

WHO-AIMS

INFORME WHO-AIMS SOBRE

SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE

Versión Española Junio 2007



INFORME WHO-AIMS SOBRE
SISTEMA DE SALUD MENTAL
EN CHILE

*Informe de la evaluación del sistema de salud mental en Chile usando
World Health Organization - Assessment Instrument for
Mental Health Systems (WHO-AIMS).*

(Santiago, Chile)

2006



Esta publicación ha sido realizada por el Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Mental, con la colaboración de OPS/OMS, a través de la Representación en Chile, la Oficina Regional para América y el Equipo de Evidencia e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS Central.

Para mayor información y comentarios, por favor contactar a:

- 1) Alberto Minoletti, Ministerio de Salud de Chile, e-mail: aminolet@minsal.cl*
- 2 Shekhar Saxena, WHO Headquarters, e-mail: saxenas@who.int*

Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, OMS y Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2006.

Reconocimientos

El Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS) ha sido utilizado para obtener la información sobre el Sistema de Salud Mental en Chile.

El proyecto en Chile fue implementado por el Dr. Alberto Minoletti, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Chile.

El desarrollo de este estudio no hubiera sido posible sin la colaboración de profesionales y administrativos del Ministerio de Salud y de múltiples equipos de salud y salud mental y organizaciones de usuarios y familiares de diferentes puntos del país que recogieron la información.

Este proyecto fue también apoyado por el Dr. Jose Miguel Caldas de Almeida, Oficina Regional OPS/OMS de América

El Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS) ha sido conceptualizado y diseñado por el Equipo de Evidencia e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, con la colaboración de colegas de la OMS y de otras instituciones.

Para una información completa sobre el desarrollo de WHO-AIMS, por favor refiérase a WHO-AIMS (WHO, 2005) en la siguiente página web:
http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html

El proyecto recibió apoyo financiero y/o ayuda de personal de: el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) (perteneciente a los Institutos Nacionales de Salud) y el Centro para Servicios de Salud Mental (perteneciente a la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental [SAMHSA]) de los Estados Unidos; la Autoridad de Salud de la Región de Lombardía, Italia; el Ministerio de Salud Pública de Bélgica y el Instituto de Neurociencias, Salud Mental y Adicción, Institutos Canadienses de Investigación en Salud. El desarrollo de este estudio fue financiado por el Ministerio de Salud de Chile, OPS/OMS y OMS Central.

El equipo del Ministerio de Salud de Chile que realizó este estudio incluye a: Alberto Minoletti, Patricia Narváez, Cecilia Cañete, Angélica Caprile, Paula Fernández, Patricia Jiménez, Katya Muñoz, Vilma Ortiz, Cristian Palma, Alfredo Pemjean, Andrea Poblete e Irma Rojas.

El equipo WHO-AIMS de OMS Ginebra incluye a: Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Tom Barrett, Antonio Lora, Mark van Ommeren, Jodi Morris y Grazia Motturi. Ayuda adicional ha sido entregada por Anna Maria Berrino y Patricia Esparza.

El proyecto WHO-AIMS es coordinado por Shekhar Saxena.

RESUMEN EJECUTIVO DE LA EVALUACION DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE

El propósito de esta evaluación es mejorar los servicios de salud mental y disponer de información para la formulación de políticas y planes de salud mental y la determinación de una línea base para monitorear posteriormente los cambios que se generen. Este estudio será también útil para monitorear el progreso de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría iniciado en el año 2000. La información fue recogida durante el año 2005 en base a datos del año 2004, utilizando los ítems sugeridos por el instrumento WHO-AIMS de la OMS.

Resultados Principales de la Evaluación

El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población, formuló el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000), el cual ha fijado las principales líneas políticas y estratégicas en esta área. Sus principales fortalezas han sido sus formulaciones sobre Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, Organización de Servicios, Colaboración Intersectorial y Financiación.

Solamente el 2,14% del presupuesto total de salud en el sector público es dirigido a la salud mental, si bien esta cifra representa un aumento significativo del 1,2% del año 1999, se encuentra muy lejana de la meta de 5% para el año 2010 que plantea el Plan Nacional. De todo el gasto en salud mental, el 33% es asignado a los hospitales psiquiátricos, lo cual representa una reducción significativa del 57% del año 1999.

No obstante los avances que ha significado disponer desde el año 2001 de un nuevo Reglamento de Internación en Establecimientos Psiquiátricos y de una Comisión de Protección de las Personas con Enfermedad Mental, existen aún muchas limitaciones en la protección de los derechos de estas personas debido a las restricciones que impone el Código Sanitario. Chile es uno de los pocos países del mundo que no dispone de una legislación específica en salud mental.

Los servicios de salud mental del sector público están organizados en una red territorial en cada uno de los 28 Servicios de Salud. Los principales componentes de estas redes, con el total de dispositivos a nivel nacional en el año 2004, son los siguientes:

- 472 Centros de Atención Primaria de Salud (APS) con psicólogo
- 38 Centros Comunitarios de Salud Mental
- 58 Unidades de Psiquiatría Ambulatoria
- 40 Hospitales de Día
- 18 Servicios de Psiquiatría de Corta Estadía en Hospitales Generales
- 25 Centros Diurnos
- 96 Hogares y Residencias Protegidas

La mayoría de los usuarios, tanto en el sistema público como privado, son tratados en forma ambulatoria, con una tasa de 1.272 personas por 100.000 habitantes, comparado con las tasas de 67 personas por 100.000 para los servicios de psiquiatría en hospitales generales y clínicas privadas y de 33 por 100.000 para los hospitales psiquiátricos.

Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) se diferencian de los otros tipos de centros ambulatorios por tener menos recursos humanos, un número intermedio de consultas por persona al año, tiempo de espera bajo para primera consulta con psiquiatra, entrega de intervenciones psicosociales a una mayor proporción de personas y un mayor porcentaje de ellos realizando intervenciones comunitarias.

Las usuarias mujeres representan alrededor del 50% de la población que es tratada en los dispositivos de salud mental públicos y privados en Chile. Sin embargo, la proporción de mujeres es mayor al 50% en centros ambulatorios, clínicas privadas y en servicios de corta estadía en hospitales generales.

Existen muy pocos dispositivos de salud mental específicos para niños y adolescentes, y el porcentaje de esta población tratada en los dispositivos generales de salud mental es bajo (24% en centros ambulatorios y 8% en hospitales generales y clínicas psiquiátricas).

Los 4 hospitales psiquiátricos y la Clínica Gaete (dispositivo de larga estadía privado pagado por seguro público) 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.

Aunque la capacitación en salud mental de los profesionales y técnicos de la atención primaria es aún insuficiente, diversos indicadores muestran que ha aumentado la capacidad de resolución de ellos desde que se inició la implementación del Plan Nacional en el año 2000. Es así como en el 2004:

- 89% de los centros APS tienen guías clínicas para tratamiento de problemas de salud mental.
- 84% tienen medicamentos psicotrópicos básicos.
- 90% tienen psicólogos.
- 82% reciben consultorías de salud mental con profesionales del nivel secundario.
- 68% solicitan interconsulta al nivel secundario de salud mental al menos para una persona al mes.

El número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental es de 32 por 100.000 habitantes. La proporción de enfermeras y asistentes sociales que trabajan en salud mental es menor que la de otros profesionales. Por cada una de estas profesionales trabajan aproximadamente 2 terapeutas ocupacionales, 3 psiquiatras y 7 psicólogos.

Alrededor de 8.000 personas participan en organizaciones de usuarios y un número similar de personas participan en organizaciones de familiares. Más del 50% de las

organizaciones de usuarios se orientan principalmente a la ayuda mutua para la dependencia de alcohol y drogas.

No existen disposiciones legales o financieras en Chile para proteger a los usuarios de discriminación en el trabajo a causa de un trastorno mental ni para facilitar el acceso a viviendas. Muy pocas personas con trastornos mentales severos logran insertarse y mantener un trabajo remunerado. 15% de las personas que reciben pensión asistencial lo hacen debido a discapacidad mental.

Pocas escuelas cuentan con psicólogo o realizan actividades de promoción y prevención en salud mental. Menos del 20% de los recintos de Gendarmería tienen al menos un interno al mes referidos a un profesional de salud mental. Muy pocos policías, jueces y abogados han participado en actividades de capacitación en salud mental en los 5 años previos a este estudio.

EVALUACION DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE

Introducción

El propósito de esta evaluación es mejorar los servicios de salud mental en los sectores público y privado y el objetivo es disponer de información para la formulación de políticas y planes de salud mental y la determinación de una línea base para monitorear posteriormente los cambios que se generen. Este estudio será también útil para monitorear el progreso de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría iniciado en el año 2000, especialmente en los aspectos de reforma de los servicios de salud mental y psiquiatría, la provisión de servicios comunitarios y la participación de usuarios, familiares y otros agentes comunitarios en la promoción de la salud mental y la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales.

La misión de la OMS en el área de la salud mental es colaborar con los países para reducir las consecuencias negativas producidas por los trastornos mentales, incluyendo aquellos asociados al uso de sustancias, y promover la salud mental de la población. El Informe sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas entrega evidencias basadas en la investigación científica sobre la enorme carga de enfermedad asociada con los trastornos mentales. Este Informe también describe la necesidad y bases racionales para implementar sistemas y servicios de salud mental basados en la comunidad.

El Informe OMS 2001 entrega 10 recomendaciones para el desarrollo de los componentes claves de los sistemas de salud mental, a saber:

1. Proveer tratamiento de trastornos mentales en la atención primaria de salud.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar atención en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios.
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Vigilar la salud mental de las comunidades.
10. Apoyar nuevas investigaciones.

Basado en estas 10 recomendaciones, la OMS ha elaborado un instrumento de evaluación de los sistemas de salud mental de los países, llamado WHO-AIMS, con el fin de obtener

información sobre los componentes más esenciales de estos sistemas que ayuden a identificar sus debilidades y desarrollar acciones para reforzarlos. Durante los años 2002 y 2003 se elaboró la primera versión de WHO-AIMS a través de un proceso de consulta con expertos y puntos focales de países con escasos recursos, asegurando la claridad, validez y factibilidad de los distintos ítems. Durante el año 2004, este instrumento se aplicó en forma piloto en 12 países de distintas regiones del mundo, concluyéndose que recoge información relevante pero que requería algunas modificaciones. La versión final del WHO-AIMS fue lanzada a principios del 2005 y Chile ha sido uno de los primeros países seleccionados para su aplicación con el apoyo técnico de OPS/OMS.

El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población, formuló en el año 1999 el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este fue el fruto de la experiencia, reflexión y análisis colectivo de un importante número de personas que, en su condición de usuarios, familiares, técnicos y profesionales, expresaron así la voluntad nacional de abordar esta dimensión sanitaria. En él se recogieron las buenas prácticas y la evidencia de los últimos años de los distintos equipos de salud mental del país y del extranjero, y se señalaron objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el nivel de salud mental de los chilenos. En este Plan Nacional se incluyeron tanto aspectos de políticas de salud mental como de planificación y programación, y sus capítulos incluyen los siguientes tópicos:

1. Valores y principios: un modelo de acción.
2. Intersectorialidad en salud mental.
3. Las acciones: programas de salud mental para los distintos niveles del sistema de salud y para siete prioridades.
4. Red de servicios de salud mental y psiquiatría.
5. Agrupaciones de usuarios y familiares.
6. Financiamiento.
7. Regulación.

Este Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se ha implementado en el contexto de un Chile clasificado dentro del grupo de países del mundo con ingreso medio alto y en un proceso de transición demográfica. La población menor de 15 años se encuentra en disminución, representando en la actualidad el 27% del total de habitantes, mientras que los mayores de 60 años ya han llegado al 11% de la población. Solamente 13% de los chilenos viven en zonas rurales. La expectativa de vida al nacimiento se ha elevado a 73.4 años para los hombres y a 80 para las mujeres. La tasa de alfabetismo es de 95.8% en los hombres y de 95.6% en las mujeres. Aún existen más de 3 millones de personas en situación de pobreza, pero esta población ha disminuido entre los años 2000 y 2003 del 20,6% al 18,8%. Dentro de estas personas se incluye un porcentaje de ellas en extrema pobreza, las cuales también han disminuido en este período (del 5,7% al 4,7%).

Chile gasta el 7% del PBI en salud. Para la atención de salud general dispone de 240 camas en hospitales por 100,000 habitantes, encontrándose el 27% de ellas en el sector privado. En la atención primaria de salud se cuenta con un total 596 centros urbanos y rurales, en los que trabajan más de 3.000 médicos, y 1162 postas rurales, a cargo de

técnicos paramédicos que reciben el apoyo de rondas frecuentes de equipos profesionales (incluyendo médicos). Todos los establecimientos de atención primaria se encuentran en el sector público.

METODOLOGIA

La información fue recogida durante el año 2005 en base a datos del año 2004, utilizando los ítems sugeridos por el instrumento WHO-AIMS de la OMS. Tal como se muestra en la tabla 0.1, WHO-AIMS comprende 6 áreas, cada una de ellas con varias secciones y cada sección con un número variable de ítems.

Tabla 0.1. Áreas, Secciones e Ítems de WHO-AIMS		
Área	Sección	Nº ítems
1. Política y Marco Legislativo	Política de Salud Mental	3
	Plan de Salud Mental	4
	Legislación en Salud Mental	3
	Monitoreo de Derechos Humanos	5
	Financiación de Servicios de Salud Mental	6
2. Servicios de Salud Mental	Integración Organizacional de Servicios SM	3
	Centros Ambulatorios de SM	9
	Centros de Tratamiento Diurno	6
	Hospitalización Basada en la Comunidad (hospital general u otras formas)	9
	Residencias Comunitarias	7
	Hospitales Psiquiátricos	12
	Unidades de Hospitalización Forense	3
	Otras Instituciones Residenciales	2
	Disponibilidad de Tratamiento Psicosocial	3
	Disponibilidad de Medicamentos Esenciales	3
	Equidad en el Acceso a Servicios de SM	6
3. Salud Mental en Atención Primaria de Salud	Atención Primaria Basada en Médicos	7
	Atención Primaria No Basada en Médicos	9
	Agentes Medicina Alternativa/Tradicional	3
4. Recursos Humanos	Número de Recursos Humanos	8
	Formación de Profesionales en Salud Mental	5
	Organizaciones de Usuarios y Familiares	4
	Actividades de Usuarios, Familiares y ONG	8
5. Educación de la Población y Trabajo con Otros Sectores	Campañas de Sensibilización y Educación	4
	Colaboración Formal con Otros Sectores	5
	Actividades con Otros Sectores	9
6. Monitoreo e Investigación	Monitoreo de Servicios de Salud Mental	6
	Investigación en Salud Mental	3

Se confeccionaron cuestionarios ad hoc para recoger la información de los distintos ítems de WHO-AIMS, agregando algunos ítems de interés particular para Chile que no están contemplados en WHO-AIMS. Los cuestionarios fueron enviados a los distintos centros de salud, instituciones y organizaciones con una carta de motivación. Se mantuvo contacto por teléfono, correo electrónico y fax con los centros de salud, instituciones y organizaciones con el fin de asegurar la recepción del cuestionario, motivar las respuestas, apoyar técnicamente a las personas que debían completarlo y para solicitar información adicional cuando las respuestas eran incompletas o contradictorias.

En la tabla 0.2 se enumeran los establecimientos de salud a los cuales se enviaron la encuesta con sus respectivos porcentajes de respuestas. Como puede apreciarse, casi el 100% de los centros de salud mental respondió la encuesta, a excepción de las clínicas privadas, de las cuales solo respondió un tercio. Esto puede ser explicado en parte por el hecho que ellas, a diferencia de los centro públicos, no tienen una práctica regular de enviar información al Departamento de Salud Mental del Ministerio. En cuanto a los centros de atención primaria, se obtuvo una alta tasa de respuestas desde los consultorios, donde se han desarrollado acciones específicas para incorporar componentes de salud mental en el trabajo de sus profesionales, y baja tasa desde las postas rurales, las cuales son más difíciles de contactar por su ubicación geográfica y donde no se han implementado programas nacionales de salud mental.

Tabla 0.2. N° de Encuestas Enviadas a Centros de Salud con Atención de Salud Mental y Psiquiatría y Tasa de Respuesta		
Establecimientos	N° Encuestas Enviadas	% de Respuestas
Postas Rurales	1.162	12,0
Consultorios APS	596	67,3
Centros Comunitarios Salud Mental	38	97,4
Consultorios Psiquiatría	57	94,7
Hospitales de Día	40	100,0
Corta Estadía Psiq. Hospital Gral.	19	94,7
Hospitales Psiquiátricos (1)	5	100,0
Servicios Psiquiatría Forense	3	100,0
Centros Diurnos	25	100,0
Hogares Protegidos	85	100,0
Residencias Protegidas	21	100,0
Clínicas Psiquiátricas Privadas	31	32,3
(1) La Clínica Gaete, establecimiento privado al cual FONASA le ha comprado por varios años 300 plazas de hospitalización de larga estadía, fue clasificada como hospital psiquiátrico para fines de este estudio		

En la tabla 0.3 se enumeran las organizaciones e instituciones de las cuales se obtuvo información, ya sea directamente o a través de algún otro sistema de información. En los casos en que se envió una encuesta, esta era de menor duración, con solo unos pocos ítems, en comparación con las enviadas a los centros de salud.

Tabla 0.3. Información Recogida de Otras Organizaciones/Instituciones		
Organizaciones/Instituciones	Método	Nº
Servicios de Psiquiatría Fuerzas Armadas	Estadísticas Ministerio Salud (DEIS)	3
Servicios de Psiquiatría Universidades	Estadísticas Ministerio Salud (DEIS)	2
Comunidades Terapéuticas	Federación de Comunidades Terapéuticas	45
Centros Discapacidad Mental Residenciales y Ambulatorios	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	41
Casas de Reposo (Hogares de Adultos Mayores)	Encuesta enviada a una muestra al azar (10%)	53
Organizaciones de Usuarios	Encuesta a través de Encargados de S. Mental de Servicios de Salud	111
Organizaciones de Familiares	Encuesta a través de Encargados de S. Mental de Servicios de Salud	60
Escuelas de Medicina	Encuesta	8
Escuelas de Enfermería	Encuesta	9
Escuelas de Psicología	Encuesta	10
Escuelas de Terapia Ocupacional	Encuesta	3
Escuelas de Servicio Social	Encuesta	6
Institutos Técnicos Paramédicos	Encuesta	4
Organizaciones de Profesionales	Encuesta a asistentes sociales, abogados, médicos, enfermeras, psiquiatras y terapeutas ocupacionales	7
Ministerios	Encuesta a Justicia y Educación	2
Otras Instituciones Públicas	Encuesta a Carabineros, Gendarmería, SENAME, Fondo Discapacidad (FONADIS), Previsión Social (INP)	5

Área 1: Política y Marco Legislativo

Política, plan, y legislación

En la tabla 1.1 se contrastan las 11 áreas que recomienda la OMS para las políticas nacionales de salud mental, en el módulo “Mental Health Policy, Plans and Programmes”, con el nivel de formulación e implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Se destaca que las principales debilidades en la formulación de este Plan se encuentran en las áreas de legislación y derechos humanos, recursos humanos y capacitación, medicamentos esenciales, sistema de información e investigación y evaluación. Estas debilidades en formulación se han traducido, a su vez, en una escasa

implementación de acciones en estas áreas en el período de 4 años de la presente evaluación. Una suficiente formulación de las áreas recomendadas por la OMS se relaciona con una implementación parcial de acciones, a excepción del área de intersectorialidad, donde se ha logrado solamente un bajo nivel de implementación.

Tabla 1.1. Evaluación de la Formulación e Implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Chile 2000 a 2004, según Módulo OMS (Juicio de profesionales del Ministerio de Salud)		
Áreas Recomendadas por OMS	Grado de Cumplimiento en Formulación	Grado de Cumplimiento en Implementación
Financiación	50 a 75%	50 a 75%
Legislación y Derechos Humanos	0%	25 a 50%
Organización de Servicios	75 a 100%	50 a 75%
Recursos Humanos y Capacitación	0	1 a 25%
Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación	75 a 100%	50 a 75%
Medicamentos Esenciales	0	25 a 50%
Defensoría (Advocacy)	1 a 25%	25 a 50%
Mejora de Calidad	1 a 25%	25 a 50%
Sistema de Información	0	25 a 50%
Investigación y Evaluación de Política y Servicios	0	50 a 75%
Colaboración Intersectorial	50 a 75%	1 a 25%

Otra de las debilidades del Plan Nacional es el hecho de que no contemple un plan de salud mental para las situaciones de desastres y emergencias, lo cual significa que cada vez que ocurre un terremoto, una inundación u otra catástrofe se deben improvisar modelos de enfrentamiento y solicitar recursos adicionales no siempre fáciles de conseguir.

Dentro de la lista de medicamentos esenciales, se han incluido en Chile desde hace varios años a algunos antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos. Esto ha permitido disponer dentro del sistema público, tanto en atención primaria como en especialidad, de al menos 2 tipos de medicamentos de cada una de estas categorías, y que estos mismos medicamentos se vendan a bajo precio en el sector privado. Desde la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se ha logrado incorporar en forma gradual al sistema público algunos antidepresivos y antipsicóticos de última generación, así como estabilizadores del ánimo.

En el año 2001, después de un largo proceso administrativo, se logró la puesta en marcha de un nuevo Reglamento de Internación en Establecimientos Psiquiátricos, reemplazando uno que estaba vigente desde el año 1927. Este Reglamento se basa en un Decreto Presidencial y se enmarca dentro del Código Sanitario. En él se enfatiza el principio de

los cuidados con el menor nivel de restricción posible, se consagran los derechos de las personas cuando son hospitalizadas, se regulan los tratamientos voluntarios e involuntarios, se entregan bases para la autorización de los establecimientos de hospitalización y se señalan mecanismos para supervisar las hospitalizaciones involuntarias.

No obstante los avances que ha significado disponer de este nuevo Reglamento de Internación, este presenta aún muchas limitaciones debido a las restricciones que impone el Código Sanitario. Chile es uno de los pocos países del mundo que no dispone de una legislación específica en salud mental que proteja los derechos de las personas con enfermedades mentales, según se puede apreciar en la tabla 1.2.

Tabla 1.2. Existencia de Ley de Salud Mental en las Regiones de la OMS (Mental Health Atlas 2005, OMS)		
Regiones de la OMS	Países (%)	Cobertura de Población (%)
África	79, 5	94, 4
América	75,0	89,1
Mediterráneo Oriental	57,1	70,8
Europa	91,8	90,1
Asia Sur Oriental	63,6	95,9
Pacífico Occidental	76,0	13,9
Mundo	78,0	69,1

Financiación de los Servicios de Salud Mental

Solamente el 2,14% del presupuesto total de salud en el sector público es dirigido a la salud mental (ver gráfico 1.1), si bien esta cifra representa un aumento significativo del 1,2% del año 1999, se encuentra muy lejana de la meta de 5% para el año 2010 que plantea el Plan Nacional. De acuerdo a la tabla 1.3, Chile ocupa un nivel intermedio en América en priorización financiera para salud mental, y América está muy por debajo de países desarrollados de otros continentes, tales como Australia (9,60%), Reino Unido (10,00%), Suecia (11,00%) y Nueva Zelanda (11,00%).

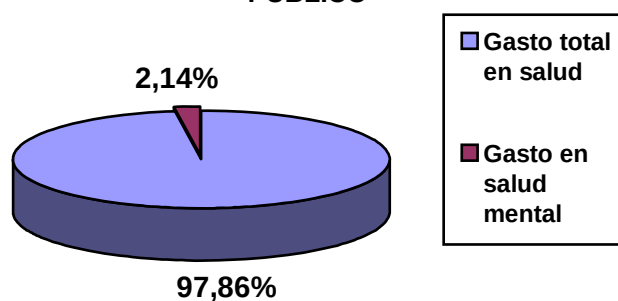
TABLA 1.3. Porcentaje de Gasto en Salud Mental en Relación al Gasto Total en Salud y Porcentaje de Gasto en Hospitales Psiquiátricos en Países de América (Mental Health Atlas 2005, OMS)		
Países	% de Gasto en Salud Mental	% de Gasto en Hospitales Psiquiátricos
Uruguay	8,00	16,00
Costa Rica	8,00	90,00

Estados Unidos	6,00	Sin información
Cuba	5,00	Sin información
Jamaica	5,00	Sin información
Brasil	2,50	80,00
Honduras	2,30	90,00
Chile	2,14	33,00
Perú	2,00	Sin información
Provincia de Buenos Aires	2,00	10,00
Nicaragua	1,00	Sin información
Méjico	1,00	Sin información
Guatemala	0,90	85,00%
República Dominicana	0,50	40,00%
Bolivia	0,20	Sin información

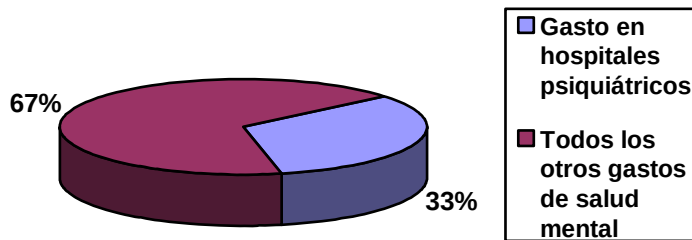
De todo el gasto en salud mental, el 33% es asignado a los hospitales psiquiátricos (ver gráfico 1.2), lo cual representa una reducción significativa del 57% del año 1999. El porcentaje gastado en hospitales psiquiátricos en Chile es uno de los más bajos de América (ver tabla 1.3).

En el sistema privado, los seguros de salud (ISAPRES) entregan una cobertura de atenciones de salud mental muy insuficiente y por lo general con un alto co-pago. El costo diario de los medicamentos antipsicóticos más baratos es de US \$ 0.43 dólares y para los antidepresivos es de US \$ 0.05 dólares.

**GRAFICO 1.1 GASTO DE SALUD EN
SALUD MENTAL EN EL SECTOR
PUBLICO**



**GRAFICO 1.2 GASTO DE SALUD MENTAL
PARA HOSPITALES PSIQUIATRICOS EN EL
SECTOR PUBLICO**



Políticas de Derechos Humanos

Se encuentra en funcionamiento desde el año 2001 una Comisión Nacional de Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y tres Comisiones Regionales. La meta para los próximos años es que exista una Comisión por cada una de las 13 Regiones del país. Estas Comisiones están conformadas por profesionales de salud mental, representantes de organizaciones de usuarios y familiares, y representantes de los ámbitos legal, académico, ético y espiritual. Ellas tienen la autoridad para visitar 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).

Alrededor del 50% de los establecimientos con hospitalización y de los hogares y residencias protegidas para personas con enfermedades mentales declara haber realizado capacitación del personal en protección de los derechos humanos de los usuarios, con una extensión mínima de un día, en el año 2004 (tabla 1.4). El porcentaje más alto es en los hospitales psiquiátricos, donde 4 de los 5 señalan haber realizado capacitación en ese año. Por otra parte, la proporción de estos establecimientos que ha recibido supervisión externa sobre el respeto de los derechos humanos de sus usuarios, en el año estudiado, es muy baja, a excepción de las unidades de corta estadía en hospitales generales públicos, donde poco más del 50% recibió esta supervisión (tabla 1.4).

Tabla 1.4. Capacitación y Supervisión en Protección de Derechos Humanos de Usuarios de Servicios de Salud Mental Durante el Año 2004			
Establecimiento	N° de Respuestas	% Establecimientos con Capacitación	% Establecimientos con Supervisión
Hospital Psiquiátrico	5	80,0	20,0
Corta Est. H. General	17	47,1	52,9
Clínica Psiq. Particular	10	60,0	0
Hogar Protegido	85	40,0	17,6
Residencia Protegida	21	33,3	14,3
Total	138	42,8	20,3

Área 2: Servicios de Salud Mental

Organización de los servicios de salud mental

Al año 2004 se cuenta con un equipo multidisciplinario nacional de salud mental, la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, la cual tenía la responsabilidad de asesorar a las autoridades en temas de política y legislación y de diseñar y apoyar la implementación de planes y programas en el sistema público. Además, en cada uno de los 28 Servicios de Salud del país existía un referente local de salud mental, la Unidad de Salud Mental (si se contaba con un equipo multiprofesional) o un Encargado de Salud Mental (si solo se disponía de un profesional en el tema). Este referente local tenía como responsabilidad la planificación, gestión, coordinación, monitoreo y evaluación de los servicios de salud mental del sector público.

Los servicios de salud mental del sector público están organizados en una red territorial en cada Servicio de Salud, sirviendo a una población definida, tal como se señala en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000. En la tabla 2.1 se muestra el número de dispositivos de salud mental presentes en cada Servicio de Salud el año 2004. En esta tabla no están incluidos los hospitales psiquiátricos, los cuales se han coordinado o integrado progresivamente en estas redes de servicios en los últimos años.

Tabla 2.1. Principales Dispositivos de Salud Mental en las Redes de los 28 Servicios de Salud (Sector Público Chile 2004)							
Servicio de Salud	Centros APS con psicólogo	Centro Comunit SM	Unidades Psiquiátricas Ambulatorias	Hospital de Día	Corta Estadía H. Gral.	Centro Diurno	Hogar y Residencia Protegida
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Arica	4	3	0	0	1	0	1
Iquique	4	3	1	1	1	1	4
Antofagasta	11	0	2	2	1	1	2
Atacama	14	0	2	1	0	1	1
Coquimbo	19	0	3	3	1	0	1
Aconcagua	8	0	1	1	0	0	6
Valparaíso	25	0	3	5	0	2	7
Viña Quill	29	0	3	4	0	1	4
M Norte	15	7	2	0	1	3	19
M Occidente	31	7	5	2	1	0	5
M Oriente	15	3	3	1	1	4	3
M Central	12	3	2	1	0	1	5
M Sur	26	4	3	2	1	0	16
M Sur Or	23	5	3	2	1	1	1
O'Higgins	34	0	3	2	0	2	3
Maule	33	0	3	2	1	1	2
Ñuble	30	0	1	0	1	0	1

Talcahuano	9	0	3	1	0	1	2
Concepción	28	1	1	2	1	1	2
Bio Bio	15	0	1	1	0	0	1
Arauco	11	0	5	0	0	0	0
Araucanía N	7	0	1	1	0	1	1
Araucanía S	17	1	2	1	1	1	3
Valdivia	16	0	1	1	1	0	0
Osorno	10	0	1	1	1	1	0
Llanchipal	16	0	1	2	1	1	2
Aysen	5	0	1	0	1	0	0
Magallanes	5	1	1	1	1	1	4
TOTAL	472	38	58	40	18	25	96

Centros de Salud Mental Ambulatorios

Existen 113 establecimientos ambulatorios de salud mental en el país de los cuales el 11 % son solo para niños y adolescentes. Estos establecimientos brindan atención a 1,272 usuarios por 100,000 habitantes.

En las tablas 2.2.1 y 2.2.2 se muestran algunos indicadores para los 4 tipos de centros de salud mental ambulatorios existentes en el sector público. En los 4 tipos de centros, se destacan la proporción mayor de consultantes mujeres (52,1 a 76,2%) y la alta proporción de ellos que realizan actividades con grupos de usuarios y de familiares. El tiempo de espera por la primera consulta psiquiátrica es muy alto (23 a 34 días) y, a excepción de los consultorios adosados a hospitales (CAE), la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos es insuficiente. Una baja proporción de estos centros realizan actividades de medicina alternativa o tradicional.

Los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) muestran un perfil caracterizado por el elevado número de recursos humanos que disponen (promedio de 18,2 profesionales y técnicos por centro), con un bajo número de atenciones por persona en un año (4,4), baja proporción de usuarios que reciben intervenciones psicosociales (29,4%) y el comparativamente menor porcentaje de ellos que realizan intervenciones comunitarias (50%).

A su vez, los Centros de Referencia de Salud (CRS) y los Consultorios Adosados de Especialidad (CAE) se caracterizan por presentar un promedio intermedio de recursos humanos (14,6 y 15,7 profesionales y técnicos por centro), un mayor promedio de días de espera para la primera consulta con psiquiatra (34 y 28 días) y un porcentaje intermedio de personas con intervenciones psicosociales (38,1% y 40,8%). Las diferencias principales entre CRS y CAE se refieren a que el primero tiene un mayor promedio de atenciones por persona al año (7,9 versus 4,5) y un mayor porcentaje de mujeres atendidas (76,2% versus 55,2%).

Por otra parte, los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) se diferencian de los otros 3 tipos de centros por tener un menor número de recursos humanos (promedio de 10,9 profesionales y técnicos por centro), con el menor número de psiquiatras por centro (1,2 versus 4,6 a 5,2) y el mayor número de psicólogos (4,5 versus 3,6 a 4,0), un número intermedio de consultas por persona al año (promedio de 5,5), tiempo de espera bajo para primera consulta con psiquiatra (24 días), entrega de intervenciones psicosociales a una mayor proporción de personas (67,4% comparado con 29,4 a 40,8%) y un mayor porcentaje de ellos realizando intervenciones comunitarias (91,9% comparado con 50 a 88,4%).

Tabla 2.2.1 Centros de Salud Mental Ambulatorios en el Sector Público en el Año 2004				
	Centro Comunitario Salud Mental	Centro de Referencia de Salud	Centro de Diagnóstico y Tratamiento	Consultorio Adosado a Hospital
Nº Respuestas	37	5	6	43
% de mujeres atendidas por centro	57,3	76,2	52,1	55,2
Nº promedio atenciones por persona al año	5,5	7,9	4,4	4,5
Nº días promedio espera para 1ª. Consulta psiquiatr	24	34	23	28
% personas con intervención psicosocial	67,4	38,1	29,4	40,8
% Centros con intervención comunitaria	91,9	80,0	50,0	88,4
% Centros con equipo clínico itinerante	18,9	0	16,7	11,6
% Centros con suficientes medicamentos	64,9	80,0	83,3	100,0
% Centros con actividades con grupos de usuarios	62,16	80	33,33	67,44
% Centros con actividades con grupos de familiares	48,65	60	83,33	76,74
% Centros con actividades medicina alternativa	29,73	20	0	23,26

Tabla 2.2.2 Centros de Salud Mental Ambulatorios en el Sector Público en el Año 2004: Recursos Humanos				
	Centro Comunitario Salud Mental	Centro de Referencia de Salud	Centro de Diagnóstico y Tratamiento	Consultorio Adosado a Hospital
Nº promedio de psiquiatras por centro	1,2	4,6	5,2	4,7
Nº promedio de otros médicos por centro	0,2	0	1,5	0,8
Nº promedio de enfermeras por centro	0,1	0,4	1,0	1,3
Nº promedio de psicólogos por centro	4,5	3,8	4,0	3,6
Nº promedio de terapeutas ocupacionales por centro	0,8	2,2	1,7	0,6
Nº promedio de asistentes sociales por centro	1,5	1,4	1,5	1,5
Nº promedio de otros profesionales por centro	1,1	0,2	0,5	0,4
Nº promedio de técnicos paramédicos por centro	0,2	1,2	2,0	1,9
Nº promedio de otros técnicos por centro	1,3	0,8	0,8	0,9
Nº promedio total de RRHH por centro	10,9	14,6	18,2	15,7

La tabla 2.3 presenta algunos indicadores referente a la atención de niños y adolescentes en los centros de salud mental ambulatorios del sector público. Entre un 70 a 80% de estos centros atienden población de este grupo etario y en una proporción similar a su representación en la población general (27,5 a 36%), a excepción de los CDT que solo 1 de cada 3 atienden niños y adolescentes con problemas de salud mental y en un porcentaje bajo (14,7%). Muy pocos de los centros ambulatorios están dedicados exclusivamente a la atención de esta población.

Tabla 2.3. Atención de Niños y Adolescentes en los Centros de Salud Mental Ambulatorios en el Sector Público en el Año 2004					
	Centro Comunitario Salud Mental	Centro Referencia de Salud	Centro de Diagnóstico y Tratamiento	Consultorio Adosado a Hospital	TOTAL
N° Respuestas	37	5	6	43	91
% de centros con atención para niños y adolescentes	73,7	80,0	33,3	69,8	69,5%
% de centros solo para niños y adolescentes	10,8	20,0	33,3	11,6	13,2%
% de niños y adolescentes atendidos en los centros (en relación al total de personas atendidas)	29,7	36,0	14,7	27,5	28,0%

Los perfiles diagnósticos de la población usuaria de estos 4 tipos de centros ambulatorios son presentados en la tabla 2.4. Los usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios son diagnosticados principalmente de trastornos afectivos (25%) y neuróticos (23%).

Los COSAM se caracterizan por atender una mayor proporción de personas con trastornos por consumo de sustancias (18%), bajo para esquizofrenia y otros trastornos delirantes (3,6%) y cifras similares al promedio de los otros centros para los restantes diagnósticos. Los CRS, por otra parte, atienden principalmente personas con trastornos neuróticos (46,3%) y una muy baja proporción de personas con trastornos por consumo de sustancias (4,9%) y esquizofrenia (8%). Los CDT y CAE tienen un perfil similar entre sí, con una mayor proporción de personas con diagnósticos de esquizofrenia (24,5% y 15,9%) y trastornos afectivos (28,2% y 27%).

Tabla 2.4. Porcentaje de los principales Diagnósticos en la población atendida en los Centros de Salud Mental Ambulatorios en el Sector Público en el Año 2004

	Centro Comunitario Salud Mental	Centro Referencia de Salud	Centro de Diagnóstico y Tratamiento	Consultorio Adosado a Hospital
Nº Respuestas	37	5	6	43
%Trastornos por consumo de sustancias (F10-F19)	18,0	4,9	4,2	9,8
%Esquizofrenia y trast. delirantes (F20-F29)	3,6	8,0	24,5	15,9
%Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)	22,6	17,5	28,2	27,0
%Trastornos neuróticos y de estrés (F40-F49)	21,0	46,3	10,4	20,5
%Trastornos de la personalidad (F60-F69)	8,0	5,0	3,7	6,7
%Otros	26,9	18,4	29,0	20,2

La tabla 2.5 muestra algunos indicadores de los cuatro centros de salud mental ambulatorios privados que contestaron la encuesta. Considerando este bajo número, las cifras que se muestran no necesariamente son representativas del conjunto de este tipo de centros. Al comparar estos indicadores con los de centros públicos (tabla 2.2) se destacan las diferencias de los privados en ofrecer una atención más centrada en el psiquiatra que en otros profesionales, el más bajo promedio de atenciones que recibe una persona al año (3,1), el muy corto tiempo de espera promedio para recibir una atención por psiquiatra por primera vez (2,7 días, comparado con 23 a 34 días en los públicos) y la excelente oferta de intervenciones psicosociales y de medicamentos psicotrópicos. Sin embargo, los centros privados no tienen oferta de intervenciones comunitarias, atención fuera del centro, actividades con grupos de usuario y de familiares, ni tampoco realizan actividades de medicina alternativa o tradicional.

Tabla 2.5. Indicadores de Atención de Salud Mental de 4 Centros de Atención Ambulatoria Privados de la Región Metropolitana

N° de personas por profesional/técnico al año	122
N° de personas por psiquiatra al año	265
N° promedio atenciones por persona al año	3,1
N° días promedio espera para 1ª. Consulta psiquiatra	2,7
% personas con intervención psicosocial	98,0 %
% Centros con intervención comunitaria	0
% Centros con atención fuera del centro	0
% Centros con suficientes medicamentos	100%
% Centros con actividades con grupos de usuarios	0
% Centros con actividades con grupos de familiares	0
% Centros con actividades medicina alternativa	0

Centros de Tratamiento Diurno

Existen 65 establecimientos de tratamiento diurno disponibles en el país, que brindan atención a 27 usuarios por 100,000 habitantes.

Existen 40 hospitales de día, orientados principalmente al tratamiento de personas con enfermedades mentales severa en estado de crisis, y 25 centros diurnos, cuya focalización preferente es hacia la rehabilitación psicosocial de personas con discapacidad psíquica. Todos estos centros están dentro del sistema público, aunque 1/3 de los primeros y 2/3 de los segundos son administrados por ONG u otras entidades privadas (tabla 2.6). Casi el 60% de los usuarios de estos centros son varones y muy pocos son menores de 18 años (6,2% y 3,4%, promedio 5%).

En los hospitales de día, el promedio de días de estada es menor que en los centros diurnos (45 días en comparación con 68, promedio 57 días) y la dotación de profesionales es mayor (1 por cada 8 personas en comparación con 1 por cada 12), especialmente en el caso de los psiquiatras (1 por cada 58 usuarios en comparación con 1 por cada 304). Una alta proporción de ambos tipos de centros realizan actividades con grupos de usuarios y de familiares (tabla 2.6).

Tabla 2.6. Centros de Tratamiento Diurno de Salud Mental del Sector Público 2004

Indicador	Hospital de Día	Centro Diurno
N° de centros	40	25
% Administración por ONG u otro privado*	37,5	68,5
N° personas promedio por centro al año	62	73
% de mujeres	41,0	41,3

% de menores de 18 años	6,2	3,4
N° de centros exclusivos para menores	3	1
Promedio días de estada por persona	45	68
N° de usuarios por profesional/técnico al año	8	12
N° de usuarios por psiquiatra al año	58	304
% con actividades con grupos de usuarios	55,0	77,5
% con actividades con grupos de familiares	84,0	88,0
* a través de convenio con los Servicios de Salud y con fondos del Seguro Público (FONASA)		

Unidades de Corta Estadía en Hospitales Generales y Clínicas Psiquiátricas Privadas

Existen 50 unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria disponibles en el país, con un total de 9 camas por 100 000 habitantes. Los diagnósticos principales de las admisiones fueron trastornos afectivos (28%) y esquizofrenia y trastornos relacionados (27%). En promedio las hospitalizaciones fueron de 37 días de duración.

Existen 19 Unidades de Corta Estadía en Hospitales Generales Públicos en el país, con un total de 397 camas, y 31 clínicas privadas, con un total de 886 camas (tabla 2.7). Las primeras se diferencian de las segundas por tener un promedio de camas por unidad menor (22 contra 28), un índice ocupacional más alto (81,8% contra 74,2%), un índice de rotación mucho mayor (15,0 versus 4,0) un menor promedio de días de estada (19,9 contra 67,5 días), una más alta proporción de ellas que realizan actividades con grupos de usuarios y familiares, menos ingresos administrativos y más judiciales, y un mayor uso de contención/reclusión (17,8% de personas hospitalizadas contra 3,4%). Ambos servicios clínicos hospitalizan alrededor de un 50% de mujeres y una baja proporción de menores de 18 años (10,7 y 4,5%), entregan intervenciones psicosociales a la mayoría de los usuarios, casi todas ellas disponen de suficientes medicamentos psicotrópicos y disponen de un número similar de psiquiatras y otros profesionales y técnicos proporcional al número de usuarios atendidos.

Tabla 2.7. Unidades de Psiquiatría de Corta Estadía en Hospitales Generales Públicos y Clínicas Psiquiátricas Privadas 2004		
Indicadores	Corta Estadía Hospital General	Clínica Psiquiátrica Privada
N° de Unidades y Clínicas	19	31
N° de camas	397	886
Promedio de camas por unidad y clínica	22,1	28,6
Índice ocupacional	81,9%	74,2%
Índice de rotación	15,0	4,0
Promedio de días de estada	19,9	67,5

% de mujeres ingresadas	53,1%	50,0
% de menores de 18 años ingresados	10,7%	4,5%
N° de camas exclusivas para menores de 18	17	0
% personas con intervenciones psicosociales	79,2%	70,0%
% de centros con suficientes medicamentos	94,4	90,0
N° de usuarios al año por profesional/técnico	15	21
N° de usuarios al año por psiquiatra	71	83
% con actividades con grupos de usuarios	44,4	10,0
% con actividades con grupos de familiares	61,1	0
% ingresos administrativos (Reglamento Int.)	1,4%	3,4%
% ingresos por orden judicial	2,4%	0,1%
% de personas con contención o reclusión	17,8%	3,4%

La tabla 2.8 muestra los porcentajes de los principales diagnósticos en los dos tipos de servicios de hospitalización. Las principales diferencias entre ambos es la mayor frecuencia de personas con esquizofrenia y otras psicosis en las cortas estadias y la mayor frecuencia de personas con trastornos afectivos y neuróticos en las clínicas psiquiátricas.

Tabla 2.8. Diagnósticos Principales en Unidades de Psiquiatría de Corta Estadía en Hospitales Generales y Clínicas Psiquiátricas Privadas 2004

Diagnóstico	Corta Estadía Hospital General	Clínica Psiquiátrica Privada
N° Respuestas	17	10
% Trastornos por consumo de sustancias (F10-F19)	16,4	18,1
% Esquizofrenia y trastornos delirantes (F20-F29)	27,4	19,1
% Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)	26,5	36,7
% Trastornos neuróticos y de estrés (F40-F49)	5,4	10,8
% Trastornos de la personalidad (F60-F69)	11,2	7,8
% Otros	13,1	8,2

Hogares y Residencias Protegidas

Hay 103 dispositivos residenciales comunitarios disponibles en el país, con un total de 5 plazas por 100 000 habitantes. La tasa de utilización anual de estos dispositivos es de 6.0 usuarios por 100.000, con un 44% de mujeres.

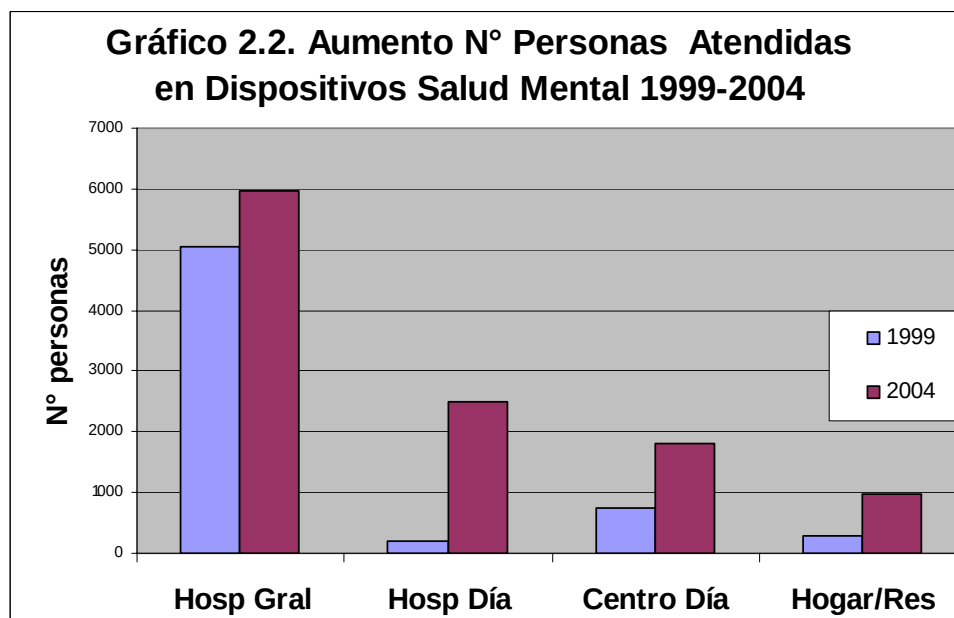
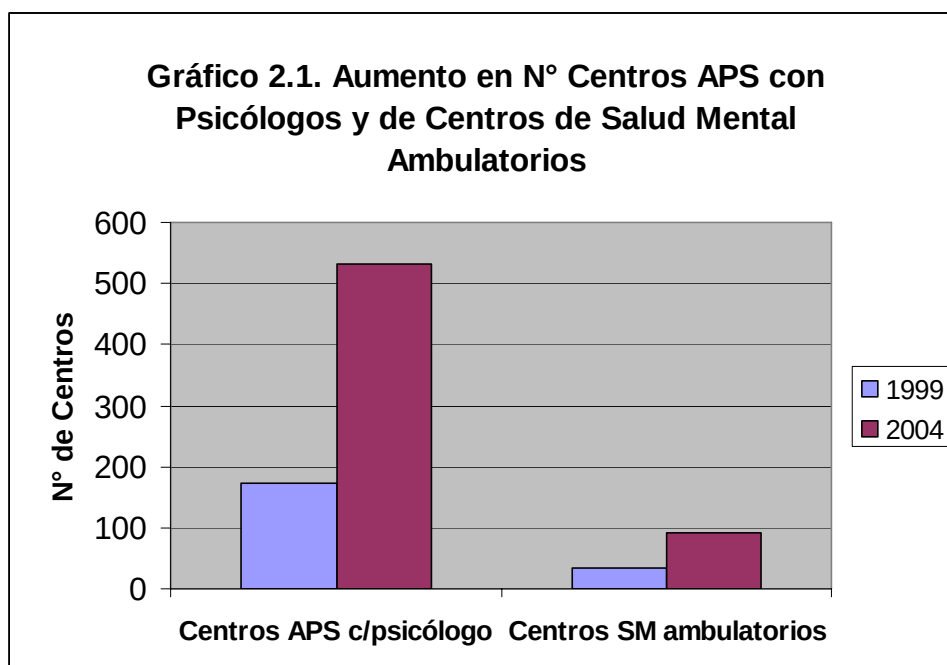
La tabla 2.9 muestra que al año 2004, en Chile se dispone de 85 hogares protegidos y 18 residencias protegidas, con un total de 663 y 199 plazas y un promedio de 7,8 y 11,1 plazas respectivamente. La mayoría de estos dispositivos son financiadas por los Servicios de Salud (sector público), pero más del 65% son administrados por ONG u otras formas de pequeñas empresas privadas o corporaciones, y un 22 a 23% tienen la administración a cargo de organizaciones de familiares. El porcentaje de mujeres que usan las residencias es mucho menor que en los hogares y ambas casi no tienen usuarios menores de 18 años. Casi el 80% de los hogares y 90% de las residencias cumple con el estándar de número máximo de plazas (8 para hogares y 16 para residencias).

Tabla 2.9. Hogares y Residencias Protegidas 2004		
Indicadores	Hogares	Residencias
N° de dispositivos	85	18
N° de plazas	663	199
N° de usuarios el 2004	762	201
N° de plazas promedio por dispositivo	7,8	11,1
% con financiamiento de los Servicios Salud	84,7%	88,9%
% administrados por Organizaciones Familiares	23,5%	22,2%
% administrados por ONG y otros privados	67,1%	66,7%
% de usuarias mujeres	49,08%	27,4%
% de usuarios menores de 18 años	0,4%	0
N° promedio días en dispositivo por usuario al año	297,0	302,7
% dispositivos con N° plazas mayor que estándar	22,4%	11,1%

Desarrollo de la Red de Salud Mental Pública fuera de los Hospitales Psiquiátricos

Con la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría el año 2000, se inició un proceso de inversiones crecientes en el desarrollo de dispositivos ambulatorios alternativos al hospital psiquiátrico. Es así como en el gráfico 2.1 se muestra el aumento entre los años 1999 y 2004 en el número de centros de atención primaria de salud que disponen de psicólogos, reforzando la capacidad de resolución en salud mental de los equipos de salud general, y en el número de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría, incluyendo COSAM, CRS, CDT y CAE.

A su vez el gráfico 2.2 señala el aumento en el número de personas atendidas en servicios de psiquiatría de corta estadía en hospitales generales, hospitales de día, centros diurnos y hogares/residencias protegidas. Este aumento en personas atendidas refleja el aumento en el número de estos dispositivos en el país y el aumento del número total de plazas en ellos.



Hospitales Psiquiátricos

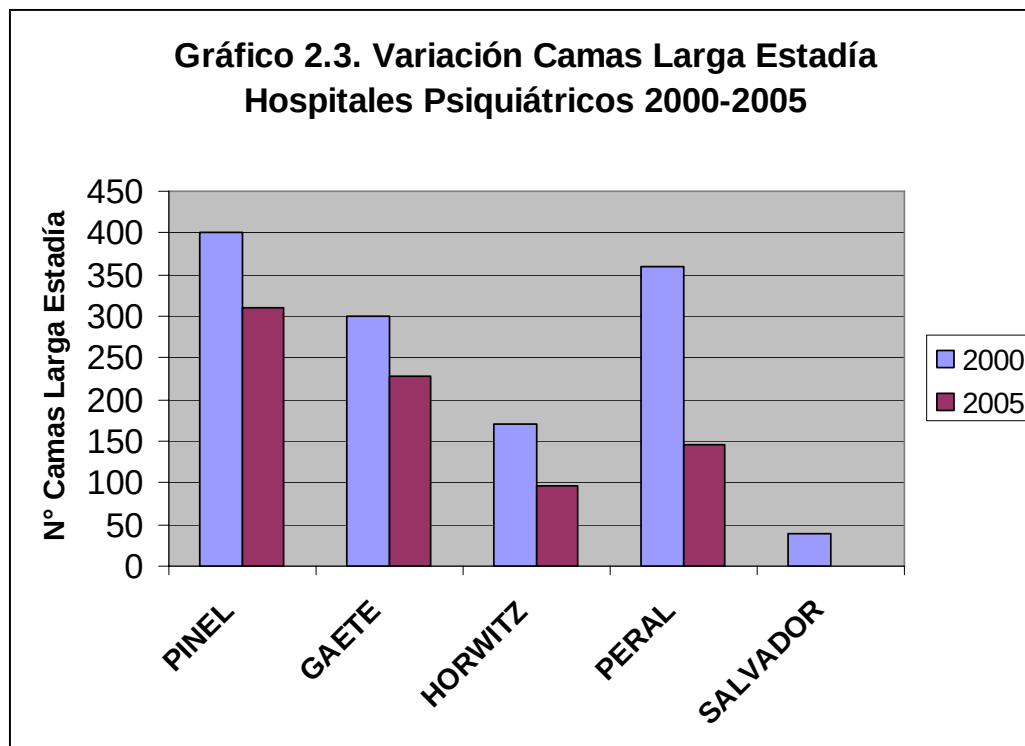
El país cuenta con 5 hospitales psiquiátricos, con un total de 9.1 camas por 100 000 habitantes. Todos estos servicios están integrados con centros de atención ambulatoria.

A diferencia de la red de dispositivos de salud mental, los 4 hospitales psiquiátricos y la Clínica Gaete (que para fines de este estudio ha sido considerada 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 (ver tabla 2.10). Esta disminución ha sido especialmente determinada por la disminución de camas de larga estadía (-38,5%), 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.

Tabla 2.10. Variación en el N° de Camas en Hospitales Psiquiátricos 2000-2005			
Tipo de Camas	2000	2005	% Variación
Corta Estadía	405	376	-7,2%
Mediana Estadía	30	112	+273,3%
Larga Estadía	1270	781	-38,5%
Dependencia alcohol y drogas	68	68	0
Psiquiatría Forense	60	80	+33,3%
Pensionado	12	12	0
Otras	18	24	+33,3%
N° TOTAL CAMAS	1863	1453	-22,0%

En el gráfico 2.3 se puede apreciar que la disminución de camas de larga estadía no ha sido proporcionalmente igual en los 5 hospitales. La mayor reducción de camas ha ocurrido en el hospital El Peral, bajando de 360 a 146 (-214 camas), y las menores en los hospitales Gaete (-72 camas) y Horwitz (-74 camas). El Salvador ha eliminado totalmente las 40 camas de larga estadía que tenía el año 2000.



La tabla 2.11 muestra algunos indicadores globales de los 5 hospitales, destacándose el alto índice ocupacional, el bajo índice de rotación (3,6 comparado con 15,0 en unidades de psiquiatría de hospitales generales), el largo promedio de días de estada y la mayor dotación de psiquiatras y personal en general (50 usuarios al año por psiquiatra y 9 por profesional/técnico), así como los bajos porcentajes de mujeres hospitalizadas (44%), de usuarios recibiendo intervenciones psicosociales (63,8%) y de personas con contención o reclusión (9,5%), en comparación con los servicios de psiquiatría de corta estadía de hospitales generales (tabla 2.7).

Tabla 2.11. Indicadores del Funcionamiento de Hospitales Psiquiátricos 2004	
Indicadores	
Índice ocupacional	116%
Índice de rotación	3.6
Promedio de días de estada	117,3
% de mujeres ingresadas	44,0%
% de menores de 18 años ingresados	2,7%
Nº de camas exclusivas para menores de 18	0
% personas con intervenciones psicosociales	63,8%
% de centros con suficientes medicamentos	100,0%
Nº de usuarios al año por profesional/técnico	9

Nº de usuarios al año por psiquiatra	51
% con actividades con grupos de usuarios	40,0%
% con actividades con grupos de familiares	80.0%
% ingresos administrativos (Reglamento Int.)	3,4%
% ingresos por orden judicial	1,3%
% de personas con contención o reclusión	9,5%

La mitad de los usuarios de hospitales psiquiátricos han estado hospitalizados en ellos por más de 10 años (ver tabla 2.12) y una proporción decreciente ha tenido larga estadía en los últimos años (9% de 5 a 10 años y 5% de 1 a 4 años). Un porcentaje significativo tiene estadías más breves (37% con menos de 1 año).

Tabla 2.12. Duración de Hospitalización en Personas Ingresadas a Hospitales Psiquiátricos 2004	
Más de 10 años	49%
5 a 10 años	9%
1 a 4 años	5%
Menos de 1 año	37%

Los hospitales psiquiátricos ingresan una proporción mayor de personas con diagnósticos Trastornos por consumo de sustancias (20,9%) y de Esquizofrenia y trastornos delirantes (38,3%) que los servicios de psiquiatría de los hospitales generales (ver tablas 2.8 y 2.13) y una proporción menor de Trastornos del humor (afectivos) y Trastornos neuróticos y de estrés.

Tabla 2.13. Diagnósticos Principales en Hospitales Psiquiátricos 2004	
Diagnóstico	%
% Trastornos por consumo de sustancias (F10-F19)	20,9
% Esquizofrenia y trastornos delirantes (F20-F29)	38,3
% Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)	11,4
% Trastornos neuróticos y de estrés (F40-F49)	2,0
% Trastornos de la personalidad (F60-F69)	10,6
% Otros	16,8

Unidades de Psiquiatría Forense

Existen 86 camas en Unidades de Psiquiatría Forense, 2 unidades de 40 camas cada una se encuentran en los hospitales psiquiátricos Horwitz y Pinel y una de 6 camas en el establecimiento penitenciario de Punta Arenas. Este número de camas representa un aumento del 115% en relación al año 1999. De acuerdo a la tabla 2.14, el número de camas por psiquiatra y por funcionario en general es más bajo que para el resto de las camas de los hospitales psiquiátricos. Los años de estadía de los usuarios de las unidades forenses es menor a los de los hospitales psiquiátricos (alrededor del 50% permanece por más de 10 años). En el año 2004, solamente 1 unidad forense tuvo actividades con grupos de usuario y capacitación en DDHH de sus usuarios.

Tabla 2.14. Indicadores de Unidades de Psiquiatría Forense y comparación con Hospitales Psiquiátricos 2004

Indicadores	Unidades de Psiquiatría Forense			Hospitales Psiquiátricos
	Horwitz	Pinel	Pta. Arenas	
N° de camas	40	40	6	1.453
N° camas por psiquiatra	13	40	6	29
N° camas por funcionario	0,07	0,04	0,13	2,60
Estadía más de 10 años	2,5%	0%	0	49%
Estadía 5 a 10 años	15,0%	7,5%	0	9%
Estadía 1 a 4 años	30,0%	30,0%	33,3%	5%
Estadía menos de 1 año	52,5%	62,5%	66,7%	37%
Actividades grupos usuarios	NO	SI	NO	40%
Actividades grupos familiares	NO	NO	NO	80%
Visita Comisión Protección	NO	NO	NO	20%
Capacitación en DDHH	NO	SI	NO	80%

Otros Dispositivos

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

- Hogares para personas con retardo mental, con un total de 31 establecimientos y 1,923 plazas. Más del 60% de estos hogares tienen más de 40 plazas por establecimiento (ver tabla 2.15)
- Programas residenciales para personas con abuso de sustancias, en su mayoría comunidades terapéuticas, con un total de 38 establecimientos y 1,226 plazas. El promedio de plazas por programa residencial es 32.
- Casas de reposo y hogares de la tercera edad, las cuales también admiten personas con trastornos mentales, especialmente con demencia. Existen 581 de estos establecimientos en el país y de la pequeña muestra encuestada se estima que alrededor de la mitad de ellos tienen una mayoría de personas con trastornos mentales, con más de 9,500 plazas. La mayoría de las casas de reposo son privadas con fines de lucro y su tasa de ocupación es baja, mientras que muchos hogares de la tercera edad son privados sin fines de lucro y tienen una alta tasa de ocupación.

Tabla 2.15. Hogares para Personas con Retardo Mental según N° de Plazas por Hogar		
N° Plazas por Hogar	N° Hogares	% Hogares
Menos de 20 plazas	3	9,7
20 a 39 plazas	9	29,0
40 a 79 plazas	12	38,7
80 y más plazas	7	22,6
	31	100

Derechos Humanos y Equidad

De acuerdo a las respuestas obtenidas, 4% de los ingresos a servicios de psiquiatría de hospitales generales y clínicas psiquiátricas privadas y 5% de los ingresos a hospitales psiquiátricos son involuntarios. Estas cifras podrían ser una subestimación de este tipo de ingresos debido a que no existe un sistema de registro establecido para ellos. Alrededor del 10 a 12% de las personas fueron contenidas físicamente o recluidas al menos una vez en el año 2004 en todos los tipos de hospitalización psiquiátrica.

Del total de camas de psiquiatría, 69% se ubican en la Región Metropolitana, lo cual dificulta su utilización por personas de otras regiones. En muchos puntos del país, aún existe inequidad en el acceso a servicios de salud mental, tanto desde el punto de vista geográfico como del de minorías étnicas

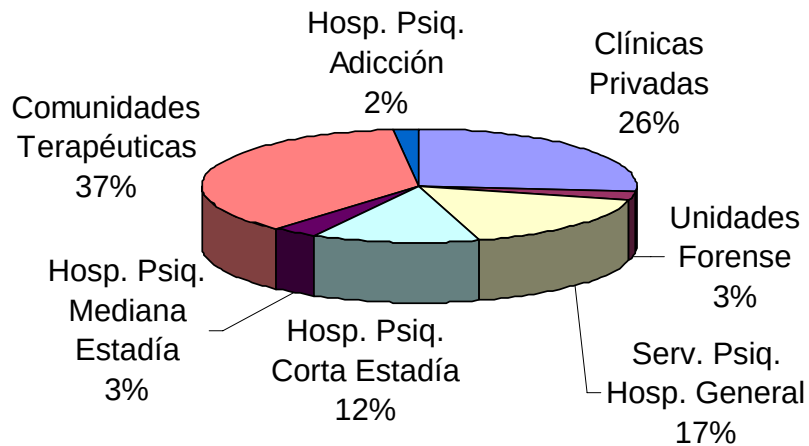
Visión Global de los Servicios de Salud Mental

De acuerdo al gráfico 2.4.1 la mayor oferta de camas de tratamiento para psiquiatría y adicciones se encuentra en las Comunidades Terapéuticas (37%) y en las Clínicas Psiquiátricas Privadas (26%). El número de camas en servicios de psiquiatría de corta estadía públicos es ahora mayor en hospitales generales (17%, incluyendo el Hospital de la Universidad de Chile y los Hospitales de las Fuerzas Armadas) que en hospitales psiquiátricos (12%). Estos últimos ofrecen además camas de tratamiento en mediana estadía (3%), en unidades de psiquiatría forense (3%) y en unidades de adicción (2%).

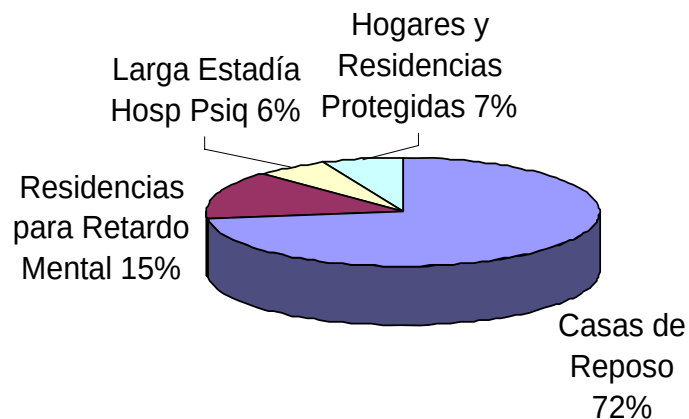
La mayor oferta de plazas con cuidados residenciales para personas con trastornos y discapacidad mental corresponden a casas de reposo (72%) (gráfico 2.4.2). Estos dispositivos se orientan a adultos mayores y a personas con distintos tipos de discapacidad física y somática, pero alrededor del 50% de ellas incluyen también un número significativo de personas con trastornos mentales, especialmente personas con demencia. Otro 15% de este tipo de plazas están dedicadas a cuidados residenciales de personas con retardo mental. El número de plazas en hogares y residencias protegidas

para personas con discapacidad psíquica es ahora mayor (7%) que las plazas de larga estadía en hospitales psiquiátricos.

**Gráfico 2.4.1. Camas en Dispositivos Clínicos
Psiquiatría y Adicción, Públicos y Privados**

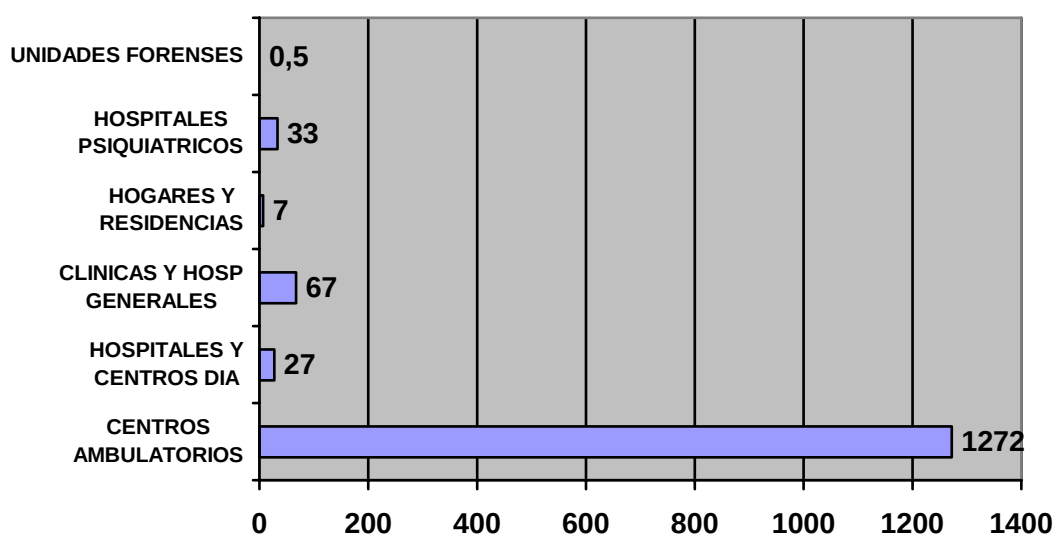


**Gráfico 2.4.2. Plazas en Dispositivos de Tipo
Residencial, Públicos y Privados**



La mayoría de los usuarios son tratados en forma ambulatoria, tanto en el sistema público como en el privado (tasa de 1.272 por 100.000). Los hospitales y centros de día tienen aún una baja tasa de usuarios (27 por 100.000) comparativamente con las clínicas privadas y los servicios de corta estadía en hospitales generales (67 por 100.000) y los hospitales psiquiátricos (33 por 100.000). La tasa de usuarios en hogares y residencias protegidas (7 por 100.000) y en unidades de psiquiatría forense (0,5 por 100.000) son muy bajas e insuficientes para las necesidades de la población.

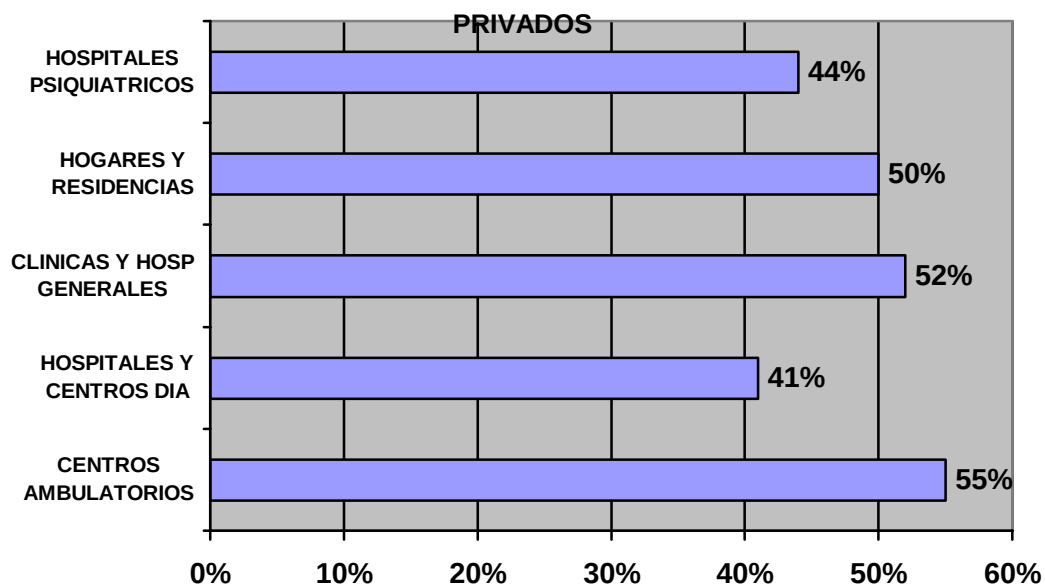
GRAFICO 2.5 - PERSONAS TRATADAS EN DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL PUBLICOS Y PRIVADOS
(tasa por 100.000 habitantes)



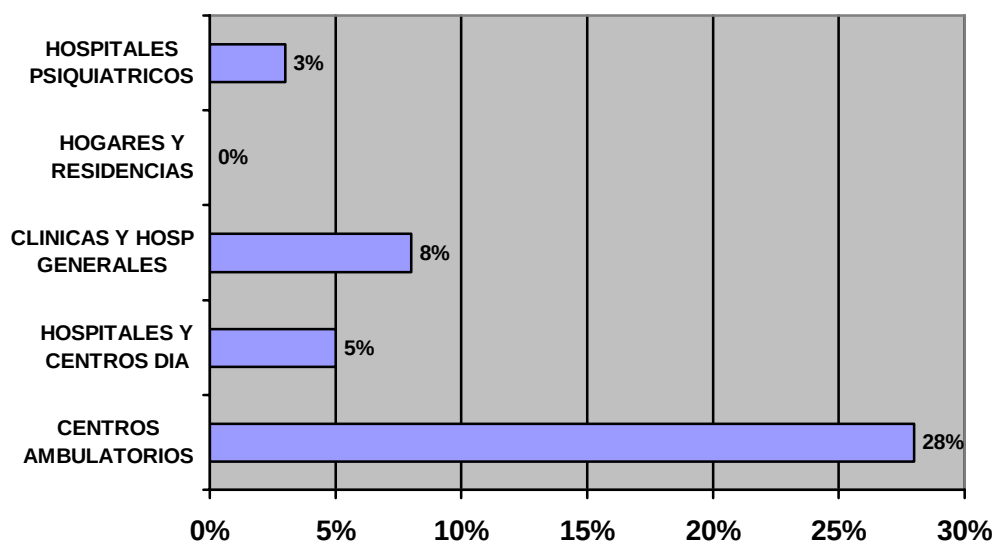
Las usuarias mujeres representan alrededor del 50% de la población que es tratada en los dispositivos de salud mental públicos y privados en Chile. Sin embargo, la proporción de mujeres es mayor al 50% en centros ambulatorios, clínicas privadas y en servicios de corta estadía en hospitales generales. Por el contrario, las mujeres representan una proporción menor entre los usuarios de hogares y residencias protegidas (50%), hospitales psiquiátricos (44%) y en hospitales y centros de días (41%).

Los menores de 18 años son tratados principalmente en forma ambulatoria, representando el 28% de las personas tratadas en este tipo de centros (gráfico 2.7), lo cual representa una proporción menor de lo que le corresponde a este grupo etario en la población general del país. El 8% de las personas hospitalizadas en clínicas privadas o servicios de corta estadía en hospitales generales son menores de 18 años, mientras que ellos solo representan el 3% de las personas hospitalizadas en hospitales psiquiátricos. La proporción de este grupo etario en hospitales y centros de día es muy baja (5%) y ausente en hogares y residencias protegidas.

**GRAFICO 2.6 - PORCENTAJE DE USUARIAS MUJERES
TRATADAS EN DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL PUBLICOS Y**



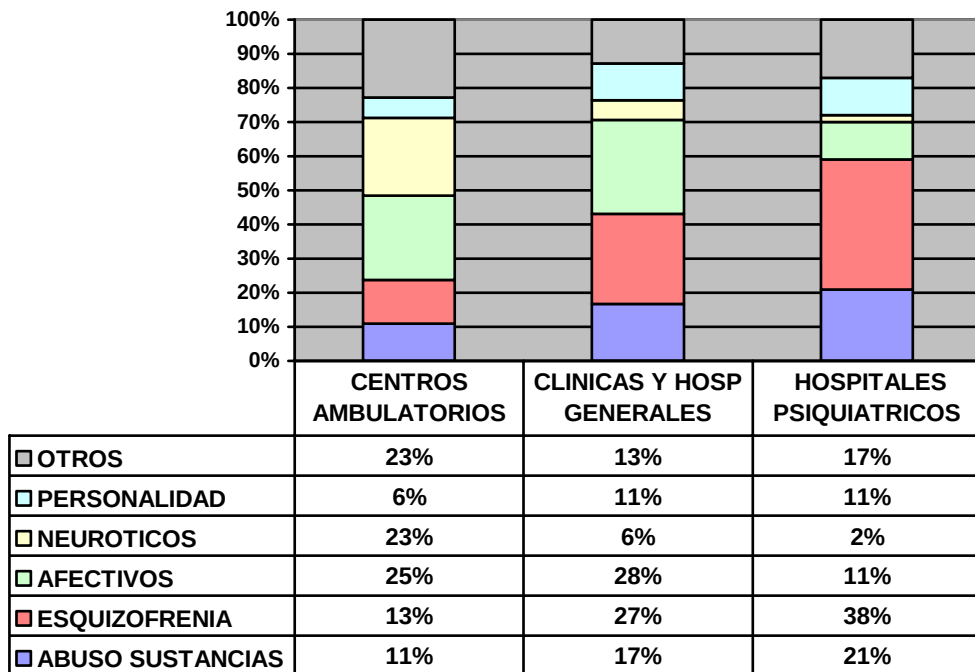
**GRAFICO 2.7 - PORCENTAJE DE MENORES DE 18 AÑOS
TRATADOS EN DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL
PUBLICOS Y PRIVADOS**



La distribución por diagnóstico varía según el tipo de dispositivo donde son tratadas las personas (gráfico 2.8). Los centros ambulatorios tratan un mayor porcentaje de personas

con trastornos afectivos (25%) y neuróticos (23%), mientras que las clínicas privadas y servicios de corta estadía en hospitales generales tratan una mayor proporción de personas con trastornos afectivos (28%) y esquizofrenia (27%) y los hospitales psiquiátricos un mayor porcentaje de personas con esquizofrenia (38%) y abuso de sustancias (24%).

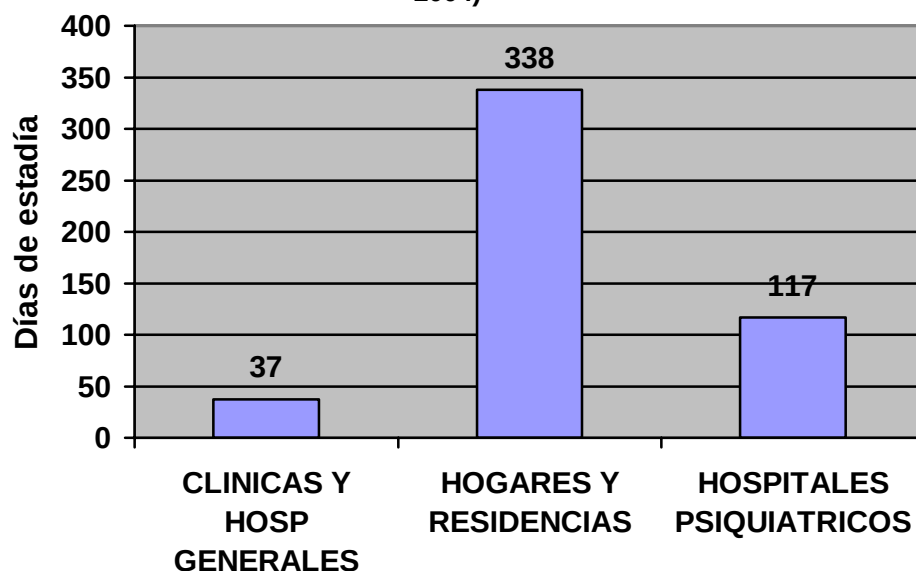
GRAFICO 2.8 - PERSONAS TRATADAS EN DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL PUBLICOS Y PRIVADOS SEGUN DIAGNOSTICOS



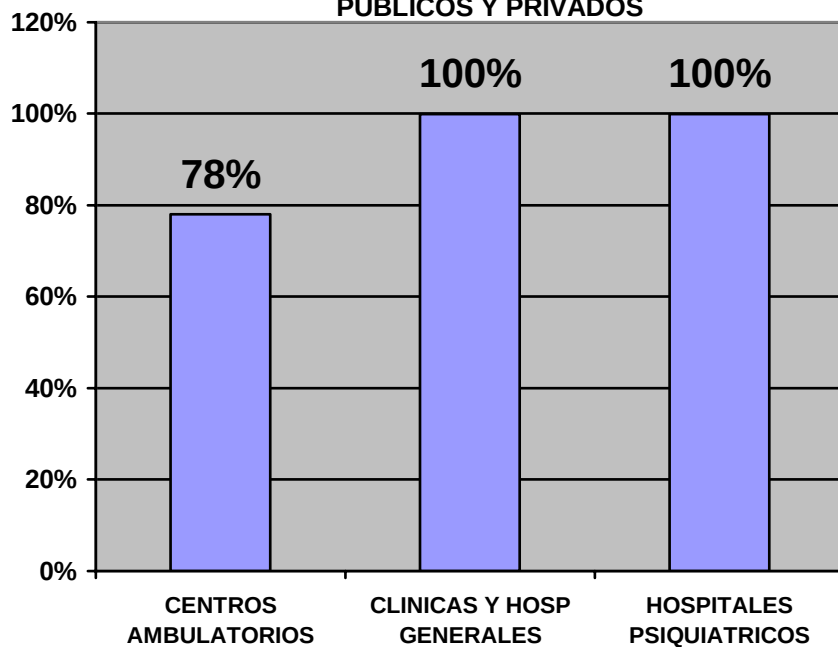
De acuerdo al gráfico 2.9, la mayor duración de días de estada promedio se observa en los hogares y residencias protegidas (338 días), siendo menor en los hospitales psiquiátricos (117 días), donde se combinan servicios de corta, mediana y larga estadía, y aún menor en las clínicas privadas y servicios de corta estadía en hospitales generales, donde la inmensa mayoría son camas de corta estadía.

El 100% de los centros de hospitalización disponen de una variedad adecuada de medicamentos psicotrópicos, mientras que solo el 78% de los centros ambulatorios se encuentran en esa condición (gráfico 2.9).

**GRAFICO 2.9 - DURACION DE ESTADIA EN DISPOSITIVOS
DE TIPO RESIDENCIAL (PROMEDIO DE DIAS EN EL AÑO
2004)**



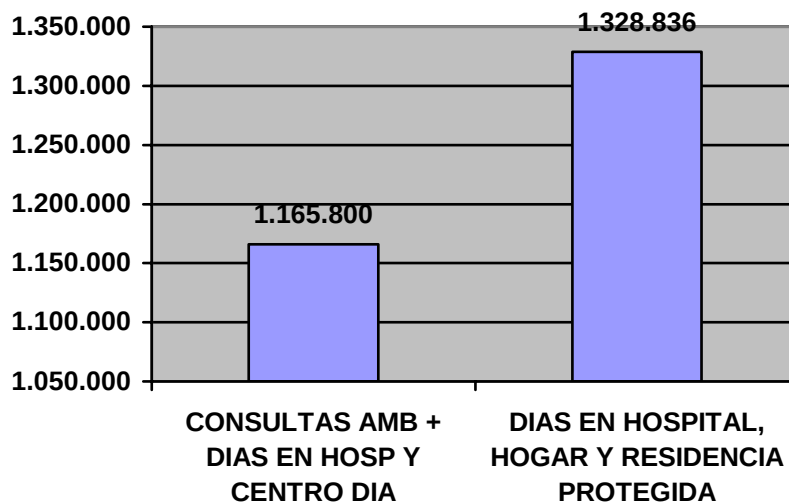
**GRAFICO 2.10 - DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS
PSICOTROPICOS EN DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL
PUBLICOS Y PRIVADOS**



El número de días correspondientes a hospitalización total (corta, mediana o larga estadía) más el número de días en hogares y residencias protegidas (1.328.836 días) es superior al número de consultas ambulatorias más el número de días en hospitales y centros de día

(1.165.800 consultas y días). La razón de prestaciones (ambulatorio+diurno)/(hospitalización+hogar protegido+residencia protegida), la cual es utilizada por la OMS como un indicador de tratamiento comunitario, es de 1/1,14.

GRAFICO 2.11 N° DE DIAS EN HOSPITAL, HOGARES Y RESIDENCIAS PROTEGIDAS EN COMPARACIÓN CON N° CONSULTAS AMBULATORIAS + DIAS EN HOSPITALES Y CENTROS DIA, AÑO 2004

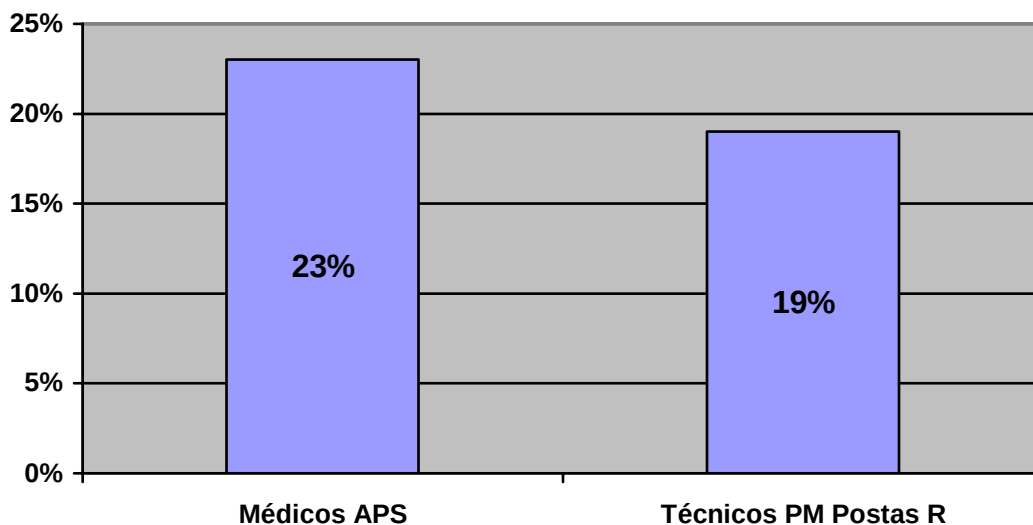


Area 3: Salud Mental en Atención Primaria de Salud

Formación en salud mental para personal de atención primaria

Solamente el 2% de la malla curricular de los estudiantes de medicina está dedicada a salud mental, en comparación con 5% en Enfermería y 3% en los centros de formación de Técnicos Paramédicos. Por otra parte, el 23% de los médicos de atención primaria recibieron alguna capacitación en salud mental, con una duración de 2 o más días, durante el año 2004, mientras que el 19% de los técnicos paramédicos de postas rurales recibieron una capacitación de esa duración (ver gráfico 3.1).

**GRAFICO 3.1 - % DE MEDICOS DE APS Y TECNICOS
PARAMEDICOS DE POSTAS RURALES CON AL MENOS 2 DIAS
DE CAPACITACION EN SALUD MENTAL EN EL AÑO 2004**



Inserción de Salud Mental en Atención Primaria

La tabla 3.1 muestra que más del 75% de los centros de atención primaria han incorporado psicólogos a sus equipos. Sin embargo, el número de psicólogos es aún muy bajo, con promedio de 1 a 2 por centro y con solo 1 psicólogo por cada 3 a 5 médicos, y además los psicólogos tienen en su mayoría horarios parciales (promedio de 25% a 30 hrs. a la semana). Tal como se muestra en el gráfico 1.3, el porcentaje de médicos que recibieron capacitación en salud mental durante el 2004, con un mínimo de 2 días, es bajo (15% a 35%), pero el porcentaje de centros con algún médico capacitado supera el 56%. Las normas de salud mental, en particular las de tratamiento de la depresión han sido ampliamente difundidas a los centros de APS (75% a 96%, promedio 89%).

En la misma tabla 3.1, se aprecia que la mayoría de los centros APS (70% a 85%) tienen interacciones, al menos una vez al mes, con profesionales del nivel de especialidad de salud mental y psiquiatría, especialmente en la forma de consultorías realizadas en los mismo centros APS, aunque el porcentaje de médicos que participan en ellas es relativamente bajo (24% a 58%). Por otra parte, la mayoría de los médicos solicita regularmente interconsultas a psiquiatras. En una baja proporción de los centros APS se ha incorporado el trabajo con organizaciones de usuarios y familiares y con medicina tradicional o alternativa.

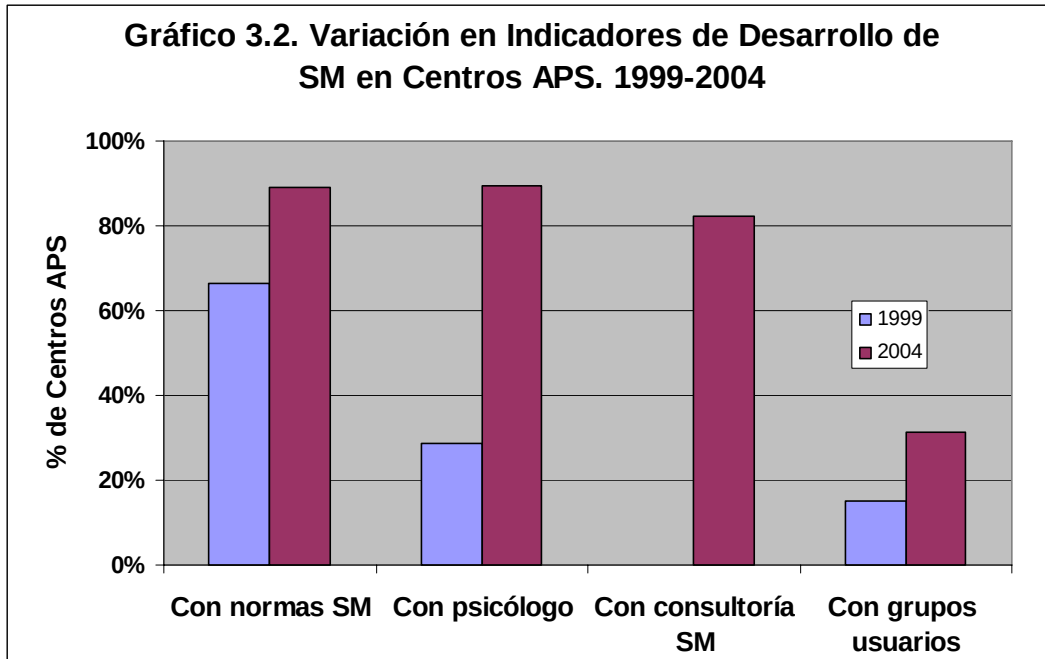
De acuerdo a los indicadores disponibles en este estudio (tabla 3.1), es en los CESFAM (centros de salud familiar) donde las actividades de salud mental han logrado una mayor inserción y con una mayor participación comunitaria. Casi el 90% de los CESFAM han incorporado psicólogos, en un número promedio mayor por centro (2,2) y con una

jornada de trabajo más larga (promedio de 31,2 horas a la semana). Las proporciones de médicos capacitados en salud mental (35%), que participan en interacciones regulares con profesionales de salud mental y psiquiatría (58,4%) y que refieren usuarios a psiquiatras (84,4%) son también más altas en los CESFAM que en los otros centros APS. Además, un porcentaje más alto de CESFAM realiza actividades con organizaciones de usuarios (42,7%) y familiares (25,3%) y con medicina tradicional o alternativa (24%). En contraposición, es en los CAAP donde las actividades de salud mental han logrado un menor desarrollo.

TABLA 3.1. INDICADORES RED SALUD MENTAL APS 2004

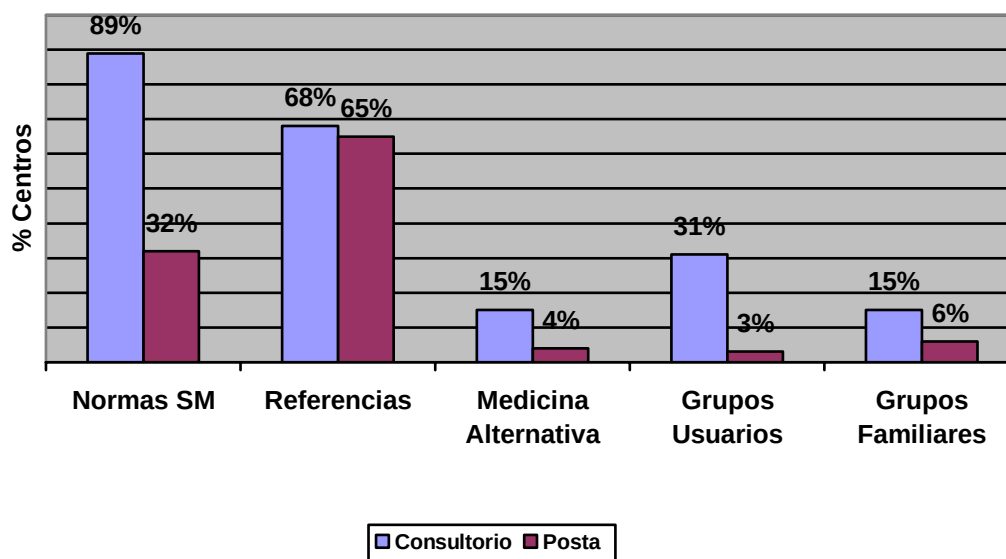
	CESFAM	CGU	CGR	CAAP
N° RESPUESTAS	75	147	110	69
% DE CENTROS CON 1 o más PSICOLOGOS	89,5%	95,9%	82,7%	76,5%
N° PROMEDIO DE PSICOLOGOS POR CENTRO	2,2	1,88	1,23	1,29
PROMEDIO DE HORAS/SEM POR PSICOLOGO	31,2	28,0	24,2	27,2
N° PROMEDIO DE MEDICOS POR CADA PSICÓLOGO	3,2	3,7	2,8	5,1
% MEDICOS APS CAPACITADOS EN SALUD MENTAL	35,0%	19,7%	24,9%	14,8%
% DE CENTROS CON 1 o más MEDICOS CAPACITADOS	66,8%	68,7%	56,4%	69,6%
% DE CENTROS CON NORMAS DE SALUD MENTAL	96,0%	94,6%	85,5%	75,0%
% CENTROS C/ INTERACCION PROFESIONAL SM/MES	82,3%	85,7%	70,9%	82,6%
% MEDICOS C/INTERACCION PROFESIONAL SM/MES	58,4%	29,5%	34,3%	24,6%
% MEDICOS CON 1 o más REFERENCIAS/MES A SM	84,4%	65,5%	71,9%	53,1%
% CENTROS C/ACTIVIDADES MEDICINA ALTERNATIVA	24,0%	15,6%	12,7%	7,2%
% CENTROS C/ORGANIZACIONES USUARIOS SM	42,7%	34,0%	20,0%	30,4%
% CENTROS C/ORGANIZACIONES FAMILIARES SM	25,3%	11,6%	10,9%	17,4%
CESFAM: centro de salud familiar, CGU: consultorio general urbano, CGR: consultorio general rural, CAAP: consultorio adosado de atención primaria (hospitales tipos 3 y 4)				

Los primeros desarrollos en la atención de salud mental en APS se iniciaron en Chile con el primer Plan Nacional de Salud Mental del año 1993, pero solo es a partir del año 2000, con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que se logra una masificación de recursos y actividades a la mayoría de los centros APS. Esto es ilustrado en el gráfico 3.2 con aquellos indicadores para los que se disponía alguna información del año 1999.



El gráfico 3.3 muestra que las Postas Rurales, aunque tienen un nivel de referencias de salud mental similares a los Consultorios APS (65 y 68% de centros con referencias de salud mental), solo una fracción pequeña de ellas disponen de normas de salud mental (32%) y un porcentaje aún menor realiza algunas actividades de medicina tradicional o alternativa (4%) y actividades con grupos de usuarios (3%) o de familiares (6%).

GRAFICO 3.3 - COMPARACION DE POSTAS RURALES CON CONSULTORIOS APS EN ACCIONES DE SALUD MENTAL (2004)



Disponibilidad de Medicamentos Psicotrópicos en Centros APS

En Chile, los medicamentos psicotrópicos son prescritos en APS por los médicos generales y las enfermeras y técnicos paramédicos supervisan a los usuarios en el uso de ellos. Las postas rurales están a cargo de técnicos paramédicos y reciben generalmente la visita de un médico y otros profesionales de salud una vez a la semana. Durante estas visitas, los médicos entre múltiples otras acciones también prescriben medicamentos psicotrópicos, los que son supervisados el resto de la semana por los técnicos paramédicos.

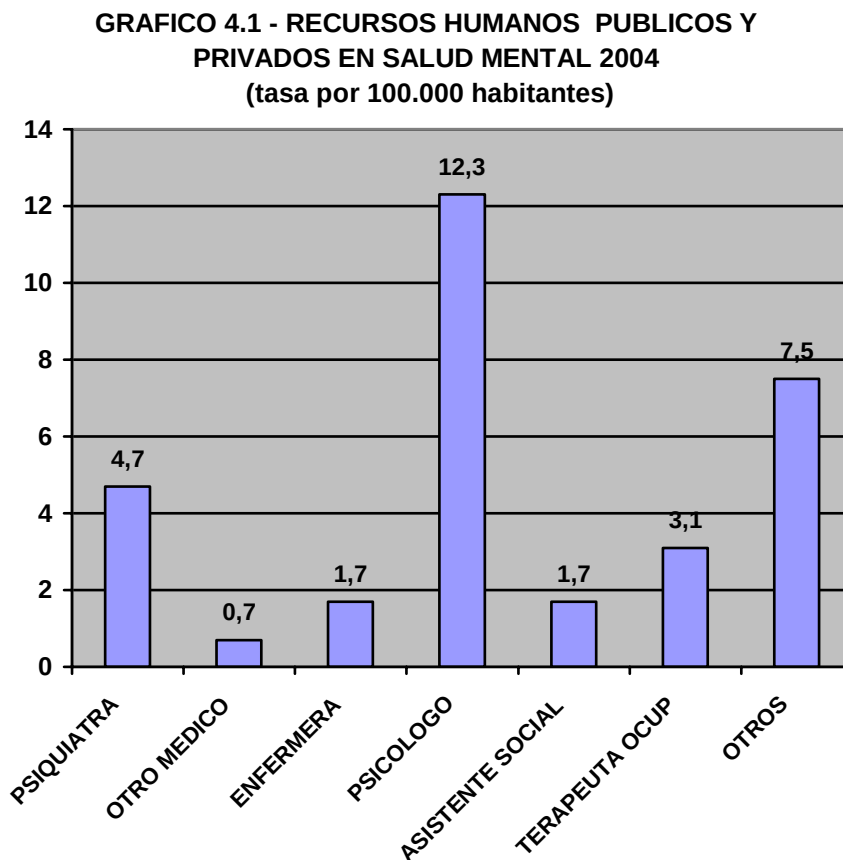
Más del 80% de los CESFAM, CGU, CGR y CAAP disponen al menos de un medicamento psicotrópico de cada una de las categorías terapéuticas (antidepresivo, antipsicótico, ansiolítico, estabilizador del ánimo y antiepiléptico), mientras que solo el 63% de las Postas Rurales tiene esta disponibilidad (ver tabla 3.2).

Tabla 3.2. Disponibilidad de Medicamentos Psicotrópicos en Centros APS 2004	
Tipo de Centro	% de Centros con M. Psicotrópicos
CESFAM	85%
CGU	80%
CGR	84%
CAAP	90%
Posta Rural	63%

Area 4: Recursos Humanos

Número de recursos humanos en salud mental

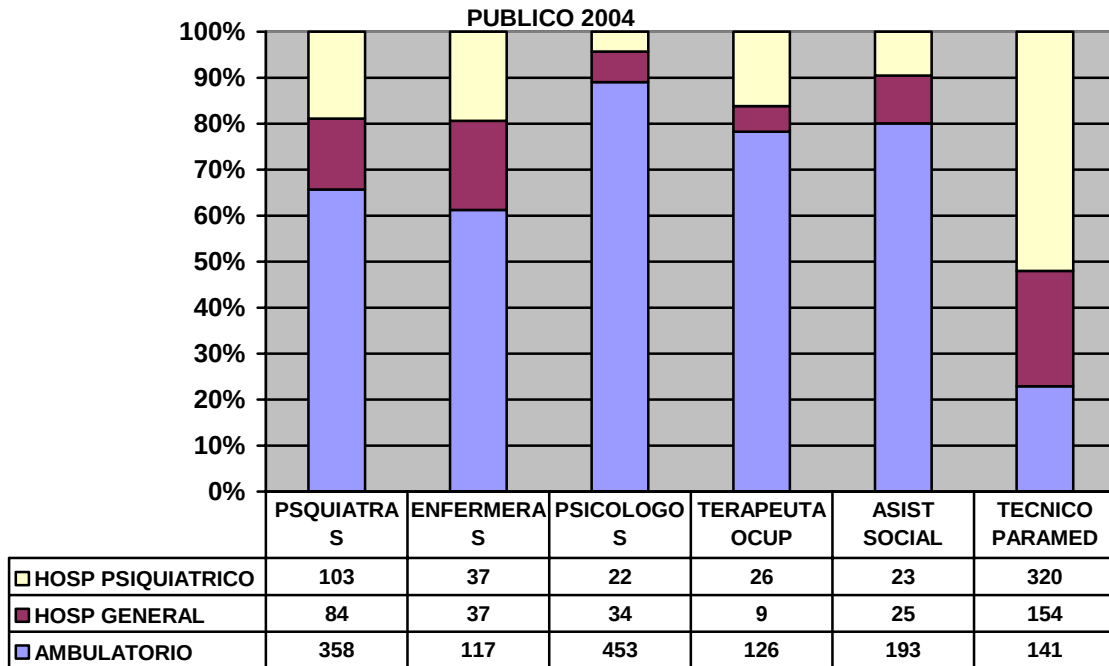
El número total de recursos humanos dedicados a salud mental y psiquiatría en Chile, tanto en dispositivos públicos y privados, se estima en 32 por 100,000 habitantes. Las tasas de las diferentes profesiones se muestran en el gráfico 4.1, donde se destaca la alta tasa de psicólogos (12,3 por 100.000 habitantes) y la muy baja de enfermeras y asistentes sociales (1,7 para cada una de estas profesiones). En la categoría otros (7,5 por 100.000), la mayoría corresponde a técnicos paramédicos y en menor proporción a otras profesiones.



De acuerdo a la información recibida de las organizaciones de profesionales y a la opinión de expertos, se estima que alrededor del 75% de los psiquiatras trabajan tanto en el sector público como el privado y el resto exclusivamente en el sector privado. Poco más del 60% de los psicólogos, asistentes sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales trabajan exclusivamente en dispositivos de salud mental públicos, alrededor del 20% lo hace en el sector privado y el resto trabaja en ambos sectores.

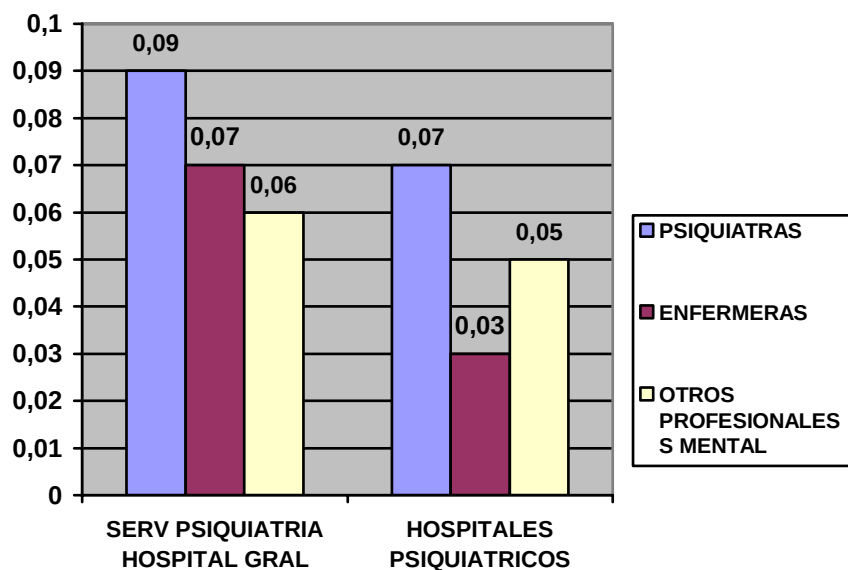
La gran mayoría de los profesionales de salud mental del sector público trabajan en dispositivos ambulatorios, ya sea en COSAM, CDT, CRS, CAE, hospital de día o centro diurno (gráfico 4.2). Esto es especialmente más notorio en psicólogos (88%), terapeutas ocupacionales (78%) y asistentes sociales (80%). El 34% de los psiquiatras y el 38% de las enfermeras trabajan en hospitales psiquiátricos y generales. Sobre el 50% de los técnicos paramédicos de salud mental trabajan en hospitales psiquiátricos y muy pocos de ellos se han incorporado a hospitales generales (25%) y a dispositivos ambulatorios (23%).

GRAFICO 4.2 - DISTRIBUCION DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD MENTAL ENTRE CENTROS AMBULATORIOS Y HOSPITALARIOS DEL SECTOR



En el gráfico 4.3 se puede apreciar que las tasas de psiquiatras, enfermeras y otros profesionales de salud mental por cama son más altas en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales que en los hospitales psiquiátricos.

GRAFICO 4.3 - TASA DE RECURSOS HUMANOS POR CAMA (N° RRHH/N° CAMAS) 2004



La distribución de recursos humanos entre áreas urbanas y rurales es levemente inequitativa, con una relación de 1,4/1 para psiquiatras y de 1,1/1 para enfermeras de salud mental entre la Región Metropolitana y el resto de las regiones del país.

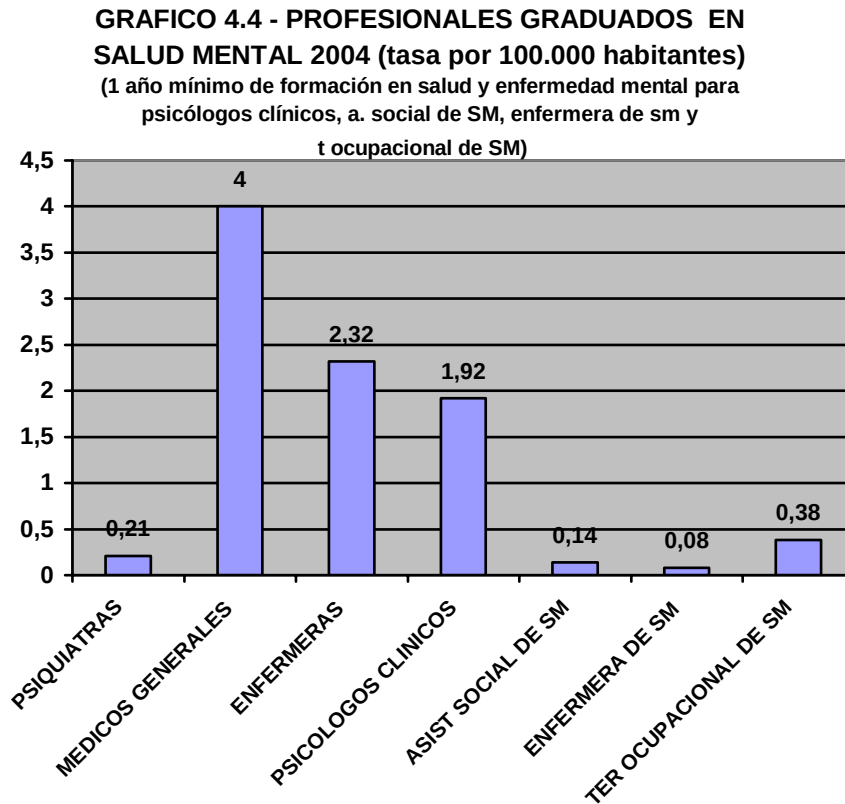
Formación y capacitación de profesionales en salud mental

La cantidad de profesionales graduados en instituciones docentes en el 2004 es la siguiente (tasa por 100.000 habitantes): 0.21 psiquiatras, 4.0 médicos generales, 2.32 enfermeros y los siguientes profesionales con por lo menos un año de experiencia en salud mental: 0.08 enfermeros, 1.92 psicólogos y 0.14 trabajadores sociales y 0.38 terapeutas ocupacionales.

Existe una desproporción importante en el número de los distintos profesionales de salud mental que se están formando en Chile (gráfico 4.4). No existiendo programas regulares de formación de pre o postgrado en salud mental para enfermeras y asistentes sociales, el número de estos profesionales que se están formando es completamente insuficiente para las necesidades de la población. Si bien los psiquiatras tienen un programa estructurado de formación y certificación de 3 años de duración, el número que egresa al año es bajo, especialmente en psiquiatría infantojuvenil. Menos del 5% de los psiquiatras emigran a otros países en los primeros 5 años después de su graduación.

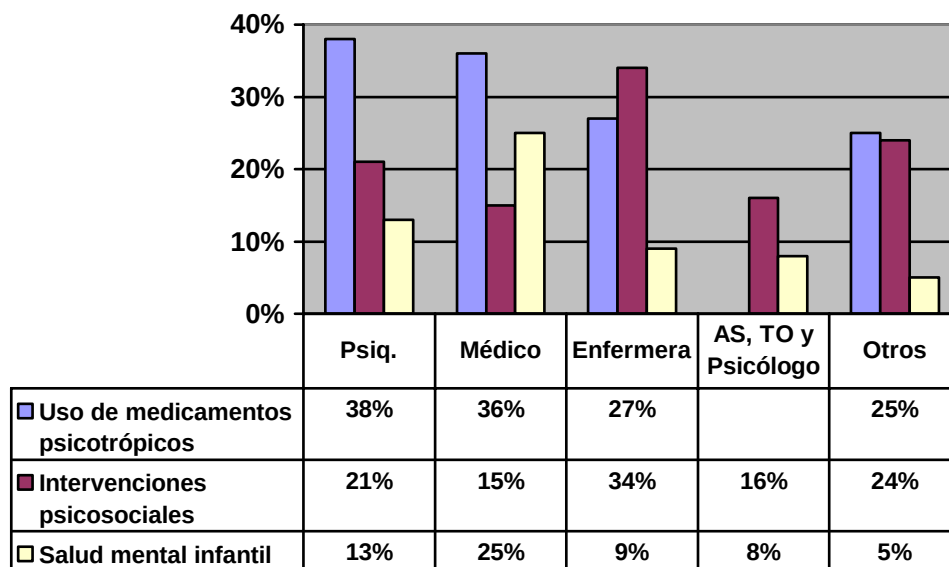
Los terapeutas ocupacionales tienen un número de egresados anuales creciente, los cuales además reciben en pregrado una formación de salud mental de al menos un año de duración. La oferta mayor es de psicólogos con distintos tipos de formación clínica de postgrado, especialmente en alguna escuela de psicoterapia, no necesariamente

respondiendo a las necesidades de los usuarios del sistema público de salud. El número de enfermeras generales que egresan al año es relativamente bajo en comparación con el número de médicos generales y ambas profesiones tienen una inserción curricular de pregrado en salud mental muy insuficiente (5% y 2% respectivamente).



En el gráfico 4.5 se muestra que los profesionales que trabajan en salud mental tienen un bajo acceso a instancias de capacitación y éstas se orientan en forma mayoritaria al uso de medicamentos psicotrópicos y para profesionales médicos (36 a 38% en un año). Salvo las enfermeras (34% en el 2004), los profesionales de salud mental tuvieron una baja participación en instancias de formación en intervenciones psicosociales (15 a 24%). El acceso a formación en salud mental infantil es aún menor, solo alcanzando una cifra mínima en médicos no especialistas (25%).

**GRAFICO 4.5 - PORCENTAJE DE RRHH DE SALUD MENTAL
CON UN MINIMO DE 2 DIAS DE CAPACITACION
EN EL AÑO 2004**



Psiqu. = psiquiatra; Médico = otros médicos no especializados en psiquiatría que trabajan en dispositivos de salud mental; AS = asistente social; TO = terapeuta ocupacional; Otros = otros profesionales/técnicos de salud mental .

Asociaciones de usuarios y familiares

Existen aproximadamente 8,000 usuarios que son miembros de asociaciones de usuarios, y un número similar de familiares que son miembros de asociaciones de familiares. Más del 50% de los grupos de usuarios se orientan principalmente a actividades de ayuda mutua para dependencia de alcohol y drogas.

El Estado provee algún apoyo económico tanto para asociaciones de usuarios como de familiares. Los dos tipos de agrupaciones han tenido la oportunidad de participar en la definición e implementación de algunas políticas, planes y proyectos legislativos de salud mental en los últimos 2 años. La mayoría de los dispositivos de salud mental interactúan con estos dos tipos de organizaciones. Además de los grupos de usuarios y familiares, existen unas pocas ONG en Chile (estimativamente menos de 10) que realizan apoyo individual a usuarios y familiares a través de consejería, grupos de apoyo, hogares de acogida y otras actividades.

Area 5: Educación de la Población y Trabajo con Otros Sectores

Campañas de sensibilización y educación sobre salud mental

No existe en Chile un organismo coordinador de campañas de salud mental. Algunas entidades del Estado (ej. Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, Servicio Nacional de la Mujer y Servicio Nacional de Menores) y sociedades científicas de profesionales (Sociedad de Psiquiatría y Asociación de Salud Mental) han realizado algunas campañas de sensibilización y educación en los últimos 5 años. Estas campañas se han dirigido principalmente a la población general, niños y mujeres, en relación a temas tales como estigma hacia personas con trastornos mentales, maltrato infantil y violencia doméstica contra la mujer.

Apoyo legislativo y financiero para personas con enfermedades mentales

En la actualidad, no existen disposiciones legislativas o financieras para obligar a los empleadores a contratar personas con discapacidad ni para protegerlos de discriminación en el medio laboral a causa de enfermedad mental. En relación a viviendas, existen solamente disposiciones financieras en el Seguro Público de Salud (FONASA) para proveer hogares y residencias protegidas para personas con discapacidad mental severa y que no cuentan con adecuado apoyo de sus familias.

Actividades intersectoriales

Se ha desarrollado trabajo colaborativo entre el Ministerio de Salud y varios organismos de otros sectores, tales como consejo de drogas ilícitas (CONACE), servicio nacional de menores (SENAME), servicio nacional de la mujer (SERNAM), ministerio de justicia, educación, vivienda y trabajo, fondo nacional de la discapacidad (FONADIS), justicia, servicio de prisiones y policía.

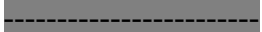
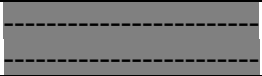
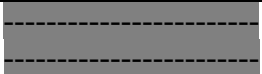
El 7% de las escuelas, públicas y privadas, de enseñanza básica y media cuentan con un psicólogo, ya sea a jornada parcial o total. Solamente unas pocas escuelas (menos del 20%) tienen actividades de promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales.

Se estima que el 2 a 5% de las personas en recintos de Gendarmería presentan psicosis y menos del 2% retardo mental. Menos del 20% de los recintos penitenciarios tienen al menos una persona al mes referida a algún profesional de salud mental. Menos del 20% de los policías, jueces y abogados han participado en actividades de capacitación sobre salud mental en los últimos 5 años.

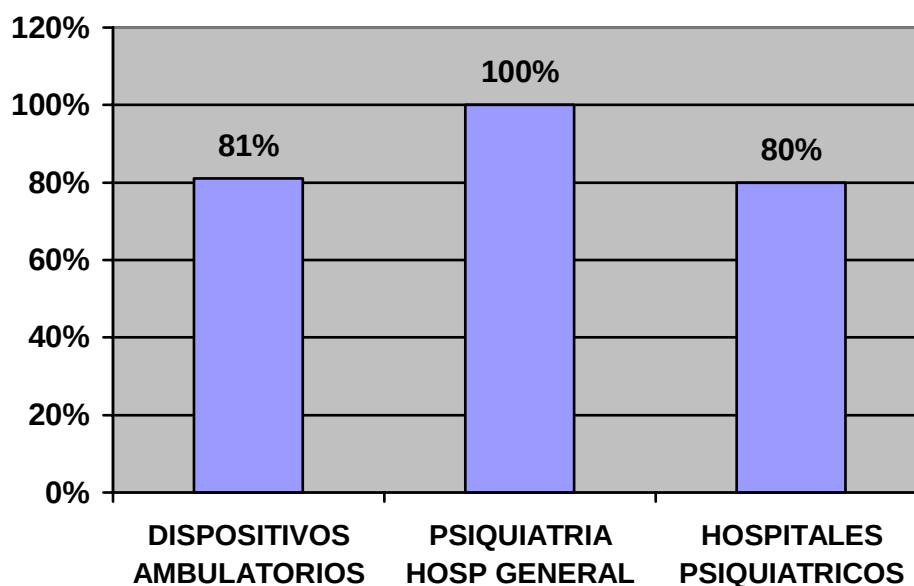
En relación a apoyo financiero para usuarios, la minoría de los dispositivos de salud mental (poco más del 20%) tienen programas fuera del dispositivo en los que existen ofertas de trabajo remunerado para usuarios con trastornos mentales severos. El 15% de las personas que reciben pensión asistencial lo hacen debido a discapacidad mental.

Area 6: Monitorea e Investigación

Existe un conjunto de datos que todos los dispositivos de salud mental públicos deben registrar en forma continua. Sin embargo, los dispositivos privados no están obligados a este tipo de registro y se dispone de muy poca información sobre ellos. Tal como se muestra en la tabla 6.1 y el gráfico 6.1, la forma que los distintos dispositivos de salud mental cumplen con el sistema de registro es variable.

Tabla 6.1 - Porcentaje de dispositivos de salud mental que registran y envían la información al nivel central			
	HOSPITALES PSIQUIATRICOS	PSIQUIATRIA HOSP GENERAL	DISPOSITIVOS AMBULATORIOS
N° de camas	100%	100%	
N° de personas tratadas	100%	100%	81%
N° de días de contacto con usuarios	100%	100%	81%
N° de ingresos involuntarios	60%	33%	
N° de usuarios con contención	0%	33%	
Diagnósticos	100%	41%	81%

**GRAFICO 6.1 - PORCENTAJES DE DISPOSITIVOS DE
SALUD MENTAL QUE ENVIAN INFORMACIÓN AL
MINISTERIO DE SALUD**



En relación a investigación, el 2% de todas las publicaciones científicas de salud en Chile se refieren a temas de salud mental. Las publicaciones se focalizan principalmente en estudios epidemiológicos en muestras comunitarias y clínicas, evaluaciones clínicas y con cuestionarios de trastornos mentales, intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas, y evaluación de servicios, programas, financiamiento y políticas.

Análisis de las Fortalezas y Debilidades del Sistema de Salud Mental en Chile

a) Principales Fortalezas:

El disponer de un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría desde el año 2000 ha sido una de las fortalezas más importantes para impulsar el desarrollo del sistema de salud mental en el sector público. Este plan incluye aspectos tanto de política de salud mental, definiendo los valores, principios y las principales áreas de acción, como de plan, estableciendo estrategias y metas, y de programa, entregando elementos y esquemas para que en los niveles locales desarrollen la red de servicios y realicen actividades para responder a los problemas prioritarios de salud mental. Este plan ha tenido un alto grado de aceptación entre los profesionales de salud mental del sector público y ha facilitado que las autoridades de Salud y Hacienda asignen fondos de expansión para mejorar los servicios de salud mental.

Otra de las fortalezas ha sido el desarrollo, a partir del año 2000, de redes de dispositivos de salud mental ambulatorios propendiendo hacia un modelo comunitario y ofreciendo una alternativa efectiva al modelo centrado en el hospital psiquiátrico. La distribución de fondos entre hospitales psiquiátricos y dispositivos ambulatorios y comunitarios ha variado significativamente entre los años 1999 y 2004, disminuyendo la proporción de fondos de los primeros desde 57 a 33% y aumentando la de los segundos desde 43 a 67%. Las distintas cifras que se muestran en esta evaluación muestran que entre los años 1999 y 2004 han aumentado los centros de atención primaria de salud con competencias para resolver problemas de salud mental y han aumentado el número de dispositivos y plazas de atención y cuidados especializados en salud mental y psiquiatría. Esto ha posibilitado que un número creciente de personas en Chile tengan acceso a atención de salud mental y psiquiatría y que esta atención sea cada vez de mayor calidad. Se ha mejorado así la oferta de intervenciones psicosociales y de medicamentos psicotrópicos, tanto en atención primaria como a nivel de especialidad. La mayoría de las personas pueden ahora ser tratadas en forma ambulatoria o en hospitales de día, y en caso de requerir admisión a un servicio de psiquiatría, esta se efectúa con mayor frecuencia en hospitales generales y por períodos de tiempo relativamente breves (promedio de 20 días).

Las redes de salud mental y psiquiatría han incorporado en forma creciente el trabajo con grupos de usuarios, especialmente en el área de la autoayuda. El trabajo de los equipos de salud es complementado por una serie de organizaciones que abordan diversos problemas, tales como dependencia de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar contra mujeres, depresión, trastornos bipolares, esquizofrenia y otros trastornos mentales severos asociados a discapacidad.

En forma conjunta han aumentado el número de organizaciones de familiares que trabajan asociadas con los distintos dispositivos de atención primaria y de salud mental y que se dedican a labores de educación de sus miembros, apoyo mutuo, sensibilización de la comunidad y demandas por mejoras en los servicios. Un número importante de estos grupos se han transformado también en proveedores de servicios de salud mental comunitaria, especialmente de hogares protegidos, centros diurnos y trabajos protegidos.

b) Principales Debilidades

Uno de los vacíos más importantes en el desarrollo que ha tenido el sistema de salud mental en Chile es la ausencia de legislación que proteja adecuadamente los derechos humanos de las personas con enfermedad o discapacidad mental. Si bien en el año 2001 entró en vigencia un nuevo reglamento que resguarda algunos derechos durante la hospitalización en servicios de psiquiatría y se conformaron comisiones de protección de las personas con enfermedad mental, el reglamento no responde en plenitud a los estándares de la legislación internacional y tiene muchas limitaciones al no existir una legislación específica al respecto.

Es así como no existe en Chile un organismo de revisión independiente del sistema público de salud, que sea capaz de hacer cumplir legislación sobre aspectos tan cruciales como los tratamientos y hospitalizaciones involuntarias, ni tampoco mecanismos para

que los usuarios dispongan de asesoría legal y puedan presentar apelaciones sobre las medidas tomadas contra su voluntad. Solamente el 20% de los establecimientos de hospitalización de personas con enfermedad mental recibió alguna visita de supervisión externa para resguardar el respeto a los derechos humanos de sus usuarios durante el año 2004.

Por otra parte, tampoco existe legislación que proteja a las personas con enfermedad o discapacidad mental de discriminación en el trabajo, en el estudio o en otros aspectos del proceso de integración social, ni menos legislación que favorezca la integración al trabajo y estudio o el acceso a casas con subsidios especiales.

Otra de las debilidades, es el hecho que el presupuesto asignado a salud mental en el sistema público es aún insuficiente para la implementación plena del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. El disponer de solamente el 2,14% del presupuesto de salud para salud mental en el año 2004 pone a Chile por debajo de varios países de la región, a pesar del mayor desarrollo económico que ha tenido nuestro país en los últimos años. De continuar la misma tasa de crecimiento del presupuesto de salud mental no se cumplirá la meta del Plan de llegar al 5% del presupuesto de salud en el año 2010.

La brecha de financiamiento del Plan Nacional ha significado que algunos de los problemas de salud mental que establece como prioridades no hayan podido ser desarrollados adecuadamente. Es así como en la presente evaluación, por ejemplo, se ven cifras que demuestran que los servicios de salud mental para niños y adolescentes tienen un grado de implementación inferior al de los de adultos y que el número de prestaciones ambulatorias y comunitarias es aún menor que el número de días en hospitales y hogares y residencias protegidas.

La formación de profesionales en salud mental es otro aspecto débil en Chile. A pesar de la alta prevalencia de desórdenes mentales, las mallas curriculares de pregrado de las profesiones de salud solo dedican entre el 2 a 5% del tiempo a salud mental. Los profesionales de atención primaria, a su vez, tienen un bajo acceso a capacitación en este tema, y no existen programas sistemáticos y continuos en el tiempo de formación de postgrado en salud mental para enfermeras y asistentes sociales.

Finalmente, también es una debilidad el bajo involucramiento de otros sectores fuera de salud en actividades de salud mental o a favor de las personas con enfermedad o discapacidad mental. Por ejemplo, solamente unas pocas escuelas cuentan con psicólogo en su planta profesional y pocas desarrollan actividades de promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales. Programas que faciliten que las personas con discapacidad mental accedan a trabajos remunerados son casi inexistentes. Muy pocas personas en los recintos penitenciarios tienen acceso a servicios de salud mental. No existen programas que apoyen a las personas con discapacidad a obtener viviendas.

Análisis de Obstaculizadores y Facilitadores para el Desarrollo del Sistema de Salud Mental

a) Principales Obstaculizadores

El estigma hacia las personas con enfermedades y discapacidades mentales es muy fuerte en Chile. Las personas con estos trastornos son habitualmente consideradas incompetentes, incapaces de cuidar de sí mismas y de manejar sus asuntos personales y potencialmente violentas. Los medios de comunicación refuerzan esta visión y con frecuencia muestran noticias de personas supuestamente con esquizofrenia (rotulándolos como “esquizofrénicos”) que han cometido actos violentos u homicidios. Estas formas de estigma son generalmente compartidas por los técnicos y profesionales de salud y de salud mental. Este estigma contribuye a que las personas con enfermedades mentales sean discriminadas negativamente tanto en los establecimientos de salud como en la sociedad en general.

En Chile, los movimientos que defienden los derechos humanos de poblaciones discriminadas por diversas razones han tenido un insuficiente desarrollo. La historia de lucha por el respeto de derechos humanos ha estado muy marcada por las agrupaciones que han denunciado las violaciones ocurridas durante la dictadura militar entre los años 1973 y 1990 y la lucha que ellas continúan en búsqueda de verdad, justicia y reparación. La conciencia sobre la vulnerabilidad y frecuente trasgresión de los derechos humanos de personas con enfermedad y discapacidad mental se encuentra limitada a escasos sectores de la sociedad, y la lucha contra la discriminación que sufren estas personas aún es incipiente.

Existe un número no despreciable de profesionales de salud mental, especialmente psiquiatras y funcionarios de hospitales psiquiátricos, aunque también de algunos hospitales generales, que se oponen parcial o totalmente al modelo comunitario que se está implementando en el país. La mayoría de ellos han sido formados en dichos hospitales y tienen dificultades en comprender la forma de funcionamiento de los nuevos dispositivos, tales como los hospitales de día y los centros de salud mental comunitarios.

Lo señalado en el párrafo anterior se relaciona también con las deficiencias de formación de pre y post grado en salud mental para las profesiones de salud descritas en la sección de debilidades de este documento. Las deficiencias no son solo en términos cuantitativos (pocas horas dedicadas a salud mental en las mallas curriculares y pocos profesionales formados en salud mental), sino también en términos cualitativos, con insuficiente desarrollo teórico y práctico en el modelo comunitario propuesto por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en la mayoría de los centros universitarios.

b) Principales Facilitadores

La Reforma de Salud iniciada en Chile en el año 2005 está incluyendo gradualmente en las garantías explícitas las prioridades de salud mental definidas en el Plan Nacional. En

el año 2005 se incorporó el tratamiento de la esquizofrenia desde el primer episodio, en el 2006 se incorporará el tratamiento de la depresión para mayores de 15 años y en el 2007 es altamente probable que se incluya el tratamiento de adolescentes con consumo perjudicial y dependencia a alcohol y drogas. Esto significa que las personas con estos trastornos tienen, tanto en el seguro público como en los privados, garantías de acceso, calidad de atención y protección financiera. Significa también que una proporción mayor de recursos están siendo asignada a los servicios de salud mental públicos y privados, favoreciendo la paridad con los servicios de salud física, y que estos recursos se deben orientar a reforzar el modelo comunitario.

Dos proyectos de ley están siendo analizados en el Congreso, los cuales abordan indirectamente la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad y discapacidad mental. Uno es sobre los derechos y deberes de las personas en salud y el otro sobre la inclusión social de las personas con discapacidad. Ambas leyes constituyen una gran oportunidad para incorporar contenidos específicos que contribuyan a proteger la especial vulnerabilidad que presentan estas personas en su relación con los servicios de salud y con la sociedad en general.

Algunos centros universitarios, tales como el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción y la Escuela de Salud Pública, la Clínica Universitaria y la Sede Oriente del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Chile, han realizado en forma creciente investigaciones en diferentes aspectos de salud pública en salud mental. Esto ha permitido que el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud del país dispongan de información útil, facilitando la toma de decisiones en políticas, planes y programas, a través de estudios epidemiológicos sobre trastornos mentales, estudios pilotos de nuevas intervenciones ambulatorias y comunitarias, evaluaciones de programas nacionales y locales y colaboración de sus profesores e investigadores a la formulación de modelos de intervención y regulación.

Comparación del Sistema Chileno de Salud Mental con el de Otros Países

Chile se encuentra en el grupo del 73% de los países de América que tienen una Política de Salud Mental y en el grupo del 77% de los países de la Región que tienen un Programa Nacional de Salud Mental. Chile, al igual que el 77% de los países del mundo con un ingreso medio alto, ha implementado servicios de atención y cuidados comunitarios. Sin embargo, Chile se encuentra entre el pequeño porcentaje de países del mundo (22%) que no han sido capaces de formular una ley de salud mental.

En relación al 2,14% del presupuesto de salud pública asignado a salud mental, Chile se ubica bajo varios países Latino Americanos, tales como Uruguay (8%), Costa Rica (8%), Cuba (5%) y Brasil (2.5%). Este bajo presupuesto proporcional determina que varios indicadores de recursos de salud mental de Chile se encuentren por debajo del promedio para la Región de América, especialmente en el caso de camas de hospitalización de psiquiatría (18 por 100.000 habitantes en Chile y promedio 26 para América), enfermeras

de salud mental (1,7 en Chile comparado con 12,97 en América) y asistentes sociales (1,7 comparado con 11,58).

Desafíos que Emanan de la Evaluación de Servicios de Salud Mental WHO-AIMS en Chile.

1. Mejorar Debilidades en la Formulación e Implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000 Detectadas con WHO-AIMS

Si tomamos como estándar el módulo OMS sobre Políticas, Planes y Programas de Salud Mental, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 (formulado antes que existiera el módulo OMS) presenta 4 grandes vacíos en su formulación: Legislación y DDHH, RRHH y Capacitación, Sistema de Información e Investigación y Evaluación. Se requiere formular propuestas en estas 4 áreas a la brevedad posible.

La evaluación efectuada muestra un avance considerable en casi todos los indicadores relacionados con la implementación del Plan Nacional para los cuales se disponía información del año 1999. Sin embargo, algunos indicadores de atención ambulatoria que se midieron por primera vez muestran cifras muy deficitarias, que requieren intervenciones específicas para mejorarlas en los próximos años. Entre estos indicadores destacan: tiempo de espera para primera consulta psiquiátrica, N° promedio de atenciones por persona al año, % de personas con intervenciones psicosociales y % de centros con actividades con grupos de usuarios.

2. Desarrollar Centros de Salud Mental Comunitarios como la Alternativa Principal de Atención Ambulatoria

La situación de mayor descentralización y cercanía a la gente, la mayor integración con las organizaciones y actividades comunales, el mejor conocimiento de la realidad socioeconómica y cultural y las mayores facilidades de articulación con los centros de atención primaria, hacen de los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) establecimientos en situación privilegiada para la atención especializada de salud mental y psiquiatría y para transformarse en uno de los ejes principales en el desarrollo del modelo comunitario.

Algunos de los resultados encontrados en la presente evaluación apuntan en esta dirección: menor tiempo de espera para la primera atención psiquiátrica (24 días), porcentaje más alto de intervenciones psicosociales (en el 67,4% de los usuarios), porcentaje más alto de intervenciones comunitarias (en el 91,7%) de los centros) y porcentaje alto de trabajo con grupos de usuarios y familiares.

Para cumplir adecuadamente sus funciones requieren de algunas reformulaciones conceptuales, consolidando su identidad como establecimientos de salud, y particularmente de salud mental, y reforzando sus recursos operacionales (especialmente en fármacos) y humanos (especialmente con psiquiatras y enfermeras).

3. Formular una Política Nacional de Salud Mental Infanto Juvenil

Esta evaluación WHO-AIMS ha permitido visualizar mejor y en forma cuantitativa algunas de las deficiencias existentes en el área de los servicios y programas de Salud Mental Infantil.

Algunas de las deficiencias que se deberían abordar en una Política para esta población son: existencia de centros ambulatorios de salud mental que no atienden niños y adolescentes (30%), escaso número de centros ambulatorios dedicados a este grupo etario (13 %), bajo porcentaje de niños y adolescentes que son atendidos en centros ambulatorios (28%), existencia en todo el país de solamente 2 hospitales de día para adolescentes y 1 servicio de corta estadía para niños y adolescentes.

La política debería abordar también los aspectos promocionales y preventivos de la salud mental a nivel escolar. En esta evaluación se mostró que solo el 7% de las escuelas en Chile cuentan con algunas horas de psicólogo y que menos del 20% de ellas realizan acciones de promoción de la salud mental.

4. Utilizar Resultados WHO-AIMS 2004 como Línea Base para Monitorear el Impacto de la Reforma de Salud en el Sistema de Salud Mental

Al iniciarse las Garantías Explícitas en Salud (GES) en Julio del 2005, incorporando en forma progresiva el tratamiento de depresión en Julio del 2006, de problemas de alcohol y drogas en el 2007 y posiblemente de otros trastornos mentales, varios de los indicadores WHO-AIMS recogidos para el año 2004 pueden servir como línea base de accesibilidad y calidad de atención para ser monitoreados en los años sucesivos.

Entre los indicadores de atención primaria de salud se pueden destacar: % de centros APS con psicólogos, N° promedio de psicólogos por centro, % médicos APS con capacitación en salud mental (mínimo 2 días) en el último año, % de médicos que tienen al menos una interacción al mes con especialistas de salud mental y psiquiatría, % de centros APS que disponen de normas y guías clínicas de salud mental y % de centros que trabajan con grupos de usuarios de salud mental.

A su vez, a nivel de la atención de especialidad en salud mental y psiquiatría se podrían utilizar indicadores tales como: % de mujeres en tratamiento ambulatorio, % de niños y adolescentes en tratamiento ambulatorio, N° promedio de atenciones por persona al año, % de personas con intervenciones psicosociales, % de centros con actividades con grupos de usuarios, % de personas en tratamiento ambulatorio con los diagnósticos incorporados a las garantías explícitas (GES) y razón entre prestaciones ambulatorias y diurnas y prestaciones en hospitalizaciones y en hogares y residencias protegidas.

5. Incorporar Disposiciones que Resguarden los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades y Discapacidades Mentales en la Legislación Chilena

Los avances alcanzados con el Plan Nacional de Salud Mental, en la provisión de servicios y en el desarrollo de una red ambulatoria y comunitaria, pierden efectividad al dejar a las personas con enfermedades y discapacidades mentales desprovistas de protección de sus derechos esenciales, en un medio social estigmatizador y discriminador. Chile podría seguir el ejemplo del 78% de los países del mundo y llegar a aprobar una o más leyes que corrijan esta inequidad.

Tal como se señaló en el capítulo de facilitadores, se podrían incluir disposiciones sobre la protección de derechos de las personas con enfermedades y discapacidades mentales en dos proyectos de ley actualmente en discusión en el Congreso. El de derechos y deberes de las personas en salud podría dar cuenta de algunos de los vacíos encontrados en esta evaluación, tales como: bajo porcentaje de servicios de hospitalización y residencias con supervisión externa del respeto de derechos humanos de sus usuarios, ausencia de un órgano de revisión independiente con atribuciones plenas para la supervisión de estos servicios, ausencia de mecanismos para asesoría legal y apelaciones de los usuarios sobre las medidas tomadas contra sus voluntades y bajo porcentaje de tratamiento de personas con enfermedades mentales en los recintos de Gendarmería.

Por otra parte, en el proyecto de ley sobre integración social de las personas con discapacidad se podrían abordar otros de los vacíos encontrados en esta evaluación para las personas con discapacidades mentales, entre los cuales se pueden destacar: ausencia de protección contra la discriminación en el trabajo, centros educacionales y sociedad en general, ausencia de mecanismos que favorezcan el acceso y mantención de estudios o trabajos remunerados, ausencia de apoyo para acceder a viviendas y bajo acceso a pensiones asistenciales (15% de estas pensiones).

6. Formular una Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud Mental

De acuerdo a los resultados de la presente evaluación, los dos grandes focos para una política de desarrollo de recursos humanos en salud mental deberían ser los equipos interdisciplinarios de atención primaria y de salud mental y psiquiatría.

En relación a los equipos de atención primaria, se requiere aumentar las horas de formación de pregrado en salud mental y psiquiatría en las carreras profesionales y técnicas de salud; la realidad actual de 2% para medicina, 3% para técnicos paramédicos y 5% para enfermeras es insuficiente para adquirir las competencias básicas para las necesidades de los consultantes a los centros de atención primaria. Es necesario también mejorar la capacitación en salud mental de los profesionales y técnicos que trabajan en la actualidad en este nivel, ya que la tasa de capacitación anual del 19 a 23% es baja para que asuman la resolución de los problemas de salud mental que se están incorporando progresivamente a los programas de atención primaria.

Respecto a los equipos de salud mental y psiquiatría, existe el desafío en Chile de generar programas de formación de enfermeras, asistentes sociales y técnicos de salud especializados en salud mental, los cuales podrían desarrollarse a nivel de pre o post grado. El número actual y la tasa de formación de estos miembros del equipo de especialidad es muy bajo para las necesidades del país. El otro profesional que requiere aumentar la tasa de formación es el psiquiatra, especialmente en el área infanto juvenil. También a nivel de estos equipos la tasa de capacitación anual es insuficiente (5 a 38%, dependiendo del tema y del tipo de profesional), sobre todo si consideramos que se está cambiando el modelo de atención hacia uno de base comunitaria y que están surgiendo nuevas intervenciones farmacológicas y psicosociales de mayor efectividad que requieren ser incorporadas a su práctica profesional.

7. Monitorear la Participación del Intersector en Salud Mental, Utilizando los Resultados WHO-AIMS como Línea Base.

Si bien WHO-AIMS no tiene muchos indicadores intersectoriales, y algunos no son de fácil medición, los disponibles en el presente trabajo pueden contribuir a monitorear la participación de otros sectores en salud mental. En el ámbito educacional se dispone de 2 indicadores cuantitativos, porcentaje de escuelas de enseñanza básica y media que cuentan con psicólogo y porcentaje de ellas con actividades de promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales.

Referente al sector judicial, pueden ser de utilidad los indicadores de porcentaje de recintos penitenciarios que refieren al menos una persona al mes a algún profesional de salud mental y porcentaje de policías, jueces y abogados que han participado en actividades de capacitación sobre salud mental en los últimos 5 años.

En el sector laboral, existe un indicador cuantitativo, porcentaje de dispositivos de salud mental cuyos usuarios con trastornos mentales severos tienen acceso a ofertas de trabajo remunerado fuera del dispositivo, y dos cualitativos: existencia de disposiciones legales que obliguen a los empleadores a contratar un cierto porcentaje de empleados con discapacidad mental y existencia de disposiciones legales para proteger de discriminación en el trabajo a personas con trastornos mentales.

En el ámbito de protección social, tenemos como indicador el porcentaje de personas con discapacidad mental que reciben pensión asistencial en relación al total de personas con esta pensión. En el sector viviendas, la presencia de disposiciones legales o financieras que den prioridades en casas sociales o subsidiadas a las personas con trastornos mentales severos y disposiciones legales o financieras que protejan de discriminación en el acceso a viviendas a estas personas.

Finalmente, WHO-AIMS también tiene indicadores cualitativos sobre la existencia de programas colaborativos para responder a las necesidades de las personas con problemas de salud mental, entre el Ministerio de Salud y otros sectores, tales como Trabajo,

Educación, Protección de Menores, Abuso de Sustancias, Viviendas, Bienestar Social, Justicia y Adultos Mayores.

Se aplicó el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de Salud (WHO-AIMS) para obtener información sobre los componentes más esenciales de los servicios de salud mental en los sectores público y privado de Chile. El objetivo final es disponer de información para la formulación de políticas y planes de salud mental y la determinación de una línea base para monitorear posteriormente los cambios que se generen.

Chile dispone de un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría desde el año 2000 y, desde el año 2001, de un nuevo Reglamento de Internación en Establecimientos Psiquiátricos. El 2% del presupuesto total de salud en el sector público es dirigido a la salud mental. Los servicios de salud mental del sector público están organizados en una red territorial en cada uno de los 28 Servicios de Salud. La mayoría de los usuarios, tanto en el sistema público como privado, son tratados en forma ambulatoria. Existen muy pocos dispositivos de salud mental específicos para niños y adolescentes, y el porcentaje de esta población tratada en los dispositivos generales de salud mental es bajo.

Aunque la capacitación en salud mental de los profesionales y técnicos de la atención primaria es aún insuficiente, diversos indicadores muestran mejoras en la calidad de atención de salud mental y psiquiatría. El número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental es de 32 por 100.000 habitantes. Alrededor de 16.000 personas participan en organizaciones de usuarios y de familiares.

No existen disposiciones legales o financieras en Chile para proteger a los usuarios de discriminación en el trabajo a causa de un trastorno mental. Pocas escuelas realizan actividades de promoción y prevención en salud mental. Menos del 20% de los recintos de Gendarmería tienen al menos un interno al mes referidos a un profesional de salud mental y muy pocos policías, jueces y abogados han participado en actividades de capacitación en salud mental.