

# Consulta de urgencia psiquiátrica y modelo comunitario de atención en salud mental

JORGE RAMÍREZ<sup>(1)</sup>, RAFAEL SEPÚLVEDA<sup>(1,2)</sup>, PEDRO ZITKO<sup>(3)</sup> y ANA MARÍA ORTIZ<sup>(2)</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** La evaluación de modelos de atención en salud mental es compleja, existiendo carencias de estudios de impactos de estos servicios; también del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (MCASM). La Consulta de Urgencia Psiquiátrica (CUP) se utiliza como indicador de resultado: reúne emergencia real y demanda no resuelta. El Complejo Asistencial Barros-Luco (CABL) constituye un modelo naturalístico de comparación: provee CUP a 2 servicios de salud: Sur (SSMS) y Sur-Oriente (SSMSO), el primero con mayor desarrollo del MCASM. Del mismo modo las comunas del SSMS presentan distintos grados de implementación del MCASM. **Objetivo:** Comparar la variación de tasas de CUP en el CABL, según SS de procedencia y comuna del SSMS. **Metodología:** Estudio observacional retrospectivo (años 2006-2007). Se compararon comunas del SSMS, categorizándolas por presencia de MCASM y distancia al CABL usando modelos de regresión de poisson. **Resultados:** Se analizaron 11.760 CUP. Existe caída de tasas de CUP, proporcionalmente mayores en SSMS y en comunas con MCASM. Sin embargo, comunas con MCASM presentan Razón de Tasas de Incidencia (RTI) de CUP mayores al doble. Al ajustar por distancia y años, la RTI disminuye (1,38 [96%IC 1,07-1,77]). Hay diferencias en caída de CUP entre comunas, no explicables por los factores estudiados. **Discusión:** Mayor desarrollo del MCASM podría asociarse a disminución de CUP. Hay limitaciones: periodo de observación corto, ausencia de ajustes por otros confundentes, categorizaciones poco precisas.

**Palabras clave:** Modelo comunitario de atención en salud mental, medición de resultado, evaluación de servicios sanitarios, consulta de urgencia psiquiátrica

## ABSTRACT

### EMERGENCY PSYCHIATRIC CONSULTATION AND THE COMMUNITY MENTAL HEALTH CARE MODEL

**Introduction:** Health care model evaluation in mental health is complex, and there is a lack of impact studies on those services, as well as on the Community Mental Health Care Model (CMHC). Emergency Psychiatric Consultation (EPC) is used as an indicator of results: it includes both real emergencies and unresolved demand. The Barros Luco Health Care Complex (BLHC) provides an opportunity to study the impact of the CMHC model: it provides EPC to two health services, South (SHS) and South-East (SEHS). The former has more widely implemented the CMHC model, and the counties of the SHS range in their implementation of the CMH model. **Objective:** Compare the variation in rates of EPC in the BLHC by health service of origin, and

<sup>(1)</sup> Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 939. Santiago. Chile. dr.rafaelsepulveda@gmail.com

<sup>(2)</sup> Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Barros Luco (CABL). San Miguel. Santiago. Chile.

<sup>(3)</sup> Unidad de Estudios Asistenciales, Dirección. Complejo Asistencial Barros Luco (CABL). San Miguel. Santiago. Chile.

by county within the SHS. **Methodology:** This is an observational retrospective study (2006-2007). Counties within the SHS were categorized by implementation of the CMH model and distance to the BLHC, and analyzed using Poisson regression models. **Results:** 11,760 EPC were analyzed. A decrease in EPC rates can be observed, which is greater in the SHS and in the counties that have implemented the CMHC model. Nevertheless, counties with the CMHC model had incidence rate ratios (IRR) for EPC that were more than twice as high. After adjusting for distance and years, the IRR decreased (1.38 [96% CI 1.07-1.77]). There are differences in the decrease in EPC between counties that are not explained by the factors studied. **Discussion:** Greater development of the CMHC model could be associated with the decrease in EPC. There are limitations: short observation period, lack of adjustments for other confounding factors, imprecise categories.

**Keywords:** community mental health care model, outcome measures, health service evaluation, emergency psychiatric consultation

## INTRODUCCIÓN

La Autoridad Sanitaria chilena ha explicitado a través del Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2001) la voluntad de orientar todas las prestaciones de salud mental del sistema público de salud según los criterios del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (MSCAM)<sup>1-3</sup>. Este enfoque se encuentra avalado por las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha proporcionado sostenidamente en el tiempo<sup>4</sup> y que han sido seguidas progresivamente por los países de Latinoamérica<sup>5</sup>. Si bien existen diversas definiciones respecto a lo que se entiende como MCASM, en este estudio utilizaremos la propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>6</sup>.

Por su parte, la evaluación de los modelos de atención en salud mental es compleja y no hay muchos estudios que describan de manera adecuada los impactos de los servicios de salud mental<sup>7,8</sup>. Esto es válido para servicios psiquiátricos en general<sup>7</sup>, como para los servicios basados en el MCASM<sup>9-11</sup>. En revisiones sistemáticas se ha podido concluir el beneficio de algunas intervenciones basadas en el MCASM: el tratamiento con equipos comunitarios de salud mental para paciente graves<sup>12</sup> y los dispositivos de "Hospitales de Día"<sup>13</sup>, en resultados como mayor aceptación del tratamiento, reducción de las tasas de ingreso en los hospitales y disminución de muertes por suicidio.

La gran mayoría de las investigaciones respecto al desempeño del MCASM se han realizado para Estados Unidos, Inglaterra y Australia<sup>14</sup>. A pesar de la existencia de algunos estudios para países de ingresos medio y bajos<sup>15-17</sup>, éstos aún se consideran insuficientes<sup>18</sup>. Junto a ello, en Chile no existen sistemas de información estandarizados, permanentes y adecuados para la medición de impactos sanitarios en general, siendo especialmente cierto en el caso de una proceso en desarrollo como la instalación del MCASM<sup>19</sup>. Es por esto que recurrir a análisis de datos secundarios que se encuentren disponibles resulta de gran relevancia.

Siguiendo modelos establecidos, al evaluar servicios de salud de cualquier índole, podemos identificar tres niveles de análisis: estructura (o recursos), procesos y resultado<sup>20</sup>. Existen desacuerdos entre diversos investigadores respecto a cuáles son los indicadores que mejor describen la actividad de un servicio de salud mental<sup>21</sup>. A pesar de lo multifactorial de su volumen y contenido, la Consulta de Urgencia Psiquiátrica (CUP) se ha utilizado como indicador de resultado, ya que reúne por un lado, la "emergencia real" que estaría presente en cualquier contexto y, por otro, la "demanda no resuelta" de patología no urgente, que sería dependiente de la inadecuada prestación de servicios<sup>22,23</sup>. El Complejo Asistencial Barros Luco (CABL), ubicado en la zona sur de Santiago de Chile, se presenta entonces como un modelo naturalístico de comparación, ya que

**Tabla 1.** Tasas de CUP por año, según SS y según comuna del SSMS con MCASM y sin él.

	Tasa* CUP 2006	Tasa* CUP 2007	Diferencia en %
<b>Con MCASM</b>			
La Cisterna	161,2	83,7	-48,1%
Pedro Aguirre Cerda	148,3	77,3	-47,9%
San Miguel	223,1	123,3	-44,7%
San Joaquín	191,9	108,2	-43,6%
San Bernardo	55,1	37,0	-32,8%
<b>Sin MCASM</b>			
Lo Espejo	141,6	60,3	-57,5%
El Bosque	59,0	38,8	-34,2%
Rurales**	30,3	22,9	-24,3%
<b>Servicios de Salud***</b>			
SSMS	103,2	57,9	-47,8%
SSMSO	19,5	14,5	-25,6%

\* Tasa por 10.000 inscritos.

\*\* Buin, Paine y Calera de Tango

\*\*\* No incluye La Granja

provee de CUP en un servicio de urgencia de hospital general, a dos territorios gestionados por dos servicios de salud distintos: el Sur (SSMS) y el Sur-Oriente (SSMSO), el primero de ellos con un mayor desarrollo del MCASM, aunque también con diferencias entre las comunas bajo su supervisión.

El Servicio de Psiquiatría del CABL ha desarrollado un sistema de registro y análisis de CUP en los últimos años, siendo el objetivo del presente trabajo comparar las variaciones de las tasas de CUP en el CABL, según SS de procedencia y según comuna del SSMS. Este esfuerzo se enmarca en una línea de investigación llevada adelante hace dos años, cuya hipótesis de trabajo es la documentación de impactos positivos y significativos del MCASM.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional retrospectivo, con datos de los años 2006 y 2007. Se utilizó la base de datos del servicio de urgencia del CABL, que fue analizada y validada por la Unidad de Apoyo a la Gestión del Servicio de Psiquiatría del CABL, esencialmente corroborando domicilios y detectando

duplicidades. Se calcularon tasas de CUP según poblaciones inscritas en cada uno de los servicios de salud y en los distintos centros de salud municipales de las comunas, para cada año estudiado.

Las tasas de CUP fueron comparadas entre comunas del SSMS, siendo éstas categorizadas según criterio experto, por presencia del MCASM, de manera dicotómica. Este criterio incluyó la apreciación sobre la intensidad y tiempo de instalación del MCASM en cada comuna, siendo consensuado con más de un experto en el área. También se incluyó en el análisis, como posible confundente, la distancia de cada comuna al CABL, utilizando cuatro categorías, basados principalmente en la ubicación geográfica de las comunas con respecto al CABL.

Dado que se trabajó con el universo de interés, no se reportan errores estándar ni tampoco la significación estadística, salvo en los modelos de regresión utilizados para controlar el efecto de la lejanía. En estos casos se utilizó modelos de regresión de poisson, corrigiendo la sobredispersión de la varianza cuando fue necesario. Los intervalos de confianza corresponden al 95%. Se consideraron

con presencia del MCASM las comunas de San Bernardo, San Joaquín, San Miguel, Pedro Aguirre Cerda y La Cisterna; y sin presencia del MCASM: Lo Espejo, La Granja, Rurales (Buin, Paine y Calera de Tango) y El Bosque.

## RESULTADOS

Para el periodo bianual 2006-2007, hubo un total de 228.189 consultas de urgencia general, siendo 12.933 de ellas CUP. Se descartaron las provenientes de la comuna de La Granja, por tener centros dependientes de ambos SS (el registro de CUP está diseñado por comuna y no por centro de salud), y las consultas provenientes de comunas fuera de la jurisdicción de ambos SS. Quedando entonces un total de 11.760 CUP.

Las consultas totales, tanto de urgencia general como de CUP del CABL disminuyeron entre el 2006 y el 2007 (-4,0% urgencia general y -32,4% las CUP). Las tasas de CUP para ambos años, por SS y por comuna del SSMS se presentan en la Tabla 1.

La caída de CUP fue proporcionalmente mayor para las provenientes de SSMS: - 43,9% en SSMS, versus -25,6% en SSMSO. La Razón de Tasas de Incidencia (RTI) de CUP del SSMS respecto al SSMSO cayó de 5,3 el año 2006 a 4,0 el año 2007, como muestra la Figura 1.

Una gráfica con las tasas de CUP para ambos años por comuna del SSMS se presenta en la Figura 2. Las comunas con presencia del MCASM presentaron una RTI de más del doble en ambos años (2,9 el año 2006 y 2,2 el 2007) en relación con las comunas sin presencia del modelo, como se observa en la Figura 3. Sin embargo, cuando se realiza el ajuste por distancia al CABL y por los dos distintos años, este valor disminuye a 1,38 [95% IC 1,07-1,77]). Pese a esta diferencia, la caída en las tasas de CUP del 2006 al 2007 fue mayor en las comunas con MCASM (-49,5%) comparadas con las comunas sin este modelo (-39,7%).

Se observó una gradiente de tasas de CUP según la distancia al CABL en las cuatro categorías de lejanía. En relación a la categoría más cercana, la segunda categoría tuvo una RTI

de 0,47, la tercera de 0,42 y la cuarta y más lejana de 0,17.

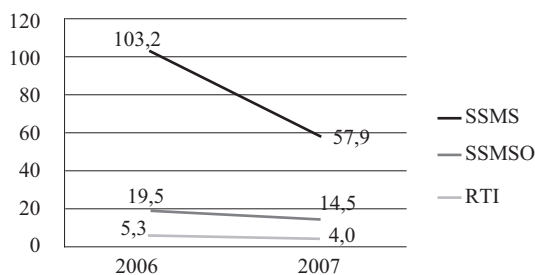
Una parte importante de la caída de las CUP al interior de las comunas, entre los años 2006 y 2007 no fue explicada por lejanía al CABL o presencia del MCASM (RTI 0,59 [0,53-0,64]).

## DISCUSIÓN

La proporción de CUP respecto a las consultas de urgencia general, en este estudio de un 5,7%, se encuentra dentro de lo reportado a nivel nacional<sup>24-26</sup>. La explicación de la caída de consultas de urgencia entre el 2006 y el 2007, puede pasar por un aumento en la cobertura de servicios alternativos, especialmente servicios de atención primaria de urgencia<sup>27</sup> y de resolutiveidad de la APS en general, que en años inmediatamente anteriores vio incrementados sus recursos destinados a salud mental<sup>23</sup>.

Existen diferencias en la generación de CUP entre SS y comunas que presentan diversos grados de desarrollo del MCASM, esto tanto en números absolutos como en los porcentajes de variación, que no serían explicados por los factores confundentes explorados, es decir la distancia al centro de referencia y el año de observación. La comprobación de mayores porcentajes de caída en la CUP en servicios con mayor presencia del modelo en estudio (SSMS y comunas con presencia del MCASM del SSMS), permite afirmar que la existencia de mayor desarrollo del MCASM podría asociarse a disminución de CUP en el tiempo.

Sin embargo, resulta llamativo que las



**Figura 1.** Tasa de CUP por 10.000 hab. en el CABL, según año y SS; y Razón de Tasas de Incidencia (RTI) de CUP entre SS.

comunas con MCASM son las que presentan mayores tasas de CUP. Esto puede tener diversos motivos. Uno de ellos es que la paulatina instauración del modelo en el SSMS se haya iniciado privilegiando intencionadamente comunas con más altas tasas de CUP, aunque no existe evidencia de aquello en los planes estratégicos de salud mental de la época<sup>28</sup>.

También se observa que las comunas con mayor desarrollo del MCASM son las que generalmente se encuentran más cerca físicamente del CABL, lo que es apoyado por la caída de la RTI al ajustar por distancia. Es posible que en la práctica, por disposición física de recursos humanos, el proceso de implementación haya presentado un avance centrífugo desde el CABL.

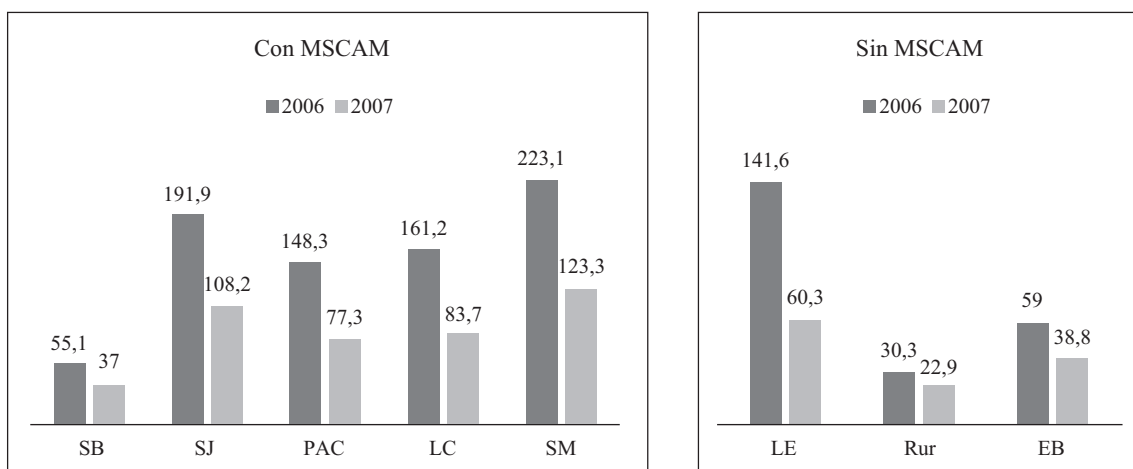
Una tercera explicación es que se tratara de comunas más deprivadas socioeconómicamente: es probable que el MCASM impacte en primer término entidades nosológicas que presenten mejor respuesta a tratamientos integrales, esperándose una disminución inicial de consultas por pacientes psicóticos descompensados, más que de otras situaciones como crisis vitales o abuso de sustancias, que se asocian a bajos índices de desarrollo social. A pesar de lo homogéneo de las comunas del SSMS, sería recomendable un análisis más detallado.

Tampoco se debe dejar de lado la hipótesis

que la instauración del mismo modelo empodere al usuario, uno de sus propósitos explícitos<sup>29</sup>, y secundariamente motive aumentos de CUP por “emergencia real”, que no era percibida con anterioridad.

Por todas estas consideraciones es que el resultado principal de la presente investigación (variación de tasas o RTI en el tiempo), resulta especialmente propicio, más que la mera comparación de tasas en un corte transversal.

Este estudio presenta una aproximación a la compleja evaluación de servicios de salud mental, a través de un indicador de proceso. En Chile existen, al menos, dos estudios de evaluación de servicios en salud mental. Uno de ellos comparó con criterios internacionales de calidad, según áreas socio-sanitarias definidas, los servicios de salud mental para usuarios públicos en Chile<sup>30</sup>. El otro, evaluó qué componentes estructurales y de proceso de la red de atención secundaria para pacientes con primer brote de esquizofrenia se asocian con mejores resultados, medidos a través de la detección de casos nuevos y de la adherencia a los programas de tratamiento<sup>31</sup>. Nuestro foco es estudiar y documentar en forma prospectiva, la instalación y el efecto de una la modalidad de intervención global sobre cualquier tipo de patología psiquiátrica, el MCASM, en territorios y poblaciones bien determinadas, que



SB=San Bernardo, SJ=San Joaquín, PAC=Pedro Aguirre Cerda, LC=La Cisterna, SM=San Miguel, LE=Lo Espejo, LG= La Granja, Rur=Rurales (Calera de Tango, Buin y Paine), EB=El Bosque

**Figura 2.** Tasas de CUP por 10.000 hab. en CABL, de comunas con MCASM y sin MCASM.

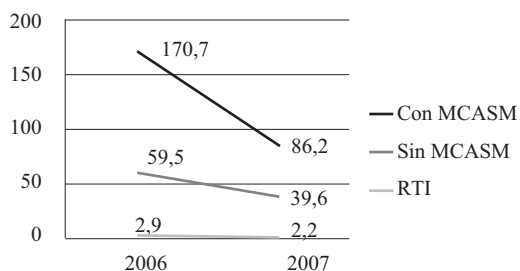


constituyen a nuestro juicio un modelo naturalístico de comparación.

Este estudio presenta cuatro limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de observar los datos. Primero, el periodo de observación es corto, abarcando solo dos observaciones para dos años, lo que impide realizar estimaciones fiables de tendencia, y no permite medir adecuadamente un resultado de una intervención. En este caso, la instauración del MCASM se puede entender como un cambio de paradigma, que según diversos autores se realiza durante un proceso más bien prolongado e incremental<sup>32</sup>, especialmente en el sector salud<sup>33</sup>, ya que estos cambios son estrechamente dependientes de la cultura organizacional en que se desarrollan<sup>34,35</sup>.

Segundo, las definiciones de grado de implementación del MCASM y la categorización por distancia de las comunas son indicadores aún poco refinados. Es necesario establecer una metodología simple, pero clara para establecer el grado de desarrollo de la intervención en estudio, que evidentemente es más compleja que una variable dicotómica. Dentro de la línea de investigación llevada adelante, se contempla la validación de un instrumento para tal efecto, la cual se encuentra en etapa de recolección y análisis de resultado. Respecto a la distancia, si bien es esperable la gradiente en el resultado según accesibilidad, esta categorización debe ser reproducible, siendo probable que una medición de tiempos de desplazamiento sea más adecuada.

Tercero, en este estudio no se hicieron ajustes por otros confundentes. Si bien es claro que factores como el nivel socioeconómico y composición etaria de las comunas podrían tener influencia en la interpretación de los resultados, también es cierto que las comunas del SSMS son relativamente homogéneas en estos aspectos. Razones tales como la desinstitucionalización, el crecimiento demográfico, abuso de sustancias y el desarrollo de servicios de urgencia psiquiátrica (como entidades aparte de la urgencia general) a menudo se citan como factores que contribuyen al aumento de CUP<sup>36-40</sup>. Es importante destacar que según datos internos del SS Sur, no ha existido aumento real de dispositivos sanitarios en el periodo en estudio.



**Figura 3.** Tasa de CUP por 10.000 hab. en el CABL, según año y presencia de MSCASM en comunas del SSMS; y RTI de CUP entre comunas con MCASM y sin MCASM.

Cuarto, no se realizó un análisis por el perfil diagnóstico de las CUP, lo que incluye concentración de consultas, es decir el número de consultas por paciente en el año, ni el tipo de diagnóstico. Pacientes con psicosis crónica o aguda (esquizofrenia, trastorno bipolar o de origen desconocido), abuso de sustancia y trastornos de personalidad constituyen una gran parte de los diagnósticos típicos de la CUP en el mundo anglosajón<sup>41-42</sup>. A nivel nacional se trata principalmente de trastornos neuróticos y abuso de sustancia (esencialmente alcohol)<sup>24</sup>. Es importante mencionar que tanto estudios nacionales<sup>26</sup> como extranjeros<sup>43-44</sup> apuntan a que las frecuencias encontradas dependen de la presencia de psiquiatras en los servicios generales que puedan realizar interconsulta inmediata.

Por último, debe recalcar la existencia de esta estructura de estudio instalada en el CABL, que debiera servir de plataforma para futuros desarrollos en esta línea de investigación, que tomen en cuenta las limitaciones ya expuestas y puedan aportar evidencia más sólida respecto a impactos atribuibles al modelo comunitario de atención en salud mental.

## REFERENCIAS

1. OPS. Declaración de Caracas, in Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. 1990: Caracas, Venezuela.
2. MINSAL. Actas de la Conferencia Chilena: Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica: Accesibilidad, equidad, participación. 1991, Centro de Recursos para la Atención Primaria en Salud: Santiago de Chile. p. 158.

3. MINOLLETTI, A. AND A. ZACCARIA. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 2005. 18(4-5): p. 346-348.
4. BRUNDTLAND, G.H., From the World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. *JAMA*, 2001. 286(19): p. 2391.
1. OPS. Declaración de Caracas, in Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. 1990: Caracas, Venezuela.
2. MINSAL. Actas de la Conferencia Chilena: Desafíos en Salud Mental y Atención Psiquiátrica: Accesibilidad, equidad, participación. 1991, Centro de Recursos para la Atención Primaria en Salud: Santiago de Chile. p. 158.
3. MINOLLETTI, A. AND A. ZACCARIA. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 2005. 18(4-5): p. 346-348.
4. BRUNDTLAND, G.H., From the World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. *JAMA*, 2001. 286(19): p. 2391.
5. DE LELLIS, M. AND J. ROSETTO. Hacia la reformulación de las políticas públicas de salud mental y discapacidad intelectual, in *Psicología y políticas públicas de salud*, PAIDOS, Editor. 2006: Buenos Aires. p. 227-90.
6. FUNK, M., ET AL. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental, in *Salud Mental en la comunidad*, J. Rodríguez, Editor. 2010.
7. BURNS, T. AND S. PRIEBE. Mental health care systems and their characteristics: a proposal. *Acta Psychiatr Scand*, 1996. 94(6): p. 381-5.
8. LLOYD-EVANS, B., S. JOHNSON, AND M. SLADE. Assessing the content of mental health services: a review of measures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2007. 42(8): p. 673-82.
9. O'DRISCOLL, C., The TAPS Project. 7: Mental hospital closure--a literature review of outcome studies and evaluative techniques. *Br J Psychiatry Suppl*, 1993(19): p. 7-17.
10. FREEMAN, H., HENDERSON, JH. Evaluation of comprehensive care of mentally ill., ed. Caskell. 1991, Londres.
11. KNUDSEN HC, T.C. Mental health services evaluation, ed. C.U. Press. 1996, Cambridge.
12. MALONE, D., ET AL. Equipos comunitarios de salud mental (ECSM) para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*. Oxford: Update Software Ltd, 2008 2.
13. SHEK, E., ET AL. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(4).
14. SHAH, A. AND R. JENKINS. Mental health economic studies from developing countries reviewed in the context of those from developed countries. *Acta Psychiatr Scand*, 2000. 101(2): p. 87-103.
15. CHATTERJEE, S., ET AL. Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *Br J Psychiatry*, 2003. 182: p. 57-62.
16. CHISHOLM, D. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the CHOICE programme of the World Health Organization. *World Psychiatry*, 2005. 4(1): p. 37-44.
17. CHISHOLM, D., ET AL. Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the global burden of bipolar disorder. *Br J Psychiatry*, 2005. 187: p. 559-67.
18. WILEY-EXLEY, E. Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: a 10-year review of the literature. *Soc Sci Med*, 2007. 64(6): p. 1231-41.
19. SEPÚLVEDA, R. Reflexiones sobre la Reforma Psiquiátrica chilena y la necesidad de un sistema de información pertinente. *Psiquiatría y Salud Mental (Chile)*, 2006. XXIII(1-2): p. 75-78.
20. DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica, ed. L.p.m. mexicana. 1984, México.
21. SARTORIUS, N. Mental health care in continental Europe: medley or mosaic?, in *Mental health care delivery*, I. Marks and R. Scott, Editors. 1999, Cambridge University Press: Cambridge.
22. PARADIS, M. et al. Is psychiatric emergency service (PES) use increasing over time? *Int J Ment Health Syst*, 2009. 3(1): p. 3.
23. SNOWDEN, L.R., ET AL. Effects on outpatient and emergency mental health care of strict Medicaid early periodic screening, diagnosis, and treatment enforcement. *Am J Public Health*, 2007. 97(11): p. 1951-6.
24. CRUZ, C., ET AL. Demanda espontánea de urgencias psiquiátricas al Hospital Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 2007. 45 (2): p. 108-13.
25. ESCOBAR, E. AND X. ESCOBAR. La atención psiquiátrica en los servicios de urgencia médicos de Santiago. *Rev Chil Neuro-psiquia*, 1989. 27: p. 167-77.
26. MINSAL. Grupo de tarea "Red de salud mental y psiquiatría de la Región Metropolitana". Plan de salud mental y psiquiatría de la Región Metropolitana. Desarrollo de Servicios de atención cerrada y Urgencias. 2005, Ministerio de Salud: Santiago de Chile.
27. URRIOLOA, R. [Chile: social protection in health]. *Rev Panam Salud Publica*, 2006. 20(4): p. 273-86.
28. SSMS. Plan de Salud Mental en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. 2004: Santiago.
29. DESVIAT, M. Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. *Rev GPU*, 2007. 3(1): p. 88-96.
30. SALDIVIA, S. AND P. GRANDÓN. Estudio de servicio de salud mental en el sistema público de salud de Chile. Informe final., U.d. Concepción, Editor. 2008, MINSAL-Chile.

31. ALVARADO, R. AND R. MINOLETTI. Evaluación de las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia, en Chile. Informe General, in Proyecto FONIS, E.d.S.P.U.d. Chile, Editor. 2010, MINSAL-Chile.
32. LIRA, L. ed. Revalorización de la planificación del desarrollo. Gestión Pública. 2006, Naciones Unidas: Santiago de Chile.
33. PERONI, A. El desarrollo local a escala humana: experiencias de desarrollo comunitario en el sector salud. Chile. Polis (Santiago), 2009. 8: p. 99-120.
34. JOHNSON, G. AND K. ACHOLES. Dirección estratégica: Análisis de la estrategia de las organizaciones. 3 ed ed, ed. P. Hall. 1997, Madrid.
35. RICARDO, R. Debate teórico sobre la interrelación entre la cultura, el desempeño organizacional e innovación. The Anáhuac Journal, 2005. 6(1): p. 9-34.
36. SULLIVAN, P.F., ET AL. Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service. Hosp Community Psychiatry, 1993. 44(4): p. 376-80.
37. CHAPUT, Y.J. AND M.J. LEBEL. Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. Psychiatr Serv, 2007. 58(3): p. 335-41.
38. CHAPUT, Y.J. AND M.J. LEBEL. An examination of the temporal and geographical patterns of psychiatric emergency service use by multiple visit patients as a means for their early detection. BMC Psychiatry, 2007. 7: p. 60.
39. PASIC, J., J. RUSSO, AND P. ROY-BYRNE. High utilizers of psychiatric emergency services. Psychiatr Serv, 2005. 56(6): p. 678-84.
40. CURRIER, G.W. AND M. ALLEN. Organization and function of academic psychiatric emergency services. Gen Hosp Psychiatry, 2003. 25(2): p. 124-9.
41. BRESLOW, R.E., B.J. ERICKSON, AND K.C. CAVANAUGH. The psychiatric emergency service: where we've been and where we're going. Psychiatr Q, 2000. 71(2): p. 101-21.
42. SULLIVAN, A.M. AND J. RIVERA. Profile of a comprehensive psychiatric emergency program in a New York City municipal hospital. Psychiatr Q, 2000. 71(2): p. 123-38.
43. KROPP, S., ET AL. Psychiatric patients turnaround times in the emergency department. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2005. 1: p. 27.
44. SCHNYDER, U., ET AL. Characteristics of psychiatric emergencies and the choice of intervention strategies. Acta Psychiatr Scand, 1999. 99(3): p. 179-87.

Recepción: 4 de mayo de 2010  
Aprobación: 20 de agosto de 2010

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a [revistas@med.uchile.cl](mailto:revistas@med.uchile.cl)