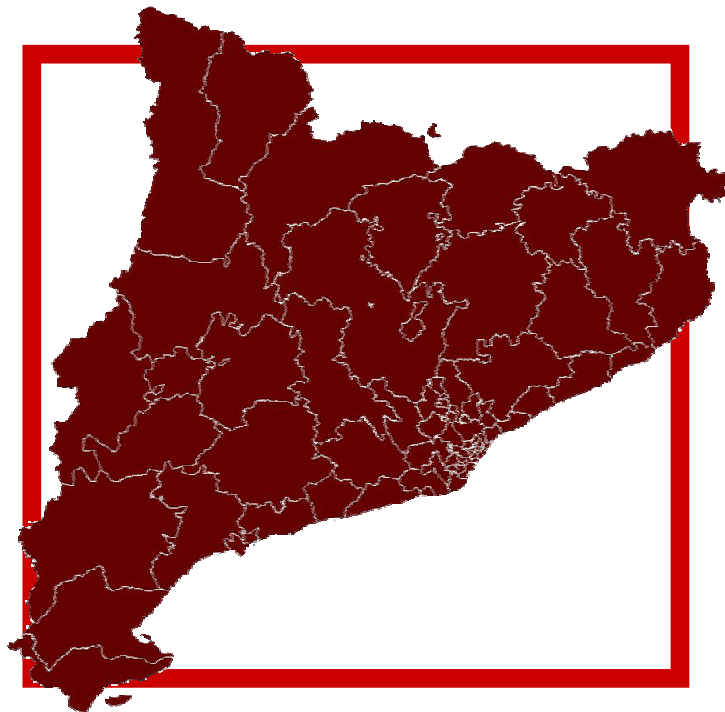




Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ATLAS DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA 2006



José Alberto Salinas Pérez

Luis Salvador Carulla

Este proyecto ha sido realizado por la Asociación Científica Psicost para el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Última revisión: enero de 2009

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos reconocer la ayuda recibida por diversos profesionales sin cuyo inestimable apoyo y colaboración este estudio no habría sido posible. A todos ellos nuestros más sincero agradecimiento.

Cristina Molina i Parrilla

Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut.

Esther Jordà i Sampietro

Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut.

Mont-serrat Grané i Alsina

Institut Municipal d' Assistència Sanitària (IMAS).

Roser Vicente i Ruiz

Divisió de Gestió de Registres d'Activitat. Àrea de Serveis i Qualitat. CatSalut.

Gemma Pifarré i Matas

Servei de Programació i Sistemes de Provisió. SDG de Programació i Avaluació.

Josep Fusté i Sugrañes

Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública. Departament de Salut.

Josep Ramos Montes

Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental.

Victoria Villalta Gil, Susana Ochoa Güerre, Jordan Bertsch y Josep María Haro Abad

Fundació Sant Joan de Déu.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	7
II. OBJETIVOS.....	12
1. OBJETIVO GENERAL.....	12
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
III. METODOLOGÍA.....	13
1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	13
2. MATERIAL.....	14
2.1. Bases de datos.....	14
2.2. Sistemas de Información Geográfica.....	17
2.3. Cartografía base.....	18
3. PROCEDIMIENTO.....	18
3.1. Procedimiento cartográfico.....	18
3.2. Estudio de la organización territorial de la Salud Mental.....	19
3.3. Estudio sociodemográfico de pequeñas áreas sanitarias.....	19
3.4. Estudio de la disponibilidad territorial de recursos de Salud Mental.....	23
3.5. Estudio de la distribución territorial de la morbilidad y actividad psiquiátrica.....	24
4. LIMITACIONES METODOLÓGICAS AL ESTUDIO.....	27
IV. RESULTADOS.....	29
1. ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD MENTAL EN CATALUNYA.....	29
1.1. La atención de la Salud Mental.....	29
1.2. Zonificación sanitaria general.....	30
1.3. Zonificación de la Salud Mental.....	33
2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE PEQUEÑAS ÁREAS DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA.....	40
2.1. Distribución territorial de la densidad de población.....	40
2.2. Distribución territorial de las Áreas Rurales y Áreas Urbanas.....	41
2.3. Distribución territorial del índice de envejecimiento.....	42
2.4. Distribución territorial de la tasa de paro.....	43
2.5. Distribución territorial de la tasa de personas que viven solas.....	44

2.6. Distribución territorial de la tasa de personas no casadas.....	46
2.7. Distribución territorial de la tasa de inmigración.....	47
2.8. Distribución territorial de la tasa de personas valoradas con trastorno mental.	49
3. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA.....	50
3.1. Red de servicios de atención a Salud Mental.	50
3.2. Distribución territorial de los servicios, camas y plazas de Salud Mental.	51
4. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA ASISTIDA Y ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA.	67
4.1. Morbilidad asistida y actividad de los servicios ambulatorios de Salud Mental.	67
4.2. Morbilidad asistida y actividad de los servicios de hospitalización psiquiátrica de agudos.	80
V. CONCLUSIONES.	87
1. ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD MENTAL EN CATALUNYA.	87
2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE PEQUEÑAS ÁREAS DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA.....	88
3. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA.....	91
4. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA ASISTIDA Y ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA.	95
VI. BIBLIOGRAFÍA	98

ACRÓNIMOS

- ABS: Àrees Bàsiques de Salut.
- AC-AGUT: Àreas de Cobertura de los Servicios de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.
- AC-CSMA: Área de Cobertura de Centro de Salud Mental de Adultos.
- AC-CSMA: Área de Cobertura de Centro de Salud Mental de Infanto-Juvenil.
- ADP: Unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica.
- AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- AGUT: Servicios de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.
- CatSalut : Servei Català de la Salut.
- CCAA: Comunidades Autónomas.
- CDA: Centro de Día de Adultos.
- CET: Centres Especials de Treball.
- CIE: Clasificación Internacional de las Enfermedades.
- CLUB: Clubs Socials.
- CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria.
- CMBD-AH: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitalización de Agudos.
- CMBD-SMH: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitales Monográficos Psiquiátricos.
- CMBD-SMP: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Salud Mental Ambulatoria.
- CMBD-SS: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Recursos Sociosanitarios.
- CSMA: Centro de Salud Mental de Adultos.
- CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- EPA: Encuesta de Población Activa.
- ESDS: European Socio-Demographic Schedule.
- GTS: Gobiernos Territoriales de Salud.
- HDA: Hospital de Día de Adultos.
- HDAd: Hospital de Día de Adolescentes.
- ICASS : Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.
- ICC: Institut Cartogràfic de Catalunya.
- IDESCAT: Institut d'Estadística de Catalunya.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- LLAR-RES: Llar residència.
- LLAR-SUP: Llar amb servei de suport.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- SIG: Sistema de Información Geográfica.
- SPL: Serveis Prelaborals.
- SSIL: Servei de suport a la integració laboral.
- SUBAGUTS: Unidad de Hospitalización de Subagudos.
- TCA-A: Servicio para Trastornos de la Conducta Alimentaria de Adultos.
- TCA-Ad: Servicio para Trastornos de la Conducta Alimentaria de Adultos.
- URPI: Unidad de Referencia Psiquiátrica Infanto-Juvenil.
- XHUP: Xarxa hospitalària d'utilització pública.

I. INTRODUCCIÓN.

Territorio de salud.

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.

Desde el año 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene publicando una serie de Atlas de Salud (OMS, 2008). El primero de ellos fue el Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo que puso de relieve la gran carencia de información sobre recursos de Salud Mental (OMS, 2001). En dicho Atlas se representa mediante cartografía información fundamental referida a aspectos tales como las políticas, los grados de desarrollo de programas específicos, el uso de psicofármacos o la distribución de dispositivos y profesionales de Salud Mental.

En 2005 la OMS publicó su segundo Atlas de Salud Mental en el que actualiza y mejora la información que figuraba en el anterior (OMS, 2005). La información presentada se refiere a políticas, programas, legislación, financiación, programas especiales en Salud Mental, atención primaria, recursos (camas psiquiátricas y profesionales) y sistemas de información. Este segundo Atlas ha dado lugar al Programa “Mental Health Gap Action Programme” (mhGAP) de la OMS para disminuir la brecha de las necesidades no cubiertas de Salud Mental en el mundo (OMS, 2008).

El Atlas de la Sanidad en España fue elaborado por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo (Instituto de Información Sanitaria, 2003). Consiste en una serie de mapas que describen las características sociodemográficas de la población y diferentes aspectos de la salud (estilos de vida, seguridad alimentaria, accidentes, situación de la salud y mortalidad) y la atención sanitaria (centros, personal y actividad, investigación biomédica, medicamentos y recursos económicos) en cada una de las Comunidades Autónomas (CCAA) y la Unión Europea.

Los Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud son realizados por un grupo de investigadores coordinados por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Su finalidad es describir y explicar las variaciones geográficas de la utilización y procedimientos de servicios hospitalarios. Uno de sus monográficos está dirigido a la hospitalización de agudos de Salud Mental (Aizpuru F y cols., 2008) en el que presentan mapas nacionales sobre profesionales, camas, morbilidad por diagnósticos, sexo y edad.

El Atlas de Salud Mental de Andalucía (Garrido y cols., 2006) fue redactado por la Asociación Científica Psicost por encargo del Programa de Salud Mental de Andalucía dependiente del Servicio Andaluz de Salud. Este estudio presenta un amplio catálogo cartográfico de las áreas pequeñas y medianas de Salud Mental de Andalucía, representando una serie de indicadores sociodemográficos, de morbilidad y actividad de los servicios de Salud Mental.

Salud y territorio.

La relación entre la gestión y planificación de los recursos de Salud Mental, o sanitarios en general, y el territorio se materializa en la asignación de los servicios a ámbitos geográficos concretos, es lo que se conoce como zonificación. La zonificación es una actuación pública que consiste en la división del territorio en unidades con características semejantes, de tipo demográfico, económico, ambiental, de accesibilidad..., con el fin de facilitar y mejorar su gestión y planificación desde las administraciones públicas. La zonificación del territorio permite planificar los servicios para mejorar su localización y buscar la mejor accesibilidad a los recursos por parte de los ciudadanos, además supone de gran ayuda para detectar carencias en la dotación y poner medios para llegar a la equidad territorial.

Desde los años 60 las distintas administraciones en países con economías avanzadas han ido organizando los servicios de Salud Mental a partir de áreas geográficas. Estas áreas suponen la unidad básica para la realización de cualquier tipo de análisis espacial o de comparación de sistemas de atención en Salud Mental. La sectorización de los servicios disponibles no siempre ha seguido unos criterios homogéneos ni consensuados. Además, en muchas ocasiones los servicios sanitarios, los servicios sociales y los servicios privados presentan sus propias áreas de cobertura territorial, lo cual ha dificultado el estudio integral de los servicios disponibles en un área concreta (Johnson y cols., 1998).

En España, La Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, establece la competencia de las CCAA para delimitar y constituir en su territorio áreas de salud. Estas áreas serán las estructuras fundamentales del sistema sanitario desde las que se gestionan los centros y establecimientos, las prestaciones y los programas sanitarios de cada CCAA.

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

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

El desarrollo del Plan Nacional en el ámbito de la Salud Mental es la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007). En su línea estratégica sobre la coordinación intrainstitucional e interinstitucional de la Salud Mental identifica a la sectorización territorial como herramienta clave para la consecución de la misma. Los Mapas de dispositivos de Salud Mental servirán como método de evaluación de la cooperación y corresponsabilidad de los departamentos y agencias de Salud Mental; y para potenciar la participación de las personas con trastorno mental, familias y profesionales en el sistema sanitario público. Asimismo, en su línea estratégica sobre los sistemas de información y evaluación se refiere a la mejora del conocimiento sobre la Salud Mental y la atención prestada por el Sistema Nacional de Salud. Fija como objetivos específicos la obtención de información sobre niveles de Salud Mental de la población, principales causas de morbilidad atendida, organización, dispositivos y recursos específicos dedicados a la atención a la Salud Mental. Para ello recomienda la

estandarización de la nomenclatura de los servicios y dispositivos y la creación de una Mapa de Salud Mental de Sistema Nacional de Salud.

Información e indicadores sanitarios.

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

El Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo (OMS, 2001) puso de relieve el escaso desarrollo de los sistemas de información en Salud Mental. Más de la cuarta parte de los países no disponen de sistemas de información en Salud Mental. En otros países, la fiabilidad y el alcance de los sistemas de información son muy limitados. Además, muchos planificadores no cuentan con información básica para la detección y el tratamiento de los trastornos mentales. Por consiguiente, existe una enorme dificultad para el diseño y la aplicación de políticas y servicios de Salud Mental adecuados. Sería necesario mejorar la información y el seguimiento de los procesos en materia de Salud Mental para respaldar desde la evidencia las acciones emprendidas.

Desde el comienzo de la Reforma Psiquiátrica en España, los estudios sobre el conocimiento de la situación de los recursos y servicios en Salud Mental se han encontrado con la carencia de datos estandarizados a nivel nacional que permitan realizar comparaciones entre las CCAA. Igualmente se ha puesto de manifiesto en repetidas ocasiones la carencia de un listado básico de indicadores de Salud Mental referido a todo el territorio nacional y utilizable para comparaciones interterritoriales con otros países europeos (Salvador-Carulla y cols. 2005). La comunidad científica, a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2005) y la Asociación Científica Psicost (Salvador y cols., 2003) se han pronunciado al respecto en varias ocasiones poniendo de relieve la incapacidad para recopilar información comparable de Salud Mental referida a las diferentes CCAA.

El Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2008) ofrece un sistema de información sobre el estado de la organización y la

evolución de los servicios de Salud Mental en las diferentes CCAA de España. Su importancia radica en que recoge información sobre Salud Mental a nivel estatal de una forma comparable dentro de la heterogeneidad existente debido al traspaso de competencias a las CCAA.

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

Atlas de Salud Mental de Catalunya.

El Atlas de Salud Mental de Catalunya viene a cubrir una importante necesidad de información en el campo de Salud Mental. La finalidad de este trabajo es el estudio territorial de la red de atención a la Salud Mental y la población atendida en sus tres principales dispositivos de atención. Se estudia la organización en el espacio, la disponibilidad, la actividad y la morbilidad psiquiátrica a través de la utilización de técnicas de análisis espacial, de indicadores sociodemográficos e indicadores de síntesis de los sistemas de información sanitarios, y de su representación cartográfica. El producto final es un conjunto de mapas que se constituyen como un atlas temático sobre Salud Mental de Catalunya.

El Atlas que se presenta puede servir de referencia para la organización territorial y la definición de unidades territoriales en el ámbito de la Salud Mental. Tenemos que tener en cuenta, que la nueva organización territorial sociosanitaria de Catalunya configura un nuevo contexto al que se tendrá que adaptar la organización territorial de la Salud Mental. 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 Catalunya a través de la planificación sanitaria.

II. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL.

Estudio de la organización y disponibilidad territorial de los servicios de Salud Mental, y de la distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica asistida y la utilización de los servicios de Salud Mental en Catalunya a escala de Regió Sanitària, Área de Cobertura de Centro de Salud Mental de Adultos, Área de Cobertura de Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil y Área de Cobertura de Servicios de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Descripción de la organización territorial de la Salud Mental en Catalunya.
2. Caracterización sociodemográfica de las Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos.
3. Distribución territorial de la disponibilidad de los recursos de Salud Mental por Regions Sanitàries.
4. Distribución territorial de la morbilidad psiquiátrica asistida y la utilización de los Centros de Salud Mental de Adultos e Infanto-juveniles y Unidades de Agudos.

III. METODOLOGÍA

1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio ecológico comparativo, descriptivo y transversal de la Salud Mental en Catalunya. Los resultados de estudio se plasman en un conjunto de cartografía que es analizada. Este trabajo es continuación de los estudios previos efectuados por la Asociación Científica PSICOST en colaboración con otras entidades sobre el uso de recursos y su representación espacial en Catalunya. Entre otros destaca el proyecto Patrones de Uso de Servicios de Salud Mental en España (PI05/90210) financiado por el Instituto Carlos III, y el Atlas de Salud Mental de Catalunya 2004 financiado por el Departament de Salut.

Marco temporal: El año de referencia es el 2006 aunque debido a la disponibilidad de información se ha recurrido a datos anteriores y posteriores que serán señalados en la metodología.

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

- *Criterio de inclusión:* Se consideran los servicios específicos que atienden exclusivamente a la población con trastorno mental.
- *Criterio de exclusión:* Se considerarán excluidos los servicios que faciliten una atención exclusiva de carácter privado con ánimo de lucro y sin financiación pública, o aquellos que aunque prestan atención a este colectivo no lo hacen de forma exclusiva (p.e. servicios genéricos sociosanitarios).

Población diana: Pacientes atendidos en los servicios de atención a personas con enfermedad mental.

Unidad territorial de análisis: La unidad territorial de base para los análisis son las Áreas de Cobertura de los 70 Centros de Salud Mental de Adultos, 47 Centros de Salud Mental Infanto-juvenil y 22 Unidades de agudos. Estas unidades territoriales poseen una funcionalidad de carácter comarcal o intermedio, a excepción de las áreas inframunicipales de los municipios de mayor población.

2. MATERIAL.

2.1. Bases de datos.

a) Sectorización y cartera de servicios de Salud Mental.

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha facilitado su cartera de servicios de atención a la Salud Mental tanto para población infanto-juvenil como adulta. Se cuenta así con la localización de los mismos y las áreas geográficas de cobertura que tienen asignados mediante su sectorización territorial.

La sectorización territorial de los dispositivos de atención de la Red de Salud Mental de Catalunya consiste en la asignación de varias Àrees Bàsiques de Salut (ABS), unidad territorial básica de la sanidad, a cada dispositivo. Los pacientes a los que se les detecta la necesidad de atención psiquiátrica en los dispositivos de atención primaria son derivados principalmente al dispositivo que les corresponde geográficamente según esta sectorización. Contar con información espacial de cada recurso permitirá representar de forma cartográfica cualquier información sobre los mismos como, en este caso, indicadores sociodemográficos, de disponibilidad de recursos y actividad sanitaria.

b) Bases de datos de actividad sanitaria.

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es un registro sistemático de la morbilidad atendida y la actividad asistencial de la Red Sanitaria de Catalunya. Todos los centros sanitarios públicos y privados de Cataluña notifican de manera obligatoria al registro del CMBD, con el objetivo de disponer de un banco de datos exhaustivo y válido sobre actividad y morbilidad sanitaria, útil para la planificación, la gestión, la evaluación de la adecuación y la compra de servicios (CatSalut, 2003).

El CMBD recoge un grupo de variables comunes:

- Variables que identifican al paciente: código de identificación personal, fecha de nacimiento, sexo, residencia e historia clínica.

- Variables relacionadas con el proceso: unidad proveedora de servicios, tipos de actividad, régimen económico, circunstancia de admisión y circunstancia de alta, fecha de admisión y fecha de alta.
- Variables clínicas: diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC).

Todas las especificaciones de los CMBD constan en los respectivos manuales de notificación que contienen información sobre la remisión de los datos y la descripción de todas las variables tanto de las comunes como de las específicas (CatSalut, 2003).

En Catalunya existen diferentes CMBD que recogen datos de los Hospitales Generales de Agudos (CMBD-AH), de los recursos sociosanitarios (CMBD-SS), de los Hospitales Monográficos Psiquiátricos (CMBD-SMH) y de los centros de Salud Mental ambulatoria (CMBD-SMP). En este trabajo se explotarán los CMBD-AH, CMBD-SMH y CMBD-SMP del año 2006 que han sido facilitados desde la Divisió de Gestió de Registres d'Activitat del Àrea de Serveis i Qualitat del CatSalut.

Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los Centros de Salud Mental Ambulatoria (CMBD-SMP).

El CMBD-SMP es el instrumento para la recogida, gestión y explotación de datos de pacientes y actividad en los recursos asistenciales psiquiátricos ambulatorios catalanes. Como se ha comentado, en este estudio se explotan y analizan la información del CMBD-SMP referente a los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) y Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles (CSMIJ).

La base de datos CMBD-SMP referida a la actividad en 2006 no dispone de información de los CSMA de Esquerra Eixample, Sant Martí Nord, La Mina, USM L'Hospitalet y Ciutat Badia. La información referida a los CSMA Borges Blanques y Sort aparece registrada dentro del CSMA Lleida. De los 10 centros sin información en el CMBD-SMP de 2004 se ha pasado a 5 en 2006.

Los CSMIJ sin información son Ciutat Badia, Ciutat Vella, La Mina, La Verneda y Sant Martí. La información del CSMIJ Gracià recoge datos de los CSMIJ Montcada y Sant Andreu, el CSMIJ Martorell recoge también el de Molins de Rei, y el CSMIJ Terrassa

tiene incluido datos del CSMIJ Sant Cugat del Vallès. Se ha pasado de 10 CSMIJ sin información en el CMBD-SMP de 2004 a 5 en el 2006.

Registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria.

El CMBD-AH 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, supone el principal sistema de recopilación de información sobre la actividad hospitalaria existente en España. El CMBD-AH constituye un conjunto de información de tipo clínico-asistencial, demográfica y administrativa de gran fiabilidad y comparabilidad tanto a nivel nacional como internacional.

En Catalunya, todos los hospitales gestionados o concertados por el CatSalut, están obligados a recoger información sobre todos los pacientes en el momento de recibir el alta. La información de las altas hospitalarias psiquiátricas de Catalunya se recoge tanto en el CMBD-AH, para los Hospitales Generales con Unidad de Psiquiatría, como en el CMBD-SMH para los Hospitales Monográficos Psiquiátricos. Todos los Hospitales con Unidad de Psiquiatría registraron sus datos en los CMBD en 2006, mientras que en 2004 faltaron datos de una Unidad.

Clasificación Internacional de las Enfermedades.

Los CMBD utilizan la versión 9 de la CIE para agrupar las distintas patologías psiquiátricas registradas. 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 a lo largo del tiempo. Existe un sistema de conversión de las categorías CIE-9 a CIE-10 (Ruiz y cols., 2002).

c) Bases de datos sociodemográficas.

El Censo de Población y Vivienda es la principal fuente de información demográfica que existe en España. Recoge una gran cantidad de variables sobre las características demográficas y sociales de la población y las viviendas que ocupan. Las cifras del censo tienen carácter estadístico y no son consideradas cifras oficiales de población.

Se realizan cada 10 años por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el último ofrece información a 1 de noviembre de 2001.

El Padrón Municipal de Población es un registro administrativo por lo que sus datos son oficiales y se actualizan anualmente por los Ayuntamientos. Por el contrario ofrecen menos variedad de información que el Censo lo que limita la realización de estudios sociales profundos. En este estudio se utilizarán los datos a 1 de enero del año 2006.

Otra fuente de información empleada es la base de datos del Sistema de Atención a Personas con Discapacidad del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), con información sobre las personas con un 33% o más de discapacidad.

Todas estas fuentes se encuentran disponibles a través del Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT).

2.2. Sistemas de Información Geográfica.

Un Sistema de Información Geográfica (SIG) es un sistema de hardware, software y procedimientos diseñado para realizar la captura, almacenamiento, manipulación, análisis, modelización y visualización de datos referenciados geográficamente para la resolución de problemas complejos de planificación y gestión (NCGIA, 1990).

Los SIG son una herramienta para la gestión y planificación de recursos en el espacio, análisis de alternativas y apoyo en la toma de decisiones respecto a la localización actividades en el territorio. Su utilización se encuentra ampliamente extendida en la Administración y en empresas de servicios.

El software SIG que se ha empleado en este proyecto se compone de dos aplicaciones informáticas: ArcGIS 9.2, creado el Environmental Systems Research Institute (ESRI), y GvSIG 1.1, desarrollado por la Generalitat Valenciana. Son SIG de tipo vectorial que trabajan con estructuras de datos vectoriales modelando el espacio en puntos, líneas y polígonos.

2.3. Cartografía base.

Los SIG trabajan con cartografía digital que sirve de base para realizar análisis y representaciones. En este trabajo se ha empleado los mapas de secciones censales, distritos censales y municipios suministrado desde el Institut de Cartogràfic de Catalunya (ICC). Esta será la escala base a partir de la cual se podrán obtener, mediante operaciones con el SIG, las diferentes unidades espaciales de trabajo siguiendo la sectorización territorial de los servicios de Salud Mental de Catalunya.

Se han elaborado mapas temáticos de coropletas en los que las variables, clasificadas en intervalos significativos por cuartiles o desviación estándar, se representarán mediante tramas de colores en las distintas unidades territoriales. Otro tipo de representación serán los mapas de símbolos proporcionales en los que mediante la forma y el tamaño es posible representar variables cuantitativas.

3. PROCEDIMIENTO.

3.1. Procedimiento cartográfico.

Las Áreas Básicas de Salud (ABS) son las unidades territoriales más pequeñas de la zonificación sanitaria de Catalunya. Las ABS pueden estar formadas por uno o varios municipios o también pueden acoger un ámbito territorial inframunicipal delimitado por calles. La agregación de ABS dan lugar a los siguientes niveles de zonificación sanitaria hasta llegar a los Sectors Sanitaris y Regions Sanitàries. La sectorización territorial de los servicios de Salud Mental delimita áreas de cobertura asignando ABS a cada uno de ellos. En la mayor parte de los casos estas áreas de cobertura acogen agrupaciones de ABS que coinciden con municipios completos por lo que es posible trabajar con la cartografía municipal. En cambio en los municipios de mayor tamaño poblacional pueden existir varias áreas de cobertura para un mismo tipo de recurso. En estos casos no es posible trabajar con la escala municipal y es preciso utilizar la cartografía de secciones censales. La agregación de varias secciones censales constituyen las ABS que forman estas áreas de cobertura inframunicipales.

Dada estas particularidades ha sido necesario trabajar con dos escalas de la cartografía base, municipal y secciones censales, para finalmente unir las en los mapas de las unidades territoriales de trabajo, que como se ha comentado son las Áreas de

Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos, Centros de Salud Mental Infanto-juveniles, Servicios de Agudos, Sectors Sanitaris y Regions Sanitàries.

En primer lugar, se empleó la cartografía municipal digital asignando a cada municipio el ABS que le correspondía según la sectorización territorial de salud. A continuación se agruparon los municipios pertenecientes a las ABS que forman cada escala de zonificación mediante la operación espacial SIG *dissolve* (disolver).

En los casos de Barcelona, Badalona, Sabadell, Terrassa, Sant Àdria del Besòs, L'Hospitalet de Llobregat y Tarragona fue preciso aumentar la escala hasta las secciones censales. Las áreas de cobertura de sus CSMA, CSMIJ y AGUT están formadas por ABS inframunicipales por lo que fue preciso ver su correspondencia con las secciones censales. Como en el caso anterior se agruparon aquellas secciones censales que pertenecían a los ABS que componen las diferentes áreas de cobertura.

En una última operación se unieron ambos mapas (municipal y sección) para cada nivel de zonificación mediante la operación espacial SIG *merge* (fusionar).

3.2. Estudio de la organización territorial de la Salud Mental.

Los resultados que se presentan proceden de la revisión y análisis de diferentes documentos legales y técnicos que delimitan la organización territorial de los servicios sanitarios en Catalunya y en el conjunto del Estado.

En el caso concreto de la Salud Mental, la organización territorial de cada uno de sus servicios presenta una delimitación específica apoyada en la zonificación general de la sanidad en Áreas Básicas de Salud, Sectors Sanitaris y Regions Sanitàries. Esta delimitación no se encuentra reflejada en documento legal sino en documentos técnicos facilitados desde la Direcció General de Planificació i Avaluació.

3.3. Estudio sociodemográfico de pequeñas áreas sanitarias.

Determinadas características demográficas, sociales y económicas de la población se han correlacionado con comportamientos de morbilidad psiquiátrica y utilización de servicios de Salud Mental. Diversos estudios epidemiológicos en Salud Mental han puesto de manifiesto una significativa relación entre pobreza social y prevalencia de trastornos mentales desde el estudio sectorial de Farsi y Dunham (1939). Los

hallazgos se han ampliado a la relación entre morbilidad psiquiátrica y pobreza social (Johnson y cols., 1998) y entre las desigualdades socioeconómicas y la utilización de servicios de Salud Mental (Tello y cols., 2005; Amaddeo y Jones, 2007).

En diversos estudios se ha puesto de manifiesto que dos personas del mismo sexo y edad tienen una probabilidad diferente de presentar trastornos mentales si la zona donde residen es diferente en tasa de desempleo, inmigración, hogares unipersonales, estado civil... Este hecho tiene una gran relevancia en la planificación de los servicios de Salud Mental siendo necesario estimar las necesidades de recursos en base no sólo a las características personales de los usuarios sino también de la zona geográfica de referencia (Gispert y cols., 2006).

Con el objetivo de caracterizar la situación sociodemográfica de las áreas de cobertura de los servicios ambulatorios y hospitalarios de corta estancia de adultos de Catalunya se han seleccionado 13 indicadores sociodemográficos. Estos indicadores permiten describir a la población de las distintas áreas territoriales de referencia y pueden ayudar a detectar áreas donde sería necesaria una planificación específica en Salud Mental. Fueron seleccionados a partir de la batería de indicadores propuestos por la Asociación Científica Psicost (Salvador y cols., 2003 y Salvador y Garrido, 2004) y el European Socio-Demographic Schedule (ESDS) (Beecham y Johnson, 2000).

La legislación de protección de datos a través del secreto estadístico ha dificultado la explotación para las secciones censales y municipios menos poblados. En este caso ha sido preciso efectuar peticiones concretas a los organismos citados. La información de cada AC-CSMA ha sido calculada mediante la agregación de los datos de los diferentes municipios o secciones censales que la constituyen.

a) Densidad de población.

La densidad relaciona la superficie de un ámbito geográfico con la población a la que acoge. Este indicador permite conocer la concentración de la población al expresar el número de habitantes que corresponde a un km². Se ha utilizado la población de cada AC-CSMA en el 2006 (Padrón Municipal) dividida entre sus respectivas superficies.

b) Distinción entre Áreas rurales y Áreas urbanas.

Se ha seguido el criterio de los Anuarios Estadísticos del INE para clasificar a los municipios en urbanos, intermedios (semiurbanos) o rurales. La zona urbana es el conjunto de entidades singulares de población que tienen más de 10.000 habitantes; la zona intermedia, las que tienen de 2.001 a 10.000; y la rural, 2.000 o menos.

Para asignar una AC-CSMA a una de estas categorías se considera el número de municipios que acoge. La población que se fija como límite entre una u otra categoría será resultado de la multiplicación del número de municipios por 10.000, si el área supera esta cifra será urbana; y por 2.000, si es inferior a esta cifra será rural. En el caso de que la población quede entre ambos intervalos se considerará intermedia.

c) Tasa de paro.

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

El Censo ofrece datos por secciones censales de actividad y desempleo pero proceden del año 2001, recogiendo una situación económica muy diferente a la de 2006. Tampoco es posible recurrir a los datos de actividad y paro de la Encuesta de Población Activa (EPA) porque su escala máxima es la provincial y es insuficiente para la escala de nuestro trabajo.

Se ha optado por las estadísticas de Paro Registrado en las oficinas de empleo de la Generalitat de Catalunya o del Servicio Público de Empleo Estatal. Esta fuente recoge aquellas personas mayores de 16 años que buscan empleo pero su escala es municipal. En el caso de las áreas de cobertura que acojan ámbitos inferiores al municipal se les asignó un valor de paro registrado aproximado, proporcional al de su población a 2006.

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

d) Tasa de hogares unipersonales.

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

También se aporta la tasa de personas mayores que viven solas. Se calcula mediante el cociente entre las personas mayores de 64 años que viven solas y el total de la población de este grupo de edad.

e) Tasa de personas no casadas.

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. Las mayores tasas de personas no casadas suelen relacionarse con mayores prevalencias de determinadas patologías psiquiátricas. La información demográfica sobre estado civil más actualizada procede del Censo de 2001. El cálculo del indicador se realiza mediante la división del número de personas solteras, viudas, separadas y divorciadas entre la población total por 100.

f) Tasa de inmigración exterior.

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. Los datos proceden del Padrón municipal de 2006. Se presenta la tasa de inmigración total que divide las personas empadronadas con nacionalidad diferente a la española entre la población total por 100. También se han calculado las tasas para grupos concretos de inmigrantes según su procedencia: América, África, Asia y países europeos que no pertenecen a los 25 países de la Unión Europea (UE).

g) Tasa de personas valoradas con trastorno mental.

Los Centres d' Atenció a Disminuïts del ICASS valoran el grado de minusvalía de las personas que lo solicitan a efectos administrativos para acceder a prestaciones sociales o acreditar su situación. Este dato nos permite conocer las personas valoradas con trastorno mental con un grado de minusvalía superior al 32% en Catalunya, aunque no nos permite profundizar en patologías concretas. Es una fuente de información interesante aunque limitada ya que no todas las personas con trastorno mental solicitan su valoración. Existe información sólo para los municipios mayores de 1.000 habitantes por lo que los cálculos para las áreas de cobertura de CSMA no incluyen los municipios más pequeños. En municipios con más de un CSMA se ha calculado la proporción respecto a la población total del área de cobertura.

La tasa se calcula mediante la división del número de personas valoradas con enfermedad mental entre la población total por 1.000. La base de datos ha sido facilitada por el IDESCAT para el año 2007.

3.4. Estudio de la disponibilidad territorial de recursos de Salud Mental.

El estudio de la distribución territorial se ha apoyado en la elaboración de una serie de tablas que muestran como se distribuyen los diferentes servicios de Salud Mental de adultos e infanto-juveniles por Regions Sanitàries dependientes del Servei Català de la Salut (CatSalut) para 2006, y del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) para 2005. En ambos casos, se presentan los datos absolutos de número de centros y las tasas por 100.000 habitantes para poder comparar la dotación de las Regions Sanitàries.

- Tasa de centros: divide los dispositivos de Salud Mental de una Región por tipologías entre la población con el grupo de edad de atención (infanto-juvenil o adultos) por 100.000.
- Tasa de plazas: es el cociente entre las plazas o camas asignadas a cada tipología de servicios entre la población del grupo de edad de atención por 100.000.

La tasa de centros por si misma no es un buen indicador de la disponibilidad de recursos ya que no tiene en cuenta la dotación de profesionales, número y categoría profesional, o el número de plazas para los servicios de día y camas para los hospitalarios y residenciales.

La asignación de los dispositivos y plazas a las Regions Sanitàries se basa en la sectorización del CatSalut de los recursos de Salud Mental propios y comprados. Se han detectado servicios suprasectoriales que atienden a toda Catalunya o a más de una Región.

En otros casos los servicios están asignados a Regions diferentes a donde se ubican o atienden a ámbitos geográficos que se extienden por más de una Región. Esta circunstancia se señala en las tablas.

3.5. Estudio de la distribución territorial de la morbilidad y actividad psiquiátrica.

a) Indicadores de morbilidad psiquiátrica asistida.

Para el tratamiento de las bases de datos provenientes del CMBD se ha utilizado el programa informático estadístico SPSS versión 15. Se han estudiado a los pacientes atendidos en servicios sanitarios especializados de Salud Mental, de tipo ambulatorio y hospitalario de agudos, incluidos en la Red de Salud Mental del CatSalut mediante financiación pública durante el año 2006. No se ha realizado la estandarización por edad y sexo de los resultados aunque a esta escala no suelen apreciarse grandes variaciones en la estructura de población que desvirtúen la comparación.

La caracterización epidemiológica de la morbilidad psiquiátrica se ha realizado mediante el análisis demográfico de los pacientes y de la actividad asistencial. Los indicadores se seleccionaron considerando la información disponible en los CMBD.

Existen algunos CSMA, CSMIJ y AGUT sin información disponible y que han sido señalados. También se ha explicado que existen casos en los que un CSMA o CSMIJ recoge datos de otros centros al tener una misma Unidad Proveedora. En este caso se ha optado por dar las mismas tasas de actividad a las diferentes áreas de cobertura afectadas, teniendo en cuenta que la población total asignada es el resultado es la suma de las mismas.

Los indicadores de morbilidad calculados para la población atendida en los dispositivos ambulatorios y hospitalarios de Salud Mental se ajustan a la disponibilidad de información y a la calidad en la cumplimentación de los CMBD. Los indicadores de morbilidad calculados han sido los siguientes:

- Índice de feminidad de los pacientes: relaciona a los pacientes de sexo femenino con los pacientes de sexo masculino. Es la división de mujeres entre hombres por 100.
- Tasa de pacientes mayores (para servicios de adultos): es el resultado de dividir los pacientes mayores de 64 años entre el total de pacientes con edad conocida por 100.

Se aportan datos sobre diagnósticos CIE-9 en las siguientes grandes categorías diagnósticas:

Condiciones Psicóticas Orgánicas (290-294)

- 290. Condiciones Psicóticas Orgánicas Seniles y Preseniles
- 291. Psicosis Alcohólicas
- 292. Psicosis Inducidas por Drogas
- 293. Condiciones Psicóticas Orgánicas Transitorias
- 294. Otras Condiciones Psicóticas Orgánicas (Crónicas)

Otras Psicosis (295-299)

- 295. Psicosis Esquizofrénica
- 296. Psicosis Afectivas
- 297. Estados Paranoides
- 298. Otras Psicosis No Orgánicas
- 299. Psicosis con Origen Específico en la Niñez

Trastornos Neuróticos, Trastornos de Personalidad y Otros Trastornos Mentales No Psicóticos (300-316)

- 300. Trastornos Neuróticos
- 301. Trastornos de Personalidad
- 302. Trastornos y Desviaciones Sexuales

- 303. Síndrome de Dependencia Alcohólica
- 304. Dependencia de Drogas
- 305. Abuso No-Dependiente de Drogas
- 306. Condiciones Físicas Surgidas de Factores Mentales
- 307. Síntomas y Síndromes Especiales No Clasificados en Otra Parte
- 308. Reacción Aguda al Estrés
- 309. Reacción de Adaptación
- 310. Trastornos Mentales Específicos No-Psicóticos a Consecuencia de Daño Cerebral Orgánico
- 311. Trastorno Depresivo, No Clasificado en Otro Lugar
- 312. Alteraciones de Conducta No Clasificadas en Otro Lugar
- 313. Alteraciones Emocionales Específicas de la Niñez y Adolescencia.
- 314. Síndrome Hiperquinético de la Niñez
- 315. Retrasos Específicos en el Desarrollo
- 316. Factores Psíquicos Asociados con Enfermedades Clasificadas en Otro Lugar.

Retraso Mental (317-319)

- 317. Retraso Mental Leve
- 318. Otro Retraso Mental Específico
- 319. Retraso Mental Inespecificado

Otros Diagnósticos

No válidos

b) Indicadores de actividad

Los indicadores de actividad asistencial presentan un grado de cumplimentación elevado. Los indicadores utilizados para los servicios ambulatorios han sido los siguientes:

- Incidencia asistida: pacientes nuevos entre la población del área por 1.000.
- Prevalencia asistida: pacientes totales entre la población del área por 1.000.
- Frecuentación asistida: actividades realizadas totales entre la población del área por 1.000.

Para los servicios hospitalarios de agudos se ha calculado:

- Tasa de ingresos: número de ingresos entre la población del área por 1.000.
- Tasa de reingresos hospitalarios: número de ingresos entre el número de pacientes.

- Días de estancia media por ingreso: días de estancia totales entre los pacientes.

4. LIMITACIONES METODOLÓGICAS AL ESTUDIO.

- Se trata de un análisis preliminar que debe completarse con análisis más detallados ajustando las tasas por edad y sexo, realización de análisis espaciales avanzados, etc.
- No se recoge la atención privada dado que la perspectiva es el Sistema Público de Salud.
- No se recoge los servicios de carácter social dependientes del Departament d'Acció Social i Ciutadania .
- No se estudian los servicios destinados específicamente a la atención de personas con adicciones.
- El estudio de la utilización se realiza de los CSMA y CSMIJ, como dispositivos de entrada a la red de Salud Mental, y los AGUT como dispositivos destinados a la hospitalización de los casos agudos. No se estudia la actividad de los servicios hospitalarios de subagudos y de alta dependencia psiquiátrica para adultos, hospitalización infanto-juvenil, Hospitales de Día de Adultos y Adolescentes, Centros de Día de Adultos y servicios para los Trastornos de la Conducta Alimentaria de Adolescentes y Adultos.
- Las bases de datos CMBD presentan algunos campos de información relativa a los pacientes o las altas que no han sido cumplimentados de manera suficiente.
- Existen CSMA, CSMIJ y AGUT de los que no se dispone información debido a que no han facilitado sus datos a la Divisió de Gestió de Registres d'Activitat del Àrea de Serveis i Qualitat del CatSalut por diversos motivos.

- El año de referencia del estudio es el 2006 que es la fecha de las bases de datos CMBD. Debido a la disponibilidad de la información ha sido necesario recurrir otras fechas para otras partes del estudio.
- La existencia de áreas de cobertura de escala inframunicipal ha dificultado la elaboración de la cartografía base del estudio, así como, el análisis sociodemográfico porque muchas fuentes no poseían el nivel de desagregación necesario.
- El secreto estadístico impide el acceso a información sociodemográfica detallada de los municipios pequeños.
- No existen datos sobre los profesionales de los dispositivos de Salud Mental.
- 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.

IV. RESULTADOS.

1. ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD MENTAL EN CATALUNYA.

1.1. La atención de la Salud Mental.

Durante los años 80 la Generalitat de Catalunya empieza a encargarse de la planificación de salud en Catalunya asumiendo las competencias que hasta entonces dependían del INSALUD y del INSERSO (Real Decreto 1517/1981). En esta década se aprueban el Despliegue del Mapa Sanitario de Catalunya en 1980, así como el Plan de Reordenación Hospitalaria de Catalunya (PRH) en 1986.

La asistencia psiquiátrica en Catalunya antes de la Reforma Psiquiátrica tenía un carácter de asistencia benéfica y dependía de las Diputaciones Provinciales. Con la Ley General de Sanidad de 1986 pasó a considerarse dentro del sistema sanitario y fue progresivamente asumida por la administración sanitaria de la Generalitat. Hasta ese momento la característica principal que diferenciaba la sanidad catalana con la del resto del Estado era la predominancia de recursos con titularidad privada sobre la pública. En un principio los servicios ofrecidos consisten en atención de Salud Mental, a medida que avanza el desarrollo de la red se crean servicios específicos para drogodependencias y para la atención infanto-juvenil.

La red de recursos sanitarios era contratada desde las Diputaciones Provinciales a entidades privadas sin ánimo de lucro. A partir de los años 90 se aprueba la LLei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC 15/1990); se crea el Programa de Salud Mental y la Gerencia de Atención Psiquiátrica y Salud Mental; que tiene como consecuencia el traspaso de competencias de dichos contratos por la Generalitat para todas las provincias. Durante esta nueva redistribución de la Salud Mental se crea el Servei Català de la Salut (CatSalut) en el año 1991. De esta manera se implementa el nuevo modelo de desarrollo catalán de salud que provee una atención derivada de entidades públicas así como privadas sin ánimo de lucro. El Programa de Salud Mental del CatSalut no provee los servicios directamente sino que se encarga de la planificación, financiación, la contratación y la evaluación de los recursos asistenciales. Por lo tanto, los servicios que se ofrecen de Salud Mental en toda Catalunya dependen de los diferentes recursos asistenciales contratados a cada una de las zonas de referencia.

A partir del año 1991, los hospitales psiquiátricos empiezan a modificar su organización interna. En el 1992 se crean las primeras unidades de hospitalización de subagudos, con la finalidad de dar continuidad a aquellos pacientes que necesitan unas estancias más largas que las que se ofrecen desde un servicio de agudos, pero que no llega a necesitar un apoyo a largo plazo. Por otro lado, se diferencian las unidades de psicogeriatría para pacientes mayores de 65 años; así como unidades para personas con enfermedad mental y comorbilidad con discapacidad intelectual. En 1994 se aprueba el primer Plan de Salud Mental de Catalunya, integrado posteriormente al Plan de Salud de Catalunya.

El Decret 213/1999, crea y consolida la Red de centros, servicios y establecimientos de Salud Mental de utilización pública de Catalunya y firma los Acuerdos de reordenación de los servicios de atención psiquiátrica y de Salud Mental (septiembre 1999). La finalidad del Decreto, es integrar en una red única los servicios asistenciales de Salud Mental. Se intenta conseguir un modelo de atención interdisciplinar, garantizar la continuidad asistencial, procurar la atención y la reinserción a la comunidad y dedicar especial interés a la población infanto-juvenil. Además, los Acuerdos de reordenación tenían como objetivo prioritario la reconversión funcional y física de los actuales hospitales psiquiátricos monográficos, con la finalidad de adaptarlos a las necesidades de los pacientes atendidos.

El sistema de atención a la Salud Mental en Catalunya se afianza en tres documentos: la Llei d'Ordenación Sanitària de Catalunya de 1990 que integra la asistencia psiquiátrica en el Servei Català de la Salut; el Pla Director de Salut Mental i Addiccions (Departament de Salut, 2006) que define los objetivos y acciones prioritarias a desarrollar en su periodo de referencia; y el mencionado Decret de creación de la red de Salud Mental de 1999 en el que se definen los diferentes dispositivos.

1.2. Zonificación sanitaria general.

En la actualidad la zonificación sanitaria de Catalunya establecida por el Servei Català de la Salut (CatSalut) se estructura en tres niveles o escalas territoriales. El nivel superior corresponde a la Regió Sanitària, compuesta de Sectors Sanitaris, que son las áreas de nivel medio y éstas, a su vez, se encuentran definidas por las Àrees Bàsiques de Salut (ABS) que son las áreas de menor tamaño y la base de todos los niveles de la zonificación sanitaria. Las 364 ABS existentes en la actualidad se definen

por criterios geográficos, epidemiológicos, sociales y de accesibilidad homogéneos (Departament de Salut, 2008).

La delimitación geográfica de las ABS, Sectors Sanitaris y Regions Sanitàries se encuentra definida mediante diferentes decretos legislativos de ordenación territorial sanitaria, publicados en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, que han ido readaptando la zonificación desde el primer mapa en 1980 hasta llegar a la vigente en la actualidad. La última gran modificación procede de mayo de 2005 en la que se realiza una nueva delimitación de los Sectors y Regions (Decret 105/2005 de delimitación de Regions Sanitàries y Sectors Sanitaris).

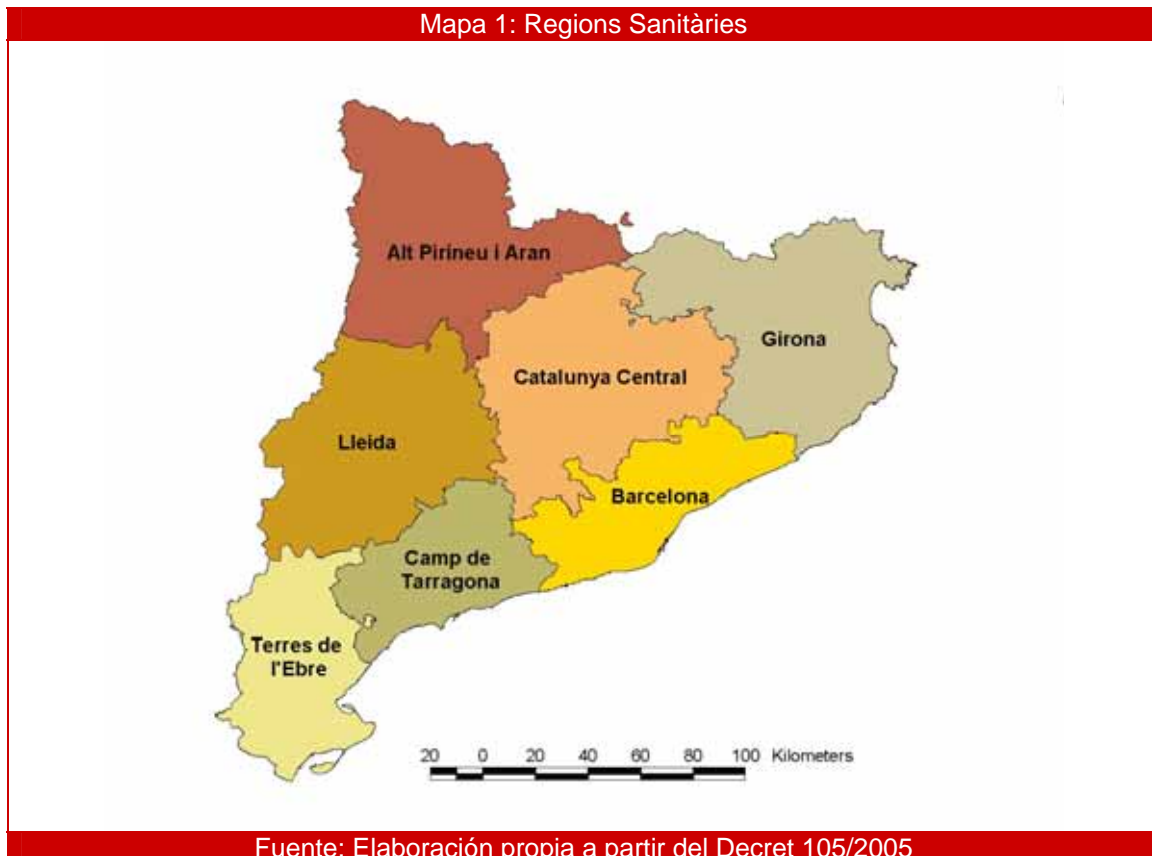
La Regió Sanitària es la escala en la que se realiza la planificación, la compra de servicios, los sistemas de gestión y la atención al cliente. En la escala del Sector Sanitari se desarrollan las actividades de promoción de la salud, prevención, salud pública y asistencia sociosanitaria de atención primaria y especializada. Por último, en las Àrees Bàsiques de Salut se organizan los servicios de atención primaria.

En el año 2006 se constituyeron los Gobiernos Territoriales de Salud (GTS) con el fin de gestionar los recursos de salud que tengan asignados a una escala más próxima al ciudadano fomentando su participación (Decret 38/2006). Este órgano funciona como un consorcio compuesto por miembros provenientes de las diferentes entidades proveedoras, la administración local y la Generalitat en un territorio concreto. En este momento se prevén 35 GTS compuestos de varias ABS. Los GTS supondrán de hecho una escala más de la organización territorial de la sanidad aunque realmente no forman parte de ella. Constituye una escala situada entre las ABS y los Sectors y Regions.

El Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública de Catalunya del Departament de Salut (Departament de Salut, 2008). En este documento se exponen las dificultades que provoca la zonificación actual en la planificación de los servicios por ausencia de criterios homogéneos y de una visión integradora de la perspectiva sanitaria y social. En este sentido, el nuevo mapa se basa en las prioridades de la salud, la demanda y el modelo asistencial, apoyándose en el análisis de la situación y las tendencias actuales de la población, la demanda por territorios y teniendo en cuenta la visión desde la perspectiva de los ciudadanos, profesionales y gestores. Este nuevo mapa rompe con el sentido estático de la zonificación anterior permitiendo su actualización

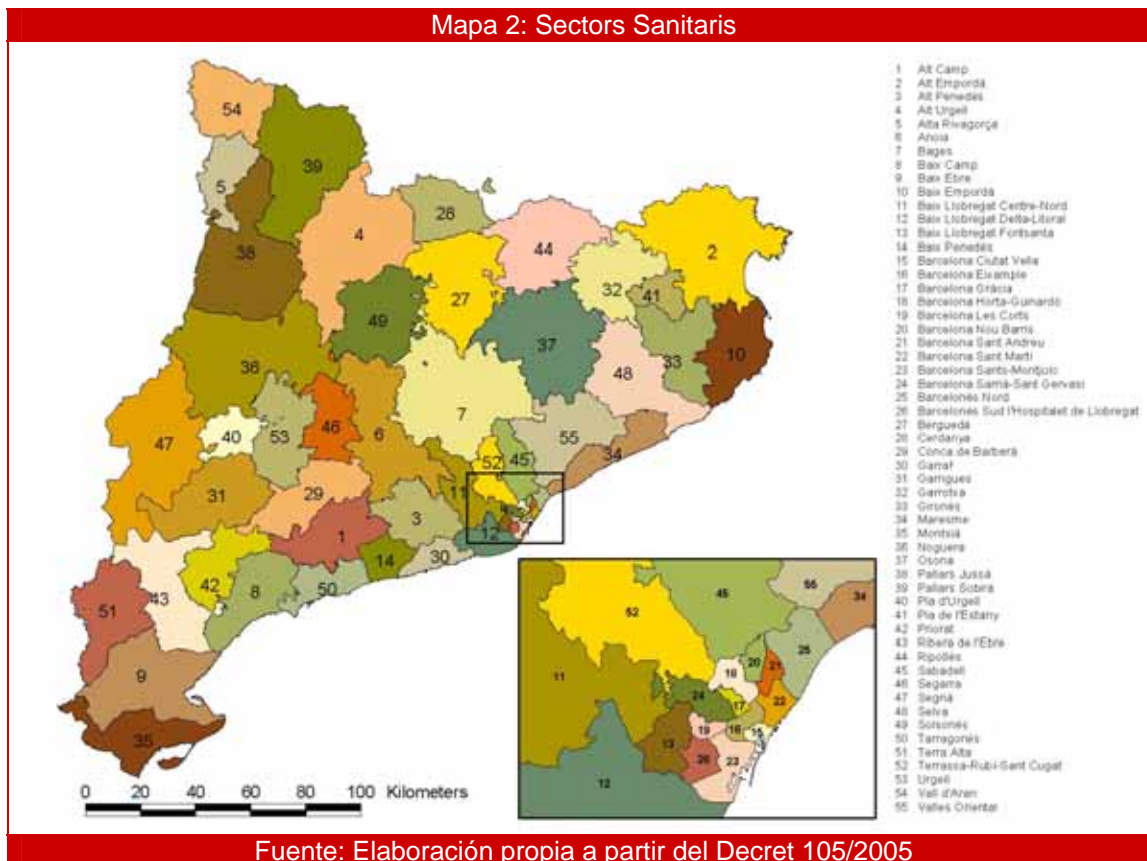
periódica en base a posibles cambios en los criterios de los gestores o en la dinámica de los territorios.

Catalunya se organizaba en 7 Regions Sanitàries que se identifican con las veguerías históricas: Barcelona, Catalunya Central, Girona, Lleida, Alt Pirineu i Aran, Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre (Mapa 1).



Los 55 Sectors Sanitaris tienen asignados varios municipios limítrofes con la particularidad del municipio de Barcelona que se divide siguiendo los distritos censales debido a su alto número de habitantes (Mapa 2).

Mapa 2: Sectors Sanitaris



Fuente: Elaboración propia a partir del Decret 105/2005

1.3. Zonificación de la Salud Mental.

Los recursos de la red de atención a la Salud Mental se encuentran organizados en una zonificación sanitaria específica que, a diferencia de la general, no se encuentra regulada mediante alguna figura legal sino que es establecida de manera interna para la planificación y gestión de los recursos por el CatSalut. La zonificación de Salud Mental se basa en las escalas que se han visto para la sanitaria general pero presenta algunas particularidades. La sectorización de la Salud Mental se realiza en base a la asignación de los recursos a las diferentes escalas de la zonificación general, es decir, a una o varias ABS, Sectores Sanitaris o Regions Sanitàries.

a) Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos.

Los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) atienden a una o varias ABS que constituyen su área de cobertura (AC-CSMA). En el año 2006 existían un total de 70 CSMA con sus respectivas AC-CSMA (Mapa 3). El rango de población de las áreas de cobertura va desde los más de 274.000 habitantes del área del CSMA Granollers a los 7.000 habitantes del CSMA Sort, siendo la población media por área sería de 102.000

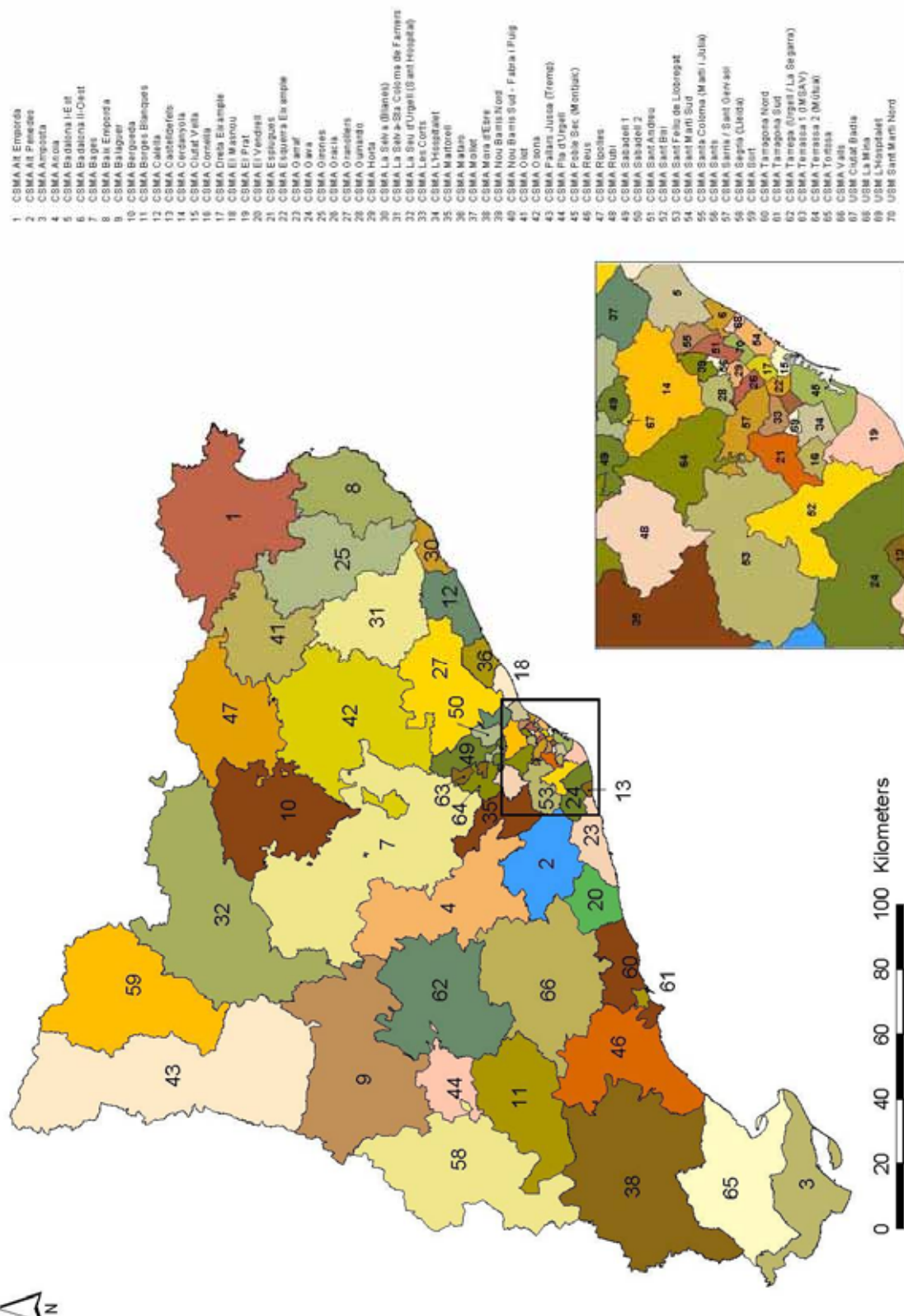
habitantes. La superficie media es de unos 460 km², el área mayor es asignada al CSMA Pallars con unos 2.400 km², y la menor es el AC-CSMA Badia con menos de 1 km².

Normalmente a cada CSMA le corresponden los ABS más cercanos formando áreas de cobertura continuas en el espacio, pero en ocasiones se producen algunas discontinuidades provocadas por municipios que tienen áreas territoriales no limítrofes al resto del municipio o porque se le han asignado ABS que no se localizan en sus inmediaciones. Es decir, hay una situación inevitable por la propia delimitación del municipio y otra tolerada por la asignación de ABS. Las AC-CSMA con discontinuidad espacial debido a la propia zonificación de Salud Mental son:

- El AC-CSMA de Tarragona Nord recoge a los ABS de Salou y Vila-Seca situados al sur del término municipal de Tarragona aislados de los demás ABS que componen el CSMA (Constantí, El Morell, Torrebembarra, Tarragona 3, 4, 5, 6 y 7).
- El AC-CSMA de Sabadell II tiene asignadas las ABS de Santa Perpetua de Mogoda y Sabadell 7 que están separadas del resto de ABS (Sabadell 4A, 4B, 5 y 6).
- En el AC-CSMA de Terrassa I el ABS de Terrassa F se encuentra separado del resto de ABS inframunicipales del área.
- En el AC-CSMA Terrassa II el ABS de Sant Cugat del Valles se encuentra separada de los demás ABS (Sant Cugat del Vallès que está aislada de los ABS de Terrassa C, D y E).
- El AC-CSMA Osona engloba al ABS de Sallent que no es limítrofe a Centelles, Malleu, Moià, Lluçanès, Sant Hipòlit de Voltegrà, Sant Quirze de Besora, Santa Eugènia de Berga, Tona, Vall de Ges, Vic 1 y Vic 2.

A pesar de la zonificación específica de Salud Mental las áreas de cobertura de los CSMA en la mayor parte de los casos se ajustan a las escalas de Sector y Regió Sanitària. Así un Sector acoge a una o varias AC-CSMA y las Regions se componen de varias AC-CSMA. Aún así encontramos alguna situación en que no existe tal ajuste. El AC-CSMA de Mòra con la mayoría de sus ABS situadas en la Regió Terre de l'Ebre también tiene asignada la ABS de Falset perteneciente a la Regió de Tarragona. El AC-CSMA de Osona además del Sector Osona tiene asignado algunos municipios del Sector de Bages.

Mapa 3. Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos



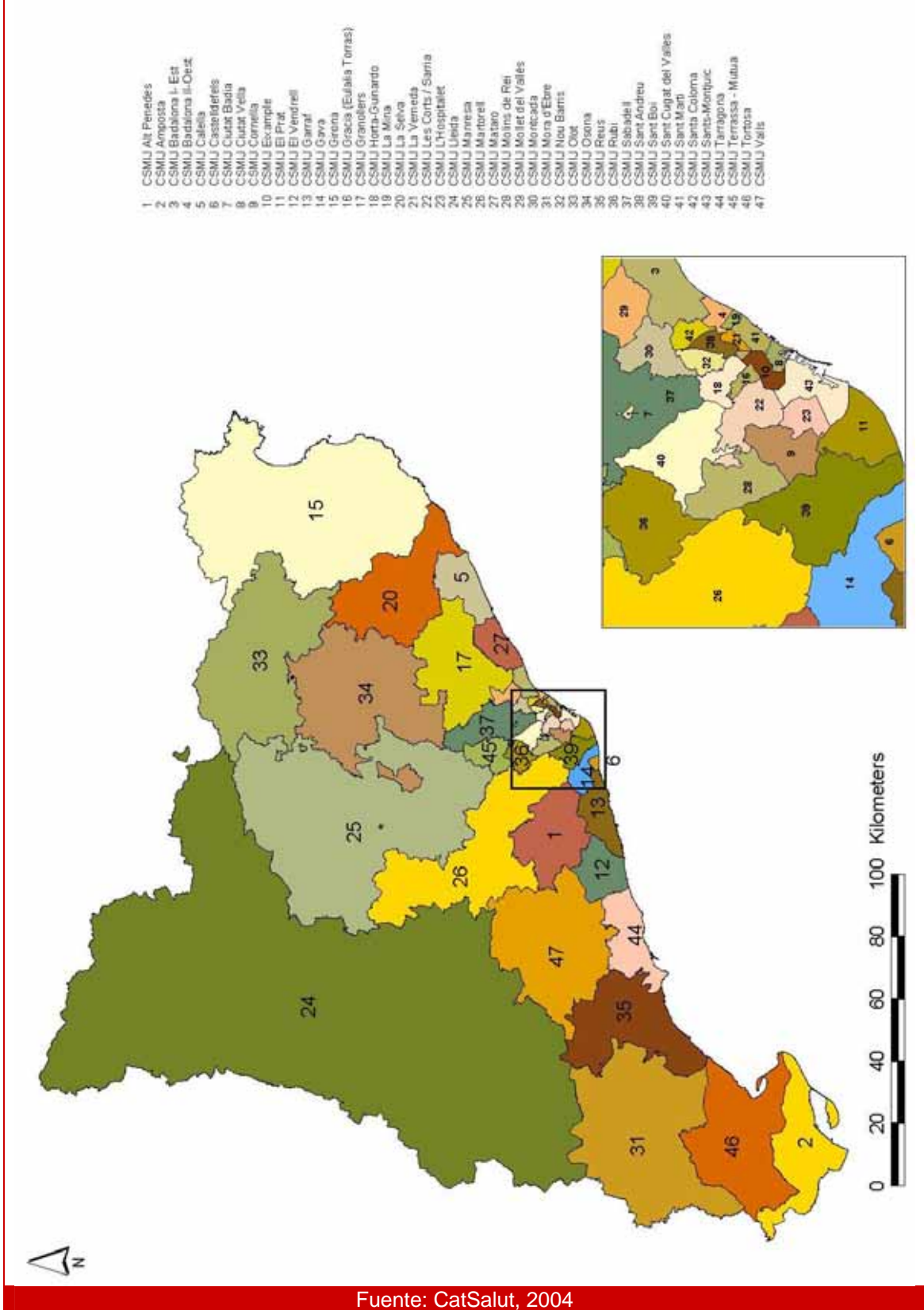
Fuente: CatSalut, 2006

b. Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles.

Las áreas de cobertura de los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) también se ajustan a las ABS. En el 2006 existían 47 CSMIJ (Mapa 4), con poblaciones que oscilaban entre los 450.000 habitantes del área del CSMIJ de Girona a las 14.000 del CSMIJ Ciutat Badia. La población media de los CSMIJ es de unos 152.000 habitantes. El AC-CSMIJ con mayor superficie es Lleida con más de 11.000 km² y la menor Ciutat Badia con menos de 1 km², la superficie media es de unos 680 km².

Existen AC-CSMIJ que tienen asignadas ABS que no son adyacentes como el CSMIJ de Osona con la misma situación comentada para el CSMA. También encontramos desajustes con las Regions. El AC-CSMIJ Móra se encuentra dividido entre Terres de l'Ebre y Camp de Tarragona. El CSMIJ de Martorell atiende a dos Sectores Sanitaris de distinta Regió (Anoia y Baix Llobregat Centre-Nord); el CSMIJ de Badalona II acoge a parte de dos Sectores (Barcelonès y Maresme); el AC-CSMIJ Osona acoge al Sector de Osona y parte del Sector de Bages; y el AC-CSMIJ de Lleida atiende a las Regions de Lleida y Alt Pirineu i Aran.

Mapa 4. Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles



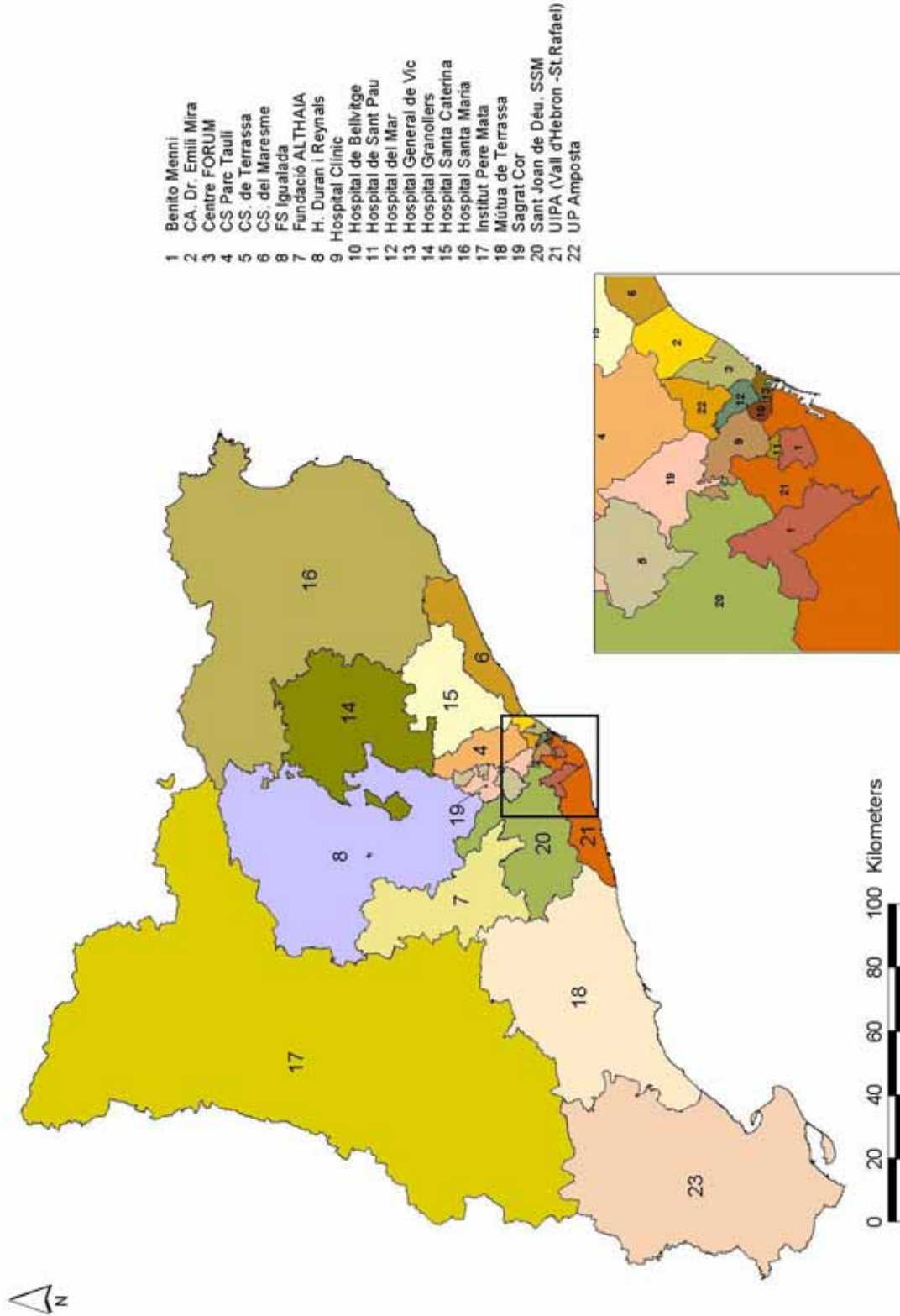
Fuente: CatSalut, 2004

c. Áreas de Cobertura de los Servicios de Agudos.

Las áreas de cobertura de los servicios de agudos (AC-AGUT) eran 22 en el 2006 (Mapa 5). El área con mayor número de habitantes es la asignada a Sant Joan de Dèu SSM con más de 737.000 habitantes, en cambio, el área del Hospital del Mar es de unos 113.000 habitantes. La población media de las áreas de hospitalización de agudos es de casi 325.000 habitantes. La superficie media de las AC-AGUT es de unos 1.500 km². El área del Hospital de Santa María es la de mayor superficie, con más de 11.000 km², y la menor es el área del Hospital de Bellvitge con algo más de 2 km².

La única AC-AGUT que no se ajusta a la Regions Sanitàries. La AC-AGUT del Sagrat Cor de Martorell se divide entre la Regió de Barcelona y Catalunya Central al tener asignado el Sector Anoia; la UP Amposta atiende a parte de Camp de Tarragona (ABS Falset); el Hospital de Vic atiende a parte del Sector de Bages; y el Hospital de Santa María que atiende a las Regions de Lleida y Alt Pirineu i Aran.

Mapa 5. Áreas de Cobertura de los Servicios de Agudos



- 1 Benito Menni
- 2 CA. Dr. Emili Mira
- 3 Centre FORUM
- 4 CS Parc Taulí
- 5 CS. de Terrassa
- 6 CS. del Maresme
- 8 FS Igualada
- 7 Fundació ALTHAIA
- 8 H. Duran i Reynals
- 9 Hospital Clínic
- 10 Hospital de Bellvitge
- 11 Hospital de Sant Pau
- 12 Hospital del Mar
- 13 Hospital General de Vic
- 14 Hospital Granollers
- 15 Hospital Santa Caterina
- 16 Hospital Santa Maria
- 17 Institut Pere Mata
- 18 Mútua de Terrassa
- 19 Sagrat Cor
- 20 Sant Joan de Déu. SSM
- 21 UIPA (Vall d'Hebron -St.Rafael)
- 22 UP Amposta

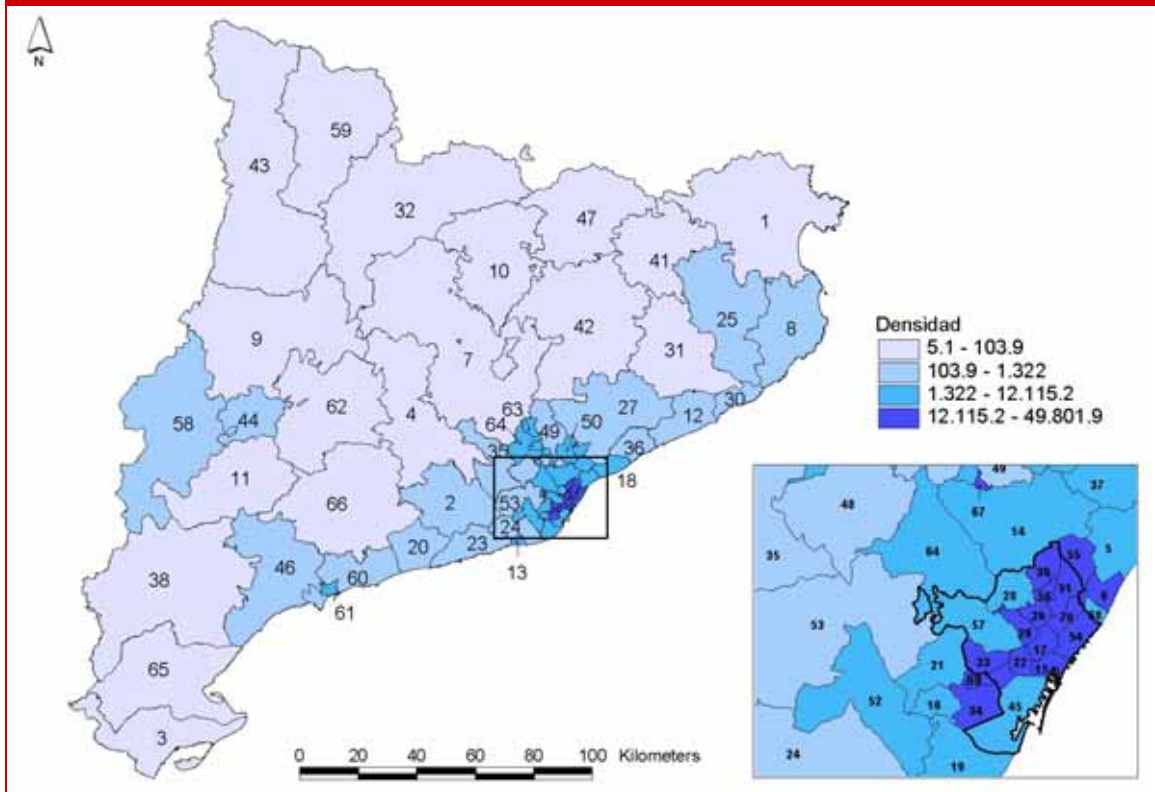
Fuente: CatSalut, 2004

2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE PEQUEÑAS ÁREAS DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA.

2.1. Distribución territorial de la densidad de población.

La densidad de población de Catalunya es de 222,24 habitantes por km². Las cifras de densidad de las AC-CSMA son muy variables al abarcar escalas muy diferentes, desde la inframunicipal a la comarcal (Mapa 6). La menor densidad corresponde al área que atiende el CSMA Sort con 5,13 habitantes por km² y la máxima es de más de 49.000 habitantes por km² en la USM L'Hospitalet. Por debajo de 100 habitantes/km² encontramos varios AC-CSMA que coinciden con las de mayor extensión superficial. Se ubican en las Regions Sanitàries de Terres de l'Ebre, Alt Pirineu i Aran y Lleida, y las AC-CSMA pirenaicas e interiores de las Regions de Girona y Catalunya Central. Las densidades que superan los 10.000 habitantes/km² corresponden a las AC-CSMA de los municipios de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Badalona, Santa Coloma de Gramenet, Badía y Cornellà, por tanto se concentran en la Regió de Barcelona.

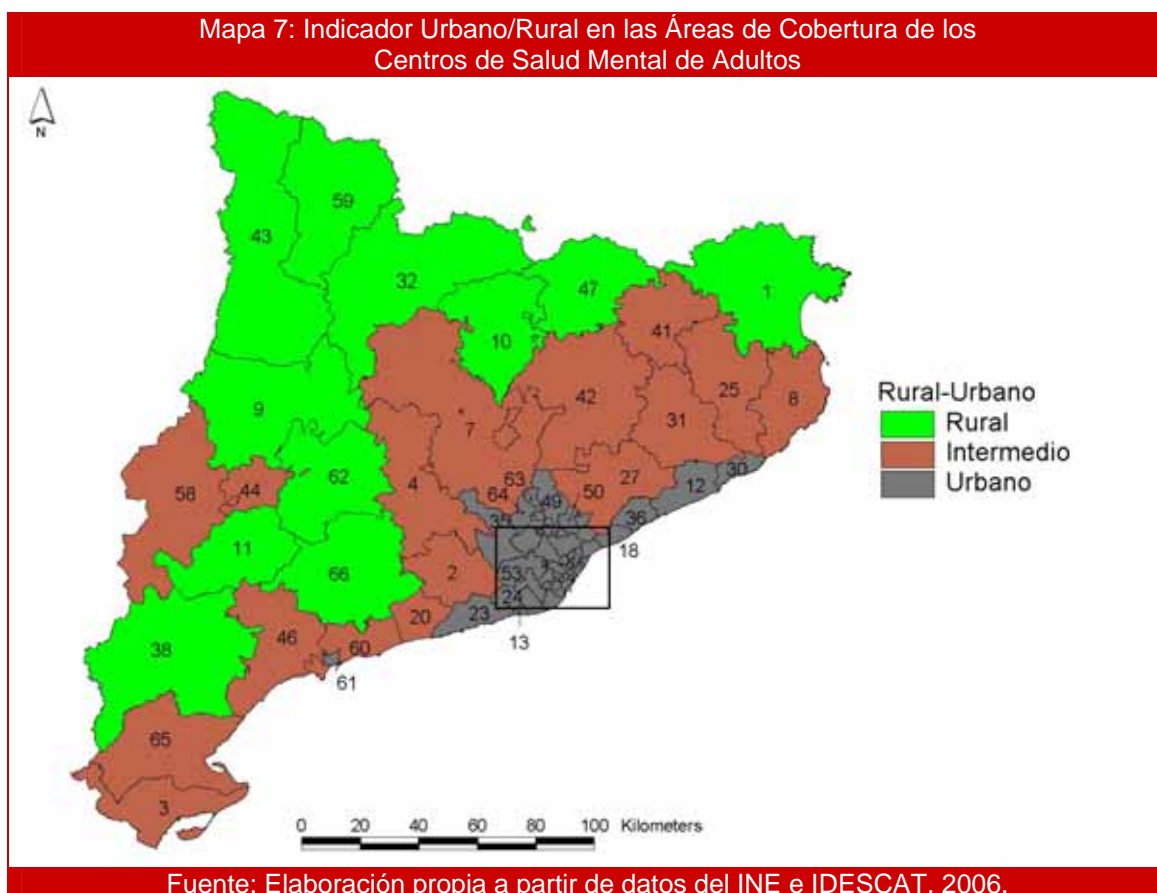
Mapa 6: Densidad de población en las Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE e IDESCAT, 2006.

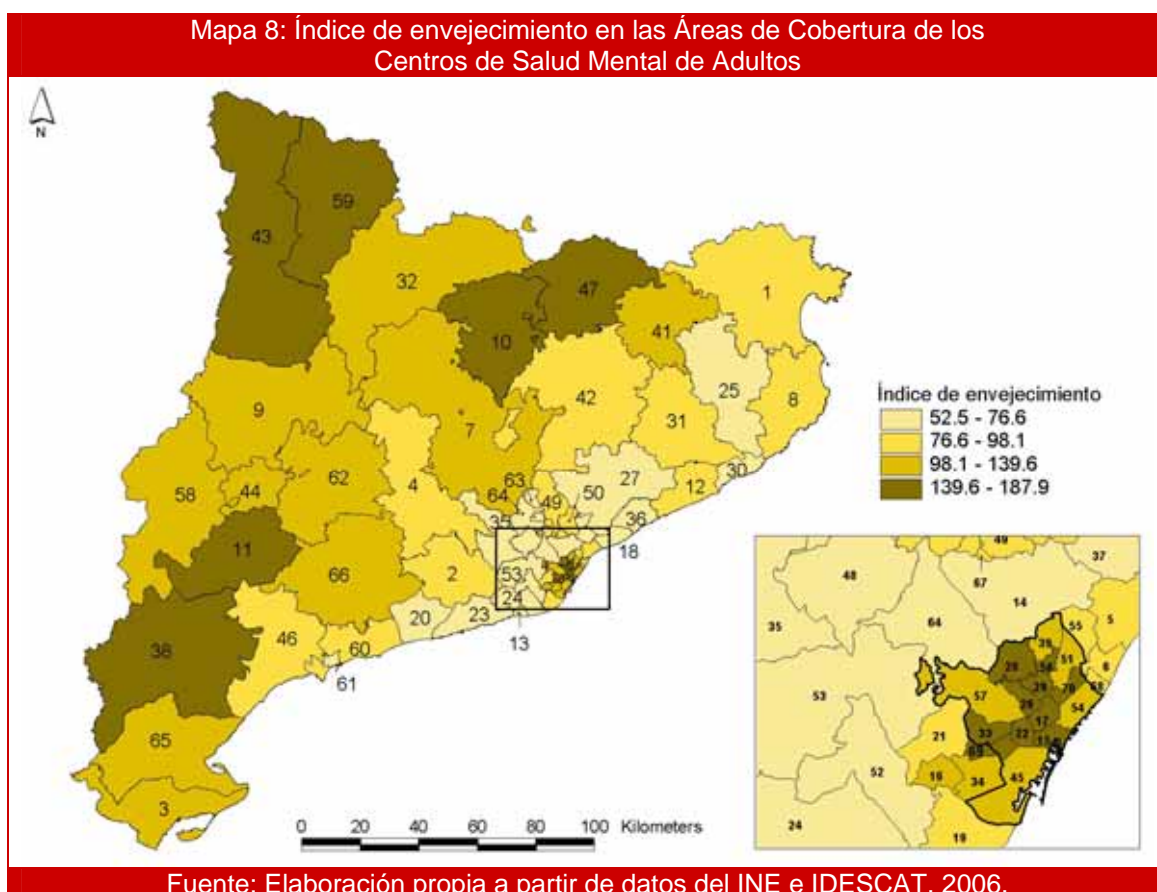
2.2. Distribución territorial de las Áreas Rurales y Áreas Urbanas.

Las AC-CSMA que han sido clasificadas como urbanas siguiendo los criterios expuestos en la metodología, se localizan en el área costera de la Región de Barcelona (Mapas 7). El resto del litoral está compuesto por áreas intermedias a excepción del AC-CSMA septentrional de Alt Empordà. Las AC-CSMA rurales se localizan en el Pirineo, Región de Lleida, a excepción de Segrià y Pla d'Urgell, y las CSMA de Valls y Mora en las Regions de Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre.



2.3. Distribución territorial del índice de envejecimiento.

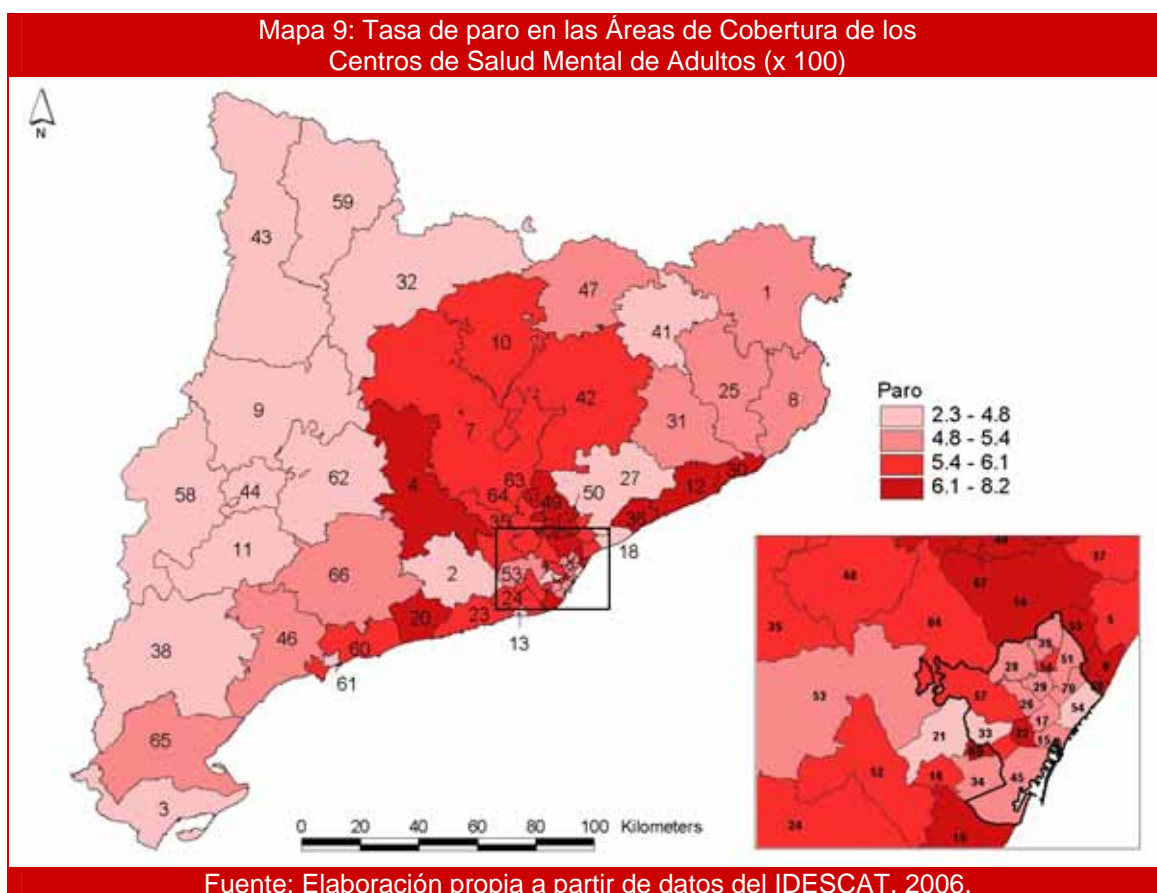
En 2006 se contabilizaban 96,6 personas mayores de 64 años por cada 100 menores de 18 años en Catalunya. Las áreas más envejecidas son Nou Barris Sud, Borges Blanques, Eixample Esquerra y Ripollès con más de 175 personas mayores por cada 100 menores (Mapa 8). Varias áreas de la ciudad de Barcelona se encuentran entre las más envejecidas al contrario que las áreas de la corona metropolitana. Entre las áreas menos envejecidas destacan Castelldefels, Tarragona Sud, Rubí, Martorell, Terrassa II, Gavà, Mollet, Sant Feliu, Cerdanyola, Granollers y Blanes; todas ellas con menos de 70 mayores por 100 menores. Por Regions destacaremos los altos valores de Alt Pirineu i Aran, junto a otras áreas pirenaicas de Catalunya Central y Girona, y en Terres de l'Ebre. Las áreas con la población menos envejecida se localizan en la Regió de Barcelona.



2.4. Distribución territorial de la tasa de paro.

La tasa de paro en Catalunya en el año 2006 era de 6,63 personas en situación de desempleo por cada 100 persona entre 16 y 64 años. Las AC-CSMA con mayor tasa de paro se localizan en la costa (Mapa 9). La mayor tasa la posee el área de cobertura del CSMA de Badía en la Regió de Barcelona con 8,2% de desempleados. También podemos destacar, con valores superiores al 7%, las AC-CSMA de La Mina, Terrassa I, Mataró, Badalona II y Maresme Nord en la Regió de Barcelona, y Anoia en la Regió de Catalunya Central. Las demás AC-CSMA con altas tasas de paro se concentran en la Regió de Catalunya Central, algunas áreas de la Regió de Barcelona, y las CSMA de El Vendrell, en Camp de Taragona, y Blanes en Girona.

Las menores tasas de paro se localizan especialmente en los municipios asignados a los CSMA más occidentales de Catalunya. El valor mínimo lo posee el área del CSMA de Pallars con 2,3%. Sin superar el 4% encontramos las AC-CSMA de La Seu d'Urgell, y Sort, en la Regió Sanitària de Alt Pirineu i Aran, Pla d'Urgell y Borges Blanques en la Regió de Lleida y el AC-CSMA de Amposta en Terres de l'Ebre.



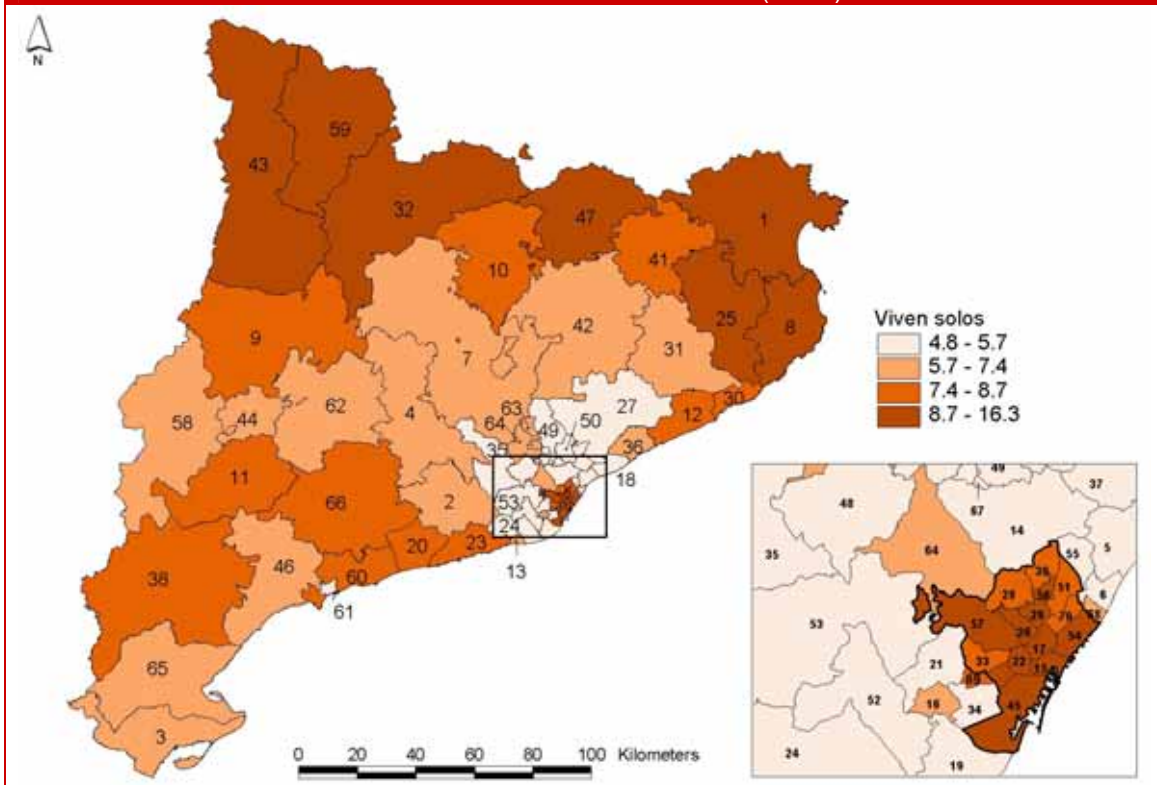
2.5. Distribución territorial de la tasa de personas que viven solas.

En Catalunya las personas que vivían en hogares unipersonales en el 2001 suponían el 7,6% de la población. La distribución territorial por AC-CSMA de este indicador nos muestra que la tasa más alta de personas que viven solas es de 16,3% en el área atendida por el CSMA Ciutat Vella (Mapas 10). Otras AC-CSMA con tasas superiores al 10% son Gràcia, Eixample Esquerra y Dreta, Sants y Poble Sec, en el municipio de Barcelona; Sort, Pallars y la Seu d'Urgell en la Regió Sanitària de Alt Pirineu i Aran; y Baix Empordà y Girona en la Regió de Girona.

En el mapa se observa la concentración de altas tasas en el municipio de Barcelona y en la zona pirenaica con valores superiores al 8%, excepto para el CSMA de Olot. Las tasas más bajas se localizan en las AC-CSMA situadas alrededor del municipio de Barcelona, con cifras alrededor del 5%. Sant Boi y Gavà destacan como las únicas AC-CSMA que se encuentra por debajo del 5% de personas que viven solas.

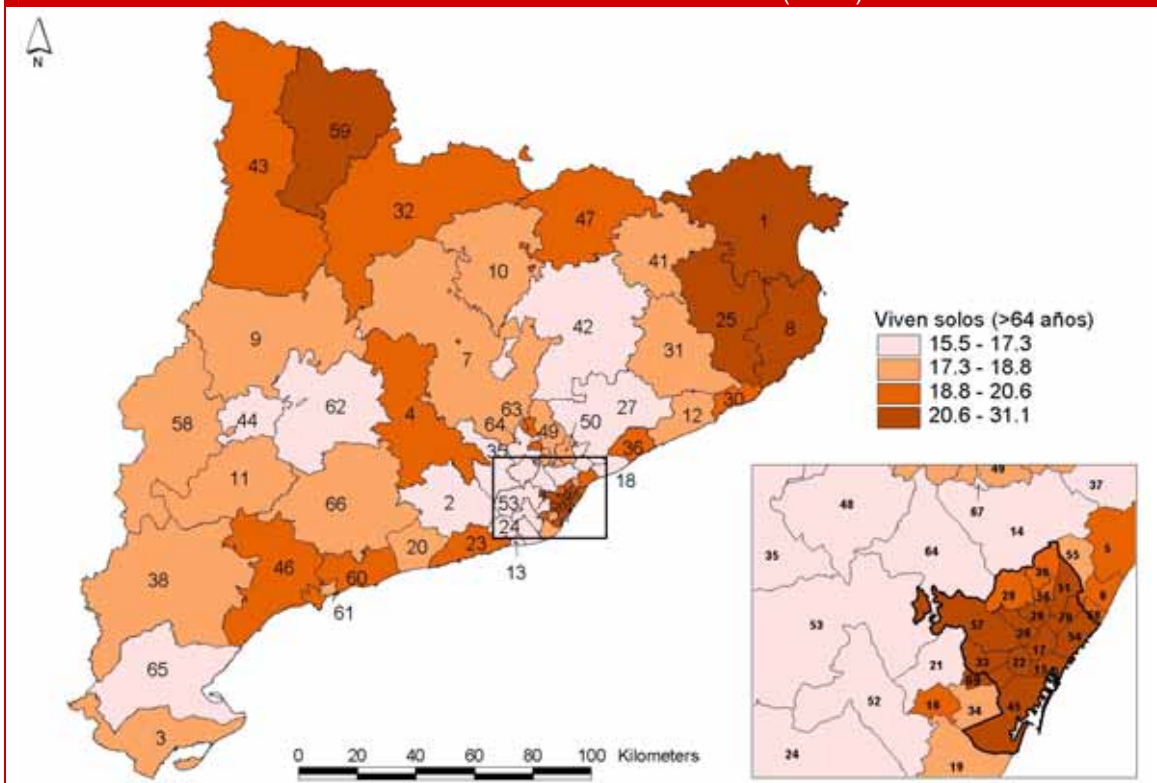
El 19,9% de las personas mayores de 64 años de Catalunya viven en hogares unipersonales (Mapa 11). Con más del 20% encontramos las AC-CSMA del municipio de Barcelona y la USM L'Hospitalet en la Regió Sanitària de Barcelona; las ACSMA de Girona, Baix Empordà, Alt Empordà y Blanes en la Regió de Girona; Pallars y Sort en la Regió de Alt Pirineu i Aran; Reus, Tarragona Nord y Garraf en la Regió de Camp de Tarragona. En el otro extremo, en torno al 15% de personas mayores que viven solas, encontramos las AC-CSMA de Gavà, Badia y Martorell.

Mapa 10: Tasa de personas que viven solas en las Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos (x 100)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE e IDESCAT, 2001.

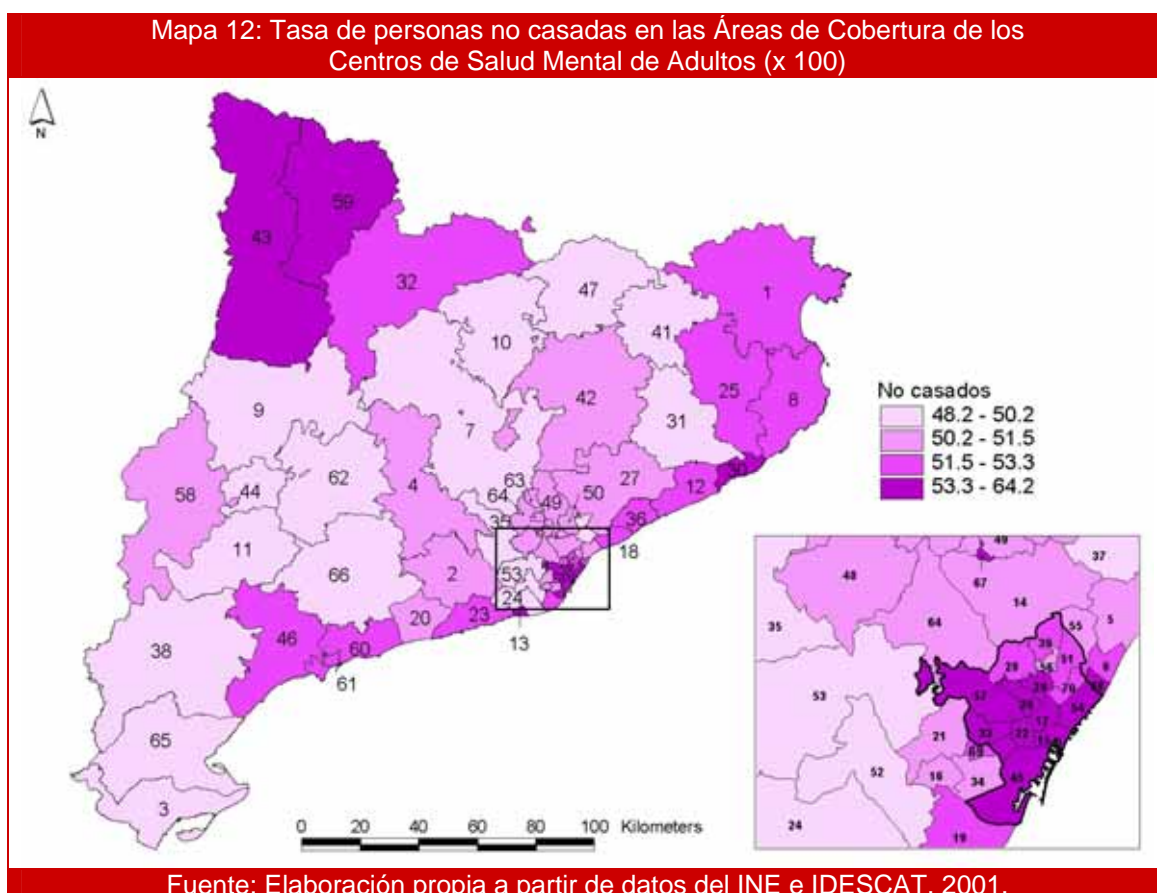
Mapa 11: Tasa de personas mayores de 64 años que viven solas en las Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos (x 100)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE e IDESCAT, 2001.

2.6. Distribución territorial de la tasa de personas no casadas.

La proporción de personas con estado civil diferente al de casado es del 52,2% de la población (Mapa 12). Los CSMA cuya área de cobertura está por debajo del 50% son los de Tortosa, Amposta y Móra en la Regió Terres de l'Ebre; Berguedà en la Regió Catalunya Central; Ripollès, Olot y La Selva en la Regió de Girona; Valls en Camp de Tarragona; Martorell y Sant Feliu y Mollet en la Regió de Barcelona; y Balaguer, Urgell/La Segarra y Pla d'Urgell en la Regió de Lleida (Mapas x). Estos ámbitos abarcan la zona sur e interior de Catalunya. Las tasas más altas se sitúan en torno al 57% y se localizan en el municipio de Barcelona y el AC-CSMA de La Mina. Destaca el caso del AC-CSMA de Ciutat Vella que llega al 64,2%. Por encima del 53% encontramos las AC-CSMA de la Regió de Alt Pirineu i Aran, Badia y Castelldefels en la Regió de Barcelona, y Blanes en la Regió de Girona.



2.7. Distribución territorial de la tasa de inmigración.

El 12,8% de la población de Catalunya es inmigrante. Las personas procedentes de América son el 4,8%, de África el 3,5%, de la Europa no comunitaria el 1,4% y de Asia el 1,2%.

La población extranjera se ubica principalmente AC-CSMA de la Regió Sanitària de Girona, de la Regió de Terres de l'Ebre y de la Regió de Barcelona, concretamente en la capital y su entorno (Mapa 13). Por encima del 20% encontramos las áreas de Ciutat Vella, con más del 42%, USM L'Hospitalet, Blanes, Alt Empordà y Castelldefels. Con las menores tasas de población inmigrante destacan las áreas de Badia, La Mina y Ripollès.

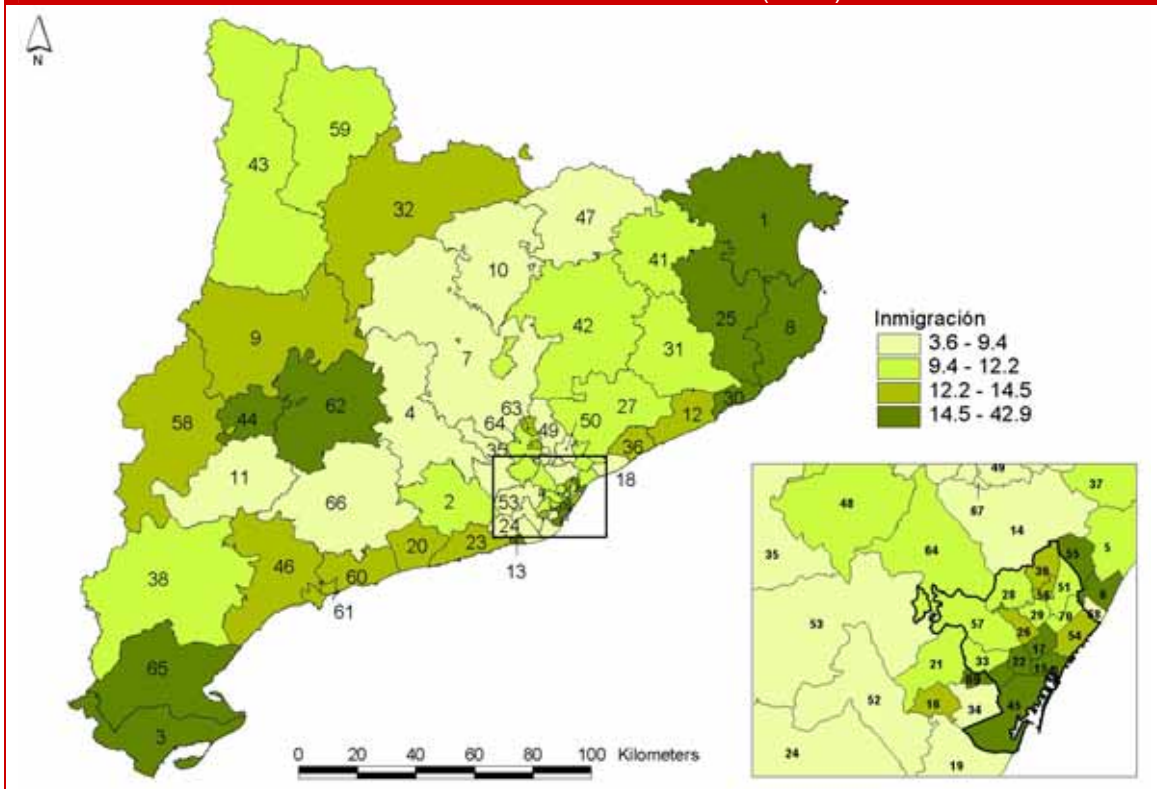
La población procedente de América (Mapa 14) se concentra principalmente, con más del 6% sobre la población, en las áreas de la ciudad de Barcelona, Cornellà, L'Hospitalet y Castelldefels, y en el área de Blanes en Girona.

La población africana (Mapa 15) presenta sus mayores tasas en las áreas de La Segarra y Pla d'Urgell en la Regió de Lleida; el área de Baix Empordà en la Regió de Girona; las áreas de Tarragona Sud en Camp de Tarragona; Osona en la Regió de Catalunya Central; y Terrassa I en la Regió de Barcelona.

La población europea extracomunitaria (Mapa 16) se localiza con más de un 4% sobre la población total en las AC-CSMA de La Segarra, Balaguer, Borges Blanques y Pla de Urgell en la Regió de Lleida; las áreas de Tortosa y Amposta en Terres de l'Ebre; y el área de Blanes en Girona.

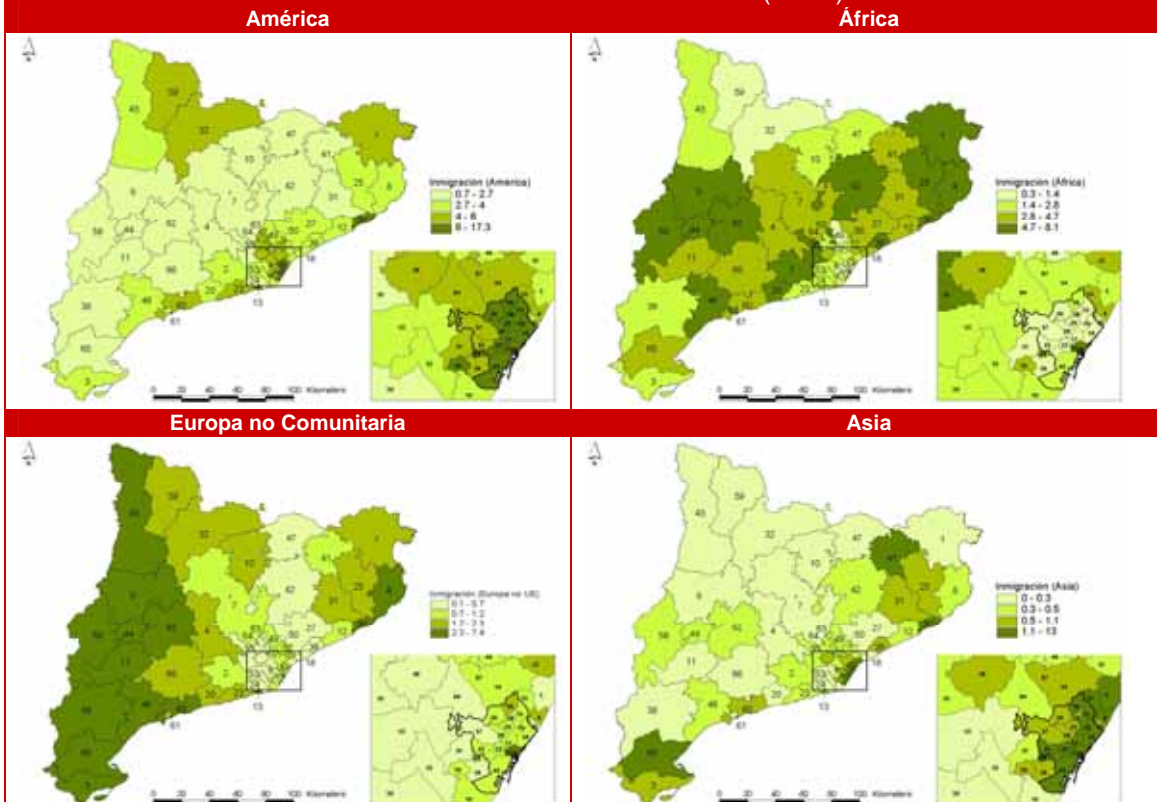
Por último la población de origen asiático (Mapa 17) se sitúa en proporciones superiores al 4% en las AC-CSMA de Ciutat Vella, Badalona II, Santa Coloma de Gramenet y Poble Sec de la Regió de Barcelona

Mapa 13: Tasa de inmigración en las Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos (x 100)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE e IDESCAT, 2006

Mapas 14, 15, 16 y 17: Tasa de inmigración por procedencia en las Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos (x 100)

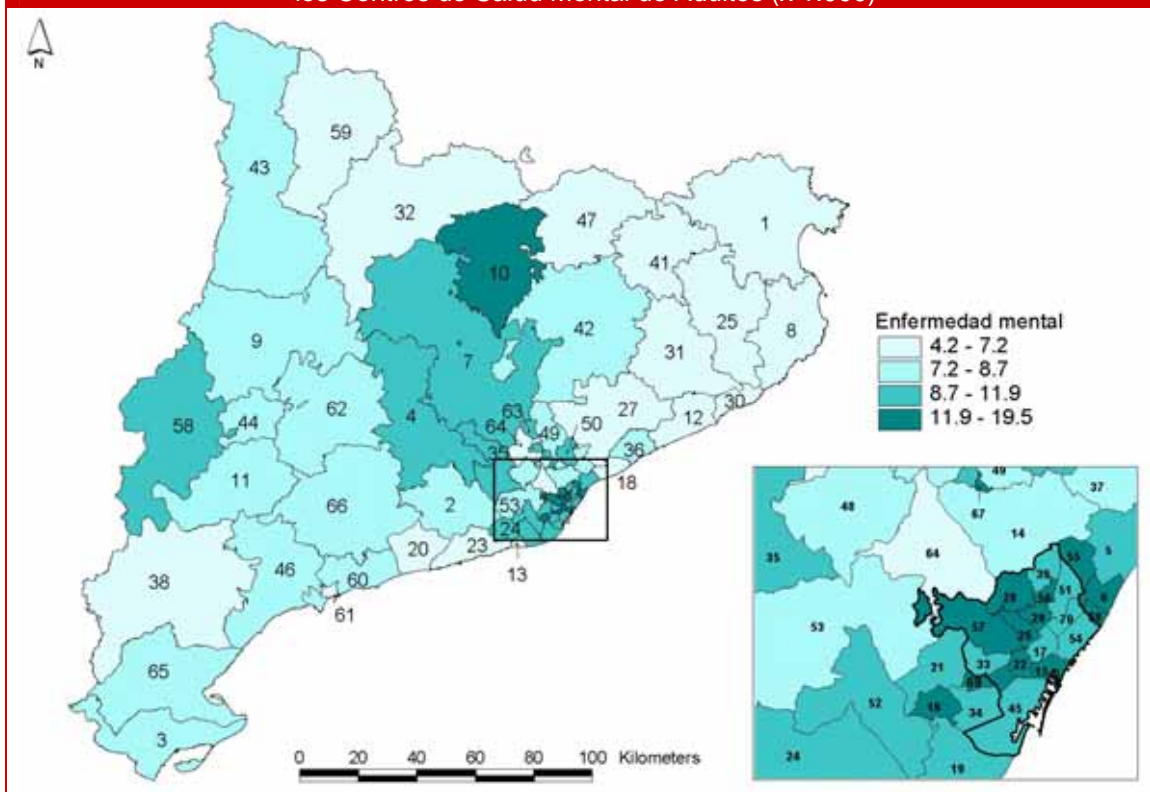


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE e IDESCAT, 2006.

2.8. Distribución territorial de la tasa de personas valoradas con trastorno mental.

Las personas con certificado de minusvalía por enfermedad mental en Catalunya en el 2006 eran 67.543. Suponían el 17,5% del total de personas valoradas por detrás de la discapacidad física motórica y no motórica. Esta cifra supone una tasa de 9,5 personas de cada 1.000 habitantes con certificado de minusvalía por trastorno mental con un grado superior al 32%. Con una tasa de más de 15 personas valoradas por 1.000 habitantes encontramos las AC-CSMA de Badia, Berguedà, La Mina y Eixample Esquerra (Mapas 18). Los valores de las diferentes áreas de Barcelona capital son semejantes, superando en todos los casos las 10 personas de cada 1.000. Este dato hay que tomarlo con reservas porque la fuente de información original se refiere al municipio completo y se ha estimado a partir de la población de cada AC-CSMA. Por el contrario, por debajo de 5 personas de cada 1.000 están las AC-CSMA de Blanes, Alt y Baix Empordà y Olot en la Regió de Girona, y Sort en Alt Pirineu i Aran. Se comprueba que las menores tasas se localizan en la Regió Sanitària de Girona mientras que las mayores corresponden a Barcelona.

Mapa 18: Tasa de personas valoradas con enfermedad mental en las Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos (x 1.000)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del IDESCAT, 2007.

3. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA.

3.1. Red de servicios de atención a Salud Mental.

Actualmente en Catalunya existen diferentes servicios que prestan una atención comunitaria y hospitalaria. Los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) y Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) son los recursos de atención primaria especializados. Los Centros de Día (CD) funcionan como recursos de rehabilitación para personas con patologías mentales severas; también prestan servicios prelaborales y de inserción laboral dedicados a colectivos con problemas graves de Salud Mental y con posibilidades de trabajar en recursos con facilidades.

Otros servicios de atención diurna son los Hospitales de Día (HD) presentes tanto en población infanto-juvenil como en adultos. Además se disponen de servicios especializados en drogodependencias como Unidades de Patología Dual (UPT), Unidades Hospitalarias de Desintoxicación, Centros de Dispensación de Metadona y Comunidades Terapéuticas para drogodependencias; así como servicios de atención para personas con patología mental y comorbilidad con discapacidad intelectual.

Respecto a los servicios de hospitalización de adultos se disponen de Unidades de Agudos en hospitales generales y monográficos (AGUT), subagudos (SUBAGUT) y media y larga estancia o Alta Dependencia Psiquiátrica (ADP), con objetivos diferentes en función de las necesidades de atención y estado de los pacientes atendidos. Los servicios de media y larga estancia han disminuido de forma progresiva el número de camas en hospitales monográficos facilitando una inserción comunitaria de las personas ingresadas en residencias comunitarias en la mayoría de los casos. En referencia a la atención de la Salud Mental en población infanto-juvenil se disponen de servicios como las Unidades de Referencia Psiquiátrica Infantil (URPI).

Durante el 2002 se puso en marcha la implantación de los servicios de atención de casos (case management) denominados Plan de Servicios Individualizados para atender a personas con problemas graves en relación a la utilización de servicios o las relaciones familiares.

La provisión de servicios es, como se ha comentado, esencialmente privada a manos de instituciones sin ánimo de lucro, religiosas, asociaciones de profesionales, etc.

Existen grandes instituciones psiquiátricas que proveen varios tipos de servicios mientras que otras más pequeñas se especializan en alguno de ellos, también existen servicios de psiquiatría en Hospitales pertenecientes a la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). En total se cuentan unas 66 entidades proveedoras de servicios de atención a la Salud Mental.

En la actualidad está aprobado el Pla Director de Salut Mental i Addiccions (Departament de Salut, 2006) con la finalidad de incrementar y mejorar la oferta de servicios en función de las expectativas y necesidades de las personas con trastorno mental. En el diagnóstico de la situación actual detecta déficit en la cobertura, intensidad, adecuación y calidad de la atención a la Salud Mental; un desequilibrio entre la oferta y la demanda; y problemas en la integración entre dispositivos (infantiles, adultos y drogodependencia).

3.2. Distribución territorial de los servicios, camas y plazas de Salud Mental.

En las tablas siguientes se expone la distribución por Regions Sanitàries de los diferentes tipos de recursos de Salud Mental del CatSalut, por una parte para adultos y por otra infanto-juveniles, y el ICASS. También se presentan tasas de servicios por 100.000 habitantes. Los servicios disponibles con el acrónimo utilizado en las tablas son los siguientes:

a) Servicios dependientes del CatSalut.

Adultos (Tabla 1 y 3):

- Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA)
- Servicio de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (AGUT)
- Servicio de Hospitalización Psiquiátrica de Subagudos (SUBAGUT)
- Servicio de Alta Dependencia Psiquiátrica (ADP)
- Servicio de Internamiento en la Comunidad (IC)
- Hospital de Día de Adultos (HDA)
- Centro de Día de Adultos (CDA)
- Servicio para Trastornos de la Conducta Alimentaria de Adultos(TCA-A)

Infanto-juvenil (Tabla 2 y 4):

- Centro de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ)
- Unidad de Referencia de Psiquiatría Infanto-juvenil (URPI)
- Hospital de Día de Adolescentes (HDAd)
- Servicio para Trastornos de la Conducta Alimentaria de Adolescentes(TCA-Ad)

Cada servicio se asigna a la Regió Sanitària en la que se encuentran localizado aunque por sus sectorización pueda tener asignadas ABS de otras Regions. También cabe señalar que algunos CSMA ofrecen atención de forma periférica en otras localizaciones pero no se pueden considerar como centros independientes. Así, la Consulta Periférica de Puigcerdà vinculada al CSMA Bages, la Consulta Periférica de Montcada i Reixac vinculada al CSMA Cerdanyola, la Consulta Periférica de Barberà del Vallès vinculada al CSMA Sabadell I, la Consulta Periférica Castellar del Vallès vinculado al CSMA Sabadell II, la Consulta Periférica Sant Cugat del Vallès vinculada al CSMA Terrassa II, la Consulta Periférica Ciutat Meridiana vinculada al CSMA Nou Barris Sud, la Consulta Periférica Maragall vinculada al CSMA Sant Martí Nord y la Consulta Periférica de Vielha e Mijaran vinculada a CSMA Pallars.

Tabla 1: Servicios de Salud Mental para adultos del CatSalut y tasas por 100.000

Recursos	CSMA	AGUT	SUB-AGUT	ADP	IC	HD-A	CD-A	TCA-A	
Barcelona	1,07	0,40	0,20	0,16	0,05	0,40	0,97	0,10	
	---	---	---			---	---	---	---
Catalunya Central	43	16	8	7		---	16	39	4
	---	---	---	---		---	---	---	---
Girona	1,01	0,50	0,50	0,18		---	0,76	1,01	0,76
	---	---	---			---	---	---	---
Lleida	4	2	2	4		3	3	4	3
	---	---	---	---		---	---	---	---
Alt Pirineu i Aran	1,27	0,18	0,18	1		---	0,18	1,27	0,18
	---	---	---	---		---	---	---	---
Camp de Tarragona	7	1	1	1	1	1	7	1	
	---	---	---	---	---	---	---	---	
Terres de l'Ebre	1,79	0,29	0,59	1,43	---	---	1,07	0,29	
	---			---	---	---	---		
Catalunya	5	---	---	4	3	0,29	3	---	
	---	---	---	---	---	---	---	---	
Catalunya	4,92	1	2	1,64	---	1	1,64	1	
	---	---	---	---	---	---	---	---	
Catalunya	3	---	---	1	---	---	1	---	
	---	---	---	---	---	---	---	---	
Catalunya	1,12	0,22	0,22	0,22	---	0,22	0,67	0,17	
	---	---	---	---	---	---	---		
Catalunya	5	1	1	1	---	1	3	---	
	---	---	---	---	---	---	---	---	
Catalunya	2,00	0,67	0,67	0,67	---	0,67	1,33	1	
	---	---	---	---	---	---	---	---	
Catalunya	3	1	1	1	---	1	2	---	
	---	---	---	---	---	---	---	---	
Catalunya	1,18	0,37	0,25	0,25	0,05	0,39	1,00	0,17	
	---	---	---	---	---	---	---	---	
Catalunya	70	22	15	15	3	23	59	10	
	---	---	---	---	---	---	---	---	

Fuente: CatSalut, 2006

Tabla 2: Servicios de Salud Mental infanto-juveniles del CatSalut y tasas por 100.000				
Recursos	CSMIJ	URPI	HD-Ad	TCA-Ad
Barcelona	4,26	0,61	1,47	0,24
	---	---	---	---
Catalunya Central	34	5	12	2
	2,37	2,37	2,37	3,55
Girona	---	---	---	---
	2	2	2	3
Lleida	2,49	0,83	0,83	0,83
	---	---	---	---
Alt Pirineu i Aran	3	1	1	1
	1,51	1,51	1,51	1,51
Camp de Tarragona	---	---	---	---
	1	1	1	1
Terres de l'Ebre	4,00	---	---	---
	---	0,78	0,78	0,78
Catalunya	4	---	---	---
	10,70	1	1	1
	---	---	---	---
	3	---	---	---
	3,86	0,82	1,40	0,66
	---	---	---	---
	47	10	17	8

Fuente: CatSalut, 2006

Las tablas que se presentan a continuación aportan el número de plazas/camas disponibles en cada tipo de recurso por Región Sanitaria y edad. Asimismo, se acompaña del cálculo de tasas por 100.000 habitantes de sus respectivos grupos de edad.

Tabla 3: Plazas en los servicios de Salud Mental para adultos del CatSalut y tasas por 100.000

Plazas	AGUT	SUB-AGUT	ADP	IC	HD-A	CD-A
Barcelona	14,67	7,01			8,85	29,67
	---	---	37,55		---	---
	592	283			357	1.197
Catalunya Central	9,08	3,53	1.664		8,83	21,44
	---	---			---	---
	36	14			35	85
Girona	7,25	2,90	41,69		4,53	30,82
	---	---	---		---	---
	40	16	230		25	170
Lleida			19,69	1,71		21,13
	9,40	10,29	---	---	4,11	---
	---	---	55	101	---	59
Alt Pirineu i Aran	32	35	29,53		14	24,61
	---	---	---		---	---
			18			15
Camp de Tarragona	13,49	7,87	186,42		6,75	19,11
	---	---	---		---	---
	60	35	829		30	85
Terres de l'Ebre	12,01	5,34	12,68		10,01	29,37
	---	---	---		---	---
	18	8	19		15	44
Catalunya	13,15	6,61	47,57	1,71	8,04	27,97
	---	---	---	---	---	---
	778	391	2.815	101	476	1.655

Fuente: CatSalut, 2006

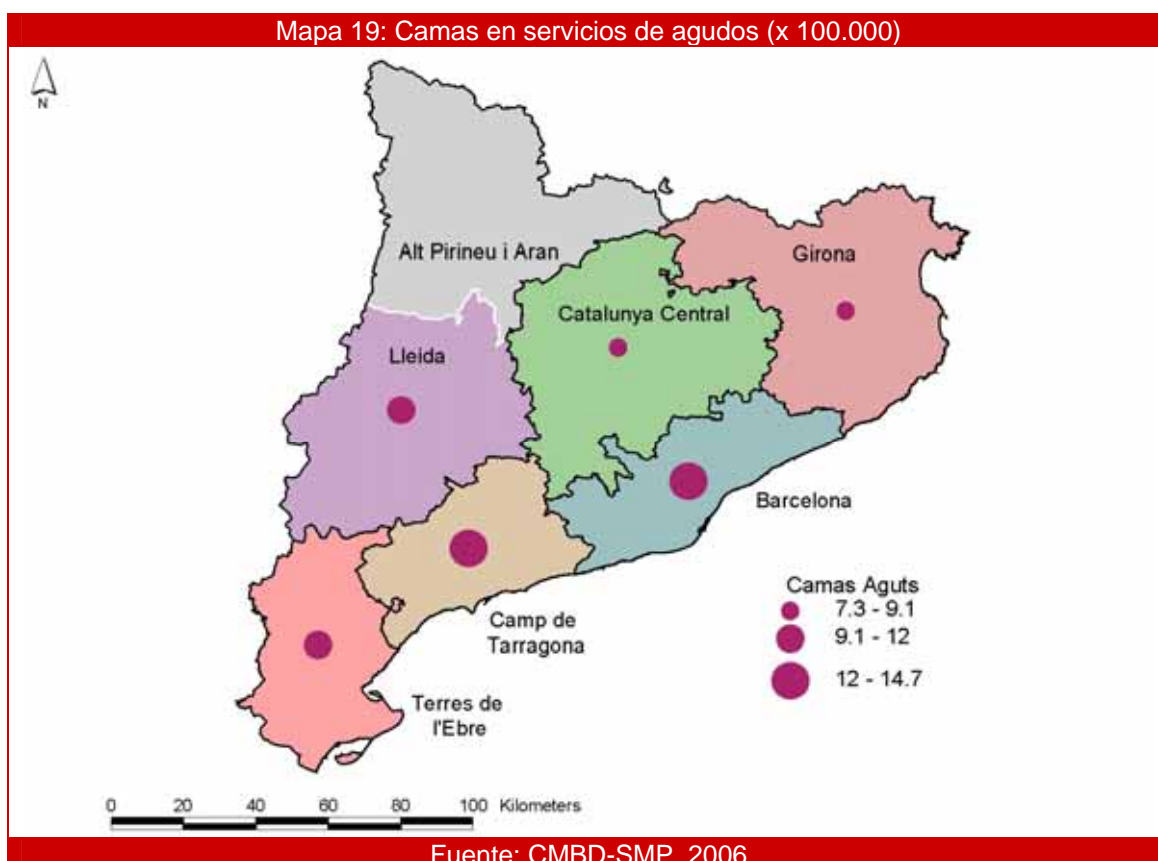
Tabla 4: Plazas en los servicios de Salud Mental infanto-juveniles del CatSalut y tasas por 100.000

Plazas	URPI	HD-Ad
Barcelona	6,73	29,96
	---	---
	55	245
Catalunya Central	9,46	23,66
	---	---
	8	20
Girona	5,82	12,46
	---	---
	7	15
Lleida		
	6,03	22,60
	---	---
Alt Pirineu i Aran	4	15
	---	---
Camp de Tarragona		
	9,38	11,72
	---	---
Terres de l'Ebre	12	15
	---	---
Catalunya	7,07	25,47
	---	---
	86	310

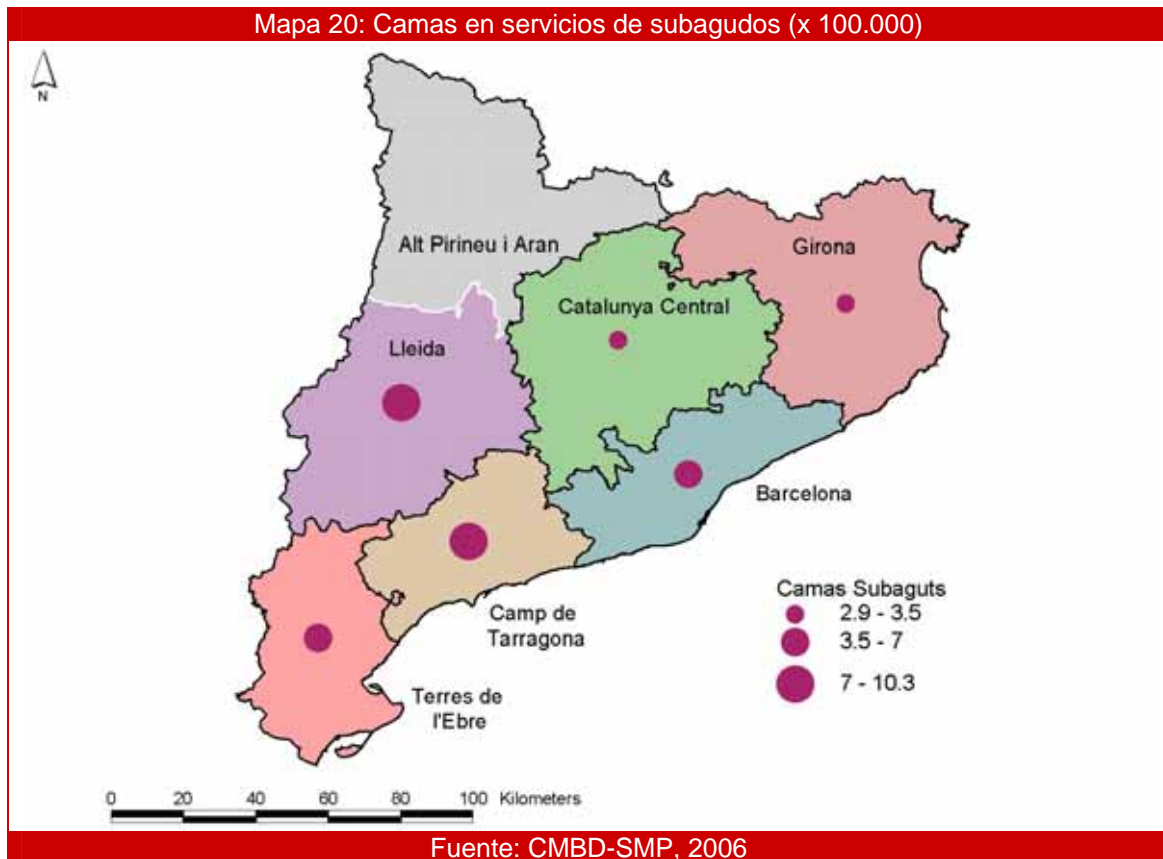
Fuente: CatSalut, 2006

En todas las tablas se aprecia que la Regió de Alt Pirineu i Aran creada en 2005 no cuenta en su territorio con algunos de los servicios por lo que tiene asignados dispositivos de la Regió de Lleida. Antes de 2005 ambas Regions formaban una única área geográfica sanitaria. En la misma línea, no existen servicios de Alta Dependencia Psiquiátrica ubicados en la Regió de Catalunya Central o dispositivos infantojuveniles hospitalarios o de día en Terres de l'Ebre.

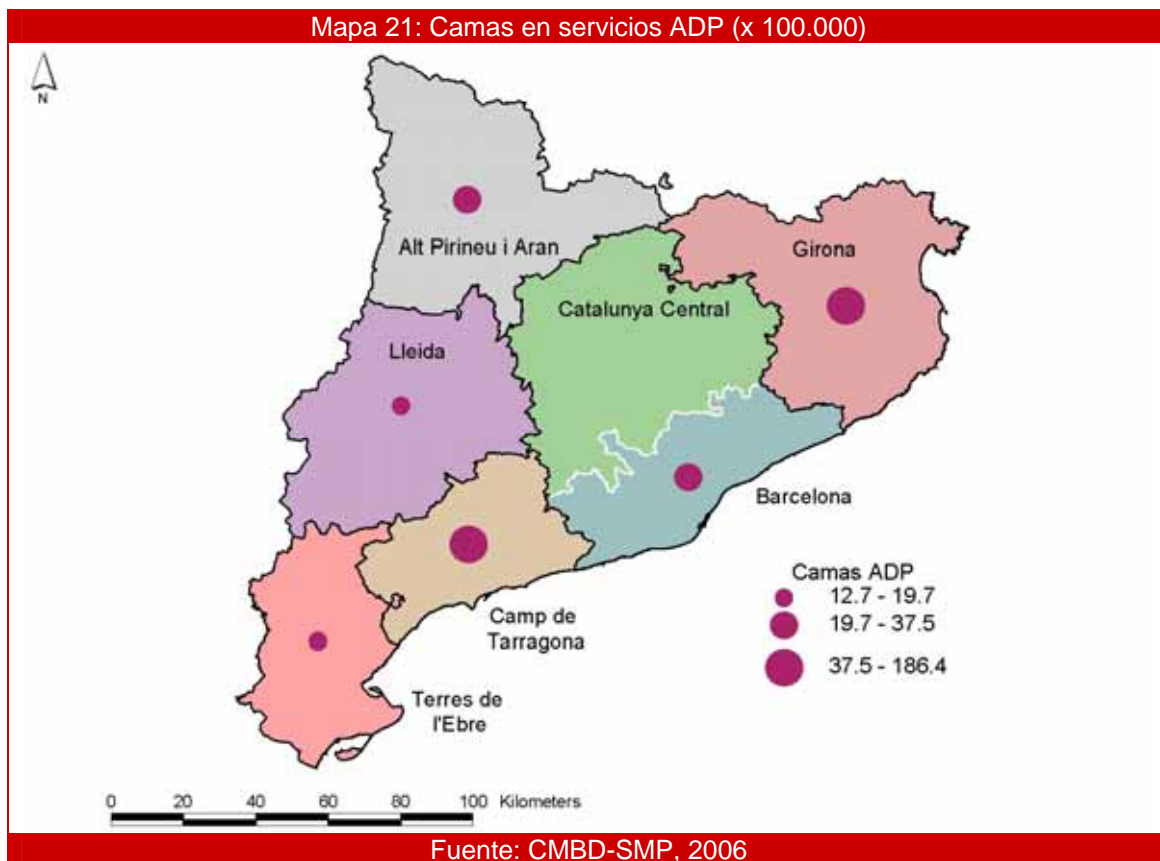
El mayor número de plazas por habitantes en AGUT (Mapa 19) se encuentran en las Regions de Barcelona y Camp de Tarragona con más de 12 camas por 100.000 habitantes mayores de 17 años. Por debajo de 9 camas por 100.000 encontramos a las Regions de Catalunya Central y Girona. La Regió de alt Pirineu i Aran no cuenta con ningún dispositivo AGUT en su territorio aunque tiene asignado el Hospital de Santa María de Lleida.



Las Regions de Lleida y Camp de Tarragona presentan la mayor disponibilidad de camas de subagudos (Mapa 20) con más de 7 camas por 100.000 habitantes. Destaca la alta disponibilidad de las camas ubicadas en Lleida ya que también atienden a la población de Alt Pirineu i Aran. Las Regions de Girona y Catalunya Central presentan valores por debajo de 4 camas por 100.000 habitantes.

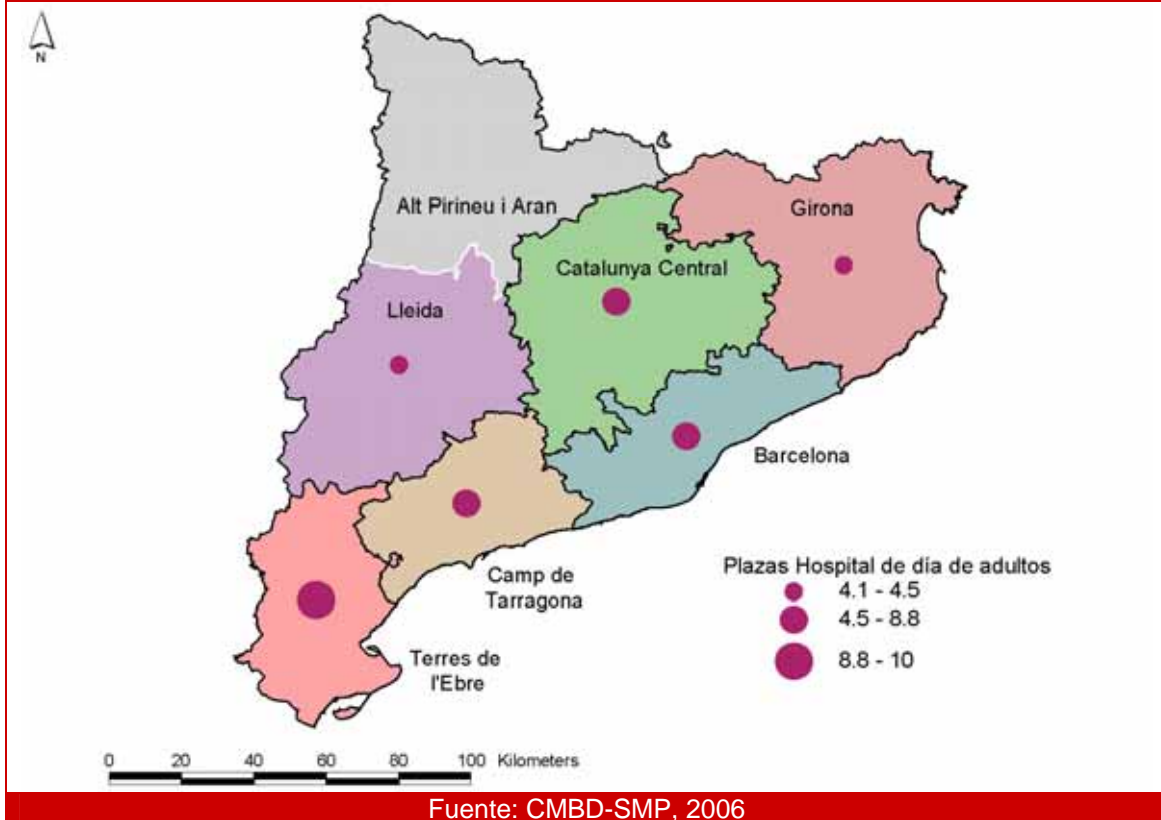


La Regió de Camp de Tarragona presenta 186 camas por 100.000 habitantes para los dispositivos de Alta Dependencia Psiquiátrica (Mapa 21), una disponibilidad muy superior a la del resto de Regions que no pasan de las 50 camas. Las Regions de Lleida y Terres de l'Ebre presenta una disponibilidad por debajo de las 20 camas por 100.000 habitantes. Catalunya Central no posee ADP ubicados en su territorio pero tiene asignados los dispositivos de la Regió de Barcelona.



Las plazas en Hospitales de Día de Adultos (Mapa 22) tienen una mayor disponibilidad en las Regiones de Terres de l'Ebre, Barcelona y Catalunya Central con más de 8 plazas por 100.000 habitantes. En cambio, Lleida y Girona están por debajo de las 5 camas. La Región de Alt Pirineu i Aran no presenta este tipo de dispositivo pero tiene asignados los de Lleida.

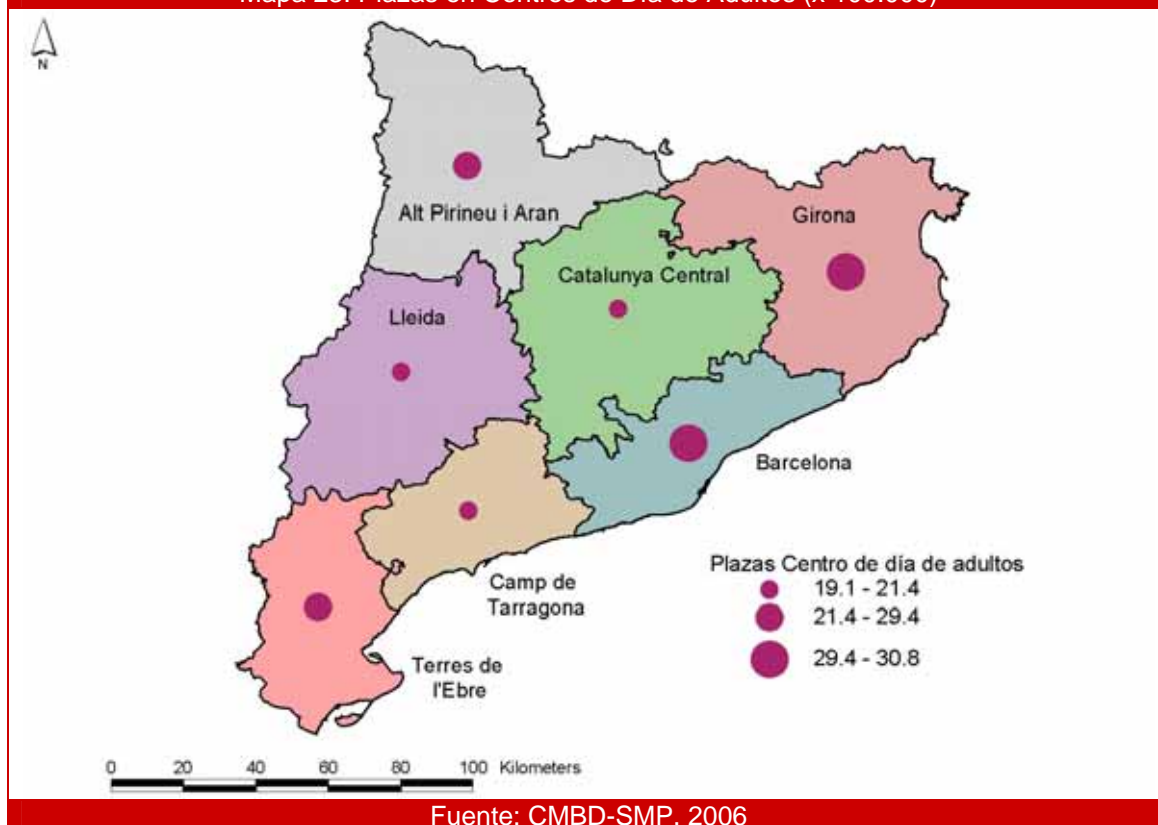
Mapa 22: Plazas en Hospitales de Día de Adultos (x 100.000)



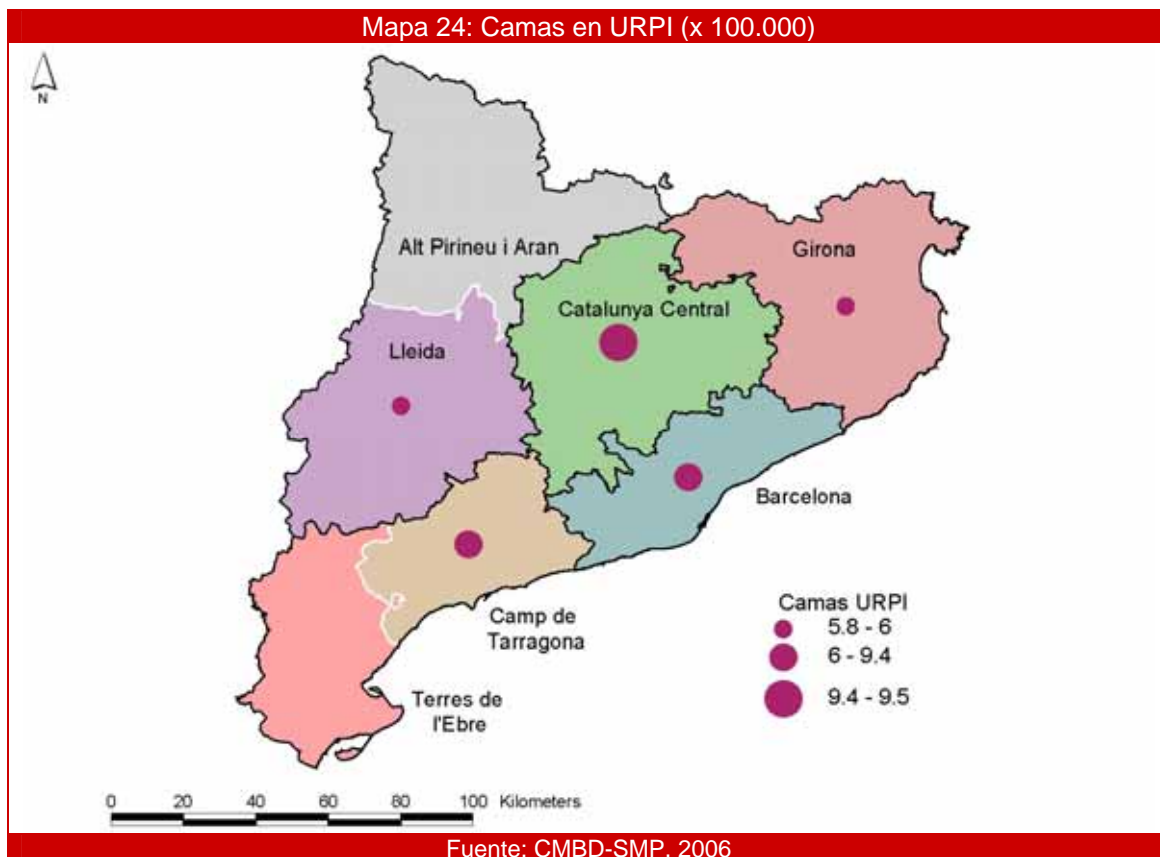
Fuente: CMBD-SMP, 2006

Las Regions Sanitàries con mayor disponibilidad de plazas de Centro de Día de Adultos (Mapa 23) son Girona, Barcelona y Terres de l'Ebre con más de 29 plazas. Las Regions de Catalunya Central, Lleida y Camp de Tarragona están por debajo las 22 camas por 100.000 habitantes.

Mapa 23. Plazas en Centros de Día de Adultos (x 100.000)

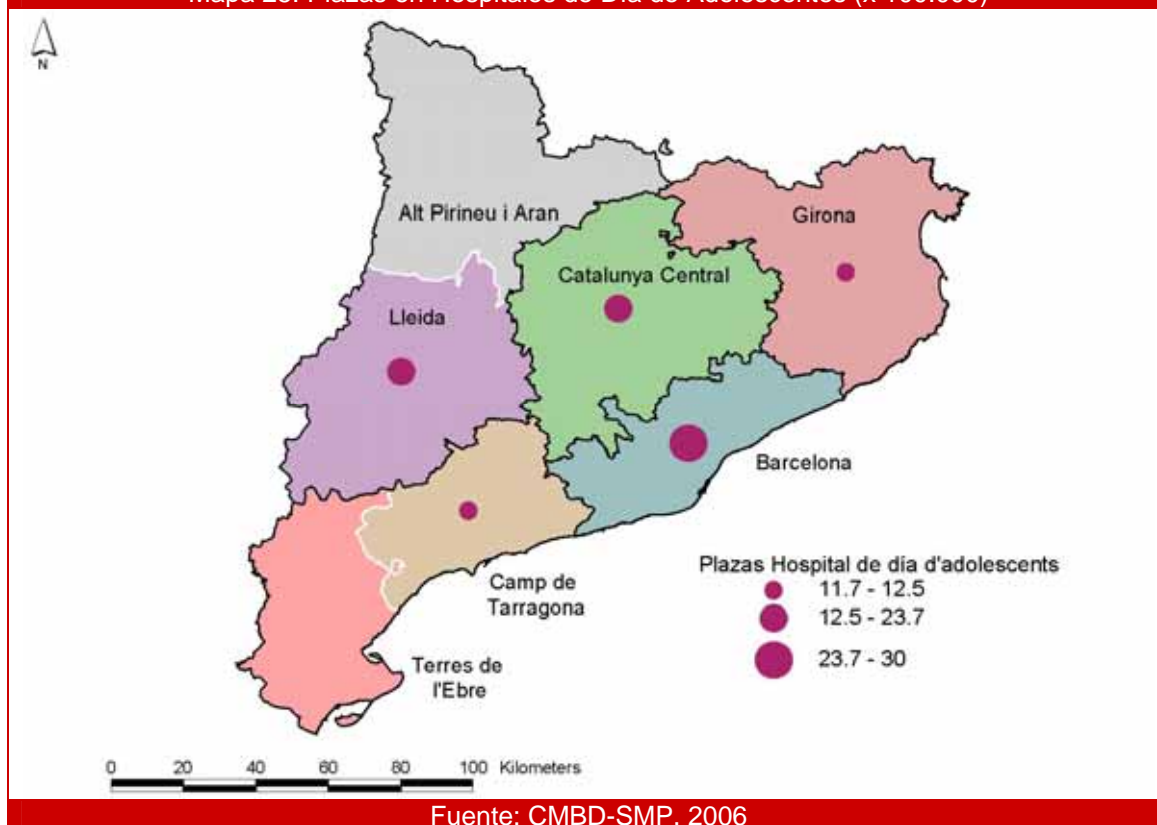


No existen servicios de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil (Mapa 24) en las Regiones de Alt Pirineu i Aran y Terres de l'Ebre atendidas por los recursos ubicados en Lleida y Camp de Tarragona respectivamente. Por encima de 9 plazas por 100.000 habitantes menores de 18 años encontramos las Regiones de Catalunya Central y Camp de Tarragona, y en torno a las 6 camas encontramos a Girona y Lleida.



Al igual que para las URPI encontramos dos Regions sin presencia de Hospitales de Día de Adolescentes (Mapa 25). Las Regions de Barcelona y Catalunya Central son las que poseen una mayor disponibilidad con más de 20 plazas por 100.000 habitantes menores. Por el contrario, por debajo de las 15 camas están las Regions de Girona y Camp de Tarragona.

Mapa 25: Plazas en Hospitales de Día de Adolescentes (x 100.000)



b) Servicios dependientes del ICASS.

Los recursos de Salud Mental y los acrónimos que se utilizarán son los siguientes:

Llar residència (LLAR-RES).

Llar amb servei de suport (LLAR-SUP)

Centres Especials de Treball (CET).

Serveis Prelaborals (SPL).

Servei de suport a la integració laboral (ZIL).

Clubs Socials (CLUB).

No es posible diferenciar los Centros Ocupacionales destinados a personas con trastorno mental.

Se puede observar que la mayoría de los recursos del ICASS (Tabla 5) están ubicados en la Regió Sanitària de Barcelona, ofreciendo mayores servicios de Centros Especiales de Empleo (CET), Servicios Preelaborales (SPL), Servicios de Soporte a la

Integración Laboral (SSIL), Clubs Sociales (CLUB), Hogar-residencia (LLAR-RES) y Hogar con Servicio de Soporte (LLAR-SUP).

Si tenemos en cuenta las tasas de recursos del ICASS por cada 100.000 habitantes nos encontramos con las tasas más elevadas en la Regions Sanitàries de Barcelona y Catalunya Central. Los valores son más equilibrados entre Regions que en los recursos analizados anteriormente aunque la dotación por habitante es inferior. Mientras que la disponibilidad de recursos de salud mental del CatSalut en las Regions Sanitàries era superior a 0 en la mayoría de los servicios observamos que la tasa de los recursos del ICASS no llega a 1 en muchas Regions.

De los servicios financiados por el ICASS conocemos las camas de los LLAR-RES y los LLAR-SUP y las plazas de los CET para personas con trastorno mental. Estos datos se presentan en la Tabla 6.

Tabla 5: Servicios de Salud Mental del ICASS y tasas por 100.000						
Regió Sanitària	LLAR-RES	LLAR-SUP	CET	SPL	SSIL	CLUB
Barcelona	0,29	1,03	0,35	0,23	0,16	0,41
	---	---	---	---	---	---
Catalunya Central	14	50	17	11	8	20
	0,42	0,21	0,62	0	0	0,62
Girona	---	---	---	---	---	---
	2	1	3	0	0	3
Lleida	0,15	0,60	0,30	0,15	0,15	0,15
	---	---	---	---	---	---
Alt Pirineu i Aran	1	4	2	1	1	1
	0,15	0	0	0,15	0	0,15
Camp de Tarragona	---	---	---	---	---	---
	1	0	1	1	1	1
Terres de l'Ebre	0,14	0	0,14	0,28	0,14	0,14
	---	---	---	---	---	---
Catalunya	1	1	1	2	1	1
	0,27	0,77	0,32	0,21	0,14	0,36
	---	---	---	---	---	---
	19	55	23	15	10	26

Fuente: ICASS, 2005.

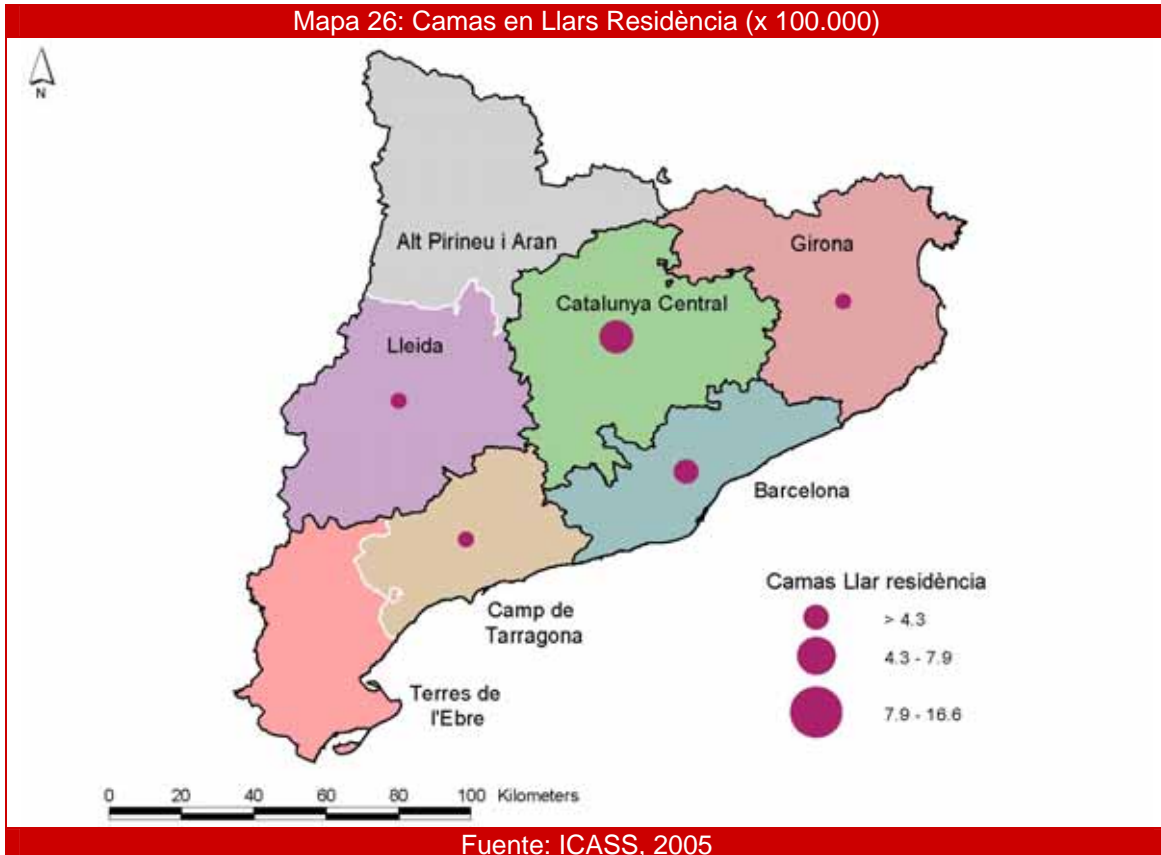
Tabla 6: Camas y plazas de servicios de Salud Mental del ICASS y tasas por 100.000			
Regió Sanitària	LLAR-RES	LLAR-SUP	CET
Barcelona	7,89	4,00	15,40
	---	---	---
	383	194	262
Catalunya Central	16,63	1,25	7,07
	---	---	---
	80	6	34
Girona	4,32	2,38	10,12
	---	---	---
	29	16	68
Lleida	4,32	0	0

29			
Camp de Tarragona	4,15	0	1,11
	---		---
	30		8
Terres de l'Ebre	---	---	---
	---		---
	---		---
Catalunya	7,78	3,03	5,21
	---	---	---
	555	216	372

Fuente: ICASS, 2005.

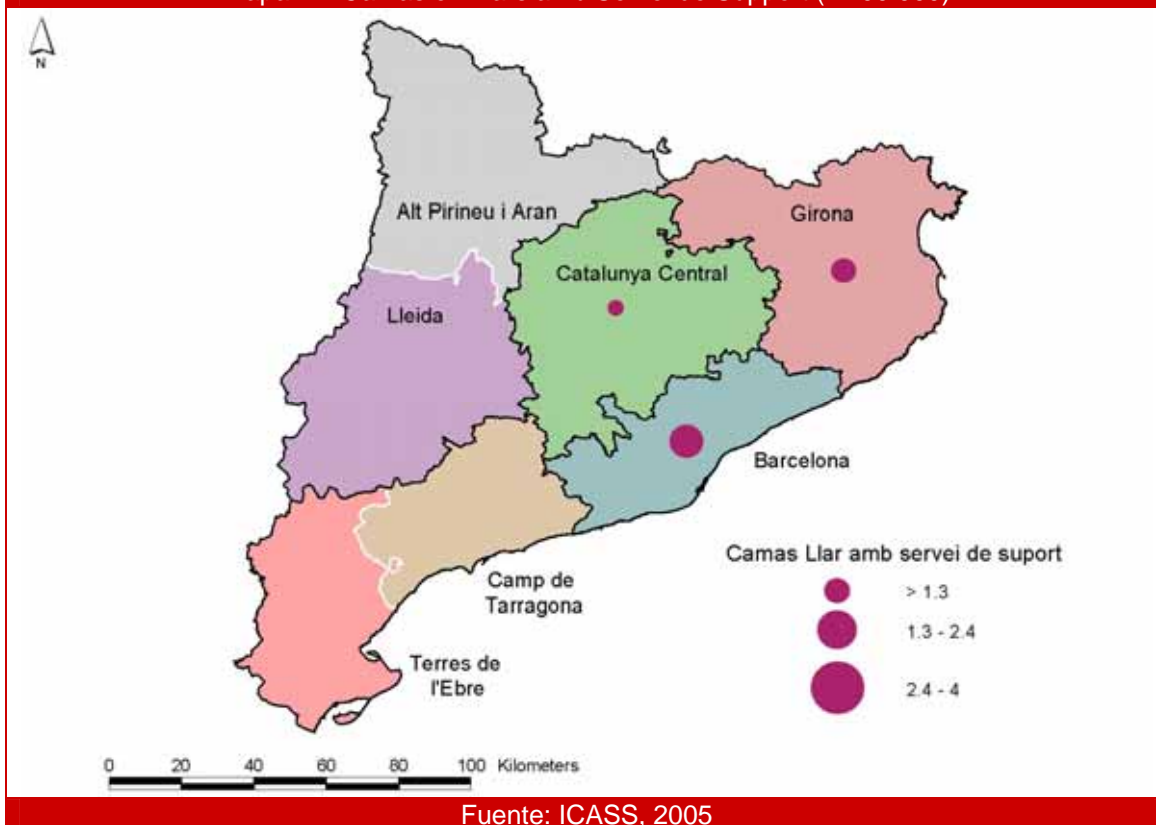
La tasa máxima de camas de LLAR-RES la ostenta la Regió de Catalunya Central con 16,6 camas, a cierta distancia de Barcelona que es la siguiente con 7,9 camas (Mapa 26). Las tasas inferiores pertenecen a Girona, Lleida y Camp de Tarragona. Las Regions de Terres de l'Ebre y Alt Pirineu i Aran no cuentan con LLAR-RES.

Mapa 26: Camas en Llars Residència (x 100.000)



Los LLAR-SUP presentan tasas de camas menores que en el caso anteriores (Mapa 27). No existen recursos de este tipo en la Regions de Alt Pirineu i Aran, Lleida, Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre. Barcelona es la Regió que cuenta con mayor número de camas por habitante con 4. En cambio las Regions de Catalunya Central, Girona y Lleida no llegan a 3 camas.

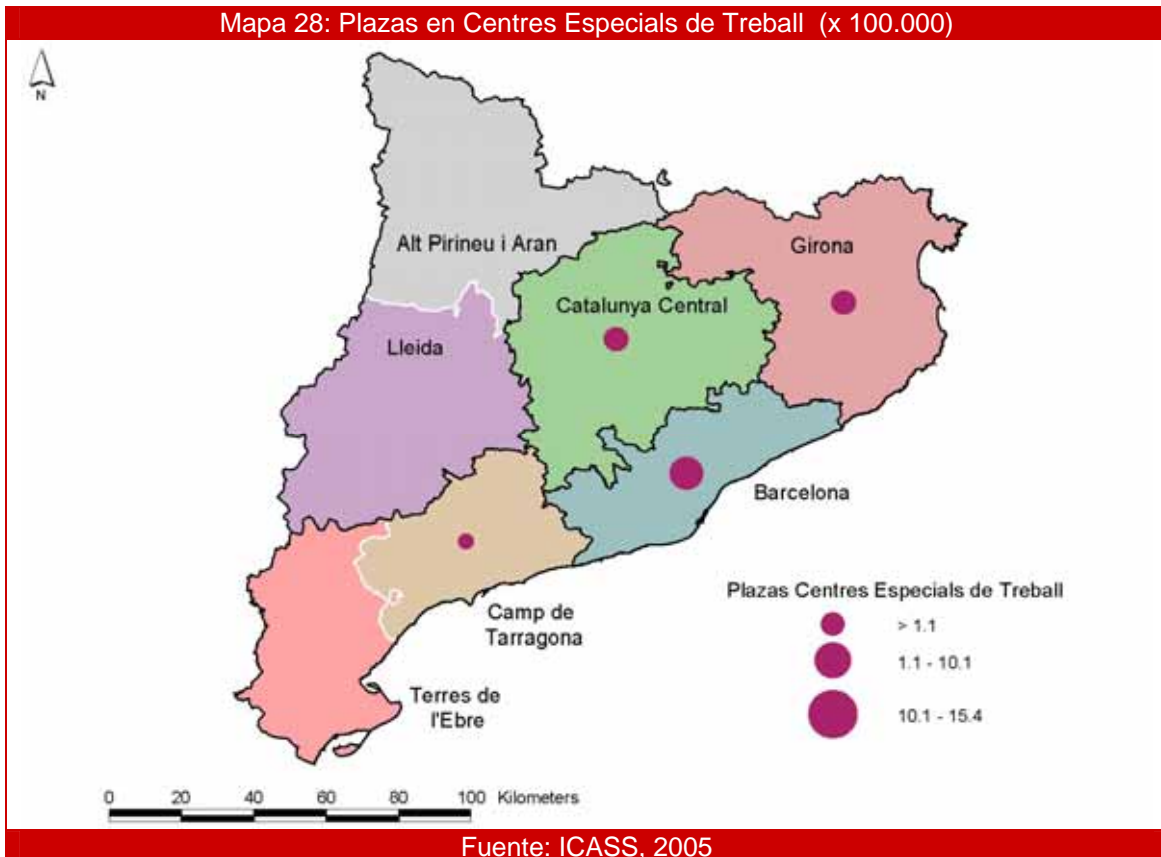
Mapa 27: Camas en Llars amb Servei de Support (x 100.000)



Fuente: ICASS, 2005

No existen CET con plazas para personas con enfermedad mental en Alt Pirineu i Aran, Lleida y Terres de l'Ebre (Mapa 28). Con más de 14 plazas por 100.000 habitantes encontramos a las Regions de Barcelona Ciutat y Girona mientras que Barcelonès Nord i Maresme y Centre están por debajo de 3 plazas.

Mapa 28: Plazas en Centres Especials de Treball (x 100.000)



4. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA ASISTIDA Y ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA.

4.1. Morbilidad asistida y actividad de los servicios ambulatorios de Salud Mental.

En la Tabla 7 se presentan las características demográficas de los pacientes de recursos ambulatorios de adultos e infanto-juveniles. Se puede observar que hay más mujeres atendidas en los servicios ambulatorios de Salud Mental de adultos (172,1 mujeres de cada 100 hombres), mientras que en los servicios de infanto-juvenil se atiende en mayor cantidad a niños y adolescentes varones (65,6 mujeres por cada 100 hombres).

Cabe destacar que existe un alto número de personas menores de 18 años (1.363) que están siendo atendidos en servicios de atención ambulatoria de adultos. Uno de los motivos por los que esto sucede podría deberse a casos en los que es diagnosticada una enfermedad crónica alrededor de los diecisiete años y es derivada directamente a los servicios ambulatorios de adultos. Las personas mayores de 65 años suponen el 16,7% de los pacientes.

De la misma manera en el caso de servicios de infanto-juvenil nos encontramos con pacientes mayores de 18 años (1.381). En este caso el motivo podría estar relacionado con casos que se están atendiendo en infanto-juvenil y se prevé dar de alta en un determinado periodo en el que el paciente cumple la mayoría de edad, o simplemente por el tiempo que transcurre hasta la derivación a los servicios de adultos.

Tabla 7: Características de los pacientes de los servicios ambulatorios de Salud Mental		
	CSMA	CSMIJ
Total pacientes	157.052	35.574
Hombres	56.912	21.256
Mujeres	97.959	13.945
Índice feminidad	172,12	65,61
<18 años	1.363	33.798
18-64 años	131.292	1.381
>64 años	22.125	0
Tasa de pacientes mayores	16,68 %	-
<i>Grupos diagnósticos</i>		
Condiciones Psicóticas Orgánicas	2.174	17
Otras Psicosis	39.795	939
Trast. Neuróticos, Trast. de Personalidad y Otros Trast. Mentales No Psicóticos	86.140	24.047
Otros diagnósticos	11.964	3.810
Sin datos sobre sexo: 2.181 en CSMA y 373 en CSMIJ Sin datos sobre edad: 2.235 en CSMA y 378 en CSMIJ Edad errónea: 37 en CSMA y 17 en CSMIJ Diagnósticos no válidos 67 en CSMA y 6.761 en CSMIJ		
Fuente, CMBD-SMP, 2006		

a) Centros de Salud Mental de Adultos.

La prevalencia de la atención ambulatoria de adultos en Catalunya es de 26,5 pacientes por cada 1.000 personas mayores de 18 años (Tabla 8). Las Regions con valores más alejados de la tasa de la Comunidad son Alt Pirineu i Aran con 17,8 y Camp de Tarragona con 31,3.

La incidencia en Catalunya es de 8,7 pacientes nuevos por cada 1.000 habitantes mayores de 18 años. Por debajo destaca la Regió Sanitària de Alt Pirineu i Aran, Catalunya Central y Girona con valores en torno a 7; y por encima Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre con valores en torno a 11.

La frecuentación es de 149,7 actividades por cada 1.000 habitantes mayores de 18 años. Las Regions de Girona y Lleida son las que presentan menores tasas de

frecuentación de Catalunya con 98; Los CSMA de Catalunya Central son los que poseen una mayor frecuentación.

Tabla 8: Indicadores de actividad en servicios ambulatorios de Salud Mental de adultos por Regions Sanitàries			
	Prevalencia administrativa (x 1.000)	Incidencia administrativa (x 1.000)	Frecuentación administrativa (x 1.000)
Barcelona (1)	26,44	8,70	159,81
	---	---	---
Catalunya Central	106.679	35.104	644.792
	26,47	7,19	167,02
Girona	---	---	---
	10.493	2.849	66.206
Lleida (2)	25,16	7,20	98,94
	---	---	---
Alt Pirineu i Aran	13.879	3.973	54.583
	24,16	8,31	98,56
Camp de Tarragona	---	---	---
	6.749	2.321	27.527
Terres de l'Ebre (3)	17,83	6,68	133,84
	---	---	---
Catalunya	1.087	407	8.159
	31,29	11,25	147,94
	---	---	---
	13.718	4.930	64.850
	28,48	10,44	127,60
	---	---	---
	4.447	1.631	19.927
	26,54	8,65	149,73
	---	---	---
	157.052	51.215	886.044

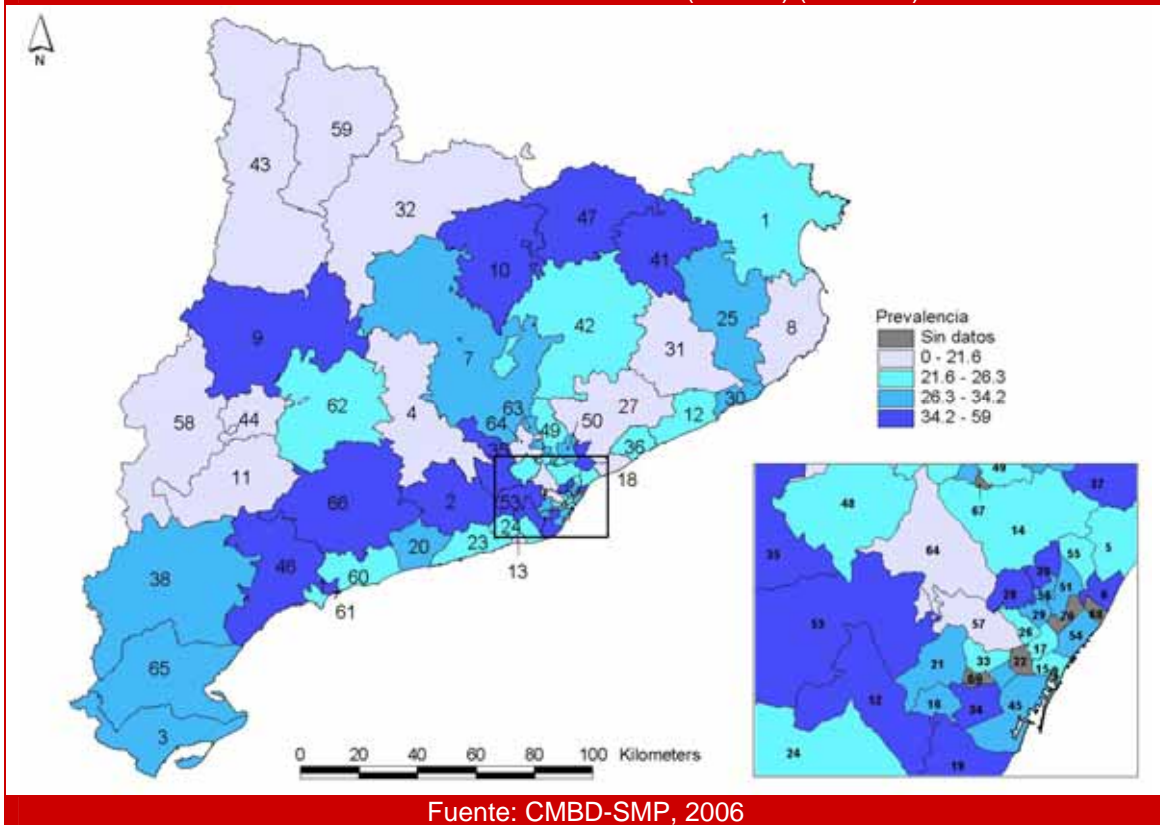
(1) Sin datos de los CSMA Esquerra Eixample, Ciutat Badia, La Mina, USM L'Hospitalet y Sant Martí Nord.
(2) El CSMA Lleida incluye datos del CSMA Sort de la Regió Alt Pirineu i Aran.
(3) El CSMA Móra incluye el ABS de Falset de la Regió de Camp de Tarragona.

Fuente: CMBD-SMP, 2006

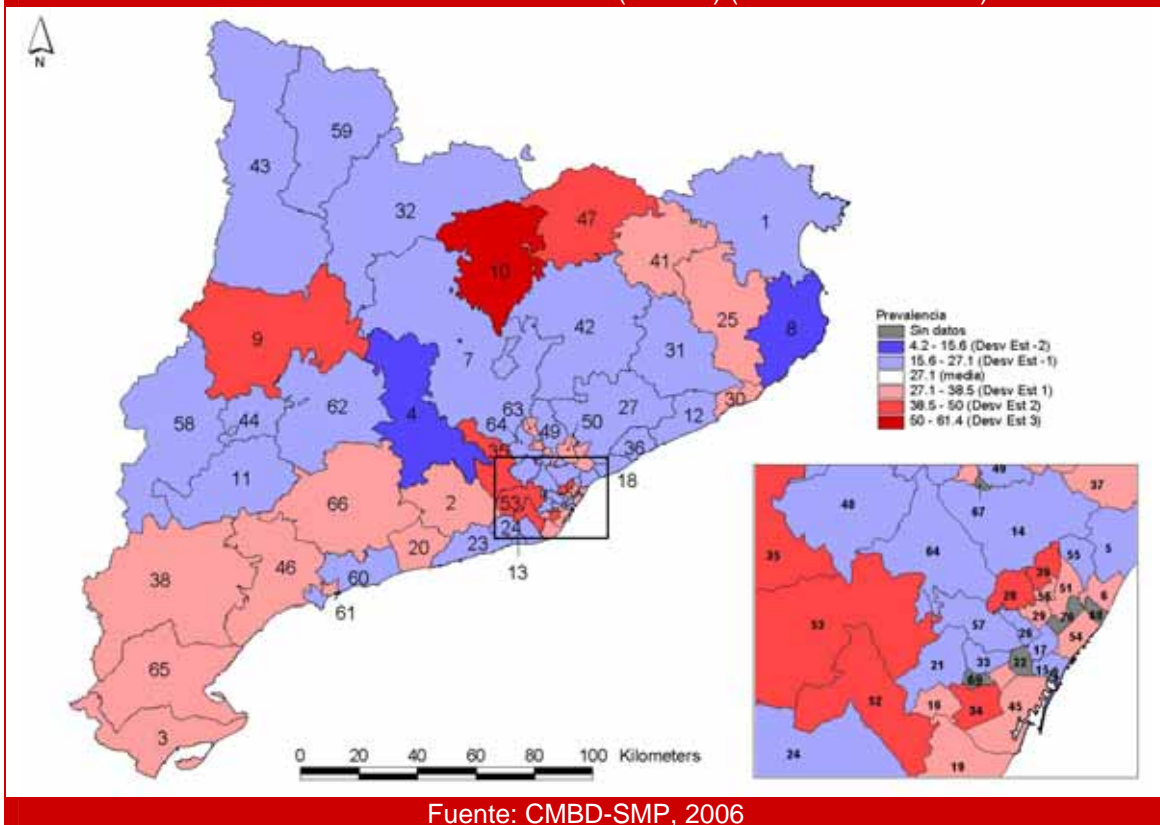
Los mapas 29 y 30 muestran las tasas de prevalencia asistida en los centros ambulatorios de adultos. Se puede observar que los CSMA que presentan mayores niveles de prevalencia por encima de 40 por 1.000 son: Berguedà, L'Hospitalet, Sant Boi, Guinardó, Martorell, Ripollès, Sant Feliu, Nou Barris Nord y Balaguer. Las tasas más bajas, inferiores a 20 por 1.000, las poseen las áreas de Sarrià, Seu d'Urgell, La Selva, Castelldefels, Terrassa 2, Baix Empordà y Anoia.

Se observa que hay dos claras zonas en la parte central del norte de Catalunya y alrededor de Tarragona en las que se concentran los CSMA con una prevalencia elevada. Las AC-CSMA que presentan una tasa de prevalencia más baja son aquellas que están localizados en la zona occidental de los Pirineos y el Valle de Aran.

Mapa 29: Prevalencia administrativa por Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos (x 1.000) (Cuartiles)

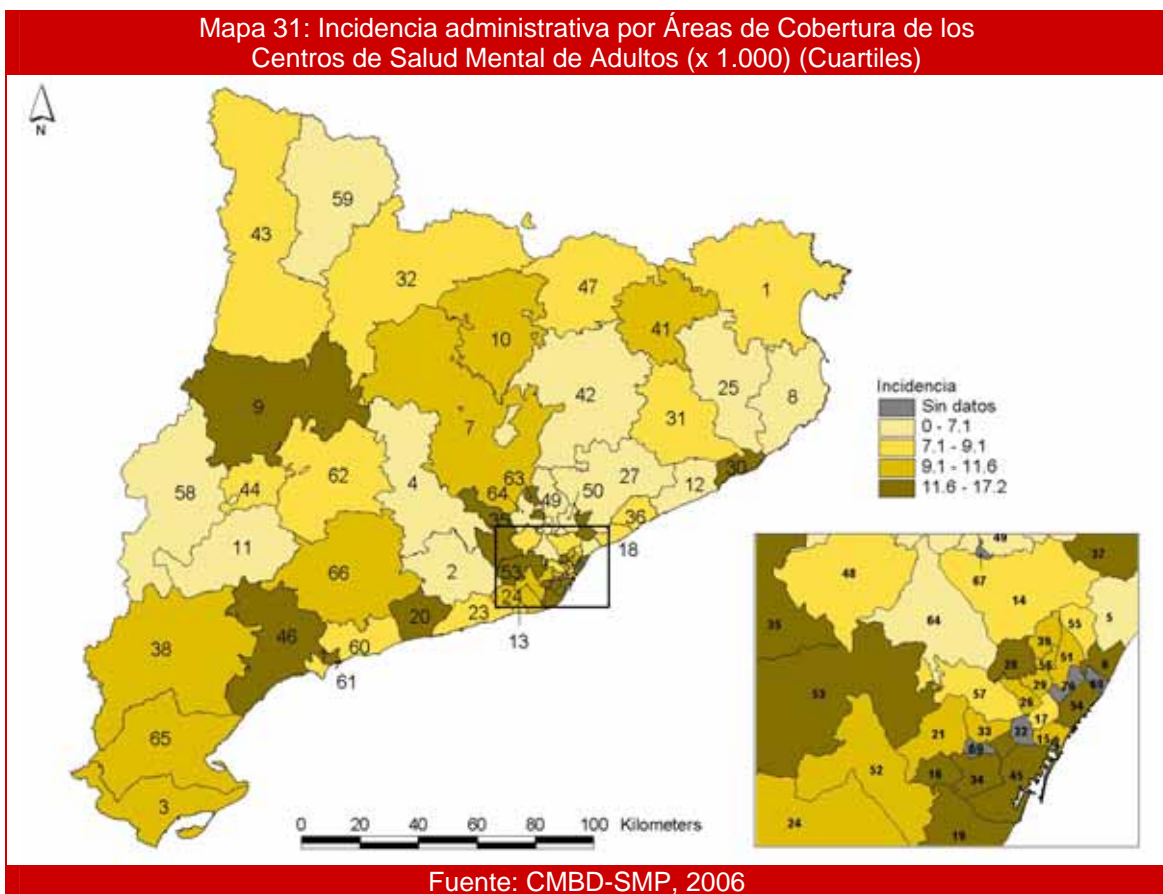


Mapa 30: Prevalencia administrativa por Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos (x 1.000) (Desviación estándar)

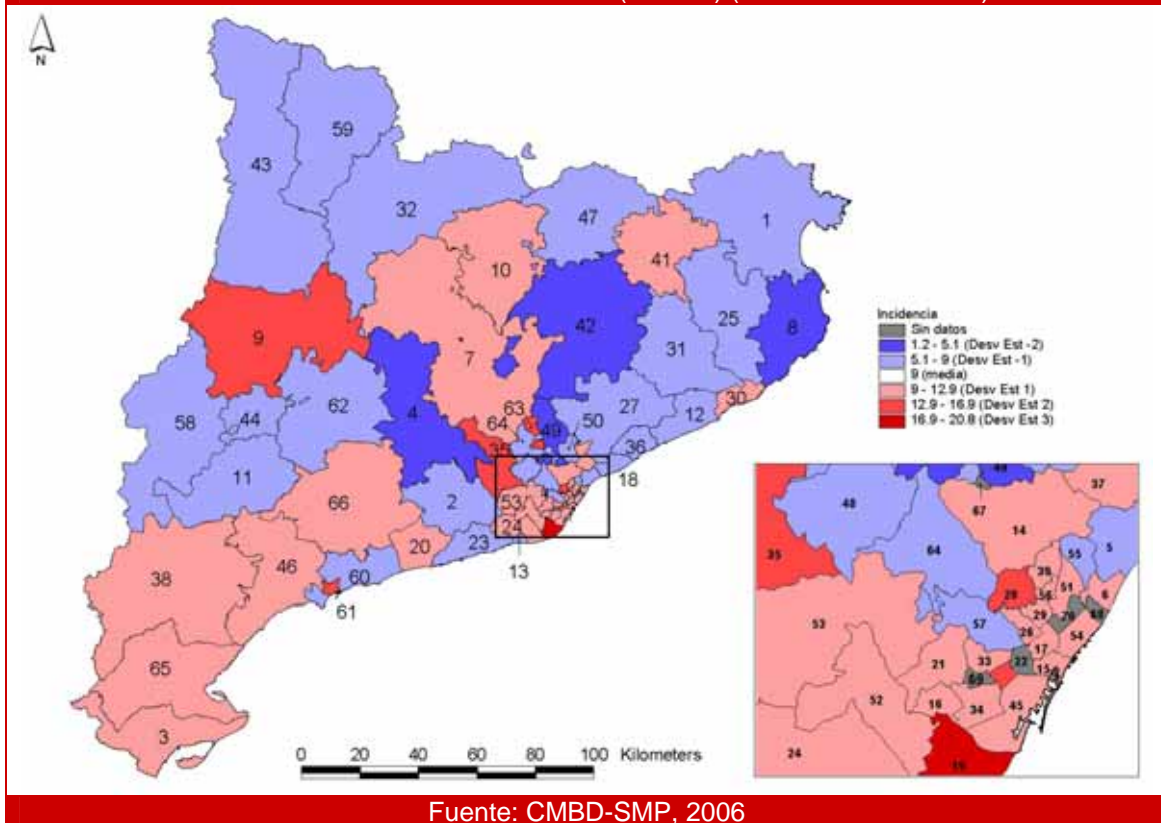


En los mapas 31 y 32 se muestra la tasa de incidencia asistida en los centros ambulatorios de adultos. Se observa que las AC-CSMA que presentan mayores tasas de incidencia son El Prat, Martorell y Guinardó con valores por encima de las 15 primeras visitas por 1.000 habitantes. En el otro extremo destacamos Baix Empordà, Anoia, y Sabadell I, con valores por debajo de 5 por 1.000.

Las áreas con menores tasas de incidencia se encuentran en la zona pirenaica, la zona nororiental y el sur de la Regió de Lleida. Las áreas con mayor incidencia se distribuyen principalmente por la provincia de Tarragona, comarca de Baix Llobregat y áreas de Barcelona capital y su entorno.



Mapa 32: Incidencia administrativa por Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos (x 1.000) (Desviación estándar)

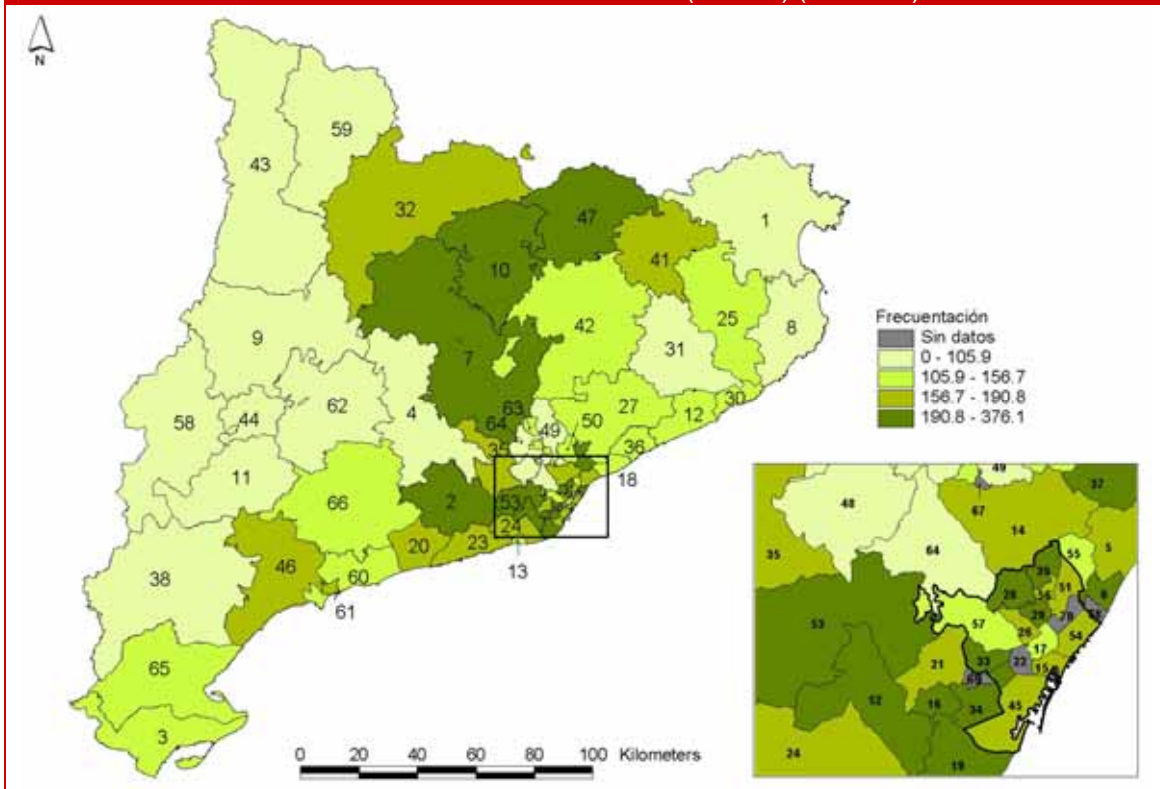


Fuente: CMBD-SMP, 2006

Los mapas 33 y 34 nos muestran la tasa de frecuentación asistida en centros ambulatorios de adultos. Podemos observar que los CSMA con mayor índice de frecuentación son Berguedà, Nou Barris Nord, Guirnardó y Badalona II con más de 300 actividades asistenciales por 1.000 habitantes. Por debajo de 80 actividades por 1.000 encontramos las áreas de Baix Empordà, Anoia y Pla d'Urgell.

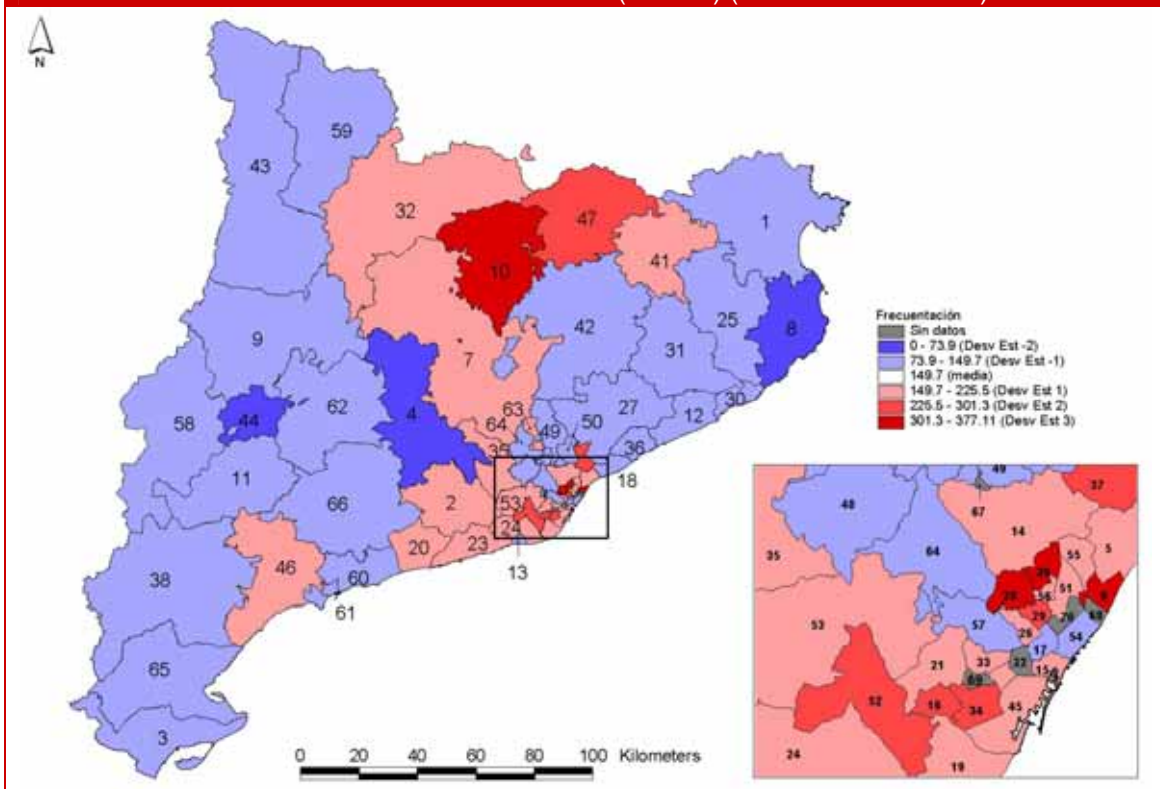
Las áreas con mayores tasas de frecuentación se localizan en la zona central de los Pirineos, las comarcas de Baix Llobregat y Penedès, municipio de Barcelona y entorno, y el Baix Camp de Tarragona. Por el contrario, las menores frecuentaciones se ubican en el Alt Empordà, provincia de Lleida, zona nororiental de Barcelona y oriental de Girona.

Mapa 33: Frecuentación administrativa por Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos (x 1.000) (Cuartiles)



Fuente: CMBD-SMP, 2006

Mapa 34: Frecuentación administrativa por Áreas de Cobertura de los Centros de Salud Mental de Adultos (x 1.000) (Desviación estándar)



Fuente: CMBD-SMP, 2006

b) Centros de Salud Mental Infanto-juveniles.

La prevalencia administrativa de enfermedad mental en menores en Catalunya es de 29,2 pacientes por 1.000 habitantes menores de 18 años. Destaca la baja prevalencia de la atención ambulatoria infanto-juvenil de la Región de Girona con 18,2 por 1.000; y la alta prevalencia en Terres de l'Ebre con 41,7 (Tabla 9).

La incidencia de la Comunidad es de 12,1 pacientes nuevos por 1.000 habitantes menores de 18 años. Las Regiones de Girona y Catalunya Central presentan las menores tasas de incidencia con valores en torno a 6, mientras que Lleida, Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre se mueven en torno a 16/17 pacientes nuevos por 1.000.

La frecuentación en los centros ambulatorios infanto-juveniles es de 202 actividades por 1.000 habitantes menores de 18 años. La Región con menor frecuentación es Girona con tan solo el 78,5 por 1.000. El CSMIJ de Lleida que atiende a las Regiones de Lleida y Alt Pirineu i Aran presenta la mayor frecuentación de las Regiones catalanas con 378,4 actividades por 1.000 habitantes.

Tabla 9: Indicadores de actividad en Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil por Regions Sanitàries			
	Prevalencia administrativa (x 1.000)	Incidencia administrativa (x 1.000)	Frecuentación administrativa (x 1.000)
Barcelona (1) (2)	29,00	12,94	219,16
	---	---	---
	22.673	10.117	171.356
Catalunya Central	27,59	6,02	171,92
	---	---	---
	3.324	725	20.710
Girona	18,19	5,73	78,45
	---	---	---
	2.189	690	9.442
Lleida	39,51	16,18	378,44
	---	---	---
	2.622	1.074	25.117
Alt Pirineu i Aran	35,94	16,34	154,88
	---	---	---
	3.552	1.615	15.309
Camp de Tarragona	41,74	17,16	133,74
	---	---	---
	1.214	499	3.890
Terres de l'Ebre (3)	29,23	12,10	201,99
	---	---	---
	35.574	14.720	245.824

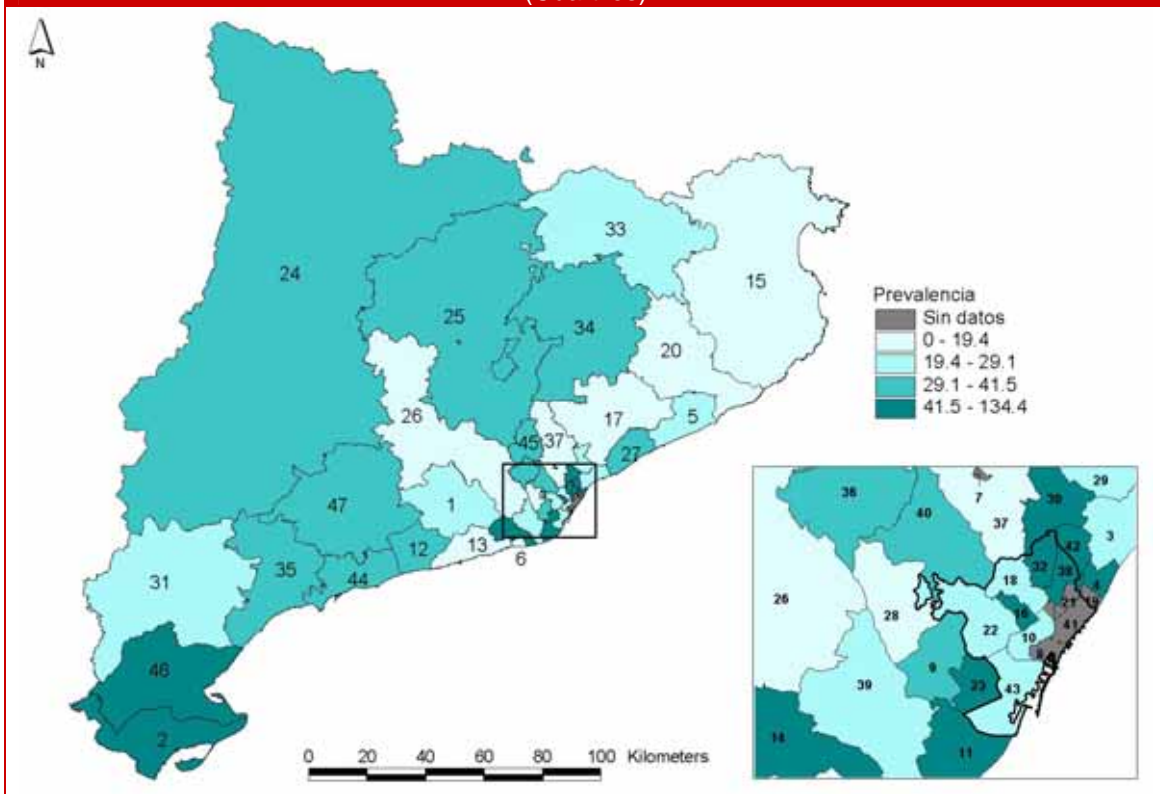
(1) Sin datos de los CSMIJ Ciutat Badia, Ciutat Vella, La Mina, La Verneda y Sant Martí.
(2) El CSMIJ de Martorell incluye el ABS Anoya rural, Calaf, Igualada, Santa Margarida de Montbui, Vilanova del Camí y Piera de la Regió de Catalunya Central.
(3) El CSMIJ Móra incluye el ABS de Falset de la Regió de Camp de Tarragona.

Fuente: CMBD-SMP, 2006

En los mapas 35 y 36 están representadas las tasas de prevalencia en los centros ambulatorios de población infanto-juvenil. Las AC-CSMIJ en los que las tasas son más elevadas, superiores a 50 por 1.000, son Gavà, Santa Coloma, El Prat y L'Hospitalet. Las áreas por debajo de 15 por 1.000 de prevalencia son La Selva, Martorell, Molins de Rei, Garraf y Granollers.

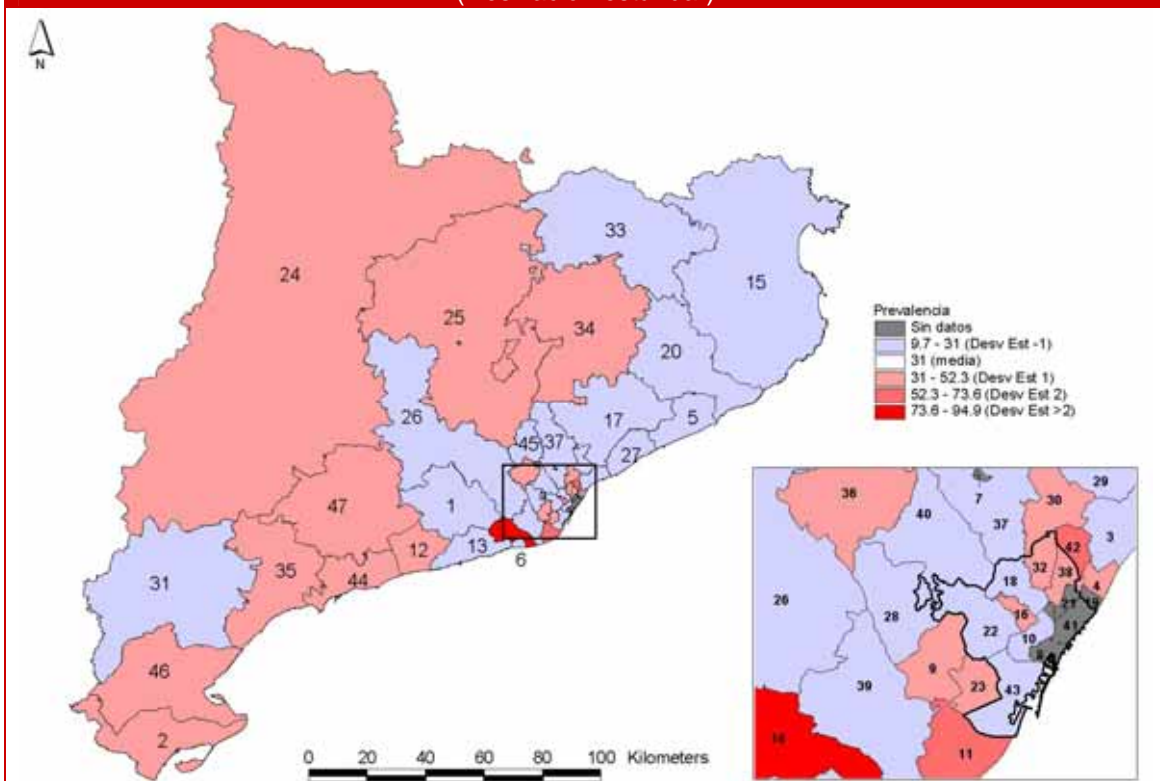
En el mapa se observan concentraciones de altas prevalencias en las Regions Sanitàries de Lleida y Alt Pirineu i Aran, Terres de l'Ebre y Camp de Tarragona, y Catalunya Central. La Regió de Girona y amplias zonas de la Regió de Barcelona es donde se encuentran las menores tasas de prevalencia ambulatoria infanto-juvenil.

Mapa 35: Prevalencia administrativa por Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (x 1.000) (Cuartiles)



Fuente: CMBD-SMP, 2006

Mapa 36: Prevalencia administrativa por Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (x 1.000) (Desviación estándar)

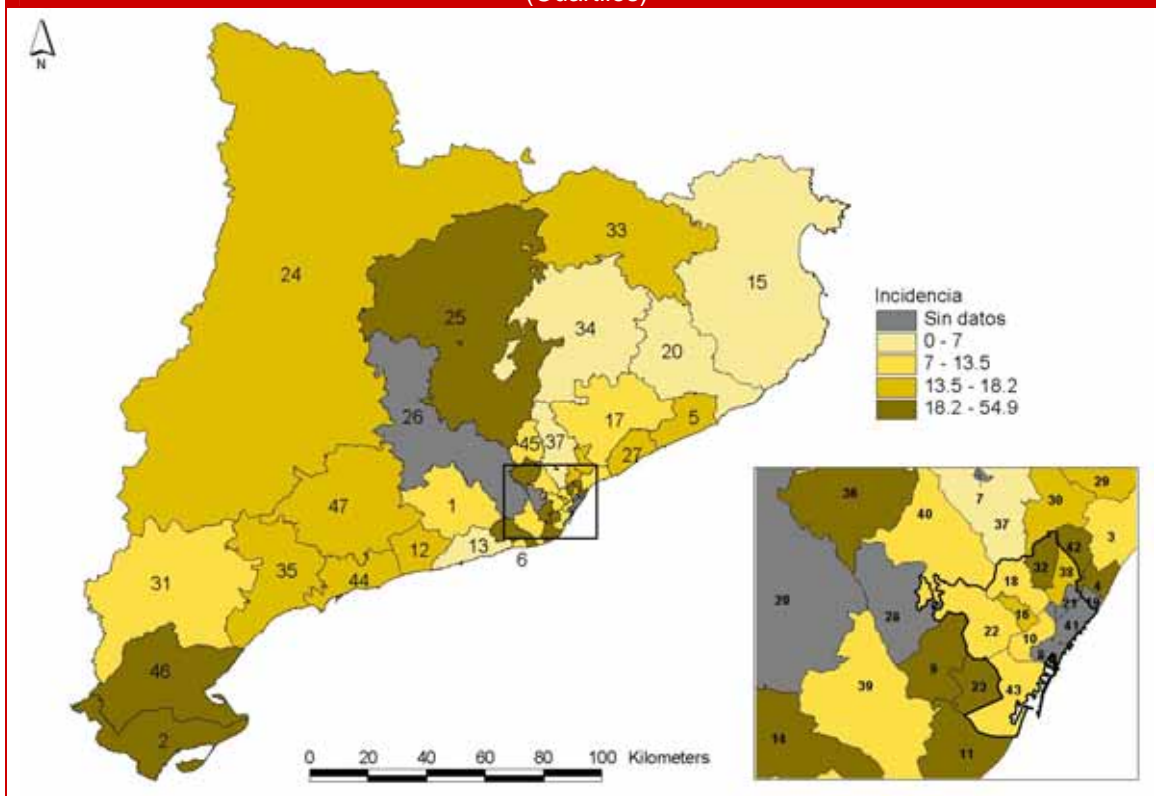


Fuente: CMBD-SMP, 2006

Respecto a la tasa de incidencia en centros ambulatorios de infanto-juvenil (Mapas 37 y 38), encontramos que los CSMIJ que presentan mayores índices de incidencia son Gavà, Santa Coloma, L'Hospitalet, El Prat, Nou Barris, Rubí y Badalona II, todos ellos por encima de 20 primeras consultas por cada 1.000 menores de 18 años. Por debajo de 8 por 1.000 están lo CSMIJ de Osona, Girona, La Selva, Garraf, Sabadell y Granollers.

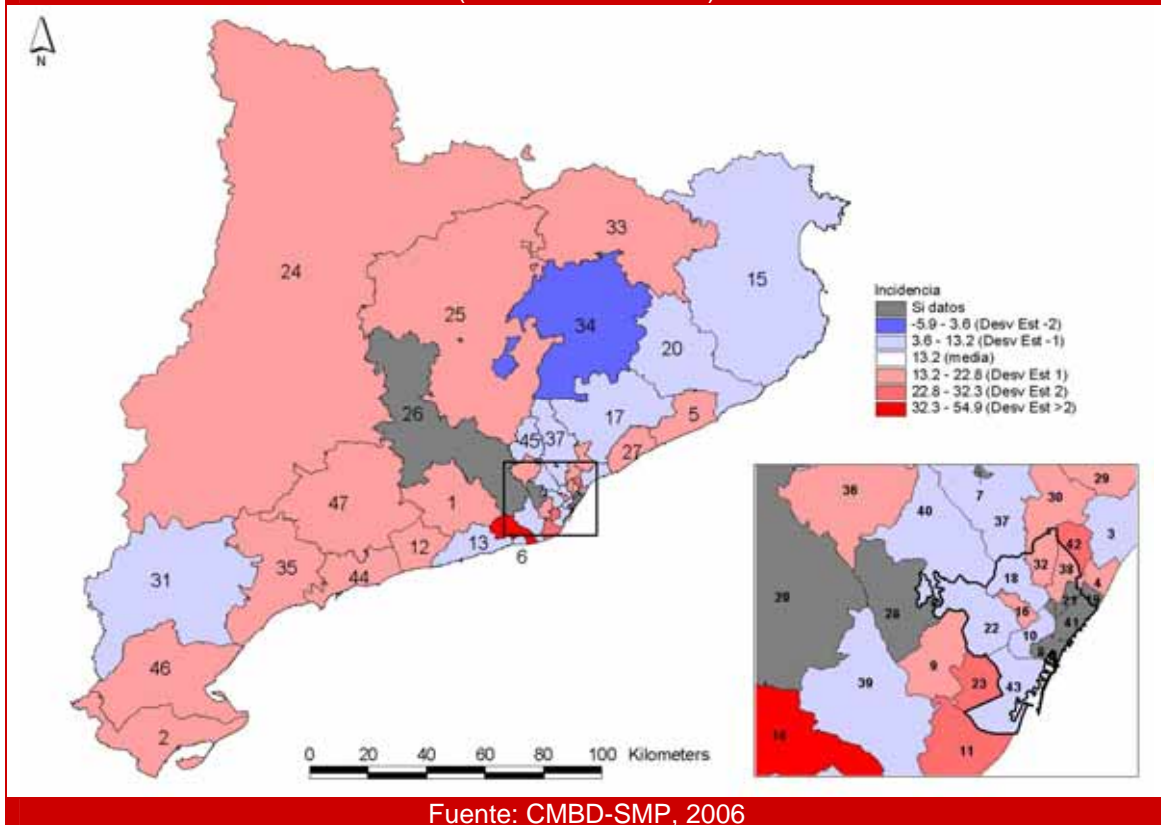
Las tasas de incidencia más alta se dan en las Regiós de Lleida y Camp de Tarragona, en las comarcas del Maresme y desembocadura del Ebro, y algunas áreas alrededor del municipio de Barcelona. Las tasas menores se localizan en amplias áreas de la comarca del Vallès, las comarcas de Osona y Garraf, y la mayor parte de la provincia de Girona.

Mapa 37: Incidencia administrativa por Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (x 1.000) (Cuartiles)



Fuente: CMBD-SMP, 2006

Mapa 38: Incidencia administrativa por Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (x 1.000) (Desviación estándar)

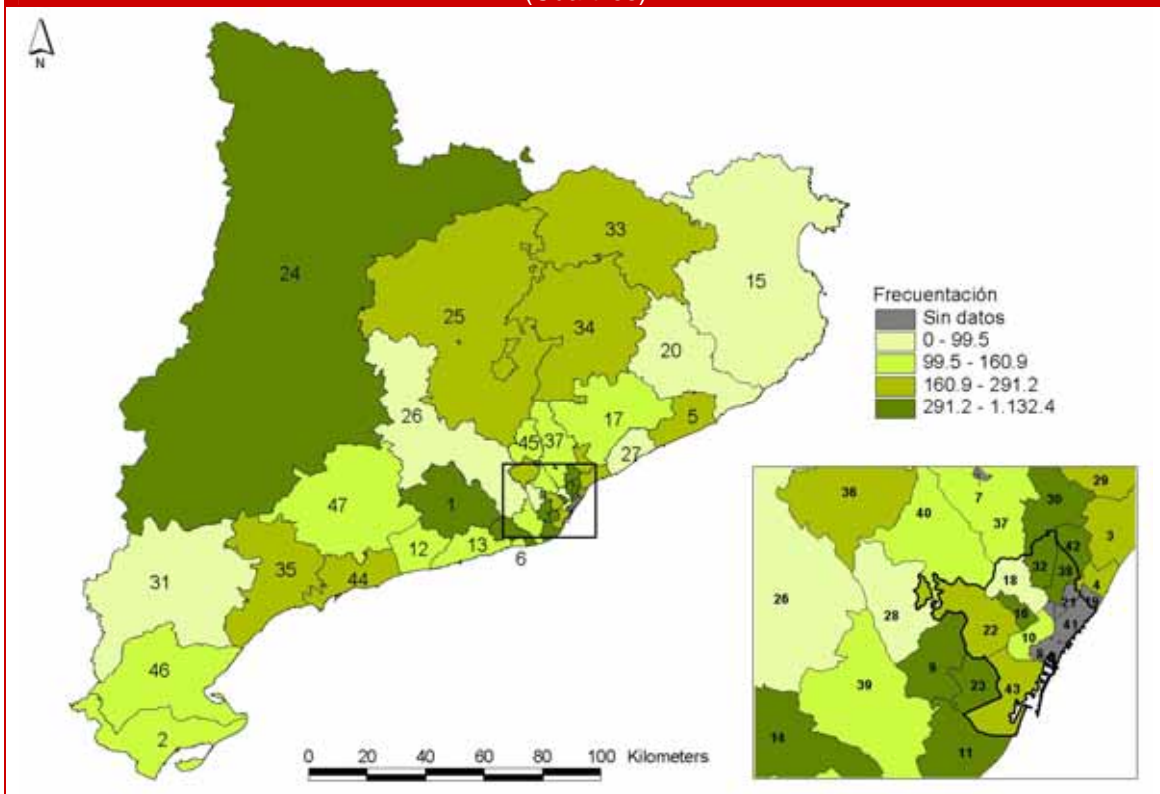


Fuente: CMBD-SMP, 2006

En relación a los servicios de infanto-juvenil las tasas de frecuentación están expuestas en los mapas 39 y 40. Este nos muestra que las tasas más elevadas, por encima de 500 actividades por 1.000, están en los centros de Gavà, Sant Andreu, Montcada, Gràcia y El Prat. No llegan a 100 actividades por 1.000 habitantes las áreas de La Selva, Girona, Mora, Martorell, Molins de Rei, Mataró y Horta.

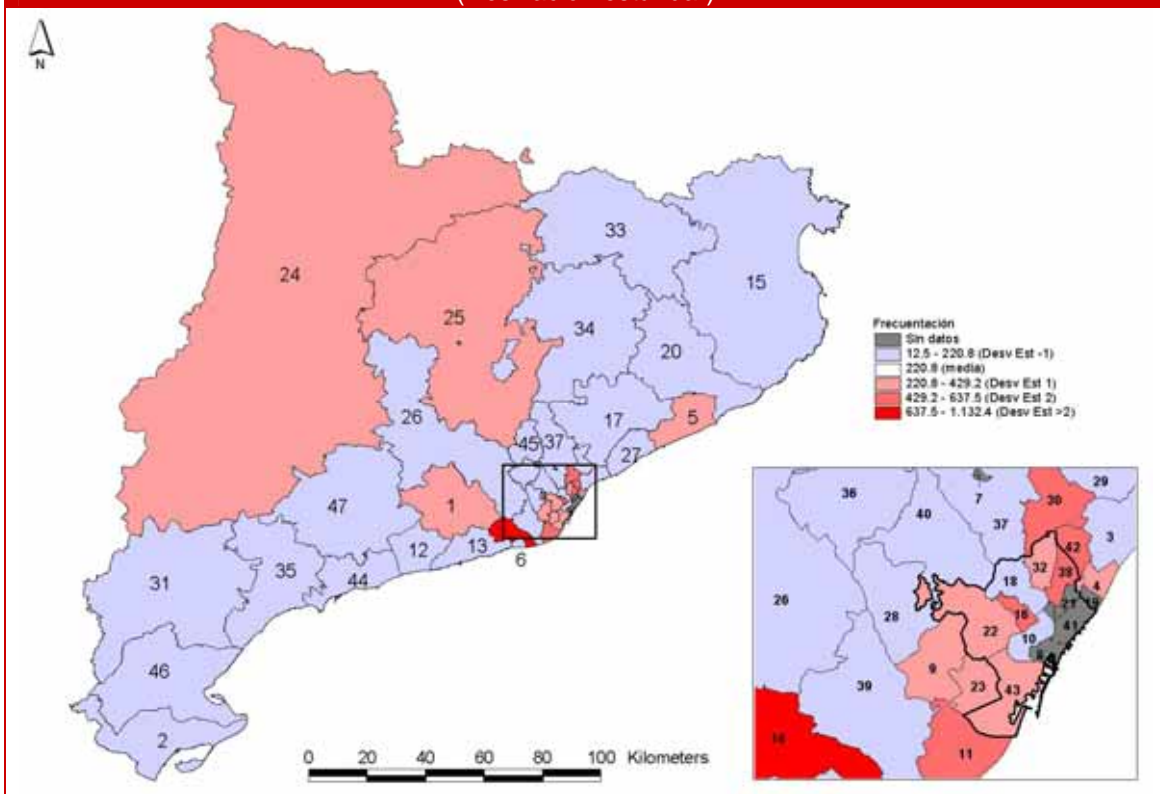
Las tasas más bajas se localizan en los CSMIJ de la provincia de Girona, Tarragona e interior de Barcelona. Las mayores en Gavà en el Baix Llobregat, áreas de Catalunya Central, la comarca del Barcelonès y provincia de Lleida.

Mapa 39: Frecuentación administrativa por Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (x 1.000) (Cuartiles)



Fuente: CMBD-SMP, 2006

Mapa 40: Frecuentación administrativa por Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (x 1.000) (Desviación estándar)



Fuente: CMBD-SMP, 2006

4.2. Morbilidad asistida y actividad de los servicios de hospitalización psiquiátrica de agudos.

Los pacientes que son atendidos en las Unidades de Agudos presentan características demográficas propias respecto a los que acuden a servicios de tipo ambulatorio (Tabla 10). Los servicios de AGUT presentan un índice de feminidad de 85 mujeres por cada 100 hombres. Son servicios destinados a personas mayores de 18 años en los que la población mayor de 64 años supone el 12,6% del total de pacientes.

Tabla 10: Características de los pacientes de los servicios hospitalarios de Salud Mental de agudos	
	AGUT
Total altas	13.131
Total Pacientes	10.408
Hombres	5.618
Mujeres	4.782
Índice feminidad	85,12
<18 años	420
18-64 años	8.667
>64 años	1.310
Tasa de pacientes mayores	12,59
<i>Grupos diagnósticos por ingresos</i>	
Condiciones Psicóticas Orgánicas	740
Otras Psicosis	7.169
Trast. Neuróticos, Trast. de Personalidad y Otros Trast. Mentales No Psicóticos	4.555
Otros diagnósticos	114
Sin datos sobre sexo: 8 Sin datos sobre edad: 11 Diagnósticos no válidos: 553	
Fuente, CMBD-AH, 2006.	

La tasa de ingresos en servicios de agudos para adultos en Catalunya es de 2,2 ingresos por cada 1.000 habitantes mayores de 18 años (Tabla 11). Las menores tasas corresponden a los servicios que atienden a las Regions de Lleida, Alt Pirineu i Aran y Terres de l'Ebre; y la mayor a Barcelona, aunque con una tasa muy cercana a la de la Comunidad. Se observa en esta distribución el peso de Barcelona al ser la Regió con mayor número de dispositivos de agudos.

La tasa de reingresos en servicios de agudos de Catalunya es de 1,3 por paciente. Las tasas por Regions Sanitàries están muy cercanas a este valor sin apreciarse grandes contrastes.

El último indicador calculado es la estancia media por ingreso. En Catalunya cada ingreso en servicios de agudos supone una media de 18 días. Esta cifra es superada por las Regió de Camp de Tarragona. Las menores estancias medias se sitúan en las Regions de Girona y Catalunya Central.

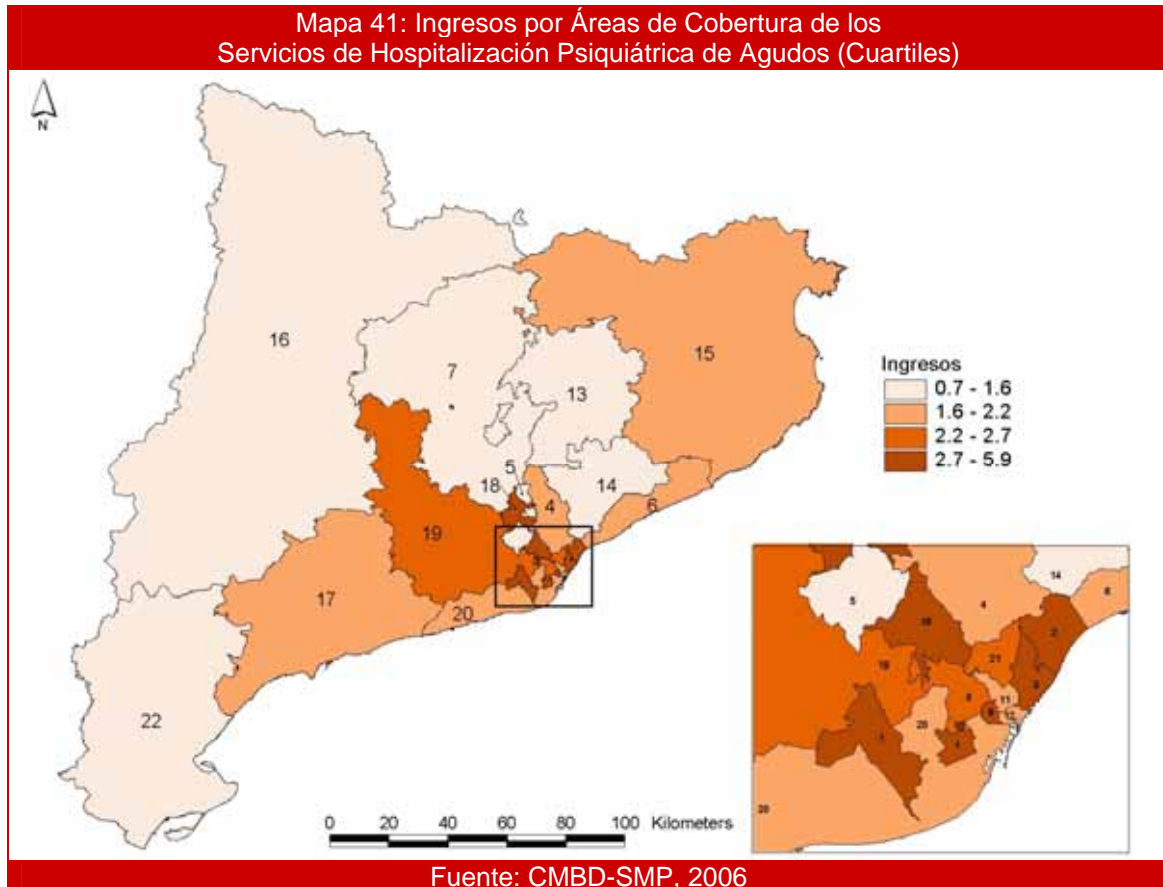
Tabla 11: Indicadores de actividad en servicios hospitalarios de Salud Mental de adultos en las Regions Sanitàries de Catalunya			
	Tasa de ingresos (x 1.000)	Tasa de reingresos	Estancia media
Barcelona (1)	2,50	1,25	18,94
	---	---	---
	10.287	8.211	194.885
Catalunya Central	1,06	1,16	14,80
	---	---	---
	332	287	4.915
Girona	2,07	1,46	12,45
	---	---	---
	1.142	780	14.223
Lleida	0,86	1,11	16,39
	---	---	---
	294	264	4.819
Alt Pirineu i Aran	---	---	---
	---	---	---
	---	---	---
Camp de Tarragona	2,16	1,25	20,72
	---	---	---
	945	758	19.577
Terres de l'Ebre (2)	0,84	1,21	17,37
	---	---	---
	131	108	2.276
Catalunya	2,22	1,26	18,33
	---	---	---
	13.131	10.408	250.695

(1) El Sagrat Cor de Martorell incluye el ABS Anoia rural, Calaf, Igualada, Santa Margarida de Montbui, Vilanova del Camí y Piera de la Regió de Catalunya Central.
(2) La UP Amposta incluye el ABS de Falset de la Regió de Camp de Tarragona.

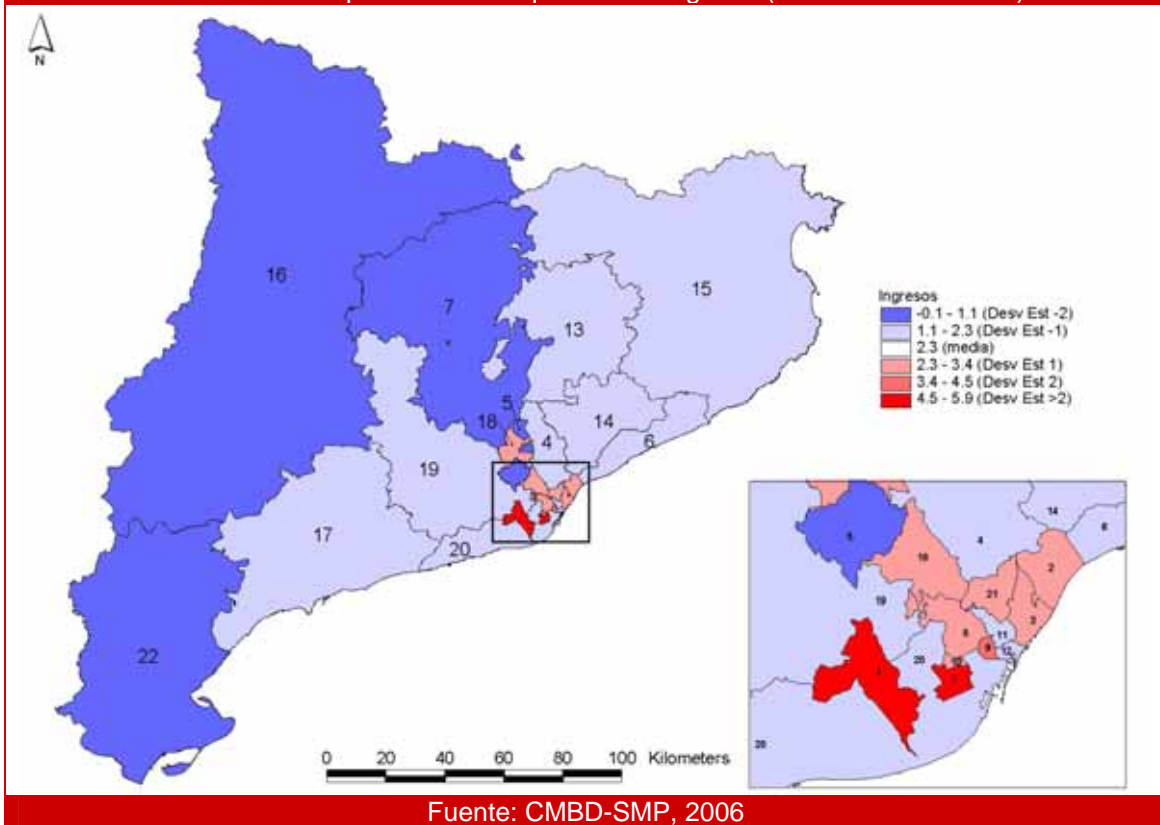
Fuente, CMBD HMP, 2006.

A continuación se describirá la distribución de la tasa de ingresos por áreas de cobertura de servicios de agudos (Mapas 41 y 42). Las AC-AGUT con tasas más altas son las de Benito Menni, el Hospital Clinic, el Centro FORUM y el Centro Asistencial Dr. Emili Mira i López que superan los 3 ingresos por 1.000 habitantes. Las menores

tasas de ingresos corresponden a las AC-AGUT del Hospital de Manresa, Unidad Polivalente de Amposta, Hospital de Santa María y Hospital de Terrassa, por debajo de 1 ingresos por 1.000 habitantes.

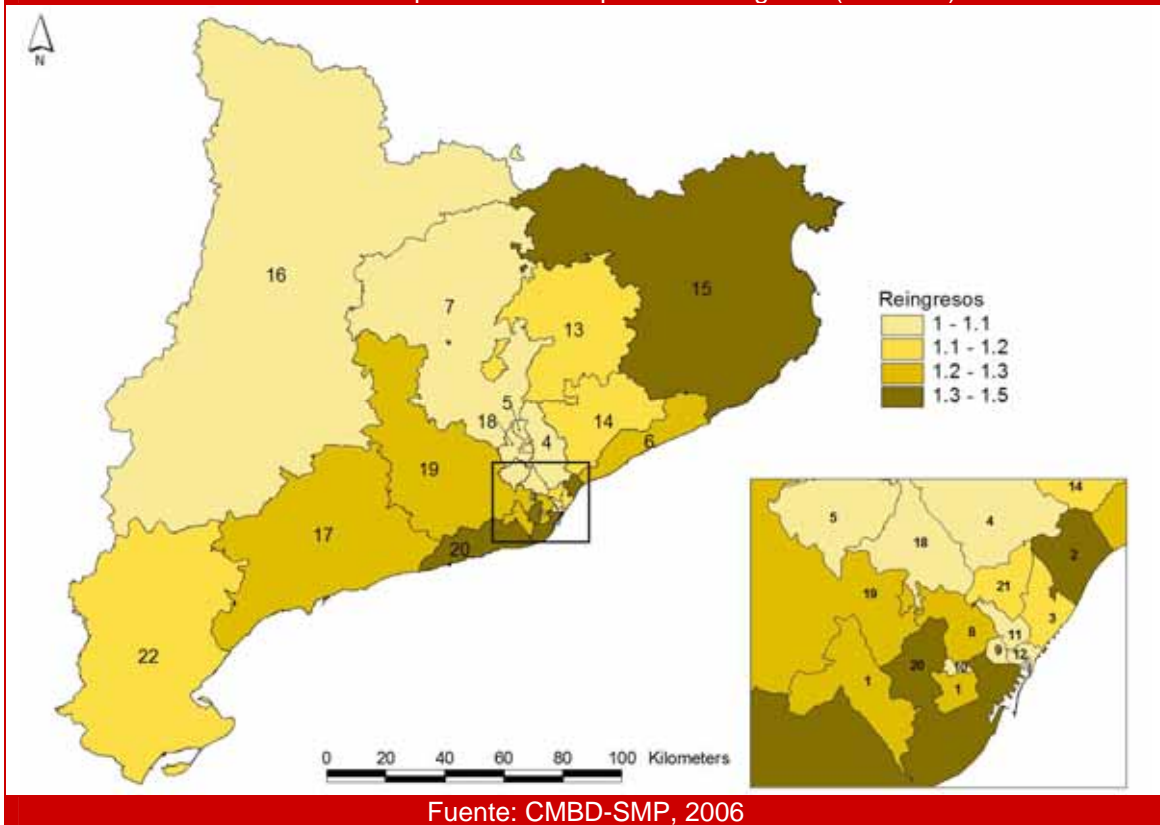


Mapa 42: Ingresos por Áreas de Cobertura de los Servicios de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (Desviación estándar)

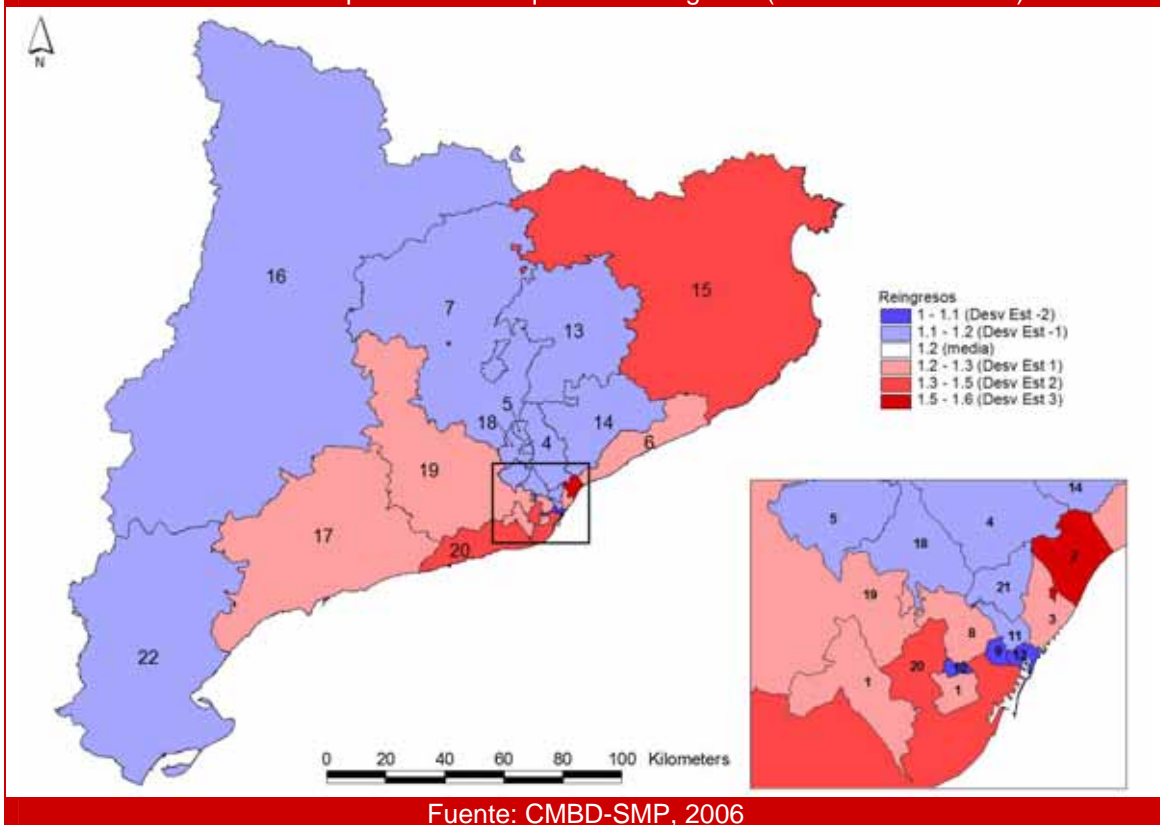


Como se ha visto en el comentario de las Regions los reingresos también son semejantes entre AC-AGUT. Sólo mencionaremos al servicio de agudos del C.A. Dr. Emili Mira como el que presenta una tasa mayor, y al Hospital del Mar con la tasa más baja (Mapas 43 y 44).

Mapa 43: Reingresos por Áreas de Cobertura de los Servicios de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (Cuartiles)

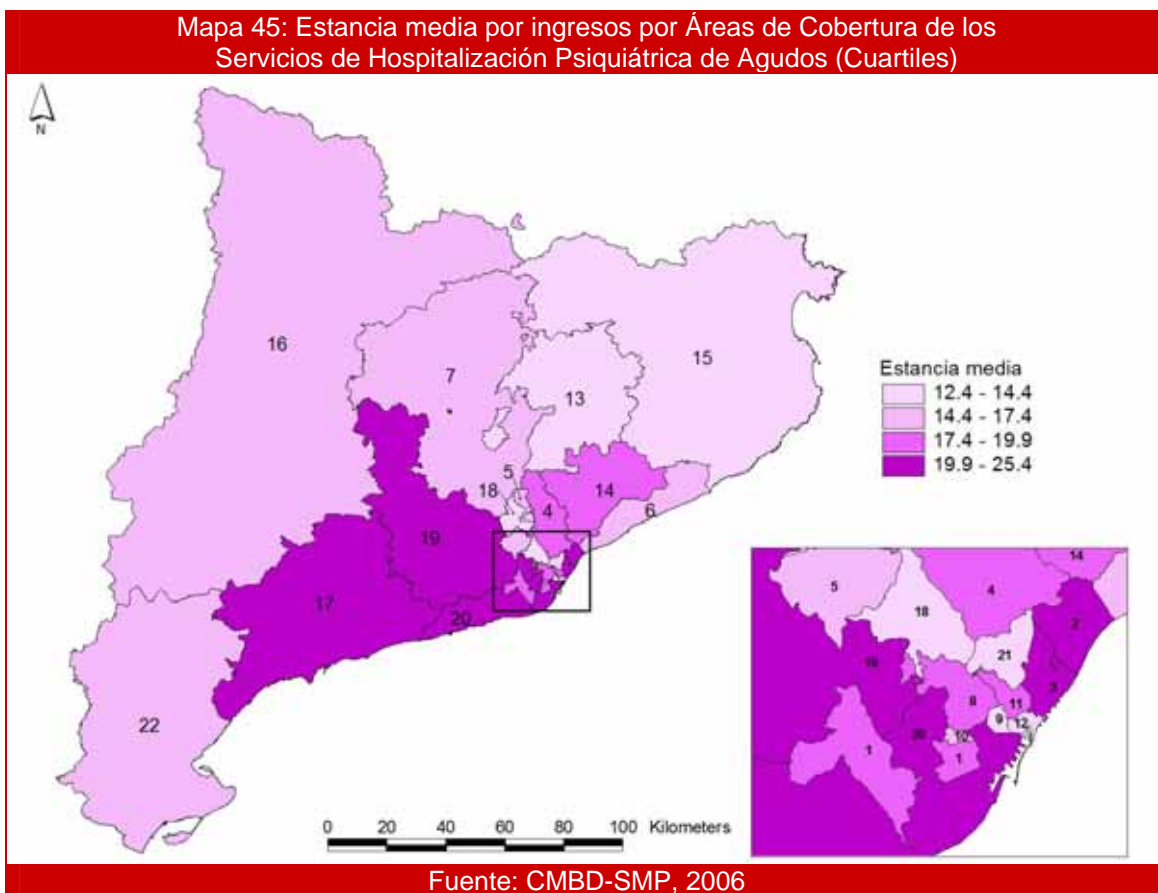


Mapa 44: Reingresos por Áreas de Cobertura de los Servicios de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (Desviación estándar)

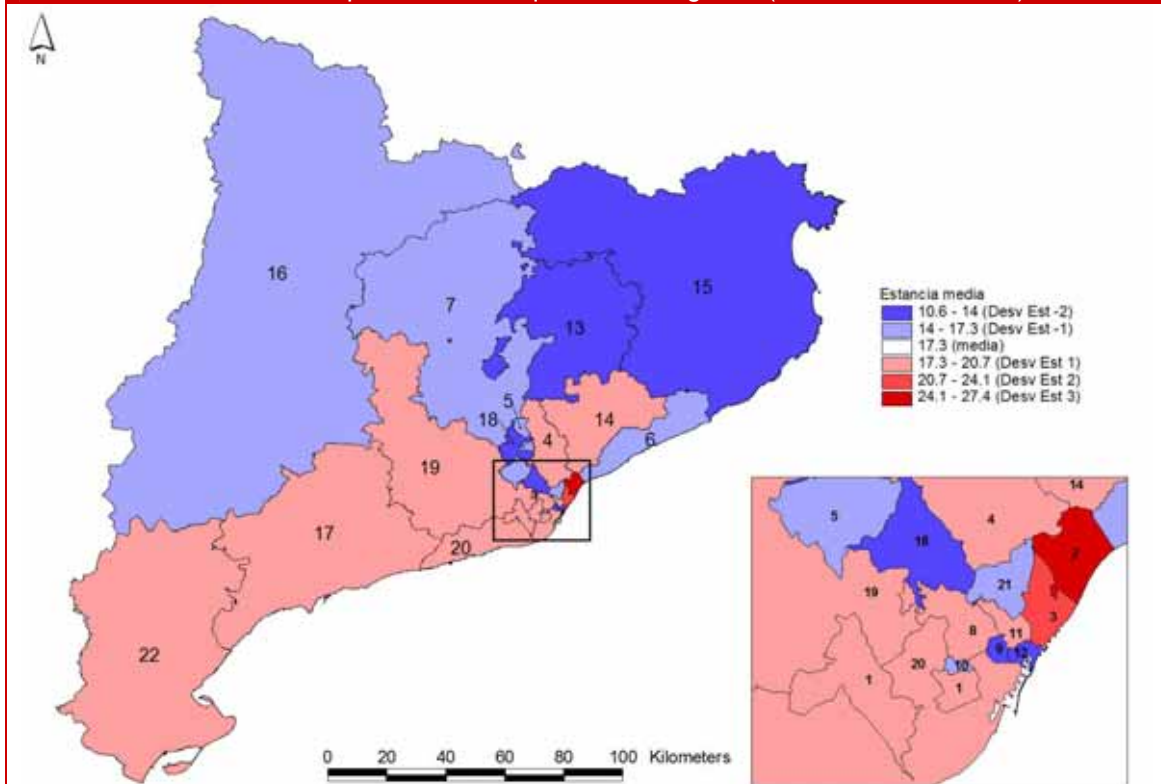


El indicador de días de estancia media por ingresos para las diferentes AC-AGUT está representado en el mapa 45 y 46. En las cifras de estancia media se observa mayores contrastes que entre los indicadores anteriores. La media de Catalunya es de 18,3 días, pero encontramos AC-AGUT con más de 20 días, como el C.A. Dr. Emili Mira, el Centre FORUM, el Institut Pere Mata, el Hospital de Martorell y el Hospital de Sant Boi; y otras con menos de 15 días, como el Hospital de Santa Caterina, el Hospital Clínic, la Mútua de Terrassa, el Hospital de Vic, el Hospital del Mar y la UIPA.

Los menores valores de estancia media se localizan en la zona nororiental de Catalunya, en la Regió Sanitària de Girona y la comarca de Osona. También destaca el centro urbano de Barcelona y el área de Terrassa y su entorno. Los valores más altos se encuentran en áreas del norte del municipio de Barcelona.



Mapa 46. Estancia media por ingresos por Áreas de Cobertura de los Servicios de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos (Desviación estándar)



Fuente: CMBD-SMP, 2006

V. CONCLUSIONES.

1. ORGANIZACIÓN TERRITORIAL DE LA SALUD MENTAL EN CATALUNYA.

- La organización territorial de la red de salud mental se basa en la zonificación sanitaria general aunque presenta adaptaciones basadas en la localización y disponibilidad de los diferentes dispositivos de la red. La zonificación sanitaria está delimitada mediante texto legal en sus diferentes escalas mientras que la de salud mental es una escala de trabajo interna del CatSalut lo que por una parte dificulta su conocimiento por parte de la población y los profesionales, pero por otra facilita su flexibilidad para adaptarse a los cambios.
- La existencia de áreas geográficas de cobertura diferentes para los servicios ambulatorios, comunitarios y hospitalarios para población adulta e infantil introduce una gran complejidad para los gestores, planificadores y usuarios. No existe un sistema de áreas de cobertura por escalas que integre la atención infantil y de adultos. Tanto los dispositivos de adultos como infantiles se encuentran organizados a partir de las áreas de cobertura de los servicios ambulatorios (AC-CSMA y AC-CSMIJ) que suponen la puerta de acceso a la red de Salud Mental. Cada tipo de recurso presta atención a agrupaciones diferentes de estas áreas en base a su localización y disponibilidad. Esta situación se debe a la localización de los recursos que responden a una lógica de concentración o economía de escala al tener en muchos casos una gestión privada. Esta concentración motiva la asignación de dispositivos a áreas lejanas y de menor accesibilidad desprovistas de recursos propios.
- Los recursos dependientes de servicios sociales tienen una organización territorial propia que perjudica la integración de ambos sistemas.
- La zonificación sanitaria de Catalunya tiene como unidad las ABS. Las mismas agrupan a uno o varios municipios pero en los grandes núcleos de población delimitan distritos censales o municipales. Los distritos censales tienen una mayor estabilidad en el tiempo y sus modificaciones responden a la agregación o división de las secciones censales que los componen lo que permite delimitarlos de manera sencilla. Los distritos municipales por su parte responden a una lógica política de organización de los municipios por lo que no tienen que ajustarse a las divisiones censales dificultando su delimitación

cartográfica. Una delimitación basada en los distritos y secciones censales permitiría no sólo una mayor facilidad en su delimitación cartográfica sino también en su caracterización sociodemográfica, ambos aspectos fundamentales en la planificación de las mismas.

- 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 áreas de Salud Mental 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 producen 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 Hospital de Día.
- En los grandes municipios como Barcelona, Terrassa o Badalona existen más de una agencia proveedora lo que obliga a dividir municipios entre diferentes servicios que pueden tener particularidades en su gestión y forma de atención al usuario. En estos grandes municipios la movilidad de los usuarios es alta y la división geográfica por centros no es tan necesaria.
- La puesta en marcha de los Gobiernos Territoriales de Salud (GTS) introduce una nueva escala territorial en la organización de la sanidad que no se atiene a las áreas existentes y que serán necesario integrar en el resto de escalas.

2. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE PEQUEÑAS ÁREAS DE SALUD MENTAL DE CATALUNYA.

- Existe una gran cantidad de trabajos de investigación sobre las correlaciones existentes entre determinados indicadores sociodemográficos (deprivation index) y altas tasas de morbilidad psiquiátrica y de utilización de servicios. Los países anglosajones cuenta con una larga tradición en este tipo de estudios, lo que ha servido para planificar la localización de los dispositivos asistenciales de forma más equitativa en estos países. La mayoría de autores han optado

por la utilización de índices compuestos formados a partir de varios indicadores simples (Townsend y cols., 1982; Carstairs, 1981; Glover y cols., 1998; Garrido-Cumbrera y cols., 2008; Domínguez-Berjón y cols., 2008). Sin embargo, otros autores han demostrado como indicadores simples (p. Ej. tasa de paro) pueden presentar el mismo grado de correlación que los índices compuestos (Jarman, 1984).

- Las fuentes estadísticas disponibles como el Censo de Población y el Padrón Municipal de Población posibilitan la explotación de diversos indicadores sociodemográficos.
- El principal problema que existe a la hora de trabajar con información demográfica es trabajar con unidades poblacionales de menos de 1.000 habitantes en los que el secreto estadístico impide conseguir ciertos datos (edad, estado civil, actividad...).
- Las ABS no se delimitan muchas veces en base a las secciones o distritos censales lo que complica en exceso la explotación de la información demográfica.
- La representación cartográfica de estos indicadores permite visualizar su distribución en el territorio y detectar situaciones que deben ser valoradas en la planificación de los servicios.
- Existe una pérdida de información en los cambios de escala por la generalización (falacia ecológica). A medida que la escala se hace más pequeña (mayor superficie) se pierde información. Este hecho muestra la importancia y utilidad de trabajar con áreas pequeñas como las AC-CSMA.
- Las mayores densidades de población se localizan en el municipio de Barcelona que corresponde a la Regió Sanitària de Barcelona, zonas costeras de las Regions de Girona y Camp de Tarragona y el AC-CSMA de Lleida. El resto del territorio se sitúa por debajo de los 100 hab/Km².
- Las áreas con características rurales se encuentran en la zona occidental, septentrional y meridional de Catalunya. Se localizan en las zonas de los Pirineos, Tierras del Ebro y Lleida.

- La Regió Sanitària de Alt Pirineu i Aran y las áreas de cobertura del municipio de Barcelona son las más envejecidas de Catalunya con una mayor proporción de personas mayores sobre las menores de edad.
- Las tasas de paro más altas coinciden con las áreas más densas y con mayor renta en el litoral de Catalunya.
- Las personas que viven en soledad se ubican principalmente los Pirineos, el litoral de las Regions de Girona y Camp de Tarragona, y en el municipio de Barcelona. Las personas mayores que viven solas presentan una distribución semejante a ésta.
- Las personas en situación de estado civil diferente a casado se localizan en el municipio de Barcelona, la zona pirenaica del Vall d'Aran, Tarragona y Girona lo que se relaciona con el mayor número de hogares unipersonales.
- Las personas con nacionalidad extranjera se distribuyen fundamentalmente en la zona occidental de Girona, el sur de Tarragona y el municipio de Barcelona. Se observan diferencias en la distribución por su procedencia. Así, la población africana se concentra en mayor medida en las provincias de Girona y Lleida; la población americana en la capital y área de Blanes y Castelldefels; la población asiática en Barcelona y sus municipios limítrofes al norte, y las áreas de Tortosa, Blanes y Olot; y por último, la personas de la Europa no Comunitaria en la costa de Girona, la provincia de Lleida, y áreas del centro y sur de la provincia de Tarragona.
- Las personas valoradas con trastorno mental se localizan en mayores proporciones en los municipios de Barcelona y Lleida y los municipios de su entorno, y áreas del interior de Catalunya, destacando Berguedá.
- La distribución territorial de estos indicadores permite conocer las áreas susceptibles para localizar dispositivos especializados en patologías asociadas a la soledad, la renta, la integración social...

3. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LOS RECURSOS DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA.

- No existen criterios consensuados que permitan definir el nivel mínimo de dispositivos con el que debe contar cada Regió Sanitària. Para definir este criterio sería necesario 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 catalana. Existen recursos que ofrecen tipos de atención de 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 Catalunya, Madrid, Andalucía, Castilla-La Mancha, Navarra y Murcia.
- 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 catalana con la de otros ámbitos nacionales e internacionales. Ya se han realizado catálogos de este tipo en otras Comunidades Autónomas como en Navarra, Castilla-La Mancha, Murcia o Madrid con un formato online que facilita su actualización periódica.
- La ubicación de recursos 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.
- El número de servicios por habitante es similar en las diferentes tipologías de servicios. Los pequeños contrastes que se producen en la dotación de las

Regions Sanitàries se deben fundamentalmente a las diferencias de población sin observarse ningún desequilibrio importante, aunque a continuación se señalarán algunos.

a. CatSalut Adultos.

- La dotación de Centros de Salud Mental de Adultos por Regions Sanitàries es semejante teniendo en cuenta el número de dispositivos pero no ha sido posible valorar su adecuación en base a su dotación de profesionales. Las Regions de Lleida o Terres de l'Ebre presentan una mayor proporción de centros por habitante debido a su menor número de población respecto al resto de Regions.
- Las tasas de Unidades de Agudos por habitantes en las Regions son semejantes. Teniendo en cuenta la disponibilidad de camas se detectan menores tasas en Girona, Catalunya Central y Terres de l'Ebre que coinciden con bajas prevalencias. Las Regions de Lleida y Alt Pirineu i Aran comparten una unidad de agudos situada en Lleida pero está previsto que próximamente la segunda tenga su propia unidad.
- Las Unidades de Subagudos presentan una disponibilidad semejante entre Regions Sanitàries. Existe una menor dotación de camas en las Regions de Girona y Catalunya Central.
- En las Unidades de Alta Dependencia Psiquiátrica destaca la mayor tasa de centros en las Regions Sanitàries de Lleida y Alt Pirineu i Aran. La Regió Catalunya Central tiene asignada unidades situadas en la Regió de Barcelona con la mayor dificultad de acceso que supone a los usuarios de áreas interiores. Las altas tasas mencionadas para estas Regions contrastan con la dotación de camas situada por debajo del resto. También destaca el Institut Pere Mata con la más alta cifra de camas MILLE lo que provoca el desequilibrio de la Regió de Camp de Tarragona respecto al resto.
- Los Hospitales de Día de Adultos se encuentran distribuidos de forma homogénea considerando la población de sus áreas de cobertura. Las Regions de Girona, Lleida y Alt Pirineu i Aran son las que presentan menor número de plazas de HDA por habitante.

- Existe una buena dotación de Centros de Día de Adultos con pocos contrastes en su distribución y plazas por áreas geográficas y habitantes. A diferencia del resto de recursos, excepto CSMA, todos los CDA asignados a una Regió se encuentran ubicados en ella.
- Existen varios dispositivos especializados en trastornos de la conducta alimentaria, con una disponibilidad semejante en el número de servicios entre áreas, aunque las Regions Sanitàries de Terres de l'Ebre y Alt Pirineu i Aran no cuentan con dispositivos propios.

b. Catsalut Infanto-Juveniles.

- La tasas de Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles por habitante menor de 18 años presentan mayores diferencias que en los centros de adultos. Destaca la Regió de Alt Pirineu i Aran sin recursos ambulatorios aunque en este caso hay que tener en cuenta la presencia de centros periféricos.
- Existe una baja tasa de Unidades de Referencia Psiquiátrica Infantil en la Regió de Girona, Barcelona, Camp de Tarragona y Terres de l'Ebre, esta última sin URPI propia. Las Regions presentan tasas de camas muy parecidas.
- De la distribución de los Hospitales de Día de Adolescentes destaca la baja tasa por habitante Girona y Camp de Tarragona, cuyo HDAd también atiende a Terres de l'Ebre. Considerando las plazas HDAd estas mismas Regions son las que presentan una menor proporción por habitante.
- La Regió Sanitària de Barcelona es la que presenta menor dotación de unidades especializadas en trastornos de la conducta alimentaria dada su alto número de habitantes.

c. ICASS.

- La zonificación del ICASS sectoriza los recursos en base a la comarcalización catalana que coincide básicamente con las Regions Sanitàries por lo que todos los recursos atienden a la Regió donde se encuentran. El ICASS no posee recursos financiados en la Regions de Terres de l'Ebre y Alt Pirineu i Aran.

- Los Centres Especials de Treball presentan tasas por habitantes semejantes en las Regions donde se ubican, aunque la provincia de Lleida no cuenta con este tipo de servicios. Considerando las plazas de los CET se aprecia la baja dotación en la Regió de Camp de Tarragona.
- Los Serveis Prelaborals para la formación laboral no están disponibles en las Regions Centre, Alt Pirineu i Aran y Terres de l'Ebre. Las tasas de SPL por habitante son semejantes y no se conocen las plazas disponibles.
- Los Serveis de Support a la Integració Laboral destinados a la orientación e intermediación laboral no están presentes en las Regions de Terres de l'Ebre, Catalunya Central, Lleida y Alt Pirineu i Aran. En el resto de Regions las tasas de SSIL son semejantes.
- Los Clubs Socials presentan tasas por habitante semejantes. No existen Clubs en Terres de l'Ebre y Alt Pirineu i Aran.
- Los Llars Residència presentan una distribución homogénea. Analizando las camas en LLAR-RES se aprecia lo mismo, excepto en la Regió de Catalunya Central con una disponibilidad de camas mayor que el resto.
- Por último no existe Llars amb Servei de Suport en las Regions de Terres de l'Ebre, Camp de Tarragona, Lleida y Alt Pirineu i Aran. Las tasas de recursos por habitantes son inferiores al resto en Catalunya Central.
- La distribución territorial y la dotación de los recursos dependientes de ICASS presenta mayores desequilibrios que los recursos dependientes de salud debido, como se ha comentado, a la ausencia de servicios en determinadas Regions Sanitàries. Se observa una alta concentración de recursos en Barcelona capital. Estos altos contrastes en la dotación pueden dificultar la integración de la red sanitaria y social de Salud Mental.

4. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA ASISTIDA Y ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN CATALUNYA.

- Los sistemas de información CMBD son muy útiles para la construcción de indicadores de actividad y morbilidad que sirvan de consulta y apoyo a la hora de planificar los recursos de salud mental en Catalunya. La información asistencial que ofrecen 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 Catalunya, pero podría aplicarse también a poblaciones concretas definidas características sociodemográficas o patologías.
- A pesar de esto, y en base a las limitaciones metodológicas que se han tenido en este estudio, es necesaria la mejora de estas bases de datos continuando con el esfuerzo ya realizado. Sería preciso contar con información de todas las Unidades Proveedoras de Servicios y mejorar la calidad de la misma. Debería ser posible diferenciar claramente los pacientes y actividades de cada tipología de servicio que oferta una misma UP.
- En la información relativa a los pacientes se ha constatado la dificultad de trabajar con los diagnósticos. Por una parte se encuentran referenciados en CIE-9, que es un sistema de clasificación no actualizado y no aceptado a nivel internacional por la OMS, y por otra su cumplimentación es desigual y en ocasiones no sigue el formato dispuesto por las instrucciones.
- Existen usuarios con menos de 18 años que son atendidos en servicios ambulatorios de adultos. La explicación podría ser la aparición de trastornos mentales en edades próximas a los 18 años que son derivados por los servicios de atención primaria directamente a adultos.
- Existen usuarios de más de 18 años atendidos por los servicios infantiles. Se explicaría por los usuarios con algo más de 18 años que continuarán su

tratamiento en centros de adultos pero que aún no se han derivado, u otros que se estima serán dados de alta en poco tiempo sin necesidad de ser derivados.

- En los servicios ambulatorios de adultos existe una mayor prevalencia de trastorno mental en sexo femenino con una importante diferencia con el otro sexo. Por el contrario, en los servicios infanto-juveniles existe mayor prevalencia de hombres aunque con diferencias menores que en el caso anterior. En cuanto a la prevalencia en los servicios hospitalarios de agudos es mayor en los hombres pero sin una gran diferencia.
- Respecto a los centros de atención ambulatoria, la prevalencia y la incidencia de atención en recursos ambulatorios de adultos nos indica que las Regions Sanitàries con mayor número de pacientes son Tarragona y Terres de l'Ebre. En los servicios de atención comunitaria infanto-juvenil además de los altos valores de los centros ubicados en la Regions que se han señalado también destaca la Regió de Lleida.
- Se aprecian diferencias en las tasas de prevalencia de los servicios ambulatorios de adultos e infantiles por Regió Sanitària pero hay que tener en cuenta la ausencia de información de algunos centros que atenuarían los contrastes.
- Existen amplias diferencias en la prevalencia de los servicios ambulatorios y hospitalarios de agudos. Al no disponer de los datos de profesionales no podemos saber si las plantillas de los diferentes CSMA, CSMIJ y AGUT se ajustan a sus cifras de usuarios.
- Se aprecian amplias diferencias entre las tasas de pacientes nuevos y reincorporados por habitante en los servicios ambulatorios.
- La frecuentación en los servicios ambulatorios presentan diferencias muy amplias entre centros.
- Las tasas de ingreso y de reingreso en servicios agudos de corta estancia son muy similares en las diferentes Regions Sanitàries.

- La estancia media de Catalunya es de 18 días por paciente, sin existir diferentes destacables en cada Regió Sanitària (entre 12 y 20 días). Entre AGUT las diferencias son más amplias y van de 12 a 25 días.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Mosquera F, Bernal-Delgado E por el Grupo Atlas-VPM. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en Centros hospitalarios de agudos. VPM Atlas 2008; 3(1): 199-216.
- Amaddeo F, Jones J. What is the impact of socio-economic inequalities on the use of mental health services? Epidemiol Psichiatr Soc 2007; 16 (1): 16-19.
- 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.
- Carstairs V. Small area analysis and health service research. Community Medicine 1981. 3, 131-139.
- CatSalut. Manual de Notificació Centres de Salut Mental Ambulatoria. Barcelona: CatSalut; 2003.
- CatSalut. Manual de Notificació Hospitals Generals d'Aguts. Barcelona: CatSalut; 2003.
- CatSalut. Manual de Notificació Hospitals Monogràfics Psiquiàtrics. Barcelona: CatSalut; 2003.
- Decret 105/2005, de 31 de maig, de delimitació de les regions sanitàries i dels sectors sanitaris del Servei Català de la Salut (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 4.397, de 2.6.2005).
- Decret 213/1999, de 27 de juliol, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública de Catalunya (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya núm. 2944, de 3.8.1999).
- Decret 38/2006, de 14 de març, pel qual es regula la creació de governs territorials de salut (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, número 4.594, de 16.3.2006).

- Departament de Salut (Generalitat de Catalunya). Pla Directo de Salut Mental i Addiccions. Barcelona: Direcció General de Planificació i Evaluació; 2006.
- Departament de Salut (Generalitat de Catalunya). Els Serveis per a la Salut: Mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Departament de Salut [en línea] 2008 [fecha de acceso 16 de diciembre de 2008]. URL disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir488/doc12350.html>
- Departament de Salut (Generalitat de Catalunya). Ordenació territorial en Àrees Bàsiques de Salut. Departament de Salut [en línea] 2008 [fecha de acceso 16 de diciembre de 2008]. URL disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2385/msabs.pdf>
- Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín MI, Ramis R, Saurina C, Escolar-Pujolar A. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). Gac Sanit. 2008; 22 (3): 179-87.
- Garrido M, Salinas JA, Salvador L, Almenara J. Atlas de Salud Mental de Andalucía 2005. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2006.
- Garrido-Cumbrera M, Almenara- J; López-Lara E, Peralta-Sáez JL, García-Gutierrez JC, Salvador—Carulla, L. Development and spatial representation of synthetic indexes of outpatient mental health care in Andalusia (Spain) Epidemiol Psichiatr Soc.; 17 (3): 192-200.
- Gispert R, Puig X, Palomera E, Autonell J, Giné JM, Ribas G y Coll JJ. Factores Individuales y del Entorno Asociados a la Variabilidad Geográfica de los Trastornos Psicológicos entre Áreas Pequeñas: Un Análisis Multinivel. Rev Esp Salud Pública 2006; 80 (4): 335-347.
- Glover G, Robin E, Emami J, Arabscheibani HR. A needs index for mental health care. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 1998; 33, 89-96.
- Instituto de Información Sanitaria. Atlas de la Sanidad en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.

- Jarman B. Underprivileged areas: validation and distribution of scores. *British Medical Journal*. 1984; 289, 1587-1592.
- Johnson S, Salvador-Carulla L, EPCAT Group. Description and classification of mental health services: a European perspective. *European Psychiatry* 1998; 13: 333-341.
- 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.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, por la que se formula la Ley general de sanidad (Boletín Oficial de España núm. 102, de 29.04.1986).
- Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 1324, de 30.07.1990).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- NCGIA. Core Curriculum. Vol.1: Introduction to GIS. Santa Barbara: CA. National Center for Geographic Information and Analysis. University of California; 1990.
- Observatorio de la Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Análisis de la Situación de la Atención a la Salud Mental en las Comunidades Autónomas a Diciembre del 2005 [en línea] 2005 [fecha de acceso 16 de diciembre de 2008]. URL disponible en: <http://www.observatorio-aen.es/es/informes/index.php>
- Observatorio de la Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. [en línea] 2008 [fecha de acceso 16 de diciembre de 2008]. URL disponible en: <http://www.observatorio-aen.es/es>

- Organización Mundial de la Salud. Atlas: country profiles on mental health resources 2001. Ginebra: OMS; 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Mental Health Atlas - 2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
- Organización Mundial de la Salud. Mental. Global Health Atlas [en línea] 2008 [fecha de acceso 16 de diciembre de 2008]. URL disponible en: <http://www.who.int/globalatlas/default.asp>
- Organización Mundial de la Salud. Mental. Mental Health Gap Action Programme [en línea] 2008 [fecha de acceso 16 de diciembre de 2008]. URL disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/index.html
- Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspaso de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (Boletín Oficial de España núm. 176, de 24.07.1981).
- 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.
- Salvador Carulla L, Romero C, Garrido Cumbreira M, Salinas JA, Ochoa S. Informe Psicost/CatSalut 2003. Servei Català de Salut (CatSalut). Informe técnico, 2003.
- 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.
- 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.

- Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C; CSRP group; RIRAG group. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain—an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40 (2):149-59.
- Tello JE, Jones J, Bonizzato P, Mazzi M, Amaddeo F, Tansella M. A census-based socio-economic status (SES) index as a tool to examine the relationship between mental health services use and deprivation. *Soc Sci Med.* 2005 Nov;61(10):2096-105.
- Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix. A manual to improve services.* Cambridge: Cambridge University Press, 1999. pp. 291.
- Townsend P, Simpson P, Tibbs N. Inequalities in health in the city of Bristol: a preliminary review of the statistical evidence. *International Journal of Health Services,* 1982; 15, 637-663.