

*Oscar Martínez Azumendi*

# ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA SECTORIZADA EN LAS TRES ÚLTIMAS DÉCADAS. EFECTOS SOBRE LOS INGRESOS DEL ÁREA URIBE COSTA EN VIZCAYA.

SECTORISED PSYCHIATRIC SERVICES IN THE LAST THREE DECADES. OBSERVED EFFECTS ON PSYCHIATRIC ADMISSIONS IN URIBE COSTA AREA IN BISCAV

## ■ RESUMEN

Se estudian el número de ingresos psiquiátricos de una determinada área de captación, antes y después de la creación de un servicio comunitario de salud mental, analizándose tasas, tiempos, vías y hospital de ingreso, tiempos de estancia y continuidad de cuidados posthospitalización.

*Palabras clave:* servicios comunitarios de salud mental, ingreso psiquiátrico, tiempo de estancia, continuidad de cuidados.

## ■ SUMMARY

All psychiatric admissions from a given catchment area, before and after the creation of a community mental health centre, are studied. Rates, length of stay, derivation and hospital of admission as well as continuity of care are studied and trends presented.

*Key words:* community psychiatric services, psychiatric admission, length of stay, continuity of care.



## ■ INTRODUCCION

La aparición de las corrientes desinstitucionalizadoras, junto a los nuevos enfoques asistenciales de tipo comunitario y sus adaptaciones subsiguientes (1-7), desplazaron el foco asistencial del hospital hacia los recién creados Centros de Salud Mental (CSM), que en nuestro entorno se fueron abriendo progresivamente, en su mayor parte durante las dos últimas décadas del siglo pasado.

Si bien en nuestro ámbito, los CSM no fueron creados para hacer frente a un proceso planificado de desinstitucionalización más o menos masiva como en otros lugares, en cualquier caso nacieron con un alto nivel de expectativas acerca de sus capacidades para evitar la institucionalización de nuevos pacientes, así como con un papel muy importante en la prevención de cierto número de ingresos psiquiátricos.

De una forma esquemática, resumíamos (8) en función de la revisión de los trabajos publicados hasta entonces que, tras la creación de un CSM y en relación con el ingreso psiquiátrico, podíamos esperar una serie de fenómenos:

- 1) Aumento de la demanda de atención en general y de las hospitalizaciones en particular, en un primer momento.
- 2) Aparición de un fenómeno de «saturación» tras los primeros años.
- 3) Disminución de las largas estancias hospitalarias
- 4) Tendencia a hospitalizaciones más cortas con aparición del fenómeno de «puerta giratoria».
- 5) Posibilidad de aumento en el número de ingresos, incluso favorecidos desde el ámbito ambulatorio, si no se desarrollan a la vez recursos alternativos.

El tiempo ha ido matizando muchos de los primeros objetivos asistenciales, así como nos ha enfrentado con nuevas necesidades clínicas y actitudes de la población que demandan una atención que en los primeros años no era tan evidente. De esta forma, parte del debate asistencial parece haberse desplazado de la preocupación acerca del papel jugado por el ingreso psiquiátrico en el tratamiento de la enfermedad mental severa y posibles respuestas alternativas, a la situación de desbordamiento percibida en los CSM, fundamentalmente a cuenta de los que ha venido a llamarse «patologías menores».

En este contexto, no deja de tener interés que por un momento volvamos nuestra atención a algunos de los interrogantes que nos planteábamos tiempo atrás. Para ello, reduplicaremos estudios anteriores, de los que disponemos datos de las dos décadas pasadas tanto tras la creación de un CSM, como tiempo antes de su aparición. La comparación con los datos actuales no sólo nos permitirá un mejor conocimiento de cómo han evolucionado algunos de nuestros presupuestos primitivos, sino que puede ser la mejor forma de conocer y recapacitar sobre aspectos asistenciales tan importantes como son el ingreso psiquiátrico y la interrelación asistencial y continuidad de cuidados entre CSM y hospital.

## ■ MATERIAL Y METODOS

El estudio se circunscribe a un sector asistencial delimitado, que es atendido por un único CSM en coordinación con Atención Primaria que resulta la vía de derivación y entrada más importante. En caso de necesitarse una hospitalización psiquiátrica, esta se realiza a petición del CSM o a través de las Urgencias médicas generales en una planta específica del hospital psiquiátrico que le corresponde por la sectorización existente.

El CSM, siendo uno de los más antiguos de la Comunidad Autónoma, tiene ya una relativamente dilatada historia asistencial. Creado en 1982, con el apoyo de diversos Ayuntamientos consorciados y la Diputación de Vizcaya, se integró plenamente en Osakidetza en 1990. Históricamente atiende la salud mental ambulatoria de los 9 municipios que conforman Uribe Costa (140.173 hab. en 2001). Asimismo cuenta con servicios adjuntos de Hospital de Día, Toxicomanías y Trastornos de la Alimentación que en este caso atienden al área completa de Uribe (191.578 hab.) resultante de la ampliación posterior de cobertura asistencial a 25 municipios con la adhesión de los Centros de Erandio y Derio.

Interesados en utilizar la riqueza de perspectiva comparativa que nos da la existencia de estudios en años anteriores (9-12), así como evitar en lo posible eventuales diferencias secundarias a la propia práctica asistencial de los diferentes centros, limitamos la población a estudiar a aquellas personas domiciliadas en el área de Uribe Costa y que necesitaron de un ingreso psiquiátrico en el sector público en el año 2002.

La información, clínica y administrativa, fue recogida tanto del Registro de Casos Psiquiátricos de Vizcaya y de su memoria para el año 2002 (13), así como de los archivos documentales e historias clínicas del propio CSM para el grupo de pacientes que hubieran estado en contacto con el Centro.

Como hicimos en años anteriores, consideramos ingreso psiquiátrico toda aquella estancia de más de 24 horas de duración en un servicio hospitalario de psiquiatría no dedicado específicamente a la desintoxicación de drogas ilegales. De esta forma se excluirían aquellos ingresos con entrada y salida el mismo día y que no se sigan de un traslado consecutivo a otro hospital o unidad (2 casos en el Hospital de Zamudio y 1 en «Boxes» del Hospital de Basurto). Asimismo no se consideran 6 casos ingresados en la Unidad de desintoxicación de Galdácano.

También siguiendo la misma metodología utilizada en años anteriores, consideraremos como un mismo episodio necesitado de ingreso todo el lapso temporal que un paciente permanezca hospitalizado, con independencia de posibles traslados que pueda sufrir entre hospitales o unidades de un mismo hospital. A pesar del posible interés que pueda tener la consideración de los ingresos administrativos totales, no controlar la existencia de este tipo de traslados no hace sino aumentar de forma artificiosa el número de ingresos, disminuyendo de la misma forma el tiempo medio

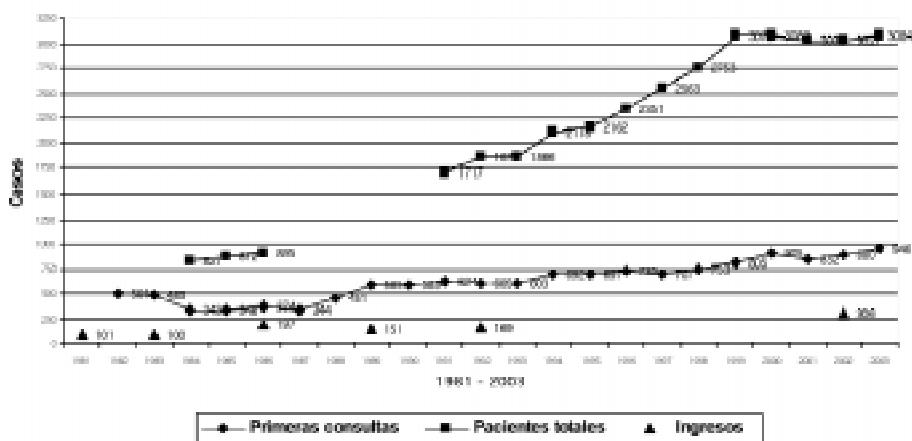


de estancia de los pacientes (14). Por este mismo motivo y de igual forma que definimos en ocasiones anteriores como mejor forma de controlar posibles situaciones como ensayos de alta, fines de semana o vuelta de fugas, 7 episodios de ingreso con menos de 72 horas entre el alta y un posterior reingreso han sido igualmente unidos. A la hora de considerar el hospital de ingreso, en los casos en que se han unido alguno de los ingresos entre si, no existe problema alguno cuando son trasladados entre plantas o pabellones de un mismo hospital, mientras que cuando se trata de traslados entre hospitales, se atribuye el ingreso al hospital donde el paciente permanece más tiempo ingresado.

## ■ RESULTADOS

### Tasas de ingreso

Contando con la perspectiva numérica de años anteriores, en el 2002 se observa un importante incremento en el número de ingresos, que llega a triplicar a los observados en 1981 y que, aparte de políticas o prácticas asistenciales concretas, a simple vista parece correlacionar directamente con el espectacular incremento en la carga asistencial ambulatoria observada en el trascurso de estas dos décadas (Figura 1).



Sin unir todavía los diferentes ingresos consecutivos entre si, en 2002 se encuentran un total de 383 ingresos del área a estudio, lo que se corresponden con una tasa anual de 27,34/10.000 habitantes (31,07 observable en el resto de Vizcaya) o de 31,56/10.000 habitantes mayores de 14 años (34,98 en el resto de Vizcaya). Al unir estos ingresos según se ha descrito anteriormente, se convierten en 306 (reducción del 20,1 %), que se corresponde con una tasa anual de 21,85/10.000 habitantes

(tabla I) o de 25,22/10.000 habitantes mayores de 15 años. En este caso no disponemos de tasas comparables en el resto de Vizcaya, al no poder controlar los diferentes trasladados. De todas formas, y aún manteniéndose bajo la media observable en el resto de Vizcaya, la tasa de ingreso es más del doble de la observable hace dos décadas. Cabe considerar, además, que el incremento observado en el número de ingresos a partir de 1986, aunque de poca importancia, sería ligeramente superior en caso de mantenerse los ingresos específicos de desintoxicación (6 en 2002), previsiblemente incluidos dentro del resto de ingresos en años anteriores y que a partir de entonces se excluyeron del estudio con la aparición de la Unidad de Desintoxicación de Galdacano.

#### Características sociodemográficas y diagnósticas

El mayor número de ingresos observados este año, no parece justificarse exclusivamente por un incremento en el número de ingresos que realiza una misma persona a lo largo del año (puerta giratoria), encontrando 166 casos con 1 único ingreso, 31 con 2, 16 con 3, 5 con 4 y 2 con 5). A pesar de ser el año estudiado con una mayor tasa de reingresos (en ese mismo año para las altas previas durante el mismo), la totalidad de ingresos registrados son realizados por 220 personas diferentes, lo que supone un importante incremento con respecto a años anteriores (tabla I).

Tabla I  
Evolución en el número y tasas de ingreso 1981-2002, en Uribe Costa  
(con episodios consecutivos unidos entre si) y resto de Vizcaya  
(sin unir episodios consecutivos).

La ausencia de unión de episodios justifica cierta sobreestimación de la tasa encontrada en el resto de Vizcaya al compararlo con UC, que no invalida la tendencia observable. En el año 2002 se presentan también los ingresos totales (sin unir) como mejor forma de comparación con los datos disponibles para el resto de Vizcaya. Los datos de población son referidos al censo disponible inmediatamente antes del año a estudio.

	1981	1983	1986	1989	1992	2002
Población Uribe Costa	110.819	115.628	120.936	126.321	126.705	140.073
Ingresos del área	101	100	197	151	169	306 (383 sin unir)
Ing./10.000 hab.	9,11	8,65	16,29	11,95	13,34	21,85 (27,34 sin unir)
Personas diferentes	92	84	142	119	138	220
% de reingresos en el mismo año	8,9	16,0	27,9	21,2	18,3	28,1
Pobl. resto Vizcaya	1.078.459	1.089.131	1.056.171	1.056.623	1.028.401	982.564
Ing. resto Vizcaya	1137	1312	1586	1633	2106	3053
Ing./10.000 hab.	10,54	12,05	15,02	15,45	20,48	31,07



Comparando algunas de las principales variables sociodemográficas del grupo de personas que ingresa con la población de origen mediante la prueba del Chi<sup>2</sup>, a diferencia de años anteriores, ni el estado civil, ni municipio de residencia o lugar de nacimiento (dentro o fuera de la provincia), se asocian con diferencias significativas frente al resto de la población. Por el contrario y también de forma diferencial frente a años anteriores, se observa una mayor frecuencia de lo esperable en los ingresos de los varones. En relación con la edad, los grupos de edad de 30 a 39 y 40 a 49 se encuentran sobrerepresentados, mientras que los grupos de edad mayores de 70 años aparecen en menor proporción de lo esperable. En la Tabla II se compara la proporción de personas necesitadas de ingreso a lo largo de los años, por agrupaciones de edad. Observamos que parecen disminuir proporcionalmente los ingresos para el grupo de edad entre 20-29 años, incrementándose entre 30-39 y 40-49.

**Tabla II**  
Evolución temporal en los porcentajes de ingreso por grupo de edad  
(sobre casos únicos anuales).

	1981	1983	1986	1989	1992	2002
15-19	6,5	0,0	7,8	5,0	2,9	5,0
20-29	30,4	32,5	25,5	41,2	15,2	17,3
30-39	20,7	22,9	22,0	21,8	29,0	28,6
40-49	18,5	12,0	18,4	9,2	20,3	24,1
50-59	15,2	19,3	16,3	12,6	13,8	10,9
60-69	7,6	8,4	5,0	7,6	8,7	8,6
70-79	1,1	3,6	4,3	2,5	6,5	4,1
> 80	0,0	1,2	0,7	0,0	3,6	1,4
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En relación con el diagnóstico, con un 1 % de los casos sin diagnosticar, predominan los trastornos esquizofrénicos u otras psicosis no orgánicas o afectivas (43,1 %). Le siguen aquellos otros con un trastorno afectivo (20,3 %); neurosis (14,7 %); toxicomanía (6,2 %) y alcoholismo (5,9 %). Una mínima parte de los ingresos totales se corresponden a trastornos de personalidad (4,2 %); psicosis orgánicas (2,0 %) y otros (2,6 %).

Agrupando aún más los diagnósticos según la clasificación utilizada tiempo atrás, y sin que esto presuponga implicación o similitud etiológica alguna, en la tabla III se presenta la evolución temporal en las proporciones de los diferentes diagnósticos. Observamos una marcada disminución proporcional de los ingresos por alcoholismo y otros trastornos, a favor de los grupos de las neurosis y trastornos de personalidad y psicosis «funcionales». En el caso de las toxicomanías no alcohólicas, si bien han disminuido en comparación a los primeros años, aumentan al compararlos con años más recientes.

**Tabla III**  
 Evolución temporal observable en la distribución por diagnósticos  
 de los ingresos totales anuales.

	1981	1983	1986	1989	1992	2002
Psicosis «orgánicas»	1,0	3,0	2,0	3,3	1,8	2,0
Psicosis «funcionales»	41,6	42,0	52,8	60,3	57,4	63,4
Neurosis y Trastornos de Personalidad	9,9	11,0	13,2	10,6	16,6	19,0
Alcoholismo	19,8	15,0	16,2	12,6	14,2	5,9
Toxicomanías	16,8	13,0	2,5	3,3	1,2	6,2
Otros	9,9	15,0	10,7	9,9	8,9	2,6
No consta	1,0	1,0	2,5	0,0	0,0	1,0

#### Vía de ingreso

La mayoría de los ingresos son realizados por personas conocidas previamente por el CSM, contando un 82,7 % de ellos con historia clínica abierta en él con anterioridad al primer ingreso sufrido ese año. Aún así, merece la pena resaltar que aproximadamente uno de cada cinco de los primeros ingresos del año corresponde a una persona desconocida previamente por el CSM. Según el modelo propuesto por Goldberg y Huxley (15), aparentemente entran directamente al 5º nivel del circuito asistencial especializado (ingreso hospitalario) sin pasar previamente por el 4º (atención ambulatoria especializada), al menos en lo que se refiere a los servicios públicos.

Considerando ahora los ingresos totales, podemos observar cómo en la medida que trascurren los años, cada vez es mayor la proporción de ingresos que habían sido atendidos en algún momento previo por el CSM (tabla IV). Llama, sin embargo, la atención la marcada reducción proporcional de los ingresos ingresados directamente desde el propio CSM, siendo el número total de ellos incluso inferior a lo observado hace una década a pesar del importante incremento en el número de ingresos totales. Los ingresos realizados durante el fin de semana (14 %), cuando el CSM permanece cerrado, tampoco pueden justificar el mayor número sin intervención ambulatoria, así como la distribución del día de ingreso en uno y otro grupo a lo largo de la semana es muy similar, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas si retiramos los ingresos realizados en sábado y domingo.



Tabla IV

Casos conocidos por el CSM antes de su ingreso y aquellos iniciados directamente por él. (% de ingr. totales: porcentaje de ingresos remitidos por el CSM sobre los ingresos totales; % de ingr. con H<sup>a</sup> C: porcentajes sobre sólo aquellos ingresos que eran conocidos previamente por el CSM y tenían H<sup>a</sup> Clínica abierta con anterioridad a dicho ingreso).

	1981	1983	1986	1989	1992	2002
Total ingresos	101	100	197	151	169	306
Ingresos con H <sup>a</sup> C.						
previa en el CSM	-	51 (51,0 %)	135 (68,5 %)	111 (73,5 %)	136 (80,5 %)	262 (85,6 %)
Remitidos por CSM	-	21	53	46	64	66
% de ingr. totales	-	21,0	26,9	30,5	37,9	21,6
% de ingr. con H <sup>a</sup> C.	-	41,2	39,3	41,4	47,1	25,3

#### Hospital de ingreso.

Uno de los más importantes logros en la racionalización asistencial conseguida a lo largo de estas dos últimas décadas es la sectorización, no sólo en el ámbito del tratamiento ambulatorio, sino también a la hora de la hospitalización. Mientras que en 1981 el 34,7 % de las personas del área se hospitalizaban fuera de la provincia, hace 10 años esta proporción se redujo al 1,2 %, aunque un 13 % lo seguía haciendo fuera de su hospital de referencia(12). En 2002, sin haber recabado información de algunas clínicas privadas visitadas anteriormente, sólo se encuentra un ingreso del área fuera de la provincia (unidad de psicosis refractarias de Vitoria) dentro de los hospitales públicos o concertados cubiertos por el Registro de Casos, persistiendo un 8,9 % de ingresos agudos tratados y dados de alta fuera del hospital de referencia.

#### Tiempos de hospitalización

Entre los ingresos del año 2002, existen dos cuya estancia se prolonga de forma ininterrumpida durante más de un año, lo que supone menos de un 1 % de los ingresos totales, frente al 2 a 4 % observable a lo largo de las décadas anteriores. Para evitar que estos casos distorsionen las medias de estancia, de igual forma que hicimos en años anteriores, tendremos en cuenta sólo los ingresos menores de 365 días. Entonces y a lo largo del tiempo, se puede observar una disminución progresiva de los tiempos de estancia medios que se sitúa en torno al mes en 2002. Esta disminución parece deberse a varias causas: a) Incremento de estancias menores de 10 días (1/4 de todos los ingresos); b) Disminución de la proporción de estancias superiores a 3 meses, a pesar del aumento en el número de días para este grupo; c) Disminución de la estancia media para el grupo de 10 a 90 días (tabla V). Sin embargo, tal y como se presenta en la misma tabla, la disminución en los tiempos medios

de estancia no lleva aparejada la disminución de las estancias totales generadas por los ingresos menores de un año, acercándose estas al máximo histórico observado hace 16 años.

**Tabla V**  
Días medios de ingreso por períodos de estancia y porcentajes  
sobre el total de ingresos.

	1981		1983		1986		1989		1992		2002	
	Media días	%										
Menos de 10 días	5	14,8	3	16,0	5	12,7	4	13,2	5	11,9	5,4	24,8
De 10 a 90 días	39	63,4	37	67,0	36	69,0	33	72,2	35	73,2	27,7	69,0
De 91 a 365 días	139	17,8	141	13,0	143	16,2	150	11,3	139	11,3	168,5	5,6
todos < 365 días	52	96,0	46	96,0	49	98,0	43	96,7	43	96,4	30,0	99,3
Estancias totales generadas por ingresos < 365 días	5044		4416		9457		6278		7009		9132	
nº ingresos > 1 año	4		4		4		5		6		2	

En relación con los ingresos de más larga duración (más de 1 año), en el 2002 disminuyen a 2, la mitad o tercera parte de lo observado en cualquiera de los años anteriores.

Al separar los ingresos según si han sido enviados directamente por el CSM o por otras vías (fundamentalmente urgencias), mientras que en años anteriores se observan estancias mucho más dilatadas para las personas ingresadas a través del CSM, en 2002 el tiempo medio de estancia se ha igualado para ambos grupos (tabla VI).

**Tabla VI**  
Días medios de estancia según vía de ingreso y período de estancia.

	1981		1983		1986		1989		1992		2002	
	Otras	CSM	Otras	CSM								
	vías	vías	vías	vías								
Menos de 10 días	5	2	3	7	4	7	4	2	5	6,5	5,3	
De 10 a 90 días	39	42	36	41	34	40	31	35	35	29,7	27,1	
De 91 a 365 días	139	191	132	153	137	161	139	146	131	180,5	166,9	
Menos de 365 días	52	63	41	66	44	60	35	52	38	30,8	29,8	

#### Continuidad de cuidados posthospitalización

Algo más de la mitad (59,5 %) de los ingresos del 2002 consultan con el CSM en el mes siguiente a su alta hospitalaria, siendo un 37,6 % los que lo hacen dentro de la semana siguiente. Un 13,4 % lo hace más de 1 mes después del alta, y con un



paciente que aún sigue ingresado en diciembre de 2003, más de una cuarta parte de la totalidad de los ingresos (27,1 %) no contactan con el CSM tras el alta hospitalaria en esa fecha (tabla VII).

Tabla VII

Tiempos de demora entre el alta hospitalaria y el siguiente contacto con el CSM  
(fin del periodo de recogida de información: diciembre 2003).

Lapso de tiempo	n	%
en menos de 1 semana	115	37,6
entre 1 semana y 1 mes	67	21,9
entre 1 mes y 1 año	41	13,4
no contacta	82	26,8
sigue ingresado	1	0,3
Total	306	100,0

Si nos fijamos en las altas y derivaciones, tal y como son registradas en las salidas hospitalarias, nos encontramos que la gran mayoría son consideradas «altas médicas», presumiblemente con la indicación de tratamiento ambulatorio de seguimiento (tabla VIII). Aún así, hay a 17 altas que se remiten a una estructura intermedia (1 comunidad terapéutica y 16 a Hospital de Día del propio hospital de ingreso) sin contacto con el centro comunitario de referencia durante el periodo de seguimiento.

Tabla VIII

Demora en el contacto con el CSM según tipo de salida hospitalaria

Salidas del hospital	n	Alta médica	Fuga	Hos. de Día (propio hospital)	Comunidad Ter. (tox.)	Servicio sanitario no psiq.	Residencia	Sigue ingresado
Contactan en menos de 1 mes	182 (59.5%)	181 (64.6 %)	-	-	-	1	-	-
Contactan entre 1 mes y 1 año	41 (13.4%)	35 (12.5 %)	-	2	1	2	1	-
No contactan	83 (27.1%)	64 (22.9 %)	1	14	-	1	2	1
Totales	306	280	1	16	1	4	3	1

Más arriba veíamos que 45 (14,4 %) de los ingresos totales no habían contactado previamente con el CSM. Puede resultar de interés conocer si estos son remitidos para su seguimiento ambulatorio tras el alta. Para este cálculo se incluye un caso que fue derivado al servicio de Uribe Infanto-Juvenil y otro al Centro de Uribe-Erandio

donde venían siendo atendidos. Encontramos que de los anteriores 20 (45,5 %) siguen sin contactar con el CSM tras el alta hospitalaria (tabla IX). Esos ingresos son realizados por 17 personas diferentes. Dado que en esta ocasión, para el estudio de la continuidad de cuidados, se han incluido también el resto de centros ambulatorios de fuera del área, de igual forma que fueron excluidos los ingresos desde el CSM de pacientes por él atendidos de otras áreas de captación, sabemos que 1 caso fue derivado a una estructura intermedia dependiente de Zamudio y otros 2 casos están en tratamiento en un CSM de fuera del área.

**Tabla IX**  
 Proporción de pacientes desconocidos antes del ingreso para el CSM  
 y contacto ambulatorio tras el alta hospitalaria.

	1983	1986	1989	1992	2002
Episodios sin H <sup>a</sup> en CSM previa al ingreso (y % sobre ingresos totales)	49 (49,0)	62 (31,5)	40 (26,5)	32 (18,9)	44 (14,4)
Episodios sin H <sup>a</sup> que contactan con CSM en < 1 mes (y % sobre ingresos sin H <sup>a</sup> en CSM)	13 (26,5)	17 (27,4)	14 (35,0)	15 (46,9)	21 (47,7)
Episodios sin H <sup>a</sup> y sin contacto posterior (y % sobre ingresos sin H <sup>a</sup> en CSM)	26 (53,1)	38 (61,3)	20 (50,0)	17 (53,1)	20 (45,5)

## ■ DISCUSION

La aparición de los CSM se pronosticó iría asociada, con el paso del tiempo, a una disminución en el número de ingresos observables en su área de captación. Si bien esto ha podido ser así en otros lugares, tras más de 20 años de funcionamiento de uno de los primeros CSM creados en nuestro entorno, el fenómeno observado es precisamente el contrario, con un marcado incremento en el número de ingresos contabilizados y, lo que es más significativo, el número de personas diferentes necesitadas de ingreso a lo largo del año. La misma tendencia al alza, en el número total de ingresos, es observable en el resto de la provincia.

Es muy probable que este incremento esté en relación directa con el aparentemente imparable aumento en nuevas consultas y número de pacientes totales atendidos de forma ambulatoria. No han crecido, sin embargo, en igual proporción los recursos asistenciales disponibles, fundamentalmente aquellos de tipo intermedio que ayuden a mantener al paciente en su comunidad de origen y atender al mismo en situaciones de crisis, visitarle en su domicilio o salir al paso de eventuales abandonos del tratamiento. Recursos que son considerados piedra angular de aquellos servicios comunitarios de calidad que pretendan ofrecer una alternativa adecuada a la hospitalización psiquiátrica.



El incremento en el número de personas que ingresan durante el año 2002, se acompaña igualmente de un mayor riesgo de ingreso en ese mismo año tras cierto tiempo de alta hospitalaria. Esta mayor incidencia de reingresos en el año subsiguiente no es explicable por traslados entre diferentes hospitales o servicios, ya que los traslados consecutivos han sido controlados uniéndolos entre sí. Una posible explicación, al menos parcial, pudiera asociarse con la tendencia existente a dar altas tras periodos de estancia más reducidos, lo que parece confirmarse al encontrarse, para los ingresos encadenados de menos de 1 año de duración, tiempos medios de estancia menores (30 días) que en años anteriores.

A pesar de la disminución de los tiempos de estancia, debido al incremento en el número de ingresos realizados, no se consigue reducir el número de estancias totales generadas en el año, que se aproximan al máximo observado en todos los años a estudio, con el consiguiente coste económico asociado.

Al considerar algunas de las características sociodemográficas de las personas necesitadas de ingreso, a diferencia de años anteriores, no encontramos diferencias significativas frente al resto de la población de origen, a excepción de que este año parecen ingresar más varones que lo esperable y sobre todo en grupos de edad más avanzada que anteriormente. El incremento en la edad media quizás refleje simplemente el envejecimiento del mismo grupo que inició sus ingresos en edad temprana hace ya tiempo, llevando aparejada otra posible explicación más esperanzadora que sería que en la actualidad los ingresos más tempranos pudieran haber sido evitados o retrasarse, bien por políticas asistenciales más activas o la aparición en este tiempo de nuevos tratamientos más eficaces o mejor tolerados.

Desde el punto de vista diagnóstico, antes de referirnos a los resultados observados, merece la pena destacar algunas limitaciones encontradas en la información disponible, fundamentalmente secundarias a la no codificación de diagnósticos múltiples, lo que impide evaluar con precisión la incidencia, por ejemplo, de los trastornos duales. Además de las explicables inconsistencias entre los diagnósticos realizados en los diferentes centros, se encuentran diferencias en la codificación derivadas de la utilización de clasificaciones diagnósticas no completamente equivalentes entre si (CIE 9 y CIE 9 CM), con numeraciones, por ejemplo, diametralmente opuestas en el caso de los trastornos afectivos (16). Utilizando agrupaciones diagnósticas amplias, se observa cierta evolución en la proporción de las patologías necesitadas de ingreso, con un progresivo aumento para las psicosis «funcionales», neurosis y trastornos de personalidad, en detrimento del alcoholismo, toxicomanías y diagnósticos residuales. Sin poder precisar el alcance y explicación de esta evolución, e independientemente de que se trate de cambios reales en las pautas de ingreso, también podría reflejar exclusivamente hábitos o modas diagnósticas cambiantes a lo largo de los años, priorizándose un tipo u otro de diagnóstico como principal en caso de existir comorbilidad.



Con el transcurso de los años, cada vez son más las personas que han contactado previamente con el CSM antes de su ingreso. Aún así, incluso tras más de 20 años de existencia de servicios ambulatorios en el área, para una de cada cinco personas ingresadas, ese es el primer contacto con el circuito asistencial especializado en el sector público. Podíamos plantearnos la posibilidad de que alguno de estos ingresos pudiera haber sido evitado en caso de contar con servicios ambulatorios de intervención en crisis, a los que pudieran ser redirigidos desde las urgencias hospitalarias de forma alternativa. Por otra parte, y a pesar de ser cada vez menos los ingresos que no habían contactado nunca con el CSM, no deja de ser sorprendente el creciente número de personas que son hospitalizadas sin la intervención aparente del CSM, sin que esto pueda justificarse por encontrarse el Centro cerrado, por ejemplo durante los fines de semana. Básicamente pueden ser tres las explicaciones a este fenómeno, cada una de ellas en relación principal con uno de los sujetos intervinientes: a) Que con el paso del tiempo, los pacientes o sus familiares «aprenden» a solicitar atención urgente candidata a un ingreso en los servicios hospitalarios por dificultades en la accesibilidad ambulatoria. b) Derivación «informal» desde el CSM a las urgencias hospitalarias ante la imposibilidad de conseguir una cama en el momento de plantearse un ingreso, o como mejor forma de manejar la negativa del paciente al mismo. c) Tendencia, desde las urgencias hospitalarias y de forma independiente de otras variables clínicas o sociodemográficas (17), al ingreso preventivo o por otras presiones asociadas, de pacientes desconocidos para ellas, asociado asimismo al desconocimiento o inexistencia de recursos disponibles en caso de enviarlos a su domicilio en un estado precario. En cualquier caso, son posibilidades que necesitan estudios específicos ulteriores para acercarnos a su respuesta.

A pesar de que un 8,9 % de los ingresos son realizados fuera de su hospital de referencia, es innegable que en estos años la sectorización asistencial ha conseguido también racionalizar en gran medida el ingreso psiquiátrico. Así disminuye de forma muy apreciable la rotación interhospitalaria secundaria al ingreso consecutivo de un mismo paciente en hospitales diferentes, presumiblemente con el consiguiente ahorro económico y disminución asociada de molestias para el paciente y su familia.

Los tiempos de estancia son un tema muy sensible y controvertido por sus connotaciones, no sólo asistenciales y sanitarias, sino económicas y de gestión. Además, la diversidad de modelos a la hora de reflejar el tiempo que un paciente requiere permanecer ingresado, puede ser utilizado de forma interesada y poco iluminadora sobre la realidad asistencial dominante(14). Pensamos que la unión entre sí de episodios originados únicamente por traslados entre hospitales o plantas, no sólo disminuye los episodios de ingreso, sino que permite el conocimiento de un tiempo medio de estancia más realista y cercano a lo vivido por los pacientes. A lo largo de los años estudiados, se observa la disminución progresiva en la estancia media de los ingresos inferiores al año, tanto por el incremento proporcional de las estancias más



cortas, como por la disminución de las más largas. Aún así, esta media se mantiene en torno al mes, tiempo de estancia que se corresponde directamente con el observado en aproximadamente dos terceras partes de los ingresos menores del año. A pesar de la disminución de la estancia media, debido al aumento en el número global de ingresos, no se consiguen disminuir las estancias totales generadas, que alcanzan cotas casi máximas en el último año estudiado. En otras palabras, hace 20 años ingresaban menos casos que, a pesar de permanecer más tiempo, generaban menos estancias, es decir: a igualdad de niveles de ocupación, en estos momentos se necesitarían mas camas para cubrir las necesidades del área.

Al considerar la vía de ingreso, en estudios anteriores encontramos diferencias en los tiempos de estancia, generalmente más dilatados para aquellos realizados desde el propio CSM y ante lo que barajamos diversas explicaciones que en esta ocasión no parecen ser necesarias al igualarse casi completamente los tiempos entre los dos grupos.

Globalmente puede ser preocupante comprobar que sólo el 59,5 % de los ingresos contactan con el CSM en el mes posterior a su alta, mientras que poco más de una cuarta parte no llega a contactar en el año subsiguiente. De estos últimos, la mayoría son «altas médicas» de las que se desconoce su derivación o seguimiento, apareciendo un cierto número de casos que se derivan a estructuras intermedias dependientes del propio hospital sin dependencia administrativa ni estratégica de los servicios comunitarios de referencia. Cabe resaltar que son precisamente aquellos pacientes previamente desconocidos por el CSM, los que parecen estar en mayor riesgo de no contactar tampoco tras el alta. Estos pacientes tampoco parecen estar atendidos en otros Centros ya que este año, a diferencia de los anteriores, hemos controlado este extremo, al menos en lo relativo al sector público, no pudiendo descartar que sean atendidos en consultas privadas. En cualquier caso, siendo conocido desde hace muchos años el alto riesgo de discontinuidad de cuidados existente tras el alta hospitalaria (18), parece seguir siendo un dato merecedor de la mayor atención tanto por su incidencia como por las implicaciones que conlleva aparejada dicha interrupción en el seguimiento de los pacientes graves.

## ■ BIBLIOGRAFIA

1. Goffman E. *Internados*. Ed. Amorrortu, 1972.
2. Caplan G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1980.
3. Bellak L. *Handbook of community psychiatry and community mental health*. Grune & Stratton. Nueva York, 1964.
4. Reed J, Lomas G. *Psychiatric services in the community. Developments and innovations*. Croom Health. Londres, 1984.

5. Bachrach LL. «An overview of deinstitutionalization». En Bachrach (ed.): *New directions for mental health services, nº 17*. Jossey-Bass. San Francisco, 1983.
6. Bennett, DH. Freeman, HL. Community psychiatry. The principles. Churchill Livingstone. Edinburgh, 1991.
7. Leff J. *Care in the community. Illusion or reality?* John Wiley & Sons, Chichester 1997
8. Martínez Azumendi, O. Tiempos medios de hospitalización psiquiátrica tras la creación de un centro de salud mental. *Psiquis* 1989; X: 30-36.
9. Martínez Azumendi, O. Yllá, L. Centro de salud mental y hospital psiquiátrico (I). Tendencia en las tasas de ingreso. *Anales de psiquiatría* 1990; 6 (9): 384-387.
10. Martínez Azumendi, O. Yllá, L. Ballesteros, J. Continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria. Evaluación de su existencia en un área determinada. *Psicopatología* 1991; 11 (1): 32-35.
11. Martínez Azumendi, O. Beitia, M. Análisis y evolución del ingreso psiquiátrico en el área de Uribe Costa. *Gaceta Médica de Bilbao* 1991; 88: 8-12.
12. Martínez Azumendi, O. Beitia, B. Beitia, M. Doce años de hospitalización psiquiátrica en el área de Uribe Costa. Un estudio de seguimiento. *Gaceta Médica de Bilbao* 1995; 92: 128-130.
13. Asistencia psiquiátrica y salud mental extrahospitalaria de Vizcaya. Memoria 2001-2002 (Edición CD). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
14. Martínez Azumendi, O. Beitia, B. Beitia, M. Diferencias en los tiempos medios de hospitalización psiquiátrica, según el criterio metodológico utilizado en la recogida de información. *Osasunkaria* 1995; 10: 2-6.
15. Goldberg D, Huxley, P. *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. Tavistock Publications. London, 1980.
16. Eizmendi JR, Martínez Azumendi, O. Cuando codificamos un diagnóstico como 296.2 ¿nos referimos a un episodio depresivo o maníaco? *Norte de salud mental* 2002; 14: 77-78.
17. Viinamaki, H. Tienari, P. Niskanen, M. y cols. Factors predictive of referral to psychiatric hospital among general hospital psychiatric consultations. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998; 97: 47-54.
18. Bachrach, LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am. J. Psychiatry* 1981; 138: 1449-56.

Oscar Martínez Azumendi  
Psiquiatra  
Centro Salud Mental Uribe Costa, Osakidetza  
Servicio Vasco de Salud.

**Correspondencia:**

Oscar Martínez Azumendi

Centro de Salud Mental Uribe Costa

C/ San Nicolás 2. 48992 Getxo – Vizcaya

[oscarmar@wpanet.org](mailto:oscarmar@wpanet.org)

**AGRADECIMIENTOS**

A Dolores Goirienea, Registro de Casos Psiquiátricos (Osakidetza - Salud mental extrahospitalaria de Bizkaia), por su desinteresada ayuda y disponibilidad.

El trabajo pudo realizarse con una ayuda de la Dirección de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, financiada por la Dirección Territorial de Sanidad dentro de su Contrato Programa.