

Los Servicios de Salud Públicos de la Región Metropolitana (RM) cuentan con 9 camas psiquiátricas de corta estadía por 100.000 habitantes mayores de 18 años, insuficiente para la necesidad actual

¹Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B.", Santiago, Chile.
²Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.
^aResidente del Programa de Formación de Psiquiatría de Adultos, Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.
^bInterno de Medicina, Escuela de Medicina Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.

Este trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 10 de febrero de 2022, aceptado el 24 de noviembre de 2023.

Correspondencia a:
Dr. Alfonso González
Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.
agonzalez@uft.cl

ALFONSO GONZÁLEZ^{1,2}, CAMILA DÍAZ¹, CRISTIÁN MENA^{1,2}, CRISTIÁN VALENZUELA^a, ANTONIA COOPER^a, PATRICIO INOSTROZA^a, BENJAMÍN COLOMA^b, MARÍA JOSÉ SERRANO^b, FRANCISCO GIL¹

The Public Health Services at the Metropolitan Region (MR) of Chile have nine acute psychiatric beds per 100,000 over 18 years old inhabitants, insufficient for current need

Background: The Public Health Services at the Metropolitan Region (MR) of Chile have nine acute psychiatric beds per 100,000 inhabitants, under international recommendations. **Aim:** The present study will evaluate the resolution capacity of the main MR Psychiatric Emergency Room (PER), which may help assess the impact of the availability of acute beds in the MR. **Material and Methods:** A retrospective observational study of electronic patient records for all adult patients attending PER of the Psychiatric Institute "Dr. José Horwitz B." between 2017 and 2020 was analyzed. Crude and adjusted Incidence Rate Ratios were obtained for the indication of hospitalization, admissions, and those rejected due to lack of acute psychiatric beds. **Results:** 90,464 attendances were evaluated on 41,541 patients, and hospitalization was indicated for 12.5% of them. Admissions were carried out in 59.5%, and 35.9% did not occur due to a lack of acute psychiatric beds. When comparing the adjusted Incidence Rates, only a higher hospitalization rate was observed for users from regions (IRR = 1,267; 95% CI: 1,11-1,44; p-value < 0.001) and during the first half of 2020 (IRR = 1.49; CI95%: 1.35-1.65; p-value < 0.001). **Conclusions:** The demand for psychiatric hospitalizations and the low availability of acute psychiatric beds in the MR probably have unsuspected consequences. The solution requires multilevel planning among all the actors involved.

(Rev Med Chile 2023; 151: 1078-1087)

Key words: Emergency Services, Psychiatric; Health Policy; Mental Disorders; Mental Health Services.

RESUMEN

Introducción: Los Servicios de Salud Públicos de la Región Metropolitana (RM) cuentan con 9 camas psiquiátricas de corta estadía por 100.000 habitantes adultos, por debajo de las recomendaciones internacionales. **Objetivo:** El presente estudio evaluará la capacidad de resolución del principal Servicio de Urgencias Psiquiátricas de la RM lo que puede ser de utilidad para evaluar el impacto de la disponibilidad de camas de corta estadía en la RM. **Materiales y Método:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todas las atenciones realizadas en el Servicio de Urgencias del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz B.” entre los años 2017 y 2020 y las indicaciones de hospitalización y su resolución. Se obtuvieron Razones de Tasas de Incidencia crudas y ajustadas para la indicación de hospitalización, las efectuadas y aquellas rechazadas por falta de vacantes. **Resultados:** Se realizaron 90.464 atenciones a 41.541 usuarios y se indicó la hospitalización al 12,5% de ellas. La hospitalización se efectúa en el 59,5% de las atenciones y 35,9% no se pueden realizar por falta de vacantes. Al comparar las Tasas de Incidencia ajustadas se observó solamente una mayor tasa de hospitalización efectuada para los usuarios de regiones (IRR = 1,27; IC95%: 1,11-1,44; valor- $p < 0,001$) y durante el primer semestre de 2020 (IRR = 1,49; IC95%: 1,35-1,65; valor- $p < 0,001$). **Conclusiones:** La evidente demanda por las hospitalizaciones psiquiátricas y la baja disponibilidad de camas de corta estadía en la Región Metropolitana probablemente tiene consecuencias insospechadas. Su abordaje es un desafío que requiere de una planificación multinivel entre todos los actores involucrados.

Palabras clave: Política de Salud; Servicios de Salud Mental; Servicios de Urgencia Psiquiátrica; Trastornos Mentales.

Los trastornos mentales severos (TMS) tienen una prevalencia entre 5-7% en la población general, con un alto costo individual y social¹⁻³. Las personas que presentan un TMS utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud mental, particularmente unidades de hospitalización psiquiátrica de cuidados intensivos o de corta estadía⁴.

Para esta población, la disponibilidad de camas psiquiátricas de corta estadía puede ser crítica en periodos de exacerbación de su enfermedad. La tasa de camas psiquiátricas varía ampliamente entre los diferentes países. Hasta el año 2019, los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) presentaban un promedio de 67 camas psiquiátricas totales por 100.000 habitantes. Nuestro país, por su parte, disponía de 14 camas psiquiátricas totales por 100.000 habitantes⁵. El número necesario de camas psiquiátricas ha sido objeto de intenso debate, ya que incorpora diferentes variables que deben ser medidas localmente como las características y cobertura de los servicios de salud; los

indicadores epidemiológicos locales; o los niveles de discapacidad o carga de enfermedad tanto de usuarios como de cuidadores, entre otras⁶⁻⁹. Sin embargo, existen estudios y opiniones de expertos donde 30 camas psiquiátricas totales por 100.000 habitantes sería un número mínimo razonable que podría responder a la demanda de hospitalizaciones psiquiátricas agudas¹⁰⁻¹².

Existen diversas situaciones de riesgo que se han asociado a un déficit de camas psiquiátricas de corta estadía, como estadias prolongadas de personas con TMS en urgencias generales; unidades psiquiátricas de corta estadía con altas tasas de ocupación con un riesgo aumentado de intervenciones coercitivas y sobrecarga del personal de salud; aumento de tasas de suicidio, especialmente en población con trastornos psicóticos; y un aumento de personas con TMS en recintos penales y cárceles¹³⁻¹⁹. A pesar de la relevancia de lo expuesto, son escasos los estudios en Chile sobre el impacto eventual del déficit de camas psiquiátricas y no existen estimaciones locales de cuál sería una adecuada disponibilidad para

satisfacer la demanda actual.

El presente estudio evaluará la indicación de hospitalización psiquiátrica y su resolución (hospitalizaciones efectuadas o rechazadas por falta de vacantes) del Servicio de Urgencias Psiquiátricas del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz B.”. Este centro aporta con 270 de las 447 camas corta estadia psiquiátrica para mayores de 18 años de la Región Metropolitana (RM) de Santiago²⁰, por lo que su funcionamiento podría ser relevante para la discusión sobre la disponibilidad, necesidad y número necesario de camas psiquiátricas de corta estadia en la RM.

Material y Método

Diseño metodológico y población de estudio

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todas las atenciones realizadas en el Servicio de Urgencias del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz B.” (SU-IPJH) de Santiago de Chile, desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2020. El SU-IPJH, ubicado jurisdiccional y territorialmente en el Servicio de Salud Metropolitano Norte, es el único servicio de urgencias psiquiátricas de la RM que no se encuentra adosado a un hospital general y es centro de referencia tanto de los 6 Servicios de Salud Metropolitanos como de otras regiones del país. Las atenciones realizadas son por consulta espontánea o derivaciones de otros centros de salud. A través del SU-IPJH, son hospitalizados los usuarios en las 270 camas de corta estadia del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz B.”

Los registros clínicos fueron obtenidos del sistema de registro computacional SURGEN 2.0 perteneciente al Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA).

En primer lugar, se evaluó el número de atenciones totales realizadas, las indicaciones de hospitalización y su resolución en cada atención, es decir, si fue efectuada o rechazada por falta de vacantes. En segundo lugar, debido a que un usuario puede tener más de una atención, se evaluaron las indicaciones de hospitalización y su resolución según el número de atenciones de cada usuario. Las covariables incorporadas en el análisis fueron el sexo; la edad, el sistema de salud al que pertenece el individuo; su área geográfica

a través del servicio de salud donde está inscrito cada usuario; y el tiempo agrupado en semestres.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo del funcionamiento del servicio de urgencias a través del número de atenciones totales realizadas, las indicaciones de hospitalización y su resolución en cada atención. Se realizó un análisis a nivel de usuario ya que puede encontrarse que un usuario puede recibir más de una atención. Para este último análisis se obtuvo la tasa de indicación de hospitalización por individuo respecto al número de atenciones que recibió; la tasa de hospitalización efectuada por individuo respecto del número de indicaciones de hospitalización que recibió; y la tasa de hospitalización no efectuada por falta de vacantes por individuo respecto del número de indicaciones de hospitalización que recibió durante el período 2017-2020.

Para el análisis multivariado, se construyeron modelos de tasas (Poisson) para obtener Intervalos de Confianza y Razones de Tasas de Incidencia (Incidence Rate Ratio, IRR) crudas y ajustadas para la indicación de hospitalización, la hospitalización efectuada y rechazada por falta de vacantes a nivel de usuario. El análisis estadístico fue realizado en R (versión 4.0.2) y la significancia estadística se aceptó con un valor $p < 0,05$ para hipótesis a dos colas.

Aspectos éticos

El estudio fue realizado siguiendo las normas explicitadas en la declaración de Helsinki²¹; respetando las leyes chilenas 20.285, 19.628 y 20.584; y siguiendo los protocolos internos de investigación del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz B.” El siguiente estudio fue aprobado por el comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Resultados

Indicación de hospitalización y su resolución por el total de atenciones

Durante el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2020, se realizaron 90.464 atenciones

en el SU-IPJH a 41.541 usuarios, con una tasa de 62 atenciones/día. El 63,9% de los usuarios recibió una única atención en el período de tiempo registrado. En el 60% de las atenciones los usuarios pertenecían a servicios de salud diferentes al servicio de salud al que pertenece el servicio de urgencias evaluado. Del total de atenciones realizadas, se le indica la hospitalización al 12,5% de ellas y ésta se logra realizar en 59,5% de las atenciones. En 35,9% de las atenciones, la hospitalización no se puede no se realizar por falta de



Figura 1. Porcentaje de los principales diagnósticos, principales de las atenciones a las cuales se les indicó la hospitalización durante el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2020 en el Servicio de Urgencias del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B. de Santiago.

vacantes; y en 4,6% es rechazada por el familiar y/o acompañante (Tabla 1). La Figura 1 muestra la frecuencia de indicación de hospitalización y su resolución a través del tiempo.

De las atenciones a las cuales se les indicó la hospitalización, el diagnóstico principal más frecuente corresponde a trastornos psicóticos no afectivos, particularmente esquizofrenia, con 24,2% seguido del trastorno por uso de sustancias. La ideación suicida estaba presente en el 22,1% de los diagnósticos principales (Figura 2).

Indicación de hospitalización y su resolución por usuario

Indicación de hospitalización

Las mujeres tienen una menor tasa de indicación de hospitalización que los hombres (IRR = 0,844, IC95% 0,813-0,876; valor-p < 0,001) y el grupo entre los 25-45 años resulta tener la mayor tasa de indicación de hospitalización (IRR = 1.206, IC95% 1.147-1.269; valor-p < 0,001) (Tabla 2). Al evaluar los servicios de salud a los cuales pertenece cada usuario, se observó que se les indica significativamente más la hospitalización a los usuarios de otros Servicios de Salud Metropolitanos en comparación con los usuarios

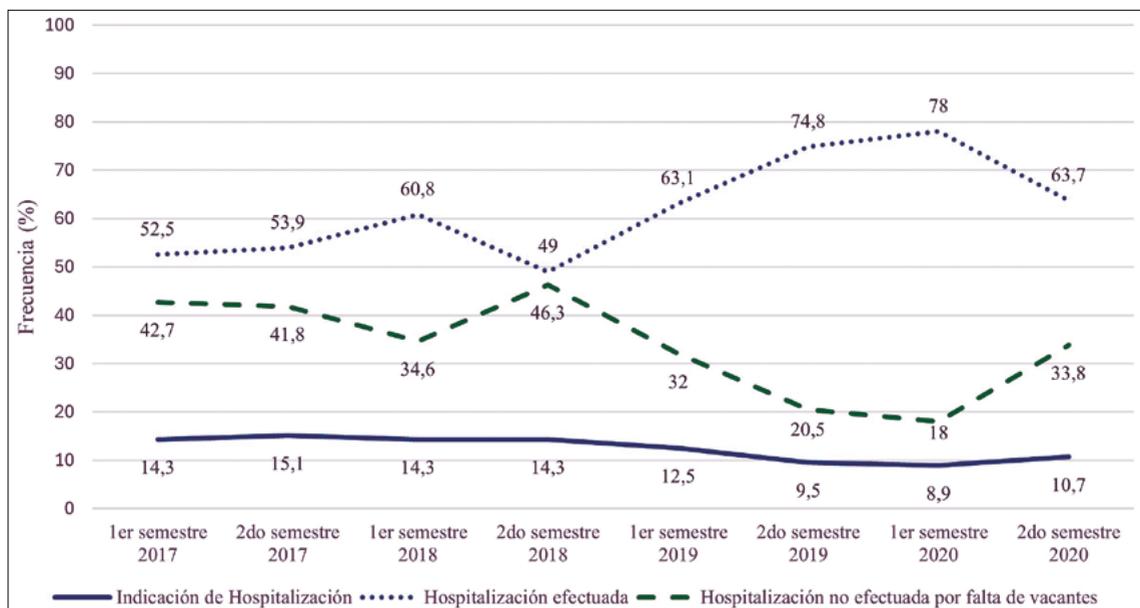


Figura 2. Indicación de hospitalización y su resolución en el período evaluado.

Tabla 1. Indicación de Hospitalización y su resolución en cada atención según sexo, edad, seguro de salud, área de salud al que pertenece el usuario y periodo evaluado

	Atenciones, n (%)	Indicaciones de Hospitali- zación en cada atención n (%)	Valor-p	Resolución de la indicación de hospitali- zación, n = 11.347			Valor-p*
				Hospita- lización efectuada n (%)	Hospitali- zación no efectuada por falta de vacantes n (%)	Hospitali- zación no efectuada por rechazo de familiar/ acompa- ñante n (%)	
Total	90.464 (100)	11.347 (12,5)	-	6.755 (59,5)	4.079 (35,9)	517 (4,6)	-
Sexo							
Masculino	43.942 (48,6)	6.083 (13,8)	< 0,0001 ^a	3.679 (60,5)	2.207 (36,3)	201 (3,2)	0,56 ^b
Femenino	46.323 (51,2)	5.199 (11,2)		3.027 (58,2)	1.858 (35,7)	314 (6,0)	
Sin registro	199 (0,2)	65 (32,6)		49 (76,5)	14 (21,5)	2 (3,0)	
Edad, años							
< 24	18.187 (20,1)	2.135 (11,7)	< 0,0001	1.278 (59,9)	747 (35,0)	110 (5,2)	0,17
25-45	39.790 (44,0)	5.553 (14,0)		3.332 (60,0)	1.952 (35,2)	272 (4,9)	
46-64	25.283 (27,9)	3.018 (11,9)		1.768 (58,6)	1.136 (37,6)	114 (3,8)	
>64	7200 (8,0)	641 (8,9)		377 (58,8)	244 (38,1)	21 (3,3)	
Seguro de Salud							
Fonasa	86.194 (95,3)	10.637 (12,)	< 0,0001	6.287 (59,1)	3.865 (36,4)	485 (3,6)	0,002
Otro	3.217 (3,6)	470 (14,6)		306 (65,1)	139 (29,6)	25 (5,3)	
Sin Prevision	1.053 (1,2)	240 (22,8)		162 (67,5)	75 (29,6)	7 (2,9)	
Servicio de Salud Metropolitano							
Norte	36.178 (40,0)	3.359 (9,3)	< 0,0001	2.014 (60,0)	1.183 (35,2)	165 (4,9)	0,103 ^c
Centro	18.129 (20,0)	2.664 (14,7)		1.536 (57,7)	1.003 (37,7)	125 (4,7)	< 0,0001 ^d
Oriente	11.830 (13,1)	1.956 (16,5)		1.140 (58,3)	735 (37,6)	81 (4,1)	
Sur-Oriente	4.256 (4,7)	670 (15,7)		412 (61,5)	233 (34,8)	26 (3,9)	
Sur	3.672 (4,1)	537 (14,6)		325 (60,5)	186 (34,6)	26 (4,8)	
Occidente	14.615 (16,2)	1.702 (11,6)		968 (56,9)	653 (38,4)	81 (4,8)	
Regiones	1.416 (1,6)	356 (25,1)		271 (76,1)	72 (20,2)	13 (3,7)	
Sin Registro	367 (0,4)	103 (28,1)		89 (86,4)	14 (13,6)	0 (0)	
Período							
1er semestre 2017	12.627 (14,0)	1.805 (14,3)	< 0,0001	948 (52,5)	770 (42,7)	88 (4,9)	< 0,0001
2do semestre 2017	12.614 (13,9)	1.903 (15,1)		1.026 (53,9)	795 (41,8)	83 (4,4)	
1er semestre 2018	12.124 (13,4)	1.736 (14,3)		1.056 (60,8)	600 (34,6)	80 (4,6)	
2do semestre 2018	13.096 (14,5)	2.030 (14,3)		995 (49,0)	939 (46,3)	99 (4,9)	
1er semestre 2019	12.112 (13,4)	1.519 (12,5)		959 (63,1)	486 (32,0)	74 (4,9)	
2do semestre 2019	12.310 (13,6)	1.172 (9,5)		877 (74,8)	240 (20,5)	55 (4,7)	
1er semestre 2020	9.819 (10,9)	878 (8,9)		685 (78,0)	158 (18,0)	35 (4,0)	
2do semestre 2020	12.234 (13,5)	1.303 (10,7)		830 (63,7)	441 (33,8)	34 (2,6)	

^a= se excluye grupo "sin registro"; ^b= se contrasta solo las frecuencias de "hospitalización efectuada" y "no efectuada por falta de vacantes" y se excluye el grupo "sin registro"; ^c= se excluyen los grupos "regiones" y "sin registro"; ^d= incorporando los grupos "regiones" y "sin registro"; ^e= chi-cuadrado.

del Servicio de Salud Metropolitano Norte, donde está ubicado el SU-IPJH. Por último, a partir del año 2019, las tasas de indicación de hospitalización han sido menores en comparación con los semestres de referencia del año 2017 (Tabla 2).

Resolución de la indicación de hospitalización

La Tabla 3 muestra las tasas de hospitalización efectuada o rechazada por falta de vacantes por cada 10 indicaciones de hospitalización como referencia comparativa. Al comparar las tasas según sexo, edad, previsión y servicios de salud, respecto a su categoría de referencia correspondiente, se observó solamente una mayor tasa de hospitalización efectuada para los usuarios de regiones (IRR=1.267, IC95% 1.112-1.438; valor- $p < 0,001$) (Tabla 3). Finalmente, se pudo observar que la tasa de hospitalización efectuada por usuario aumenta sostenidamente a partir del año 2019, con su máxima tasa de hospitalización durante el primer semestre de 2020 (IRR = 1,49; IC95% 1,35-1,65; valor- $p < 0,001$).

Discusión

Resultado principal

El estudio muestra que, en el principal centro de camas psiquiátricas de corta estadía para adultos de la RM, la indicación de hospitalización se realiza en el 12,5% de las atenciones y que un 35,9% no se efectúa por falta de disponibilidad de camas psiquiátricas. Es decir, de la tasa promedio de 62 atenciones por día, 8 de ellas reciben la indicación de hospitalización y 3 de ellas no se hospitalizan por falta de vacantes. Asimismo, la tasa de hospitalización efectuada aumenta, de manera especular, al disminuir el número de atenciones en los períodos asociados a las medidas restrictivas y de circulación tanto por la situación social como por la pandemia del COVID-19.

Implicancia de los resultados y desafíos

Los resultados reflejan un déficit de camas psiquiátricas de corta estadía de adultos para satisfacer la demanda de indicación de hospitalización, en el centro que aporta el 60,4% de las camas de corta estadía para adultos de la RM. Si consideramos un total de 447 camas psiquiá-

tricas para mayores de 18 años en los diferentes servicios de salud pública, en la actualidad hay 9 camas psiquiátricas de corta estadía por 100.000 habitantes adultos disponibles en la RM, lo que sería insuficiente para cubrir la demanda total en este grupo etario²¹⁻²⁴.

Algunas consideraciones para abordar el problema descrito. En primer lugar, aun sabiendo que el cálculo del número de camas necesario es altamente complejo, podría estimarse que un aumento de 35% de las camas disponibles en la actualidad podría resolver la demanda. Esto es, incorporar al sistema 156 camas psiquiátricas de adultos de corta estadía. Según las proyecciones del Plan de Inversiones del Ministerio de Salud, 141 camas de psiquiatría de corta estadía para personas adultas serán incorporadas en los hospitales generales lo que aumentaría a 11 camas psiquiátricas de corta estadía para adultos por 100.000 habitantes en los próximos años, cercano al objetivo teórico²⁵. Sin embargo, el problema evidente es el tiempo en que estarán disponibles y que la demanda será mayor en el tiempo según aumente la población.

En segundo lugar, un aumento de la disponibilidad de camas psiquiátricas a través de la disminución de los días de hospitalización en los servicios de psiquiatría puede ser una medida rápida y altamente eficaz. El centro estudiado, por ejemplo, debiera disponer de 8 camas diarias disponibles para ingresos cada día. Las posibilidades de lograr este objetivo es uno de los mayores desafíos, ya que el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud reporta que el promedio de estadía de usuarios con trastornos mentales en los servicios de salud pública en la región metropolitana al año 2018 (prepandemia) fue de 29,6 días; y en los servicios clínicos no pertenecientes a los servicios de salud, fue de 28,7 días²⁶. Estas cifras no sólo reflejan los tiempos necesarios de recuperación de las hospitalizaciones en personas con TMS, sino que probablemente otras condiciones sociales complejas que en ocasiones enlentecen los egresos hospitalarios. Por lo tanto, el desafío puede ser revisar los protocolos de egresos; fortalecer los procesos de derivación asistida entre las instituciones y aumentar los recursos de los equipos psicosociales para derivaciones aún más colaborativas con las redes de apoyo de los usuarios.

Por último, la combinación de acciones y un eventual trabajo integrado con el sistema de sa-

Tabla 2. Razones de Tasas de Incidencia (Incidence Rate Ratio, IRR) cruda y ajustadas según la Indicación de Hospitalización por usuario

	IRR cruda (95%IC)	IRR ajustada† (95%IC)
Sexo		
Masculino	Ref.	Ref.
Femenino	0,814 (0,784-0,844) ^b	0,844 (0,813-0,876) ^b
Edad		
< 24	Ref.	Ref.
25-45	1.189 (1.131-1.250) ^b	1.206 (1.147-1.269) ^b
46-64	1.017 (0,962-1.075)	1.068 (1.009-1.129) ^a
> 64	0,76 (0,695-0,830) ^b	0,795 (0,727-0,869) ^b
Seguro de Salud		
Fonasa	Ref.	Ref.
Otro	1.124 (1.020-1.235) ^a	0,990 (0,898-1.088)
Sin Previsión	1.708 (1.485-1.952) ^b	1.558 (1.354-1.781) ^b
Servicio de Salud Metropolitano		
Norte	Ref.	Ref.
Centro	1.585 (1.506-1.668) ^b	1.570 (1.492-1.652) ^b
Oriente	1.779 (1.682-1.881) ^b	1.773 (1.677-1.875) ^b
Sur-Oriente	1.679 (1.543-1.824) ^b	1.645 (1.512-1.787) ^b
Sur	1.573 (1.434-1.721) ^b	1.562 (1.423-1.710) ^b
Occidente	1.255 (1.184-1.330) ^b	1.258 (1.186-1.334) ^b
Regiones	2.662 (2.378-2.969) ^b	2.610 (2.331-2.912) ^b
Período		
1er semestre 2017	Ref.1	Ref.1
2do semestre 2017	Ref.2	Ref.2
1er semestre 2018†	1,01 (0,94-1,08)	1,01 (0,94-1,08)
2do semestre 2018††	1,03 (0,97-1,10)	1,02 (0,9-1,09)
1er semestre 2019†	0,88 (0,82-0,95) ^a	0,87 (0,82-0,94) ^a
2do semestre 2019††	0,64 (0,59-0,68) ^b	0,62 (0,58-0,67) ^b
1er semestre 2020†	0,63 (0,58-0,69) ^b	0,62 (0,57-0,67) ^b
2do semestre 2020††	0,71 (0,66-0,76) ^b	0,70 (0,65-0,76) ^b

(†) en relación a Ref.1; (††) en relación a Ref.2; (‡) ajustado por sexo, edad, seguro de salud, servicio de salud y período.

^a= valor-p < 0,05; ^b= valor-p < 0,001.

lud privado, donde se disponen de 29 camas por 100.000 habitantes beneficiarios²¹⁻²⁴ pueden ser alternativas viables ante la falta de disponibilidad de camas psiquiátricas de adultos en la RM.

Limitaciones

El presente estudio, aunque presenta la mayor

muestra reportada de atenciones de urgencias psiquiátricas en Chile, presenta diversas limitaciones. Si bien el Servicio de Urgencias del Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz B.” es el mayor centro de derivación de la región metropolitana y nacional, la información proviene de un solo centro, por lo que los resultados deben tomarse con precaución. La falta de información

Tabla 3. Razones de Tasas de Incidencia (Incidence Rate Ratio, IRR) cruda y ajustadas según Hospitalización Efectuada (HE) y Hospitalización No Efectuada por Falta de Vacantes (HNEFV) por usuario

	IRR cruda HE (95%IC)	IRR_ajustada‡ HE (95%IC)	IRR cruda HNEFV (95%IC)	IRR ajustada‡ HNE- FV (95%IC)
Sexo				
Masculino	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Femenino	0,964 (0,919-1.012)	0,969 (0,923-1.018)	0,982 (0,923-1.045)	0,970 (0,911-1.032)
Edad				
< 24	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
25-45	1.002 (0,939-1.070)	1.002 (0,939-1.070)	1.007 (0,925-1.096)	1.009 (0,927-1.099)
46-64	0,977 (0,909-1.051)	0,984 (0,915-1.059)	1.078 (0,983-1.183)	1.075 (0,980-1.180)
> 64	0,983 (0,874-1.103)	0,994 (0,883-1.115)	1.087 (0,939-1.255)	1.084 (0,935-1.252)
Seguro de Salud				
Fonasa	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Otro	1.073 (0,949-1.208)	1.057 (0,934-1.191)	0,850 (0,712-1.004)	0,862 (0,723-1.020)
Sin Previsión	1.091 (0,916-1.288)	1.084 (0,910-1.281)	0,886 (0,691-1.117)	0,892 (0,695-1.125)
Servicio de Salud Metropolitano				
Norte	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Centro	0,961 (0,899-1.027)	0,960 (0,899-1.026)	1.070 (0,984-1.164)	1.071 (0,985-1.165)
Oriente	0,970 (0,902-1.043)	0,968 (0,899-1.041)	1.071 (0,976-1.174)	1.066 (0,972-1.169)
Sur-Oriente	1.015 (0,910-1.128)	1.013 (0,909-1.126)	1.005 (0,871-1.154)	1.003 (0,869-1.151)
Sur	1.005 (0,892-1.129)	1.002 (0,889-1.125)	0,990 (0,845-1.152)	0,994 (0,849-1.158)
Occidente	0,946 (0,876-1.022)	0,945 (0,875-1.020)	1.093 (0,993-1.202)	1.094 (0,994-1.204)
Regiones	1.275 (1.119-1.447) ^b	1.267 (1.112-1.438) ^b	0,570 (0.443-0.720) ^b	0,574 (0,446-0,726) ^b
Período				
1er semestre 2017	Ref.1	Ref.1	Ref.1	Ref.1
2do semestre 2017	Ref.2	Ref.2	Ref.2	Ref.2
1er semestre 2018 (†)	1,15 (1,05-1,26) ^a	1,15 (1,05-1,25) ^a	0,83 (0,74-0,92) ^a	0,83 (0,75-0,93) ^a
2do semestre 2018 (††)	0,91 (0,83-0,99) ^a	0,91 (0,83-0,99) ^a	1,10 (0,99-1,21)	1,10 (0,99-1,21)
1er semestre 2019 (†)	1,19 (1,09-1,31) ^b	1,20 (1,10-1,32) ^b	0,76 (0,68-0,86) ^b	0,76 (0,68-0,86) ^b
2do semestre 2019 (††)	1,40 (1,27-1,53) ^b	1,40 (1,28-1,53) ^b	0,49 (0,42-0,57) ^b	0,49 (0,42-0,56) ^b
1er semestre 2020 (†)	1,48 (1,34-1,63) ^b	1,49 (1,35-1,65) ^b	0,43 (0,36-0,51) ^b	0,43 (0,356-0,51) ^b
2do semestre 2020 (††)	1,18 (1,08-1,30) ^a	1,18 (1,08-1,30) ^a	0,81 (0,72-0,91) ^a	0,81 (0,71-0,91) ^a

(†) en relación a Ref.1; (††) en relación a Ref.2; (‡) ajustado por sexo, edad, seguro de salud, servicio de salud y período.

^a= valor-p < 0,05; ^b= valor-p < 0,001.

de la realidad de las urgencias en los hospitales generales de las indicaciones de hospitalización psiquiátricas y su resolución es una limitación que podría ser abordada a futuro para poder

establecer un déficit global de camas en la RM. Además, no se realiza un análisis desagregado según otras variables de interés como diagnósticos principales o situación social, los cuales

debieran ser incorporados en futuros estudios para una mayor comprensión de los fenómenos subyacentes a la necesidad de hospitalizaciones psiquiátricas y su manejo global.

Conclusiones

La evidente demanda por las hospitalizaciones psiquiátricas y la baja disponibilidad de camas de internación aguda en la Región Metropolitana probablemente tiene consecuencias insospechadas. Su abordaje es un desafío que requiere de una planificación técnica basada en las demandas reales; de equipos y dispositivos multidisciplinarios que trabajen de manera integrada; y de un financiamiento que cubra las necesidades para avanzar firme y dignamente hacia una mejor salud mental.

Agradecimientos

A todos los funcionarios de salud que trabajan en el Servicio de Urgencias del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B."

Referencias

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 10 de noviembre de 2018;392(10159):1789-858.
2. Salzer MS, Brusilovskiy E, Townley G. National Estimates of Recovery-Remission From Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv*. 1 de mayo de 2018;69(5):523-8.
3. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. junio de 2005;62(6):617-27.
4. Ride J, Kasteridis P, Gutacker N, Aragon Aragon MJ, Jacobs R. Healthcare Costs for People with Serious Mental Illness in England: An Analysis of Costs Across Primary Care, Hospital Care, and Specialist Mental Healthcare. *Appl Health Econ Health Policy*. abril de 2020;18(2):177-88.
5. OECD 2021; Hospital beds (indicator). Disponible en: <https://stats.oecd.org/> [Consultado el 05 de enero de 2022].
6. Harris MG, Buckingham WJ, Pirkis J, Groves A, Whiteford H. Planning estimates for the provision of core mental health services in Queensland 2007 to 2017. *Aust N Z J Psychiatry*. octubre de 2012;46(10):982-94.
7. O'Reilly R, Allison S, Bastiampillai T. Observed Outcomes: An Approach to Calculate the Optimum Number of Psychiatric Beds. *Adm Policy Ment Health*. julio de 2019;46(4):507-17.
8. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy*. octubre de 2000;53(3):157-84.
9. Allison S, Bastiampillai T, Licinio J, Fuller DA, Bidargaddi N, Sharfstein SS. When should governments increase the supply of psychiatric beds? *Mol Psychiatry*. abril de 2018;23(4):796-800.
10. Hudson CG. Benchmarks for Needed Psychiatric Beds for the United States: A Test of a Predictive Analytics Model. *Int J Environ Res Public Health*. 20 de noviembre de 2021;18(22):12205.
11. Hudson CG. Benchmarking psychiatric deinstitutionalization: Development, testing, and application of a model through predictive analytics. *Best Pract. Ment. Health* 2020, 16, 13–32.
12. Mundt AP, Rozas Serri E, Irarrázaval M, O'Reilly R, Allison S, Bastiampillai T, et al. Minimum and optimal numbers of psychiatric beds: expert consensus using a Delphi process. *Mol Psychiatry*. 21 de enero de 2022;
13. Hewlett E, Moran V. Making Mental Health Count: The social and economic costs of neglecting mental health care. OECD Publishing: Paris, France, 2014.
14. Munk-Jørgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):136-43.
15. Atkinson JA, Page A, Skinner A, Heffernan M, Prodan A, Hickie IB. The Impact of Reducing Psychiatric Beds on Suicide Rates. *Front Psychiatry*. 2019;10:448.
16. Bastiampillai T, Sharfstein SS, Allison S. Increase in US Suicide Rates and the Critical Decline in Psychiatric Beds. *JAMA*. 27 de diciembre de 2016;316(24):2591-2.
17. Keown P, McKenna D, Murphy H, McKinnon I. Offenders with mental disorders in prison and the courts: links to rates of civil detentions and the number of psychiatric beds in England - longitudinal data from 1984 to 2016. *BJPsych Open*. 5 de noviembre de 2019;5(6):e93.
18. Mundt AP, Chow WS, Arduino M, Barrionuevo H, Fritsch R, Giralá N, et al. Psychiatric hospital beds and

- prison populations in South America since 1990: does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry*. febrero de 2015;72(2):112-8.
19. Siebenförcher M, Fritz FD, Irrarázaval M, Benavides Salcedo A, Dedik C, Fresán Orellana A, et al. Psychiatric beds and prison populations in 17 Latin American countries between 1991 and 2017: rates, trends and an inverse relationship between the two indicators. *Psychol Med*. 10 de agosto de 2020;1-10.
 20. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/> (Dotación de camas 2019-2020 Establecimientos No pertenecientes al SNSS y Dotación de camas 2019-2020 Establecimientos pertenecientes al SNSS) [Consultado el 03 de enero de 2021].
 21. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 27 de noviembre de 2013;310(20):2191-4.
 22. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/> (Dotación de camas 2019-2020 Establecimientos No pertenecientes al SNSS y Dotación de camas 2019-2020 Establecimientos pertenecientes al SNSS) [Consultado el 03 de enero de 2021].
 23. Instituto Nacional de Estadísticas. Disponible en: <https://www.inec.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>.
 24. Superintendencia de Salud. Disponible en <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3742.html>. [Consultado el 11 de enero de 2021].
 25. Ministerio de Salud. Disponible en: <https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/> [Consultado el 03 de enero de 2021].
 26. Ministerio de Salud. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F23138671-c0be-479a-8e9d-52850e584251§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false [Consultado el 20 de enero de 2022].