WHO - AIMS

SISTEMA DE SALUD MENTAL DE CHILE

SEGUNDO INFORME

Junio, 2014

World Health Organization

Organización Panamericana de la Salud

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Organización Panamericana de la Salud

"EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE"

SEGUNDO INFORME
Junio, 2014

Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS
(OMS IESM / WHO AIMS)

Santiago de Chile, 2014

Publicación propiedad del Ministerio de Salud.

Autores del Estudio: **Universidad de Chile.**
Facultad de Medicina.
Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende Gossen.
Equipo Investigador: Dr. Alberto Minoletti, Dr. Rubén Alvarado, Asistente Social Ximena Rayo y Psicóloga Marissa Minoletti.

Solicitado por: **Ministerio de Salud.**
Subsecretaría de Salud Pública.
División de Prevención y Control de Enfermedades.
Departamento de Salud Mental

Financiado por: **Ministerio de Salud.**
División de Planificación Sanitaria.

Santiago de Chile, Junio, 2014.

PRÓLOGO

El presente Informe contempla un diagnóstico del "Sistema de Salud Mental de Chile", esto es, el conjunto de servicios que se ofrecen a la población nacional, para proveerle atención de salud mental, los recursos con que se cuenta para ello, las normativas y estrategias que los sustentan y orientan y otros indicadores complementarios.

Surge de un estudio requerido, a través de licitación pública, por el Ministerio de Salud y realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, el que utilizando una herramienta generada por la OMS y utilizado internacionalmente desde hace más de una década, denominado "Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental" y conocido más frecuentemente por las sigla en inglés WHO- AIMS (también llamado OMS-IESM).

Su lectura permite, además de conocer la situación actualizada al 2012, apreciar los avances y logros en la atención de la salud mental de Chile, desde el año 2004, año evaluado con similar instrumento, por el Primer Informe, pero también sus debilidades y brechas. Hay aquí una valiosa información para la actual administración de Salud, a tres meses de asumir sus tareas.

En efecto, el Informe muestra avances evidentes en varias áreas: incremento de un 260 % en el número de establecimientos en los que se entrega algún tipo de atención en salud mental, cubriendo a la casi totalidad de la Atención Primaria de Salud urbana y más de la mitad en los sectores rurales; casi duplicación en el número de hospitales generales que cuentan con unidades de internación psiquiátrica tanto para adultos como para adolescentes; la existencia de normas y guías clínicas para el manejo con calidad de las enfermedades y condiciones mentales; incremento continuo de los recursos humanos profesionales y en su articulación entre los niveles de atención, en la red pública; mejor disponibilidad de medicamentos y otros.

Esta buena evolución del sistema de salud mental, hace aún más urgente, avanzar en consolidar lo alcanzado, y también dar solución a las también evidentes falencias e inequidades que en el Informe se muestran. Entre otras, la menor oferta de servicios a la población de niños y adolescentes, el acceso inequitativo a la atención según geografía, ruralidad, culturas originarias y por tipo de previsión; los tiempos que demora el acceso al especialista; la aún elevada práctica de recursos extremos que limitan los derechos de las personas como la internación no voluntaria, la contención física y otros; la disminución en el incremento proporcional del presupuesto destinado a salud mental, etc.

Sin embargo, quizás si la brecha mayor es la que se observa en el monitoreo y evaluación de la calidad y resultados de la atención que se entrega. El Estado ha estado invirtiendo magnitudes crecientes de su haber en la atención de salud y no está suficientemente informado sobre el resultado de los programas que desarrolla ni del costo efectividad de sus inversiones. En salud mental, también ocurre algo similar.

Entre las prioridades que el Gobierno y la Autoridad de Salud han establecido para los próximos años, varias contribuirán a mejorar el sistema de salud mental nacional. Entre otras, la construcción de un número importante de hospitales generales, los que incluirán unidades de internación en psiquiatría, contribuirá al cierre de brechas

para hospitalización. Una renovada estrategia de rehabilitación psicosocial y ciudadanización de las personas afectadas de discapacidad, permitirá acercarse a los Objetivos Sanitarios 2011 – 2020, en orden a reducir la discapacidad asociada a trastornos mentales. La atención de las urgencias de salud incluirá en mejor forma las emergencias de salud mental, en particular el intento de suicidio y otras, ampliando el número de establecimientos de salud general, donde se provee atención de salud mental. Así también, la incorporación acelerada de médicos especialistas contemplada en el programa de gobierno, contribuirá a incrementar el número de psiquiatras de niños y adolescentes y, a través de procedimientos de atención a distancia, se buscará aumentar la eficiencia del recurso. Los planes en rectoría y regulación contemplan profundas transformaciones en resguardos de los derechos de los usuarios de servicios de salud, en inversiones y en calidad de la atención. Una futura Ley de Salud Mental para Chile, cuya preparación ya se inicia, sustentará ética y legalmente, cambios mayores en las prácticas de las instituciones de seguros de salud, de administración y de servicios clínicos de salud mental, así como de los profesionales que la sirven.

Un nuevo Informe, previsible al finalizar un nuevo período de 8 años, mostrará cuánto de lo que hoy se planea y se anhela, llega a ser realidad.

Esta Ministra de Salud agradece y congratula a todo el personal de salud, del sistema público y privado que se dedica a esta sensible área de la salud personal y pública.

DRA. HELIA MOLINA MILMAN
MINISTRA DE SALUD

BREVE INTRODUCCIÓN

El Segundo Informe que aquí se presenta muestra el estado de avance del esfuerzo realizado por muchos profesionales y colaboradores de la salud mental a lo largo de más de 20 años. También refleja la participación de diversas organizaciones de la sociedad civil, en particular de organizaciones de familiares y usuarios de servicios de salud mental y grupos de autoayuda.

Todos ellos reconocen el respaldo y asesoría técnica prestada por OMS / OPS, fuente permanente de estímulo y orientación para el desarrollo de planes y programas de atención, a partir de la Conferencia de Caracas del año 1990 y en el curso de los siguientes años.

Las autoridades y directivos del Ministerio de Salud, de sus Secretarías Regionales y de sus Servicios de Salud, han asignado a la salud mental crecientes grados de prioridad y soporte. También podrán reconocer en este Informe frutos de sus decisiones.

Más allá del logro de los objetivos y metas de los planes, programas y de los servicios de atención, han animado a los "encargados de salud mental" en los distintos niveles del sistema de salud mental de Chile, el espíritu de servicio a las personas, a sus derechos y necesidades, al bien público y a la solidaridad y compasión con el sufriente.

Se muestran también las insuficiencias y los aún demasiado grandes vacíos por cubrir, en servicios, cobertura, calidad, información, recursos. Las vías para cubrir con eficacia esas brechas se esbozan en las conclusiones.

Los responsables de continuar la tarea en los próximos años, podrán nutrirse de la historia de personas, ideas, voluntades y circunstancias que subyacen a los desarrollos que aquí se muestran.

Departamento de Salud Mental
Ministerio de Salud

Miembros del Departamento de Salud Mental:
Alfredo Pemjean G., Irma Rojas M., Francesca Borghero L., Cecilia Zuleta C., Pablo Norambuena C., Natalia Dembowski S., María Paz Araya A., Pedro Zitko M.
Febrero, 2014 (fecha de entrega del Informe).

ÍNDICE GENERAL

Índice de tablas **9**

Índice de figuras **13**

Siglas **16**

Resumen ejecutivo de la evaluación de sistemas de salud mental en Chile **17**

1.- Introducción **27**

2.- Metodología **29**

3.- Resultados **35**

Área 1: Política y marco legislativo 35
- Política y plan de salud mental 35
- Legislación de salud mental 36
- Evaluación y formación en derechos humanos en los servicios de salud mental 38
- Financiación de los servicios de salud mental 39

Área 2: Servicios de salud mental 45
- Organización de los servicios de salud mental 45
- Centros de salud mental ambulatorios 48
- Centros de tratamiento diurno 52
- Unidades de corta estadía en hospitales generales 52
- Dispositivos residenciales comunitarios 54
- Desarrollo de la red de salud mental comunitaria 55
- Hospitales psiquiátricos 56
- Unidades psiquiatría forense 59
- Otros dispositivos residenciales 61
- Derechos humanos y equidad 62
- Visión global de los servicios de salud mental 65

Área 3: Salud mental en atención primaria de salud 72
- Formación en Salud mental para personal de atención primaria 72
- Inserción de salud mental en atención primaria 73
- Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en centros APS 76

Área 4: Recursos humanos 77
- Cantidad de recursos humanos en salud mental 77
- Formación y capacitación de profesionales en salud mental 80
- Actividades de asociaciones de usuarios y familiares y de organizaciones no gubernamentales (ONGs) 83

Área 5: Educación de la población y trabajo con otros sectores 84
- Campañas de sensibilización y educación sobre salud mental 84
- Disposiciones legislativas sobre empleo de personas con discapacidad Mental 84
- Disposiciones legislativas o financieras sobre alojamiento/viviendas para personas con discapacidad mental. 85
- Programas de colaboración con otras instancias de salud y de otros Sectores 86
- Actividades de promoción y prevención en salud mental en escuelas 87
- Actividades educativas con policías y abogados 88
- Atención de salud mental para personas en recintos de Gendarmería 88
- Pensiones de fondos públicos por discapacidad mental 89

Área 6: Monitoreo e investigación 89

Área 7: Sistemas de salud mental locales: indicadores por Servicios de Salud 92

4. Conclusiones 103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 0.1.	Áreas y apartados del WHO-AIMS	29
Tabla 0.2.	Recepción de cuestionarios de los estudios WHO-AIMS 2004 y 2012 para la red de atención	31
Tabla 0.3.	Recepción de información de universidades, institutos y centros de formación	32
Tabla 1.1.	Componentes incluidos en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2001	35
Tabla 1.2.	Capacitación y supervisión de derechos humanos realizadas por SEREMI de salud y Comisiones Nacional y Regionales de protección para las personas afectadas de enfermedad mental durante el año 2012.	39
Tabla 1.3.	Capacitación y supervisión de derechos humanos realizadas por servicios de salud mental durante los años 2004-2012.	39
Tabla 1.4.	Presupuesto de salud mental en el sistema público año 2012 en relación al presupuesto total de salud.	40
Tabla 1.5.	Distribución del presupuesto 2012 de prestaciones valoradas (PPV) entre los cuatro hospitales psiquiátricos públicos y entre sus principales áreas de acción.	42
Tabla1.6.	Gasto promedio por día por cama en los hospitales psiquiátricos en comparación con el gasto de la cama de psiquiatría en los hospitales generales (2012).	43
Tabla 1.7.	Porcentaje del gasto de seguros privados (ISAPRES) para la salud mental en el año 2012.	43
Tabla 2.1.	Principales dispositivos de salud mental en las redes de los 29 Servicios de Salud (sector público Chile 2012).	46
Tabla 2.2.	Comparación entre los años 2004 y 2012 del número total de dispositivos de salud mental existentes en el sector público chileno.	47
Tabla 2.3.	Dispositivos residenciales comunitarios para personas con discapacidad psíquica en las redes de los 29 Servicios de Salud (sector público Chile 2012).	48
Tabla 2.4.	Indicadores del funcionamiento de los centros de salud mental ambulatorios en el sector público en el año 2012.	49

Tabla 2.5.	Comparación entre los años 2004 y 2012 de los indicadores de funcionamiento de centros de salud mental ambulatorios en el sector público.	49
Tabla 2.6.	Atención de usuarios en la comunidad (intervenciones fuera del centro ambulatorio) en el año 2012.	50
Tabla 2.7.	Recursos humanos de los centros de salud mental ambulatorios del sector público en el año 2012.	50
Tabla 2.8.	Comparación entre los años 2004 y 2012 de los recursos humanos de los centros de salud mental ambulatorios del sector público.	51
Tabla 2.9.	Atención de niños y adolescentes en los centros de salud mental ambulatorios en el sector público en el año 2012.	51
Tabla 2.10.	Porcentaje de los principales diagnósticos en la población atendida en los centros de salud mental ambulatorios en el sector público en el año 2012.	52
Tabla 2.11.	Centros de tratamiento diurno de salud mental del sector público 2004 -2012.	52
Tabla 2.12.	Unidades de psiquiatría de corta estadía en hospitales generales públicos 2004 – 2012.	53
Tabla 2.13.	Diagnósticos principales en unidades de psiquiatría de corta estadía en hospitales generales 2004 – 2012.	54
Tabla 2.14.	Indicadores del funcionamiento de hogares y residencias protegidas 2004 – 2012.	55
Tabla 2.15.	Variación en el N° de camas en hospitales psiquiátricos 2000-2005-2012.	56
Tabla 2.16.	Indicadores del funcionamiento de hospitales psiquiátricos 2004 – 2012.	58
Tabla 2.17.	Comparación de indicadores del funcionamiento de unidades de corta estadía de hospitales psiquiátricos y hospitales generales 2012.	58
Tabla 2.18.	Duración de hospitalización en personas ingresadas a hospitales psiquiátricos 2004-2012.	59
Tabla 2.19.	Diagnósticos principales en hospitales psiquiátricos 2004 – 2012	59
Tabla 2.20.	Indicadores de unidades de psiquiatría forense 2012	60
Tabla 2.21	Indicadores de unidades de psiquiatría forense 2004 – 2012.	60

Tabla 2.22.	Residencias para personas con discapacidad mental según N° de plazas por establecimiento (2004-2012).	61
Tabla 2.23.	Frecuencia de deterioro físico y psíquico en residentes de establecimientos de larga estadía para adultos mayores.	62
Tabla 2.24.	Hospitalizaciones involuntarias con autorización de SEREMI en el año 2012 por región.	63
Tabla 2.25.	Razón entre la tasas de camas de psiquiatría de corta estadía en el Gran Santiago Urbano y en Chile en el año 2012.	64
Tabla2.26.	Porcentaje de centros de salud mental ambulatorios públicos (nivel secundario) con acceso adecuado de usuarios rurales y minorías étnicas y lingüísticas en el año 2012.	64
Tabla 2.27.	Comparación de indicadores de atención ambulatoria y hospitalizaciones por salud mental entre beneficiarios de ISAPRE y FONASA para el año 2012.	65
Tabla 2.28.	Comparación de indicadores de atención de salud mental entre dispositivos públicos y privados para el año 2012.	65
Tabla 3.1.	Indicadores del funcionamiento de la red de salud mental en APS en el año 2012.	74
Tabla 3.2.	Comparación de indicadores de funcionamiento de la red de salud mental en APS entre los años 2004 y 2012.	75
Tabla 4.1.	Distribución porcentual de diferentes profesionales y técnicos especializados en salud mental y psiquiatría entre trabajos en centros ambulatorios, hospitales generales y hospitales psiquiátricos.	79
Tabla 4.2.	Comparación entre años 2004 y 2012 en el número de profesionales por cama, en servicios de psiquiatría de hospitales generales y en hospital psiquiátrico.	80
Tabla 4.3.	Razón entre las tasas de horas de profesionales en centros de salud mental ambulatorios (especialidad) en el Gran Santiago Urbano y en Chile en el año 2012.	80
Tabla 5.1.	Escuelas que contaban con un profesional de salud mental a tiempo parcial o completo en el año 2012.	87
Tabla 5.2.	Escuelas con Programa Habilidades para la Vida (promoción y prevención en salud mental). Chile 2012.	87
Tabla 5.3.	Escuelas con programa de prevención en alcohol y drogas. Chile 2012.	88
Tabla 5.4.	Miembros de la policía que participaron en actividades educativas sobre salud mental en los años 2008 a 2012.	88

Tabla 6.1.	Porcentaje de establecimientos de hospitalización psiquiátrica que enviaron información a MINSAL.	89
Tabla 6.2.	Número de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría que enviaron información a MINSAL.	90
Tabla 6.3.	Porcentaje de profesionales del sistema público que han participado en investigación sobre salud mental en los últimos 5 años.	90
Tabla 7.1.	Indicadores del funcionamiento de los centros de salud mental ambulatorios (especialidad) en el sector público en el año 2012: información por Servicio de Salud.	92
Tabla 7.2.	Recursos profesionales de los centros de salud mental ambulatorios (especialidad) en el sector público en el año 2012: información por Servicio de Salud.	94
Tabla 7.3.	Indicadores del funcionamiento de los hospitales de día de salud mental en el sector público en el año 2012: información por Servicio de Salud.	96
Tabla 7.4.	Indicadores del funcionamiento de servicios de psiquiatría de corta estadía en el sector público en el año 2012: información por Servicio de Salud.	97
Tabla.7.5.	Personas atendidas en dispositivos de salud mental públicos en el año 2012.	98
Tabla 7.6.	Recursos profesionales de los centros APS en el sector público en el año 2012: información por Servicio de Salud.	100
Tabla 7.7.	Indicadores del funcionamiento de los centros APS en salud mental en el año 2012: información por Servicio de Salud.	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1.	Comparación del porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental entre Chile y países de diferentes niveles de ingresos.	40
Figura 1.2.	Porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental a lo largo de los años.	41
Figura 1.3.	Distribución porcentual del presupuesto de salud mental del año 2012 entre distintos componentes de la red.	41
Figura 1.4.	Distribución porcentual del presupuesto 2012 entre los cuatro hospitales psiquiátricos públicos.	42
Figura 1.5	Porcentaje del presupuesto nacional de salud mental asignado a hospitales psiquiátricos desde 1990 a 2012.	43
Figura 1.6.	Gasto promedio per cápita en atención de salud mental por los seguros públicos (FONASA) y privados (ISAPRES) en el 2012.	44
Figura 2.1.	Aumento en N° de centros APS con psicólogos y de centros de salud mental ambulatorios 1999-2004-2012.	55
Figura 2.2.	Aumento en el N° de personas atendidas en dispositivos de salud mental entre los años 1999,2004 y 2012.	56
Figura 2.3.	Disminución de camas de larga estadía en hospitales psiquiátricos entre los años 2000 y 2012.	57
Figura 2.4.	Número de usuarios de otros dispositivos residenciales 2004-2012.	62
Figura 2.5.1.	Número de camas en dispositivos de salud mental de corta y mediana estadía, públicos y privados, año 2012.	66
Figura 2.5.2.	Número de camas en dispositivos de salud mental de corta y mediana estadía, públicos y privados, año 2004.	66
Figura 2.6.1.	Número de camas en dispositivos de salud mental de larga estadía públicos y privados, año 2012.	67
Figura 2.6.2.	Número de camas en dispositivos de salud mental de larga estadía públicos y privados, año 2004.	67
Figura 2.7.	Personas tratadas en dispositivos de salud mental públicos	68
Figura 2.8.	Porcentaje de usuarias mujeres tratadas en dispositivos de salud mental públicos, 2004-2012.	69
Figura 2.9.	Porcentaje de menores de 18 años tratados en dispositivos de salud mental públicos, 2004-2012.	69

Figura 2.10.	Personas tratadas en dispositivos públicos, año 2012: porcentaje para los diferentes diagnósticos.	70
Figura 2.11.	Duración de la estadía en dispositivos de tipo residencial en los años 2004 y 2012.	71
Figura 2.12.	Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en dispositivos de salud mental públicos en los años 2004 y 2012.	71
Figura 2.13.	Comparación de atención ambulatoria con atención residencial años 2004 y 2012.	72
Figura 3.1.	Proporción de horas de formación de pregrado dedicados a salud mental y psiquiatría. Chile 2004-2012.	73
Figura 3.2.	Porcentaje de médicos APS y técnicos de enfermería en postas rurales con al menos 2 días de capacitación en salud mental (2004-2012).	73
Figura 3.3.	Variación en indicadores de funcionamiento de centros APS en los años 1999, 2004 y 2012.	75
Figura 3.4.	Comparación de postas rurales con centros APS en acciones de salud mental (2004-2012)	76
Figura 3.5.	Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en centros APS (2004-2012).	76
Figura 4.1.	Recursos humanos de salud mental en el sistema público (2004-2012).	77
Figura 4.2.	Recursos humanos de salud mental en Chile (2004-2012).	78
Figura 4.3.	Distribución de recursos humanos de salud mental entre centros ambulatorios y hospitalarios del sector público 2012.	78
Figura 4.4.	Número de recursos humanos públicos por cama de servicio de psiquiatría en hospital general y hospital psiquiátrico (2012).	79
Figura 4.5.	Tasa de titulación en el año 2012 en Chile para diferentes profesiones que potencialmente pueden trabajar en servicios de salud mental.	81
Figura 4.6.	Tasa de formación de profesionales de salud mental con al menos 1 año de entrenamiento en atención de personas con enfermedades mentales. Chile 2012.	82
Figura 4.7.	Porcentaje de recursos humanos de salud mental con al menos 2 días de capacitación en uso de medicamentos psicotrópicos (2004-2012).	82

Figura 4.8.	Porcentaje de recursos humanos de salud mental con al menos 2 días de capacitación en intervenciones psicosociales (2004-2012).	83
Figura 4.9.	Porcentaje de recursos humanos de salud mental con al menos 2 días de capacitación en Salud Mental Infantil (2004-2012).	83
Figura 6.1.	Número de publicaciones sobre salud física y mental sobre Chile según identificación en PubMed y porcentaje de salud mental del total de salud, 2008 al 2012.	91
Figura 6.2.	Tipo de investigación sobre salud mental en Chile: 105 publicaciones identificadas en PubMed los años 2008-2012.	91
Figura 7.1	Porcentaje de personas atendidas en centro ambulatorios de salud mental (nivel especializado) que reciben intervenciones psicosociales, por Servicio de Salud 2012.	93
Figura 7.2.	Porcentaje de horas de psiquiatras en relación a las horas de otros profesionales en centros ambulatorios de salud mental, por servicios de salud en el año 2012.	95
Figura 7.3.	Comparación de atención ambulatoria (N° de consultas + N° de días en hosp. día o centro día) con atención residencial (N° de días en hospitales, hogares y residencias) por Servicio de Salud 2012.	99
Figura 7.4.	Distribución porcentual de horas semanales programadas para SM de distintas profesiones por Servicio de Salud 2012.	101

SIGLAS

ANUSSAM	Agrupación Nacional de Usuarios de Servicios de Salud Mental
APS	Atención primaria de salud
AVISA	Años de vida de salud
CAE	Consultorio adosado de especialidad
CDT	Centro de diagnóstico y tratamiento
CECOF	Centro comunitario de salud familiar
CESFAM	Centro de salud familiar
CINTRAS	Centro de Salud Mental y Derechos Humanos
CGR	Centro de salud general rural
CGU	Centro de salud general urbano
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
COANIL	Fundación con la Discapacidad Intelectual
CORFAUSAM	Coordinadora Nacional de Organizaciones de Familiares y Usuarios de Personas con Afección de Salud Mental
CRS	Centro de referencia en salud
DDHH	Derechos humanos
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información en Salud
ELEAM	Establecimientos de larga estadía para adultos mayores
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías explícitas de salud
HD	Hospital de día
IESM-OMS	Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
MINSAL OMS	Ministerio de Salud Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PPV	Prestaciones valoradas
REM	Resúmenes estadísticos mensuales
SENADIS	Servicio Nacional de la Discapacidad
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SENDA	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial de Salud
SM	Salud mental
SS	Servicio de Salud
VIF	Violencia intrafamiliar
VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida
WHO-AIMS	World Health Organization Assessment Instrument for Mental health Systems

RESUMEN EJECUTIVO DE LA EVALUACION DE SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN CHILE

El propósito de este estudio es conocer los avances nacionales que ha realizado el Sistema de Salud Mental de Chile desde el año 2004 (fecha de la primera evaluación con el Instrumento WHO-AIMS), así como realizar un diagnóstico comparativo de los sistemas territoriales de salud mental de los Servicios de Salud, identificar fortalezas y debilidades, contribuir al desarrollo del nuevo Plan Nacional de Salud Mental, al logro de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 y a construir una nueva línea base para medir los avances a futuro.

Metodología

La investigación compiló y sistematizó la información requerida en las 6 áreas del instrumento WHO-AIMS de la Organización Mundial de la Salud (política y marco legislativo, servicios de salud mental, salud mental en APS, recursos humanos, educación de la población y trabajo con otros sectores, monitoreo e investigación). Se elaboraron cuestionarios que cubrieran los distintos ítems del WHO-AIMS y adecuados para los diferentes dispositivos y establecimientos de salud mental y para las diferentes instituciones y organizaciones que se consideraron podrían ser fuentes de datos. Las principales fuentes de datos fueron las siguientes:

- 7 instancias del Ministerio de Salud
- 15 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI)
- 10 instituciones de sectores fuera de salud
- 1.685 dispositivos/establecimientos de le red de atención en salud mental y psiquiatría pública y privada
- 84 instituciones de educación superior (escuelas de medicina, enfermería, psicología, terapia ocupacional, trabajo social y técnico de enfermería)
- 1 sociedad científica y 4 colegios profesionales
- 77 organizaciones de usuarios y familiares
- 4 organizaciones no gubernamentales (ONGs)
- 8 Sitios web

Resultados Principales

Área 1: Política y marco legislativo

La última versión de una política y plan de salud mental en Chile es el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2001, el cual incluye la mayoría de los componentes que recomienda "la OMS y los 4 no incluidos explícitamente tuvieron de todas formas un desarrollo objetivable desde el 2001 hasta la fecha". Varios de los objetivos de este Plan han sido logrados satisfactoriamente.

El país no dispone de una legislación específica sobre salud mental. Sin embargo, varias leyes que han entrado en vigencia en los últimos 8 años incluyen disposiciones sobre salud mental, de las cuales las más relevantes son:

- Ley Nº 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación a las Acciones Vinculadas a su Atención de Salud (2012).
- Ley N° 20.422 que Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (2010).
- Decreto Nº 201 que Promulga la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (2008).

Entre las falencias de la legislación en salud mental en Chile, se destacan las siguientes:

- No se reconoce el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental.
- Se permite declarar la interdicción de una persona con discapacidad mental con facilidad y nombrar un curador para que maneje sus bienes.

- Se establece que el derecho de las personas con discapacidad mental para conocer la información de su ficha clínica puede ser negado a criterio del médico tratante, en contraposición con el estándar de la OMS.
- No se contempla la creación de una autoridad independiente para supervisar las hospitalizaciones involuntarias y otras restricciones de derechos ni establece mecanismos de apelación.
- No reconoce el derecho exclusivo de las personas con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (como es el caso de la esterilización y psicocirugía)

La Comisión Nacional y las Comisiones Regionales de Protección de las Personas con Enfermedad Mental supervisaron 16,4% de los establecimientos de hospitalización psiquiátrica y de cuidados residenciales comunitarios en el año 2012.

El porcentaje del presupuesto de salud en el sistema público que se destinó a salud mental en el 2012 fue de 2,16%, cifra que es aproximadamente la misma que se destinaba en el año 2004 (2,14%) y lejana de la meta de 5% para el año 2010 que plantea el Plan Nacional. El porcentaje que se destina a salud mental en Chile es algo menor que el promedio de los países de ingreso medio alto (2,38%) y mucho menor que el promedio de los países de ingreso alto (5,10%)[1].

Área 2: Servicios de salud mental

El número total de dispositivos de salud mental existentes en el sector público creció de 759 en el año 2004 a 2022 en el 2012 (ver tabla 1). Sin embargo el tiempo de espera la primera consulta psiquiátrica aumentó de 29 a 48,3 días y si bien el abastecimiento de medicamentos es adecuada, no todas las personas atendidas reciben intervenciones psicosociales (solo las reciben entre 30 a 80% de los usuarios ambulatorios, dependiendo del tipo de dispositivo y del SS).

Tabla 1.
Comparación entre los años 2004 y 2012 del número total de dispositivos de salud mental existentes en el sector público chileno (Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004, DEIS y Unidad Salud Mental Subsecretaría de Redes Asistenciales)

	Año 2004	Año 2012
Centros APS con atención de salud mental	472	832
Postas rurales con atención de salud mental	*	723
Centros de salud mental comunitaria	38	83
Unidades de psiquiatría ambulatoria	58	53
Hospitales de día	40	45
Cortas estadías de adultos en hospitales generales	17	23
Cortas estadías adolescentes hospitales generales	1	8
Centros diurnos	25**	51
Hospitales psiquiátricos	5	5
Hogares y residencias protegidas	103	199
TOTAL	**759**	**2022**

* En el año 2004 era excepcional que las postas rurales realizaran atención de personas con trastorno mental, por lo que no se recogió esta información
** En el año 2004 se usó una definición más restrictiva que no incluyó unidades de rehabilitación, talleres laborales y casas club

Los centros de salud mental comunitaria se diferencian de las unidades de psiquiatría ambulatoria en que proveen un mayor promedio de prestaciones por usuario al año (9,8 atenciones), tienen un tiempo de espera más corto para la primera consulta psiquiátrica (35 días), un mayor porcentaje de sus usuarios reciben intervenciones psicosociales (84%) y un mayor porcentaje de estos centros entrega intervenciones en la comunidad (56,1%). El porcentaje de niños y adolescentes que son atendidos en ellos es inferior a lo esperado por demografía y epidemiología, y lo mismo ocurre en las unidades de psiquiatría ambulatoria.

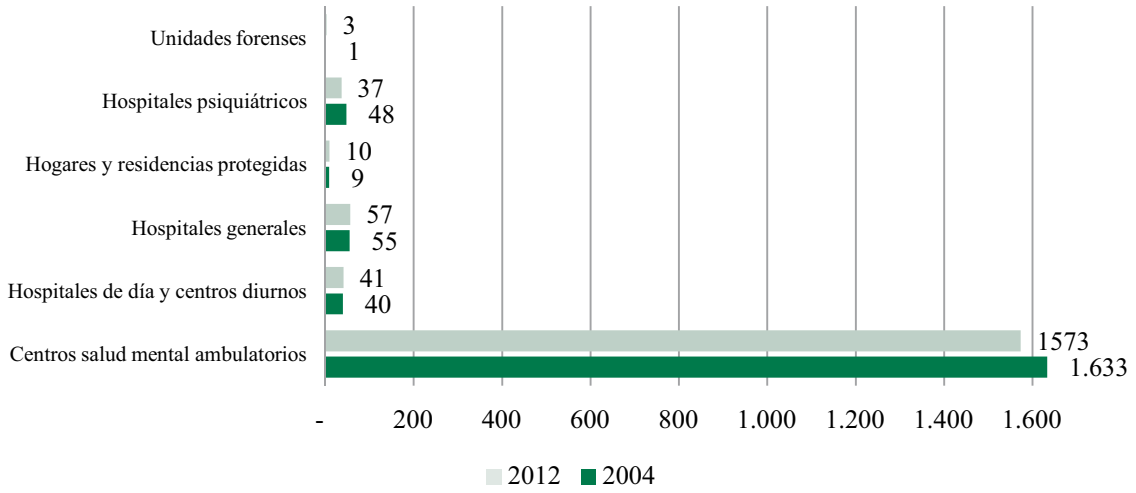
1 Organización Mundial de Salud. Mental Health Atlas 2011. OMS, Ginebra 2011.

Las medidas forzadas en las hospitalizaciones psiquiátricas (admisiones involuntarias de urgencia o con autorización de las SEREMI, los ingresos judiciales, la contención física y la reclusión en aislamiento) han aumentado entre los años 2004 y 2012 tanto en los hospitales generales como en los psiquiátricos. Las camas en los hospitales psiquiátricos han continuado disminuyendo en este período de 8 años, especialmente a costa de la disminución de las camas de larga estadía (781 en el 2004 y 441 en el 2012). Se han implementado nuevas unidades de psiquiatría forense y en este período ha aumentado el número total camas forenses de 86 a 209, manteniéndose un porcentaje mayoritario de usuarios que tienen una estadía menor a 1 año (58,9%).

A pesar de los avances en el desarrollo de la red de dispositivos de salud mental en todo el país, se mantiene la mayor concentración de recursos en el Gran Santiago Urbano (con indicadores de recursos de salud mental del doble o más que el promedio nacional). Se mantiene también un bajo porcentaje de utilización de los servicios de salud mental por parte de personas de zonas rurales y de minorías étnicas, religiosas y lingüísticas. Además, la información obtenida muestra desigualdades entre beneficiarios de ISAPRES y de FONASA, con los primeros teniendo un mayor acceso a prestaciones ambulatoria y de hospitalización.

El mayor número de dispositivos de salud mental de especialidad y su mayor capacidad de atención que se observa en el año 2004 no se ha traducido en un aumento de la tasa de personas en tratamiento en comparación con el año 2012 (figura 1). Cuando se desglosan estas cifras por SS se observa una alta variabilidad, así para los centros de salud mental ambulatorios la tasa mínima es de 454 personas tratadas por 100.000 beneficiarios FONASA y la máxima de 3.516, para la hospitalización de corta estadía la mínima es 10 y la máxima 381, para los hospitales de día más los centros diurnos la mínima es de 6 y la máxima de 347, y para los hogares y residencias protegidas la mínima es de 4 y la máxima de 44.

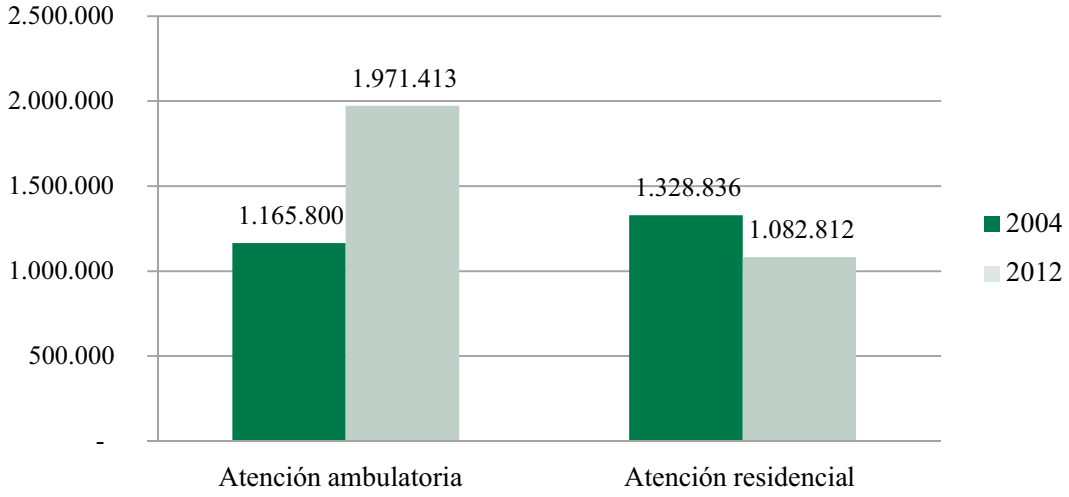
Figura 1 - Personas tratadas en dispositivos de salud mental públicos 2004 -2012 (tasa por 100.000 beneficiarios)



La razón de prestaciones ambulatorias/prestaciones residenciales, la cual es utilizada por la OMS como un indicador de nivel de desarrollo del modelo de servicios comunitarios, ha experimentado una variación significativa entre los años 2004 y 2012, cambiando de 0,88 en el 2004 a 1,82 en el 2012. La figura 2 ilustra lo anterior, mostrando que la suma de las atenciones ambulatorias ha pasado en el 2012 a ser mayor que la suma de las atenciones residenciales. La atención ambulatoria se calculó sumando el número de consultas ambulatorias de salud mental (nivel secundario) con el número de días de asistencia a hospitales de día y centros diurnos. Por su parte, la atención residencial se calculó sumando el número de días correspondientes a hospitalización total (corta, mediana o larga estadía) con el número de días en hogares y residencias protegidas. Sin embargo, como la mayoría de los indicadores de los SS, se observa una variabilidad entre ellos, con algunos valores extremos, donde los 2 SS con el porcentaje más bajo de prestaciones ambulatorias (alrededor del 30%) son los que tienen los hospitales psiquiátricos con el número más alto de personas en larga estadía, y los 2 SS con el porcentaje más alto de prestaciones ambulatorias (alrededor del

90%) son SS con un número relativamente bajo de camas de corta estadía para el tamaño de su población y con algunos de sus usuarios utilizando camas de corta estadía en un hospital psiquiátrico.

Figura 2. Comparación de atención ambulatoria (N° de consultas + Nº de días en hospital de día o centro diurno) con atención residencial (Nº de días en hospitales, hogares y residencias protegidas) años 2004 y 2012



Área 3: Salud mental en atención primaria de salud

La mayoría de los indicadores de salud mental en APS se comparan positivamente en el 2012 con su nivel en el 2004, así por ejemplo, aumentó el porcentaje de centros que cuentan con psicólogo, así como la cantidad de psicólogos y el promedio de horas que disponen por centro, aumentó el porcentaje de médicos APS que interactúan con equipos de salud mental secundarios, a través de consultorías, y también aumentaron los porcentajes de centros que realizaron actividades de medicina alternativa y que trabajan con organizaciones de usuarios y familiares de salud mental (ver tabla 2). Los únicos indicadores que tuvieron una evolución negativa fueron los relacionados con la capacitación en salud mental de los médicos de APS, bajando tanto el porcentaje de médicos capacitados (de 23,1% a 18,6%) como el porcentaje de centros con al menos un médico capacitado (de 65,1% a 57,4%).

En la atención primaria también se observó variabilidad en la mayoría de los indicadores estudiados en los distintos SS. Así por ejemplo, el porcentaje de médicos con jornada completa en APS por SS que refieren un promedio mínimo de un usuario por mes a equipos de salud mental del nivel de especialidad tiene una mediana de 69%, valor mínimo de 55% y máximo de 89%. El porcentaje de todos los médicos APS por SS que participan en consultoría tiene una mediana de 38%, valor mínimo de 17% y máximo de 69%. El porcentaje de centros APS que participan en consultoría presenta una mediana de 85% pero con fluctuaciones extremas entre 33% y 100%. Altas variaciones también se observan en el porcentaje de centros APS para cada SS que realizan interacciones con agentes de medicina tradicional o alternativa en temas de salud mental, con organizaciones de usuarios de salud mental y con organizaciones de familiares de usuarios.

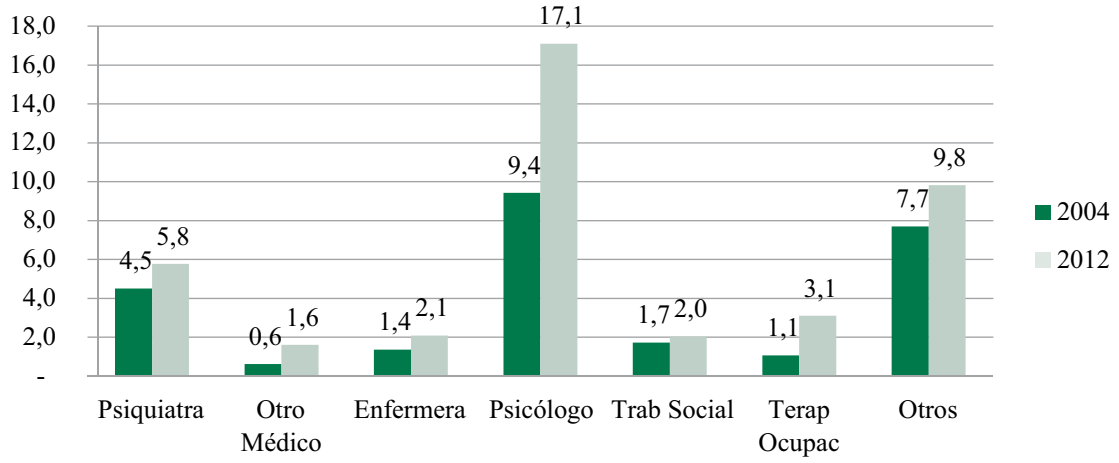
Tabla 2. Comparación de indicadores de funcionamiento de la red de salud mental en APS entre los años 2004 y 2012 (Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004 y dispositivos de salud mental)		
	2004	2012
N° respuestas	401	586
% de centros con 1 o más psicólogos	89,5%	99,6%
N° promedio de psicólogos por centro	1,7	2,5
Nº promedio de horas/semana psicólogo por centro	47,3	83,6
N° promedio de médicos por cada psicólogo	3,6	2,2
% médicos APS capacitados en salud mental	23,1%	18,6%
% de centros con 1 o más médicos capacitados	65,1%	57,4%
% de centros con normas de salud mental	89,0%	92,3%
% de centros c/ interacción profesional SM/mes	82,3%	82,0%
% médicos c/interacción profesional SM/mes	35,4%	39,3%
% médicos con 1 o más referencias/mes a SM	68,7%	68,1%
% centros c/actividades medicina alternativa	14,9%	33,9%
% centros c/organizaciones usuarios SM	31,3%	64,8%
% centros c/organizaciones familiares SM	15,0%	18,8%

Área 4: Recursos humanos

El número total de recursos humanos dedicados a salud mental y psiquiatría en Chile en el sistema público en el año 2012 se estima en 41,5 profesionales y técnicos por 100.000 beneficiarios de FONASA. Esta cifra representa un incremento de más del 50% de la tasa para el año 2004 (26,4 por 100.000). Las tasas de las diferentes profesiones se muestran en la figura3, donde se destaca la tasa de psicólogos (17,1 por 100.000 en el 2012), profesión que ha experimentado el mayor aumento, y la menor de enfermeras y trabajadores sociales que trabajan en salud mental (2,1 y 2,0 respectivamente). En la categoría otros recursos de salud mental (9,8 por 100.000), la mayoría corresponde a técnicos de enfermería y en una menor proporción a otras profesiones.

Al observar la totalidad de profesionales de salud mental existentes en el país, se hace más evidente la desproporción existente entre la cantidad de psicólogos (tasa de 171,5 por 100.000 habitantes) y el resto de los otros profesionales (tasas de psiquiatra de 7,0; enfermera de 2,0; trabajador social de 1,9 y terapeuta ocupacional de 3,0, todas por 100.000 habitantes). Las tasas de graduación de los distintos profesionales de salud mental indican que esta desproporción se seguirá acentuando en los próximos años (tasa de graduación de psicólogos de 7,52 al año, en comparación con 0,91 de terapeutas ocupacionales y de 0,28 de psiquiatras, todas por 100.000 habitantes).

Figura 3. Recursos humanos de salud mental en el sistema público 2004 - 2012 (tasas por 100.000 inscritos en FONASA)



Área 5: Educación de la población y trabajo con otros sectores

De acuerdo a información recibida del Ministerio de Educación, el 13,7% de las escuelas primarias y secundarias del país tienen al menos un profesional de salud mental a tiempo parcial o completo. Existen diferencias en la disponibilidad de este profesional según el tipo de escuela; es así como el mayor porcentaje se observa en las municipales (18,4%) y el menor en las particulares pagadas (4,6%).

El Programa Habilidades para la Vida de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas JUNAEB) es la iniciativa más importante de tipo nacional en promoción y prevención de salud mental en las escuelas. Este programa tiene una cobertura de 26,7% de las escuelas municipales y 7,2% de las particulares subvencionadas y, en términos de estudiantes, beneficia al 18% de los estudiantes de escuelas municipales y al 3,3% de las particulares subvencionadas.

De acuerdo a la respuesta obtenida del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, no existen en Chile disposiciones legales que obliguen a los empleadores a contratar un cierto porcentaje de empleados con discapacidad mental, ni tampoco existen para otros tipos de discapacidad. Sin embargo, se están llevando a cabo una serie de acciones y programas con el fin de favorecer la empleabilidad de las personas con discapacidad.

De la revisión de legislación chilena sobre salud mental y trabajo, se deduce un muy pobre cumplimiento de las disposiciones existentes en la propia Constitución Política de la República y de varias otras leyes, que expresamente señalan que no debe existir ningún tipo de discriminación laboral y que toda persona tiene el derecho a la libre elección del trabajo con una justa retribución. En oposición a ello, la Ley 18.600 que Establece Normas Sobre Deficientes Mentales, señala en su artículo 16: “En el contrato de trabajo que celebre la persona con discapacidad mental, podrá estipularse una remuneración libremente convenida entre las partes, no aplicándose a este respecto las normas sobre ingreso mínimo”.

En el Ministerio de Vivienda y Urbanismo existe una oferta de subsidios que incluye a personas con discapacidad, entregándoles mayor puntaje en la postulación y asignándole más recursos para la construcción y adecuación de sus casas de acuerdo a la discapacidad que posean. El sistema de postulación no distingue por tipo de discapacidad, mental, sensorial o física. La persona requiere estar inscrita en el Registro Nacional de Discapacidad para postular al subsidio. No existen disposiciones que se refieran específicamente a personas con trastornos mentales graves (esquizofrenia, otras psicosis, trastorno bipolar y depresión grave) y no existen tampoco disposiciones legales o financieras específicas relativas a la protección contra la discriminación en la asignación de viviendas para personas con discapacidad mental y/o trastornos mentales graves.

El Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Mental, de la Subsecretaría de Salud Pública y de la Unidad de Salud Mental, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, mantiene una colaboración oficial (con acuerdo escrito o la realización de actividades o publicaciones conjuntas) con los siguientes programas de salud:

- Atención primaria de salud (APS)
- VIH/SIDA
- Salud reproductiva
- Salud del niño
- Salud del adolescente
- Salud del adulto
- Salud del adulto mayor
- Salud de pueblos indígenas
- Promoción de salud
- Salud laboral
- Discapacidad y Rehabilitación

También existe colaboración oficial con instancias de los siguientes sectores:

- Prevención y tratamiento del abuso de sustancias
- Sistema de protección infantil

- Servicios y programas para la discapacidad
- Educación
- Trabajo
- Vivienda
- Sistema de protección social
- Servicios y programas para adultos mayores
- Sistema judicial
- Sistema carcelario

Además en cada región, a través de los encargados de salud mental de las SEREMI, y en cada área de atención, a través de los encargados de salud mental de los Servicios de Salud, se han establecido sistemas de colaboración oficial con la mayoría de los programas de salud y con las instancias de otros Sectores, no Salud, ya mencionados.

En relación a las interacciones con la sociedad civil y sus organizaciones, un sector relevante es el de las asociaciones de familiares y de usuarios de servicios de salud mental.

A partir de la información enviada por 77 organizaciones de usuarios y familiares, se puede estimar que existen aproximadamente 8.000 usuarios y 5.000 familiares que participan en estas asociaciones en todo el país, cifras algo inferiores a las encontradas el 2004. De las respuestas obtenidas, el 63,6% correspondía agrupaciones de usuarios, 15,6% de familiares y 19,5% eran mixtas, con participación tanto de usuarios como de familiares.

Área 6: Monitoreo e investigación

Existe un conjunto de datos que surgen del registro continuo que hacen todos los dispositivos de salud mental públicos y privados (información proporcionada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud – DEIS).

Dos de los seis indicadores que el WHO-AIMS priorizó para establecimientos de hospitalización psiquiátrica no se registran en Chile (N° de ingresos involuntarios y N° de usuarios con contención). Para los otros 4 indicadores, el registro y envío al DEIS se cumple en casi el 100% de los hospitales públicos, psiquiátricos y generales, en alrededor del 80% de las clínicas privadas y solamente en el 40% de los hospitales de las Fuerzas Armadas.

Un bajo porcentaje de profesionales que trabajan en el sistema público han estado involucrados en investigaciones sobre salud mental en los 5 años previos a este estudio. Desde el punto de vista de las profesiones, el porcentaje de psiquiatras que ha participado en investigaciones es casi el doble que el de cada uno de los otros profesionales (19,6% para los psiquiatras y un rango de 7,9% a 11,8% de los otros profesionales). En cuanto al tipo de establecimiento, los porcentajes más altos de profesionales involucrados en investigación se da en los centros ambulatorios de especialidad que no son centros comunitarios (centros de diagnóstico y tratamiento - CDT, centros de referencia en salud – CRS y consultorios de especialidad adosados a hospitales – CAE).

La revisión de artículos científicos 2008-2012 sobre salud en Chile realizada en PubMed (US National Library of Medicine (NLM), National Institutes of Health) mostró un crecimiento de las publicaciones sobre la salud en nuestro país y, proporcionalmente mayor, en aquellas referidas a la salud mental que a las de salud física. El número de artículos sobre salud mental aumentó de 12 en el año 2008 a 27 en el 2012, y el porcentaje que ellos representaron en relación al total de publicaciones de salud sobre Chile crecieron de 6,2% en el 2008 a 10,0% en el 2012. En comparación con el estudio WHO-AIMS del 2004, se evidenció un alza del porcentaje de artículos sobre salud mental desde el 2,0% de promedio de los años 2000-2004 al 9,6% de promedio de los años 2008-2012.

Conclusiones

Principales avances:

- Los sistemas de salud mental han tenido un desarrollo importante en Chile, especialmente en el sistema público y, en comparación con la evaluación previa del 2004, se observan cambios favorables en varios aspectos.

- El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2000 ha seguido implementándose progresivamente, disponiéndose de un número creciente de dispositivos de salud mental, con mayor descentralización y accesibilidad, profundizando el modelo comunitario de servicios
- Algunos de los dispositivos que presentaban un número insuficiente han logrado un aumento considerable en estos 8 años, tales como los centros de salud mental comunitaria, los servicios de psiquiatría de corta estadía en hospitales generales, los hogares y residencias protegidas, y las unidades de psiquiatría forense.
- Las camas de larga estadía en los hospitales psiquiátricos han continuado disminuyendo.
- El programa de salud mental ha sido incorporado en casi todos los centros APS urbanos y más de la mitad de las postas rurales. Se dispone de normativas acerca de cómo manejar problemas mentales, de un número creciente de horas de psicólogos y destinación de horas de médicos y trabajadores sociales, medicamentos psicotrópicos, y articulación con los equipos de especialidad.
- El análisis de información para cada uno de los 29 Servicios de Salud del país permitió apreciar el alto nivel de desarrollo que han alcanzado estos subsistemas de salud mental y como gradualmente han ido implementando los distintos componentes de la red propuesta en el Plan Nacional.
- La mayoría de los Servicios de Salud ha desarrollado una red basada en el modelo comunitario, con descentralización de dispositivos, atendiendo una tasa mayor de personas en forma ambulatoria que cerrada y con un porcentaje mayor de prestaciones ambulatorias que residenciales.
- Chile ha aprobado nuevas legislaciones que contribuyen a la promoción, protección y recuperación de la salud mental, y también a la rehabilitación, inclusión social y ejercicio de ciudadanía de las personas con discapacidad mental.
- El sistema público ha continuado destinando a salud mental más del 2% del presupuesto total de salud, lo cual representa casi el doble de lo destinado en la década de los noventa.
- El sistema público ha aumentado también la cantidad de recursos humanos para la atención de especialidad en salud mental, con un incremento de más del 50% de la tasa existente en el año 2004.
- La salud mental y la enfermedad y discapacidad mental gradualmente tienen una mayor presencia en sectores fuera de salud.
- El país ha desarrollado una serie de sistemas de recolección de datos y de iniciativas de investigación que permiten disponer en la actualidad de mayor información epidemiológica y de evaluación de planes, programas y servicios de salud mental que la que se disponía en el año 2004.

Aspectos críticos

- Los centros de salud mental comunitarios aún están muy distantes de cumplir con la norma técnica de uno por cada 40.000 beneficiarios y de disponer de la cantidad de recursos humanos que requieren para su funcionamiento.
- En el nivel ambulatorio de salud mental de especialidad (sistema público) aumentó el tiempo de espera para la primera consulta con psiquiatra.
- La tasa nacional de personas en tratamiento disminuyó en el 2012 en comparación con el 2004.
- La implementación de hogares y residencias protegidas y la reconversión que ha tenido el Hospital El Peral representan un desarrollo acorde con las indicaciones del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en orden a la formación de equipos ambulatorios, hospitales de día y servicios de psiquiatría en hospitales generales. Los otros hospitales psiquiátricos han optado por responder a otras necesidades de la población,

creando unidades en su interior (unidades forenses, patología dual, adolescentes con consumo de sustancias y infracciones a la ley, etc.).

- La permanencia aún de 441 personas en servicios de larga estadía de los hospitales psiquiátricos es otra debilidad aún no resuelta por el sistema de salud público.
- El acceso a atención en salud mental y la calidad de ella varían enormemente según el Servicio de Salud, la ciudad y comuna, y el centro APS donde el beneficiario esté inscrito.
- Existen diferencias en algunos indicadores de recursos para salud mental entre el Gran Santiago Urbano y la totalidad de Chile
- Los niños y adolescentes aún no acceden a los servicios de salud mental en la proporción consecuente con la representación que tienen en la población FONASA y con la prevalencia encontrada en Chile para trastornos mentales.
- Existe un bajo porcentaje de centros ambulatorios de especialidad que ofrecen un acceso adecuado de población rural y de minorías lingüísticas, étnicas y religiosas.
- El acceso a tratamiento de salud mental de los beneficiarios de ISAPRES es 8 veces superior al de los beneficiarios de FONASA y también tienen una tasa de hospitalización 1,5 veces mayor.
- Un bajo porcentaje del presupuesto de salud se asigna a salud mental. El 2,16% que se encontró para este indicador en el año 2012 es inferior al 3,1% que se alcanzó en el año 2008 e inferior a la meta de 5% que fijó el Plan Nacional para el 2010. En todo caso, el Informe recoge sólo los gastos propios de la operación.
- La legislación chilena no reconoce en plenitud los derechos de las personas con discapacidad mental tal como lo establece la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y que Chile ratificó en el año 2008
- Aumento entre los años 2004 y 2012 de medidas de privación de libertad, como es el caso de las hospitalizaciones involuntarias, la contención física y la reclusión en salas de aislamiento, con alto riesgo para la trasgresión de derechos humanos.
- Baja presencia y bajo nivel de organización de las agrupaciones de usuarios y de familiares en salud mental.
- El mercado de la formación profesional en Chile ha producido un crecimiento mayor en el número de psicólogos que de otros profesionales, lo cual se asocia en el sistema público con una proporción mayor de estos profesionales en los equipos APS y de especialidad que lo que recomienda el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.
- Las actividades de salud mental de sectores fuera de salud aún tienen coberturas insuficientes, como es el caso de la promoción y prevención en escuelas (menor al 10% de los estudiantes), o no tienen la especificidad que requieren las personas con enfermedades y/o discapacidades mentales.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en Chile. El 22% de la población alcanza los criterios para haber experimentado alguno de estos trastornos en los últimos 12 meses[2], los que contribuyen de manera significativa a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Los trastornos neuropsiquiátricos son responsables de un 23 % de la carga de enfermedad en el país[3]. Constituyen por tanto, un muy importante problema de salud pública. La implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría durante los últimos 12 años y la inclusión de cuatro problemas de salud mental en el GES han permitido disponer de una cantidad mayor de recursos humanos y operacionales para salud mental en el sector público. Estos recursos se han asignado de acuerdo al modelo comunitario de salud mental, focalizándose en dispositivos ambulatorios, descentralizados y más cercanos al hogar de los usuarios, de preferencia en centros APS y equipos especializados comunitarios. Esto ha permitido que un número creciente de personas accedan a tratamiento por enfermedades mentales, disminuyendo en parte las brechas de atención existentes en el sistema público. A su vez, el GES ha permitido mejorar la cobertura de atención en salud mental en el sistema privado.

Nuestro país ha tenido también importantes avances en el campo legislativo, en el respeto de los derechos de las personas con discapacidad mental y en la participación social de usuarios. Es así como Chile fue signatario de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad el año 2008, promulgó la Ley 20.422, que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad en el 2010 y la Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con las Acciones Vinculadas a su Atención en Salud en el 2012. Todas estas leyes promueven y protegen una serie de derechos de las personas con discapacidad mental. Por otra parte la Comisión Nacional de Protección de las Personas con Enfermedad Mental y sus equivalentes regionales han mantenido un trabajo continuo de fiscalización de los servicios de hospitalización psiquiátrica y de recepción de quejas desde el año 2001, y las organizaciones de usuarios y familiares se han multiplicado en diversos puntos del país, fortaleciendo la asociatividad y haciendo escuchar sus necesidades y propuestas.

Los avances realizados por Chile se enmarcan dentro de las orientaciones de políticas y planes que ha proporcionado la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de documentos tales como el Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS del 2001 dedicado a la salud mental, el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) de la OMS del 2008 y la Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental de OPS del 2009.

Es de interés del Ministerio de Salud conocer los avances que ha realizado el Sistema de Salud Mental de Chile desde el año 2004 (fecha de la primera evaluación global con el Instrumento WHO-AIMS) hasta la fecha, identificando fortalezas y debilidades que contribuyan al desarrollo del nuevo Plan Nacional de Salud Mental para la década y al logro de los Objetivos Sanitarios 2011-2020, así como construyendo una nueva línea base para medir los avances a futuro. La oportunidad de disponer del Instrumento WHO-AIMS (y su versión en español IESM-OMS) permite obtener un diagnóstico actual del sistema nacional de salud mental, su comparación con la información obtenida para el año 2004 y también un diagnóstico comparativo de los sistemas territoriales de salud mental representados por cada uno de los Servicios de Salud.

2 Vicente B, Kohn R, Rioseco P et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. Am J Psychiatry 2006; 163:1362-1370.

3 Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, Santiago 2008.

Objetivos

General:

Disponer de información para la formulación de políticas y planes de salud mental y determinar una línea base para monitorear posteriormente los cambios que se generen.

Específicos:

1. Recolectar la información necesaria para describir y dimensionar los recursos disponibles y la utilización de servicios en las siguientes áreas de categorías e instituciones, de acuerdo al instrumento WHO-AIMS (IESM-OMS):

ÁREA 1: POLÍTICA Y MARCO LEGISLATIVO
Política, plan y legislación
Financiación de los Servicios de Salud Mental
Políticas de Derechos Humanos

ÁREA 2: SERVICIOS DE SALUD MENTAL
Organización de los servicios de salud mental
Centros de Salud Mental Ambulatorios
Centros de Tratamiento Diurno
Unidades de Corta Estadía en Hospitales Generales y Clínicas
Psiquiátricas Privadas
Hogares y Residencias Protegidas
Desarrollo de la Red de Salud Mental Pública fuera de los Hospitales Psiquiátricos
Hospitales Psiquiátricos
Unidades de Psiquiatría Forense
Otros Dispositivos
Derechos Humanos y Equidad
Visión Global de los Servicios de Salud Mental

ÁREA 3: SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
Formación en salud mental para personal de atención primaria
Inserción de Salud Mental en Atención Primaria
Disponibilidad de Medicamentos Psicotrópicos en Centros APS

ÁREA 4: RECURSOS HUMANOS
Número de recursos humanos en salud mental
Formación y capacitación de profesionales en salud mental
Asociaciones de usuarios y familiares

ÁREA 5 EDUCACIÓN DEL PÚBLICO Y VÍNCULOS CON OTROS SECTORES
Campañas de educación y concientización sobre salud mental
Disposiciones legales sobre empleo y asignación de viviendas
Colaboración con entidades de salud general y de otros sectores

ÁREA 6 EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN
Evaluación de los servicios de salud mental
Investigación sobre salud mental

2. Comparar la información que se obtenga con el instrumento WHO-AIMS con la información similar recopilada para el año 2004 para dimensionar los avances de las políticas y plan de salud mental.

3. Analizar las diferencias existentes en recursos y utilización de servicios de salud mental entre los diferentes Servicios de Salud del país para identificar áreas críticas de desarrollo para futuras políticas y planes.

2. METODOLOGIA

Con el fin de cumplir con los objetivos se efectuó un estudio transversal con dos unidades de análisis: 1) El sistema nacional de salud mental de Chile (incluyendo el sector salud y otros sectores) al año 2012 y su comparación con la información de estudio similar efectuado para el año 2004, y 2) Los sistemas de atención en salud mental de los territorios correspondientes a los Servicios de Salud del país, con una comparación entre ellos en términos de recursos y acceso a atención.

Áreas, secciones e ítems a evaluar:

La investigación compiló y sistematizó la información requerida en las 6 áreas del instrumento WHO-AIMS de la Organización Mundial de la Salud[4] (ver tabla 0.1).

TABLA 0.1. ÁREAS Y APARTADOS DEL WHO-AIMS 2.1 (IESM-OMS 2.1) A EVALUAR		
ÁREA 1: POLÍTICA Y MARCO LEGISLATIVO		
Sección	Descripción	Ítems
1.1 Política de salud mental	Fecha y componentes incluidos en la política de salud mental y lista de medicinas esenciales.	3
1.2 Plan de salud mental	Fecha, componentes incluidos y especificación de estrategias en el plan de salud mental.	4
1.3 Legislación en salud mental	Fecha, componentes incluidos e implementación de la legislación de salud mental.	3
1.4 Monitoreo de derechos humanos	Evaluación y formación en la protección de los derechos humanos en los servicios de salud mental.	5
1.5 Financiación de servicios de salud mental	Gastos y fuentes financieras en los servicios de salud mental	6
ÁREA 2: SERVICIOS DE SALUD MENTAL		
2.1. Integración organizacional de los servicios de salud mental	Integración organizacional de los servicios de salud mental en todos los establecimientos o dispositivos	3
2.2. Establecimientos de salud mental ambulatorios	Usuarios atendidos y servicios brindados a través de establecimientos o dispositivos de salud mental ambulatorios	9
2.3. Establecimientos de tratamiento diurno	Usuarios y uso de establecimientos o dispositivos de tratamiento diurno de salud mental	6
2.4. Hospitalización psiquiátrica de base comunitaria	Camas, pacientes y uso de unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria	9
2.5. Dispositivos residenciales comunitarios	Camas/lugares, usuarios y uso de dispositivos residenciales comunitarios	7
2.6. Hospitales psiquiátricos	Camas, pacientes y uso de hospitales psiquiátricos	12
2.7. Unidades forenses de hospitalización psiquiátrica	Camas y pacientes en unidades forenses de hospitalización psiquiátrica	3
2.8. Otros dispositivos residenciales	Disponibilidad de camas/lugares en dispositivos residenciales que brindan atención a personas con trastornos mentales	2
2.9. Disponibilidad de tratamiento psicosocial	Porcentaje de usuarios que reciben tratamientos psicosociales	3
2.10 Disponibilidad de medicinas psicotrópicas	Disponibilidad efectiva en todo momento de medicinas en dispositivos de salud mental.	3
2.11. Igualdad de acceso a los servicios de salud mental	Igualdad de acceso a los servicios de hospitalización en salud mental para los diferentes grupos de población	6
ÁREA 3: SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA		
3.1 Atención primaria de salud brindada por médico	Formación de médicos para la atención primaria de salud en salud mental, vínculo con el sistema de salud mental y medicinas psicotrópicas en la atención primaria de salud brindada por médico	7
3.2 Atención primaria de salud no brindada por médico	Formación del personal no médico para la atención primaria, vínculo con el sistema de salud mental y medicinas psicotrópicas en la atención primaria brindada por personal no médico	9

4 Organización Mundial de la Salud. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental (IESM-OMS). OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Ginebra 2005.

3.3 Interacción con profesionales complementarios/ alternativos/ tradicionales	Interacción entre los establecimientos para la atención primaria de salud y establecimientos de salud mental con profesionales complementarios/alternativos/ tradicionales	3
ÁREA 4: RECURSOS HUMANOS		
4.1 Número de recursos humanos	Número de personal que trabaja en o para establecimientos de salud mental	8
4.2 Formación para profesionales en salud mental	Aspectos de formación profesional en salud mental	5
4.3 Asociaciones de usuarios y familias	Membresía y apoyo para asociaciones de usuarios y asociaciones de familias	4
4.4 Actividades de asociaciones de usuarios, familias y ONG.	Gama de actividades de asociaciones de usuarios/ asociaciones de familias y otras ONGs involucradas en salud mental	8
ÁREA 5 EDUCACIÓN DEL PÚBLICO Y VÍNCULO CON OTROS SECTORES		
5.1 Campañas de educación y concienciación sobre salud mental	Especificación de actividades, métodos y poblaciones meta en campañas de educación y concienciación sobre salud mental	4
5.2 Vínculos con otros sectores: colaboración oficial	Colaboración oficial en forma de leyes, administración y programas con (otros) entes de salud y sectores distintos al de salud, orientada a mejorar la salud mental	5
5.3 Vínculos con otros sectores: actividades	Alcance de las actividades fuera del sector de salud mental que abordan las necesidades de personas con problemas de salud mental	9
ÁREA 6 EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN		
6.1 Evaluación de los servicios de salud mental	Información mínima definida, sistemas de información sobre salud mental en hospitales psiquiátricos, en unidades de hospitalización de base comunitaria y en dispositivos ambulatorios, transmisión de datos por parte de los dispositivos e informe sobre servicios	6
6.2 Investigación sobre salud mental	Profesionales involucrados en investigación, proporción de la investigación de salud dedicada a salud mental y tipo de investigación	3

Instrumentos para la recolección de información

Se elaboraron cuestionarios que cubrieran los distintos ítems del WHO-AIMS y adecuados para los diferentes dispositivos y establecimientos de salud mental y para las diferentes instituciones y organizaciones que se consideró por ser fuentes de datos para el presente estudio. Todos los cuestionarios incluían definiciones operacionales que facilitaran la comprensión de las preguntas y del tipo de información que se estaba solicitando.

Los cuestionarios para los dispositivos de salud mental, que tienen una mayor extensión y algún grado de dificultad para ser contestados, se sometieron a un proceso de validación a través de correos electrónicos con representantes de los distintos tipos de establecimientos.

Fuentes de información

Se envió cuestionario y/o se realizaron consultas con las siguientes fuentes principales:

- **Ministerio de Salud y Organismos Autónomos Nacionales**

  1. Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública
  2. Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Subsecretaría de Salud Pública
  3. Fondo Nacional de Salud (FONASA)
  4. Unidad de Salud Mental, Subsecretaría de Redes Asistenciales
  5. Encargados de Salud Mental de Servicios de Salud
  6. Superintendencia de Salud
  7. Comisión Nacional de Protección de las Personas con Enfermedad Mental

- **Las 15 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI)**

- **Otros sectores fuera de salud**

1. Ministerio del Trabajo
2. Ministerio de Vivienda
3. Ministerio de Educación
4. Ministerio de Justicia
5. Carabineros de Chile y Policía de Investigaciones de Chile
6. Corporación Administrativa del Poder Judicial
7. Servicio Nacional de la Discapacidad
8. Instituto de Previsión Social
9. Gendarmería de Chile
10. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas

- **Red de atención en salud mental y psiquiatría pública y privada**

En la tabla 0.2 se muestran los dispositivos de la red a los cuales se les envió cuestionarios y los porcentajes de respuestas recibidas.

Tabla 0.2 Recepción de cuestionarios de los estudios WHO-AIMS 2004 y 2012 para la red de atención

Tipo de dispositivo	N° de establecimientos		N° de cuestionarios recibidos		Porcentaje de recepción (%)	
	2004	2012	2004	2012	2004	2012
Centros de Salud Familiar CESFAM	596	832	405	586	68%	70%
Centros de salud urbano CGU						
Centros de salud rural CGR						
Hospitales de menor complejidad						
Centros comunitarios de salud familiar CECOF						
Postas de salud rural	1162	1186	139	637	12%	54%
Centros de salud mental comunitaria	38	83	37	82	97%	99%
Unidades de psiquiatría en CAE, CDT y CRS	57	53	54	48	95%	91%
Hospitales diurnos	40	45	40	41	100%	93%
Unidades corta estadía adultos en hosp. generales	19	23	17	23	89%	100%
Unidades corta estadía adolescentes hosp. Generales	1	8	1	8	100%	100%
Hospitales psiquiátricos	5	5	5	5	100%	100%
Centros diurnos y similares	25	46	25	46	100%	100%
Hogares protegidos	85	145	85	141	100%	97%
Residencias protegidas	25	45	25	41	100%	91%
Hogares forenses	0	9	0	9		100%
Servicios psiquiatría forense	3	5	3	5	100%	100%
Unidades corta estadía en centros del SENAME	0	1	0	1		100%
Clínicas psiquiátricas privadas	31	30	10	12	32%	40%
TOTALES	**2.087**	**2.515**	**846**	**1.685**	**41%**	**67%**

- **Universidades, institutos y centros de formación (escuelas de medicina, enfermería, psicología, terapia ocupacional, trabajo social y técnico de enfermería)**

En la tabla 0.3 se pueden observar las instituciones a las cuales se les envió cuestionarios y los porcentajes de respuestas recibidas.

Tabla 0.3. Recepción de información de universidades, institutos y centros de formación			
Tipo de Escuela	**Nº de Escuelas a las que se envió cuestionario**	**Nº de respuestas recibidas**	**Porcentaje de recepción (%)**
Medicina	21	18	85,7
Psicología	34	18	52,9
Enfermería	32	18	56,3
Trabajo social	28	9	32,1
Terapia ocupacional	12	7	58,3
Técnico enfermería	72	14	19,4

- **Sociedades científicas y colegios profesionales**

1. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía
2. Colegio de Enfermeras
3. Colegio de Trabajadores Sociales
4. Colegio de Psicólogos
5. Colegio de Abogados

- **Organizaciones de usuarios y familiares**

El equipo de investigación contactó diversas fuentes para identificar el máximo número de organizaciones de usuarios y familiares existentes en el país, con sus correspondientes personas a contactar, teléfono y correo electrónico. Las fuentes contactadas fueron:

- Coordinadora Nacional de Organizaciones de Familiares y Usuarios de Personas con Afección de Salud Mental (CORFAUSAM)
- Agrupación Nacional de Usuarios de Servicios de Salud Mental *(*ANUSSAM)
- Fundación Rostros Nuevos
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
- Servicios de Salud
- Centros de atención primaria
- Centros ambulatorios de salud mental y/o psiquiatría

De esta manera se identificaron 545 posibles organizaciones de usuarios y/o familiares con distintos niveles de organización, a los cuáles se les envió un cuestionario o se contactó por teléfono y se recibió respuesta de 77 grupos (tasa de respuesta de 14,1%).

- **Organizaciones no Gubernamentales (ONGs)**

- Fundación Rostros Nuevos/Hogar de Cristo
- Fundación COANIL
- Centro de Salud Mental y Derechos Humanos CINTRAS
- ONG de Desarrollo Comunidad Terapéutica de Peñalolén

- **Sitios web**

Se buscó en los siguientes sitios web información relevante para el estudio:

- Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud. http://www.deis.cl/
- Fondo Nacional de Salud (FONASA). http://www.fonasa.cl
- Superintendencia de Salud. http://www.supersalud.gob.cl

- Ministerio de Educación. http://www.mineduc.cl/
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). http://www.senama.cl/
- Servicio Nacional de Menores. http://www.sename.cl
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). http://www.senda.gob.cl
- PubMed, US National Library of Medicine (NLM), National Institutes of Health. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi

Método de contacto con las distintas fuentes

- Ordinarios del Subsecretario de Redes Asistenciales y del Subsecretario de Salud Pública informando sobre los objetivos del estudio y solicitando el envío de la información necesaria al equipo investigador.
- Correos electrónicos y contactos telefónicos con los Encargados de Salud Mental y los Directores de Atención Primaria de los Servicios de Salud (SS) del país con el fin de que enviaran los cuestionarios a los distintos dispositivos de salud mental y APS del sistema público y reforzaran la solicitud de respuesta para los rezagados.
- Correos electrónicos y contactos telefónicos directos con los referentes o personas de contacto de las distintas fuentes para motivar sobre la importancia del estudio y de la información que pudieran aportar, refuerzo de la solicitud de respuesta para los rezagados, clarificación de dudas sobre la información solicitada y asesoramiento y apoyo en la obtención de la información.
- Entrevistas presenciales y por teléfono con informantes claves de los distintos tipos de fuentes con el fin de clarificar la información disponible en ellas y los métodos más eficientes para obtenerla.

Controles de calidad

La totalidad de los cuestionarios recibidos fueron revisados por el equipo de investigación, con el fin de detectar omisiones, inconsistencias o sospechas de error. En los casos en se descubría alguna de estas situaciones, se contactaba por correo electrónico o teléfono a la persona que había contestado el cuestionario con el objeto de clarificar, apoyar técnicamente y asegurar que la información fuera lo más fidedigna posible.

Las bases de datos Excel, donde fueron digitados los diferentes cuestionarios, fueron revisadas por el equipo de investigación con el fin de aumentar su fidelidad con los datos registrados en los cuestionarios y la validez de la información obtenida.

Se revisaron los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) y Población Bajo Control del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud para el año 2012 con el objeto de completar información que no estuviera disponible en algún dispositivo, detectar inconsistencias con la información entregada por los dispositivos y obtener información para los dispositivos que rehusaron contestar el cuestionaron.

3. RESULTADOS

ÁREA 1: POLÍTICA Y MARCO LEGISLATIVO

Política y plan de salud mental

La última versión de una política y plan de salud mental en Chile es el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2001. En la tabla 1.1 se puede apreciar que la mayoría de los componentes de la política y plan que recomienda la Organización Mundial de Salud (OMS) y que evalúa el WHO-AIMS fueron incluidos en el Plan Nacional del 2001 (7 componentes de los 11 evaluados), y que los 4 no incluidos explícitamente tuvieron de todas formas un desarrollo objetivable desde el 2001 hasta la fecha.

Tabla 1.1.
Componentes incluidos en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2001
(Fuente: Equipo profesional del Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública)

Componentes de la política y plan evaluados en WHO-AIMS	Componentes incluidos en el Plan 2001	No incluidos en el Plan pero con desarrollo en el país
1) Desarrollo de servicios de salud mental comunitarios	X	
2) Optimización de hospitales psiquiátricos	X	
3) Desarrollo de un componente de salud mental en APS	X	
4) Recursos humanos		X
5) Participación de los usuarios y familias	X	
6) Abogacía, defensa y promoción		X
7) Protección de los derechos humanos de los usuarios	X	
8) Igualdad de acceso a servicios de salud mental para diferentes grupos	X	
9) Financiación	X	
10) Mejora de la calidad		X
11) Sistema de evaluación		X

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, del año 2001, incluye especificaciones sobre el presupuesto que es necesario para su implementación, pero no define un cronograma ni metas cuantitativas a lograr. Este Plan incluye objetivos, de los cuales los siguientes han sido logrados satisfactoriamente (de acuerdo a la apreciación del equipo profesional del Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública):

- Desarrollo de salud mental en atención primaria.
- Transformación de hospitales psiquiátricos.
- Articulación y coordinación entre los distintos niveles de atención de salud mental.
- Desarrollo de prioridades programáticas:

  - Promoción y prevención en salud mental: Programa de intervenciones breves en alcohol.
  - Trastornos de salud mental asociados a la violencia: Programa de maltrato infantil, atención de víctimas de violencia intrafamiliar (VIF) en atención primaria y urgencia.
  - Trastornos de hiperactividad/ de la atención en niños y adolescentes en edad escolar: Programa de acción y norma técnica.
  - Trastornos psiquiátricos severos: Garantías Explícita en Salud (GES) de esquizofrenia y trastorno bipolar (desde el 2013).
  - Abuso y dependencia de alcohol y drogas: red de atención en convenio con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y GES para personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas.
  - Depresión: tratamiento integral en APS y GES para personas de 15 años y más.

Dentro de la lista de medicamentos esenciales en el sistema público, Chile ha incluido desde hace varios años antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos y antiepilépticos. Los únicos medicamentos psicotrópicos que no se han incluido en esta lista son los estabilizadores del ánimo. Los seguros privados, por otra parte, disponen en sus listas de medicamentos esenciales de uno o más representantes de los cinco grupos (antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y antiepilépticos).

En relación a situaciones de desastres y emergencias, el Ministerio de Salud ha elaborado el Plan de Protección de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres en el año 2008 y el Manual para la Protección y Cuidado de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres en el 2012.

Legislación de salud mental

El país no dispone de una legislación específica sobre salud mental. Sin embargo, varias leyes incluyen componentes o disposiciones que se aplican o influyen en aspectos de salud mental, tales como:

- Ley Nº 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación a las Acciones vinculadas a su Atención de Salud, promulgada el año 2012. Esta ley hace referencia a la hospitalización y a las prácticas de investigación en personas con discapacidad psíquica e intelectual y determina la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de Comisiones Regionales de Protección, entre otros temas.
- Ley Nº 20.609 que establece Medidas contra la Discriminación, del año 2010.
- Ley N° 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, del año 2010.
- Ley Nº 20.332 sobre Producción, Elaboración y Comercialización de Alcoholes Etílicos, Bebidas Alcohólicas y Vinagres, del año 2009.
- Decreto Nº 201 que promulga la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, del año 2008.
- Ley Nº 20.000 que sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, del año 2005.
- Ley Nº 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud, del año 2004, para lo cual existen actualmente 80 condiciones de salud incluidas, cuatro de ellas correspondientes a condiciones o patologías de salud mental (esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial y dependencia a drogas y alcohol, y trastorno bipolar).
- Ley Nº 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo" del año 2009, el cual incluye aspectos de promoción y protección de la salud mental.

Estas leyes incluyen los siguientes aspectos principales de salud mental:

- Derechos de los usuarios, las familias y otros cuidadores en los servicios de salud mental.
- Asuntos de competencia, capacidad y tutela para personas con enfermedad mental
- Tratamiento voluntario e involuntario.
- Acreditación de profesionales y servicios (establecimientos/dispositivos)
- Aplicación de la ley y otros asuntos del sistema judicial, para personas con enfermedades mentales.
- Mecanismos para supervisar las prácticas de admisión y tratamiento involuntario

Las principales omisiones de la legislación chilena en salud mental se refieren a dos aspectos esenciales para el ejercicio de derechos de las personas con enfermedades y/o discapacidades mentales:

- Acceso a la atención de salud mental, incluyendo el acceso a la atención menos restrictiva.
- Mecanismos para implementar las disposiciones de la legislación de salud mental

El país cuenta además con algunos procedimientos y documentación estandarizada para facilitar la implementación de la legislación relativa a salud mental, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- Reglamentos específicos de las leyes mencionadas

- Guías clínicas para los cuatro problemas de salud mental incluidos en la Ley Nº 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud (esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial y dependencia a drogas y alcohol y trastorno bipolar).
- Reglamento de centros de tratamientos y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas
- Reglamento para la internación de personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan.
- Decreto Exento de MINSAL Nº 525, sobre Modelo de Gestión de Unidad de Psiquiatría Forense Transitoria, documento que describe y establece el modelo de red en esta materia
- Norma de esterilización quirúrgica en personas con enfermedad mental
- Norma técnica para la implementación y funcionamiento de centros de salud mental comunitaria
- Norma técnica de contención en psiquiatría
- Norma técnica para el tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental
- Norma técnica sobre hogares protegidos
- Norma técnica sobre residencias protegidas
- Orientaciones técnica para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría
- Orientación para la atención de población infantil y adolescente con vulneración de derechos e infractores de Ley Penal con trastornos mentales, incluyendo consumo de alcohol y drogas
- Orientaciones técnicas atención de adolescentes con problemas de salud mental
- Norma técnica para el uso clínico de clozapina
- Norma técnica de terapia electroconvulsivante

El Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental[5] ha señalado que si bien existen leyes sobres varios aspectos de salud mental, muchas de ellas no cumplen con los estándares internacionales que han fijado especialmente Naciones Unidas y la Organización Mundial de Salud[6]. A continuación se enumeran algunos ejemplos de esta situación:

- La ley 20.422 no reconoce el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental. En cambio la Convención ONU de Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por Chile en el año 2008, reconoce este derecho, señalando que "los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida".
- La ley 18.600 permite con facilidad declarar la interdicción de una persona con discapacidad mental y nombrar un curador para que maneje sus bienes. Sin embargo, la Convención ONU reconoce el derecho de estas personas a ser propietarias y controlar sus asuntos económicos (con el apoyo de la (s) persona (s) que la persona con discapacidad mental designe).
- La ley 20.584 establece que el derecho de las personas con discapacidad mental a leer la información de su ficha clínica puede ser negado a criterio del médico tratante, en contraposición con el estándar de la OMS que señala que este derecho debe ejercerse siempre.
- La ley 20.584 no contempla la creación de una autoridad independiente para supervisar las hospitalizaciones involuntarias y otras restricciones de derechos ni establece mecanismos de apelación, a diferencia del estándar OMS que contempla ambos aspectos y especifica que dicha autoridad debe ser un organismo de supervisión judicial o cuasi-judicial.
- La ley 20.584 no reconoce en plenitud el derecho de las personas con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (como es el caso de la esterilización y psicocirugía) porque permite que en ciertas circunstancias otras personas tomen dicha decisión. El estándar de la OMS es que solamente la persona

5 Conformado en el año 2012 con la participación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, la Fundación Rostros Nuevos/ Hogar de Cristo y varias otras instituciones y personas

6 Organización Mundial de la Salud. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza 2006.

con discapacidad mental puede dar el consentimiento, y si no tuviera la capacidad para hacerlo, no se puede efectuar un procedimiento irreversible.

En la respuesta obtenida del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) con información legislativa sobre los derechos de las personas con discapacidad mental se destacan otras leyes chilenas que restringen varios derechos que debieran estar garantizados de acuerdo a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que ratificó Chile:

- El Código Civil dispone que toda persona es legalmente capaz, excepto aquellas que la ley declara incapaces (artículo 1446) y agrega que son absolutamente incapaces los "dementes" (…)
- La Ley N° 19.947 de Matrimonio Civil establece incapacidades, al exigir que ambos contrayentes sean legalmente capaces, y excluyendo a quienes han sido declarados en interdicción, a los que por un trastorno o anomalía psíquica sean incapaces de formar la comunidad de vida que implica el matrimonio.
- El Código de Procedimiento Civil, en los artículos 356 y357, establece que "es hábil para testificar en juicio toda persona a quien la ley no declare inhábil". E inhabilita como testigos a: Los que se hallen en interdicción por causa de demencia; los que al tiempo de declarar, o al de verificarse los hechos sobre que declaran, se hallen privados de la razón.
- El Código Civil dispone que el adulto que se halla en un estado habitual de "demencia", deberá ser privado de la administración de sus bienes, aunque tenga intervalos lúcidos (artículo 456). Mientras que cuando el niño "demente" haya llegado a la pubertad, podrá el padre de familia seguir cuidando de su persona y bienes hasta la mayor edad; llegada la cual deberá precisamente provocar el juicio de interdicción (artículo 457).
- El Código Civil también señala que el demente no será privado de su libertad personal, sino en los casos en que sea de temer que usando de ella se dañe a sí mismo, o cause peligro o notable incomodidad a otros. Ni podrá ser trasladado a una "casa de locos", ni encerrado, ni atado, sino momentáneamente, mientras a solicitud del curador, o de cualquiera persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas (artículo466).

Evaluación y formación en derechos humanos en los servicios de salud mental

La Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales tiene dependencia administrativa del Ministerio de Salud y las Comisiones Regionales de Protección de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI)[7]. Ellas tienen la autoridad para inspeccionar establecimientos de hospitalización psiquiátrica, realizar investigación de reclamos sobre atropellos de derechos de usuarios y autorizar procedimientos irreversibles en personas con enfermedades mentales (tales como psicocirugía y esterilización). Sin embargo, estas Comisiones no tienen la función de supervisión judicial o cuasi-judicial de las restricciones de derecho, no vigilan las hospitalizaciones involuntarias ni los procedimientos de alta, ni tampoco tienen la autoridad para imponer sanciones.

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud tienen la función de inspeccionar establecimientos y realizar investigación de reclamos sobre atropellos de derechos. Además, deben autorizar y pueden vigilar las hospitalizaciones involuntarias e imponer sanciones (las cuales pueden llegar hasta el cierre de establecimientos). Sin embargo, los recursos para cumplir estas funciones son insuficientes y en el caso de las hospitalizaciones involuntarias, por ejemplo, se limitan a revisar solicitudes escritas que llegan a sus oficinas y sólo a veces, a requerir antecedentes a la red de atención local; no siempre pueden visitar a las personas afectadas en los distintos lugares de hospitalización con el objeto de verificar si ellas cumplen con los criterios que se especifican en el Reglamento de Internación para ser mantenidas en un establecimiento de salud contra su voluntad.

En la tabla 1.2 se muestra el porcentaje de establecimientos de salud mental que recibieron alguna capacitación y supervisión en asuntos de derechos humanos de parte de las SEREMI de Salud y Comisiones Nacional y Regionales de Protección durante el año 2012. Alrededor de la mitad de los hospitales psiquiátricos y unidades

7 Hasta el 2012, se han constituido Comisiones de Protección en 14 regiones, faltando aún que se forme una en la Región Metropolitana

de corta estadía en hospitales generales recibieron estas acciones así como alrededor de un 10% de las clínicas psiquiátricas particulares y de los hogares y residencias protegidas.

Tabla 1.2.
Capacitación y supervisión de derechos humanos realizadas por SEREMI de Salud y Comisiones Nacional y Regionales de Protección durante el año 2012 (Fuente: SEREMI de Salud)

Establecimiento	N° Total de establecimientos	% Establecimientos con capacitación	% Establecimientos con supervisión
Hospital psiquiátrico	5	40,0	60,0
Corta estadía hosp. general	31	51,6	51,6
Clínica psiquiátrica particular	30	6,7	13,3
Hogar y residencia protegida	199	10,6	10,6
Total	269	15,2	16,4

En la tabla 1.3 se consolidan los mismos temas de capacitación y supervisión de DDHH que en la tabla 1.2, pero medidos desde los distintos dispositivos de salud mental, con desglose de los tipos de hogares y residencias, y además con la posibilidad de comparar con la situación del año 2004 (ya que se obtuvo el mismo dato con la metodología similar). Se puede apreciar que no hay grandes diferencias entre los dos años, tanto en los porcentajes de capacitación y supervisión totales como en los de los distintos tipos de servicios, con excepción de la supervisión de las cortas estadías en hospitales generales donde se observa una disminución a la mitad del porcentaje de dispositivos supervisados (de 52,9% a 26,7%).

Tabla 1.3.
Capacitación y supervisión de derechos humanos recibidas por los servicios de salud mental durante los años 2004 – 2012 (Fuente: dispositivos de salud mental)

	N° de Respuestas		% Establecimientos con capacitación		% Establecimientos con supervisión	
	2004	2012	2004	2012	2004	2012
Hospital psiquiátrico	5	5	80,0%	100,0%	20,0%	40,0%
Corta estadía hosp. general	17	31	47,1%	35,5%	52,9%	25,8%
Clínica psiq. particular	10	12	60,0%	50,0%	0%	0%
Hogar protegido	85	141	40,0%	36,0%	17,6%	13,2%
Residencia protegida	21	41	33,3%	39,4%	14,3%	18,2%
Hogar forense	(*)	9	(*)	0%	(*)	11,1%
(*) No se disponía de hogares forenses en el 2004						

Financiación de los servicios de salud mental

El porcentaje del presupuesto de salud en el sistema público que se destinó a salud mental en el 2012 fue de 2,16% (tabla 1.4), cifra que es aproximadamente la misma que se destinaba en el año 2004, cuando se efectuó la evaluación previa del WHO-AIMS (2,14% en el año 2004). De acuerdo a la tabla 1.4, el porcentaje del presupuesto asignado a salud podría estimarse en solamente 1,71% si se descuenta el fondo para centros de tratamiento de problemas de alcohol y drogas que aporta directamente a los Servicios de Salud y a prestadores privados el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) dependiente del Ministerio de Interior.

Dentro del presupuesto de salud mental, las prestaciones valoradas GES y No GES (que se destina a la atención especializada ambulatoria y de hospitalización) ocupa la mayor cantidad de recursos (cercano al 60% de ellos).

A la APS solo se destina alrededor del 20% del presupuesto (programa de reforzamiento y GES depresión). El sistema de garantías GES representa una fracción menor del presupuesto de especialidad (de alrededor de 10% del total de las prestaciones valoradas), mientras que en la APS representa cerca de la mitad de los recursos financieros.

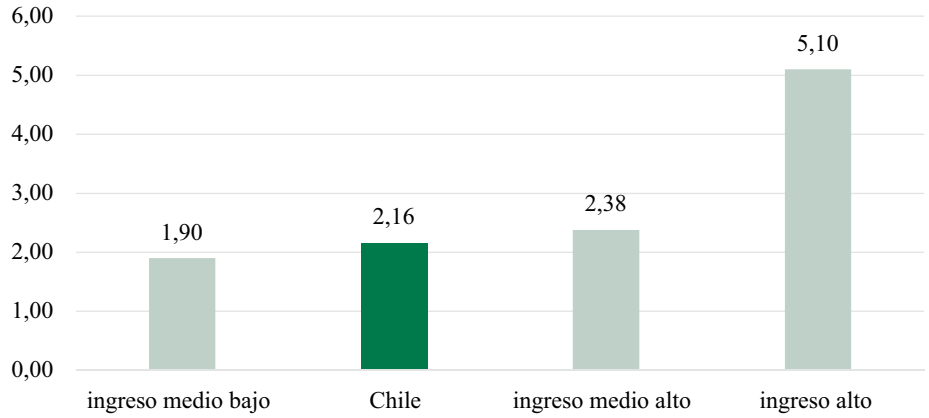
Tabla 1.4. Presupuesto de salud mental en el sistema público año 2012 en relación al presupuesto total de salud (Fuentes: Unidad Salud Mental Subsecretaría de Redes Asistenciales, FONASA y SENDA)

Ítem presupuestario	Fondo asignado	%
Pago por prestaciones valoradas (PPV) especialidad No GES	$ 48.211.174.000,00	51,9
Pago por prestaciones valoradas (PPV) especialidad GES	$ 5.342.386.000,00	5,7
Programa de reforzamiento en APS de salud mental	$ 9.965.657.450,00	10,7
Estimación de gasto GES depresión en APS	$ 8.937.708.572,00	9,6
Ley de alcoholes	$ 935.350.061,00	1,0
Fondo centros de alcoholismo	$ 150.967.620,00	0,2
Fondo SENDA para centros de tratamiento de drogas y alcohol*	$ 19.431.243.110,00	20,9
PRESUPUESTO TOTAL PARA SALUD MENTAL	**$ 92.974.486.813,00**	100,0
PRESUPUESTO TOTAL DE SALUD DEL SISTEMA PÚBLICO	$ 4.301.644.923.000,00	
PORCENTAJE DEL TOTAL DE SALUD PARA SALUD MENTAL	**2,16%**	
% del total de salud para Salud Mental sin fondo SENDA	1,71%	

* El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) traspasa estos fondos a prestadores públicos y privados que se encuentran coordinados con las redes de atención de salud mental de los Servicios de Salud del país

Comparado con otros países (de acuerdo al Mental Health Atlas de la Organización Mundial de Salud – OMS), Chile destinó a salud mental en el 2012 un porcentaje levemente inferior del presupuesto total de salud que el promedio de los países de ingresos medio altos (de acuerdo a la clasificación del Banco Mundial), grupo al que Chile pertenecía en ese año, y un porcentaje de menos de la mitad del porcentaje que destinan los países de ingresos altos, grupo en el que Chile se encuentra a partir del año 2013 (ver figura 1.1).

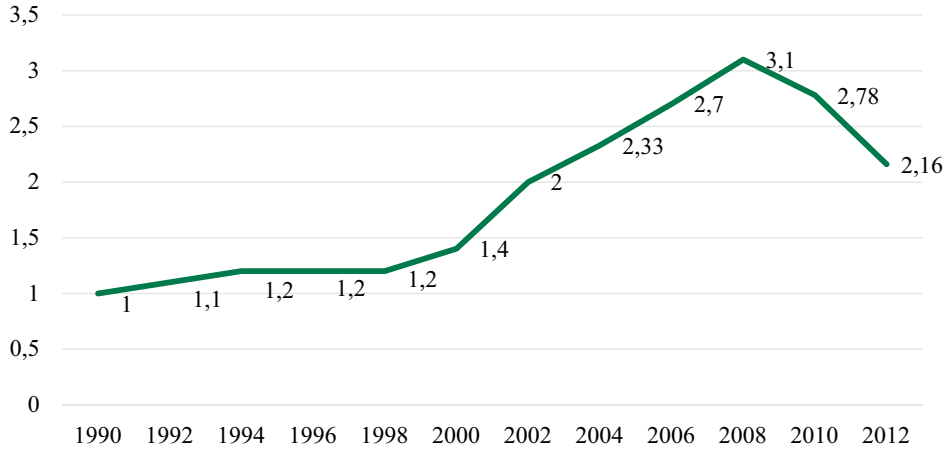
Fig 1.1. Comparación del porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (%) entre Chile y países de diferentes niveles de ingresos (Mental Health Atlas 2011)



Al observar la evolución del porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental a lo largo de los años (figura 1.2), se observa un aumento significativo a partir del año 2000, desde 1,2% en ese año hasta 3,1% en el 2008,

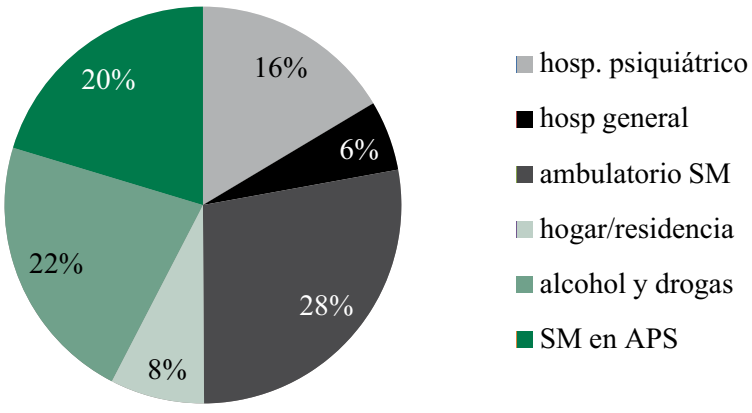
coincidente con la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000. Posteriormente, el peso porcentual del presupuesto de salud mental se ha reducido en un tercio entre los años 2008 y 2012, alejándose ostensiblemente de la meta del 5% para el año 2010 que estableció el Plan Nacional.

Figura 1.2. Porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (%) a lo largo de los años



El mayor volumen del presupuesto de salud mental se destina a la atención ambulatoria de especialidad, seguido por el tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas (en centros ambulatorios y residenciales), y el tratamiento de trastornos mentales en APS (figura 1.3). En conjunto, estas tres líneas de acción representaron el 70% del presupuesto de salud mental en el año 2012, mientras que el presupuesto de los hospitales psiquiátricos fue de 16%.

Figura 1.3. Distribución porcentual del presupuesto de salud mental del año 2012 entre los distintos componentes de la red



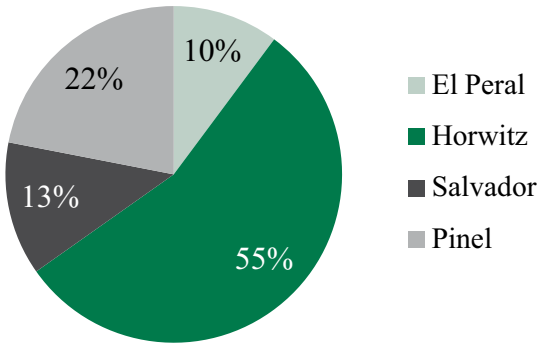
La tabla 1.5 muestra que el mayor gasto de los hospitales psiquiátricos se concentra en las hospitalizaciones, aunque ellos también destinan una proporción de su presupuesto para la atención ambulatoria y para financiar hogares y residencias comunitarias insertas en la comunidad.

Tabla 1.5.
Distribución del presupuesto 2012 de prestaciones valoradas (PPV) entre los cuatro hospitales psiquiátricos públicos y entre sus principales áreas de acción
(Fuente: FONASA)

Hospital	Total presupuesto PPV	PPV hospitalización	PPV Hogares y residencias	PPV atención ambulatoria
El Peral	$ 1.756.480.000	$ 1.623.240.400	$ 133.239.600	$ -
Dr. José Horwitz B.	$ 9.496.715.400	$ 6.511.180.000	$ 1.106.827.650	$ 1.878.707.750
Salvador	$ 2.215.169.000	$ 873.689.000	$ 370.859.000	$ 970.621.000
Pinel	$ 3.787.471.000	$ 2.830.042.000	$ 370.859.000	$ 586.570.000
Totales	$ 17.255.835.400	$ 11.838.151.400	$ 1.981.785.250	$ 3.435.898.750

La distribución del presupuesto es desigual entre los 4 hospitales psiquiátricos y entre sus diferentes áreas de acción (tabla 1.5). El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, concentra el 55% del total del presupuesto para estos hospitales, mientras que El Salvador y El Peral solo reciben el 13% y 10% respectivamente (figura 1.4).

Figura 1.4. Distribución porcentual del presupuesto 2012
entre los cuatro hospitales psiquiátricos públicos

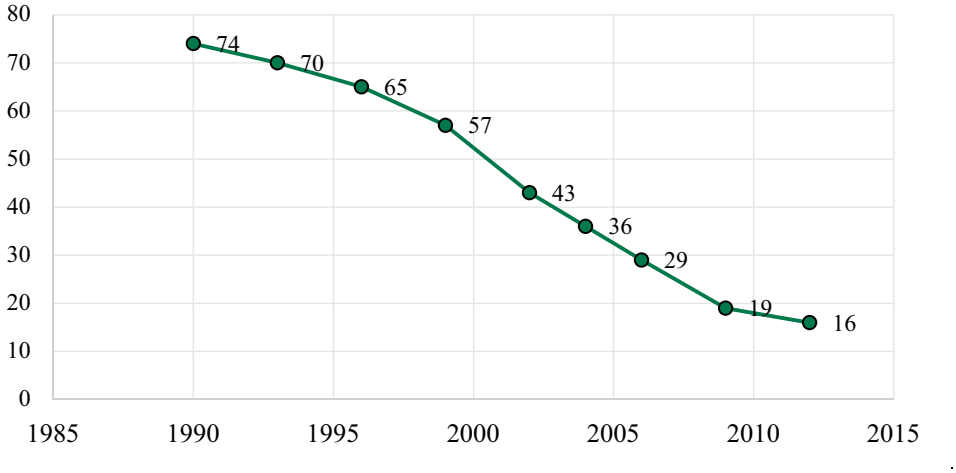


De acuerdo a las prestaciones valoradas asignadas el año 2012 para hospitalizaciones psiquiátricas (corta, mediana y larga estadía) se calculó el gasto promedio de una cama de psiquiatría por día en cada uno de los hospitales psiquiátricos públicos y en el conjunto de los hospitales generales que tienen este tipo de camas (tabla 1.6). Se puede observar que el mayor gasto por cama lo tiene el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak ($ 39.642) y el menor el Pinel ($ 23.857), ubicándose el promedio de los hospitales generales como el segundo menor gasto ($ 27.339).

Tabla 1.6. **Gasto promedio por día por cama en los hospitales psiquiátricos en comparación con el gasto de la cama de psiquiatría en los hospitales generales 2012** (Fuentes: FONASA y hospitales)			
Hospital	**PPV hospitalización**	**Nº de camas**	**Gasto por cama por día**
H. El Peral	$ 1.623.240.400	151	$ 29.452
H. Dr. José Horwitz B.	$ 6.511.180.000	450	$ 39.642
H. Salvador	$ 873.689.000	79	$ 30.300
H. Pinel	$ 2.830.042.000	325	$ 23.857
Hospitales Generales	$ 5.308.611.600	532	$ 27.339

Se puede observar en la figura 1.5 que el porcentaje del presupuesto nacional de salud mental asignado a los hospitales psiquiátricos ha descendido desde 74% en el año 1990 a 16% en el 2012.

Figura 1.5. Porcentaje del presupuesto nacional de salud mental asignado a hospitales psiquiátricos desde 1990 a 2012

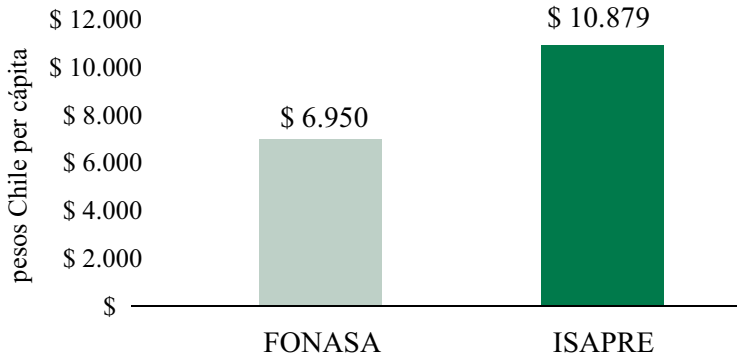


Los seguros privados de salud, conocidos en Chile como Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), gastaron en salud mental en el año 2012 el 2,84% de los fondos totales destinados a bonificaciones de atenciones de salud (tabla 1.7).

Tabla 1.7. **Porcentaje del gasto de seguros privados (ISAPRES) para salud mental en el año 2012** (Fuente: Superintendencia de Salud)	
Bonificación salud general	$ 1.139.067.000.000,00
Bonificación salud mental	$ 32.389.000.000,00
Porcentaje para salud mental	2,84%

En la figura 1.6 se muestra que el gasto promedio per cápita en atención de salud mental es muy superior en las ISAPRES ($10.879) en relación al mismo gasto en FONASA ($6.950). Se debe considerar además que los afiliados a ISAPRES gastan de su bolsillo una mayor cantidad de dinero en co-pagos y medicamentos que los beneficiarios de FONASA.

Figura 1.6. Gasto promedio per cápita en atención de salud mental por los seguros público (FONASA) y privados (ISAPRES) en el 2012



El seguro público, conocido como Fondo Nacional de Salud (FONASA), cubre la atención de todos los problemas de salud mental y todos los trastornos mentales, tanto en su modalidad institucional con centros ambulatorios de atención y hospitales públicos (gratuito para la mayoría de menor ingreso y con un pago de bolsillo de bajo monto para los de ingreso mayor), como en su modalidad de libre elección con prestadores privados (con un copago relativamente alto). Tres trastornos mentales estaban incluidos en el año 2012 en el sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES): esquizofrenia desde el primer episodio, depresión en mayores de 14 años y trastornos asociados a alcohol y drogas en menores de 20 años (a partir del año 2013 se ha agregado el tratamiento de personas de 15 años y más con trastorno bipolar). Las personas afectadas por estas condiciones reciben una atención preferencial con garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en la modalidad institucional.

Los seguros privados también tienen cobertura para todos los problemas de salud mental y todos los trastornos mentales, pero con limitaciones en el número de prestaciones a entregar y con un alto co-pago. Para los trastornos mentales que se encuentran en el sistema GES se aplican las mismas garantías que para el sistema público, con un número significativamente mayor de prestaciones y un bajo co-pago.

Todos los beneficiarios de FONASA tienen acceso gratuito a los medicamentos psicotrópicos esenciales, y el total de beneficiarios de FONASA representaba el 76,5% de la población chilena en el año 2012. Los afiliados a los seguros privados deben pagar de su bolsillo estos medicamentos (algunos seguros entregan una bonificación por compra de medicamentos pero esta es inferior al 80% del valor de los medicamentos).

La posibilidad de compra del bolsillo de medicamentos psicotrópicos se mantiene relativamente alta gracias al bajo precio de algunos medicamentos genéricos. El antipsicótico más barato encontrado en las farmacias privadas fue la clorpromazina, la cual tiene un costo diario de $ 150 pesos chilenos (US $ 0,28), considerando una dosis diaria de 300 mg según recomendación OMS. Este costo significa una disminución comparado con los US $ 0,43 obtenidos para el año 2004. Por su parte, el antidepresivo más barato fue la fluoxetina, con un costo diario de $ 23,5 (US $ 0,044), para una dosis diaria de 20 mg, lo cual mantiene un costo muy aproximado al del 2004 (US $ 0,05).

La posibilidad de compra queda mejor representada con el indicador WHO-AIMS "proporción del salario mínimo diario necesario para pagar un día de medicación, usando aquella más económica disponible". Este indicador para el año 2012 fue de 1,7% para el antipsicótico (clorpromazina 300 mg) y de 0,26% para el antidepresivo (fluoxetina 20 mg). En relación al año 2004, ha habido una disminución de esta proporción, ya que en ese año la clorpromazina representaba 4,0% del salario mínimo diario y la fluoxetina el 0,43%.

ÁREA 2: SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Organización de los servicios de salud mental

A diferencia del año 2004, el Ministerio de Salud cuenta en la actualidad con dos equipos multidisciplinarios nacionales de salud mental:

1. Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, el cual tiene por funciones principales mantener actualizada la situación epidemiológica, formular y evaluar políticas, planes y programas, contribuir a la formulación y aplicación de legislación, elaborar normas, orientaciones y protocolos, coordinar acciones con otros sectores, y proponer estudios en los ámbitos de su competencia.

2. Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la cual tiene por funciones principales coordinar, apoyar la gestión y promover el desarrollo de las redes asistenciales del sistema público, contribuir a la asignación de recursos para las redes de los Servicios de Salud, monitorear el funcionamiento de la redes asistenciales, y proponer estudios en los ámbitos de su competencia.

Estos dos dispositivos administrativos en conjunto cumplen cuatro de los cinco roles que indaga el WHO-AIMS:

- Ejercer como autoridad nacional en salud mental
- Brindar asesoría al gobierno sobre políticas y legislación en salud mental
- Estar involucrados en la planificación de servicios
- Estar involucrados en el manejo y coordinación de los servicios

La función que no se desarrolla desde las autoridades nacionales es la de supervisión y evaluación de la calidad de los servicios de salud mental.

Existen autoridades sanitarias en cada una de las 15 regiones en que se divide el país: las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), que representan al Ministerio de Salud en forma desconcentrada en las regiones. En estas Secretarías se dispone de un Encargado(a) de Salud Mental, quien tiene por funciones asesorar a la autoridad sanitaria regional, contribuir a la autorización sanitaria y fiscalización de los dispositivos y establecimientos de salud mental, autorizar las hospitalizaciones involuntarias, apoyar el funcionamiento de la Comisión Regional de Protección de las Personas con Enfermedad Mental, e impulsar acciones de promoción de salud mental.

Además, en cada uno de los 29 Servicios de Salud del país existe un(a) Encargado(a) de Salud Mental, quien trabaja en equipo con uno(a) o más profesionales de distintas disciplinas. Estos referentes locales tiene como responsabilidad la planificación, gestión, coordinación, monitoreo y evaluación de la red de servicios de salud mental del sector público del área territorial/poblacional (área de captación) del Servicio de Salud, además de asesorar al Director del Servicio en todos los asuntos referentes a salud mental.

Los servicios de salud mental del sector público están organizados en una red territorial en cada Servicio de Salud, sirviendo a una población y área geográfica definidas y actuando como áreas de captación (los residentes beneficiarios de FONASA acceden solamente a los dispositivos/establecimientos del Servicio de Salud donde residen, salvo para unos pocos centros de referencia nacional).

Cuatro hospitales psiquiátricos se encuentran integrados con dispositivos de salud mental ambulatorios y con las redes de salud mental del Servicio de Salud al cual pertenecen. Tres hospitales psiquiátricos también realizan hospitalizaciones de corta estadía para Servicios de Salud vecinos que no tienen camas de psiquiatría en hospitales generales o éstas son de un número insuficiente para las necesidades de su población. Además, dos de estos hospitales tienen servicios de hospitalización en psiquiatría forense y actúan como centros de referencia nacional en esta materia.

La tabla 2.1 muestra la variedad y cantidad de dispositivos de salud mental disponibles a lo largo del país en el año 2012, y que aún existen Servicios de Salud (SS) que carecen de algunos dispositivos necesarios para responder a las necesidades de la población: 6 SS sin centros de salud mental comunitarios, 3 SS sin hospitales de día, 7 SS sin cortas estadías para adultos, 21 SS sin cortas estadías para adolescentes y 4 SS sin centros diurnos. Por otra parte, con excepción del SS Metropolitano Sur, los otros SS con hospitales psiquiátricos no han desarrollado cortas estadías psiquiátricas en sus hospitales generales.

Tabla 2.1.
Principales dispositivos de salud mental en las redes de los 29 Servicios de Salud, sector público Chile 2012 (Fuentes: DEIS y Unidad Salud Mental Subsecretaría de Redes)

Servicio de Salud	Centro APS con atención de S.M. (1)	Posta Rural con aten-ción de S.M. (2)	Centro Comu-nitario SM	Unidad Psiquia-tría Ambu-latoria	Hospi-tal de Día	Corta Estadía Adultos H. Gral.	Corta Estadía Adoles-centes H. Gral.	Centro Diurno (3)	Hospital Psiquiá-trico	Hogar y Residen-cia protegi-da
	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°
Arica	9	5	2	0	1	1	0	1	0	3
Iquique	13	2	3	0	1	1	1	2	0	4
Antofagasta	19	0	4	0	2	1	0	1	0	3
Atacama	22	5	0	2	2	1	0	3	0	1
Coquimbo	38	99	4	3	3	1	0	3	0	3
Aconcagua	19	10	0	1	1	0	0	3	1	8
Valparaíso	29	21	2	2	4	0	0	3	1	10
Viña Quillota	49	16	2	3	4	0	0	2	0	4
M Norte	30	10	8	2	0	0	1	5	2	42
M Occidente	46	11	9	4	0	1	0	0	0	14
M Oriente	24	0	8	3	1	1	1	4	0	7
M Central	25	0	4	1	1	1	0	1	0	10
M Sur	45	10	5	3	2	2	0	1	1	24
M Sur Oriente	38	3	8	3	2	1	1	0	0	8
O'Higgins	50	45	2	3	2	1	0	2	0	5
Maule	64	85	2	6	3	1	0	1	0	7
Ñuble	39	41	2	1	2	1	0	0	0	3
Talcahuano	22	5	1	3	2	0	1	6	0	6
Concepción	28	14	4	1	1	1	1	3	0	4
BioBío	33	69	0	1	1	0	0	1	0	2
Arauco	14	15	4	0	1	0	0	0	0	2
Araucanía Nor	16	19	0	2	2	1	0	1	0	3
Araucanía Sur	49	65	4	3	1	1	1	1	0	5
Valdivia	30	61	2	1	2	1	0	1	0	4
Osorno	19	28	1	0	1	1	0	1	0	3
Reloncaví	26	4	1	1	0	1	0	1	0	3
Chiloé	19	43	0	2	1	1	0	1	0	4
Aysén	7	32	0	1	1	1	0	1	0	2
Magallanes	10	5	1	1	1	1	1	2	0	5
TOTAL	832	723	83	53	45	23	8	51	5	199

(1) incluye centros de salud familiar (CESFAM), consultorios urbanos y rurales (CGU y CGR), centros comunitarios de salud familiar (CECOF) y hospitales de baja complejidad
(2) Postas rurales con población ingresada o bajo control por trastorno mental en el sistema de información del Ministerio de Salud (DEIS)
(3) Incluye centros diurnos, unidades de rehabilitación, talleres laborales, casa club

Al comparar el número total de dispositivos de salud mental entre los años 2004 y 2012 se observa un aumento, especialmente en los centros APS con atención de salud mental, centros comunitarios de salud mental, cortas estadía para adolescentes en hospitales generales y hogares y residencias protegidas (tabla 2.2).

Tabla 2.2.
Comparación entre los años 2004 y 2012 del número total de dispositivos de salud mental existentes en el sector público chileno (Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004, DEIS y Unidad Salud Mental Subsecretaría de Redes)

	Año 2004	**Año 2012**
Centros APS con atención de salud mental	472	832
Postas rurales con atención de salud mental	*	723
Centros de salud mental comunitarios	38	83
Unidades de psiquiatría ambulatoria	58	53
Hospitales de día	40	45
Cortas estadías de adultos en hospitales generales	17	23
Cortas estadías adolescentes hospitales generales	1	8
Centros diurnos	25**	51
Hospitales psiquiátricos	5	5
Hogares y residencias protegidas	103	199
TOTAL	**759**	**2022**

* En el año 2004 era excepcional que las postas rurales realizaran atención de personas con trastorno mental, por lo que no se recogió esta información
** En el año 2004 se usó una definición más restrictiva que no incluyó unidades de rehabilitación, talleres laborales y casas club

En un análisis más detallado de los hogares y residencias, se puede apreciar que todos los SS tienen uno o más hogares protegidos, pero con una concentración mayor en los SS Metropolitanos Norte y Sur (32 y 17 hogares respectivamente). Esto coincide con que estos SS tienen a su cargo los hospitales psiquiátricos de la Región Metropolitana. Diez SS no tienen residencias protegidas y solo 3 SS tienen residencias forenses. La mayoría de estos últimos dispositivos se concentran en el SS Metropolitano Norte (7 residencias forenses de un total de 9 en el país). El número total de hogares y residencias comunitarias en el país se ha duplicado entre los años 2004 y 2012.

Tabla 2.3. **Dispositivos residenciales comunitarios para personas con discapacidad psíquica en las redes de los 29 Servicios de Salud, sector público Chile 2012 (**Fuentes: Servicios de Salud y Unidad Salud Mental Subsecretaría de Redes)				
Servicio de Salud	**Hogares Protegidos**	**Residencias Protegidas**	**Residencias Forenses**	**Total Dispositivos residenciales**
	N°	**N°**	**N°**	**N°**
Arica	2	1	0	3
Iquique	2	2	0	4
Antofagasta	3	0	0	3
Atacama	1	0	0	1
Coquimbo	2	1	0	3
Aconcagua	5	3	0	8
Valparaíso	8	2	0	10
Viña - Quillota	3	1	0	4
M Norte	32	3	7	42
M Occidente	6	8	0	14
M Oriente	4	3	0	7
M Central	10	0	0	10
M Sur	17	7	0	24
M Sur Oriente	6	2	0	8
O'Higgins	5	0	0	5
Maule	5	2	0	7
Ñuble	2	1	0	3
Talcahuano	3	3	0	6
Concepción	2	2	0	4
Bio-Bío	2	0	0	2
Arauco	1	1	0	2
Araucanía Norte	3	0	0	3
Araucanía Sur	3	1	1	5
Valdivia	3	0	1	4
Osorno	3	0	0	3
Reloncaví	2	1	0	3
Chiloé	3	1	0	4
Aysén	2	0	0	2
Magallanes	5	0	0	5
Total Año 2012	**145**	**45**	**9**	**199**
Total Año 2004	***85***	***18***	***0***	***103***

Centros de atención ambulatoria de salud mental.

En la tabla 2.4 se muestran algunos indicadores que permiten comparar los 4 tipos de centros de salud mental ambulatorios existentes en el sector público. En los 4 tipos de centros, se aprecia una mayor proporción de consultantes mujeres (entre 53,3% a 64,8%); el promedio de atenciones por persona al año oscila entre 5,4 a 9,8 atenciones; el tiempo de espera para la primera consulta psiquiátrica varía entre 29 a 48,3 días; el porcentaje de centros con abastecimiento de medicamentos psicotrópicos para todas las categorías diagnósticas (96,3% a 100%); el porcentaje de centros con actividades con grupos de usuarios (40% a 80%) o de familiares (20% a 63,2%). También se aprecia que no todas las personas reciban intervenciones psicosociales, con una amplia dispersión (31,3% a 84%).

Los centros comunitarios se diferencia de los otros centros ambulatorios en que proveen el mayor promedio de atenciones por persona al año (9,8 atenciones), tienen el segundo tiempo de espera más corto para la primera consulta psiquiátrica (35 días), y tienen el mayor promedio de personas con intervenciones psicosociales (84%)

Tabla 2.4. Indicadores del funcionamiento de los centros de salud mental ambulatorios en el sector público en el Año 2012 (Fuentes: DEIS y Dispositivos de Salud Mental)				
	Centro comunitario salud mental	**Centro de referencia de salud**	**Centro de diagnóstico y tratamiento**	**Consultorio adosado a hospital**
N° Respuestas	82	5	5	38
% de mujeres atendidas por centro	54,8%	64,8%	53,3%	57,0%
N° promedio atenciones por persona al año	9,8	5,4	7,7	6,1
N° días promedio espera para 1ª. Consulta psiquiatría	35	29,0	48,3	47,6
% personas con intervención psicosocial	84,0%	57,7%	75,0%	31,3%
% Centros con equipo clínico itinerante	22,0%	50%	20,0%	20,0%
% Centros con suficientes medicamentos	96,3%	100%	100%	97,1%
% Centros con actividades con grupos de usuarios	64,6%	80%	40,0%	55,3%
% Centros con actividades con grupos de familiares	32,9%	40%	20,0%	63,2%
% Centros con actividades medicina alternativa	39,0%	40%	0%	21,1%

Al comparar los indicadores de funcionamiento de los centros de salud mental ambulatorios entre los años 2004 y 2012 se observa en la tabla 2.5 que ha habido un aumento del promedio de atenciones por persona al año, lo cual es más marcado en los centros comunitarios de salud mental (de 5,5 atenciones a 9,8), un aumento de los días promedios de espera para una primera consulta con psiquiatra en todos los centros (de 24 a 35 días en los centros comunitarios y de 38 a 55 en las unidades de psiquiatría), un aumento del porcentaje de personas que reciben intervenciones psicosociales en los centros comunitarios (de 67,4% a 84,0%) y una disminución de este porcentaje en las unidades de psiquiatría (de 51,6% a 37,1%).

Por otra parte la tabla 2.5 muestra que han aumentado las unidades de psiquiatría que tienen equipos clínicos itinerantes (de 11,1% a 22,9%) equiparándose con el porcentaje de centros comunitarios que tienen estos equipos; también ha aumentado el porcentaje de centros comunitarios que cuentan con suficientes medicamentos (de 64,9% a 96,3%), pero han disminuido los porcentajes de ambos tipos de centros que realizan actividades con familiares. Además, las actividades con agentes de medicina tradicional o alternativa (ej. con machis, facilitadores interculturales, curanderos, profesores de yogas, reiki, etc.) se realizan en un porcentaje mayor de centros comunitarios (aumento de 29,7% a 39,0%) y se mantienen en el mismo nivel en las unidades de psiquiatría.

Tabla 2.5. Comparación entre los años 2004 y 2012 de los indicadores de funcionamiento de centros de salud mental ambulatorios en el sector público (Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004, DEIS y Dispositivos de Salud Mental)				
	Centro comunitario salud mental		**Unidades de psiquiatría ambulatoria (1)**	
	2004	**2012**	**2004**	**2012**
N° Respuestas	37	82	54	48
% de mujeres atendidas por centro	57,3%	54,8%	56,1%	57,9%
N° promedio atenciones por persona al año	5,5	9,8	4,4	6,2
N° días promedio espera para 1ª. consulta psiquiatría	24	35	38	55
% personas con intervención psicosocial	67,4%	84,0%	51,6%	37,1%
% Centros con equipo clínico itinerante	18,9%	22,0%	11,1%	22,9%
% Centros con suficientes medicamentos	64,9%	96,3%	92,6%	97,9%
% Centros con actividades con grupos de usuarios	62,2%	64,6%	64,8	56,3%
% Centros con actividades con grupos de familiares	48,7%	32,9%	75,9%	56,3%
% Centros con actividades medicina alternativa	29,7%	39,0%	20,4%	20,8%
(1) Centro de Referencia de Salud, Centro de Diagnóstico y Tratamiento y Consultorio Adosado a Hospital				

Los centros comunitarios de salud mental realizan atenciones de usuarios en la comunidad (ej. visitas al domicilio, escuela, lugar de trabajo, u otro lugar fuera del centro) con mayor frecuencia que los otros centros ambulatorios. Es así como el 56,1% de los centros comunitarios otorga atenciones en la comunidad a más del 10% de sus usuarios,

comparado con un 20,0% de los centros de referencia de salud, el 28,9% de los consultorios adosados a hospitales y ningún centro de diagnóstico y tratamiento (tabla 2.6).

Tabla 2.6.
Atención de usuarios en la comunidad (intervenciones fuera del centro ambulatorio) en el año 2012 (Fuente: Dispositivos de Salud Mental)

Nivel de atención en la comunidad	Centro comunitario salud mental	Centro de referencia de salud	Centro de diagnóstico y tratamiento	Consultorio adosado a hospital
1) no se otorga	0%	0,0%	20,0%	7,9%
2) se otorga a menos del 5% de usuarios	13,4%	40,0%	0%	42,1%
3) se otorga al 5% a 10% de usuarios	30,5%	40,0%	80,0%	21,1%
4) se otorga a más del 10% de usuarios	56,1%	20,0%	0%	28,9%

Existen diferencias en la cantidad y composición de los recursos humanos entre los distintos tipos de centros de salud mental ambulatorios (ver tabla 2.7). El número promedio total de horas de recursos humanos que trabajan directamente con usuarios es superior en los centros de diagnóstico y tratamiento (913.2 horas semanales), seguido por los consultorios adosados a hospitales (733,3 horas semanales), los centros de referencia de salud (610,0 horas semanales) y los centros de salud mental comunitarios (495,1 horas semanales). Sin embargo, se debe considerar que los centros de diagnóstico y tratamiento generalmente sirven a una población mayor que los otros 3 dispositivos y que los centros de salud mental comunitarios, a su vez, sirven a una población menor que los otros tres. Los centros comunitarios se diferencian de los otros tipos de centros ambulatorios en que tienen tres veces menos horas de psiquiatras, 2 a 5 veces menos horas de enfermeras, 2 a 3 veces menos horas de terapeutas ocupacionales, 2 a 3 veces menos horas de técnicos de enfermería y 2 a 6 veces más de otros profesionales y técnicos. Es así como los centros de salud mental comunitarios tienen en promedio, el 50% de las horas de recursos humanos ocupadas por psicólogos (188,4 horas semanales) y por profesionales y técnicos no habituales en unidades de psiquiatría (67,5 horas semanales).

Tabla 2.7.
Recursos humanos de los centros de salud mental ambulatorios del sector público en el año 2012
(Fuentes: Dispositivos de Salud Mental y Unidad de Salud Mental Subsecretaría de Redes)

	Centro comunitario salud mental		Centro de referencia de salud		Centro de diagnóstico y tratamiento		Consultorio adosado a hospital	
	N° promedio de profesionales	N° promedio de horas semanales	N° promedio de profesionales	N° promedio de horas semanales	N° promedio de profesionales	N° promedio de horas semanales	N° promedio de profesionales	N° promedio de horas semanales
Psiquiatras por centro	3,1	51,0	6,6	144	9,4	183,8	6,8	141,7
Otros médicos por centro	0,9	14,5	1	26,4	5,2	78,55	2,3	38,6
Enfermeras por centro	0,4	13,8	0,8	33	2	79,2	1,4	51,6
Psicólogos por centro	5,7	188,4	6,4	173,2	9,4	257,2	7,5	237,1
Terapeutas ocupacionales por centro	1,2	39,2	3,4	103,4	3,2	101,2	1,7	53,0
Asistentes sociales por centro	2,3	89,5	1,8	55	2,6	68,2	2,7	86,0
Otros profesionales por centro	0,6	15,3	0	0	1,2	35,2	0,4	9,0
Técnicos de enfermería por centro	0,7	31,1	1,6	66,2	2,4	83,6	2,5	97,8
Otros técnicos por centro	1,4	52,2	0,2	8,8	0,6	26,4	0,4	18,4
Total de RRHH por centro	16,3	495,1	21,8	610	36	913,4	25,8	733,3

Entre los años 2004 y 2012, el promedio de recursos humanos por centro de salud mental comunitaria aumentó de 10,9 a 16,3, lo cual representa un incremento del 49,5%, mientras que en las unidades de psiquiatría ambulatoria el aumento fue menor, de 17,4 a 22,0 funcionarios, lo cual representa un incremento porcentual de un 26,4% (tabla 2.8). Los mayores aumentos se han producido en psiquiatras, enfermeras y técnicos de enfermería para los centros comunitarios, en psicólogos para las unidades de psiquiatría, y en otros médicos (no psiquiatras) y asistentes sociales para ambos tipos de centros.

Tabla 2.8.
Comparación entre los años 2004 y 2012 de los recursos humanos de los centros de salud mental ambulatorios del sector público, medido como Nº de profesionales o técnicos
(Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004, Dispositivos de Salud Mental y Unidad de Salud Mental Subsecretaría de Redes)

	Centros comunitarios de salud mental		Unidades de psiquiatría ambulatoria	
	2004	2012	2004	2012
Psiquiatras por centro	1,2	3,1	4,8	5,5
Otros médicos por centro	0,2	0,9	0,8	1,9
Enfermeras por centro	0,1	0,4	1,2	1,2
Psicólogos por centro	4,5	5,7	3,8	6,1
Terapeutas ocupacionales por centro	0,8	1,2	1,5	1,4
Asistentes sociales por centro	1,5	2,3	1,5	2,2
Otros profesionales por centro	1,1	0,6	0,4	0,3
Técnicos de enfermería por centro	0,2	0,7	1,7	2,0
Otros técnicos por centro	1,3	1,4	0,8	0,3
Total de RRHH por centro (profesionales o técnicos)	10,9	16,3	17,4	22,0

La tabla 2.9 presenta algunos indicadores referente a la atención de niños y adolescentes en los centros de salud mental ambulatorios del sector público. Entre un 84,3 a 100% de los cuatro tipos de centros atienden población de este grupo etario y en una proporción inferior a su representación en la población general (el 28,9% de los usuarios son menores de 20 años mientras que el porcentaje de este grupo etario en la población general FONASA del año 2012 fue de 56,1%). Muy pocos de los centros ambulatorios están dedicados exclusivamente a la atención de esta población (3,7% de todos los centros ambulatorios). En comparación con el año 2004, aumentó el porcentaje de centros que atienden niños y adolescente de 69,5% a 96,3%, disminuyó el porcentaje de centros dedicados solamente a la atención de esta población de 13,2% a 3,7% y se mantuvo sin variaciones el porcentaje de niños y adolescentes atendidos en relación al total de personas atendidas (28,9% del total de personas atendidas en el conjunto de los centros).

Tabla 2.9.
Atención de niños y adolescentes en los centros de salud mental ambulatorios en el sector público en el año 2012
(Fuente: Dispositivos de Salud Mental)

	Centro comunitario salud mental	Centro de referencia de salud	Centro de diagnóstico y tratamiento	Consultorio adosado a hospital	TOTAL
N° de establecimientos	83	5	5	43	136
% de centros con atención para niños y adolescentes	84,3%	100%	100%	95,3%	96,3%
% de centros solo para niños y adolescentes	0%	0%	20,0%	9,3%	3,7%
% de niños y adolescentes atendidos (en relación al total de personas atendidas)	35,2%	21,3%	42,6%	24,2%%	28,9%

Los perfiles diagnósticos de la población usuaria de estos 4 tipos de centros ambulatorios son presentados en la tabla 2.10. Los centros comunitarios de salud mental, en relación a los otros tres centros, se caracterizan por atender una mayor proporción de personas con trastornos por consumo de sustancias (14,7% del total de usuarios), menor proporción para esquizofrenia y otros trastornos delirantes (9,3%) y cifras similares al promedio de los otros centros para los restantes diagnósticos. En comparación con el 2004, las proporciones de los diferentes

diagnósticos en los cuatro tipos de centros se mantienen similares, con la excepción del aumento de los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia en los centros comunitarios y en los centros de referencia.

Tabla 2.10.
Porcentaje de los principales diagnósticos en la población atendida en los centros de salud mental ambulatorios en el sector público en el año 2012
(Fuentes: DEIS y Dispositivos de Salud Mental)

	Centro salud mental comunitario	Centro referencia de salud	Centro de diagnóstico y tratamiento	Consultorio adosado a hospital
N° Respuestas	82	5	5	39
%Trastornos por consumo de sustancias (F10-F19)	14,7%	4,3%	1,7%	9,0%
% Esquizofrenia y trastornos delirantes (F20-F29)	9,3%	15,5%	17,3%	16,2%
%Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)	20,2%	39,0%	28,8%	28,2%
%Trastornos neuróticos y de estrés (F40-F49)	20,2%	14,1%	16,5%	14,9%
%Trastornos de la personalidad (F60-F69)	9,9%	4,9%	1,5%	9,4%
%Otros	25,7%	22,3%	34,2%	22,4%

Centros de tratamiento diurno

Se han observado algunas modificaciones en los indicadores del funcionamiento de los centros de tratamiento diurno entre los años 2004 y 2012 (ver tabla 2.11). Es así como ha disminuido el porcentaje de ellos administrados por entidades externas a los Servicios de Salud, de 37,5% a 12,5% para los hospitales de día y de 68,5% a 46,8% para los centros diurnos. El número de personas que en promedio se atiende en cada centro en un año ha tenido una leve baja, pero el porcentaje de mujeres en relación al total de usuarios de hospitales de día ha aumentado de 41,0% a 52,8% (asemejándose al porcentaje que representan las mujeres en la población FONASA, el que para el año 2012 fue de 52,6%).

Tabla 2.11.
Centros de tratamiento diurno de salud mental del sector público 2004 -2012
(Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004, Dispositivos de Salud Mental y Unidad de Salud Mental Subsecretaría de Redes)

Indicador	Hospital de día		Centro diurno	
	2004	2012(1)	2004	2012 (2)
N° de respuestas	40	40	25	47
% Administración por entidad externa al Servicio de Salud	37,5%	12,5%	68,5%	46,8%
N° personas promedio por centro al año	62	58,2	73	64,8
% de mujeres	41,0%	52,8%	41,3%	40,7%
% de menores de 18 años	6,2%	3,5%	3,4%	1,9%
N° de centros exclusivos para menores	3	1	1	1
Promedio días de estada por persona	45	60	68	56
N° de usuarios por profesional/técnico al año (incluye psiquiatra)	8	8	12	12
N° de usuarios por 44 horas semanales profesional/técnico al año (incluye psiquiatra)	(*)	13,4	(*)	23
N° de usuarios por psiquiatra al año	58	56	304	609
N° de usuarios por 22 horas semanales psiquiatra al año	(*)	104	(*)	2.093
% con actividades con grupos de usuarios	55,0%	55%	77,5%	70,2%
% con actividades con grupos de familiares	84,0%	45%	88,0%	68,1%

(1) No incluye información del único HD infanto adolescente que funcionaba el 2012
(2) Incluye Unidades de Rehabilitación, Talleres Laborales y Casa Club además de los Centros Diurnos conocidos con ese nombre,
(*) No se recogió esta información el año 2004

Unidades de corta estadía en hospitales generales

Las unidades de corta estadía en hospitales generales públicos en el país aumentaron de 19 a 31 entre los años 2004 y 2012, especialmente por la implementación de 7 nuevas unidades de adolescentes, con un incremento de 397 a

534 camas (tabla 2.12). El promedio de camas por unidad bajó de 22,1 a 17,2 en este período, teniendo un promedio de camas menor las unidades de adolescentes (9,9 camas por unidad), y también bajó el índice ocupacional (de 81,8% a 74,9%), especialmente porque la unidades de adolescentes tienen este índice bajo (62,5%). El índice de rotación se mantuvo en el mismo nivel (alrededor de 15,0), al igual que el promedio de días de estada (que ha permanecido en alrededor de 19 días).

Al igual que en el año 2004, las unidades de corta estadía de hospitales generales tienen en la actualidad una mayor capacidad de entregar prestaciones farmacológicas que psicosociales; ya que el 100% de ellas disponen de suficientes medicamentos, mientras que solo el 62,4% de sus usuarios reciben intervenciones psicosociales (tabla 2.12). Por otra parte, la dotación de profesionales y técnicos ha tenido una disminución relativa para el número de camas existentes al año 2012, aumentando el número de camas por jornada de 44 horas semanales de profesionales no psiquiatras y técnicos de 0,8 a 1,0. Un hecho similar ha ocurrido con los psiquiatras, aumentando el número de camas por jornada de 22 horas de psiquiatra de 4,1 a 5,8. El porcentaje de unidades que realizan actividades con grupos de usuarios ha disminuido de 44,4% a 32,3% y con grupos de familiares de 61,1% a 22,6%.

La misma tabla 2.12 muestra que las medidas forzadas en relación con la hospitalización han aumentado entre los años 2004 y 2012. La proporción de ingresos de urgencia se han triplicado, llegando a 30,8% del total de ingresos. Los ingresos administrativos (hospitalizaciones involuntarias autorizadas por las SEREMI de Salud) se han cuadriplicado y durante el año 2012 representaron el 6,6%[8] de los ingresos, mientras que los ingresos por orden judicial se duplicaron, con un 5,4% para el 20**12**. Además, también hubo un incremento en el uso de la contención y/o aislamiento, desde 17,8% del total personas hospitalizadas en el 2004 a 26,1% en el 2012.

Tabla 2.12.
Unidades de psiquiatría de corta estadía en hospitales generales públicos 2004 – 2012
(Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004, DEIS, Dispositivos de Salud Mental y Unidad de Salud Mental Subsecretaría de Redes)

Indicadores	Unidades de adulto		Unidades de adolescente		Total	
	2004	2012	2004	2012	2004	2012
N° de Unidades y Clínicas	18	23	1	8	19	31
N° de camas	380	455	17	79	397	534
Promedio de camas por unidad y clínica	22,4	19,8	17	9,9	22,1	17,2
Índice ocupacional	89,9%	87,6%	60,6%	62,5%	81,9%	74,9%
Índice de rotación	15,4%	17,2%	6,2%	10,9%	15,0%	15,6%
Promedio de días de estada	19,6	19,0	35,3	19,9	19,9	19,2
% de mujeres ingresadas	54,9%	52,9%	67,5%	42,0%	53,1%	52,4%
% de menores de 18 años ingresados	9,3%	7,5%	100%	100%	10,7%	7,8%
N° de camas exclusivas para menores de 18	0	14	17	79	17	93
% personas con intervenciones psicosociales	78,8%	59%	99,1%	82,9%	79,2%	62,4%
% de centros con suficientes medicamentos	94,1%	100%	100%	100%	94,4%	100%
N° de camas por 44 hrs. semanales de profesionales/ técnicos (no incluye psiquiatras)	0,8*	1,0	1,2*	0,7	0,8*	1,0
N° de camas por 22 hrs. semanales de psiquiatra	4,2*	5,6	1,1*	7,5	4,1*	5,8
% con actividades con grupos de usuarios	47,0%	39,1%	0%	12,5%	44,4%	32,3%
% con actividades con grupos de familiares	64,7%	30,4%	0%	0%	61,1%	22,6%
% ingresos de urgencia	8,8%	32,1%	0%	16,4%	8,7%	30,8%
% ingresos administrativos (Reglamento de Internación)	1,4%	7,8%	0%	0,3%	1,4%	6,6%
% ingresos por orden judicial	2,5%	3,4%	0%	23,0%	2,4%	5,4%
% de personas con contención o aislamiento	18,9%	25,9%	0%	27,3%	17,8%	26,1%

*Estimación basada en el Nº de profesionales y técnicos existentes el 2004 y el promedio de horas semanales que trabaja cada tipo de profesionales y técnicos en el 2012 (ya que no se recogió este dato el 2004).

8 Este porcentaje podría corresponder a un subregistro por parte de los distintos servicios de hospitalización psiquiátrica públicos, ya que de acuerdo a los registros de hospitalizaciones involuntarias autorizadas por las 15 SEREMI de Salud (considerando solo las que aparecen como efectivamente realizadas), estas representarían el 15,5% del total de hospitalizaciones en el sistema público (ver tabla 2.24).

Los tres diagnósticos más frecuentes en las personas que se hospitalizaron en unidades de corta estadía de hospitales generales en el año 2012 son esquizofrenia y trastornos delirantes (33,7% de todos los diagnósticos), trastornos afectivos (21,9%) y trastornos por consumo de sustancias (16,2%), tal como se aprecia en la tabla 2.13. Los principales cambios entre el 2004 y 2012 son el aumento de frecuencia de los casos con esquizofrenia (de 27,4% a 33,7%) y la disminución de los con trastornos afectivos (de 26,5% a 21,9%) y con trastornos de la personalidad (de 11,2% a 7,6%).

Tabla 2.13.
Diagnósticos principales en unidades de psiquiatría de corta estadía en hospitales generales 2004 – 2012 (Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004 y Dispositivos de Salud Mental)

Diagnósticos	**Adultos**		**Adolescentes**		**Total hosp. general**	
	2004	2012	2004	2012	2004	2012
N° Respuestas	17	23	1	8	18	31
% Trastornos por consumo de sustancias (F10-F19)	16,8%	13,5%	0,0%	39,2%	16,4%	16,2%
% Esquizofrenia y trastornos delirantes (F20-F29)	27,8%	36,3%	6,3%	12,8%	27,4%	33,7%
% Trastornos del humor (afectivos) F30-F39)	26,0%	21,9%	50,5%	19,8%	26,5%	21,9%
% Trastornos neuróticos y de estrés (F40-F49)	5,1%	4,7%	16,2%	9,0%	5,4%	5,0%
% Trastornos de la personalidad (F60-F69)	11,4%	7,9%	1,8%	6,5%	11,2%	7,6%
% Otros	12,9%	15,7%	25,2%	12,7%	13,1%	15,6%

Dispositivos residenciales comunitarios

La tabla 2.14 muestra que al año 2012, Chile dispone de 141 hogares protegidos y 42 residencias protegidas, con un total de 1.074 y 470 plazas respectivamente y un promedio de 7,6 y 11,5 plazas por unidad respectivamente. Esto representa un crecimiento en comparación con el número de unidades y plazas existentes en el año 2004, manteniendo el cumplimiento de las normas del Ministerio de Salud de tener un número bajo de plazas por dispositivo (hasta 8 en los hogares y 14 en las residencias). Este último aspecto se refleja también en el hecho que haya disminuido entre los años 2004 y 2012 el porcentaje de estos dispositivos con un número de plazas mayor que el estándar nacional de número máximo (los hogares sobrepasando el límite máximo de plazas bajaron de 22,4% a 8,5% y las residencias de 33,3% a 17,1%)

Todos los dispositivos residenciales son ahora financiados por los Servicios de Salud (sector público), a diferencia del 2004 en que solamente el 84,7% de los hogares y el 76,2% de las residencias se encontraban en esta condición. Un número mayoritario de ellos son administrados por ONGs u otras formas de pequeñas empresas privadas o corporaciones, y solamente unos pocos tienen la administración a cargo de organizaciones de familiares, de Servicios de Salud o de hospitales. Al comparar con la situación al año 2004, se observa que la administración por ONGs y privados de hogares bajó de 68,2% a 53,9%, mientras que la de residencias aumentó de 71,4% a 85,7%. La administración de los hogares forenses se diferencia del resto de estos dispositivos al estar a cargo de Servicios de Salud o de Hospitales, en el caso de 8 de las 9 unidades.

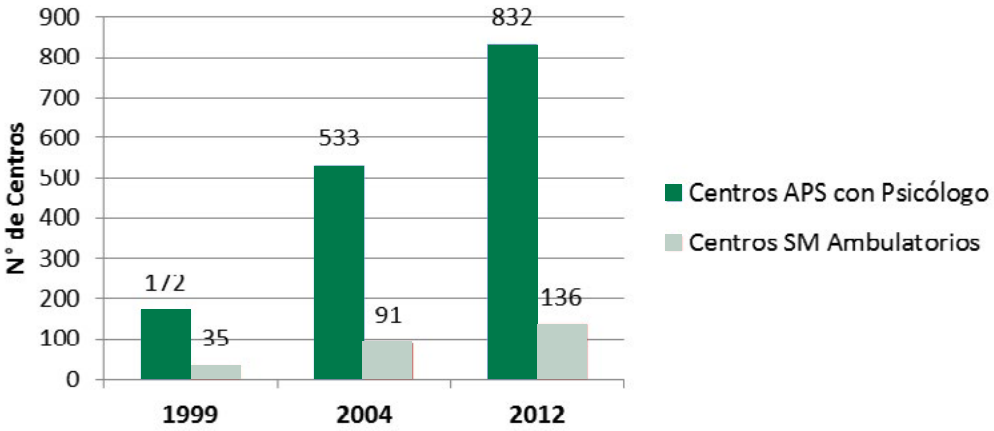
El porcentaje de mujeres que usan estos dispositivos es menor de 50%, y en el caso de los forenses es solamente del 5,3%. Ninguno de los hogares y residencias tienen usuarios menores de 18 años. La permanencia de los usuarios en estos dispositivos es prolongada, con un número promedio de días al año superior a 300 días.

Tabla 2.14. Indicadores del funcionamiento de hogares y residencias protegidas 2004 – 2012 (Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004 y Dispositivos de Salud Mental)						
Indicadores	**Hogares**		**Residencias**		**Hogares forenses**	
	2004	2012	2004	2012	2004 (*)	2012
N° de dispositivos con respuesta	85	141	21	41		9
N° de plazas	663	1.074	311	470		78
N° de usuarios en el año	762	1.100	314	501		76
N° de plazas promedio por dispositivo	7,8	7,6	11,1	11,5		8,7
% con financiamiento de los Servicios Salud	84,7%	100%	76,2%	100%		100%
% administrado por organización familiares	23,5%	16,3%	19,0%	4,9%		0%
% administrados por ONGs y otros privados	68,2%	53,9%	71,4%	85,7%		11,1%
% de usuarias mujeres	49,1%	46,5%	33,1%	41,9%		5,3%
% de usuarios menores de 18 años	0%	0%	0%	0%		0%
N° de días promedio por usuario al año	297	328	316	304		362
% dispositivos con N° plazas mayor que estándar	22,4%	8,5%	33,3%	17,1%		11,1%
(*) no se disponía de hogares forenses en el año 2004						

Desarrollo de la red de salud mental comunitaria en el sector público

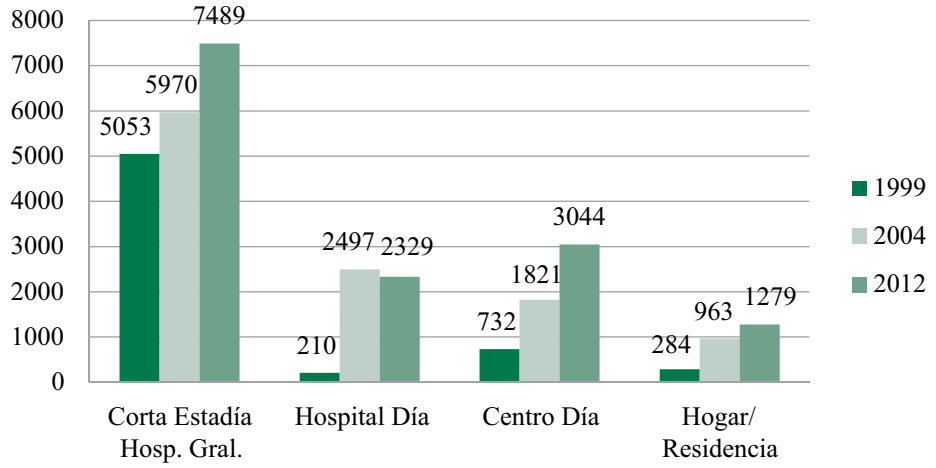
Con la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría el año 2000, se incrementó el proceso de inversiones en el desarrollo de dispositivos ambulatorios alternativos al hospital psiquiátrico. Es así como en la figura 2.1 se muestra el aumento entre los años 1999 y 2012 en el número de centros de atención primaria de salud que disponen de psicólogos, de 172 a 832 centros APS, reforzando la capacidad de resolución en salud mental de los equipos de salud general, y un aumento en el número de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría (nivel secundario), de 35 a 136 (incluyendo centros de salud mental comunitarios, centros de referencia de salud, centros de diagnóstico y tratamiento y consultorios de especialidad en hospitales).

Figura 2.1. Aumento en N° Centros APS con Psicólogo y de Centros de Salud Ambulatorios 1999 - 2004 - 2012



A su vez la figura 2.2 señala el aumento para los años 2004 y 2012 en el número de personas atendidas en servicios de psiquiatría de corta estadía en hospitales generales, centros diurnos y hogares/residencias protegidas. Sin embargo, en los hospitales de día, después de un aumento de 210 a 2.497 usuarios entre los años 1999 y 2004, se ha producido una disminución a 2.329 en el año 2012.

Figura 2.2. Aumento en el Nº de personas atendidas en dispositivos de salud mental entre los años 1999, 2004 y 2012



Hospitales psiquiátricos

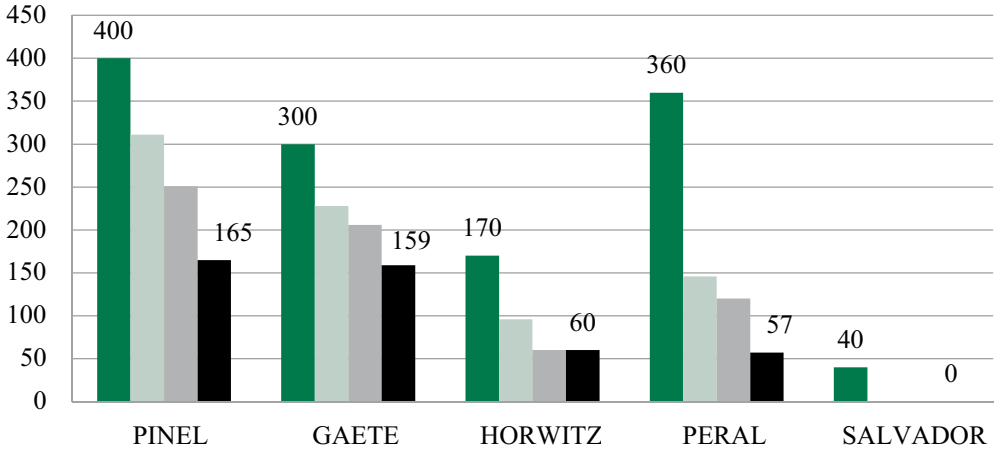
A diferencia de la red de dispositivos de salud mental, los 4 hospitales psiquiátricos y la Clínica Raquel Gaete (que para fines de este estudio ha sido considerada también como hospital psiquiátrico) han disminuido en un 22 % el número total de camas durante los primeros 5 años de implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y en un 20% en los 7 años siguientes (ver tabla 2.15). Esta disminución ha sido especialmente determinada por la disminución de camas de larga estadía (-38,5% en el primer período y -43,5% en el segundo), donde un número importante de sus usuarios han tenido acceso a programas de rehabilitación psicosocial y reinserción en sus familias o en hogares o residencias protegidas. Algunas de las camas en estos hospitales han aumentado su número de acuerdo a los lineamientos del Plan Nacional, es así que las de mediana estadía tuvieron una variación de +273,3% entre los años 2000 y 2005 y las de psiquiatría forense aumentaron en +125,0% entre 2005 y 2012.

Tabla 2.15.
Variación en el N° de camas en hospitales psiquiátricos 2000-2005-2012
(Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004 y dispositivos de salud mental)

Tipo de Camas	2000	2005	2012	% Variación 2000-2005	% Variación 2005-2012
Corta estadía	405	376	329	-7,16%	-12,50%
Mediana estadía	30	112	118	273,33%	5,36%
Larga estadía	1270	781	441	-38,50%	-43,53%
Dependencia alcohol y drogas	68	68	62	0,00%	-8,82%
Psiquiatría forense	60	80	180	33,33%	125,00%
Pensionado	12	12	0	0,00%	-100,00%
Otras	18	24	34	33,33%	41,67%
N° TOTAL CAMAS	1863	1453	1164	-22,01%	-19,89%

La figura 2.3 muestra en forma más específica la disminución de camas de larga estadía en los distintos hospitales psiquiátricos en 4 mediciones a lo largo de 12 años (2000, 2005, 2008 y 2012). Las reducciones más acentuadas en estas camas se han producido en los hospitales El Peral, con una disminución a un número de camas 6,3 veces menor al número de camas del año 2000 (de 360 camas de larga estadía en ese año a 57 en el 2012), y en el del Salvador, con una baja desde 40 camas en el año 2000 a 0 en el año 2005. En los otros hospitales psiquiátricos la disminución de camas de larga estadía ha sido menor, reduciéndose entre los años 2000 y 2012 en el Hospital Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak un número 2,8 veces menor (de 170 a 60 camas), en el hospital Philippe Pinel a un número 2,4 veces menor y en la Clínica Raquel Gaete a 1,9 veces menor.

Figura 2.3. Disminución del número de camas de larga estadía en hospitales psiquiátricos entre los años 2000 y 2012



La tabla 2.16 muestra algunos indicadores globales de los 5 hospitales en los años 2004 y 2012, destacándose la reducción del índice ocupacional entre estos dos años, la mantención de un bajo índice de rotación, la disminución del promedio de días de estada, el aumento del porcentaje de mujeres y de menores de 18 años hospitalizados, la disminución a menos de la mitad del porcentaje de usuarios que reciben intervenciones psicosociales (el 30,7% de los hospitalizados recibieron alguna forma de intervención psicosocial) y el aumento de camas por cada jornada de 44 horas semanales de profesionales y técnicos y por cada jornada de 22 horas semanales de psiquiatras. También se observa un aumento en el porcentaje de hospitales que realizan actividades con organizaciones de usuarios y una leve baja en el porcentaje de los que trabajan con organizaciones de familiares. El porcentaje de personas que ingresan, a través de hospitalización involuntaria (ingresos administrativos) ha aumentado entre los años 2004 y 2012 (de 3,4% a 9,3%) y el porcentaje de personas a los que se les aplica contención y/o aislamiento también ha crecido en el mismo período (de 9,5% a 57,9%). Esta última cifra debe tomarse con precaución ya que no existe un sistema formal de registro de los casos de contención y aislamiento en los hospitales, y además para el año 2012 solamente dos de los hospitales psiquiátricos entregaron información de estos procedimientos.

Tabla 2.16. **Indicadores del funcionamiento de hospitales psiquiátricos 2004 – 2012** (Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004, DEIS y Dispositivos de Salud Mental)		
Indicadores	**2004**	**2012**
Índice ocupacional	116%	90,7%
Índice de rotación	3.6	4,8
Promedio de días de estada	117,3	80,9
% de mujeres ingresadas	44,0%	50,2%
% de menores de 18 años ingresados	2,7%	6,1%
N° de camas exclusivas para menores de 18	0	18
% personas con intervenciones psicosociales	63,8%	30,7%
% de centros con suficientes medicamentos	100,0%	100,0%
N° de camas por profesional/técnico 44 horas semanales	2,1	2,7
N° de camas por 22 horas semanales de psiquiatra	26,2	33,4
% con actividades con grupos de usuarios	40,0%	80%
% con actividades con grupos de familiares	80.0%	60%
% ingresos administrativos (Reglamento Internación)	3,4%	9,3%*
% ingresos por orden judicial**	1,3%	1,3%
% de personas con contención o aislamiento	9,5%	57,9%*
*Basado en información de solo 2 hospitales psiquiátricos **No incluye personas hospitalizadas en unidades de psiquiatría forense		

Al comparar indicadores de funcionamiento de cortas estadías en hospitales psiquiátricos y hospitales generales se aprecian diferencias a pesar de que aparentemente atienden usuarios de similares características (la mayoría de los Servicios de Salud que tienen cortas estadías en hospitales generales no refieren usuarios a los hospitales psiquiátricos y los cuatro que sí refieren lo hacen principalmente por no tener un número de camas suficientes). Entre las diferencias de las cortas estadías de ambos tipos de hospitales que se muestran en la tabla 2.17 se pueden destacar el mayor índice ocupacional, mayor promedio de días de estada, mayor porcentaje de establecimientos con actividades de usuarios y mayor porcentaje de ingresos administrativos y de personas con contención y/o aislamiento para los hospitales psiquiátricos, así como el mayor índice de rotación y el mayor porcentaje de ingresos judiciales para los hospitales generales.

Tabla 2.17. **Comparación de indicadores del funcionamiento de unidades de corta estadía de hospitales psiquiátricos y de hospitales generales 2012 (**Fuentes: DEIS y Dispositivos de Salud Mental)		
Indicadores	**Corta estadía hospital psiquiátrico**	**Corta estadía hospital general**
Índice ocupacional	92,5%	74,9%
Índice de rotación	12,0	15,6
Promedio de días de estada	28,2	19,2
% de camas exclusivas para menores de 18	1,5%	17,4%
% de centros con suficientes medicamentos	100,0%	100%
% con actividades con grupos de usuarios	80%	32,3%
% con actividades con grupos de familiares	60%	22,6%
% ingresos administrativos (Reglamento Internación)	9,3%*	6,6%
% ingresos por orden judicial**	1,8%	5,4%
% de personas con contención o aislamiento	57,9%*	26,1%
*basado en información de solo 2 hospitales psiquiátricos **No incluye personas hospitalizadas en unidades de psiquiatría forense		

Entre los años 2004 y 2012 se ha producido un cambio en el perfil de los usuarios de hospitales psiquiátricos en cuanto a la duración de su permanencia en la institución. El porcentaje de personas con más de 10 años y entre 5 a

10 años ha bajado desde 49% y 9% respectivamente a solamente 8,0% y 0.2% en el 2012 (tabla 2.18). Al mismo tiempo, las personas con menos de un año de hospitalización han aumentado desde el 37% al 84%.

Tabla 2.18.
Duración de Hospitalización en Personas Ingresadas a Hospitales Psiquiátricos 2004-2012
(Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004 y Dispositivos de Salud Mental)

	2004	2012
Más de 10 años	49%	8,0%
5 a 10 años	9%	0,2%
1 a 4 años	5%	7,6%
Menos de 1 año	37%	84,1%

Otro de los cambios observados en los hospitales psiquiátricos entre los años 2004 y 2012 es la proporción de personas con distintos diagnósticos (tabla 2.19). Es así como ha habido un aumento de los trastornos por consumo de sustancias (de 20,9% a 25,5%), una disminución de esquizofrenia y trastornos delirantes (de 38,3% a 30,2%), un incremento de trastornos neuróticos y de estrés (de 2,0% a 5,5%) y una menor proporción de otros trastornos (de 16,8% a 9,6%).

Tabla 2.19.
Diagnósticos principales en hospitales psiquiátricos 2004 – 2012
(Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004 y Dispositivos de Salud Mental)

Diagnóstico	2004	2012
% Trastornos por consumo de sustancias (F10-F19)	20,9	25,5
% Esquizofrenia y trastornos delirantes (F20-F29)	38,3	30,2
% Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)	11,4	12,6
% Trastornos neuróticos y de estrés (F40-F49)	2,0	5,5
% Trastornos de la personalidad (F60-F69)	10,6	11,4
% Otros	16,8	9,6

Unidades de psiquiatría forense

La mayoría de las camas de psiquiatría forense se ubican en los hospitales psiquiátricos Horwitz y Pinel, con 90 camas en cada uno de ellos (tabla 2.20). Las otras 4 unidades son más pequeñas, teniendo en conjunto un total de 36 camas y presentando muchas diferencias entre ellas en cuanto al establecimiento donde se ubican, la dependencia administrativa y a la población que atienden. El número de camas y horas por psiquiatra es variable entre las distintas unidades y el número de camas por funcionario es más alto en los hospitales psiquiátricos y en el hospital penitenciario. El número de años de estadía de los usuarios en las unidades forenses de hospitales psiquiátricos y del hospital general es mayor que en el resto. En el año 2012, tres unidades forenses tuvieron actividades con grupos de usuario y solo dos con grupos de familiares, mientras que tres unidades recibieron visita de la Comisión de Protección de las Personas con Enfermedad Mental y capacitación en DDHH.

Tabla 2.20. Indicadores de unidades de psiquiatría forense 2012 (Fuentes: Dispositivos de salud mental)						
	Mediana complejidad	**Alta y mediana complejidad**	**Mediana complejidad**	**Unidad intrapeni-tenciaria**	**Corta estadía adolescente infractor**	**Hospital penitenciario**
Nombre del establecimiento	Instituto Horwitz	Hospital Pinel	Hospital G Benavente	Complejo Penitenciario Pta. Arenas	Centro Las Gaviotas	Centro Detención Santiago Sur
Tipo de establecimiento	hospital psiquiátrico	hospital psiquiátrico	hospital general	cárcel	centro reclusión	cárcel
Servicio de Salud	Metropolitano Norte	Aconcagua	Concepción	Magallanes	Valdivia	Gendarmería
N° de camas	90	90	23	6	5	2
N° camas por psiquiatra	10	45	12	6	5	1
N° de horas semanales de psiquiatra por cama	2,0	0,5	1,1	0,8	4,4	7,5
N° camas por funcionario	1,84	1,88	1,00	1,00	0,28	2,00
Estadía más de 10 años	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Estadía 5 a 10 años	11,2%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Estadía 1 a 4 años	41,6%	39,3%	39,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Estadía menor de 1 año	44,8%	44,0%	60,9%	100,0%	100,0%	100,0%
Actividades grupos usuarios	SI	SI	NO	SI	NO	NO
Actividades grupos familiares	SI	SI	NO	NO	NO	NO
Visita Comisión Protección	NO	SI	NO	NO	SI	SI
Capacitación en DDHH	NO	SI	NO	NO	SI	SI

En la tabla 2.21 se observa que entre los años 2004 y 2012 ha aumentado casi 2,5 veces el número de camas de las unidades de psiquiatría forense, disminuyendo el número de camas por psiquiatra y manteniéndose igual el número de camas por funcionario. La duración de la estadía de los usuarios en estas unidades se mantiene sin variación, predominando las estadías menores de un año (en el 58% de los usuarios). En este período ha aumentado el porcentaje de unidades que realizan actividades con grupos de usuarios y familiares y que han recibido visitas de la Comisión de Protección de las Personas con Enfermedad Mental, mientras que el porcentaje de unidades que recibieron capacitación en DDHH persiste en un nivel similar (25% de las unidades).

Tabla 2.21 Indicadores de unidades de psiquiatría forense 2004 – 2012 de unidades de I. Horwitz, H. Pinel, H. Concepción y Complejo Penitenciario Pta. Arenas (Fuentes: WHO-AIMS Chile 2004 y dispositivos de salud mental)		
Indicadores	**2004**	**2012**
N° de camas	86	209
N° camas por psiquiatra	17,2	14,9
N° de horas semanales de psiquiatra por cama	(*)	1,2
N° camas por funcionario	1,4	1,5
Estadía más de 10 años	1,2%	1,0%
Estadía 5 a 10 años	10,5%	9,2%
Estadía 1 a 4 años	30,2%	30,9%
Estadía menos de 1 año	58,1%	58,9%
% de unidades con actividades con grupos de usuarios	33%	75%
% de unidades con actividades con grupos de familiares	0%	50%
% de unidades con visita de Comisión de Protección	0%	25%
% de unidades con capacitación en DDHH	33%	25%
(*) No se midió el 2004		

Otros dispositivos residenciales

Existen diferentes tipos de dispositivos que son usados por personas con trastornos mentales. En el presente estudio se pudo obtener información de los siguientes:

- Residencias para personas con discapacidad intelectual financiadas y supervisadas por el Servicio Nacional de Menores (SENAME), con un total de 21 establecimientos y 1.542 plazas. Más del 70% de estas residencias tienen más de 40 plazas por establecimiento, lo cual representa un aumento en relación a la evaluación del año 2004, cuando estas residencias grandes con muchos usuarios representaban el 60% (ver tabla 2.22). El 62,0% de los usuarios de estas residencias tienen 18 y más años de edad, habiendo ingresado por problemas severos de abandono o inhabilidad de uno o ambos padres para cuidarlos (64,4% de los residentes del año 2012) o por situaciones graves de abuso sexual y/o maltrato (18,9% de los residentes), con una permanencia de muchos años en estas instituciones.

Tabla 2.22.
Residencias para personas con discapacidad mental según N° de plazas por establecimiento 2004-2012
(Fuentes: página web SENAME y Fundación COANIL)

N° Plazas por Hogar	N° residencias		% residencias	
	2004	2012	2004	2012
Menos de 20 plazas	3	1	9,7%	4,8%
20 a 39 plazas	9	5	29%	23,8%
40 a 79 plazas	12	9	38,7%	42,9%
80 y más plazas	7	6	22,6%	28,6%
	31	21	100%	100,0%

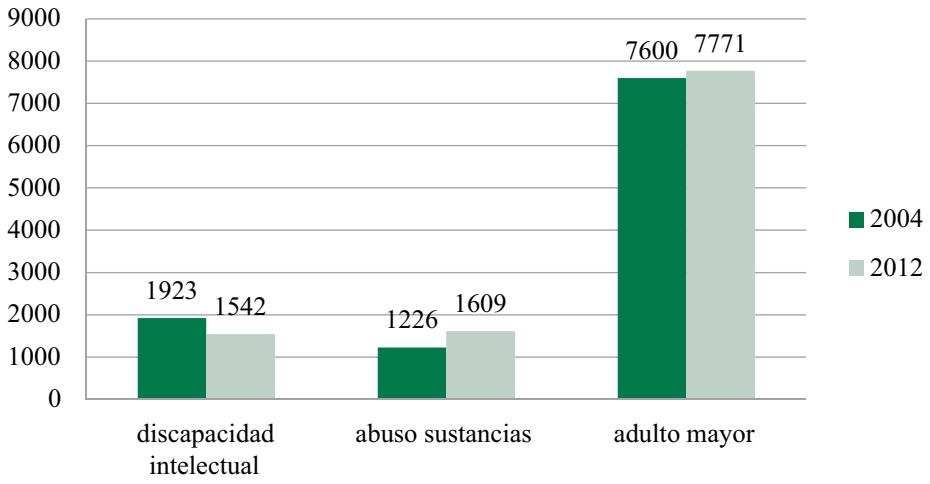
- Programas residenciales para personas con abuso de substancias, muchas de ellas comunidades terapéuticas, con un total de 67 establecimientos y 1.609 plazas. El promedio de plazas por programa residencial es 23,3, con una desviación estándar de 13,1, y la mediana es 20 plazas. En relación con el 2004, el número de establecimientos se ha casi duplicado (el 2004 habían 38 establecimientos) y las plazas han crecido en un 31,2% (sobre las 1,226 plazas existentes el 2004), mientras que el promedio de plazas por programa se ha reducido de 32 a 23.

- Los establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM), comúnmente conocidos como casas de reposo y hogares de la tercera edad, también admiten personas con trastornos mentales, especialmente con deterioro cognitivo y demencia. De acuerdo a catastro efectuado por el Servicio del Adulto Mayor (SENAMA) en el 2012 existen 726 de estos establecimientos en el país, con una capacidad máxima de 19.634 plazas, una media de 27 plazas por ELEAM (desviación típica de 25,6), mediana de 18 y percentil 75 de 30 plazas (lo cual significa que el 75% de ellas tienen un máximo de 30 plazas y, por lo tanto, su tamaño en general es menor que el de las residencias para personas con discapacidad intelectual). Se estima que alrededor del 45,2% de los residentes en ELEAM presentan algún deterioro funcional de causa psíquica (en conjunto o no con deterioro físico) (tabla 2.23). En relación a lo encontrado en el WHO-AIMS 2004, el número de ELEAM aumentaron de 581 a 726 en el 2012, pero el número de residentes con deterioro psíquico se mantiene en un nivel similar, con una estimación de 7.600 personas en el 2004 (en base a 9.500 plazas con una tasa de ocupación del 80%) y de 7.771 en el 2012.

Tabla 2.23. **Frecuencia de deterioro físico y psíquico en residentes de establecimientos de larga estadía para adultos mayores** (Fuentes CI Ingeniería Económica y SENAMA)		
Niveles de funcionalidad	Nº	%
Autovalentes	4561	26,5%
Semivalentes de causa física	3488	20,3%
Semivalentes de causa psíquica	1271	7,4%
Semivalentes de causa física y psíquica	3834	22,3%
Postrados de causa física	1373	8,0%
Postrados de causa psíquica	242	1,4%
Postrados de causa física y psíquica	2424	14,1%
Total	17193	100,0%
Total con deterioro psíquico (solo o con deterioro físico)	**7771**	**45,2%**

Finalmente, en la figura 2.4 se muestra una comparación del número de usuarios entre los años 2004 y 2012 para los tres tipos de dispositivos residenciales descritos en esta sección. Se puede apreciar que el número de usuarios con discapacidad intelectual en residencias disminuyó en este período, en cambio los usuarios de programas residenciales para problemas de abuso de sustancias han aumentado, y los de los ELEAM se han mantenido en el mismo nivel.

Figura 2.4. Número de usuarios de otros dispositivos residenciales (para discapacidad intelectual, abuso sustancias y adultos mayores con deterioro psíquico): 2004-2012



Derechos humanos y equidad

De acuerdo a las respuestas obtenidas desde las Secretaría Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), en el año 2012 se realizaron 1.792 hospitalizaciones involuntarias en el país (internaciones administrativas), autorizadas por estas Secretarías, cifra que representa una tasa nacional de 10,3 casos por 100.000 habitantes (mediana en 9,2 por 100.000), según se muestra en la tabla 2.24. Al analizar los datos solamente del sistema público, se tiene un total de 1.646 hospitalizaciones involuntarias, lo que corresponde al 15.5% de todos los ingresos a servicios de psiquiatría de hospitales generales y hospitales psiquiátricos (mediana de 12,6%). La comparación entre regiones muestra una variabilidad en el porcentaje de hospitalizaciones involuntarias, desde un mínimo de 3,9% a un máximo de 43,8%.

Tabla 2.24. Hospitalizaciones involuntarias con autorización de SEREMI en el año 2012 por región (Fuente: SEREMI de Salud)						
	Nº de hospitalizaciones involuntarias con autorización de SEREMI				Tasa hosp. involuntarias x 100.000 habitantes	% de hosp. involuntarias del total de hosp. (en el sistema público)
	Hospital General	Hospital Psiquiátrico	Clínica Privada	Total		
XV Arica y Par.	17	0	0	17	9,4	4,1
I Tarapacá	44	0	0	44	13,4	8,7
II Antofagasta	45	0	9	54	9,2	8,8
III Atacama	17	0	0	17	6,0	21,3
IV Coquimbo	0	27	1	28	3,8	25,7
V Valparaíso	0	231	0	231	12,9	24,0
VI LGB O'Higgins	42	0	3	45	5,0	26,9
VII Maule	49	0	0	49	4,8	43,8
VIII Bio-Bio	394	0	0	394	19,1	42,8
IX Araucanía	142	0	0	142	14,4	10,4
XIV Los Ríos	10	0	1	11	2,9	4,3
X Los Lagos	65	0	0	65	7,6	12,4
XI Aysén	34	0	0	34	31,8	15,3
XII Magallanes	18	0	0	18	11,3	3,9
XIII Metropolitana	354	157	132	643	9,2	12,6
Total Chile	**1231**	**415**	**146**	**1792**	**10,3**	**15,5**
Mediana					9,2	12,6
Promedio					10,7	17,7

En las tablas 2.12 y 2.16 se mostró que las medidas forzadas en relación con la hospitalización han aumentado entre los años 2004 y 2012, tanto en los hospitales generales como psiquiátricos (aunque las cifras informadas por los servicios de hospitalización psiquiátrica son inferiores a las entregadas por las SEREMI de Salud). En los hospitales generales se ha triplicado el porcentaje de ingresos de urgencia y el de ingresos por orden judicial se ha duplicado, mientras que en ambos tipos de hospitales se han triplicado o cuadriplicado los ingresos involuntarios administrativos y también ha aumentado la frecuencia en el uso de la contención y/o reclusión. Al no existir un sistema de información que registre acuciosamente estas medidas en ambos tipos de hospitales, no tenemos certeza plena de la exactitud de estas cifras, y al no existir tampoco una supervisión externa periódica de las hospitalizaciones, no se dispone de información que explique este posible aumento.

Del total de camas de psiquiatría de corta estadía del sistema público nacional, casi el 50% se ubican en el gran Santiago urbano (con una población estimada del 62% de la Región Metropolitana[9] y una estimación de la población beneficiaria de FONASA de 3.070.332). La inequidad geográfica en relación con las camas de corta de estadía se visualiza en la tabla 2.25 con la razón entre las tasas en el gran Santiago urbano y en el total de Chile (existen 13,5

9 Salazar A, Osses P. La ruralidad en la Región Metropolitana de Santiago de Chile (2002): Determinación y relación con los grupos socio-profesionales. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9788. Vol. XII, núm. 270 (112), 1 de agosto de 2008

camas de corta estadía de psiquiatría por 100.000 beneficiarios FONASA en el Gran Santiago Urbano, en contraste a 6,5 camas de corta estadía por 100.000 beneficiarios para todo Chile, lo que hace una razón de 2,1)

Tabla 2.25.
Razón entre la tasas de camas de psiquiatría de corta estadía en el Gran Santiago Urbano y en Chile en el año 2012, en base a camas del sistema público y población beneficiaria de FONASA
(Fuentes: dispositivos de salud mental y FONASA)

	Gran Santiago Urbano	Chile
Población beneficiaria FONASA	3.070.332	13.377.082
Nº total de camas de corta estadía	415	863
Tasa camas corta estadía x 100.000 beneficiarios	13,5	6,5
Razón tasa Gran Santiago Urbano/tasa Chile	2,1	

Menos del 25% los centros de salud mental ambulatorios públicos, tanto centros de salud mental comunitarios como CDT, CRS y CAE, reconocen un acceso adecuado de usuarios de zonas rurales y menos del 8% lo reconocen para usuarios de minorías étnicas, religiosas y lingüísticas durante el año 2012 (tabla 2.26). El 3,6% de los centros de salud mental comunitarios y el 7,5% de otros centros de especialidad señalan haber diseñado una estrategia específica para garantizar que las minorías lingüísticas tengan acceso a atención en un idioma que dominen.

Tabla 2.26.
Porcentaje de centros de salud mental ambulatorios públicos (nivel secundario) con acceso adecuado de usuarios rurales y minorías étnicas y lingüísticas en el año 2012
(Fuentes: dispositivos de salud mental)

	Centros de SM comunitarios	Otros centros de SM ambulatorios
% de centros que declaran acceso adecuado de usuarios rurales a servicios de SM	18,1%	24,5%
% de centros que declaran disponer de estrategia en los servicios de SM para minorías lingüísticas	3,6%	7,5%
% de centros que declaran acceso adecuado de minorías étnicas y religiosas a servicios de SM	10,8%	22,6%

Existen algunas diferencias entre la atención de salud mental para beneficiarios de ISAPRES y de FONASA, teniendo los primeros una tasa de personas en tratamiento ambulatorio 8 veces superior a la tasa de FONASA, la tasa de personas hospitalizadas es 1,5 veces mayor, el porcentaje de adolescentes que acceden a hospitalización es el doble y la tasa de personas hospitalizadas con trastornos afectivos es casi 5 veces mayor que en la población FONASA (ver tabla 2.27). Por su parte, los beneficiarios de FONASA tienen casi el doble de promedio de atenciones por persona en tratamiento ambulatorio y una tasa de personas hospitalizadas por trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas más de 4 veces mayor que los beneficiarios de ISAPRES.

Tabla 2.27. Comparación de indicadores de atención ambulatoria y hospitalizaciones por salud mental entre beneficiarios de ISAPRE y FONASA (subsistema institucional) para el año 2012 (Fuentes: Superintendencia de Salud, DEIS y dispositivos de salud mental)			
	ISAPRES	FONASA	Razón ISAPRE/ FONASA
Tasa de personas en tratamiento ambulatorio x 100.000 beneficiarios	12.196	1.461	8,3
Nº promedio de atenciones por persona al año	4,6	8,2	0,6
% de mujeres en tratamiento ambulatorio	56,6	54,2	1,0
Tasa de personas hospitalizadas x 100.000 beneficiarios	121	79,4	1,5
Promedio de días de hospitalización por persona	20,5	25,7	0,8
% de mujeres hospitalizadas	53,1	51,9	1,0
% de adolescentes hospitalizados	14,9	7,3	2,0
Tasa hospitalizados con trastornos por sustancias (x 100.000)	3,2	14,3	0,2
Tasa hospitalizados con esquizofrenia y trastornos delirantes (x 100.000)	29,2	24,5	1,2
Tasa hospitalizados con trastornos del humor (afectivos) (x 100.000)	68,5	14,3	4,8

Al comparar 4 indicadores adicionales con información obtenida de dispositivos de atención de salud mental públicos y privados, tanto ambulatorios como de hospitalización (tabla 2.28), se observa que el promedio de días de espera para una primera consulta con psiquiatra es 3 veces más larga en dispositivos públicos en relación con privados (43,7 días y 14,4 días respectivamente), el promedio de duración de las consultas con psiquiatras es 10 minutos más larga en los dispositivos privados (29,5 y 39,9 minutos respectivamente), el promedio de camas por cada enfermera en servicios de hospitalización psiquiátrica es aproximadamente igual en ambos tipos de dispositivos (14,1 y 13,0 camas por cada enfermera) y el promedio de camas por cada técnico de enfermería en hospitalización psiquiátrica es 2 veces mayor en clínicas privadas (2,5 y 5,1 camas por cada técnico de enfermería).

Tabla 2.28. Comparación de indicadores de atención de salud mental entre dispositivos públicos y privados para el año 2012 (Fuentes: dispositivos de salud mental públicos y privados)		
	Público	**Privado**
Promedio de días de espera para primera consulta con psiquiatra	43,7	14,4
Promedio de minutos de duración de las consultas con psiquiatra	29,5	39,9
Promedio de camas por cada enfermera en hospitalización psiquiátrica	14,1	13,0
Promedio de camas por cada técnico enf. en hospitalización psiquiátrica	2,5	5,1

Visión global de los servicios de salud mental

La mayor oferta de camas de tratamiento en salud mental para personas con problemas agudos (servicios de corta estadía) y sub-agudos (servicios de mediana estadía) se encuentra en los centros de rehabilitación para problemas de drogas y alcohol (38%) y en las clínicas psiquiátricas privadas (29%) en el año 2012 (figura 2.5.1). El porcentaje de camas en servicios de psiquiatría de corta estadía públicos es mayor en hospitales generales (15%) que en hospitales psiquiátricos (9%). Estos últimos ofrecen además camas de tratamiento en mediana estadía (3%), unidades de psiquiatría forense (5%) y en unidades de adicción (1%). La distribución porcentual de los distintos tipos de camas de salud mental se mantiene muy similar a lo encontrado el 2004 (tabla 2.5.2), con la excepción de una diminución en las camas de corta estadía en hospitales psiquiátricos (de 12% a 9%) y un aumento de las camas forenses (de 3% a 5%)

Figura 2.5.1. Número de camas en dispositivos de salud mental de corta y mediana estadía, públicos y privados, Año 2012

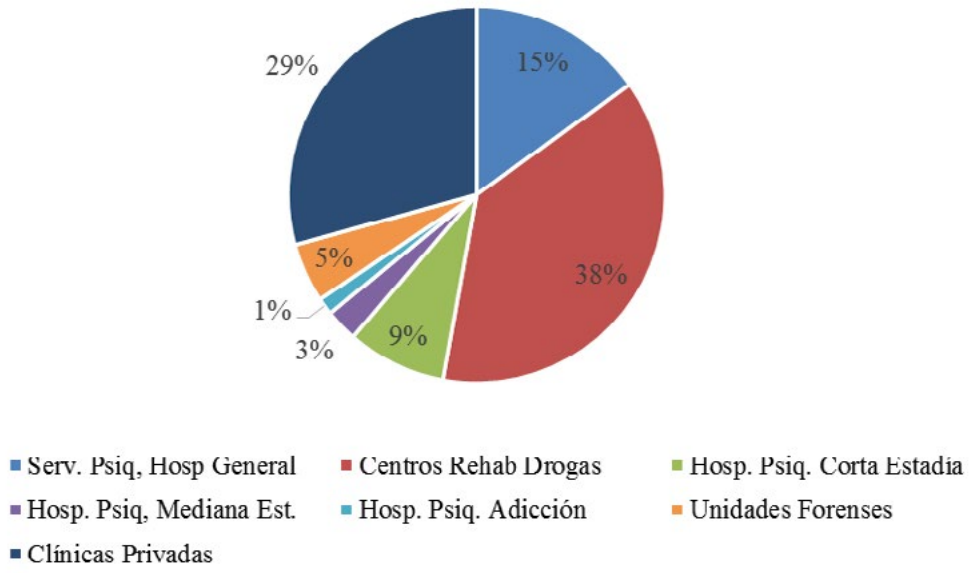
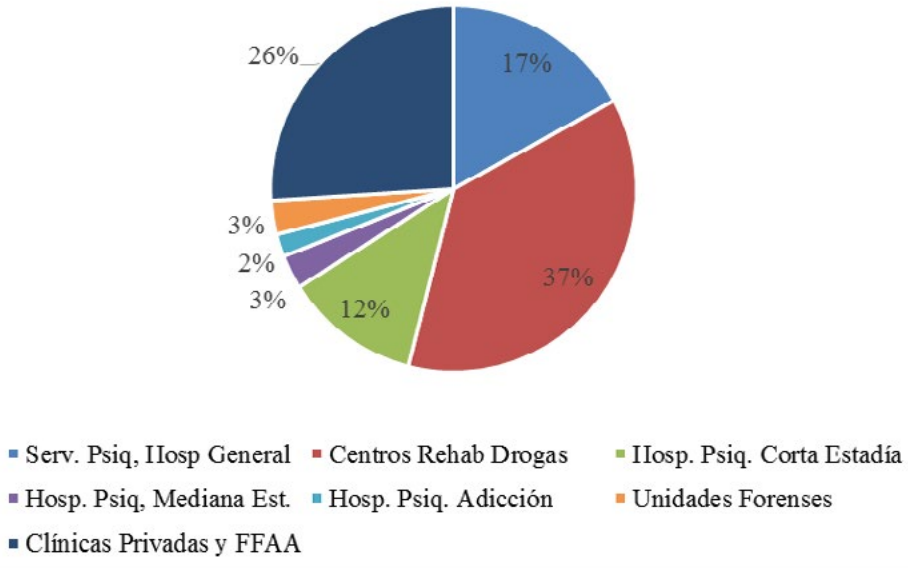


Figura 2.5.2. Número de camas en dispositivos de salud mental de corta y mediana estadía, públicos y privados, Año 2004



La mayor oferta de plazas con cuidados residenciales a largo plazo para personas con trastornos y/o discapacidad mental corresponden a casas de reposo (68% del total de plazas de larga estadía) (figura 2.6.1). Estos dispositivos se orientan a adultos mayores y a personas con distintos tipos de discapacidades física y somática, pero alrededor

del 45% de ellas incluyen también un número significativo de personas con trastornos mentales, especialmente personas con demencia.

El porcentaje de plazas en hogares y residencias protegidas para personas con discapacidad psíquica se ha duplicado entre el 2004 al 2012 (subiendo de 7% a 14%) y el de camas en servicios de larga estadía en hospitales psiquiátricos ha disminuido de 6% a 4%. Otro 13% de este tipo de plazas están dedicadas a cuidados residenciales de personas con discapacidad intelectual.

Figura 2.6.1. Número de camas en dispositivos de salud mental de larga estadía, públicos y privados, Año 2012

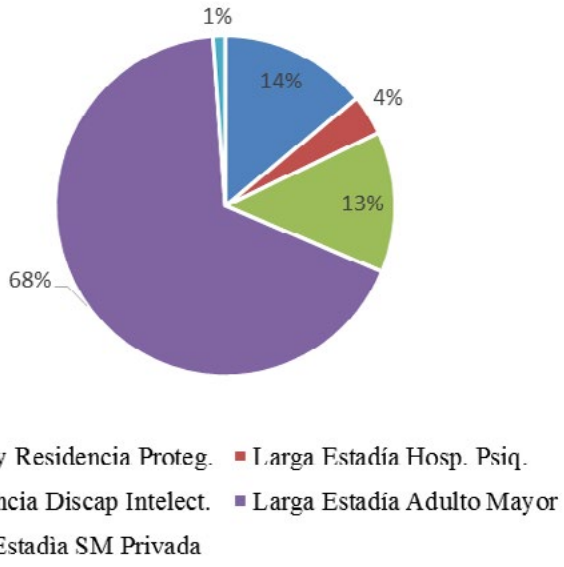
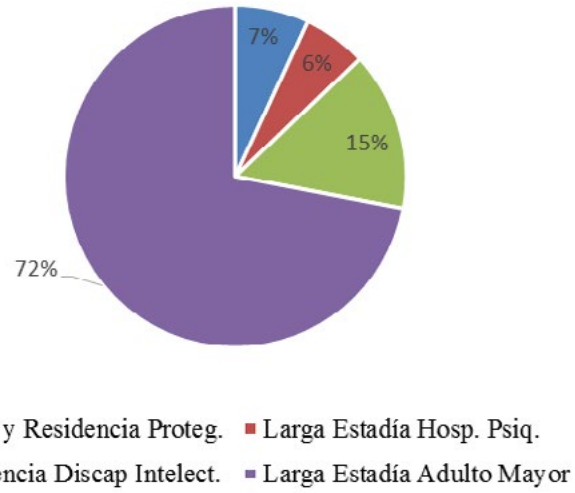
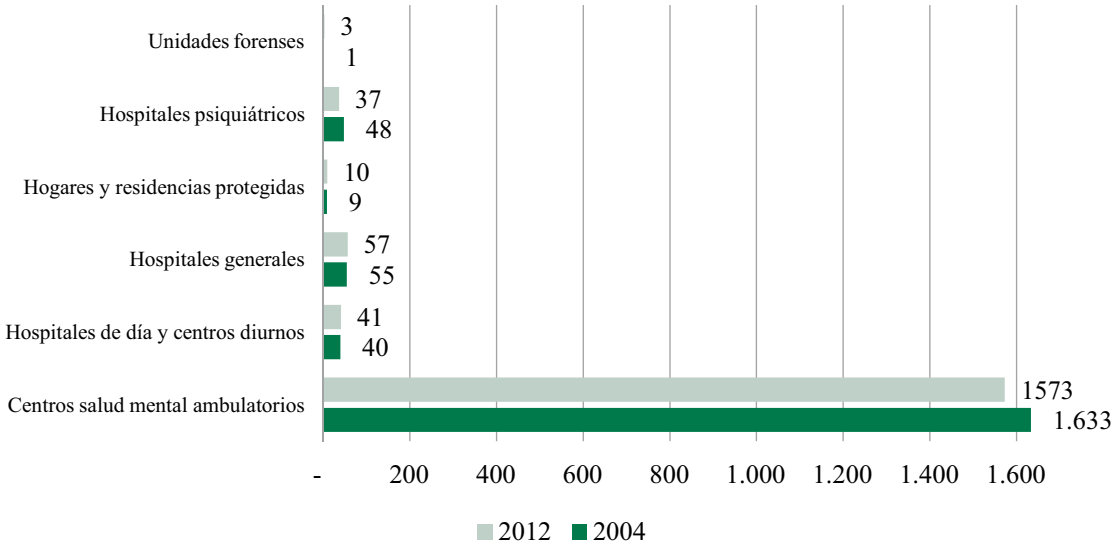


Figura 2.6.2. Número de camas en dispositivos de salud mental de larga estadía, públicos y privados, Año 2004



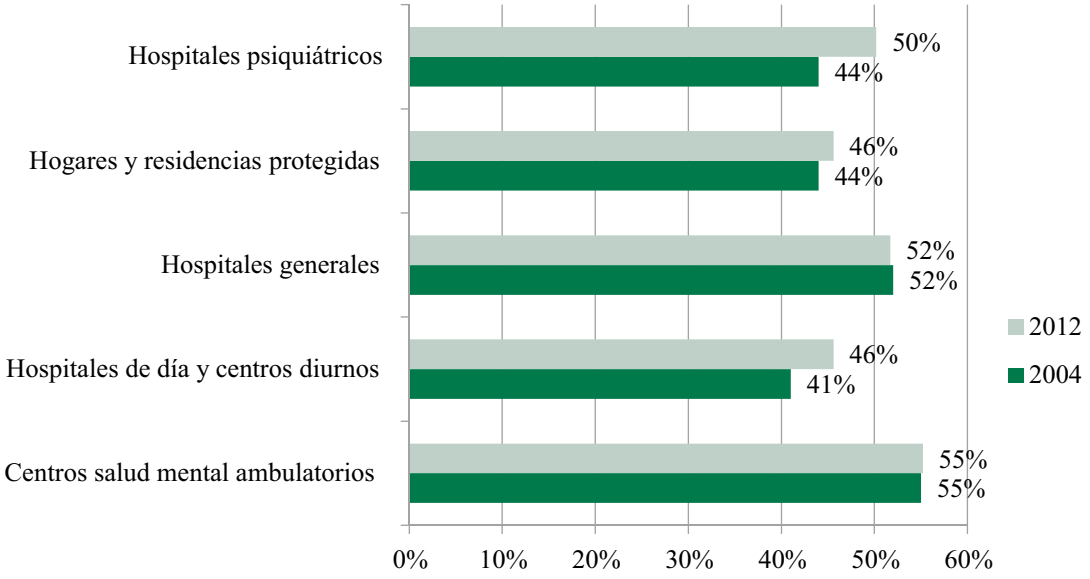
Las tasas de personas tratadas en los diferentes tipos de dispositivos de salud mental del sistema público se mantienen sin cambios entre los años 2004 y 2012, con excepción de los hospitales psiquiátricos cuya tasa de usuarios bajó de 48 a 37 personas por 100.000 beneficiarios (figura 2.7), lo cual implica una disminución de usuarios de 22,9%. La tasa de personas que se tratan en hospitales de día y centros diurnos se mantiene baja en relación a la de las personas que reciben hospitalización total. La razón entre personas ingresadas a hospitales generales y las ingresadas en hospitales psiquiátricos experimentó un incremento entre los dos años estudiados (entre los años 2004 y 2012 aumentó de 1,15 a 1,54 el número de ingresos en hospitales generales por cada ingreso en hospitales psiquiátricos).

Figura 2.7 - Personas tratadas en dispositivos de salud mental públicos 2004 -2012 (tasa por 100.000 beneficiarios)



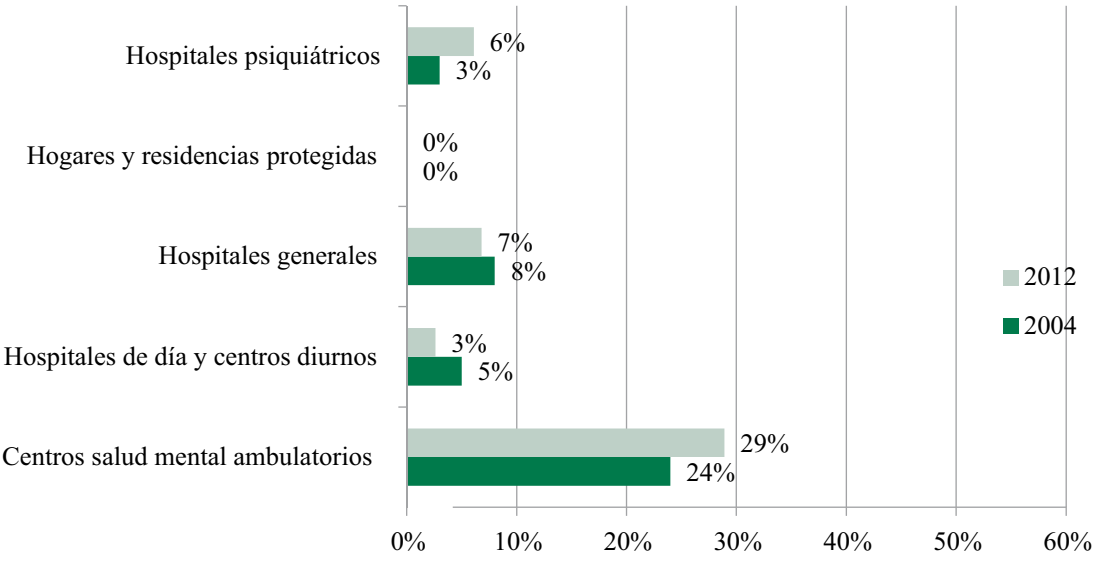
Las usuarias mujeres han aumentado su proporción desde el año 2004 en los dispositivos de salud mental donde tenían una representación menor al 50%, es así como subieron el año 2012 de 41% a 46% en los hospitales de día y centros diurnos, de 44% a 46% en los hogares y residencias protegidas, y de 44% a 50% en los hospitales psiquiátricos. Se mantuvieron iguales entre los dos años los porcentajes de mujeres en centros de salud mental ambulatorios (55%) y en unidades de corta estadía en hospitales generales (52%).

Figura 2.8 - Porcentaje de usuarias mujeres tratadas en dispositivos de salud mental públicos 2004 - 2012



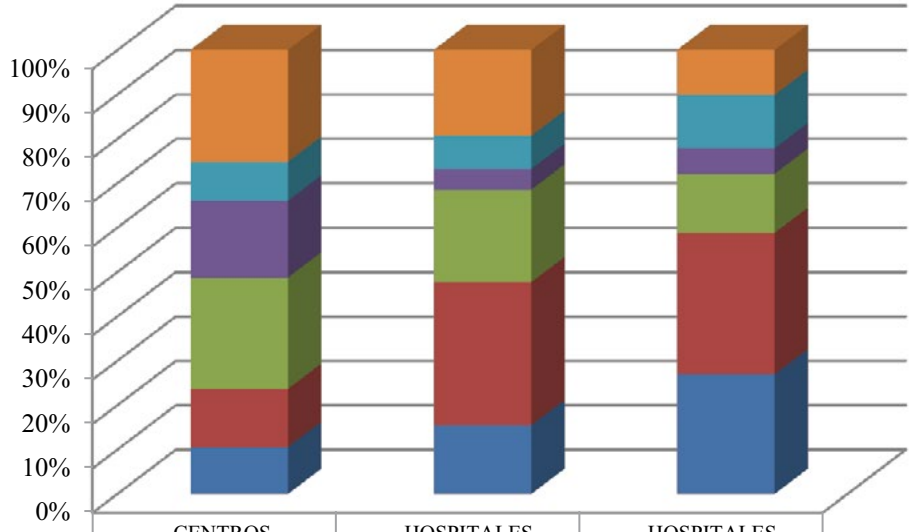
Los menores de 18 años aumentaron su porcentaje en los centros de salud mental ambulatorios de 24% a 29% entre los dos períodos de observación, acercándose algo al porcentaje que ellos representan en la población FONASA, pero la proporción de ellos en otros dispositivos se mantiene similar o ha disminuido (figura 2.9). Los hogares y residencias protegidas del sistema público de salud están diseñados para población adulta y resulta lógico que no tengan usuarios menores de 18 años. Sin embargo, el aumento de ingresos de menores a los hospitales psiquiátricos iría en la dirección contrario al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, ya que este señala que las hospitalizaciones de menores deben realizarse en hospitales generales o pediátricos.

Figura 2.9 - Porcentaje de menores de 18 años tratados en dispositivos de salud mental públicos 2004 - 2012



La distribución por diagnóstico varía según el tipo de dispositivo donde son tratadas las personas (figura 2.10). Los centros ambulatorios tratan un mayor porcentaje de personas con trastornos afectivos (25%) y neuróticos (17%), mientras que los servicios de corta estadía en hospitales generales tratan una mayor proporción de personas con trastornos afectivos (21%) y esquizofrenia (32%) y los hospitales psiquiátricos un mayor porcentaje de personas con esquizofrenia (30%) y abuso de sustancias (25%). Comparado con el año 2004, la principal diferencia tiene que ver con la mayor proporción de personas tratadas por esquizofrenia en las cortas estadías de hospitales generales (aumento de 27% a 32%) y la disminución de este grupo diagnóstico en los hospitales psiquiátricos (baja de 38% a 30%).

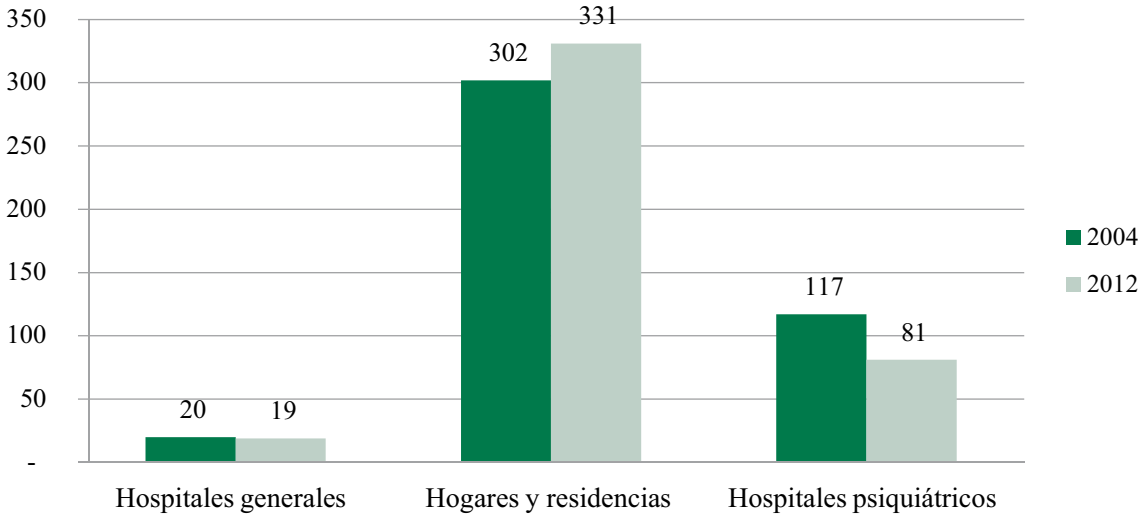
Figura 2.10. Personas tratadas en dispositivos públicos en el año 2012: porcentajes para los diferentes diagnósticos



	CENTROS AMBULATORIOS	HOSPITALES GENERALES	HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS
OTROS	25%	19%	10%
PERSONALIDAD	9%	7%	11%
NEUROTICOS	17%	5%	5%
AFECTIVOS	25%	21%	13%
ESQUIZOFRENIA	13%	32%	30%
ABUSO SUSTANCIAS	11%	15%	25%

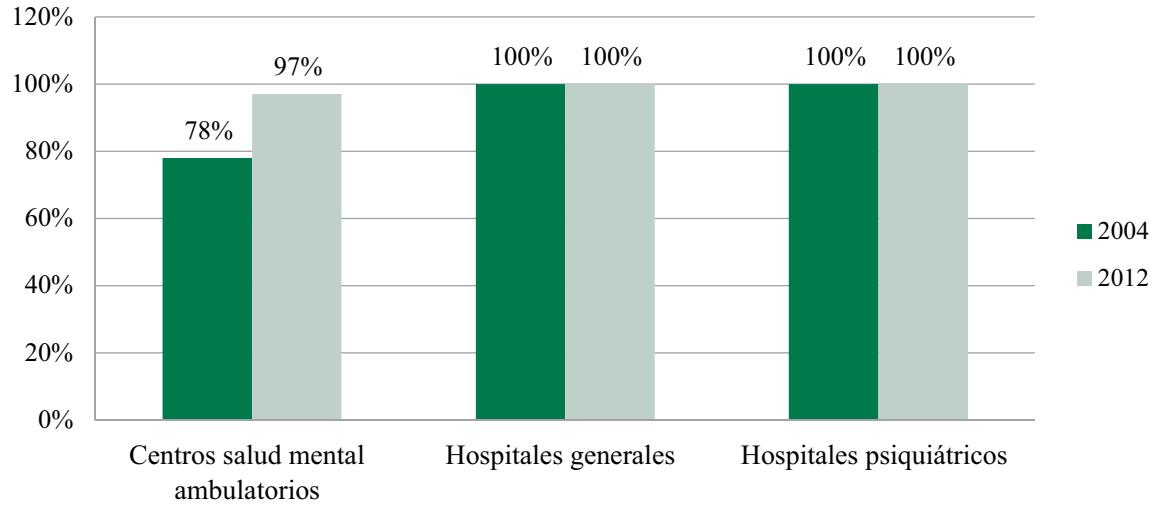
De acuerdo a la figura 2.11, la mayor duración de días de estadía promedio se observa en los hogares y residencias protegidas (331 días en el 2012), siendo menor en los hospitales psiquiátricos (81 días en el 2012), donde se combinan servicios de corta, mediana y larga estadía, y aún menor en los servicios de corta estadía en hospitales generales. La comparación de las estadías entre los años 2004 y 2012 muestra que ha aumentado la duración de la estadía en los hogares y residencias y disminuido en los hospitales psiquiátricos.

Figura 2.11. Duración de la estadía en dispositivos de tipo residencial en los años 2004 y 2012 (promedio de días de estadía)



El 100% de las unidades de hospitalización disponen de una variedad adecuada de medicamentos psicotrópicos para los distintos diagnósticos y en forma continua durante todo el año, lo cual se mantiene desde el 2004, mientras que el porcentaje de los centros de salud mental ambulatorios (nivel secundario) con adecuada disponibilidad de estos medicamentos ha aumentado de 78% en el 2004 a 97% en el 2012 (figura 2.12).

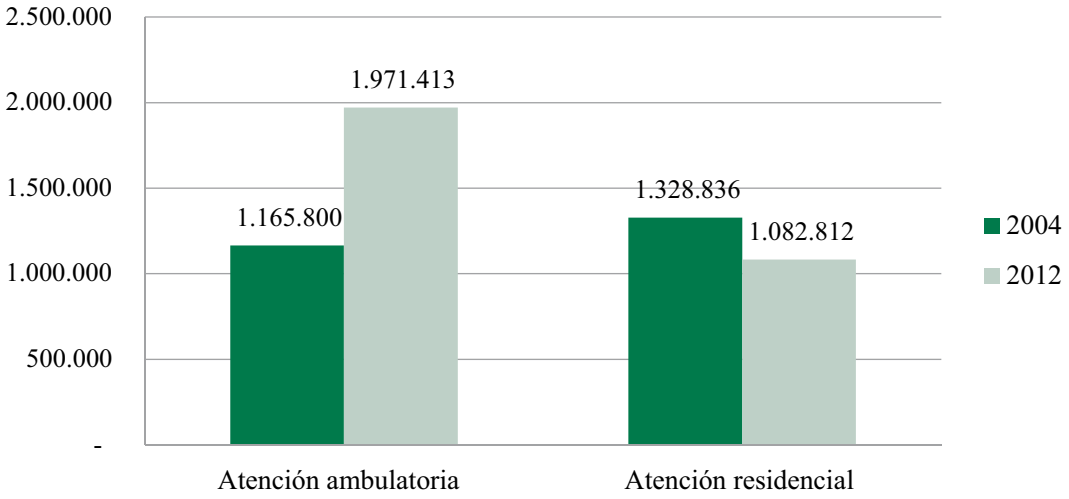
Figura 2.12. Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en dispositivos de salud mental públicos en los años 2004 y 2012 (porcentaje de centros con disponibilidad adecuada)



La razón de prestaciones ambulatorias/prestaciones residenciales, la cual es utilizada por la OMS como un indicador de nivel de desarrollo del modelo de servicios comunitarios, ha experimentado una variación significativa entre los años 2004 y 2012, cambiando de 0,88 en el 2004 a 1,82 en el 2012. La figura 2.13 ilustra lo anterior, mostrando que la suma de las atenciones ambulatorias ha pasado en el 2012 a ser mayor que la suma de las atenciones residenciales. La atención ambulatoria se calculó sumando el número de consultas ambulatorias de salud mental (nivel secundario) con el número de días de asistencia a hospitales de día y centros diurnos. Por su parte, la

atención residencial se calculó sumando el número de días correspondientes a hospitalización total (corta, mediana o larga estadía) con el número de días en hogares y residencias protegidas.

Figura 2.13. Comparación de atención ambulatoria (N° de consultas + Nº de días en hospital de día o centro diurno) con atención residencial (Nº de días en hospitales, hogares y residencias protegidas) años 2004 y 2012

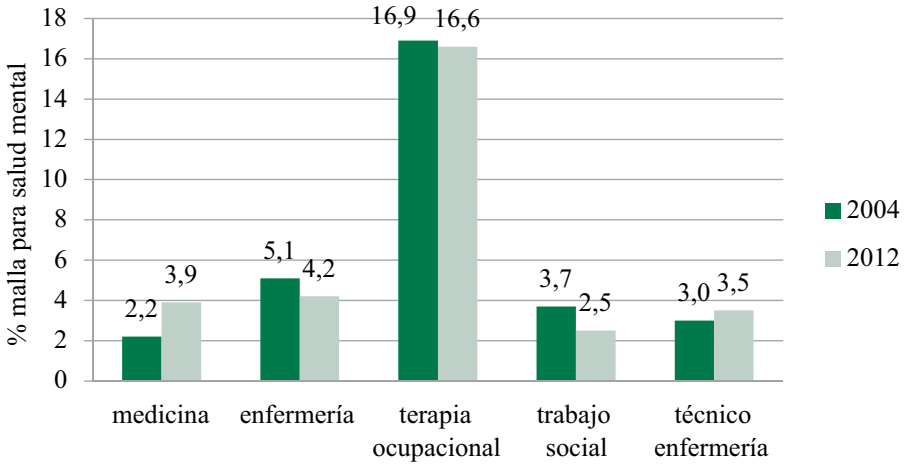


AREA 3: SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Formación en salud mental para personal de atención primaria (APS)

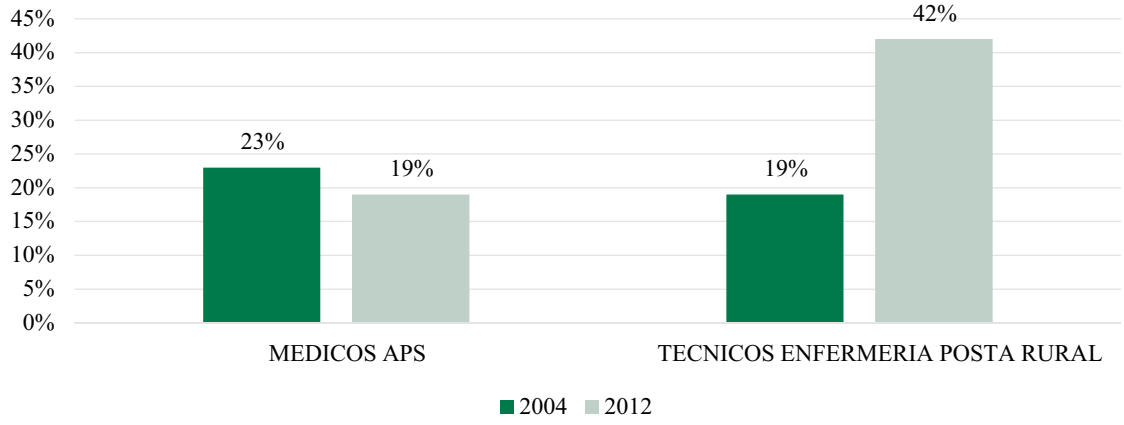
La figura 3.1 muestra que de las distintas profesiones que trabajan en APS, los terapeutas ocupacionales son los que tienen la mayor proporción de formación de pregrado en salud mental y psiquiatría (promedio de 16,6% de la malla curricular). Entre los años 2004 y 2012, la mayoría de las carreras mantuvieron una proporción similar para salud mental y psiquiatría en la malla curricular o tuvieron una leve disminución, con la excepción de medicina donde el promedio del porcentaje destinado a este tema casi se duplicó en estos 8 años (aumentando de un promedio de 2,2% a 3,9% de la malla). Este aumento en la carrera de medicina se produjo tanto por un aumento de horas en ramos de 4º y 5º año como por la inclusión de psiquiatría en el internado. En el caso de la carrera de psicología se consideró que el 100% de la malla se destina a temas de salud mental y psiquiatría, así es que se preguntó por el número de horas de formación en aspectos clínicos de salud mental y psiquiatría, encontrándose que en el 2004 esto ocupaba en promedio el 28,5% de la malla y en el 2012 subió a un promedio de 30,4%.

Figura 3.1. Proporción de horas de formación de pregrado dedicados a salud mental y psiquiatría. Chile 2004 -2012



En otro aspecto de la formación, se encontró que el 19% de los médicos de atención primaria recibieron capacitación en salud mental, con una duración de 2 o más días, durante el año 2012, y que el 42% de los técnicos de enfermería de postas rurales recibieron capacitación en salud mental con la misma duración (ver figura 3.2). En relación al WHO-AIMS del 2004, estos niveles de capacitación representan una leve baja para los médicos y un aumento a más del doble para los técnicos de enfermería.

Figura 3.2. Porcentaje de medicos de APS y técnicos de enfermería de postas rurales con al menos 2 días de capacitacion en salud mental (2004 -2012)



Inserción de salud mental en atención primaria (APS)

La tabla 3.1 muestra que todos los centros de atención primaria han incorporado psicólogos a sus equipos, con la excepción de unos pocos centros comunitarios de salud familiar (CECOF). El promedio de horas semanales totales de psicólogo por centro fluctúa entre 28,2 y 105,2 horas y existe en promedio un psicólogo por cada 2 a 3 médicos. El promedio de horas para salud mental de los médicos APS también presenta variaciones entre los distintos tipos de centros, desde 5,7 a 25,6 horas a la semana por centro. El porcentaje de médicos que recibieron capacitación en

salud mental durante el 2012, con un mínimo de duración de 2 días, es bajo (10% a 20%), con excepción de los CECOF, donde este porcentaje se eleva a 34,3%. Además, el porcentaje de centros con algún médico capacitado aún está lejos del 100% óptimo, fluctuando entre el 40% a 68% en los diferentes tipos de centros APS.

En la misma tabla 3.1, se aprecia que las normas y orientaciones para manejar los problemas de salud mental más frecuentes se encuentran disponibles en la mayoría de los centros de APS (84% a 100%). La mayoría de estos centros (84% a 91%) tienen también interacciones, al menos una vez al mes, con profesionales del nivel de especialidad de salud mental y psiquiatría (especialmente en la forma de consultorías de salud mental), con excepción de los consultorios generales rurales (CGR) y los CECOF, donde estas se realizan solo en el 65% a 67% de estos centros. Sin embargo, el porcentaje de médicos de APS que participan en estas consultorías es relativamente bajo (32% a 52%). La mayoría de los médicos solicita regularmente interconsultas a psiquiatras (57,8% a 77,0% de los médicos solicitan al menos una interconsulta a psiquiatra por mes). Más de la mitad de los centros APS desarrolla actividades con organizaciones de usuarios, con la excepción de los CECOF, donde solo un tercio de ellos realizan estas actividades. En cambio el trabajo con organizaciones de familiares se ha incorporado en una baja proporción de centros APS (solo entre el 7 al 23% de los centros). Las actividades con medicina alternativa se realizan en alrededor de un tercio de los centros APS.

Tabla 3.1.
Indicadores del funcionamiento de la red de salud mental en APS en el año 2012
(Fuente: centros APS)

	CESFAM	CGU	CGR	CECOF	Hospitales APS
N° respuestas	389	22	17	82	76
% de centros con 1 o más psicólogos	100%	100%	100%	97%	100%
N° promedio de psicólogos por centro	2,9	2,7	2,8	1	1,6
Nº promedio de horas/semama de psicólogos por centro	94,7	105,2	62,8	28,2	74,5
N° promedio de médicos por cada psicólogo	2,3	2,6	1,9	1,7	3,0
Nº promedio de horas/semana de médico para SM	20,3	25,6	11,6	5,7	12,1
% médicos APS capacitados en salud mental	19,5%	9,5%	14,0%	34,3%	14,4%
% de centros con 1 o más médicos capacitados	58,9%	45,5%	47,1%	39,7%	68,4%
% de centros con normas de salud mental	94,1%	100%	94,1%	88,4%	84,2%
% centros c/ interacción profesional SM/mes	83,8%	90,9%	64,7%	66,7%	88,0%
% médicos c/interacción profesional SM/mes	40,9%	34,1%	31,6%	52,0%	30,8%
% médicos con 1 o más referencias/mes a SM	70,4%	57,8%	69,4%	77,0%	59,2%
% centros c/actividades medicina alternativa	36,2%	31,8%	47,1%	26,1%	27,6%
% centros c/organizaciones usuarios SM	69,7%	72,7%	52,9%	33,3%	69,7%
% centros c/organizaciones familiares SM	21,1%	22,7%	17,6%	7,2%	18,4%

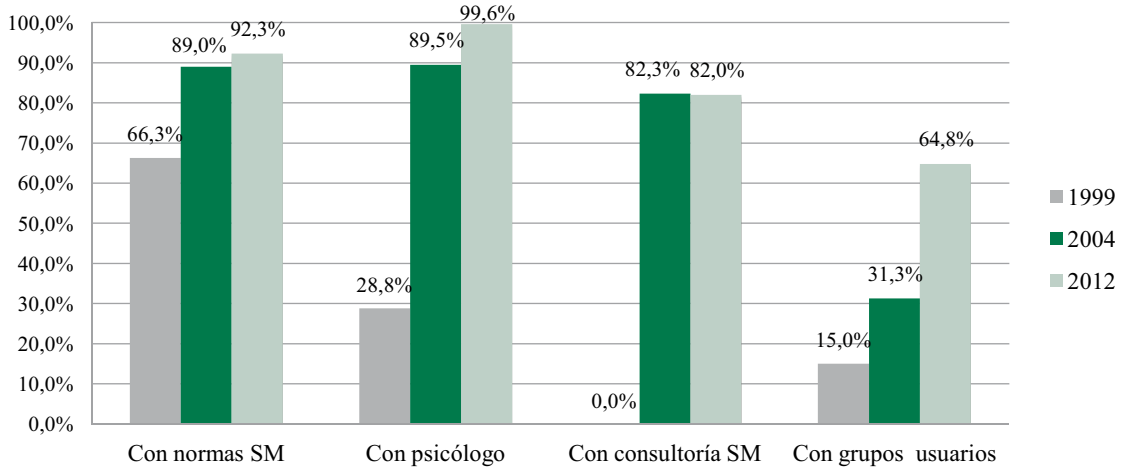
CESFAM: centro de salud familiar, CGU: consultorio general urbano, CGR: consultorio general rural, CAAP: consultorio adosado de atención primaria (hospitales menor complejidad)

La mayoría de los indicadores descritos se comparan positivamente en el 2012 con su nivel en el 2004. Así por ejemplo, aumentó el porcentaje de centros que cuentan con psicólogo, así como la cantidad de psicólogos y el promedio de horas que disponen por centro; también aumentó el porcentaje de médicos APS que interactúan con equipos de salud mental secundarios a través de consultorías; también aumentaron los porcentajes de centros que realizaron actividades de medicina alternativa y que trabajan con organizaciones de usuarios y familiares de salud mental (ver tabla 3.2). Los únicos indicadores que tuvieron una evolución negativa fueron los relacionados con la capacitación en salud mental de los médicos de APS, bajando tanto el porcentaje de médicos capacitados (de 23,1% a 18,6%) como el porcentaje de centros con al menos un médico capacitado (de 65,1% a 57,4%).

Tabla 3.2. **Comparación de indicadores de funcionamiento de la red de salud mental en APS entre los años 2004 y 2012** (Fuente: WHO-AIMS Chile 2004 y centros APS)		
	2004	2012
N° respuestas	401	586
% de centros con 1 o más psicólogos	89,5%	99,6%
N° promedio de psicólogos por centro	1,7	2,5
Nº promedio de horas/semana psicólogo por centro	47,3	83,6
N° promedio de médicos por cada psicólogo	3,6	2,2
% médicos APS capacitados en salud mental	23,1%	18,6%
% de centros con 1 o más médicos capacitados	65,1%	57,4%
% de centros con normas de salud mental	89,0%	92,3%
% de centros c/ interacción profesional SM/mes	82,3%	82,0%
% médicos c/interacción profesional SM/mes	35,4%	39,3%
% médicos con 1 o más referencias/mes a SM	68,7%	68,1%
% centros c/actividades medicina alternativa	14,9%	33,9%
% centros c/organizaciones usuarios SM	31,3%	64,8%
% centros c/organizaciones familiares SM	15,0%	18,8%

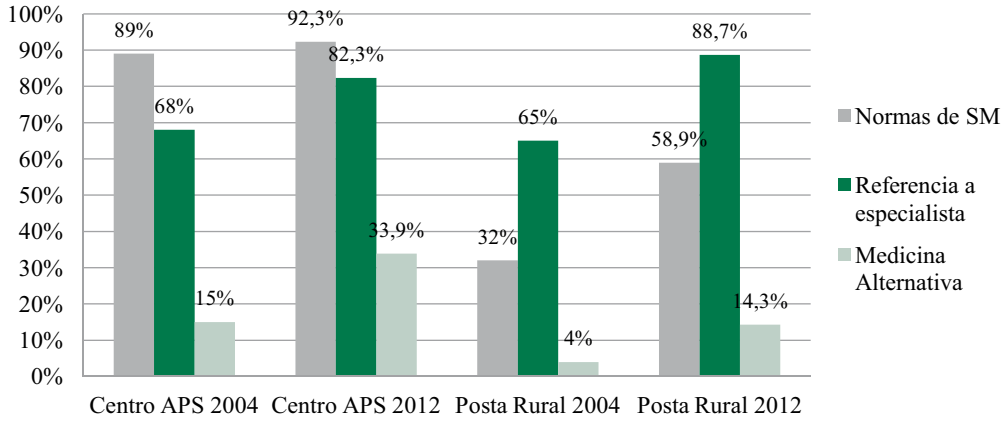
La figura 3.3 permite visualizar gráficamente cuatro de los indicadores de funcionamiento de APS descritos en la tabla 3.2, con la ventaja adicional que para estos indicadores se dispone de información para comparar con la situación de los años 1999 y 2004. Se puede observar que para tres de estos indicadores, el mayor aumento en el porcentaje de centros APS involucrados se produjo entre los años 1999 y 2004, y luego entre el 2004 y el 2012 el incremento fue escaso o nulo.

Figura 3.3. Variación en indicadores de funcionamiento de centros APS en los años 1999, 2004 y 2012



La figura 3.4 muestra que el porcentaje de postas rurales involucradas en acciones de salud mental ha aumentado entre los años 2004 y 2012, acortando la brecha existente con los centros APS. Es así como el porcentaje de postas que disponen de normas de salud mental aumentó de 32% a 58,9%, las que refieren usuarios a especialistas de salud mental de 65% a 88,7% y las que realizan algunas actividades de medicina tradicional o alternativa de 4%a 14,3%. El porcentaje de centros APS involucrados en estas actividades también aumentó en este período pero en una proporción menor que las postas rurales.

Figura 3.4. Comparación de Postas Rurales con Centros APS en Acciones de Salud Mental (2004 - 2012)

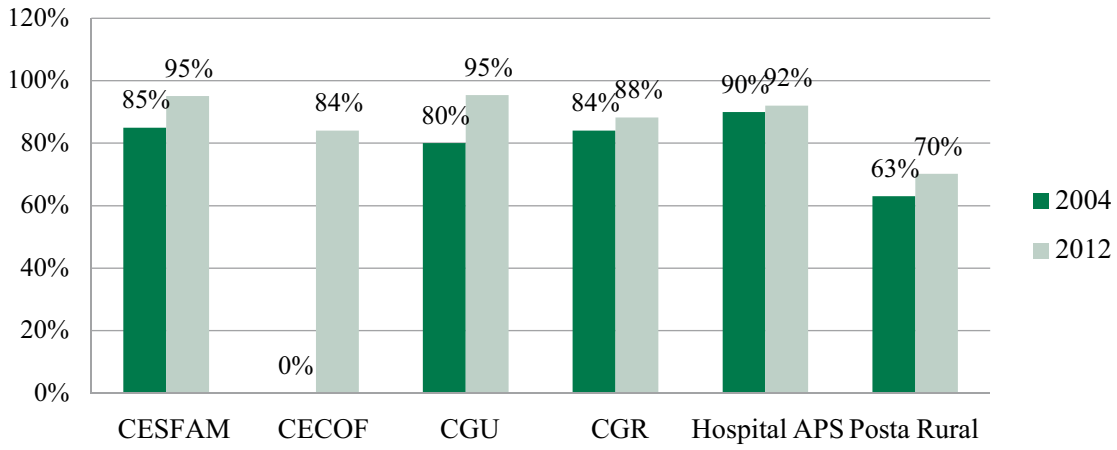


Disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en centros APS

En Chile se mantienen las mismas disposiciones referentes a medicamentos psicotrópicos descritas en el informe WHO-AIMS 2004, en el sentido que ellos son prescritos en APS por los médicos generales, mientras que otros miembros del equipo APS contribuyen a la continuidad de dispensación de medicamentos. Las postas rurales están a cargo de técnicos en enfermería y los médicos durante sus rondas periódicas prescriben medicamentos psicotrópicos, cuyo uso es supervisado por los técnicos.

Casi todo los centros APS disponían al menos de un medicamento psicotrópico de cada una de las principales categorías terapéuticas (antidepresivo, antipsicótico, ansiolítico, estabilizador del ánimo y antiepiléptico) en el año 2012, con excepción de los CECOF, donde sólo el 84% de ellos tenían esta disponibilidad, y de las postas rurales, donde este porcentaje fue de 70% (figura 3.5). Todos los tipos de centros APS tuvieron un incremento del porcentaje de centros con disponibilidad de estos medicamentos en comparación con el año 2004.

Figura 3.5. Disponibilidad de Medicamentos Psicotrópicos en Centros APS (2004- 2012)

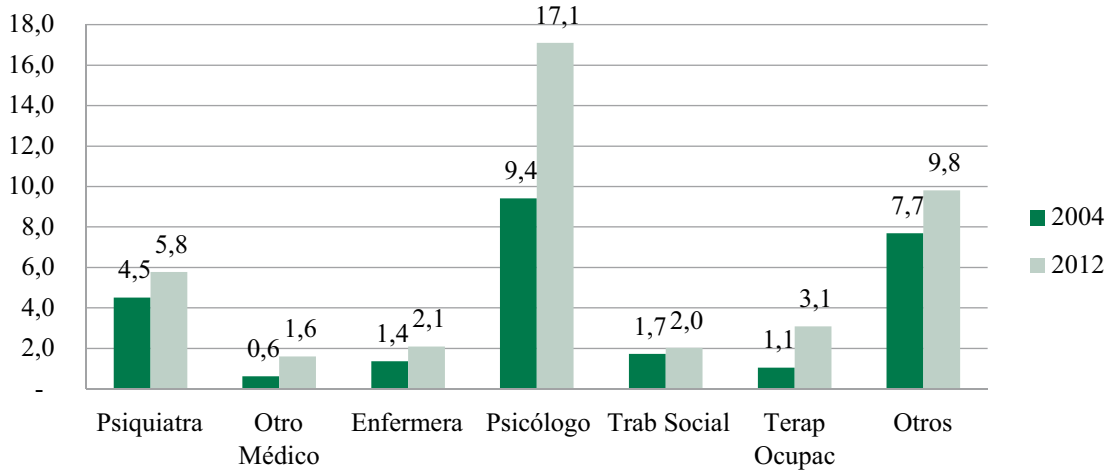


AREA 4: RECURSOS HUMANOS

Cantidad de recursos humanos en salud mental

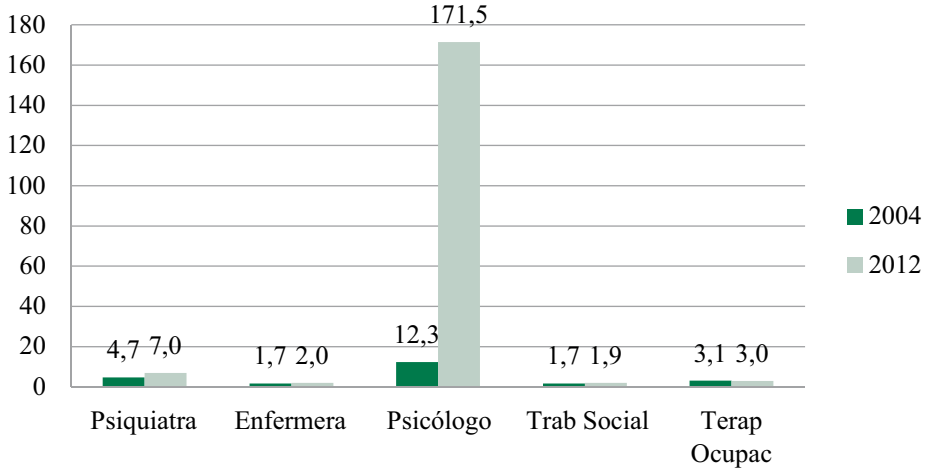
El número total de recursos humanos dedicados a salud mental y psiquiatría en Chile en el sistema público en el año 2012 se estima en 41,5 profesionales y técnicos por 100.000 beneficiarios de FONASA. Esta cifra representa un incremento de más del 50% de la tasa para el año 2004 (26,4 por 100.000). Las tasas de las diferentes profesiones se muestran en la figura 4.1, donde se destaca la tasa más alta de psicólogos (17,1 por 100.000 en el 2012), profesión que ha experimentado el mayor aumento, y la relativamente más baja de enfermeras y trabajadores sociales que trabajan en salud mental (2,1 y 2,0 respectivamente). En la categoría otros recursos de salud mental (9,8 por 100.000), la mayoría corresponde a técnicos de enfermería y en una menor proporción a otras profesiones.

Figura 4.1. Recursos humanos de salud mental en el sistema público 2004 - 2012 (tasas por 100.000 inscritos en FONASA)



Al observar la totalidad de los profesionales de salud mental existentes en el país, se hace más evidente la diferencia existente entre la cantidad de psicólogos y el resto de los otros profesionales (figura 4.2). Los psicólogos inscritos en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Salud a marzo del 2013 eran 29.974, representando el 11,7% de todos los prestadores individuales y una tasa de 171,5 psicólogos por 100.000 chilenos (en otras palabras existe un psicólogo por cada 583 chilenos). Los únicos otros profesionales de salud mental que han experimentado a nivel país un aumento de tasa entre los años 2004 y 2012 son los psiquiatras, quienes subieron de 4,7 a 7,0 por 100.000 (un psiquiatra por cada 14.286 chilenos).

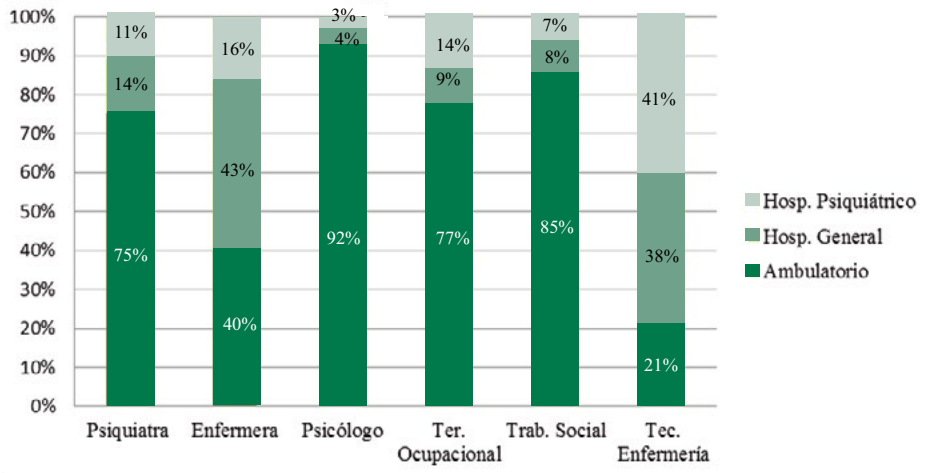
Figura 4.2. Recursos humanos de salud mental en Chile 2004 - 2012 (tasas por 100.000 habitantes)



Se estima que alrededor del 64% de los psiquiatras trabajaban en el sistema público en el 2012 (la mayoría teniendo también actividades en el sistema privado), lo cual representa una baja del 11% en relación al 2004. Aproximadamente el 80% de los trabajadores sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales de salud mental y el 8% de los psicólogos trabajaban en el sistema público en el 2012.

La mayoría de los psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales de salud mental del sistema público trabajan en dispositivos ambulatorios (figura 4.3), ya sea en Centros de Salud Mental Comunitarios, Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS), Consultorios Adosados de Especialidad (CAE), hospital de día o centro diurno (gráfico 4.2). Cuatro profesiones trabajan en un mayor porcentaje en centros ambulatorios, el 92% de los psicólogos del sistema público, 85% de los trabajadores sociales, 77% de los terapeutas ocupacionales y 75% de los psiquiatras. La mayor parte de las enfermeras (59%) y de los técnicos de enfermería (79%) trabajan en hospitales, tanto psiquiátricos como generales.

Figura 4.3. Distribución de recursos humanos de salud mental entre centros ambulatorios y hospitalarios del sector público 2012



Entre los años 2004 y 2012 han ocurrido cambios en la proporción que distintos profesionales y técnicos de salud mental se distribuyen entre trabajos ambulatorios y hospitalarios en el sistema público. En términos generales, los psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales han aumentado su representación en

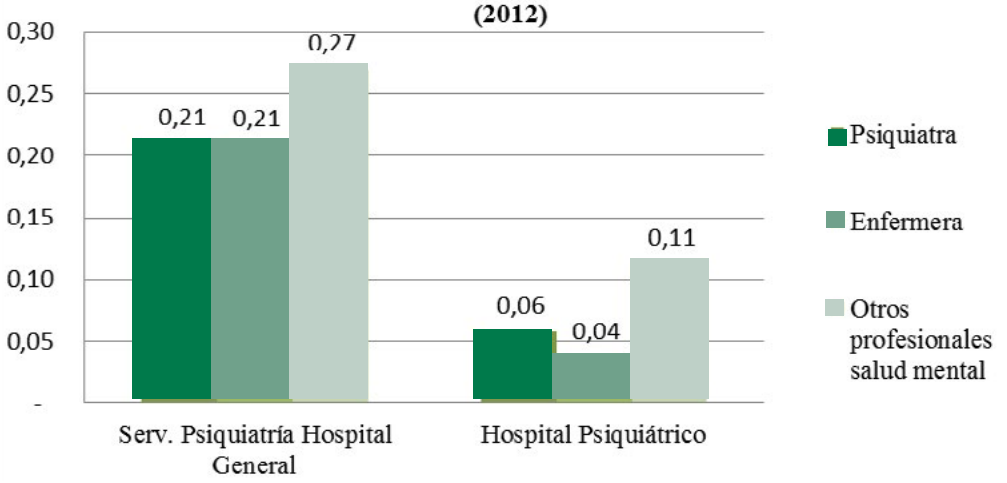
centros ambulatorios y la han disminuido en hospitales (especialmente en hospitales psiquiátricos), tal como se muestra en la tabla 4.1. En contraste, las enfermeras han disminuido su presencia en trabajos ambulatorios y en hospitales psiquiátricos para aumentar en los hospitales generales (en el 2004 el 25% de las enfermeras de salud mental del sistema público trabajaba en hospitales generales y en el 2012 lo hace el 45% de ellas). Por su parte, los técnicos de enfermería han mantenido la misma distribución porcentual entre ambulatorio y hospitales durante estos 8 años.

Tabla 4.1.
Distribución porcentual de diferentes profesionales y técnicos especializados en salud mental y psiquiatría entre trabajos en centros ambulatorios, hospitales generales y hospitales psiquiátricos: comparación de los años 2004 y 2012, sistema público (Fuente: WHO-AIMS Chile 2004, dispositivos SM y Unidad SM Subsecretaría de Redes)

	Ambulatorio		Hospital general		Hospital psiquiátrico	
	2004	2012	2004	2012	2004	2012
Psiquiatra (%)	61,0	75,3	17,1	15,5	22,0	9,2
Otros médicos (%)	75,0	82,7	17,6	7,7	7,4	9,6
Enfermera (%)	47,7	38,2	24,8	45,0	27,5	16,9
Psicólogo (%)	85,8	89,7	8,1	6,9	6,2	3,4
Terapeuta ocupacional (%)	66,1	76,4	7,8	11,6	26,1	12,0
Trabajador social (%)	72,9	82,3	13,3	9,9	13,8	7,8
Otros profesionales (%)	78,8	70,3	3,8	4,4	17,5	25,3
Técnico enfermería (%)	17,5	17,4	25,4	31,6	57,2	51,0
Otros técnicos (%)	62,7	80,7	22,9	13,9	14,4	5,4

Los servicios de psiquiatría de los hospitales generales tienen un número más alto de psiquiatras, enfermeras y otros profesionales de salud mental por cama que los hospitales psiquiátricos (figura 4.4). El número de psiquiatras por cama es 3 veces más grande, el de enfermeras 5 veces y el de otros profesionales de salud mental 2,5 veces.

Figura 4.4. Número de recursos humanos públicos por cama de servicio de psiquiatría en hospital general y hospital psiquiátrico (2012)



Las diferencias de recursos profesionales entre servicios de psiquiatría en hospitales generales y hospitales psiquiátricos han aumentado entre los años 2004 y 2012, ya que en los primeros el número de psiquiatras por cama aumentó de 0,09 el 2004 a 0,21 el 2012 y el de enfermeras de 0,07 a 0,21, mientras que el número de estos profesionales en los hospitales psiquiátricos se mantuvo en el mismo nivel por cama en este período de 2 años (tabla 4.2). De manera similar, los otros profesionales de salud mental de los servicios de psiquiatría de hospitales generales aumentaron de 0,06 por cama el 2004 a 0,27 el 2012 y en los hospitales psiquiátricos el aumento fue de 0,05 a 0,11.

Tabla 4.2. Comparación entre años 2004 y 2012 en el número de profesionales por cama de servicio de psiquiatría en hospital general y de hospital psiquiátrico del sistema público (Fuente: WHO-AIMS Chile 2004 y dispositivos SM)				
	Servicio de Psiquiatría Hospital General		Hospital Psiquiátrico	
	2004	2012	2004	2012
Psiquiatra	0,09	0,21	0,07	0,06
Enfermera	0,07	0,21	0,03	0,04
Otros profesionales SM	0,06	0,27	0,05	0,11

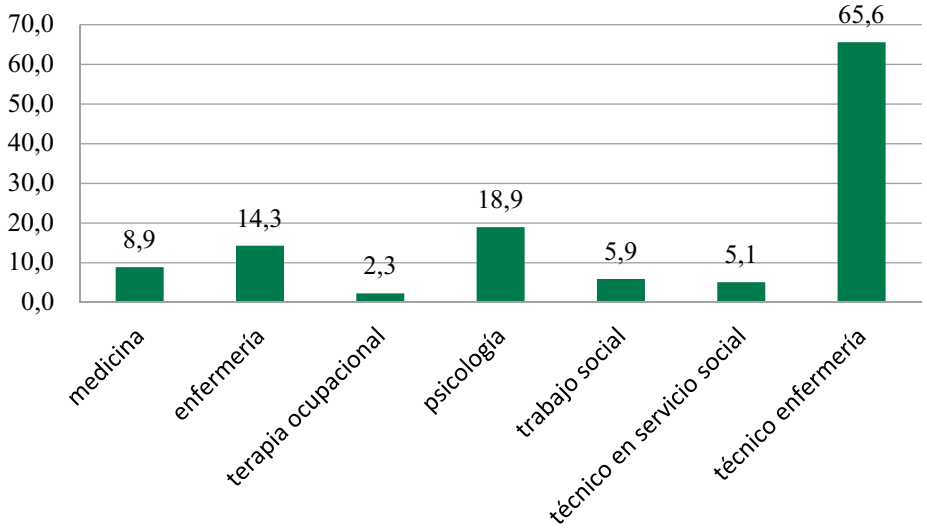
La razón entre las horas semanales de profesionales que trabajan en centros de salud mental ambulatorios de especialidad entre el Gran Santiago Urbano y el total de Chile se puede observar en la tabla 4.3. Las horas de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales son el doble en Santiago que en Chile, las de enfermeras son 1,3 veces mayores y las de terapeutas ocupacionales 2,7 veces mayores.

Tabla 4.3. Razón entre las tasas de horas de profesionales en centros de salud mental ambulatorios (especialidad) en el Gran Santiago Urbano y en Chile en el año 2012 (Fuente: dispositivos SM y Unidad SM Subsecretaría de Redes)			
	Gran Santiago Urbano (tasas de hrs/sem de profesionales x 100.000 beneficiarios)	Chile (tasas de hrs/sem de profesionales x 100.000 beneficiarios)	Razón de tasas Gran Santiago Urbano/ tasas Chile
Psiquiatras	158,7	76,9	2,1
Enfermeras	33,2	25,4	1,3
Psicólogos	436,7	192,5	2,3
Terapeutas ocupacionales	114,7	41,7	2,7
Trabajadores sociales	164,4	83,3	2,0

Formación y capacitación de profesionales en salud mental

La tasa de titulación de profesionales y técnicos que trabajan en servicios de salud, y que eventualmente pueden desempeñarse específicamente en salud mental, ha crecido en los últimos años. Tal como se puede apreciar en la figura 4.5, la tasa de titulados más alta para el año 2012 fue la de técnicos de enfermería (65,6 técnicos por cada 100.000 habitantes), la cual es más de tres veces superior a la de psicólogos (18,9 por 100.000), y casi 5 veces más alta que la de enfermeras (14,3 por 100.000). En relación a los resultados del WHO-AIMS 2004, la tasa de médicos titulados al año se duplicó en estos 8 años (aumentando de 4,0 a 8,9 nuevos médicos por 100.000) y la de enfermeras aumentó más de 6 veces (de 2,3 a 14,3).

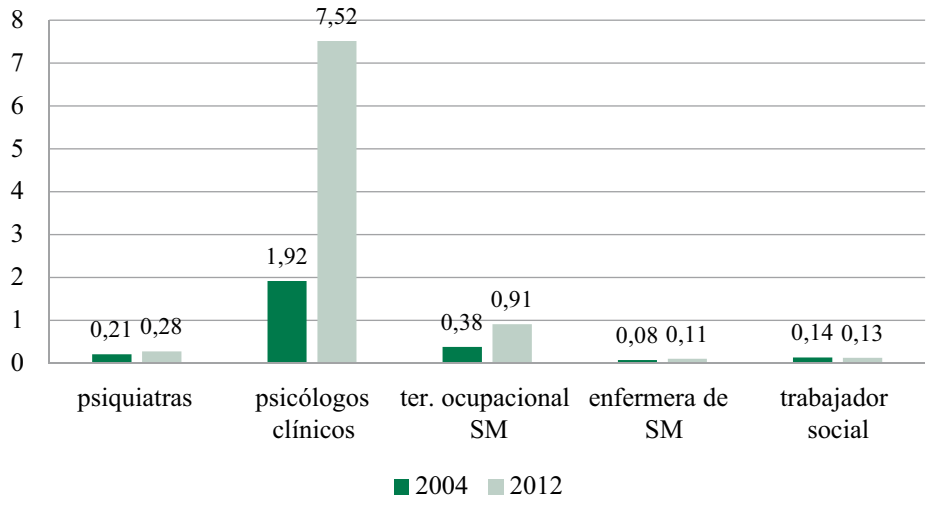
Figura 4.5. Tasa de titulación en el año 2012 en Chile para diferentes profesiones que potencialmente pueden trabajar en servicios de salud mental (Nº titulados x 100.000)



La desproporción en el número de los distintos profesionales de salud mental que se estaban formando en Chile, descrita en el informe WHO-AIMS del año 2004, se ha acentuado en el transcurso de los últimos 8 años (figura 4.6). La tasa de formación de psicólogos clínicos, a través de diversos programas de pre o postgrado con al menos un año de duración, fue 4 veces mayor el 2012 que el 2004 (aumentando de 1,92 graduados por 100.000 habitantes en el 2004 a 7,52 en el 2012). Esto significa que se están graduado 8 veces más psicólogos clínicos que terapeutas ocupacionales con formación de salud mental, 27 veces más que psiquiatras, 57 veces más que trabajadores sociales con formación de salud mental y 69 veces más que enfermeras con formación de salud mental.

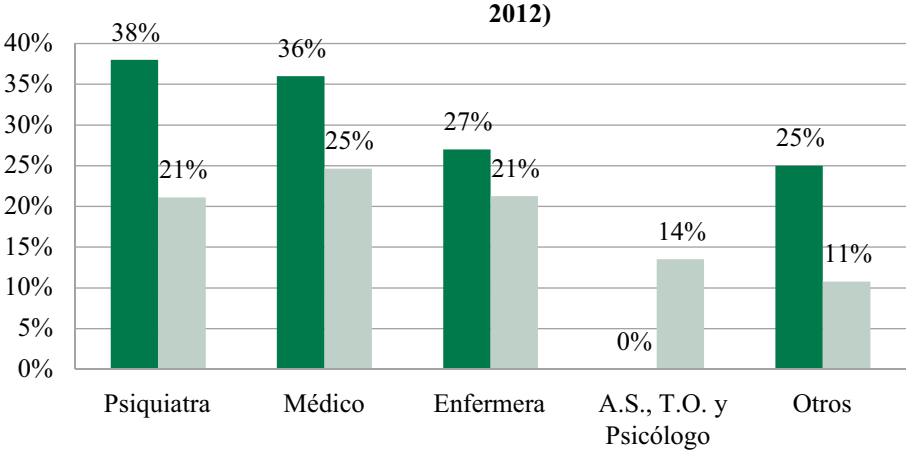
Los únicos otros graduados con formación de al menos un año de salud mental que han experimentado un aumento de graduación más allá del crecimiento demográfico en estos 8 años son los terapeutas ocupacionales, los cuales casi se han triplicado. La tasa de graduación de psiquiatras y de trabajadores sociales y enfermeras con formación de salud mental se ha mantenido aproximadamente en el mismo nivel que hace 8 años.

Figura 4.6. Tasa de formación de profesionales de salud mental con al menos 1 año de entrenamiento en atención de personas con enfermedades mentales. Chile 2012 (Nº graduados x 100.000)



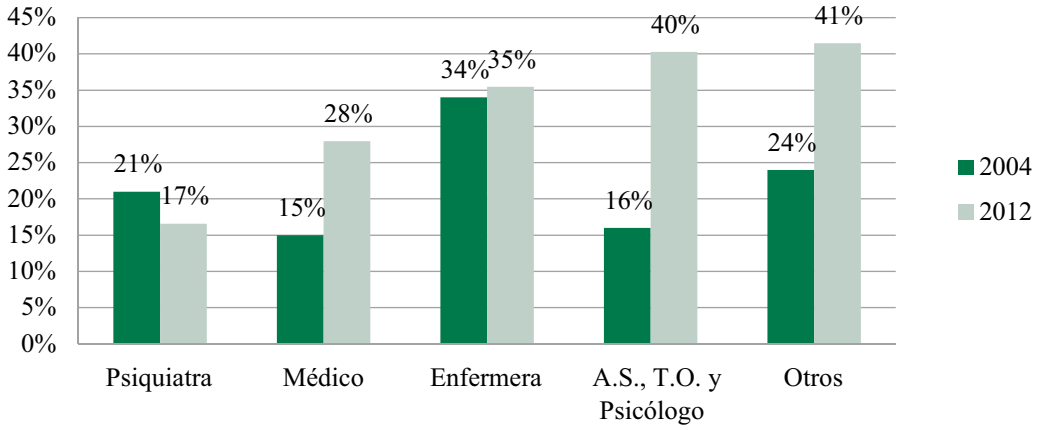
Menos del 25% de los profesionales y técnicos de salud mental del sistema público recibieron capacitación sobre el manejo de medicamentos psicotrópicos (de al menos 2 días de duración) durante el año 2012. Esto significa una disminución en comparación con el porcentaje de 25% a 38% que se observó el 2004. Se mantiene la tendencia del 2004 en el hecho de que este tipo de capacitación se realiza con mayor frecuencia con profesionales médicos y enfermeras.

Figura 4.7. Porcentaje Recursos Humanos de Salud Mental con al meno 2 días de capacitación en Uso de Medicamentos Psicotrópicos (2004 - 2012)



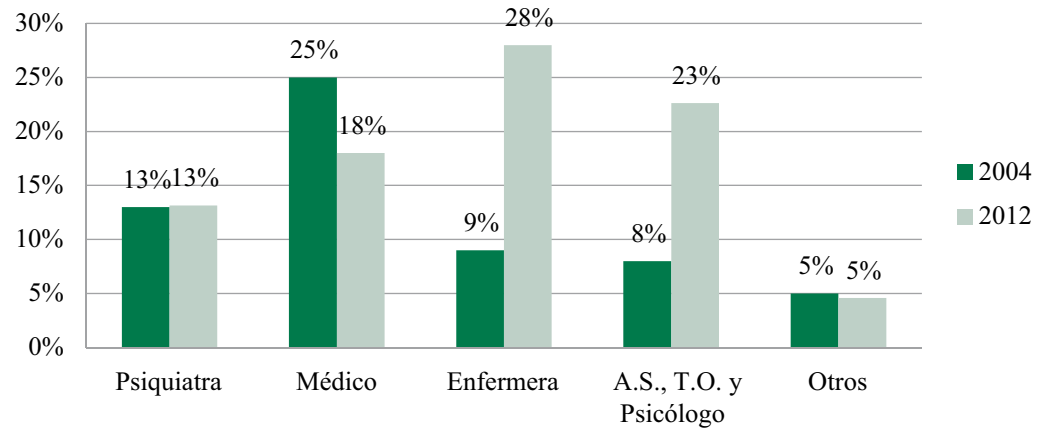
Alrededor de un 20 a 40% de los profesionales y técnicos de salud mental del sistema público tuvieron la oportunidad de asistir en el 2012 a capacitación de 2 o más días en intervenciones psicosociales (definidas en un sentido amplio, incluyendo psicoterapia, apoyo social, orientación, rehabilitación, entrenamiento en habilidades sociales, psicoeducación, etc.), lo cual se detalla en la figura 4.8. En comparación con el 2004, los trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, técnicos de enfermería y otros profesionales y técnicos duplicaron su porcentaje de participación en este tipo de actividades. Los psiquiatras fueron los que tuvieron la menor participación en estas capacitaciones, incluso con un leve descenso en relación al año 2004.

Figura 4.8. Porcentaje Recursos Humanos de Salud Mental con al menos 2 días de capacitación en Intervenciones Psicosociales (2004 -2012)



En cuanto a la capacitación en salud mental infantil, las enfermeras y el conjunto de trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicólogos tuvieron un aumento entre el 2004 y 2012 de tres veces el porcentaje de participación, llegando en el 2012 al 28% y 23% respectivamente (figura 4.9). El resto de los profesionales y técnicos tuvieron una participación menor en este tipo de capacitación, e incluso con un descenso en relación al 2004 para los médicos generales.

Figura 4.9. Porcentaje Recursos Humanos de Salud Mental con al menos 2 días de capacitación en Salud Mental Infantil (2004 -2012)



Actividades de asociaciones de usuarios y familiares y de organizaciones no gubernamentales (ONGs)

De acuerdo a la información proporcionada por el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, las organizaciones de usuarios y familiares y las ONGs han participado en la formulación y la implementación de políticas, planes y legislación de salud mental en los últimos dos años. Por su parte, los encargados de salud mental de las SEREMI de Salud informaron que en 7 regiones del país participaron organizaciones de usuarios y/o de familiares en este tipo de actividades, pero en ninguna región lo hicieron las ONGs.

A partir del número de miembros de las 77 organizaciones que enviaron información, se puede estimar que existen aproximadamente 8.000 usuarios y 5.000 familiares que participan en estas asociaciones en todo el país. De las respuestas obtenidas, el 63,6% correspondía agrupaciones de usuarios, 15,6% de familiares y 19,5% eran mixtas, con participación tanto de usuarios como de familiares.

El 57,1% de las asociaciones de usuarios y familiares contactadas señaló haber recibido algún financiamiento del Estado (Ministerio, SENADIS, Municipalidad, Servicio de Salud, etc.) en los últimos 2 años. Solamente el 13,0% de ella señala haber participado en la formulación o ejecución de planes de salud mental de un Servicio de Salud en los últimos 2 años y el 11,7% participó en el mismo período en alguna actividad de la Comisión de Protección. Por otra parte, el 45,5% ha realizado actividades de apoyo a las personas con enfermedades mentales. La mayoría de los dispositivos de salud mental realizan algunas actividades con estos dos tipos de organizaciones (alrededor del 55% a 70% de los distintos dispositivos de salud mental del sistema público realizan estas actividades).

Además de los grupos de usuarios y familiares, existen ONGs en Chile (estimativamente alrededor de 30) que realizan apoyo individual a personas que sufren problemas de salud mental y sus familiares a través de consejería, grupos de apoyo, terapias, programas de rehabilitación psicosocial, hogares de acogida, hogares y residencias protegidas, etc.

AREA 5: EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN Y TRABAJO CON OTROS SECTORES

Campañas de sensibilización y educación sobre salud mental

La principal campaña realizada en el año 2012 fue la celebración del Día Mundial de la Salud Mental el 10 de Octubre. En esa ocasión se mostró la importancia de la depresión como problema de salud pública a nivel mundial y la OMS destacó en Chile el sistema de garantías explicitas en salud (GES) para esta enfermedad. Nuestro país explicó este sistema e incluyó algunos testimonios de personas que han sido tratadas bajo esta modalidad.

No existe en Chile un organismo designado como coordinador y/o supervisor de campañas de salud mental, aunque varias entidades han liderado campañas en este tema en los últimos 5 años, tales como el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, ONGs, Grupos Profesionales, fundaciones privadas y OPS/OMS. Estas campañas se han dirigido principalmente a la población general y a adolescentes, y han incluido algunas acciones específicas dirigidas a sectores alternativos, profesores de escuelas y personal de servicios sociales.

Disposiciones legislativas sobre empleo de personas con discapacidad

De acuerdo a la respuesta obtenida del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, no existen en Chile disposiciones legales que obliguen a los empleadores a contratar un cierto porcentaje de empleados con discapacidad mental, ni tampoco existe para otros tipos de discapacidad.

Sin embargo, se están llevando a cabo una serie de acciones y programas con el fin de favorecer la empleabilidad de las personas con discapacidad, entre las que se incluyen las personas con discapacidad mental:

1. **Servicios Sociales del Pro empleo:** Este programa se desarrolla a través de un Concurso Público y permite a las instituciones de derecho privado sin fines de lucro recibir recursos del Estado para financiar proyectos que beneficien a personas desempleadas del territorio nacional. Este programa considera a las personas con discapacidad como uno de los grupos de beneficiarios (se dio un mayor énfasis a esto en el año 2013).

2. **Becas franquicia tributaria y discapacidad:** El monto entregado durante el 2012 para capacitación de personas con discapacidad ascendió a 900 millones de pesos. Para el año 2013 se espera lograr un aumento cercano a los 1.200 millones. Se ha efectuado un cambio en la metodología de levantamiento de necesidades,

con mayor vinculación a las necesidades laborales de los sectores productivos que hoy contratan a personas con discapacidad.

3. **Intermediación laboral:** Durante el año 2013, se ha trabajado en conjunto con SENADIS en el diseño y desarrollo de un Sistema de Intermediación Laboral para personas con discapacidad, articulando redes público privadas que generan, apoyan y fomentan la contratación de personas con discapacidad, así como su mantención en el puesto de trabajo. En este sentido, se desarrollan procesos integrales de habilitación laboral, basados en planes personalizados de inclusión laboral que permiten la adquisición de herramientas y habilidades que permitan acceder a un empleo de calidad, y permanecer en él.

4. **Formación para el trabajo:** En el año 2012 se apoyó el ingreso de las fundaciones TACAL[10] y CHILECAP[11] al registro especial de instituciones de capacitación y apoyo a la inclusión laboral de personas con discapacidad.

5. **Fortalecimiento de las Oficinas Municipales de Información Laboral (OMIL):**
   Se está trabajando un convenio entre el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) y el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) para favorecerla colocación laboral de personas con discapacidad. Se entregará capacitación a las OMIL y un incentivo cada vez que logren colocar a una persona con discapacidad.

De la revisión de legislación chilena sobre salud mental y trabajo, se destaca que a pesar de que la Constitución Política de la República y varias otras leyes señalan expresamente que no debe existir ningún tipo de discriminación laboral y que toda persona tiene el derecho a la libre elección del trabajo con una justa retribución, la Ley 18.600 que, establece Normas Sobre Deficientes Mentales señala en el artículo 16, una disposición antagónica: "En el contrato de trabajo que celebre la persona con discapacidad mental, podrá estipularse una remuneración libremente convenida entre las partes, no aplicándose a este respecto las normas sobre ingreso mínimo".

Por otra parte, de acuerdo a las respuestas recibidas de los centros ambulatorios de salud mental de nivel especializado, en el 24,1% de estos dispositivos existe un programa de oferta de empleo para personas con trastornos mentales severos, mediante actividades realizadas fuera del establecimiento o dispositivo de salud mental. Este porcentaje es muy similar al obtenido en el WHO-AIMS del 2004.

Disposiciones legislativas o financieras sobre alojamiento/viviendas para personas con discapacidad

En el Ministerio de Vivienda y Urbanismo existe una oferta de subsidios que incluyen a personas con discapacidad, entregándoles mayor puntaje en la postulación y asignándole más recursos para la construcción y adecuación de sus casas de acuerdo a la discapacidad que posean. El sistema de postulación no distingue por tipo de discapacidad, pudiendo esta ser mental, sensorial o física. La persona requiere estar inscrita en el Registro Nacional de Discapacidad para poder postular al subsidio.

En el año 2011 se modificó la normativa que regula los programas habitacionales, tanto aquella dirigida a los grupos emergentes y clase media (Decreto Supremo N° 1, 2011) como el dirigido a los sectores vulnerables (Decreto Supremo N° 49, 2011); incluyendo requerimientos de accesibilidad universal para las viviendas en general y mejorando los puntajes, monto de subsidios y exigencias técnicas de los proyectos en el caso de las personas con discapacidad.

Entre enero a octubre 2012, se entregaron un total de 71.522 subsidios para familias de bajos ingresos económicos, de las cuales 1.299 fueron para personas con personas discapacidad, lo cual representa el 1,8% de los subsidios.

10 Fundación TACAL (Taller de Capacitación Laboral) es una organización sin fines de lucro que capacita gratuitamente a personas con todo tipo de discapacidad, preferentemente en situación de exclusión social y/o pobreza

11 La Fundación Chilecap es una organización sin fines de lucro, cuya finalidad es mejorar las habilidades de las personas con discapacidad, incorporando la inclusión laboral como una estrategia para la plena integración

De acuerdo a la Encuesta Nacional de la Discapacidad del 2004 (ENDISC) se puede estimar que el 8,8% de las personas de bajo nivel socioeconómico presenta una discapacidad de nivel mediano a severo, y que al menos la mitad de ellas requeriría de subsidios para viviendas. Por otra parte, informaciones anecdóticas recogidas de profesionales que trabajan apoyando la rehabilitación e inclusión social de personas con discapacidad mental apuntan a que ellas rara vez logran acceder a subsidios para viviendas debido al menor puntaje obtenido por no tener pareja y/o no tener hijos.

Consecuentemente con lo anterior, se puede contestar la pregunta del WHO-AIMS señalando que existen disposiciones financieras (y no legales) que dan alguna prioridad para subsidios de viviendas a personas con discapacidad en general (incluyendo a las personas con discapacidad mental), que éstas han sido mejoradas en el año 2011, pero que aún tienen un bajo nivel de cobertura y que es altamente probable que esto afecte especialmente a las personas con discapacidad mental. No existen disposiciones que se refieran específicamente a personas con trastornos mentales graves (esquizofrenia, otras psicosis, trastorno bipolar y depresión grave).

Por otra parte, no existen disposiciones legales o financieras específicas relativas a la protección contra la discriminación en la asignación de viviendas para personas con discapacidad mental y/o trastornos mentales graves.

Programas de colaboración con otras instancias de salud y de otros sectores

El Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública y la Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, mantiene una colaboración oficial (con acuerdo escrito o la realización de actividades o publicaciones conjuntas) con los siguientes programas de salud:

- Atención primaria de salud (APS)
- VIH/SIDA
- Salud reproductiva
- Salud del niño
- Salud del adolescente
- Salud del adulto
- Salud del adulto mayor
- Salud de pueblos indígenas
- Promoción de salud
- Salud laboral
- Programa de rehabilitación

También existe colaboración oficial con instancias de los siguientes sectores:

- Prevención y tratamiento del abuso de sustancias
- Sistema de protección infantil
- Servicios y programas para la discapacidad
- Educación
- Trabajo
- Vivienda
- Sistema de protección social
- Servicios y programas para adultos mayores
- Sistema judicial
- Sistema carcelario

Además en cada región, a través de los encargados de salud mental de las SEREMI, y en cada área de captación, a través de los encargados de salud mental de los Servicios de Salud, se han establecido sistemas de colaboración oficial con la mayoría de los programas de salud y las instancias de los sectores fuera de salud mencionados.

Actividades de promoción y prevención en salud mental en escuelas

De acuerdo a información recibida del Ministerio de Educación, el 13,7% de las escuelas primarias y secundarias del país tienen al menos un profesional de salud mental a tiempo parcial o completo (tabla 5.1). Para fines de este estudio se definió al profesional de salud mental como uno que se encontraba dentro de las siguientes categorías utilizadas por el sistema informático del Ministerio de Educación: orientador familiar, psicólogo, psicopedagogo o terapeuta ocupacional con educación completa en un Instituto Profesional o Universidad. Existen diferencias marcadas en la disponibilidad de este profesional según el tipo de escuela; es así como el mayor porcentaje se observa en las municipales (18,4%) y el menor en las particulares pagadas (4,6%).

Tabla 5.1.
Escuelas que contaban con un profesional de salud mental a tiempo parcial o completo en el año 2012
(Fuente: Ministerio de Educación)

Tipo de escuela según dependencia	Número de escuelas con al menos un profesional de la salud mental*	Total escuelas primarias y secundarias	Porcentaje
Municipal	978	5.324	18,4%
Particular Subvencionada	325	3.879	8,4%
Particular Pagada	21	460	4,6%
Corporación Administrativa Delegada	9	70	12,9%
Total	**1.333**	**9.733**	**13,7%**

* Orientador familiar, psicólogo, psicopedagogo o terapeuta ocupacional con educación completa en un Instituto Profesional o Universidad.

El Programa Habilidades para la Vida de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) es la iniciativa más importante de tipo nacional en promoción y prevención de salud mental en las escuelas. Orientado inicialmente a la enseñanza básica, se ha extendido en los últimos años a algunos estudiantes de pre-kinder, kinder y media. Este programa tiene una cobertura del 26,7% de las escuelas municipales y 7,2% de las particulares subvencionadas, y en términos de estudiantes beneficia al 18,0% de los estudiantes de escuelas municipales y al 3,3% de las particulares subvencionadas (tabla 5.2).

Tabla 5.2.
Escuelas con Programa Habilidades para la Vida (promoción y prevención en salud mental). Chile 2012
(Fuente: Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas - JUNAEB)

	Municipales	Particulares subvencionadas	Total
Nº Escuelas	1.419	279	1.698
% Escuelas	26,7%	7,2%	18,5%
Nº Estudiantes	244.413	61.837	306.250
% Estudiantes	18,0%	3,3%	9,4%

Por otra parte, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) ha implementado dos programas nacionales de prevención del abuso de estas sustancias, “Chile Previene en la Escuela” y “Certificación de escuelas” que cuentan con un plan de acción preventivo. La suma de ambos programas alcanza una cobertura levemente inferior de escuelas (11,1%) y de estudiantes (8,9%) que el Programa Habilidades para la Vida (tabla 5.3). De acuerdo a profesionales del Ministerio de Educación, no se dispone en esa repartición de estadísticas que permitan saber si existe sobreposición de ambos programas en algunas escuelas.

Tabla 5.3. **Escuelas con programa de prevención en alcohol y drogas. Chile 2012** (Fuente: Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol - SENDA)			
	Chile Previene en la Escuela (programa SENDA)	**Certificación de escuelas con plan preventivo**	**Total**
Nº Escuelas	336	686	1.022
% Escuelas	3,7%	7,5%	11,1%
Nº Estudiantes	84.000	205.000	289.000
% Estudiantes	2,6%	6,3%	8,9%

Actividades educativas con policías y abogados

El 37,9% de los miembros de la Policía de Investigaciones de Chile y de Carabineros de Chile participaron en alguna actividad educativa en los años 2008 a 2012 (tabla 5.4), según información entregada al equipo investigador por sus respectivas Direcciones. En el caso de la Policía de Investigaciones, estas consistieron en talleres de psicoeducación y prevención en distintas materias (violencia intrafamiliar, grooming y cyberbulling, sexualidad, depresión, intervención en crisis, apego, déficit atencional, educación de las emociones, habilidades sociales, desarrollo personal, resiliencia, autocuidado, etc.). Por su parte, en Carabineros se desarrollaron charlas de prevención de consumo abusivo de alcohol y sobre factores protectores del consumo de drogas, varias funciones de una obra de teatro sobre prevención de problemas con alcohol y otra sobre bullying, y un seminario sobre prevención del consumo abusivo de alcohol en Carabineros de Chile.

Tabla 5.4. **Miembros de la policía que participaron en actividades educativas sobre salud mental en los años 2008 a 2012** (Fuentes: Policía de Investigaciones de Chile y Carabineros de Chile)			
	Policía de Investigaciones de Chile	**Carabineros de Chile**	**Total**
Dotación total de policías	5.705	46.190	51.895
Nº Miembros capacitados	1.649	18.043	19.692
% Miembros capacitados	28,9	39,1	37,9

El porcentaje aproximado de abogados que participaron en actividades de capacitación en salud mental y psiquiatría en los últimos cinco años (especialmente en el tema de las implicancias de las enfermedades mentales en las actividades judiciales) es de 7.3%. Esta información se obtuvo del Colegio de Abogados, los cuales realizaron una encuesta al respecto a sus asociados, la cual fue contestada por 151 miembros.

Atención de salud mental para personas en recintos de Gendarmería

La única información obtenida de la Dirección Nacional de Gendarmería de Chile es la proveniente del Centro de Reinserción Social Santiago Sur (Ex Penitenciaría), donde funciona el Hospital Penitenciario. De acuerdo a las estadísticas de este hospital, 66 personas presentaron un episodio psicótico durante el año 2012 (lo cual representa el 1,2% del total de internos) y 9 personas tuvieron diagnóstico de discapacidad intelectual (correspondiendo al 0,2% de los internos). Los 3 psiquiatras de este hospital realizaron un total de 1.544 atenciones en el 2012, lo que corresponde a 28,6 atenciones por cada 100 personas recluidas en ese centro de privación de libertad.

En dos estudios sobre trastornos mentales de la población penal en Chile con muestras representativas del universo total de personas con privación de libertad, realizados por la Escuela de Salud Pública en los años 2007 y 2010 y dirigidos por el Dr. Rubén Alvarado, se encontraron los siguientes resultados relevantes para el estudio WHO-AIMS:

- La prevalencia de último año (12 meses) para cualquier trastorno mental fue de 26, 8%, con un 8,1% de trastornos afectivos, 8,3% de trastornos por ansiedad, 12,2% de trastornos por consumo de drogas y 0,8% de posibles casos de episodio psicótico (se utilizó el CIDI 3.0, año 2007).
- 86,5% de los casos encontrados con un trastorno mental no habían sido detectados previamente en el recinto de Gendarmería, y en 3 de los recintos estudiados no detectaron previamente ninguno de los casos identificados en el estudio, lo cual representa un 23,1% del total de los recintos que fueron estudiados (año 2010).
- De las personas que fueron detectadas con un trastorno mental por Gendarmería, 35,8% recibió atención de psiquiatra, 32,1% de psicólogo, 18,9% de médico general, 18,9% de trabajador social y 15,1% de técnico de enfermería (año 2010).

Pensiones de fondos públicos por discapacidad mental

El Instituto de Previsión Social ha señalado que no registra la información de cuantas personas con trastorno mental reciben Pensiones Básicas Solidarias de Invalidez, ya que esta condición "no es necesaria para conceder o rechazar el beneficio". El número total de estas pensiones que se otorgaron en promedio durante el año 2012 fueron 205.377. Si consideramos que la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2011 encontró 239.715 persona con discapacidad psíquica o intelectual, que la mayoría de estas personas tienen un bajo nivel socioeconómico y que solamente el13,9 % tiene algún trabajo (la mayoría de las veces precario e inestable), es altamente probable que el número de estas pensiones solidarias sea aún insuficiente para cubrir las necesidades de esta población.

AREA 6: MONITOREO E INVESTIGACIÓN

Todos los dispositivos de salud mental públicos y privados deben registrar y entregar un conjunto de datos en forma continua (información proporcionada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud – DEIS). Dos de los seis indicadores que el WHO-AIMS priorizó para establecimientos de hospitalización psiquiátrica no se registran en Chile: N° de ingresos involuntarios y N° de usuarios con contención física y/o en salas de aislamiento. Tal como se muestra en la tabla 6.1, en el caso de los otros 4 indicadores, el registro y envío al DEIS se cumple en casi el 100% de los hospitales públicos, psiquiátricos y generales, en alrededor del 80% de las clínicas privadas y solamente en el 40% de los hospitales de las Fuerzas Armadas.

Tabla 6.1.
Porcentaje de establecimientos de hospitalización psiquiátrica que enviaron información a MINSAL sobre diferentes variables en el año 2012
(Fuente: Departamento de Estadística MINSAL)

	hospital psiquiátrico	hospital general	clínica privada	hospital FFAA
Tipo de información	**%**	**%**	**%**	**%**
N° de camas	100	100	43,9	20,0
N° de personas tratadas	100	93,5	80,5	40,0
N° de días de estadía	100	93,5	80,5	40,0
Diagnósticos	100	93,5	80,5	40

Los centros ambulatorios de salud mental que enviaron información al DEIS en el 2012 fueron 65 centros públicos (lo que representa el 48,9% de este tipo de centros), 92 privados y 13 de Fuerzas Armadas (tabla 6.2). Sin embargo, los centros privados y de Fuerzas Armadas solo informaron sobre 2 de las 3 variables que incluye el WHO-AIMS. Como no fue posible determinar con exactitud el total de unidades para los centros privados y de las Fuerzas Armadas, no se pudo hacer para ellos el cálculo de porcentajes.

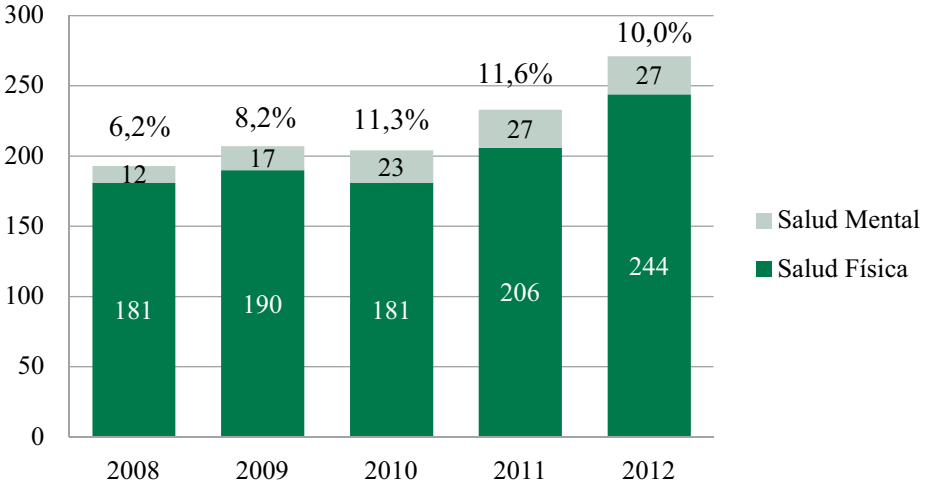
Tabla 6.2. Número de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría que enviaron información a MINSAL sobre diferentes variables en el año 2012 (Fuente: Departamento de Estadística MINSAL)			
	centros públicos	**centros privados**	**centros de FFAA**
Tipo de información	**Nº**	**Nº**	**Nº**
Nº de usuarios atendidos	65	92	13
Nº de contactos con el centro	65	92	13
Diagnósticos	65	-	-

Un bajo porcentaje de profesionales que trabajan en el sistema público han estado involucrados en investigaciones sobre salud mental en los 5 años previos a este estudio (tabla 6.3). Desde el punto de vista de las profesiones, el porcentaje de psiquiatras que ha participado en investigaciones es casi el doble que el de cada uno de los otros profesionales (19,6% para los psiquiatras y un rango de 7,9% a 11,8% de los otros profesionales). En cuanto al tipo de establecimiento, los porcentajes más altos de profesionales involucrados en investigación se da en los centros ambulatorios de especialidad que no son centros comunitarios (centros de diagnóstico y tratamiento - CDT, centros de referencia en salud – CRS y consultorios de especialidad adosados a hospitales – CAE), con un 16,6% de sus profesionales participando en esta actividad, y en las unidades de psiquiatría de corta estadía de los hospitales generales, con 14, 4% de sus profesionales.

Tabla 6.3. Porcentaje de profesionales del sistema público que han participado en investigación sobre salud mental en los últimos 5 años (como investigador principal o co-investigador), según tipo de establecimiento en el que trabajan (Fuentes: Dispositivos de Salud Mental)						
Establecimientos	**Psiquiatras**	**Enfermeras**	**Psicólogos**	**Terapeutas ocupacionales**	**Trabajadores sociales**	**Porcentaje por establecimiento**
	%	**%**	**%**	**%**	**%**	**%**
Centro de SM comunitario	12,2	6,1	9,2	4,9	4,7	**8,6**
Otros centros ambulatorios	23,5	19,4	11,7	14,7	12,9	**16,6**
Corta estadía hosp. General	29,7	12,0	2,4	2,4	2,4	**14,4**
Hospital psiquiátrico	12,5	2,9	22,2	4,5	8,7	**9,7**
Porcentaje por profesión	**19,6**	**11,8**	**10,1**	**8,8**	**7,9**	

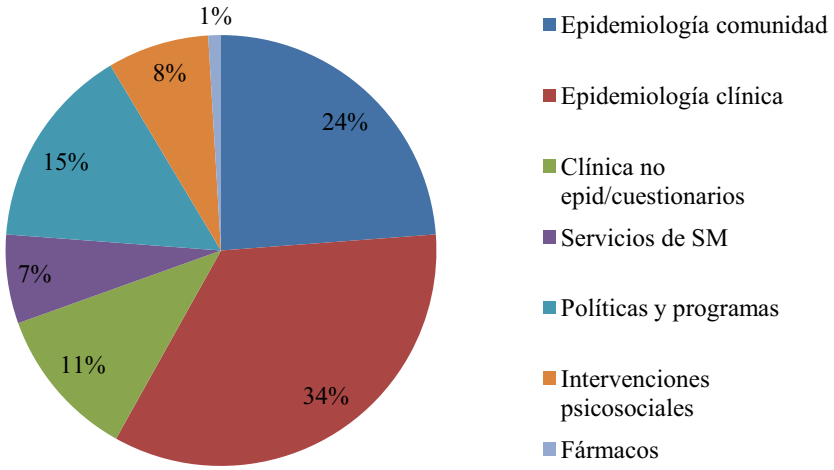
La revisión de artículos científicos 2008-2012 sobre salud en Chile realizada en PubMed (US National Library of Medicine (NLM), National Institutes of Health) mostró un crecimiento de las publicaciones sobre la salud en nuestro país, pero con un crecimiento mayor de aquellas sobre salud mental que las que se refieren a salud física. Tal como se indica en la figura 6.1, el número de artículos sobre salud mental aumentó de 12 en el año 2008 a 27 en el 2012, y el porcentaje que ellos representaron en relación al total de publicaciones de salud sobre Chile crecieron de 6,2% en el 2008 a 10,0% en el 2012. En comparación con el estudio WHO-AIMS del 2004, se evidenció un alza del porcentaje de artículos sobre salud mental desde el 2,0% de promedio de los años 2000-2004 al 9,6% de promedio de los años 2008-2012.

Figura 6.1. Número de publicaciones sobre salud física y mental sobre Chile según identificación en PubMed y porcentaje de salud mental del total de salud, 2008 - 2012



El análisis de los artículos sobre salud mental en Chile que aparecen en PubMed en los años 2008-2012 muestra un predominio de estudios sobre epidemiología, tanto en muestras clínicas como en muestras de la comunidad, representando entre ambos tipos el 58% del total de investigaciones sobre salud mental (figura 6,2). Con un peso relativo intermedio aparecen los estudios sobre políticas/programas y servicios de salud mental, con un porcentaje conjunto de 22%, y con las menores proporciones se encuentran las intervenciones psicosociales y farmacológicas/somáticas, representando entre ambas solamente el 9%.

Figura 6.2. Tipo de investigación sobre salud mental en Chile: 105 publicaciones identificadas en PubMed los años 2008-2012



AREA 7: SISTEMAS DE SALUD MENTAL LOCALES: INDICADORES POR SERVICIOS DE SALUD

La tabla 7,1 muestra para el año 2012 una serie de indicadores que reflejan el funcionamiento de los distintos Servicios de Salud (SS) del país en la atención de salud mental ambulatoria del nivel de especialidad (incluyendo la actividad de centros de salud mental comunitarios, centros de referencia de salud, centros de diagnóstico y tratamiento y centros de especialidad adosados a hospitales generales). En la mayoría de los Servicios de Salud se observa un mayor porcentaje de mujeres entre las personas atendidas, con una mediana en 55%. Sólo en 4 SS la proporción fue menor al 50%. Algunos SS muestran un bajo nivel de atención de niños y adolescentes en relación al total de personas atendidas, con la mediana de 24,0% para esta población e incluso 2 SS atendiendo una proporción de niños y adolescentes menor al 10%.

La tasa de personas en tratamiento en centros de salud mental ambulatorios y el número promedio de atenciones por persona en el año 2012, dos indicadores básicos de cobertura y calidad de atención, muestran una gran variación entre los distintos SS, fluctuando el primero entre 405 a 2.669 personas por 100.000 beneficiarios FONASA y el segundo entre 4,7 a 13,2 atenciones promedio anual por cada persona atendida (tabla 7.1). Solamente 3 SS tienen un tiempo promedio de espera de 20 o menos días para la primera consulta con psiquiatra, siendo la mediana de 33 días y en el extremo superior 2 SS con más de 3 meses de promedio de espera. Las medianas de porcentajes de centros que interactúan con organizaciones de usuarios y familiares son de 67% y 50% respectivamente, pero hay varios SS que no desarrollan actividades con estas organizaciones y otros SS en el que todos los centros ambulatorios interactúan con ellas.

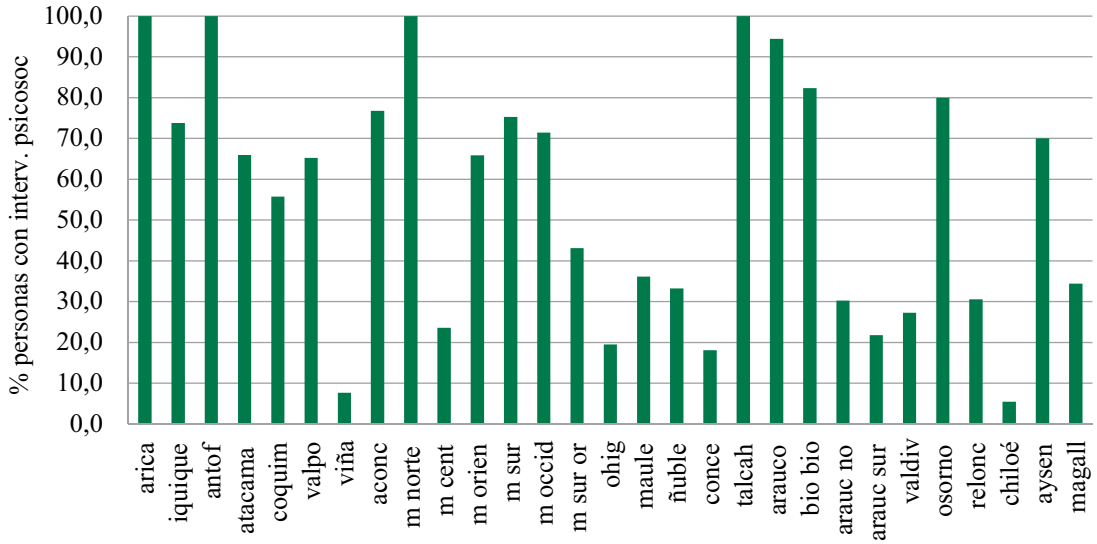
Tabla 7.1.
Indicadores del funcionamiento de los centros de salud mental ambulatorios (especialidad) en el sector público en el año 2012: información por Servicio de Salud (Fuentes: Dispositivos de salud mental y DEIS)

Servicio Salud	% de mujeres atendidas	% de niños y adolescentes atendidos	Tasa de personas en tratamiento por 100.000	N° promedio de atenciones por persona	Tiempo de espera (días) promedio para 1ª consulta con psiquiatra	% de centros que interactúan con org. usuarios	% de centros que interactúan con org. familiares
Arica	55,0%	21,3%	1.272	13,2	45	100%	50%
Iquique	47,6%	23,7%	1.218	12,8	28	67%	33%
Antofagasta	56,5%	21,9%	801	6,5	20	25%	0%
Atacama	59,5%	25,6%	405	11,0	15	50%	50%
Coquimbo	66,0%	10,1%	715	8,7	36	86%	100%
Valparaíso	55,1%	si	2.108	8,4	30	67%	0%
Viña-Quillota	55,2%	21,5%	550	10,6	66	25%	25%
Aconcagua	52,9%	17,6%	1.741	11,0	30	100%	100%
M. Norte	55,6%	29,7%	2.669	7,3	30	50%	50%
M. Central	47,8%	40,7%	1.042	12,3	37	40%	20%
M. Oriente	45,1%	45,2%	2.307	10,7	25	55%	27%
M. Sur	51,2%	26,5%	1.126	8,9	40	63%	50%
M. Occidente	47,5%	39,2%	1.998	6,5	51	69%	38%
M. Sur Oriente	51,0%	30,1%	2.446	7,1	33	82%	0%
O'Higgins	61,7%	11,1%	1.806	7,1	31	80%	80%
Maule	61,5%	17,0%	1.020	8,0	33	29%	14%
Ñuble	57,9%	19,4%	1.548	8,8	101	100%	100%
Concepción	55,7%	11,7%	1.660	5,6	15	40%	40%
Talcahuano	54,5%	24,0%	1.565	6,0	48	75%	100%
Arauco	59,6%	24,1%	1.179	9,0	129	100%	75%
Biobío	59,0%	22,3%	940	4,7	60	100%	100%
Araucanía Nor.	65,0%	24,0%	773	10,9	43	50%	100%
Araucanía Sur	68,0%	6,3%	616	10,4	87	80%	0%
Valdivia	56,7%	29,6%	1.256	8,1	si	33%	33%
Osorno	61,0%	27,2%	2.053	8,6	30	100%	100%
Reloncaví	56,4%	30,8%	454	8,5	68	0%	0%
Chiloé	66,7%	9,4%	726	8,0	23	0%	50%
Aysén	55,7%	23,2%	563	4,9	20	100%	100%
Magallanes	54,9%	29,0%	1.982	si	30	0%	0%
mediana	**55,7%**	**24,0%**	**1.218**	**8,55**	**33**	**67,0%**	**50,0%**
promedio	**56,6%**	**23,7%**	**1.404**	**8,70**	**43**	**60,9%**	**49,5%**

si = sin información

Casi todos los centros ambulatorios de salud mental del nivel secundario disponen de medicamentos psicoactivos para todas las categorías diagnósticas. Sin embargo, la frecuencia con que se entregan intervenciones psicosociales presenta una alta variación entre los distintos Servicios de Salud, tal como se muestra en la figura 7.1, fluctuando desde SS que la realizan en menos del 10% de los usuarios hasta otros que la entregan al 100% de las personas atendidas.

Figura 7.1. Porcentaje de personas atendidas en centros ambulatorios de salud mental (nivel especializado) que reciben intervenciones psicosociales, por Servicio de Salud 2012



La tabla 7.2 presenta los recursos profesionales de los centros de salud mental ambulatorios disponibles en el año 2012 en los distintos Servicios de Salud del país. Se ha preferido usar la tasa de horas semanales por 40.000 beneficiarios con el fin de facilitar la comparación de estos valores con los que entrega la "Norma Técnica para la Implementación y Funcionamiento de los Centros de Salud Mental Comunitaria" del Ministerio de Salud. Se puede apreciar de esta manera que ningún Servicio de Salud cumple con el estándar para el total de horas semanales de recursos profesionales que establece dicha Norma (407 horas semanales), y la mediana nacional de 147 horas semanales para una población de 40.000 beneficiarios es 2,8 veces más baja que dicho estándar.

El estándar de 55 horas semanales de psiquiatra se cumple en solo 2 Servicios de Salud, pero la mayoría de los psiquiatras de estos SS trabajan centralizados en grandes hospitales. Para los otros tipos de profesionales de salud mental, ningún Servicio cumple con el estándar señalado y las medianas país corresponden a 1/5 de las horas requeridas para enfermeras, la mitad de horas de los psicólogos, 1/7 de los terapeutas ocupacionales y 1/3 de los trabajadores sociales.

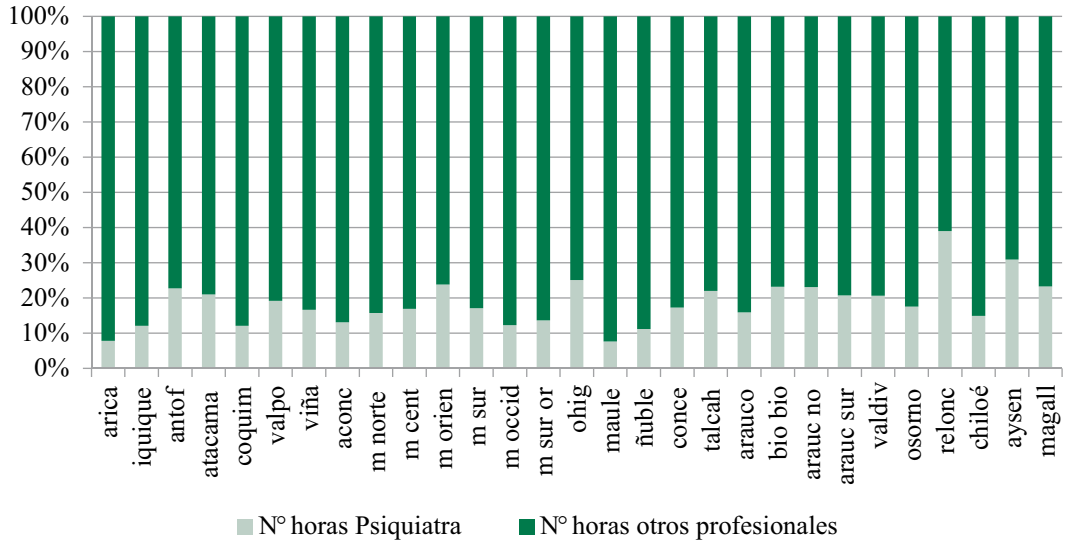
La tabla 7,2 muestra también las diferencias en recursos profesionales ambulatorios entre los diferentes Servicios de Salud, con un mínimo de 93,0 horas semanales totales de profesionales de salud mental en Aysén y un máximo de 376,6 en el Servicio de Salud Metropolitano Norte. Con extremos entre los Servicios de Salud para las distintas profesiones, de 10,3 horas semanales de psiquiatra (para 40.000 beneficiarios) en Maule y 67,4 en Metropolitano Oriente, de no tener enfermeras en Bio-Bío y Reloncaví a 35,4 horas semanales en Talcahuano, de 21,4 horas semanales de psicólogo en Aysén a 186,3 en Metropolitano Norte, de no tener terapeuta ocupacional en Antofagasta a 42,8 en Metropolitano Norte, y de 14,5 horas de trabajador social en Atacama a 74,7 en Arica.

Tabla 7.2.
Recursos profesionales de los centros de salud mental ambulatorios (especialidad) en el sector público en el año 2012: información por Servicio de Salud (tasas de horas semanales por 40.000 beneficiarios)
(Fuentes: Dispositivos de salud mental y Unidad de Salud Mental Subsecretaría de Redes)

Servicio de Salud	N° horas Psiquiatra x 40.000 benefi-ciarios	N° horas otros Médicos x 40.000 benefi-ciarios	N° horas Enfermera x 40.000 benefi-ciarios	N° horas Psicólogo x 40.000 benefi-ciarios	N° horas Terap. Ocupacio-nal x 40.000 benefi-ciarios	N° horas Trabajador Social x 40.000 benefi-ciarios	N° horas otros profesio-nales x 40.000 benefi-ciarios	N° total de horas de profesio-nales x 40.000 benefi-ciarios
Arica	25,6	25,0	10,3	164,8	27,3	74,7	0,0	327,7
Iquique	28,8	15,4	23,1	78,8	14,5	61,5	15,4	237,5
Antofagasta	24,6	2,4	14,1	43,5	0,0	18,8	4,7	108,1
Atacama	25,6	1,0	4,8	63,1	13,2	14,5	0,0	122,2
Coquimbo	14,0	4,8	12,5	50,1	8,4	24,3	1,5	115,5
Valparaíso	39,8	6,5	18,4	86,5	14,1	41,1	1,1	207,3
Viña-Quillota	21,6	6,3	8,0	57,6	5,5	28,0	2,4	129,4
Aconcagua	16,3	3,1	6,7	40,7	24,4	32,6	0,0	123,9
M. Norte	59,3	20,2	16,4	186,3	42,8	42,0	9,6	376,6
M. Central	28,8	6,1	4,9	82,1	18,4	19,6	10,0	169,8
M. Oriente	67,4	10,2	7,4	126,8	28,7	40,4	2,2	283,1
M. Sur	33,5	8,6	14,3	66,1	34,3	28,6	10,5	195,8
M. Occidente	31,0	15,3	6,0	110,1	22,9	56,4	10,6	252,4
M. Sur Oriente	31,6	8,3	2,8	103,1	26,4	50,6	7,8	230,6
O'Higgins	35,4	11,2	7,6	51,1	10,9	19,6	4,9	140,7
Maule	10,3	8,4	8,3	69,3	7,2	25,8	4,1	133,4
Ñuble	12,9	8,7	6,5	52,2	10,8	22,8	1,4	115,3
Concepción	25,4	15,3	5,5	60,6	1,8	37,7	0,7	147,1
Talcahuano	52,3	8,3	35,4	88,4	5,9	42,7	4,4	237,4
Arauco	34,4	0,3	4,8	97,3	9,0	69,8	0,0	215,6
Biobío	33,8	0,0	0,0	54,6	20,8	31,2	5,2	145,6
Araucanía Norte	30,3	10,1	5,0	47,9	7,6	30,3	0,0	131,2
Araucanía Sur	27,9	5,1	14,6	46,9	8,8	30,7	0,0	134,0
Valdivia	32,1	0,0	27,8	54,1	22,2	14,8	4,2	155,1
Osorno	26,6	0,0	21,5	51,7	17,2	34,4	0,0	151,5
Reloncaví	43,1	1,2	0,0	38,7	5,5	16,5	5,5	110,4
Chiloé	20,9	11,9	23,8	50,7	6,0	26,8	0,0	140,1
Aysén	28,7	0,0	4,2	21,4	4,2	34,5	0,0	93,0
Magallanes	46,9	7,2	28,9	61,7	14,4	18,0	24,3	201,4
mediana	28,8	7,2	8,0	60,6	13,2	30,7	2,4	147,1
promedio	30,8	8,4	10,2	77,0	16,7	33,3	5,1	181,4

Además de la variación en la cantidad de recursos humanos para atención ambulatoria de salud mental entre los distintos Servicios de Salud, existe también una variación en el porcentaje de horas que los psiquiatras representan en relación a los otros profesionales. Es así como en algunos SS las horas de psiquiatras corresponden en promedio a menos del 10% del total de horas profesionales de salud mental ambulatoria del SS, y en el otro extremo, existen SS con más del 30% de las horas de profesionales de salud mental destinadas a psiquiatras (figura 7.2).

Figura 7.2. Porcentaje de horas de psiquiatras en relación a las horas de otros profesionales en centros ambulatorios de salud mental, por Servicios de Salud en el año 2012



Los valores de la mediana nacional para los distintos indicadores de hospitales de día estudiados corresponden a 12.794,4 beneficiarios adultos FONASA por plaza, 53% de usuarias mujeres, 69 días de promedio de estada, 41 plazas de hospital de día por cada 22 horas semanales de psiquiatra y 6 plazas por cada 44 horas de otros profesionales y técnicos (tabla 7.3). Al igual que para los centros ambulatorios, existe variabilidad en estos indicadores entre los Servicios de Salud del país; así por ejemplo, respecto al número de beneficiarios adultos por plaza, varios SS están dentro del estándar fijado en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, de 10.000 a 14.000 adultos por plaza, mientras que algunos SS no tienen hospital de día o tienen muy pocas plazas para el tamaño de la población beneficiaria (con más de 35.000 beneficiarios por plaza). Las fluctuaciones en el porcentaje de usuarias mujeres van desde 27% a 74%, el promedio de días de estada desde menos de 30 días a más de 90 días, el número de plazas de hospital de día por cada 22 horas de psiquiatra desde menos de 20 plazas a más de 80 plazas, y el número de plazas de hospital de día por cada 44 horas de profesionales y técnicos desde menos de 4 plazas a más de 10 plazas.

Tabla 7.3. Indicadores del funcionamiento de los hospitales de día de salud mental en el sector público en el año 2012: información por Servicio de Salud (Fuentes: Dispositivos de salud mental)					
Servicio Salud	**N° beneficiarios adultos FONASA por plaza hospital diurno**	**% mujeres tratadas**	**Promedio de días de estada**	**N° de plazas HD por 22 horas semanales psiquiatra**	**N° de plazas HD por 44 horas semanales profesional/ técnico**
Arica	7.279,5	28%	76	40	3
Iquique	9.552,0	46%	69	55	3
Antofagasta	13.261,2	52%	98	30	8
Atacama	7.843,2	50%	95	69	6
Coquimbo	14.181,1	64%	89	70	11
Valparaíso	3.937,7	31%	79	57	6
Viña-Quillota*	10.849,9	64%	40	33	4
Aconcagua	18.538,1	27%	239	55	5
M. Norte	sd	sd	sd	sd	sd
M. Central	41.755,3	63%	28	83	7
M. Oriente	35.303,4	56%	50	30	5
M. Sur	22.034,8	46%	78	47	13
M. Occidente	sd	sd	sd	sd	sd
M. Sur Oriente	21.719,9	41%	69	56	16
O'Higgins	18.045,9	53%	54	47	4
Maule	12.327,9	52%	32,3	44	4
Ñuble	29.505,3	63%	78	33	2
Concepción	20.997,8	45%	8	14	3
Talcahuano	8.676,6	74%	46	21	4
Arauco	8.703,8	68%	53	41	3
Bio-Bío	22.658,0	65%	35	26	3
Araucanía Norte	3.831,1	62%	163	73	6
Araucanía Sur	25.978,7	53%	71	40	6
Valdivia*	9.130,3	41%	60	26	7
Osorno	14.736,3	64%	58	29	2
Reloncaví	sd	sd	sd	sd	sd
Chiloé	8.587,7	si	si	si	si
Aysén	5.535,8	42%	79	88	3
Magallanes	4.253,8	70%	69	24	3
mediana	**12.794,5**	**53%**	**69**	**41**	**4**
promedio	**15.736,7**	**53%**	**73**	**45**	**5**

sd = sin dispositivo si = sin información
*Servicios de Salud que entregaron información solo de la mitad de sus hospitales de día

En comparación con el estudio WHO-AIMS del año 2004, el número de Servicios de Salud que tienen servicios de psiquiatría de corta estadía para adultos (en hospitales generales o psiquiátricos) ha aumentado de 18 a 25, pero en la tabla 7.4 puede observarse que pocos de ellos cumplen con el estándar del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 de una cama de corta estadía por cada 5.000 a 10.000 adultos (especialmente si consideramos que algunos de los SS que aparecen dentro del estándar tienen que hospitalizar a personas de SS vecinos que no tienen corta estadía o un número insuficiente de camas). A su vez, desde el 2004 los servicios de psiquiatría de corta estadía para adolescentes (en hospitales generales o psiquiátricos) han aumentado de 1 a 10, con una mediana de 8.756,2 adolescentes beneficiarios por cama por SS, lo cual cumple con el estándar de la Plan Nacional (10.000 a 14.000 adolescentes por cama) para los SS que tienen este dispositivo, pero aún faltan 19 SS que implementen este tipo de servicios.

Los otros indicadores del funcionamiento de servicios de corta estadía presentan una variación entre los distintos SS (tabla 7.4) similar a lo descrito previamente para otros dispositivos. La mediana de los SS en porcentaje de mujeres hospitalizadas en corta estadía es de 52%, con una fluctuación desde un 15% de mujeres, en un SS con un servicio predominantemente para hombres, hasta un 87%, en un SS con un servicio predominantemente para mujeres. El promedio de días de estada varía entre un SS con 9 días hasta otro SS con 44 días, con una mediana de 15,5 días. Las variaciones en los SS en ingresos de tipo judicial (por orden de un juez) o de tipo administrativo o involuntario (por indicación de un médico y autorizado por la SEREMI) van desde algunos SS que no tienen uno u otro de estos ingresos hasta un SS cuyos ingresos judiciales representan el 44% del total de ingresos y otro SS cuyos ingresos involuntarios representan el 18% del total de ingresos. Situación similar se observa con la contención física y/o aislamiento durante la hospitalización, con SS que informan no haber utilizado ninguna de las dos en el año 2012, hasta servicios que la utilizan en más del 70% de las personas que se hospitalizaron en ese año.

Tabla 7.4.
Indicadores del funcionamiento de servicios de psiquiatría de corta estadía en el sector público en el año 2012: información por Servicio de Salud de hospitales generales y psiquiátricos (Fuentes: Dispositivos de salud mental y DEIS)

Servicio Salud	Nº beneficiarios >19 años x 1 cama corta estadía adultos	Nº beneficiarios 11-19 años x 1 cama corta estadía adolescente	% de mujeres que se hospitalizan	Promedio de días de estada	Índice de ocupación	% ingresos por orden judicial	% ingresos involuntarios	% contención y/o aislamiento
Arica	4.964,4	sd	47%	10	46,3	0,5%	4,4%	9,9%
Iquique	5.894,1	2.699,6	45%	21	74,4	16,7%	6,8%	54,4%
Antofagasta	6.484,7	sd	62%	9	31,1	8,1%	2,9%	73,1%
Atacama	39.778,3	sd	61%	12	62,5	0,0%	15,0%	6,3%
Coquimbo	45.095,9	sd	63%	37	104,6	0,0%	15,2%	44,8%
Valparaíso	6.025,9	sd	52%	22	91.7	2,9%	14,5%	76,0%
Viña-Quillota	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd
Aconcagua	6.923,3	sd	45%	21	93,3	4,8%	6,0%	si
M. Norte	1.884,5	2.909,2	si	42	92.4	1,0%	0,0%	si
M. Central	105.772,2	sd	58%	24	92,8	0,0%	6,9%	54,2%
M. Oriente	22.809,7	9.169,6	87%	9	74,4	3,8%	0,0%	3,3%
M. Sur	14.796,2	sd	47%	31	85,8	0,2%	9,4%	14,9%
M. Occidente	28.687,7	39.069,5	51%	16	76,0	0,4%	8,4%	23,4%
M. Sur Oriente	32.950,1	14.675,3	62%	32	83,2	1,9%	7,4%	21,5%
O'Higgins	45.787,5	27.475,0	56%	26	85,7	2,6%	15,4%	26,3%
Maule	55.125,5	sd	54%	34	94,8	44,6%	0,9%	si
Ñuble	11.184,9	sd	52%	26	97,3	2,5%	5,0%	si
Concepción	7.586,2	8.873,9	51%	36	90,4	si	si	si
Talcahuano	sd	8.638,6	15%	16	53,1	3,2%	0,0%	6,5%
Arauco	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd
Biobío	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd	sd
Araucanía Norte	20.885,7	sd	69%	15	39,7	0,0%	13,8%	29,2%
Araucanía Sur	16.809,2	8.278,7	42%	16	104,9	7,5%	9,4%	11,8%
Valdivia	11.159,4	sd	51%	28	88,5	19,5%	3,9%	38,1%
Osorno	6.892,1	sd	54%	18	88,6	2,1%	2,9%	si
Reloncaví	12.326,2	sd	39%	44	122,1	0,0%	18,3%	si
Chiloé	17.288,0	sd	73%	15	46,0	si	si	0,0%
Aysén	6.012,4	sd	45%	12	75,3	3,6%	5,4%	si
Magallanes	3.902,7	1.842,4	45%	15	86,6	20,1%	2,3%	16,5%
mediana	**12.326,2**	**8.756,2**	**52%**	**15,5**	**87,5**	**4%**	**5%**	**17%**
Promedio	**12.608,7**	**18.498,7**	**53,1%**	**22,6**	**79,0**	**6,1%**	**7,3%**	**28,3%**

sd = sin dispositivo si = sin información

La tasa de personas atendidas en los distintos tipos de dispositivos de salud mental del nivel secundario (expresadas por 100.000 beneficiarios de FONASA) también presenta variabilidad en los 29 SS (tabla 7.5). La mediana para centros ambulatorios es de 1.273 con un valor mínimo de 454 y uno máximo de 3.516. En el caso de la hospitalización de corta estadía, la mediana es 77 y los valores extremos son 10 y 381, y en los hospitales de día más los centros diurnos la mediana es 35 con valores extremos de 6 y 347. Finalmente, los hogares y residencias protegidas tuvieron una mediana de 9 usuarios en el 2012 con SS con tasa mínima de 4 y tasa máxima de 44.

Tabla.7.5.
Personas atendidas en dispositivos de salud mental públicos en el año 2012 (tasas por 100.000 beneficiarios)
(Fuentes: Dispositivos de salud mental y DEIS)

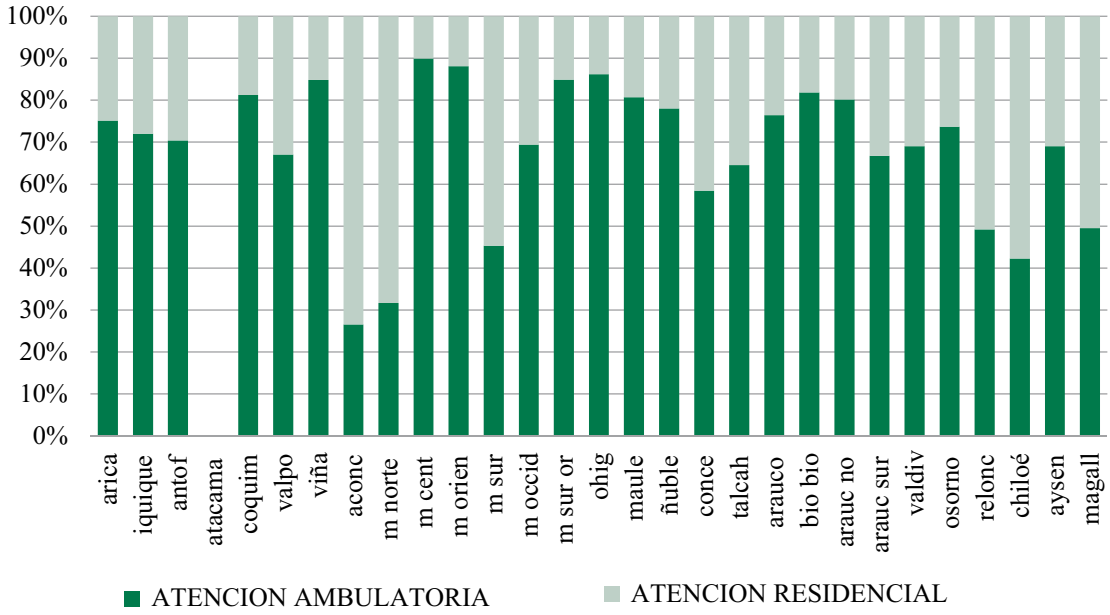
Servicio de Salud	Centros ambulatorios especialidad		Hospitalización de corta estadía		Hospitales de día y centros diurnos			Hogares y residencias protegidas	
	N° personas atendidas	Tasa por 100.000 beneficiarios	N° personas atendidas	Tasa por 100.000 beneficiarios	N° personas atendidas en Hosp. Diurno	N° personas atendidas en Centro Diurno	Tasa por 100.000 beneficiarios	N° personas atendidas	Tasa por 100.000 beneficiarios
Arica	2180	1272	413	241	29	33	36	26	15
Iquique	2788	1218	507	222	57	47	45	30	13
Antofagasta	2994	801	509	136	63	23	23	23	6
Atacama	si	si	80	34	48	151	86	12	5
Coquimbo	4149	715	105	18	86	33	21	22	4
Valparaíso	9147	2247	629	155	226	1187	347	91	22
Viña-Quillota	5748	747	sd	sd	192	71	34	36	5
Aconcagua	3761	1741	334	155	11	63	34	75	35
M. Norte	22850	3516	2206	339	sd	242	37	288	44
M. Central	7496	1042	72	10	41	43	12	66	9
M. Oriente	13731	2307	484	81	45	123	28	52	9
M. Sur	10397	1126	443	48	162	110	29	114	12
M. Occidente	19580	1998	479	49	sd	sd	sd	127	13
M. Sur Oriente	26530	2446	367	34	157	sd	14	68	6
O'Higgins	12847	1806	156	22	126	102	32	39	5
Maule	8701	1020	112	13	327	si	38	50	6
Ñuble	6268	1548	362	89	24	sd	6	36	9
Concepción	8023	1660	497	103	132	286	86	48	10
Talcahuano	4672	1565	62	21	143	48	64	60	20
Arauco	1783	1179	sd	sd	53	sd	35	11	7
Biobío	3180	940	sd	sd	95	71	49	15	4
Araucanía Norte	1349	773	65	37	60	6	38	16	9
Araucanía Sur	3700	616	1300	216	60	106	28	41	7
Valdivia	3981	1256	231	73	32	32	20	32	10
Osorno	4195	2053	340	166	53	143	96	28	14
Reloncaví	1456	454	109	34	sd	20	6	28	9
Chiloé	1071	726	74	50	si	21	14	36	24
Aysén	431	563	222	290	33	16	64	5	7
Magallanes	2417	1982	465	381	74	47	99	40	33
mediana		**1237**		**77**			**35**		**9**
Promedio		**1.404**		**79**			**40**		**11**

sd = sin dispositivo si = sin información

La figura 7.3 repite el cálculo para cada Servicio de Salud de lo realizado a nivel nacional en la figura 2.13 de este informe, donde las atenciones ambulatorias (Nº de consultas + Nº de días en hospital de día o centro diurno) representan en el total país el 65% de todas las prestaciones y la atención residencial el 35% (Nº de días en hospitales generales y psiquiátricos + Nº de días en hogares y residencias protegidas). Como la mayoría de las información presentada de los SS, se observa variabilidad, con algunos valores extremos, donde los 2 SS con el porcentaje más bajo de prestaciones ambulatorias (alrededor del 30%) son los que tienen los hospitales psiquiátricos con el número

más alto de personas en larga estadía, y los 2 SS con el porcentaje más alto de prestaciones ambulatorias (alrededor del 90%) son SS con un número relativamente bajo de camas de corta estadía para el tamaño de su población y con algunos de sus usuarios utilizando camas de corta estadía en un hospital psiquiátrico. En el SS Atacama no se pudo realizar este análisis por no haberse recibido suficiente información de sus distintos dispositivos de salud mental.

Figura 7.3. Comparación de atención ambulatoria (Nº de consultas + Nº de días en hosp. día o centro día) con atención residencial (Nº de días en hospitales, hogares y residencias), por Servicio de Salud 2012

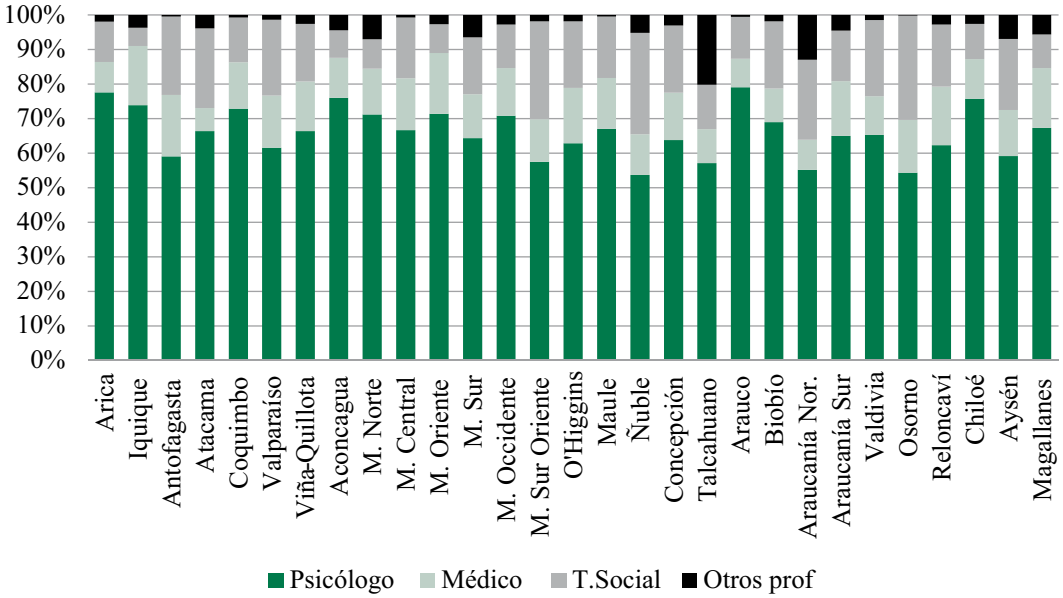


En la atención primaria también se observó variabilidad en la mayoría de los indicadores estudiados en los distintos SS. Así en la tabla 7.6 se aprecia que las horas totales semanales programadas promedio por centro en cada SS varían entre 74 y 204 horas semanales, con una mediana de 124 horas (lo que corresponde aproximadamente a 3 jornadas completas). En cuanto al porcentaje de médicos con al menos 2 días de capacitación en salud mental o psiquiatría en el año 2012, los SS fluctúan entre 1% y 50%, con una mediana de 18%.

Tabla 7.6. Recursos profesionales de los centros APS en el sector público en el año 2012: información por Servicio de Salud (Fuentes: Centros APS)						
	Promedio de horas semanales programadas para SM					% de médicos capacitados en SM
Servicio de Salud	Psicólogo	Médico	T. Social	Otros prof.	Total	
Arica	87,3	9,9	13,1	2,1	112,5	4%
Iquique	109,4	25,4	7,8	5,4	148,1	1%
Antofagasta	61,3	18,5	23,6	0,4	103,9	17%
Atacama	61,9	6,2	21,5	3,6	93,2	25%
Coquimbo	97,2	18,0	17,3	1,0	133,3	15%
Valparaíso	50,9	12,5	18,1	1,1	82,7	32%
Viña-Quillota	78,2	16,9	19,6	3,1	117,8	19%
Aconcagua	94,9	14,5	9,9	5,5	124,8	24%
M. Norte	90,8	16,9	10,8	9,0	127,4	9%
M. Central	109,5	24,6	29,0	1,1	164,2	28%
M. Oriente	104,0	25,7	12,2	3,8	145,7	10%
M. Sur	103,7	20,5	26,6	10,4	161,1	29%
M. Occidente	110,2	21,6	19,6	4,3	155,7	15%
M. Sur Oriente	117,8	25,2	58,1	3,7	204,7	18%
O'Higgins	74,1	18,9	22,7	2,1	117,9	19%
Maule	77,1	17,0	20,4	0,5	115,0	20%
Ñuble	82,3	17,9	45,0	8,0	153,3	22%
Concepción	93,5	20,1	28,6	4,4	146,6	15%
Talcahuano	83,0	14,3	18,7	29,3	145,4	24%
Arauco	59,0	6,1	9,0	0,4	74,6	10%
Bio-Bío	85,7	12,1	24,2	2,3	124,3	17%
Araucanía Norte	69,9	11,1	29,4	16,4	126,6	21%
Araucanía Sur	64,3	15,6	14,5	4,4	98,8	19%
Valdivia	64,8	11,2	21,9	1,5	99,3	24%
Osorno	60,9	17,1	33,9	0,2	112,1	11%
Reloncaví	48,7	13,2	14,0	2,1	78,1	16%
Chiloé	86,6	13,1	11,6	3,0	114,4	9%
Aysén	104,5	23,5	36,5	12,2	176,7	12%
Magallanes	74,6	19,3	10,8	6,3	110,9	50%
mediana	**83,0**	**17,0**	**19,6**	**3,6**	**124,3**	**18%**
promedio	**83,0**	**16,8**	**21,7**	**5,1**	**126,5**	**18%**

Entre 55% y 80% de las horas programadas para salud mental en APS en los SS del país corresponden a psicólogos (figura 7.4), mientras las horas programadas de médicos fluctúan en los SS entre 9% y 18% y las de los trabajadores sociales entre 5% y 29%.

Figura 7.4. Distribución porcentual de horas semanales programadas para SM de distintas profesiones por Servicio de Salud 2012



El porcentaje de médicos con jornada completa en APS por SS que refieren un promedio mínimo de un usuario por mes a equipos de salud mental del nivel de especialidad tiene una mediana de 69%, valor mínimo de 55% y máximo de 89% (tabla 7.7). Sin embargo el porcentaje de todos los médicos APS por SS que participan en consultoría es relativamente más bajo (mediana de 38%, valor mínimo de 17% y máximo de 69%). El porcentaje de centros APS que participan en consultoría tiene una mediana de 85% con fluctuaciones extremas entre 33% y 100%. Altas variaciones también se observan en el porcentaje de centros APS para cada SS que realizan interacciones con agentes de medicina tradicional o alternativa en temas de salud mental, con organizaciones de usuarios de salud mental y con organizaciones de familiares de usuarios.

Tabla 7.7. **Indicadores del funcionamiento de los centros APS en salud mental en el año 2012: información por Servicio de Salud** (Fuentes: Centros APS)						
	% médicos jornada completa que refieren a psiq.	**% médicos que participan en consultoría de SM**	**% centros con consultoría de SM**	**% centros con interacción con medicina tradicional**	**% centros con interacción con org. usuarios**	**% centros con interacción con org. familiares**
Arica	86%	40%	57%	43%	14%	0%
Iquique	75%	33%	78%	33%	33%	22%
Antofagasta	69%	33%	72%	11%	39%	6%
Atacama	85%	53%	67%	44%	83%	17%
Coquimbo	67%	54%	86%	14%	73%	55%
Valparaíso	84%	67%	92%	20%	56%	8%
Viña-Quillota	66%	37%	96%	27%	69%	15%
Aconcagua	74%	17%	33%	53%	87%	7%
M. Norte	89%	44%	88%	75%	75%	13%
M. Central	69%	53%	100%	50%	63%	25%
M. Oriente	69%	38%	94%	39%	50%	0%
M. Sur	70%	63%	93%	57%	80%	13%
M. Occidente	71%	38%	85%	56%	67%	26%
M. Sur Oriente	63%	35%	97%	44%	85%	26%
O'Higgins	63%	38%	79%	26%	56%	15%
Maule	56%	28%	66%	23%	64%	21%
Ñuble	65%	33%	78%	33%	85%	11%
Concepción	65%	38%	91%	26%	57%	13%
Talcahuano	80%	30%	61%	22%	61%	39%
Arauco	71%	37%	64%	43%	86%	36%
Bio-Bío	59%	31%	100%	29%	58%	4%
Araucanía Norte	58%	46%	100%	36%	43%	21%
Araucanía Sur	75%	28%	81%	31%	88%	19%
Valdivia	86%	33%	82%	36%	45%	18%
Osorno	58%	21%	57%	50%	64%	21%
Reloncaví	55%	45%	81%	14%	48%	33%
Chiloé	82%	69%	88%	50%	88%	25%
Aysén	82%	44%	100%	17%	67%	17%
Magallanes	55%	56%	100%	40%	30%	0%
mediana	**69%**	**38%**	**85%**	**36%**	**64%**	**17%**
promedio	**71%**	**41%**	**82%**	**36%**	**63%**	**18%**

4. CONCLUSIONES

Los sistemas de salud mental han tenido un desarrollo progresivo en Chile, especialmente en el sistema público, y en comparación con la evaluación previa del 2004 se observan cambios favorables en varios aspectos. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2000 ha seguido implementándose progresivamente, disponiéndose de un número creciente de dispositivos de salud mental, con mayor descentralización y accesibilidad, profundizando el modelo comunitario de servicios y logrando un incremento de la razón de prestaciones ambulatorias/prestaciones residenciales (desde 0,88 en el año 2004 a 1,82 en el 2012). El sistema nacional de salud mental en el sector público ha logrado en el año 2012 una proporción entre sus distintos componentes más cercana al modelo comunitario de servicios que propone la OMS[12] que la que presentaba en el 2004. Algunos de los dispositivos que se encontraban en un número inferior a los estándares del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2001 han logrado un aumento en estos 8 años, tales como los centros de salud mental comunitaria, los servicios de psiquiatría de corta estadía en hospitales generales, los hogares y residencias protegidas, y las unidades de psiquiatría forense. Al mismo tiempo, las camas de larga estadía en los hospitales psiquiátricos han continuado disminuyendo, con una reducción desde 781 en el 2005 a 441 en el 2012 (una disminución del 43,5%).

Una mención especial en el desarrollo del Plan Nacional merece la incorporación de programas de salud mental en casi todos los centros APS urbanos y más de la mitad de las postas rurales, disponiéndose de normativas de cómo manejar problemas y trastornos mentales, un número creciente de horas de psicólogos y destinación de horas de médicos y trabajadores sociales para salud mental, disponibilidad de medicamentos psicotrópicos, así como un modelo de articulación con los equipos de especialidad en salud mental (a través de sistemas de referencia y consultorías de salud mental con los centros APS).

A diferencia del estudio WHO-AIMS del año 2004, el actual incluyó análisis de información para cada uno de los 29 Servicios de Salud del país, lo que permitió apreciar el desarrollo que han alcanzado estos subsistemas de salud mental y como gradualmente han ido implementando los distintos componentes de la red propuesta en el Plan Nacional. La mayoría de los SS ha desarrollado una red basada en el modelo comunitario, con descentralización de dispositivos, atendiendo una tasa mayor de personas en forma ambulatoria que cerrada y con un porcentaje mayor de prestaciones ambulatorias que residenciales. Esto les ha permitido a muchos de ellos disponer de una red de salud mental autosuficiente para responder a las necesidades de sus beneficiarios.

En el período 2004 – 2012 Chile ha aprobado nuevas legislaciones que contribuyen a la promoción, protección y recuperación de la salud mental, y también a la rehabilitación, inclusión social y ejercicio de ciudadanía de las personas con discapacidad mental. Estas leyes incluyen también algunos mecanismos para la supervisión de los derechos humanos de los usuarios en los servicios de salud mental.

El sistema público ha continuado destinando a salud mental más del 2% del presupuesto total de salud, lo cual representa casi el doble de lo destinado en la década de los noventa. La mayor parte del presupuesto de salud mental se asignó a dispositivos comunitarios, tanto en APS como en el nivel de especialidad, mientras que el porcentaje del presupuesto destinado a los hospitales psiquiátricos se ha reducido al 16% del presupuesto total para salud mental.

El sistema público ha aumentado también la cantidad de recursos humanos para la atención de especialidad en salud mental, con un incremento de más del 50% de la tasa existente en el año 2004. El aumento de recursos humanos ha ocurrido especialmente en dispositivos ambulatorios, donde todos los profesionales han tenido un crecimiento de su distribución porcentual, con excepción de las enfermeras. Referente a la formación de recursos

12 Funk M, Faydi E, Drew N, Minoletti A. Capítulo 8. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En Rodríguez J (ed.), Salud Mental en la Comunidad, Organización Panamericana de la Salud, serie PALTEX, Washington, 2009, pags 105-117.

humanos, se ha observado un aumento del porcentaje de tiempo que se destina a salud mental y psiquiatría en la malla curricular de la carrera de medicina, incluyendo el internado en psiquiatría en muchas universidades, lo cual podría contribuir a que los médicos generales tengan en el futuro una mejor preparación para atender a personas con trastornos mentales.

La salud mental y la enfermedad y discapacidad mental gradualmente tienen una mayor presencia en sectores fuera de salud. Además de algunos programas de promoción y prevención en escuelas, existen una serie de iniciativas sociales (de educación, trabajo, vivienda, pensiones y subsidios, sistema carcelario, etc.) a los cuales pueden acceder las personas con enfermedades o discapacidades mentales, aunque no hayan sido diseñados específicamente para ellas.

Adicionalmente, el país ha desarrollado una serie de sistemas de recolección de datos y de iniciativas de investigación que permiten disponer en la actualidad de mayor información epidemiológica y de evaluación de planes, programas y servicios de salud mental que la que se disponía en el año 2004, la cual puede contribuir a la formulación e implementación de futuras políticas en este campo.

No obstante el desarrollo descrito de los sistemas de salud mental, la presente evaluación detectó una serie de aspectos críticos que menoscaban el impacto que ellos pudieran tener en la calidad de vida de la población. Es así como la cantidad de centros de salud mental comunitarios aún presenta una brecha con la norma técnica de uno por cada 40.000 beneficiarios y también existe una brecha en la cantidad de recursos humanos en relación a la misma norma técnica. Retrocesos en relación al año 2004 son el hecho que en el nivel ambulatorio de salud mental de especialidad (sistema público) haya aumentado el tiempo de espera para la primera consulta con psiquiatra y que la tasa nacional de personas en tratamiento haya disminuido (la tasa del 2004 fue de 1.633 personas por 100.000 beneficiarios FONASA y la del 2012 de 1573). Entre los factores que podrían explicar estos hechos se puede señalar el aumento del número de beneficiarios FONASA en este período (de modo que el aumento en recursos para la atención ambulatoria no habría alcanzado a cubrir el aumento de la población beneficiaria) y el posible aumento de la calidad de atención de las personas que accedieron a tratamiento (por ej. aumentó el número promedio de atenciones por persona en el 2012 en relación al 2004).

Con excepción de la implementación de hogares y residencias protegidas y de la reconversión que ha tenido el Hospital El Peral, los hospitales psiquiátricos no han cumplido con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de responder a las necesidades de la población beneficiaria de sus respectivos Servicios de Salud reconvirtiendo recursos para la formación de equipos ambulatorios, hospitales de día y servicios de psiquiatría en hospitales generales. Los servicios de corta estadía en los hospitales psiquiátricos presentan las desventajas de no estar integrados con otras disciplinas de la medicina y de no contar con los servicios de apoyo de tecnología de salud del hospital general. La permanencia aún de 441 personas en servicios de larga estadía de los hospitales psiquiátricos es otra debilidad aún no resuelta del sistema nacional de salud mental.

Los sistemas de salud mental en Chile continúan presentando una serie de inequidades. Para los beneficiarios de FONASA, las posibilidades de acceder a atención en salud mental y que esta cuente con los recursos necesarios para que sea de una calidad adecuada varían según el Servicio de Salud en el que están adscritos, de la ciudad y comuna donde viven y del centro APS en el que están inscritos. Existen también diferencias en algunos indicadores de recursos para salud mental entre el Gran Santiago Urbano y la totalidad de Chile (el Gran Santiago Urbano tiene el doble de recursos humanos de especialidad ambulatoria y el doble de camas de corta estadía que Chile). Los niños y adolescentes aún no acceden a los servicios de salud mental en la proporción consecuente con la representación que tienen en la población FONASA y con la prevalencia encontrada en Chile para trastornos mentales. Menos del 25% de los centros ambulatorios de especialidad señalan que presentan un acceso adecuado de población rural y de minorías lingüísticas, étnicas y religiosas. El acceso a tratamiento de salud mental de los beneficiarios de ISAPRES es 8 veces superior al de los beneficiarios de FONASA y también tienen una tasa de hospitalización 1,5 veces mayor.

Un factor contribuyente para que los servicios de salud mental no alcancen un mayor nivel de desarrollo y que presenten inequidades es el descenso del porcentaje del presupuesto de salud que se asigna a salud mental. El 2,16% que se encontró para este indicador en el año 2012 es inferior al 3,1% que se alcanzó en el año 2008, es inferior a la meta que fijó el Plan Nacional para el 2010 y es también inferior al promedio mundial para países de similares ingresos a los de Chile. La ISAPRES gastan más en salud mental (2,84% del gasto total en bonificaciones de salud) que lo que hace FONASA, aunque ambos seguros gastan menos en salud mental que los países de ingresos altos (5,1% del presupuesto de salud de acuerdo a OMS[13])

La legislación chilena no reconoce todos los derechos de las personas con discapacidad mental tal como lo establece la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y que Chile ratificándola en el año 2008 se comprometió a cumplir. Existen varios aspectos de esta Convención en los que no se ha legislado en nuestro país y que dejan a estas personas desprotegidas, al mismo tiempo que existen disposiciones legales que abiertamente restringen sus derechos y se contradicen con lo que ella establece. Así por ejemplo, el aumento entre los años 2004 y 2012 de medidas de privación de libertad, con alto riesgo para la trasgresión de derechos humanos, como es el caso de las hospitalizaciones involuntarias, la contención física y la reclusión en salas de aislamiento, requiere de legislación y mecanismos de supervisión con visitas frecuentes a los dispositivos de hospitalización y residenciales, así como de sistemas de apelación y defensa de derechos, tal como lo ha establecido la OMS[14].

La presente evaluación ha encontrado una baja presencia y un bajo nivel de organización de las agrupaciones de usuarios y de familiares en salud mental. Esto se observó tanto en la ausencia de un catastro nacional o regional de estas organizaciones en las instituciones del Estado y en las asociaciones nacionales de usuarios y familiares consultadas, como en el hecho que menos del 15% de ellas participen en los planes de salud mental de los Servicios de Salud y en las actividades de las Comisiones de Protección de las SEREMI de Salud. El número de personas estimadas participando en organizaciones usuarios es similar al del año 2004, pero al considerar el aumento demográfico del país, la tasa de participación es inferior en el 2012, mientras que la participación de familiares en estas organizaciones es menor que en el 2004.

El mercado de la formación profesional en Chile ha producido un crecimiento mayor del número de psicólogos que de otros profesionales de salud mental, lo cual se asocia en el sistema público con una presencia proporcionalmente mayor de estos profesionales en los equipos APS y de especialidad que lo que propone el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2001 (la tasa de psicólogos dispuestos a trabajar en clínica aumentó entre los años 2004 y 2012 de 12,3 a 171,5 por 100.000 habitantes y la tasa de psicólogos en el sistema público aumentó en el mismo período de 9,4 a 17,1 por 100.000 beneficiarios FONASA). La tasa de formación de profesionales indica que este fenómeno se profundizará en los próximos años, ya que se está graduando un número 8 veces mayor de psicólogos con formación en clínica que terapeutas ocupacionales con formación en salud mental, 27 veces mayor que psiquiatras y más de 50 veces mayor que trabajadores sociales y enfermeras de salud mental.

Las actividades de salud mental de sectores fuera de salud aún tienen coberturas insuficientes, como es el caso con la promoción y prevención en escuelas (menor al 10% de los estudiantes), o no tienen la especificidad que requieren las personas con enfermedades y/o discapacidades mentales ni se registra el número de beneficiarios con estas condiciones, como ocurre con los programas que favorecen empleo y vivienda y el programa que entrega pensiones solidarias de invalidez.

Una de las fortalezas de esta evaluación es haber podido comparar los cambios que se han producido en los sistemas de salud mental del país entre el 2004 y el 2012, así como proyectar tendencias para los próximos años. Al ser la metodología de carácter internacional se posibilita también la comparación del desempeño del país con el de otros

13 World Health Organization: Mental health atlas 2011. Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization. Geneve 2011.

14 Organización Mundial de la Salud. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza 2006.

países y con grupos de países que comparten algunos aspectos comunes (por ejemplo, nivel de ingreso, región geográfica, etc.). Un aporte del presente estudio es el haber incluido una desagregación y análisis de la información por áreas sanitarias (Servicios de Salud) que ha visualizado la variabilidad de recursos y funcionamiento que existe entre ellas, lo cual habitualmente queda oculto cuando las valuaciones se limitan a observar totales o promedios nacionales.

Este estudio tiene también la fortaleza de abarcar de una vez mucha información de diferentes aspectos de los sistemas de salud mental, lo cual da una adecuada visión general de las estructuras y procesos desde una perspectiva nacional. Sin embargo, al mismo tiempo, esta generalidad puede representar una de las debilidades del presente trabajo si no se le complementa con otros estudios que profundicen el conocimiento de algunos de los aspectos críticos detectados. Por ejemplo, se requiere conocer más detalles de cómo funcionan los sistemas de salud mental en áreas sanitarias más pequeñas, como las provincias o las comunas, o cómo funcionan en zonas rurales; el funcionamiento con algunas poblaciones específicas (ej. niños y adolescentes, pueblos indígenas, etc.); un conocimiento más detallado de cómo se aplican algunos procedimientos (ej. intervenciones psicosociales, hospitalización involuntaria, contención física, etc.); la percepción que tienen los usuarios de los distintos tipos de dispositivos y programas; el funcionamiento de las agrupaciones de usuarios y familiares; los resultados de los tratamientos efectuados tanto en APS como en especialidad; etc.

Una de las limitaciones mayores del estudio fue el funcionamiento del sistema de información nacional en salud en el nivel local, donde los equipos clínicos ven el registro de sus actividades como algo obligatorio para cumplir con instancias superiores, sin utilidad práctica para ellos y sin recibir informes regulares de los datos que han registrado. No es de extrañar entonces que la solicitud de información para este estudio encontrara barreras en varios dispositivos y que incluso en el DEIS no se encontrara la información correspondiente al año 2012 para todos ellos. De esta manera, la reconstrucción de datos del año 2012 para muchos equipos fue laboriosa y no exenta de inexactitudes. Este aspecto fue aún más dificultoso con las clínicas privadas donde la mayoría no pudo recolectar la información que se les solicitó (lo cual fue suplido en parte por el adecuado registro que lleva la Superintendencia de Salud de las bonificaciones que entregan las ISAPRES a sus beneficiarios).

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental (WHO-AIMS, Versión 2.1). Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS_Spanish.pdf y http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=1106&lang=es.

2. Ministerio de Salud, Chile. Informe WHO AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile. 2006. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf?ua=1

3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América del Sur mediante el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM -Organización Mundial De La Salud). Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay, 2011. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/iesm_sudamerica_12_2011.pdf?ua=1

4. Organización Panamericana de la Salud. WHO-AIMS: Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe, 2013. Disponible en : http://www.paho.org/hq/index.php?cx=014283770845240200164%3Aprvkaxcnku0&q=who+aims&searchword=who+aims&sa=Search...&cof=FORID%3A0&searchphrase=all&scope=1&option=com_search&Itemid=40145&ie=utf8&site=who&client=amro_en&proxystylesheet=amro_en&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype#gsc.tab=0&gsc.q=who%20aims&gsc.page=1

WHO – AIMS

MENTAL HEALTH SYSTEM IN CHILE

EXECUTIVE SUMMARY

SECOND REPORT

June, 2014

World Health Organization

Organización Panamericana de la Salud

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

MENTAL HEALTH SYSTEM IN CHILE

EXECUTIVE SUMMARY

SECOND REPORT
June, 2014

Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS
(OMS IESM / WHO AIMS)

Publicación propiedad del Ministerio de Salud.

Autores del Estudio: **Universidad de Chile.**
Facultad de Medicina.
Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende Gossen.
Equipo Investigador: Dr. Alberto Minoletti, Dr. Rubén Alvarado, Asistente Social Ximena Rayo y Psicóloga Marissa Minoletti.

Solicitado por: **Ministerio de Salud.**
Subsecretaría de Salud Pública.
División de Prevención y Control de Enfermedades.
Departamento de Salud Mental

Financiado por: **Ministerio de Salud.**
División de Planificación Sanitaria.

Santiago de Chile, Junio, 2014.

EXECUTIVE SUMMARY OF THE EVALUATION OF MENTAL HEALTH SYSTEMS IN CHILE

The purpose of this study is to learn about the advances performed by the Mental Health System in Chile since 2004 (date of the first evaluation using the WHO-AIMS instrument), as well as to perform a comparative diagnosis of the mental health territorial systems of the Health Services; identify strengths and weaknesses; contribute to the development of the new National Plan for Mental Health; achieve the Sanitary Goals 2011-2020 and build a new baseline to measure the advances in the future.

Methodology

The investigation compile and systematize the required information for the 6 domains contained in the WHO-AIMS instrument of the World Health Organization (Policy and Legislative Framework, Mental Health Services, Mental Health in Primary Health Care, Human Resources, Public Education and Links with Other Sectors, Monitoring and Research). Questionnaires were elaborated to cover adequately all the items of the WHO-AIMS and the different mental health facilities, establishments, institutions and organizations considered to be a source of data. The main data sources were the following:

7 Health Ministry departments,

15 Regional Ministerial Secretariats of Health (SEREMI, for its initials in Spanish)

10 institutions outside the health sector

1.685 facilities/institutions of the public and private mental health care network,

84 High Education institutions (Schools of Medicine, Nursing, Psychology, Occupational Therapy, Social Work and Nurse Technician)

1 scientific society and 4 professional associations

77 users and family associations

8 web sites

MAIN RESULTS

Domain 1: Policy and Legislative Framework.

The last version of a politic and plan of mental health in Chile is the National Plan on Mental Health and Psychiatry, 2001 (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2001), which includes most of the components recommended by the WHO and the 4 components not explicitly included, had had a measurable development since 2001 to date. Many of the goals of this Plan have been satisfactorily achieved.

The country does not have a specific legislation regarding mental health. However, several laws that have become effective the last 8 years include provisions about mental health. The most relevant are the following:

- Law N° 20.584 which regulates on Rights and Duties of Persons regarding the Actions Associated with their Health Care (2012).
- Law N° 20.422 that Establishes Rules regarding Equality of Opportunities and Social Inclusion of Persons with Disability (2010).
- Decree N° 201 which promulgates the United Nations Convention about the Rights of Persons with Disability and their Facultative Protocol *(2008)*.

Some shortages in mental health legislation may be highlighted:

- The legal capacity of people with mental disability is not recognized.
- It is easily allowed to declare the interdiction of a person with mental disability and to designate a legal guardian to manage person's properties.
- The right of people with mental disability to know the information contained in their medical history and records can be denied according to the criteria of the treating physician, against all standards of the WHO.
- The creation of an independent authority to perform the supervision of involuntary hospitalizations and other right restrictions are not taken into account, or the establishment of appealing mechanisms.
- The exclusive right of people with mental diseases to give their consent in irrevocable procedures (as is the case of sterilization and psychosurgery) is not recognized.

The National Commission and the Regional Commissions of Protection of People with Mental Disease, reach through supervision to a 16.4% of the psychiatric in patient and community residential care facilities, in 2012.

The percentage of the health budget in the public health system destined to mental health was 2.16% en 2012. This figure was almost the same that 2004 (2.14%) and far from the goal of a 5% for 2010, considered in the National Plan. The percentage destined to mental health in Chile is a little less than the average of the medium-high income nations (2.38%) and much less than the average of the high-income nations (5.10%)[1].

Domain 2: Mental Health Services

The total number of mental health facilities existing in the public sector grew from 759 in 2004 to 2022 in 2012 (see table 1). However, the waiting time for the first medical visit was increased from 29 to 48.3 days. On the other hand, even though the provision of drugs is adequate, only a fraction of patients receive psychosocial interventions (30% to 80% of the outpatients, depending on the type of facility and the Health Service).

Table 1. Comparison of the total number of mental health facilities existing in Chilean public sector, 2004 and 2012.

(Sources: WHO-AIMS Chile 2004, DEIS.MINSAL (Statistical and Health Information Department), and Mental Health Unit of the Under Secretariat for Care Network).

	Year 2004	Year 2012
Primary Health Care Centers, which provide mental health care.	472	832
Rural health clinics, which provide mental health care	*	723
Community Mental Health Centers	38	83
Outpatient Psychiatric Care Units	58	53
Day Hospitals	40	45
Inpatient Short-Stay Psychiatric Units in general hospitals	17	23
Adolescent Short-Stay Psychiatric Units in general hospitals	1	8
Day Centers	25**	51
Psychiatric Hospitals	5	5
Homes and Protected Residential Facilities	103	199
TOTAL	**759**	**2022**

* In 2004 Rural Health Clinics only exceptionally provided care for people with mental diseases, therefore, this information were not gathered.

** In 2004 a more restrictive definition was used which did not include rehabilitation units, labor workshops and club houses

The Community Mental Health centers are differentiated from the out-patient psychiatric units because a high annual average of medical attention provision per user (9.9 visits); a shorter waiting list for the first psychiatric medical visit; a higher number of users receiving psychosocial interventions (84%); and a greater percentage

1 World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. WHO, Ginebra 2011.

of centers delivering interventions in the community (56.1%). The coverage in mental health care provision to children and adolescent, both these centers as the outpatient psychiatric units, is lower than what is expected according to demography and epidemiology.

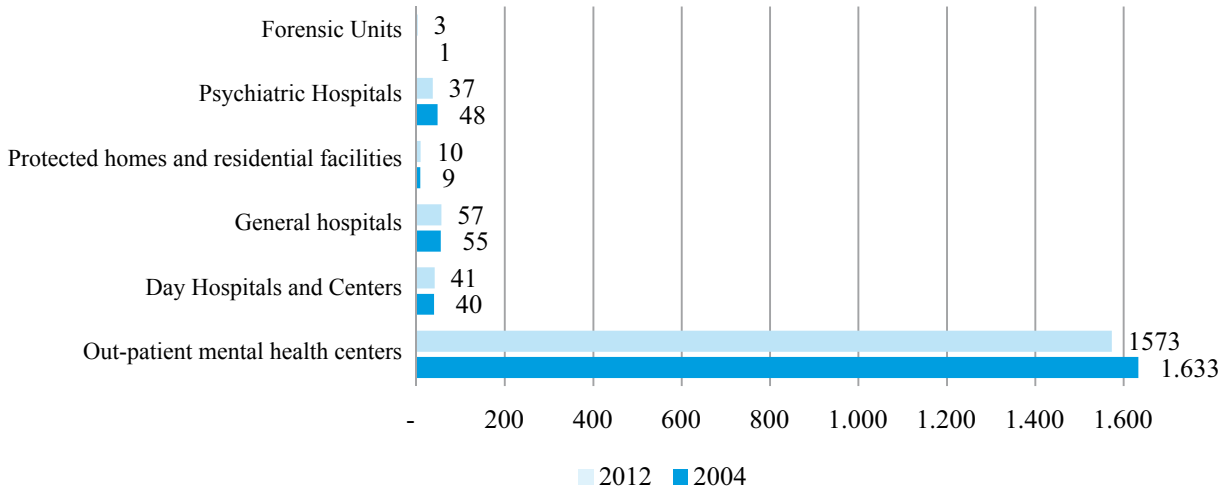
Compulsory measures delivered in psychiatric admissions to hospitals (non voluntary admissions in emergency rooms, or approved by the Regional Secretariats of the Ministry of Health, or under court orders, physically restrained or secluded users all them, in behavioral crisis beyond the voluntary treatment or assistance) have increased between 2004 and 2012 both in general and mental hospitals. The number of beds in psychiatric hospitals has continued diminishing during this 8 years period, especially due to the reduction of long-stay beds (781 in 2004 and 441 in 2012). New forensic psychiatric units have been implemented and during this period the total number of forensic inpatient beds increased from 86 to 209. The length of stay of inpatients is, in a 58 %, less than 1 year.

Despite the advances in the development of the mental health facilities network in the country, the resources are mostly concentrated in the Great Urban Santiago (indicators show two or more times resources, than the national average). The percentage of utilization of the mental health services by people living in rural areas, or belonging to ethnical, religious or linguistic minorities, also remains low. In addition, the gathered information shows inequalities among beneficiaries of ISAPRES (Chilean Private Health Plan Providers) and FONASA (Chilean Public Health Plan Provider), where the ISAPRES have a greater access to out-patient medical care and hospitalizations.

The increased number of mental health facilities and the higher mental health care capacity, developed between 2004 and 2012, have not been translated into an increase of the rate of people in treatment (figure 1). When these figures are broken down by Health Service, an important variability is observed. In this way, for the out-patient mental health centers the minimum rate is 454 treated persons for every 100.000 FONASA beneficiaries, and the maximum is 3.516; for short-stay hospitalization the minimum is 10 and the maximum is 381; for day hospitals, plus the day centers, the minimum is 6 y the maximum is 347; for protected homes and residential facilities the minimum is 4 and the maximum 44.

Figure 1 - Persons treated in public mental health facilities 2004 - 2012. Rate for every 100.000 beneficiaries.

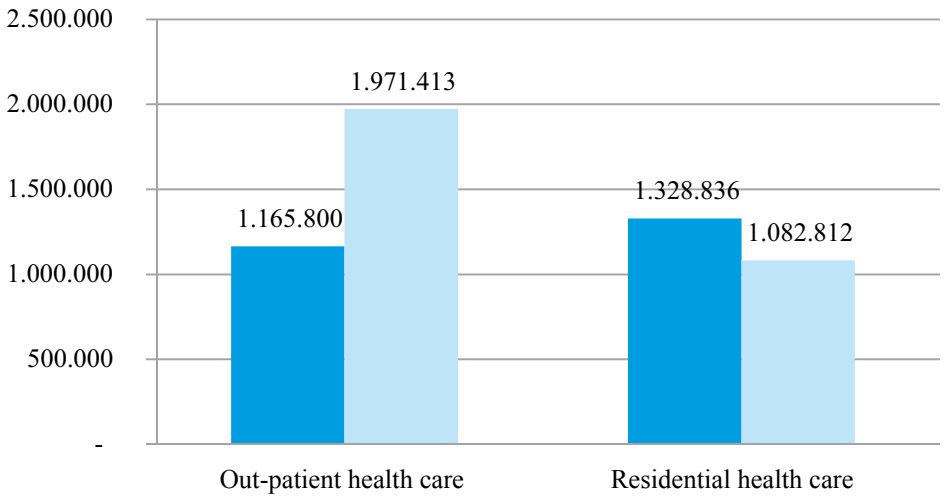
(Sources: WHO-AIMS Chile 2004, single mental health facilities, DEIS and Mental Health Unit of the Undersecretariat of Health Care Networks)



The ratio of out-patient and residential health care used by the WHO as an indicator of level of development of the community services model, experienced an outstanding variation between 2004 and 2012, changing from 0.88 in 2004 to 1.82 in 2012. Figure 2 illustrates the previous statement, showing that in 2012 the sum of out-patient health care is greater than the sum of residential health care users. The out-patient health care was calculated summing

the number of out-patient mental health cares (secondary level) with the number of days of visits to day hospitals and day centers. On the other hand, residential health care was calculated using the sum of total hospitalization days (short, medium and long-stay), with the number of days spent in protected homes and residential facilities. However, as in most of the indicators provided by the Health Services, a variability is shown among them, with some extreme values, where the 2 Health Services with the lowest percentage of out-patient health care (around 30%) are those that have the psychiatric hospitals with the highest number of long-stay patients, and the 2 Health Services with the highest percentage of out-patient medical care (around 90%) are Health Services with a relatively low number of short-term beds considering the size of its population, and with some of the patients using short-term beds in a psychiatric hospital.

Figure 2. Comparison of out-patient health care (Number of medical attentions + Number of days in day hospitals or day centers) with residential health cares (Number of days in hospitals, protected homes and residential facilities) years 2004 y 2012.



Domain 3: Mental Health in Primary Health Care

Most of the indicators of mental health in the Primary Health Care are positively compared in 2012 with their results in 2004 : the percentage of centers that have a psychologist has increased, as did the number of psychologists and the hours they spend at each center; the number of physicians in the Primary Health Care that interacts with secondary mental health teams through consultancies, also has increased, as so did the percentages of centers performing alternative medicine interventions and those working with mental health users and family associations (see table 2). The only indicators that had a negative evolution were those related to mental health training for physicians in the Primary Health Care, diminishing the percentage of trained physicians (from 23.1% to 18.6%) as the percentage of centers with at least one trained physician (from 65.1% to 57.4%).

A wide variability was also observed in most of the studied PHC indicators between the different Health Services. So, for example : percentage of physicians working full-time (44 hours by week) in PHC by Health Service, that refers at least 1 patient per month, to the specialty level, show a mean of 69%, a minimum of 55% and a maximum of 89%. The percentage of all physicians in the Primary Health Care by Health Service that participates in training has a medium of 38%, a minimum value of 17% and a maximum of 69%. The percentage of Primary Health Care Centers that participate in training present a mean of 85% but has extreme fluctuations between 33% and 100%. High variations are also observed in the percentage of centers of Primary Health care for each health Service that interact with traditional or alternative medical agents in the field of mental health, with mental health users and family associations.

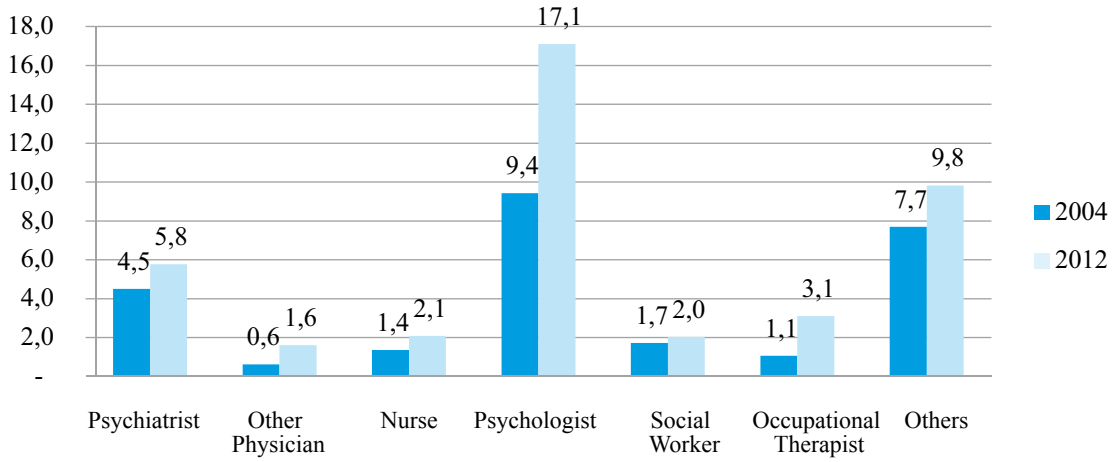
Table 2. Comparison of indicators on functioning of mental health network in the Primary Health Care between 2004 and 2012 (Sources: WHO-AIMS Chile 2004 and mental health facilities).		
	2004	**2012**
Nombre of responses	401	586
% of centers with 1 or more psychologist	89.5%	99.6%
Average number of psychologists by center	1.7	2.5
Average number of hours/week of psychologist by center	47.3	83.6
Average number of physicians for each psychologist	3.6	2.2
% of Primary Health Care Physicians trained in mental health	23.1%	18.6%
% of centers with 1 or more trained physician	65.1%	57.4%
% of centers with protocol on mental health care available.	89.0%	92.3%
% of PHC centers that interacts with specialty level professional per month	82.3%	82.0%
% of physicians that interact with specialty level professional per month.	35.4%	39.3%
% of physicians with 1 or more referrals to Mental Health per month	68.7%	68.1%
% centers with alternative medicine activities	14.9%	33.9%
% centers which develop activities with mental health user organizations	31.3%	64.8%
% centers which develop activities with mental health family associations	15.0%	18.8%

Domain 4: Human Resources

The total number of human resources dedicated to mental health and psychiatry in the public system in Chile in 2012 is estimated in 41.5 professionals and technicians for every 100.000 FONASA beneficiaries This figure represents an increase of more than 50% of the rate in 2004 (26.4 for every 100.000). The rates for the different professionals are shown in figure 3. The number of psychologists (17.1 for every 100.000 in 2012) shows the highest increase; and the lowest is nursing and social workers, both working in mental health (2.1 and 2.0 respectively). In the category "other mental health resources" (9.8 for every 100.000), most of them are nursing technicians and, in a minority, other professions.

When the totality of mental health professionals in the country is observed, it bring out a lack of proportion between the amount of psychologists (rate of 171.5 for every 100.000 inhabitants) and the rest of the professionals (rates of psychiatrists of 7.0; nurse of 2.0; social worker of 1.9; occupational therapist of 3.0, all for every 100.000 inhabitants). The rates of graduation of the different mental health professionals indicate that this disproportion will continue growing during the next years (graduation rate of psychologists of 7.52 every year, in comparison with 0.91 occupational therapists and with 0.28 psychiatrists, all for every 100.000 inhabitants).

Figure 3. Mental Health Human Resources in the public system 2004 - 2012, rates for every 100.000 beneficieries of FONASA
(Sources: WHO-AIMS Chile 2004, mental health facilities, DEIS and Mental Health Unit of the Undersecretariat of Assitance Networks



Domain 5: Public Education and Links with Other Sectors

According to the information received from the Ministry of Education, 13.7% of primary and secondary schools in the country have at least one full- or part-time mental health professional. There are differences in the availability of these professionals according to the type of school; the highest percentage is observed in public municipal schools (18.4%) and the lowest percentage in private schools (4.6%).

The Life Skills Program of the National Board of Primary Education Assistance and Scholarships, (JUNAEB, for its initials in Spanish), is the most important national initiative in prevention and promotion of mental health in schools. This program has coverage a 26.7% of the municipal schools and 7.2 % of the private subsidized schools, and in terms of coverage of students, it benefits 18.0% of the municipal school students and 3.3% of the private subsidized school students.

According to the answer obtained from the Ministry of Work and Social Security, there are no legal dispositions in Chile that force the employers to hire a certain percentage of employees with mental disability, nor for other types of disabilities. However, a series of actions and programs are being carried out with the purpose of encourage hiring people with disability.

From the revision of Chilean legislation about mental health and work, it is deduced that the compliance with the existing laws in the Political Constitution of the Republic, that specifically indicates that there should not be any type of work discrimination and that every person has the right to free choice access to work, with a fair retribution, is very poor. In opposition to this, the Law 18.600 that Establishes Regulations About Mentally Deficient Persons (Ley 18.600 que Establece Normas Sobre Deficientes Mentales), indicates in its article 16: "In the work contract celebrated by the person with mental disability, a freely agreed salary can be stipulated between both parties without the need of being regulated under the laws of minimum wages".

In the Ministry of Housing and Urban Development there is an offer of subsides that include people with disability, giving them a higher score when they apply and assigning more resources for building and adaptation of their houses according to the disability they have. The application system does not distinguish among types of disabilities: mental, sensorial or physical. Each person needs to be registered in the National Registry of Disability to be able to apply to the subsidy. There are no regulations specifically regarding to people with severe mental disorders (schizophrenia, other psychosis, bipolar disorders or severe depression) nor there are any specific legal or financial regulations regarding protection against discrimination in the assignment of housing for persons with mental disability and/or severe mental disorders.

The Ministry of Health, through its Department of Mental Health of the Under Secretariat of Public Health and the Mental Health Unit of the Under Secretariat of Health Care Networks, maintain an official collaboration (with a written agreement or the performance of joint activities or publications) with the following Health National Programs:

- Primary Health Care (PHC)
- HIV/AIDS
- Reproductive Health
- Children Health
- Adolescent Health
- Adult Health
- Senior Adult Health
- Indigenous people Health
- Health Promotion
- Occupational Health
- Rehabilitation Program

There is also collaboration with programs or dependences of the following Sectors:

- Prevention and Treatment in Substance Abuse
- Childhood Protection System
- Services and Programs for Disability
- Education
- Work
- Housing
- Social Protection System
- Programs and Services for Senior Adults
- Judicial System
- Prisons System

In each of the fifteen Regions of the country, a similar interaction network has been developed, with the Health and non-Health programs and institutions of the local level.

Interactions with civil society and its organizations, such as the associations of families and users of mental health services, have been also relevant. The responses coming from 77 of those organizations make possible to estimate in approximately 8.000 users and 5.000 families, the number of people participating on them, in the entire country. This figure a little lowers than in 2004. From the obtained responses, 63.6% belonged to user associations, 15.6% to family associations and 19.5% were mixed, with the participation of both users as of family members.

Domain 6: Monitoring and Research

The country rely on a continuous data registry and system which compile information coming from all public and private health facilities (information delivered by the Statistical and Health Information Department of the Ministry of Health – DEIS).

Two of the six indicators prioritized by the WHO-AIM for psychiatric inpatient facilities are not registered in Chile (number of involuntary admissions and number of users with physical restrain). For the other 4 indicators, data are effectively registered, sent and compiled by DEIS in almost 100% of the public, psychiatric and general hospitals, in around 80% of the private clinics and in 40% of the hospitals of the Armed Forces.

A low percentage of professionals working in the public system have been involved in research related to mental health in the last 5 years previous to this study. The percentage of psychiatrists that have participated in research is almost the double than the percentage of each one of the other professionals (19.6% for psychiatrists and a range of 7.9% to 11.8% for other professions). As for the type of facility, the highest percentages of profession-

als involved in research are found in the mental health outpatient centers that are not community mental health centers: Centers for Diagnosis and Treatment (CDT); Centers for Health Referrals (CRS); specialty outpatient policlinics of general hospitals (CAE).

The revision of scientific articles 2008-2012 about health in Chile carried out at PubMed (US National Library of Medicine (NLM), National Institutes of Health) showed an increase in the publications about health in our country. Those referred to mental health are proportionally higher than those referred to physical health. The number of articles about mental health increased from 12 in 2008 to 27 in 2012, and the percentage that they represent regarding the total health publications in Chile grew from 6.2% in 2008 to 10.0% in 2012, In comparison with 2004, in 2012 the percentage of articles about mental health was clearly higher, from a 2.0% average between 2000 and 2004 to a 9.6% average, between 2008 and 2012.

CONCLUSIONS

Main Improvements:

- The mental health systems have done an important development in Chile, mainly in the public system and, in comparison with the previous evaluation performed in 2004 positive changes are observed in several aspects.
- The National Plan for Mental Health and Psychiatry of 2001 has progressively been implemented, resulting in an increased number of mental health facilities, with greater decentralization and better accessibility, and an improved community-based model of services.
- Some of the facilities that at 2004 show insufficient figures, have achieved a considerable increase during these 8 years, such as community mental health centers, short-stay psychiatric inpatient services in general hospitals, protected homes, residential facilities, and forensic psychiatric units.
- Long-Stay beds in psychiatric hospitals have continued diminishing.
- The mental health program has been incorporated in almost all urban Primary Health Care Centers and in more than a half of the rural clinical facilities. There are norms and protocols about how to handle mental diseases; there are increases in the number of hours dedicated to mental health care in PHC, by psychologists, physicians and social workers; psychotropic drugs are available, as well as higher coordination with the specialty level teams.
- The analysis of information for each one of the 29 Health Services, allow us to appreciate the high level of development that these subsystems of mental health have reached and how they have gradually implemented the different components of the network proposed in the National Plan.
- Most of the Health Services have developed a network based on the community model, with decentralization of the different facilities, providing out-patient care to a higher number of persons than to persons provided with inpatient care, and also a higher percentage of out-patient care than residential care.
- Chile has approved new regulations that contribute to the promotion, protection and recovering of mental health, and also to the rehabilitation, social inclusion and citizenship of persons with mental disability.
- The public system has continued investing more than 2% of the total health budget to mental health, which represents almost the double compared to what was invested during the 90´s.
- The public system has also increased the number of human resources for mental health specialization care, with an increase of more than 50% regarding the rate in 2004.
- A greater presence of the issues mental health, mental disease and mental disability may be observed in the concerns and activities of non-Health Sectors.
- The country has developed several data collection systems as well as research initiatives that provide availability to more epidemiologic information and outcomes evaluation on mental health programs and services, than what was found in 2004.

Critical Aspect

- The community mental health centers are still very far away of technical national standard (one for every 40.000 beneficiaries) and from having available the number of human resources required for a proper functioning.

- At the outpatient specialty care level, the waiting time for the first psychiatric attention has increased (in the public system).
- The national rate of people in treatment, diminished in 2012 in comparison with 2004.
- The implementation of protected homes and residential facilities and the restructuring of the Hospital El Peral, represent a development accordingly with the instructions contained in the National Plan of Mental Health and Psychiatrics related to the formation of out-patient teams, day hospitals and psychiatric services in general hospitals. The other psychiatric hospitals have opted by responding to other needs of the population, creating new units oriented to special populations (forensic units, dual pathology, adolescents with substance abuse and law infringements, etc.)
- Another not yet solved weakness of the public health system is the permanence of 441 persons in long-stay services at the mental hospitals.
- The access to mental health care and the quality of it varies enormously through the different Health Services, the city and the municipality, and the Primary Health Care center where the beneficiary is registered and receives the care.
- There are differences in some indicators of resources destined for mental health between the Great Urban Santiago and the rest of Chile.
- Children and adolescent have not equivalent access to mental health care, neither proportionally according to its number in the FONASA population, neither with the prevalence found in Chile for mental disorders.
- A low percentage of out-patient care of the specialty level, provide adequate access to the rural population and to linguistic, ethnical and religious minorities.
- The access to mental health treatment of the beneficiaries in the ISAPRE health plan system is 8 times higher than those beneficiaries in the FONASA system as well as the hospitalization rate is 1.5 times higher.
- A low percentage of the health budget is assigned to mental health. The 2.16% found for this indicator in 2012 is lower than 3.1% reached in 2008 and lower than the goal of 5% set by the National Plan for 2010. In any matter, the report recollects only the expenses related to the operation.
- Currently, Chilean legislation does not fully recognize the rights of people with mental disability as indicated in the Convention of the United Nations about Rights of Persons with Disability and that Chile ratified in 2008.
- An increase of freedom restriction measures may be observed between 2004 and 2012. Is the case of involuntary hospitalizations, physical restrain and seclusion, with a high risk of transgressing the human rights.
- A low presence and a poor level of organization of the mental health users and family members associations may be still observed.
- The market of the professional education in Chile has produced a higher increase in the number of psychologists than in other professionals, which in the public health system, is associated with a higher proportion of these professionals in the Primary Health Care Teams and at the specialty level, than what is recommended in the National Plan of Mental Health and Psychiatry.
- The activities of mental health performed in sectors outside the health sector still have insufficient coverage, as is the case of promotion and prevention in schools (less than 10% of the students), or does not have the specificities that people with disease and/or mental disabilities requires.