

A. Medel Herrero¹
A. Sarria Santamera^{1,2}

Indicadores hospitalarios por Comunidades Autónomas, 1980-2004 (Análisis longitudinal de indicadores de morbilidad y dotación hospitalaria en salud mental)

¹ Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Instituto de Salud Carlos III
Madrid

² Departamento de Ciencias Sanitarias y Medicosociales
Universidad de Alcalá
Madrid

Introducción. Análisis comparativo entre Comunidades Autónomas (CCAA) de indicadores asistenciales relativos a la morbilidad y dotación hospitalaria en la atención psiquiátrica a lo largo de un período de tiempo (1980-2004) marcado por el inicio y desarrollo de políticas desinstitucionalizadoras y traspaso de competencias a las CCAA.

Metodología. Estudio longitudinal. Análisis descriptivo de variables desagregadas por CCAA, relativas a la morbilidad hospitalaria por patología psiquiátrica (CIE-9, códigos 290-319) e indicadores de dotación hospitalaria a lo largo de un período de 25 años. Fuente de información: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 1980-2004 y Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado, 1980-2004.

Resultados. Las diferencias entre CCAA son sustanciales en todas las variables analizadas: altas, estancia total y media, consultas totales y primeras consultas, tasa de psiquiatras en atención hospitalaria, número de hospitales psiquiátricos y camas en funcionamiento. Para el conjunto de las CCAA, cabe destacar un incremento en las altas, descenso de las estancias totales y medias, incremento notable de consultas, escaso incremento de psiquiatras en atención hospitalaria y estancamiento en la disminución de hospitales psiquiátricos y camas en funcionamiento en hospital psiquiátrico durante el último período de la serie temporal, así como el escaso aumento de camas en funcionamiento en los hospitales no clasificados como hospital psiquiátrico.

Conclusiones. Encontramos indicios de modelos de atención cualitativamente diferentes entre CCAA y cambios sustanciales en los principales indicadores asistenciales a lo largo de la serie temporal.

Palabras clave:
Salud mental. Reforma en atención de la salud. Reestructuración hospitalaria.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(2):82-93

Correspondencia:
Álvaro Medel Herrero
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Instituto de Salud Carlos III
Sinesio Delgado, 4. Pabellón 4
28029 Madrid
Correo electrónico: alvaro.medel@isciii.es

Hospital indicators by Regional Communities, 1980-2004 (Longitudinal analysis of morbidity indicators and hospital staffing in mental health)

Introduction. Comparative analysis by Spanish Regional Communities (RC) of indicators related to morbidity and staffing in psychiatric care hospital over a period of time (1980-2004) marked by the initiation and development of deinstitutionalization policies and handover of powers to RC.

Methodology. Longitudinal study. Descriptive analysis of variables, broken down by RC, related to psychiatric morbidity (ICD-9, codes 290-319) and indicators of hospital staffing over a 25-year period. Database source: Hospital Morbidity Survey, 1980-2004 and Statistics for care facilities providing in-patient care regime, 1980-2004.

Results. Differences between Regional Communities are substantial in all the analyzed variables: discharges, total and average stay, total and initial consultations, rate of psychiatrists in hospital care, number of beds and psychiatric hospitals. For all the Regional Communities as a whole, an increase is observed in hospital discharges, decrease of total and mean stays, notable increase of consultations, little increase in psychiatric staff in hospital care and stagnation in the decline of psychiatric hospitals and beds in operation in psychiatric hospital during the last period of time series and low increase in beds for the hospitals that are not classified as a psychiatric hospital.

Conclusions. We found evidence of qualitatively different care models between Regional Communities and substantial changes in major indicators over time series.

Key words:
Mental health. Reform in health care. Hospital restructuring.

INTRODUCCIÓN

Mejorar la atención en salud mental constituye, actualmente, uno de los retos de la sanidad en sociedades de

nuestro entorno. Se trata de un ámbito tradicionalmente marginal, al que no se viene otorgando suficiente importancia, teniendo en cuenta el alto grado de prevalencia de muchas de estas enfermedades^{1,2} y el alto coste, directo e indirecto, asociado a estas patologías incapacitantes y crónicas.

A mediados del siglo XX, como consecuencia del desarrollo de los derechos humanos y la aparición de los antipsicóticos, comienza la eliminación sistemática de la red manicomial, la institución que a lo largo de siglos acaparó la asistencia de personas con enfermedad mental y otras problemáticas objeto de exclusión. Actualmente se propugna un modelo de atención ambulatorio, asertivo y comunitario, y una atención terapéutica que tenga en cuenta las necesidades derivadas de la incapacidad asociada a estas enfermedades, como necesidades residenciales o de inserción social y laboral³⁻⁶.

En 1986, a través de la Ley General de Sanidad, se formula la política sanitaria⁷ que permite comenzar explícitamente un proceso de desinstitucionalización o reforma psiquiátrica en España⁸⁻¹⁰ al tiempo que se transfieren las competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas (CCAA)¹¹⁻¹³.

Con el presente estudio se ofrece el análisis longitudinal, a lo largo de los últimos 25 años de los que se dispone de información estadística (1980-2004), de una serie de indicadores relativos a la atención psiquiátrica que permiten alcanzar una mayor comprensión sobre las diferencias, la situación actual y las tendencias¹⁴⁻¹⁷ en la atención psiquiátrica hospitalaria en las diferentes CCAA.

METODOLOGÍA

Estudio longitudinal (1980-2004) para el que se realiza un análisis descriptivo de variables de alcance nacional desagregadas por CCAA relativas a la morbilidad hospitalaria para las patologías mentales (CIE-9, códigos 290-319) y principales indicadores de dotación hospitalaria en el área de psiquiatría. Se han desagregado los datos por CCAA y año de alta hospitalaria para posibilitar su análisis comparativo tanto en el tiempo como entre CCAA.

El marco temporal de análisis en el presente estudio abarca una serie de 25 años (1980-2004) con el fin de hacer un seguimiento longitudinal en un marco de tiempo, que alcanzando el último período del que se dispone de datos, abarque años anteriores a la formulación de la reforma psiquiátrica y la transferencia de competencias sanitarias a las CCAA. La serie temporal ha sido dividida en 5 quinquenios para facilitar la exposición de los datos.

Las variables analizadas corresponden a las tasas por altas, estancias totales y estancias medias, consultas totales y primeras consultas, hospitales psiquiátricos, camas en funcionamiento por área asistencial y finalidad asistencial, y psiquiatras en atención hospitalaria por número de habitantes.

Como fuente de información para la realización del presente análisis se ha empleado la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH) y Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI), ambas para el período comprendido entre 1980 y 2004.

La fuente de información estadística utilizada para la obtención de datos relativos a la dotación hospitalaria y consultas hospitalarias utilizada en el presente estudio EESRI recoge información tanto de hospitales públicos y privados como de hospitales generales y monográficos. Es la única fuente estadística que recoge este tipo de información a nivel nacional. En relación a las primeras consultas y camas en funcionamiento la EESRI no dispone de datos desagregados por CCAA para una serie temporal tan amplia como la analizada en el presente estudio, por lo que sólo se presentan los datos correspondientes al último quinquenio (2000-2004).

Ambas fuentes estadísticas, EMH y EESRI, recogen información sobre morbilidad hospitalaria, tanto en hospitales públicos y privados como en hospitales generales y monográficos. Para la obtención de datos en torno a la morbilidad hospitalaria se ha empleado en el presente estudio la EMH, considerada como la más adecuada para la obtención de información sobre morbilidad hospitalaria.

Las fuentes estadísticas que han servido como fuentes de información en este estudio utilizan metodologías dispares. La EESRI no es una encuesta, sino un registro¹⁸. La información se recoge en este caso a través de un cuestionario de autocomplimentación. Se facilita a los hospitales un cuestionario que debe rellenar el propio hospital y en el que se pregunta por una serie de parámetros, como altas causadas en las diferentes áreas asistenciales durante un determinado año. La EMH¹⁹ es una encuesta con una *ratio* tamaño muestral/tamaño de la población objeto de estudio muy próxima al 0,9. La EMH sigue una metodología más compleja. La selección de los elementos muestrales se lleva a cabo en dos etapas: en una primera etapa se obtiene la muestra de hospitales y en una segunda etapa se seleccionan los enfermos dados de alta. Actualmente, la muestra de hospitales representa el 85% del total de centros hospitalarios y la cifra de enfermos que se obtiene de ella está en torno a los cuatro millones doscientas mil personas, lo que supone un 90% del total de altas hospitalarias que se producen anualmente en España. La EMH recoge información en torno a las altas hospitalarias causadas en España a partir de dos fuentes de información, el libro de registro de enfermos para los hospitales privados y el Conjunto Mínimo Básico de Datos para los hospitales públicos. Para el presente análisis fueron seleccionadas sólo las altas con un diagnóstico principal codificado con los valores de la CIE-9 comprendidos entre 290-319. La base de datos fue desagregada entre CCAA y se examinaron los valores correspondientes a los 25 años que han sido objeto de análisis en el presente estudio.

Con el fin de estudiar la magnitud de las diferencias entre CCAA y su incremento o decremento por lo que respecta a los indicadores presentados aquí se analizó el coeficiente de variación y su evolución a lo largo de la serie temporal para aquellas variables sobre las que se dispone de datos, ya que para la EESRI, como hemos señalado anteriormente, y como se refleja en los resultados, no disponemos de todos los datos para la serie temporal completa (1980-2004). Los cálculos referentes al coeficiente de variación se han efectuado prescindiendo de los datos relativos a Ceuta y Melilla por presentar valores extremos.

Tanto en el caso de la EMH como en el caso de la EESRI el valor de la variable estancias se establece en el momento del alta. La suma de las estancias causadas por un paciente se computan en el año durante el cual ese paciente fue dado de alta.

Por último, hemos de señalar que los datos que encontramos en las tablas de frecuencia de los informes anuales de la EESRI relativos a las camas en funcionamiento en el caso de Cantabria carecen de coherencia, ya que las camas en funcionamiento en hospital psiquiátrico superan a las camas en funcionamiento para el conjunto del área asistencial psiquiátrico.

Todas las tasas están calculadas por 10.000 habitantes.

RESULTADOS

Altas

Las altas han aumentado de forma creciente a lo largo del período 1980-2004 para el conjunto nacional. La tasa nacional de altas por patología psiquiátrica (CIE-9, códigos 290-319) ha pasado de 20,91 por 10.000 habitantes en el quinquenio 1980-1984 a 26,65 en el quinquenio 2000-2004, según datos obtenidos a partir de la EMH.

En la tabla 1, podemos observar la evolución de las tasas de altas para cada una de las CCAA y su situación actual según los datos obtenidos a partir de la EMH. Como se aprecia, casi todas las CCAA siguen una tendencia creciente por lo que respecta a las altas por patología psiquiátrica. Durante el último quinquenio, tan sólo Canarias y las Ciudades Autónomas siguen una tendencia marcadamente decreciente. De forma muy mitigada La Rioja y Murcia parecen también seguir una tendencia ligeramente decreciente por lo que respecta a las altas durante el último quinquenio. Por encima de la tasa nacional de altas psiquiátricas (26,65) calculada para el último quinquenio de la serie temporal, se encuentran las siguientes CCAA: Aragón, Asturias, Baleares, Castilla-León, Cataluña, Madrid, Navarra y País Vasco.

Tabla 1 Tasa de altas por 10.000 habitantes agrupada por quinquenios y desagregada por CCAA. Período de estudio 1980-2004

Tasa de altas	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004
Tasa nacional	20,91	22,32	22,82	26,19	26,65
Andalucía	19,29	15,98	16,82	18,15	18,81
Aragón	17,40	21,44	24,48	26,29	27,50
Asturias (Principado de)	21,40	19,41	24,63	26,68	29,53
Baleares (Illes)	24,41	27,63	31,02	32,72	36,02
Canarias	23,96	29,21	36,18	38,70	22,67
Cantabria	20,18	26,52	17,42	18,84	19,42
Castilla y León	25,03	27,37	27,26	28,15	30,87
Castilla-La Mancha	10,63	13,28	16,59	18,10	19,92
Cataluña	22,97	24,46	28,11	35,45	35,46
Comunidad Valenciana	11,56	15,06	16,00	19,32	22,25
Extremadura	15,54	22,80	18,01	21,67	25,10
Galicia	14,08	17,46	19,75	24,59	24,81
Madrid (Comunidad de)	30,95	30,98	25,08	27,52	27,92
Murcia (Región de)	27,23	27,47	24,29	26,61	26,15
Navarra (Comunidad Foral de)	35,67	38,05	25,59	32,33	34,91
País Vasco	18,60	22,14	23,70	31,54	35,17
Rioja (La)	24,98	19,66	20,75	22,01	21,51
Ceuta y Melilla	56,38	78,50	70,42	54,08	24,17
<i>Coefficiente de variación</i>	<i>0,31</i>	<i>0,27</i>	<i>0,24</i>	<i>0,24</i>	<i>0,22</i>

Fuente: EMH.

Las diferencias en la tasa de altas entre CCAA son sustanciales. En el último quinquenio (2000-2004) el rango para la tasa de altas se distribuye entre 18,81 de Andalucía y 36,02 altas por 10.000 habitantes de Baleares, según muestran los datos obtenidos a partir de la EMH. El coeficiente de variación entre CCAA calculado para la tasa de altas parece seguir una tendencia descendente (fig. 1).

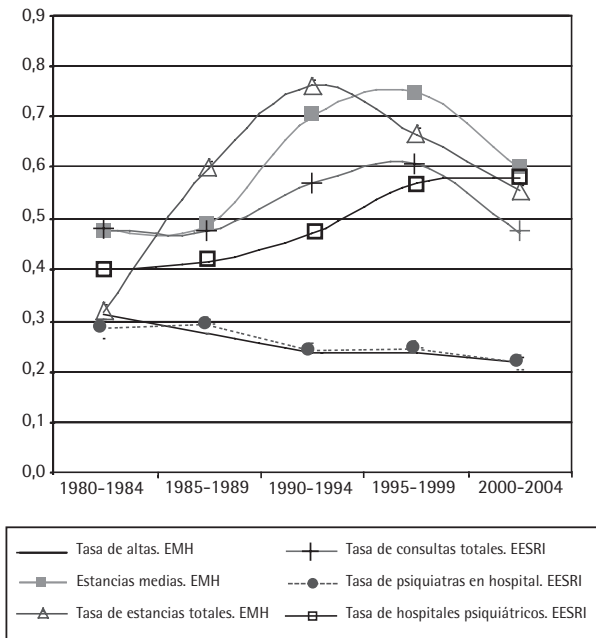


Figura 1 Coeficiente de Variación entre CCAA (1980-2004), calculado para diferentes variables. Fuente: EMH y EESRI.

Estancias medias

Las estancias medias para el conjunto nacional, han descendido progresivamente y de modo sustancial a lo largo del periodo objeto de estudio. En las estancias medias se refleja verdaderamente importantes diferencias entre CCAA. Como apreciamos en la tabla 2, el rango de la distribución es amplio. Durante el último quinquenio (2000-2004), según los datos obtenidos a partir de la EMH, el rango discurre entre los 10 días por alta de Ceuta y Melilla o los 13 días de media por alta en Asturias y los 99 días de Cantabria por alta por patología psiquiátrica (CIE-9, 290-319). Para el quinquenio (2000-2004) las estancias medias a nivel nacional se sitúan en los 35 días según los datos obtenidos a partir de la EMH.

La tendencia evolutiva es marcadamente descendente a lo largo de todo el periodo de estudio (1980-2004).

Por debajo de los 35 días de estancia por alta, correspondiente a la media de estancias calculada a nivel nacional pa-

ra el quinquenio 2000-2004, se sitúan Andalucía, Asturias, Baleares, Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid, Murcia y Ceuta y Melilla. Navarra presenta unos valores muy próximos a la media nacional. El resto de las CCAA, se sitúan por encima de los 35 días.

El coeficiente de variación entre CCAA para la estancia media por alta hospitalaria aumenta hasta el quinquenio 1995-1999, momento a partir del cual el valor del coeficiente comienza a descender, según los datos obtenidos a partir de la EMH (fig. 1).

La relación entre número de altas y estancia media es un reflejo parcial del modelo asistencial. Para poner de relieve las diferencias entre CCAA por lo que se refiere a la relación entre los indicadores de morbilidad asistida presentados aquí, pondremos como ejemplo la ilustración correspondiente a la figura 2, en el que se visualiza la tasa de altas y estancia media de cada CCAA obtenidas a partir de la explotación de datos de la EHM para el último quinquenio de la serie temporal analizada, 2000-2004.

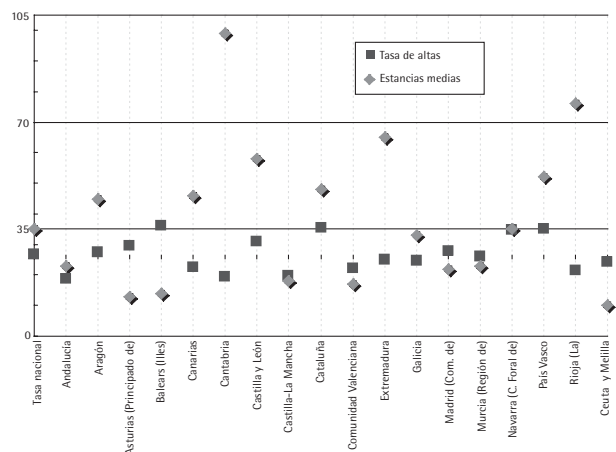


Figura 2 Estancia media y tasa de altas por CCAA, Período: 2000-2004. Fuente: EMH.

Estancias totales

El análisis de la evolución en la tasa de estancias totales (tabla 3) parece indicar una importante disminución en el volumen de personas atendidas hospitalariamente en un momento dado por patología mental (CIE-9, 290-319).

El rango de la distribución de la tasa de estancias es muy amplio, las diferencias entre CCAA son de gran magnitud: para el quinquenio 2000-2004, la distribución discurre, si atendemos a los resultados obtenidos a través de la EMH, entre los 240 días de estancia por 10.000 habitantes en las Ciudades Autónomas o los 354 de Castilla-La Mancha como valores

Tabla 2 Estancia media por alta hospitalaria, agrupada por quinquenios y desagregada por CCAA. Período de estudio 1980-2004					
Estancias medias	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004
Tasa nacional	154	127	118	63	35
Andalucía	133	109	129	32	23
Aragón	293	291	189	99	45
Asturias (Principado de)	217	178	98	42	13
Balears (Illes)	140	37	93	41	14
Canarias	56	92	129	46	46
Cantabria	182	136	197	218	99
Castilla y León	208	156	241	172	58
Castilla-La Mancha	429	157	97	32	18
Cataluña	148	122	117	82	48
Comunidad Valenciana	152	210	43	24	17
Extremadura	200	147	96	125	65
Galicia	188	95	81	52	33
Madrid (Comunidad de)	103	60	65	25	22
Murcia (Región de)	99	227	37	30	23
Navarra (Comunidad Foral de)	109	252	434	52	35
País Vasco	219	110	118	80	52
Rioja (La)	194	302	303	128	76
Ceuta y Melilla	15	20	10	8	10
<i>Coefficiente de variación</i>	<i>0,47</i>	<i>0,49</i>	<i>0,70</i>	<i>0,75</i>	<i>0,60</i>

Fuente: EMH.

más bajos, a los 1.918 de Cantabria o los 1.796 de Castilla León que cuentan con las tasas de estancias mas elevadas. Por encima de la media nacional se sitúan las siguientes CCAA:

Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Navarra, País Vasco y La Rioja. Por debajo de la tasa nacional se sitúan el resto de las CCAA.

Tabla 3 Tasa de estancia por 10.000 habitantes, agrupada por quinquenios y desagregada por CCAA. Período de estudio 1980-2004					
Tasa de estancias totales	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004
Tasa nacional	3.229	2.843	2.688	1.639	942
Andalucía	2.563	1.748	2.165	577	426
Aragón	5.096	6.246	4.627	2.605	1.248
Asturias (Principado de)	4.640	3.457	2.424	1.120	383
Balears (Illes)	3.409	1.015	2.877	1.330	494
Canarias	1.338	2.699	4.673	1.783	1.044
Cantabria	3.680	3.595	3.430	4.104	1.918
Castilla y León	5.217	4.267	6.555	4.834	1.796
Castilla-La Mancha	4.559	2.089	1.611	587	354
Cataluña	3.393	2.977	3.287	2.904	1.687
Comunidad Valenciana	1.758	3.158	689	461	389
Extremadura	3.106	3.348	1.735	2.702	1.637
Galicia	2.652	1.665	1.608	1.290	821
Madrid (Comunidad de)	3.193	1.870	1.619	701	613
Murcia (Región de)	2.694	6.247	900	793	592
Navarra (Comunidad Foral de)	3.874	9.581	11.096	1.667	1.227
País Vasco	4.069	2.432	2.808	2.520	1.814
Rioja (La)	4.853	5.934	6.296	2.812	1.636
Ceuta y Melilla	863	1.575	711	434	240
<i>Coefficiente de variación</i>	<i>0,32</i>	<i>0,60</i>	<i>0,76</i>	<i>0,67</i>	<i>0,55</i>

Fuente: EMH.

La EMH refleja un incremento de los valores del coeficiente de variación hasta el quinquenio 1990-1994. En los posteriores quinquenios el valor de la tasa tiende a disminuir (fig. 1).

Consultas totales

La tasa de consultas totales en el área de psiquiatría crece de una forma exponencial en el conjunto del territorio (fig. 3). La tasa nacional durante el quinquenio 2000-2004 se sitúa en 646,63 por 10.000 habitantes, casi el doble que en el quinquenio anterior. Si desagregamos los datos por CCAA encontramos grandes diferencias. El rango de consultas totales por CCAA oscila entre 168,28 en el País Vasco a 1.367,81 por 10.000 habitantes en Murcia. En la tabla 4, tasa de consultas totales, podemos apreciar estas diferencias.

En todas las CCAA la tasa de consultas totales crece, pero no con la misma intensidad. En las CCAA donde crece con menos intensidad se dan también unas tasas de consultas totales más bajas; destacan en este sentido, el País Vasco, Navarra y Asturias. En el otro extremo, como podemos apreciar en la tabla, encontramos las CCAA de Madrid, Galicia o Murcia.

El coeficiente de variación aumentó hasta el quinquenio 1995-1999, momento a partir del cual comienza un decremento.

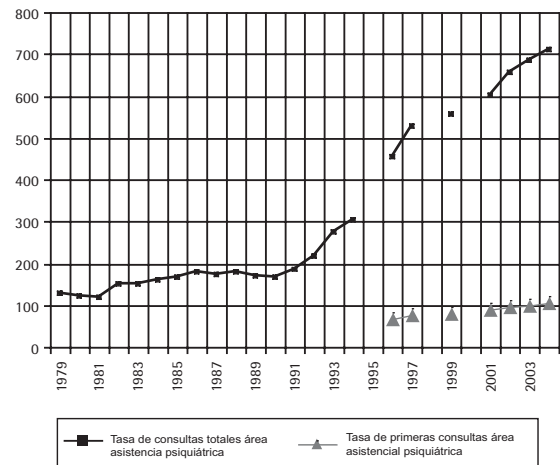


Figura 3 Tasa de consultas totales y primeras consultas en España (1980-2004). Fuente: EESRI.

Tasa de psiquiatras

En relación a la tasa de psiquiatras en atención hospitalaria (tabla 5) se ha producido un ligero ascenso del número de psiquiatras en un período de 25 años. En el último quinquenio se mantiene con los mismos valores que en el anterior, 0,56 por 10.000 habitantes. El rango de la distribución de la tasa por CCAA abarca desde 0,35 de Asturias a 0,76

Tabla 4 Consultas totales, agrupada por quinquenios y desagregada por CCAA. Período de estudio 1980-2004

Tasa de consultas totales	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004
Media nacional	140,58	173,87	229,54	367,96	646,63
Andalucía	88,05	106,31	178,28	734,03	567,57
Aragón	172,56	269,26	358,05	225,27	741,42
Asturias (Principado de)	139,57	93,96	108,82	498,70	258,35
Baleares (Illes)	93,48	143,88	178,50	616,47	549,72
Canarias	98,13	120,08	277,33	564,63	778,46
Cantabria	119,85	142,30	99,65	498,05	703,37
Castilla-La Mancha	125,72	160,07	367,22	604,97	605,06
Castilla y León	113,62	193,95	298,47	418,46	726,68
Cataluña	258,70	329,12	325,20	144,25	614,39
Comunidad Valenciana	61,21	110,63	107,30	362,14	457,97
Extremadura	39,82	49,13	132,87	763,23	434,36
Galicia	130,69	187,38	352,38	598,88	1.061,11
Madrid (Comunidad de)	206,99	202,64	250,56	1.110,28	841,86
Murcia (Región de)	98,76	100,97	193,15	169,95	1.367,81
Navarra (Comunidad Foral de)	178,97	183,38	93,66	131,99	246,78
País Vasco	117,27	101,39	55,03	2,89	168,28
Rioja (La)	28,05	71,24	19,70	604,32	544,61
Ceuta y Melilla	216,64	418,19	632,80	604,32	689,91
Coefficiente de variación	0,48	0,48	0,57	0,61	0,47

Fuente: EESRI.

Tabla 5 Tasa de psiquiatras en atención hospitalaria, agrupada por quinquenios y desagregada por CCAA. Período de estudio 1980-2004

Tasa de psiquiatras en atención primaria	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004
Tasa nacional	0,42	0,44	0,51	0,56	0,56
Andalucía	0,32	0,37	0,49	0,54	0,55
Aragón	0,39	0,46	0,56	0,64	0,76
Asturias (Principado de)	0,38	0,35	0,40	0,33	0,35
Baleares (Illes)	0,46	0,66	0,65	0,64	0,55
Canarias	0,48	0,51	0,58	0,66	0,54
Cantabria	0,36	0,35	0,47	0,58	0,63
Castilla-La Mancha	0,28	0,30	0,42	0,41	0,45
Castilla y León	0,47	0,53	0,56	0,63	0,61
Cataluña	0,60	0,61	0,64	0,72	0,76
Comunidad Valenciana	0,32	0,25	0,25	0,30	0,41
Extremadura	0,16	0,18	0,30	0,31	0,40
Galicia	0,33	0,42	0,56	0,63	0,58
Madrid (Comunidad de)	0,53	0,52	0,64	0,65	0,55
Murcia (Región de)	0,36	0,46	0,47	0,62	0,44
Navarra (Comunidad Foral de)	0,61	0,50	0,39	0,52	0,50
País Vasco	0,38	0,43	0,43	0,52	0,47
Rioja (La)	0,38	0,42	0,46	0,55	0,50
Ceuta y Melilla	0,38	0,47	0,54	0,41	0,40
<i>Coefficiente de variación</i>	<i>0,28</i>	<i>0,29</i>	<i>0,24</i>	<i>0,24</i>	<i>0,22</i>

Fuente: EESRI.

psiquiatras por 10.000 habitantes en Cataluña, una diferencia muy marcada. Por encima de la media se encuentran Galicia, Castilla León, Cantabria, Aragón y Cataluña. Las tasas más bajas corresponden a Asturias, Extremadura, Ceuta y Melilla o Comunidad Valenciana.

El coeficiente de variación sufre un decremento a lo largo del período analizado.

Hospitales psiquiátricos

En la tabla 6, aparece reflejada la tasa de hospitales psiquiátricos por 10.000 habitantes. Hemos querido acompañar los valores de las tasas del número de hospitales psiquiátricos con los valores en términos absolutos (media en el número de hospitales psiquiátricos para el quinquenio correspondiente).

La tasa nacional desciende a lo largo del período, particularmente en el quinquenio 1985-1989 y 1990-1994. Sólo en el País Vasco se presenta una tendencia creciente en la tasa de hospitales psiquiátricos a lo largo de todo el período de estudio. Los valores absolutos, no ya la tasa de hospitales psiquiátricos, también reflejarían un aumento de los hospitales psiquiátricos en Navarra, en la Comunidad Valenciana y en Cataluña. La tendencia por lo que respecta a la tasa es descendente en el resto de comunidades durante el último quinquenio 2000-2004.

El rango en la tasa de hospitales psiquiátricos por CCAA es también muy amplio. Así, por ejemplo Andalucía cuenta con una tasa de valor 0,008 y Navarra con 0,071 hospitales psiquiátricos por 10.000 habitantes.

El coeficiente de variación de la tasa de hospitales psiquiátricos se incrementa a lo largo de la serie temporal.

Camas en funcionamiento y primeras consultas

En relación a las camas en funcionamiento y primeras consultas (tabla 7) no disponemos de los datos para una serie temporal de 25 años desagregada por CCAA, por ello presentamos tan sólo los datos del último quinquenio, 2000-2004.

Las camas en funcionamiento entre CCAA presentan una gran disparidad. El rango de la distribución de las camas en funcionamiento del área de atención psiquiátrica se encuentra entre 1,52 de Ceuta y Melilla o 1,62 de Murcia como valores más bajos, a 9,83 de Castilla-León, como máximo valor. En cuanto a las camas en funcionamiento en hospital psiquiátrico, los valores también presentan un rango elevado: Ceuta y Melilla presentan un valor nulo, Asturias 1 cama por 10.000 habitantes y en el extremo opuesto encontramos que Cantabria dispone de 8,96 camas en hospital psiquiátrico por 10.000 habitantes. Y por último, la lectura de los datos relativos a las camas en funcionamiento no ubicados en

Tabla 6 Tasa de hospitales psiquiátricos, agrupada por quinquenios y desagregada por CCAA. Presentada entre paréntesis la media quinquenal del número de hospitales psiquiátricos en términos absolutos. Período de estudio 1980-2004

Tasa de hospitales psiquiátricos y número de hospitales psiquiátricos en términos absolutos	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004
Tasa nacional	0,036 (138)	0,028 (107)	0,023 (91)	0,022 (87)	0,021 (87)
Andalucía	0,019 (12)	0,018 (12)	0,008 (6)	0,007 (5)	0,008 (6)
Aragón	0,050 (6)	0,057 (7)	0,050 (6)	0,050 (6)	0,049 (6)
Asturias (Principado de)	0,035 (4)	0,036 (4)	0,035 (4)	0,028 (3)	0,022 (2)
Baleares (Illes)	0,015 (1)	0,015 (1)	0,014 (1)	0,013 (1)	0,011 (1)
Canarias	0,023 (3)	0,028 (4)	0,027 (4)	0,022 (4)	0,022 (4)
Cantabria	0,047 (2)	0,038 (2)	0,038 (2)	0,038 (2)	0,037 (2)
Castilla-La Mancha	0,035 (6)	0,035 (6)	0,031 (5)	0,028 (5)	0,025 (4)
Castilla y León	0,037 (10)	0,039 (10)	0,039 (10)	0,035 (9)	0,031 (8)
Cataluña	0,028 (17)	0,024 (15)	0,021 (13)	0,021 (13)	0,022 (15)
Comunidad Valenciana	0,013 (5)	0,014 (5)	0,011 (4)	0,014 (6)	0,013 (6)
Extremadura	0,019 (2)	0,019 (2)	0,019 (2)	0,019 (2)	0,019 (2)
Galicia	0,043 (12)	0,044 (12)	0,038 (10)	0,029 (8)	0,022 (6)
Madrid (Comunidad de)	0,037 (17)	0,027 (13)	0,019 (9)	0,016 (8)	0,016 (9)
Murcia (Región de)	0,021 (2)	0,020 (2)	0,019 (2)	0,018 (2)	0,018 (2)
Navarra (Comunidad Foral de)	0,059 (3)	0,058 (3)	0,057 (3)	0,075 (4)	0,071 (4)
País Vasco	0,035 (8)	0,037 (8)	0,038 (8)	0,042 (9)	0,043 (9)
Rioja (La)	0,039 (1)	0,038 (1)	0,038 (1)	0,038 (1)	0,036 (1)
Ceuta y Melilla	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<i>Coefficiente de variación de las tasas de hospitales psiquiátricos</i>	0,40	0,42	0,47	0,57	0,58

Fuente: EESRI.

hospital psiquiátrico revelan una disparidad también contundente. El recorrido del rango no puede ser más amplio: de 0,45 de Extremadura a 2,9 en el caso de Galicia. Como ya señalamos en el apartado de metodología del presente artículo los datos relativos a las camas en funcionamiento en el caso de Cantabria carecen de coherencia, de ahí que en la tabla 7 aparezca un número negativo.

Las primeras consultas presentan unas diferencias todavía más marcadas. El valor más bajo corresponde al País Vasco con 16,89 primeras consultas por 10.000 habitantes. Las Ciudades Autónomas y Murcia presentan los valores más altos con tasas de 205,65 y 200,88, respectivamente. La *ratio* de las consultas por las primeras consultas es de 6,70, como podemos apreciar en la última columna de la tabla 7. Las Ciudades Autónomas y Castilla-La Mancha presentan los valores más bajos, 3,35 y 4,72, respectivamente. Cataluña presenta el valor más alto, 8,99.

Hemos de presentar especial atención a algunos de los datos a nivel nacional, de gran interés por su significación en lo relativo al modelo de atención adoptado y situación de la asistencia psiquiátrica actual. Así por ejemplo, observamos que 4 de cada 5 camas en funcionamiento para el conjunto del área asistencial se ubican en hospital psiquiá-

trico. Hemos de llamar la atención sobre la elevada tasa de primeras consultas, ya que cada año se produce casi un 1% de primeras consultas en psiquiatría. Casi un 1% de la población acude a una consulta de psiquiatría. También podemos apreciar (tabla 4 y fig. 3) como las consultas totales han experimentado un crecimiento notable a partir de 1991. En el periodo comprendido entre 1996 y 2004 las primeras consultas se multiplicaron por 1,56, y las consultas totales por 1,57. En 1996 se produjeron 6,63 consultas totales por primera consulta. En 2004 se produjeron 6,68 consultas totales por primera consulta en el área de psiquiatría.

CONCLUSIONES

De los datos presentados en este estudio podemos hacer una lectura sobre la evolución de estas variables a nivel nacional (fig. 4). Destaca el incremento progresivo en la tasa de altas y el descenso paralelo de las estancias medias y del volumen de estancias totales por patología psiquiátrica (CIE-9, criterios 290-319). La relación entre estas variables parece estar claramente perfilada a nivel nacional, si bien se haría necesario el estudio de los ingresos para determinar con precisión la relación entre estos indicadores.

Tabla 7 Tasa de camas en funcionamiento y primeras consultas, agrupada por quinquenios y desagregada por CCAA. Período de estudio 2000-2004

	Camas en funcionamiento por área asistencial		Camas es funcionamiento por hospital psiquiátrico		Camas en funcionamiento no ubicadas en psiquiátrico		Primeras consultas en los establecimientos sanitarios por área asistencial		Total de consultas por primera consulta	
	Tasa	Proporción entre tasa CCAA/nacional	Tasa	Proporción entre tasa CCAA/nacional	Tasa	Proporción entre tasa CCAA/nacional	Tasa	Proporción entre tasa CCAA/nacional	Tasa	Proporción entre tasa CCAA/nacional
Andalucía	2,21	0,45	1,45	0,36	0,76	0,84	90,32	0,94	6,28	0,94
Aragón	8,27	1,68	7,32	1,82	0,96	1,06	96,50	1,00	7,68	1,15
Asturia	1,80	0,37	1,00	0,25	0,80	0,89	30,39	0,31	8,50	1,27
Balears	3,71	0,75	2,86	0,71	0,86	0,95	93,59	0,97	5,87	0,88
Canarias	3,38	0,69	2,02	0,50	1,36	1,51	124,71	1,29	6,24	0,93
Cantabria	6,37	1,29	8,96	2,23	-2,59	-2,88	110,65	1,15	6,36	0,95
Castilla-La Mancha	3,44	0,70	2,81	0,70	0,63	0,70	128,30	1,33	4,72	0,70
Castilla y León	9,83	2,00	8,12	2,02	1,71	1,90	102,03	1,06	7,12	1,06
Cataluña	7,66	1,56	7,02	1,75	0,64	0,71	68,35	0,71	8,99	1,34
Comunidad Valenciana	1,93	0,39	1,19	0,30	0,74	0,82	70,67	0,73	6,48	0,97
Extremadura	8,59	1,74	8,14	2,02	0,45	0,50	83,48	0,86	5,20	0,78
Galicia	4,45	0,90	1,55	0,39	2,90	3,21	178,68	1,85	5,94	0,89
Madrid	4,67	0,95	4,10	1,02	0,57	0,63	121,15	1,26	6,95	1,04
Murcia	1,62	0,33	1,12	0,28	0,49	0,55	200,88	2,08	6,81	1,02
Navarra	6,87	1,39	5,36	1,33	1,51	1,67	31,98	0,33	7,72	1,15
País Vasco	9,59	1,95	8,70	2,16	0,90	1,00	16,89	0,17	9,96	1,49
Rioja (La)	7,37	1,50	6,44	1,60	0,93	1,03	97,11	1,01	5,61	0,84
Ceuta y Melilla	1,52	0,31	0,00	0,00	1,52	1,69	205,65	2,13	3,35	0,50
Tasa nacional	4,92	1,00	4,02	1,00	0,90	1,00	96,53	1,00	6,70	1,00

Fuente: ESSRI.

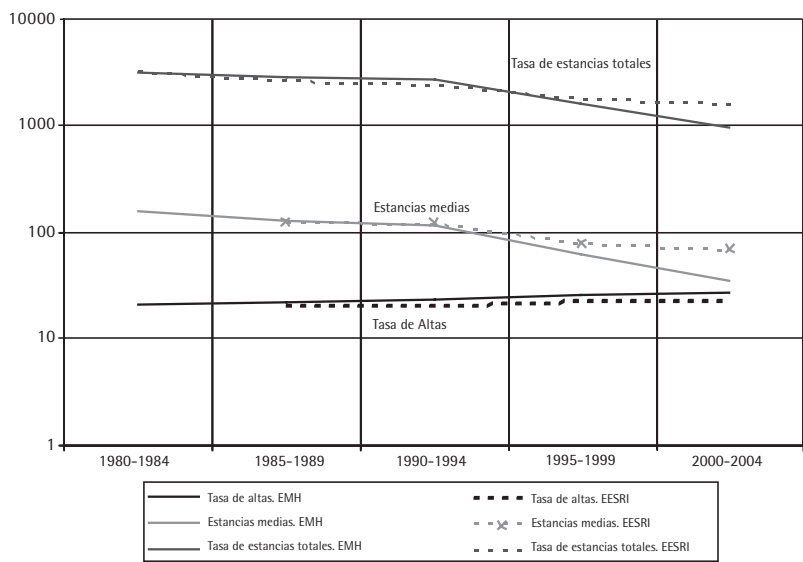


Figura 4 Tasa de altas, estancias totales y medias. España 1980-2004. Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI) y Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (EMH).

Es importante e interesante observar cómo la relación entre tasa de altas y estancia media difiere considerablemente entre CCAA cuando, *a priori* (fig. 2) y por los datos obtenidos en análisis longitudinales complementarios en otras líneas de investigación que estamos efectuando, observamos que existe una relación inversamente proporcional entre estancia media y tasa de ingresos a nivel nacional a lo largo de la serie temporal. Sin embargo, no sólo no se mantiene una relación proporcional como la señalada a nivel nacional entre las diferentes CCAA para estas variables, sino que en muchos casos una estancia media baja no implica una tasa alta de ingresos. Esto indicaría la existencia de unos modelos asistenciales cualitativamente diferentes entre CCAA. Como hipótesis de trabajo manejamos la posibilidad de que en determinadas patologías se estén desarrollando unas pautas asistenciales muy diferentes, si bien las diferencias que observamos en la relación entre estancias medias y altas también podrían estar mediadas por unos niveles de reingresos muy dispares.

Estas hipótesis de trabajo deberán ser exploradas en posteriores estudios para determinar el comportamiento y peso diferencial de las variables reingresos, estancias totales y estancias medias entre CCAA. Constituyen, a nuestro juicio, líneas de investigación futuras de interés.

En relación a las consultas atendidas en hospital, observamos un incremento extraordinario de las consultas totales durante los últimos dos decenios. Este crecimiento, que comienza en la década de 1990, se acompaña de un incremento en la misma proporción en las primeras consultas. Durante la última década de la que disponemos de datos, tanto las primeras consultas como las consultas totales aumentan anualmente un 6%. Además de presentar un alto incremento anual hemos de señalar el elevado valor de estas tasas²⁰⁻²². Casi un 1% de la población acude al psiquiatra en primera consulta al año. A pesar de ello, hemos de destacar el escaso incremento de psiquiatras en atención hospitalaria por habitante a lo largo de la serie temporal.

El estancamiento en la disminución de hospitales psiquiátricos y la elevada tasa de camas en funcionamiento en el hospital psiquiátrico en comparación con la tasa de camas en funcionamiento ubicadas en hospitales no clasificadas como psiquiátricos (tabla 7) sugieren una dependencia importante del hospital psiquiátrico²³ en la asistencia en salud mental²⁴⁻²⁶.

Las diferencias entre CCAA, en todas las variables analizadas, son sustanciales^{27,28}: altas, estancia media, estancias totales, consultas totales y primeras consultas, número de psiquiatras en atención hospitalaria por habitantes, hospitales psiquiátricos y camas en funcionamiento tanto por finalidad asistencial como por área asistencial. El rango de la distribución para estas variables desagregadas por CCAA es muy amplio, las tasas para determinadas CCAA pueden representar múltiplos elevados de la tasa nacional. Los datos que presentamos en los resultados están referidos a la evolución histórica en estos indicadores desagregados por CCAA, haciendo especial hincapié en el último quinquenio de la serie temporal.

La evolución en los valores del coeficiente de variación para las variables analizadas en este estudio no pueden interpretarse como un mero reflejo del incremento o decremento en las diferencias entre CCAA por lo que al modelo asistencial psiquiátrico se refiere, pero no deja de constituir un indicador de valor relativo a la hora de preguntarnos por estas diferencias y su evolución a lo largo de la serie temporal con respecto a las variables aquí analizadas. El coeficiente de variación (fig. 1) refleja un decremento en el valor de dispersión entre estos indicadores, por lo que respecta a las estancias totales y estancias medias, durante el último período analizado. Durante los primeros quinquenios de la serie el coeficiente de variación para las estancias fue incrementándose progresivamente. Un comportamiento similar se presenta en el coeficiente de variación de las consultas totales, que se incrementó durante la primera mitad de la serie temporal y durante la última década sufre un decremento. El coeficiente de variación de las altas ha ido sufriendo un decremento a lo largo de toda la serie temporal analizada, menos acusado que en el caso del coeficiente de variación de las estancias durante el último período de la serie temporal analizada. Observamos también una tendencia descendente en la tasa de psiquiatras en atención hospitalaria, muy similar a la anterior, por lo que respecta a la evolución de este valor de dispersión. El coeficiente de variación para la tasa de hospitales psiquiátricos sufre un incremento a lo largo de la serie temporal analizada que tiende a estabilizarse en el último quinquenio.

Podemos decir que, si bien los valores del coeficiente de variación son altos en su globalidad y alguno de ellos sigue una tendencia actual ascendente (tasa de hospitales psiquiátricos), también observamos un decremento en muchas de las variables especificadas anteriormente (tasa de altas, tasa de estancias totales, estancias medias, tasa de consultas totales y tasa de psiquiatras en atención hospitalaria). Recalamos que esto no significa necesariamente que los modelos de atención se vayan haciendo más homogéneos, pero obviamente los valores de dispersión indican una tendencia a presentar menor variabilidad entre CCAA durante los últimos quinquenios para los indicadores hospitalarios señalados.

Se estudió detenidamente el contenido y la metodología empleados en las fuentes estadísticas utilizadas en este estudio y se seleccionó la EMH como la fuente de información más adecuada para el análisis de la morbilidad hospitalaria, es decir, de las altas y estancias hospitalarias. Tenemos que indicar a este respecto que los resultados obtenidos a partir de una fuente estadística y otra (EMH y EESRI) no coinciden, pero mantienen una *ratio* constante a nivel nacional, por lo que respecta a las altas a lo largo de toda la serie temporal y por lo que respecta a las estancias hasta el último decenio analizado. Las diferencias entre los datos que provienen de una fuente de información y otra son mayores por lo que respecta a las estancias causadas durante el quinquenio 1995-1999 y muy especialmente durante el quinquenio 2000-2004.

La EESRI refleja también un incremento de las altas hospitalarias, pero muestra valores que se mantienen por debajo de

los que se obtienen a partir de la EMH. A nivel nacional la diferencia entre los datos provenientes de una fuente estadística y otra (EMH y EESRI) mantienen una ratio estable a lo largo de toda la serie (valores obtenidos en la EESRI/valores obtenidos en la EMH = 0,9). En el último quinquenio de la serie, 2000-2004, la tasa de altas hospitalarias en el área de atención psiquiátrica es de 23,3 por 10.000 habitantes según los datos obtenidos en la EESRI, mientras la EMH presenta una tasa de altas de 26,65 para este mismo quinquenio. Las CCAA que mantienen valores por debajo o por encima de la tasa nacional, coinciden cuando comparamos los datos que provienen de una fuente estadística y otra, es decir, ambas fuentes de información muestran que por debajo de la tasa nacional se encuentran las mismas CCAA. Aunque coincidan las CCAA que se sitúan por encima o por debajo de la tasa nacional, no coinciden con los mismos valores, ni ocupan la misma posición en una distribución en orden ascendente o descendente en lo que se refiere al valor de la tasa de alta.

Hemos de señalar que se produce una discrepancia importante en lo relativo a las tasas de estancias totales, y por consiguiente también en lo relativo a las estancias medias, entre las dos fuentes de información estadística utilizadas en este estudio (EESRI y EMH) durante los últimos dos quinquenios de la serie temporal y muy particularmente durante el quinquenio 2000-2004. La *ratio* entre los valores de una y otra fuente se mantuvo estable a lo largo de los anteriores quinquenios. Así, por ejemplo, a pesar de que durante los primeros quinquenios de la serie temporal analizada los valores de las estancias medias son muy similares entre la EMH y la EESRI (durante el quinquenio 1985-1989 la estancia media es de 127 en ambas fuentes), para el quinquenio 2000-2004 las estancias medias a nivel nacional se sitúan en 35 días según los datos obtenidos a partir de la EMH y en 69 días si atendemos a los resultados obtenidos utilizando como fuente de información la EESRI. En relación a las estancias totales hemos de señalar que realmente la *ratio* entre las tasas obtenidas a partir de una fuente estadística y otra se mantuvo estable durante los primeros tres quinquenios, con un valor aproximado de 0,9, de manera similar a lo observado entre las altas. Sin embargo, durante los quinquenios 1995-1999 y 2000-2004 se produce una diferenciación muy importante entre ambas bases de datos por lo que respecta a las estancias totales (y por consiguiente a las estancias medias) que son computadas en mayor medida en la EESRI. En el último quinquenio la *ratio* señalada casi duplica su valor con respecto a los quinquenios anteriores (valores obtenidos de la EESRI/valores obtenidos de la EMH = 1,7). A nivel nacional, entre 1980-1984, la tasa nacional presenta valores elevados de estancias muy similares en ambas fuentes de información: EMH (3.229) y EESRI (3.323). En definitiva, a partir del quinquenio 1990-1994, la tasa comienza un descenso muy importante, por lo que muestran ambas fuentes estadísticas. Sin embargo, observamos una discrepancia llamativa entre las dos fuentes de información (fig. 4). La tasa de estancias totales en la EESRI es mucho mayor que en la EMH en el último período de la serie, lo que explica a su vez las diferencias entre estancias medias según utilicemos una fuente de información u otra. La tasa de estancias totales para el último quinquenio es

de 942 según la EMH y de 1.615 si atendemos a los datos proporcionados por la EESRI.

El rango de la distribución por CCAA que presentan los datos obtenidos a partir de la EMH es muy amplio. La EESRI refleja rangos en la distribución de las variables de morbilidad igualmente amplios. Así por ejemplo, si en el último quinquenio (2000-2004) el rango para la tasa de altas se distribuye entre 18,81 de Andalucía y 36,02 de Baleares por lo que muestran los datos obtenidos a partir de la EMH, la EESRI muestra un rango con una amplitud muy similar, en el límite inferior se sitúa Cantabria (16,0) y en el superior Navarra (34,4). En relación a la estancia media el rango de la distribución por CCAA es todavía mayor en el caso de los resultados que podamos obtener a partir de la EESRI. Durante el último quinquenio (2000-2004), según los datos obtenidos a partir de la EMH, el rango discurre entre los 10 días por alta de Ceuta y Melilla o los 13 días de media por alta en Asturias y los 99 días de Cantabria por alta por patología psiquiátrica (CIE-9, 290-319). Según los datos obtenidos en la EESRI el rango oscilaría entre los 9 días en Ceuta y Melilla o los 23 días en el caso de Asturias y Murcia en el límite inferior y los 131 de Cantabria en el límite superior. Si atendemos a los resultados obtenidos a través de la EMH en relación a la tasa de estancias totales, el rango de la distribución oscila entre los 240 días de estancia por 10.000 habitantes en las Ciudades Autónomas o los 354 de Castilla-La Mancha como valores más bajos, a los 1.918 de Cantabria o los 1.796 de Castilla-León que cuentan con las tasas de estancia total más elevadas. Según los datos obtenidos el rango sería todavía más amplio en la EESRI que en la EMH por lo que respecta a la tasa de estancias. La EESRI muestra que los valores durante el último quinquenio oscilan entre 245 de las Ciudades Autónomas o 530 días de estancia por 10.000 habitantes en el caso de Murcia, como límites inferiores del rango, a los 3.356 del País Vasco o los 3.243 de Castilla-León, con los valores más altos en la distribución de la tasa por estancias.

En cualquier caso, hemos de recalcar que por encima de la media nacional se sitúan las mismas CCAA por lo que respecta a las altas y estancias medias y totales, utilicemos una fuente estadística u otra. Asimismo, ambas fuentes estadísticas muestran un incremento de las altas, y reducción de estancias totales y medias (fig. 4).

Debemos indicar que los datos obtenidos a partir de la EESRI son fácilmente sesgables por la metodología empleada en la recogida de datos de este registro, ya que mientras que en la EMH se hace una búsqueda activa de los datos que conformarán la estadística, a partir de dos bases documentales (el Libro de Registro, fundamentalmente para los hospitales privados, y el CMBD, para los hospitales públicos) la EESRI tan sólo se sirve de unos cuestionarios cumplimentados por el propio hospital.

Por lo que respecta a las estancias medias, el coeficiente de variación refleja un comportamiento similar con independencia de que se utilice una fuente de información u otra a la hora de calcular el valor de dispersión para este indicador, un incre-

mento al principio del período y un decremento en la segunda mitad del período estudiado. En relación a las altas, el coeficiente de variación sigue una tendencia moderadamente decreciente según los datos extraídos a partir de la EMH, una tendencia que se ve mitigada a partir de la década de 1990, ya que a partir de ese momento la tasa decrece muy poco, pasando de 0,24 en el quinquenio 1990-1994 a 0,22 en el quinquenio 2000-2004. Como en el caso del coeficiente de variación de las altas calculado a partir de los datos obtenidos en la EMH, el coeficiente de variación de las tasas de altas calculado a partir de los datos proporcionados en la EESRI refleja una moderada disminución de la variabilidad hasta 1990-1994. En este quinquenio el coeficiente de variación calculado a partir de la EESRI toma el valor de 0,25. A partir de esta década el coeficiente de variación se muestra estable, ni creciente ni decreciente, con un valor durante las últimas dos décadas de 0,26. En los coeficientes de variación relativos a las estancias totales se aprecia una discrepancia mucho mayor entre los valores de dispersión calculados a partir de una fuente estadística u otra. La EMH refleja un incremento de la variabilidad hasta 1990-1994 y un decremento a partir de entonces, mientras que el coeficiente de variación calculado a partir de los datos de la EESRI muestra un incremento a lo largo de todo el período. A pesar de la discrepancia en la tendencia y evolución de los indicadores de dispersión calculados a partir de una fuente estadística u otra los valores del coeficiente de variación, durante el último quinquenio prácticamente coinciden, provengan de una fuente u otra. En el caso de los cálculos efectuados a partir de los datos proporcionados por la EESRI el coeficiente de variación durante el quinquenio 2000-2004 se estima en 0,56. En el caso de los cálculos efectuados a partir de los datos proporcionados por la EMH el coeficiente de variación durante el quinquenio 2000-2004 se estima en 0,55. En este sentido los datos serían muy semejantes con independencia de que se utilice una fuente de información u otra, si bien, como se señalaba anteriormente, la tendencia mostrada entre una y otra fuente es diferente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración que nos han prestado nuestros compañeros de la AETS (ISCIII) Matilde Palma Ruiz y Cristina Asensio del Barrio.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;420:21-7.
- Cooper B. Epidemiology and prevention in the mental health field. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:9-15.
- Aparicio V. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Ediciones pirámide; 1997.
- Saraceno B, Funk M. Proyecto de política de Salud Mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- OMS. Mental health programmes: concepts and principles. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Espino A. La atención a la salud mental en España: estrategias y compromiso social. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 2006.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Páginas: 15207-15224. De la salud mental. Capítulo III. Artículo veinte (BOE n. 102 de 29/4/1986. Referencia: 1986/10499).
- Vázquez-Barquero JL, García, J, Torres-González F. Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience? *Acta Psychiatr Scand* 200;410:89-95.
- Huertas R, The role of mental health during the first attempts to transform psychiatric care in Spain. *Dynamis* 1995;15:193-209.
- García J, Vázquez-Barquero J. Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain. *Actas Esp Psiquiatr* 1999;27:281-91.
- Navarro A, Macia S, Yus G. Desigualdades sociales y regionales en la hospitalización de la población. *Reis* 1991;53:107-48.
- González G. La desinstitucionalización en la red de salud mental de Asturias (1984-1989). Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias, D.L.; 1992.
- Comelles JM, Martínez A. The dilemmas of chronicity: the transition of care policies from the authoritarian state to the welfare state in Spain. *Int J Soc Psychiatry* 1994;40:283-95.
- OPS. Dimensiones sociales de la salud mental. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1983.
- Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. Calidad de vida en los trastornos mentales. Ciudad: Elsevier-Masson; 2000.
- Moreno-Küstner B, Torres-González F, Godoy-García JF. Evaluación de Servicios de Salud Mental en el ámbito de la atención comunitaria. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30:253-8.
- Fernández-Rodríguez JL. Iniciación a la metodología de investigación en salud mental. Madrid: UNED; 2000.
- Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Madrid: Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2004.
- Dimensiones sociales de la salud mental. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1983.
- William E. The sociology of mental disorders. New York: Praeger; 1986.
- World Health Organization. Mental health and demographic factors. Geneva: World Health Organization; 1996.
- Medel-Herrero A, Sarria-Santamera A. Hospitales monográficos en atención psiquiátrica, análisis de indicadores hospitalarios desagregados por finalidad y área asistencial psiquiátrica. *Explotación de base de datos EESRI, Serie temporal 1979-2004*. *Anales de Psiquiatría* 2008;24(3):104-12.
- Espino A. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica debilidades y fortalezas Amenazas y oportunidades. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2002;81:39-61.
- World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
- Brundtland G. La salud mental en el siglo XXI. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2000;3:503-5.
- Salvador I. Observatorio de Salud Mental: Análisis de los recursos de salud mental en España. Madrid: AEN Cuadernos Técnicos; 2004.
- Informe de situación de salud mental. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.