

La implantación del registro de casos psiquiátricos de la Comunidad Autónoma de Madrid

RESUMEN: Se describe el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos vigente en la Comunidad de Madrid. Se resaltan sus diferencias con otros existentes en el mundo en lo que se refiere a *hardware* utilizado, estructura de la red y naturaleza de la información (por ejemplo concepto de «alta»). Se exponen las dificultades respecto a la aceptación por parte de los clínicos y a la utilización por parte de éstos y de los gestores. Se señalan deficiencias y sugerencias para resolverlas.

PALABRAS CLAVE: Registro acumulativo de casos psiquiátricos. Sistemas de información.

SUMMARY: We describe the Community of Madrid Cumulative Psychiatric Case Register. We point out the differences between this one and other registers in the world concerning to hardware, network and content (for instance the concept of discharge). We review the difficulties we had to make it acceptable to clinicians and, afterwards, in the use of the information by clinicians and managers. We point out insufficiencies and we suggest some ways to solve them.

KEY WORDS: Cumulative Psychiatric Case Register. Information Systems.

Los registros acumulativos de casos psiquiátricos se iniciaron de forma piloto hace ya treinta años, pretendiendo ofrecer una herramienta para la investigación epidemiológica y para la evaluación y planificación de servicios de salud mental (1,2). Desde entonces su uso se ha extendido por todo el mundo (3), han impues- to el uso de indicadores más adecuados tanto para el conocimiento de la distribución de los trastornos mentales (4), como de la actividad de los servicios de salud mental (5), y se han convertido en referencia obligada de cualquier proyecto de planificación (6). En España, desde que en 1983 se puso en marcha el primero en la Comunidad Autónoma Vasca, casi todas las comunidades autónomas se han interesado por este tipo de instrumentos. Las mayores dificultades para su puesta en marcha han derivado de la diferente dependencia administrativa de los distintos elementos de la red de atención a la salud mental de tal modo que, aunque existe el soporte material del registro en varias de ellas, sólo en la Zona Sur de Madrid, en parte de Asturias, en Navarra, y en zonas del País Vasco, incluyen en 100% de las prestaciones dispensadas por los servicios públicos de salud mental a la población del área de referencia.

Un registro acumulativo de casos puede definirse como «fichero longitudinal de pacientes, pertenecientes a una población definida, que recoge los contactos que éstos tienen con un conjunto definido de servicios psiquiátricos». Ten Horn destaca (7) de esta definición el hecho de estar centrada en *pacientes* y no en contactos —con lo que se evita la doble contabilidad de los mismos— el estar referidos a una *población definida* —con lo que se posibilitan las comparaciones con

los datos del censo de la misma, la extracción de tasas y la comparación con otras—, el ser *longitudinal y acumulativo* —permite un seguimiento continuo— y estar *orientado a los Servicios*— proporciona datos sobre uso de los mismos no sobre prevalencia de trastornos.

Peculiaridades del registro de Madrid

El registro de la Comunidad autónoma de Madrid se comienza a instrumentar, utilizando los recursos informáticos del Hospital Psiquiátrico de Madrid, en el área 4 de esta comunidad autónoma, en el año 1984. Se concibe como un registro capaz de dar cuenta de la totalidad de las atenciones prestadas a la población de esta comunidad autónoma de 5.000.000 de habitantes, divididos en 11 áreas sanitarias y 34 distritos. No hay precedente de un registro de tales dimensiones en la literatura. Semejante tarea pudo ser acometida gracias a que en el momento de ser puesto en marcha se disponía de una generación de ordenadores que permite una estructura informática muy diferente de la de los primeros registros. El registro madrileño se concibe para ser soportado en una red de ordenadores personales situados en cada uno de los 34 servicios de salud mental de distrito y de los dispositivos del área (Unidades de Urgencias-Hospitalización, Unidades de Rehabilitación), conectados mediante *modem* telefónico con un ordenador de área al que drenarían toda la información no vinculada a datos personales (que se conservan en un registro separado). En este registro de área es posible relacionar la información correspondiente a cada caso en cada uno de los dispositivos a través del número de identificación, así como detectar las asistencias prestadas a casos de fuera del área. A su vez, los registros de área tendrían que verter parte de su información al registro central. La Figura 1 representa este esquema. Los ordenadores de cada dispositivo son manejados por los administrativos adscritos a éstos. Ello permite, a la vez, el manejo informatizado del fichero de historias. Pues están dotados de una base de datos a la que es posible verter el contenido del registro para su tratamiento con un programa estadístico también instalado en ellos. La dotación de *software* se completa con un programa de tratamiento de textos.

Esta estructura distribuida facilita la integración del registro en la actividad de los equipos y hace posible que, además de la aplicación común al conjunto de la Comunidad Autónoma, en cada distrito o en cada dispositivo puedan desarrollarse utilidades *ad hoc* para uso en investigaciones, desarrollo de programas específicos (se han elaborado varias modalidades de censo de crónicos útiles para diferentes programas de control y cuidados) o aplicaciones clínicas. El desarrollo de esta red ha sido paulatino y ha estado condicionado sobre todo por el desarro-

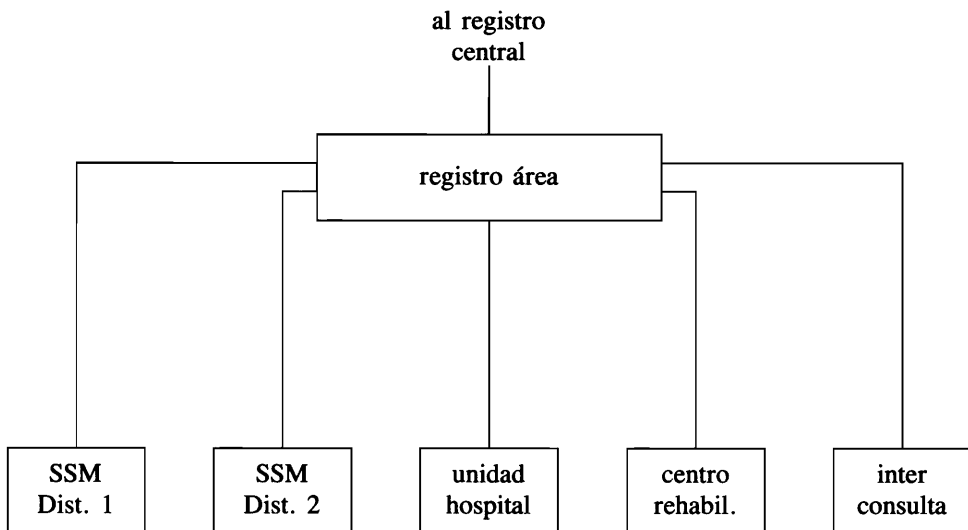


Fig. 1.—Esquema del registro acumulativo en un área sanitaria.

llo desigual del proceso de reforma en las diferentes áreas de la Comunidad. La principal dificultad de este proceso radica no en la falta de recursos, sino en la adscripción de éstos a redes asistenciales diferentes, dependientes de diferentes instancias de la administración y que actuaban en paralelo duplicando determinadas prestaciones y dejando otras sin cubrir (8). Esto ha determinado el que sólo en la medida en que la integración entre las redes se ha ido llevando a cabo el registro pueda dar cuenta de *la totalidad* de las atenciones dispensadas. Por ello en 1993, de hecho, sólo 5 de las 11 áreas de Madrid (las número 3, 8, 9, 10 y 11) disponen de un verdadero registro acumulativo (en el caso de la 8, 9 y 10, desde 1986). En el resto o existen dispositivos cuyas prestaciones no se incluyen en el registro, o éste no está aún operativo por problemas en el sistema de comunicaciones.

La aplicación del registro

El registro se construye a partir de una ficha de identificación en la que cada paciente (identificable por un número clave) se caracteriza por una serie de notas sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, tipo de convivencia, nivel de estudios, tipo de cobertura sanitaria, profesión, situación laboral y barrio) y de uso

de servicios (procedencia y existencia de antecedentes psiquiátricos declarados fuera del área del registro). En los niños se complementa con datos sobre escolarización, ocupación y nivel ocupacional de los padres. Esta ficha abre un archivo en el que se registran los datos provenientes de cada ficha de actividad. A diferencia de otros registros no incluye el diagnóstico ya que éste se registra en las fichas de actividad (fig. 2).

Las fichas de actividad caracterizan cada contacto con cada uno de los elementos de los servicios de salud mental. En los dispositivos ambulatorios el clínico cumplimenta por cada contacto una ficha, imputada al paciente por su correspondiente número de identificación y el número de historia en ese dispositivo, y que contiene la fecha del mismo, el diagnóstico, la clave del profesional o de los profesionales que participen en la actividad y la caracterización de la misma. Esta se hace enmarcándola en uno de los programas transversales (evaluación, atención ambulatoria, atención urgente, interconsulta...) que organizan cada tipo de prestación, y, a la vez, en uno de los programas longitudinales que determinan

Servicio Regional de Salud

DISPOSITIVO _____



FECHA [][][][][][] (Escribir en la forma DDMMAA)

FICHA DE ASISTENCIA			
N.º Historia Clínica [][][][][][]		PROGRAMAS	
TRANSVERSALES		LONGITUDINALES	
TIPO DE PRESTACION [][] - Evaluación en el centro = 01 - Evaluación fuera del centro = 02 - Atención ambulatoria = 03 - Atención domiciliaria = 04 - Urgencia = 05 - Apoyo atención primaria = 06 - Apoyo urgencia sanitaria general = 07 - Interconsulta hospitalaria = 08 - Apoyo Servicios Sociales y comunitarios = 09 - Rehabilitación y reinserción social = 10 - Peritajes = 11 - Apoyo a Servicios Educativos = 12	MODALIDADES DE ATENCION [][] - Tratamiento farmacológico = 01 - Terapia individual = 02 - Terapia de grupo = 03 - Terapia de familia = 04 - Terapia de pareja = 05 - Atención con personas relacionadas = 06 - Tratamiento farmacológico + otra terapia individual = 07 - Otras combinaciones = 08 - Grupos de apoyo = 09 - Consulta terapéutica = 10 - Entrevista con padres = 11 - Trabajo social = 12	GRUPOS [][] - Infento-Juvenil = 1 - Tercera Edad = 2 - Adultos = 3 - Drogodependen = 4 - Alcohólistmo = 5 - Rehabilitación y reinserción social = 6	CODIGO IDENTIFICACION [][][][][][] Sexo (V-M) Iniciales nombre y apellidos [][][][][][][] Día Mes Año Fecha de nacimiento En nombre o apellidos compuestos, usar siempre el primero
DIAGNOSTICO 1.º [][][][][][]	PROFESIONALES 1 [][][][][]	2 [][][][][]	3 [][][][][]
DIAGNOSTICO (Según ICD 9.º, OMS)	2.º [][][][][][] (Inicial nombre, inicial primer apellido, inicial segundo apellido)		
MODIFICACION A LA HOJA DE DATOS INICIALES			
Anote el nombre del campo a modificar y el nuevo código del mismo _____			
NUEVO CODIGO _____			EJEMPLAR PARA PROCESO DE DATOS

• ¿Acude el paciente a la cita? (S/N)

Fig. 2.—Ficha de asistencia.

la forma particular en que ello se lleva a cabo para cada grupo de riesgo dado (infanto-juvenil, adultos, ancianos, drogodependientes, alcohólicos y pacientes crónicos). Un registro de «modalidad de atención» permite precisar el tipo de prestación en el sentido señalado, si se trata de una prescripción de fármacos, una psicoterapia individual, de grupo o de familia, etc. En los dispositivos de hospitalización completa o parcial, se cumplimenta una *ficha de ingreso* que contiene información sobre las circunstancias del mismo (fecha, hora, acompañantes, tipo jurídico de ingreso, procedencia, etc.) y sobre el diagnóstico, y una ficha de alta que incluye además el motivo de la misma y el cauce de derivación. A diferencia de otros registros, que determinan el alta automáticamente cuando se produce un período sin contacto, en el de Madrid, el alta es siempre una decisión tomada por el facultativo y caracterizada a través de la correspondiente ficha por una fecha, un motivo, uno o varios diagnósticos y la indicación del lugar al que, de hacerlo, se deriva el caso. Cuando se produce un período de ausencia de contactos sin que previamente haya mediado notificación del alta, el registro se lo comunica al clínico que determina en cada caso si debe formalizarse el alta o no (fig. 3). Estos

Servicio Regional de Salud

DISPOSITIVOS _____



FICHA DE ALTA	
INGRESO	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Fecha de ingreso <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="width: 45%;"> N.º Historia <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div> PROCEDENCIA <input style="width: 100%;" type="text"/>
ALTA	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 65%;"> Fecha de alta <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> CODIGO IDENTIFICACION Sexo <input style="width: 20px;" type="text"/> Iniciales nombre y apellidos <input style="width: 60px;" type="text"/> (V-M) Fecha de nacimiento Día <input style="width: 20px;" type="text"/> Mes <input style="width: 20px;" type="text"/> Año <input style="width: 20px;" type="text"/> En nombre o apellidos compuestos, usar siempre el primero </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> MOTIVO DEL ALTA <input style="width: 100%;" type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> - Fin de Estudio = 01 - Fin de Estudio y Derivación = 02 - Fin de Tratamiento = 03 - Fin de Tratamiento y Derivación = 04 - Alta Voluntaria = 05 - Abandono = 06 - Derivación = 07 - Muerte = 08 - Suicidio = 08 - Cambio de Residencia = 10 - Ruptura Contrato Terapéutico = 11 </div> <div style="width: 60%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> DERIVACION <input style="width: 100%;" type="text"/> DIAGNOSTICO FINAL 1 <input style="width: 100%;" type="text"/> DIAGNOSTICO FINAL 2 <input style="width: 100%;" type="text"/> • La codificación de "DERIVACION" es la misma que la de "PROCEDENCIA" • Los diagnósticos según le ICD 9.º, OMS </div> </div>
EJEMPLAR PARA EL CENTRO	

Fig. 3.—Ficha de alta.

instrumentos permiten construir para cada caso un registro que podría esquematizarse como el de la *figura 4*.

Aceptación del registro por parte de los clínicos

Una de las tareas que han tenido que realizar para su desarrollo todos los registros —al menos en nuestro país— es la de vencer la *resistencia de los clínicos*. Esta se fundamenta en tres órdenes de temores. En primer lugar, está el temor —frecuentemente justificadísimo— de que el sistema de registro *va a aumentar el montón de trabajo burocrático a desempeñar por el clínico sin reportarle a cambio ningún beneficio*. Respecto a la primera parte de la aseveración, creemos que nuestra experiencia nos demuestra que la recogida de datos *puede* suponer un exceso mínimo de trabajo para el clínico. Ello requiere elaborar fichas fáciles de cumplimentar, que no incluyan claves que hay que buscar en reversos abiga-

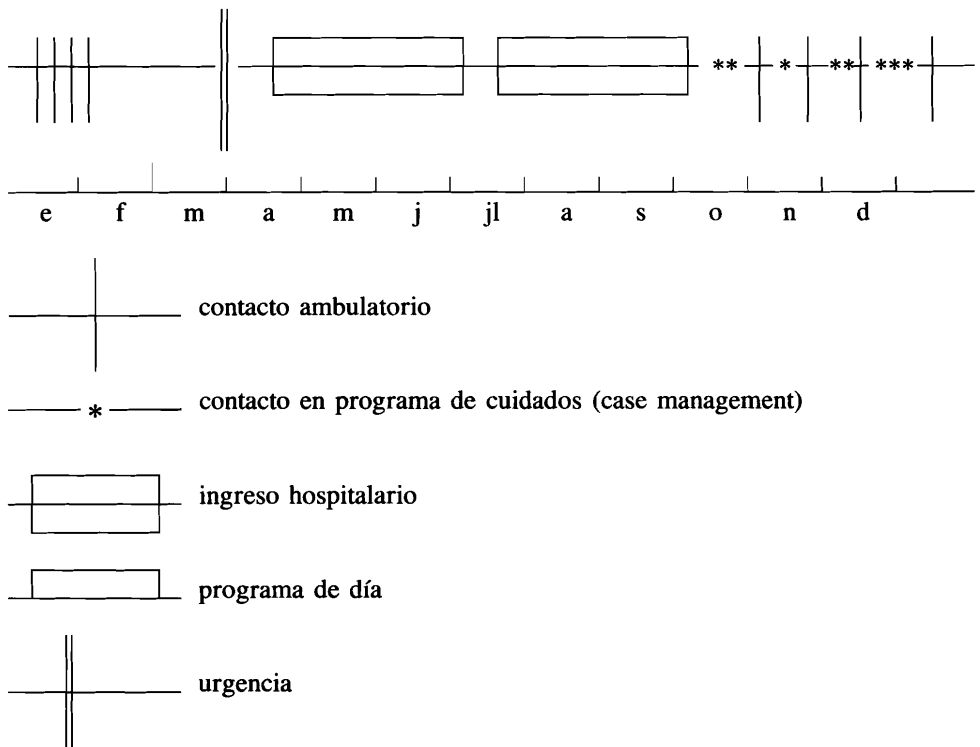


Fig. 4.—Representación gráfica del registro de contactos habidos por un hipotético «caso».

rrados o tomos de instrucciones que, irremisiblemente, se pierden. En Madrid se optó por un sistema de ficha individual para cada contacto, que supone más gasto de papel, pero requiere menos aplicación que la hoja diaria por profesional, habitual en casi todos los registros. Todas las claves a utilizar (a excepción del diagnóstico y la del propio profesional) aparecen con su significado explícito en el mismo anverso de la ficha (ver figura 2).

En nuestra opinión el error de imprenta que supuso que, en una de las ediciones de esas fichas, los recuadros en que debían anotarse los caracteres del número de identificación fueran de cuatro en lugar de ocho milímetros, supuso la mayor amenaza a la existencia del sistema de registro experimentada desde su instauración. Respecto a la segunda parte —la duda sobre el beneficio que puede el registro aportar al clínico—, nos parece un aspecto central. En primer lugar, como es obvio, el registro debe devolver la información periódicamente a quienes se toman la molestia de recoger los datos. El de Madrid lo hace mensualmente. Pero además, hay que tener en cuenta que la información relevante para los clínicos no siempre coincide con la que interesa a los gestores y planificadores y frecuentemente el formato de la información de rutina está conformado por éstos. Hay que contar con los clínicos en el diseño de las tasas, listados y de variables de los informes de rutina. Por otro lado, hay que garantizarles la misma agilidad en la elaboración de informes «ad hoc» solicitados por ellos que la que se les exige al cumplir con su papel en la recogida de información. El registro de Madrid atiende a una media de 3 peticiones al mes por parte de los clínicos. Estas peticiones ilustran sobre datos que, quizás, en algún momento convenga introducir en los informes de rutina. Así por ejemplo, el número de pacientes que han tenido su primer contacto en servicios de urgencia, el de pacientes que no han sido atendidos ambulatoriamente tras ser dados de alta en el hospital o atendidos en el servicio de urgencia, el de pacientes que no acuden a la primera cita o han utilizado repetidamente algún servicio, etc. El registro de Madrid entrega mensualmente a cada clínico el listado de aquellos pacientes que no habiendo sido dados de alta, no han tenido ningún contacto en los últimos tres meses para que éste determine si les debe dar de alta, tiene pendiente una cita después de este período o debe articular los medios para buscarlos por haberse «perdido». En una de las áreas de la zona sur se dispone de una aplicación para facilitar al programa de seguimiento (case management), el listado de pacientes que cumplen los criterios (más de dos ingresos o 30 días de estancia en el hospital en el último año, o más de 5 ingresos o 180 días de estancia a lo largo de la vida, más de 3 urgencias en el último año o más de 10 a lo largo de la vida, diagnóstico de psicosis esquizofrénica o delirio crónico, más de 5 citas perdidas en los SSM de distrito en el último año) para ser evaluados por si fuera preciso incluirlos en el mismo. A partir de enero de

1990, puede incluirse el listado de pacientes que habiendo sido atendidos en urgencias o dados de alta, no han sido atendidos ambulatoriamente al cabo de 15 días. La utilidad para el clínico de estos listados (que sirven, por ejemplo, para evitar «pérdidas» de pacientes) constituyen una garantía de primera magnitud para el sostenimiento del sistema de recogida de datos.

La estructura informática *distribuida* facilita el que la información requerida en cada uno de los servicios sea más accesible y facilite la retroalimentación. Nuestra experiencia de trabajo con un gran ordenador *Sperry* nos confrontó con una gran falta de versatilidad, más atribuible a la estructura burocrática generada que al soporte informático en sí. Un segundo soporte de las resistencias de los clínicos a la implantación de los sistemas de registros está en el *temor de que éstos se conviertan en un elemento de control de su actividad laboral*. Este temor puede acompañarse o sustituirse por la expectativa de que un buen registro dará buena cuenta de toda la riqueza de las actividades que el clínico desarrolla, y que deja paso, tras recibir el primer o el segundo informe a la decepción de comprobar que no es así. Estos temores se vieron acrecentados en el desarrollo del registro madrileño por el hecho de que la actividad asistencial es imputada por éste a cada profesional concreto, identificado por una clave y no sólo por su titulación. La única forma de afrontar este temor es sentar el convencimiento de que el registro no puede ser un instrumento de medida de la actividad de los profesionales, sino de seguimiento de las prestaciones recibidas por los pacientes y que las conclusiones extraídas del registro sobre esa actividad laboral carecen de validez.

Cualquier intento de resolver ese temor posibilitando una «buena» medida de esa actividad sólo puede servir para tergiversar la naturaleza y los fines del registro y hacer peligrar su existencia. En esta mala vía hemos tenido en nuestro registro algunas experiencias que enumeramos para desaconsejarlas a quienes se vean en el mismo trance. En primer lugar, se trató de «completar» el registro con un archivo de actividades no asistenciales (para demostrar (!) que no estar atendiendo pacientes no quería decir necesariamente que un profesional tuviera que estar durmiendo). Se consiguió con ello disponer de un amasijo de cifras perfectamente imposible de comparar con las procedentes del registro de casos y perfectamente inútil para conocer el desarrollo de los programas de coordinación y apoyo con otros dispositivos. Si se quieren evaluar estas actividades hay que hacer una evaluación por objetivos. Nada semejante al registro de casos puede ayudarnos a ello.

Un invento procedente de ese intento de resolver la paradoja del registro de lo irregistrable fue el de adjuntar a cada actividad el tiempo empleado en desempeñarla. Afortunadamente tuvo poco éxito. Con semejante pretensión era imposible no vivir el registro de forma persecutoria. (¡No sólo podría acusarle a uno

de incumplidor, sino también de lento!). En la misma línea, se pretendió imputar a cada uno de los profesionales las actividades que realizaban a tiempo parcial o completo en dispositivos de hospitalización breve o de día. El registro adicional que generó en los dispositivos en los que se ensayó esto, sirvió para atesorar una cantidad ingente de información absolutamente heterogénea de la del registro y perfectamente inútil para caracterizar de forma comparable con otras, la actividad de las unidades en cuestión. La tendencia de los clínicos a multiplicar el número de items que permiten caracterizar de un modo más a su gusto su propia actividad (se han propuesto veintitantos apellidos a la fórmula «psicoterapia») coexiste en ellos de modo inexplicable con el deseo de simplificar la recogida de información. El principio general de mantener la más simple de las soluciones posibles tiene aquí especial aplicación. Realizar determinados estudios de evaluación de prestaciones o de eficacia puede requerir estas precisiones. Pero tal detalle debe circunscribirse a un estudio concreto (en un dispositivo concreto) y realizarse mediante un registro adicional. La estructura «distribuida» del registro facilita este tipo de aplicación.

El tercer temor —y el que con más frecuencia es explicitado— es el del riesgo que el registro supone de facilitar vulneraciones de la confidencialidad de la información revelada por los pacientes. En el caso de Madrid se planteó la posibilidad de la *objeción de conciencia* por parte de algunos profesionales. Ello nos ha llevado a desarrollar mecanismos de protección de la confidencialidad (separación de los registros de identificación —en los servicios— y de datos clínicos, sociodemográficos y de atención, restricción escalonada del acceso a la información, etc.). La experiencia de las infiltraciones de aficionados, espías y malvados de diversa índole en los registros de las grandes compañías o los emporios militares, demuestra que ningún sistema de protección de la información es perfecto. Pero con un sistema de atención territorializado el modelo alternativo de conservación de los mismos datos en fichas guardadas en cajas de latón o cartón (que parece dejar tranquila la conciencia de todo el mundo) y en sobres que contienen anotaciones hasta sobre en quién piensa el paciente cuando se masturba, es el menos seguro de todos. El problema ético del manejo de la información sanitaria nos parece de importancia capital. Pero si bien es cierto que los registros acumulativos han contribuido a despertar la sensibilidad sobre el mismo, también lo es que ellos en sí, no plantean ningún problema que no existiera en la medida en la que la actividad asistencial genera algún procedimiento de registro de la información fuera de la memoria del terapeuta. Las dimensiones del temor impiden plantearlo aquí. Como corolario cabe decir que la implicación de los profesionales en el funcionamiento del registro ha sido muy desigual en las diferentes áreas de nuestra Comunidad Autónoma. Ha sido mayor en aquéllas en las que —como

el área metropolitana— el desarrollo de la reforma permitía su funcionamiento como verdadero registro acumulativo —por estar unificadas las redes y afectar al 100% de las prestaciones— y en la que se ha hecho particular hincapié en desarrollar las utilidades «clínicas» del registro.

Estructura y contenido de la información de rutina. Aplicación en la evaluación de sistema, de servicios y de prestaciones

La información de rutina del registro (mensual y anual) reviste básicamente tres formas: la descriptiva, los indicadores y los listados. La *parte descriptiva* recoge los datos brutos de pacientes nuevos, n.º de consulta, etc. Dispone la información clínica y sociodemográfica referente a la población atendida en tablas, realizando los cruces que se consideran significativos entre las diversas variables. Esta parte de la información ha resultado de más interés para los Jefes de distrito y para los mismos clínicos y ha servido para orientar ajustes en la programación así como para la formulación de hipótesis para la investigación clínica o epidemiológica. La tendencia a lo largo de la historia del registro ha sido, siempre de acuerdo con los clínicos, a restringir y hacer más selectivo el número de tablas y cruces.

El registro genera *tasas* en las que se refieren (en tantos por mil) los datos del apartado anterior a la población total del área o a subgrupos de la misma (por edades, por sexo). Las más simples son la de prevalencia e incidencia anuales y la de frecuentación (aunque ésta en realidad no es una tasa ya que numerador y denominador no son de la misma naturaleza). Su utilidad radica en la posibilidad de establecer comparación entre diferentes servicios de los mismos o distintas zonas o países. A estas tasas se unen los indicadores «clásicos» de funcionamiento de ciertas unidades como son la estancia media, el porcentaje de ocupación, índice de ingresos/reingresos o índice de rotación que son también proporcionados por el registro y que también se complementan con representaciones gráficas por meses, semejantes a las descritas en el párrafo anterior. Unas y otros son un instrumento básico tanto en la evaluación de servicios, como por su comparabilidad en la de sistemas (a este respecto véanse las aseveraciones sobre el *shunt* americano de *Goldberg* (9)). El funcionamiento de los registros posibilita la modificación de la información de rutina y la construcción de nuevos indicadores (sobre patrones de contacto, intensidad de los tratamientos, integración funcional de los dispositivos...). De momento, no se ha llegado a un acuerdo ante el colectivo profesional sobre cuáles pudieran ser éstos, aunque existen propuestas interesantes. En nuestra opinión esta es la línea de trabajo básica los próximos años. Hasta

el momento, lo cierto es que en lo que se ha consumido energía ha sido en conseguir que la información automáticamente generada por el registro pudiera adoptar el formato exigido por los responsables administrativos, planificadores y registros sanitarios generales (frecuentemente diferentes entre sí). El desarrollo de sistemas de información sanitaria más sofisticados, indudablemente modificará los sistemas de registro específicos, como éste.

Aplicaciones no rutinarias

Como queda reseñado, desde 1984 se han efectuado una media de tres solicitudes extraordinarias de explotación de la información del registro al mes. Algunas de estas explotaciones han dado lugar a trabajos que en ocasiones han tenido importantes repercusiones sobre la programación de actividades en los servicios de referencia. En 1986 se publicó un trabajo (10) que demostraba que un tercio de los usuarios de los Servicios de salud mental de Leganés los estaban utilizando desde hacía al menos tres años, que el perfil del usuario crónico era una mujer, entre 30 y 45 años, casada, que vive con su cónyuge y sin más actividad laboral que la de ama de casa. Entre las mujeres, el riesgo de convertirse en un usuario crónico era independiente del diagnóstico. Este estudio sirvió de fundamento para algunas consideraciones sobre el rol de mujer. Pero, para lo que aquí nos interesa, puso de manifiesto la magnitud de un uso vicariante de los servicios que, además, resultaba de una ineficiencia notable. Los resultados fueron discutidos por el equipo asistencial de esos servicios, y esa discusión sirvió para modificar ciertas prácticas. De hecho en un posterior estudio realizado años después (11), no se detectaba esta tendencia y el riesgo de cronificación era, también para las mujeres, sobre todo, función del diagnóstico. El objetivo marcado por el Plan de reforma de los servicios de salud mental de Leganés (hoy Instituto José Germain) de reconducir la unidad de hospitalización desde un modelo basado en las ideas de la comunidad terapéutica con una estancia media de 30 días hacia otro basado en el paradigma de atención a la crisis con una estancia media de 15 días, fue ampliamente discutido. Los detractores de la reforma argumentaban que tal reducción suponía una política de *alta prematura* que redundaría en un aumento de los reingresos. El registro facilitó un seguimiento durante 18 meses de los usuarios que habían ingresado por primera vez en los años 1985 (con estancia media de 30 días) y 1986 (con estancia media de 15 días) y permitió poner de manifiesto que con la reducción de la estancia media no sólo no se producía un aumento del índice de reingresos, sino que éstos se reducían a la tercera parte. Semejantes resultados contribuyeron a la consolidación del modelo propuesto entonces y hoy vigente en el Instituto José Germain.

Igualmente, la utilización de los datos del registro referentes a las tasas de incidencia (11,8 casos nuevos al año por cada 1.000 habitantes) y prevalencia (18,52 casos anuales por cada 1.000 habitantes) en los mismos servicios de Salud Mental de Leganés, que se encontraban dentro del rango de los correspondientes a los registros de los países avanzados, sirvieron para terciar en la polémica suscitada en la Comunidad Autónoma por el temor a un aumento incontrable de la demanda provocado por la reordenación de la oferta psiquiátrica, y frente a la propuesta de un modelo alternativo basado en un incremento del número de camas en lugar de un mayor desarrollo de la atención centrada en la comunidad (8). Un trabajo sobre la demanda urgente en la unidad que da cobertura a las áreas 3, 4 y 5, con diferente situación en el desarrollo de los servicios comunitarios, ha servido para argumentar la eficiencia de los programas comunitarios de prevención de la urgencia (12). Sin tan directa repercusión en la planificación se han realizado trabajos clínicos que han dado lugar a publicaciones en la prensa especializada (12, 13). Las posibilidades de explotación de esta información y, en concreto, la definición de patrones de uso estandarizados y la construcción de indicadores, son objeto de una línea de investigación que en colaboración con la Organización Mundial de la Salud se desarrolla actualmente en el Instituto José Germain.

Problemas pendientes

En el momento presente, el registro está razonable, aunque no óptimamente, dotado en materia de *hardware*, lo que ha supuesto una considerable inversión del Servicio de Salud Mental de Madrid. Sin embargo, la rentabilidad de tal inversión es, hoy por hoy, más que discutible debido a varios problemas. En primer lugar, se ha dado una desincronización entre la provisión del *hardware* y el del *personal* que debe manejarlo. Existen servicios en los que el material informático ha pasado meses sin utilizarse por falta de personal que pueda manejarlo y, en general, el rendimiento está limitado por la falta de cualificación del personal asignado. No se ha provisto en absoluto el personal que debería dirigir el registro (al menos un psiquiatra y un analista-programador), y la falta de cualificación del personal asignado al registro central ha imposibilitado la solución de algunos problemas, ha diferido la de otros y no ha hecho posible la evaluación y remodelación continuas que hubieran sido necesarias. Esta deficiencia del registro central amenaza la pervivencia del sistema en un momento en el que sólo las áreas dependientes del Instituto José Germain y del Hospital Psiquiátrico de Madrid son autosuficientes.

Esta falta de personal en el registro central se agrava por el retraso en la puesta

en marcha, a causa de dificultades en ocasiones presupuestarias y en ocasiones netamente burocráticas, de las líneas de comunicaciones que permitirían hacer operativa la red conectada a través de *modem*, lo que, además de impedir en algunas áreas la efectiva construcción funcional del registro, motiva desplazamientos innecesarios para operaciones de mantenimiento o solución de problemas de manejo. Algunos de los grandes hospitales generales de la Comunidad Autónoma no facilitan al registro la información correspondiente a las urgencias e ingresos atendidos en los mismos, impidiendo la constitución real del registro en su área de cobertura. El conocimiento del uso realizado de cada aspecto de la información recogida desde el inicio del registro (que debería llevar a cabo el inexistente personal cualificado del registro central) permitiría una simplificación de la recogida de datos y un reordenamiento de los mismos acorde con el grado de desarrollo del proceso de reforma. Todo ello determina el que en la actualidad sólo 5 de las 11 áreas (las 3, 8, 9, 10 y 11) de la Comunidad de Madrid dispongan de un verdadero registro acumulativo que dé cuenta de la totalidad de los contactos que cualquiera de sus habitantes pueda tener con la red de atención a la salud mental. Aunque esto no es poco. La generalización de esta situación al conjunto de la Comunidad Autónoma está pendiente de una inversión mínima y la remoción de un puñado de problemas administrativos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) WING, J. K., «Introduction to the registers and plan of the book», en WING, J. K. *Contributions from the Psychiatric Case Registers. Health Services Planning and Research*, Londres, The Royal College of Psychiatrists, 1989, pp. 3-13.
- (2) GIEL, R., «The use of a case register in administrative and operational research: Introduction», en TEN HORN G.H.M.M. y otros, *Psychiatric Case Register in Public Health: A worldwide Inventory 1960-85*, Amsterdam, Elsevier, 1986, pp. 70-77.
- (3) TEN HORN, G. H. M. M., «The development of other European Case Registers», en WING, J. K., *Contributions from the Psychiatric Case Registers. Health Services Planning and Research*, Londres, The Royal College of Psychiatrist, 1986, pp. 107-110.
- (4) WING, J. K., «Epidemiological research using psychiatric Case Register», en TEN HORN, G. H. M. M. y otros, *Psychiatric Case Register in Public Health: A worldwide inventory 1960-85*, Amsterdam, Elsevier, 1986, pp. 28-38.
- (5) FRYERS, T., «Administrative and operational research using a psychiatric Case Register», en TEN HORN, G. H. M. M. y otros, *Case Register in Public Health: A worldwide inventory 1960-85*, Amsterdam, Elsevier, 1986, pp. 84-85.
- (7) TEN HORN, G. H. H. M., «Definitions and classifications introduction», en TEN HORN, G.H.M.M. y otros, *Psychiatric Case Register in public health. A worldwide inventory 1960-85*, Amsterdam, Elsevier, 1986, pp. 170-174.
- (8) FERNÁNDEZ-LIRIA, A.; MÁS-HESE, J., «La reforma psiquiátrica en Madrid, dificultades y perspectivas: una reflexión desde la zona sur», *Psiquiatría Pública*, 1988, 2, pp. 79-86.
- (9) GOLDBERG, D.; HUXLEY, P., *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*, Londres, Tavistock, 1980 (trad. cast.: *Enfermedad mental en la comunidad*, Madrid, Nieva, 1990).
- (10) FERNÁNDEZ-LIRIA, A. y otros, «Cronicidad en un dispositivo de atención ambulatoria a la Salud Mental» (Leganés) en ESPINOSA, J. (coord.), *Cronicidad en Psiquiatría*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1986.
- (11) FERNÁNDEZ-LIRIA, A., *El concepto de Paciente Crónico Adulto Joven. Pertinencia y relevancia para la planificación de servicios de salud mental*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, 1991.
- (12) GARCÍA ALVAREZ, J. C. y otros, «Análisis descriptivo de la urgencia del Hospital Psiquiátrico de Madrid en función de la áreas a las que da cobertura», *Archivos de Neurobiología* (en prensa).
- (13) VICENTE-MUELAS, N.; RÍOS-RIAL, B.; OCHOA-MANGADO, E., «Alucinosis alcohólica: respuesta al tratamiento», *Archivos de Neurobiología* (en prensa).

* Alberto Fernández Liria, Natividad Vicente Muelas, Juan Carlos García Alvarez, Psiquiatras, Servicios de Salud Mental del Area 3, Universidad de Alcalá de Henares.

Correspondencia: Alberto Fernández Liria, Hospital Príncipe de Asturias, Ctra. de Meco, s/n. 28025 Alcalá de Henares (Madrid). Telf.: (91) 8816264.

** Fecha de recepción: 13-IV-1994.