no supera el 1,5.

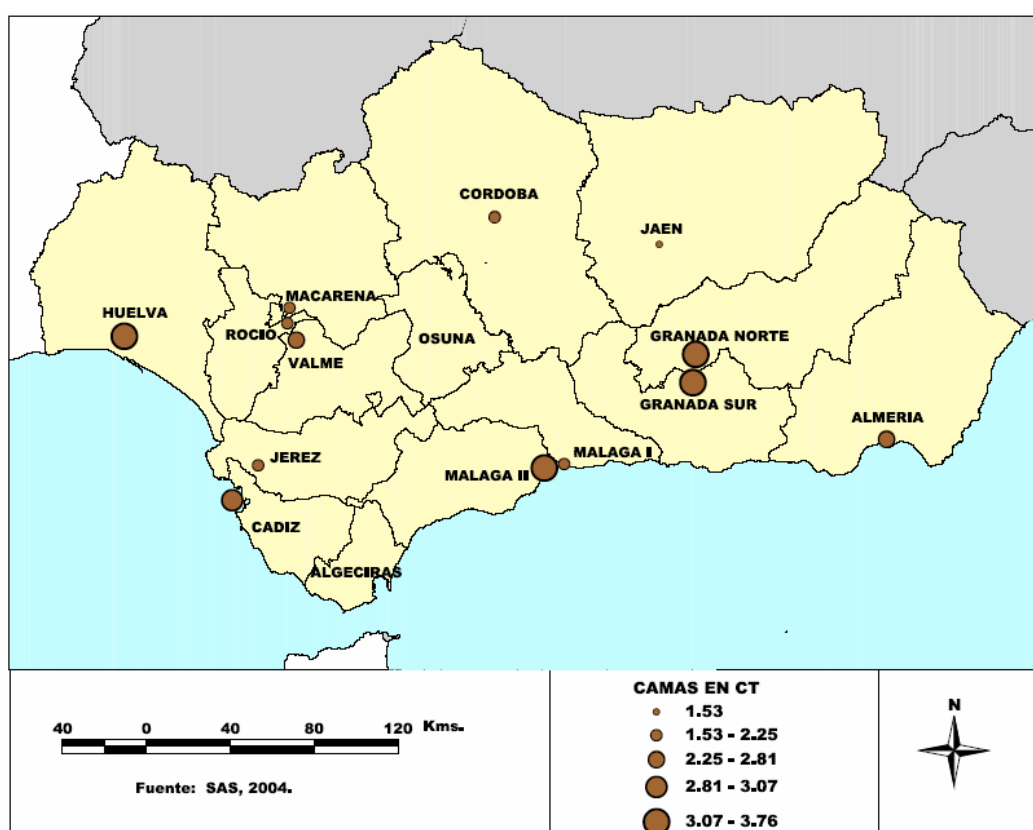
Tabla IV.4. Tasas de camas y profesionales en CT de Andalucía.

CT	Tasa de camas por 100.000 hab.	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Almería	2,65 (15)	0,53 (3)	1,59 (9)	1,95 (11)
Jerez	2,25 (15)	0,60 (4)	1,35 (9)	2,10 (14)
Cádiz	3,07 (15)	0,41 (2)	1,43 (7)	3,28 (16)
Córdoba	1,92 (15)	0,51 (4)	0,77 (6)	2,44 (19)
Granada Norte	3,76 (15)	1,00 (4)	2,01 (8)	3,51 (14)
Granada Sur	3,49 (15)	0,93 (4)	2,33 (10)	3,26 (14)
Huelva	3,47 (16)	0,43 (2)	1,52 (7)	1,52 (7)
Jaén	1,53 (10)	0,61 (4)	1,07 (7)	1,38 (9)
Virgen de la Victoria	1,84 (15)	0,49 (4)	1,23 (10)	1,72 (14)
Carlos Haya	3,56 (20)	0,53 (3)	1,41 (7)	2,98 (14)
Virgen del Rocío	2,12 (15)	0,57 (4)	1,64 (10)	1,82 (14)
Virgen Macarena	2,00 (11)	0,73 (4)	1,64 (9)	1,82 (10)

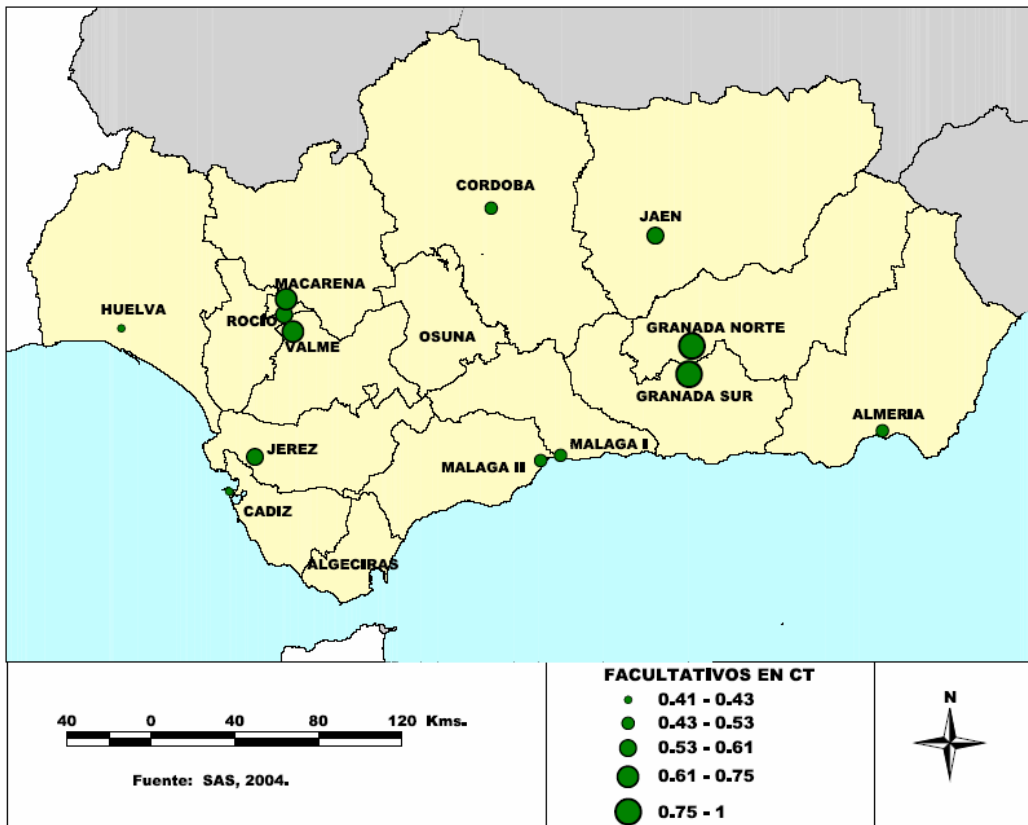
CT	Tasa de camas por 100.000 hab.	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Virgen de Valme	2,81 (15)	0,75 (4)	1,87 (10)	2,44 (13)
Total	2,52 (192)	0,60 (46)	1,43 (109)	2,22 (169)

Fuente: SAS, 2004

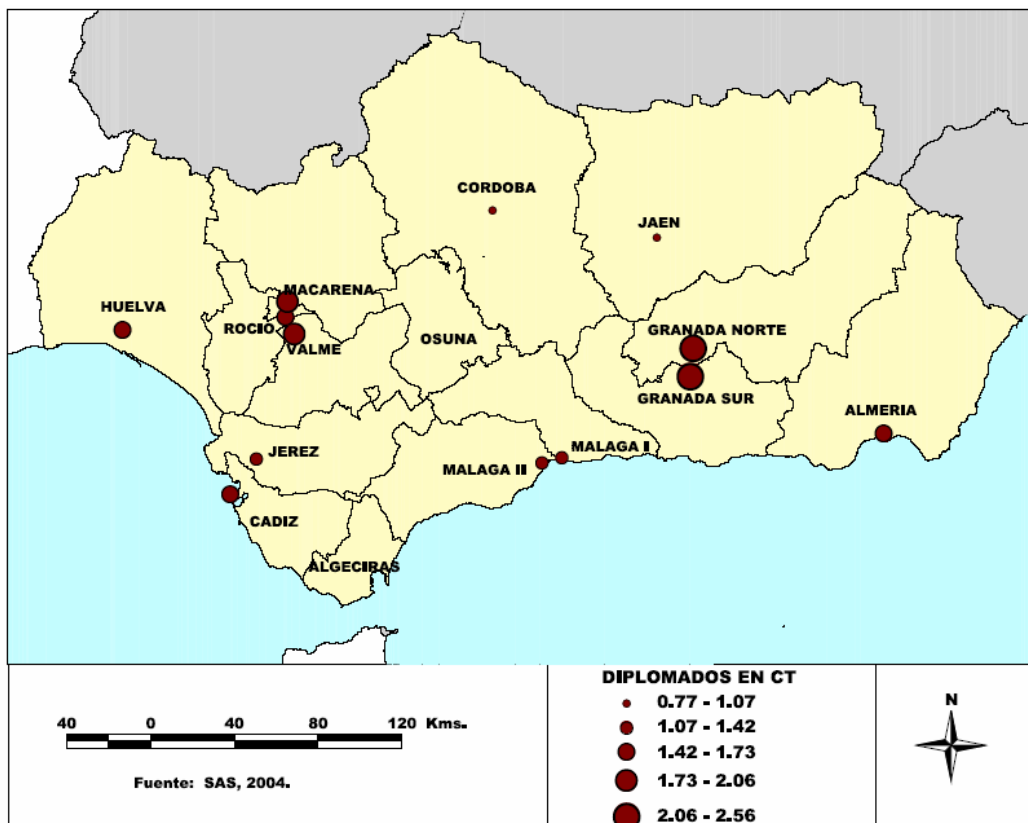
Mapa IV.22. Distribución territorial de las tasas de camas por 100.000 habitantes en las CT.



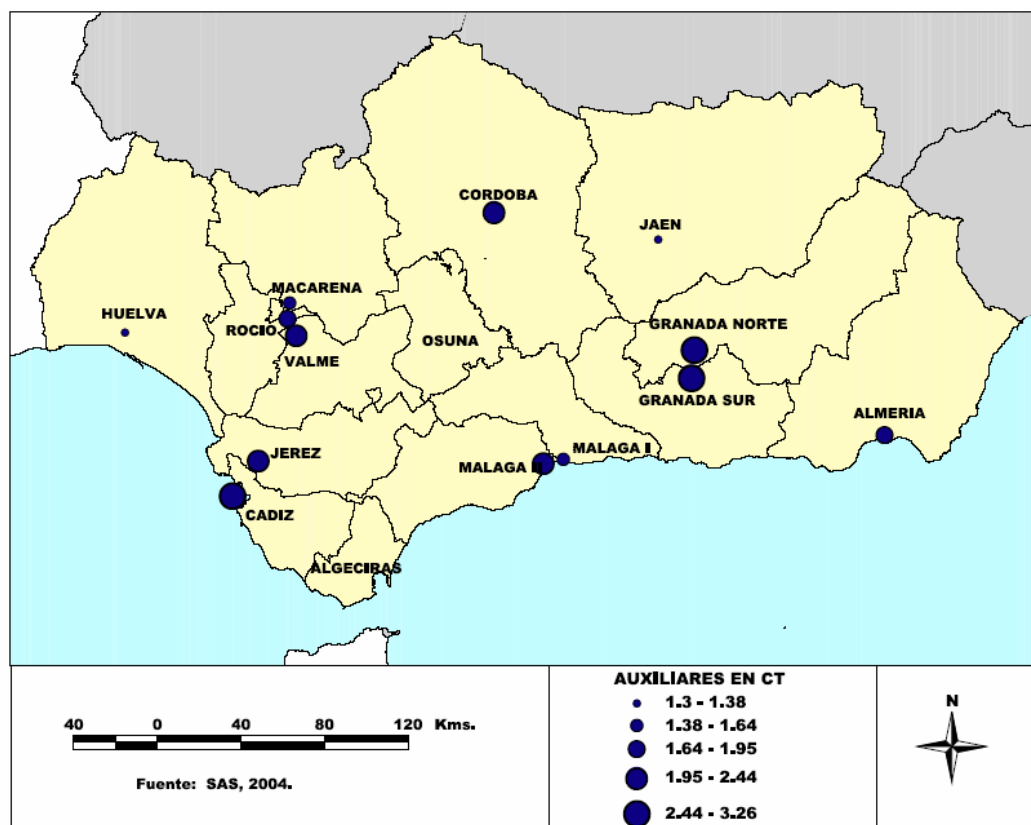
Mapa IV.23. Distribución territorial de las tasas de facultativos por 100.000 habitantes en las CT.



Mapa IV.24. Distribución territorial de las tasas de diplomados por 100.000 habitantes en las CT.



Mapa IV.25. Distribución territorial de de las tasas de auxiliares por 100.000 habitantes en las CT.



2.3. Distribución territorial de los dispositivos de actividades estructuradas y de día de adultos.

2.3.1. Hospitales de Día (HD).

Los Hospitales de Día (HD) son dispositivos de hospitalización parcial que realizan actividades estructuradas, para ello poseen un número determinado de plazas ocupadas de forma más o menos duradera por pacientes con trastorno mental grave. No existen HD en las ASM de Córdoba, Málaga I y II, Valme, Rocío, Granada Sur, Cádiz y Jerez de la Frontera. Así pues, no poseen ningún dispositivo de este tipo las provincias de Córdoba y Málaga, mientras que las demás provincias cuentan con al menos un HD, a excepción de Sevilla que posee dos (tabla IV.5 y mapa IV.26). La provisión de HD en Andalucía es de 7 dispositivos, que cuentan con 4,9 plazas y 0,7 facultativos, diplomados y auxiliares por 100.000 habitantes.

Las plazas asignadas a los HD son de 20 excepto para Algeciras que asciende a 30 plazas (mapa IV.26). La tasa de plazas se mueve entre 13,6 y 2,4 por lo que se observa

un amplio contraste. Con más de 12 plazas por 100.000 habitantes de sus ASM están los HD de Algeciras y Osuna. Con menos de 4 plazas por 100.000 personas se encuentran los HD de Granada, Almería y Sevilla.

Respecto a los profesionales las tasas no presentan importantes contrastes entre dispositivos (mapa IV.27). Las tasa de facultativos se mueve entre los 0,2 y 2 por 100.000 habitantes. Los HD de Granada en el ASM de Granada Norte junto a Sevilla en el ASM Macarena y Huelva presentan cifras por debajo de 1. Mientras que el HD de Osuna supera escasamente los 2 facultativos.

Los valores de las tasas de diplomados no alcanzan los dos profesionales por 100.000 habitantes (mapa IV.28). Se observa que los centros se mueven entre 0,2 y 1,4 diplomados. El HD de Granada destaca con el menor valor y Algeciras, Osuna y Linares superan el valor 1.

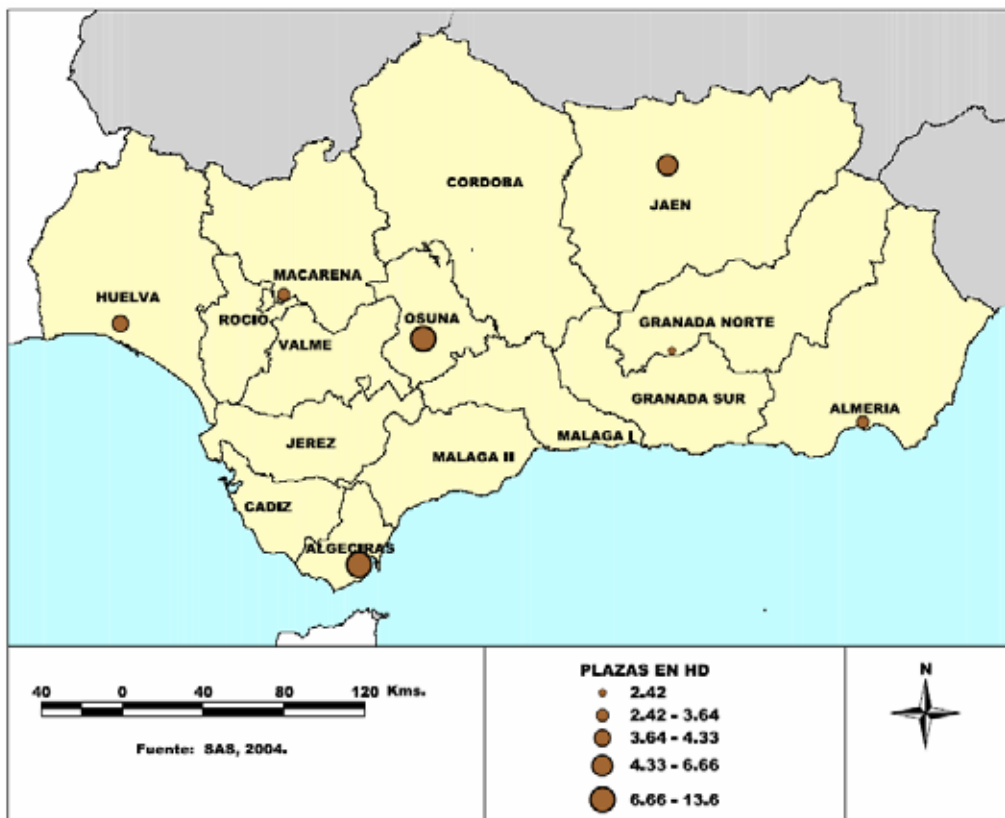
Las tasas de auxiliares prácticamente no rebasan la unidad excepto para los HD de Linares y Huelva, que lo hacen por poco, y el HD de Algeciras que la rebasa con diferencia (mapa IV.29). El intervalo va de 0,5 del HD Granada al 1,2 que se ha mencionado en Algeciras.

Tabla IV.5. Tasas de plazas y profesionales en HD de Andalucía.

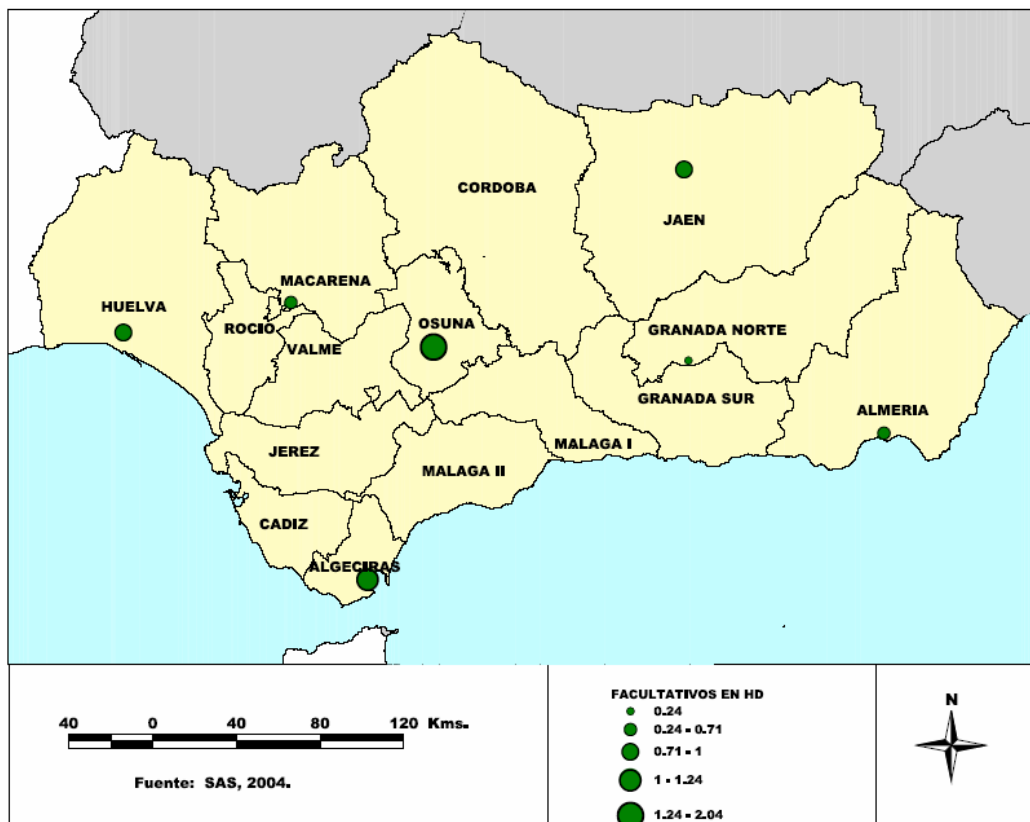
HD	Tasa de plazas por 100.000 hab.	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Almería	3,54 (20)	0,71 (4)	0,71 (4)	0,53 (3)
Algeciras	12,35 (30)	1,24 (3)	1,24 (3)	1,24 (3)
Granada	2,42 (20)	0,24 (2)	0,24 (2)	0,48 (4)
Huelva	4,33 (20)	0,87 (4)	0,65 (3)	1,08 (5)
Linares	6,66 (20)	1,00 (3)	1,00 (3)	1,00 (3)
Sevilla	3,64 (20)	0,55 (3)	0,55 (3)	0,73 (4)
Osuna	13,60 (20)	2,04 (3)	1,36 (2)	0,68 (1)
Total	4,85 (150)	0,71 (22)	0,65 (20)	0,74 (23)

Fuente: SAS, 2004.

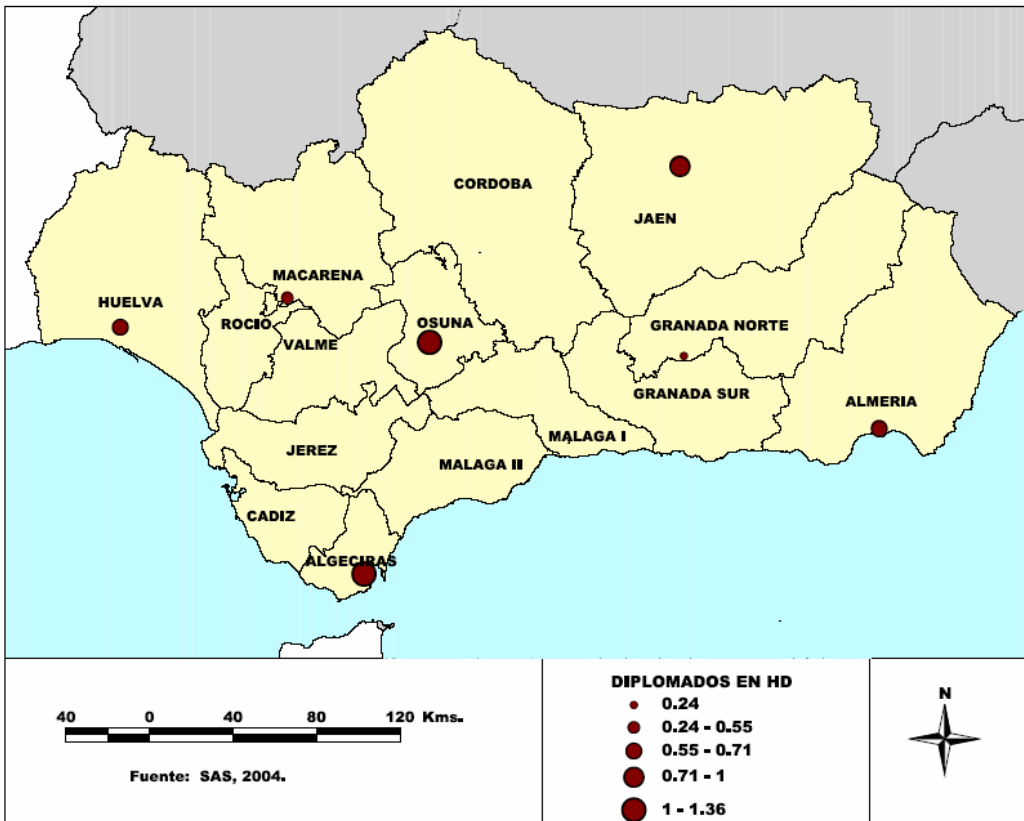
Mapa IV.26. Distribución territorial de las tasas de plazas por 100.000 habitantes en los HD.



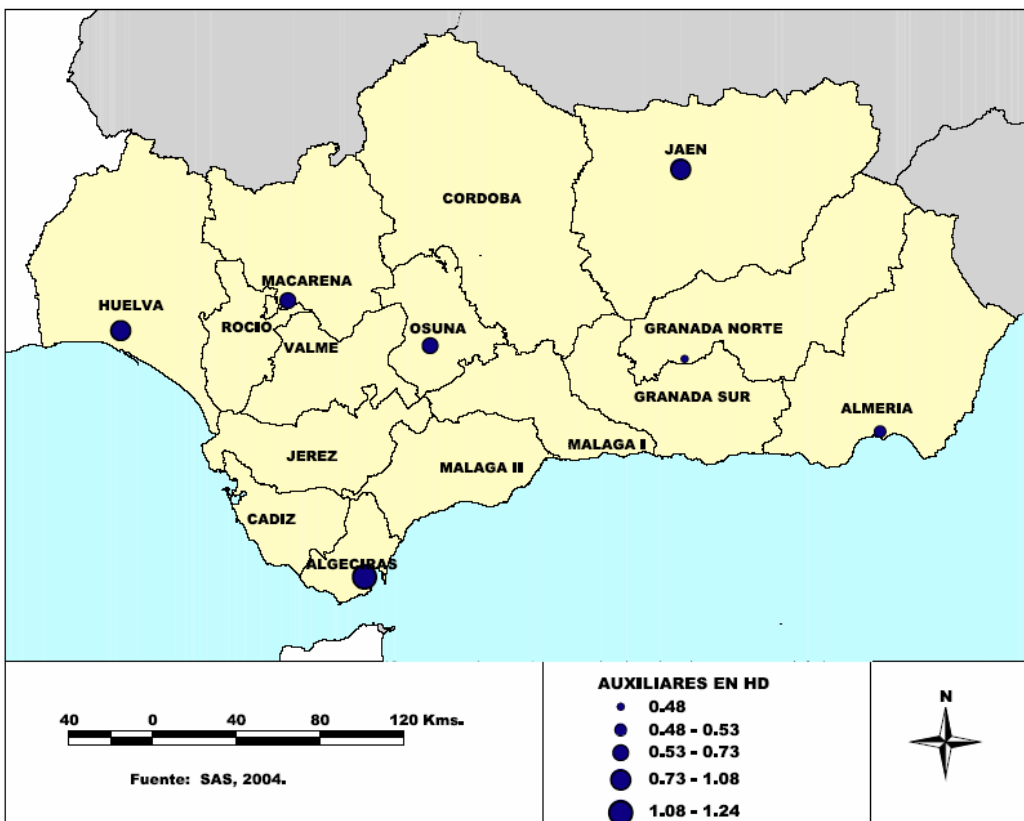
Mapa IV.27. Distribución territorial de las tasas de facultativos por 100.000 habitantes en los HD.



Mapa IV.28. Distribución territorial de las tasas de diplomados por 100.000 habitantes en los HD.



Mapa IV.29. Distribución territorial de las tasas de auxiliares por 100.000 habitantes en los HD.



2.3.2. Unidades de Rehabilitación de Área (URA).

Las Unidades de Rehabilitación de Área (URA) son dispositivos de atención de día, con actividades estructuradas para pacientes psicóticos crónicos. Las URA se distribuyen por todas las provincias andaluzas, destacando la provincia de Sevilla donde existen dos. No hay disponibilidad de URA en las ASM de Valme, Osuna, Algeciras, Jerez, Málaga II y Granada Norte (tabla IV.6 y mapa IV.30). La dotación de las URA es de 3,9 plazas, 0,3 facultativos y diplomados y 0,9 auxiliares por 100.000 habitantes.

Todas las URAS tienen asignadas 30 plazas pero observando las tasas por habitantes se aprecian ciertas diferencias en la provisión (2,2 a 6,5 plazas por 100.000 habitantes). Las URA de Cádiz y Huelva tienen una dotación de más de 6 plazas por 100.000, mientras que la URA de Málaga I no llega a las 3 plazas por 100.000 habitantes.

La tasa de facultativos de las URA presentan valores inferiores a 1 y un intervalo de datos pequeño que va de 0,07 a 0,6 (mapa IV.31). El menor valor es de la URA de Granada y con más de 0,5 están las URA de Almería y Cádiz.

Las tasas de diplomados presentan mayores diferencias que las de facultativos pero el contraste es insignificante (0,1 a 1,1) (mapa IV.32). La tasa más baja corresponde a la URA de Granada Sur mientras que las más altas corresponden a las de Jaén y Cádiz.

En las tasas de auxiliares se aprecian las mayores diferencias de dotación de profesionales entre las URA con valores que van de 0,2 a 2,5 (mapa IV.33). Con menos de 0,5 auxiliares por 100.000 habitantes se encuentran las URA de Málaga I y Granada Sur, mientras que sólo supera los 2 auxiliares la URA de Jaén.

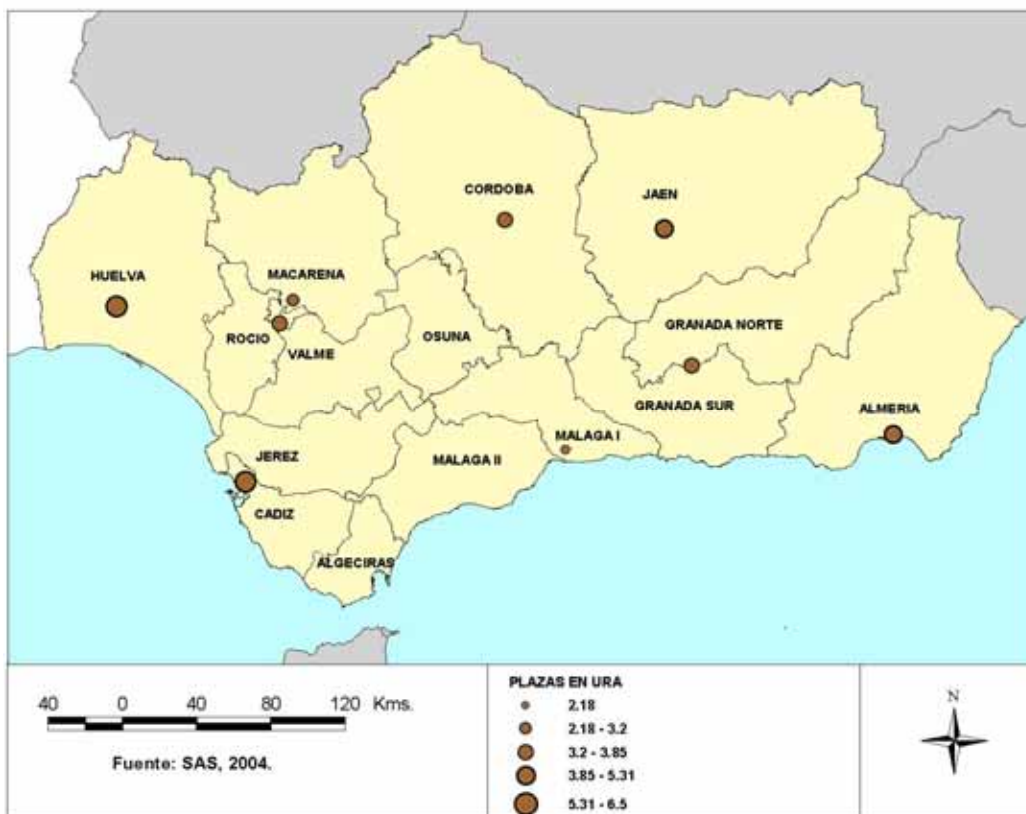
Tabla IV.6. Tasas de plazas y profesionales en URA de Andalucía.

URA	Tasa de plazas por 100.000 hab.	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Almería	5,31 (30)	0,53 (3)	0,35 (2)	2,12 (12)
Cádiz	6,15 (30)	0,61 (3)	0,61 (3)	1,43 (7)

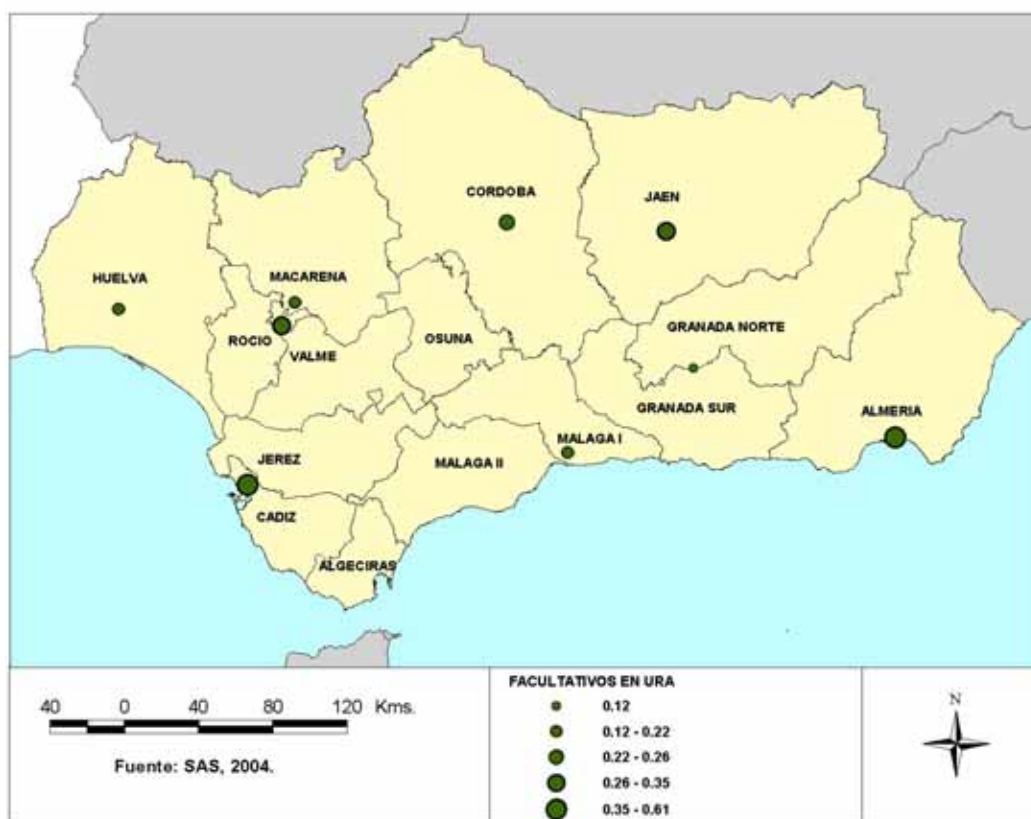
URA	Tasa de plazas por 100.000 hab.	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Córdoba	3,85 (30)	0,26 (2)	0,26 (2)	0,64 (5)
Granada sur	3,62 (30)	0,12 (1)	0,12 (1)	0,48 (4)
Huelva	6,50 (30)	0,22 (1)	0,22 (1)	1,52 (7)
Jaén	4,60 (30)	0,31 (2)	1,07 (7)	2,46 (16)
Málaga I	2,18 (30)	0,22 (3)	0,07 (1)	0,20 (4)
Rocío	3,51 (30)	0,35 (3)	0,23 (2)	0,70 (6)
Macarena	3,20 (30)	0,21 (2)	0,21 (2)	0,53 (5)
TOTAL	3,89 (270)	0,29 (20)	0,30 (21)	0,95 (66)

Fuente: SAS, 2004.

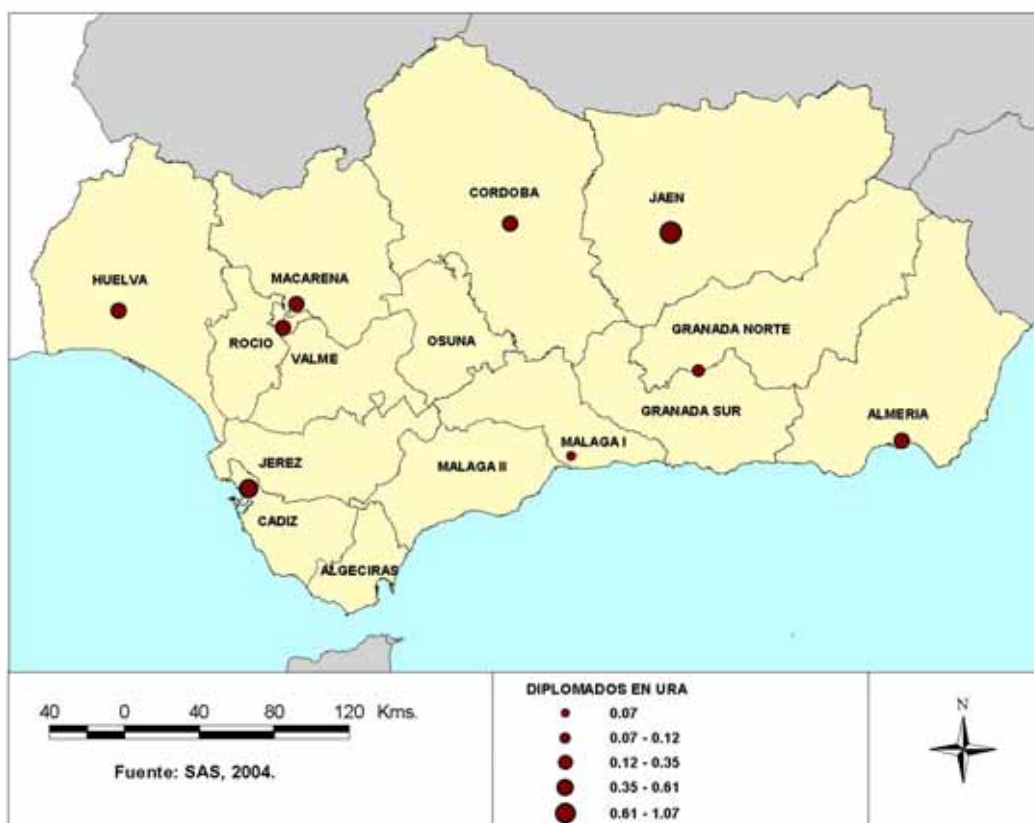
Mapa IV.30. Distribución territorial de las tasas de plazas por 100.000 habitantes en las URA.



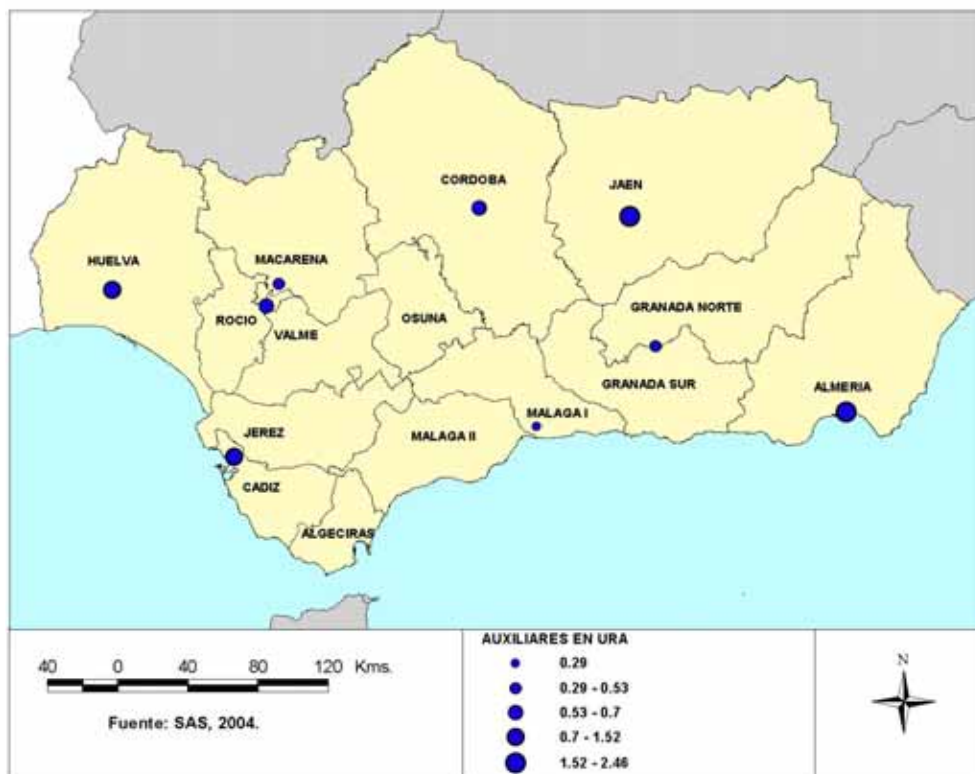
Mapa IV.31. Distribución territorial de las tasas de facultativos por 100.000 habitantes en las URA.



Mapa IV.32. Distribución territorial de las tasas de diplomados por 100.000 habitantes en las URA.



Mapa IV.33. Distribución territorial de las tasas de auxiliares por 100.000 habitantes en las URA.



2.4. Distribución territorial de los dispositivos de atención infantil y juvenil. Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI).

Las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI) son unidades de atención ambulatoria y de hospitalización total y parcial de pacientes menores de 18 años que han sido derivados desde los ESMD. En el 2004 existían 13 Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI), de ellas contaban con camas para hospitalización 9. Todas las provincias cuentan con este recurso aunque no está disponible en las ASM de Osuna y Granada Sur. Hay 4 USMI sin camas asignadas para hospitalización total, son las situadas en las ASM de Macarena, Valme, Málaga I y Algeciras, aunque si es preciso utilizan camas de otros servicios como el de pediatría. Las tasas por 100.000 habitantes de las camas y profesionales destinados a las USMI a nivel regional es de 2,2 camas, 3,7 facultativos, 3,2 diplomados y 3,4 auxiliares.

En tabla IV.7 y el mapa IV.34 se presenta la distribución del número de camas y tasas por 100.000 habitantes existentes en las USMI andaluzas. Las tasas de camas de las USMI

con capacidad de hospitalización propia se mueven entre 1,2 y 4,9. Las mayores tasas, superiores a 4 camas, corresponden a las USMI de Almería y Jerez. En cambio, con un valor que no llega a las 2 camas por 100.000 habitantes encontramos a Granada Norte.

Las tasas de facultativos por 100.000 habitantes varían entre 1,8 y 5,7 (mapa IV.35). Los dispositivos sin camas propias de la unidad presentan tasas entre 3,2 y 5,7 facultativos por 100.000 habitantes. La menor tasa corresponde a las USMI de Córdoba y Huelva con valores próximos a 2. Por el contrario, las USMI con mayor dotación de facultativos son Algeciras y Almería con cifras en torno a 5.

Los diplomados también presentan un apreciable contraste entre tasas (1 a 7,2) (mapa IV.36). La tasa mayor corresponde a Jaén y Algeciras con más de 5 diplomados. Las USMI de Huelva y Córdoba no superan los 2 auxiliares por 100.000 personas menores de 18 años.

Para finalizar, las tasas de auxiliares presentan un intervalo que va del 1,2 de la USMI de Córdoba y 1,7 de la USMI Macarena, a los 7,6 de la USMI de Algeciras y 7,2 de Jaén (mapa IV.37).

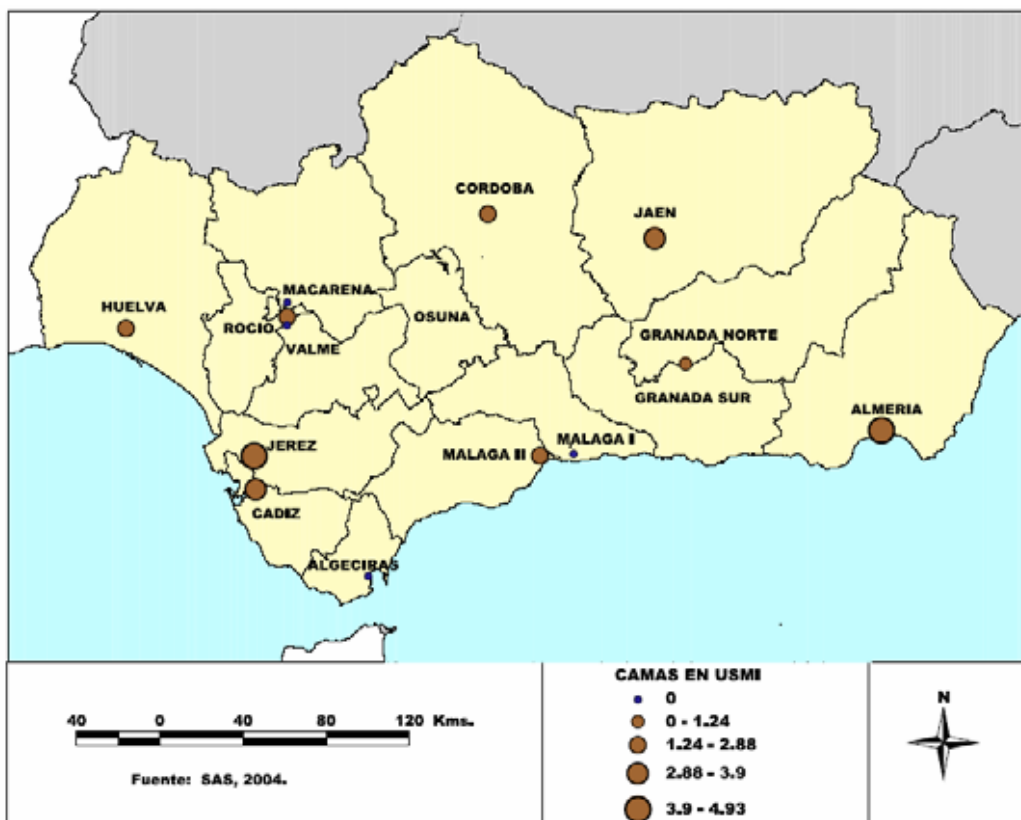
Tabla IV.7. Tasas de camas y profesionales en USMI de Andalucía.

USMI	Tasa de plazas por 100.000 hab.	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Almería	4,93 (6)	4,93 (6)	4,93 (6)	4,93 (6)
Jerez	4,30 (4)	4,30 (4)	3,22 (3)	4,30 (4)
Cádiz	3,90 (4)	3,90 (4)	2,93 (3)	2,93 (3)
Algeciras	0,00 (0)	5,70 (3)	5,70 (3)	7,61 (4)
Córdoba	2,49 (4)	1,87 (3)	1,25 (2)	1,25 (2)
Granada Norte	1,24 (2)	4,33 (7)	2,48 (4)	2,48 (4)
Huelva	2,13 (2)	2,13 (2)	1,07 (1)	2,13 (2)
Jaén	3,60 (5)	3,60 (5)	7,20 (10)	7,20 (10)

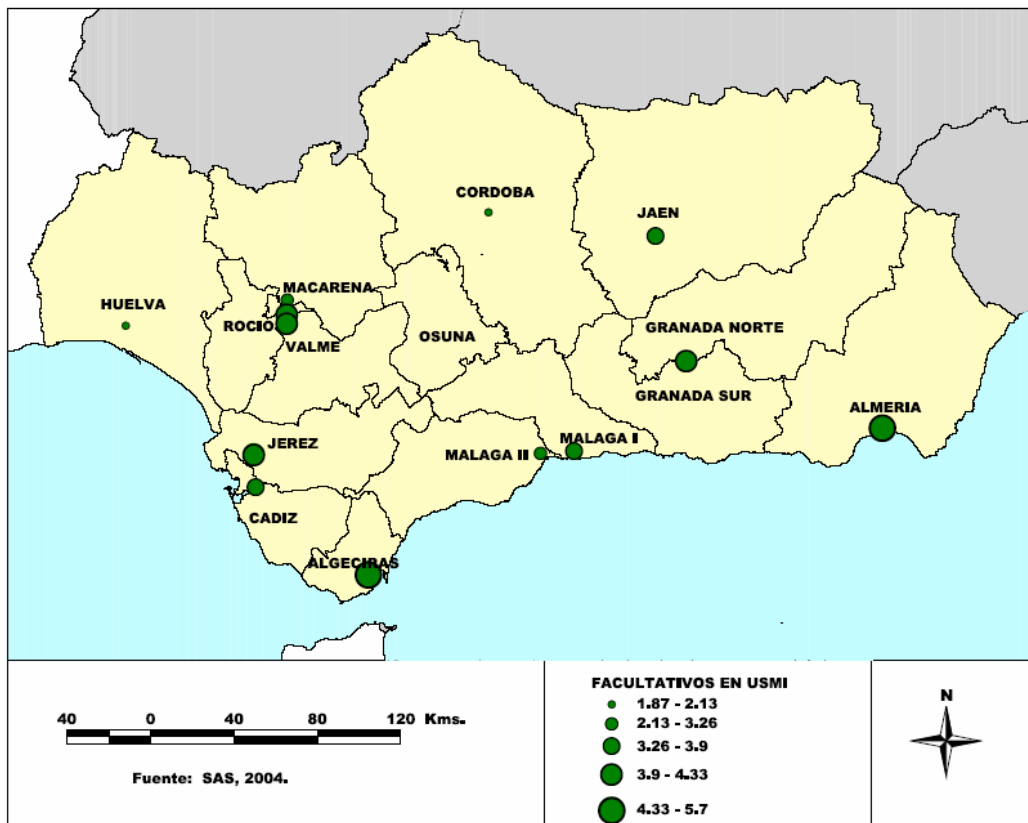
USMI	Tasa de plazas por 100.000 hab.	Tasa de facultativos por 100.000 hab.	Tasa de diplomados por 100.000 hab.	Tasa de auxiliares por 100.000 hab.
Málaga I (Carlos Haya)	0,00 (0)	3,54 (4)	3,54 (4)	3,54 (4)
Málaga II (V. de Victoria)	2,46 (4)	3,07 (5)	3,07 (5)	3,07 (5)
V. del Rocío	2,88 (4)	4,32 (6)	2,16 (3)	2,16 (3)
V. Macarena	0,00 (0)	3,52 (4)	3,52 (4)	1,76 (2)
V. de Valme	0,00 (0)	4,12 (5)	2,47 (3)	3,30 (4)
TOTAL	2,22 (35)	3,68 (58)	3,24 (51)	3,37 (53)

Fuente: SAS, 2004.

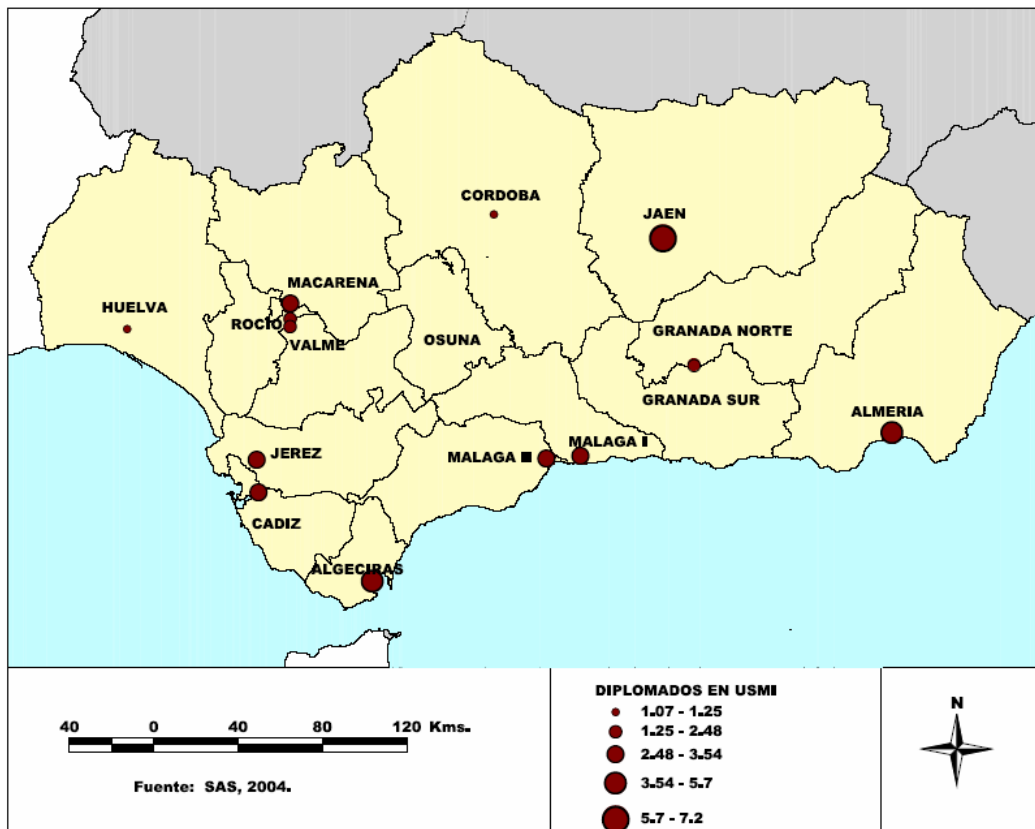
Mapa IV.34. Distribución territorial de las tasas de camas por 100.000 habitantes en las USMI.



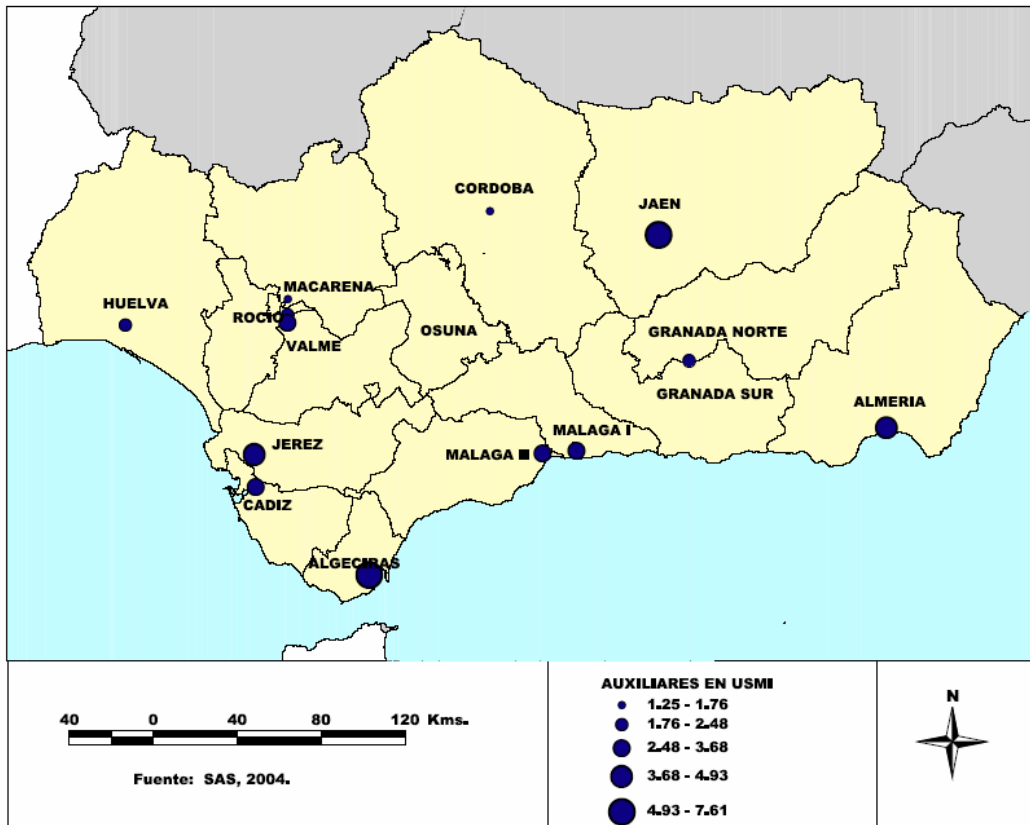
Mapa IV.35. Distribución territorial de las tasas de facultativos por 100.000 habitantes en las USMI.



Mapa IV.36. Distribución territorial de las tasas de diplomados por 100.000 habitantes en las USMI.



Mapa IV.37. Distribución territorial de las tasas de auxiliares por 100.000 habitantes en las USMI.



D. ACCESIBILIDAD TEMPORAL DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA.

La organización de los servicios sanitarios andaluces se expresa mediante un esquema de organización territorial jerarquizado, en la que la satisfacción de aquellas demandas más frecuentes tenderán a una distribución espacial más densa, frente a aquellas otras cuya especialización, y consecuente coste, obligue a una localización estratégica en los principales centros del sistema territorial (Fernández Salinas, 2001). Siguiendo esta filosofía, la distribución de los ESMD cubre todo el territorio andaluz, mientras otros servicios más especializado como las Unidades de Rehabilitación (URA) o las Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG) se reduce prácticamente a un dispositivo por cada provincia.

La efectividad de los servicios de salud mental depende no sólo de la calidad de los centros que componen un determinado sistema sanitario, sino también de la accesibilidad a éstos por parte de los ciudadanos, especialmente en relación con los servicios más especializados y respecto a situaciones críticas o urgentes.

Debido a la importancia que adquiere la accesibilidad espacial y temporal a los servicios sanitarios, se ha analizado la accesibilidad temporal a cada uno de los distintos dispositivos de atención en salud mental utilizando la red de carreteras andaluza, tal y como se describe en el apartado de metodología (López Lara y Garrido-Cumbrera, 2003).

1. Accesibilidad temporal a los dispositivos de atención ambulatoria de adultos. Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD).

En el mapa IV.38 se representan las áreas de accesibilidad temporal de 15, 30, 45 y 60 minutos, trazadas a partir de los 72 ESMD, siguiendo la red de carreteras andaluzas. Superponiendo a estas áreas de accesibilidad una cartografía con las entidades de población se pudo comprobar como únicamente el 65% de la población andaluza queda a menos de 15 minutos de alguno de los ESMD existentes (tabla IV.8). Respecto a las áreas a 30 minutos de conducción de distancia de los ESMD este porcentaje aumenta a más del 95%.

Así pues, los ESMD existente en Andalucía permiten un amplio grado de cobertura del territorio andaluz. Sin embargo, se producen algunos vacíos en los extremos septentrionales de la Sierra Morena andaluza, en la Sierra de Cazorla y el norte de las

provincias de Granada y Almería. Igualmente encontramos escasa accesibilidad en el norte de la comarca de La Alpujarra y en la confluencia de la Sierra de Cádiz y Sierra de Ronda, precisamente entre el norte de las comarcas de Vejer, este de Jerez y Sur de la de Ronda.

Mapa IV.38. Áreas de accesibilidad por carretera y número de pacientes en los ESMD.

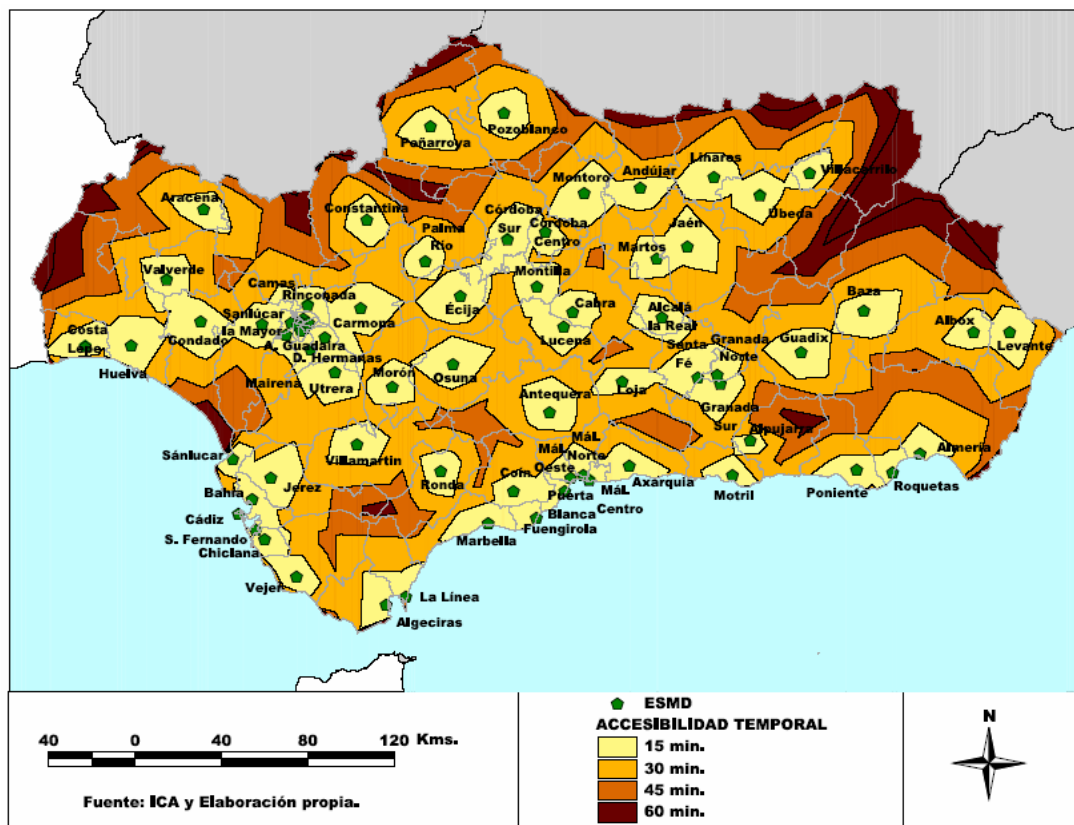


Tabla IV.8. Población de las áreas de accesibilidad temporal a los ESMD.

Áreas temporales	Población cubierta	% Población cubierta
15 minutos	4.992.962	65,5%
30 minutos	2.278.890	30%
45 minutos	301.077	4%
60 minutos	33.919	0,5%
TOTAL	7.606.848	100%

Fuente: Elaboración propia

2. Accesibilidad temporal a los dispositivos de atención residencial de adultos.

Los dispositivos de atención residencial en salud mental en Andalucía se dividen en Unidades de Salud Mental de Hospitales Generales (USM-HG), que prestan atención de urgencia a pacientes agudos durante periodos relativamente breves (corta estancia), y por otro lado las Comunidades Terapéuticas, que localizadas dentro de los núcleos urbanos representan un servicio de atención de larga estancia a pacientes con trastornos mentales severos y prolongados. Se ha excluido el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Málaga, ya que, pese a ser un recurso concertado con el SAS, cuenta con un escaso número de camas de utilización pública.

2.1. Accesibilidad temporal a las Unidades de Salud Mental de Hospital General (USM-HG)

El análisis de la accesibilidad a las USM-HG adquiere mayor relevancia debido a que se trata del único servicio de atención psiquiátrica de urgencias abierto las 24 horas del día. En determinadas circunstancias en las que se produce un brote de un trastorno mental, y el paciente entra en fase aguda, es importante poder actuar en el mínimo tiempo para evitar un agravamiento innecesario.

En Andalucía existen 19 USM-HG que se localizan en las capitales provinciales, además de otros núcleos de la provincia de Cádiz como son Jerez y Algeciras, en las comarcas litorales de Marbella en la Costa del Sol y Poniente en Almería, además de las USM-HG que se sitúan en ciudades rurales como Úbeda, Baza y Osuna. No se localiza ninguna USM-HG en las comarcas de Sierra Morena y se detectan algunos vacíos en las ACESMD de Villamartín en la Sierra de Cádiz, Ronda en Málaga, y Lucena y Cabra en la subbética cordobesa.

Se han analizado la accesibilidad por carretera a partir de las USM-HG siguiendo el modelo descrito anteriormente estableciendo áreas de 15, 30, 45, 60, 75 y 90 minutos (ver mapa IV.39). De este modo se ha podido detectar como casi el 50% de la población andaluza reside a menos de 15 minutos de conducción de estos dispositivos (tabla IV.9). Si aumentamos a los 30 minutos se registra que casi el 80% de la población queda cubierta. Por lo general, el litoral es el espacio mejor provisto y conectado con relación a las USM-HG. O lo que es lo mismo, las carreteras existentes en el sistema urbano costero, facilita una cobertura espacial bastante adecuada respecto a la disponibilidad de USM-HG. Por el contrario, las áreas serranas más septentrionales de Andalucía son las que se encuentran más alejadas de las USM-HG. Existen dos áreas que están bastante

alejadas temporalmente de las USM-HG, una se corresponde con el ACESMD de Villamartín, Ronda y Antequera situadas en las Béticas de las provincias de Cádiz y de Málaga, y la otra con las ACESMD de Cabra y Alcalá la Real ambas situadas en la provincia de Córdoba.

Mapa IV.39. Áreas de accesibilidad por carretera de las Unidades de Salud Mental de las USM-HG.

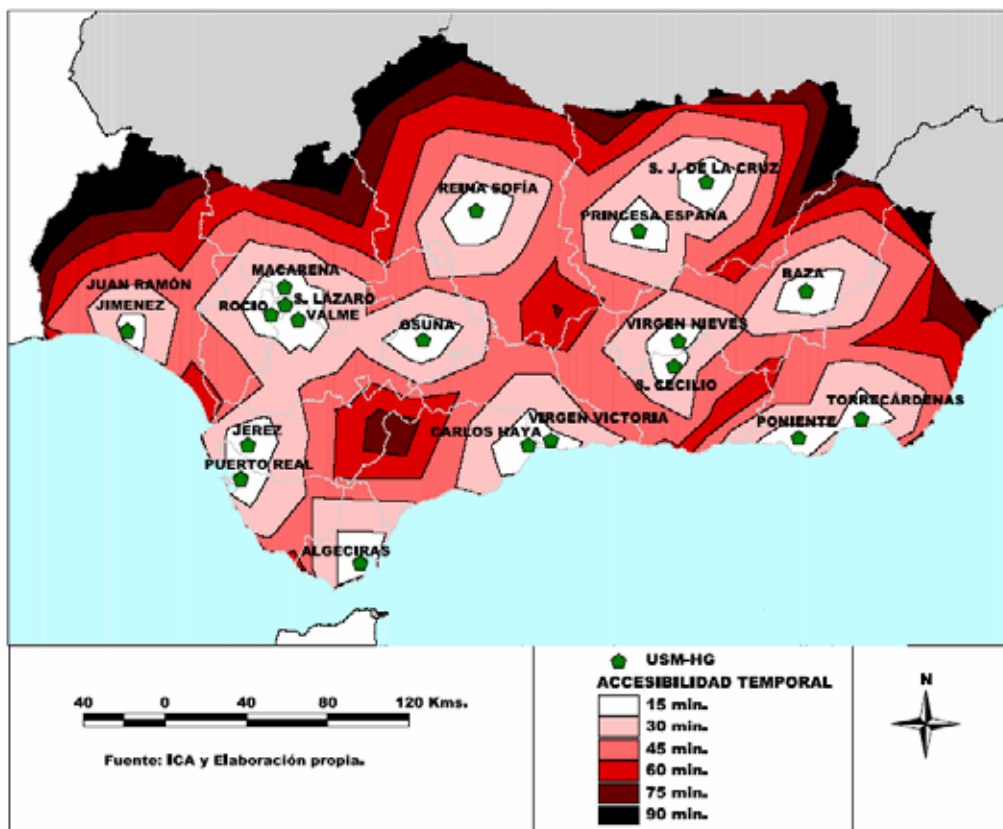


Tabla IV.9. Población de las áreas de accesibilidad temporal a las USM-HG.

Áreas temporales	Población cubierta	% Población cubierta
15 minutos	4.353.410	57%
30 minutos	1.593.651	21%
45 minutos	993.994	13%
60 minutos	481.047	6%
75 minutos	126.982	2%
90 minutos	57.764	1%
TOTAL	7.606.848	100%

Fuente: Elaboración propia

2.2. Accesibilidad temporal a las Comunidades Terapéuticas (CT)

Las Comunidades Terapéuticas (CT) se concentran en las 8 capitales de provincia, además de la CT de Jerez. Las CT son dispositivos de media y larga estancia para atender de forma residencial a las personas con trastornos mentales severos y prolongados durante largos períodos. Estos dispositivos fueron creados con el objetivo de sustituir a los antiguos Hospitales Psiquiátricos, pero situándose dentro de la comunidad. Por ello, resulta importante que los usuarios de estos servicios, personas con trastornos mentales severos y prolongados, puedan residir cercanos a las ciudades de procedencia. Aunque el estudio de la accesibilidad a dichos centros no es tan necesario como por ejemplo a los ESMD o a los USM-HG que prestan atención de urgencia, debido al interés que tiene la integración de estas personas en la sociedad resulta imprescindible incluirlo en el estudio. Así pues, estos centros fueron concebidos para permitir la integración de sus pacientes en la comunidad por tanto sería conveniente que estas distancias se redujeran en el futuro, tanto con la creación de nuevos dispositivos como con la mejora de la red de carreteras andaluza.

En el mapa IV.40 aparecen representadas la distribución espacial de las distintas CT y sus respectivas áreas temporales de accesibilidad de 60, 90 y 120 minutos. Observando dicho mapa se puede comprobar como la mayoría del territorio queda dentro de los 90 minutos de conducción a dichos dispositivos. Concretamente algo más del 85% de la población se sitúa a menos de 60 minutos y este porcentaje aumenta a casi el 100% si tenemos ampliamos la distancia temporal por carretera a los 90 minutos (tabla IV.10).

Mapa IV.40. Áreas de accesibilidad por carretera de las CT.

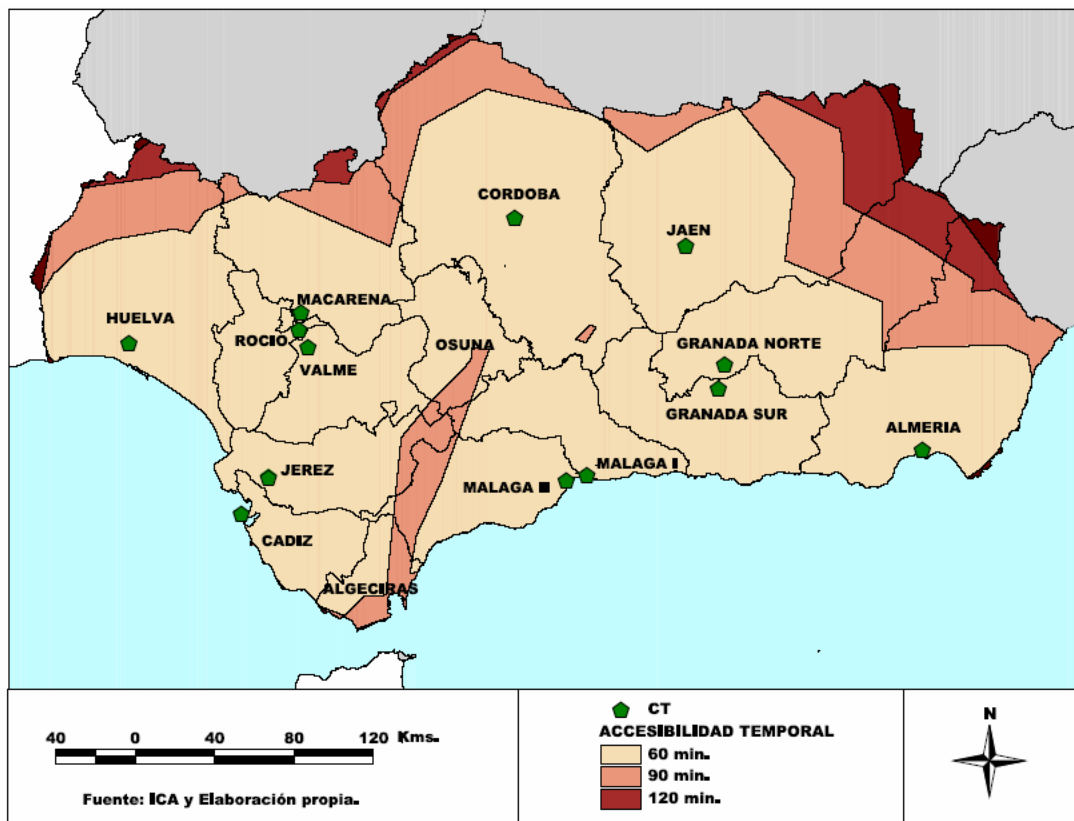


Tabla IV.10. Población de las áreas de accesibilidad temporal a las CT.

Áreas temporales	Población cubierta	% Población cubierta
60 minutos	6.562.324	86%
90 minutos	969.661	13%
120 minutos	74.863	1%
TOTAL	7.606.848	100%

Fuente: Elaboración propia

3. Accesibilidad temporal a los dispositivos de actividades estructuradas y de día de adultos.

Los servicios de atención de día en salud mental se prestan en Andalucía a través de los Hospitales de Día (HD) y las Unidades de Rehabilitación de Área (URA). Las Unidades de Rehabilitación de Área (URA) son centros de día donde se realizan actividades de rehabilitación de pacientes psicóticos crónicos, en régimen de atención continuada (el paciente pasa en el centro varias horas al día, varios días a la semana, y durante todo el tiempo está ocupado en actividades rehabilitadoras y/o ocupacionales). Por su parte los

Hospitales de Día (HD) se definen como aquellos centros de atención continuada en régimen de hospitalización parcial (al menos 5 horas diarias, todos los días laborables) de pacientes con trastorno mental severo y prolongado cuyo fin es evitar la hospitalización completa y reducir las estancias en las USM-HG.

En Andalucía, existen un total de 6 Hospitales de Día y 9 URAs. Existe una URA por cada provincia, excepto en la provincia de Sevilla en donde se localizan dos. Por su parte, los Hospitales de Día Infantil y Juvenil están presentes únicamente en 5 de las 8 provincias andaluzas.

3.1. Accesibilidad temporal a los Hospitales de Día (HD)

Los Hospitales de Día prestan un servicio diario a pacientes con enfermedad mental grave en régimen de hospitalización parcial. Al tratarse de un dispositivo de utilización diaria, debería estar distribuido por todo el territorio andaluz para permitir prestar atención a un mayor porcentaje de población. No se detecta ningún dispositivo de este tipo en las provincias de Córdoba y Málaga. El mapa IV.41 permite observar la distribución de los 6 Hospitales de Día y sus respectivas áreas de cobertura temporal de 30, 60, 90 y 120 minutos. Estas áreas permiten comprobar como el 46% de la población está situada a menos de 30 minutos, y más del 75% a menos de 60 minutos (tabla IV.11). El 26% se sitúa a más de 60 minutos lo cual hace bastante complicado que estas personas puedan recibir atención diaria en alguno de los HD.

Mapa IV.41. Áreas de accesibilidad por carretera de los HD.

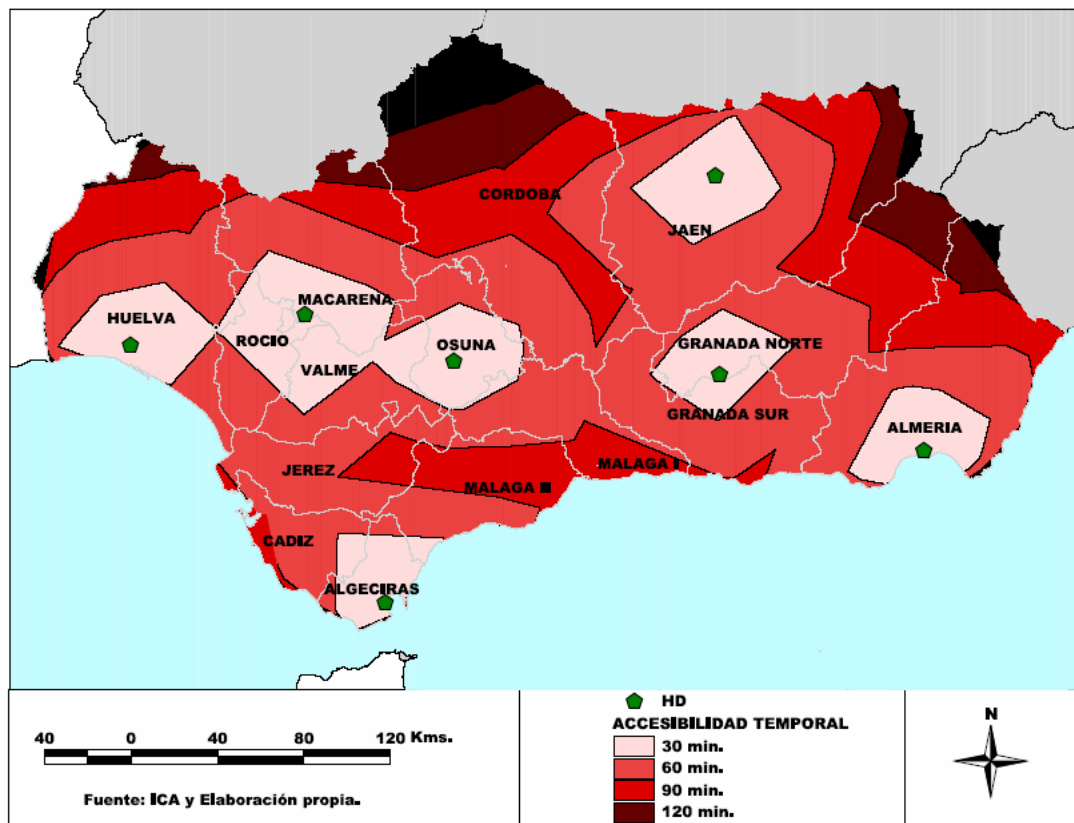


Tabla IV.11. Población de las áreas de accesibilidad temporal a los HD.

Áreas temporales	Población cubierta	% Población cubierta
30 minutos	3.487.185	46%
60 minutos	2.103.508	28%
90 minutos	1.874.636	24%
120 minutos	141.519	2%
TOTAL	7.606.848	100%

Fuente: Elaboración propia

3.2. Accesibilidad temporal a las Unidades de Rehabilitación de Área (URA)

En Andalucía se localizan 9 Unidades de Rehabilitación de Área (URA), 1 por cada provincia, excepto en Sevilla donde existen 2 (ver mapa IV.42). Las 9 URA existentes se localizan en las capitales provinciales excepto la de la provincia de Cádiz que se encuentra en el Puerto de Santa María. Se han calculado las áreas de accesibilidad temporal de 30, 60, 90 y 120 minutos que permite observar como el 65% queda a menos de 30 minutos de alguna de las URA y el 89% a menos de 60 minutos (tabla IV.12). Tan sólo el 11% de la población queda fuera de las áreas de 60 minutos. Con 3 dispositivos

más que en el caso de los HD, analizadas anteriormente, se ha conseguido aumentar el grado de cobertura de 60 minutos en casi un 15% de la población.

Mapa IV.42. Áreas de accesibilidad por carretera de las URA.

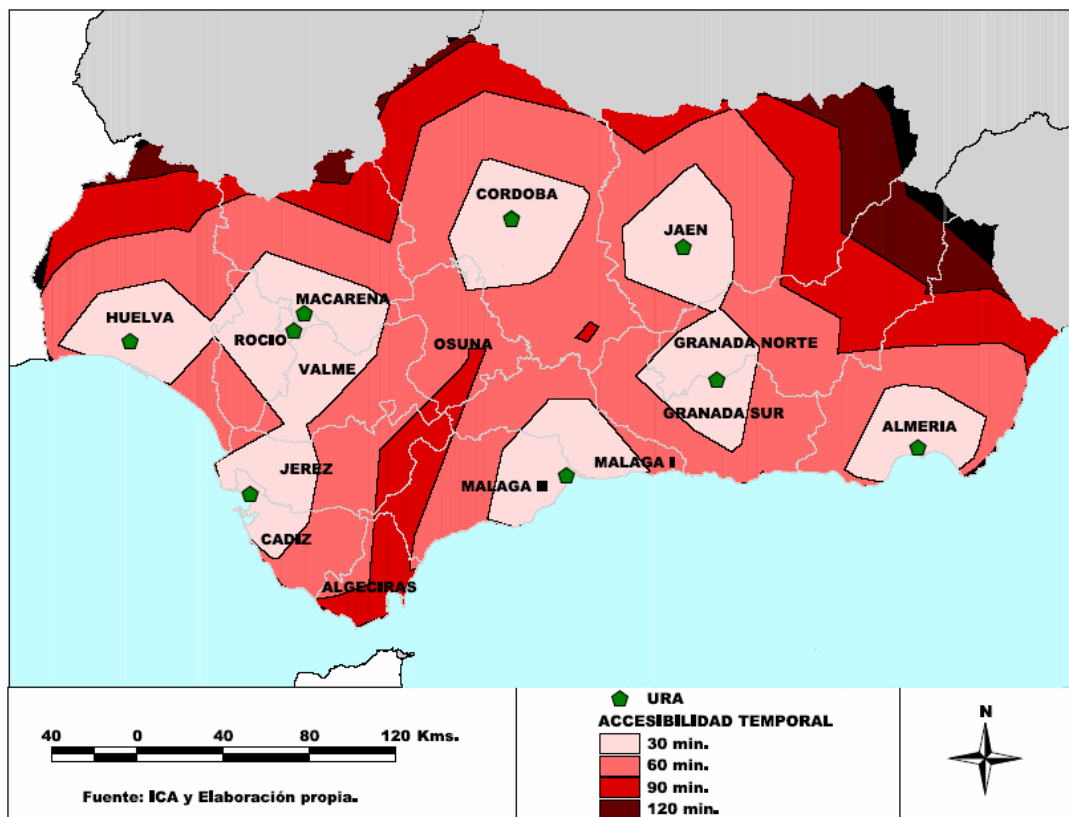


Tabla IV.12. Población de las áreas de accesibilidad temporal a las URA.

Áreas temporales	Población cubierta	% Población cubierta
30 minutos	4.968.046	65%
60 minutos	1.859.259	24%
90 minutos	664.482	9%
120 minutos	115.061	2%
TOTAL	7.606.848	100%

Fuente: Elaboración propia

4. Accesibilidad temporal a los dispositivos de atención infantil y juvenil. Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI)

Los recursos de salud mental destinados específicamente a población infantil y juvenil se desarrollan en torno a las Unidades de Salud Mental Infantil y juvenil (USMI), que son

unidades de apoyo a los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). Las USMI prestan atención sobre todo ambulatoria a la población menor de 18 años con graves trastornos mentales y cuyas necesidades sobrepasan la capacidad de actuación de los ESMD, que únicamente atienden a niños y adolescentes con problemas menos graves. Siguiendo el modelo de la USMI de Jaén y la USMI de Almería, desde el SAS se ha ampliado recientemente las funciones ambulatorias al resto de USMI andaluzas, para realizar también atención en hospital de día y hospitalizaciones.

Las Unidades de Salud Mental Infantil y Juveniles (USMI) atienden únicamente a pacientes menores de 18 años con graves trastornos mentales en régimen ambulatorio. Las USMI suponen un apoyo a la actividad asistencial que se realiza en los ESMD que si atienden a todas las edades. La mayoría de estas USMI poseen un Hospital de Día y una Unidad de Hospitalización coordinados desde el mismo equipo profesional. Las USMI de Almería y de Jaén fueron las primeras en incorporar al servicio ambulatorio estos dos tipos de servicios (Hospital de Día y Unidad de Hospitalización), difundiéndose al resto de USMI a partir del 2001.

En el mapa IV.43 aparecen localizadas las 13 USMI existentes en Andalucía, de ellas 9 poseen Unidad de Hospitalización. Una de las dos USMI localizadas en la ciudad de Málaga no posee Unidad de Hospitalización, ni la del ASM de Algeciras, y en Sevilla a pesar de existir 3 USMI tan sólo una de ellas cuenta con dicha unidad. Cabe señalar que estas USMI están situadas en las capitales provinciales, a excepción de las de Jerez, Puerto Real y Algeciras.

Se han trazado las áreas de accesibilidad temporal de 15, 30, 45, 60, 75, 90 y 105 minutos desde las USMI. Analizando la población cubierta se ha detectado como más del 50% de la población menor de 18 años se sitúa a menos de 15 minutos de las USMI y más del 70% a menos de 30 minutos (tabla IV.13). Del otro lado, casi el 30% de la población menor de 18 años queda fuera de los 30 minutos. Más del 95% de los menores de 18 años están a menos de 60 minutos de las USMI.

Por lo general, la distribución de las USMI en el territorio andaluz de sus áreas de accesibilidad temporal por carretera es bastante equilibrada. Teniendo en cuenta únicamente las áreas de 15 y 30 minutos es posible detectar importantes zonas alejadas. Al igual que en el caso de la distribución de las USM-HG, la cobertura temporal de las USMI deja más desatendidas por un lado las áreas más septentrionales, especialmente

en el extremo noroccidental jiennense, así como las ACESMD de Villamartín, Ronda y Antequera situadas en las Béticas y las ACESMD de Cabra y Alcalá la Real.

Mapa IV.43. Áreas de accesibilidad por carretera de las USMI.

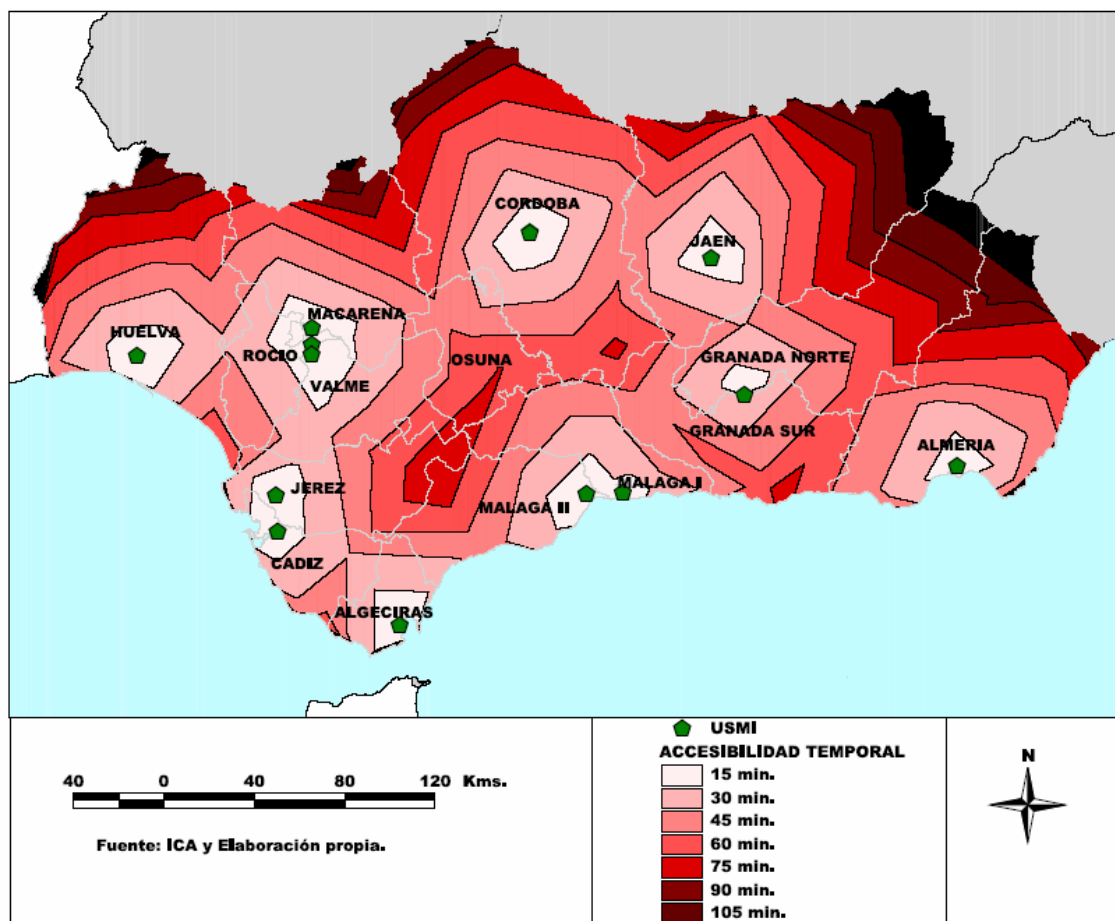


Tabla IV.13. Población de las áreas de accesibilidad temporal a las USMI.

Áreas temporales	Población cubierta	% Población cubierta
15 minutos	4.050.777	53%
30 minutos	1.506.660	20%
45 minutos	1.095.070	14,5%
60 minutos	621.751	8%
75 minutos	236.934	3%
90 minutos	61.306	1%
105 minutos	34.350	0,5%
TOTAL	7.606.848	100%

Fuente: Elaboración propia

E. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ANDALUCÍA.

1. Morbilidad en los Equipos de Salud Mental de Distrito (SISMA).

1.1. Características de la población atendida en los Equipos de Salud Mental de Andalucía.

1.1.1. Distribución de los pacientes por sexo.

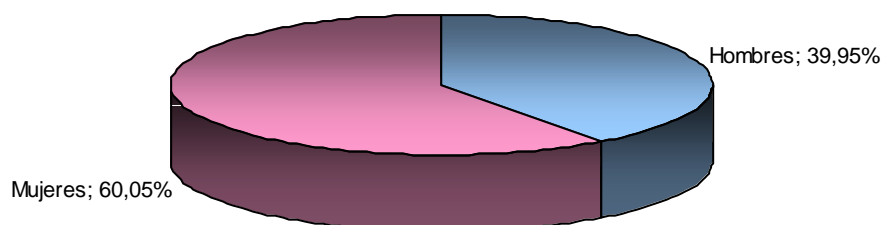
La distribución de los pacientes por sexo pone de manifiesto la predominancia de las mujeres sobre los hombres (tabla IV.14 y gráfico IV.1). Si comparamos este dato con la información del CMBD se aprecia como esta tendencia es opuesta en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales (USM-HG). En los ESMD las mujeres atendidas suponen el 60% del total de pacientes atendidos, siendo el índice de masculinidad de 66,5 hombres por cada 100 mujeres.

Tabla IV.14. Población atendida en los ESMD por sexo.

Género	Nº pacientes	% Pacientes
Hombres	77.081	39,95%
Mujeres	115.857	60,05%
Total	192.938	100%
Índice de masculinidad: 66,5 hombres por cada 100 mujeres		

Fuente: SISMA, 2004.

Gráfico IV.1. Distribución porcentual de la población atendida en los ESMD por sexo.



Fuente: SISMA; 2004.

1.1.2. Distribución de los pacientes por edad.

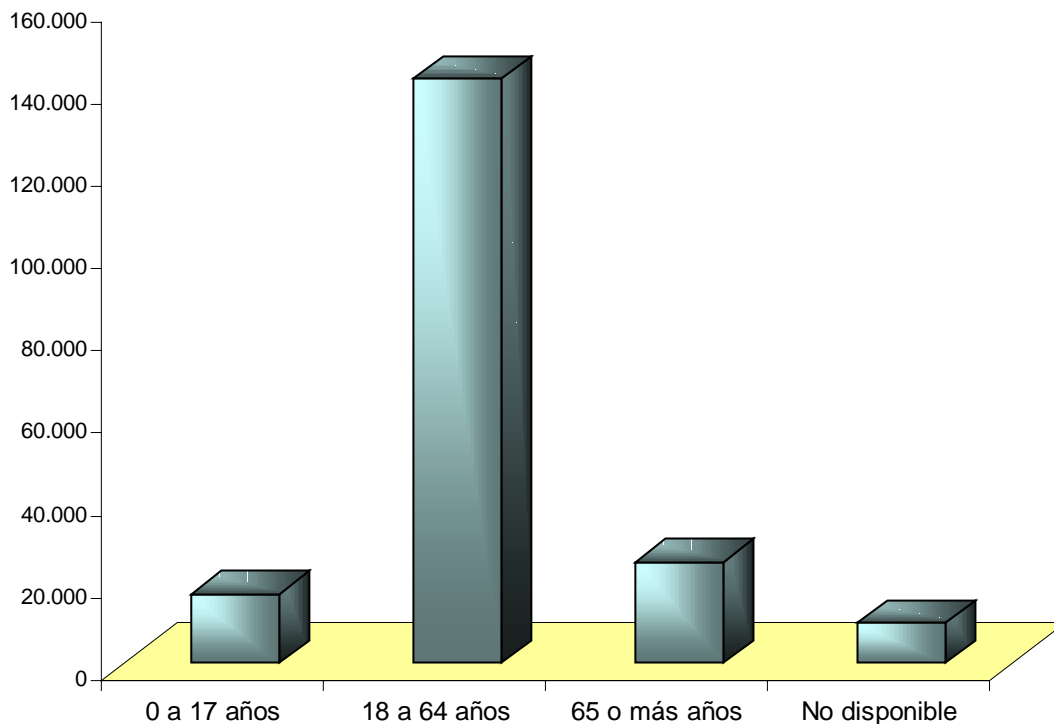
La edad es una de las características de mayor relevancia para la caracterización demográfica de la población con trastornos mentales (ver tabla IV.15 y gráfico IV.2). No se poseen datos sobre su fecha de nacimiento únicamente para el 5,04% de los pacientes y poco más son erróneos (0,1 %). La población menor de 18 años (tasa de juventud) supone el 9,11% mientras que los mayores de 64 años (tasa de vejez) llegan al 13,33%.

Tabla IV.15. Población atendida en los ESMD por grandes grupos de edad.

Grupos de edad	Nº pacientes	% pacientes con edad conocida
0 a 17 años	16.697	9,11%
18 a 64 años	142.087	77,56%
65 o más años	24.424	13,33%
No disponible	9.730	5,04% (sobre el total de pacientes)
TOTAL	192.938	100%

Fuente: SISMA, 2004.

Gráfico IV.2. Población atendida en los ESMD por grandes grupos de edad.



Fuente: SISMA, 2004.

1.1.3. Distribución de los pacientes por estado civil.

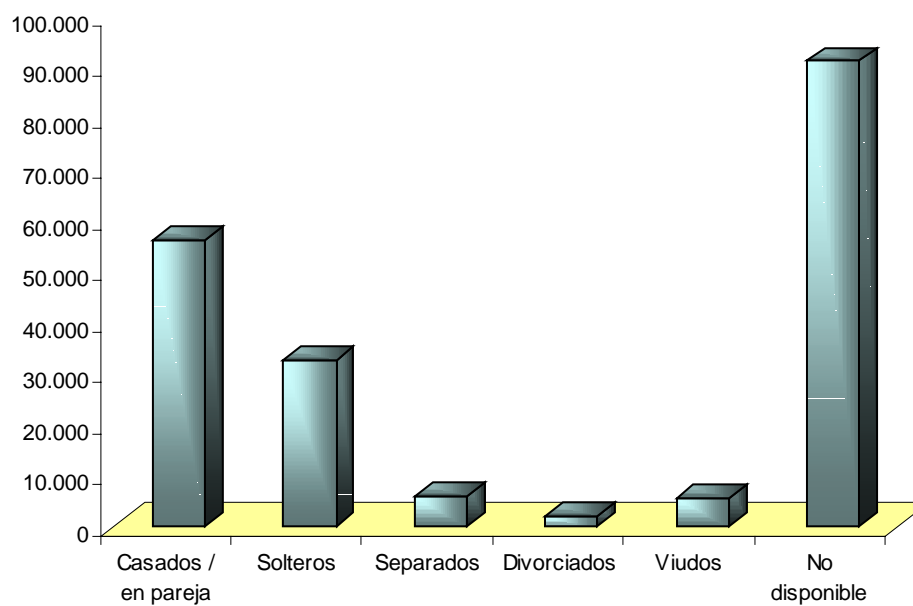
El aislamiento puede aumentar el riesgo de padecer enfermedad mental. Diversos estudios epidemiológicos han señalado la correlación existente entre no estar casado y padecer un trastorno mental, las personas solteras, divorciadas o viudas tienen una mayor probabilidad de padecer trastornos mentales (tabla IV.16 y gráfico IV.3). Cerca del 50% de los pacientes no cuentan con información sobre su estado civil en el SISMA. Los pacientes que cuentan con esta información se distribuyen en un 55% de casados o que viven en pareja, un 32% de solteros, un 6% de separados, 5% de viudos y el 2% de divorciados. Los pacientes atendidos no casados o que residen sin pareja constituyen el 45% (tasa de pacientes no casados).

Tabla IV.16. Población atendida en los ESMD según su estado civil.

Estado civil	Nº pacientes	% pacientes con estado civil conocido
Casados / en pareja	56.139	55,17%
Solteros	32.463	31,90%
Separados	5.768	5,67%
Divorciados	1.974	1,94%
Viudos	5.410	5,32%
No disponible	91.184	47,26% (sobre el total de pacientes)
Tasa de pacientes no casados: 44,8%		

Fuente: SISMA, 2004.

Gráfico IV.3. Población atendida por los ESMD según su estado civil.



Fuente: SISMA, 2004.

1.1.4. Distribución de los pacientes por situación laboral.

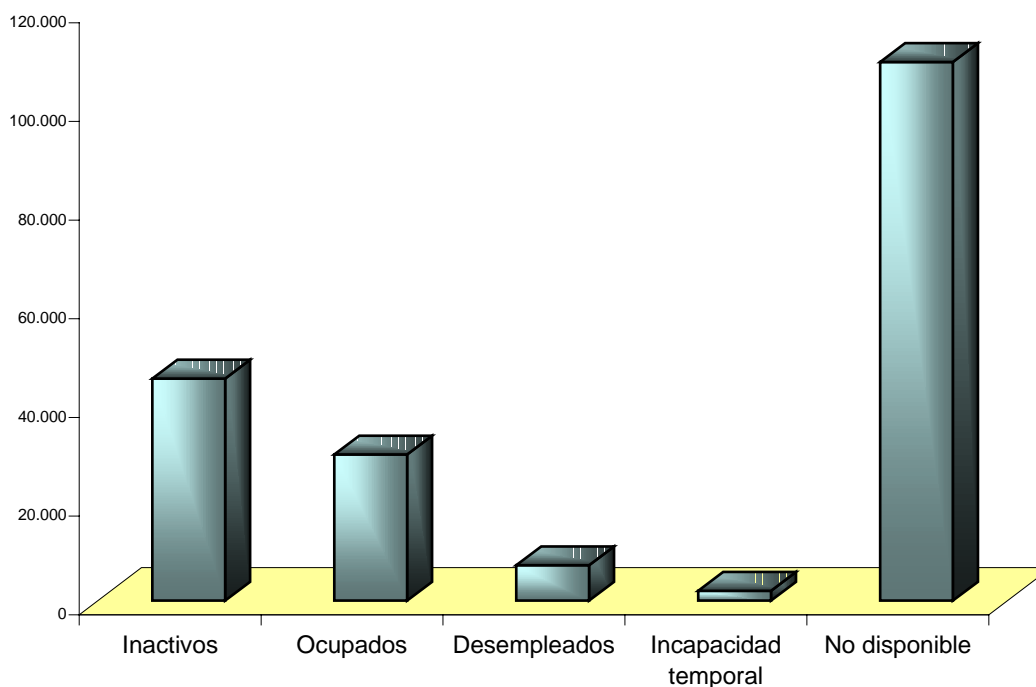
Otra característica de los pacientes que aporta el SISMA es la situación laboral (tabla IV.17 y gráfico IV.4) aunque, al igual que para el estado civil, un porcentaje alto de pacientes no cuentan con información laboral (57%). Si analizamos los pacientes con información sobre su situación laboral se observa como la mayor parte se engloba dentro del grupo de población inactiva (56,14%). Dentro de la población inactiva destacan las amas de casa con un 42%, los jubilados con el 24% y los estudiantes con un 12%, también destaca el 4% de personas con invalidez temporal. Los pacientes que declararon estar ocupados representan el 35% mientras que los desempleados son el 9%. La tasa paro es de 19,4 personas por cada 100 pacientes activos.

Tabla IV.17. Población atendida en los ESMD según su situación laboral.

Situación laboral	Nº pacientes	% pacientes con situación laboral conocida
Inactivos	47.056	56,14%
Activos	36.759	43,86%
Ocupados	29.613	35,33%
Desempleados	7.146	8,53%
No disponible	109.123	56,56% (sobre el total de pacientes)
Tasa de pacientes ocupados: 80,6% Tasa de pacientes parados: 19,4%		

Fuente: SISMA, 2004.

Gráfico IV.4. Población atendida en los ESMD según su situación laboral.



Fuente: SISMA, 2004.

1.1.5. Distribución de los pacientes por diagnóstico.

El SISMA contiene información sobre el diagnóstico principal para cerca del 75% de los pacientes. En el resto de pacientes no se ha registrado esta información o han sido considerados sin patología psiquiátrica. La distribución de los pacientes por grandes grupos diagnósticos de la CIE-10 queda recogida en la tabla IV.18 y el gráfico IV.5.

El grupo diagnóstico más representado es el de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos con cerca del 30% de los pacientes. El segundo grupo está representado en un 20% y se refiere a los trastornos del humor. El último gran grupo diagnóstico representa a la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes con un 10% de los pacientes.

El resto de grupos diagnóstico no superan el 4%. Son los trastornos de personalidad y del comportamiento de adultos (3,5%) y en la infancia y adolescencia (2,7%), aunque hay que considerar que en muchos casos estos pacientes son derivados a las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMI) para un tratamiento más especializado; los trastornos orgánicos (1,9%), retraso mental (1,7%), trastornos del comportamiento debido a

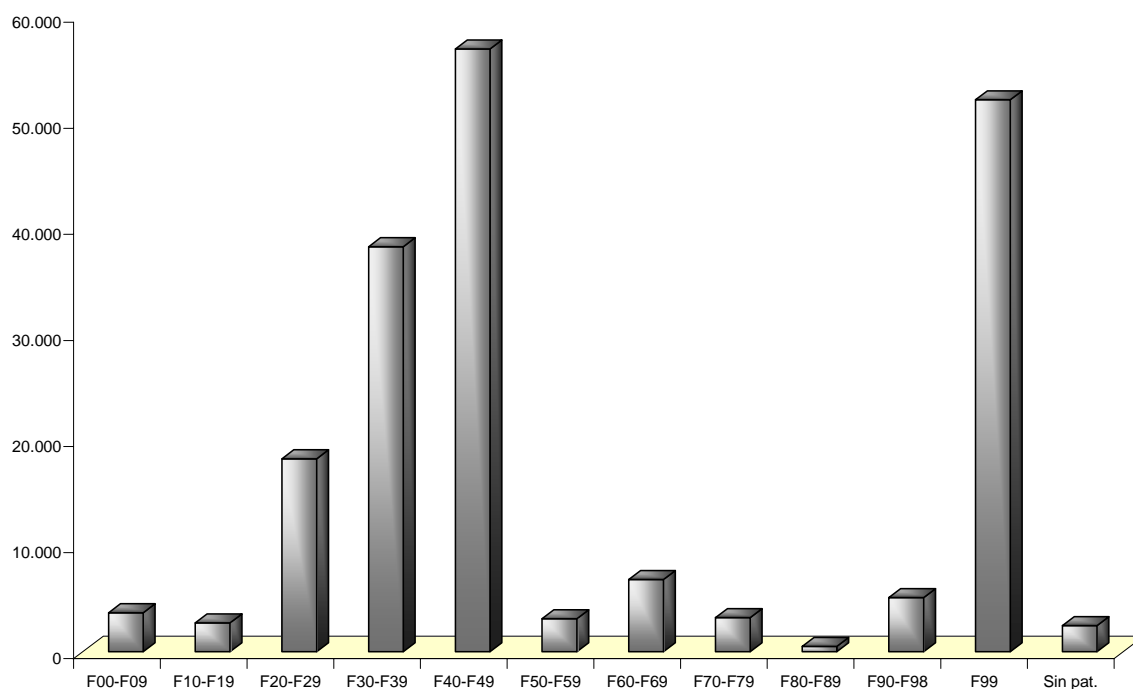
disfunciones fisiológicas y factores somáticos (1,6%), los trastornos debido al consumo de sustancias psicotropas (1,4%) y por último los trastornos del desarrollo psicológico (0,3%).

Tabla IV.18. Población atendida por los ESMD por agrupaciones diagnósticas psiquiátricas (CIE-10).

Agrupaciones de diagnósticos psiquiátricos	Subgrupos CIE-10	Número de pacientes	Porcentaje
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	F00-F09	3.686	1,91
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas	F10-F19	2.726	1,41
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	F20-F29	18.198	9,43
Trastornos del humor (afectivos)	F30-F39	38.201	19,80
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	F40-F49	56.851	29,47
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	F50-F59	3.110	1,61
Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	F60-F69	6.816	3,53
Retraso mental	F70-F79	3.215	1,67
Trastornos del desarrollo psicológico	F80-F89	501	0,26
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	F90-F98	5.110	2,65
No disponible (en blanco y trastorno mental sin especificación)	F99	52.059	26,98
Sin patología psiquiátrica	-	2.465	1,28
Total	-	192.938	100

Fuente: SISMA, 2004.

Gráfico IV.5. Población atendida por los ESMD por agrupaciones diagnósticas psiquiátricas (CIE-10).



Fuente: SISMA; 2004

1.2. Indicadores de actividad de los Equipos de Salud Mental de Distrito.

1.2.1. Indicadores de actividad de los Equipos de Salud Mental de Distrito en Andalucía.

El estudio de la distribución territorial de la morbilidad de los trastornos psiquiátricos resulta fundamental para estudiar y planificar la atención de la salud mental. Este tipo de análisis permite detectar las carencias y problemas existentes en las diferentes Áreas de Cobertura de los ESMD (ACESMD) y planificar de manera que se reduzcan las desigualdades territoriales. A partir de la información de actividad y de pacientes que recoge el SISMA es posible examinar las características generales y calcular los principales indicadores de actividad de salud mental a nivel regional.

Durante el 2004, fueron atendidos por los ESMD un total de 192.938 pacientes que requirieron un total de 892.917 consultas (tabla IV.19). Resulta de interés la diferenciación que se realizó en el SISMA de este año entre los pacientes que accedieron por primera vez a la red de salud mental y aquellos que se reincorporan tras un periodo de ausencia o alta a los ESMD. Los ESMD registraron un total de 95.355 primeras consultas durante el

año 2004, de las cuales 73.918 (78%) se correspondieron a pacientes que no habían recibido atención psiquiátrica, al menos dentro de la red de salud mental pública. Los pacientes que volvieron a demandar atención tras un periodo de ausencia o alta fueron concretamente 20.369 (21%). Los valores no cumplimentados referidos a dicha variable se corresponden con el ESMD de Aljarafe que constituye aproximadamente el 1% del total.

Con los datos absolutos que se han expuesto es posible calcular distintos indicadores de actividad. La incidencia administrativa, que tiene en cuenta a los pacientes que se incorporaron por primera vez por cada 1.000 habitantes, es de casi 10 pacientes. La tasa de incidencia más pacientes reincorporados, que relaciona a los pacientes nuevos y a los reincorporados por 1.000 habitantes, es de más de 12 personas por cada 1.000 andaluces. Por su parte la prevalencia administrativa, que relaciona a los pacientes totales por cada 1.000 habitantes andaluces, es de más de 25 pacientes. La frecuentación administrativa, que relaciona a la población con el número de consultas, supera las 115 consultas por cada 1.000 habitantes.

Tabla IV.19. Indicadores de actividad registrada en los ESMD de Andalucía.

Indicadores de actividad	Tasas y valores absolutos
Incidencia (Tasa de primeras consultas (pacientes nuevos) por 1.000 habitantes)	9,72 (73.918)
Tasa de incidencia más pacientes reincorporados (Tasa de primeras consultas (nuevos y reincorporados) por 1.000 habitantes)	12,54 (95.355)
Prevalencia (Tasa de pacientes totales por 1.000 habitantes)	25,36 (192.938)
Frecuentación (Tasa de consultas totales por 1.000 habitantes)	117,38 (892.917)

Fuente: SISMA, 2004.

1.2.2. Distribución territorial de la actividad de los Equipos de Salud Mental de Distrito en las 15 Áreas de Salud Mental.

En la tabla IV.20 aparecen representados los principales indicadores de actividad registrada en los ESMD andaluces agregados en cada una de las 15 Áreas de Salud Mental (ASM).

Tabla IV.20. Indicadores de actividad referidos a las 15 ASM de Andalucía.

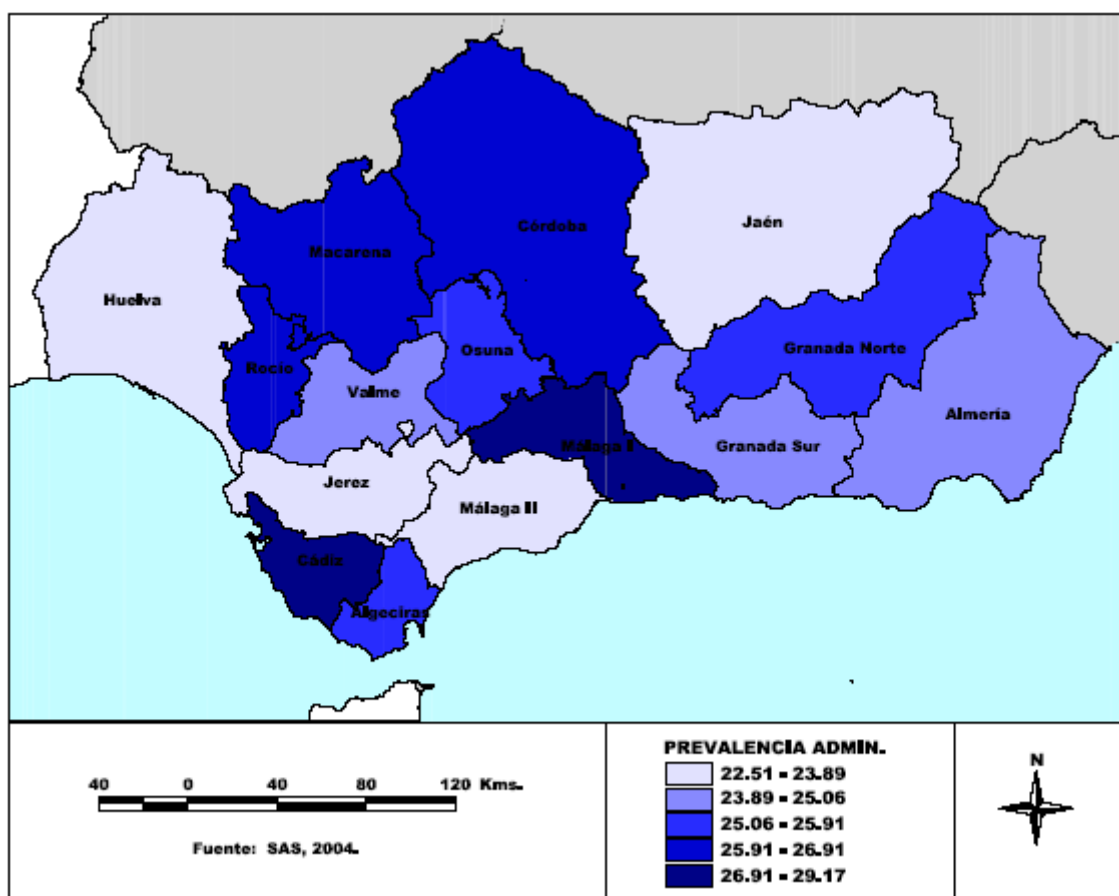
Áreas de Salud Mental	Prevalencia	Incidencia	Tasa de incidencia más pacientes reincorporados	Frecuentación
Almería	24,01 (13.572)	10,54 (5.956)	13,93 (7.874)	115,10 (65.069)
Jerez	23,89 (10.152)	8,91 (3.785)	11,62 (4.937)	129,05 (54.836)
Cádiz	28,87 (14.087)	10,62 (5.182)	14,15 (6.906)	141,75 (69.168)
Algeciras	25,91 (6.293)	10,70 (2.598)	12,98 (3.151)	107,63 (26.138)
Córdoba	26,59 (20.734)	10,83 (8.447)	14,24 (11.099)	137,94 (107.543)
Granada Norte	25,54 (10.176)	9,13 (3.640)	11,96 (4.765)	118,14 (47.078)
Granada Sur	23,91 (10.270)	8,44 (3.626)	11,68 (5.019)	119,66 (51.407)
Huelva	22,81 (10.533)	8,94 (4.129)	10,46 (4.828)	99,95 (46.145)
Jaén	23,89 (15.568)	8,63 (5.621)	10,71 (6.980)	95,74 (62.384)
Málaga I	29,17 (16.382)	11,13 (6.252)	13,52 (7.592)	136,73 (76.775)
Málaga II	22,51 (18.305)	9,12 (7.420)	12,02 (9.778)	108,45 (88.206)
Osuna	25,91 (3.810)	8,02 (1.179)	8,90 (1.309)	94,19 (13.849)
Rocío	26,29 (18.578)	9,43 (6.663) (4)	13,61 (9.621)	112,81 (79.733)
Macarena	26,91 (14.796)	10,55 (5.801)	12,91 (7.099)	122,39 (67.292)
Valme	25,06 (9.682)	9,37 (3.619)	11,38 (4.397)	96,54 (37.294)
TOTAL	25,36 (192.938)	9,72 (73.918)	12,54 (95.355)	117,38 (892.917)

Fuente: SISMA, 2004

a) Distribución territorial de la prevalencia administrativa en las 15 ASM.

Los menores valores de prevalencia administrativa, que expresa el número de pacientes atendidos por cada 1.000 habitantes, se registran en las ASM de Málaga II y Huelva con 23 por 1.000, aunque hay que recordar que del Área de Málaga II faltan los datos de Antequera por lo que su valor real debería ser bastante más alto. Las mayores prevalencias se acercan a los 29 pacientes por 1.000 habitantes en Cádiz y Málaga I (mapa IV.44).

Mapa IV.44. Distribución territorial de la prevalencia por 1.000 habitantes en los ESMD por ASM de Andalucía.



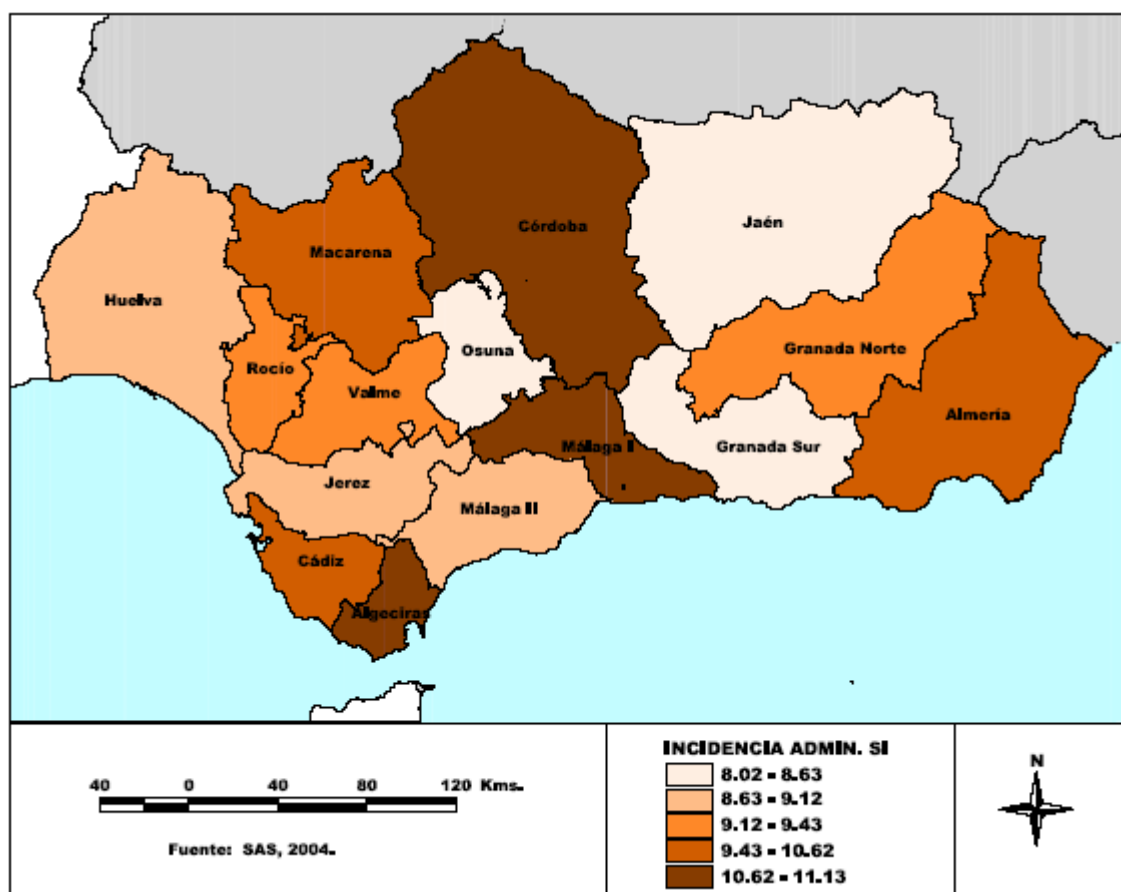
b) Distribución territorial de la incidencia administrativa en las 15 ASM.

La incidencia administrativa se expresa como el número de primeras consultas por cada mil habitantes del área de cobertura asistencial. Las primeras consultas señaladas en el SISMA puede referirse tanto a pacientes nuevos en el ESMD, como también a los pacientes reincorporados después de un periodo de ausencia o alta. En el SISMA del

2002 y 2003 no se hacía esta distinción y resultaban valores de incidencia muy por encima de los registrados en otras CCAA. Sin embargo, este problema ha sido subsanado en la base de datos del SISMA 2004 y se distingue a los pacientes nuevos respecto a aquellos reincorporados. En este estudio se ha calculado la Incidencia administrativa y otras dos tasas que tienen en cuenta sólo a los pacientes reincorporados o a estos junto a los nuevos para permitir la comparación con los datos del 2002 y 2003.

Los valores más altos de incidencia administrativa se sitúan alrededor del 11 por 1.000 en los ESMD de Málaga I, Córdoba, Algeciras, Cádiz, Macarena y Almería. Los menores valores, en torno al 8 por 1.000, se registran en las ASM de Osuna y Granada Sur (mapa IV.45).

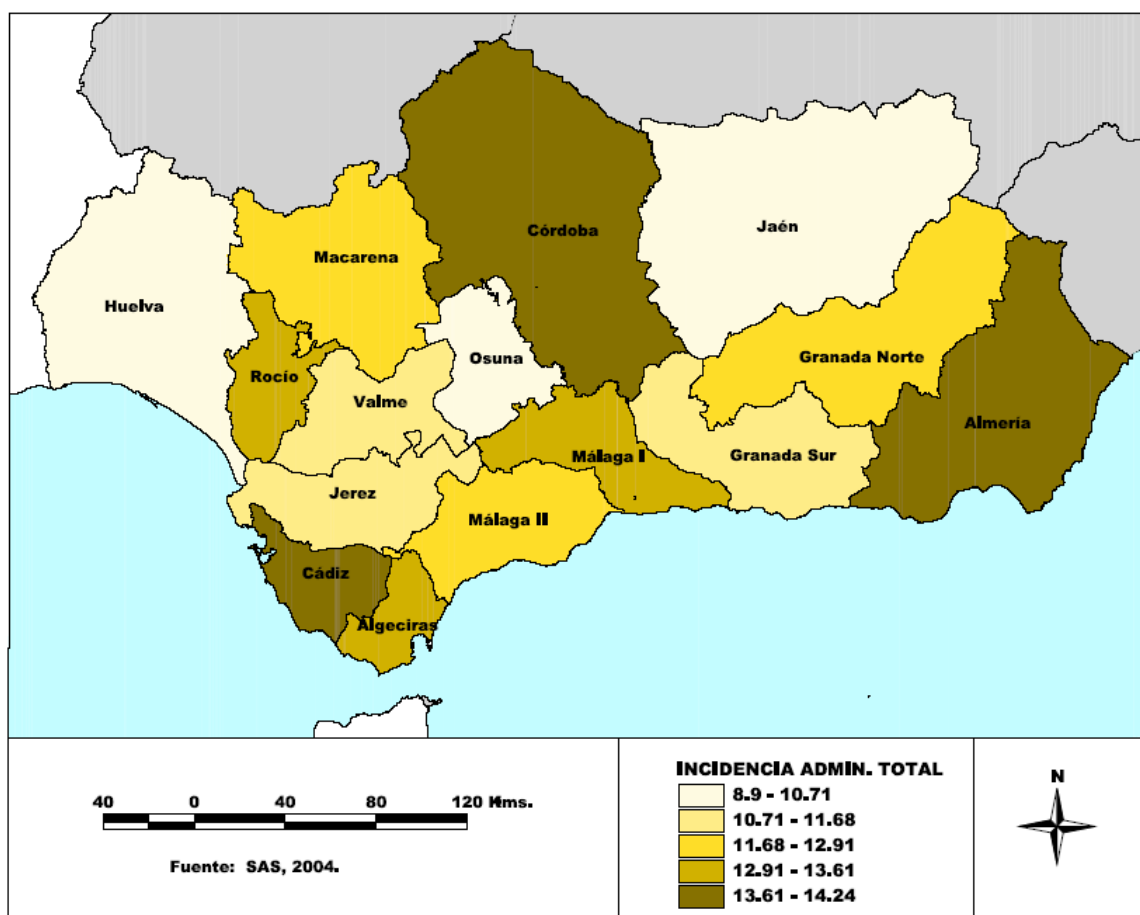
Mapa IV.45. Distribución territorial de la incidencia por 1.000 habitantes en los ESMD por ASM de Andalucía.



c) Distribución territorial de la tasa de incidencia más reincorporados en las 15 ASM.

La tasa de incidencia más reincorporados, referida a los pacientes atendidos por primera vez más aquellos reincorporados al ESMD tras un periodo de ausencia, presenta valores mayores que sobresalen en las ASM de Córdoba, Cádiz y Rocío en torno al 14 por 1.000. Las menores tasas se sitúan en Osuna con menos del 9 por 1.000 y en Huelva y Jaén con algo menos del 11 por 1.000 (mapa IV.46).

Mapa IV.46. Distribución territorial de la tasa de incidencia más reincorporados por 1.000 habitantes en los ESMD por ASM de Andalucía.

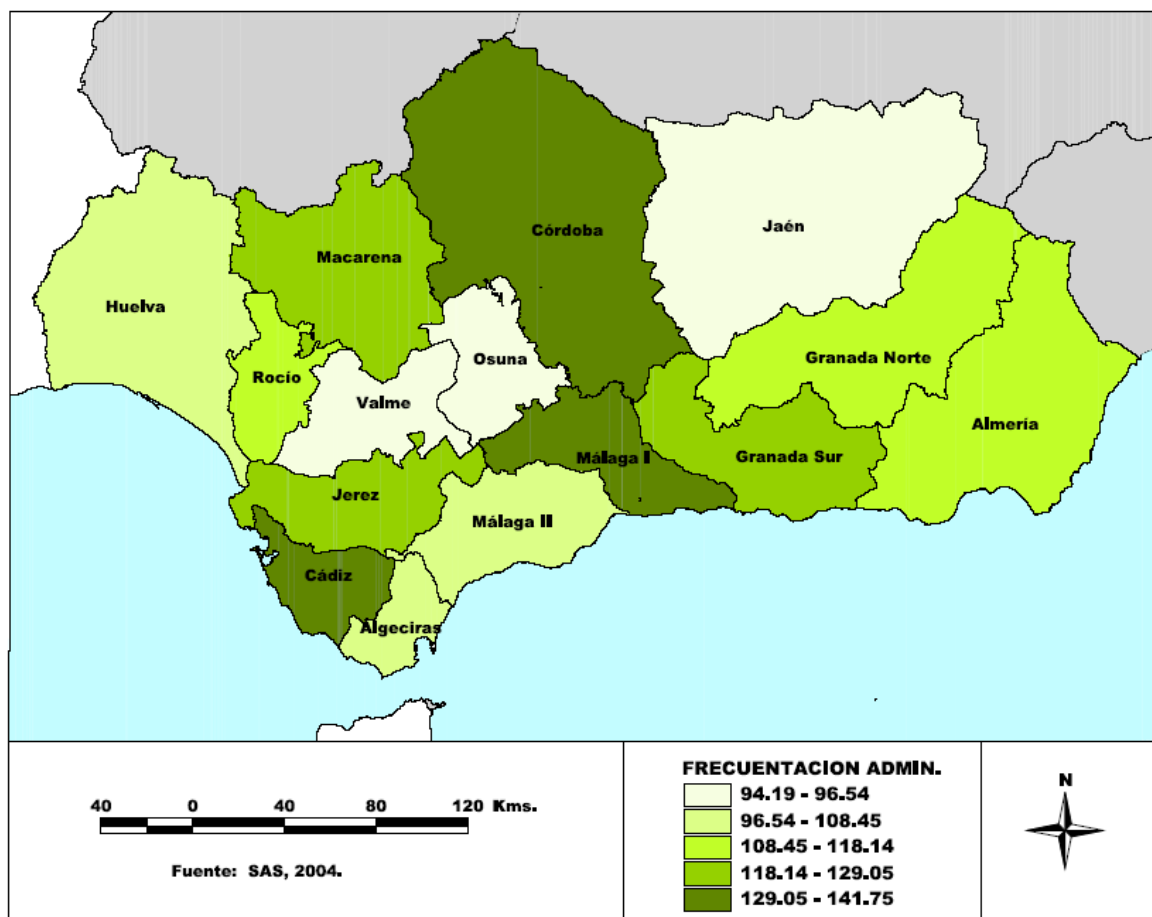


d) Distribución territorial de la frecuentación administrativa en las 15 ASM.

Por último, los datos sobre la frecuentación administrativa, número de consultas totales por cada 1.000 habitantes, muestran como los mayores valores se registra en las ASM de

Cádiz, Málaga I y Córdoba con más de 136 consultas por 1.000 habitantes. Por su parte, las AMS de Huelva, Osuna, Valme, Jaén presentan unos valores por debajo de 100 consultas por cada 1.000 habitantes (mapa IV.47).

Mapa IV.47. Distribución territorial de la frecuentación por 1.000 habitantes en los ESMD por ASM de Andalucía.



1.2.3. Distribución territorial de la actividad de los Equipos de Salud Mental de Distrito por Áreas de Cobertura de los Equipo de Salud Mental de Distrito (ACESMD).

En la tabla IV.21 aparecen representados los principales indicadores de actividad registrada en los ESMD andaluces.

Tabla IV.21. Indicadores de actividad referidos a los 72 ESMD de Andalucía.

ESMD	Prevalencia	Incidencia	Tasa de incidencia más pacientes reincorporados	Frecuentación	Facultativos por 1.000 pacientes	Facultativos por 1.000 consultas
Roquetas	22,23 (1.758)	10,66 (843)	13,76 (1.088)	104,75 (8.285)	1,71	0,36
Alto Alanzora - Albox	27,15 (1.248)	11,38 (523)	15,47 (711)	158,17 (7.270)	1,60	0,28
Poniente - El Ejido	24,73 (2.592)	11,68 (1.224)	15,15 (1.588)	92,02 (9.646)	1,93	0,52
Almería	25,81 (6.649)	10,35 (2.667)	14,22 (3.663)	123,98 (31.945)	1,80	0,38
Levante - Huerca-Overa	17,04 (1.325)	8,99 (699)	10,59 (824)	101,87 (7.923)	2,26	0,38
Sierra de Cádiz - Villamartín	23,77 (2.776)	8,48 (990)	10,33 (1.207)	100,49 (11.738)	1,80	0,43
Sanlúcar de Barrameda	22,87 (2.583)	9,49 (1.072)	12,32 (1.392)	122,56 (13.844)	1,94	0,36
Jerez de la Frontera	24,56 (4.793)	8,83 (1.723)	11,98 (2.338)	149,89 (29.254)	1,67	0,27
Triángulo Interior - Vejer	25,23 (2.065)	8,91 (729)	11,62 (951)	124,49 (10.189)	1,94	0,39
Bahía de Cádiz - Ptº.Sta.Mª.	24,94 (2.916)	10,88 (1.272)	13,88 (1.623)	142,95 (16.714)	1,71	0,30
Cádiz	37,38 (5.046)	11,50 (1.553)	16,71 (2.255)	164,24 (22.170)	1,59	0,36
San Fernando	26,94 (2.384)	9,65 (854)	12,00 (1.062)	123,66 (10.943)	1,68	0,37
Chiclana de la Frontera	25,51 (1.676)	11,78 (774)	15,45 (1.015)	139,31 (9.152)	1,79	0,33
Algeciras	26,60 (3.824)	10,75 (1.545)	12,94 (1.861)	121,23 (17.429)	1,57	0,34
La Línea de la Concepción	24,92 (2.469)	10,63 (1.053)	13,02 (1.290)	87,90 (8.709)	1,62	0,46
Valle de los Pedroches	31,95 (1.432)	12,50 (560)	16,24 (728)	179,89 (8.062)	2,09	0,37
Peñarroya	34,70 (1.330)	12,94 (496)	17,64 (676)	168,61 (6.463)	1,50	0,31
Montoro	21,44 (963)	9,42 (423)	11,25 (505)	133,50 (5.995)	2,08	0,33
Palma del Río	28,45 (1.522)	11,35 (607)	14,34 (767)	177,79 (9.511)	2,63	0,42
Montilla	37,27 (2.471)	15,17 (1.006)	20,33 (1.348)	198,83 (13.182)	1,62	0,30
Lucena	34,23 (3.755)	12,65 (1.388)	16,26 (1.783)	187,89 (20.609)	1,07	0,19

ESMD	Prevalencia	Incidencia	Tasa de incidencia más pacientes reincorporados	Frecuentación	Facultativos por 1.000 pacientes	Facultativos por 1.000 consultas
Cabra	24,84 (2.089)	9,63 (810)	12,90 (1.085)	131,81 (11.086)	1,91	0,36
Córdoba Centro	21,57 (3.745)	9,17 (1.591)	10,47 (1.817)	112,19 (19.474)	1,87	0,36
Córdoba Sur	20,84 (3.427)	9,52 (1.566)	14,54 (2.390)	80,04 (13.161)	2,04	0,53
Baza	26,60 (1.562)	9,71 (570)	13,10 (769)	136,80 (8.032)	1,92	0,37
Guadix	32,39 (1.614)	9,31 (464)	12,02 (599)	157,88 (7.866)	1,86	0,38
Santa Fe	22,39 (1.909)	9,32 (795)	10,51 (896)	111,06 (9.469)	2,10	0,42
Granada Norte - Cartuja	24,87 (5.091)	8,85 (1.811)	12,22 (2.501)	106,06 (21.711)	1,77	0,41
Costa - Motril	20,13 (2.061)	7,28 (745)	9,95 (1.019)	139,12 (14.243)	2,43	0,35
Alpujarras - Órgiva	28,13 (908)	7,37 (238)	9,48 (306)	196,11 (6.329)	2,20	0,32
Loja	33,29 (2.053)	9,76 (602)	12,89 (795)	140,81 (8.683)	1,95	0,46
Granada Sur - Zaidín	22,50 (5.248)	8,75 (2.041)	12,43 (2.899)	94,96 (22.152)	1,91	0,45
Sierra de Aracena	25,46 (870)	8,49 (290)	10,15 (347)	164,97 (5.638)	3,45	0,53
Valverde del Camino – Riotinto	31,13 (1.186)	10,47 (399)	14,52 (553)	179,07 (6.822)	1,69	0,29
Costa Lepe	32,99 (2.459)	13,23 (986)	14,87 (1.108)	163,55 (12.190)	1,63	0,33
El Condado - La Palma	25,02 (1.768)	10,82 (765)	12,64 (893)	82,96 (5.863)	1,70	0,51
Huelva	17,40 (4.250)	6,92 (1.689)	7,89 (1.927)	64,01 (15.632)	2,35	0,64
Linares	28,91 (3.746)	11,18 (1.449)	14,02 (1.817)	106,16 (13.755)	1,60	0,44
Úbeda	17,22 (2.249)	6,45 (843)	7,96 (1.040)	67,20 (8.777)	2,22	0,57
Nordeste - Villacarrillo	24,47 (982)	8,27 (332)	8,89 (357)	87,82 (3.525)	2,04	0,57
Andújar	27,32 (1.666)	9,61 (586)	13,27 (809)	134,93 (8.229)	1,80	0,36
Alcalá la Real	33,32 (1.325)	10,28 (409)	12,09 (481)	170,46 (6.779)	2,26	0,44
Sierra Sur - Martos	18,85 (1.012)	8,66 (465)	10,93 (587)	80,31 (4.312)	2,96	0,70

ESMD	Prevalencia	Incidencia	Tasa de incidencia más pacientes reincorporados	Frecuentación	Facultativos por 1.000 pacientes	Facultativos por 1.000 consultas
Jaén	23,31 (4.588)	7,81 (1.537)	9,60 (1.889)	86,42 (17.007)	1,74	0,47
Ronda	31,74 (1.817)	12,42 (711)	15,27 (874)	216,98 (12.421)	2,20	0,32
Marbella - Ensanche	19,37 (3.504)	9,02 (1.632)	12,08 (2.185)	68,28 (12.350)	1,71	0,49
Fuengirola - Mijas - Los Boliches	17,09 (1.868)	7,70 (842)	9,98 (1.091)	117,30 (12.823)	3,21	0,47
Coin - Guadalhorce	24,52 (2.830)	9,34 (1.078)	11,41 (1.317)	105,04 (12.122)	1,41	0,33
Málaga Oeste - Carranque	40,35 (5.364)	14,00 (1.861)	19,19 (2.551)	181,25 (24.093)	1,68	0,37
Puerta Blanca	13,43 (2.922)	5,96 (1.296)	8,09 (1.760)	66,17 (14.397)	2,40	0,49
Antequera	no disponible	no disponible	no disponible	no disponible	0	0
Axarquía - Vélez Málaga	30,89 (3.811)	11,43 (1.410)	17,10 (2.109)	160,04 (19.744)	1,57	0,30
Málaga Norte - Guadalmedina	43,94 (8.149)	14,71 (2.727)	16,87 (3.128)	193,15 (35.819)	0,74	0,17
Málaga Centro	30,10 (4.422)	14,39 (2.115)	16,03 (2.355)	144,37 (21.212)	1,58	0,33
Écija - Virgen del Valle	21,89 (1.158)	6,77 (358)	7,84 (415)	108,75 (5.754)	2,59	0,52
Osuna	28,17 (2.652)	8,72 (821)	9,50 (894)	86,00 (8.095)	1,51	0,49
Mairena del Aljarafe - San Juan	23,45 (2.669)	9,70 (1.104)	11,66 (1.327)	86,60 (9.857)	1,87	0,51
Sevilla Guadalquivir	20,84 (2.679)	7,54 (969)	9,71 (1.248)	102,96 (13.238)	2,24	0,45
Sevilla Oriente	36,95 (4.008)	14,34 (1.555)	19,16 (2.078)	158,67 (17.209)	1,25	0,29
Sevilla Sur	25,93 (2.630)	12,38 (1.256)	14,81 (1.502)	111,65 (11.323)	2,28	0,53
Sevilla Este	26,42 (4.373)	10,75 (1.779)	14,49 (2.398)	119,83 (19.832)	1,60	0,35
Aljarafe	24,93 (2.219)	no disponible	12,00 (1.068)	92,96 (8.274)	1,35	0,36
Carmona	25,00 (2.265)	7,60 (689)	9,39 (851)	116,14 (10.523)	1,77	0,38
Sierra Norte - Constantina	22,14 (484)	8,19 (179)	9,56 (209)	168,15 (3.675)	6,20	0,82

ESMD	Prevalencia	Incidencia	Tasa de incidencia más pacientes reincorporados	Frecuentación	Facultativos por 1.000 pacientes	Facultativos por 1.000 consultas
Camas	24,73 (3.395)	9,64 (1.324)	12,34 (1.694)	107,28 (14.728)	1,77	0,41
San José de la Rinconada	24,44 (1.973)	11,26 (909)	13,19 (1.065)	136,22 (10.996)	2,03	0,36
Sevilla - Macarena Norte	26,64 (2.940)	11,82 (1.305)	15,76 (1.740)	136,92 (15.112)	1,70	0,33
Sevilla - Macarena Centro	34,31 (3.739)	12,80 (1.395)	14,13 (1.540)	112,49 (12.258)	1,60	0,49
Utrera	25,54 (3.470)	8,58 (1.165)	10,77 (1.463)	102,70 (13.952)	1,73	0,43
Morón - Marchena	20,47 (1.707)	6,27 (523)	7,65 (638)	77,23 (6.440)	1,76	0,47
Dos Hermanas	25,42 (2.727)	11,44 (1.227)	13,16 (1.411)	88,28 (9.469)	1,83	0,53
Alcalá de Guadaíra	29,73 (1.778)	11,77 (704)	14,80 (885)	124,28 (7.433)	1,69	0,40
TOTAL	25,36 (192.938)	9,72 (73.918)	12,54 (95.355)	117,38 (892.917)	1,71	0,36

Fuente: SISMA, 2004.

a) Distribución territorial de la prevalencia en los ESMD.

El mayor número de pacientes se registra por lo general en las Áreas de Cobertura de los ESMD (ACESMD) más pobladas de Andalucía. Estas áreas engloban a los ESMD que se localizan en los principales núcleos urbanos de la región compuestos por las 8 capitales de provincia, Jerez de la Frontera y Algeciras, a excepción de los ESMD de Guadalquivir y Sevilla Sur situados en la capital regional donde no se cumple este criterio. También con altos valores se encuentran los núcleos medios del litoral de Cádiz y Málaga, la Sierra Morena jiennense y la Subbética cordobesa. Los menores valores, en cambio, se registran en ACESMD situados en zonas serranas de baja densidad de población, mayor extensión superficial y deficiente red de comunicaciones como las ubicadas en la Sierra Morena de las provincias de Huelva y Sevilla y en los Sistemas Béticos de Cádiz, Málaga, Granada, Jaén y Almería.

De las cifras de pacientes destaca el alto número de pacientes de Málaga Norte con más de 8.000 pacientes, 1.500 pacientes más que el ESMD que le sigue que es el de Almería.

La media de pacientes de las 71 ACESMD es de unos 2.700 por lo que se observa una amplia diferencia entre los ESMD con menor número de pacientes atendidos y los ESMD con mayor número. Así, los menores se sitúan en torno a los 1.000 pacientes de los ESMD de Martos, Villacarrillo, Montoro, Alpujarras y Sierra de Aracena, aunque destaca especialmente Constantina con menos de 500 pacientes. Los valores más altos superan los 4.000 o hasta 8.000 pacientes y se registran en los ESMD de Málaga Norte, Málaga Oeste y Málaga Centro en la capital de la Costa del Sol, Almería, Granada, Cádiz, Jaén, Huelva y Sevilla Este.

El nivel poblacional de las ACESMD y su número de pacientes atendidos suele estar en relación, como se puede deducir, pero aún así se observan algunas excepciones. Así, el ACESMD de Lucena presenta altas cifras de pacientes atendidos aunque su población no es de las más altas de las ACESMD existentes. Por el contrario el ESMD de Puerta Blanca, que es uno de los más poblados, registró un número de pacientes no demasiado alto. Igualmente, el ESMD de Úbeda, a pesar de tener asignado un gran volumen de población, atendió a un número de pacientes muy por debajo de la media.

La prevalencia administrativa nos expresa la tasa entre el número de pacientes atendidos por los ESMD por cada 1.000 habitantes de sus respectivas áreas de cobertura. En el 2004, los valores de prevalencia oscilaron entre los 13,5 pacientes del ESMD de Puerta Blanca y los 44 pacientes en Málaga Norte por cada 1.000 habitantes.

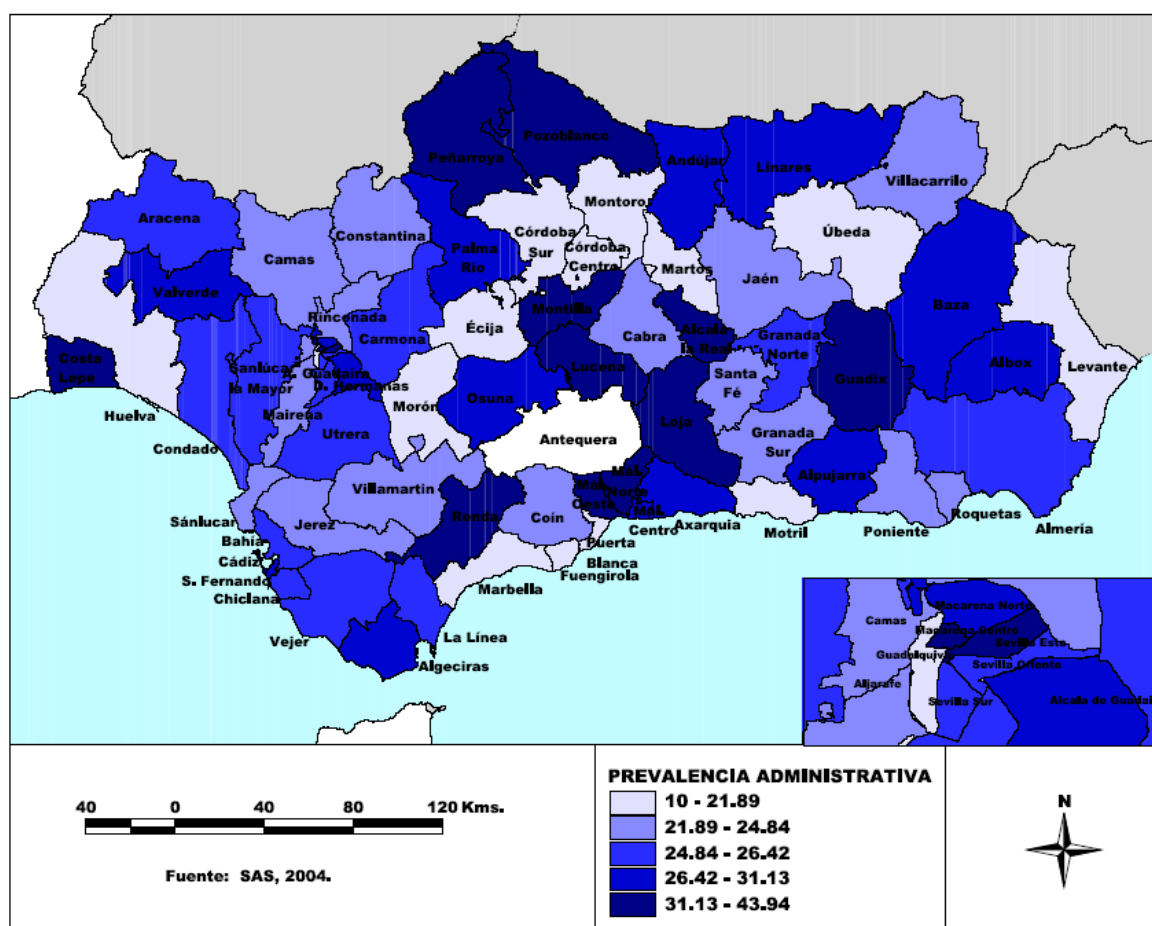
En el mapa IV.48 se representa la distribución territorial de los valores de prevalencia administrativa en las diferentes ACESMD. Se observan los mayores valores de prevalencia en los ESMD de Málaga Norte y Málaga Oeste, ambas situadas en la capital malagueña, Sevilla Oriente y Macarena Centro en la capital regional y Cádiz. Esta alta prevalencia corresponde a áreas muy densamente pobladas, sin embargo un alto nivel poblacional no siempre implica altos valores de prevalencia administrativa y se observa como existen algunas áreas de alta densidad con valores medios. De igual modo, encontramos áreas que presentan altos valores de prevalencia, a pesar de encontrarse entre las de menor población, como es el caso de las ACESMD de Peñarroya y Pozoblanco, Alcalá la Real, Loja, Guadix y Ronda.

Por otro lado, se constatan bajas prevalencias en ACESMD con un gran volumen poblacional. Concretamente este es el caso del ACESMD de Puerta Blanca que posee el valor más bajo de prevalencia siendo una de las áreas más densamente pobladas. Lo mismo ocurre con las ACESMD de Úbeda, Huelva o Marbella entre las más significativas.

Otras ACESMD como Levante, Fuengirola o Martos presentan bajos valores de prevalencia y escasa densidad poblacional.

Por áreas geográficas destacan con los mayores valores la Sierra Morena cordobesa, algunas ACESMD de los grandes núcleos urbanos de las provincias de Cádiz, Málaga y Sevilla, el área litoral fronteriza con Portugal y áreas situadas en las Béticas o sus estribaciones. Las menores prevalencias se localizan en la costa de Málaga y Granada, la zona colindante con la Comunidad de Murcia, zonas del Valle del Guadalquivir en Córdoba, Sierras Béticas en Sevilla y Jaén y las ACESMD de las capitales de Huelva y Córdoba.

Mapa IV.48. Distribución territorial de la prevalencia por 1.000 habitantes en los ESMD de Andalucía.



b) Distribución territorial de la incidencia en los ESMD.

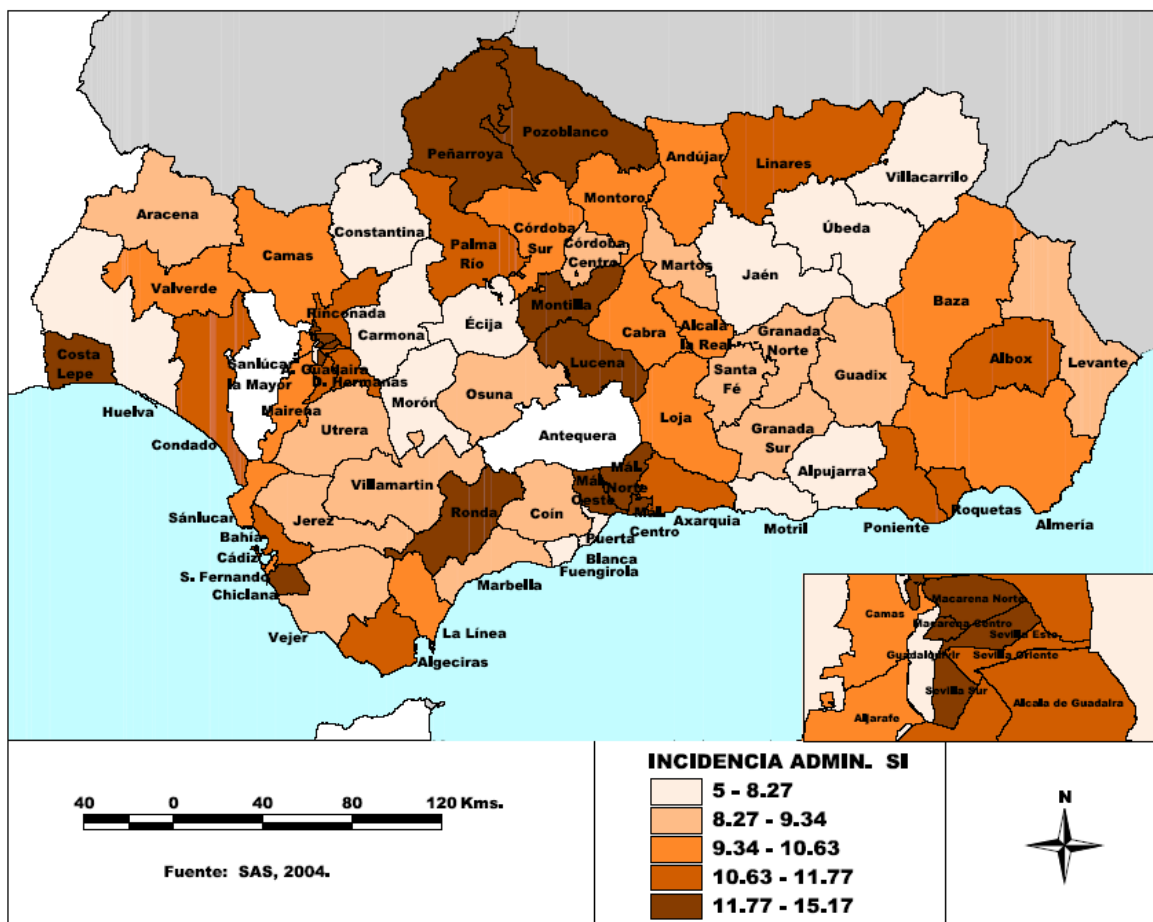
La incidencia administrativa señala el número de primeras consultas registradas en cada uno de los ESMD por cada 1.000 habitantes en sus respectivas Áreas de Coberturas. Como se ha comentado anteriormente, el concepto de primera consulta utilizado en el SISMA del 2002 y 2003 era erróneo ya que se consideraban como primera consulta tanto a las primeras consultas como a las reincorporaciones después de un alta o un periodo de ausencia.

Las personas que fueron atendidas por primera vez en los ESMD se mueven entre las algo más de 2.700 primeras consultas de Málaga Norte, a los casi 180 pacientes nuevos que corresponden a Constantina. Estas personas suponen un 40% del total de pacientes de los ESMD en el 2004. En las ACESMD de Levante, Roquetas y Poniente en la provincia de Almería, Málaga Centro y Sevilla Sur se registran porcentajes que llegan al 50% de pacientes nuevos respecto al total. La menor proporción de primeras consultas por pacientes se registró en los ESMD de Alpujarra, Guadix y Loja localizadas en las Béticas con menos del 30%.

La incidencia administrativa presenta como valores máximos cerca de 15 primeras consultas por 1.000 habitantes en las ACESMD de Montilla y Málaga Norte. Los valores mínimos de incidencia se mueven en torno a las 6 primeras consultas por 1.000 habitantes de los ESMD de Puerta Blanca y de Morón (mapa IV.49).

La distribución geográfica es semejante para la incidencia administrativa y la tasa de incidencia más primeros pacientes que se revisará a continuación. Así, los mayores valores de incidencia se localizan en Sierra Morena en Córdoba, Sevilla y Huelva, la campiña y prebéticas al sur de Córdoba, la mayor parte de las ACESMD de Málaga y Sevilla capital, así como en determinados ESMD como Ronda en Málaga, Chiclana en Cádiz y Albox en Almería. Las menores incidencias se dan en las ACESMD de la campiña sevillana y Osuna, la costa del sol de Málaga, los ESMD de Huelva y Jaén capital, la zona oriental de Jaén y el sur de Granada.

Mapa IV.49. Distribución territorial de la Incidencia por 1.000 habitantes en los ESMD de Andalucía.



c) Distribución territorial de la tasa de incidencia más pacientes reincorporados en los ESMD.

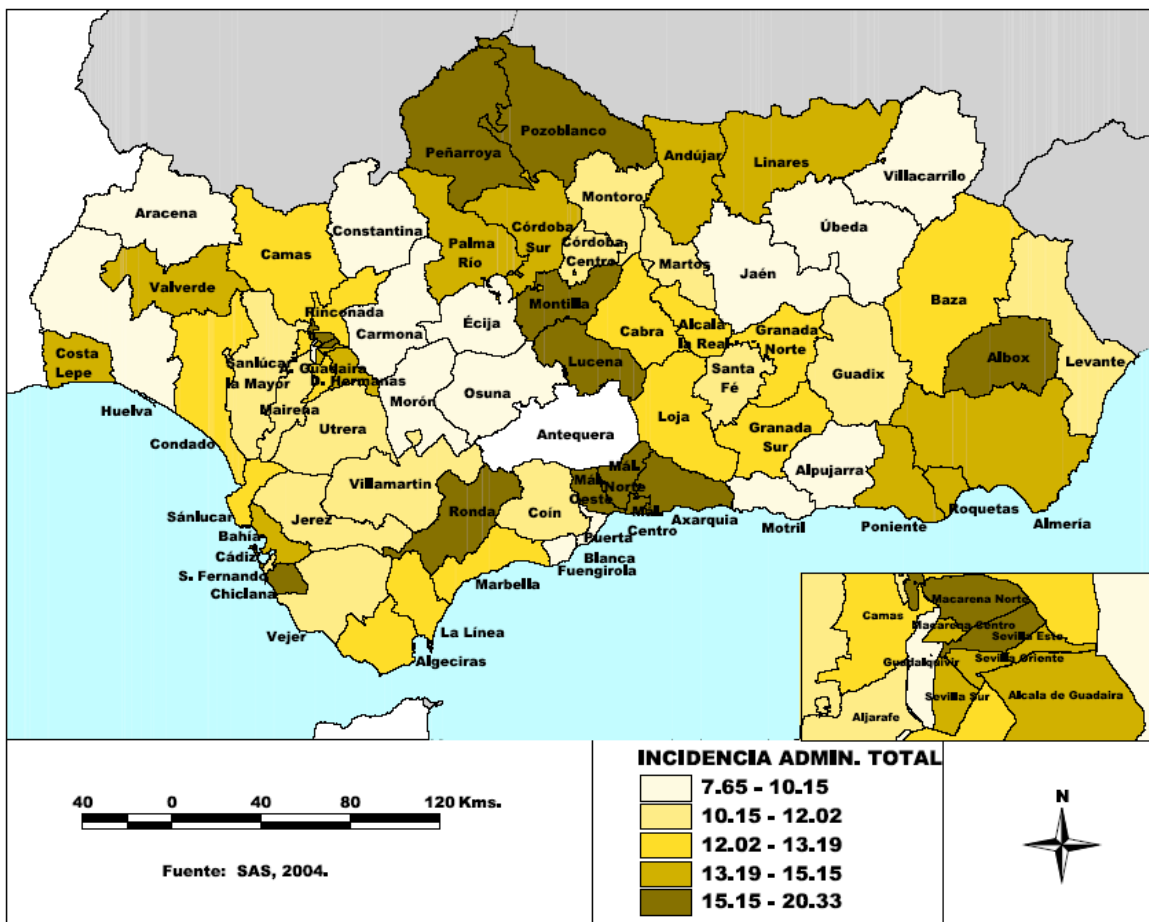
Si se considera el número de primeras consultas absolutas registradas en cada ESMD, incluyendo las reincorporaciones, se observa como el ESMD de Almería es el que presenta un mayor valor superando las 3.600 consultas, y un mínimo de 209 consultas en el ESMD de Constantina.

A partir del análisis de los datos se puede comprobar como la distribución de las primeras consultas se correlaciona de forma directa con los pacientes atendidos. En la mayoría de los ESMD aproximadamente el 50% de los pacientes atendidos recibieron una primera consulta, aunque existen algunos casos en los que esta proporción es muy superior. Así, en el ESMD de Córdoba Sur el 70% de los pacientes atendidos eran nuevos o reincorporados. Otros ESMD como los de Marbella, Levante, Roquetas, Chiclana y Puerta Blanca presentan proporciones de pacientes que recibieron primeras consultas en torno al

60%. El menor número de nuevas consultas por pacientes se registró en los ESMD de Alpujarra y Écija, en los que los pacientes que recibieron primeras consultas se encuentran en torno al 35% del total.

Para la tasa de incidencia más pacientes reincorporados (mapa IV.50), los valores más altos registrados en los ESMD están próximos a las 20 primeras consultas por 1.000 habitantes, caso de Montilla, Málaga Oeste y Sevilla Oriente; y unos mínimos en torno a 7 primeras por 1.000 habitantes en las ACESMD de Montilla y Morón, Écija, Huelva y Úbeda respectivamente. Se mantiene la misma distribución territorial que con el indicador de incidencia.

Mapa IV.50. Distribución territorial de la tasa de incidencia más pacientes reincorporados por 1.000 habitantes en los ESMD de Andalucía.



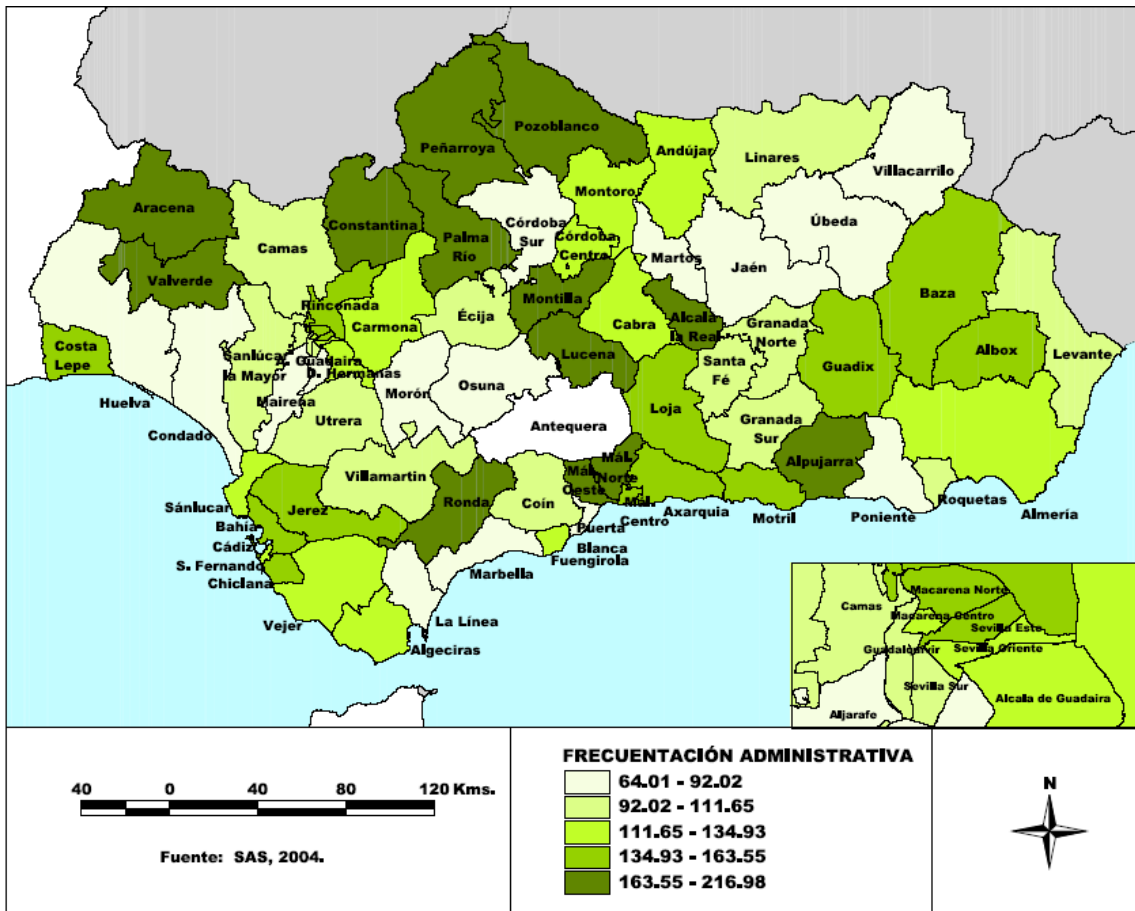
d) Distribución territorial de la frecuentación en los ESMD.

El número de consultas realizadas se relaciona con las cifras de pacientes atendidos, localizándose los mayores valores en los ESMD de los grandes núcleos urbanos, metropolitanos y litorales. Las mayores cifras de consultas se concentran en las ACESMD de Málaga Norte, Málaga Oeste y Almería con más de 30.000 consultas en el 2004, seguidas de Jerez de la Frontera, Cádiz y Granada Sur con cifras que superan las 22.000 consultas. En el otro extremo se sitúan las ACESMD de Villacarrillo, Constantina y Martos con valores inferiores a las 5.000 consultas.

La frecuentación administrativa indica el número total de consultas realizadas en los ESMD durante el 2004 por cada 1.000 habitantes residentes en sus respectivas áreas de cobertura. En el mapa IV.51 aparece representada la distribución territorial de los valores de frecuentación administrativa en las distintas ACESMD. Estas cifras de frecuentación no muestran una correlación tan clara con el número de pacientes o con la prevalencia administrativa. Los mayores valores se mueven en torno a las 200 consultas por cada 1.000 habitantes. Destaca el importante valor de frecuentación que registra el ESMD de Ronda, con más de 200 consultas por 1.000 habitantes, mientras que su valor de prevalencia no se encuentra siquiera entre los 10 primeros. Con casi 200 consultas por 1.000 habitantes destacan los ESMD de Montilla, Alpujarras y Málaga Norte. Los valores más bajos se registran en las áreas de los ESMD de Huelva, Puerta Blanca y Úbeda con un número de consultas por 1.000 que ronda las 70. Cabe destacar el caso del ESMD de Puerta Blanca ya que, a pesar de disponer de unos valores de pacientes cercanos a la media, se encuentra en las últimas posiciones respecto a las consultas. Otros casos en los que no se produce una clara correspondencia entre consultas y pacientes se observan en los ESMD de Macarena Centro, Linares y Osuna.

Por áreas geográficas las áreas con mayor número de consultas por habitante se ubican en la Sierra Morena de Huelva y Córdoba, el área sur de Córdoba y en las áreas orientales de Málaga capital y de la provincia de Granada. Se puede comprobar como los valores de frecuentación de las grandes áreas urbanas no están entre los primeros valores, a excepción de los ESMD de la capital malagueña señalados anteriormente.

Mapa IV.51. Distribución territorial de la frecuentación por 1.000 habitantes en los ESMD de Andalucía.

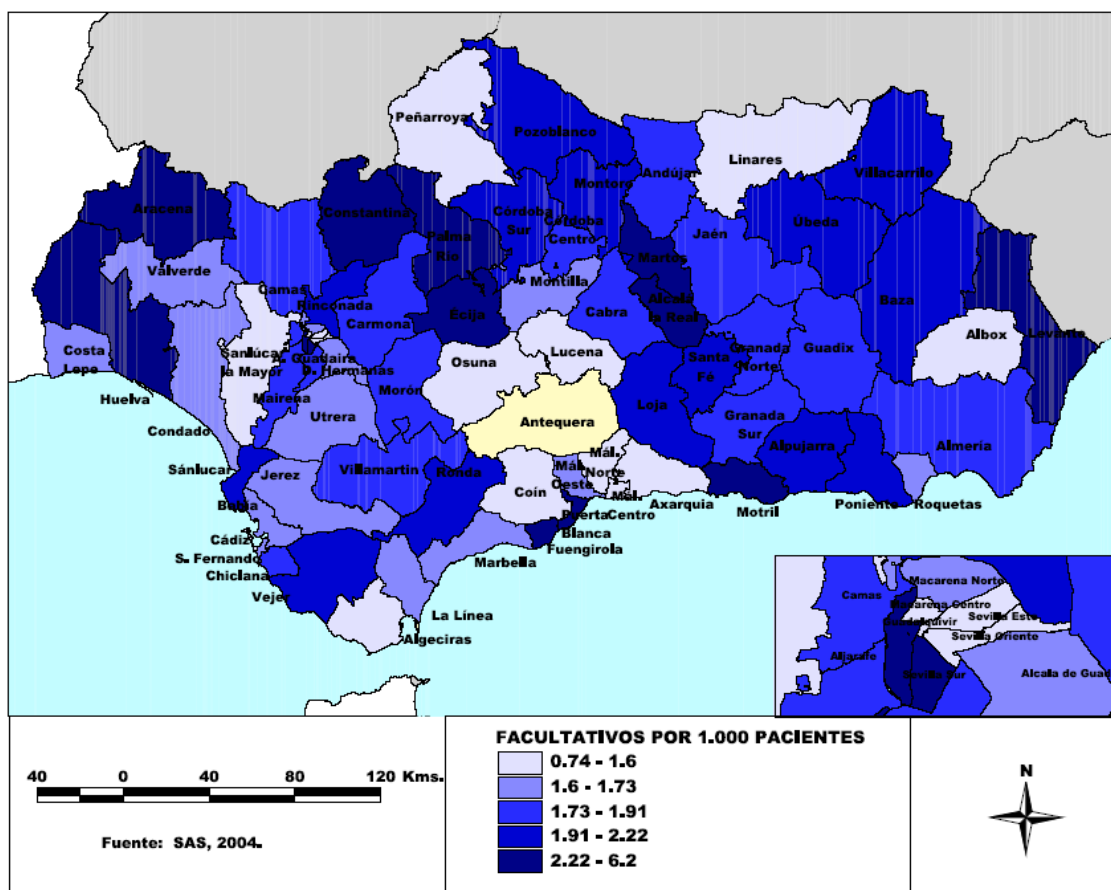


e) Distribución territorial de la tasa de facultativos por pacientes en los ESMD.

En el mapa IV.52 aparece representado cartográficamente el número de facultativos, psiquiatras y psicólogos, por cada 1.000 pacientes en cada ESMD durante el 2004. Esta información permite detectar situaciones relevantes para la asignación de personal a los ESMD, pudiéndose detectar equilibrios o posibles desajustes entre plantilla y actividad, en este caso número de pacientes, que permitan asignar de manera más equitativa y eficiente.

La relación entre la dotación de facultativos y el número de pacientes es muy pareja en los diferentes ESMD en el 2004. Aunque el intervalos va de 0,7 a 6,2 la mayoría de los ESMD presentan entre 1 y 2 facultativos por cada 1.000 pacientes. Por debajo de la unidad sólo se encuentra el ESMD Málaga Norte. Con los mejores números de facultativos están las ACESMD Fuengirola y Aracena con valores superiores a 3, y sobre todo el de la Sierra Norte de Sevilla con más de 6 facultativos por cada 1.000 pacientes.

Mapa IV.52. Distribución territorial de la tasa de facultativos por 1.000 pacientes en los ESMD.

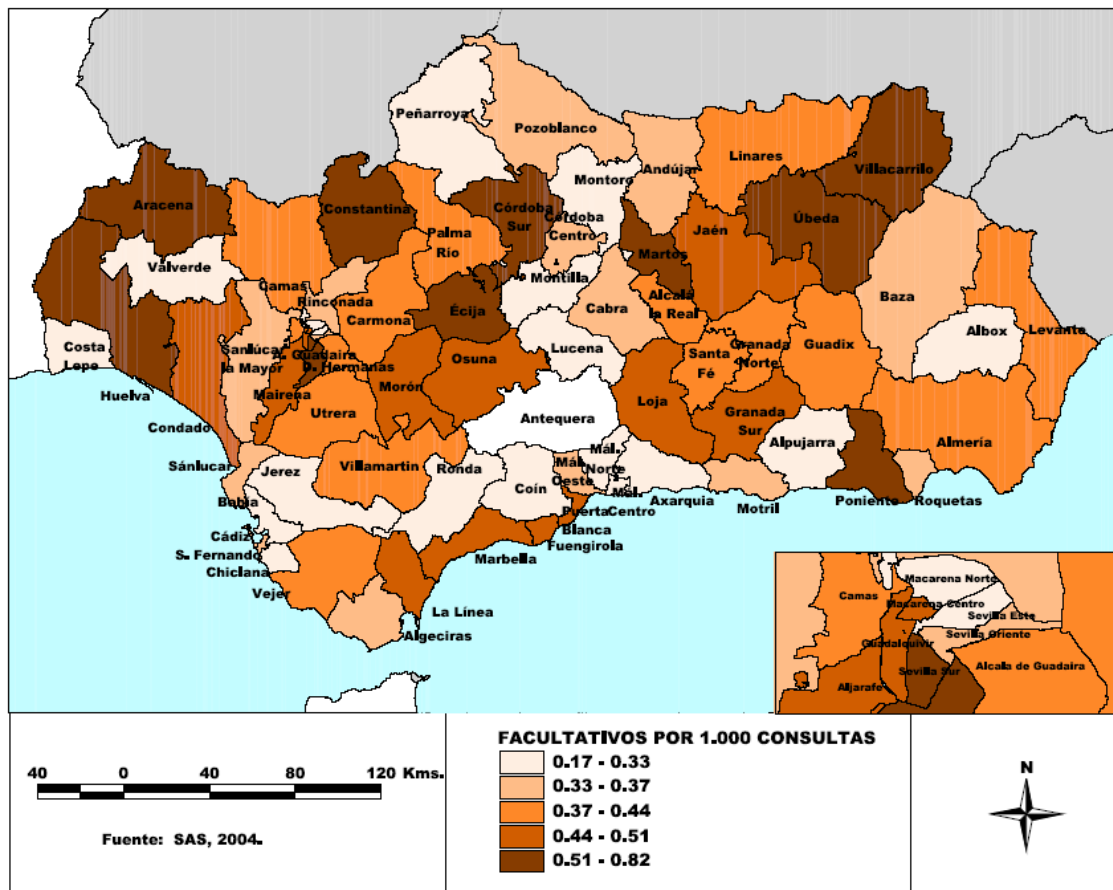


f) Distribución territorial de la tasa de facultativos por consultas en los ESMD.

Observando el mapa IV.53, podemos apreciar como en general existe un equilibrio entre el número de consultas realizadas y el número de facultativos en plantilla en los respectivos ESMD.

Las tasas de facultativos por 1.000 consultas son muy homogéneas con un intervalo que no supera la unidad. El ESMD Málaga Norte vuelve a ser el que presenta la menor tasa (0,17), pero como se ha visto las diferencias entre ACESMD son insignificantes comparadas con las que se han revisado en la tasa de facultativos por pacientes. La homogeneidad de los valores de esta tasa se observa claramente en que la mayor tasa es sólo de 0,8 facultativos por cada 1.000 consultas que corresponde al ESMD Sierra Norte.

Mapa IV.53. Distribución territorial de la tasa de facultativos por 1.000 consultas en los ESMD.



2. Morbilidad en los Hospitales Generales de Andalucía (CMBD).

2.1. Características generales de los ingresos psiquiátricos y por abuso de sustancias en Hospitales Generales de Andalucía.

2.1.1. Distribución de los pacientes por sexo.

La base de datos CMBD para ingresos psiquiátricos posee información sobre 8.555 pacientes en el año 2004. La información de carácter sociodemográfico que ofrece el CMBD es muy limitada respecto al SISMA y se restringe prácticamente a datos de edad y sexo de los pacientes.

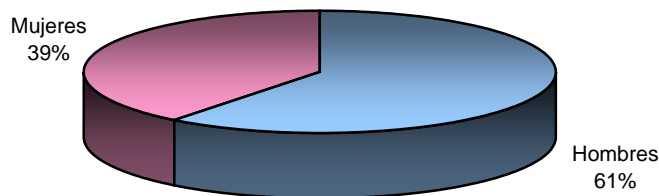
A partir de la distribución por sexo de los pacientes se ha calculado el índice de masculinidad (tabla IV.22). A diferencia de lo que ocurre en los ESMD donde la población femenina es la dominante, los pacientes que realizan ingresos hospitalarios son mayoritariamente hombres en todos los hospitales, alcanzando el índice de masculinidad los 154 hombres por cada 100 mujeres.

Tabla IV.22. Población con patología psiquiátrica atendida en los Hospitales Generales por sexo.

Género	Nº pacientes	% Pacientes
Hombres	5.184	60,6%
Mujeres	3.362	39,3%
Indeterminado	9	0,1%
Total	8.555	100%
Índice de masculinidad: 154,2 hombres por cada 100 mujeres		

Fuente: CMBD; 2004.

Gráfico IV.1. Distribución porcentual de la población atendida en los Hospitales Generales por sexo.



Fuente: CMBD, 2004

2.1.2. Distribución de los pacientes por edad.

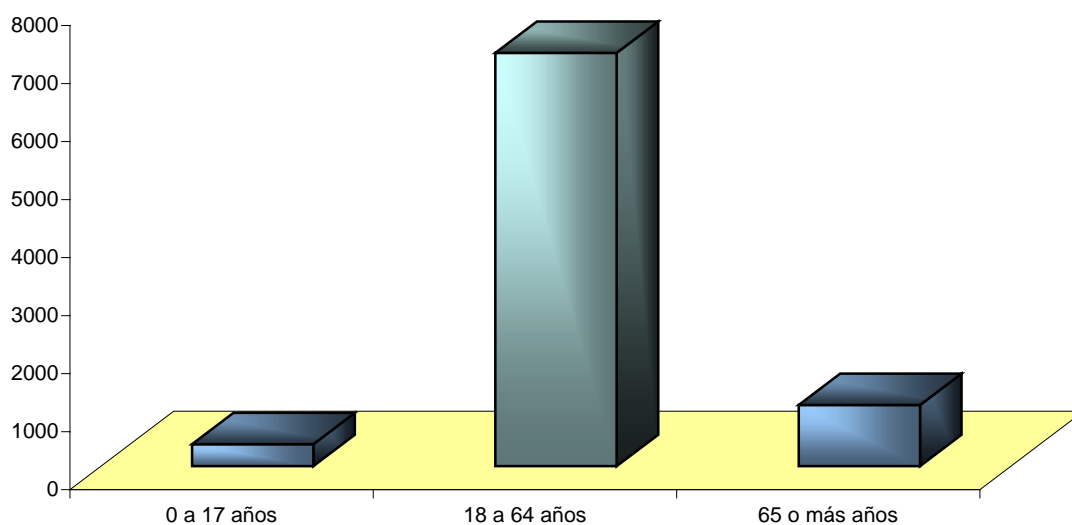
En cuanto a la distribución por edades de los pacientes atendidos en Hospitales Generales (tabla IV.23) cabe señalar que la tasa de vejez o de pacientes mayores de 64 años es de 12,3% del total. Es una cifra similar a la de los ESMD por lo que no se observa diferencias en la utilización de servicios de tipo ambulatorio o de tipo residencial debido a la edad.

Tabla IV.23. Población con patología psiquiátrica atendida en los Hospitales Generales por grandes grupos de edad.

Grupos de edad	Nº pacientes	% pacientes
0 a 17 años	377	4,4%
18 a 64 años	7.124	83,3%
65 o más años	1.054	12,3%
Total	8.555	100%

Fuente: CMBD; 2004.

Gráfico IV.2. Población atendida en los Hospitales Generales por grandes grupos de edad.



Fuente: CMBD; 2004.

2.2. Indicadores de actividad de los Hospitales Generales.

2.2.1. Distribución territorial de la actividad psiquiátrica en los Hospitales Generales en Andalucía.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria recoge información acerca de las altas hospitalarias registradas en los Hospitales Generales por motivos psiquiátricos y abuso de sustancias. Se ha distinguido entre las altas realizadas en los Hospitales Generales con Unidad de Salud Mental (USM-HG) específica y aquellas registradas en Hospitales Generales que no poseen unidad específica (ver en la tabla IV.24).

Tabla IV.24. Indicadores de actividad en USM-HG y HG sin Unidad específica en Andalucía.

Hospitales	Indicadores de actividad				
	% ingresos	% pacientes	Prevalencia	Reingresos	Días de estancia media
Hospital General con Unidad de Salud Mental	97,45% (11.856)	96,50% (8.256)	10,85	1,44	20,88 (172.390)
Hospital General sin Unidad de Salud Mental	2,55% (310)	3,50% (299)	-	1,04	8,61 (2.574)
Total de Hospital General	100% (12.166)	100% (8.555)	-	1,42	20,45 (174.964)

Fuente: CMBD, 2004.

La práctica totalidad de las actividades hospitalarias de salud mental, como era previsible, se producen en las USM-HG. Se puede observar la alta proporción tanto de ingresos (97,45%) como de pacientes (96,50%) registrado en estas USM-HG, mientras que en el resto de Hospitales el porcentaje es mínimo (2,55% y 3,50% respectivamente) al tratarse fundamentalmente de actividades con carácter de urgencia. En los Hospitales sin USM-HG, la tasa de reingresos es prácticamente de un único ingreso por paciente mientras en las Unidades específicas llega hasta casi a 1,5 ingresos por paciente. La estancia media realizada en las USM-HG es de casi 21 días mientras que en el resto de Hospitales esta cifra no llega a 9 días. La tasa de prevalencia sólo se ha calculado para las USM-HG y asciende a 10,9 pacientes psiquiátricos hospitalarios por 1.000 habitantes de la región.

2.2.2. Distribución territorial de la actividad de los Hospitales Generales con Unidad de Salud Mental en las 15 ASM.

A partir de los datos de las USM-HG ha sido posible agrupar la tasa de ingresos referidas a las 15 Áreas de Salud Mental (ASM) en las que se divide el territorio andaluz (tabla IV.25). Como existen ASM con más de una Unidad de Salud Mental se han considerado sus ingresos de forma conjunta.

Tabla IV.25. Indicadores de actividad en las USM-HG en las 15 ASM de Andalucía.

ASM	Prevalencia	Tasa de ingresos	Tasa de Reingresos
Macarena	16,64 (915)	2,80 (1.541)	1,68
Almería	13,76 (778)	2,04 (1.153)	1,48
Granada Norte	15,78 (629)	1,94 (773)	1,23
Algeciras	14,33 (348)	1,93 (469)	1,35
Valme	12,79 (494)	1,85 (716)	1,45
Huelva	10,59 (489)	1,65 (762)	1,56
Jaén	10,70 (697)	1,59 (1.034)	1,48
Granada Sur	10,78 (463)	1,47 (631)	1,36
Cádiz	9,35 (456)	1,41 (689)	1,51
Jerez	10,57 (449)	1,40 (594)	1,32
Málaga I	10,47 (588)	1,30 (730)	1,24
Osuna	9,86 (145)	1,29 (190)	1,31

ASM	Prevalencia	Tasa de ingresos	Tasa de Reingresos
Rocío	8,12 (574)	1,16 (818)	1,43
Málaga II	7,61 (619)	1,11 (905)	1,46
Córdoba	7,86 (613)	1,09 (851)	1,39
TOTAL	10,85 (8.257)	1,56 (11.856)	1,44

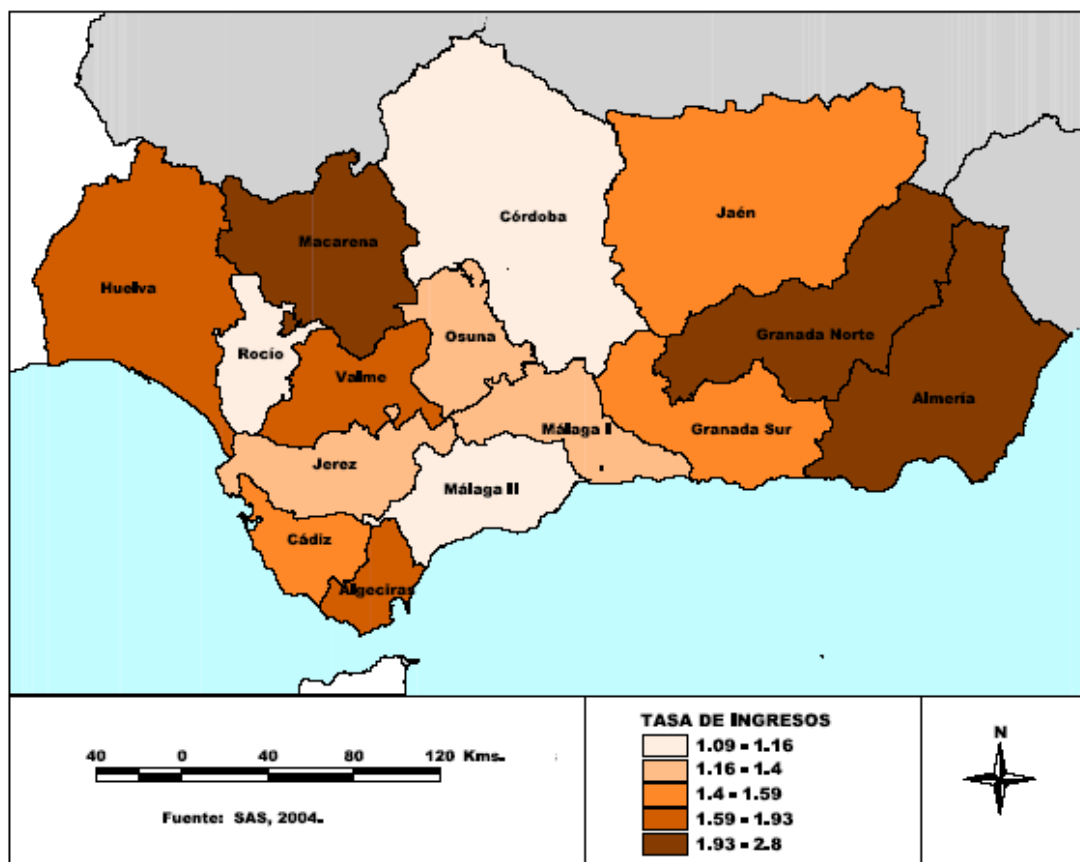
Fuente: CMBD, 2004.

En el mapa IV.54 se muestra la distribución de los ingresos en las ASM. El mayor número de ingresos se dio en el ASM Macarena con más de 1.500 ingresos, también destacan las ASM de Almería y Jaén con más de 1.000 ingresos aunque es preciso recordar que estas dos áreas disponen de dos USM-HG. Por el contrario, los menores ingresos se dan en las ASM de Jerez, Algeciras y Osuna con menos de 600 ingresos. Como se puede observar la provincia de Cádiz es la que presenta menores ingresos.

Como era de esperar, el ASM Macarena presenta el mayor número de ingresos por cada 1.000 habitantes (tasa de ingresos), con 2,80, seguida del Área de Almería con 2. Las ASM de Granada Norte, Algeciras y Valme registran valores cercanos al 2 por 1.000. En torno a 1,5 ingresos por 1.000 se encuentran las ASM de Huelva y Jaén. El resto de áreas registran valores por debajo de los 1,5 ingresos por cada 1.000 habitantes: Granada Sur, Cádiz, Jerez, Málaga I, Osuna, el Área del Virgen del Rocío, Málaga II y Córdoba. Con el cálculo de la tasa de ingresos, que relaciona el número de ingresos con la población de cada ASM, se constata que la provincia de Cádiz no posee ahora los valores mínimos y es sustituida por las provincias de Córdoba y Málaga.

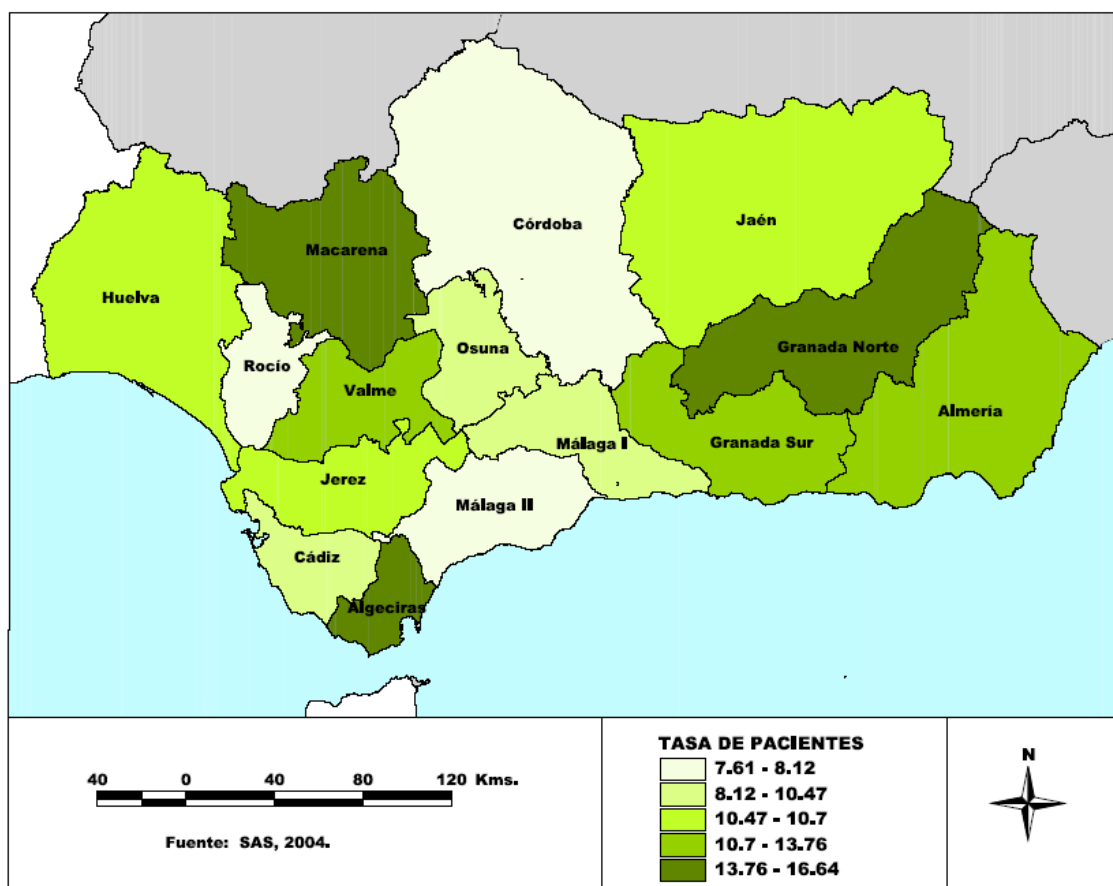
La tasa de reingresos de los hospitales es muy homogénea en todas las ASM, nunca superando los 2 ingresos por paciente. Ante esta homogeneidad sólo cabe señalar el mayor valor del ASM Macarena y la menor de Granada Norte.

Mapa IV.54. Tasa de ingresos de salud mental y por abuso de sustancias registrados en las USM-HG en las ASM de Andalucía.



El número de pacientes ingresados en las USM-HG por ASM por cada 1.000 habitantes (prevalencia) se puede ver representado en el mapa IV.55. El mayor número de pacientes ingresados durante el 2004 en estas Unidades correspondió de nuevo a Macarena con más de 900 pacientes, seguida de Jaén y Granada Norte. Las ASM que contaron con menor número de pacientes fueron Algeciras y Osuna con menos de 350 pacientes. Al relacionar estas cifras con la población se obtiene una tasa de pacientes hospitalizados de más de 15 por 1.000 habitantes en las ASM de Macarena, Granada Norte y Algeciras; y de menos de 8 pacientes por 1.000 en Málaga II y Córdoba. Como se puede comprobar en los mapas la distribución es equivalente a la tasa de ingresos. Destaca el ASM de Algeciras con los menores valores absolutos de pacientes e ingresos pero que cuando se pone en relación con su población da como resultado las tasas más altas.

Mapa IV.55. Tasa de pacientes de salud mental y por abuso de sustancias registrados en las USM-HG en las ASM de Andalucía.



2.2.3. Distribución territorial de la actividad por Hospital General.

a) Distribución territorial de la actividad por Hospital General para todos los pacientes.

En la tabla IV.26 se detallan los datos de actividad por cada Hospital General diferenciando si poseen o no USM-HG específica.

Tabla IV.26. Actividad registrada en los Hospitales Generales (con y sin USM) por motivos psiquiátricos y abuso de sustancias en Andalucía.

Hospital	USM-HG	I. actividad			
		% ingresos	% pacientes	Reingresos	Días de estancia media
H. SAS. U. Virgen Macarena (Sevilla)	SI	12,67% (1.541)	10,70% (915)	1,68	26,87 (24.589)
H. SAS. Málaga (Málaga)	SI	7,44% (905)	7,24% (619)	1,46	15,51 (9.601)
H. SAS. U. Reina Sofía (Córdoba)	SI	6,99% (851)	7,17% (613)	1,39	23,96 (14.687)
H. SAS. Torrecárdenas (Almería)	SI	6,97% (848)	6,57% (562)	1,51	19,03 (10.696)
H. SAS. U. Virgen del Rocío (Sevilla)	SI	6,72% (818)	6,71% (574)	1,43	23,38 (13.419)
H. SAS. Juan Ramón Jiménez (Huelva)	SI	6,26% (762)	5,72% (489)	1,56	17,82 (8.713)
H. SAS. U. Virgen de la Victoria (Málaga)	SI	6,00% (730)	6,87% (588)	1,24	15,64 (9.194)
H. SAS. Ciudad de Jaén (Jaén)	SI	5,89% (717)	5,44% (465)	1,54	26,54 (12.340)
H. SAS. U. Ntra. Sra. de Valme (Sevilla)	SI	5,89% (716)	5,77% (494)	1,45	22,04 (10.887)
H. SAS. U. Puerto Real (Cádiz)	SI	5,66% (689)	5,33% (456)	1,51	17,90 (8.163)
H. SAS. U. San Cecilio (Granada)	SI	5,19% (631)	5,41% (463)	1,36	20,45 (9.467)
H. SAS. Jerez de la Frontera (Cádiz)	SI	4,88% (594)	5,24% (448)	1,33	19,69 (8.819)
H. SAS. Virgen de las Nieves (Granada)	SI	4,77% (580)	5,65% (483)	1,20	22,35 (10.795)
H. SAS. Punta de Europa (Algeciras, Cádiz)	SI	3,86% (469)	4,07% (348)	1,35	17,50 (6.090)
H. SAS. San Juan de la Cruz (Úbeda, Jaén)	SI	2,61% (317)	2,71% (232)	1,37	26,06 (6.046)
H. de Poniente (El Ejido, Almería)	SI	2,51% (305)	2,52% (216)	1,41	15,30 (3.304)
H. SAS. Baza (Granada)	SI	1,59% (193)	1,71% (146)	1,32	18,58 (2.712)
H. SAS. Ntra. Sra. Merced (Osuna, Sevilla)	SI	1,56% (190)	1,69% (145)	1,31	19,78 (2.868)
H. Costa del Sol (Marbella, Málaga)	NO	0,56% (68)	0,75% (64)	1,06	9,75 (624)

Hospital	USM-HG	I. actividad			
		% ingresos	% pacientes	Reingresos	Días de estancia media
H. SAS. U. Puerta del Mar (Cádiz)	NO	0,39% (48)	0,50% (43)	1,12	9,37 (403)
H. SAS. Infanta Elena (Huelva)	NO	0,28% (34)	0,39% (33)	1,03	7,33 (242)
H. San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla)	NO	0,21% (26)	0,30% (26)	1,00	6,73 (175)
H. SAS. Axarquía (Vélez-Málaga, Málaga)	NO	0,18% (22)	0,26% (22)	1,00	9,41 (207)
H. SAS. La Inmaculada (Huercal-Overa, Almería)	NO	0,16% (19)	0,22% (19)	1,00	13,26 (252)
H. SAS. Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)	NO	0,15% (18)	0,20% (17)	1,06	6,71 (114)
H. SAS. Antequera (Málaga)	NO	0,14% (17)	0,20% (17)	1,00	10,41 (177)
H. SAS. Serranía de Ronda (Málaga)	NO	0,12% (15)	0,18% (15)	1,00	4,80 (72)
H. SAS. V. de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba)	NO	0,11% (13)	0,15% (13)	1,00	5,23 (68)
H. SAS. Stª Ana (Motril, Granada)	NO	0,09% (11)	0,13% (11)	1,00	9,09 (100)
H. SAS. San Agustín (Linares, Jaén)	NO	0,07% (9)	0,11% (9)	1,00	8,33 (75)
H. SAS. Riotinto (Huelva)	NO	0,04% (5)	0,06% (5)	1,00	7,00 (35)
H. Alto Guadalquivir (Andujar, Jaén)	NO	0,04% (5)	0,06% (5)	1,00	6,00 (30)
TOTAL		100% (12.166)	100% (8.555)	1,42	20,45 (174.964)

Fuente: CMBD, 2004.

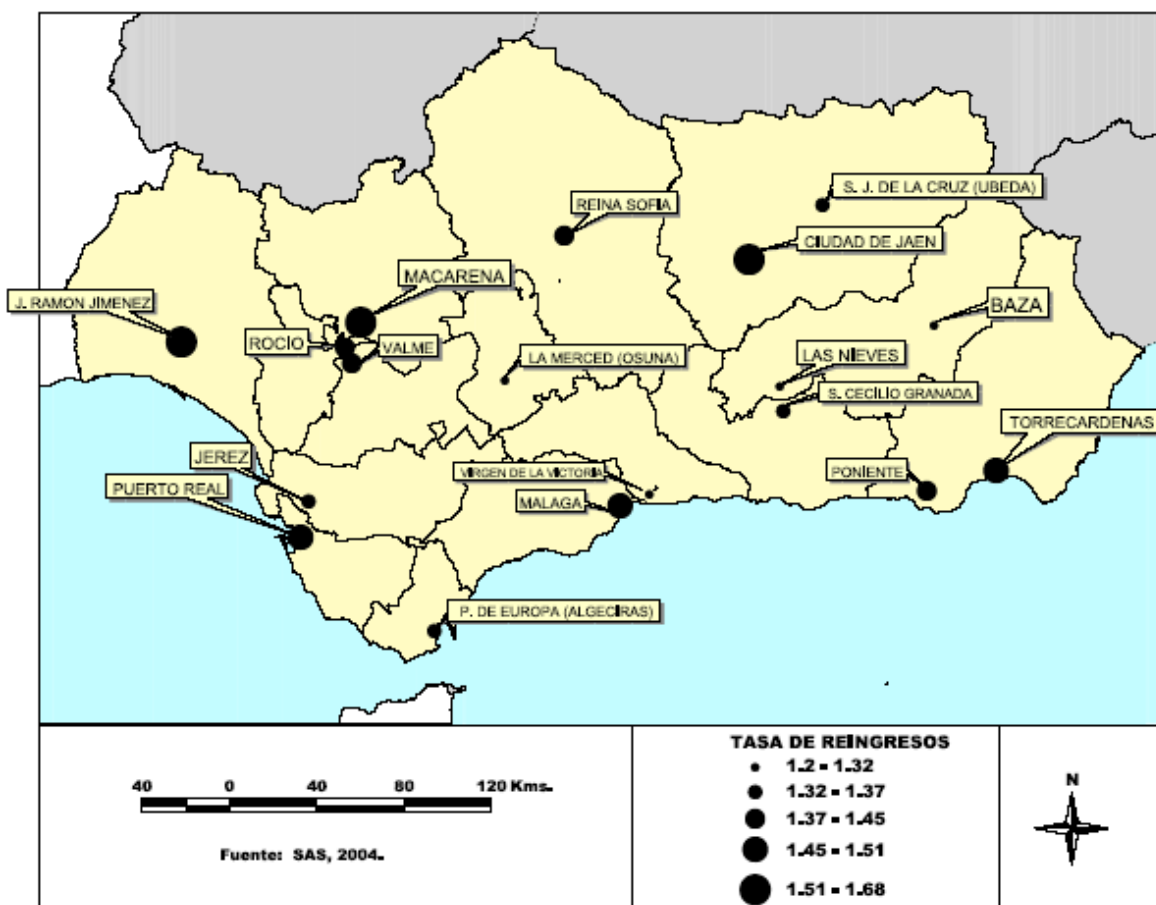
Comparando el número de ingresos se observa que el Hospital Virgen Macarena de Sevilla registra el mayor porcentaje de ingresos con más del 12% de los registrados en Andalucía. Le siguen con más de un 5% de ingresos los Hospitales Carlos Haya y Virgen de la Victoria de Málaga, el Hospital Reina Sofía de Córdoba, Torrecárdenas de Almería, el Virgen del Rocío y Virgen de Valme en Sevilla, Juan Ramón Jiménez en Huelva, Ciudad de Jaén en la provincia de Jaén, el Hospital de Puerto Real en Cádiz y San Cecilio en Granada. Es importante señalar como estos 11 hospitales concentran más del 75% del total de los ingresos registrados en Andalucía. Por debajo del 5% de ingresos totales se

encuentran las Unidades de Jerez de la Frontera y Punta Europa en la provincia de Cádiz, Virgen de las Nieves y Baza en Granada, San Juan de la Cruz de Úbeda en Jaén, Poniente en Almería y Virgen de la Merced de Osuna en Sevilla.

Todos los Hospitales, que no cuentan con USM-HG, registraron ingresos que representaron menos del 1%. Son los Hospitales Costa del Sol, Axarquía, Antequera y Serranía de Ronda en la provincia de Málaga, Puerta del Mar en Cádiz, Infanta Elena y Riotinto en Huelva, San Juan de Dios en Sevilla, Santa Ana en Granada, la Inmaculada en Almería, el Infanta Margarita y Virgen de los Pedroches en Córdoba y San Agustín y Alto Guadalquivir en Jaén.

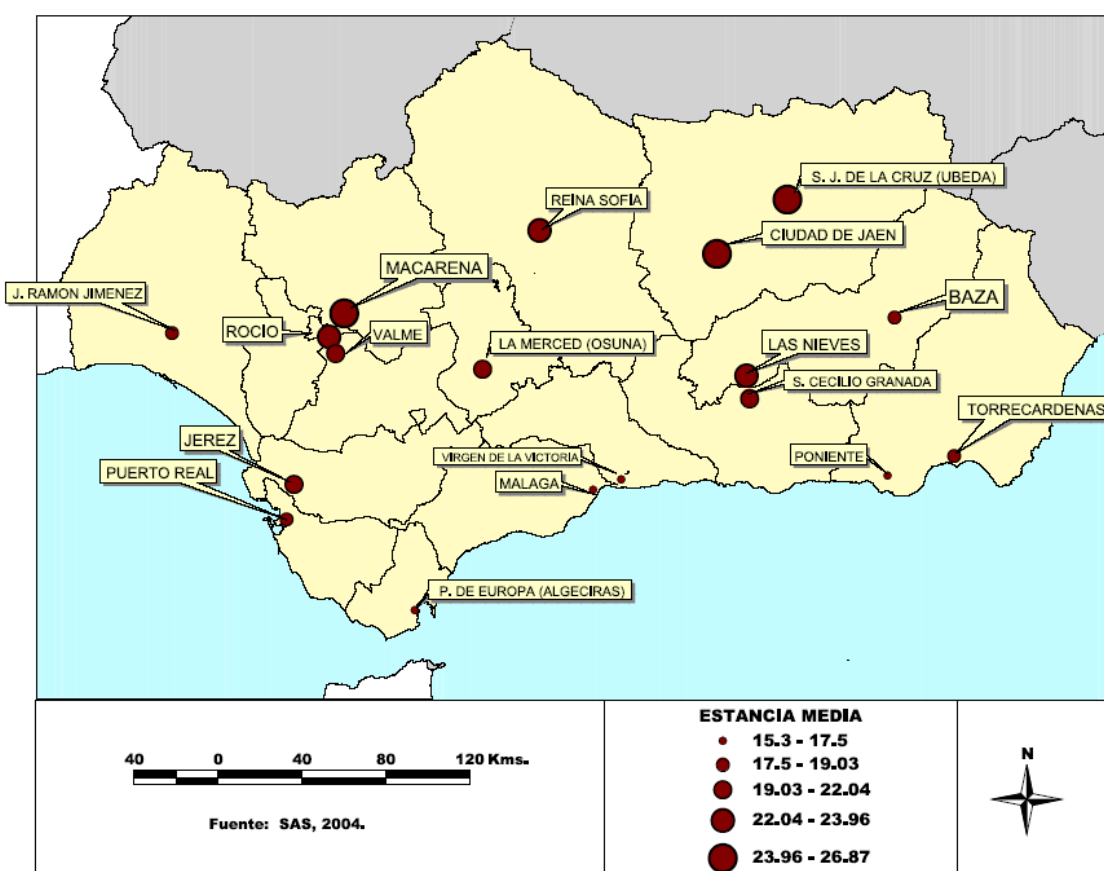
La tasa de reingresos relaciona el número de ingresos con el número de pacientes en cada Hospital General (mapa IV.56). Los mayores valores de esta tasa se registran en los Hospitales con USM-HG, como en el caso del Virgen Macarena (1,68), el Juan Ramón Jiménez de Huelva (1,56), Ciudad de Jaén (1,54) y los Hospitales Torrecárdenas y Puerto Real (1,51). Los menores valores próximos a un ingreso por paciente, prácticamente sin reingresos, se registran en los Hospitales sin USM-HG específicas.

Mapa IV.56. Tasa de reingresos en salud mental y por abuso de sustancias registrados en las USM-HG.



Otro indicador de actividad calculado ha sido la estancia media que nos indica el número de días de ingreso medio por paciente (mapa IV.57). Con más de 20 días de estancia media destacan los Hospitales Virgen Macarena, Ciudad de Jaén, San Juan de la Cruz de Úbeda, Reina Sofía, Virgen del Rocío y el Virgen de las Nieves en Granada. De nuevo encontramos los menores valores en los Hospitales Generales sin Unidad de psiquiatría que presentan datos por debajo de los 10 días, a excepción del Hospital de la Inmaculada de Huerca-Overa y el Hospital de Antequera.

Mapa IV.57. Estancia media de pacientes en salud mental y por abuso de sustancias atendidos en las USM-HG.



b) Distribución territorial de la actividad por Hospital General diferenciando a los pacientes con trastorno mental o con abuso de sustancias.

La base de datos CMBD permite diferenciar a los pacientes con trastornos mentales y aquellos motivados por abuso de sustancias. Esta división se apoya en las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) y en los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD),

que clasifica a los episodios de hospitalización mediante grupos en función del consumo de recursos que realizan.

De todos los ingresos por motivos psiquiátricos y abuso de sustancias registrados en los Hospitales Generales andaluces el 89% corresponde a pacientes con enfermedad mental, mientras que el 11% se debe a patologías inducidas por abuso de sustancias. Si nos centramos en los pacientes atendidos estas proporciones se mantienen muy parecidas, el 87% de los pacientes padecía trastornos mentales mientras el 13% presentaban abuso de sustancias. Podemos ver en la tabla IV.27 el porcentaje de pacientes e ingresos respecto al total diferenciando entre aquellos por trastornos mentales y por abuso de sustancias.

Tabla IV.27. Ingresos y pacientes registrados en los Hospitales Generales por trastornos mentales y por abuso de sustancias.

Hospital	Categoría Diagnóstica Mayor			
	% ingresos trastorno mental	% ingresos abuso de sustancias	% pacientes trastorno mental	% pacientes abuso de sustancias
H. SAS. U. Virgen Macarena (Sevilla)	11,43% (1.390)	1,24% (151)	9,44% (808)	1,25% (107)
H. SAS. Torrecárdenas (Almería)	6,64% (808)	0,33% (40)	6,21% (531)	0,36% (31)
H. SAS. Málaga (Málaga)	6,53% (795)	0,90% (110)	6,23% (533)	1,01% (86)
H. SAS. U. Reina Sofía (Córdoba)	6,23% (758)	0,76% (93)	6,36% (544)	0,81% (69)
H. SAS. U. Virgen del Rocío (Sevilla)	6,13% (746)	0,59% (72)	6,09% (521)	0,62% (53)
H. SAS. Juan Ramón Jiménez (Huelva)	5,61% (682)	0,66% (80)	5,03% (430)	0,69% (59)
H. SAS. Ciudad de Jaén (Jaén)	5,58% (679)	0,31% (38)	5,05% (432)	0,39% (33)
H. SAS. U. Ntra. Sra. de Valme (Sevilla)	5,43% (661)	0,45% (55)	5,25% (449)	0,53% (45)
H. SAS. U. Virgen de la Victoria (Málaga)	5,34% (650)	0,66% (80)	6,07% (519)	0,81% (69)
H. SAS. U. Puerto Real (Cádiz)	5,10% (621)	0,56% (68)	4,72% (404)	0,61% (52)
H. SAS. U. San Cecilio (Granada)	4,64% (564)	0,55% (67)	4,73% (405)	0,68% (58)

Hospital	Categoría Diagnóstica Mayor			
	% ingresos trastorno mental	% ingresos abuso de sustancias	% pacientes trastorno mental	% pacientes abuso de sustancias
	H. SAS. Jerez de la Frontera (Cádiz)	4,41% (537)	0,47% (57)	4,71% (403)
H. SAS. Virgen de las Nieves (Granada)	3,65% (444)	1,12% (136)	4,10% (351)	1,54% (132)
H. SAS. Punta de Europa (Algeciras, Cádiz)	2,92% (355)	0,94% (114)	2,82% (241)	1,25% (107)
H. SAS. San Juan de la Cruz (Úbeda, Jaén)	2,44% (297)	0,16% (20)	2,52% (216)	0,19% (16)
H. de Poniente (El Ejido, Almería)	2,26% (275)	0,25% (30)	2,23% (191)	0,29% (25)
H. SAS. Baza (Granada)	1,50% (182)	0,09% (11)	1,62% (139)	0,08% (7)
H. SAS. Ntra. Sra. Merced (Osuna, Sevilla)	1,43% (174)	0,13% (16)	1,52% (130)	0,18% (15)
H. Costa del Sol (Marbella, Málaga)	0,35% (43)	0,21% (25)	0,48% (41)	0,27% (23)
H. SAS. U. Puerta del Mar (Cádiz)	0,35% (42)	0,05% (6)	0,44% (38)	0,06% (5)
H. SAS. Infanta Elena (Huelva)	0,21% (26)	0,07% (8)	0,30% (26)	0,08% (7)
H. San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla)	0,16% (20)	0,05% (6)	0,23% (20)	0,07% (6)
H. SAS. La Inmaculada (Huerca-Overa, Almería)	0,14% (17)	0,02% (2)	0,20% (17)	0,02% (2)
H. SAS. Axarquía (Vélez-Málaga, Málaga)	0,12% (14)	0,07% (8)	0,16% (14)	0,09% (8)
H. SAS. Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)	0,09% (11)	0,06% (7)	0,13% (11)	0,07% (6)
H. SAS. Serranía de Ronda (Málaga)	0,08% (10)	0,04% (5)	0,12% (10)	0,06% (5)
H. SAS. V. de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba)	0,08% (10)	0,02% (3)	0,12% (10)	0,04% (3)
H. SAS. Antequera (Málaga)	0,07% (9)	0,07% (8)	0,11% (9)	0,09% (8)
H. SAS. San Agustín (Linares, Jaén)	0,07% (8)	0,01% (1)	0,09% (8)	0,01% (1)
H. SAS. Stª Ana (Motril, Granada)	0,04% (5)	0,05% (6)	0,06% (5)	0,07% (6)
H. Alto Guadalquivir (Andujar, Jaén)	0,03% (4)	0,01% (1)	0,05% (4)	0,01% (1)

Hospital	Categoría Diagnóstica Mayor			
	% ingresos trastorno mental	% ingresos abuso de sustancias	% pacientes trastorno mental	% pacientes abuso de sustancias
H. SAS. Riotinto (Huelva)	0,01% (1)	0,03% (4)	0,01% (1)	0,05% (4)
TOTAL	89,07% (10.838)	10,93% (1.328)	87,20% (7.461)	12,80% (1.094)

Fuente: CMBD, 2004.

Los ingresos psiquiátricos referidos a trastornos mentales son siempre superiores a los de abuso de sustancias, excepto en algunos Hospitales sin USM-HG como el de Santa Ana y Riotinto en los que el número de ingresos por abuso de sustancias es levemente superior (tabla IV.28). El bajo número de ingresos registrados en los Hospitales Generales sin USM-HG específicas hacen que este último dato carezca de significación. La mayor proporción de ingresos por abuso de sustancias se concentra en los Hospitales Virgen Macarena y Virgen de las Nieves con más del 10% de sus ingresos totales.

La tasa de reingresos para personas con enfermedad mental presenta valores semejantes a los reingresos para el total de pacientes aunque son levemente más altos. Así, los Hospitales con una tasa de reingresos superior a 1,5 son los mismos que ya se comentaron para el total de los reingresos: Hospital Virgen Macarena, Juan Ramón Jiménez, Ciudad de Jaén, Puerto Real y Torrecárdenas.

En cuanto a los reingresos motivados por abuso de sustancias son significativamente menores a los registrados por trastornos mentales. La mayor tasa de reingresos por abuso de sustancias se produce en los hospitales de Baza con 1,5 reingresos, seguido de los Hospitales Virgen Macarena, Virgen de Rocío, Juan Ramón Jiménez y el Reina Sofía con más de 1,3 reingresos. Entre los Hospitales sin USM destaca que esta tasa para pacientes con drogodependencias supera a la de pacientes totales y a la de pacientes con enfermedad mental en los Hospitales de Puerta del Mar en Cádiz, Infanta Margarita en Cabra, Infanta Elena de Huelva y en el Costa del Sol de Marbella.

Tabla IV.28. Indicadores de actividad en los Hospitales Generales por Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) diferenciando entre trastornos mentales y abuso de sustancia.

Hospital	Enfermedades y trastornos mentales			Abuso de sustancias		
	% ingresos	Re-ingresos	Días de estancia media	% ingresos	Re-ingresos	Días de estancia media
H. SAS. U. Virgen Macarena (Sevilla)	12,83%	1,72	27,89	11,37%	1,41	19,21
H. SAS. Torrecárdenas (Almería)	7,46%	1,52	19,44	3,01%	1,29	12,10
H. SAS. Málaga (Málaga)	7,34%	1,49	16,51	8,28%	1,28	9,33
H. SAS. U. Reina Sofía (Córdoba)	6,99%	1,39	25,07	7,00%	1,35	15,20
H. SAS. U. Virgen del Rocío (Sevilla)	6,88%	1,43	24,15	5,42%	1,36	15,75
H. SAS. Juan Ramón Jiménez (Huelva)	6,29%	1,59	18,74	6,02%	1,36	11,12
H. SAS. Ciudad de Jaén (Jaén)	6,26%	1,57	27,34	2,86%	1,15	16,00
H. SAS. U. Ntra. Sra. de Valme (Sevilla)	6,10%	1,47	22,98	4,14%	1,22	12,64
H. SAS. U. Virgen de la Victoria (Málaga)	6,00%	1,25	16,21	6,02%	1,16	11,33
H. SAS. U. Puerto Real (Cádiz)	5,73%	1,54	19,03	5,12%	1,31	9,15
H. SAS. U. San Cecilio (Granada)	5,20%	1,39	21,94	5,05%	1,16	10,00
H. SAS. Jerez de la Frontera (Cádiz)	4,95%	1,33	20,24	4,29%	1,27	14,71
H. SAS. Virgen de las Nieves (Granada)	4,10%	1,26	26,60	10,24%	1,03	11,05
H. SAS. Punta de Europa (Algeciras, Cádiz)	3,28%	1,47	17,88	8,58%	1,07	16,64
H. SAS. San Juan de la Cruz (Úbeda, Jaén)	2,74%	1,38	27,06	1,51%	1,25	12,56
H. de Poniente (El Ejido, Almería)	2,54%	1,44	15,96	2,26%	1,20	10,24
H. SAS. Baza (Granada)	1,68%	1,31	18,53	0,83%	1,57	19,43
H. SAS. Ntra. Sra. Merced (Osuna, Sevilla)	1,61%	1,34	21,02	1,20%	1,07	9,00
H. Costa del Sol (Marbella, Málaga)	0,40%	1,05	9,49	1,88%	1,09	10,22

Hospital	Enfermedades y trastornos mentales			Abuso de sustancias		
	% ingresos	Re-ingresos	Días de estancia media	% ingresos	Re-ingresos	Días de estancia media
H. SAS. U. Puerta del Mar (Cádiz)	0,39%	1,11	9,08	0,45%	1,20	11,60
H. SAS. Infanta Elena (Huelva)	0,24%	1,00	7,50	0,60%	1,14	6,71
H. S. Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla)	0,18%	1,00	5,75	0,45%	1,00	10,00
H. SAS. La Inmaculada (Huerca-Overa, Almería)	0,16%	1,00	13,41	0,15%	1,00	12,00
H. SAS. Axarquía (Vélez-Málaga, Málaga)	0,13%	1,00	8,71	0,60%	1,00	10,63
H. SAS. Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)	0,10%	1,00	4,36	0,53%	1,17	11,00
H. SAS. Serranía de Ronda (Málaga)	0,09%	1,00	4,60	0,38%	1,00	5,20
H. SAS. V. de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba)	0,09%	1,00	3,60	0,23%	1,00	10,67
H. SAS. Antequera (Málaga)	0,08%	1,00	10,67	0,60%	1,00	10,13
H. SAS. San Agustín (Linares, Jaén)	0,07%	1,00	8,75	0,08%	1,00	5,00
H. SAS. Stª Ana (Motril, Granada)	0,05%	1,00	8,80	0,45%	1,00	9,33
H. Alto Guadalquivir (Andujar, Jaén)	0,04%	1,00	7,25	0,08%	1,00	1,00
H. SAS. Riotinto (Huelva)	0,01%	1,00	2,00	0,30%	1,00	8,25
TOTAL	100%	1,45	21,55	100%	1,21	12,93

Fuente: CMBD, 2004.

Una vez comentada la distribución de las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) es se puede profundizar en los distintos Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) que las componen (tabla IV.29, tabla IV.30, gráfico IV.6 y gráfico IV.7). Como han señalado diversos autores, la psicosis es el GRD que más ingresos hospitalarios ha ocasionado (54,46%) con una gran diferencia sobre los demás. El segundo GRD, que se corresponde con los trastornos de personalidad y control de impulsos, significó el 10% de los ingresos.

Se puede observar una cierta especialización de los hospitales andaluces ya que cada uno destaca significativamente en alguno de los grupos diagnósticos. Así, en ingresos por procedimientos quirúrgicos con diagnóstico principal de enfermedad mental destaca con gran diferencia el Hospital de Málaga. En cuanto a los ingresos por reacciones de adaptación aguda y trastornos de disfunción psicosocial y neurosis depresiva destacan los Hospitales sevillanos de Virgen de Valme y Virgen Macarena. En los Hospitales de Jerez y Málaga los ingresos por neurosis sin incluir depresión presentan altos porcentajes. La mayor proporción de trastornos de personalidad y control de impulsos se registró en el Virgen Macarena, Málaga y Virgen del Rocío. Las alteraciones orgánicas y retraso mental presentan porcentajes significativos en el Reina Sofía de Córdoba y en el Virgen del Rocío, mientras que otros diagnósticos de retraso mental son más importantes en Torrecárdenas en Almería y Jerez. El Hospital Virgen Macarena también presenta el mayor porcentaje de ingresos por psicosis. Los trastornos mentales de la infancia tienen un alto número de ingresos en el Virgen del Rocío y Virgen de Valme.

En cuanto a los grupos de diagnóstico por abuso de sustancias destacan los Hospitales Punta Europa de Algeciras y Virgen de la Nieves de Granada con más de un 22% de pacientes con abuso de opiáceos. El Virgen Macarena, el Hospital de Málaga y el Juan Ramón Jiménez de Huelva con más del 10% de pacientes con abuso de cocaína. Por último, en abuso de alcohol no se aprecia el dominio de ningún Hospital aunque destacaremos al Hospital Virgen Macarena y al Reina Sofía con más del 8% de pacientes atendidos.

Tabla IV.29. Porcentajes de ingresos por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) para la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) de trastorno mental.

Hospital	GRD 424	GRD 425	GRD 426	GRD 427	GRD 428	GRD 429	GRD 430	GRD 431	GRD 432	TOTAL
H. SAS. U. Virgen Macarena (Sevilla)	6,90% (4)	8,80% (78)	18,92% (109)	8,60 (24)	10,81% (143)	8,14% (56)	14,31% (948)	5,90% (17)	9,32% (11)	12,83% (1.390)
H. SAS. Torrecárdenas (Almería)	3,45% (2)	6,09% (54)	2,43% (14)	7,53% (21)	8,87% (117)	5,23% (36)	7,55% (500)	12,50% (36)	23,73% (28)	7,46% (808)
H. SAS. Málaga (Málaga)	46,55% (27)	5,08% (45)	3,82% (22)	10,75 (30)	9,17% (121)	5,96% (41)	7,37% (488)	4,51% (13)	6,78% (8)	7,34% (795)
H. SAS. U. Reina Sofía (Córdoba)	3,45% (2)	4,85% (43)	7,81% (45)	8,24 (23)	5,76% (76)	12,79% (88)	7,02% (465)	5,21% (15)	0,85% (1)	6,99% (758)

ATLAS DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA

Hospital	GRD 424	GRD 425	GRD 426	GRD 427	GRD 428	GRD 429	GRD 430	GRD 431	GRD 432	TOTAL
H. SAS. U. Virgen del Rocío (Sevilla)	6,90% (4)	8,13% (72)	3,65% (21)	3,58 (10)	9,17% (121)	10,32% (71)	5,99% (397)	17,01% (49)	0,85% (1)	6,88% (746)
H. SAS. Juan Ramón Jiménez (Huelva)	0,00% (0)	7,11% (63)	4,34% (25)	2,87 (8)	6,67% (88)	4,94% (34)	6,48% (429)	10,76% (31)	3,39% (4)	6,29% (682)
H. SAS. Ciudad de Jaén (Jaén)	3,45% (2)	3,61% (32)	7,99% (46)	5,73 (16)	7,13% (94)	6,69% (46)	6,25% (414)	6,25% (18)	9,32% (11)	6,27% (679)
H. SAS. U. Ntra. Sra. de Valme (Sevilla)	3,45% (2)	9,93% (88)	10,07% (58)	7,17 (20)	5,53% (73)	6,98% (48)	4,95% (328)	14,24% (41)	2,54% (3)	6,10% (661)
H. SAS. U. Virgen de la Victoria (Málaga)	1,72% (1)	4,63% (41)	7,81% (45)	6,45 (18)	5,84% (77)	3,34% (23)	6,38% (423)	4,51% (13)	7,63% (9)	6,00% (650)
H. SAS. U. Puerto Real (Cádiz)	1,72% (1)	4,40% (39)	2,95% (17)	5,02% (14)	5,91% (78)	2,47% (17)	6,75% (447)	2,43% (7)	0,85% (1)	5,73% (621)
H. SAS. U. San Cecilio (Granada)	1,72% (1)	4,06% (36)	5,03% (29)	3,58 (10)	5,76% (76)	4,80% (33)	5,62% (372)	1,04% (3)	3,39% (4)	5,20% (564)
H. SAS. Jerez de la Frontera (Cádiz)	0,00% (0)	5,42% (48)	4,51% (26)	12,90% (36)	4,55% (60)	6,83% (47)	4,42% (293)	4,51% (13)	11,86% (14)	4,96% (537)
H. SAS. Virgen de las Nieves (Granada)	5,17% (3)	5,08% (45)	3,99% (23)	3,58 (10)	2,81% (37)	4,22% (29)	4,32% (286)	1,74% (5)	5,08% (6)	4,10% (444)
H. SAS. Punta de Europa (Algeciras, Cádiz)	0,00% (0)	2,60% (23)	2,26% (13)	4,30 (12)	1,74% (23)	5,09% (35)	3,70% (245)	0,69% (2)	1,69% (2)	3,28% (355)
H. SAS. San Juan de la Cruz (Úbeda, Jaén)	5,17% (3)	2,48% (22)	4,51% (26)	1,79 (5)	3,34% (44)	2,91% (10)	2,51% (166)	3,13% (9)	0,85% (1)	2,73% (296)
H. de Poniente (El Ejido, Almería)	0,00% (0)	1,81% (16)	1,74% (10)	1,08% (3)	2,65% (35)	1,60% (11)	3,00% (199)	0,35% (1)	0,00% (0)	2,54% (275)
H. SAS. Baza (Granada)	5,17% (3)	2,03% (18)	1,22% (7)	2,15 (6)	2,05% (27)	1,45% (10)	1,65% (109)	0,69% (2)	0,00% (0)	1,68% (182)
H. SAS. Ntra. Sra. Merced (Osuna, Sevilla)	0,00% (0)	1,24% (11)	3,82% (22)	1,08 (3)	1,21% (16)	1,89% (13)	1,62% (107)	0,35% (1)	0,85% (1)	1,61% (174)
H. Costa del Sol (Marbella, Málaga)	1,72% (1)	2,71% (24)	0,00% (0)	0,36 (1)	0,91% (12)	0,00% (0)	0,05% (3)	0,00% (0)	1,69% (2)	0,40% (43)

IV. RESULTADOS

Hospital	GRD 424	GRD 425	GRD 426	GRD 427	GRD 428	GRD 429	GRD 430	GRD 431	GRD 432	TOTAL
H. SAS. U. Puerta del Mar (Cádiz)	1,72% (1)	1,92% (17)	0,69% (4)	1,43 (4)	0,00% (0)	0,44% (3)	0,02% (1)	2,78% (8)	3,39% (4)	0,39% (42)
H. SAS. Infanta Elena (Huelva)	0,00% (0)	1,47% (13)	0,69% (4)	0,36 (1)	0,00% (0)	0,73% (5)	0,00% (0)	0,35% (1)	1,69% (2)	0,24% (26)
A.H. San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla)	0,00% (0)	1,58% (14)	0,17% (1)	0,36 (1)	0,00% (0)	0,58% (4)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,18% (20)
H. SAS. La Inmaculada (Huercal-Overa, Almería)	0,00% (0)	0,45% (4)	0,69% (4)	0,00% (0)	0,08% (1)	0,73% (5)	0,02% (1)	0,00% (0)	1,69% (2)	0,16% (17)
H. SAS. Axarquía (Vélez-Málaga, Málaga)	0,00% (0)	0,79% (7)	0,52% (3)	0,00 (0)	0,00% (0)	0,29% (2)	0,00% (0)	0,35% (1)	0,85% (1)	0,13% (14)
H. SAS. Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)	0,00% (0)	0,68% (6)	0,00% (0)	0,36 (1)	0,00% (0)	0,29% (2)	0,03% (2)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,10% (11)
H. SAS. Serranía de Ronda (Málaga)	0,00% (0)	0,79% (7)	0,00% (0)	0,00 (0)	0,00% (0)	0,15% (1)	0,02% (1)	0,35% (1)	0,00% (0)	0,09% (10)
H. SAS. V. de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba)	0,00% (0)	0,45% (4)	0,00% (0)	0,00 (0)	0,00% (0)	0,58% (4)	0,00% (0)	0,35% (1)	0,85% (1)	0,09% (10)
H. SAS. Antequera (Málaga)	0,00% (0)	0,68% (6)	0,00% (0)	0,72 (2)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,02% (1)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,08% (9)
H. SAS. San Agustín (Linares, Jaén)	0,00% (0)	0,56% (5)	0,17% (1)	0,00 (0)	0,00% (0)	0,15% (1)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,85% (1)	0,07% (8)
H. SAS. Stª Ana (Motril, Granada)	0,00% (0)	0,11% (1)	0,17% (1)	0,00 (0)	0,00% (0)	0,44% (3)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,05% (5)
H. Alto Guadalquivir (Andujar, Jaén)	1,72% (1)	0,34% (3)	0,00% (0)	0,00 (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,04% (4)
H. SAS. Riotinto (Huelva)	0,00% (0)	0,11% (1)	0,00% (0)	0,00 (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,01% (1)
TOTAL	100% (58)	100% (886)	100% (576)	100% (279)	100% (1.319)	100% (688)	100% (6.625)	100% (288)	100% (118)	100% (10.837)

Fuente: CMBD, 2004.

GRD	
424	Procedimiento quirúrgico con diagnóstico principal de enfermedad mental
425	Reacción de adaptación aguda y trastorno de disfunción psicosocial
426	Neurosis depresiva
427	Neurosis excepto depresión
428	Trastornos de personalidad y control de impulsos
429	Alteraciones orgánicas y retraso mental
430	Psicosis
431	Trastornos mentales de la infancia
432	Otros diagnósticos de retraso mental

Tabla IV.30. Porcentajes de ingresos por Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) para la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) de uso de alcohol o drogas y trastornos mentales orgánicos inducidos por el uso de alcohol o drogas.

Hospital	GDR 743-745	GDR 746-748	GDR 749-751	TOTAL
H. SAS. U. Virgen Macarena (Sevilla)	4,55% (10)	18,00% (83)	8,96% (58)	11,37% (151)
H. SAS. Virgen de las Nieves (Granada)	22,27% (49)	9,76% (45)	6,49% (42)	10,24% (136)
H. SAS. Punta de Europa (Algeciras, Cádiz)	27,27% (60)	4,34% (20)	5,26% (34)	8,58% (114)
H. SAS. Málaga (Málaga)	3,18% (7)	11,28% (52)	7,88% (51)	8,28% (110)
H. SAS. U. Reina Sofía (Córdoba)	5,45% (12)	4,99% (23)	8,96% (58)	7,00% (93)
H. SAS. Juan Ramón Jiménez (Huelva)	1,82% (4)	10,20% (47)	4,48% (29)	6,02% (80)
H. SAS. U. Virgen de la Victoria (Málaga)	1,36% (3)	7,81% (36)	6,34% (41)	6,02% (80)
H. SAS. U. Virgen del Rocío (Sevilla)	10,45% (23)	4,77% (22)	4,17% (27)	5,42% (72)
H. SAS. U. Puerto Real (Cádiz)	5,00% (11)	3,90% (18)	6,03% (39)	5,12% (68)
H. SAS. U. San Cecilio (Granada)	0,00% (0)	5,21% (24)	6,65% (43)	5,05% (67)
H. SAS. Jerez de la Frontera (Cádiz)	5,91% (13)	2,60% (12)	4,95% (32)	4,29% (57)

Hospital	GDR 743-745	GDR 746-748	GDR 749-751	TOTAL
H. SAS. U. Ntra. Sra. de Valme (Sevilla)	7,73% (17)	3,25% (15)	3,55% (23)	4,14% (55)
H. SAS. Torrecárdenas (Almería)	0,45% (1)	3,69% (17)	3,40% (22)	3,01% (40)
H. SAS. Ciudad de Jaén (Jaén)	0,45% (1)	3,47% (16)	3,25% (21)	2,86% (38)
H. de Poniente (El Ejido, Almería)	2,27% (5)	3,04% (14)	1,70% (11)	2,26% (30)
H. Costa del Sol (Marbella, Málaga)	0,45% (1)	0,43% (2)	3,40% (22)	1,88% (25)
H. SAS. San Juan de la Cruz (Úbeda, Jaén)	0,45% (1)	1,30% (6)	2,01% (13)	1,51% (20)
H. SAS. Ntra. Sra. Merced (Osuna, Sevilla)	0,45% (1)	1,52% (7)	1,24% (8)	1,20% (16)
H. SAS. Baza (Granada)	0,00% (0)	0,43% (2)	1,39% (9)	0,83% (11)
H. SAS. Infanta Elena (Huelva)	0,45% (1)	0,00% (0)	1,08% (7)	0,60% (8)
H. SAS. Axarquía (Vélez-Málaga, Málaga)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,24% (8)	0,60% (8)
H. SAS. Antequera (Málaga)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,24% (8)	0,60% (8)
H. SAS. Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)	0,00% (0)	0,00% (0)	1,08% (7)	0,53% (7)
H. SAS. U. Puerta del Mar (Cádiz)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,93% (6)	0,45% (6)
H. San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,93% (6)	0,45% (6)
H. SAS. Stª Ana (Motril, Granada)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,93% (6)	0,45% (6)
H. SAS. Serranía de Ronda (Málaga)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,77% (5)	0,38% (5)
H. SAS. Riotinto (Huelva)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,62% (4)	0,30% (4)
H. SAS. V. de los Pedroches (Pozoblanco, Córdoba)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,46% (3)	0,23% (3)

Hospital	GDR 743-745	GDR 746-748	GDR 749-751	TOTAL
H. SAS. La Inmaculada (Huerca-Overa, Almería)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,31% (2)	0,15% (2)
H. SAS. San Agustín (Linares, Jaén)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,15% (1)	0,08% (1)
H. Alto Guadalquivir (Andujar, Jaén)	0,00% (0)	0,00% (0)	0,15% (1)	0,08% (1)
TOTAL	100% (220)	100% (461)	100% (647)	100% (1.328)

Fuente: CMBD; 2004.

GRD

743-745 Abuso o dependencia de opiáceos

746-748 Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas

749-751 Abuso o dependencia de alcohol

V. CONCLUSIONES

1. Análisis de la organización territorial de la salud mental en Andalucía.

- La organización territorial de la red de salud mental en Andalucía presenta algunos problemas para la planificación de sus recursos debido a que las divisiones están trazadas en función de la atención hospitalaria de agudos, a la falta de consideración de las diferencias de planificación de servicios en áreas rurales y urbanas, y a la ausencia de relación entre la delimitación de las ACESMD y las secciones y distritos censales como escala base para el estudio de sus características sociodemográficas.
- La organización territorial de la salud mental en Andalucía debería asimilarse a las escalas fundamentales de la salud general distribuida en Distritos de Atención Primaria, Áreas Hospitalarias y de Gestión Sanitaria y Áreas de Salud tal y como recoge el PISMA.
- Las ACESMD deberían ajustarse a los Distritos de Atención Primaria definidos en el 2002, constituyendo a las grandes capitales como ACESMD únicas con varios ESMD asignados. Esta organización tendría sentido debido a la mayor movilidad de los pacientes, debido a la alta accesibilidad y a medidas como la libre elección de profesional, o a la cada vez mayor función autónoma de las grandes entidades metropolitanas.
- Tanto las ACESMD como las ASM sobrepasan en ocasiones los límites provinciales que son los que definen las Áreas de Salud, base de la organización, gestión y planificación para el Sistema Sanitario Público Andaluz.
- De estimarse la necesidad de realizar una zonificación propia de la red de salud mental resulta necesario delimitar claramente ésta por medio de una forma oficial, preferentemente mediante una Orden como en el caso del Mapa de Atención Primaria de 2002.
- La planificación de los servicios de salud mental debe partir de la diferenciación de áreas rurales, urbanas y, posiblemente, macrourbanas. Es necesario conocer en profundidad la situación de las ACESMD de carácter rural. No tener en cuenta sus especiales características sociodemográficas y sus infraestructuras de comunicación supone una planificación que parte de una suposición de homogeneidad del territorio que produce inequidades en el acceso y la utilización,

por lo que partiendo de una idea de equidad global se produce problemas de inequidad reales. En áreas rurales puede ser necesario primar los servicios de teleasistencia y centros polivalentes en vez de intentar que existan determinados servicios intermedios para toda la población como por ejemplo un HD.

2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Salud Mental y de las Áreas de Cobertura de los ESDM (ACESMD).

- A partir de la información del Censo de Población de 2001 y otras fuentes se ha conseguido caracterizar sociodemográficamente estas áreas mediante indicadores. La representación cartográfica de los mismos permite comprobar situaciones que deben ser valoradas en la planificación de los servicios.
- Las ACESMD costeras presentan las mayores tasas de población extranjera, especialmente significativa en Almería, Málaga y Huelva, requiriendo una atención específica para este colectivo de la que el PISMA ya se hace eco.
- Es preciso una especial atención a las ACESMD rurales que, aunque son las menos pobladas, presentan por lo general altos valores de población que vive en soledad o no poseen pareja legal, además de un menor nivel económico respecto a las áreas urbanas. Estas características recomiendan la distinción de servicios para esta población.

3. Distribución territorial de los recursos de salud mental en Andalucía (dispositivos, profesionales, camas y plazas).

- No existen criterios consensuados que permitan definir el nivel mínimo de dispositivos con el que debe contar cada ASM. Para definir este criterio sería necesarios diferenciar entre áreas rurales y urbanas que requieren diferencias en la asignación de sus recursos. Lo mismo ocurre con su provisión de camas/plazas y profesionales por habitante. Estos criterios mínimos ayudarían a la disminución de los desequilibrios territoriales en la atención a la salud mental.
- Es necesaria una descripción estandarizada de los dispositivos que componen la red andaluza. Existen recursos como las CT que ofrecen tipos de atención de hospitalización total y parcial que no se ofrecen en los dispositivos del mismo nombre de otras Comunidades Autónomas. Existen instrumentos para la

descripción estandarizada, como el European Service Mapping Schedule (ESMS) (Johnson y cols, 2000) o la Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Discapacidad en España (DESDE) (Salvador y cols, 2004), que han sido utilizados en diversos proyectos de evaluación de servicios en las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha y Navarra.

- Esta descripción permitiría disponer de un catálogo de servicios de salud mental que describiría los tipos básicos de atención ofertados. El catálogo serviría como apoyo a los planificadores para una mejor asignación de los recursos por habitante y la comparación de la red andaluza con las de otros ámbitos nacionales e internacionales. Ya se han realizado catálogos de este tipo en otras Comunidades Autónomas como en Navarra con un formato online que facilita su actualización periódica.
- La ubicación de recursos de día como HD, URA, CT y algunas USMI en áreas urbanas es indicativo de la necesidad de tener en cuenta en el sistema de planificación la densidad y la estructura del territorio. La localización de dispositivos de atención en áreas urbanas podría no ser una carencia del sistema sino una constatación de donde son útiles y la necesidad de crear dispositivos alternativos en áreas rurales.

ESMD.

- Los ESMD presentan una distribución homogénea por todo el territorio andaluz al tratarse de dispositivos diseñados como puerta de entrada al sistema de atención en salud mental y de apoyo a la atención primaria.
- La dotación de profesionales por habitante de los ESMD presentan amplios contrastes. Se detectan diferencias en la provisión de profesionales en ESMD en el ASM de Almería, la zona central del ASM de Jaén, el sur del ASM de Córdoba, en las ASM de Osuna y Valme y en la costa occidental de Málaga en la ASM Málaga I. También es apreciable esta situación en los ESMD de las capitales de Almería, Córdoba, Huelva y Jaén que unen a su importancia poblacional una mayor atracción de la población por las buenas comunicaciones.

USM-HG.

- Todas las ASM tienen asignadas al menos una USM-HG. Sería recomendable analizar la necesidad de dotar de nuevas unidades a otros Hospitales Generales como los existentes en las ASM de Córdoba y Huelva.
- Las USM-HG poseen un alto contraste en la asignación de camas por habitante. Se recomienda la revisión de la dotación de camas en USM-HG de las ASM de Córdoba, Huelva y Málaga II.
- Los contrastes entre los diplomados y auxiliares asignados a las USM-HG también son amplios. Sería necesario estudiar específicamente las USM-HG de Cádiz, Córdoba, Huelva, Jerez y Málaga II.

CT.

- Las ASM de Osuna y Algeciras son las únicas que no poseen ningún dispositivo de este tipo. Sería recomendable estudiar la necesidad de crear este tipo de dispositivos en estas ASM teniendo presente que son las de menos población de Andalucía.
- Las CT tienen un número semejante de camas asignadas por habitante. Aún así, sería conveniente revisar la distribución de las camas asignadas a las ASM de Córdoba, Jaén y Málaga II.
- La provisión de profesionales por habitante es semejante para cada una de las CT.

HD.

- Las ASM de Cádiz, Córdoba, Jerez, Granada, Málaga I, Málaga II, Rocío, Valme no cuentan con HD. No existe ningún HD en las provincias de Málaga y Córdoba. Sería recomendable estudiar la idoneidad de dotar de HD a las ASM que no cuentan con ellos, con especial atención a las ASM de Córdoba, Málaga I y Málaga II.

- La asignación de plazas por habitante en los HD presenta desigualdades. Se podría comprobar la adecuación de las plazas de los HD de las ASM de Granada Norte, Almería y Macarena.
- Los HD presentan una dotación equitativa de profesionales por habitante.

URA.

- Existen ASM sin disponibilidad de estos recursos como Algeciras, Granada Norte, Jerez, Málaga II, Osuna y Valme. Sería preciso analizar la oportunidad de dotar a estas áreas con especial atención a las ASM de Málaga.
- La asignación de plazas por habitante a las URA también presenta diferencias entre ASM. El número de plazas de la URA de Málaga I debería ser revisada.
- Las URA poseen un número homogéneo de profesionales asignados.

USMI.

- No existe disponibilidad de USMI en las ASM de Granada Sur y Osuna. Sería preciso estudiar que todas las ASM contasen con este dispositivo específico.
- Las USMI con disponibilidad de hospitalización completa presentan una tasa de camas por habitante desigual entre ASM y provincias. Se recomienda considerar la necesidad de ampliar la atención de hospitalización completa de población infanto-juvenil para mejorar su disponibilidad en todas las ASM y provincias.
- No se aprecia una mayor dotación de profesionales en las unidades con camas respecto a las que no poseen camas asignadas. Sería necesario revisar la provisión de profesionales en las ASM de Huelva y Córdoba.

4. Accesibilidad temporal de los recursos de salud mental en Andalucía.

- Tal y como recoge el PISMA, el estudio de la accesibilidad temporal de cada uno de los servicios de salud mental permite detectar áreas periféricas o con provisión deficiente de algún tipo de atención.

- La comparación de las áreas de accesibilidad temporal calculadas con las de otros ámbitos nacionales e internacionales sería de gran utilidad para fijar intervalos de tiempo de acceso mínimos recomendados a cada recurso.
- La accesibilidad temporal a los dispositivos puede ser mejorada con la creación de nuevos dispositivos, la implantación de dispositivos alternativos a los de atención de día y, para el caso del tipo de atención ambulatorio, también con la provisión de servicios de atención móviles que prevean el desplazamiento de profesionales a otros municipios de las ACESMD.
- Las USM-HG, USMIJ, CT, HD y URA se ubican principalmente en los grandes núcleos urbanos lo que provoca diferencias en la equidad de acceso y utilización de la población entre las zonas urbanas y las rurales.

ESMD.

- La accesibilidad a los ESMD es de menos de 30 minutos en la práctica totalidad del territorio. Supera los 30 minutos en áreas de baja población de Sierra Morena, Sistemas Béticos orientales, Alpujarras y en la Serranía de Ronda. Se podría analizar la idoneidad de crear nuevos dispositivos, modificar su ubicación o promover desplazamientos regulares de profesionales (atención móvil) en las ACESMD de Camas, Huelva, Palma del Río, Úbeda, Villacarrillo, Baza, Levante, Jerez, Ronda y Alpujarras.

USM-HG.

- La accesibilidad a las USM-HG es de menos de 45 minutos en la mayor parte del territorio pero se detectan áreas menos accesibles en las áreas de Sierra Morena, Serranía de Ronda, subbética cordobesa y levante de Almería. Estos dispositivos son los únicos que ofrecen atención de urgencia durante las 24 horas, de ahí la importancia de garantizar una buena accesibilidad. Sería recomendable analizar la necesidad de nuevos dispositivos en los Hospitales Generales existentes y previstos en el sur de Córdoba, la zona de Sierra Morena en Huelva, Sevilla y Córdoba, en la Serranía de Ronda y en la zona más oriental de Almería.

CT.

- La accesibilidad a las CT no supera los 60 minutos generalmente. Se puede considerar un intervalo de tiempo correcto en su atención de hospitalización completa, pero es demasiado amplia para su atención de hospitalización de día. Las áreas donde se podría analizar la creación de nuevos dispositivos serían Algeciras, en la Serranía de Ronda en Málaga I, Osuna y el este de Jaén y Granada.

HD.

- Los HD no presentan una adecuada accesibilidad para un dispositivo de día con amplias áreas del territorio andaluz situadas a más de 60 minutos. En esto influye decisivamente su ubicación en los principales núcleos urbanos y la inexistencia de estos dispositivos en las ASM de Cádiz, Jerez, Córdoba, Granada Sur, Málaga I y II, Rocío y Valme.

URA.

- Las URA como dispositivos de atención de día presentan una mayor accesibilidad que los HD aunque se detectan deficiencia en la zona limítrofe entre Cádiz y Málaga, Sierra Morena y en el área nororiental de Andalucía. Se recomienda de nuevo la creación de HD y URA en ASM desprovistas y estudiar posibilidades de aumentar su accesibilidad.

USMI.

- Las USMI poseen una accesibilidad limitada para su tipo de atención ambulatoria y de día y es más adecuada para la hospitalización completa dada su especificidad. Para la mejora de la accesibilidad es recomendable dotar de USMI a todas las ASM al menos en lo que respecta al servicio ambulatorio.

5. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica en Andalucía para ESMD y Hospital General. Explotación de las bases de datos SISMA y CMBD.

- La información asistencial que ofrecen las bases de datos SISMA y CMBD tienen una clara componente territorial. En ellas se identifican los dispositivos donde se

ha realizado las intervenciones, lo que unido al conocimiento del territorio que engloba sus áreas de cobertura, permite conocer la distribución territorial de las todas las variables de información. La utilización de técnicas geográficas, cuantitativas y cartográficas, ha facilitado la visualización y la interpretación de los datos que de otra forma hubiera sido difícil de realizar. Esta metodología se ha aplicado a la población general con trastornos mentales atendida en la red de salud mental de Andalucía, pero puede también aplicarse a poblaciones concretas definidas características sociodemográficas o patologías.

- El SISMA resulta de gran utilidad para analizar la morbilidad de la población y la utilización de los servicios de la red de salud mental de Andalucía. Es una base de datos que pretende registrar un gran número de variables lo que le dota de gran interés, pero este ambicioso diseño provoca problemas de cumplimentación de determinadas variables especialmente las sociodemográficas. El estudio efectuado sobre el SISMA constata también deficiencias en la asignación de diagnósticos, es posible suponer que esta falta de datos puede deberse a la resistencia de algunos facultativos a la cumplimentación de este campo. También se aprecia una excesiva diferenciación de actividades asistenciales y no asistenciales que recomendaría la revisión de las mismas. A pesar de los problemas señalados sobre el SISMA se constata una continua mejora de la cumplimentación de sistema para la mayoría de las variables.
- El SISMA presenta una mayor tradición en la recogida de información de los ESMD pero su implantación progresiva a otros dispositivos permite contar con información completa acerca de la actividad asistencial de la red de salud mental de Andalucía.
- El CMBD se configura como una base de datos de gran utilidad para el análisis de los pacientes y actividad de los Hospitales Generales. Su nivel de cumplimentación es muy alto en Andalucía. Su principal problema es que ofrece un sistema de clasificación, la CIE-9, no actualizado y no aceptado a nivel internacional por la OMS.
- Los distintos sistemas de clasificación de los diagnósticos (CIE) y la falta de un código de identificación de los pacientes común impide su seguimiento individualizado a través de la red de salud mental y atención primaria. El sistema

de información DIRAYA, actualmente en fase de implantación, pretende acabar con este problema.

- La explotación del SISMA permite comprobar que más de la mitad de los pacientes de los ESMD son mujeres; la edad mayoritaria se mueve entre los 18 y 64 años; la mitad de los pacientes están casados o en pareja; y más de la mitad pertenece al grupo de población inactiva mientras que un tercio dispone de empleo. El grupo diagnóstico con mayor presencia es el de los trastornos neuróticos que se identifica en casi un tercio de la población atendida.
- Los valores de prevalencia e incidencia de los ESMD es semejante en las 15 ASM. Por el contrario, teniendo en cuenta esta igualdad en la prevalencia destacan las diferencias halladas en la frecuentación con amplios contrastes en el número de actividades por pacientes. Habría que prestar especial atención a estos datos en las ASM de Huelva, Jaén, Osuna y Valme por sus bajos valores y en Cádiz por todo lo contrario.
- El análisis de los indicadores de actividad por ACESMD también ofrece datos de interés. La prevalencia a la escala de las ACESMD presenta importantes diferencias que aconsejan comprobar la adecuación de los recursos asignados en las ACESMD de Huelva, Fuengirola, Úbeda, Levante y Puerta Blanca por sus bajos valores; al igual las altas prevalencias observadas en Sevilla Oriente, Montilla, Cádiz, Málaga Oeste y Málaga Norte.
- La incidencia en ESMD también presentan diferencias. Existen ACESMD que poseen la mitad de pacientes nuevos por habitante que otras, son los ESMD de Jaén, Fuengirola, Carmona, Guadalquivir, Alpujarras, Motril, Huelva, Écija, Úbeda, Morón y Puerta Blanca.
- Los valores de frecuentación son los que presentan los contrastes más significativos entre ACESMD, en algunos centros se dobla en número de actividades asistenciales por pacientes de otros. Habría que analizar porqué sucede esto por ejemplo en los ESMD de Dos Hermanas, La Línea, Villacarrillo, Mairena, Jaén, Osuna, Condado, Martos Córdoba Sur, Morón, Marbella, Úbeda, Puerta Blanca y Huelva.

- El número de facultativos por paciente es por lo general homogéneo pero habría que estudiar la causa de las altas cifras de ESMD como Constantina, Aracena y Fuengirola o el menor valor de Málaga Norte.
- El número de facultativos por consulta en ESMD muestra escasas diferencias en toda la región. Este hecho parece señalar que se ha empleado la asignación de profesionales, en este caso facultativos, para hacer frente a las importantes diferencias en frecuentación.
- Los pacientes psiquiátricos en Hospitales Generales presentan una mayor proporción de hombres, a diferencia de los ESMD en donde predominan las mujeres, manteniéndose la edad en los intervalos de población adulta.
- La frecuentación en las USM-HG por ASM es generalmente semejante pero sería interesante comprobar las altas tasas de las ASM de Valme, Almería, Algeciras, Granada Norte y Macarena; y las bajas de Málaga II, Córdoba, Rocio y Osuna. En cambio, el número de ingresos por habitante y reingresos presenta valores más homogéneos para todas las ASM aunque destaca los valores del ASM Macarena.
- La tasa de reingresos presenta valores semejantes para cada USM-HG. En la estancia media es donde se encuentran las principales diferencias con valores muy altos en los HG de Macarena, Jaén y Úbeda, este último especialmente significativo por su baja tasa de camas por habitante, y bajos en las USM-HG de la capital malagueña y el HG de Poniente.
- Los pacientes e ingresos en las USM-HG corresponden en su mayoría a trastornos psiquiátricos mientras que las cifras para las patologías asociadas al abuso de sustancias son claramente inferiores. De la misma forma los reingresos y los días de estancia también son inferiores. El grupo diagnóstico psiquiátrico más frecuente es la psicosis, mientras que para el abuso de sustancias destacan los ingresos por consumo de opiáceos.

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Beecham J, Johnson S and the EPCAT Group. The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles, and development. *Acta Psychiatr Scand* 2000: 102 (Suppl. 405): 33-46.
2. Decreto 60/1999, de 9 de marzo por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
3. Fundación La Caixa. Anuario Económico de España 2002. Barcelona: Fundación "La Caixa"; 2002.
4. Glover G, Barnes D. Mental Health Mapping Atlas. Provision for Working Age Adults in England 2001. Durham: Centre for Public Mental Health. University of Durham 2002 [en línea] [fecha de acceso 8 de diciembre de 2003]. URL disponible en: <http://www.dur.ac.uk/service.mapping>.
5. Johnson S, Kuhlmann R and the EPCAT Group. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiat Scand* 2000: 102 (Suppl. 405): 14-23
6. López Lara E y Marchena Gómez M. La nueva división distrital del término municipal de Sevilla. Barcelona: Centro de Estudios Urbanísticos, Municipales y Territoriales; 1990.
7. López Lara, E. y Garrido Cumbreña, M. Análisis de la accesibilidad hospitalaria por carretera en Andalucía mediante Sistemas de Información Geográfica. En: *Servicios y Transportes en el desarrollo territorial de España*. E. López Lara, J. Miranda, JC Posada, Navarro J, García Gómez A. (Eds.) Sevilla: El Monte, Asociación de Geógrafos Españoles (AGE) y Universidad de Sevilla, 2003. pp. 407-418.
8. Orden de 7 de enero de 1988, por la que se aprueba el Mapa de Atención Primaria de Salud en Andalucía.
9. Orden de 7 de junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía.

10. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, (CIE-10) Ginebra: OMS, 2003.
11. Organización Mundial de la Salud. Atlas: country profiles on mental health resources 2001. Ginebra: OMS, 2001.
12. Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas - 2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
13. Ruiz M, Cirera LI, Pérez G, Borell C, Audica C, Moreno C, Torcida I, Martos D. Comparabilidad entre la novena y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la codificación de la causa de muerte en España. Gac Sanit 2002; 16 (6): 526-32.
14. Salvador Carulla L, Romero C, Garrido Cumbreira M, Salinas JA, Ochoa S. Informe Psicost/CatSalut 2003. Servicio Catalán de Salud (CatSalut). Informe técnico, 2003.
15. Salvador-Carulla L, Garrido Cumbreira M. por el grupo Psicost/RIRAG. Conjunto básico de indicadores de Salud Mental en el ámbito europeo y español. La experiencia PSICOST/RIRAG. En: XXIII y XXIV Jornadas de Economía de Salud 2004: Publicación en CD.
16. Salvador-Carulla L, Romero C, Poole M. DESDE. Escala para la Descripción Estandarizada de Servicios para Discapacidad en España. Origen, Desarrollo y Aplicaciones. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2004.
17. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Resolución 14, de 4 de junio de 1993, de Regulación del Informe Clínico de Alta Hospitalaria y del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria.
18. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla: SAS, 2003.
19. Snow J. On the mode of communication of cholera, 2 ed. New York: The Commonwealth Fund, 1855.

20. Thornicroft G, Tansella M. The Mental Health Matrix. A manual to improve services. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. pp. 291.