

Avances en Salud Mental en Chile, a 25 años de la Declaración de Caracas



**Gobierno
de Chile**

**Dr. Mauricio Gómez Ch.
Departamento de Salud Mental SSSP
Dr. Rafael Sepúlveda J.
Unidad de Salud Mental SSRA
MINSAL 2015**

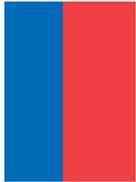


Antecedentes



CHILE RECUPERA LA DEMOCRACIA (1990)





Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Asociación Psiquiátrica en América Latina dentro del Sistema Local de Salud (SILCS) convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con el apoyo técnico y financiero del Instituto Mario Negri, Milán, Italia, Centro Colaborador de la OMS en Salud Mental y el auspicio de las siguientes entidades:

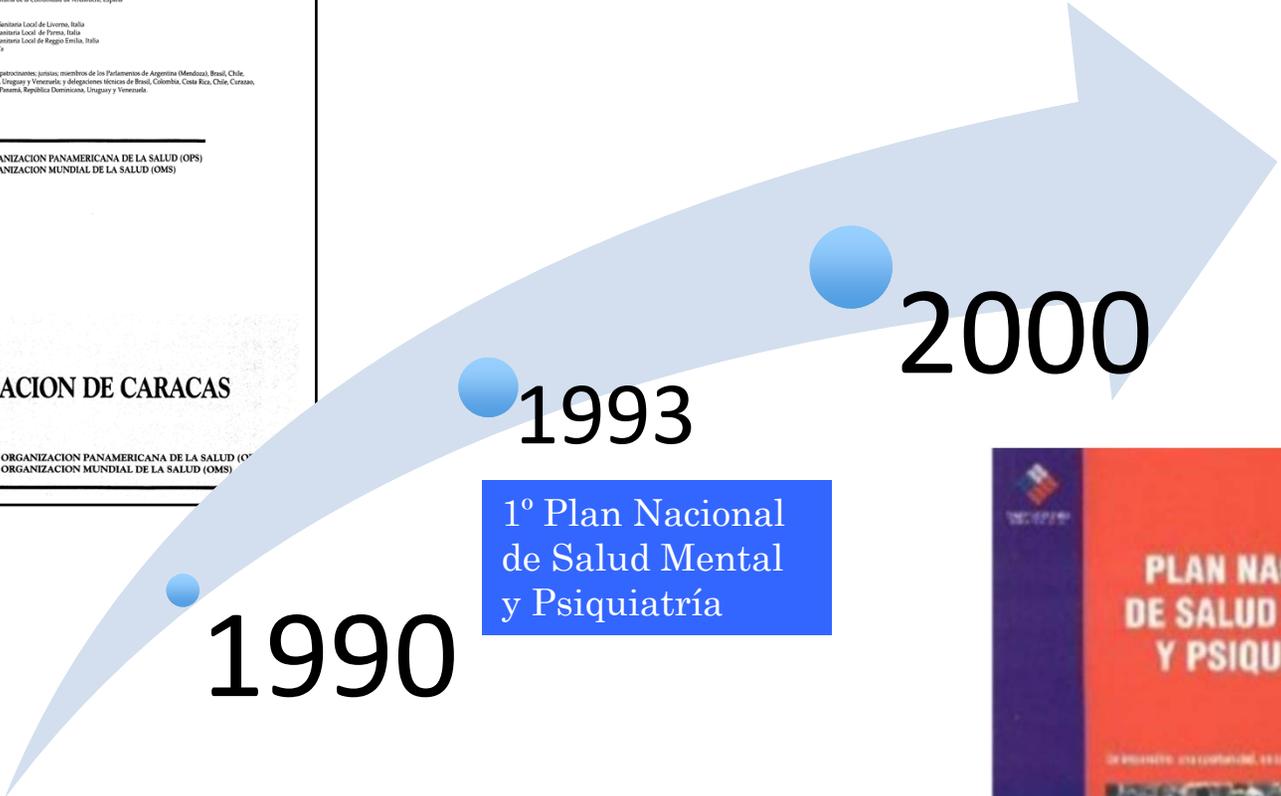
Asociación Mundial de Psiquiatría
Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial
Asociación Psiquiátrica de América Latina
Centro de Estudios e Investigación en Salud Mental de la Región de Friuli, Trieste, Italia
Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de los Estados Americanos (OEA)
Congreso de Sanidad de Asturias, España
Dirección Provincial de Valencia, Servicio de Salud Mental, Valencia, España
Dirección General de Observación Sistema de la Comunidad de Andalucía, España
Instituto Andaluz de Salud Mental
Federación Mundial de Salud Mental
Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Livorno, Italia
Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Pinerolo, Italia
Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Reggio Emilia, Italia
Sociedad Interamericana de Psicología
Sociedad Venezolana de Psiquiatría
Universidad de Uruguay

Participaron en la reunión representantes de las entidades patrocinantes, jefes, miembros de los Parlamentos de Argentina (Medio), Brasil, Chile, Ecuador, España, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela y delegaciones técnicas de Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Curazao, Ecuador, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

 ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)
 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

DECLARACION DE CARACAS

 ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)
 ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

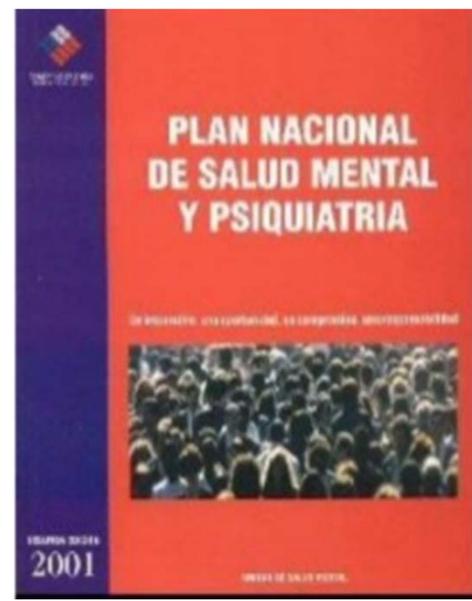


1990

1º Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

1993

2000

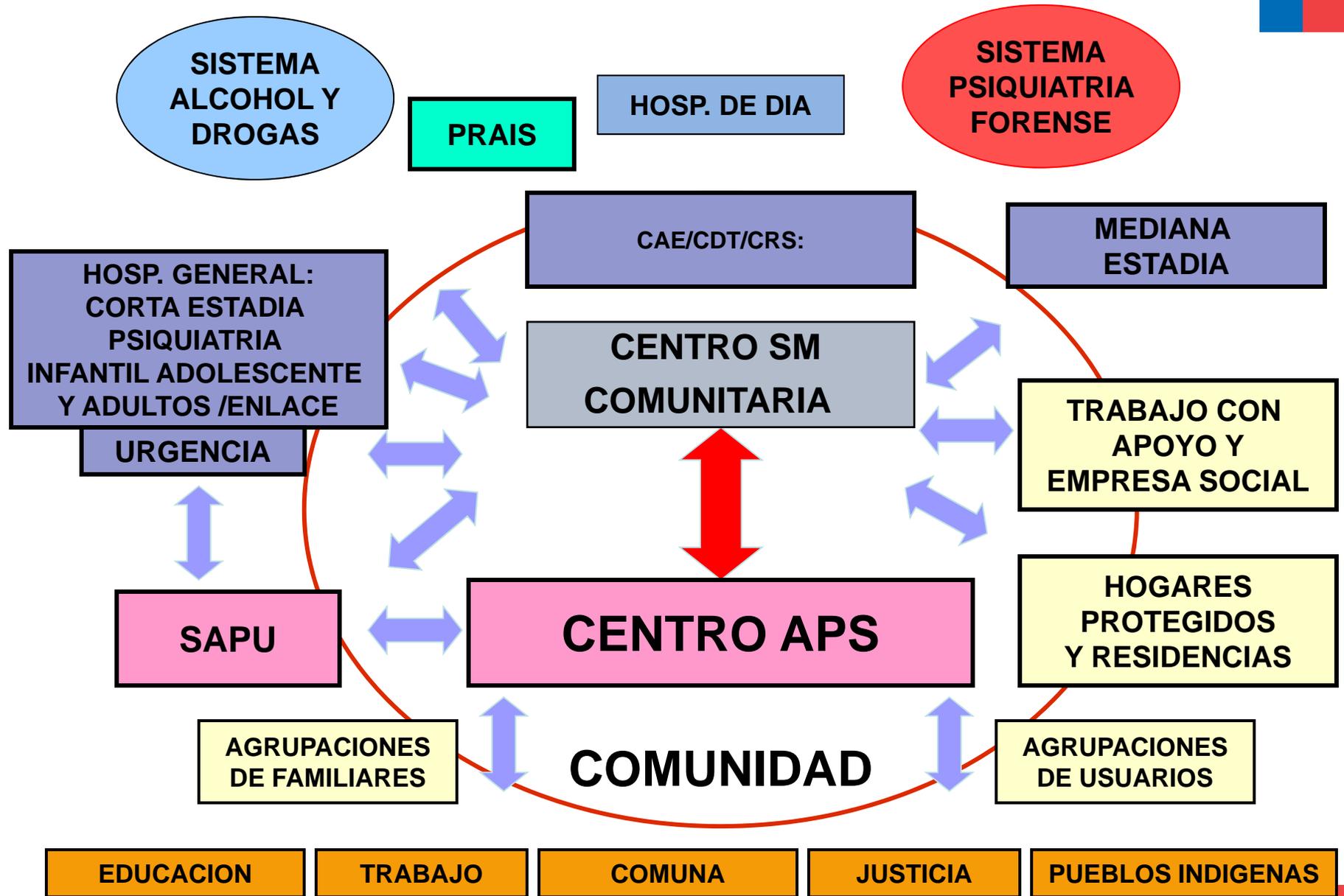
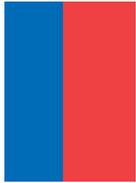




SOBRE EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL



RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA





1990

2004

2012

SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

INFORME SOBRE RECURSOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD. MARZO - 1990

Dr. Eduardo Medina C. (1)
Dr. Raúl Espinoza V. (2)
Soc. Teresa Figueroa E. (3)

1. Introducción.

Desde fines de la década de 1960 se produce un sostenido aumento de los recursos de Salud Mental y Psiquiatría. En efecto, el Nivel Central de Salud (la Sección Higiene Mental y Alcoholismo de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud, luego continuada por la Sección Salud Mental de la misma Dirección General y desde 1980, por la Unidad de Salud Mental del Departamento de Programación del Ministerio de Salud), inicia un rol normativo, coordinador y asesor de las acciones intra e intersectoriales. En los niveles asistenciales locales, por su parte, empieza una progresiva expansión de los diferentes recursos humanos y físicos, tanto para pacientes agudos y crónicos, así como una creciente participación de los equipos generales de salud en la solución de problemas del campo.

Desde mediados de la década de 1970 comienza un mantenido intercambio entre los niveles asistenciales con los diversos grupos académicos y docentes universitarios, teniendo como objetivo la capacitación continua del nivel primario de salud, como también la mejor adecuación de la enseñanza especializada de pre y postgrado respecto a las necesidades de la población. Paralelamente partes acciones intersectoriales con Educación, Justicia y Gobierno Interior, en general, orientadas a la prevención de algunos grupos minoritarios (por ej.: pacientes crónicos, reos insanos mentales, deficientes mentales profundos, etc.).

Durante todo el período, la materialización de los diversos roles del Nivel Central de Salud se ha expresado de diferentes maneras, habida cuenta de sus responsabilidades dentro del ámbito nacional. En primer lugar, en lo normativo general se formularon las "Políticas de Salud Mental del Ministerio de Salud" (1975), actualmente reemplazadas por el "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría" (1989-90). En segundo lugar, también en lo normativo pero orientado hacia acciones específicas, existe el "Programa de Capacitación Continua en Salud Mental y Psiquiatría Básica para el Nivel Primario". En tercero, en lo coordinador, se han realizado cinco "Jornadas Nacionales de Nivel Primario de Atención en Salud Mental" (en 1979, 1980, 1982, 1985 y 1987), orientadas fundamentalmente a desarrollar la capacidad asistencial del nivel primario de salud, así como la "Jornada para el Desarrollo de Módulos Docente-Asistenciales", en 1984, dedicada al intercambio académico asistencial en torno a las mismas materias.

En cuarto, en los planos coordinador y supervisor, se ha ido paulatinamente diferenciando el rol de Asesor de Salud Mental en los Servicios de Salud del país, existiendo durante este tiempo, en estos y otros

- 1) Psiquiatra, Unidad Salud Mental, Depto. de Programación, Ministerio de Salud.
- 2) Psiquiatra, Sub-Director Médico, Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak".
- 3) Socióloga.

WHO-AIMS

INFORME WHO-AIMS SOBRE

SISTEMA DE SALUD MENTAL EN CHILE

Versión Española Junio 2007



WHO - AIMS

SISTEMA DE SALUD MENTAL DE CHILE

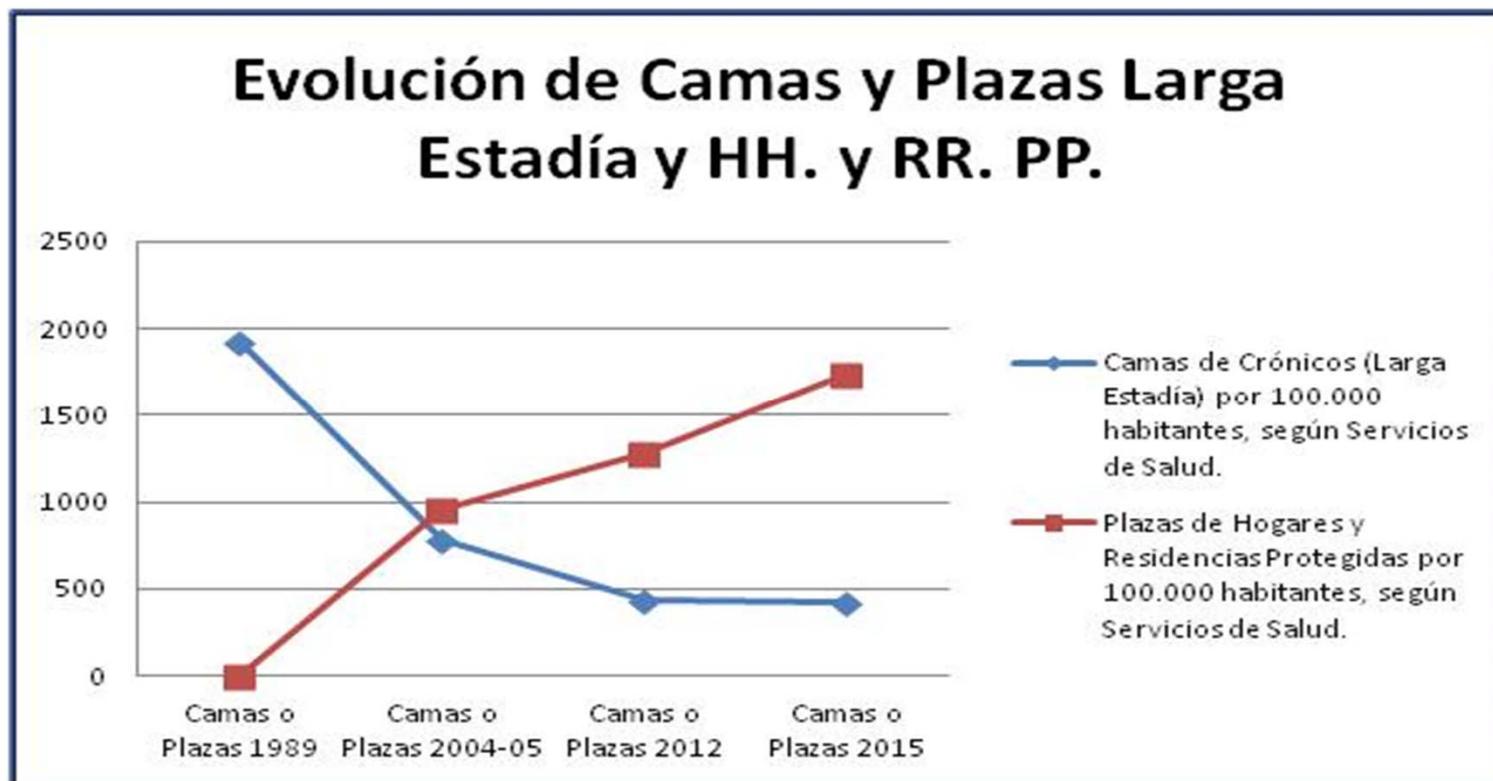
SEGUNDO INFORME

Junio, 2014





DESINSTITUCIONALIZACIÓN



- Hemos reducido significativamente el número de personas viviendo en hospitales psiquiátricos
- Hemos creado numerosas plazas en dispositivos de apoyo residencial (Hogares Protegidos y Residencias Protegidas)

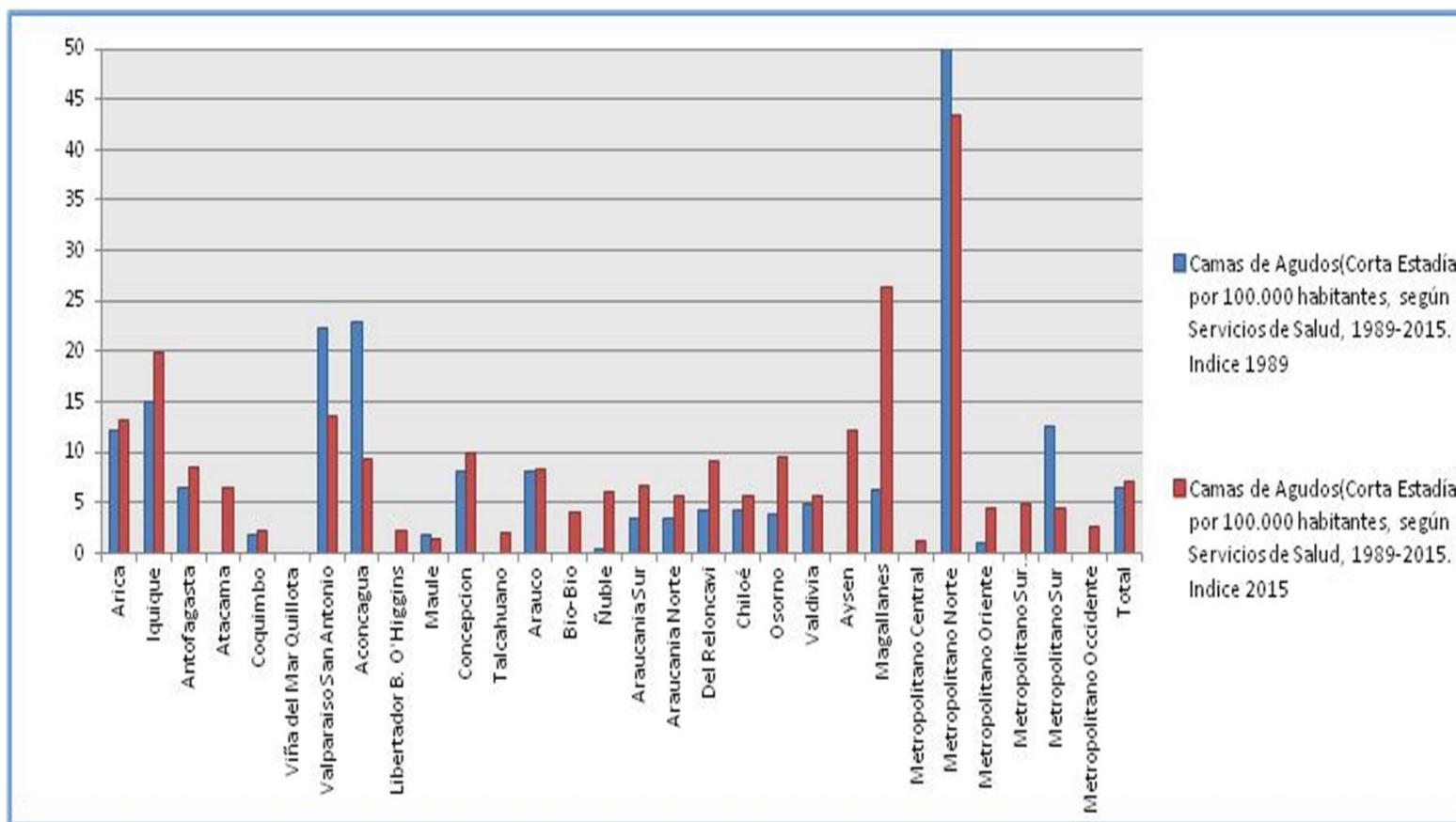




CAMAS PSIQUIÁTRICAS PARA PACIENTES AGUDOS

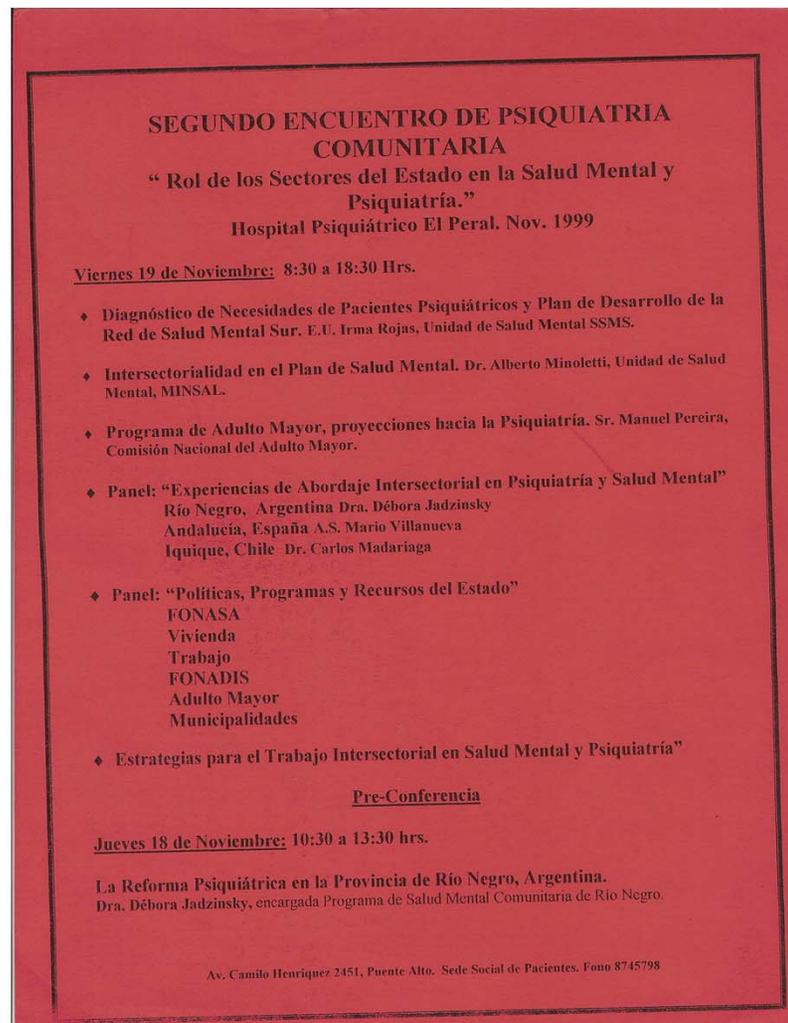
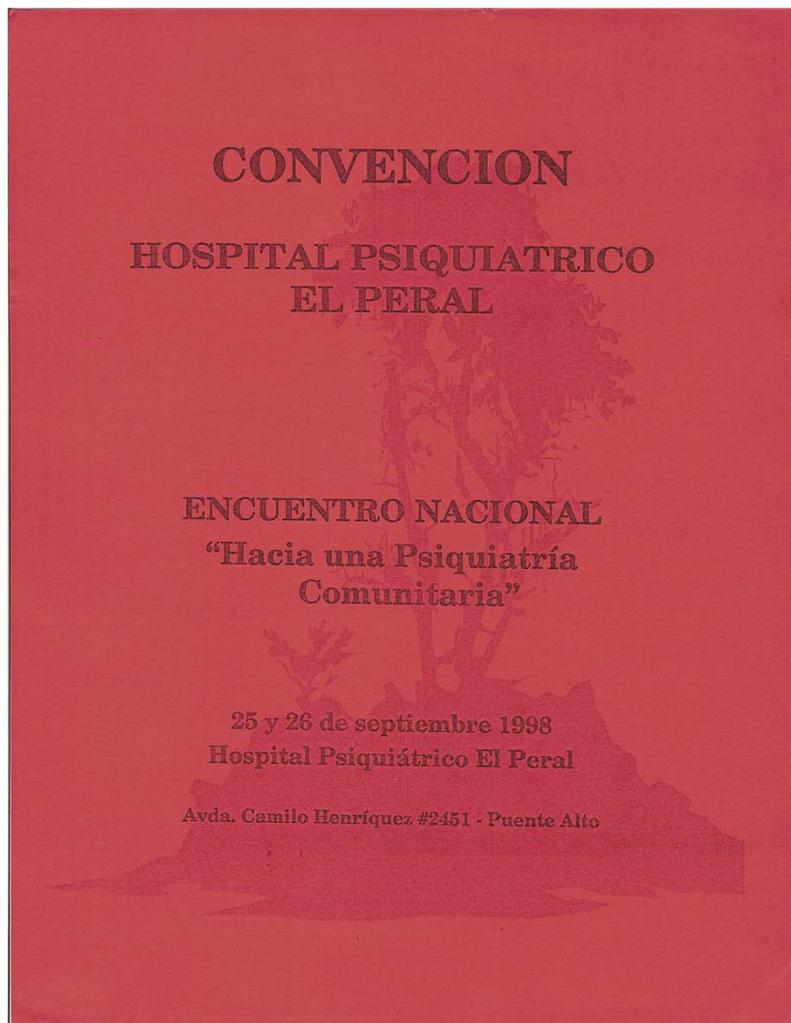
(Tasas x 100.000)

- Hemos reducido las localizadas en hospitales psiquiátricos
- Hemos aumentando las disponibles en hospitales generales
- Hemos mejorado su distribución geográfica a lo largo del país

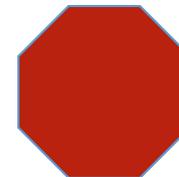
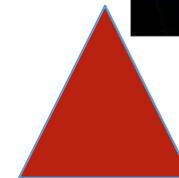
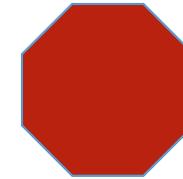
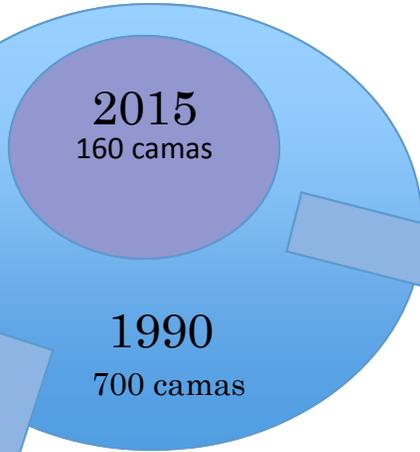
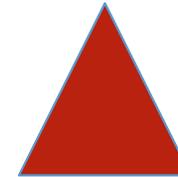
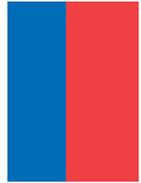




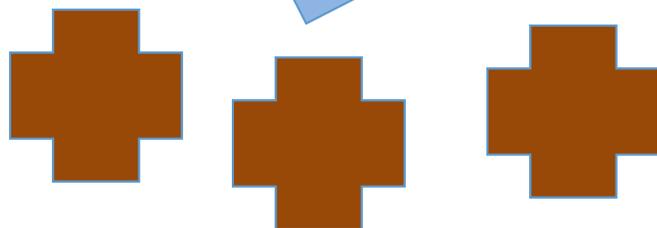
Proceso de Reconversión del Hospital Psiquiátrico EL PERAL en la Red de Servicios de Salud Mental



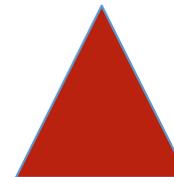
Proceso de Reconversión del Hospital Psiquiátrico EL PERAL en la Red de Servicios de Salud Mental



Hogares y Residencias Protegidas



Unidades de Corta Estadía en Hospitales Generales



EVOLUCIÓN DE RECURSOS EN SALUD MENTAL 1989-2015



	Año 1989		Año 2015	
	Nº de Camas	Indice	Nº de Camas	Indice
Camas de Agudos (Corta Estadía) por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud.	843	6,5	950	7,13
Camas de Crónicos (Larga Estadía) por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud.	1926	14,86	428	3,21
Plazas de Hogares y Residencias Protegidas por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud.	0	0	Nº de Plazas (2014) 1737	Indice (2014) 13,04
Jornadas Completas de Psiquiatras por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud.	Nº de Psiquiatras 112	Indice 0,86	Nº de Psiquiatras (Adulto- Adolescente) 296	Indice 2,22
Jornadas Completas de Enfermeras por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud.	Nº de Enfermeras 69,25	Indice 0,53	Nº de Enfermeras 110	Indice 0,83
Jornadas Completas de Psicólogos por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud.	Nº de Psicólogos 55	Indice 0,42	Nº de Psicólogos 642	Indice 4,82
Jornadas Completas de Asistente Social por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud.	Nº de Asistente Social 32,25	Indice 0,25	Nº de Asistente Social 282	Indice 2,12
Jornadas Completas de Terapeuta Ocupacional por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud.	Nº de Terapeuta Ocupacional 42,5	Indice 0,33	Nº de Terapeuta Ocupacional 145	Indice 1,09

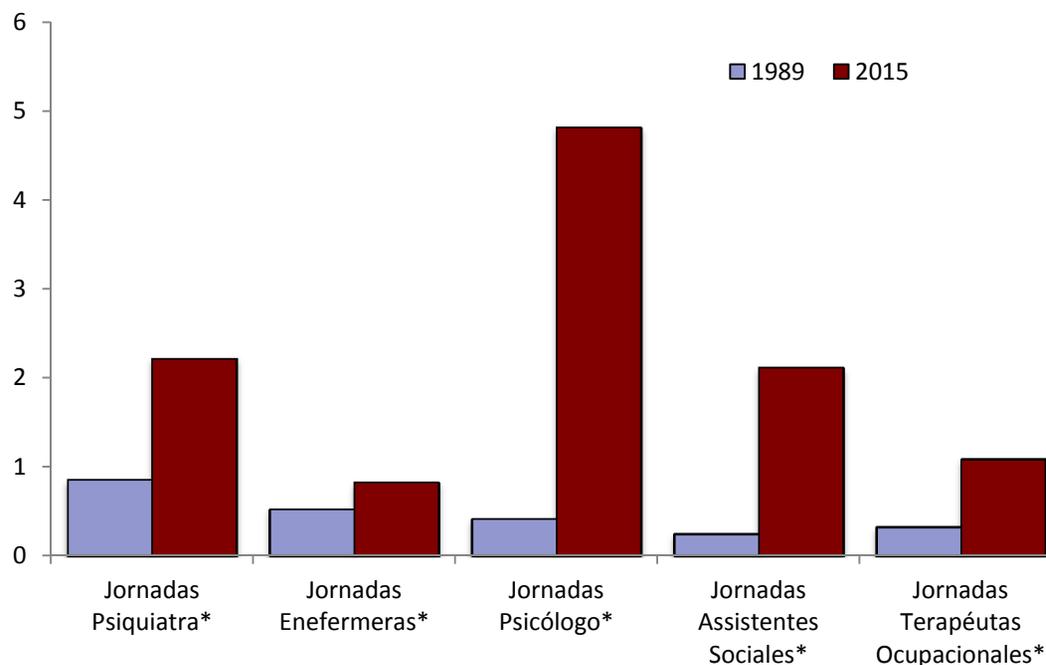


RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL 1989-2015

(tasas x 100.000 hab.)



* *Jornadas completas*

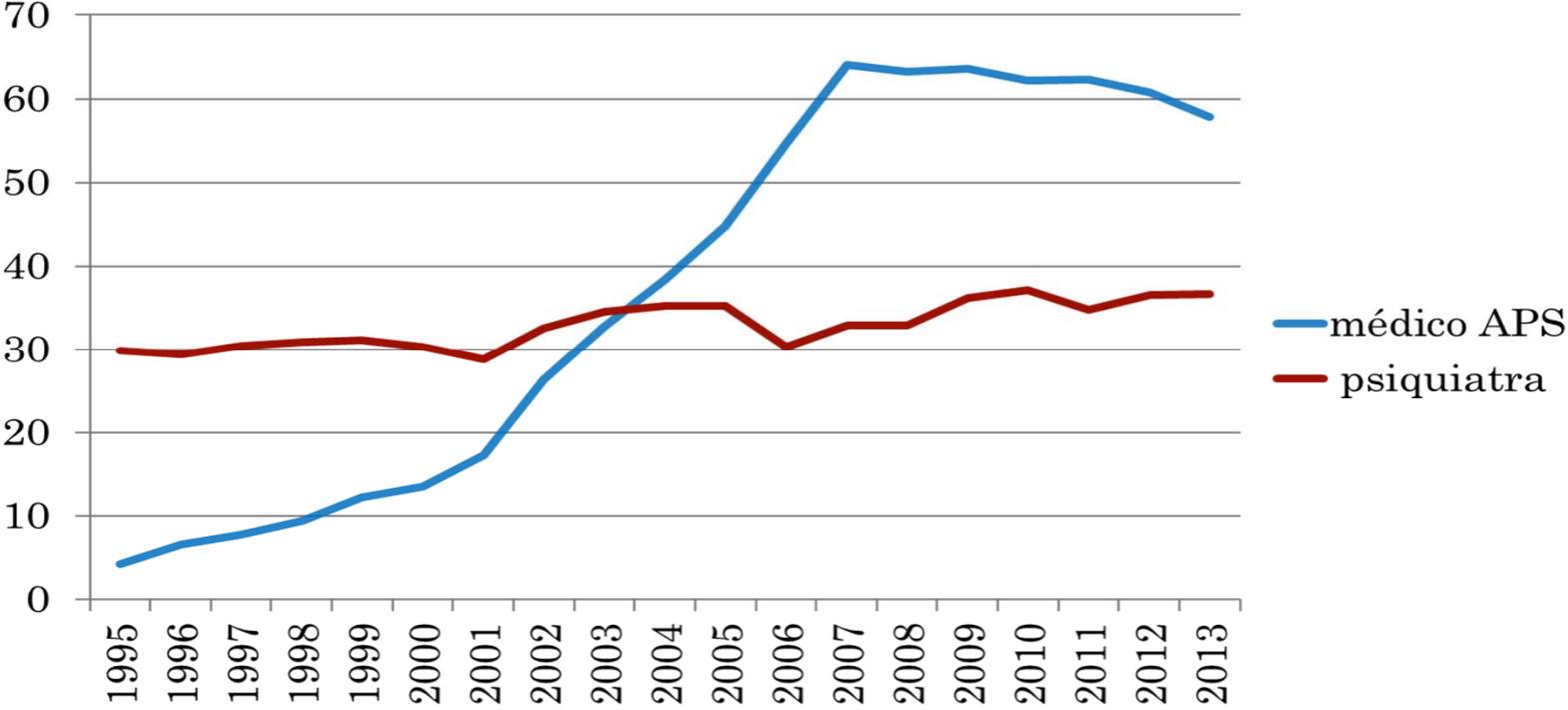


- Hemos incrementado los recursos humanos en salud mental
- El incremento mayor ha sido en Psicólogos/as
- El incremento menor ha sido en Enfermeras/os

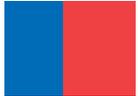




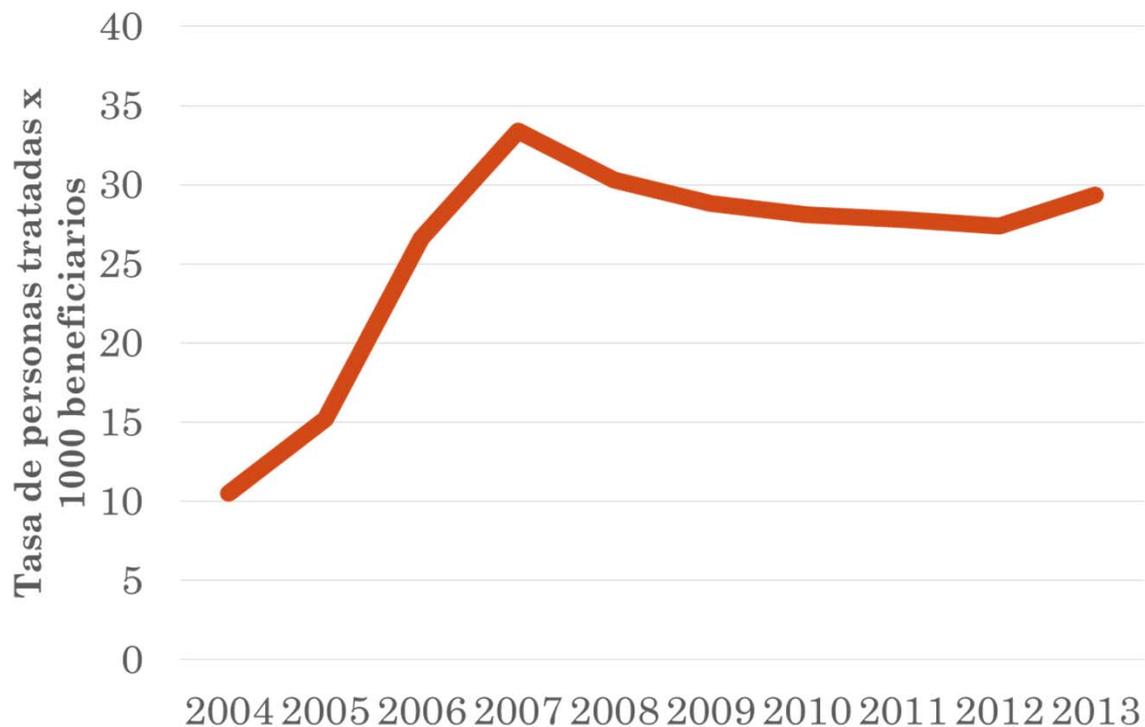
TASA DE CONSULTAS DE SALUD MENTAL ANUALES A MÉDICOS APS Y A PSIQUIATRAS X 1000 INSCRITOS EN CHILE 1995 A 2011 (MINSAL)



- Hemos incrementado las consultas médicas de salud mental
- El incremento mayor ha sido en consultas médicas en la Atención Primaria



TASA DE PERSONAS QUE INGRESAN ANUALMENTE A TRATAMIENTO POR TRASTORNOS MENTALES EN CHILE 2004 A 2013 (MINSAL)



- Hemos incrementado el número de personas que ingresan anualmente a tratamiento por trastornos mentales



COMPARACIÓN DE INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE SALUD MENTAL EN APS ENTRE LOS AÑOS 2004 Y 2012 (WHO-AIMS)

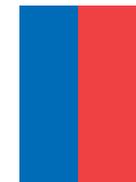


	2004	2012
% de centros APS con 1 o más psicólogos	89,5%	99,6%
Nº promedio de horas/semanales psicólogo por centro APS	47,3	83,6
% médicos capacitados en SM	23,1%	18,6%
% de centros APS con 1 o más médicos capacitados	65,1%	57,4%
% de centros APS con normas de SM	89,0%	92,3%

- En 1990 Chile no tenía Psicólogos en APS.
- Actualmente todos los Centros de APS tiene Psicólogo, y en promedio tienen 2.
- Hay un déficit de capacitación en SM de los médicos de APS.



COMPARACIÓN DE INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE SALUD MENTAL EN APS ENTRE LOS AÑOS 2004 Y 2012 (WHO-AIMS)

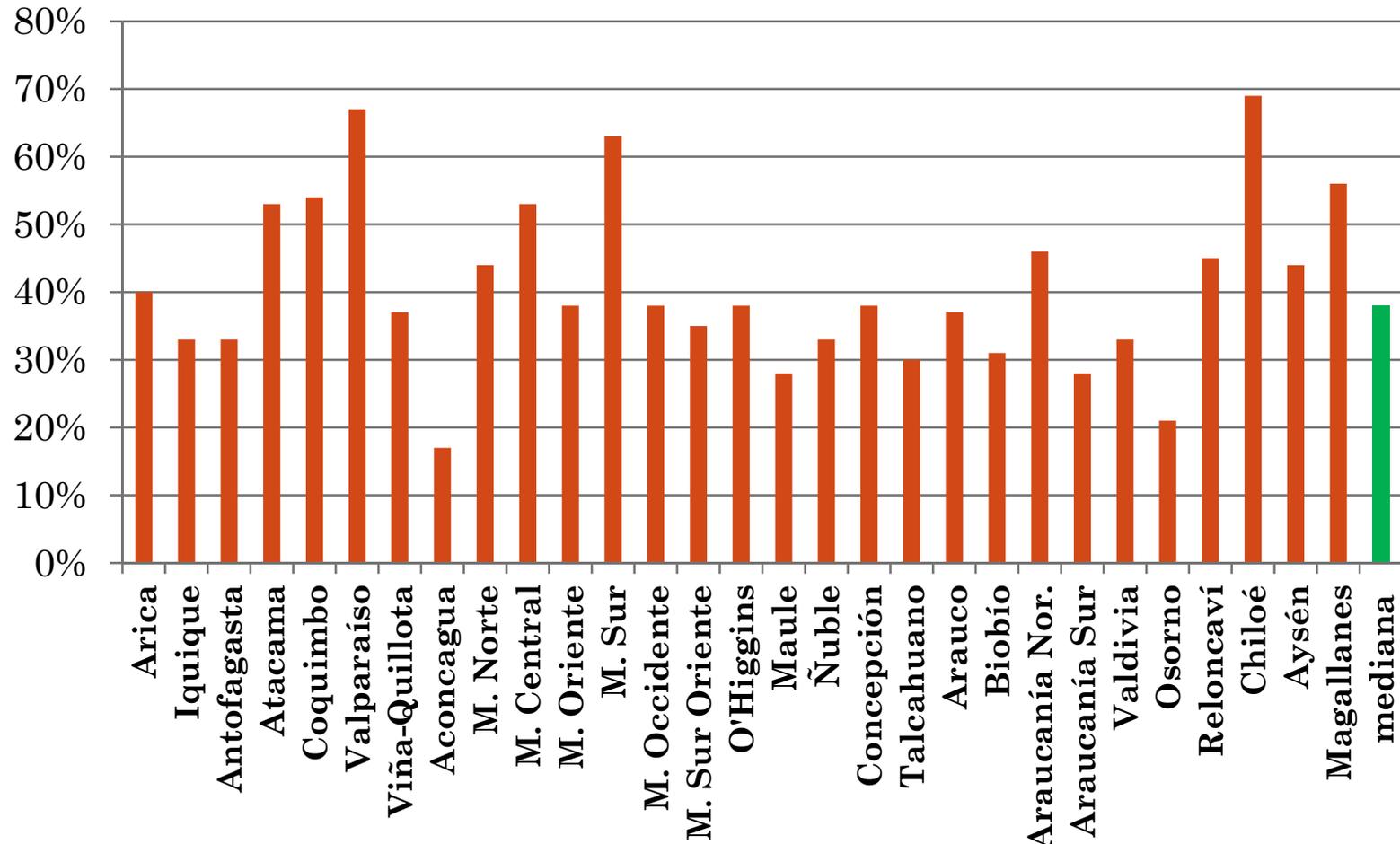


	2004	2012
% de centros APS c/ interacción con profesional SM/mes	82,3%	82,0%
% médicos APS c/interacción con profesional SM/mes	35,4%	39,3%
% médicos con 1 o más referencias/mes a SM	68,7%	68,1%
% centros APS c/actividades medicina alternativa	14,9%	33,9%
% centros APS c/organizaciones usuarios SM	31,3%	64,8%
% centros APS c/organizaciones familiares SM	15,0%	18,8%

- Existe una activa interacción entre la APS y el nivel especializado de salud mental

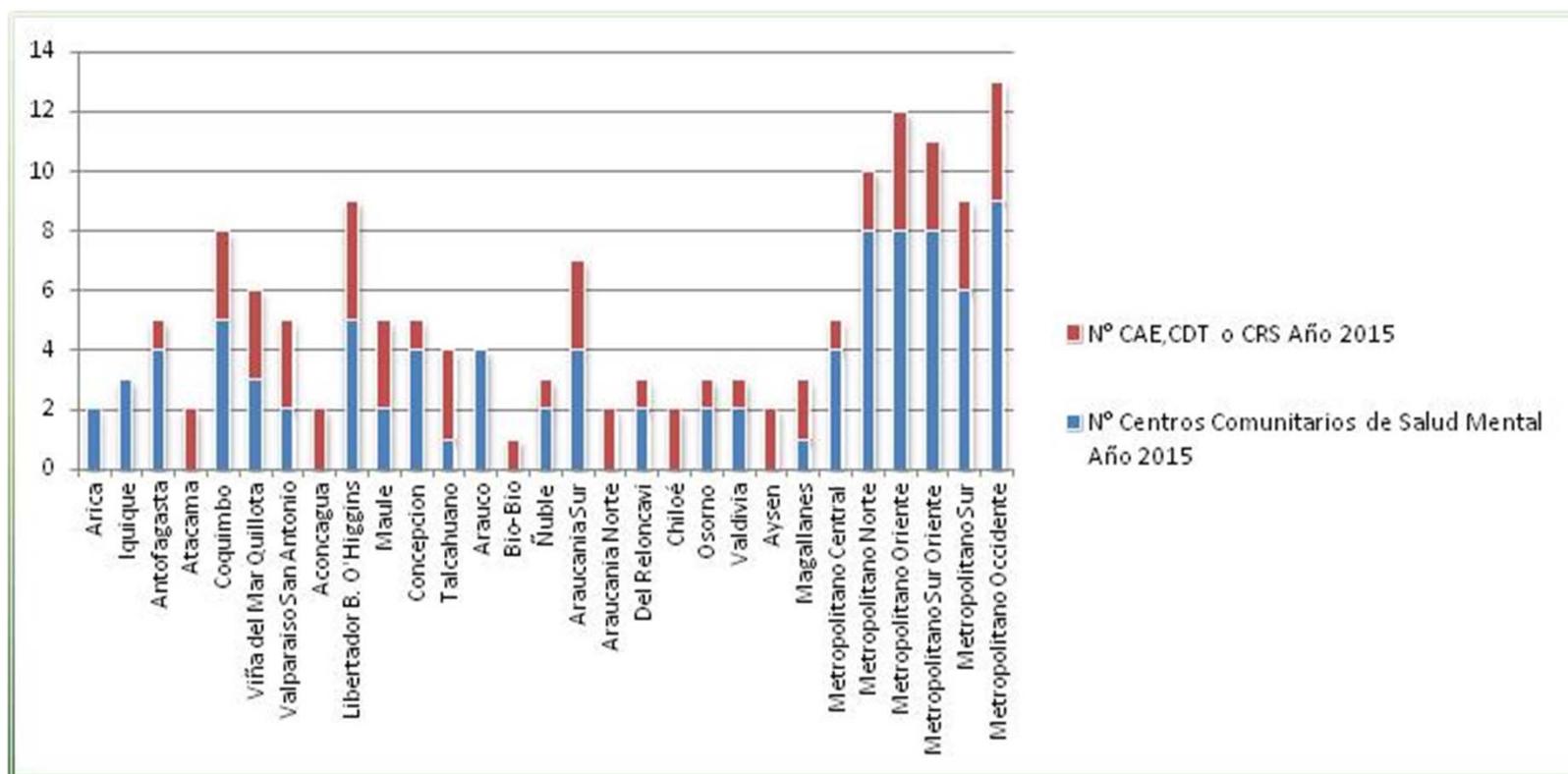


% DE MÉDICOS DE APS QUE PARTICIPAN EN CONSULTORÍAS DE SM (WHO-AIMS 2012)





ATENCIÓN AMBULATORIA DE ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL:

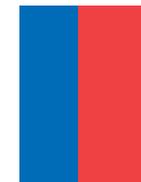


COSAM en el país

Los Centros Comunitarios de Salud Mental llevan funcionando en la Red 24 años.



INDICADORES DE CENTROS DE SM AMBULATORIOS SECTOR PÚBLICO: AÑOS 2004 Y 2012



	Centro Comunitario Salud Mental		Unidad de Psiquiatría Ambulatoria (1)	
	2004	2012	2004	2012
N° Respuestas	37	82	54	48
N° promedio atenciones por persona al año	5,5	9,8	4,4	6,2
N° días promedio espera para 1ª. consulta psiquiatría	24	35	38	55
% personas con intervención psicosocial	67,4%	84,0%	51,6%	37,1%
(1) Centro de Referencia de Salud, Centro de Diagnóstico y Tratamiento y Consultorio Adosado a Hospital				

Las personas que se atienden en Centros Comunitarios de Salud Mental tienen menos días de espera, reciben más atenciones por año y más intervenciones psicosociales.



INDICADORES DE CENTROS SM AMBULATORIOS EN EL SECTOR PÚBLICO: AÑOS 2004 Y 2012



	Centro Comunitario Salud Mental		Unidades de Psiquiatría Ambulatoria (1)	
	2004	2012	2004	2012
% Centros con suficientes medicamentos	64,9%	96,3%	92,6%	97,9%
% Centros con actividades con grupos de usuarios	62,2%	64,6%	64,8	56,3%
% Centros con actividades con grupos de familiares	48,7%	32,9%	75,9%	56,3%
(1) Centro de Referencia de Salud, Centro de Diagnóstico y Tratamiento y Consultorio Adosado a Hospital				

La provisión de fármacos es suficiente, independiente del lugar donde se efectúa la atención.

En los Centros Comunitarios de Salud Mental hay más trabajo grupal con los usuarios menos con grupos de familiares, que en las Unidades de Psiquiatría Ambulatoria.



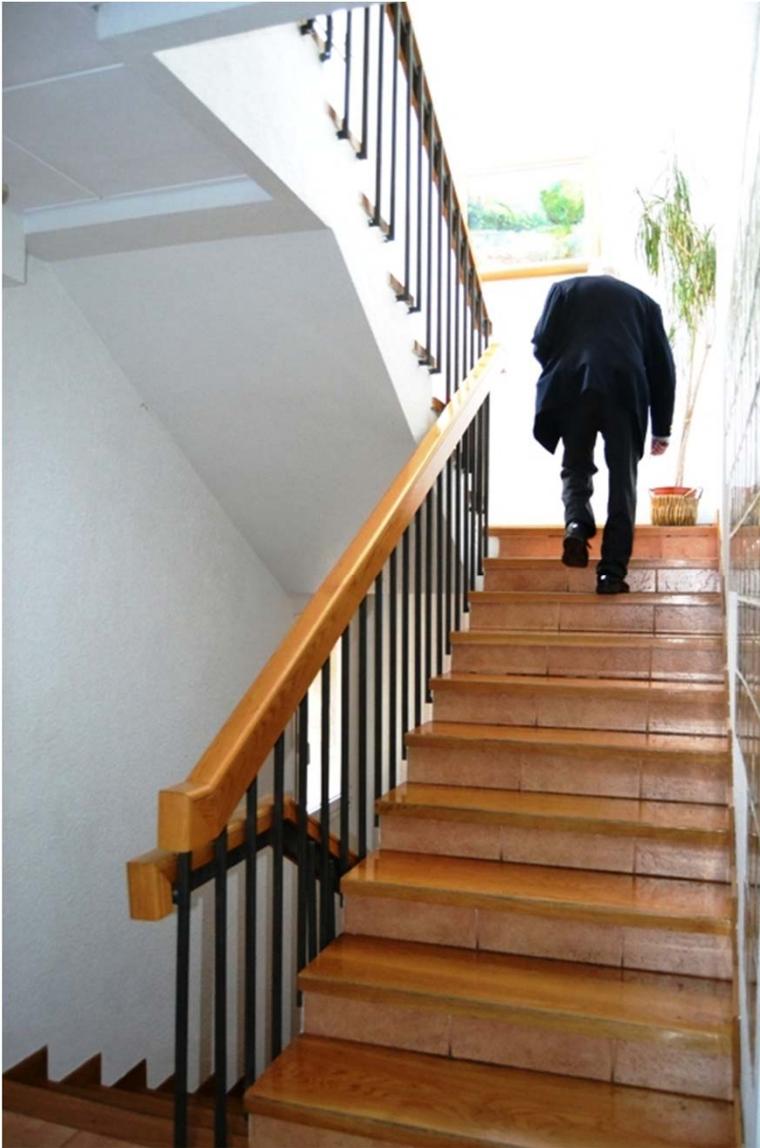
ATENCIÓN DE USUARIOS EN LA COMUNIDAD (FUERA DEL CENTRO AMBULATORIO) WHO-AIMS 2012



Nivel de Atención en la Comunidad	COSAM CESAM	CRS	CDT	CAE
No se otorga	0%	0%	20%	8%
Se otorga a menos del 5% de usuarios	13%	40%	0%	42%
Se otorga al 5% a 10% de usuarios	31%	40%	80%	21%
Se otorga a más del 10% de usuarios	56%	20%	0%	29%

Los Centros Comunitarios de Salud Mental son los que realizan más atenciones a las personas fuera del establecimiento.





Hemos
mejorado,
pero
estamos a
mitad de
la
escalera.

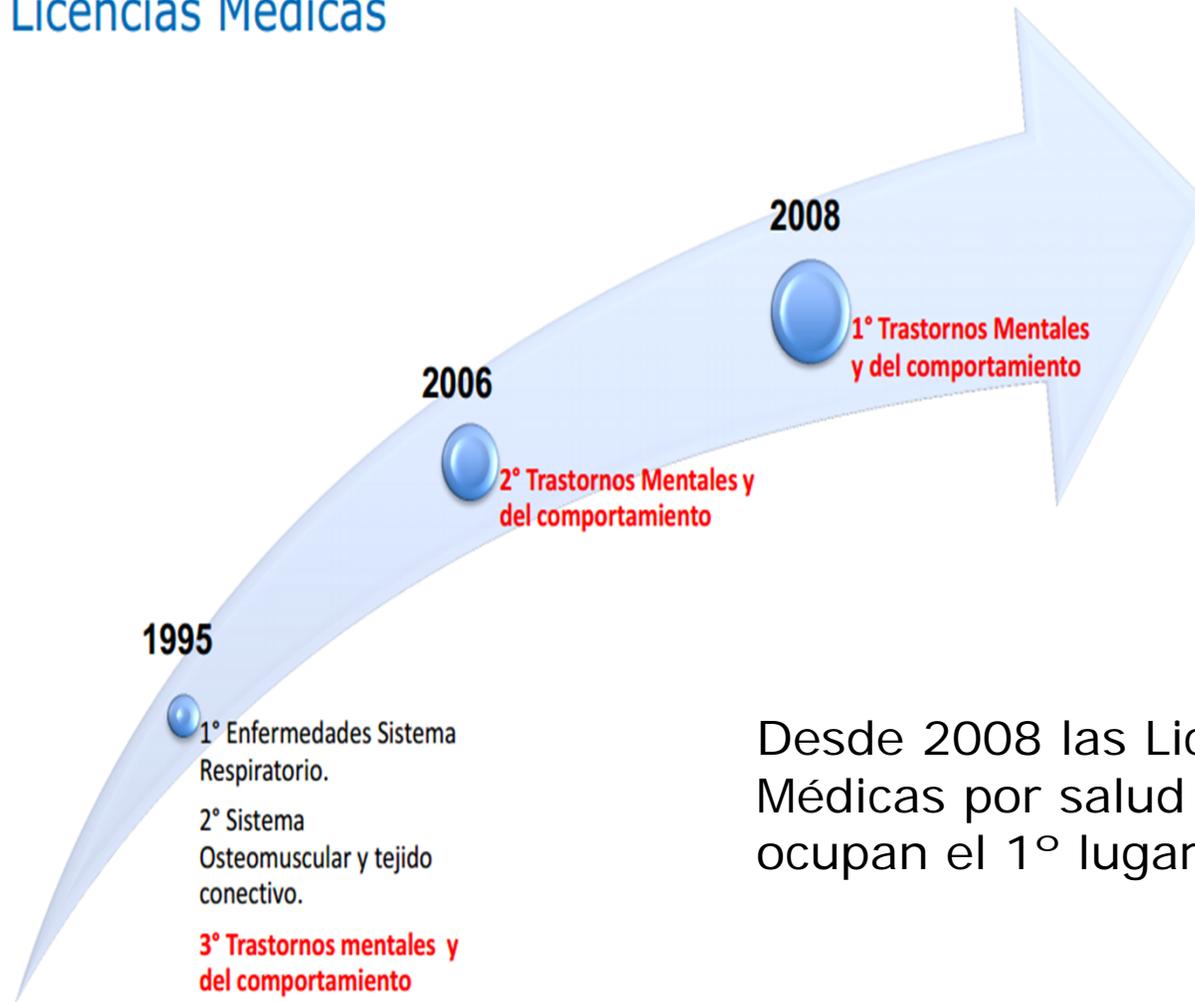




NORMATIVAS, BRECHAS Y DESAFÍOS



Salud Mental Licencias Médicas



Desde 2008 las Licencias Médicas por salud mental ocupan el 1° lugar.

Fuente: Superintendencia de Salud, 2010



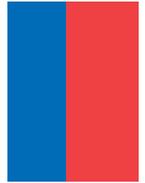
Licencias laborales por salud mental suben y llegan al 48% de permisos en la AChs

Cifras de la Asociación Chilena de Seguridad muestran un aumento sostenido desde 2011, cuando estos subsidios llegaban al 25% del total.

por Marjory Miranda - 17/11/2014 - 02:42

[f](#) Me gusta 199 [t](#) Tweetear 93 [g](#) Compartir 0 [in](#) LinkedIn 54 [+](#) 346 [p](#) [e](#)





Home | **Noticias** | Economía | Deportes | Panoramas | Tendencias y Mujer | Servicios

Chile | Mundo | Cultura y Espectáculos | Música | Tecnología | Educación | Documentos

Buscador Emol noticias web amarillas

Emol ▶ Chile [Ver más noticias de Chile](#) +

Chile es el país de América Latina con mayor consumo de alcohol per cápita

Al dividir por sexo el consumo en Chile, Informe de la Organización Mundial de la Salud revela que los hombres consumen 13,9 litros anualmente y las mujeres, 5,5 litros.

EFE

Lunes, 12 de Mayo de 2014, 10:41

Twitter 147 **g+** 3 **Me gusta** 2258



GINEBRA.- América Latina es la segunda región en el mundo con mayor consumo per cápita de alcohol, y Chile es el país donde se dan los índices de ingesta más elevados, según un informe publicado hoy por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El estudio recoge las estimaciones sobre porcentajes de consumo de alcohol en el mundo basados en las estadísticas proporcionadas por los propios países.



Minsal: Chile registra la segunda mayor tasa de aumento del suicidio adolescente en el mundo

Así lo revelan los resultados del estudio del Ministerio de Salud "Situación de Salud del adolescente en Chile" que fue realizado por la Facultad de Medicina y Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica.

El único país que supera a Chile en este registro es Corea del Sur.

por Catalina Rojas O. - 10/12/2012 - 12:23

 Twittear 65
  Recomendar 29
  +1 1
  Post

Según las estadísticas del Minsal, al menos **un 24%** de los jóvenes escolares han presentado alteraciones en su estado de ánimo, dentro de los cuales, un 1,2%



Un 24% de los jóvenes presenta trastornos psicológicos según el Minsal.

ha señalado que ha tenido ideas suicidas. Además, el ministro de Salud, Jaime Mañalich, dijo que "Chile se encuentra en segundo lugar en el mundo luego de Corea del Sur (que encabeza las cifras de suicida) con **la tasa más alta de aumento de suicidios adolescentes**".



REPORTAJES DE
INVESTIGACIÓN

ACTUALIDAD
Y ENTREVISTAS

OPINIÓN

ACCESO A LA
INFORMACIÓN

BLOG LIBROS RADAR MULTIMEDIA

OPINIÓN

Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social

Por : Álvaro Jiménez Molina y Esteban Radiszcz en Opinión

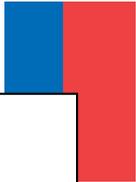
Publicado: 26.09.2012

ETIQUETAS

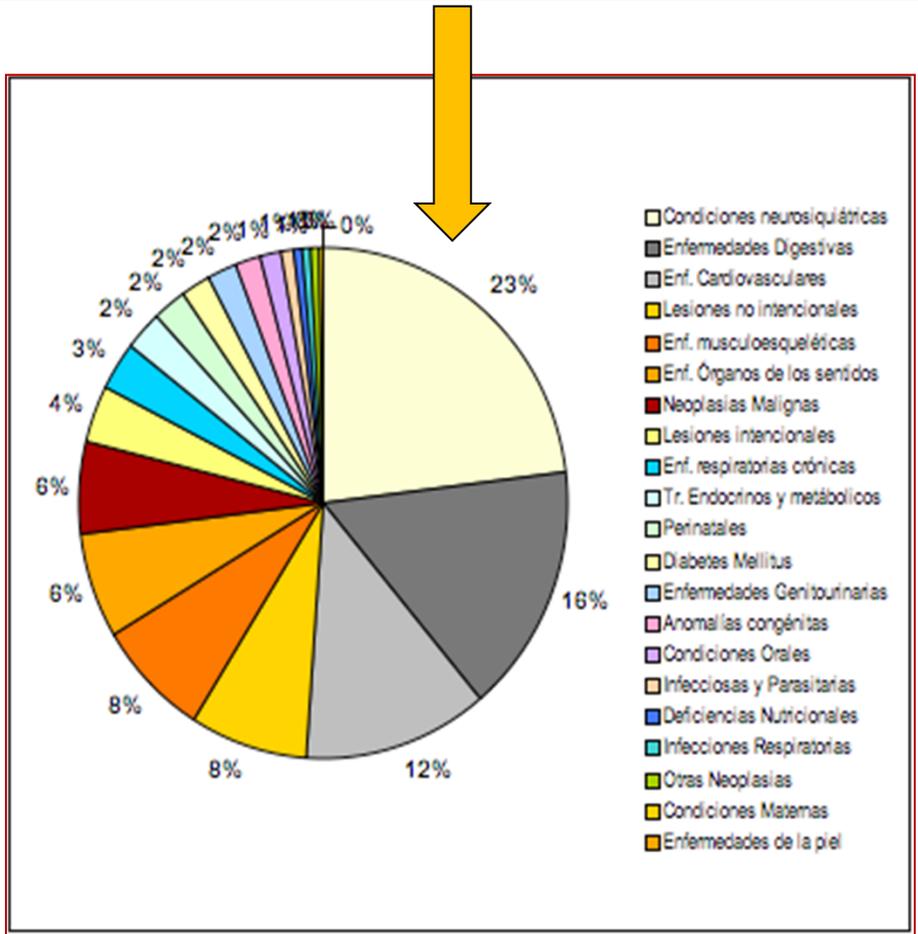
Salud

ÁLVARO JIMÉNEZ MOLINA >>





Estudio de Carga de Enfermedad / Chile



Condiciones neuropsiquiátricas acumulan 23% del total de la carga de enfermedad.

Estudio de Carga de Enfermedad, Chile. (2008; MINSAL,PUC)



Estudio de Prevalencia de Patología Psiquiátrica/Chile

Tabla 2. Prevalencia de vida y 6 meses de los trastornos psiquiátricos en Chile según DSM-III-R

	Masculino				Femenino				Total			
	Vida		6 meses		Vida		6 meses		Vida		6 meses	
	%	EE**	%	EE**	%	EE**	%	EE**	%	EE**	%	EE**
Trastornos afectivos*	9,8	1,1	4,9	0,7	19,7	1,6	10,7	1,2	15,0	1,1	7,9	0,8
– T depresivo mayor	6,4	0,7	3,0	0,5	11,3	1,1	6,0	0,6	9,0	0,6	4,6	0,4
– Trastorno bipolar	1,8	0,7	0,7	0,3	2,5	0,5	2,1	0,5	2,2	0,5	1,4	0,3
– Distimia	3,5	0,7	1,5	0,5	12,1	1,3	4,8	1,1	8,0	0,8	3,2	0,6
Trastornos ansiosos*	8,7	2,0	2,6	0,7	23,1	2,0	12,8	1,3	16,2	1,6	7,9	0,8
– Trastorno de pánico	0,7	0,3	0,4	0,2	2,5	0,6	1,0	0,4	1,6	0,4	0,7	0,3
– Agorafobia sin pánico	6,0	1,4	1,5	0,5	15,9	1,9	8,5	1,4	11,1	1,4	5,1	0,8
– Ansiedad generalizada	0,9	0,4	0,4	0,2	4,1	0,7	2,0	0,5	2,6	0,5	1,2	0,3
– Estrés posttraumático	2,5	1,1	0,7	0,4	6,2	0,8	3,1	0,6	4,4	0,5	1,9	0,3
Uso de sustancias*	20,7	2,2	13,8	1,5	8,7	1,3	6,2	1,1	14,4	1,4	9,8	1,0
– Abuso de alcohol	6,2	1,4	3,5	0,7	1,2	0,4	0,7	0,3	3,6	0,8	2,0	0,3
– Dependencia alcoholol	11,0	1,5	7,6	1,1	2,1	0,6	1,4	0,5	6,4	0,7	4,3	0,6
– Abuso de drogas	1,5	0,4	0,5	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,9	0,2	0,3	0,2
– Dependencia de drogas	1,9	0,5	1,0	0,5	3,2	0,9	1,7	0,6	2,6	0,5	1,3	0,4
– Dependencia nicotina	4,0	0,8	1,4	0,7	3,7	0,9	1,6	0,8	3,9	0,5	2,9	0,5
Otros trastornos												
– Trast por somatización	2,7	0,8	1,8	0,6	4,3	0,7	3,8	0,7	3,5	0,6	2,8	0,5
– Esquizofrenia	0,6	0,3	0,01	0,01	1,1	0,2	0,7	0,2	0,9	0,2	0,3	0,1
– Trastorno esquizomorfo	1,0	0,4	0,2	0,1	0,7	0,3	0,1	0,1	0,9	0,2	0,2	0,1
– Personalidad antisocial	2,2	0,5	1,5	0,4	1,1	0,6	0,5	0,3	1,6	0,3	1,0	0,2
– Desórdenes cognitivos	4,0	1,1			3,4	0,8			3,7	0,9		
Cualquier desorden ECPP	32,0	2,4	20,7	2,0	39,5	2,2	24,3	2,0	36,0	2,0	22,6	1,5

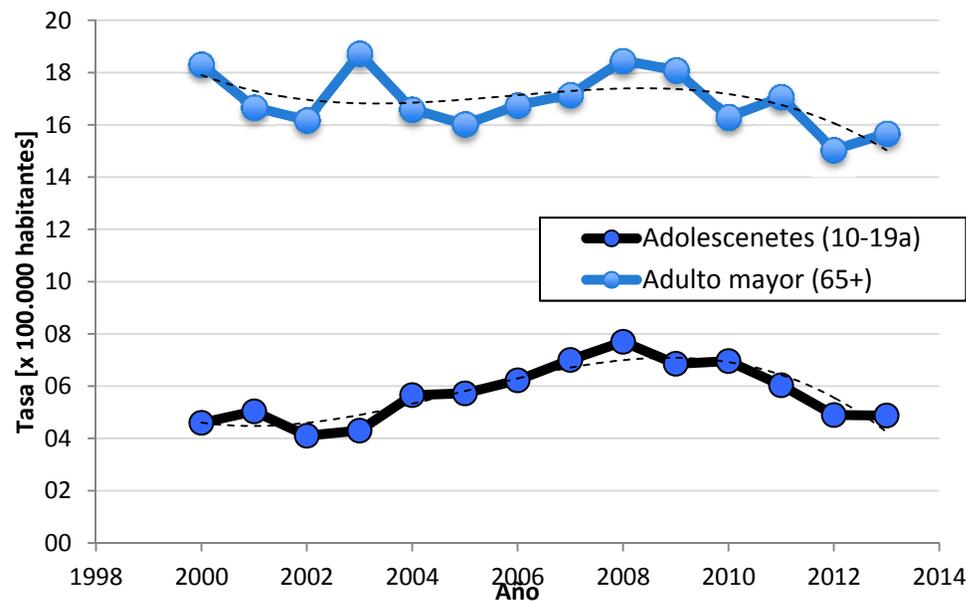
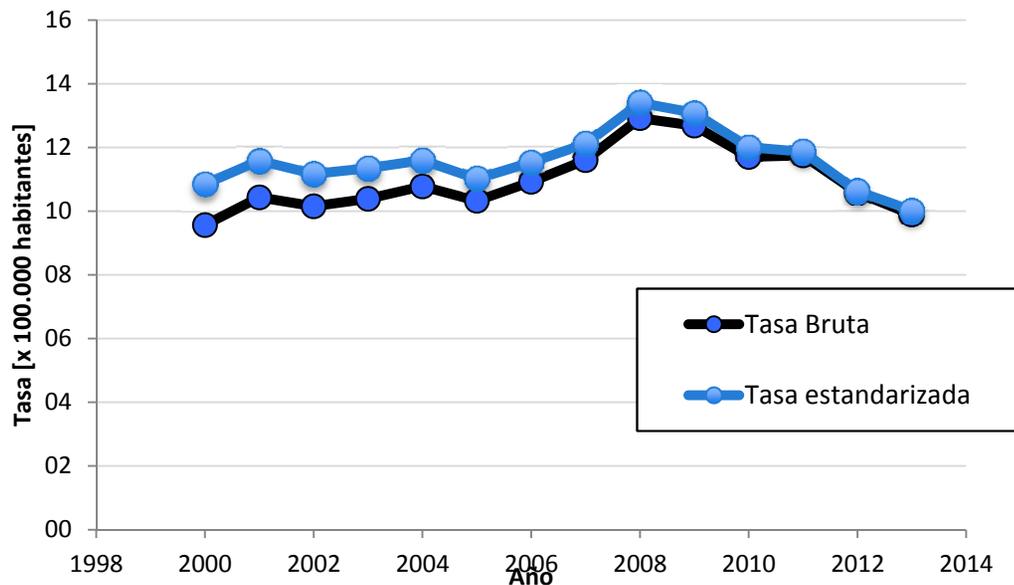
*Agrupaciones diagnósticas para las que se ha calculado prevalencias. **EE: error estándar

36% ha tenido un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida

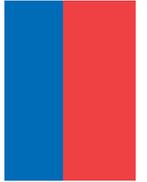
22,6% tuvo un trastorno en los últimos 6 meses.

*Benjamín Vicente P, Pedro Rioseco S, Sandra Saldivia B, Robert Kohn, Silverio Torres P. (2006)

Evolución tasas de suicidio en Chile



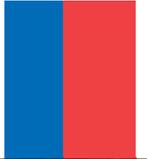
Programas relevantes para la Salud Mental



- **Garantías Explícitas en Salud:** 80 enfermedades con garantías de acceso, oportunidad, financiera y calidad. Entre ellas 4 de Salud Mental:
 - Esquizofrenia desde el 1º episodio
 - Depresión en personas de 15 años y más
 - Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
 - Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más
- **Chile Crece Contigo:** Sistema de Protección Integral a la Infancia, tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor.
- **Habilidades para la Vida:** Modelo de intervención psicosocial que incorpora acciones de detección y prevención del riesgo; promueve estrategias de autocuidado y desarrolla habilidades para la convivencia de los diferentes actores de la comunidad escolar.



Salud Mental en Emergencias y Desastres



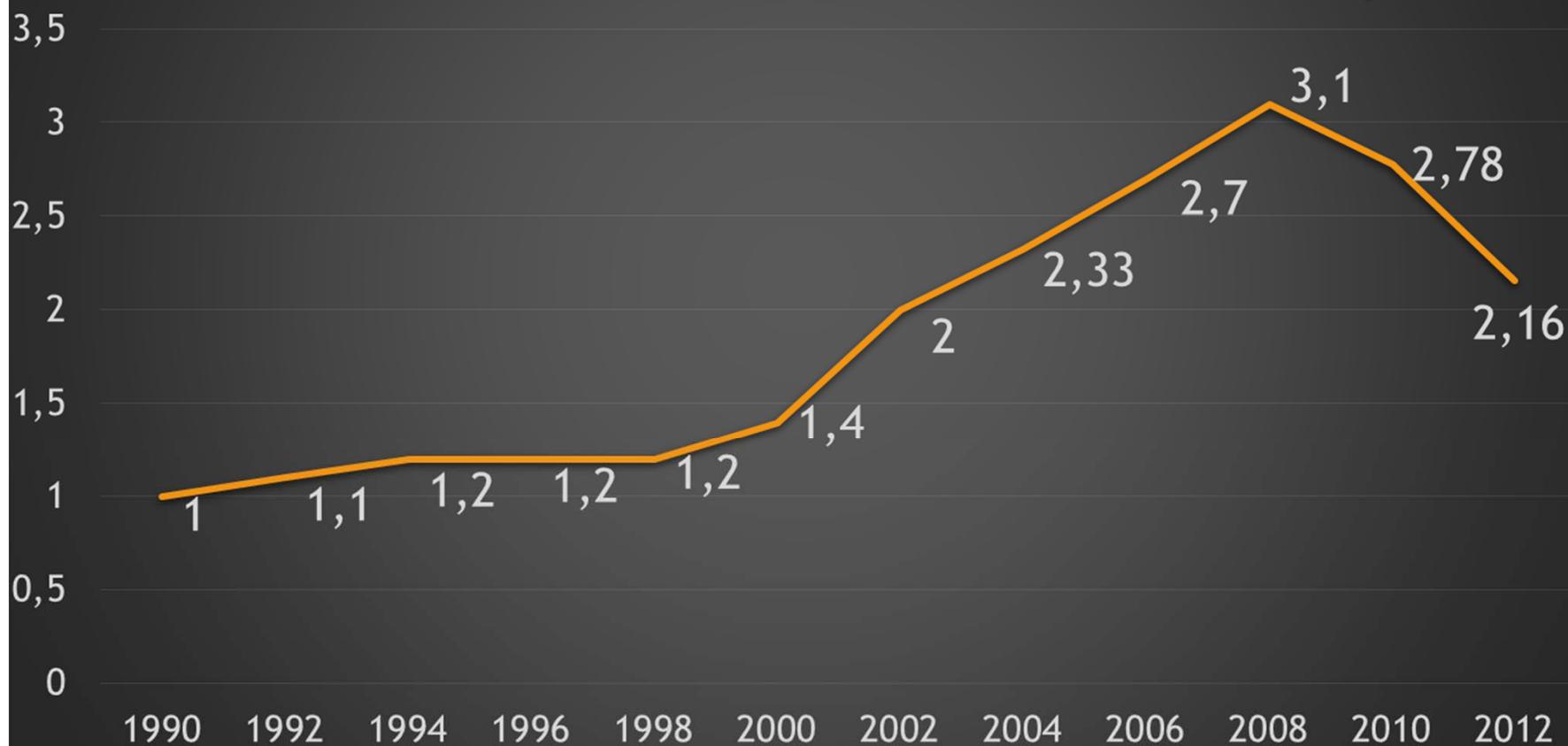
Mesa Técnica de Salud Mental en Emergencias y Desastres MINSAL

- Cooperación con Servicios de Salud de Territorios Afectados
- Colaboración de Equipos Especializados de otros SS
- Coordinación Intersectorial
- Colaboración de Organismos Internacionales

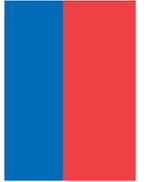
Brecha Presupuestaria



Porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (%) (Fuente: Unidad Salud Mental Subsecretaría de Redes Asistenciales)



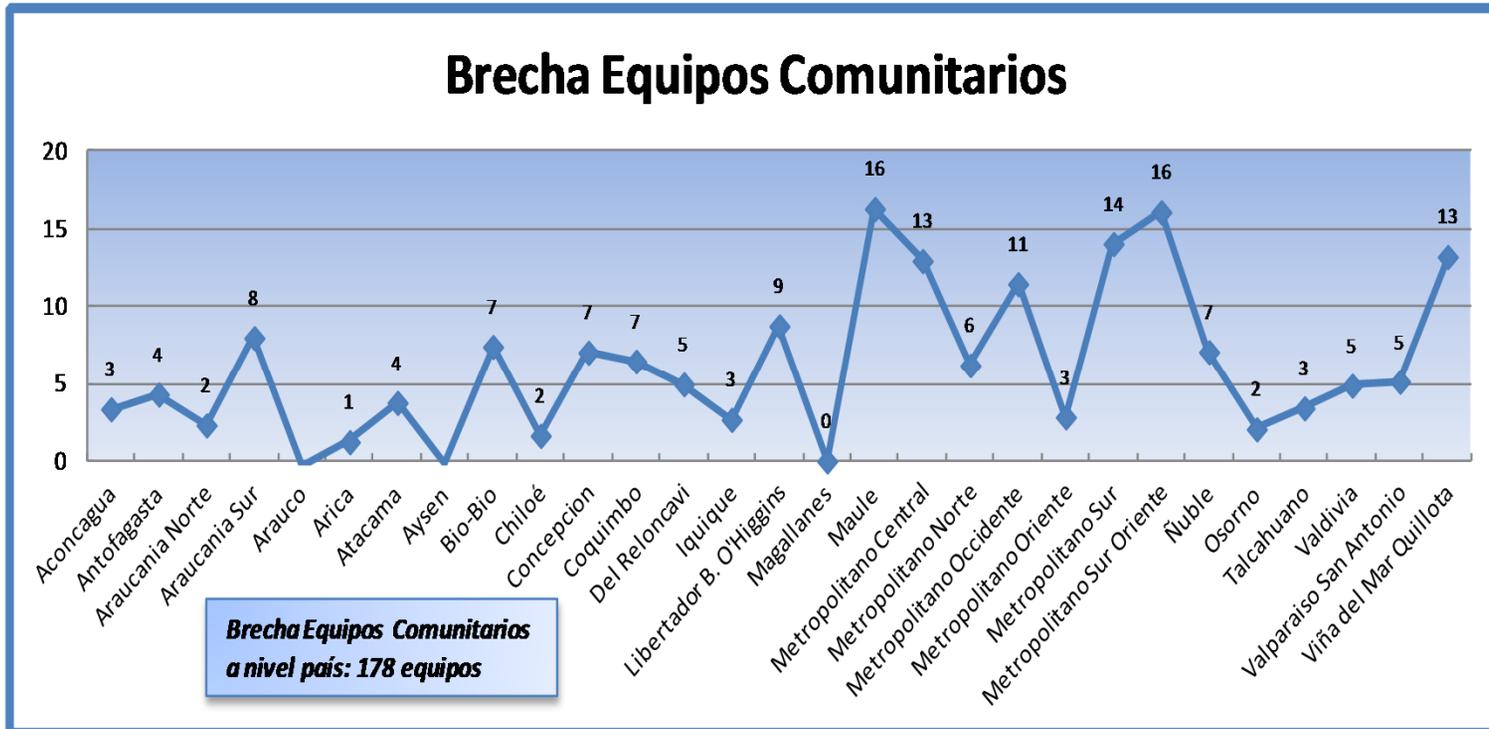
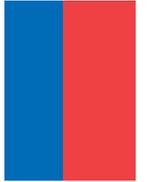
Brechas de Recursos e inequidades



- La APS requiere ser fortalecida para dar cuenta de la demanda de atención de SM en su nivel de complejidad
- El país cuenta con cerca del 40% de los Centros de Salud Mental Comunitaria que requiere.
- Estos se encuentran subdotados de recursos y sobreexigidos en las coberturas de población a cargo.



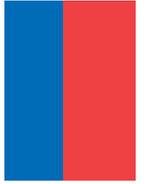
Centros Comunitarios de Salud Mental



La brecha se ha calculado como el número de equipos comunitarios que debiera existir en el Servicio de Salud, basado en la Norma Técnica, versus los COSAM y CAE-CDT-CRS existentes en la actualidad.



Brechas de Recursos e inequidades

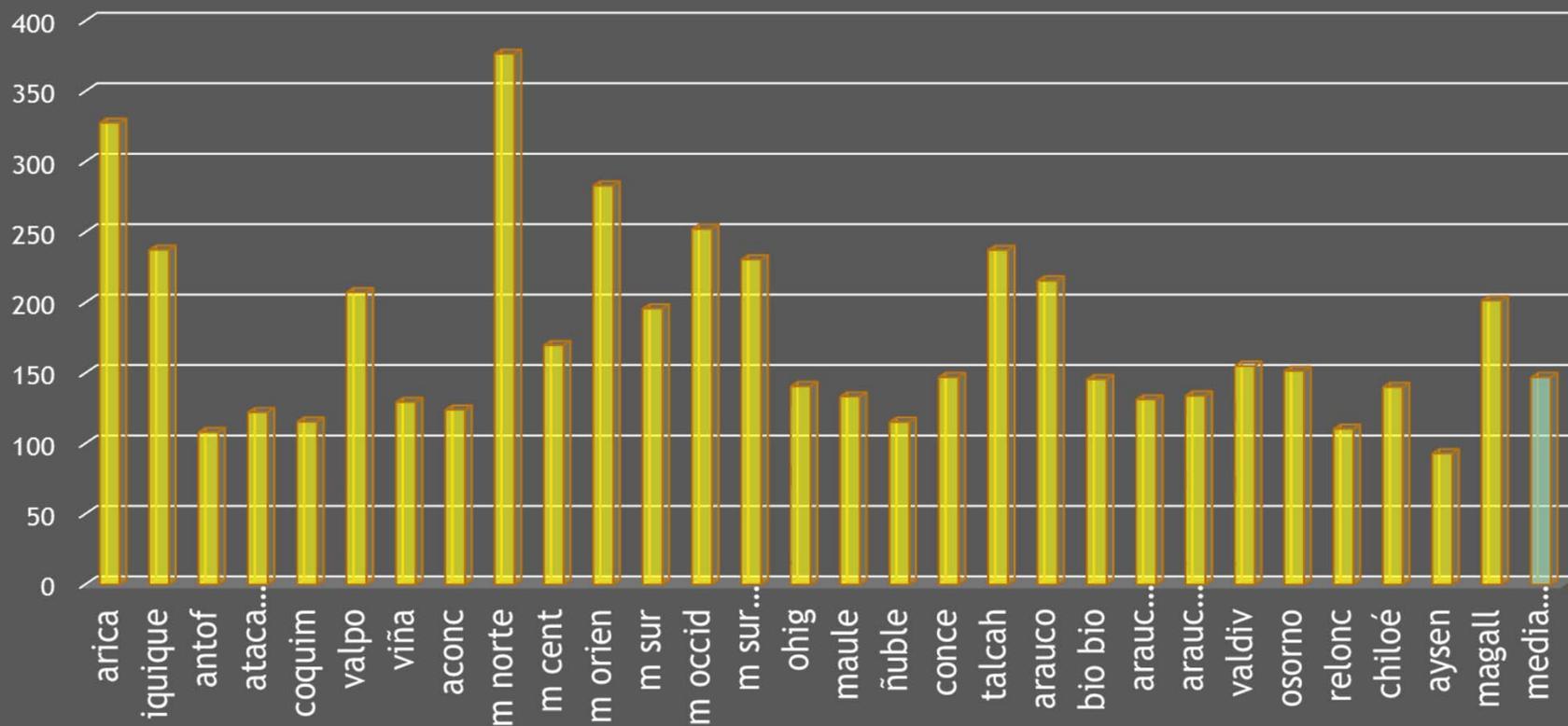


- Muchos Servicios de Salud no son autosuficientes en la satisfacción de sus necesidades de servicios de hospitalización.
- Insuficiente oferta en salud mental infanto adolescente, poblaciones con necesidades especiales como Tr. del Espectro Autista y otras.
- La disponibilidad de RRHH especializados de salud mental por SS es insuficiente y su distribución inequitativa.

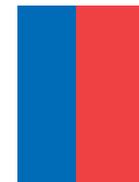


Inequidad en la distribución territorial de los recursos

Tasa de hrs/sem. de profesionales de salud mental ambulatorios por 40.000 beneficiarios FONASA 2012

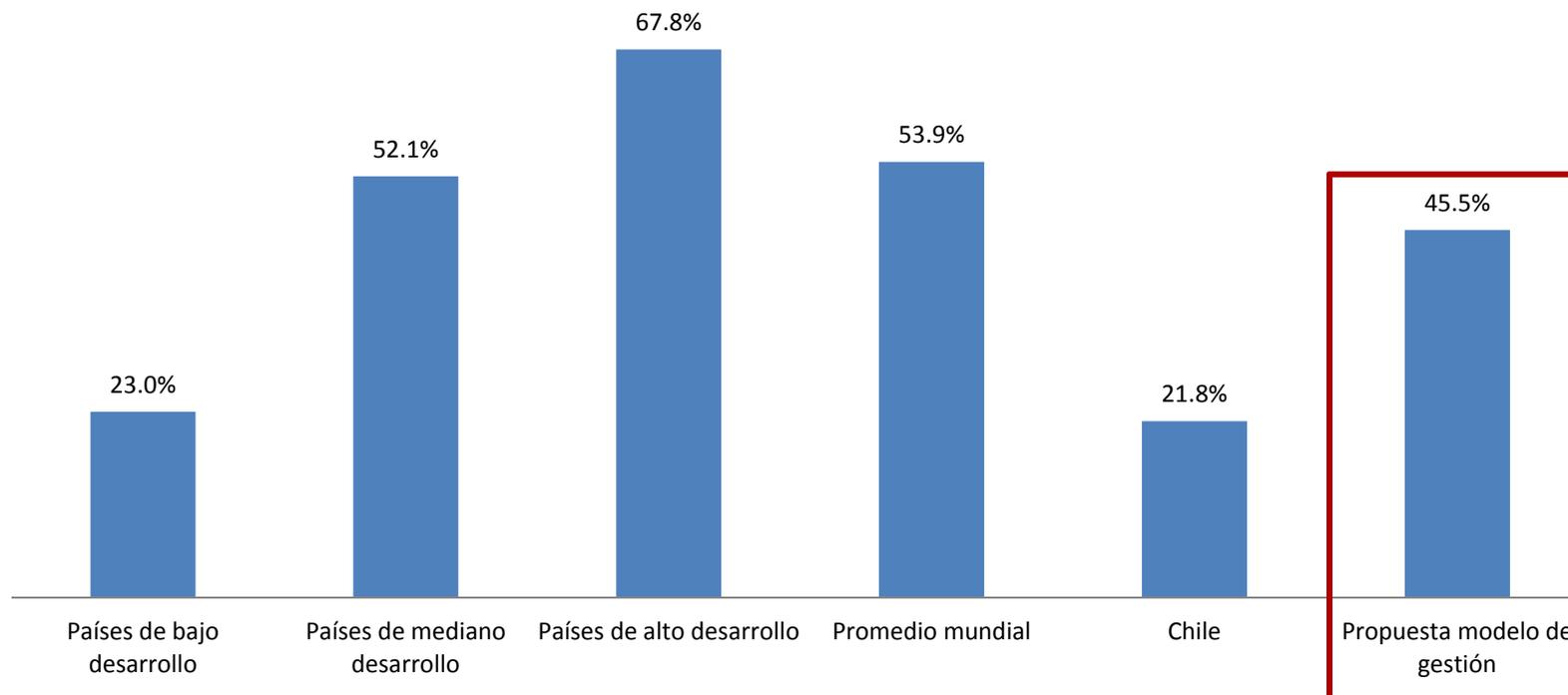


Brechas de Cobertura



Proporción Cobertura sobre la Prevalencia

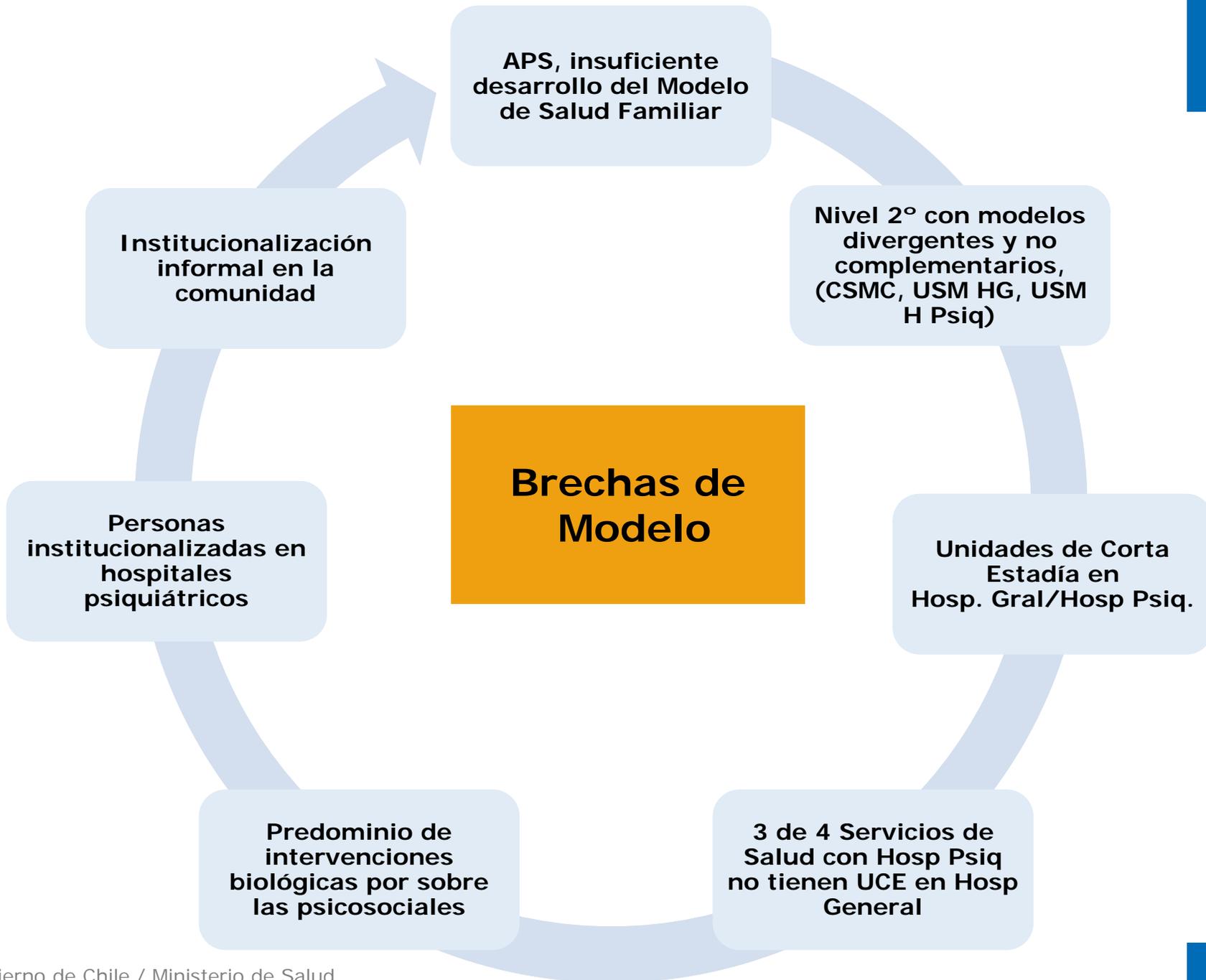
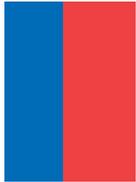
■ % Ajustado - Proporción Cobertura Prevalencia



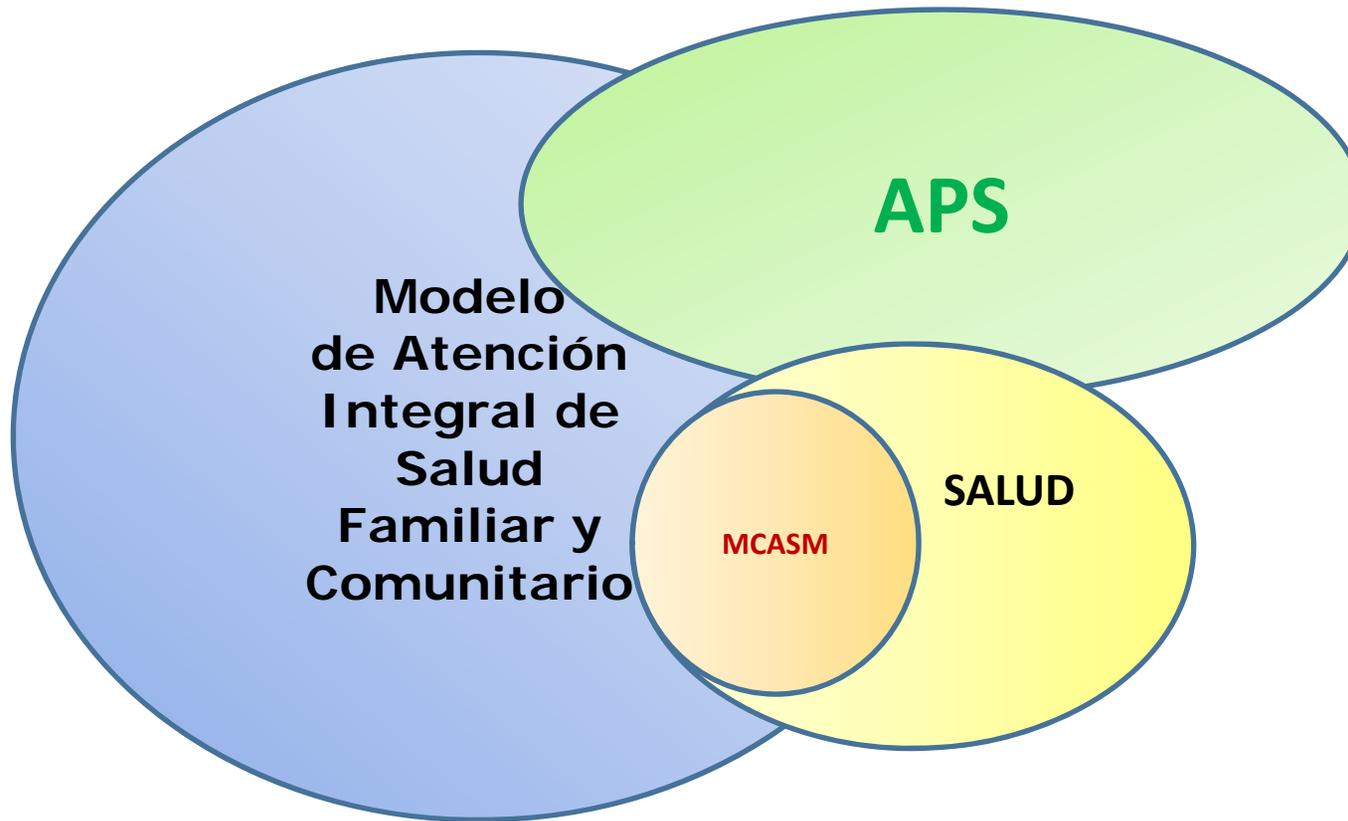
¹ Wang, P., Aguilar-Gaxiola, S., Caldas de Almeida, M., et al. Treated and untreated prevalence of mental disorders: results from the World Health Organization World Mental Health (WMH) survey. 2011. Oxford Textbook of Community Mental Health. Oxford: Oxford University Press.

² MINSAL, DEIS, REM 2014.









“Salud Mental: el imperativo de la coherencia”



En estudio longitudinal el impacto del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (MCASM) se traduce en una disminución progresiva de la tasa de Consulta de Urgencia Psiquiátrica (CUP)

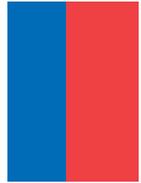
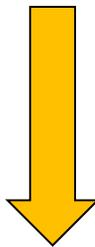


Tabla 1. Razón de tasas de Incidencia (RTi) [intervalos de confianza 95%], para consultas de urgencia psiquiátrica en comunas del servicio de salud con MCASM. Modelo de efectos aleatorios.

RTi univariados		
	RTi	[ICI-ICS 95%]
A-o	0,95	[0,94-0,96]
MCASM	0,83	[0,79-0,88]
Distancia (Km)	0,95	[0,93-0,96]
RTi ajustados		
	RTi	[ICI-ICS 95%]
A-o	0,95	[0,95-0,96]
MCASM	0,96	[0,9-1,01]
Distancia (Km)	0,95	[0,93-0,96]
RTi para MCASM según a-o*		
	RTi	[ICI-ICS 95%]
MCASM:2006	1,02	[0,96-1,09]
MCASM:2007	0,97	[0,92-1,03]
MCASM:2008	0,92	[0,87-0,98]
MCASM:2009	0,88	[0,82-0,94]
MCASM:2010	0,83	[0,76-0,91]
MCASM:2011	0,79	[0,71-0,88]



El efecto del Modelo Comunitario sobre la tasa de CUP se profundiza progresivamente en la medida que el modelo se instala en mayor medida.

Fuente:

Instalación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (MCASM) y evolución de las Consultas de Urgencia Psiquiátricas.

Sepúlveda et al. 2013



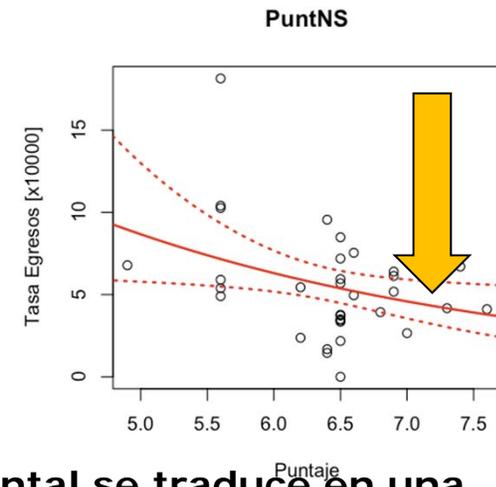
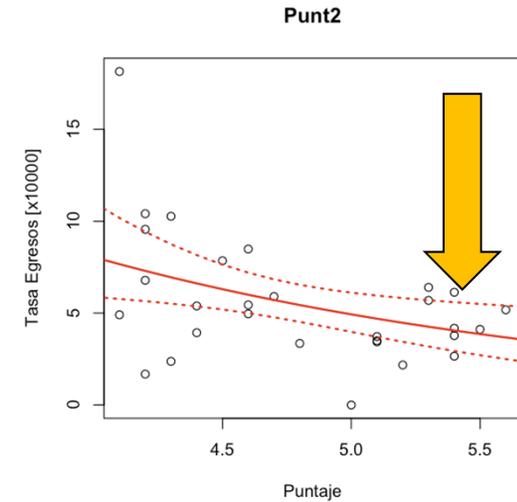


El impacto del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental se traduce en una disminución progresiva de la tasa de hospitalización por causa psiquiátrica

Egreso Hospitalario (n=29)		
Indicador	RTI	[95% IC]
Punt 1	0,77	[0,55 - 1,08]
Punt 2	0,61	[0,42 - 0,89] *
Punt AP	0,94	[0,74 - 1,19]
Punt NS	0,73	[0,55 - 0,96] *
Punt NT	0,86	[0,74 - 1,00]
Crit1	0,96	[0,92 - 1,01]
Crit2	1,11	[0,94 - 1,30]
Crit3	0,95	[0,85 - 1,07]
Crit4	0,79	[0,62 - 1,00]
Crit5	0,99	[0,76 - 1,30]
Crit6	1,12	[0,93 - 1,35]
Crit7	1,01	[0,95 - 1,08]
Crit8	0,97	[0,91 - 1,03]
Crit9	NA	[NA - NA]
Crit10	0,97	[0,79 - 1,20]

Por cada punto adicional de desarrollo del MCASM [0-10], disminuye en 39% [57%-11%] la tasa de hospitalización por causa psiquiátrica.

Por cada punto adicional de desarrollo del MCASM [0-10], medido en dispositivos de nivel secundario, la tasa de hospitalización por causa psiquiátrica disminuye en un 27% [45%-4%].



El impacto del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental se traduce en una disminución de la tasa de re-hospitalización por causa psiquiátrica

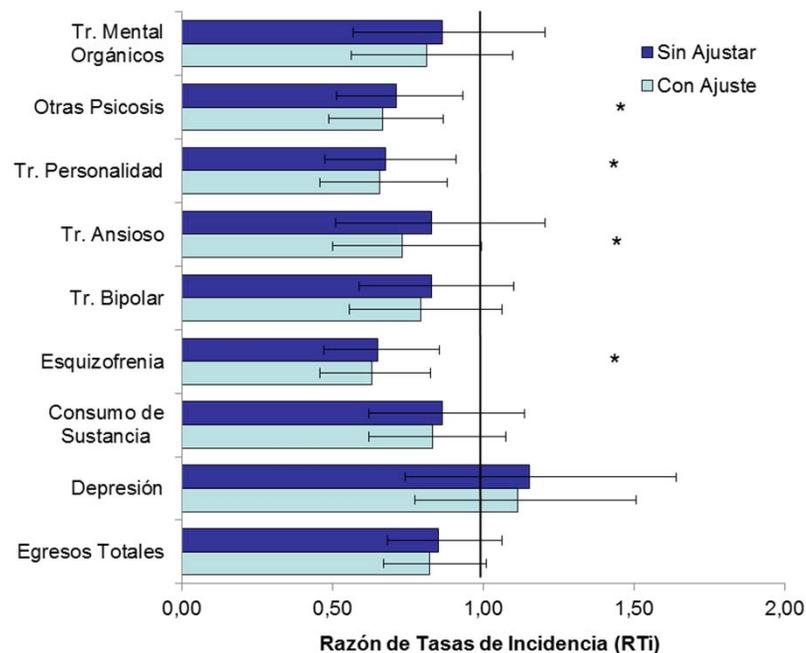
Fuente: Asociación entre el desarrollo del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (MCASM) y la tasa de consultas de urgencia y egresos hospitalarios por causa psiquiátrica FONIS SA12|2025. Zitko P et al, 2014



Las Consultorías Psiquiátricas que cumplen estándares de calidad se asocian a menores tasas de hospitalización psiquiátrica



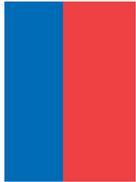
Ocurrencia		%	ICI95%	ICS95%
0	No	33,7%	29,8%	37,6%
1	Si	63,6%	59,6%	67,6%
2	No sabe	2,7%	1,4%	4,1%
Frecuencia		%	ICI95%	ICS95%
0	Menos de una vez al mes	11,9%	8,5%	15,3%
1	Mensual	71,1%	66,4%	75,8%
2	Quincenal o mas	8,8%	5,8%	11,7%
3	No sabe	8,2%	5,4%	11,1%
Mismo Psiquiatra Consultor		%	ICI95%	ICS95%
0	No	14,5%	10,8%	18,2%
1	Si	85,5%	81,8%	89,2%
2	No sabe	0,0%	0,0%	0,0%
Mismo Psiquiatra en el nivel secundario		%	ICI95%	ICS95%
0	Nunca y casi nunca	36,9%	31,9%	42,0%
1	Casi siempre	25,6%	21,0%	30,1%
2	Siempre	35,8%	30,8%	40,8%
3	No sabe	1,7%	0,4%	3,1%
Consultoría "optima"*		%	ICI95%	ICS95%
0	No	73,7%	69,9%	77,4%
1	Si	26,3%	22,6%	30,1%



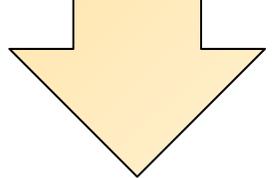
	RTi modelo Quassipoisson ajustado por Escolaridad, Pobreza, Sexo y Edad		
	RTi*	ICI 95%	ICS 95%
Egresos Totales	0,82	0,67	1,01
Depresión	1,12	0,82	1,51
Consumo de Sustancia	0,83	0,65	1,07
Esquizofrenia	0,63	0,48	0,83
Tr. Bipolar	0,79	0,59	1,06
Tr. Ansioso	0,73	0,54	1,00
Tr. Personalidad	0,66	0,49	0,88
Otras Psicosis	0,67	0,51	0,87
Tr. Mental Orgánicos	0,81	0,60	1,10

Fuente: **Caracterización de la Consultoría Psiquiátrica en Centros de Atención Primaria de Salud.**
Sepúlveda et al. 2015





Problemas de Salud Mental
Alta Carga de Enfermedad
Alta prevalencia e incidencia
Alta comorbilidad

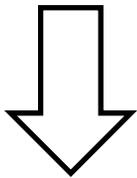
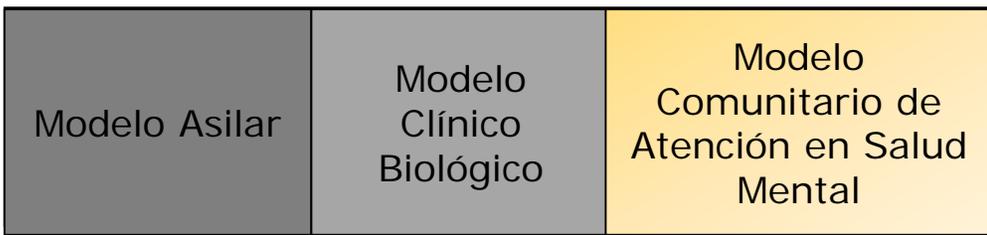


Alto impacto social y económico

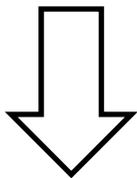
Determinantes Sociales
y otros determinantes...



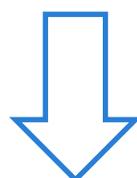
Modelo de Atención en Salud Mental



Hospital Psiquiátrico



Servicio de Psiquiatría en el Hospital General



H Gral Centro de Salud Mental Comunitaria APS



Brechas Normativas



- **Código Civil**
 - no reconoce la capacidad legal por “demencia”
 - no contempla mecanismos de apoyo al ejercicio de ésta
 - establece la interdicción como mecanismo único
- **Reglamento 570 relativo a la hospitalización psiquiátrica**, actualiza el reglamento general de insanos de 1927, sin modificar el código sanitario de ese año, en lo esencial se acoge a los Principios para la Protección de EM.





- **Ley de Derechos y Deberes en Salud (2012)**, no armoniza las normativas en materia de discapacidad mental a los estándares actuales en discapacidad, mantiene la esencia del reglamento 570
 - Limita el derecho a la información clínica a PcD
 - Hospitalización involuntaria, definida por organismo no autónomo de la autoridad sanitaria, sin salvaguardas adecuadas
 - Consentimiento y tratamiento involuntarios, puede ser vulnerado sin salvaguardas adecuadas
 - Procedimientos irreversibles de esterilización y psicocirugía, pueden realizarse en personas sin capacidad de consentir
 - No proscribire la institucionalización
 - Organismo de Revisión, no autónomo de la autoridad sanitaria

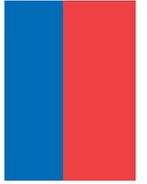




- **Ley 18.600 de discapacidad intelectual,**
 - interdicción “express”
 - contratación laboral con sueldo inferior al mínimo legal.
- **Ley 20.422 de Igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad,** armónica en lo general con la CDPD pero:
 - No modificó otras leyes relacionadas (Código Civil, Ley de Derechos y Deberes en Salud, Ley 18.600)



Actualización del Plan Nacional de Salud Mental



1. Regulación y Derechos Humanos

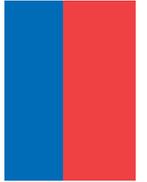
- Ley de Salud Mental
- Armonización legislativa a los estándares de la CDPD
- Actualización de reglamentos, normas técnicas a lo anterior

2. Provisión de Servicios de Salud Mental

- Modelo Comunitario territorial
- Nivel primario y secundario con resolución territorial comunal
- Nivel secundario establecido en Centros Comunitarios de Salud Mental
- Nivel terciario con resolución no más allá del Servicio de Salud
- Servicios especializados (Forense, Mediana Estadía) de cobertura regional
- Apoyo para la desinstitutionalización



Actualización del Plan Nacional de Salud Mental



3. Financiamiento

- Financiamiento proporcional al nivel de carga de enfermedad y requerimientos en prevención primaria, secundaria y terciaria
- Asignación de los recursos **en** los servicios necesarios para el modelo comunitario
- Pago de prestaciones diseñado para reforzar el modelo comunitario, superando la actual concentración en prestaciones biomédicas.

4. Monitoreo, Evaluación y Mejora Continua de la Calidad

- Registros y monitoreo pertinentes al modelo comunitario.
- Investigación activa para evaluar y perfeccionar el modelo y mejorar la respuesta a los requerimientos de la salud mental
- Procesos de calidad pertinentes al modelo



Actualización del Plan Nacional de Salud Mental



5. Recursos Humanos y Formación

- RRHH suficientes para la conformación de equipos interdisciplinarios
- Estabilidad contractual
- Incentivo al desarrollo de Polos formativos pertinentes y con inserción territorial

6. Participación

- Apoyo a la participación de usuarios en la gestión de los servicios
- Apoyo a la participación social de los usuarios en la comunidad y en la vida política
- Participación en la formulación de políticas, planes, programas y leyes

7. Intersectorialidad

- Acción intersectorial de los equipos de salud mental
- Involucramiento del intersector en la promoción y prevención
- Inclusión social con participación intersectorial



Lunes, 13 de Octubre de 2014 00:00

- El 10 de octubre de 2014

"Apoyaremos fuertemente la idea de una Ley de Salud Mental"



Doctora Helia Molina

Así lo anunció la ministra de Salud, doctora Helia Molina, "porque es un tema que afecta e influye en todos los ámbitos de desarrollo de las personas y de la sociedad, por lo que requiere un manejo intersectorial y la confluencia de recursos desde distintas áreas".



El anuncio lo hizo frente al decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, doctor Manuel Kukuljan, acompañado por el doctor Oscar Arteaga, director del Instituto de Salud Poblacional y por el doctor Rubén Alvarado, jefe de la Unidad de Salud Mental y organizador de las Jornadas Chilenas de Salud Mental Comunitaria. "Actualmente, la OMS dice que la salud debe estar presente en todas las políticas, lo que incluye a la salud mental. No hay ninguna política pública que tenga que ver con vivienda, desarrollo urbano, trabajo, protección social, cultura, etc."



Lineamientos para una Ley de Salud Mental



1. Armonizar las leyes a los estándares de DDHH de CDPD
2. Consolidación, coherencia y fortalecimiento de la red comunitaria de salud mental
3. Intersectorialidad en la Promoción y Prevención en salud mental
4. Intersectorialidad en la Políticas de Inclusión social de PcDM
5. Paridad y no discriminación en seguros público y privados
6. Organismo de revisión autónomo de la autoridad de salud
7. Presupuesto para Salud Mental acorde a la magnitud del problema en el país





Gobierno
de Chile

GRACIAS