

Variabilidad en la práctica medicopsiquiátrica evaluada mediante el estudio de los reingresos psiquiátricos a corto plazo

F. Lana^a, M. I. Fernández San Martín^b y J. M. Vinué^a

^aDepartamento de Psiquiatría y Salud Mental. Centros Asistenciales Doctor Emilio Mira López. Campus Torribera. Santa Coloma de Gramanet, Barcelona. ^bDepartamento de Ciencias Sanitarias y Medicosociales. Universidad de Alcalá, Madrid

Variability in psychiatric medical practice evaluated by studying short-term psychiatric rehospitalization

Resumen

Introducción. La variabilidad en la práctica médica puede detectar deficiencias en la calidad de la asistencia. Este estudio se diseñó para evaluar variaciones en la práctica psiquiátrica mediante el estudio de los reingresos a corto plazo (RAC) que pudieran determinar diferencias en la calidad de la asistencia psiquiátrica.

Métodos. Se recogieron datos de 894 ingresos sucesivos en la unidad de agudos de marzo a diciembre de 2001. Se analizaron los reingresos ocurridos en un plazo inferior o igual a 90 días (RAC). Se revisó el registro de casos para obtener información sobre diversas variables: edad, sexo, período transcurrido desde el primer ingreso, número de ingresos previos, intervalo desde el alta al reingreso, diagnóstico psiquiátrico, seguimiento en los centros de salud mental (CSM) y variables relacionadas con los psiquiatras. Se examinaron las diferencias entre los RAC y el resto de los ingresos.

Resultados. Se encontraron variaciones significativas en el seguimiento de los CSM después del alta ($p=0,028$). También se encontraron diferencias en el psiquiatra referente de la unidad de agudos ($p=0,03$) y en el psiquiatra de referencia de un CSM ($p=0,007$), pero no en urgencias.

Conclusiones. El estudio de los reingresos psiquiátricos mostró variaciones en la calidad de la continuidad de cuidados y en factores relacionados con los psiquiatras. Son necesarios nuevos estudios que presten especial atención a las actitudes del equipo médico y a los factores que obstaculizan o facilitan la accesibilidad a la asistencia psiquiátrica.

Palabras clave: Servicios de salud mental. Variabilidad en la práctica médica. Utilización de servicios. Continuidad de cuidados.

Summary

Introduction. Variability in medical practice can detect deficiencies in medical care quality. This study was designed to determine variations in psychiatric practice by studying short-term rehospitalization (SRH) that could result in differences in quality of psychiatric care.

Methods. Data on 894 consecutive admissions to an inpatient unit from March to December 2001 were collected. Readmissions over the next 90 days or less (SRH) were analyzed. The database was reviewed in order to extract information about several variables: age, gender, period from the first admission, number of previous admissions, interval between initial discharge and readmission, psychiatric diagnosis, aftercare provided by the mental health centers (MHC) and psychiatrist-associated variables. Differences between SRH and the other admissions were examined.

Results. There were significant variations in the aftercare provided by the MHC ($p=0.028$). There were also variations in the psychiatrist responsible for the inpatient unit ($p=0.03$), in the reference psychiatrist in a MHC ($p=0.007$), but not in the emergency unit.

Conclusions. This short-term rehospitalization study showed variations in quality of aftercare and in psychiatrist-associated variables. Both these findings warrant further investigation that pays specific attention to staff attitudes, system barriers and facilitators of psychiatric care.

Key words: Mental health services. Variability in medical practice. Service utilization. Aftercare.

INTRODUCCIÓN

Desde los trabajos pioneros de Wennberg¹ acerca de variaciones en las tasas de intervenciones quirúrgicas de algunas patologías (en áreas hospitalarias vecinas aquellas variaban hasta seis veces para la adenoidectomía y cuatro veces para la histerectomía y prostatectomía) la variabilidad en la práctica médica ha sido objeto de estudio en diferentes ámbitos. Las diferentes tasas de utili-

Correspondencia:

Fernando Lana
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Centros Asistenciales Doctor Emilio Mira López. Campus Torribera
Prat de la Riba, 171
08921 Santa Coloma de Gramanet (Barcelona)
Correo electrónico: lanamf@diba.es

zación de los servicios sanitarios se han asociado a múltiples factores que son clasificados² en inexactitudes de los datos, factores dependientes de la población, dependientes de la oferta de servicios y dependientes del proveedor. En esta última categoría se incluyen los estilos de la práctica médica. En la actualidad el concepto de variabilidad en la práctica médica se emplea habitualmente para definir las variaciones sistemáticas (no aleatorias) en la utilización de un procedimiento clínico particular, estandarizadas por edad y sexo, en un área geográfica y en un período de tiempo definido. Los resultados obtenidos suelen interpretarse como evidencia indirecta de la existencia de componentes evitables de la atención sanitaria que, según la magnitud de las variaciones halladas, pueden tener implicaciones en la calidad de los resultados de la atención médica².

El reingreso ha sido utilizado como indicador de calidad en el contrato programa de algunos servicios de salud. Por otro lado, la psiquiatría, por la naturaleza de la patología, es probablemente la especialidad médica con mayor porcentaje de reingresos en un hospital de tamaño medio³. El reingreso psiquiátrico ha sido relacionado tanto con la organización de la asistencia psiquiátrica, especialmente el tipo de seguimiento ofertado tras el alta^{4,8}, como con diversos factores clínicoasistenciales: gravedad de la psicopatología al alta⁹⁻¹², mayor deterioro del autocuidado y mayor persistencia de la enfermedad¹², nivel académico menor¹³ o las relaciones familiares insatisfactorias¹¹. La metodología utilizada en estos estudios ha sido muy variada. Se ha analizado el reingreso a corto plazo^{10,14-17} (7-90 días), a medio plazo^{12,18} (6 meses), a largo plazo^{11,13,19-22} (12-36 meses) y el total de reingresos^{8,23}. Unos diseños han comparado los reingresos entre varios hospitales^{7,12,24,26}, mientras que otros han comparado los reingresos con el resto de los ingresos^{10,18,27}. Como consecuencia, los resultados obtenidos han sido a veces muy dispares. Así, por ejemplo, se ha publicado que el reingreso estaría asociado a una estancia hospitalaria previa menor^{16,24}, pero otros trabajos no han podido replicar este hallazgo^{12,19,26,28}. En cuanto al diagnóstico, la mayoría de estudios no han encontrado ninguna asociación, mientras que otros han relacionado el reingreso bien con el diagnóstico de esquizofrenia³ o bien con otros trastornos psiquiátricos crónicos⁵. Sin embargo, a pesar de todas estas diferencias habría acuerdo respecto a un hallazgo: la variable que predice con mayor consistencia el reingreso es el número de ingresos previos^{5,10-11,13,18,22,24,27}. Esta variable, como señalan Bernardo y Forchuk²², implicaría que diversos factores no relacionados con el estado del paciente, como las actitudes del equipo médico durante el ingreso, podrían contribuir a la readmisión y condicionar en el futuro la actitud diagnóstica y terapéutica.

El modelo catalán de gestión de la sanidad pública²⁹ se caracteriza por la separación de funciones entre la «aseguradora pública» (CatSalut) y los proveedores de la asistencia directa al paciente (una empresa de servicios pública o privada). La aplicación concreta de este modelo a la gestión de la salud mental tiene ciertas ventajas: descentraliza la gestión, evita la compleja burocracia

pública y corresponsabiliza a la entidad proveedora del resultado final obtenido. Sin embargo, también tiene algunos inconvenientes³⁰. Quizás uno de los más serios es la atomización de las entidades proveedoras de asistencia psiquiátrica en un área poblacional. Esta atomización conlleva el riesgo de incrementar la variabilidad asistencial entre proveedores, ya de por sí importante en el campo de la salud mental. La variabilidad de los estilos de práctica clínica puede llegar a extremos tan dispares que comprometan no sólo la efectividad clínica, sino también la eficiencia en la asignación de recursos y la equidad en la provisión de servicios psiquiátricos. Cada vez hay más consenso sobre la necesidad de evaluar esta variabilidad; sin embargo, se mantiene la discrepancia sobre la metodología y los instrumentos que serían precisos para llevarla a cabo³¹. El objetivo de este trabajo es estudiar la variabilidad en la práctica médica psiquiátrica mediante el estudio del porcentaje de reingresos psiquiátricos que se produce en una unidad de agudos y su relación con características del paciente y asistenciales.

MÉTODO

Población de estudio y muestra

El estudio se ha realizado en la unidad de agudos (UA) y en el centro de salud mental (CSM) del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de los Centros Asistenciales Doctor Emili Mira, dependientes de la Diputación de Barcelona, en colaboración con los CSM Badalona 1 y 2, dependientes del Ayuntamiento de Badalona. Se trata de un estudio descriptivo en el que se han incluido todos los reingresos sucesivos de la UA ocurridos en un plazo inferior o igual a 90 días, lo que denominamos reingreso a corto plazo (RAC), durante los meses de marzo a diciembre de 2001. Se ha elegido este plazo porque los estudios previos¹⁶ apuntan a que la influencia del ingreso previo en el futuro reingreso desaparece hacia el sexto mes del alta y porque un plazo inferior a 90 días podría afectar al tamaño de la muestra. Durante el período estudiado la unidad disponía de 64 camas que cubrían la asistencia de pacientes mayores de 18 años del sector sanitario del Barcelonès Nord (299.405 habitantes) y de Osona (91.587 habitantes). La unidad no está integrada en la red de toxicomanías y no ha realizado ingresos de desintoxicación. Sí que han ingresado pacientes con patología dual cuando la patología psiquiátrica comórbida lo aconsejaba. Se han excluido los reingresos a consecuencia de la derivación al hospital general para valoración y/o tratamiento de patología médica, así como los reingresos producidos después de una fuga de la unidad inferior a 7 días. Tampoco se han incluido los pacientes con trastornos cognitivos que realizaban su seguimiento en unidades específicas. El grupo de comparación lo componen la totalidad de los restantes ingresos ocurridos en el mismo período de tiempo en la unidad de agudos (OIN).

Variables y fuentes de información

Las variables investigadas han sido: *a*) demográficas y clínicas: edad, sexo, tiempo de evolución (tiempo transcurrido desde el año del primer ingreso), cronicidad (evaluada por el número total de ingresos desde 1970), tiempo transcurrido entre el alta y el RAC, consumo de tóxicos y diagnóstico según la CIE-9. El tiempo de evolución y la cronicidad, sólo ha sido posible obtenerlas para los RAC, y *b*) asistenciales: psiquiatra que firma el alta de la UA, adscripción a cada uno de los CSM que reciben al paciente tras el alta, médico que realiza el reingreso desde urgencias, vinculación a cada CSM (evalúa la adherencia al tratamiento ambulatorio y la continuidad de cuidados y se define como el tiempo transcurrido desde la última vez que el paciente fue atendido en el CSM y la fecha del reingreso) y psiquiatra referente en el CSM. La vinculación a cada CSM sólo se ha podido analizar en aquellos tres con los que existe una coordinación periódica, los del Barcelonès Nord. Los reingresos según el psiquiatra de referencia en el CSM sólo se han podido analizar en el CSM-3, el que depende del departamento de psiquiatría. Como no se dispone de datos sobre ingresos totales por psiquiatra en el CSM-3, los RAC se han comparado con el número de trastornos mentales severos (TMS) asignados a cada psiquiatra del CSM-3, aprovechando que existe un programa terapéutico específico para los TMS.

Análisis

Se compara el porcentaje de reingresos con el resto de variables y los RAC con los OIN. Los porcentajes, junto al intervalo de confianza al 95 % (IC 95 %), se han calculado, salvo indicación expresa, con relación a la totalidad de los ingresos en cada categoría estudiada: RAC frente a OIN. El análisis de la posible asociación entre variables cualitativas se ha realizado con la prueba de χ^2 . Para las diferencias individuales entre los psiquiatras se ha utilizado la prueba de la Z para comparación de proporciones independientes junto al IC 95 %.

RESULTADOS

De los 894 ingresos producidos durante el período estudiado, 209 (23,4%) fueron RAC (IC 95 %: 20,6-26,2%). En los 10 meses estudiados, los RAC implicaron a 124 pacientes: 79 pacientes presentaron un RAC, 27 pacientes dos, nueve pacientes tres y nueve pacientes más de tres reingresos. El perfil del RAC (tabla 1) es el siguiente: varón (63,2%), edad menor de 40 años (71,3%) y evolución inferior o igual a 5 años (60,8%). En cuanto al grado de cronicidad se pueden definir dos situaciones: escasa cronicidad (33,5% con sólo 2-3 ingresos a lo largo de la evolución) y cronicidad elevada (39,7% con más de 10 ingresos a lo largo de la evolución). El 62,7% de los reingresos se produce en el primer mes del alta hospitalaria,

TABLA 1. Características demográficas y clínicas de los reingresos a corto plazo (RAC)

Variable	RAC (n = 209)	
	n	%
Sexo		
Varones	132	63,2
Mujeres	77	36,8
Edad		
18-39 años	149	71,3
40-60 años	44	21,1
> 60 años	16	7,7
Tiempo de evolución (años transcurridos desde primer ingreso)		
Menos de 1 año	72	34,5
1-5 años	55	26,3
6-10 años	34	16,3
11-15 años	23	11,0
Más de 15 años	25	12,0
Cronicidad (número total de ingresos)		
2-3	70	33,5
4-5	25	12,0
6-10	31	14,8
Más de 10	83	39,7
Tiempo transcurrido (alta-reingreso)		
0-10 días	64	30,6
11-20 días	38	18,2
21-30 días	29	13,4
Más de 30 días	78	37,3
Subclasificación		
Reingreso en 30 días o menos	131	62,7
Reingreso en 30-90 días	78	37,3
Diagnóstico CIE-9		
T. esquizofrénicos	72	34,5
T. bipolares	20	9,6
Otros t. afectivos	12	5,7
T. personalidad	68	32,5
T. por consumo sustancias	15	7,2
T. neuróticos	13	6,2
Otros trastornos	9	4,3
Consumo de sustancias		
No diagnosticado	135	64,6
Primer diagnóstico	15	7,2
Segundo diagnóstico	59	28,2

lo que supone que a los 30 días el porcentaje de reingresos es del 14,7% (IC 95 %: 12,5-17,1%). Los diagnósticos más frecuentes son los trastornos esquizofrénicos (34,5%) y los trastornos de personalidad (32,5%); el 35,4% presentaba un trastorno por consumo de sustancias. La comparación de los RAC con los OIN muestra que el porcentaje de reingresos es superior en los menores de 39 años que en el resto de grupos de edad (tabla 2). Asimismo, este porcentaje es mayor para los trastornos de personalidad y los trastornos neuróticos

TABLA 2. Comparación de variables demográficas y clínicas entre los reingresos a corto plazo (RAC) y los otros ingresos (OIN)

Variable	RAC (n = 209)				OIN (n = 685)	
	n	%	IC 95%		n	%
Sexo						
Varones	132	24,2	20,6	27,8	414	75,8
Mujeres	77	22,1	17,8	26,5	271	77,9
Edad**						
18-39 años	149	27,7	13,7	23,7	390	72,3
40-60 años	44	18,7	7,3	19,4	191	81,3
> 60 años	16	13,3	15,7	23,9	104	86,7
Diagnóstico (CIE-9)***						
T. esquizofrénicos	72	19,8	23,9	31,4	291	80,2
T. bipolares	20	29,9	18,9	40,8	47	70,1
Otros t. afectivos	12	10,2	4,7	15,6	106	89,8
T. personalidad	68	51,5	43,0	60,0	64	48,5
TPCS	15	12,2	6,4	18,0	108	87,8
T. neuróticos	13	48,2	29,3	67,0	14	51,8
Otros trastornos	9	14,1	5,5	22,6	55	85,9
Consumo de sustancias****						
No	135	22,8	19,5	26,2	456	77,2
Primer diagnóstico	15	12,2	6,4	18,0	108	87,8
Segundo diagnóstico	59	32,8	25,9	39,6	121	93,3

T: trastornos; TPCS: trastorno por consumo de sustancias. * $\chi^2=15,1$; $gl=2$; $p=0,0005$. ** $\chi^2=94,9$; $gl=6$; $p<0,0001$. *** $\chi^2=17,6$; $gl=2$; $p=0,0002$.

(51,5 y 48,2 % de reingresos en estas categorías, respectivamente).

El porcentaje de reingresos según el psiquiatra que firmó el alta hospitalaria muestra diferencias estadísticamente significativas tanto globalmente ($p=0,031$) como en algunos casos individuales (tabla 3). No se midieron diferencias en cuanto a la categoría del médico que realiza el reingreso desde urgencias (adjunto o residente). Entre los residentes, globalmente, existe cierta tendencia a la variabilidad ($\chi^2=15,8$; $gl=9$; $p=0,071$) y en un caso en concreto la diferencia es estadísticamente significativa (porcentaje de reingreso: 37,1 %; IC 95 %: 25,8-48,4 %; $p=0,005$). El análisis de los RAC en función de la adscripción a uno u otro CSM se realizó sólo en aquellos tres con los que existe una coordinación periódica ($n=177$). El porcentaje de reingresos fue similar para los tres CSM. Globalmente, el grado de vinculación al CSM fue escaso (el 62,1 % no había sido atendido en los 21 días previos al RAC) y además existen diferencias ($p=0,028$) entre los tres centros estudiados (tabla 4). En el CSM-1 el seguimiento fue más estrecho: casi la mitad de los casos (46,8 %) había consultado en los 21 días previos al RAC, mientras que en los otros dos CSM sólo había consultado una tercera parte de los casos. Además, los problemas de vinculación fueron también diferentes según el CSM estudiado. En el CSM-1 destacaba por igual un seguimiento excesivamente prolongado (superior a 21 días) y las

TABLA 3. Porcentaje de reingresos según el psiquiatra que firmó el alta hospitalaria previa

Psiquiatra (alta)	RAC (n = 209)			OIN (n = 685)	
	n	%	IC 95%	n	%
1.	19	21,1	12,7 29,5	71	78,9
2.	16	19,8	11,1 28,4	65	80,2
3.	12	22,2	11,1 33,3	42	77,8
4.	21	40,0	27,0 53,7	31	59,6
5.	23	20,9	13,3 28,5	87	79,1
6.	20	25,0	15,5 34,5	60	75,0
7.	30	21,7	14,9 28,6	108	78,3
8.	12	12,9	6,1 19,7	81	87,1
9.	21	25,6	16,2 35,1	61	74,4
10.	32	31,7	22,6 40,8	69	68,3
11.	3	23,1	0,2 46,0	10	76,9

$\chi^2=19,8$; $gl=10$; $p=0,03$.

dificultades en la accesibilidad; el 25,5 % no tenía siquiera historia abierta. En los otros dos CSM el motivo principal de la escasa vinculación fue un seguimiento muy prolongado. Finalmente, en el único CSM estudiado ($n=36$) la distribución de los RAC y los TMS fue diferente ($p=0,007$), según fuera el psiquiatra de referencia (tabla 5).

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo aporta, con relación a la variabilidad asistencial, diferencias en las tasas de reingresos en cuanto al psiquiatra que firma el alta, resultado coincidente con otro estudio⁷, a los médicos que realizan el reingreso en urgencias (entre los residentes) y al psiquiatra de referencia en el CSM. Aunque esta variabilidad puede estar explicada por características clínicas, puede también reflejar diferencia en los estilos de práctica médica, que podrían requerir una revisión y un consenso posterior en las pautas de actuación ante determinadas patologías.

Quizás el resultado más destacable del estudio sea que en el 62 % de los casos el seguimiento previo al RAC fue

TABLA 4. Tiempo transcurrido desde la última consulta en el CSM hasta el reingreso, según CSM*

	CSM-1		CSM-2		CSM-3	
	n	%	n	%	n	%
0-21 días	22	46,8	23	32,9	13	36,1
> 21 días	13	27,6	39	55,7	19	52,8
Sin historia clínica	12	25,5	8	11,4	4	11,1
Total	47	100	70	100	36	100

$\chi^2=18,86$; $gl=4$; $p=0,028$. *No se han incluido los casos en que el seguimiento se realizaba en la red de toxicomanías o con un psiquiatra privado.

TABLA 5. Comparación de los RAC y los TMS según el psiquiatra de referencia en el Centro de Salud Mental

Psiquiatra (alta)	RAC		TMS	
	n	%	n	%
1.	6	16,7	36	36,4
2.	4	11,1	19	19,2
3.	4	11,1	15	15,2
4.	17	47,2	17	17,2
5.	5	13,9	12	12,1
Total	36	100	99	100

$\chi^2 = 14,1$; $gl = 4$; $p = 0,007$. RAC: reingresos a corto plazo; TMS: trastornos mentales severos.

pobre o inexistente. Este dato, aunque alarmante, coincide con el publicado por la revisión de Klinkenberg⁵. En la calidad del seguimiento de los TMS influirían diversos factores, unos dependientes del paciente o del medio sociocultural y otros de la organización de los servicios psiquiátricos. El hecho de encontrar variabilidad en la calidad del seguimiento según el CSM estudiado indica que las características de los pacientes y sus familias (conciencia y conocimiento de la enfermedad, nivel educativo, relaciones interpersonales) no explican por sí solas la escasa adherencia al tratamiento ambulatorio poco tiempo después del alta. La variabilidad en las causas que afectan al seguimiento entre los CSM (seguimiento prolongado frente a dificultades en la accesibilidad) apunta al papel que tiene la organización de los mismos con el grado de vinculación de sus pacientes⁴⁻⁸.

Por otro lado es obvio que la adherencia al tratamiento no depende sólo del CSM, sino de la organización del conjunto de la red asistencial. En este sentido, el tipo de asistencia prestada en la unidad de agudos (tratamiento, información a la familia, estancia, coordinación con el CSM) también es un factor de primer orden. La significativa variabilidad entre los psiquiatras de la UA indica también la corresponsabilidad de los mismos en la calidad del seguimiento postalta. Finalmente, la ausencia de variabilidad entre los médicos de urgencia en los RAC sería coherente con el hecho de que se trata de una intervención puntual en su evolución. Las diferentes tasas entre los residentes podrían explicarse porque el nivel de conocimientos y la experiencia clínica varía en función de los años de residencia; de hecho el único porcentaje significativo correspondía a un R-2.

La variabilidad en la práctica medicopsiquiátrica identificada en los RAC plantea el interrogante sobre qué aspectos de la organización de la asistencia psiquiátrica podrían ser modificados y mejorados. Los resultados apuntan a que la variabilidad radicaría más en el trabajo asistencial desarrollado en la UA y los CSM que en el propio de urgencias. Una cuestión que, aunque polémica, conviene no obviar es la posibilidad que el área sanitaria estudiada padezca una deficiente organización de la asistencia psiquiátrica y que los resultados se limiten a re-

flejarla. En este sentido es necesario mencionar que el Servicio Catalán de la Salud realizó una evaluación externa de todos los CSM de Cataluña y que uno de los tres CSM analizados en nuestro estudio ocupó el primer lugar con un cumplimiento del 100% de los indicadores de calidad asistencial; este CSM no fue el que realizó un seguimiento más estrecho. Todo ello indicaría, por un lado, que los problemas asistenciales referidos podrían ser comunes a toda la red de salud mental de Cataluña y por otro lado que los indicadores de calidad empleados estaban muy centrados en la estructura, algo en el proceso y poco en el resultado³². Sin embargo, nuestros resultados son una señal de alarma. Globalmente muestran una población joven que acaba de iniciar la evolución de un trastorno mental severo, con escasa adherencia al seguimiento ambulatorio en el CSM y que reingresa de manera precoz. Por tanto, ya desde los primeros episodios se podría temer una futura evolución crónica.

En cuanto al diagnóstico, los resultados coincidirían con los estudios que relacionan el reingreso con el diagnóstico de esquizofrenia³ y con el trastorno por consumo de sustancias⁵. El elevado porcentaje de trastornos de la personalidad encontrado entre los RAC estaría en la línea de las investigaciones que reflejan la elevada utilización de servicios por parte de estos trastornos y el problema emergente que suponen^{33,34}.

Las principales limitaciones del estudio son: *a*) el tipo de registro de casos del hospital no ha permitido la comparación de algunas variables entre los RAC y los OIN; *b*) no se han utilizado instrumentos de diagnóstico estandarizado; *c*) el grupo control, OIN, es relativamente heterogéneo, y *d*) la aplicación de los resultados a otra red de servicios de salud mental dependerá de las características de la misma, aunque probablemente en Cataluña muchos de los datos presentados sean comparables.

Para finalizar, se puede concluir que el estudio de los reingresos psiquiátricos a corto plazo muestra variaciones en la práctica médica que pueden reflejar problemas de calidad de la organización de la asistencia en los servicios psiquiátricos, especialmente en lo que concierne a la continuidad de cuidados postalta. Como consecuencia de ello, ya desde los primeros episodios se podría temer una futura evolución crónica. Esta variabilidad plantea el interrogante sobre qué aspectos de la organización de la asistencia psiquiátrica podrían ser modificados y mejorados^{18,35}. Los resultados apuntan más hacia la organización del trabajo asistencial desarrollado en la UA y los CSM que al propio servicio de urgencias. Son necesarios nuevos estudios que presten especial atención a las actitudes del equipo médico y a los factores que obstaculizan o facilitan la accesibilidad a la asistencia psiquiátrica.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración en la recogida de datos a los siguientes compañeros: Fernando Arriol, Lourdes Duñó, Montserrat Ibarra, Jordi Marfá, Adolfo Mas-Yebra, Victoria Ollés y Jordi Pagerols.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. A population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. *Science* 1973;18:1102-208.
2. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998;110:382-90.
3. García C, Almenara J, García JJ. Tasa de reingresos de un hospital comarcal. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:103-10.
4. Haro JM, Eaton WW, Bilker WB, Mortensen P. Predictability of rehospitalization for schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1994;244:241-6.
5. Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictability of receipt of after-care and recidivism among persons with severe mental illness: a review. *Psychiatr Serv* 1996;47:487-96.
6. Klinkenberg WD, Calsyn RJ. Predictors of psychiatric hospitalization: a multivariate analysis. *Adm Policy Ment Health* 1998;25:403-10.
7. Heggstad T. Operating conditions of psychiatric hospitals and early readmission- effects of high patient turnover. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:196-202.
8. Linares I, Hernández H, Castrodeza JJ, de la Gándara JJ, Negueruela E. Variabilidad en los diagnósticos de una cohorte de reingresadores en las dos últimas décadas. *Actas Esp Psiquiatr* 2003;31:18-23.
9. Fisher WH, Geller JL, Altaffer F, Bennet MB. The relationship between community resources and state hospital recidivism. *Am J Psychiatry* 1992;149:385-90.
10. Swett C. Symptom severity and number of previous psychiatric admissions as predictors of readmissions. *Psychiatr Serv* 1995;46:482-5.
11. Postrado LT, Lehman AE. Quality of life and clinical predictors of rehospitalization of persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1995;46:1161-5.
12. Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F. Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *Am J Psychiatry* 1997;154:337-40.
13. Figuerido JL, Gutiérrez M, González Pinto A, Ballesteros J, Pérez de Heredia JL, Ramírez F, et al. Predictores de rehospitalización en la esquizofrenia. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1997;25:217-24.
14. Lieberman PB, Wittala SA. Decreasing length of stay: are there effects on outcome of psychiatric hospitalization? *Am J Psychiatry* 1998;155:905-9.
15. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ. Assessing clinical predictions on early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:721-9.
16. Heeren O, Dixon L, Gavirneni S, Regenold WT. The association between decreasing length of stay and readmission rate on a psychogeriatric unit. *Psychiatr Serv* 2002;53:76-9.
17. Cleaver H. Web chats help mentally ill stay out of hospital. *Reuters Health* 2002.
18. Thompson EE, Neighbors HW, Munday CM, Trierweiler S. Length of stay, referral to aftercare, and psychiatric rehospitalization among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003;54:1271-6.
19. Thomas MR, Rosenberg SA, Giese AA, Fryer GE, Dubovsky SL, Shore JH. Shortening length of stay without increasing recidivism on a university affiliated inpatient unit. *Psychiatr Serv* 1996;47:996-8.
20. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry* 1999;156:1968-75.
21. Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. *Psychiatr Serv* 1999;50:1049-52.
22. Bernardo AC, Forchuk. Factors associated with readmission to a psychiatric facility. *Psychiatr Serv* 2001;52:1100-2.
23. Linares I, Hernández H, Castrodeza JJ, Negueruela E, Arzola JJ, de la Gándara JJ. ¿Cómo son los pacientes reingresadores? Un estudio descriptivo en psiquiatría de Hospital General. *An Psiquiatría* 2002;18:78-86.
24. Appleby L, Desai PN, Luchins DJ, Gibbons RD, Hedeker DR. Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public psychiatric hospital patients. *Am J Psychiatry* 1993;150:72-6.
25. Appleby L, Luchins DJ, Desai PN, Gibbons RD, Janicak PG, Marks RM. Length of inpatient stay and recidivism among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1996;47:985-90.
26. Edward-Chandran T, Malcolm DE, Boewen RC. Reduction of length of stay in an acute care psychiatric unit. *Can J Psychiatry* 1996;41:49-51.
27. Monnelly EP. Instability before discharge and previous psychiatric admissions as predictors of early readmission. *Psychiatr Serv* 1997;48:1584-6.
28. Hodgson RE, Lewis M, Boardman AP. Prediction of readmission to acute psychiatric units. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:304-9.
29. Generalitat de Catalunya. DSSS. Document de bases per a la reordenació de la salut mental. Barcelona, 1997.
30. De la Mata I. El mito de la gestión privada: el modelo catalán de salud mental. *Psiquiatría Pública* 1999;11:94-101.
31. Lana F. Short-stay psychiatric hospitalization, today. Dificultades al alta tras hospitalización psiquiátrica breve. *World Psychiatric Association International Congress*. Madrid, 2001.
32. Fundación Avedis Donabedian. Manual para equipos de mejora de calidad. Barcelona, 1996.
33. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et al. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:295-302.
34. Seva A. Evolución del concepto de trastornos de la personalidad y su influencia sobre el actual estado de la epidemiología del problema. En: Rubio V, Pérez Urdaniz A, editores. *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier, 2003; p. 45-66.
35. Colenda CC, Mickus MA, Marcus SC, Tanielian TL, Pincus HA. Comparison of adult and geriatric psychiatric practice patterns. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10:609-17.