



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA "DR. SALVADOR ALLENDE"

"Impacto de la Consultoría Psiquiátrica en Atención Primaria de Salud: Estudio de su asociación con las tasas de egresos de hospitalización por causa psiquiátrica, a nivel de comunas del país"

Rafael Sepúlveda Jara

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESOR GUIA DE TESIS: DR. RUBEN ALVARADO MUÑOZ
ASESOR METODOLOGICO: DR. PEDRO ZITKO MELO

Santiago, Julio de 2015

INDICE	Página
RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
MARCO TEORICO	6
• Relevancia de los problemas de Salud Mental	6
• Reforma de los sistemas de atención en salud mental	12
• Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental	16
• La importancia de la continuidad de cuidados	18
• Derivación desde el nivel primario de atención en salud al nivel especializado de salud mental	21
• Interfaz entre la atención primaria de salud y el nivel de atención especializada en salud mental	25
• Antecedentes históricos de la Consultoría.	28
• Gerald Caplan y las definiciones originales respecto a la Consultoría en Salud Mental.	28
• Desarrollos posteriores respecto a la Consultoría en Salud Mental	32
• Consultoría Psiquiátrica en Chile	35
- Antecedentes de su desarrollo	35
- Aspectos normativos	36
- Objetivos dentro del sistema de cuidados en salud mental	36
- Evaluaciones en Chile	37
• Antecedentes de la relación entre Consultoría Psiquiátrica en centros de APS y egresos por causa psiquiátrica	38
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	39
OBJETIVOS	39
• Objetivo General	39
• Objetivos específicos	39
METODOLOGÍA	40
• Diseño y muestra	40
• Características de la consultoría	41
• Variables del estudio: resultados de interés	42
• Otras variables del estudio	44
• Plan de análisis	47
RESULTADOS	48
DISCUSIÓN	56
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	84
• Anexo A: Figuras y tabla 2	86
• Anexo B: Análisis adicionales	90
• Anexo C ; Sintaxis de edición y análisis	93

RESUMEN

La investigación realizada en esta tesis se centra en la descripción y análisis de un componente funcional de las redes de atención en salud mental del Sistema Público de Salud de Chile: la Consultoría Psiquiátrica, y en la exploración de su posible asociación con las tasas de egresos por causas psiquiátricas según comuna de origen.

Entre sus resultados destacados un 28,3% de los centros de APS presentaron criterios de consultoría óptima: periodicidad de consultoría psiquiátrica de al menos una vez al mes, realizadas por el mismo psiquiatra consultor, y atención de los usuarios derivados al nivel secundario por el mismo psiquiatra consultor. A nivel comunal esta cifra alcanzó un 29,1% de las comunas (presencia de consultoría óptima en más de la mitad de sus centros de APS).

La presencia de consultoría óptima a nivel comunal se asoció a menor tasa de egresos hospitalarios por esquizofrenia, otras psicosis, trastornos de personalidad y trastornos ansiosos, independiente de la pobreza, escolaridad y distribución por sexo y edad de las comunas. Esta disminución representa entre un 29% y 35% menor tasa de hospitalización en aquellas comunas donde más del 50% de sus centros de APS cuentan con consultoría óptima. En términos absolutos, esto se traduce en una reducción de la tasa de hospitalizaciones entre 1,01 y 0,25 por cada 10.000 inscritos, en aquellas comunas categorizadas con consultoría óptima.

Desde el punto de vista de la orientación de políticas públicas, los resultados acá observados, -que son coincidentes con otros estudios internacionales-, respaldan la relevancia de la consultoría psiquiátrica y del modelo comunitario de atención en salud mental en el Plan Nacional de Salud Mental. Sin embargo, también pone en tela de juicio que la autoridad sanitaria no haya incentivado la consultoría psiquiátrica con todos los mecanismos disponibles para ello.

INTRODUCCIÓN

La investigación realizada en esta tesis se centra en la descripción y análisis de un componente funcional de las redes de atención en salud mental del Sistema Público de Salud de Chile: la Consultoría Psiquiátrica, y en la exploración de su posible asociación con las tasas de egresos por causas psiquiátricas según comuna de origen.

Utiliza información obtenida en el desarrollo del proyecto FONIS SA08I20033 “Evaluación de las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia, en Chile”, en el cual el autor de esta tesis participó como co-investigador, y de bases de datos del Ministerio de Salud y del Instituto Nacional de Estadísticas.

La Consultoría Psiquiátrica se considera un recurso fundamental para cumplir varios requisitos de la buena operación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, entre otros (MINSAL, 2015):

- (i) El incremento de la capacidad resolutive del Nivel Primario de Atención
- (ii) La integración entre el Nivel Primario de Atención y el Nivel Especializado de Atención en Salud Mental
- (iii) La continuidad de cuidados.

La actividad de Consultoría de Salud Mental se encuentra descrita en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y es un recurso que las Guías Clínicas del programa sobre garantías explícitas en salud (GES) incluyen entre los que debieran utilizarse para la pesquisa, diagnóstico y tratamiento de las patologías de salud mental incluidas en estos Programas (Primer Episodio de Esquizofrenia, Depresión y Trastorno Afectivo Bipolar) (MINSAL 2009, MINSAL 2013, MINSAL 2013 b).

Pese a ello, existe evidencia indirecta respecto a que su grado de implantación y cumplimiento es muy heterogéneo en el país (Sepúlveda R et al. 2014 b).

En este estudio, la participación del médico psiquiatra en el equipo consultor, como único profesional o en conjunto con otros profesionales, es un requisito para clasificar la Consultoría en Salud Mental como Consultoría Psiquiátrica.

Se considera que servicios de salud mental que funcionan mejor articulados entre sí y que incorporan en forma efectiva a la APS debieran mostrar entre sus resultados una menor utilización de los recursos de más complejidad y costo unitario, como lo es la hospitalización psiquiátrica (OMS 2003, Gilburg H 2014).

Por otra parte, las tasas de egresos hospitalarios por causa psiquiátrica (agregadas y separadas por causa) son indicadores usados habitualmente para medir resultados en salud mental y psiquiatría (Salvador L et al 2010).

La Consultoría Psiquiátrica es un recurso fundamental para la articulación entre el nivel primario de atención en salud y el nivel especializado en salud mental y, -en un nivel teórico-, la potenciación de esta práctica parece ser una estrategia que mejoraría la calidad de los servicios de salud mental.

Aunque se reconoce su importancia, es necesario objetivar su aporte al desempeño de los servicios comunitarios de salud mental en el contexto del sistema público de salud chileno y verificar si el impacto en la reducción de ingresos hospitalarios por trastornos mentales y la ampliación de la capacidad resolutoria de la atención primaria de salud, -que se han documentado en otros países-, se dan también en el nuestro.

MARCO TEÓRICO

Relevancia de los problemas de Salud Mental

Los trastornos de salud mental tienen gran trascendencia en el mundo y en Chile. En 2010, los trastornos mentales y por abuso de sustancias representaron el 7,4% del total de años perdidos por muerte prematura y discapacidad mundial (AVISA) y el 22,8% de los años perdidos por discapacidad (AVD). Los trastornos depresivos representaron el 40% de los AVISA debidos a trastornos mentales y por abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad un 14,5%, los trastornos por consumo de drogas ilícitas el 10,8%, y los trastornos por consumo de alcohol un 9,5%. La carga de los trastornos mentales y abuso de sustancias se habría incrementado desde 1990, en gran parte impulsado por el crecimiento demográfico y el envejecimiento (Whiteford H & Ferrari A, 2013; Whiteford et al, 2013).

Respecto a la carga de enfermedad en Chile: la mayor parte está determinada por el grupo de enfermedades no transmisibles representando el 83,9% del total de AVISA para el año 2004, de las cuales las condiciones neuropsiquiátricas representan el subgrupo más importante (23,2%). Entre las causas específicas de AVISA en Chile, los trastornos depresivos unipolares (4,5%) se encuentran en segundo lugar y la dependencia al alcohol en cuarto lugar (3,4%), haciendo evidente la importancia que tienen las patologías psiquiátricas en la pérdida de años por discapacidad y muerte prematura, Al revisar los resultados por sexo se observa que en el caso de los hombres la dependencia al alcohol sube al segundo lugar, mientras que en mujeres, los trastornos depresivos unipolares y los ansiosos ocupan el tercer y cuarto lugar respectivamente (MINSAL 2008).

El primer estudio de prevalencia de enfermedades psiquiátricas con representación de la población adulta a nivel nacional, fue el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica, realizado por Benjamín Vicente y cols. entre los años 1992 y 1999. En esta investigación se reveló que un 36% de la población

estudiada había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que un 22,6%, había tenido un desorden en los últimos 6 meses. En este estudio se observó una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia para cualquier desorden y la comorbilidad (Vicente B et al, 2002).

En población adolescente e infanto-juvenil, Vicente y colaboradores mostraron en su estudio comunitario de prevalencia de trastornos psiquiátricos, con representatividad nacional para la población de entre 4 y 18 años de edad, que la prevalencia total para cualquier trastorno psiquiátrico, junto con discapacidad psicosocial fue de 22,5%. Los grupos de trastornos con mayor prevalencia fueron los Disruptivos (14,6 %), seguidos de los T. Ansiosos (8,3%). Entre los trastornos afectivos, la gran mayoría presentó Depresión Mayor (5.1%), La comorbilidad estuvo presente en el 39.3% de los casos, mientras que 10,3% tenían 3 o más diagnósticos, En general las niñas presentaron significativamente mayor comorbilidad (Vicente el al, 2012)

La Encuesta Nacional de Salud 2010 muestra que la prevalencia de síntomas depresivos en el último año, pesquisados a través del CIDI-SF (abreviado), fue de 17,2% en la población general, significativamente mayor en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%), diferencias que se mantienen en los distintos estratos de edad. Los síntomas depresivos fueron significativamente mayores en el nivel educacional más bajo (20,8%).

Si bien los trastornos mentales se asocian preferentemente al desarrollo de discapacidad, por sobre la mortalidad, algunas consecuencias como los suicidios ocupan una posición relevante en el listado de principales causas de muertes en el país. En 2011 ocurrieron 2.027 muertes por suicidio, representando el 25% de todas las muertes por causas externas, muy cercano a las muertes por accidentes de tránsito (26,3%) (MINSAL 2012).

Al fijar la atención en los centros de atención primaria de salud los estudios epidemiológicos muestran alta prevalencias de trastornos mentales y conductuales en las personas que consultan en ese nivel de atención. Esto en rangos entre 20%

y 50% (Anseau et al., 2004; Anseau et al., 2005; Aragonés et al., 2004; Araya, 2000; Araya et al., 2001; Avasthi et al., 2008; Baca et al., 1999; Balestrieri et al., 2010; Nordstrom & Bodlund, 2008; Norton et al., 2009; Serrano-Blanco et al., 2010; Toft et al., 2005; Sartorius N et al., 1993; Ustun y Sartorius, 1995).

El conocimiento respecto a la magnitud de trastornos mentales y conductuales en el nivel primario de atención se constituye en un imperativo para la acción. Conocer sus características en este contexto da la posibilidad de identificar a los individuos con estos problemas y proporcionarles la asistencia necesaria a este nivel, donde probablemente esto pueda hacerse de un modo más precoz, más asequible, más aceptable social y culturalmente, y más costo efectiva que si la atención de los problemas de salud mental se centra en el nivel especializado (Ivbijaro, 2009, OMS, 2008 a; OMS, 2008 b; Reneses et al, 2014). Del mismo modo, integrar efectivamente el trabajo del nivel primario con el nivel especializado es una obligación ineludible para los sistemas de provisión de servicios sanitarios (Jenkins R et al, 2012).

Los trastornos mentales y conductuales no sólo importan por su elevada prevalencia, sino también porque tienen gran impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades. Las personas sufren sus síntomas y sufren también porque no pueden participar en las actividades laborales y de ocio, generalmente porque se les discrimina. Sus familias, además de soportar la carga que implica constituir la fuente principal y muchas veces única de apoyo físico y emocional, se ven obligadas a soportar las consecuencias gravemente negativas de la estigmatización y la discriminación, (Caqueo-Urizar A & Gutiérrez-Maldonado J 2009).

La carga directa sobre las familias al cuidado de un miembro afectado por un trastorno mental o conductual, es muy alta y gravitante (Goldman H 1982; Noh S y Turner R J 1987, Olufolahan V and Olayinka O 2013). Además de la carga directa, deben considerarse las oportunidades perdidas. Las familias en las que

uno de sus miembros sufre una enfermedad mental se ven obligadas a hacer ajustes que impiden a otros miembros desarrollar todo su potencial en el ámbito laboral, de las relaciones sociales y del ocio (Gallagher y Mechanic, 1996). Habitualmente las familias deben dedicar gran parte de su tiempo a asistir al familiar afectado, y enfrentan privaciones económicas y sociales porque éste no es plenamente productivo (Awad AG, Voruganti LN 2008). Existe también el temor constante a que la recidiva de la enfermedad pueda perturbar de forma súbita e inesperada las vidas de los miembros de la familia (Caqueo-Urizar A, et al 2011).

Los factores asociados a la prevalencia, aparición y evolución de los trastornos mentales y conductuales son la pobreza, el sexo, la edad, la etnicidad, los conflictos y desastres, enfermedades físicas graves y el entorno socio familiar (OMS 2001, pág. 39). La influencia combinada de estos factores determina el estado de salud de una persona. Como individuos, tenemos más control sobre algunos de estos factores que sobre otros. Adicionalmente nuestras circunstancias de vida impactan significativamente sobre nuestra motivación y la capacidad de tomar decisiones saludables y comprometernos con los servicios de salud y tratamientos. Comprender cómo interactúan estos factores y el impacto que provocan en la salud de las personas y las comunidades necesita ser contextualizado sociocultural y ambientalmente (Goldie et al. 2013; Newbigging & Bola, 2010; Picket et al., 2006)

Una forma de valorar estos aspectos es usando el concepto de *calidad de vida*. Este es un constructo con el cual se ha estimado la infelicidad y el sufrimiento que causan los trastornos mentales y conductuales en la vida de las personas afectadas y de sus familias, concluyendo que el impacto negativo no sólo es importante, sino prolongado (Lehman et al. 1998, Saxena y Orley 1997, UK700 Group 1999). Los estudios muestran que después de la recuperación del trastorno mental, la calidad de vida sigue siendo mala debido a la persistencia de factores tales como el estigma y la discriminación, y que la calidad de vida de los individuos con trastornos mentales graves internados en residencias psiquiátricas es peor

que la de los que viven en la comunidad (Caqueo-Urizar A & Lemos S, 2008; Katschnig H, 2006; OMS 2001).

Contrariamente a lo que podría pensarse, la repercusión negativa en la calidad de vida no se limita a los trastornos mentales graves (Spitzer et al., 1995). Así por ejemplo, los trastornos de ansiedad y de pánico tienen también efectos importantes sobre esta (Mendlowicz y Stein 2000; Orley y Kuyken 1994).

El impacto económico de los trastornos mentales es alto y persistente. Incluye costos para los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto, algunos de los cuales son evidentes y medibles, pero otros difícilmente cuantificables. Entre los componentes medibles de la carga económica se encuentran las necesidades de servicios de asistencia sanitaria y social, la pérdida de empleo y el descenso de la productividad, el impacto sobre las familias y los cuidadores, los niveles de delincuencia e inseguridad pública, y el impacto negativo de la mortalidad prematura (Harris et al 2013; Naylor et al, 2012; Boardman & Parsonage, 2007).

Rice et al., estudiaron los costos económicos acumulados de los trastornos mentales en Estados Unidos estimándolos en aproximadamente el 2,5% del producto nacional bruto (Rice et al. 1990). Del mismo modo, estudios europeos han estimado que el gasto en trastornos mentales como porcentaje de todos los costos de asistencia sanitaria es del 23,2% en Holanda (Meerding et al, 1998) y, Patel y Knapp estimaron que en el Reino Unido, los gastos de los pacientes hospitalizados ascendían al 22% del total de los gastos asociados a trastornos mentales (Patel y Knapp, 1998). Y estos costos van en incremento (McCrone P et al, 2008).

Los costos indirectos derivados de la pérdida de productividad son responsables de una proporción de los costos generales mayor que los directos. Por otra parte los bajos costos de tratamiento (debido a la carencia de éste) pueden tener un

efecto perverso al elevar los costos indirectos al prolongar el curso de los trastornos no tratados y empeorar su pronóstico y la discapacidad que causan (Chisholm et al. 2000).

Un estudio de la Generalitat de Catalunya (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut 2011) sobre los costos de la depresión, concluyó que la proporción de costos indirectos con respecto al total (78,8%) refleja el perfil transectorial de la depresión, y su carácter diferencial con respecto a otras patologías mentales, ya que la interacción más relevante no se produce en este caso entre el sector sanitario y el sector social, sino entre servicios sanitarios y empleo. De esta forma las inversiones sanitarias y los planes de salud sobre depresión pueden tener un marcado impacto sobre otros sectores económicos.

Con toda probabilidad, las estimaciones de las evaluaciones económicas son muy inferiores a la realidad, ya que en su cálculo no se tienen en cuenta los costos que lleva aparejados para los individuos y las familias la pérdida de oportunidades a la que aludimos antes..

Por otra parte, aún en los países desarrollados, el financiamiento entregado cubre sólo parcialmente los costos de los planes formulados por las propias autoridades responsables. Por ejemplo, en el Reino Unido, un estudio del Sainsbury Centre for Mental Health, estimaba que en el período 2010/2011, el financiamiento alcanzaría sólo al 77,5% de los costos implicados para cubrir los planes establecidos por el gobierno (Parsonage & Boardman, 2008).

En síntesis:

- Los trastornos mentales representan una parte sustantiva de la morbilidad y la carga de enfermedad, tanto en el mundo como en Chile, y su prevalencia entre quienes consultan en atención primaria alcanza niveles de hasta el 50%.

- Su impacto no se limita a las personas afectadas por los trastornos sino también sobre sus familias y su entorno.
- Significan un costo elevado para toda la sociedad que supera ampliamente los costos sanitarios directos, y el financiamiento entregado cubre muy parcialmente las necesidades e incluso los planes diseñados para enfrentarlos.

Reforma de los sistemas de atención en salud mental

Aunque en muchos períodos históricos la magnitud de los trastornos mentales y su impacto estuvieron subestimados, las características de trastornos como la psicosis y sus efectos perturbadores obligaron a disponer de sistemas de atención en salud mental a las diversas sociedades.

Históricamente, pueden identificarse tres períodos en los modelos (sistemas) de atención de salud mental en el mundo occidental: el asilo, su declive y la reforma de los servicios de salud mental (Thornicroft, G., & Tansella, M. 2004).

Durante un largo período la sociedad occidental al identificar los problemas de salud mental puso el foco en personas con perturbaciones conductuales y evidentemente afectadas por trastornos psicóticos, por déficit intelectuales o patologías orgánicas y por trastornos del desarrollo o sensoriales; condiciones que los hacían muy “diferentes” del resto de la población y facilitaban su identificación negativa y por lo tanto su estigmatización.

Para asumir las necesidades de estas personas se postuló una forma de organizar los recursos que hoy denominamos el *modelo de atención asilar en salud mental*, que asume como objetivo primordial el control de estas personas, a quienes se considera peligrosas para la sociedad o para sí mismos, o en su defecto,

incapaces de determinar su destino. A partir de estas definiciones propugna la “internación” en instituciones que alejan a las personas de sus roles sociales naturales y reducen al mínimo sus interacciones con la sociedad; esto por largos períodos, o incluso por toda su vida. Lo que conocemos como Institucionalización (Foucault, 1967).

Durante el último tercio del siglo XIX y la primera mitad del XX, la asistencia psiquiátrica a los enfermos mentales se estructuraba en torno a los hospitales psiquiátricos, versión medicalizada de los manicomios que los precedieron (Castel, 1980; Foucault, 1976; Moreno B, 1998). Este modelo, a pesar de las múltiples críticas que recibió mientras imperó (INDEPSI, 2008; Stack Sullivan H, 1971; Stack Sullivan H, 1974; Goldman, 1990; González de Chávez, 1980; Hochmann J, 1971; Mornet J, 2007), sólo se vió centralmente cuestionado en la segunda mitad del siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial (Basaglia, 1972).

Dentro del ámbito de la atención directa a los enfermos mentales, comenzaron a evidenciarse algunos aspectos que favorecieron los cambios. La atención psiquiátrica que se llevaba a cabo en los manicomios era, principalmente, de tipo organicista y no se dejaba influir por las nuevas corrientes psicológicas o psicoanalíticas. Los escasos logros terapéuticos alcanzados con este tipo de tratamiento hicieron inevitable la necesidad de tener en cuenta los factores ambientales en el abordaje de la enfermedad mental. En Inglaterra, en la década de los 50, tuvieron lugar acontecimientos relevantes en el ámbito de la atención psiquiátrica como es la experiencia de la “comunidad terapéutica” de Maxwell Jones (Clark 1982), el nacimiento del término “psiquiatría comunitaria” y la aplicación del trabajo industrial (Early, 1960) como método de rehabilitación de los pacientes aquejados de problemas mentales.

A pesar del auge de estos movimientos y de los adelantos científicos (Stanton y Schwartz , 1972; Caudill W, 1966; Barton R ,1974) , la mayoría de los hospitales psiquiátricos en los años 1950-1960 continuaron funcionando sobre la base del

modelo médico convencional cuyas características de masificación, aislamiento social, falta de libertad, entre otros factores, poco ayudaban terapéuticamente a las personas con enfermedades mentales que vivían en ellos. Progresivamente surgieron voces de denuncia y crítica sobre la situación en los mismos y de las condiciones en las que vivían las personas internadas en los hospitales psiquiátricos.

Sin duda Erving Goffman (1970), es el cientista social cuya obra crítica ha impactado más profundamente en la comunidad psiquiátrica internacional. Desarrolló el concepto de "institución total", en referencia a las características y al modelo de vida que se desarrolla en las instituciones y que afecta a todas las personas que allí conviven y que las va incapacitando para enfrentarse al mundo exterior (Goffman E 1970).

Por otra parte las circunstancias históricas de la post guerra obligaron a que la mirada respecto a los problemas de salud mental incluyera los de muchas personas que presentaban trastornos transitorios o claramente resultantes de circunstancias biográficas operando sobre individuos previamente sanos, es decir, el tema ya no pudo circunscribirse a la situación de un grupo de otros "diferentes".

Esto facilitó que el creciente movimiento en pro del respeto de los derechos humanos problematizara también el trato dado a las personas afectadas por problemas de salud mental, cuestionando muchas de las prácticas de las instituciones asilares.

Lo anterior coincidió con el advenimiento de la psicofarmacología. En 1950 se sintetizó la Clopromazina, y en 1952 Jean Delay y Pierre Deniker comenzaron a utilizarla como el primer neuroléptico. En 1953 se inició el uso de la Reserpina y el Meprobamato, en 1955 se sintetizó la Imipramina, en 1958 ocurrió lo mismo con el Haloperidol y la Clozapina; y en 1959 se sintetizó el Diazepam. (Shepherd M. 1994; López-Muñoz et al. 2000; López-Muñoz y Álamo, 2007). -

El uso creciente y rápidamente difundido de la Clorpromazina, protagonista principal de este fenómeno, permitió el control conductual de los pacientes perturbados psíquicamente, sin recurrir a medidas de contención física o aislamiento, acortó dramáticamente los plazos de recuperación e hizo posible en muchos casos la mantención a largo plazo de los logros terapéuticos una vez egresados los pacientes de las instituciones.

Se generó así una verdadera revolución social y una transformación de los servicios de salud mental. En el ámbito asistencial, no sólo se hizo posible la salida de los pacientes psicóticos del hospital psiquiátrico, sino su resocialización. Algunos datos dan fe del impacto de la introducción de los psicofármacos. Durante la primera mitad del siglo XX, el número de pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos en EE.UU. se incrementó alarmantemente, desde 150.000 hasta 500.000 enfermos. Sin embargo, desde 1955, fecha en la que ciertos psicofármacos (neurolépticos y sales de litio, sobre todo) comenzaron a utilizarse masivamente, la tasa de hospitalizaciones se invirtió, y en 1975 el número de ingresados descendió hasta 200.000 (López-Muñoz y Álamo, 2007).

Un tercer factor, de extraordinaria relevancia, fue que en la posguerra se desarrollaron sistemas sanitarios públicos y universales, como los del Reino Unido (Rivett, 2008; Rivett, 2009; Webster, 2002), los cuales incorporaron masivamente las nuevas prácticas de trato humanitario y de uso de psicofármacos, creando para sí mismos y para la población un nuevo contexto que planteaba nuevos desafíos y preguntas y obligaba a generar nuevas prácticas.

Un nuevo modelo de atención se abría paso, materializando nuevas formas de abordar los problemas de salud mental que durante siglos algunos visionarios reclamaron (Killaspy H, 2006; Lawton-Smith S, & McCulloch, 20013): la psiquiatría comunitaria.

Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental

Los principios y prácticas de la psiquiatría comunitaria se han cristalizado después de más de medio siglo de desarrollo en el *Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental*, como lo denomina actualmente la OMS.

Para describir este modelo de atención se proponen los siguientes ejes (Moreno B, 1998; Funk et al. 2009):

(i) Desinstitucionalización: Reemplazo progresivo y sistemático del hospital psiquiátrico hasta su desaparición y su sustitución por una diversidad de servicios alternativos, articulados entre si y ubicados en la comunidad. Al respecto en la Región de América Latina y El Caribe, debe destacarse el hito de la Declaración de Caracas (OPS 1990; González, R., Levav, I 1991), impulsada por OPS y suscrita por Ministros de Salud y políticos de la región, la que se constituyó en el sustento para legitimar las prácticas transformadoras.

(ii) Promoción y prevención: La complementación de las actividades asistenciales con intervenciones enfocadas a la prevención y promoción de la salud mental (OMS 2004 a; OMS 2004 b; Herrman, H., Swartz, L, 2007).

(iii) Protagonismo de la Atención Primaria: El nivel primario se consolida como la puerta de entrada a todo el sistema, y en su operación habitual debería garantizar el abordaje integrador de los problemas psiquiátricos (OMS/WONCA, 2008 b)

(iv) Territorialización: Definición territorial de la población cubierta por cada dispositivo de salud mental, con un volumen variable (70.000-200.000 habitantes) y no excesivamente amplio, teniendo en cuenta para la sectorización factores de accesibilidad, cultura, geografía , y estructura del sistema sanitario, de servicios sociales, y político-administrativo (Del Río y Carmona, 2012; Rodríguez et al., 2010).

(v) Continuidad de cuidados: Garantía de la continuidad de la asistencia mediante la coordinación entre las distintas unidades y los profesionales implicados en el tratamiento del enfermo a través del seguimiento y la monitorización del mismo (Tessler & Gamache, 1994).

(vi) Equipos interdisciplinarios: los equipos de salud mental están formados por profesionales de distintas disciplinas, lo que permitirá un abordaje integral del paciente en todas sus facetas (García, 2004; Fichtner CG, 2001; Ibáñez M L , 2001; Madariaga 2003;)

(vii) Participación de la comunidad: fomentar la participación del entorno social próximo para el apoyo y ayuda al enfermo mental mediante la creación de asociaciones de pacientes, de familiares, grupos de autoayuda, entre otros.(Correa-Urquiza, 2012 a; Kestel, 2009).

La traducción práctica de estos ejes es el desarrollo de una red de servicios sanitarios y sociales integrados y basados en la comunidad. Este enfoque implica un importante cambio de perspectiva en la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental cuyos desafíos respecto a su organización y funcionamiento son (Moreno B, 1998)

(i) Diversificar la oferta asistencial, adaptarla a la diversidad de los problemas y articularla en niveles de complejidad y especialización progresivas.

(ii) Establecer el núcleo del sistema y el mayor número posible de dispositivos en el ámbito comunitario, en adecuadas condiciones de accesibilidad e integración en la estructura de la población. Esto implica, - entre otras decisiones de gestión-, radicar el nivel especializado ambulatorio en salud mental, en el territorio de su responsabilidad.

(iii) Integrar el conjunto de los servicios de salud mental al sistema sanitario general, en el nivel que corresponda a cada uno, promoviendo y reforzando el papel fundamental de la Atención Primaria de Salud, y su estrecha relación con el nivel especializado ambulatorio.

(iv) Desarrollar estructuras de coordinación territorial que permitan la actuación integrada del conjunto de dispositivos existentes en un mismo ámbito territorial/poblacional y garantizar la continuidad en la atención a cualquier problema a lo largo de las diferentes situaciones y fases evolutivas

La importancia de la continuidad de cuidados

Tal como recién señalamos, el *protagonismo de la atención primaria* y la *continuidad de cuidados* son dos de los ejes centrales del modelo comunitario de atención en salud mental.

La continuidad de cuidados como desafío al sistema de atención en salud mental surge en Estados Unidos como una consecuencia del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica y el aumento de la tasa de readmisiones luego de la salida masiva de pacientes de los manicomios, y de la incapacidad de los servicios comunitarios para mantener el contacto y satisfacer sus complejas necesidades psiquiátricas, dando origen a la “puerta giratoria”: demanda de continuos y reiterados reingresos de los pacientes desinstitucionalizados y de algunos de los nuevos casos (United States. Congress 1964; Tyhurst, J.S., et al 1963).

A partir de este contexto surgieron diversas definiciones teóricas y prácticas, así como variados programas de continuidad de cuidados. El primer intento de operacionalizar el tema se enfocaba en las readmisiones y transferencias entre diferentes hospitales (Pugh T. F. y Mac Mahon B, 1967). A lo largo del período de desinstitucionalización el concepto fue cambiando, incluyendo el seguimiento a través de contactos en la comunidad después del alta, y considerando la satisfacción de necesidades basadas en la comunidad (Bass, R. y Windle, C. 1972).

Bachrach centró la continuidad en la red y define la continuidad de cuidados como “un proceso que implica el movimiento ordenado e ininterrumpido de los pacientes entre los diversos elementos del sistema de prestación de servicios” (Bachrach L.L. 1981, Bachrach L.L. 1987). Sin embargo el hecho más relevante es que con el tiempo, la definición de continuidad de cuidados adquirió un nuevo elemento esencial: el punto de vista de los usuarios y su comunidad. Cuando hoy hablamos de “continuidad” nos referimos al grado en el que series de eventos del cuidado de salud son experimentados por el usuario como coherentes, consistentes y conectados con sus necesidades médicas, su contexto personal y social (Cesani P y Reyes M, 2013). Es bajo esta premisa que Tansella sostiene que la continuidad de cuidados existe sólo cuando la necesidad de cuidado y la atención prestada son las mismas (Sytema, S., Micciolo, R. y Tansella, M. 1997).

La importancia del tema es tal que Tessler y Gamache (Tessler, R.C. y Gamache, G. 1994) argumentan que con la transición del asilo al cuidado comunitario, la continuidad de cuidados ha reemplazado la dependencia y la institucionalización como elemento central en la provisión de servicios en salud mental.

Hoy se entiende que los programas de continuidad de cuidados en salud mental constituyen una forma de organizar el acceso a la atención que precisan las personas con enfermedad mental crónica. No son tratamientos en sí mismos sino el vehículo a través del cual se facilitarán los tratamientos, rehabilitación, cuidados y apoyo necesarios (Alonso M, Bravo M.F.y Fernández, A. 2004).

Para comprender, comparar y evaluar la continuidad de cuidados en salud mental, Bachrach ha propuesto un modelo comprensivo que identifica 7 dimensiones necesarias para esta (Bachrach, L.L. 1981; Bachrach, L.L. 1987). Este modelo no sólo toma en cuenta la evaluación de los sistemas sanitarios, sino también opiniones de los usuarios y sus familias. Las dimensiones que considera son:

- I. Dimensión longitudinal: Involucra los movimientos comunes entre servicios en respuesta a las necesidades cambiantes;
- II. Dimensión individual: Implica un planeamiento según necesidades individuales de cada paciente;
- III. Continuidad cruzada: Implica la disponibilidad múltiples servicios requeridos por los individuos;
- IV. Flexibilidad: Que permita que el paciente se mueva entre diferentes dispositivos según lo requiera;
- V. Relacional: Dando contactos duraderos con personas que responderán a las necesidades del paciente en un nivel personal;
- VI. Accesibilidad: Para acudir a tratamiento
- VII. Comunicación: Tanto entre paciente y proveedor de servicios como también entre los proveedores

Los programas de continuidad de cuidados que más desarrollo han tenido en el mundo son los de Tratamiento Asertivo Comunitario y son también los que más se han evaluados. Las investigaciones muestran importantes diferencias de impacto de estos programas entre Estados Unidos y el Reino Unido (Holloway et al., 1995; Holloway y Carson, 1998; UK700 Group, 1999). Estas diferencias se han atribuido a que en este último existen redes de servicios territoriales claramente definidas, con los Equipos de Psiquiatría Comunitaria como protagonistas, y con altos niveles de integración entre el nivel especializado en salud mental y la atención primaria (representados por los GP), así como entre los dispositivos sanitarios y el sistema de servicios sociales, con menores tasas basales de hospitalización (Burns T, 2007). Esta forma de organizar los servicios contiene en si misma elementos de continuidad de cuidados que hacen menos relevante el aporte de los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario (Fiander, M., y Burns, T., 2003; Burns y Priebe, 1996, 1999; Tyrer P, 2000; Burns y Firn, 2002; Fiander y Burns, 2003)

Por otra parte los trastornos mentales no son sólo los severos y persistentes, sino que los trastornos mentales comunes (Goldberg D y Huxley, P 1992), que afectan a un número mucho mayor de personas y causan gran impacto clínico, social y económico, están ampliamente representados en los consultantes de la atención primaria de salud (Jenkins R, et al. 2012).

La organización general del sistema de atención sanitaria según niveles de atención implica para este sistema en su conjunto el desafío de asegurar la continuidad en los cuidados que se entregan en ambos niveles, dado que los pacientes transitan permanentemente entre ambos a lo largo de su proceso de salud-enfermedad.

El grado de continuidad tiene impacto en salud y en la eficiencia del sistema. Ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona es un reto, por la creciente complejidad de las organizaciones, la habitual fragmentación de los servicios, la amplia variabilidad de la práctica clínica y la orientación tradicional del sistema hacia los profesionales y procesos agudos con solución de continuidad (Fernández M 2003; Servicio Madrileño de Salud 2014)

Adicionalmente a lo recién señalado, asumir como un eje del modelo de atención en salud mental el *protagonismo de la atención primaria* implica entregar a este nivel de atención mayores tareas y responsabilidades, en cantidad y complejidad, lo que hace aún más trascendente el desafío de lograr continuidad de cuidados entre el nivel primario de atención y el nivel de especialidad en salud mental.

Derivación desde el nivel primario de atención al nivel especializado de salud mental

Como ya hemos señalado, el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental considera la continuidad de cuidados como un elemento crítico de su funcionamiento y asigna al nivel primario un papel protagónico como nivel de

vinculación de las personas con el sistema de salud mental y como ejecutor de actividades en todo el rango de los niveles de prevención en salud. Esto exige una efectiva vinculación entre el nivel primario de atención y el nivel de atención especializado en salud mental.

La forma más simple de relación entre el nivel primario de atención en salud y el nivel especializado es la derivación a través de un formulario físico o electrónico, dirigido al especialista o centro especializado de referencia, la cual en general es llama *interconsulta*.

Respecto a las derivaciones, los estudios centrados en el análisis de éstas muestran una serie de problemas que coinciden en la gran mayoría de ellos. Entre los más relevantes se encuentran la falta de formatos de derivación o formatos que recogen información deficiente, poco apropiada, o incompleta. A esto se suma la ausencia de motivo de derivación, ausencia de contacto entre profesionales, bajo cumplimiento del manejo proporcionado por el especialista, así como también deficiencia en la discriminación respecto al carácter de urgencia/no urgencia de la derivación.

Por su parte Farmer et al. describen que, en muchas ocasiones los aspectos psicosociales no son tomados en cuenta y se derivan pacientes que más que graves desde el punto de vista biomédico son complejos desde el punto de vista psicosocial, aspecto mucho más al alcance de la intervención de los equipos de atención primaria que de los especialistas (Farmer AE. & Griffiths H 1992).

Otro aspecto destacado es el que tiene que ver con el diagnóstico, existiendo un predominio de patologías de la esfera ansioso – depresiva, en su mayoría diagnosticados por los profesionales de atención primaria, los cuales presentan poca concordancia respecto a los diagnósticos formulados por especialistas que, entre otros, plantean neurosis secundarias al estrés y trastornos adaptativos de tipo transitorio, con alta en la primera visita al especialista, e incluso pacientes que

se consideran sin patología psiquiátrica (Martín-Jurado A, et al 2012; García-Testal A et al 1998; Carr VJ. et al. 1997; y Miranda Chueca I, et al 2003).

También es importante la alta tasa de ausencia al control con el especialista, la que se ve en su mayor parte influenciada por tiempos de espera prolongados (Miranda Chueca I, et al 2003).

Méndez y Gajardo (2013) efectuaron una revisión sobre las derivaciones desde el nivel primario al nivel especializado en salud mental, que se resume en la Tabla 1

En conclusión, las derivaciones habituales se muestran como un mecanismo muy poco eficiente para garantizar la continuidad de cuidados de las personas afectadas por trastornos de salud mental, en su tránsito entre el nivel primario de atención en salud y el nivel especializado en salud mental.

Para que pueda concretarse la continuidad de cuidados de las personas entre la Atención Primaria de Salud (APS) y el nivel de atención especializado en salud mental, la interfaz entre ambos niveles de atención debe ser problematizada y optimizada como el elemento clave que es (Baird M et al , 2012).

Tabla 1: Estudios descriptivos de análisis de derivaciones (referencias)

Autor (año)	Sujeto de estudio	Objetivo	Tipo de estudio	Conclusiones
Farmer et al (1992)	Médicos generales y Psiquiatras de la zona sur de Gales	Comparar factores que influyen la toma de decisiones tanto a MG como psiquiatras, respecto de la referencia a servicios de salud mental	Descriptivo	Decisiones influenciadas en ambos grupos por severidad de la enfermedad. MG influenciados por género y enfermedad psiquiátrica. Sin relevancia en toma de decisiones respecto a factores psicosociales
Martín-Jurado A. et al (2012)	Referencias por primera vez desde APS a especialista en Burgos, España	Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental	Descriptivo cross sectional.	Baja concordancia en diagnóstica y calidad de referencia (prioridad), lo que sugiere la necesidad de refuerzo entre ambos espacios.
García-Testal A. et al (1998)	Formatos de derivación de APS a SSM entre junio 1996 y Mayo 1997 (147 pacientes). Unidad de SM del Nivel Secundario y Centro de salud Primaria, España	Evaluar el diagnóstico de referencia desde APS mediante la confirmación por especialista.	Observacional, descriptivo y retrospectivo	Diagnósticos que más se confunden son trastornos neuróticos y secundarios al estrés con trastornos afectivos. Sospecha diagnóstica debería ser descrita en más ocasiones. La inasistencia al control con especialista es alta. Se podría mejorar la comunicación entre ambas entidades
Carr VJ et al (1997)	Referencias en 12 meses, a un grupo de 8 servicios Newcastle, Australia	Características de 303 referencias a especialista datos demográficos, razones de referencia, contactos con el servicio, diagnóstico y manejo.	Descriptivo	Se debe reforzar más formalmente la educación a GP's, filtrar las causas que sean de grado moderado o transitorias que no requieren evaluación ni manejo por especialistas, y el desarrollo de estrategias para que los GP's manejen eso.
Miranda Chueca I. et al (2003)	Referencias entre APS y Servicios de SM, Barcelona, España.	Análisis de concordancia diagnóstico - terapéutica.	Descriptivo, retrospectivo	Concordancia diagnóstico terapéutica es débil
Hartveit et al (2011) (20)	Referencias de APS a servicio especializado de SM. Oeste de Noruega.	En qué grado calidad puede ser mejorada. Impacto potencial pacientes, profesionales y organizacionales.	Ensayo clínico controlado	Se describe los fundamentos de un protocolo de estudio enfocado en mejorar la calidad y pertinencia de las cartas de derivación, cuyas conclusiones no han sido comunicadas.

Interfaz entre la APS y el nivel de atención especializada en salud mental

En el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental la interfaz entre los servicios especializados y la atención primaria de salud adquiere un valor crítico.

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental prescribe el establecimiento e incluso el reforzamiento del vínculo de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos con el nivel primario de atención, con el apoyo del nivel especializado.

En el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, el nivel especializado se organiza territorial y multidisciplinariamente para dar respuestas oportunas, comprensivas y resolutivas, lo que requiere que sea un nivel “de tránsito”, donde se clarifiquen diagnósticos, se traten oportuna y resolutivamente los cuadros agudos, y se controle periódicamente a las personas afectadas por cuadros severos estabilizados, cuya relación fundamental y continua es con al APS. Esto exige al nivel primario de atención un muy buen desempeño como soporte sanitario de las personas con trastornos de salud mental de evolución prolongada, además de sus funciones inherentes.

Cape et al (1980) distinguen 4 formas de relación entre estos niveles de atención en salud mental, las que se resumen en la figura siguiente (Figura 1). Estas formas son:

- (i) Capacitación al médico y equipo de atención primaria,
- (ii) Consultoría y Enlace,
- (iii) Cuidado colaborativo, y
- (iv) Acoplamiento

Cape et al., muestran gráficamente como en las dos primeras modalidades la participación de la APS es mayor, así como en las dos siguientes lo es la de los equipos especializados.

Gask et al. (1997) describen cuatro modelos de trabajo innovadores en la interface entre la atención primaria y los servicios de salud mental: (i)Equipos de Salud Mental Comunitaria, (ii)Atención Psiquiátrica en la Atención Primaria, (iii)Acoplamiento de Profesionales de Salud Mental a la Atención Primaria y (iv) Consultoría y Enlace. Concluyen señalando que a su juicio este último modelo presenta, al menos a nivel teórico, varias ventajas por sobre el resto.

El impacto de las modalidades de articulación han sido estudiadas especialmente en el contexto de programas de tratamiento de los trastornos depresivos dada la relevancia epidemiológica y el impacto social y económico de estos (Gilbody S et al. 2003).

La Capacitación al médico de atención primaria tanto como estrategia exclusiva o complementada con guías de práctica clínica ha mostrado pobres resultados (Thompson C et al. 2000; Kendrick T et al. 2001; Peveler R y Kendrick T. 2001)

La Consultoría Psiquiátrica es una estrategia plenamente vigente para potenciar el trabajo en salud mental de la atención primaria (Schreiter E et al., 2013). El modelo de Consultoría y Enlace, hace referencia a que adicionalmente al componente de Consultoría Psiquiátrica se establece un Enlace entre los niveles de atención del sistema de salud, no sólo llevando al médico especialista en psiquiatría como Consultor al setting de la atención primaria, sino que, -dada su adscripción al nivel especializado de salud mental relacionado territorialmente con ese centro de atención primaria, de hecho se establece una vinculación entre estos (Sepúlveda R et al. 2014)

FORMAS DE ARTICULACION ENTRE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD Y LOS EQUIPOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL¹

Entrenamiento del equipo de Atención Primaria

Transferir conocimientos y las habilidades para la identificación y el tratamiento de la depresión a los profesionales de Atención Primaria

Consultoría y Enlace

Apreciación objetiva de los pacientes por un profesional de salud mental y asesoramiento acerca del tratamiento a su profesional en la atención primaria

Cuidados Compartidos

Tratamiento de los pacientes en coordinación entre el profesional especialista junto con el profesional tratante en la atención primaria de acuerdo a un plan de tratamiento, protocolos de acuerdo, seguimiento proactivo, enlace estructurado y con retroalimentación.

Acoplamiento

Incluir a profesionales especialista en salud mental, dentro de los equipos de atención primaria para proveer equipos de tratamiento en el marco de la atención primaria.

Incremento de participación de médico y equipo de atención primaria

Incremento de participación o compromisos de psicólogos o psiquiatras en salud mental

¹ Traducción propia de Cape J, Whittington C, Bower P (2010). What is the role of consultation- liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A Systematic review an meta-analysis. General Hospital Psychiatry 32 (3): 246-254.

La Consultoría y Enlace es una modalidad de trabajo que incluye tres componentes:

- I. Supervisión directa del Consultor al Consultante respecto a un caso clínico.
- II. Capacitación respecto a situaciones clínicas, a partir de los casos que se abordan en conjunto.
- III. Coordinación clínica y administrativa respecto a continuidad de cuidados de pacientes y al funcionamiento del programa.

Además, la Consultoría y Enlace constituyen un recurso que incide directamente en:

- (i) La Integración de la salud mental al sistema sanitario general, promoviendo y reforzando el papel fundamental de la APS, y su estrecha relación con el nivel especializado ambulatorio.
- (ii) La generación de estructuras de coordinación territorial que permitan la actuación integrada del conjunto de dispositivos existentes en un mismo ámbito territorial/poblacional
- (iii) Brindar posibilidades concretas de garantizar la continuidad en la atención a cualquier problema de salud mental de los usuarios en el territorio (Sepúlveda et al, 2014b).

Antecedentes históricos de la Consultoría.

Gerald Caplan y las definiciones originales respecto a la Consultoría en Salud Mental.

Gerald Caplan (Caplan & Insley , 1959; Caplan G 1964 a; Caplan G 1964 b; Caplan G y Caplan R B 1993), psiquiatra estadounidense, fue uno de los

precursores de la salud mental al integrar la mirada de salud pública al trabajo psiquiátrico, Sus aportes siguen vigentes hasta hoy.

Él introdujo en el marco de la salud mental comunitaria el concepto de “*Consultation*” que ha sido traducido como “Consulta” o “Consultoría”. Se utilizará el término “Consultoría” en el marco de esta tesis.

En su libro “Principios de Psiquiatría Preventiva” (Caplan G 1964 a), en donde, además, hace otras múltiples contribuciones claves a la Psiquiatría Comunitaria, Caplan define la Consultoría como la interacción entre dos profesionales: el Consultor, que es un especialista, y el Consultante, que solicita su ayuda respecto de un problema de trabajo corriente con el que tiene cierta dificultad, y que ha decidido que se encuentra dentro del área de competencia del Consultor. El problema de trabajo implica el manejo o el tratamiento de uno o más clientes del consultante, o el planeamiento de un programa para la acción con tales clientes.

En el marco de las precisiones básicas respecto a la Consultoría, Caplan enfatiza que la responsabilidad profesional por el paciente sigue recayendo en el Consultante. El Consultor puede ofrecer un esclarecimiento útil, una interpretación diagnóstica, o un consejo sobre el tratamiento, pero el consultante está en libertad de rechazar esa ayuda, total o parcialmente. El tratamiento que surja de la Consultoría es responsabilidad del Consultante.

También afirma que un aspecto esencial de la Consultoría es que el Consultor no sólo ayuda al Consultante en su problema profesional del momento, -relativo a un paciente o a un programa específico-, sino que aumenta sus conocimientos y clarifica sus conceptos, de manera que -en el futuro- le permita abordar con más eficacia ese tipo de problemas.

Caplan usa la expresión “*Consultoría sobre Salud Mental*” para referirse a la utilización de este método como parte de un programa comunitario para la

promoción de la salud mental y para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Afirma que en este contexto la Consultoría sobre Salud Mental permite que un número relativamente pequeño de Consultores ejerza una amplia influencia sobre la comunidad, por la mediación de un grupo grande de Consultantes; y afirma que para que este método sea eficaz, debe ser breve el tiempo dedicado a ayudar a los Consultantes en el tratamiento de cada caso individual y máxima la transferencia del aprendizaje al trabajo del Consultante en los otros casos.

Caplan distingue cuatro tipos de Consultoría sobre Salud Mental, cada uno de los cuales se relaciona con demandas técnicas características planteadas al Consultor (Caplan G. 1964 b). Los cuatro tipos los denomina:

- (i) Consultoría sobre casos centrada en el paciente
- (ii) Consultoría administrativa centrada en el programa
- (iii) Consultoría sobre casos centrada en el Consultante
- (iv) Consultoría administrativa centrada en el Consultante

En la *Consultoría sobre casos centrada en el paciente* el foco de interés es ayudar al Consultante a hallar el tratamiento más eficaz para este; subsidiariamente buscará favorecer que el Consultante en el futuro pueda manejarse sin ayuda para tratar a este paciente o tipo de pacientes. Puesto que el objetivo primario es mejorar a la persona afectada, la responsabilidad fundamental del Consultor consiste en hacer una valoración especializada de la situación de esta, y en recomendar un método eficaz para que el consultante lo aplique. La atención del Consultor se centra en el paciente, al que examinará con las técnicas de investigación que su juicio especializado le indique como convenientes para llegar a una evaluación adecuada de su dificultad (Caplan G. 1964 b).

En la *Consultoría administrativa centrada en el programa* que distingue Caplan, el Consultor es llamado para que ayude a solucionar problemas habituales de la

administración de programas de prevención, tratamiento o rehabilitación de trastornos mentales. Estos problemas pueden relacionarse con cualquier aspecto de estos programas, incluso con la planificación y administración de los servicios, y con los planes de acción relativos a la selección, la capacitación y la forma de organizar el trabajo del personal. En respuesta a las necesidades expresadas por los Consultantes, el Consultor se debe enfocar en lograr una evaluación especializada del programa en desarrollo y de la situación política/administrativa, y recomendar un plan de acción para resolver la dificultad (Caplan G. 1964 b).

En el tercer tipo distinguido por Caplan, la *Consultoría sobre casos centrada en el Consultante*, aunque habitualmente los problemas del paciente fueron el estímulo directo del pedido de Consultoría y constituirán el tema principal de la misma, el foco del trabajo del Consultor está puesto en el Consultante. Una Consultoría exitosa lleva generalmente a una mejoría del manejo del paciente, con el consecuente beneficio para él. Pero, a diferencia de la Consultoría sobre casos centrados en el cliente, el esfuerzo primario del Consultor en este caso es evaluar la naturaleza de la dificultad del Consultante, y a ayudarlo a vencerla (Caplan G. 1964 b).

La *Consultoría administrativa centrada en el Consultante* constituye el cuarto tipo que distingue Caplan. Su objetivo primario es ayudar a los Consultantes a dominar los problemas de planificación y operación del programa para la prevención y control del trastorno mental, y en los aspectos interpersonales del funcionamiento del servicio. Es similar a la Consultoría sobre casos centrada en el Consultante, con la diferencia importante de que muy pocos Consultores de salud mental tienen un conocimiento tan completo de los problemas administrativos como de las complicaciones psicosociales de un caso individual; deben pues tener la prudencia de limitar su ayuda a los factores de la situación administrativa -como la dinámica grupal e interpersonal-, en los que tienen especial competencia (Caplan G. 1964 b).

Hechas estas distinciones respecto al tipo de Consultoría posible de llevar a cabo, Caplan se refiere a la elección del tipo de Consultoría requerido en cada caso. Establece que es el Consultor quien tiene la responsabilidad de decidirlo, pudiendo optar por la utilización de alguno de los cuatro tipos principales en forma pura, o combinados adecuadamente. Esta decisión debe ser explícita, y tomar en cuenta las necesidades expresadas por los consultantes, los planes de acción del servicio del Consultor, y el consentimiento que ha obtenido previamente de las diferentes autoridades del servicio del Consultante. Caplan afirma que un Consultor que no toma una decisión explícita entre las diferentes posibilidades, no tendrá buenos resultados ni tendrá claras las razones de su fracaso (Caplan G. 1964 a; Caplan G. 1964 b).

Desarrollos posteriores respecto a la Consultoría

Tal como planteamos en la sección *La interfaz entre la APS y el nivel de atención especializada en salud mental*, la Consultoría-Enlace (C-E) es uno de las formas de organizar las relaciones entre el nivel especializado de salud mental y la atención primaria de salud. Corresponde a la versión actualizada de la Consultoría descrita por Caplan.

El modelo busca “educar y entrenar” y está fundamentalmente dirigido hacia el mejoramiento de las habilidades de los profesionales en la atención primaria (Cape J et al. 2010).

Katon y Gonzáles conceptualizan la C-E como procesos en dos distintos niveles: (Katon W. & Gonzales J 1994)

- (i) Consultoría: Se refiere al contacto directo con el paciente por un problema específico

- (ii) Enlace: Se refiere al trabajo colaborativo y educacional de los profesionales del nivel especializado con los profesionales del nivel primario de atención.

Gask et al. evaluaron varios modelos de trabajo en la interface entre los servicios de salud mental y la atención primaria de salud, concluyendo que el modelo de consultoría y enlace es el más ventajoso teóricamente, ya que promueve la derivación más pertinente hacia el nivel especializado, valorando la capacidad resolutoria de cada médico general involucrado, y a la vez favorece en este el desarrollo de mejores competencias favoreciendo también a aquellos pacientes que no son derivados (Gask L et al., 1997).

Estos autores describen 4 componentes para el modelo de consultoría-enlace que definen como “puro”:

- (i) Contacto regular cara a cara entre el psiquiatra y el equipo de atención primaria de salud.
- (ii) Derivaciones a los servicios psiquiátricos sólo después de una reunión de discusión cara a cara entre ambos equipos.
- (iii) Algunos casos son manejados por el equipo de atención primaria de salud (después de una discusión apropiada).
- (iv) Cuando las derivaciones ocurren existe un feedback al equipo de atención primaria de salud y son manejados en el nivel especializado por los mismos psiquiatras consultores que los evaluaron en la reunión cara a cara en que se decidió la derivación.

Dos revisiones narrativas abarcaron como tema principal los contenidos y estructura que debiesen tener las Consultorías.

Blashky et al. publicaron una revisión cuyo objetivo fundamental fue apoyar a los Psiquiatras que se desempeñan en interfaz entre atención primaria y secundaria

en salud mental, en Australia. Esta revisión destaca la relevancia de que el psiquiatra consultor sea competente para: (Blashky et al 2005)

- (i) Comprender el contexto de desempeño del médico de atención primaria.
- (ii) Proveer apoyo clínico que se conjugue con las necesidades de los médicos de atención primaria y sus pacientes
- (iii) Proveer entrenamiento a los médicos de atención primaria para incrementar su capacidad de identificación y manejo de trastornos psiquiátricos

En este marco comentan diversos aspectos claves para lograr estos objetivos. En primer lugar recomiendan realizar informes al final de las sesiones, los cuales, tanto en contenido como en formato, debiesen ser aprovechados con fines educativos ej.: listas de síntomas presentes o ausentes de un trastorno particular o el proceso de pensamiento previo al diagnóstico. A su vez recomiendan que se provea de material relevante, como artículos científicos, referencias de libros, sitios web o guías de manejo.

En relación a la expectativa del médico de atención primaria, es fundamental que los planes sean desarrollados en conjunto, un aspecto clave para lograr esto es que este pueda presentar su pregunta de manera clara y consecuentemente el psiquiatra Consultor pueda entenderla, sólo así se podrá determinar el tipo de apoyo requerido, que puede ser educativo, colaborativo, directivo u otro. Dependiendo de las necesidades individuales, los médicos de atención primaria pueden elegir el foco de supervisión en temas específicos relacionados a pacientes, diagnósticos, tratamientos o temas generales.

Finalmente comentan que para que efectivamente los médicos de atención primaria sean la puerta de entrada del sistema de salud mental, se requiere una mejor apreciación por parte del psiquiatra consultor del contexto en que se

desempeñan los médicos de atención primaria. Para esto discuten la posibilidad de una mayor exposición durante los programas de especialización médica en psiquiatría a la atención primaria y/o el desarrollo de esquemas específicos de entrenamiento durante la formación como médico general , incluidos en la práctica habitual (Blashky et al 2005).

Consultoría Psiquiátrica en Chile

Antecedentes de su desarrollo

Aunque no hay antecedentes registrados en publicaciones identificables, es sabido que a principios de la década de 1990 surgió la práctica de atención psiquiátrica por algunas horas semanales en algunos centros de APS del Servicio de Salud Metropolitano Sur en Santiago. Esto en el marco de un esfuerzo por desconcentrar la atención a pacientes estabilizados psicopatológica y conductualmente que atiboraban el pobremente dotado Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco, para así permitir a este jugar su rol de nivel especializado y recibir oportunamente los nuevos casos y las descompensaciones (Sepúlveda et al 2012).

Los médicos psiquiatras en su visita a los centros de APS inicialmente hacían Consulta Psiquiátrica para los pacientes con trastornos psiquiátricos severos desconcentrados a ese nivel, pero paulatinamente comenzaron a atender demanda hecha desde el mismo centro referida a nuevos pacientes, atendiendo en conjunto con sus tratantes (Ibacache L, 2014), desplazándose así desde una modalidad de “acomplamiento” hacia una de “cuidados compartidos”, según la nomenclatura de Cape et al. (Cape et al., 2010).

También existen antecedentes menos precisos respecto a que en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio en esa misma época existía una iniciativa similar, la que ha resultado más difícil de rastrear (Minoletti A 2014).

Estas experiencias contribuyeron a que la articulación entre el nivel secundario de atención en salud mental y el primario de atención fuera un tema abordado en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría elaborado en Chile entre los años 1998 y 2000 (MINSAL , 2001).

Aspectos normativos

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en el apartado “Actividades para la articulación entre el nivel secundario y primario”, incluye como única propuesta la “Consultoría de Salud Mental” y la define como *“actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud de la atención primaria, o de urgencias, en forma de reuniones clínico-técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez por mes por equipo de salud general o de urgencias”* (MINSAL 2001, pág. 46).

El mismo Plan en su Capítulo 4 “Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría”, en lo concerniente al Nivel Primario de Atención, describe 3 estrategias: (i) Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría , (ii) Consultoría de Salud Mental y (iii) Psicólogos en los Centros de Salud Familiar y Consultorios Generales Urbanos. Al referirse a la Consultoría de Salud Mental señala que *“el objetivo de esta actividad es que el equipo de salud general reciba información y adquiera habilidades para realizar las acciones del Programa, mejorando y manteniendo su capacidad resolutive.”* (MINSAL 2001, pág. 136).

Objetivos dentro del sistema de cuidados en salud mental

La Consultoría Psiquiátrica se considera un recurso fundamental para cumplir varios requisitos de la buena operación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, entre otros:

- (i) Incremento de la capacidad resolutive del Nivel Primario de Atención
- (ii) Integración entre el Nivel Primario de Atención y el Nivel Especializado de Atención en Salud Mental
- (iii) Continuidad de cuidados (MINSAL, 2015).

Características óptimas:

Se consideran características óptimas (o de calidad) de la Consultoría Psiquiátrica de la que es parte un determinado centro de APS, las siguientes (Sepúlveda R. et al., 2014):

- (i) Frecuencia de consultoría psiquiátrica de al menos una vez al mes;
- (ii) Consultorías realizadas en forma regular por el mismo psiquiatra consultor.
- (iii) Atención por el mismo psiquiatra en el nivel secundario para aquellos pacientes derivados a dicho nivel desde el centro APS.

Evaluaciones en Chile

No existe literatura que registre evaluaciones sobre las Consultorías Psiquiátricas a nivel país. Sólo se conocen evaluaciones locales, esencialmente de carácter administrativo, referidas a Servicios de Salud en particular, o a sub-áreas de estos, o evaluaciones de carácter cualitativo respecto al proceso de Consultoría cuyo objetivo ha sido mejorar su calidad en un escenario local bien preciso (Equipo de Psiquiatría Comunitaria para la Comuna de San Bernardo Poniente, 2012; Castro MA et al 2014).

Antecedentes de la relación entre consultoría psiquiátrica en centros de APS y egresos por causa psiquiátrica

Desde la salud pública se postula que los servicios de salud mental que funcionan mejor articulados entre sí y que incorporan en forma efectiva a la APS debieran mostrar entre sus resultados una menor utilización de los recursos de más complejidad y costo unitario, como la hospitalización psiquiátrica (Jenkins R. et al, 2012; Tyrer P et al 1990).

Tyrer et al. describieron un modelo de trabajo colaborativo entre la atención primaria y el nivel especializado de salud mental aplicado en Nottingham (Reino Unido) consistente en la generación de una amplia red de colaboración que incluyó diversas formas de contacto entre ambos niveles, muchos de ellos efectuados de modo no programada, sumado a una reducción de la consulta psiquiátrica ambulatoria. Durante el período estudiado (8 años) las tasas de hospitalización psiquiátrica cayeron significativamente en Nottingham en comparación con el resto de Inglaterra, alcanzando un 30% de reducción en el área oriental del territorio involucrado, donde el desarrollo del modelo fue más precoz y sistemático, y de un 9% en el resto del territorio (Tyrer et al 1990).

Van der Feltz-Cornelis et al publicaron en 2010 un meta-análisis sobre 10 ensayos controlados aleatorios, incluyendo 3.408 pacientes con trastorno somatomorfo o trastorno depresivo, que comparó la atención habitual con aquella que incluía la Consultoría Psiquiátrica en APS. Sus conclusiones muestran un impacto positivo de esta intervención, especialmente en lo referente a una menor utilización de los servicios de salud mental especializados, entre ellos la hospitalización psiquiátrica (Van der Feltz-Cornelis CM et al 2010).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En este Proyecto de Tesis se plantean dos preguntas de investigación:

¿Cuál es la calidad con que se realizan la actividad de Consultoría Psiquiátrica en centros de Atención Primaria?, y

¿Existe asociación entre la calidad de la actividad de Consultoría Psiquiátrica con las tasas de egresos por causas psiquiátricas, a nivel de comunas del país?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la frecuencia y calidad con que se realiza la actividad de Consultoría Psiquiátrica en centros de Atención Primaria, y verificar su posible asociación con las tasas de egresos por causas psiquiátricas a nivel de comunas del país.

Objetivos específicos

1. Determinar el porcentaje de centros de Atención Primaria donde se realiza la actividad de Consultoría Psiquiátrica, en el país.
2. Determinar la calidad (frecuencia, continuidad del consultor y continuidad de cuidados en la red) de Consultoría Psiquiátrica en centros de Atención Primaria del país.
3. Identificar la posible asociación entre la presencia y calidad de la Consultoría Psiquiátrica en centros de Atención Primaria y la tasa de egresos hospitalarios por causas psiquiátricas a nivel comunal, ajustado por posibles variables confundentes (tales como pobreza y escolaridad, en el nivel comunal)

METODOLOGÍA

Diseño y muestra

El diseño de investigación corresponde a un estudio de tipo transversal, ecológico, que utiliza los datos extraídos del proyecto FONIS SA08I20033 “Evaluación de las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia, en Chile”.

Este estudio caracterizó las redes de atención en salud mental para personas con primer episodio de esquizofrenia dentro del Sistema Nacional de Servicios de Salud de todo Chile, tanto en sus aspectos estructurales como en los procesos de atención, y evaluó cuáles de estos componentes se asociaron con mejores resultados (Alvarado et al., 2010).

Para esto, se recolectó información de las redes de servicios de salud mental, de sus componentes y de las relaciones entre ellos (centros de APS, COSAM, Equipos de Psiquiatría Comunitaria, Hospitales de Día, etc.). Se utilizó el instrumento EvaRedCom-TMS, versión modificada de un instrumento previo (Alvarado, 2007). Este instrumento cuenta con tres módulos (servicios de salud, dispositivos y pacientes). En este caso utilizamos sólo la información concerniente al módulo de servicios de salud, en su ítem “SM-Comuna”, relacionado a la disponibilidad y características de consultoría psiquiátrica.

La aplicación del EvaRedCom-TMS estuvo a cargo de profesionales que fueron especialmente entrenados para este trabajo. Este se realizó entre junio 2009 y enero 2010.

En el estudio original se obtuvo información de 555 centros de atención primaria de 291 comunas, pertenecientes a todos los servicios de salud del país. El marco muestral correspondió al total de los establecimientos de la red asistencial pública del país. Cabe señalar que en 2009 el total de comunas y de centros de APS fue

de 364 y 575 respectivamente. El acceso a la información de establecimientos y la tasa de respuesta a los instrumentos aplicados en esa investigación se discute en el informe final del proyecto mencionado (Alvarado et al., 2010).

El estudio contó con aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Para cumplir los objetivos 1 y 2 la unidad de análisis correspondió a centros de APS. El objetivo 3 fue respondido agregando la información de centros de APS a nivel comunal.

Por otra parte, en esta tesis se utilizó la tasa de egresos hospitalarios por causas psiquiátricas, para evaluar su asociación con la frecuencia y calidad de consultoría psiquiátrica en centros de APS agregados a nivel comunal. Este indicador es utilizado clásicamente en la evaluación de servicios de salud, ya que corresponde a un resultado de relativo fácil acceso, comparado con otros resultados finales de nivel individual (ej. calidad de vida, síntomas psiquiátricos) (Dietzen & Bond 1993; McGrew et al. 1994; Brekke et al. 1997; Brekke et al. 1999; Burns et al. 2000; Bond & Salyers 2004). Este indicador además refleja la utilización de recursos y puede ser traducido fácilmente a costos.

Características de la consultoría

Las variables estudiadas respecto a las características de la consultoría fueron: (i) ocurrencia de consultoría psiquiátrica (no, si); (ii) periodicidad de consultoría psiquiátrica (menos de una vez al mes, mensual, quincenal o más); (iii) consultorías realizadas por el mismo psiquiatra consultor (no, si); y (iv) atención por el mismo psiquiatra en el nivel secundario (nunca y casi nunca, casi siempre, siempre).

Con esta información se construyó una nueva variable dicotómica, denominada *consultoría óptima*, consistente en: ocurrencia de consultoría, con frecuencia al menos mensual, realizada por el mismo psiquiatra y con atención siempre o casi siempre por este mismo en el nivel secundario.

De los 555 centros de APS incluidos en la base de datos original, 53 (9,5%) fueron descartados del análisis por presentar datos faltantes en alguna de las variables de caracterización de la consultoría, o haber señalado “no sabe” en alguno de los criterios (ver tabla 1 del anexo A). El número de comunas incluidas en el análisis final del objetivo 3 también disminuyó de 291 a 275.

Para la agregación a nivel comunal de la variable consultoría óptima (objetivo 3), se consideró su presencia en una comuna cuando más del 50% de sus centros de APS cumplía los criterios correspondientes a dicha definición. Esta opción se fundamenta en que tal como lo muestra la tabla del anexo A (tabla 2), la distribución del porcentaje de centros con consultoría óptima al interior de las comunas seleccionadas, se comporta en forma dicotómica. De las 275 comunas analizadas (número resultante después de excluir los centros de APS con datos faltantes en la caracterización de la consultoría: ver tabla 1A del anexo A), a excepción de siete, todas presentan un 0% o un 100% de centros de atención primaria con consultoría óptima.

Variables del estudio: resultados de interés

La tasa de egresos hospitalarios, se calculó utilizando los registros de egresos disponibles del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (www.deis.cl), correspondiente al año 2009, disponibles sólo a nivel de comuna de residencia. Las poblaciones de mayores de 15 años por comuna fueron extraídas de la base de población inscrita en centros de atención primaria de FONASA del mismo año (www.fonasa.cl).

Se consideraron sólo los egresos con previsión FONASA, de los grupos A o B, mayores a 15 años. Se seleccionaron estos grupos, dado que las personas beneficiarias de estos tramos constituyen la amplia mayoría de quienes utilizan el sistema público de salud en el nivel primario de atención, lugar en el que se realizan las consultorías psiquiátricas. En un análisis complementario sobre la base de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2009, un 88,8% de las personas pertenecientes al grupo FONASA A o B que presentaron un problema de salud por enfermedad y consultaron durante los últimos 30 días, lo hicieron en el sistema público de salud (atención en consultorio general, SAPU o posta rural, consultorio de especialidades u hospital del SNSS). Este porcentaje incluso se incrementa cuando el análisis se restringe a las personas que declaran alguna discapacidad permanente de tipo psíquica o psiquiátrica (90,6%; ver tabla 2).

Tabla 2. Porcentaje de población FONASA A o B con problema de salud por enfermedad durante los últimos 30 días y que realiza consulta en el sistema público. Análisis de la encuesta CASEN 2009.

	Público		
	%*	EE*	n
Total	88,8%	0,5%	18.045
Con discapacidad psíquica o psiquiátrica	90,6%	3,6%	188
Sin discapacidad psíquica o psiquiátrica permanente	88,8%	0,5%	17.857

* Valores expandidos
EE: error estándar

Los trastornos de salud mental que se seleccionaron y sus respectivos códigos según la Clasificación Internacional de Enfermedad 10ma versión (CIE-10) se presentan en la tabla siguiente:

Tabla 3. Trastornos de salud mental seleccionados y códigos CIE-10

Código CIE-10	Trastorno
F1	Trastorno por Consumo de Sustancias
F30, F31	Trastorno Afectivo Bipolar
F32 - F39	Trastornos Depresivos
F20	Esquizofrenia
F21- F29	Trastornos Esquizotípicos y Delirantes
F4	Trastornos de Ansiedad
F6	Trastornos de Personalidad
F0	Trastornos Mentales Orgánicos

Otras variables del estudio

Dentro de las variables que pudieran tener un efecto confundente a nivel comunal, se consideró el porcentaje comunal de personas viviendo bajo la línea de la pobreza (ingreso autónomo hogar ajustado per cápita), y el porcentaje de personas mayores de 18 años con escolaridad inferior a 9 años (escolaridad insuficiente). Esto debido a que existe evidencia de que la deprivación económica y psicosocial podría asociarse a mayor incidencia de problemas de salud mental y hospitalizaciones por causa psiquiátricas (Saraceno B et al 1997, Saraceno et al 2005, Patel V & Kleinman A, 2003, Flisher AJ et al 2007; Lund et al 2010, Patel et al 2010, OMS 2010). Por otra parte, la consultoría óptima podría focalizarse en aquellos lugares con mayores necesidades de atención de salud, incluyendo los

con mayor pobreza o deprivación. Ambos factores podrían enmascarar la asociación entre consultoría óptima y la tasa de hospitalizaciones por causas psiquiátricas.

La información de pobreza y escolaridad insuficiente fue extraída de la base de datos de la CASEN del año 2009 perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social. La línea de pobreza utilizada para ese año fue de \$64.134 pesos para zonas urbanas y \$43.242 para zonas rurales (Observatorio Social, Ministerio de Desarrollo Social, 2012). Las estimaciones fueron hechas considerando factores de expansión.

Se incluyó también dentro de las variables posiblemente confundentes la distribución comunal del sexo y la edad. Numerosos estudios han documentado diferente distribución de problemas psiquiátricos (y riesgo de hospitalización por estas causas) según sexo y tramo etarios (Granmegna G et al 2006; Bas P s/f).

Aun cuando no existen razones para pensar en que las consultorías psiquiátricas se distribuyan de manera diferente en poblaciones con distintas estructuras de género y edades, el ajuste permitiría corregir cualquier sesgo de estos factores entre las comunas estudiadas. Para esto se construyeron dos variables, la primera correspondiente al porcentaje de mujeres dentro de la población total de cada comuna, y la segunda correspondiente al porcentaje de población entre 15 y 55 años respecto a la población total por comuna. Tanto las mujeres como el tramo de edad seleccionado obedecen a las poblaciones con mayor riesgo de hospitalización por causa psiquiátrica (www.deis.cl).

En la tabla siguiente se presentan la descripción de las principales variables utilizadas en esta investigación.

Tabla 4. Descripción de las principales variables incluidas en el estudio.

Código	Nombre de la variable	Nivel	Tipo	Recorrido	Descripción
OcurrCP	Ocurrencia	Centro de APS	Discreta dicotómica	0 - 1	Señala la ocurrencia de consultoría psiquiátrica en el centro de AP.
FrecCP	Frecuencia	Centro de APS	Discreta ordinal	0 - 3	Señala la frecuencia de ocurrencia de consultoría psiquiátrica en el centro de AP, donde 0, 1, 2 y 3 significan menos de una vez al mes, mensual, quincenal y semanal respectivamente.
MismoCCP	Mismo Psiquiatra Consultor	Centro de APS	Discreta dicotómica	0 - 1	Señala la que el mismo médico-psiquiatra es quien realiza la consultoría en el centro de AP todo el tiempo.
MismoPCP	Mismo Psiquiatra en el nivel secundario	Centro de APS	Discreta ordinal	0 - 3	Señala la que los usuarios derivados desde su centro de atención primaria al Nivel Secundario son atendidos por el mismo médico-psiquiatra que realiza la consultoría, donde 0, 1, 2 y 3 significan nunca, casi nunca, casi siempre y siempre respectivamente.
ConsOP	Consultoría Óptima	Centro de APS	Discreta dicotómica	0 - 1	Señala la ocurrencia de consultoría, con frecuencia al menos mensual, realizada por el mismo psiquiatra y con atención casi siempre o siempre por este mismo en el nivel secundario
ConsOPCom	Consultoría Óptima Nivel Comunal	Comuna	Continua	0 - 10	Señala el porcentaje (dividido por 10) de centros de APS que cuentan con consultoría óptima en la comuna.
TasaEgreso	Tasa de Egreso Hospitalario por Causa Psiquiátrica	Comuna	Continua	0 - Inf.	Señala la tasa por 10.000 inscritos FONASA de egresos hospitalarios por causa psiquiátrica, de beneficiarios FONASA A o B, mayores de 15 años de la comuna. Año 2009.

Plan de análisis

Primero se realizó estadística descriptiva de las variables del estudio, tanto las de nivel comunal como las de centros de atención primaria.

La asociación entre consultoría óptima y la tasa de egresos hospitalarios por causa psiquiátrica se investigó a nivel comunal mediante modelos de regresión quassipoison, los cuales permiten corregir la posible sobredispersión de los datos observados en modelos poisson. La magnitud de efecto de la consultoría óptima a nivel de comuna se expresa como razones de tasas de incidencia (RTi), tanto sin ajuste, como con ajuste por pobreza, educación, distribución de sexos y de edad de la comuna.

Además de lo anterior, se estimó la tasa absoluta de egresos por trastornos psiquiátricos estratificadas por comunas con más de un 50% de centros de atención primaria con consultoría óptima y menos de un 50%. La magnitud absoluta de efecto fue expresada como diferencia de tasas.

Todos los estimadores son reportados con sus respectivos intervalos de confianza 95%. Se utilizó el software estadístico R 3.0.1. La sintaxis de análisis se encuentra en el anexo C.

Análisis adicionales a los planteados en los objetivos de esta tesis, relativos las desigualdades en la distribución de consultoría óptima son presentados en el anexo B.

RESULTADOS

En la tabla 5 se describe la situación comunal respecto al número de centros de APS estudiados por comuna, y las variables estudiadas: porcentaje de escolaridad insuficiente (inferior a 9 años), porcentaje de población en pobreza, y tasa comunal de egresos por causa psiquiátricas, agrupados por causas específicas.

La media de centros de atención primaria estudiados por comuna fue de 1,8, aunque el percentil 50 se ubicó en 1 centro por comuna (ver tabla 5). Cabe mencionar que gran cantidad de comunas de pequeño tamaño contaban con sólo un centro de atención primaria (176 comunas, 64%).

Durante 2009 se registraron 51.908 egresos por causas psiquiátricas en personas con FONASA A o B mayores de 15 años. Las causas de egreso psiquiátrico más frecuentes fueron consumo de sustancias (28,4%), esquizofrenia (17,9%) y depresión (17,5%), seguidos por trastornos de ansiedad (9,7%). La media de las tasas de egresos por diferentes causas psiquiátricas de hospitalización por comuna se presenta en la tabla siguiente. En esta también se describe la mediana y las tasas mínimas y máximas observadas para cada trastorno. Destaca la gran dispersión en las tasas generales de hospitalización entre 0 y 126,6 x 10.000 inscritos en centros de APS-FONASA, aun cuando el 50% de las tasas se concentran entre 8,0 y 30,2 x 10.000 (ver distribución en tabla y figuras 4 del anexo A).

En relación al primer objetivo de esta tesis, un 28,3% de los centros de APS presentaron criterios de consultoría óptima: periodicidad de consultoría psiquiátrica de al menos una vez al mes, realizadas por el mismo psiquiatra consultor, y atención de los usuarios derivados al nivel secundario por el mismo psiquiatra consultor.

A nivel comunal esta cifra alcanzó un 29,1% de las comunas (presencia de consultoría óptima en más de la mitad de sus centros de APS).

Tabla 5. Descripción de comunas incluidas en el estudio según número de centros de APS, escolaridad insuficiente, pobreza y tasas de egresos por causas psiquiátricas (x 10.000 inscritos FONASA). (n=275)

	Media	P50	Min	Max
Centros de APS por comuna	1,8	1	1	12
Porcentaje de escolaridad insuficiente* por comuna	27,6%	26,6%	1,0%	57,0%
Porcentaje de pobreza por comuna	55,4%	57,2%	14,1%	79,3%
Tasa comunal de Egresos Causas Psiquiátrica	21,4	15,6	0,0	126,6
Tasa comunal de Egreso por Depresión	5,8	2,9	0,0	92,1
Tasa comunal de Egreso por Consumo de Sustancia	6,0	3,8	0,0	38,2
Tasa comunal de Egreso por Esquizofrenia	2,7	2,1	0,0	49,6
Tasa comunal de Egreso por Tr. Bipolar	1,0	0,5	0,0	7,6
Tasa comunal de Egreso por Tr. Ansioso	2,9	1,4	0,0	28,6
Tasa comunal Egreso por Tr. Personalidad	1,3	0,7	0,0	12,5
Tasa comunal Egreso por Otras Psicosis	0,9	0,5	0,0	9,6
Tasa comunal Egreso por Tr. Mental Orgánicos	0,9	0,5	0,0	10,1

AP: Atención Primaria/ Tr.: Trastorno/ P50: percentil 50./ Min: mínimo/ Max: máximo

En la tabla 6 se describen los criterios de calidad de las consultorías según los estándares ya mencionados (objetivo 2).

Tabla 6. Frecuencia de criterios para la definición de “Consultoría Óptima” en centros de Atención Primaria de Salud. 2009.

	n	% (1)
Criterio 1: Ocurrencia de Consultoría		
No	189	37,6%
Si	313	62,4%
	502	100,0%
Criterio 2: Frecuencia de Consultoría		
Menos de una vez al mes	39	12,5%
Mensual	245	78,3%
Quincenal o mas	29	9,3%
	313	100,0%
Criterio 3: Consultoría efectuada por el mismo psiquiatra consultor		
No	49	15,7%
Si	264	84,3%
	313	100,0%
Criterio 4: atención por el mismo psiquiatra en el nivel secundario		
Nunca y casi nunca	121	38,7%
Casi siempre	88	28,1%
Siempre	104	33,2%
	313	100,0%
CONSULTORIA ÓPTIMA (centros de APS)		28,3%
CONSULTORIA ÓPTIMA (comuna)		29,1%

(1) % del total de centros estudiados (502)

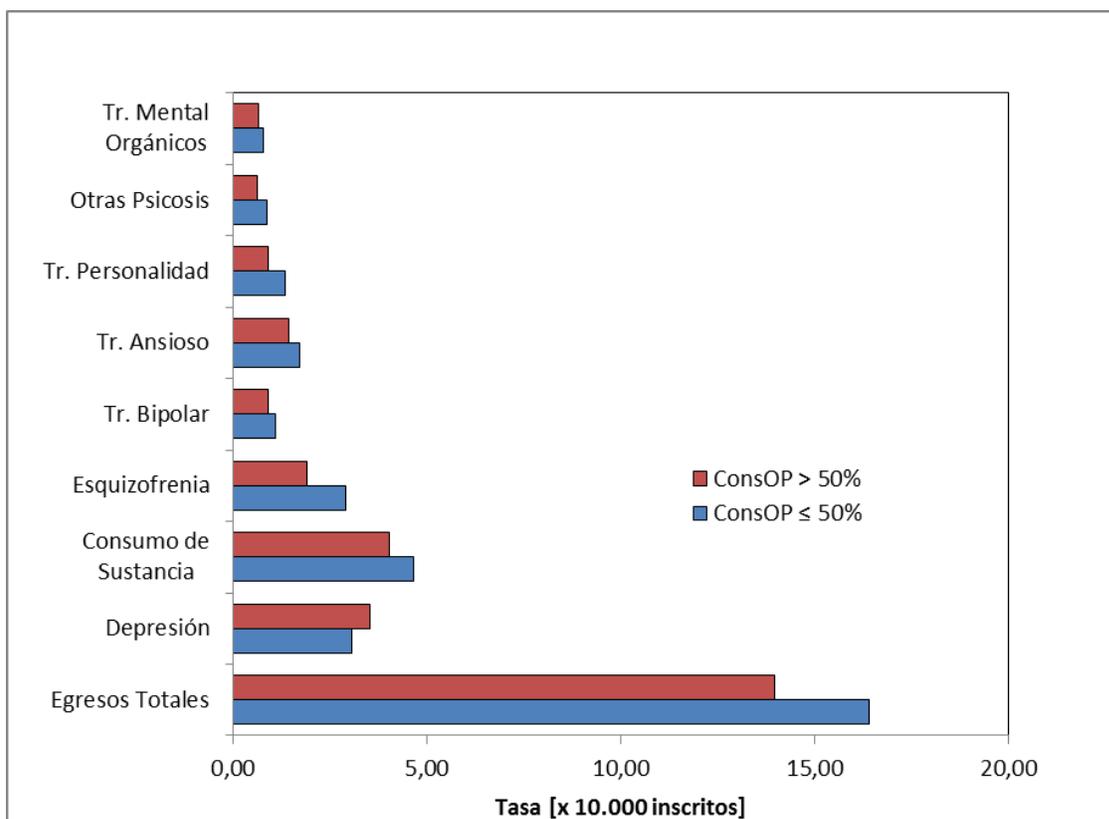
APS: Atención Primaria de Salud

Respecto a la asociación entre consultoría óptima a nivel comunal y la hospitalización por causas psiquiátricas (tercer objetivo), en la tabla 7 y figura 2 se presenta las tasas de egreso para comunas con y sin consultoría óptima.

Tabla 7. Tasa de egresos hospitalarios (x 10.000 inscritos FONASA mayores a 15 años) por causa psiquiátrica y causas específicas en comunas con 50% o menos de centros de atención primaria con consultoría óptima y comunas con más de 50% de centros de atención primaria con consultoría óptima, 2009. N=275 comunas.

	Tasa (x 10.000)	
	ConsOP ≤ 50%	ConsOP > 50%
Egresos Totales	16,40	13,96
Depresión	3,05	3,53
Consumo de Sustancia	4,66	4,03
Esquizofrenia	2,90	1,89
Tr. Bipolar	1,10	0,91
Tr. Ansioso	1,73	1,43
Tr. Personalidad	1,33	0,90
Otras Psicosis	0,87	0,62
Tr. Mental Orgánicos	0,76	0,66

Figura 2. Tasa de egresos hospitalarios (x 10.000 inscritos FONASA mayores a 15 años) por causas psiquiátricas y específicas en comunas con 50% o menos de centros de atención primaria con consultoría óptima y comunas con más de 50% de centros de atención primaria con consultoría óptima, 2009. N=291 comunas.



Las comunas con consultoría óptima presentan tasas menores de egresos hospitalarios por causas psiquiátricas y todas las causas específicas a excepción de los egresos por depresión.

El ordenamiento por magnitud de tasa de egreso no se modifica al comparar comunas con y sin consultoría óptima. Los egresos por consumo de sustancias, depresión, esquizofrenia y ansiedad continúan liderando las principales causas de egresos.

Respecto al análisis por razón de tasas de incidencia (RTi), la asociación entre consultoría óptima a nivel comunal y la tasa de egresos por hospitalizaciones por causa psiquiátrica no alcanzó el nivel de significación estadística que se estableció para el nivel de confianza (ver tabla 8 y figura 3). Aun cuando la razón de tasas de incidencia (RTi) presentó una magnitud de efecto de 0,85 (es decir, un 15% menor tasa de hospitalización en comunas con consultoría óptima comparado con comunas sin consultoría óptima), los intervalos de confianza atraviesan marginalmente el valor de nulidad.

Sin embargo, en el análisis por causas específicas, se observa que la consultoría óptima se asocia significativamente a menor tasa de egresos por esquizofrenia (35% menor tasa), por otras psicosis (29% menor tasa) y por trastorno de personalidad (32% menor tasa), tal como muestra la tabla número 8.

Las estimaciones ajustadas por pobreza, escolaridad, distribución de sexo y edad comunal no modifican sustancialmente las estimaciones señaladas (ver tabla 8). Sin embargo al ajustar por estas variables es posible constatar que la asociación entre consultoría óptima y la tasa de egresos por trastorno de ansiedad también se muestra estadísticamente significativa (27% menor tasa).

Tabla 8. Razones de Tasa de Incidencia (RTi) para egreso hospitalario por causas psiquiátricas y causas específicas entre comunas con más y menos del 50% de centros de AP con consultoría óptima. Modelos de regresión quasipoisson crudos y ajustados por pobreza, escolaridad, y distribución de sexo y edad comunales, 2009. N=275 comunas.

	Crudos		Ajustados	
	RTi	[IC95% I-S]	RTi	[IC95% I-S]
Egresos Totales	0,85	[0,68 - 1,06]	0,82	[0,67 - 1,01]
Depresión	1,16	[0,81 - 1,64]	1,12	[0,82 - 1,51]
Consumo de Sustancia	0,86	[0,66 - 1,14]	0,83	[0,65 - 1,07]
Esquizofrenia	0,65	[0,50 - 0,85]	0,63	[0,48 - 0,83]
Tr. Bipolar	0,83	[0,62 - 1,10]	0,79	[0,59 - 1,06]
Tr. Ansioso	0,83	[0,57 - 1,20]	0,73	[0,54 - 0,996]
Tr. Personalidad	0,68	[0,51 - 0,91]	0,66	[0,49 - 0,88]
Otras Psicosis	0,71	[0,54 - 0,93]	0,67	[0,51 - 0,87]
Tr. Mental Orgánicos	0,86	[0,62 - 1,21]	0,81	[0,60 - 1,10]

Tr.: trastorno/ Rti: razón de tasas de incidencia/ ICI: intervalo de confianza inferior/ ICS: intervalo de confianza superior.

Adicionalmente los resultados ya señalados pueden ser expresados en términos de magnitud de efecto absoluto. Es decir, estableciendo el número menor de egresos (por 10.000 inscritos) atribuibles a la presencia de consultoría óptima en una comuna (ver tabla 9).

Al igual que con la razón de tasas de incidencia, se aprecia una disminución de egresos hospitalarios por causas psiquiátricas asociados a la presencia de consultoría óptima a nivel comunal, con una magnitud de 2,44 egresos menos por cada 10.000 inscritos FONASA, aunque este valor no alcanza significación estadística [95IC% -0,85 a 5,7].

Figura 3. Razón de Tasas de Incidencia entre comunas con más del 50% de centros de APS con consultoría óptima, para distintas causas de egresos hospitalario (ajustado por pobreza y escolaridad comunal), 2009. N=275 comunas.

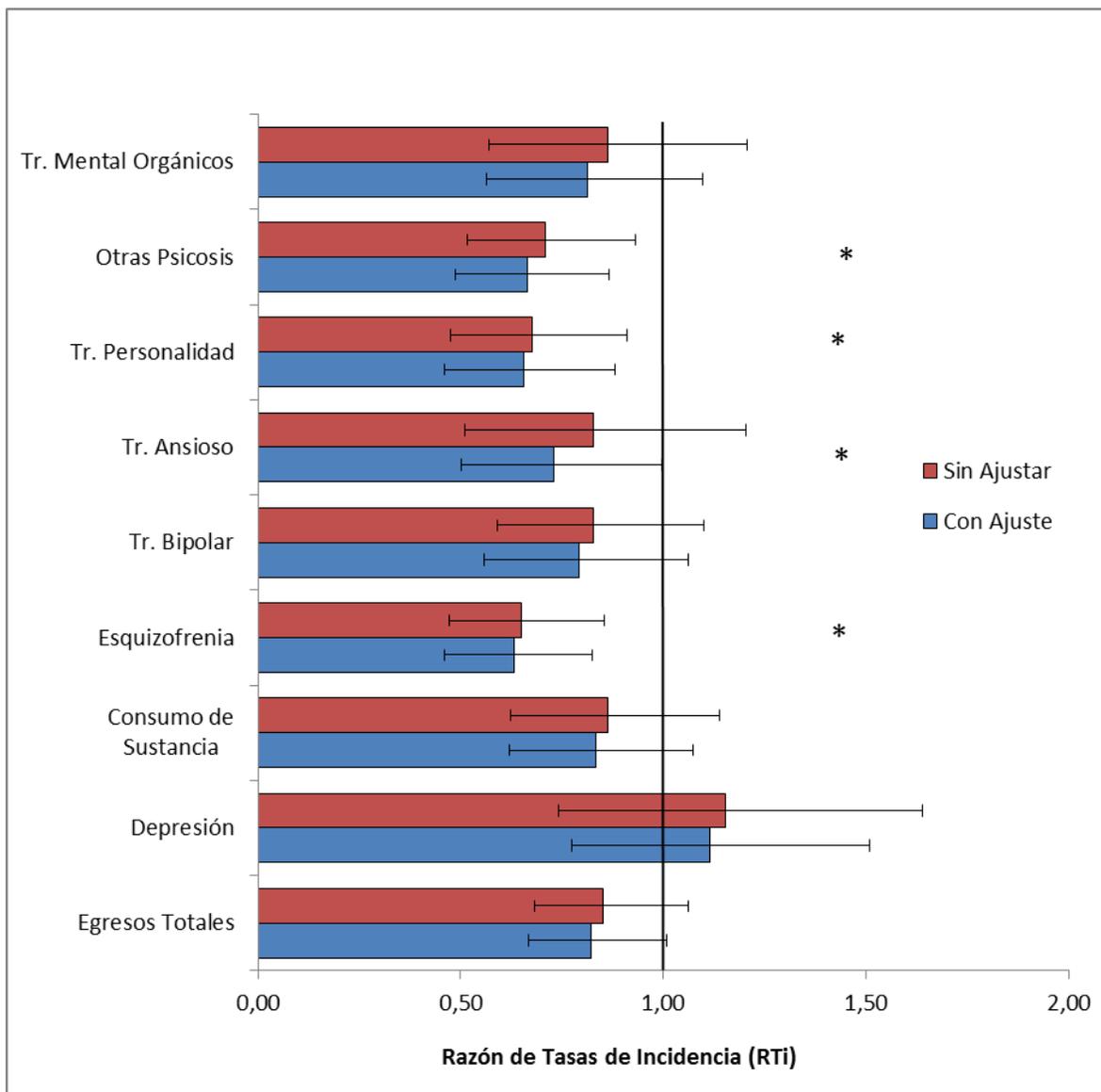


Tabla 9. Diferencia (Dif) entre tasas de egreso hospitalario por causas psiquiátricas y causas específicas (x 10.000 inscritos FONASA mayores a 15 años) entre comunas con más y menos del 50% de centros de AP con “Consultoría Óptima”. Modelos de regresión quasipoisson crudos y ajustados por pobreza, escolaridad, sexo y edad comunal, 2009. N=275 comunas.

	Crudo		Ajustado	
	Dif x 10.000	[IC95% I-S]	Dif x 10.000	[IC95% I-S]
Egresos Totales	2,44	[-0,85 a 5,70]	3,53	[-0,54 a 7,60]
Depresión	-0,47	[-1,65 a 0,70]	-0,49	[-1,95 a 0,95]
Consumo de Sustancia	0,63	[-0,53 a 1,80]	0,96	[-0,50 a 2,41]
Esquizofrenia	1,01	[0,42 a 1,61]	1,14	[0,41 a 1,87]
Tr. Bipolar	0,19	[-0,08 a 0,46]	0,21	[-0,11 a 0,53]
Tr. Ansioso	0,30	[-0,27 a 0,87]	0,61	[-0,02 a 1,25]
Tr. Personalidad	0,43	[0,13 a 0,73]	0,44	[0,09 a 0,80]
Otras Psicosis	0,25	[0,06 a 0,44]	0,29	[0,07 a 0,52]
Tr. Mental Orgánicos	0,10	[-0,13 a 0,34]	0,16	[-0,10 a 0,43]

La magnitud de la disminución de las tasas de egreso hospitalarios por causas psiquiátricas específicas es estadísticamente significativa en el caso de esquizofrenia (1,01 egresos menos por 10.000 inscritos), trastorno de personalidad (0,43 egresos menos por 10.000 inscritos) y otras psicosis (0,25 egresos menos por 10.000 inscritos).

Estas diferencias de tasas aumentan levemente al ajustar por las potenciales variables confundentes (pobreza, escolaridad, distribución de sexo y edad comunal).

Análisis adicionales se encuentran en el anexo B de este documento.

DISCUSIÓN

Un 28,3% y 29,1% de los centros de atención primaria y comunas del país respectivamente cumplen con los criterios de consultoría óptima. Estas cifras pueden considerarse bajas dado que la consultoría psiquiátrica se encuentra incluida en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría desde el año 2001 (MINSAL, 2001), y los datos acá analizados corresponden al año 2009.

Sin embargo estudios posteriores muestran una mayor cantidad de centros de APS con consultoría (MINSAL 2014), lo que pudiese significar que un porcentaje más alto cumpla los criterios compatibles con consultoría óptima. El estudio WHO-AIMS de 2012 reveló que entre el 84 y el 91% de los centros de APS tenían interacción al menos 1 vez al mes con profesionales de salud mental, fundamentalmente a través de consultorías; aun cuando sólo del 32% al 52% de los médicos de APS participaba en ellas (MINSAL 2014).

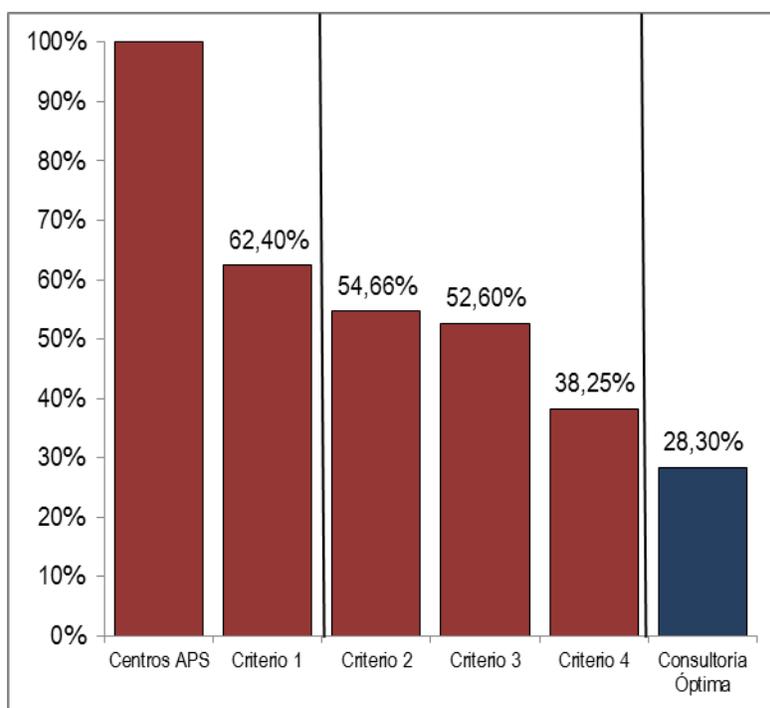
Existen escasos antecedentes para comparar esta situación con la de otros países de la región de Latinoamérica y el Caribe. Los reportes disponibles de WHO-AIMS para la región señalan que el porcentaje de médicos de APS que han interactuado al menos 1 vez en el año con algún profesional de salud mental se encuentra entre 21% y 50% en Argentina (OMS 2009) y Uruguay (OMS 2006) y entre el 51% al 80% en Costa Rica (OMS 2008).

Es importante mencionar que los reportes WHO-AIMS respecto a la situación de los sistemas de salud mental de estos países no incluyen las palabras “consultoría” ni “enlace”. Tan solo en el reporte de Chile se menciona el concepto de “consultoría” (MINSAL 2014).

Según nuestros resultados, respecto a la calidad de la consultoría, en el año 2009 ésta se efectuaba en el 62,4% de los centros de APS. Dentro de los restantes criterios condicionados a la presencia de consultoría destaca una brecha

progresiva entre periodicidad, consultoría realizada por el mismo psiquiatra consultor, y atención por el mismo psiquiatra en el nivel secundario. De estos criterios la mayor brecha se observó en el último criterio (ver figura siguiente). La atención por el mismo psiquiatra en el nivel secundario se vincula con la organización territorializada del nivel especializado, factor que ha sido definido como de gran relevancia para el éxito del modelo comunitario de atención en salud mental (Moreno B 1998).

Figura 4. “Cascada” de cumplimiento de criterios de calidad de consultoría psiquiátrica en centros de APS, (n=502). 2009*



Criterio 1: ocurrencia de consultoría psiquiátrica. / Criterio 2: periodicidad de consultoría psiquiátrica (mensual, quincenal o más). / Criterio 3: consultorías realizadas por el mismo psiquiatra consultor. / Criterio 4: atención por el mismo psiquiatra en el nivel secundario.

** Criterio 1: se encuentra calculado sobre el total de centros de APS. / Criterios 2, 3 y 4 se encuentran calculados sobre el número de centros de APS que cumplen el criterio 1. / Consultoría Óptima se encuentra calculado sobre el total de centros de APS.*

La presencia de consultoría óptima a nivel comunal se asoció a menor tasa de egresos hospitalarios por esquizofrenia, otras psicosis, trastornos de personalidad

y trastornos ansiosos, independiente de la pobreza, escolaridad y distribución por sexo y edad de las comunas. Esta disminución representa entre un 29% y 35% menor tasa de hospitalización en aquellas comunas donde más del 50% de sus centros de APS cuentan con consultoría óptima. En términos absolutos, esto se traduce en una reducción de la tasa de hospitalizaciones entre 1,01 y 0,25 por cada 10.000 inscritos, en aquellas comunas categorizadas con consultoría óptima.

Es interesante notar que el ajuste por las variables de pobreza, escolaridad y distribución poblacional según sexo y edad, profundizó (aunque sin significación estadística) la magnitud de la asociación entre consultoría óptima y la tasa de hospitalizaciones para los trastornos psiquiátricos antes mencionados. En el caso de la tasa de hospitalización por trastornos ansiosos, después de este ajuste la asociación adquiere significación estadística.

Lo anterior evidencia que las consultorías óptimas se distribuirían con cierto nivel de preferencia en aquellas comunas con patrones de pobreza, escolaridad, edad y sexo asociados a mayores tasas de hospitalización por los trastornos señalados. Es decir, al controlar el efecto de las variables pobreza, escolaridad, edad y sexo a nivel comunal, aumenta la magnitud de la evidencia respecto a la asociación entre consultoría óptima y disminución de la tasa de hospitalización.

Los motivos que podrían explicar esta posible asociación entre presencia de consultoría óptima y menor tasa de hospitalización pueden ser varios. Por una parte, la consultoría con los criterios de calidad antes discutidos podría favorecer la satisfacción de las necesidades de atención de los usuarios de manera más oportuna, resolviendo dichas necesidades a nivel de la APS y reduciendo la derivación a niveles de mayor especialización. En segundo lugar, la consultoría óptima por medio de un contacto frecuente y continuo entre el nivel especializado y la APS también podría aumentar las competencias de los profesionales de APS en la detección de las personas con problemas de salud mental y su correcto manejo, disminuyendo la necesidad de hospitalización. En tercer lugar, el criterio

de que el mismo médico psiquiatra que realiza la consultoría sea el que atiende al usuario en el nivel secundario, favorece la continuidad de la atención, aumentando la pertinencia de manejo.

Pese a estas posibles explicaciones, no se evidenció una asociación significativa entre consultoría óptima e importantes trastornos tales como consumo de sustancias, trastorno bipolar y trastornos mentales orgánicos. Además se observó una tendencia, aunque no estadísticamente significativa, de mayor tasa de hospitalización por depresión en aquellas comunas con consultoría óptima.

En el caso de las personas con trastornos por consumo de sustancias, existe una sub red asistencial específica destinada al manejo de estos problemas, la cual prescinde de la consultoría. Gran parte de las personas atendidas por dependencia de alcohol u otras sustancias son derivadas directamente a centros especializados, lugar donde se realizan prácticamente todas las prestaciones asociadas.

Los trastornos mentales orgánicos también podrían presentar escasa asociación con la disponibilidad de consultoría óptima, dado que en la mayoría de los casos las personas con estos problemas son atendidas a través de especialidades médicas no psiquiátricas, sin llegar a tener contacto con los dispositivos encargados de salud mental.

Para los trastornos bipolares la falta de asociación podría explicarse por características propias de este problema de salud. En el caso de trastorno bipolar tipo 1, normalmente es pesquisado durante fases maníacas que motivan atenciones de urgencia, saltándose el nivel primario de atención. El trastorno bipolar tipo 2 presenta dificultades para ser reconocido en el contexto de APS (Leyton F y Barrera A 2010), pudiendo ser confundido frecuentemente con trastornos depresivos recurrentes que no necesariamente cursan con episodios de severidad tal que motiven su presentación en instancias de consultoría. Además

parte, el trastorno bipolar tipo 2 requiere hospitalización con mucha menor frecuencia que el tipo 1.

Por último, resulta llamativa la relación observada entre la presencia de consultoría óptima y la mayor tasa comunal de hospitalizaciones por depresión, aun cuando no presenta significación estadística. La depresión corresponde a un trastorno mental común de elevada prevalencia al igual que los trastornos ansiosos, sin embargo, la primera cuenta con garantías explícitas de atención (GES).

Si consideramos los años transcurridos desde que en 2001 se inició el Programa de detección, diagnóstico y tratamiento de la Depresión en APS (MINSAL 2001), sustituido luego por el Programa GES de Depresión, existe una amplia experiencia en el manejo de este problema en el nivel primario de atención. Esto permite suponer una mejor resolución de los casos posibles de manejar en APS y una mejor selección de los casos más complejos para ser presentados al equipo consultor, hecho que favorecería la hospitalización.

Si a esto se añade la consultoría óptima, -que incluye el criterio que sea el mismo psiquiatra que hace la consultoría el encargado de la atención de los pacientes derivados al nivel especializado cuando llegan a este-, podría favorecerse el acceso a la hospitalización en aquellos casos que realmente tienen necesidad de esta. En contextos en los cuales la consultoría es más precaria o simplemente no existe, aquellas personas con depresión y necesidad de hospitalización podrían ser más difíciles de encausar administrativamente para ser hospitalizados, prestación incluida en las garantías explícitas.

Esto no ocurriría en el caso de otros trastornos con garantías explícitas, como la esquizofrenia, donde la mayor parte de los pacientes con este trastorno se encuentran habitualmente en el nivel especializado de atención, incluso quienes no tienen necesidad de que esto ocurra. Aquellos que presentan esquizofrenia y

se encuentran en el nivel primario de atención son más susceptibles de beneficiarse de la consultoría, por cuanto esta refuerza su permanencia en dicho nivel, donde su atención de salud es más integral.

En otras palabras, la consultoría óptima favorecería la utilización del recurso de hospitalización en los casos de depresión con real necesidad de ésta y evitaría la hospitalización en los casos de esquizofrenia que pueden prescindir de ella.

En la revisión de la literatura no se pesquisaron estudios directamente comparables, ni en diseño, ni tampoco en formas de consultoría similares a las desarrolladas en el contexto chileno.

Sin embargo, existe abundante evidencia que señala que diferentes modalidades de cuidados o intervenciones basadas en el modelo comunitario de atención en salud mental, impactarían en la disminución de la tasa de hospitalización por trastornos psiquiátricos.

Nuestra revisión encontró un solo estudio que intentó explorar directamente el impacto de consultorías sobre la hospitalización psiquiátrica. Éste exploró la tasa de hospitalización en dos zonas urbanas de Nottingham (Reino Unido), una que previa sectorización, inició tempranamente la práctica de consultoría entre servicios de psiquiatría y “general practitioners”, y otra área con inicio tardío. En un período de 8 años, la zona con inicio temprano de la intervención mostró una caída de la tasa de hospitalización de 30%, mientras que la de inicio tardío, mostró una caída de tan solo de 9% (Tyrrer et al., 1990).

Mencionaremos a continuación varios estudios que, aun cuando ninguno de estos es del todo comparable con la presente investigación, hacen referencia a diferentes intervenciones que adscriben a los criterios del modelo comunitario de atención en salud mental y evalúan la efectividad de estas sobre el riesgo de hospitalización.

Un ensayo clínico aleatorizado, evidenció que los pacientes atendidos en unidades de mediana estadía por equipos comunitarios de salud mental, comparados con los que recibieron el cuidado habitual, presentaron 19% menor incidencia de hospitalización por causas psiquiátricas (Malone et al., 2007 citado en Gühne et al., 2015).

Una revisión sistemática realizada por el National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido, sobre otros seis ensayos clínicos aleatorizados, documentó que los equipos de resolución de crisis y cuidados domiciliarios en el que atienden a personas con esquizofrenia presentan una menor probabilidad de admisión hospitalaria de 61% en contraposición el cuidado habitual (NICE, 2009).

En esa misma revisión también se constató la efectividad de los dispositivos de Tratamiento Aserivo Comunitario (TAC) versus atención comunitaria estándar respecto al riesgo de hospitalización en personas con esquizofrenia. Los autores concluyeron que la presencia de TAC se asoció a un 29% menor riesgo de hospitalización (NICE, 2009).

Una cuarta revisión sistemática sobre la efectividad del manejo intensivo de casos evidenció que cuando esta se efectuaba de acuerdo al modelo de TAC, la atención hospitalaria disminuía en 0,31 días/mes más que cuando no se efectuaba según este modelo (Burns T. et al. 2007).

Además de estas revisiones, se identificó un estudio con diseño ecológico como el de esta tesis, el cual evaluó el impacto de una intervención que favoreció la integración comunitaria de diferentes proveedores sociales (fuerzas policiales, servicios sociales, atención domiciliar especializada servicios de atención en salud mental), en distintas áreas urbanas de una gran ciudad. El estudio demostró que las áreas intervenidas presentaron menor tasa de hospitalización psiquiátrica involuntaria que las zonas no intervenidas (35 versus 40 por 10.000 habitantes) (Wierdsma et al. 2007).

Es interesante notar que estos estudios son coincidentes en demostrar la efectividad sobre el riesgo de hospitalización de diferentes intervenciones que adscriben a los criterios del modelo comunitario de atención en salud mental. Las magnitudes de efecto señalada por los diferentes estudios son similares, entre un 15% y 30% menor riesgo de hospitalización, cifras semejantes a las reportadas en esta tesis (entre 27% y 35% según trastorno).

Cabe destacar que todas estas intervenciones implican costos superiores a la Consultoría Psiquiátrica.

Finalmente, como se mencionó en la introducción de esta tesis, aun cuando la consultoría y enlace es recomendada en todas las propuestas de organización de servicios de salud mental (Thornicroft, G., y Tansella, M. 2012), se ha reconocido la brecha existente entre la práctica y la evidencia científica. Esto debido a que las investigaciones se han orientado principalmente al estudio de formas más complejas y sofisticadas de atención que las que se observan en los contextos reales de los servicios de salud mental (Bower P y Gask L, 2002). A diferencia de lo descrito, los resultados de la presente tesis se basan en la exploración de prácticas efectivas del sistema público de nuestro país.

El presente estudio posee varias limitaciones. En primer lugar se trata de un estudio ecológico y de corte transversal. El análisis ecológico impide realizar atribuciones causales directas sobre los individuos. Considerando el desarrollo actual del modelo (y por cierto de 2009), los resultados pueden estar influidos por la heterogeneidad en la disponibilidad de recursos de médico-psiquiatra (imprescindible para la consultoría), disponibilidad de camas para hospitalización psiquiátrica, y disposición a aceptar en camas generales a pacientes con diagnóstico psiquiátrico en aquellos lugares en que no se dispone de camas psiquiátricas.

La naturaleza transversal del estudio impide realizar un análisis temporal del desarrollo del modelo comunitario de atención en salud mental y del consecuente aumento de la cobertura y calidad de la consultoría respecto a una posible disminución de los egresos por causas psiquiátricas. Sin embargo, la posibilidad de una causalidad reversa es difícil de plantear.

Tampoco se conoce la latencia entre una mejoría en la cobertura y calidad de las consultoría psiquiátrica y su posible impacto en el riesgo de hospitalización. Esto implica que la medición de tasas de egreso de 2009 podría estar reflejando el estado de la consultoría psiquiátrica de un período previo.

También es importante considerar que en la construcción de la variable “consultoría óptima” a nivel comunal, no se utilizó ponderación por población inscrita de cada centro. Esto se debió a que la fuente de información disponible sobre la población inscrita FONASA tramo A y B 2009, sólo existe a nivel comunal.

Otra limitación corresponde al hecho que para varias comunas se contaba con la información para un solo centro de APS. Sin embargo esto sucedió principalmente en comunas de menor tamaño las cuales efectivamente disponen de un solo establecimiento de APS. Este posible sesgo de mal clasificación aparentemente no diferencial favorece a los resultados tendientes a la nulidad.

Dentro de las fortalezas se destaca que se exploró todo el espectro de causas de egreso psiquiátrico, y no sólo los trastornos psiquiátricos severos, como lo hace habitualmente la literatura especializada. Esto es relevante de señalar, porque el posible efecto de la consultoría psiquiátrica no se limitaría a esquizofrenia y otras psicosis, sino que se extendería a trastornos emocionales, e incluso -aunque con menor evidencia- a trastornos ansiosos.

Por otra parte, la base de datos a la cual se tuvo acceso incluyó a 291 comunas y 555 centros de APS, que luego de la extracción de observaciones con datos

faltantes se redujeron a 275 comunas y 502 centros de APS. Considerando que en 2009 el país contaba con cerca de 345 comunas y 575 centros de APS, la cobertura del estudio alcanza a 79,7% de las comunas y 87,3% de los centros de APS. Este valor, es similar a la tasa de respuesta de muchos otros estudios de nivel individual.

El acceso a la información de establecimientos y la tasa de respuesta a los instrumentos aplicados en esa investigación se discute con mayor profundidad en el informe final del proyecto mencionado (Alvarado et al., 2010).

Los resultados de este trabajo señalan varios desafíos tanto para investigaciones futuras como para la orientación de políticas de salud mental.

Desde la perspectiva de investigación, como se ha señalado, resulta fundamental robustecer la evidencia disponible en torno al impacto de la consultoría psiquiátrica. Próximas investigaciones deberían considerar la utilización de mediciones a nivel individual, así como el uso de resultados finales tales como compensación síntomas psiquiátricos, mejoría de calidad de vida e integración social. También debería intentarse el uso de diseños longitudinales. Por otra parte resultará interesante evaluar la interacción de la consultoría psiquiátrica con otros factores relevantes: dotación de recursos humanos, calificación de estos y forma de organización de la APS, entre otros.

Desde el punto de vista de la orientación de políticas públicas, los resultados acá observados, -que son coincidentes con otros estudios internacionales-, respaldan la relevancia de la consultoría psiquiátrica y del modelo comunitario de atención en salud mental en el Plan Nacional de Salud Mental. Sin embargo, también pone en tela de juicio que la autoridad sanitaria no haya incentivado la consultoría psiquiátrica con todos los mecanismos disponibles para ello.

Es precisa que esta situación sea revertida, por ejemplo incorporando la consultoría óptima dentro de los indicadores de producción asociados a incentivos (ej. Metas de Indicadores de Atención Primaria de Salud [IAPS], compromisos de gestión a nivel de servicios de salud, entre otros).

El potencial beneficio de la consultoría óptima también demanda la atención sobre los conocimientos y las competencias de los profesionales de salud mental, en especial de los médicos psiquiatras. Estos profesionales deberían conocer y poner en práctica durante su formación, los fundamentos del modelo comunitario de atención de salud mental, incluyendo especialmente la consultoría con criterios de calidad óptima.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, M., Bravo, M.F., Fernández, A. (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol 24, N°92

Adair, C.E, McDougall, G., Mitton, C.R., Joyce, A.S., Wild, T.C., Gordon, A., Costigan, N., Kowalsky, L., Pasmeny, G., & Beckie, A. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatr. Ser. Sep.*; 56 (9):1061-9

Alvarado R. (2007). Elaboración y validación de instrumento que describe y caracteriza las redes de servicios de salud mental para personas que padecen de esquizofrenia. *Rev. Chil. Salud Pública* 2007; 11(3):117-126.

Alvarado et al. (2010). Proyecto FONIS SA08I2003: Evaluación de las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia, en Chile. Informe General. Fondo Nacional de Investigación en Salud; Escuela de Salud Pública, 2010.

Anseau, M., Dierick, M., Buntinckx, F., Cnoekaert, P., de Snedt, J., Van Den H., H.M., & Mijnsbrugge D (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78, 48–59.

Anseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Mignon, A., & Leyman, S. (2005). Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: The GADIS study. *European Psychiatry*, 20, 229–235.

Aragones, E., Pinol, J. L., Labad, A., Masdeu, R. M., Pino, M., & Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34, 21–35.

Araya R. (2000). Common mental disorders and detection by primary care physicians. PhD thesis, University of London.

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G.(2001) Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry* 2001;178: 228-33.

Avasthi, A., Varma, S. C., Kulhara, P., Nehra, R., Grover, S., & Sharma, S. (2008). Diagnosis of common mental disorders by using PRIME-MD Patient Health Questionnaire. *Indian Journal of Medical Research*, 127, 159–164.

Awad AG and Voruganti LN. (2008) The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008;26(2):149-62.

Baca, B. E., Saiz, R. J., Aguera Ortiz, L. F., Caballero, M. L., Fernández-Liria, A., Ramos Brieva, J. A., & Mijnsbrugge, D. (1999). Prevalence of psychiatric disorders in primary care. using the PRIME-MD questionnaire. *Atención Primaria*, 23, 275–279.

Bulbena A (2011). *Perspectivas de la Hospitalización Psiquiátrica*. Conferencia 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2011. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/perspectivas-de-la-hospitalizacion-psiquiatria/

Bass, R.D., & Windle, C. (1972). Continuity of care: an approach to measurement. *American Journal of Psychiatry*. 129:110-115

Bachrach, L.L. (1981). Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *American Journal of Psychiatry*. 138:1449-1456.

Bachrach, L.L. (1987). Continuity of care. *New Directions for Mental Health Services*. 35:63-73.

Baird M, Riba M, Lee A, Gálvez L y Daneke E (2012). Managing the interface in primary care mental health clinics. Cap. 7 en Ivbijaro G. (Ed.) *Companion to Primary Care Mental Health*. WONCA and Radcliffe Publishing. Londres, 2012.

Balestrieri, M., Isola, M., Quartaroli, M., Roncolato, M., & Bellantuono, C. (2010). Assessing mixed anxiety-depressive disorder. A national primary care survey. *Psychiatry Research*, 176, 197–201.

Bas P (s/f) .Epidemiología de los episodios de hospitalización psiquiátricos En España. Tesis Doctoral . Departamento de Psicología. Universidad de Cádiz .

Disponible en :

<http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/pbassarmiento.pdf>

Basaglia, F. (1972). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral.

Blashki G, Selzer R, Judd F, Hodgins G, Ciechowski L (2005). Primary care psychiatry: taking consultation-liaison psychiatry to the community. *Australas Psychiatry*.2005 Sep;13(3):302-6.

Boardman, J. y Parsonage, M. (2007) *Delivering the Government's Mental Health Policies: Services, staffing and costs*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Bond, G. R., & Salyers, M. P. (2004). Prediction of outcome from the Dartmouth assertive community treatment fidelity scale. *CNS Spectr*, 9(12), 937-942.

Bower P y Gask L. (2002). The changing nature of consultation-liaison in primary care: bridging the gap between research and practice. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002 Mar-Apr; 24(2):63-70.

Brekke, J. S., Ansel, M., Long, J., Slade, E., & Weinstein, M. (1999). Intensity and continuity of services and functional outcomes in the rehabilitation of persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 50(2), 248-256.

Brekke, J. S., Long, J. D., Nesbitt, N., & Sobel, E. (1997). The impact of service characteristics on functional outcomes from community support programs for persons with schizophrenia: A growth curve analysis. *J Consult Clin Psychol*, 65(3), 464- 475.

Burns, T., y Firn, M.(2002). *Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners*, Oxford University Press, Oxford.

Burns, T., Y Priebe, S.(1996). Mental health care systems and their characteristics: a proposal. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 94: 381-5.

Burns, T., Y Priebe, S. (1999). Mental health care failure in England. *British Journal of Psychiatry* 174:191-2.

Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ*. 2007 Aug 18;335(7615):336..

Cape J, Whittington C, Bower P (2010).What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* 32(3):246-254.

Caplan G. e Insley V. (1959). *Concepts of mental health and consultation; their application in public health social work*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Maternal and Child Health Service, Washington.1959.

Caplan G. (1964 a) *Principles of preventive psychiatry*. Oxford, Inglaterra: Basic Books.

Caplan G. (1964 b). Types of mental health consultation. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 33(3), Apr 1963, 470-481.

Caplan, G., & Caplan, R. B. (1993). *Mental health consultation and collaboration*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.

Caqueo-Urizar A & Lemos S (2008). Quality of life and family functioning in schizophrenia patients. *Psicothema* 12/2008; 20(4):577-82.

Caqueo-Urizar A & Gutiérrez-Maldonado J (2009). Satisfaction with mental health services in a Latin American community of carers of patients with schizophrenia. *Community Mental Health Journal* 09/2009; 45(4):285-9

Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Peñaloza-Salazar C, Richards-Araya D, Cuadra-Peralta A (2011). Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *BMC Family Practice* 09/2011; 12(1):101.

Carr VJ, Lewin TJ, Walton JM, Faehrmann C, Reid AL. Consultation-liaison psychiatry in general practice. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997 Feb;31(1):85-94.

Castel, R. (1980). *El Orden Psiquiátrico: La edad de oro del alienismo*. Madrid:La piqueta.

Castro MA, Ulloa D, Palacios S, Andrade P, Sepúlveda R (2014) *Intervención Comunitaria Equipo Psiquiatría de San Bernardo del CABL*. Jornadas de Salud Mental Comunitaria. Santiago, 9 y 10 de Octubre de 2014.

Caudill, W. (1966). *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Escuela Pasaje Rivarola.

Cesani P y Reyes M (2013). Continuidad de Cuidados en Psiquiatría: Generalidades, contexto actual y viabilidad en Chile. Ensayo final, Curso Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Programa de Especialización en Psiquiatría, Universidad Mayor, Santiago de Chile.

Chisholm D, James S, Sekar K, Kumar K y Murthy S (2000) Integration of mental health care into primary care. Demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *The British Journal of Psychiatry* 176: 581-588

Clark, D H (1982). *Terapia Social en Psiquiatría*. Madrid, Ediciones Morata.

Crawford, M.J., de Jonge, E., Freeman, G.K., & Weaver, T. (2004). Providing continuity of care for people with severe mental illness. A narrative review. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 39:265-272.

Del Río F y Carmona J (2012). Coordinación y colaboración institucional, Cap. 4.1. En Desviat M y Moreno A. (editores): Acciones de Salud Mental en la Comunidad. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Dietzen, L. L., & Bond, G. R. (1993). Relationship between case manager contact and outcome for frequently hospitalized psychiatric clients. *Hosp Community Psychiatry*, 44(9), 839-843.

Early, D.F. (1960). The industrial therapy organisation (Bristol). A development of work in hospital. *The Lancet*, 754-757.

Equipo de Psiquiatría Comunitaria para la Comuna de San Bernardo Poniente (2012). Análisis de proceso de Consultoría de Salud Mental en los Consultorios Raúl Cuevas, Carol Urzúa y CESFAM Joan Alsina durante el año 2011. Servicio de Psiquiatría Adultos, Complejo Asistencial Barrops Luco.(Mimeo).

Farmer AE. & Griffiths H (1992) Labelling and illness in primary care: comparing factors influencing general practitioners' and psychiatrists' decisions regarding patient referral to mental illness services. *Psychol Med*. 1992 Aug;22(3):717-23.

Fernández M (2003) Continuidad de cuidados: el informe de alta de enfermería en la unidad de Hospital de Salud Mental. *Medwave* 2003 Sep;3(8):e2777 doi: 10.5867/medwave.2003.08.2777. Disponible en : <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Sept2003/2777>

Fiander, M., y Burns, T.(2003). Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA». *The British Journal of Psychiatry* 182: 248-54.

Fichtner CG, Hardy D, Patel M, Stout CE, Simpatico TA, Dove H, Cook LP, Grossman LS, Giffort DW. (2001). A Self-assessment Program for Multidisciplinary Mental Health Teams. *Psychiatric Services*. 52:1352-1357.

Fisher, AJ, Lund, C, Funk, M et al.(2007). Mental health policy development and implementation in four African countries. *J Health Psychol*. 2007; 12: 505–516

Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica. (vols. I-2). México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1976). Vigilar y castigar: El nacimiento de la prisión. España: Siglo veintiuno.

Funk M, Faydi E, Drew N & Minoletti A (2009). Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. Cap. 9. En Rodríguez J (Ed.) Salud mental en la comunidad. Washington D.C. OPS.

Gallagher SK, Mechanic D.(1996) Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. Soc Sci Med. 1996 Jun;42(12):1691-701.

García R (2004) Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar?. Cuadernos de Trabajo Social.Vol. 17:273-287

García-Testal A, Sancho Blasco F, Julve Pardo R, Puche Pinazo E, Rabanaque Mallén G. (1998). Study of referrals from primary care to mental health: What coincidence does exist between the reasons for the referral and the diagnosis of the specialist. Aten Primaria. 1998 Sep 15;22(4):233-8.

Gask L, Sibbald B and Creed F (1997). Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. British Journal of Psychiatry 170: 6-11

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2011). Estudio de costes y carga de la depresión en Cataluña (CostDep-2006)

Gilburg H, Peck E, Aston B, Edwards N y Naylor C (2014). Service transformation. Lessons from mental health. The King's Fund, Febrero 2014. Disponible en : http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/service-transformation-lessons-mental-health-4-feb-2014.pdf

Granmegna G, Lora R, y Ahumada P (2006). Análisis base de datos unidad de hospitalización de corta estadía (uhce): Psiquiatría. Hospital Dr. Sótero del Río. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 44(1), Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000100004&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-92272006000100004.

Goffman, E. (1970). Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. España, Amorrortu.

Goldberg, D yHuxley, P (1992), Common mental disorders: A bio-social model. New York, NY, US: Tavistock/Routledge. (1992). xvi 194 pp.

Goldie I, Dowds J & O'Sullivan C (2013). Mental health and inequalities. Starting Today – Background Paper 3: Mental Health and Inequalities. U.K. Mental Health Foundation. <http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/starting-today-background-paper-3.pdf>

Goldman H. (1982). Mental illness and family burden: A public health perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 557–559.

González, R., Levav, I. (Ed.) (1991) Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación. Publicado por OPS/OMS (HPA/MND 1.91). Washington, D.C., 1991

González de Chávez, M. (1980). Historia de los cambios asistenciales y sus contextos sociales. En González de Chávez, M (Ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid: Mayoría.

Gühne,U, Weinmann S, Arnold K, Becker T y Riedel-Heller,S (2015) S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. Apr;265(3):173-88.

Harris M, Legge N, Diminic S, Carstensen Georgia, McKeon G, Siskind Dan, Burgess P, Stewart Gavin & Whiteford H (2013) Mental health service cost drivers: an international literature review. Final report for Stage B of the Definition and Cost Drivers for Mental Health Services project. Volume 2 St. Lucia, QLD, Australia: The University of Queensland.

Hartveit M, Biringer E, Vanhaecht K, Haug K y Aslaksen A (2011) The western norway mental health interface study: a controlled intervention trial on referral letters between primary care and specialist mental health care. *BMC Psychiatry*, 11:177. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-11-177.pdf>

Herrman, H., Swartz, L. (2007). Promotion of mental health in poorly resourced countries. *The Lancet*, Volume 370, Issue 9594, Pages 1195 – 1197.

Hochmann, J. (1971). *Hacia una Psiquiatría Comunitaria*. Tesis para una teoría de los conjuntos. Buenos Aires. Amorrortu.

Holloway, F., Y Carson, J.(1998) Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 172: 19-22.

Holloway, F.; Oliver, N.; Collins, E., Y Carson, J. (1995) Case management: a critical review of the outcome literature. *European Psychiatry* 10: 113-28.

Ibacache, L.(2014).Antecedentes sobre las Consultorías en APS efectuadas desde el Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco a comienzos de la década de 1990. Comunicación personal.

Ibáñez M L, Alfaya M, Escudero C, Navarro A, Otero C, Pascual P y Suárez V. (2001). El reto del trabajo interdisciplinar: ¿hasta dónde hemos llegado?. En Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol XXI, nº 79.

Ivbijaro G (2009) Report: WONCA working party on mental health. Ment Health Fam Med. 2009 Mar; 6(1):63-4.

INDEPSI (2008). Herbert "Harry" Stack Sullivan (1892-1949). En la Sección Terapeutas y Psicoterapeutas. Correo de Psicoterapia y Salud Mental. Newsletter Nº 16, Diciembre 2008. Disponible en internet: <http://www.indepsi.cl/newsletter/News-16/terapeutas1-16.htm>

Jenkins R, Kessler M, Riba M, Gunn J y Kauye F.(2012). Public health aspects of integration of mental health into primary care services. En Ivbijaro G (Ed.) *Companion to Primary Carwe Mental Health*. WONCA and Radcliffe Publishing. Londres, 2012.

Katon W. & Gonzales J (1994) Review of Randomized Trials of Psychiatric Consultation-Liaison Studies in Primary Care. Psychosomatics. Volume 35, Issue 3, May–June 1994, Pages 268–278

Katon W & Unützer J. (2011) Consultation psychiatry in the medical home and accountable care organizations: achieving the triple aim. Gen Hosp Psychiatry; 33(4):305-10.

Katschnig H (2006).Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. World Psychiatry. 2006 Oct; 5(3): 139–145. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636133/pdf/wpa050139.pdf>

Kestel D (2009). El papel de los líderes comunitarios y los grupos de usuarios y familiares. Cap. 11. En Rodríguez J (Ed.) *Salud mental en la comunidad*. Washington D.C. OPS.

Killaspy H (2006). From the asylum to community care: learning from experience British Medical Bulletin 2006; 79 and 80: 245–258. <http://bmb.oxfordjournals.org/content/79-80/1/245.full.pdf+html>

Lawton-Smith S, McCulloch A (2013). A brief history of specialist mental health services. Starting Today - Background Paper 1: History of specialist mental health services. Mental Health Foundation. <http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/pdf/publications/starting-today-background-paper-1.pdf>

Lehman A (1988).A quality of life interview for the chronically mentally ill. Evaluation and Program Planning. Volume 11, Issue 1, 1988, Pages 51–62

Leyton, F. (2009). *Psiquiatría Comunitaria en Vigo. Experiencia en un Equipo de Continuidad de Cuidados*. Presentación disponible en Blog: *Psiquiatría Barros Luco Informa* . <http://psiquiatrabarroslucoinforma.blogspot.com/>

Leyton F & Barrera, Á (2010). El diagnóstico diferencial entre la Depresión Bipolar y la Depresión Monopolar en la práctica clínica. *Revista médica de Chile*, 138(6), 773-779.

López-Muñoz, F. Alamo, C. Cuenca, E (2000). La "década de oro" de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado el 22 de Febrero de 2015]; Conferencia 34-CI-C: [41 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa34/conferencias/34_ci_c.htm

López-Muñoz F y Alamo C (2007). *Historia de la Psicofarmacología*. Tomo 3. Madrid. Ed. Médica Panamericana.

Lund, C, Breen, A, Flisher, AJ et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2010; 71: 517–528.

Madariaga C (2003). *Construyendo Equipos de Trabajo en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*. Apuntes Docentes, Diploma de Postítulo en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Escuela de Salud Pública y MEDICHI. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
<http://www.comunitarios.cl/www/documentos/Construyendo%20Equipos%20de%20Trabajo%20en%20Salud%20Mental%20y%20Psiquiatr%EDa%20Comunitaria%20DE%20CARLOS%20MADARIAGA.doc>

Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, y Tyrer P. (2007) Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3)

Martín-Jurado A, De la Gándara Martín JJ, Castro Carbajo S, Moreira Hernández A, Sánchez-Hernández J. (2012). Concordance analysis of referrals from Primary Care to Mental Health. *Semergen.*;38(6):354-9.

Meerding W, Bonneux L, Polder J, Koopmanschap M, van der Maas PJ. (1998) Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. *BMJ*. Jul 11, 1998; 317(7151): 111–115.

Méndez E y Gajardo F (2013). *Consultoría Psiquiátrica en Atención Primaria de Salud: Criterios a considerar para una buena práctica en la Red de Salud Pública*

de Chile. Ensayo final Curso de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad Mayor. Santiago.

Mendlowicz MV, Stein MB (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*;157(5):669-82.

McCrone, P., S. Dhanasiri, A. Patel, M. Knapp y S. Lawton-Smith (2008). *Paying the price. The cost of mental health care in England to 2026.* London, King's Fund.

McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L., & Salyers, M. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *J Consult Clin Psychol*, 62(4), 670-678.

Minoletti, A.(2014). Antecedentes sobre las Consultorías en APS a comienzos de la década de 1990. Comunicación personal.

MINSAL (2001) Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Ministerio de Salud, Santiago, 2001.

MINSAL (2001 b). Guía Clínica para la Atención Primaria. La depresión: detección, diagnóstico y tratamiento. Santiago; Unidad de Salud Mental y Departamento de Modelo de Atención. Ministerio de Salud, Santiago 2001.

MINSAL (2008). Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. Disponible en :

http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/Informe%20final%20carga_Enf_2007.pdf

MINSAL (2009). Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de Esquizofrenia. Ministerio de Salud, Santiago, 2009.

MINSAL (2011). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Ministerio de Salud, Santiago, 2011. Disponible en :

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

MINSAL (2012). Defunciones y Mortalidad por causas. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Ministerio de Salud, Santiago, 2012.

Disponible en : <http://www.deis.cl/?p=2541>

MINSAL (2013 a). Situación Actual del Suicidio Adolescente en Chile, Con Perspectiva de Género. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud, Santiago, 2013. Disponible en :

<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>

MINSAL (2013 b). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, Ministerio de Salud, Santiago, 2013..

MINSAL (2013). Guía Clínica Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más. Ministerio de Salud, Santiago, 2013..

MINSAL (2014) WHO-AIMS. Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe. Junio, 2014.

MINSAL (2015). Continuidad de Cuidados: articulación de salud mental en atención primaria con equipos de especialidad en salud mental. Cap. 4 en *Salud mental en la atención primaria de salud: Orientaciones. Dirigido a los equipos de salud*. División de Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud. Santiago, 2015.

Miranda Chueca I, Peñarrubia María MT, García Bayo I, Caramés Durán E, Soler Vila M, Serrano Blanco A.(2003). How do we refer to mental health from primary care?. *Aten Primaria*. 2003 Nov 30;32(9):524-30.

Moreno B.(1998). Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 1998.

Mornet J (2007). *Psychothérapie institutionnelle. Histoire et actualité*. París. Champ Social Editions.

Murray CJL, López AD, eds (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Escuela de Salud Pública de Harvard en nombre de la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).

Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M. & Galea, A. (2012) Long term conditions and mental health: the cost of co-morbidities London: The King's Fund and Centre for Mental Health.

Newbigging K and Bola M (2010). Mental well-being and black and minority ethnic communities: conceptual and practical issues. Chapter in *Public Mental Health Today*. Brighton, U K. Pavilion Publishing.

NICE (2009). Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary.NICE guidelines [CG82]. London. Disponible en : <http://www.nice.org.uk/guidance/cg82>

Noh S, Turner RJ (1987). Living with psychiatric patients. Implications for the mental health of family members. *Social Science & Medicine* Volume: 25 Issue: 3 Pages: 263-271

Nordstrom, A., & Bodlund, O. (2008). Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 250–255.

Norton, J., de Roquefeuil, G., David, M., Boulenger, J. P., Ritchie, K., & Mann, A. (2009). Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: Comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. *Encephale*, 35, 560–569

Observatorio Social (2012). Metodología del Diseño Muestral y Factores de Expansión Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Documentos Metodológicos, No1. Ministerio de Desarrollo Social. Chile. [Internet]. 2012 p. 1–118.

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Informe%20Diseno%20Muestral_Revision_13sep12.pdf

Olufolahan V and Olayinka O (2013). Family Burden in Caregivers of Schizophrenia Patients: Prevalence and Socio-demographic Correlates. *Indian J Psychol Med*. 2013 Jan-Mar; 35(1): 60–66.

OMS (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ; 2001. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1

OMS (2003). Organization of services for mental health. Geneva, World Health Organization, (Mental Health Policy and Service Guidance Package). http://www.who.int/mental_health/policy/services/4_organisation%20services_WEB_07.pdf?ua=1

OMS (2004 a). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado. Informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf.

OMS (2004 b). Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne. Ginebra, 2004.

http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

OMS (2008 a). The World Health Report 2008: primary health care – now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.
http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

OMS/WONCA (2008 b) Integrating Mental Health into Primary Care: a global perspective Geneva: World Health Organization, 2008.
http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf

OPS (1990). Declaración de Caracas.
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

Orley J y Kuyken WW Editors (1994). Quality of Life Assessment: International Perspectives. Proceedings of the Joint-Meeting Organized by the World Health Organization and the Fondation IPSEN in Paris, July 2 – 3, 1993. Springer

Parsonage, M. & Boardman, J. (2008) Spending on Adult Mental Health Services in England: An update of the calculations featured in Delivering the Government's Mental Health Policies. London: Sainsbury Centre for Mental Health (Web paper)

Patel A y Knapp M (1998). Costs of mental illness in England. Mental Health Research Review 5, PSSRU / CEMH. U.K. Mayo 1998

Patel, V and Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. Bull World Health Organ. 2003; 81: 609–615

Patel, V, Lund, C, Hatherill, S et al. Mental disorders: equity and social determinants (2010). in: E Blas, A Sivasankara Kurup (Eds.) Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization, Geneva; 2010: 115–134.

Pickett K, Oliver J, Wilkinson R. (2006) Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis. J Epidemiol Community Health 60:646-647

Pugh T. F. and MacMahon B (1967) Measurement of discontinuity of psychiatric inpatient care. Public Health Rep. 1967 Jun; 82(6): 533–538.

Reneses B, Garrido S, Navalón A, Martín O, Ramos I, Fuentes M, Moreno J, López-Ibor JJ. (2014). Psychiatric morbidity and predisposing factors in a primary care population in Madrid. Int J Soc Psychiatry. 2014 Jul 24.

Rice D, Kelman S, Miller L, Dunmeyer S (1990). Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness: 1985. Public Health Reports. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health. USA.

Rivett G. C. (2008). From Cradle to Grave: 50 Years of the NHS. London.

Rivett G. C. (2009). National Health Service History . <http://www.nhshistory.net/index.htm>

Rodríguez, Jorge et al. (2010). Salud mental en la comunidad, 2a. edición. OPS, Washington D.C.

Salvador-Carulla L, Salinas JA, Martín M, Grané M, Gibert K, Roca M, Bulbena A. Indicadores para la evaluación de sistemas de salud mental en España. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), 2010. ISBN pendiente <http://www.sepsiq.org/file/Noticias/GClin-SEPIndicadores.pdf>

Saraceno, B and Barbui, C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry*. 1997; 42: 285–290.

Saraceno, B, Levav, I, and Kohn, R. The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*. 2005; 4: 181–185.

Saxena S y Orley J (1997). Quality of life assessment: The world health organization perspective. *European Psychiatry*, Volume 12, Supplement 3, Pages 263s–266s

Sepúlveda R, Ramírez J, Zitko P, Ortiz AM, Norambuena P, Barrera A, Vera C & Illanes E (2012). Implementing the Community Mental Health Care Model in a Large Latin-American Urban Area. The Experience from Santiago, Chile. *International Journal of Mental Health*, vol. 41, no. 1, Spring 2012, pp. 62–72.

Sepúlveda R., Castro, A., Ulloa, D., Wolff, C., Andrade, P. Manriquez, F y Méndez, E. (2014 a). *Consultoría de Salud Mental en Atención Primaria de Salud: Integrando la red y asegurando la Continuidad de Cuidados*. Jornadas Chilenas de Salud Mental. Santiago, 9 y 10 de Octubre de 2014.

Sepúlveda R, Alvarado R, Minoletti A, Madariaga C y Aliste F (2014 b). Evaluación de la actividad de consultoría psiquiátrica en APS, en los servicios de salud mental del sistema público chileno. III Congreso Chileno de Salud Pública y V Congreso Chileno de Epidemiología. Santiago de Chile, 23, 24 y 25 de julio de 2014.

Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Fernandez, A., & Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 201–210.

Servicio Madrileño de Salud (2014). Marco Referencial de la Continuidad de Cuidados en el Servicio Madrileño de Salud Comunidad de Madrid. Madrid, España. Disponible en :

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadname1=Content-disposition&blobheadname2=cadena&blobheadvalue1=filename%3DMarco+Continuidad+Cuidados+Enfermeros.pdf&blobheadvalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352852131398&ssbinary=true>

Shepherd M. (1994). Neuroleptosis and the psychopharmacological revolution: myth and reality. *Hist Psychiat* 5: 89-96,.

Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JBW, de Gruy FV III, Brody D, Davies (1995): Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders: results from the PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1995; 274:1511–1517

Staton, A.H. y Schwartz, M.S. (1972). *The mental hospital*. New York: Mc.Graw-Hill.

Stack Sullivan, H (1971) *The fusion of psychiatry and social science*. New York. W. W. Norton & Company, Inc..

Stack Sullivan, H (1974) *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. Buenos Aires. Ed. Psique.

Sytéma, S., Micciolo, R., & Tansella, M. (1997). Continuity of care for patients with schizophrenia and related disorders: a comparative South-Verona and Groningen case-register study. *Psychological Medicine*. 27:1355-1362

Tessler, R.C. y Gamache, G. (1994). Continuity of care, residence and family burden. *The Milbank Quarterly*. 72:149-168

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry*. 185:283-290.

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2012). The balanced care model for global mental health. *Psychol Med*. 2013 Apr;43(4):849-63

Toft, T., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K., Frostholt, L., & Olesen, F. (2005). Mental disorders in primary care: Prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychological Medicine*, 35, 1175–1184.

Tyhurst, J.S., Chalke, F.C.R., & Lawson F.S. (1963). *More for the Mind*. Canadian Mental Health Association. Toronto.

Tyrer P, Ferguson B, Wadsworth J (1990) Liaison psychiatry in general practice: the comprehensive collaborative model. *Acta Psychiatrica Scandinavica* , 81(4):359-363]

Tyrer, P (2000). Are small case-loads beautiful in severe mental illness?». *British Journal of Psychiatry* 177: 386-7.

United States. Congress (1964). *Community Mental Health Centers Act*. United States. Congress. House. Committee on Interstate and Foreign Commerce. Subcommittee on Public Health and Welfare. U.S. Government Printing Office, 1970.

Üstün T y Sartorius N (1995). *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. John Wiley & Sons

UK700 group. (1999). Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 174: 74-78

Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, Leentjens AF (2010). Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res.*2010 Jun;68(6):521-33.

Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R y Torres S. (2002). (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista médica de Chile*, 130(5), 527-536. Recuperado en 26 de abril de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872002000500007

Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, y Kohn R (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457. Recuperado en 26 de abril de 2015, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400005&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872012000400005.

Webster C. (2002). *National Health Service: A Political History*. Oxford. Oxford University Press.

Whiteford, HA & Ferrari, A (2013). The burdens of mental disorders in the Global Burden of Disease Study 2010 and the World Mental Health surveys: similarities, differences, and implications for mental health research. In Jordi Alonso, Barcelona

Somnath Chatterji and Yanling He (Ed.), *The burdens of mental disorders: global perspectives from the WHO world mental health surveys* (pp. 221-229) Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013 Nov 9;382(9904):1575-86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6. Epub 2013 Aug 29.

Wierdsma A, Poodt H D, y Mulder C (2007) Effects of community-care networks on psychiatric emergency contacts, hospitalisation and involuntary admission. *J Epidemiol Community Health*. 2007 Jul; 61(7): 613–618.

OMS (2006). WHO-AIMS Report on Mental Health System in Uruguay. OMS, OPS. Disponible en:

http://www.who.int/mental_health/uruguay_who_report.pdf?ua=1

OMS (2007) WHO-AIMS Report on Mental Health System In Brazil. Organización Mundial de la Salud , Ministerio de Saude. Disponible en:

http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf?ua=1

OMS (2008) WHO-AIMS Report on Mental Health System In Costa Rica.. OMS, OPS, Seguro Social de Costa Rica. Disponible en :

http://www.who.int/mental_health/costa_rica_who_aims_report_english.pdf?ua=1

OMS (2009) WHO-AIMS. Sistema de Salud Mental en 10 Provincias Argentinas: Catamarca, Chubut, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Río Negro, Salta, San Juan, Tierra del Fuego, Tucumán. Disponible en:

http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1

OMS (2010). *Mental Health and Development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. World Health Organization and Mental Health and Poverty Project, Geneva; 2010

ANEXOS

ANEXO A.
Tabla 1

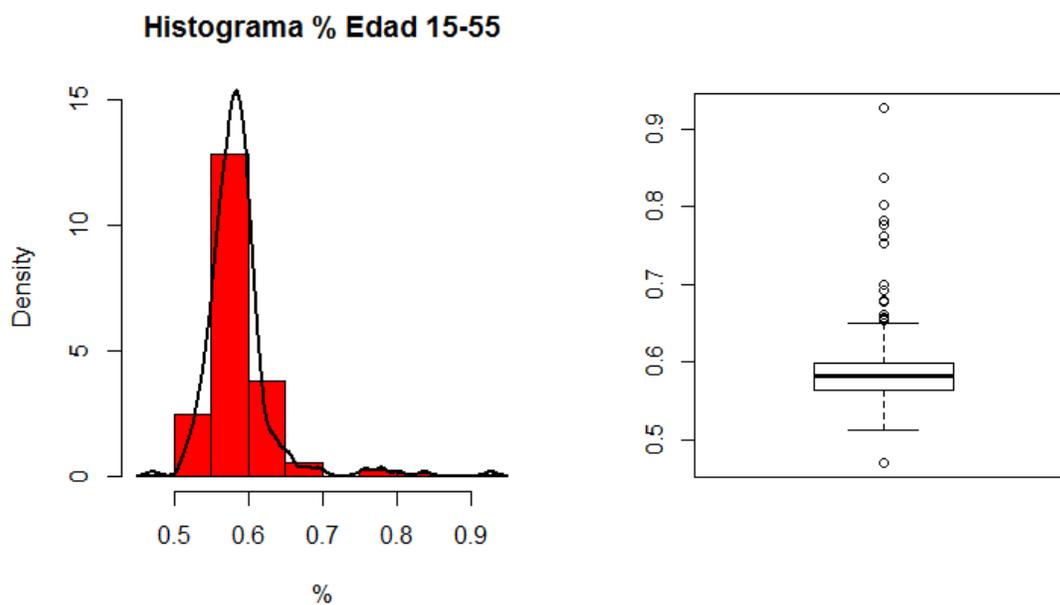
Distribución del porcentaje de centros de atención primaria con “consultoría óptima” según categorización de “consultoría óptima” a nivel comunal (n= 275 comunas).

% de centros de AP comunal con ConsOP	ConOP Comunal	
	ConsOP ≤ 50%	ConsOP > 50%
0%	190	0
20%	1	0
40%	1	0
50%	3	0
75%	0	1
78%	0	1
100%	0	78

AP: atención primaria/ ConsOP: consultoría óptima

ANEXO A. Figuras y tabla 2

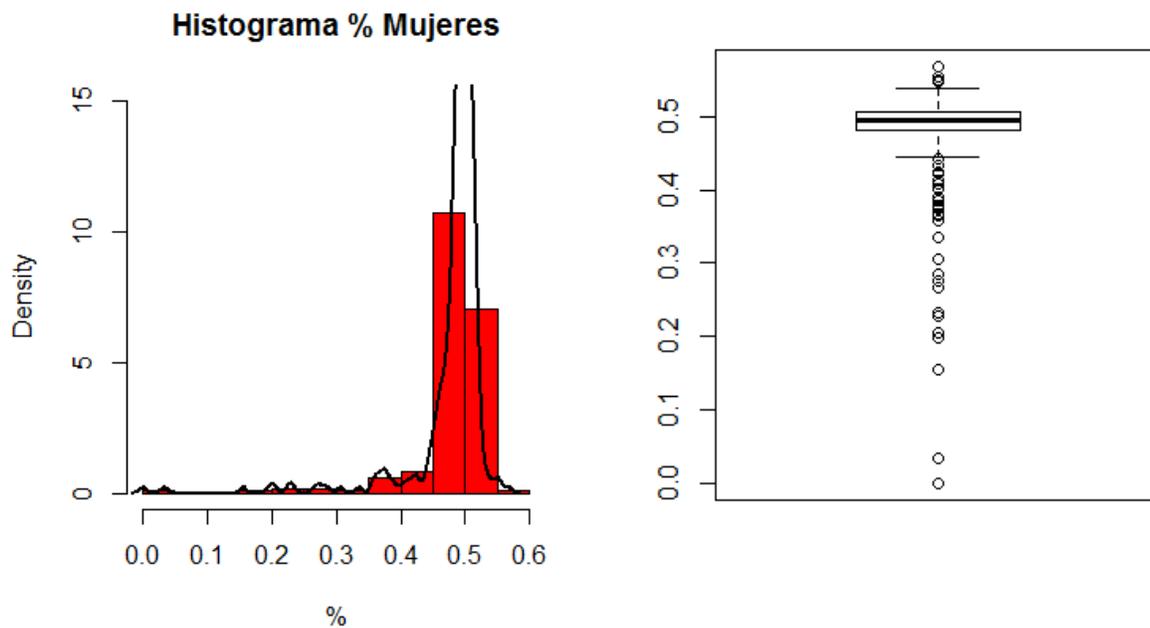
Histograma y caja con bigotes, y descripción de la variable porcentaje de población comunal con edad entre 15 y 55 años. (n= 275 comunas).



	Valor
Min	47,1%
Max	92,6%
Media	58,6%
P50	58,2%
P25	56,4%
P75	59,9%

ANEXO A.
Figuras y tabla 3

Histograma y caja con bigotes, y descripción de la variable porcentaje de población comunal con sexo femenino. . (n= 275 comunas).

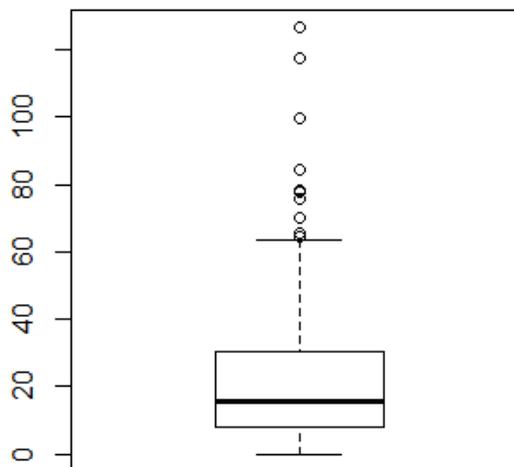
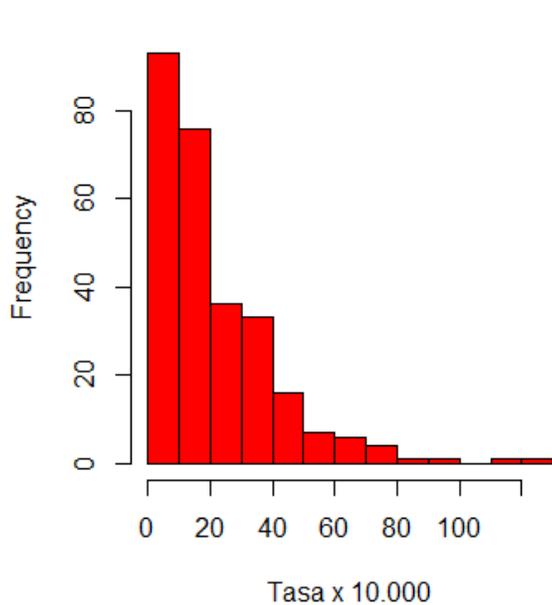


	Valor
Min	0,0%
Max	56,8%
Media	48,0%
P50	49,5%
P25	48,0%
P75	50,6%

ANEXO A.
Figuras y tabla 4

Histograma y caja con bigotes, y descripción de la variable Tasa de hospitalización por causa psiquiátrica por 10.000 inscritos FONASA, 2009. (n= 275 comunas).

Histograma Tasa Hospitalizació



	Valor
Min	0,0
Max	126,6
Media	21,4
P50	15,6
P25	8,0
P75	30,2

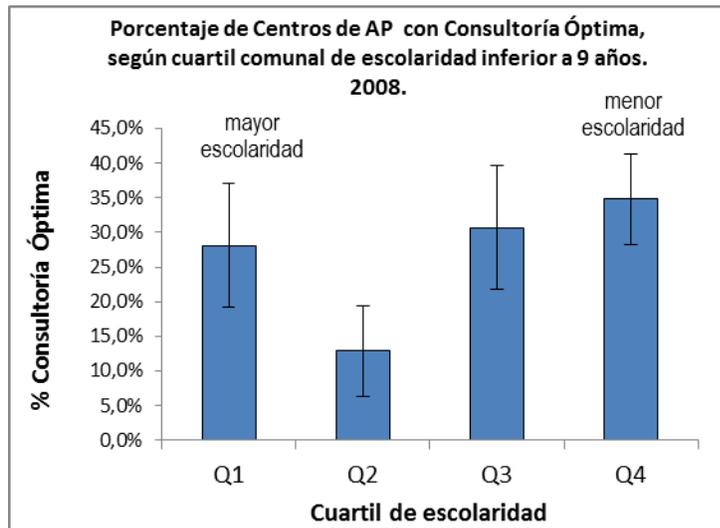
ANEXO B.

Análisis adicionales

Para evaluar la distribución equitativa de la consultoría óptima a nivel de centros de APS, se calculó el porcentaje de centros con esta condición, según cuartil de pobreza y escolaridad insuficiente.

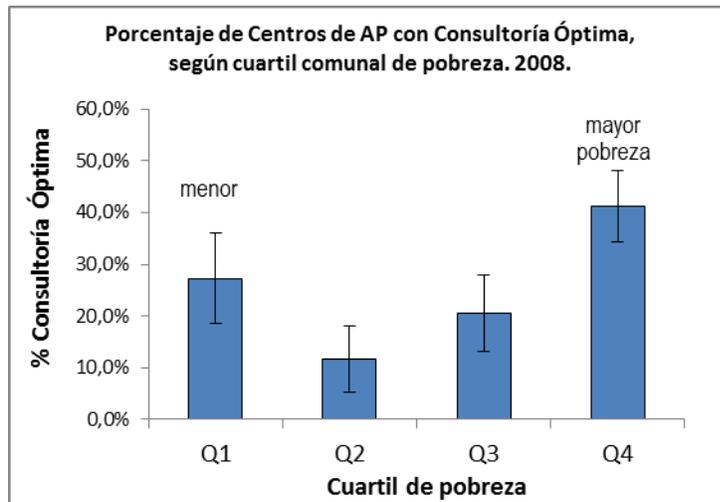
La distribución de consultoría óptima por centro de APS según cuartil de pobreza de su respectiva comuna, presenta una tendencia en “U”, con mayores prevalencias de consultoría óptima tanto en el cuartil superior (de mayor pobreza) como en el inferior (de menor pobreza), como se aprecia en la figura 1 del anexo B. Un patrón similar se observa en el análisis según educación insuficiente comunal (ver figura 2 del anexo B).

Estos resultados podrían ser explicado por focalización de recursos en comunas de mayor vulnerabilidad y por disponibilidad de recursos en comunas con poblaciones de mayores ingresos (y educación).

ANEXO B.**Figura 1. Distribución de consultoría óptima por centros de atención primaria según cuartil de ingresos (n=275 comunas y 502 centros de atención primaria). 2009**

ANEXO B

Figura 2. Distribución de consultoría óptima por centros de atención primaria según cuartil de educación insuficiente (n=275 comunas y 502 centros de atención primaria). 2009



ANEXO C

Sintaxis de edición y análisis Sintaxis Número de Egresos por SS

```
## Cargar base de egresos hospitalarios 2009 ##
datos=read.dbf(file.choose())

Vari=c("F1", "F30", "F31", "F32", "F33", "F34", "F35", "F36", "F37", "F38", "F39", "F20", "F21", "F22", "F23", "F24", "F25", "F26",
"F27", "F28", "F29", "F4", "F6", "F0")

a=0; Sal1=0; Sal2=0
while(a<length(Vari)) {a=a+1
Sal1=grep(Vari[a], datos$DIAG1); Sa2=rep(Vari[a], length(Sal1))
Sal1=c(Sal1,Sa1)
Sal2=c(Sal2,Sa2)
}

Sal1=Sal1[-1]; Cod=as.character(Sal2[-1])
datos=datos[Sal1,]

Cod[Cod=="F1"]="ConsSust"
Cod[Cod=="F30" | Cod=="F31"]="TAB"
Cod[Cod=="F32" | Cod=="F33" | Cod=="F34" | Cod=="F35" | Cod=="F36" | Cod=="F37" | Cod=="F38" | Cod=="F39" ]="Depre"
Cod[Cod=="F20"]="EQZ"
Cod[Cod=="F21" | Cod=="F22" | Cod=="F23" | Cod=="F24" | Cod=="F25" | Cod=="F26" | Cod=="F27" | Cod=="F28" | Cod=="
F29" ]="OtrTPsic"
Cod[Cod=="F4"]="Ansi"
Cod[Cod=="F6"]="TrPers"
Cod[Cod=="F0"]="TMOrg"

datos=cbind(datos,Cod)
datos=subset(datos, EDAD>15 & PREVI==1 & ( BENEF==1 | BENEF==2))
a=table(datos$COMUNA, datos$SERV_RES)
b=rep(names(table(datos$SERV_RES)),nrow(a)); b=as.numeric(as.character(b))
b=matrix(b,ncol=ncol(a), byrow=T)
a[a>0]=1;
a=a*b; a=rowSums(a)

Tab=table(datos$COMUNA, datos$Cod)
Tab=cbind(a,Tab, rowSums(Tab))
Tab

## Pareamiento de consultorio con Base de Consultorías ##
## Escanear columna "Comuna" (en verde) de la hoja "Base" del Excel "Base APS.xls" ##
Com=scan()
a=match(Com, rownames(Tab))
Tab[a,]
```

Sintaxis Poblaciones de Comunas

```
## Abrir Excel "Datos Base Consultorías (Tesis Rafael)" ##
## Escanear columna azul "ComNom" de hoja "Base" ##
Com1=scan(, as.character(), sep=";")

## Cargar "Base Poblacion por Comuna.csv" ##
Com2=read.csv(file.choose(), header=T, sep=";")

a=match(Com1, Com2$Com.Base)
Sal= Com2[a,c(3,1,4,5)]
Sal

## Pegar salida en Excel "Datos Base Consultorías (Tesis Rafael)", hoja "Base"##
```

Sintaxis Número de Suicidios por comuna

```
## Cargar base de datos defunciones 2009 ##
datos=read.csv(file.choose(), header=T, sep=";")
Cod=c("X6", "X7", "X80", "X81", "X82", "X83", "X84")
a=0;Num=0; while(a<length(Cod)){a=a+1; Sal=grep(Cod[a],datos$DIAG2); Num=c(Sal,Num)}
Num=Num[-1]
datos=datos[Num,]

# Escanear columna verde "Com" de hoja "Base", Excel "Datos Base Consultoría (Tesis Rafael)" #
Com=scan(, as.character(), sep=";")
Tab=table(datos$COMUNA)
a=match(Com, names(Tab))
Sal=matrix(c(names(Tab[a]),Tab[a]), ncol=2, byrow=F)
Sal
```

Sintaxis Pobreza y Baja Escolaridad por comuna

```
## Cargar base Casen 2009 ##
library(survey); library(foreign)

datos=read.dta(file.choose())
Nom=names(datos)
Var=c("segmento", "idiviv", "hogar", "o", "folio", "region", "provincia", "comuna", "zona", "estrato", "expr_p", "expp_p",
"expc_p", "expr", "expp", "expc", "r0", "e7c", "e7t", "pc01", "pc02", "sexo", "edad", "yauthaj", "ypchmon", "numper", "o1",
"o2", "o3", "o4", "o6")
a=match(Var, Nom,)
datos=datos[,a]

## Crear vector de comunas ##
matrix(sort(names(table(datos$comuna))))
## pegar comunas en Excel "Datos BaseConsultorias (Tesis Rafael).xls" y ordenrar ##
## Escanear comunas (de la CASEN 2009 correspondiente (en blanco), hoja "Pareamiento Casen")##
Com=scan(,as.character(), sep=";")

## Seleccionar en Excel "Datos BaseConsultorias (Tesis Rafael).xls", hoja "Pareamiento CASEN", columna celeste (Com Base)##
ComBC= scan(,as.character(), sep=";")

## Seleccionar en Excel "Datos BaseConsultorias (Tesis Rafael).xls", hoja "Base", columna celeste "ComNom"##
ComBA= scan(,as.character(), sep=";")

## Escanear SS en verde de Excel "Datos BaseConsultorias (Tesis Rafael).xls", hoja "Pareamiento Casen"##
SerSal= scan()

Salida=cbind(SerSal, Com , ComBC)

a=match(datos$comuna,Com); SS=SerSal[a]
datos=cbind(datos,SS)
SS1=datos$SS; SS1[SS1<15]=0; SS1[SS1>14 & SS1<23]=1; SS1[SS1>22]=2
datos=cbind(datos,SS1)
datos=subset(datos, !is.na(expc))

## Ingreso medio equivalizado comunal y de SS ##
Tamano=datos$numper; Tamano=ifelse(datos$edad<15, 0.3,ifelse (datos$pc01=="jefe(a) de hogar", 1, 0.5))
Npera=tapply(Tamano, datos$folio, sum)
a=match(datos$folio,names(Npera)); Nper=Npera[a]
Ingr= datos$yauthaj/Nper
datos=cbind(datos,Nper, Ingr)

## % En situación Pobreza ##
Pobr= datos$yauthaj/datos$numper
```

```

Pobr=ifelse(Pobr<64134 & datos$zona=="urbano",1, ifelse(Pobr<43242 & datos$zona=="rural",1,0))
datos=cbind(datos,Pobr)

dat=subset(datos, SS1==0)
mod=svydesign(~1, weights=~expc, strata=~estrato, data=dat)
Med1S=svyby(~Pobr,~SS, mod, svymean, vartype= "ci")
Med1C=svyby(~Pobr,~comuna, mod, svymean, vartype= "ci")
dat=subset(datos, SS1==1)
mod=svydesign(~1, weights=~expc, strata=~estrato, data=dat)
Med2S=svyby(~Pobr,~SS, mod, svymean, vartype= "ci")
Med2C=svyby(~Pobr,~comuna, mod, svymean, vartype= "ci")
dat=subset(datos, SS1==2)
mod=svydesign(~1, weights=~expc, strata=~estrato, data=dat)
Med3S=svyby(~Pobr,~SS, mod, svymean, vartype= "ci")
Med3C=svyby(~Pobr,~comuna, mod, svymean, vartype= "ci")
mod=svydesign(~1, weights=~expc, data=datos)
MedP=svymean(~Pobr, mod); MedP=c(coef(MedP), coef(MedP)-1.96*SE(MedP), coef(MedP)+1.96*SE(MedP))
MedP=matrix(rep(MedP, dim(Salida)[1]), ncol=3, byrow=T)

MedC=rbind(Med1C, Med2C,Med3C)
MedS=rbind(Med1S, Med2S,Med3S)

Salida=cbind(Salida,MedC[match(Salida[,2], MedC[,1]),2:4])
Salida=cbind(Salida,MedS[match(Salida[,1], MedS[,1]),2:4])
Salida=cbind(Salida, MedP)

## % Baja Escolaridad ##
Escol=as.character(datos$e7t)
Escol[Escol=="educación preescolar o educación parvularia"]=1
Escol[Escol=="preparatoria (sistema antiguo)" | Escol=="educación básica"]=1
Escol[Escol=="ninguno"]=1
Escol[Escol=="escuela especial (diferencial)"]=NA
Escol=ifelse(Escol=="humanidades (sistema antiguo)" & datos$e7c<3) | Escol==1, 1, 0)
Escol[!Escol==1]=0
datos=cbind(datos, Escol)

dat=subset(datos, SS1==0 & !is.na(Escol) & edad>18)
mod=svydesign(~1, weights=~expc, strata=~estrato, data=dat)
Med1S=svyby(~Escol,~SS, mod, svymean, vartype= "ci")
Med1C=svyby(~Escol,~comuna, mod, svymean, vartype= "ci")
dat=subset(datos, SS1==1 & !is.na(Escol) & edad>18)
mod=svydesign(~1, weights=~expc, strata=~estrato, data=dat)
Med2S=svyby(~Escol,~SS, mod, svymean, vartype= "ci")
Med2C=svyby(~Escol,~comuna, mod, svymean, vartype= "ci")
dat=subset(datos, SS1==2 & !is.na(Escol) & edad>18)
mod=svydesign(~1, weights=~expc, strata=~estrato, data=dat)
Med3S=svyby(~Escol,~SS, mod, svymean, vartype= "ci")
Med3C=svyby(~Escol,~comuna, mod, svymean, vartype= "ci")

MedC=rbind(Med1C, Med2C,Med3C)
MedS=rbind(Med1S, Med2S,Med3S)

dat=subset(datos, !is.na(Escol) & edad>18)
mod=svydesign(~1, weights=~expc, data=dat)
MedP=svymean(~Escol, mod, na.rm=T); MedP=c(coef(MedP), coef(MedP)-1.96*SE(MedP), coef(MedP)+1.96*SE(MedP))
MedP=matrix(rep(MedP, dim(Salida)[1]), ncol=3, byrow=T)

Salida=cbind(Salida,MedC[match(Salida[,2], MedC[,1]),2:4])
Salida=cbind(Salida,MedS[match(Salida[,1], MedS[,1]),2:4])
Salida=cbind(Salida, MedP)

write.table(Salida, dec=",")

a=match(ComBA, Salida$ComBC)
Sal=Salida[a,3:21]
write.table(Sal, dec=",")

```

Agregar % Mujeres y %15-55 años

```
## Cargar "Base Poblaciones Comunales 1990 a 2020.csv" ##
datos=read.csv(file.choose(), header=T, sep=";",)
datos=subset(datos, Ano==2009)

for (i in 3:36) {
  datos[,i]=as.numeric(as.character(datos[,i]))
}

Hom=rowSums(datos[,3:19])
Muj=rowSums(datos[,20:36])
PjMuj=Muj/(Hom+Muj)
datos$PjMuj=PjMuj
Ed15a55=rowSums(datos[,c(6:13, 23:30)])
datos$PjEd=Ed15a55/(Hom+Muj)
dat=datos

## Cargar "Base Consultorias (Abril 2014).csv"
datos=read.csv(file.choose(), header=T, sep=";", dec=",")

## Seleccionar en Excel "Excel para parear Comunas Consultoría (2015 Ene)", hoja "Pareamiento por Población", escanear
columna "Nombre Comuna "Base Poblaciones Comunales 1990 a 2020.csv", luego escanear columna "Nombre Comuna "Base
Consultoria (Abril 2014) ""##
ComPob=scan(,as.character(), sep=";")
ComCons=scan(,as.character(), sep=";", na.string="NA")
a=match(datos$ComNom, ComCons)
a=ComPob[a]
a=match(a, dat$Comuna)

datos=cbind(datos, (dat$PjMuj[a])*100, (dat$PjEd[a])*100)

## Pegar "PjMu" y "PjEd" en csv de "Base Consultoria (Abril 2014)" ##
```

Análisis

```
## Cargar "Base Consultorias (Abril 2014).csv"
datos=read.csv(file.choose(), header=T, sep=";", dec=",")

## Tabla descriptiva previo a edición: Salida 1 ##
Vari=c("OcurrCP", "FrecCP", "MismoCCP", "MismoPCP")
Vari= match(Vari,names(datos))
a=0; Sal=c(0,0)
while (a<length(Vari)) { a=a+1
  Pro=table(datos[, Vari[a]])
  Mis=table(is.na(datos[, Vari[a]])); Mis=ifelse(length(Mis)<2,0,Mis[2])
  Mis=c(Mis, rep("-", length(Pro)-1))
  Sa=c(Pro, rep("-", length(Pro)), rep("-", length(Pro)), Mis); Sa=matrix(Sa, ncol=4, byrow=F)
  Sal=rbind(Sal,Sa)
}
Sal=Sal[-1,]
Sal

## Edición ##
datos$FrecCP=ifelse(datos$FrecCP==3,2,datos$FrecCP)
datos$FrecCP=ifelse(datos$FrecCP==4,3,datos$FrecCP)
datos$FrecCP2=ifelse(datos$FrecCP==3,NA, datos$FrecCP)

datos$MismoPCP=datos$MismoPCP-1
datos$MismoPCP=ifelse(datos$MismoPCP==-1,0,datos$MismoPCP)

## Cambiar "no sabe", por "missing" ##
```

```

datos$OcurrCP2=ifelse(datos$OcurrCP==2,NA,datos$OcurrCP)
datos$MismoCCP2=ifelse(datos$MismoCCP==2,NA,datos$MismoCCP)
datos$MismoPCP2=ifelse(datos$MismoPCP==3,NA,datos$MismoPCP)
dat=subset(datos, OcurrCP==0 & !is.na(datos$FrecCP2)); a=as.numeric(rownames(dat))
datos$FrecCP2[a]=NA
dat=subset(datos, OcurrCP==0 & !is.na(datos$MismoCCP2)); a=as.numeric(rownames(dat))
datos$MismoCCP2[a]=NA
dat=subset(datos, OcurrCP==0 & !is.na(datos$MismoPCP2)); a=as.numeric(rownames(dat))
datos$MismoPCP2[a]=NA

## Construcción de consultoría óptima ##
datos$ConsOP= ifelse(datos$OcurrCP2==1 & (datos$FrecCP2==1 | datos$FrecCP2==2) & datos$MismoCCP2==1 &
(datos$MismoPCP2==1 | datos$MismoPCP2==2),1,0)
dat=subset(datos, is.na(datos$OcurrCP2) | (datos$OcurrCP2==1 & (is.na(datos$MismoCCP2) | is.na(datos$MismoPCP2) |
is.na(datos$FrecCP2))))
a=as.numeric(rownames(dat))
datos$ConsOP[a]=NA

## Otras Ediciones ##
datos$ConsReciv2= datos$ConsReciv^2
datos$ConsReciv3= datos$ConsReciv^3

datos$TConsReciv=(datos$ConsReciv/datos$PobFonasa)*10000
datos$TCasosRevis=(datos$CasosRevis/datos$PobFonasa)*10000

PobrC2=substr(as.character(datos$PobrC),3,nchar(as.character(datos$PobrC)))
PobrC2=paste("0.", PobrC2, sep="")
datos$PobrC2= as.numeric(PobrC2)

EscC2=substr(as.character(datos$EscC),3,nchar(as.character(datos$EscC)))
EscC2=paste("0.", EscC2, sep="")
datos$EscC2= as.numeric(EscC2)

a=quantile(datos$PobrC2, c(.2,.4,.6), na.rm=T)
Pobr=datos$PobrC2;
Pobr[Pobr<=a[1]]=0
Pobr[Pobr>a[1] & Pobr<=a[2]]=1
Pobr[Pobr>a[2] & Pobr<=a[3]]=2
Pobr[Pobr>a[3] & Pobr<1]=3
datos$Pobr=Pobr

a=quantile(datos$EscC2, c(.2,.4,.6), na.rm=T)
Esc=datos$EscC2;
Esc[Esc<=a[1]]=0
Esc[Esc>a[1] & Esc<=a[2]]=1
Esc[Esc>a[2] & Esc<=a[3]]=2
Esc[Esc>a[3] & Esc<1]=3
datos$Esc=Esc

a=tapply(datos$ConsOP, datos$ComNom, mean, na.rm=T); a=round(a*100,0)
ConsOPCom=datos$ComNom
datos$ConsOPCom=a[match(ConsOPCom, names(a))]
datos$ConsOPCom= datos$ConsOPCom/10

datos$ConsOPComDic= ifelse(datos$ConsOPCom>5,1,0)

datos$PsiqJor=((datos$Psiq/44)/datos$PobFonasa)*10000
datos$PsicolJor=((datos$Psicol/44)/ datos$PobFonasa)*10000

datos=subset(datos, !is.na(ConsOP))
datos=subset(datos, !ComNom=="Chaitén" & !ComNom=="Isla de Pascua")
datos$ComNom=as.character(datos$ComNom)

## Tabla descriptiva final: Salida 2 ##
Vari=c("OcurrCP2", "FrecCP2", "MismoCCP2", "MismoPCP2", "ConsOP")
Vari= match(Vari,rownames(datos))
a=0; Sal=c(0,0)
while (a<length(Vari)) {a=a+1
Pro=table(datos[,Vari[a]])

```

```
Mis=table(is.na(datos[,Vari[a]])); Mis=ifelse(length(Mis)<2,0,Mis[2])
Mis=c(Mis, rep("-", length(Pro)-1))
Sa=c(Pro, rep("-", length(Pro)), rep("-", length(Pro)), Mis); Sa=matrix(Sa, ncol=4, byrow=F)
Sal=rbind(Sal,Sa)
}
Sal=Sal[-1,]
Sal
```

Construcción base de datos comunal

```
a=unique(datos$ComNom)
a=match(a, datos$ComNom)
dat=datos[a,]
```

Análisis

Tabla descriptiva de la muestra: Salida 3

```
Sa1=nrow(dat)
Sa2=table(datos$ComNom); Sa2=c(min(Sa2), max(Sa2), quantile(Sa2,0.5), mean(Sa2))
Sa3=c(min(dat$PobrC), max(dat$PobrC), quantile(dat$PobrC, 0.5), mean(dat$PobrC))
Sa4=c(min(dat$EscC), max(dat$EscC), quantile(dat$EscC, 0.5), mean(dat$EscC))
Sa5=cbind(dat$Total, dat$Depre, dat$ConsSust, dat$EQZ, dat$TAB, dat$Ansi, dat$TrPers, dat$OtrTPsic, dat$TMOrg)
Sa5= (Sa5/dat$PobFonasa)*10000
Mi=0; Ma=0; Qa=0
for (i in 1:ncol(Sa5)) {
  Mi=c(Mi, min(Sa5[,i]))
  Ma=c(Ma, max(Sa5[,i]))
  Qa=c(Qa, quantile(Sa5[,i] , 0.5))
}
Sa5=cbind(Mi[-1], Ma[-1], Qa[-1], colMeans(Sa5))
Sal
write.table(rbind(Sa2,Sa3,Sa4,Sa5), dec="," )
```

Tabla descriptiva Consultoría Óptima: Salida 4

```
Pro=table(datos$ConsOP); Pro=prop.table(Pro)[2]; EE=Pro*(1-Pro)/sqrt(nrow(datos))
Sal1=c(Pro, Pro-1.96*EE, Pro+1.96*EE)
Pro=table(dat$ConsOPComDic); Pro=prop.table(Pro)[2]; EE=Pro*(1-Pro)/sqrt(nrow(dat))
Sal2=c(Pro, Pro-1.96*EE, Pro+1.96*EE)
write.table(rbind(Sal1,Sal2), dec="," )
```

Tabla Análisis Equidad: Salida 5

```
## Según pobreza ##
Pro=tapply(datos$ConsOP, datos$Pobr, mean, na.rm=T)
Vari=Pro*(1-Pro)
Ene1=tapply(datos$ConsOP==0, datos$Pobr, sum, na.rm=T)
Ene2=tapply(datos$ConsOP==1, datos$Pobr, sum, na.rm=T)
Ene=Ene1+Ene2
EE=sqrt(Vari/Ene)
Sal=c(Pro, Pro-1.96*EE, Pro+1.96*EE)
Sal=matrix(Sal, ncol=3, byrow=F)
write.table(Sal, dec="," )
```

Según Escolaridad

```
Pro=tapply(datos$ConsOP, datos$Esc, mean, na.rm=T)
Vari=Pro*(1-Pro)
Ene1=tapply(datos$ConsOP==0, datos$Esc, sum, na.rm=T)
Ene2=tapply(datos$ConsOP==1, datos$Esc, sum, na.rm=T)
Ene=Ene1+Ene2
EE=sqrt(Vari/Ene)
Sal=c(Pro, Pro-1.96*EE, Pro+1.96*EE)
Sal=matrix(Sal, ncol=3, byrow=F)
write.table(Sal, dec="," )
```

Asociación entre Consultoría Óptima y egresos + Suicidio (reportando ajuste) COMUNA

```

## Ajustado Salida 6##
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
Vari=match(Vari, names(dat))
Sal=c(0,0,0)
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(dat[,Vari[i]]~ConsOPComDic+PobrC+EscC, family="poisson", data=dat, offset=log(PobFonasa))
Co=coef(modelo)[2]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2]
Sal=rbind(Sal, c(exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE)))
}
Sal=Sal[-1,]
write.table(Sal, dec=",")

## Ajustado Salida 13##
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
Vari=match(Vari, names(dat))
Sal=c(0,0,0)
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(dat[,Vari[i]]~ConsOPComDic+PobrC+EscC+PjMuj+PjEd, family="poisson", data=dat, offset=log(PobFonasa))
Co=coef(modelo)[2]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2]
Sal=rbind(Sal, c(exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE)))
}
Sal=Sal[-1,]
write.table(Sal, dec=",")

## Sin ajustar Salida 7##
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
Vari=match(Vari, names(dat))
Sal=c(0,0,0)
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(dat[,Vari[i]]~ConsOPComDic, family="poisson", data=dat, offset=log(PobFonasa))
Co=coef(modelo)[2]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2]
Sal=rbind(Sal, c(exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE)))
}
Sal=Sal[-1,]
write.table(Sal, dec=",")

## Ajustado Quasipoisson Salida 8##
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
Vari=match(Vari, names(dat))
Sal=c(0,0,0)
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(dat[,Vari[i]]~ConsOPComDic+PobrC+EscC, family="quasipoisson", data=dat, offset=log(PobFonasa))
Co=coef(modelo)[2]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2]
Sal=rbind(Sal, c(exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE)))
}
Sal=Sal[-1,]
write.table(Sal, dec=",")

## Ajustado Quasipoisson Salida 14##
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
Vari=match(Vari, names(dat))
Sal=c(0,0,0)
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(dat[,Vari[i]]~ConsOPComDic+PobrC+EscC+PjMuj+PjEd, family="quasipoisson", data=dat, offset=log(PobFonasa))
Co=coef(modelo)[2]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2]
Sal=rbind(Sal, c(exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE)))
}
Sal=Sal[-1,]
write.table(Sal, dec=",")

## Sin ajustar Salida 9##
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
Vari=match(Vari, names(dat))
Sal=c(0,0,0)
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(dat[,Vari[i]]~ConsOPComDic, family="quasipoisson", data=dat, offset=log(PobFonasa))

```

```
Co=coef(modelo)[2]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2]
Sal=rbind(Sal, c(exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE)))
}
Sal=Sal[-1,]
write.table(Sal, dec=",")
```

Cálculo egresos según consultoría óptima y no óptima NIVEL COMUNAL, Salida 10##

```
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
Vari=match(Vari, names(dat))
```

```
SalT=0; SalS=0
for (i in 1:length(Vari)) {
Tasa=tapply((dat[,Vari[i]]/dat$PobFonasa)*10000,dat$ConsOPComDic, mean, na.rm=T)
SD=tapply((dat[,Vari[i]]/dat$PobFonasa)*10000,dat$ConsOPComDic, sd, na.rm=T)
SalT=c(SalT, Tasa); SalS=c(SalS, SD)}
SalT=SalT[-1]; SalS=SalS[-1]
SalT=matrix(SalT, ncol=2, byrow=T); SalS=matrix(SalS, ncol=2, byrow=T)
SalS=cbind(SalS[,1]/sqrt(table(dat$ConsOPComDic)[1]), SalS[,2]/sqrt(table(dat$ConsOPComDic)[2]))
T1= qt(.975, (table(dat$ConsOPComDic)[1])); T2= qt(.975, (table(dat$ConsOPComDic)[2]))
SalS=cbind(SalS[,1]*T1, SalS[,2]*T2)
Sal=cbind(SalT[,1],SalT[,1]-SalS[,1],SalT[,1]+SalS[,1], SalT[,2],SalT[,2]-SalS[,2],SalT[,2]+SalS[,2])
write.table(Sal, dec=",")
```

Cálculo egresos según consultoría óptima y no óptima NIVEL COMUNAL general, Salida 11##

```
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
Vari=match(Vari, names(dat))
```

```
Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
Casos=tapply((dat[,Vari[i]]),dat$ConsOPComDic, sum, na.rm=T)
Sal=c(Sal, Casos)
}
Sal=Sal[-1]
Sal=matrix(Sal, ncol=2, byrow=T)
Pob=tapply(dat$PobFonasa,dat$ConsOPComDic, sum, na.rm=T)
Pob=rep(Pob, nrow(Sal)); Pob=matrix(Pob, ncol=2, byrow=T)
Sal=(Sal/Pob)*10000
write.table(Sal, dec=",")
```

Cálculo de Diferencia de Tasas Esperadas entre comunas con y sin >50% de centros de APS con CO por comuna, ajustado, Salida 13##

```
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
Vari=match(Vari, names(dat))
Pobr=mean(dat$PobrC); Esc=mean(dat$EscC)
```

```
Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(dat[,Vari[i]]~ConsOPComDic+PobrC+EscC, family="poisson", data=dat, offset=log(PobFonasa))
PreS=predict(modelo, type="response", se.fit=T, data.frame(ConsOPComDic=0, PobrC=Pobr, EscC=Esc, PobFonasa=10000))
PreC=predict(modelo, type="response", se.fit=T, data.frame(ConsOPComDic=1, PobrC=Pobr, EscC=Esc, PobFonasa=10000))
Dif=PreS$fit-PreC$fit
TS=rnorm(100000, PreS$fit, PreS$se.fit)
TC=rnorm(100000, PreC$fit, PreC$se.fit)
Di=TS-TC; ICI=quantile(Di,.025); ICS=quantile(Di,.975); ICI; ICS
Sal=c(Sal, Dif, ICI, ICS)
}
Sal=Sal[-1]
Sal=matrix(Sal, ncol=3, byrow=T)
write.table(Sal, dec=",")
```

Cálculo de Diferencia de Tasas Esperadas entre comunas con y sin >50% de centros de APS con CO por comuna, ajustado, Salida 16##

```
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
```

```

Vari=match(Vari, names(dat))
Pobr=mean(dat$PobrC); Esc=mean(dat$EscC); PjM=mean(dat$PjMuj);PjE=mean(dat$PjEd)

Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(dat[,Vari[i]]~ConsOPComDic+PobrC+EscC+PjMuj+PjEd , family="poisson", data=dat, offset=log(PobFonasa))
PreS=predict(modelo, type="response", se.fit=T, data.frame(ConsOPComDic=0, PobrC=Pobr, EscC=Esc, PjMuj=PjM, PjEd=PjE,
PobFonasa=10000))
PreC=predict(modelo, type="response", se.fit=T, data.frame(ConsOPComDic=1, PobrC=Pobr, EscC=Esc, PjMuj=PjM, PjEd=PjE,
PobFonasa=10000))
Dif=PreS$fit-PreC$fit
TS=rnorm(100000, PreS$fit, PreS$se.fit)
TC=rnorm(100000, PreC$fit, PreC$se.fit)
Di=TS-TC; ICI=quantile(Di,.025); ICS=quantile(Di,.975); ICI; ICS
Sal=c(Sal, Dif, ICI, ICS)
}
Sal=Sal[-1]
Sal=matrix(Sal, ncol=3, byrow=T)
write.table(Sal, dec="," )

```

Cálculo de Diferencia de Tasas Esperadas entre comunas con y sin >50% de centros de APS con CO por comuna, ajustado, Salida 12##

```

Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
Vari=match(Vari, names(dat))
Pobr=mean(dat$PobrC); Esc=mean(dat$EscC)

Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(dat[,Vari[i]]~ConsOPComDic+PobrC+EscC, family="quasipoisson", data=dat, offset=log(PobFonasa))
PreS=predict(modelo, type="response", se.fit=T, data.frame(ConsOPComDic=0, PobrC=Pobr, EscC=Esc, PobFonasa=10000))
PreC=predict(modelo, type="response", se.fit=T, data.frame(ConsOPComDic=1, PobrC=Pobr, EscC=Esc, PobFonasa=10000))
Dif=PreS$fit-PreC$fit
TS=rnorm(100000, PreS$fit, PreS$se.fit)
TC=rnorm(100000, PreC$fit, PreC$se.fit)
Di=TS-TC; ICI=quantile(Di,.025); ICS=quantile(Di,.975); ICI; ICS
Sal=c(Sal, Dif, ICI, ICS)
}
Sal=Sal[-1]
Sal=matrix(Sal, ncol=3, byrow=T)
write.table(Sal, dec="," )

```

Cálculo de Diferencia de Tasas Esperadas entre comunas con y sin >50% de centros de APS con CO por comuna, ajustado, Salida 15##

```

Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg")
Vari=match(Vari, names(dat))
Pobr=mean(dat$PobrC); Esc=mean(dat$EscC); PjM=mean(dat$PjMuj);PjE=mean(dat$PjEd)

Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(dat[,Vari[i]]~ConsOPComDic+PobrC+EscC+PjMuj+PjEd , family="quasipoisson", data=dat, offset=log(PobFonasa))
PreS=predict(modelo, type="response", se.fit=T, data.frame(ConsOPComDic=0, PobrC=Pobr, EscC=Esc, PjMuj=PjM, PjEd=PjE,
PobFonasa=10000))
PreC=predict(modelo, type="response", se.fit=T, data.frame(ConsOPComDic=1, PobrC=Pobr, EscC=Esc, PjMuj=PjM, PjEd=PjE,
PobFonasa=10000))
Dif=PreS$fit-PreC$fit
TS=rnorm(100000, PreS$fit, PreS$se.fit)
TC=rnorm(100000, PreC$fit, PreC$se.fit)
Di=TS-TC; ICI=quantile(Di,.025); ICS=quantile(Di,.975); ICI; ICS
Sal=c(Sal, Dif, ICI, ICS)
}
Sal=Sal[-1]
Sal=matrix(Sal, ncol=3, byrow=T)
write.table(Sal, dec="," )

```

Prevalencia

```
Vari=c("Antipsic", "OcurrCP", "FrecCP", "MismoCCP", "MismoPCP", "ConsOP" )
Vari= match(Vari,names(datos))
a=0; Sal=c(0,0,0)
while (a<length(Vari)) {a=a+1
Pre=table(datos[,Vari[a]]); EE=prop.table(Pre); EE=EE*(1-EE); EE=(EE/sum(Pre)) ^.5
Pre=prop.table(Pre)
Sa=c(Pre, Pre-1.96*EE, Pre+1.96*EE); Sa=matrix(Sa, ncol=3, byrow=F)
Sal=rbind(Sal,Sa)}
Sal=Sal[-1,]
write.table(Sal, dec="," )
Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
a= sum(table(datos[,Vari [i]]))
Sal=c(Sal, a)}
Sal=Sal[-1]
```

```
Vari=c("ConsReciv", "CasosRevis")
Vari= match(Vari,names(datos)); Sal=c(0,0,0,0,0)
for (i in Vari) {
Pro=mean(datos[,i], na.rm=T)
SD=sd(datos[,i], na.rm=T)
Med=quantile(datos[,i], c(.5), na.rm=T)
Min=min(datos[,i], na.rm=T)
Max=max(datos[,i], na.rm=T)
Sal=rbind(Sal,c(Pro,SD,Med,Min,Max)) }
Sal=Sal[-1,]
write.table(Sal, dec="," )
```

Comparación entre Consultorías recibidas y Casos revisados

```
plot(datos$ConsReciv, datos$CasosRevis, xlab="Consultorías Recibidas", ylab="Casos Revisados", xlim=c(0,200), ylim=c(0,250),
main="Relación entre Consultorías recibidas y casos revisados", cex.main=.9)
mod=lm(CasosRevis ~ ConsReciv + ConsReciv2+ ConsReciv3, data=datos)
Pred=predict(mod, data.frame(ConsReciv=0:200, ConsReciv2=(0:200)^2, ConsReciv3=(0:200)^3))
lines(Pred, col=2, lwd=2)
summary(mod)
```

Asociación entre Consultoría Óptima y egresos + Suicidio

```
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg", "Suicidio")
Vari=match(Vari, names(datos))

Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(datos[,Vari[i]]~ConsOP+Pobr+Esc, family="poisson", data=datos, offset=log(PobFonasa))
Co=coef(modelo)[2]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2]
Sal=c(Sal, exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE))}
Sal=Sal[-1]
Sal=matrix(Sal, ncol=3, byrow=T)
write.table(Sal, dec="," )
```

Asociación entre Consultoría Óptima y egresos + Suicidio (reportando ajuste)

```
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg", "Suicidio")
Vari=match(Vari, names(datos))

Sal=c(0,0,0)
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glm(datos[,Vari[i]]~ConsOP+Pobr+Esc, family="poisson", data=datos, offset=log(PobFonasa))
Sa=0
Co=coef(modelo)[2:4]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2:4]
Sa=c(Sa, exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE))
Sa=Sa[-1]
Sa=matrix(Sa, ncol=3, byrow=F)
```

```
Sal=cbind(Sal,Sa)
}

Sal=Sal[,-1]
write.table(Sal, dec="," )
```

Asociación entre Consultoría Óptima y egresos + Suicidio MULTINIVEL (ajustado)

```
## con multinivel ##
library(lme4)
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg", "Suicidio")
Vari=match(Vari, names(datos))
```

```
Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glmer(datos[,Vari[i]]~ConsOP+Pobr+Esc + (1|ComNom), family="poisson", data=datos, offset=log(PobFonasa))
Co=fixef(modelo)[2]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2]
Sal=c(Sal, exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE))
Sal=Sal[-1]
Sal=matrix(Sal, ncol=3, byrow=T)
write.table(Sal, dec="," )
```

```
## con GEE ##
library(gee)
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg", "Suicidio")
Vari=match(Vari, names(datos))
```

```
Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=gee(datos[,Vari[i]]~ConsOP+Pobr+Esc, id=ComNom, family="poisson", data=datos, offset=log(PobFonasa),
corstr="unstructured")
Co=fixef(modelo)[2]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2]
Sal=c(Sal, exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE))
Sal=Sal[-1]
Sal=matrix(Sal, ncol=3, byrow=T)
write.table(Sal, dec="," )
```

Asociación entre Consultoría Óptima y egresos + Suicidio MULTINIVEL (reportando ajuste)

```
library(lme4)
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg", "Suicidio")
Vari=match(Vari, names(datos))
```

```
Sal=c(0,0,0,0,0)
for (i in 1:length(Vari)) {
modelo=glmer(datos[,Vari[i]]~ConsOP+Pobr+Esc + I((Psic/44/PobFonasa)*10000) + I((Psicol/44/PobFonasa)*10000)+ (1|ComNom),
family="poisson", data=datos, offset=log(PobFonasa))
Sa=0
Co=fixef(modelo)[2:6]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2:6]
Sa=c(Sa, exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE))
Sa=Sa[-1]
Sa=matrix(Sa, ncol=3, byrow=F)
Sal=cbind(Sal,Sa)
}

```

```
Sal=Sal[,-1]
write.table(Sal, dec="," )
```

Cálculo de tasas de suicidio y egresos según consultoría óptima y no óptima

```
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg", "Suicidio")
Vari=match(Vari, names(datos))
```

```
Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
Tasa=tapply((datos[,Vari[i]]/datos$PobFonasa)*10000,datos$ConsOP, mean, na.rm=T)
Sal=c(Sal, Tasa)
Sal=Sal[-1]
Sal=matrix(Sal, ncol=2, byrow=T)

```

```
write.table(Sal, dec=",")
```

Análisis a NIVEL COMUNAL

Asociación entre Consultoría Óptima y egresos + Suicidio A NIVEL COMUNAL

```
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg", "Suicidio")
Vari=match(Vari, names(datos))
```

```
Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
  modelo=glm(dat[,Vari[i]]~ConsOPCom+Pobr+Esc, family="poisson", data=dat, offset=log(PobFonasa))
  Co=coef(modelo)[2]; EE=sqrt(diag(vcov(modelo))); EE=EE[2]
  Sal=c(Sal, exp(Co), exp(Co-1.96*EE), exp(Co+1.96*EE))
  Sal=Sal[-1]
  Sal=matrix(Sal, ncol=3, byrow=T)
  write.table(Sal, dec=",")
}
```

Cálculo de tasas de suicidio y egresos según consultoría óptima y no óptima NIVEL COMUNAL##

```
Vari=c("Total", "Depre", "ConsSust", "EQZ", "TAB", "Ansi", "TrPers", "OtrTPsic", "TMOrg", "Suicidio")
Vari=match(Vari, names(datos))
```

```
Sal=0
for (i in 1:length(Vari)) {
  Tasa=tapply((dat[,Vari[i]]/dat$PobFonasa)*10000,dat$ConsOPComDic, mean, na.rm=T)
  Sal=c(Sal, Tasa)}
  Sal=Sal[-1]
  Sal=matrix(Sal, ncol=2, byrow=T)
  write.table(Sal, dec=",")
}
```