



**GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS**

**PROGRAMA SALUD MENTAL
(PSM)**

MINISTERIO DE SALUD

JUNIO 2002

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
PROGRAMA SALUD MENTAL

PANELISTA:
FERNANDO SILVA H. (COORDINADOR)
SANDRA SALDIVIA B.
JAIME ALFARO I.

JUNIO 2002

INFORME FINAL

NOMBRE PROGRAMA: PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA AÑO DE INICIO: 1990 MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD SERVICIO RESPONSABLE: UNIDAD DE SALUD MENTAL
--

RESUMEN EJECUTIVO.

1. Descripción del Programa

1.1. Fin

Contribuir a que personas, familias y comunidades desarrollen y utilicen el óptimo de sus potencialidades psicológicas y relacionales

1.2. Propósito

Resolución de la demanda por salud mental en el sistema público de salud en forma oportuna y eficaz, de acuerdo a estándares de calidad y equidad

1.3. Población Objetivo

La caracterización de los beneficiarios del programa se señalan por componentes:

- 1.3.1. Alcohol y Drogas: La población objetivo de este componente corresponde a la población beneficiaria del sistema público de salud con trastornos de salud mental asociado a abuso y/o dependencia de alcohol y/o drogas. No existe cobertura programada para el componente.
- 1.3.2. Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar: En Maltrato infantil los beneficiarios son niños, adolescentes y sus familias consultantes en establecimientos del sistema público de salud. En Violencia Intrafamiliar, los beneficiarios son mujeres y adultos mayores consultantes en establecimientos de atención primaria en el sistema público de salud. No existe cuantificación de la población objetivo.
- 1.3.3. PRAIS: La atención está dirigida a víctimas de violencia política (1973 y 1990) y a su grupo familiar, así como a personas que han trabajado en derechos humanos. Los beneficiarios de este componente no están definidos por patologías específicas, sino por la situación psicosocial que las general.
- 1.3.4. Depresión: se presenta mayoritariamente en mujeres. A nivel primario se generó un subprograma que atiende en particular a la población de 20 a 64 años beneficiarios del sector público de salud. No existe cobertura programada para el componente.
- 1.3.5. Trastornos Psiquiátricos Severos: La población objetivo del componente es aquella con diagnóstico de esquizofrenia, sin distinción de sexo, ni edad, beneficiarios del sistema público de atención. No existe cobertura programada para el componente.

1.3.6 Psiquiatría Forense: La población objetivo de este componente son todas las personas sobreesididas por el sistema judicial por enfermedad mental. La programación original del componente, consideró una población objetivo de 371 beneficiarios.

1.4. Población Beneficiaria

El cuadro siguiente muestra el número de beneficiarios que recibieron atención en los distintos componentes del Programa. Sin embargo, ello no refleja la totalidad de las acciones, dado que el mayor número de éstas es financiada vía FONASA (modalidad Institucional y Libre Elección), sin identificación de las patologías.

Cuadro N° 1: Número de beneficiarios efectivos año 2001

COMPONENTES	2001
Alcohol y drogas	98.337 ¹
Maltrato infantil y violencia Intrafamiliar	11.816
PRAIS	22.363
Depresión	66.984
Trastornos psiquiátricos severos	7.260 ²
Psiquiatría forense	336
Total	207.096

Fuente: USM-MINSAL.

¹: incluye tratamiento ambulatorio (14.900), comunidades terapéuticas residenciales (1.362), adicción a drogas atendidos por compromiso 20 (1.261), beneficiarios de prevención alcohol y drogas (74.914), grupos de auto ayuda (5.900)

²: Incluyen 1.294 personas con diagnóstico de TPS y riesgo de adicción o con patología dual atendidos por Compromiso 20; 2.875 personas atendidas en unidades de rehabilitación, 1.371 beneficiarios del PNAA, 1.353 personas que asisten a hospitales diurnos, 300 que permanecen en clínicas de expansión y 67 pacientes neurológicos postrados.

El total de beneficiarios para dicho año es de 207.096 concentrándose la mayor parte de ellos en el componente Alcohol y Drogas.

1.5. Descripción General del Diseño del Programa

El Programa es ejecutado en todo el sistema sanitario público chileno a través de las unidades de salud mental existentes en los Servicios de Salud y sus dispositivos dependientes, los consultorios municipalizados y a nivel central a través de la Unidad de Salud Mental ministerial y dos comisiones especiales dependientes directamente del Ministro de Salud. Si bien la Unidad de Salud Mental del Minsal actúa como unidad ejecutora, son los establecimientos de salud (hospitales, consultorios y otros dispositivos) los que en forma autónoma ejecutan las acciones de salud mental, en los ámbitos de prevención, promoción, tratamiento o rehabilitación, según corresponda.

El diseño del Programa considera siete componentes¹: gestión de la Unidad de Salud Mental del Minsal; Alcohol y Drogas; Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar; PRAIS; Depresión; Trastornos Psiquiátricos Severos; y Psiquiatría Forense. La descripción y modo de producción de cada uno de ellos es el siguiente:

¹ Estos componentes fueron desarrollados en forma consensuada con los directivos del Programa para los efectos de la presente evaluación, ya que la estructura del Programa no tiene una equivalencia conceptual con la metodología aplicada en la evaluación.

Gestión de la Unidad de Salud Mental del Minsal: Se ha planificado, normado y regulado el Programa de Salud Mental a nivel nacional y apoyado la gestión de los Programas de Salud Mental de responsabilidad de los Servicios de Salud. La USM – Minsal diseña, planifica y norma los diferentes componentes que se van incorporando al Programa y los implementa, en forma total o parcial, en los establecimientos del sistema sanitario público de salud. Además aporta asesoría técnica y administrativa, financiamiento, efectúa monitoreo y evaluación periódica. Para ello desarrolla planes, emite normas, realiza visitas a terreno, contrata estudios y evaluaciones.

Alcohol y Drogas: Población beneficiaria del sistema público de salud con trastornos de salud mental asociado a abuso y/o dependencia de alcohol y/o drogas ha sido intervenida de acuerdo a protocolos establecidos. El sistema sanitario ha estado orientado históricamente al tratamiento y rehabilitación, sin embargo y paralelo a ello los énfasis de los últimos años ha estado dirigido a la promoción y prevención y también se ha promovido la participación de la familia y de otros miembros de la red de apoyo.

Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar: Población beneficiaria del sistema público de salud con trastornos de salud mental asociado a maltrato infantil y violencia intrafamiliar ha sido intervenida de acuerdo a protocolos establecidos. Se busca responder a las necesidades de prevención, detección y reparación de los daños de la salud física y mental que derivan de situaciones de maltrato infantil y/o violencia intrafamiliar. Orienta sus acciones hacia la prevención primaria a nivel de organizaciones sociales, promocionando la formación de redes de prevención y protección contra la violencia. Asimismo, busca optimizar la coordinación intersectorial.

PRAIS. Población beneficiaria del sistema público de salud con trastornos de salud mental asociado a represión política ha sido intervenida de acuerdo a protocolos establecidos. Este “programa” concede a dichas personas el derecho a ser atendidas en los establecimientos dependientes o adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, bajo la modalidad de atención institucional y gratuitamente. El PRAIS se conforma de equipos especializados, multidisciplinarios, capacitados para entregar atención de salud mental a los usuarios del subprograma e insertos en hospitales generales y/o anexos a los Servicios de Psiquiatría existentes.

Depresión. Población beneficiaria del sistema público de salud con trastornos depresivos ha sido intervenida de acuerdo a protocolos establecidos. El componente entrega atención clínica a pacientes con diagnóstico de depresión en el nivel primario, secundario y terciario, según corresponda. Incorpora además acciones de promoción y prevención en el nivel primario a través de aportes de campañas sanitarias. A partir del año 2001 la USM Minsal implementa el “Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria”, que contempla entregar tratamiento accesible, oportuno y eficaz a las personas que sufren trastornos depresivos, mayores de 20 años y menores de 64, beneficiarios del sistema público, consultantes en el nivel primario, derivando al nivel secundario los casos de depresión grave.

Trastornos Psiquiátricos Severos. Población beneficiaria del sistema público de salud con trastorno psiquiátrico severo (TPS) ha sido intervenida de acuerdo a protocolos establecidos. Se refiere fundamentalmente a esquizofrenia y está orientado a que los pacientes sean atendidos integralmente, es decir, en forma multi-disciplinaria de acuerdo a las necesidades de tratamiento y rehabilitación del paciente, y de su familia, dentro del contexto de la red de servicios de salud mental y en especial en los dispositivos diseñados

para ello, como centros de rehabilitación, talleres protegidos y centros diurnos y/o de servicios residenciales. Forma parte de este componente el “Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos” (PNNA), que provee de financiamiento a los Servicios de Salud, a través de FONASA, para la adquisición y uso de modernos psicofármacos. Complementariamente a lo anterior debe destacarse la existencia de personas que presentan patología dual, lo que ha sido definido por el MINSAL como la presencia de enfermedad psiquiátrica severa conjuntamente con adicción a alcohol y/o drogas.

Psiquiatría Forense. Personas sobreesídas por la justicia a causa de enfermedad mental han recibido diagnóstico, peritaje judicial, tratamiento y/o rehabilitación en establecimientos del sistema de salud público, por orden de los tribunales de justicia. La implementación de este componente funciona en estrecha colaboración con el Ministerio de Justicia y el Poder Judicial. El sistema considera tres tipos de dispositivos más la red de salud mental: una Unidad de Psiquiatría Forense de Alta Complejidad, centro de referencia nacional ubicado en el Hospital Psiquiátrico Phillippe Pinel de Putaendo; tres Unidades de Psiquiatría Forense de Mediana Complejidad (V, X y Región Metropolitana) que permiten el ingreso temporal y tratamiento y rehabilitación a pacientes con patología psiquiátrica estabilizada que por condiciones de seguridad no pueden permanecer en establecimientos sanitarios; Hogares y Residencias Protegidas, instancias comunitarias de menor complejidad para alojamiento y vivienda de los pacientes de menor complejidad; y la Red de Servicios de Psiquiatría: hospitales psiquiátricos y servicios de psiquiatría de los hospitales generales que hospitalizan a personas sobreesídas o absueltas que no requieren cuidados de alta o mediana complejidad y que no presentan conductas particularmente disruptivas.

1.6. Antecedentes del gasto

El presupuesto total del Programa Salud Mental considera los aportes del Fisco a través de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud y las aplicaciones de fondos que realiza FONASA a los 28 Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes como asimismo a los consultorios de atención primaria, todos lo cual va a financiar principalmente las prestaciones históricas. Los montos presupuestado, que en general coinciden con el gasto real, se ubican en el rango de los 16 a 20 mil millones de pesos, con un fuerte aumento de casi el 20% en el último año.

Cuadro N°2: Presupuesto Programa Salud Mental 1998-2000 (M\$ año 2002).

Año	Presupuesto Programa Salud Mental	
	Monto	%
1998	16.715.294	
1999	16.676.578	(0.2%)
2000	17.634.759	5.7%
2001	20.014.988	13.5%

Fuente: USM-MINSAL

La distribución de este monto según la fuente de financiamiento se muestra en el cuadro N°3. Cabe destacar que del total señalado en este cuadro, los cuatro hospitales psiquiátricos demandan alrededor del 50% del presupuesto

Cuadro N°3 : Presupuesto del Programa de Salud Mental-MINSAL (M\$ de 2002).

Fuentes	1998		1999		2000		2001	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
FONASA	14.159.806	85,4	13.702.443	84,1	13.513.851	79,3	13.873.765	68,1
USM-MINSAL	2.411.412	14,6	2.577.775	15,9	3.521.971	20,7	5.552.373	27,3
CONACE							938.745	4,6
TOTAL	16.571.218	100	16.280.218	100	17.035.822	100	20.364.883	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de USM-MINSAL

2. Resultados de la Evaluación

2.1. Diseño

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001) del MINSAL establece que “se dispone de suficiente información epidemiológica acerca de la elevada prevalencia de trastornos mentales y de la acumulación de factores de riesgo en la población”. Muchas de estas enfermedades han tenido presencia desde tiempos inmemoriales, mientras otras han devenido en aumentos que llaman la atención, como es el caso del consumo de alcohol y drogas ilícitas². Por otra parte, las investigaciones efectuadas en el tratamiento y rehabilitación, así como las innovaciones tecnológicas, han traído cambios significativos en la forma de enfrentar estas enfermedades.

El diseño del Programa considerado como una organización de red de servicios, es para el Panel un modelo adecuado de desarrollo. Es así como la mayoría de los Servicios de Salud han priorizado la salud mental como área de intervención permanente.

Respecto a las relaciones de causa – efecto, se puede establecer que son valederas, en el entendido que el Programa aun no llega a un estado de régimen definitivo. En relación con el propósito, todos los componentes contribuyen a éste, sin embargo, han habido ciertas dificultades dado el desarrollo o evolución parcial de algunos de ellos, situación afectada principalmente por falta de financiamiento de muchas de las actividades del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Si bien los componentes resultan necesarios al logro del propósito, se observan insuficiencias en: a) el diseño de la mayor parte de los componentes no obedecen a una planificación estratégica y b) las limitaciones de información que impiden un adecuado monitoreo y evaluación. En este sentido, los indicadores están más orientados a evaluación de proceso que de resultados, su estimación se ve limitada dado que los medios de verificación o no existen o no son completamente confiables.

2.2. Organización y Gestión

La estructura del Programa se considera en general, adecuada y responde a la política de descentralización del sector público del país donde se presentan claramente tres niveles: nivel central o ministerial donde se ubica la Unidad de Salud Mental más dos comisiones

² DIPRES: Evaluación de Programas Gubernamentales. Evaluación: “Programa Prevención Consumo de Alcohol y Drogas. CONACE

autónomas que dependen directamente del gabinete del Ministro de Salud; nivel de Servicios de Salud del cual dependen los establecimientos hospitalarios; y nivel municipal de donde dependen los Consultorios de Atención Primaria. En estos dos últimos niveles participa el sector privado o comunitario que apoyan ciertas acciones especializadas. Por normativa legal estos tres niveles funcionan con autonomía tanto en los aspectos administrativos y presupuestarios y con más dependencia en lo técnico. Lo anterior requiere esfuerzos importantes de coordinación, especialmente en subprogramas o normas que se dictan a nivel central y la disponibilidad efectiva de recursos.

A partir de la formulación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en el año 2000, la USM-MINSAL ha privilegiado un modelo de desarrollo de servicios en red, incorporando prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales.

Un adecuado funcionamiento del Programa, en consideración al tema de la descentralización-autonomía y al de la red de servicios requiere de un poderoso sistema de información y registros. La situación actual presenta carencias de información sistemática y continua sobre las actividades ejecutadas. Así por ejemplo, durante el periodo de evaluación se registraron “consultas psiquiátricas” no sabiéndose a qué patología o componente corresponde.

En relación al procedimiento de registro del recurso humano, el estudio complementario señala que sólo un 56% registraba la calificación del profesional que la había prestado, lo que señala mala calidad del registro lo que atenta contra eventuales evaluaciones a realizar.

Sobre las prestaciones que sí recogen esta información, se constata que el modelo de atención en la practica, muestra que el 83% de las atenciones es llevada a cabo por médicos psiquiatras y un 9% por psicólogos. Los médicos generales realizaban el 5% y están fundamentalmente orientados al tratamiento de depresión en atención primaria.

Estos resultados atentan contra la idea básica del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que tiene en el trabajo multidisciplinario un pilar central. Los resultados reflejan, en última instancia, un modelo de atención que continúa teniendo en el médico psiquiatra el recurso central para la atención clínica, siendo éste el más especializado, pero también el más caro para el sistema, y existiendo tareas, de intervenciones psicológicas breves, de intervención psicosocial y rehabilitadora, posibles de manejar por los restantes profesionales en un espacio como el de la atención pública en salud mental.

2.3. Eficacia y Calidad

El programa no cuenta con información sistematizada y confiable que permita medir resultados a nivel de propósito y componentes, por lo que no es posible concluir sobre eficacia y calidad en este nivel de objetivos.

No es posible disponer de información de aspectos tales como: número de prestaciones por componentes, porcentaje de resolución de listas de espera, cobertura ni satisfacción de usuario a excepción de un caso. Sin embargo, para algunos componentes del programa

existe información parcializada que proviene de un estudio complementario³ realizado de evaluaciones⁴ y estudios⁵ previos.

El estudio complementario permite conocer cual es la composición de las prestaciones de acuerdo con los componentes definidos. Un 15% del total de la atención está dirigida al componente Alcohol y Drogas, menos del 1% a la línea de violencia intrafamiliar del componente 2, un 18% al componente Depresión y un 41% al componente Trastornos Psiquiátricos Severos.

En el nivel de atención primaria⁶ se registra que la mayor cobertura va dirigida a la atención de problemas depresivos con un 95% de todas sus atenciones a usuarios con ese diagnóstico y un restante 4% a tratamiento de pacientes con abuso de alcohol y drogas. En este último caso, el 35% de la atención está entregada a pacientes nuevos. Los resultados son consistente con lo esperado para un nivel de atención del que se espera alta resolutivez en el manejo de patologías menos complejas, como pueden ser muchos cuadros depresivos leves y moderados.

Otras fuentes revisadas señalan:

Para el componente Alcohol y Drogas, los resultados de la evaluación⁷ destacan la capacidad demostrada en aumentar la cobertura de atención, el avance en la construcción de una red de atención y la creación de protocolos de atención.

La evaluación del componente PRAIS⁸ indica una baja calidad en la oferta de atención debido a una escasez de recursos humanos destinados a este programa, lo que afecta los resultados de la intervención realizada. En cuanto a cobertura esta es de un 41%. (22.363) respecto de su población objetivo.

En el componente Depresión no se dispone de información que permita inferir la eficacia de las actividades desarrolladas por los Servicios de Salud en la atención a esta patología, tanto a nivel primario como secundario. Sí es posible obtener información acerca de la eficacia del subprograma 'Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria'. De una evaluación⁹ de éste se concluye un nivel de efectividad global alto, medido en reducción de síntomas depresivos.

El componente Trastornos Psiquiátricos Severos, reúne un conjunto de actividades con desigual nivel de desarrollo. Mientras el subcomponente Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos (PNAA) aparece claramente definido y gestionado, la

³ Estudios realizados en el marco de la Evaluación de Programas: a) Cuestionario de Percepción del Programa de S.M y b) Estimación de Demanda Clasificada de Servicios Clínicos de Salud Mental.

⁴ Evaluaciones del Ministerio de Hacienda y otros efectuados directamente por la USM- MINSAL.

⁵ Otros estudios: Lafferte, C. 2002. Normas de internación psiquiátrica, derechos humanos y reconstitución del sujeto desde una perspectiva biopsicosocial. Mimeo; Lafferte y Muñoz. 2002. Evaluación PRAIS-Salud Mental. Informe Final. Estructura y Procesos Programa PRAIS. Evaluación de Impacto del Programa en la calidad de vida de sus usuarios. Mimeo.

⁶ Consultorios municipalizados.

⁷ Ministerio de Hacienda. Evaluación del Programa de Prevención al Consumo de Drogas 2001. DIPRES Ministerio de Hacienda. Chile. 2001.

⁸ Lafferte C. y Muñoz I. Evaluación PRAIS-Salud Mental. Informe Final. Estructura y Procesos Programa PRAIS. Evaluación de impacto del Programa en la calidad de vida de sus usuarios. Mimeo. Chile. 2002

⁹ Salud Pública Proyecto de evaluación de la efectividad del "Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la Depresión en Atención Primaria". Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública. Chile. 2002.

implementación de redes de atención es desigual a nivel país. Un hallazgo de los estudios complementarios fue⁴, la casi unánime opinión de que los resultados de este componente mejorarían si se contará con una mayor cantidad, calidad y oportunidad en la provisión de fármacos. Este comentario es en mayor o menor grado valido para el resto de los componentes clínicos.

Con relación al componente Psiquiatría Forense, a pesar del grado de estructuración con que se ha diseñado, la información recogida no entrega datos actualizados de prestaciones otorgadas. En cuanto a la cobertura ésta es de un 100% respecto de la programa.

Respecto de los indicadores de calidad, existe información parcial e indirecta relacionada con la satisfacción de los beneficiarios efectivos. El único estudio¹⁰ directamente relacionado con el grado de satisfacción de los beneficiarios hace referencia al uso de las normas de internación psiquiátrica que rigen la legalidad de los actos médicos y el respeto de los derechos humanos de los pacientes usuarios de servicios cerrados de atención en psiquiatría y salud mental. Los resultados muestran una línea base diagnóstica muy precaria, lo que da cuenta de un escaso respeto a los derechos de los pacientes. Esta situación mejora favorablemente, pero de manera estadísticamente significativa, después de una campaña de difusión de normas y diálogos con el personal de los servicios clínicos. Una tercera dimensión, 'ejercer sus derechos civiles y disfrutar de un entorno social y físico adecuado' parte de una línea base bastante óptima, para presentar en un segundo momento una variación negativa, muy inestable, estadísticamente significativa.

Del mismo modo cabe aquí considerar los resultados de la evaluación del Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria⁸ en lo relativo a la impresión que las usuarias tienen respecto de la atención recibida. En general el grupo tuvo una alta valoración de la atención entregada

2.4. Economía (desempeño financiero) y Eficiencia.

Los gastos administrativos del programa son del orden del 3% de los fondos administrados por la USM¹¹, lo que se considera adecuado.

Con todo, la diversidad de acciones (en cantidad, complejidad, dispersión) que corresponde realizar al Programa son tales que es muy difícil establecer medidas de eficiencia promedio.

2.5. Principales Conclusiones.

Se puede establecer las siguientes conclusiones en forma resumida:

1. El plan evaluado tiene un diseño orgánico y a la vez programático.
2. La Unidad de Salud Mental de MINSAL tiene una participación parcial en la operación del Programa por cuanto la mayor cantidad de actividades realizadas corresponden a

⁴ Evaluaciones del Ministerio de Hacienda y otros efectuados directamente por la USM- MINSAL.

¹⁰ Lafferte C. Normas de internación psiquiátrica, derechos humanos y reconstitución del sujeto desde una perspectiva biopsicosocial. Mimeo. Chile. 2002.

¹¹ Esta última cifra no incluye los recursos traspasados por FONASA a los Servicios de Salud.

- prestaciones que se hacen en función de las demandas por mejoramiento de enfermedades en el contexto del sistema de salud previsional al que tienen derecho las personas afiliadas al sistema público de salud en Chile
3. Aun cuando los fondos aplicados por la USM MINSAL representan un porcentaje bajo de todo el presupuesto del Programa (25%), estos han estado orientado a financiar mayoritariamente forma alternativas de atención, lo cual se ha traducido en promocionar la salud mental a nivel primario, crear dispositivos más económicos para pacientes estabilizados, disminuir el peso tanto económico como de actividades en los niveles secundarios y terciarios, entre otros. El panel opina que los esfuerzos de la USM Minsal están bien orientados en este sentido.
 4. Es opinión del panel que debe haber mayor preocupación por mejorar los sistemas de registro e información de monitoreo y evaluación. Esto pasa por darle un estructuración más especializada a la USM y que tenga referentes técnicos más específicos en su interior, lo que se traduce en aplicar mayores recursos a la Unidad..

2.6. Principales Recomendaciones

1. Recomendaciones que no involucran recursos adicionales

1.1. Diferenciación entre Unidad o Programa

Se recomienda se efectúe un estudio o análisis al interior del Ministerio de Salud para establecer la mejor forma de definirse: si se trata de un Programa y determinar las ventajas o dificultades, o si es mejor estructurarse como Unidad orgánica. Analizar comparativamente con otras instancias del Ministerio

1.2. Componentes

Se recomienda el Programa bajo el modelo del Marco Lógico que implica definir componentes tal como se efectuó el proceso de evaluación. Para ello, el Programa debe internalizar dichas concepciones y estructurar tanto los aspectos presupuestario como contables, como también los aspectos técnicos y administrativo. Es importante adoptar el lenguaje metodológico.

1.3. Red de servicios

Efectuar los estudios al interior de Ministerio de Salud para implantar el modelo de redes en todo el sistema de salud público, incluido los agentes privados o comunitario colaboradores de este sistema.

1.4. Dispositivos de apoyo

Efectuar análisis de los diferentes modelos más costo efectivos y elaborar las normas técnicas y administrativas que permitan utilizar esos sistemas de apoyo en forma clara y transparente para el cumplimiento de los objetivos del Programa de Salud Mental y establecer las posibilidades de monitoreo y evaluación permanente. Es importante definir los roles que les corresponden en los diferentes niveles resolutivos en que participen.

2. Recomendaciones que involucran recursos adicionales importantes

2.1. Sistema de información

a) Se prevé necesario diseñar un sistema de información para que la USM Minsal y otros involucrados tengan posibilidades de mejorar los procesos de toma de decisiones a partir del mejor y oportuno conocimiento de la realidad y de los efectos e impactos de las intervenciones efectuadas por el Programa.

b) Si bien puede considerarse parte de la recomendación anterior, por su importancia se explicita la urgente necesidad de establecer un sistema de registros de origen y de procesos intermedios y finales, que sea consistente y compatible a nivel ministerial (con otros programas por ejemplo). Estos sistemas de registros deben estar disponibles para diversos agentes participantes tales como agentes privados, universidades y otros.

2.2. Fármacos

Generar un programa universal en el sistema público de salud chileno que asegure contar con farmacias especializadas en salud mental donde existan cantidad y diversidad de los medicamentos considerados imprescindibles en los procesos de prevención, tratamiento y rehabilitación.

2.3. Atención Primaria

Establecer estrategias en diferentes frentes para fortalecer la atención de la salud mental en los niveles de atención primaria de salud, acompañada de los respectivos recursos materiales, humanos y financieros. El fortalecimiento debe darse en el ámbito de la promoción, prevención y tratamientos básicos. Entre otras estrategias puede mencionarse la participación comunitaria y de familiares.

2.4. Hospitales Psiquiátricos

Generar un programa de mediano plazo orientado a disminuir el peso financiero de los cuatro hospitales especializados, en beneficio de otras estrategias de reconocido menor costo y mayor efectividad en el enfrentamiento de las problemáticas de salud mental.

2.5. Evaluación

En forma similar a la recomendación de un sistema de información, es necesario establecer un sistema de evaluación en los diferentes ámbitos del Programa.

I. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

1. Descripción del programa

Las atenciones a las patologías de salud mental se vienen realizando históricamente en los establecimientos hospitalarios de Chile, con mayor o menor aplicación de recursos y sin mucha cobertura. La existencia de hospicios, sanatorios u hospitales psiquiátricos se llevaron el peso de las atenciones de enfermedades mentales hasta hace unas pocas décadas y estaban orientados principalmente hacia la internación de los enfermos. Esta situación fue cambiando hacia un modelo de desinternación y de incorporación de su tratamiento en los hospitales generales a través de la atención especializada mediante la psiquiatría y psicología, y más recientemente con la incorporación de la promoción y atención básica y diagnóstica en la atención primaria. Si bien desde 1990 se vienen realizando en forma progresiva algunos subprogramas, y con la creación de una Unidad de Salud Mental (USM) en el Ministerio de Salud se inicia un periodo de normación técnica y uniformidad en el tratamiento de las patologías así como en la aplicación de mayores recursos, aun cuando ello ha sido parcial en el tiempo, sólo el año 2000 se oficializa como Programa de Salud Mental.

La Unidad de Salud Mental del MINSAL ha venido desarrollando una serie de contenidos durante el periodo de evaluación (y desde antes) los cuales no coinciden exactamente con la concepción de Componentes que se maneja en la metodología aplicada en este proceso de evaluación. Es así como los nombres dados a dichos contenidos son Sistemas o Programas por ejemplo y algunos de ellos no son más que formas de tratamientos o conjunto de actividades, como por ejemplo "inversiones, campañas, fondos, apoyo". Dada la diversidad de contenidos al inicio del proceso de evaluación, éstos se clasificaron y consensuaron en la forma de componentes tal como se indica a continuación: (1) Gestión de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud; (2) Alcohol y Drogas; (3) Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar; (4) PRAIS; (5) Depresión; (6) Trastornos Psiquiátricos Severos; (7) Psiquiatría Forense. Ellos buscan responder a los problemas más prevalentes en esta área, pero su priorización y puesta en marcha depende de cada Servicio de Salud. La USM cumple además funciones de planificación, de establecimiento de normas y regulación, y de modelación de la gestión de los diferentes componentes.

Orgánicamente, la USM forma parte del Departamento Programa de las Personas de la División de Salud de las Personas del Ministerio de Salud. A nivel ministerial existen además dos comisiones directamente relacionadas con el área temática de la Unidad: la Comisión Nacional de Protección a Personas con Enfermedad Mental; y la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense. El nivel ejecutor del programa lo conforman los 28 Servicios de Salud (de los cuales dependen los establecimientos secundarios y terciarios) de todo el país y las Municipalidades a través de sus Departamentos o Corporaciones de Salud (Atención Primaria).

La cobertura del Programa es nacional y de tiempo indefinido. Los usuarios son fundamentalmente personas afiliadas al FONASA (sector público).

2. Justificación del programa

La salud mental se concibe como un estado de bienestar que permite el desarrollo y utilización del óptimo de las potencialidades psicológicas y relacionales de cada persona. La atención en psiquiatría y salud mental en Chile ha sido objeto de

cambios importantes en la última década. Desde 1999 la normativa propuesta está definida por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL, 1999).

Se pueden reconocer tres factores relevantes en el aumento de los problemas de salud mental de la población chilena en los últimos años: (1) Envejecimiento demográfico: La población chilena (y del mundo en general) tiene una tendencia al aumento de los años de vida, incrementándose la proporción de los adultos mayores en la estructura poblacional. Estudios de la Organización Panamericana de la Salud muestran que la relación joven/adulto mayor era en 1995 de 100/23 y para el 2025 se proyecta una relación de 100/82. Es en este sector donde se presentan una serie de enfermedades mentales tales como las demencias; (2) Factores sociales: debilitamiento del rol de la familia y de las redes de apoyo social, las mayores exigencias del medio social, laboral y ambiental; y (3) Mayor accesibilidad a drogas ilícitas, los que se unen a los problemas psicosociales tradicionales asociados a la pobreza, como alcoholismo, violencia y discriminación negativa de la mujer.

Los avances científicos-tecnológicos en el campo de la biología, la psicología, la psiquiatría y las ciencias sociales en general, permiten hoy disponer de intervenciones más efectivas para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mentales. Esto posibilita seleccionar actividades clínicas y de salud pública de mayor costo - efectividad para ser entregadas a la población, con el fin de reducir mortalidad, morbilidad y discapacidad y mejorar la calidad de vida de los usuarios. Actividades que se coordinan con las llevadas a cabo por otros sectores - gubernamentales y no gubernamentales - que buscando mejorar la calidad de vida de las personas ponen en marcha iniciativas que, más allá del crecimiento económico, estén dirigidas a potenciar el desarrollo humano y el bienestar psicosocial de la población.

Según estudios recientes, la prevalencia de enfermedades mentales en la población chilena de 15 años y más alcanzaba a un 22% de la muestra, en los seis meses previos al estudio (Vicente y cols, 2002). Por otra parte, la prevalencia de trastornos mentales en la población consultante en el nivel primario de atención en Santiago de Chile ha sido estimada en 52.5%¹², con una importante presencia del diagnóstico de depresión, que alcanza a 29.5%¹³ (Florenzano y cols, 1997). La prevalencia en Chile es la más alta de los 15 países participantes del estudio. Complementariamente, el estudio de la carga de las enfermedades en Chile señala que las enfermedades mentales, incluida alcohol y drogas, representaban en 1993 el 15% de la carga por muerte prematura o discapacidad (Concha y cols, 1996). De acuerdo a las proyecciones de la OMS esta proporción se elevará por sobre el 20 % en el año 2020 (WHO, 1996).

Con relación a alcohol y drogas, los estudios llevados a cabo por CONACE permiten establecer la existencia de una alta prevalencia de consumo, iniciándose cada vez en edades más tempranas. El consumo de marihuana registra un aumento desde un 1.84% de prevalencia mes el año 1994 a un 2.76% en el estudio del año 2000. De acuerdo a este último estudio, un 20.25% de los chilenos han consumido una

¹² Estudio multicéntrico llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

¹³ Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS, 2001

droga ilícita alguna vez en su vida correspondiendo a marihuana un 19.8%, pasta base 2.7%, y clorhidrato de cocaína 4.6% (CONACE, 2001).

Si a ello se unen factores como las consecuencias asociadas a la cronicidad de muchos cuadros psiquiátricos, la carga que ello implica para la familia, la emergencia de nuevos patrones de consumo de alcohol y drogas, que aumentan la población en riesgo al disminuir la edad de inicio del consumo y aumentar éste en el grupo de mujeres, la existencia de un Programa de Salud Mental se justifica como respuesta sectorial a una demanda potencial que requiere acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación en sus diversas patologías.

3. Objetivos del programa a nivel de fin y propósito

FIN: Contribuir a que personas, familias y comunidades desarrollen y utilicen el óptimo de sus potencialidades psicológicas y relacionales.

PROPÓSITO: Resolución de la demanda por salud mental en el sistema público de salud en forma oportuna y eficaz, de acuerdo a estándares de calidad y equidad.

4. Política global y/o sectorial a que pertenece el Programa

El Programa de Salud Mental se enmarca dentro de las políticas de salud del gobierno de Chile, cuyo diseño, planificación y regulación es responsabilidad del Ministerio de Salud. Ellas responden al mandato de la Constitución Política del Estado que establece en su artículo 19 N° 1 “el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de las personas”.

La misión del Ministerio de Salud es asegurar a todas las personas el derecho a la protección y atención integral en salud y su calidad de vida. Para ello, desarrolla las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado le competen y fortalece al sector público de salud para garantizar la satisfacción de las necesidades y el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente en los sectores más carenciados, en situación de riesgo vital y vulnerabilidad.

En este contexto se ha formulado el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que recoge la experiencia y logros que en la última década han desarrollado los distintos equipos de salud mental del país, y señala – en forma concreta – objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones que buscan elevar el nivel de bienestar y salud mental de los chilenos

5. Descripción y cuantificación de bienes y/o servicios (componentes) del programa.

5.1. Componente Gestión Unidad Salud Mental

Se ha planificado, normado y regulado el Programa de Salud Mental a nivel nacional y apoyado la gestión de los Programas de Salud Mental de responsabilidad de los Servicios de Salud.

Descripción:

Para los efectos de la presente evaluación se ha estimado conveniente definir como un componente del programa la gestión que realiza la Unidad de Salud Mental del MINSAL, con el objeto de visualizar su quehacer en forma independiente de los Servicios de Salud, quienes en definitiva son los que operativizan las acciones a través de los diferentes ejecutores: establecimientos de su dependencia, consultorios municipalizados o terceros prestadores de servicios.

El Ministerio de Salud, representado por la Unidad de Salud Mental, cumple funciones de planificación estratégica, definición de normas y regulación de las actividades de salud mental. Por otra parte, dado que cada Servicio de Salud es autónomo, la USM-MINSAL apoya la gestión del Programa – y de todos sus componentes - a nivel local, orientando en la implementación y desarrollo de las distintas actividades necesarias para la promoción, prevención y, fundamentalmente, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud mental presentados por la población beneficiaria.

Metas:

Elaboración de normas técnicas para cada una de las prioridades programáticas definidas para salud mental.

Productos:

- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría
- Normas Técnicas, agrupadas por Componentes. Ver ANEXO 2
- Asesorías a Unidades de Salud Mental locales
- Recursos gestionados
- Coordinaciones intersectoriales de nivel nacional
- Control y evaluación de programas
- Apoyo otorgado a tareas legislativas en el tema salud mental

5.2. Componente Alcohol y Drogas

Población beneficiaria del sistema público de salud con trastornos de salud mental asociado a abuso y/o dependencia de alcohol y/o drogas ha sido intervenida de acuerdo a protocolos establecidos.

Descripción:

El componente Alcohol y Drogas tiene como objetivo que personas beneficiarias del sistema público de salud, con trastornos de salud mental asociado a abuso y/o dependencia de alcohol y/o droga sean atendidas integralmente, lo que incorpora actividades preventivas, de tratamiento y rehabilitación. Complementario al tratamiento y rehabilitación, se ha promovido la participación de la familia y de otros miembros de la red de apoyo en pos de optimizar la efectividad de las intervenciones en la población beneficiaria del sistema público de salud. Por otro lado, debe reconocerse que el tema de alcohol y drogas traspasa las fronteras del área de la salud, de modo que en la implementación de las actividades de este componente se trabaja en estrecha relación con la Comisión Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE), dependiente del Ministerio del Interior.

Metas:

Corresponde a una parcialidad del componente. Sólo se ha identificado la meta para el año 2001: Aumentar la cobertura de tratamiento y rehabilitación a personas que presenten adicciones complejas a drogas y alcohol y/o con enfermedades mentales

severas con alto riesgo de adicción, en 2.000 nuevas personas. La meta señalada ha sido definida a través del Compromiso de Gestión N° 20¹⁴, Fondo Concursable Presupuesto año 2001 (2% fondos de expansión).

Productos:

Atención clínica a pacientes y sus familias.

Cuantificación de bienes y/o servicios:

Durante el año 2001, único año con información conocida, se otorgó atención a un total de 98.337 personas. Esta cifra incluye tratamiento ambulatorio (14.900 personas); pacientes atendidos en comunidades terapéuticas residenciales (1.362 personas); pacientes con adicción a drogas atendidos por Compromiso 20 (1.261 personas); beneficiarios de acciones preventivas en alcohol y drogas (74.914 personas); y grupos de auto ayuda (5.900 personas).

5.3. Componente Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar

Población beneficiaria del sistema público de salud con trastornos de salud mental asociado a maltrato infantil y violencia intrafamiliar ha sido intervenida de acuerdo a protocolos establecidos.

Descripción:

El componente maltrato infantil y violencia Intrafamiliar busca responder a las necesidades de prevención, detección y reparación de los daños de la salud física y mental que derivan de situaciones de maltrato infantil y/o violencia intrafamiliar. Orienta sus acciones hacia la prevención primaria a nivel de organizaciones sociales, promocionando la formación de redes de prevención y protección contra la violencia; asimismo, busca optimizar la coordinación intersectorial y se encarga del tratamiento clínico a personas objeto de maltrato infantil y/o violencia intrafamiliar.

Metas:

No hay metas definidas

Productos:

Atención clínica a pacientes y sus familias

Cuantificación de bienes y/o servicios

Durante el año 2001 se prestó atención a 11.816 personas. De ellas, 7.503 corresponden a mujeres intervenidas, 2.489 a niños intervenidos por maltrato y 555 niños intervenidos por abuso sexual, además fueron atendidos 1.269 agresores.

5.4. Componente PRAIS

Población beneficiaria del sistema público de salud con trastornos de salud mental asociado a represión política ha sido intervenida de acuerdo a protocolos establecidos.

¹⁴ Compromiso firmado entre el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud de todo el país cuyo objetivo fue aumentar el acceso a tratamiento y rehabilitación de 2000 personas con adicción a drogas y/o con enfermedades mentales severas con alto riesgo de adicción. A ejecutarse en el año 2001 con un presupuesto total de M\$907.125

Descripción:

Este componente otorga atención clínica especializada a las personas víctimas de represión política ejecutada por el Estado en el periodo 1973-1990, y a sus familias¹⁵. La Ley 19.123, que entró en vigencia el 8 de febrero de 1992, reconoce y regula de manera sistemática los derechos especiales de carácter médico que se han establecido a favor de los familiares de víctimas de la represión política. Ella concede a dichas personas el derecho a ser atendidas en los establecimientos dependientes o adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, bajo la modalidad de atención institucional y gratuitamente. Les concede también el derecho a recibir una atención especializada bajo la modalidad que establezca el Ministerio de Salud.

Lo último fue el fundamento para el establecimiento del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud a los Afectados por Violaciones de los Derechos Humanos, conocido por la sigla PRAIS, que se estableció en 1992 por resolución exenta 729 del Ministerio de Salud, del 16 de diciembre de ese año. Existen 12 equipos PRAIS, distribuidos entre el Servicio de Salud Iquique y el Servicio de Salud Llanchipal, y otros siete equipos de acogida PRAIS. Se trata de equipos especializados, multidisciplinarios, capacitados para entregar atención de salud mental a los usuarios del subprograma e insertos en hospitales generales y/o anexos a los Servicios de Psiquiatría existentes. En caso de ser necesario, el subprograma hace uso de recursos especializados de la red de atención en salud mental y psiquiatría.

De esta manera, las personas afectadas por la represión política tienen derecho a dos tipos de atención médica según el régimen legal al que accedan: a) la atención general contemplada en los artículos 8 y 9 de la Ley 18.469; y b) la atención especializada que consulta el Programa PRAIS. Estos regímenes de atención no son legalmente excluyentes ni incompatibles, aún cuando su campo de acción incluya prestaciones idénticas o semejantes. Más aún, aquellas personas que han accedido a una pensión de reparación conforme a la ley 19.123 efectúan la correspondiente cotización del 7% para salud, de modo que este grupo de beneficiarios tiene derecho a recibir cualquiera de los tipos de atención citados y, además, la atención que le reconozca su propio régimen (FONASA o ISAPRE) derivado de su imposición de salud, aún cuando prevalece la condición beneficiario PRAIS por sobre otra modalidad previsional de salud.

Cabe mencionar que los beneficiarios de la Ley 19.123 son todos beneficiarios del PRAIS, sin embargo no todos los beneficiarios de éste, lo son a su vez de aquella ya que el PRAIS podría extender su cobertura a otros beneficiarios también objeto de situaciones de violencia, no necesariamente ligadas a represión política. SCAR

Metas:

No hay metas definidas. Se da respuesta a la demanda espontánea

Productos:

Atención clínica a pacientes y sus familias

¹⁵ Este concepto incluye también a personas que han trabajado en derechos humanos prestando asistencia a los afectados directos de la represión política entre 1973 y 1990

Cuantificación de bienes y/o servicios

Los datos disponibles¹⁶ señalan que el año 2001 el componente PRAIS prestó atención de salud mental a 22.363 personas, lo que incluye atención social, psicológica y psiquiátrica.

5.5. Componente DEPRESION

Población beneficiaria del sistema público de salud con trastornos depresivos ha sido intervenida de acuerdo a protocolos establecidos.

Descripción:

El componente entrega atención clínica a pacientes con diagnóstico de depresión en el nivel primario, secundario y terciario, según corresponda. Incorpora además acciones de promoción y prevención en el nivel primario a través de aportes de campañas sanitarias.

Paralelamente, la USM-MINSAL implementa, a partir del año 2001, el “Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria” que tiene como fin entregar una respuesta sectorial estructurada frente al problema de la depresión, contribuyendo así al mejoramiento de la capacidad resolutoria y de la calidad de la atención primaria. Contempla entregar tratamiento accesible, oportuno y eficaz a las personas que sufren trastornos depresivos, mayores de 20 años y menores de 64, beneficiarios del sistema público, consultantes en el nivel primario, derivando al nivel secundario los casos de depresión grave.

Meta:

Para el año 2001, se implementó una primera etapa del “Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria” en 12 Servicios de Salud, 23 comunas, 71 establecimientos de atención primaria. Esta etapa consideró una población objetivo de 918.363 personas y una demanda estimada por depresión de 36.735 personas, correspondiente a 40 por 1.000 personas mayores de 20 años de la población inscrita. La meta fue atender al 50% de esa demanda, equivalente a 18.142 personas. El 50% de las personas tratadas asistirían a un grupo de intervención psicosocial (IPG) de 6 sesiones de 1,5 horas de duración, lo que corresponde a 9.071 personas y a 907 grupos. Por razones presupuestarias se definió una meta específica para el mismo año, acordada con el Ministerio de Hacienda en el marco de un compromiso de gestión, de entregar tratamiento integral de depresión en Atención Primaria de Salud (APS) a 14.000 personas (Fondo Concursable de Expansión 2% año 2001)¹⁷.

La atención histórica en depresión no registra metas de cobertura nacional.

Productos:

Atención clínica a pacientes y sus familias

Cuantificación de bienes y/o servicios:

¹⁶ Evaluación PRAIS-Salud Mental. Informe Final. Estructura y Procesos Programa PRAIS, Evaluación de impacto del Programa en la calidad de vida de sus usuarios. Lafferte y Muñoz, 2002.

¹⁷ Para el 2002 se espera impulsar un compromiso de gestión en las comunas más grandes del país para la “atención integral del 20% de la demanda esperada de personas mayores de 20 años y menores de 64 que presenten depresión”. Para este compromiso se espera una demanda estimada de 40 por 1.000 personas mayores de 20 años de la población inscrita. Se espera llegar al menos a una comuna en cada uno de los Servicios de Salud.

Durante el año 2001 fueron atendidas por depresión 66.984 personas en el sistema público de salud. Un 23% de ellas lo fue en el marco del “Programa Integral de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Nivel Primario de Atención” lo que corresponde a 15.726 personas, de éstas el 7.2% (1.132 personas) fueron derivadas al nivel secundario de atención.

5.6. Componente Trastornos Psiquiátricos Severos

Población beneficiaria del sistema público de salud con trastorno psiquiátrico severo (TPS) ha sido intervenida de acuerdo a protocolos establecidos.

Descripción:

El objetivo del componente es que personas con trastornos psiquiátricos severos, fundamentalmente esquizofrenia¹⁸, sean atendidas integralmente, entendiendo como tal una atención multi-disciplinaria de acuerdo a las necesidades de tratamiento y rehabilitación del paciente, y de su familia, dentro del contexto de la red de servicios de salud mental y en que se privilegia un tratamiento en establecimientos los más cercano posible al espacio en que vive el paciente. La atención puede ser clínica, de rehabilitación – según se precise y en los dispositivos diseñados para ello, como centros de rehabilitación, talleres protegidos y centros diurnos – y/o de servicios residenciales, cuando la necesidad del paciente requiera de un ingreso a una unidad de media o larga estancia (por un periodo mayor a dos y seis meses, respectivamente) y con un nivel de supervisión adecuado al grado de autonomía del paciente.

Forma parte de este componente el “Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos” (PNAA), que provee de financiamiento a los Servicios de Salud, a través de FONASA, para la adquisición y uso de modernos psicofármacos que son puestos al alcance de los pacientes, beneficiarios del sistema público de salud, con trastornos psiquiátricos graves. Funciona centralizado desde la USM - MINSAL, tiene cobertura nacional y está en periodo de expansión. Los fondos son distribuidos anualmente a los Servicios de Salud de acuerdo a listas de espera.

Complementariamente a lo anterior debe destacarse la existencia de personas que presentan patología dual, lo que ha sido definido por el MINSAL como la presencia de enfermedad psiquiátrica severa conjuntamente con adicción a alcohol y/o drogas. El Compromiso 20 (véase componente Alcohol y Drogas) financia la atención a estas personas sin especificar la meta precisa de cobertura de esta patología dual.

Meta:

Para el año 2001, se aumentará la cobertura de atención a personas que presentan adicciones complejas a drogas y/o patología dual (personas con TSP y alto riesgo de adicción), en 2.000 nuevas personas.

Productos:

Atención clínica a pacientes y sus familias

Cuantificación de bienes y/o servicios:

¹⁸ El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría hace sinónimo enfermedad psiquiátrica severa con esquizofrenia, aún cuando no siempre hay una correspondencia exacta dado que los criterios para la primera pueden ser más amplios y no están explícitamente definidos en la documentación revisada.

Durante el año 2001 fueron atendidas 7.260 personas en el marco de este componente. Se incluyen 1.294 personas con diagnóstico de TPS y riesgo de adicción o con patología dual atendidos por Compromiso 20; otras 2.875 personas atendidas en unidades de rehabilitación, 1.371 beneficiarios del PNAA, 1.353 personas que asisten a hospitales diurnos, 300 que permanecen en clínicas de expansión y 67 pacientes neurológicos postrados. Las intervenciones no son excluyentes. A ella se deben sumar un porcentaje, que se estima alto, de la atención de psiquiatría realizada en los servicios clínicos ambulatorios y de la cual sólo existe registro de prestaciones otorgadas, sin especificar número de personas intervenidas ni la patología tratada, información que se espera ampliar con la realización de estudios complementarios a esta evaluación.

5.7. Componente Psiquiatría Forense

Personas sobreseídas por la justicia a causa de enfermedad mental han recibido diagnóstico, peritaje judicial, tratamiento y/o rehabilitación en establecimientos del sistema de salud público, por orden de los tribunales de justicia.

Descripción:

El componente busca implementar un sistema nacional de psiquiatría forense que contemple tanto la creación de nuevos servicios clínicos en los Servicios de Salud y en Gendarmería, como diversas modificaciones legales que permitan alcanzar una solución integral y sostenible al problema de las personas que presentan enfermedad mental y entran en conflicto con la justicia penal, permitiendo un flujo expedito hacia las instituciones sanitarias y hacia la comunidad¹⁹. La implementación de este componente funciona en estrecha colaboración con el Ministerio de Justicia y el Poder Judicial.

De esta manera, se busca responder a las necesidades de esta población ya sea que se encuentren en proceso judicial, cumpliendo condenas en establecimientos penales, o sobreseídas a causa de una enfermedad mental, intentando compatibilizar estas necesidades con aquellas de seguridad de la población general y de los funcionarios a cargo de sus cuidados.

El sistema define un conjunto integral de prestaciones de psiquiatría forense que debe ser accesible, de alta calidad, costo efectivo, satisfactorio para el usuario, orientado a una reinserción segura en la comunidad y a mejorar la calidad de vida, coordinando efectivamente a las distintas instancias públicas y privadas que entreguen estas prestaciones.

Complementariamente se busca aumentar la aceptación de las personas con enfermedad mental y problemas con la ley por parte de la comunidad nacional e incrementar su participación en programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, a la vez que favorecer la formación de profesionales y la investigación operacional en psiquiatría forense.

El sistema de psiquiatría forense incluye los siguientes dispositivos:

- Una Unidad de Psiquiatría Forense de Alta Complejidad, centro de referencia nacional ubicado en el Hospital Psiquiátrico Phillipe Pinel de Putaendo, que a la

¹⁹ El diseño del componente se recoge en el documento 'Desarrollo de un Sistema Nacional de Psiquiatría Forense' de 1998, resultante del trabajo conjunto de la Comisión Ministerio de Salud – Colegio Médico de Chile/Consejo Regional Santiago.

fecha de esta evaluación aún no entraba en funciones. Recibirá pacientes que revisten especial complejidad y condiciones de seguridad especiales en virtud de su condición, contará con guardia externa (perimetral) de Gendarmería y estará dotada de equipos de salud multidisciplinarios, capacitados y con incentivos económicos especiales, dadas las condiciones en que desarrollan su trabajo.

- Tres Unidades de Psiquiatría Forense de Mediana Complejidad que permiten el ingreso temporal y tratamiento y rehabilitación a pacientes con patología psiquiátrica estabilizada, que por condiciones de seguridad y complejidad de la patología psiquiátrica, no pueden permanecer en establecimientos sanitarios. Son centros de referencia para tres zonas geográficas diferentes:
 - ✓ Primera a Quinta Región, en el Hospital Psiquiátrico Phillipe Pinel (Servicio de Salud San Felipe – Los Andes), actualmente en funcionamiento.
 - ✓ Región Metropolitana a Séptima Región, en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (Servicio de Salud Metropolitano Norte), en funcionamiento.
 - ✓ Octava a Duodécima Región, originalmente planificada en el Servicio de Psiquiatría de Hospital Clínico Regional de Concepción, la decisión fue posteriormente modificada para trasladarla al Servicio de Psiquiatría del Hospital Base de Puerto Montt (Servicio de Salud Llanchipal). A la fecha de esta evaluación no se iniciaba su construcción.
- Hogares y Residencias Protegidas, instancias comunitarias de menor complejidad para alojamiento y vivienda. Se ubican a lo largo de todo el país siendo cada Servicio de Salud el encargado de determinar el número y tipo de vivienda de acuerdo a sus necesidades. La habilitación y administración de estas instituciones puede hacerse directamente por parte de los Servicios o a través de la compra de servicios a privados, pero de cualquier manera es responsabilidad de cada Servicio de Salud acreditar la calidad y cautelar el cumplimiento de los estándares en las viviendas protegidas de su jurisdicción. Para su implementación y puesta en marcha se planificó una asignación presupuestaria a partir de 1998 que alcanzó a M\$71.600, aumentó durante 1999 a M\$112.000 y en el 2000 llegó a M\$118.900.
- Red de Servicios de Psiquiatría: hospitales psiquiátricos y servicios de psiquiatría de los hospitales generales ya existentes hospitalizan a personas sobreseídas o absueltas que no requieren cuidados de alta o mediana complejidad y que no presentan conductas particularmente disruptivas.

Aún cuando no estaban contemplados en el diseño original, algunos nuevos hospitales de día fueron financiados con recursos forenses. Además en 1999 se puso en marcha la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense.

Meta:

Disminuir significativamente las listas de espera de personas sobreseídas por la justicia por presentar enfermedad mental, que esperan ser trasladadas a establecimientos de psiquiatría y salud mental. Para ello se ha implementado un Sistema Nacional de Psiquiatría Forense que

Productos:

Atención clínica a pacientes sobreseídos por la Justicia por enfermedad mental, traspasados al sistema sanitario de atención en psiquiatría y salud mental.

Cuantificación de bienes y/o servicios:

Durante el año 2000 se atendió a 335 pacientes. Para el año 2001 la cobertura fue de 336 pacientes.

6. Procesos de producción de los componentes y financiamiento

NOTA: 1. En ANEXO 4 se incorporan los flujogramas de cada componente
2. Los criterios de asignación presupuestaria de cada componentes no son explícitos en el Programa

6.1. Componente Gestión de la Unidad de Salud Mental – MINSAL

Los mecanismos como se proveen los productos o servicios de la USM-MINSAL son de tres tipos: elaboración de informes (diagnósticos, políticas, planificación, normas, diseños, evaluaciones) emanados por el equipo de profesionales de la Unidad y con el apoyo de comisiones de expertos, investigaciones y otros; asesorías desde el nivel central o en visitas a terreno que consideran capacitación, control y seguimiento de las normas y regulaciones establecidas oficialmente; y búsqueda, asignación y distribución de recursos para ser destinados directamente a los Servicios de Salud u otros establecimientos y que corresponden a recursos complementarios a los que dichas instancias ocupan para las atenciones de los enfermos.

La elaboración de informes requiere la identificación de un problema a ser abordado, definido éste se reúne información científica pertinente, se solicitan investigaciones cuando se requieran y se cuente con financiamiento para ello y se convoca a expertos en el área, equipos locales de salud mental y a organizaciones de usuarios y familiares, para que aporten a la discusión y elaboración de políticas, planes, programas y normas técnicas. Éstas se oficializan, publican y difunden a través de los distintos establecimientos de los Servicios de Salud y de otros organismos con tareas complementarias en el área (terceros prestadores de servicios, organizaciones de usuarios, otros privados).

La asesoría que presta la USM-MINSAL contempla reuniones anuales con los encargados del Programa de Salud Mental de los distintos Servicios de Salud y visitas a terreno llevadas a cabo periódicamente por miembros de la USM-MINSAL. Eventualmente también consideran actividades de capacitaciones organizadas por esta misma Unidad.

La gestión de recursos incluye las acciones llevadas a cabo por la USM-MINSAL frente a otras instancias del propio Ministerio, como FONASA o la División de Atención Primaria, o fuera del sector salud, como CONACE y Ministerio de Hacienda, en pos de aumentar los recursos destinados al área, así como el apoyo a las Unidades de Salud Mental locales en la consecución de fondos regionales.

6.2. Componente Alcohol y Drogas

La Unidad de Salud Mental del MINSAL realiza el seguimiento y consolidación de la producción de todo el país, y se coordina con instancias intra y extra sectoriales para la implementación local del componente. Además, se coordinan las capacitaciones técnicas de alcance nacional y se promueven análisis sobre el tema y búsqueda de soluciones de mayor calidad, más costo – efectivas y basadas en la evidencia científica.

A nivel de los Servicios de Salud y sus establecimientos, las Unidades de Salud Mental llevan a cabo el monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones de la red pública asistencial, las coordinaciones correspondientes a este nivel y el apoyo técnico y gestión de recursos necesarios a los dispositivos de atención.

En los establecimientos de nivel secundario se realiza el tratamiento y rehabilitación de personas con adicción compleja de alcohol y/o drogas²⁰, actividades que desarrollan equipos especializados y multidisciplinarios, que incluye horas de psiquiatría, atención psicológica y de servicio social, en actividades individuales y de grupo dirigidas al paciente y su familia. Los casos que requieren hospitalización son derivados a Servicios de Psiquiatría de atención a pacientes agudos.

Casos de adicción compleja que cumplan criterios de ingreso son derivados a comunidades terapéuticas, unidades de tratamiento y rehabilitación de atención ambulatoria o cerrada²¹ y cuya administración puede depender del Servicio de Salud o de un tercero prestador de servicios.

Los consultorios de atención primaria llevan a cabo las actividades de prevención del consumo perjudicial de alcohol y/o drogas incorporando a instituciones y grupos de la comunidad y acciones dirigidas a personas en riesgo. Su actividad clínica se orienta a la atención de pacientes con abuso o dependencia de alcohol y/o drogas que no presenten adicciones complejas, incorporando atención médica, apoyo psicológico y psico-educativo, dirigida al paciente y su familia. La demanda por adicciones complejas es derivada a los servicios especializados.

Hasta 1997 la red de asistencia pública financiaba la atención por consumo de drogas como parte de la atención histórica en psiquiatría. Ese año se suma el apoyo financiero de CONACE para proyectos con la modalidad de concurso nacional indiferenciado. En 1998 se crea un fondo concursable específico para programas de tratamiento y rehabilitación. En 1999 se modifica la modalidad de asignación estableciéndose convenios con entidades públicas y privadas para la compra de cupos asistenciales, la que continua operando hasta el 2000. A partir de mediados del 2001 se inicia una nueva modalidad de asignación estableciéndose convenios de compra de servicios basados en personas atendidas y sobre la base de protocolos de atención concordados por el MINSAL y CONACE.

6.3. Componente Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar

La Unidad de Salud Mental de los Servicios de Salud planifica, monitorea y evalúa las actividades, y establece coordinaciones necesarias al desarrollo del componente.

Los centros de atención primaria realizan acciones de promoción dentro de la comunidad y llevan a cabo coordinaciones con actores locales. A nivel clínico, en éstos se lleva a cabo el diagnóstico y tratamiento de los menores objeto de maltrato infantil y de los pacientes sometidos a situaciones de violencia intrafamiliar.

²⁰ Los procesos de tratamiento y rehabilitación de los pacientes con adicciones a alcohol y/o drogas requieren al menos de dos años de tratamiento.

²¹ En atención ambulatoria el paciente concurre al establecimiento cada día durante un número de horas predefinido. La atención cerrada significa ingreso por las 24 horas del día.

En los servicios de urgencia, tanto de atención primaria como del nivel secundario, se busca aumentar la capacidad de detección de casos con problemas asociados a maltrato infantil y/o violencia intrafamiliar.

Los casos más graves - con comorbilidad, expuestos a situaciones de violencia grave, en riesgo vital - son derivados a atención secundaria, así como la demanda proveniente de los tribunales de justicia, en el marco de la aplicación de la Ley de Violencia Intrafamiliar.

La atención en maltrato infantil y violencia intrafamiliar suma, al financiamiento a través del presupuesto histórico de atención en psiquiatría y salud mental, aportes gestionados por la USM-MINSAL dentro del Fondo Campañas Sanitarias, los que son traspasados por ésta a Servicios de Salud específicos.

6.4. Componente PRAIS

La identificación y acreditación como beneficiario PRAIS es requisito para su atención en el sistema público de salud, modalidad institucional. Reconocida ésta el usuario pueden acudir a los equipos PRAIS y solicitar atención. Un profesional del equipo realiza una primera actividad 'consulta de orientación', limitada a entregar información general del sub-programa y de los recursos con que se cuenta. En caso de existir demanda de atención sanitaria en salud mental se procede a la evaluación clínica y posterior ingreso del paciente al tratamiento definido, en el que permanece hasta el momento del alta. En caso de que se requieran recursos sanitarios externos al PRAIS, los pacientes son derivados al dispositivo de la red de atención en salud mental que requiera. Complementariamente, el paciente puede ser también derivado a servicios de atención de medicina general, de acuerdo a sus necesidades.

Los fondos PRAIS son gestionados por la USM-MINSAL y traspasados a los Servicios de Salud que ejecutan el PRAIS, vía FONASA.

6.5. Componente Depresión

El proceso de producción del componente incorpora actividades en el nivel secundario para la atención de cuadros graves, que pueden eventualmente requerir ingreso a una unidad de hospitalización de agudos. Esta atención está incorporada a las consultas de psiquiatría que el sistema de salud clásicamente ha realizado a través de fondos FONASA. Paralelamente, a partir de 1998 se amplió la cobertura de este componente en la atención primaria en la mayoría de los Servicios de Salud con financiamiento del fondo Campañas Sanitarias del MINSAL, gestionados por la USM-MINSAL y traspasados directamente por ésta a los distintos Servicios de Salud.

A partir del año 2000 la USM-MINSAL diseña el 'Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria' para lo cual llevó a cabo una primera etapa en que reunió e incorporó la experiencia de los Servicios de Salud y municipios donde se habían desarrollado actividades exitosas de tratamiento de la depresión en atención primaria en salud.

Así, se propuso a 12 Servicios de Salud y 23 municipios incorporadas a éstos, un trabajo conjunto, colaborativo y coordinado entre las Direcciones de Atención Primaria y Unidades de Salud Mental de los Servicios de Salud y Departamentos de

Salud municipales para la implementación del 'Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria'.

La USM – MINSAL generó y puso a disposición de los establecimientos de atención primaria los recursos e insumos necesarios, principalmente medicamentos, para el desarrollo de los procesos de producción. Paralelamente se desarrolló un programa de capacitación intensiva para profesionales del equipo de salud y médicos, integrando recursos de la atención primaria, Unidades de Salud Mental y servicios clínicos de psiquiatría.

La primera fase de implementación se llevó a cabo durante el año 2001 en 71 establecimientos de atención primaria. Posteriormente se evaluó el impacto del subprograma en 8 establecimientos del país.

6.6. Componente Trastornos psiquiátricos severos (TPS)

En la búsqueda por mejorar el nivel de satisfacción de los pacientes que son atendidos en servicios de psiquiatría del sistema público, la Unidad de Salud Mental del MINSAL promueve la generación de instrumentos legales que regulen el respeto a los derechos del paciente con enfermedad mental, apoyando las tareas legislativas dirigidas a esta población.

En los dispositivos de nivel secundario se realiza el tratamiento ambulatorio de personas con trastornos psiquiátricos severos, las que son ingresadas a Servicios de Psiquiatría con camas de internación o al hospital psiquiátrico correspondiente, en situaciones de re-agudización de su cuadro. Además existen los hospitales de día, que otorgan atención ambulatoria a pacientes con enfermedades graves, con red social de apoyo y/o como post alta para acortar el tiempo de internación. Estos mismos establecimientos, sobre pacientes seleccionados por condiciones clínicas, ejecutan las actividades del "Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos", que incluyen control psiquiátrico, de enfermería, prescripción y control farmacológico.

Paralelamente, existen dispositivos de rehabilitación, como centros de rehabilitación y talleres protegidos; y dispositivos residenciales, como hogares y residencias protegidas²². Los dispositivos residenciales otorgan alojamiento y vivienda a pacientes compensados de su cuadro, que han sido abandonados o que no tienen familiares que puedan hacerse cargo de su cuidado y mantención. A ellos se suman los Clubes de Integración Social, dispositivos de rehabilitación de baja complejidad técnica, gestionados principalmente por agrupaciones de familiares.

Los consultorios de atención primaria tienen escasa participación en la producción de este componente. Sólo el Servicio de Salud Metropolitano Sur cuenta con una población con TPS estabilizada que es controlada en atención primaria, donde 15 consultorios cuentan con arsenal farmacológico reforzado.

A nivel local, las Unidades de Salud Mental llevan a cabo el monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones de la red pública asistencial, las coordinaciones correspondientes a este nivel y el apoyo técnico y gestión de recursos necesarios a los dispositivos de atención.

²² Los Hogares Protegidos tienen capacidad entre 6 y 8 personas y las Residencias Protegidas hasta 20 personas.

La mayor parte de la atención ambulatoria y toda la atención cerrada es financiada con fondos integrados al presupuesto general de cada Servicio de Salud. Los fondos que respaldan las actividades del PNAA provienen de FONASA, mientras que los servicios de rehabilitación y residenciales pueden efectuarse con compra de servicios a terceros, aún cuando estos dispositivos también pueden ser prestados por los Servicios de Salud.

Además de esta fuente de financiamiento, beneficiarios del componente Trastornos Psiquiátricos Severos son atendidos en hospitales de día, residencias y hogares protegidos financiados con fondos del componente Psiquiatría Forense.

6.7. Componente Psiquiatría Forense

El proceso de producción se inicia con la sentencia de inimputabilidad por enfermedad mental de personas procesadas por delitos penales. El sector justicia transfiere a esta persona al sector salud, quien asume la responsabilidad, a partir de ese momento, del tratamiento y cuidados del paciente, asignándolo a la unidad adecuada de acuerdo a su patología y peligrosidad. El financiamiento tanto de la infraestructura como de la operación de los dispositivos especializados aplicados en este componente son gestionados por la Unidad de Salud Mental desde el presupuesto fiscal.

De esta manera, los pacientes que revisten especial complejidad y requieren de condiciones especiales en virtud de su condición clínica – psicopatológica o por su peligrosidad conductual, que requieren de recursos psicoterapéuticos sofisticados y de alto costo, serían derivados a la Unidad de Psiquiatría Forense de Alta Complejidad, donde se efectúa la hospitalización y tratamiento psiquiátrico.

Aquellos pacientes judiciales, agudos y crónicos, cuya psicopatología psicótica responde a las terapias convencionales, pero que presentan conductas delictuales o disruptivas que no hacen recomendable su internación en sectores habituales de pacientes agudos, son ingresados a unidades de psiquiatría forense de mediana complejidad. Ingreso que puede ser temporal y conlleva tratamiento psiquiátrico, psicofarmacológico y psicosocial, rehabilitador del paciente.

Aquellos pacientes que, gracias al tratamiento psicofarmacológico y rehabilitador, se encuentran compensados de su patología psiquiátrica y en condiciones de vivir en forma independiente o semidependiente, en la comunidad, pero que carecen de familia propia o ésta se encuentra incapacitada para recibirlos, son derivados a hogares o residencias protegidas.

Los hospitales psiquiátricos y los servicios de psiquiatría de los hospitales generales hospitalizan a personas sobreesídas o absueltas que no requieren cuidados de alta o mediana complejidad y que no presentan conductas particularmente disruptivas. Estas unidades de psiquiatría general brindan el tratamiento por el tiempo que sea necesario según la condición clínica, contemplando tanto la corta como la larga estadía. Las instancias de atención psiquiátrica ambulatoria de los Servicios de Salud, como el Consultorio Adosado de Especialidad y el Centro de Referencia Secundaria, contribuyen a dar continuidad al tratamiento y rehabilitación de las personas sobreesídas o absueltas en el lugar más próximo a la residencia del paciente que sea posible. A esta atención

ambulatoria acceden los pacientes referidos desde el nivel hospitalario o bien desde los recintos de Gendarmería, según corresponda.

En las instancias de atención ambulatoria se diferencia un Programa de Control y Seguimiento de Psiquiatría Forense para aquellos pacientes que, por su condición clínica o conductual, lo requieran, contemplando, además de la habitual modalidad de consulta, la visita domiciliaria que asegura la adhesión al tratamiento.

Las unidades de salud mental de los Servicios de Salud local planifican, monitorean y evalúan las actividades, y establecen coordinaciones necesarias al desarrollo del componente.

El financiamiento de las actividades de este componente han contado con fondos específicos asignados por el MINSAL.

7. Caracterización y número de beneficiarios objetivo

7.1. Componente Gestión Unidad de Salud Mental - MINSAL

En este componente, los beneficiarios son los 28 Servicios de Salud y los dispositivos ejecutores, sean del propio Servicio, de las corporaciones o departamentos de salud municipal o terceros que han convenido prestar atención a beneficiarios del Programa de Salud Mental.

7.2. Componente Alcohol y Drogas

La meta de cobertura definida por el MINSAL para el año 2001 era asegurar tratamiento y rehabilitación a un 20% de la demanda esperada²³, lo que en número de beneficiarios alcanza a un total de 5.354 personas (excluye otras formas de intervención que no sea tratamiento y rehabilitación altamente especializada). Las estimaciones anteriores se basan en el dato de consumo durante el último mes de pasta base, extraído del Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas 1998, que alcanza a 159.811 personas en todo el país. Se estima que el 45% corresponde a personas con dependencia a drogas y el 55% restante a quienes presentan abuso o consumo experimental (cuadro N°1).

Cuadro N°1: Demanda potencial y metas de atención en tratamiento y rehabilitación de drogas ilícitas

Tratamiento y rehabilitación	Población potencial	Demanda esperada		Meta de cobertura MINSAL*	Población objetivo
		% cobertura	N° personas		
Dependencia	71.915	25%	17.979	20%	3.596
Consumo experimental y abuso	87.896	10%	8.790	20%	1.758
Total	159.811		26.769		5.354

Fuente: elaboración conjunta USM – MINSAL y Área de Prevención y Tratamiento CONACE

*: metas de atención a la demanda esperada definida por el MINSAL

7.3. Componente Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar

²³ Información recogida del Informe Final de Evaluación del Programa de Prevención al Consumo de Drogas, realizado para la Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda el año 2001.

En el caso de Maltrato Infantil, los beneficiarios son niños, adolescentes y sus familias consultantes en establecimientos del sistema público de salud.

En el área de Violencia Intrafamiliar, los beneficiarios son mujeres y adultos mayores consultantes en establecimientos de atención primaria en el sistema público de salud. La atención incluye no sólo a víctimas sino también a quienes provocan el maltrato.

Respecto a la población objetivo de este componente, no existe una definición cuantitativa y fundamentalmente se atienden casos de maltrato infantil detectados en la atención general de salud. Un elemento que diferencia este componente de los demás es que su definición no se relaciona con cuadros diagnósticos específicos sino con un evento psicosocial (violencia) que genera consecuencia tanto entre los que la padecen como en los maltratadores.

7.4. Componente PRAIS

La atención está dirigida a víctimas de violencia política y a su grupo familiar, así como a personas que han trabajado en derechos humanos prestando asistencia a los afectados directos de la represión política entre 1973 y 1990. Como en el caso de la violencia, los beneficiarios de este componente no están definidos por patologías específicas, sino por la situación psicosocial que las generan. No obstante, los cuadros clínicos más frecuentemente presentados por los afectados son trastornos de ansiedad, reacciones al estrés grave y trastornos de adaptación, trastornos somatomorfos, depresivos, trastornos específicos de la personalidad, transformación persistente de la personalidad tras una experiencia catastrófica, esquizofrenia y abuso y dependencia de alcohol y sustancias psicoactivas²⁴.

7.5. Componente Depresión

La atención histórica por trastornos depresivos ha respondido a la demanda espontánea que los niveles de atención de menor complejidad han derivado hacia los servicios especializados. Se trata de un cuadro de consulta frecuente, que se presenta mayoritariamente en mujeres, y que, en un porcentaje importante, puede ser adecuadamente resuelto a nivel primario, derivando a niveles especializados solo aquella patología compleja. De lo contrario se puede generar una cronificación del cuadro con altos costos por la discapacidad asociada, tanto a nivel individual, social como laboral.

De manera específica, el *“Programa de detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en el nivel primario”* está dirigido a la atención de personas que sufren trastornos depresivos, mayores de 20 años y menores de 64 potencialmente beneficiarios del sistema público y ubicadas en 12 Servicios de Salud y dentro de éstas en 23 comunas (se desconocen los criterios de selección de estas cantidades). La población potencial y objetivo para este sub-programa del componente se presenta en el cuadro siguiente.

Cuadro N° 2: Población objetivo beneficiaria, demanda estimada y meta de atención del *“Programa de detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria”* - Año 2001

²⁴ Norma Técnica para la atención de personas afectadas por la represión política ejercida por el estado en el periodo 1973-1990. División de Salud de las Personas. Dpto. Programa de las Personas. Unidad de Salud Mental – MINSAL. 1999.

Servicio de Salud	Comuna	Población potencial*	Demanda estimada (40 x 1000)	Población objetivo
Valparaíso	Valparaíso	31.930	1.277	639
Viña del Mar	Viña del Mar	65.142	2.606	1.303
Maule	Talca	60.549	2.422	1.211
Talcahuano	Talcahuano	72.587	2.903	1.452
	Penco	10.547	422	177
Valdivia	Valdivia	9.166	367	183
	La Unión	10.879	435	259
	Panguipulli	9.070	363	216
Osorno	Osorno	35.331	1.413	707
	Purranque	10.262	410	296
Llanquihue	Puerto Montt	50.572	2.023	991
	Castro	10.753	430	129
Metropolitano Occidente	Pudahuel	68.105	2.724	1.308
	Cerro Navia	65.643	2.626	1.313
	Lo Prado	19.821	793	200
Metropolitano Norte	Conchalí	48.073	1.923	961
	Recoleta	52.374	2.095	1.047
Metropolitano Oriente	Peñalolén	77.385	3.095	1.548
	Macul	33.345	1.334	667
Metropolitano Sur	El Bosque	73.487	2.939	1.470
	San Joaquín	21.627	865	433
Metropolitano Sur Oriente	San Ramón	41.045	1.642	821
	La Granja	40.668	1.627	813
TOTALES	23 Comunas	918.363	36.735	18.142

Fuente: USM – MINSAL

*: incluye población entre 20 y 65 años que presenta depresión

7.6. Componente Trastornos Psiquiátricos Severos

La población objetivo del componente es aquella con diagnóstico de esquizofrenia, sin distinción de sexo, ni edad, beneficiarios del sistema público de atención. Se trata de enfermos de larga evolución que están en permanente contacto con los servicios de salud, generando un alto costo tanto por la atención directa como por la discapacidad asociada.

Aún cuando la prevalencia poblacional de esta patología se estima en 1% de la población general, no existen registros de la demanda real. No obstante, estudios internacionales muestran mayor consulta en pacientes hombres que en mujeres (Saldivia, 2000).

A nivel específico, los beneficiarios del “Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos” (PNAA) están definidos como pacientes con sintomatología psicótica clínicamente significativa en el contexto de variadas patologías neuropsiquiátricas, que no hayan respondido adecuadamente a múltiples antipsicóticos convencionales. La población objetivo para el año 2001 fue de 1382 pacientes.

7.7. Componente Psiquiatría Forense

La población objetivo de este componente son todas las personas con enfermedad mental sobreesididas por el sistema judicial, para la que no existe posibilidad de programación sino tan solo definición de cupos. Estos se muestran en el cuadro 3:

Cuadro N°3: Cupos para la atención en Psiquiatría Forense

Unidad	Cupos	Caracterización
Alta Complejidad	16	Ambos sexos Centro de referencia nacional
Mediana Complejidad	90	Ambos sexos 20 – 30 plazas en cada unidad
Hogares Protegidos Residencias protegidas	175	Ambos sexos Cada hogar protegido tiene entre 6 – 8 plazas Cada residencia protegida tiene entre 9–20 plazas
Red de Servicios Psiquiatría	90	Ambos sexos
TOTAL	371	

FUENTE: USM-MINSAL

8. Programas complementarios

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes del Ministerio del Interior (CONACE), institución de carácter intersectorial y de representación nacional que busca abordar íntegramente el problema de las drogas financia prestaciones de servicios de terceros- privados y ONG's- e intervenciones de promoción y prevención en el ámbito educacional y comunitario.

El Ministerio de Educación lleva a cabo actividades de prevención en alcohol y drogas en los establecimientos municipalizados y particulares subvencionados, para lo cual, eventualmente, establece coordinaciones con los equipos de salud mental locales. Además, este ministerio desarrolla, a través de JUNAEB, el Programa de Salud Mental Escolar, orientado a la prevención temprana de trastornos hipercinéticos en la población escolar del 1º ciclo básico.

Existe una coordinación con el Ministerio de Justicia, tanto para Psiquiatría Forense como para Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil, donde hay un permanente contacto para la derivación de estos casos al sistema de salud.

El Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) a través del Fondo para la Discapacidad (FONADIS) se coordina con las iniciativas para personas con discapacidad a causa de trastornos psiquiátricos severos y aporta fondos para proyectos ejecutados por organizaciones de usuarios y familiares.

9. Período de ejecución del programa

A partir de 1990 se estima de duración indefinida.

10. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación

La unidad responsable del Programa es la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud (USM-MINSAL) que depende del Departamento Programas de las Personas, el cual a su vez depende de la División Salud de las Personas y ésta de la Subsecretaría de Salud del Ministerio. La USM-MINSAL se conforma como una

Unidad de nivel central con carácter principalmente regulador y normativo, con un rol de asesoría y de gestión de recursos.

Por otra parte, existen dos comisiones que dependen directamente del Gabinete del Ministro de Salud.

La Comisión Nacional de Psiquiatría Forense que tiene como funciones: mantener un registro nacional actualizado de personas sobreseídas y absueltas; destinar a estas personas en el dispositivo o programa de psiquiatría forense más apropiado para su condición clínica y conductual; evaluar la evolución de estas personas en el Sistema con el fin de facilitar la progresión hacia las formas de tratamiento menos restrictivas de libertad que sea posible; mantener información actualizada sobre capacidad y calidad de los componentes del Sistema Nacional de Psiquiatría Forense; y coordinar el Sistema de Psiquiatría Forense con otros sectores, en especial con el sector judicial y el poder judicial.

La Comisión Nacional de Protección a Personas con Enfermedad Mental, nace de la puesta en vigencia del Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan, aprobado por Decreto Supremo 570 del 28 de Agosto de 1998, con vigencia a contar del 14 de enero de 2001 y cuya función es resguardar el cumplimiento de los derechos de los pacientes ingresados a unidades de atención psiquiátrica. Funciona con una Secretaría Ejecutiva y una Comisión Ampliada de la cual participa la USM - MINSAL.

A nivel regional el sector público de salud se organiza en Servicios de Salud, y en cada uno de ellos existe un denominado "Programa de Salud Mental", que para los efectos de esta evaluación se denominará "Unidad de Salud Mental de los Servicios de Salud" o USM-SS.

A nivel local, el sector salud se organiza a través de los consultorios y centros de salud familiar dependientes de las municipalidades respectivas. En este nivel se llevan a cabo intervenciones de atención primaria, cumpliendo funciones de promoción, prevención y tratamientos básicos en salud. En los consultorios y centros de salud familiar existe un Programa de Salud Mental.

Todo lo anterior responde a la política nacional de descentralización y se traduce en que la USM-MINSAL tiene potestad técnica y no administrativa sobre los Servicios de Salud. Asimismo, los Servicios de Salud tienen potestad técnica, pero no administrativa, sobre la gestión en salud de los municipios.

En la USM-MINSAL trabajan 7 profesionales, los que sin tener una estructuración definida, funcionan en forma dinámica y flexible, haciéndose cargo cada uno de ellos tanto de aspectos temáticos o programático y geográficos. La cantidad de profesionales con que cuenta actualmente la USM-MINSAL ha disminuido en los últimos años.

En el nivel de los Servicios de Salud, las Unidades de Salud Mental están dirigidas por un Asesor y cuentan con profesionales del área, cuya dedicación al Programa varía de un Servicio a otro y es habitualmente compartida con otros Programas. La composición profesional del Programa de Salud Mental no está definida, depende

de cada Servicio de Salud, mientras la figura del Asesor y sus funciones aparecen propuestas en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Éste se relaciona con los servicios clínicos dependientes de hospitales de ese Servicio de Salud, con los equipos de salud mental del nivel primario de atención y con los diferentes dispositivos que conforman la red (comunidades terapéuticas, hogares protegidos, centros de rehabilitación, otros). El Asesor local elabora el Plan de Desarrollo anual, facilita la coordinación de actividades entre los distintos niveles de atención, regula la ejecución de actividades, y gestiona recursos locales y nacionales de acuerdo a las necesidades específicas del Servicio.

Los establecimientos clínicos dependientes de cada Servicio de Salud tienen autonomía jurídica, pero dependencia técnica, administrativa y presupuestaria del Servicio respectivo. En el caso del Programa evaluado existen 4 hospitales psiquiátricos.

Además, en los hospitales generales tipo 1 y 2, con escasas excepciones, existen unidades o servicios de psiquiatría, cuya estructura es similar a la de los restantes servicios clínicos especializados, con un Jefe de Servicio. La atención de urgencia psiquiátrica se concentra a nivel nacional en 2 unidades ubicadas en los Servicios de Salud Metropolitano Norte (Hospital Horwitz) y Metropolitano Sur (Hospital Barros Luco).

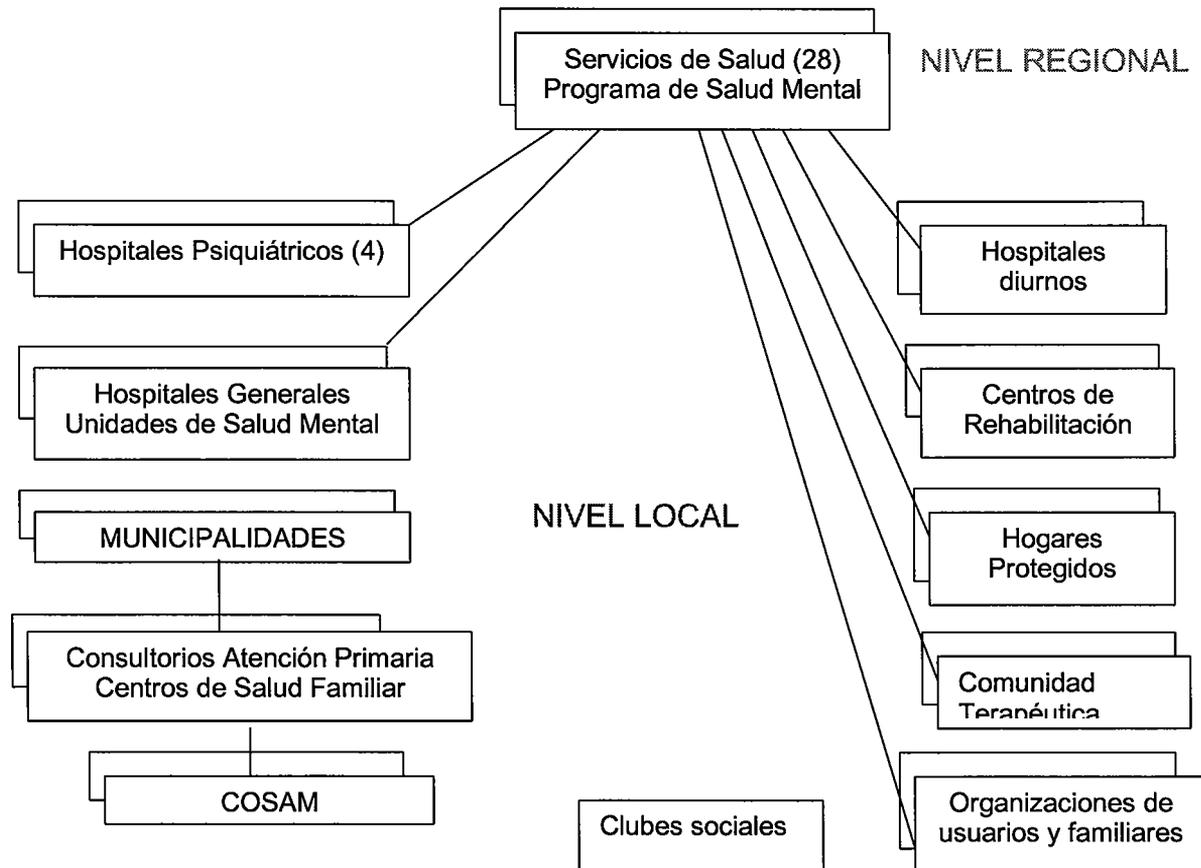
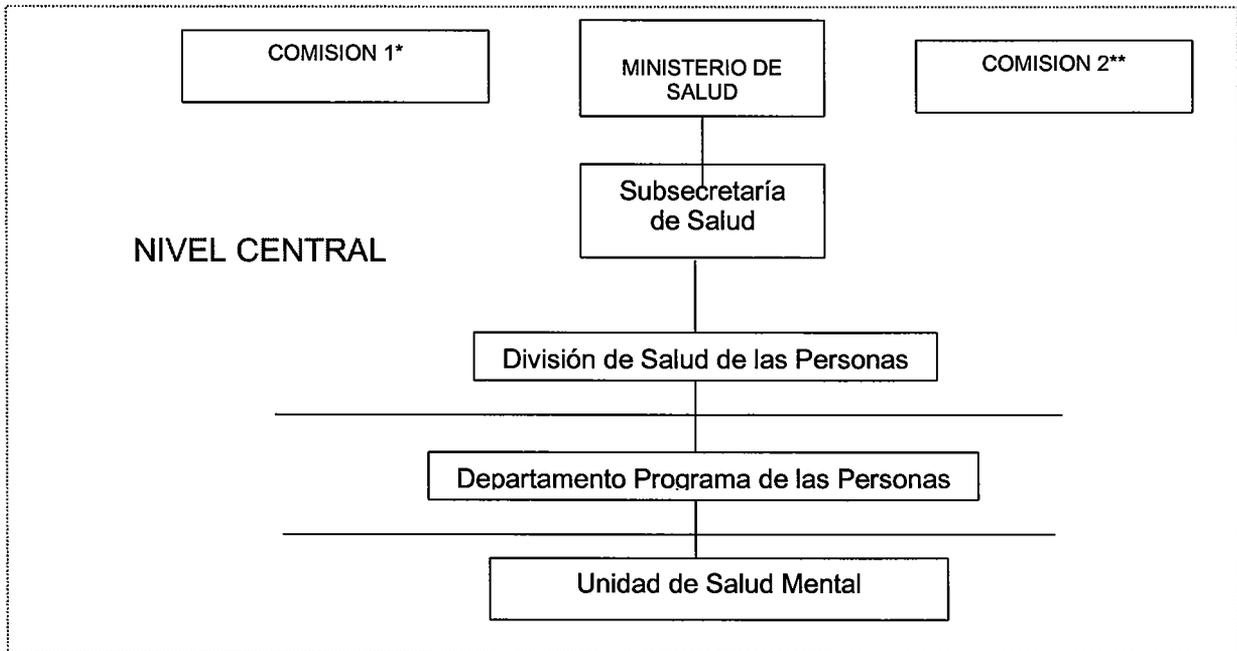
En el área de la rehabilitación se han diversificados los servicios durante el periodo de evaluación, incorporando centros de rehabilitación para pacientes con trastornos psiquiátricos severos, y comunidades terapéuticas en el caso de dependencia compleja de drogas. A nivel residencial se han creado hogares y residencias protegidas y, para apoyar la reinserción social de pacientes, existen clubes sociales. Para la gestión de éstos se dan dos modalidades, o una compra de servicios a terceros, que es supervisada directamente por el Servicio de Salud correspondiente a través del Programa de Salud Mental, o dispositivos dependientes directamente de un hospital general.

En la mayoría de los consultorios de atención primaria y centros de salud familiar existe un Programa de Salud Mental, con un encargado por establecimiento. La conformación de este programa incluye horas de psicólogo, de médico general, servicio social, enfermería y técnico paramédico; no obstante, siendo éstos dispositivos de administración municipal su conformación varía de acuerdo a decisiones locales. Para efectos de aumentar la capacidad resolutive del equipo de atención primaria, en los últimos años se han implementado en algunos Servicios de Salud Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, que dan apoyo profesional al equipo de salud general.

Finalmente, otros dispositivos que participan de la estructura de servicios son los Centros de Salud Mental (COSAM), principalmente de dependencia municipal, calificados por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría como dispositivos de nivel secundario, con dotación de recursos técnicos y profesionales para actuar como equipos de salud mental y psiquiatría ambulatorios, capaces de llevar a cabo todas las actividades del nivel secundario, a excepción de internación, incluyendo promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, tanto a través de acciones directas a las personas como a través de consultorías a los equipos de salud.

En el cuadro siguiente se muestra el organigrama vigente durante el periodo de evaluación:

Cuadro N°4: Organigrama del Programa de Salud Mental



* Comisión 1: Comisión Nacional de Protección a Personas con Enfermedad Mental

** Comisión 2: Comisión Nacional de Psiquiatría Forense

11. Antecedentes Presupuestarios

Las actividades históricas de salud mental, basadas en los 4 hospitales psiquiátricos del país y los servicios de psiquiatría de los hospitales generales, con consultas ambulatorias y camas de internación, han contado con fondos que anualmente transfiere FONASA, integrados al presupuesto general de cada Servicio de Salud. A su vez, éstos transfieren a los establecimientos dependientes los fondos que financian las prestaciones efectuadas, debidamente facturadas, por cada uno de ellos. En la práctica la relación entre prestaciones otorgadas y fondos transferidos no necesariamente tienen un correlato exacto, ya que en algunos casos los Servicios no reembolsan todas las prestaciones facturadas, generando un déficit en los establecimientos. Así, los recursos asignados a las actividades de salud mental en cada establecimiento son definidos por cada Servicio.

Los nuevos recursos incorporados a las actividades de salud mental desde inicios de los años 90 han sido aportados desde el nivel central para complementar actividades acorde a las definiciones de los nuevas políticas y planes, ampliando o complementando el accionar a actividades de prevención y tratamiento temprano o ambulatorio, rehabilitación e integración social, y a la participación de usuarios y familiares, estén éstos destinados a los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud o de las municipalidades.

Tal aumento ha sido gestionado por la USM-MINSAL, transfiriéndose a los Servicios de Salud, a través de FONASA, recursos nuevos que complementen el presupuesto histórico.

Cuadro N°5: Presupuesto sector salud y Programa Salud Mental 1998-2000
(M\$ 2002)

Año	Presupuesto Sector Salud	Presupuesto Programa Salud Mental	
		Monto	%*
1998**	1.014.323.469	16.715.294	1.65
1999	1.014.323.469	16.676.578	1.64
2000	1.130.824.708	17.634.759	1.56
2001	1.259.971.475	20.014.988	1.59

Fuente: USM-MINSAL

* Corresponde al porcentaje del presupuesto del Programa en relación al presupuesto del Ministerio de Salud.

** La información del año 1998 no está registrada por lo que la USM-MINSAL repite la del año 1999

Parámetros internacionales definidos por la Organización Mundial de la Salud recomiendan que el porcentaje de gasto en salud mental sea del 10 %, situación que se prevé muy difícil de conseguir en Chile.

12. Reformulaciones del Programa

En relación al Componente Alcohol y Drogas, aunque éste aparece como subprograma a partir de 1990, durante el periodo comprendido entre 1997 y enero del 2001, pasó a depender de la Unidad de Tabaco, Alcohol y Drogas, a la cual se asignó presupuesto y personal, y estaba bajo la dependencia directa del Departamento Programa de las Personas (DPP). Durante tal periodo un 20% del

presupuesto de la USM-MINSAL fue transferido a esta nueva Unidad. En enero del 2001 regresa a la instancia técnica responsable del tema en la Unidad de Salud Mental del MINSAL.

Este mismo componente ha sufrido una evolución en el periodo con relación a la modalidad de financiamiento proveniente de CONACE – Ministerio del Interior. En 1997, a la red de asistencia pública disponible para la atención por consumo de drogas se suma el apoyo de CONACE para proyectos con la modalidad de concurso nacional indiferenciado. En 1998 se crea un fondo concursable específico para programas de tratamiento y rehabilitación. En 1999 se modifica la modalidad de asignación estableciéndose convenios con entidades públicas y privadas para la compra de cupos asistenciales, modalidad que continua operando hasta el 2000. A partir de mediados del 2001 se inicia una nueva modalidad de asignación estableciendo convenios de compra basados en personas atendidas y sobre la base de protocolos de atención concordados con el MINSAL.

A partir de 1998 se comienza a diseñar el Componente Psiquiatría Forense, lo que significa una importante inyección de recursos para el traslado a establecimientos de salud de pacientes sobreseídos por la Justicia a causa de su enfermedad mental y que permanecían en las cárceles. Ello requirió reforzar el dispositivo asistencial de psiquiatría forense existente y crear otros nuevos, además de implementar hospitales de día, hogares y residencias protegidas.

El año 2000 se lanza el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que orienta todo el accionar en el área y se asignan recursos frescos para la implementación del componente Alcohol y Drogas, para psiquiatría forense y trastornos mentales severos (esquizofrenia).

13. Funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la unidad Responsable

El Programa de Salud Mental carece de un sistema integrado de información, de validez nacional, acerca de las prestaciones y usuarios atendidos. La forma de capturar información es a través de análisis de los registros reportados, de visitas a terreno, de control de compromisos de gestión contraídos y de reuniones periódicas, pero todo ello no suma el total de actividades llevadas a cabo.

Así, el nivel central cuenta con información principalmente de actividades realizadas, población atendida en algunos programas prioritarios y avances presupuestarios, pero todo ello no es sistemático ni continuo. Hasta el año 2001 no existían instrumentos establecidos para registrar esta información.

Los profesionales de la USM-MINSAL efectúan monitoreo de las actividades realizadas por los Servicios de Salud y por sus establecimientos dependientes. Además, existe permanente contacto con profesionales y jefaturas de las unidades o áreas de salud mental tanto de los Servicios de Salud como de los establecimientos ubicados en todo el país. Anualmente se realizan jornadas regionales o nacionales con los encargados de salud mental de los Servicios de Salud, para evaluar el programa y acordar líneas para el año siguiente.

Se realizan visitas de asesoría y seguimiento en terreno por parte de los profesionales del equipo central, cuya periodicidad depende de las dificultades que presente la implementación del programa o de las necesidades manifestadas por los propios equipos locales.

En los Servicios de Salud también se ejecutan actividades de monitoreo y evaluación hacia los establecimientos de su dependencia, incluidas actividades de salud mental de la atención primaria que reciben financiamiento directo de los Servicios de Salud.

Finalmente, cabe destacar que se han desarrollado algunas evaluaciones externas al Programa de Salud Mental del MINSAL que se indican a continuación:

- Evaluación Actividades de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación Área Prioritaria Alcohol y Drogas. Evaluación externa a solicitud de la USM-MINSAL. Septiembre 1996 – Enero 1997.
- Evaluación Programa de Áreas Prioritarias de Alcohol y Drogas (APAD), Área de Salud Mental, Ministerio de Salud. Llevada a cabo por un Panel de consultores externos a solicitud de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda. Agosto de 1998.
- Estudio de Hogares Protegidos, busca evaluar el impacto que el Programa de Hogares Protegidos impulsado por el MINSAL ha tenido en sus usuarios. Llevado a cabo por la USM – MINSAL y el Departamento de Sociología de la Universidad de Chile.
- La Evaluación del Programa de Prevención al Consumo de Drogas ejecutado por CONACE - Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud, y llevada a cabo por un Panel de consultores externos a solicitud de la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda en Junio de 2001, evalúa las funciones que en esta área cumple el Programa de Salud Mental del MINSAL.
- Estudio de satisfacción usuaria posterior a la implementación del Reglamento de Internación de Personas con Enfermedad Mental. 2001.
- Estudio descriptivo y de impacto del programa de reparación integral en salud y derechos humanos PRAIS. 2002. Investigador responsable: Carlos Lafferte C. Sociólogo. Contó con una contraparte técnica conformada por la USM-MINSAL y una Comisión de profesionales designada por el Ministerio de Salud.
- Evaluación del 'Programa de detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria'. Evaluación externa llevada a cabo por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Marzo 2002.

II. TEMAS DE EVALUACION

1. DISEÑO DEL PROGRAMA

1.1. Análisis de aspectos relacionados con el Diseño del Programa

1.1.1. Diagnóstico de la Situación Inicial

Existen suficientes antecedentes que demuestran el creciente aumento de patologías relacionadas con la salud mental tanto en términos absolutos como relativos. Muchas de estas enfermedades han tenido una presencia desde tiempos inmemoriales, mientras otras han devenido en aumentos que llaman la atención, como es el caso del consumo de alcohol y drogas ilícitas. Por otra parte, las investigaciones efectuadas en el tratamiento y rehabilitación, así como las innovaciones tecnológicas, han traído cambios significativos en la forma de enfrentar estas enfermedades.

Puede establecerse que el área de salud mental es una de las que el Ministerio de Salud demoró más su intervención en forma sistemática. Un momento importante ocurre a partir de la creación de la Unidad de Salud Mental en el año 1990. Desde entonces se fueron incorporando los temas a medida de las capacidades de la Unidad y de demandas y/o presiones específicas de diversos agentes involucrados con estas problemáticas. Es así como se fueron creando “programas” con la categoría de tal pero que no necesariamente conforman un programa en sí mismo, es el caso de la Clozapina por ejemplo, que representa una línea de tratamiento. En tal sentido el Programa fue ampliándose progresivamente, y es posible pensar que todavía existen áreas donde es preciso intervenir y sistematizar, como las actividades relacionadas con Alzheimer y otras demencias y las de trastornos hiperkinéticos de la atención, de las que actualmente se ejecutan acciones aisladas.

A partir de la formulación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, en el año 2000, la USM-MINSAL ha privilegiado un modelo de desarrollo de servicios en red, lo que incorpora un conjunto de dispositivos con diferentes complejidades, interrelacionados, orientados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales, a través de los cuales el paciente es derivado para ser atendido de acuerdo a sus particulares necesidades. Dada las características de las patologías a tratar un modelo como éste viene a responder a necesidades diversas, tanto en el objetivo como en la complejidad de las intervenciones demandadas por los usuarios, así como a las posibilidades del sistema de entregar prestaciones más costo-eficaces y de mayor cobertura, incorporando además los nuevos desarrollo en organización de sistemas de atención respaldados por experiencias y organismos internacionales.

No obstante, a pesar de las ventajas que puede acarrear un adecuado diseño de red de atención, las acciones de salud mental van a estar siempre en competencia con otras acciones sanitarias altamente demandadas por las personas y, ante recursos siempre limitados, su amplitud va a ser insuficiente, aunque ello no impide que sea progresiva.

Así, el diseño del Programa de Salud Mental como una organización de red de servicios, es para este Panel un modelo adecuado de desarrollo. Aunque ello requiere de sistemas de información capaces de registrar y recoger de manera lo más fiable posible el total de las actividades llevadas a cabo por el Programa, desarrollo que no se ha efectuado en forma sistemática y completa.

Así, a nivel de diseño el Programa de Salud Mental es deudor de su propio proceso de generación, del que recoge sus fortalezas y debilidades. Entre las primeras destaca el posicionar las acciones de salud mental dentro del sistema sanitario general, aumentando recursos profesionales y coberturas, y estableciendo líneas de desarrollo y normativas que guían la acción de los diversos entes ejecutores. En esta línea, las acciones de salud mental y psiquiatría ya no se limitan al quehacer de los clásicos hospitales psiquiátricos, sino que incorporan, con mayor o menor desarrollo, un conjunto de recursos en la red de atención primaria, prestaciones en el nivel secundario de atención a la salud general, y dispositivos diversos orientados al tratamiento y la rehabilitación de patologías psiquiátricas, como hospitales de día, comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación.

Entre sus debilidades se observa un desarrollo desigual de componentes, mediado por la asignación de recursos y la respuesta del nivel central del MINSAL ante demandas y/o presiones específicas y un desarrollo de contenidos que no coinciden exactamente con la concepción de componente. Junto con ello, las características propias del área de intervención llevan a definir componentes o a partir de patologías – como depresión - o de problemas psicosociales, como la violencia Intrafamiliar o política, que pueden incorporar a usuarios con variadas patologías.

Por otra parte, se colocan en un mismo nivel actividades de relevancia desigual, como el Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos (PNAA), que otorga una respuesta terapéutica específica, el uso de un moderno antipsicótico como la clozapina, frente a componentes diseñado para responder a problemas identificados a partir de criterios epidemiológicos y de salud pública claros, como depresión o aún los trastornos psiquiátricos graves, componente al cual se ha incorporado el PNAA para efectos de esta evaluación.

A nivel central la lógica de implementación del Programa ha sido crear “subprogramas” verticales para que después sean incorporados como propios y habituales en los Servicios de Salud, cumpliéndose de esta forma con la política de descentralización del Estado que deja la ejecución de las actividades de intervención a los pacientes bajo la responsabilidad de los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes, y al nivel primario de atención dependiente de las Municipalidades, quienes tienen autonomía para actuar.

1.1.2. Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico

Cabe destacar que la definición de los componentes fue elaborada para los efectos de esta evaluación y no existía esta estructura de objetivos ni lenguaje antes de este proceso.

La estructura del Programa hasta antes del proceso de evaluación en curso era la que se muestra en el cuadro N°7, sin perjuicio que este esquema aun sigue

vigente. Los valores que se muestran en el cuadro son solo para efectos de visualizar la variabilidad de las asignaciones presupuestarias. El listado de “componentes” también muestra variabilidad de definiciones que van desde “programas” hasta “dimensiones”.

Cuadro N°6: Estructura de los “componentes” previo al proceso de evaluación

Fondos Gestionados por resto del Sistema		M\$
Hospitales Psiquiátricos		\$ 7.934.972
Camas psiquiátricas en hospitales generales		\$1.658.238
Consultas Psiquiátricas		\$1.522.508
Atenciones Salud Mental en APS		\$703.381
Promoción Salud Mental APS		\$475.600
Programa Depresión en APS		
Fondos Gestionados por Unidad Salud Mental		
Apoyo Sistema Nacional de Psiquiatría Forense		\$78.322
Campaña Sanitaria Psiquiatría Forense		\$91.676
Inversiones Psiquiatría Forense		
Externalización Neurológicos Postrados		\$25.000
Clozapina		
Campañas Sanitarias	Depresión	
	Prioridades Salud	
	Violencia y Maltrato	
	SM Adm DISAP	\$88.740
	Tabaco, alcohol y drogas	\$71.500
Fondo Apoyo a Política y Plan Salud Mental	Alcohol y Drogas	\$409.976
	Centros Comunitarios	\$299.224
	PRAIS	\$297.281
	TPS	\$936.534
Hogares Protegidos		\$75.830
Expansión Adicciones y TPS (Compromiso Gestión N° 20)		
Fondo Centros Alcoholismo		\$119.324
TOTAL SALUD MENTAL		\$14.788.112

FUENTE: USM-MINSAL

Para los efectos de la presente evaluación, el listado del cuadro anterior se transformó en los siguientes componentes que incorporan todos los anteriores:

CUADRO N°7: Componentes Programa Salud Mental

COMPONENTE	CONTENIDO
Componente 1	Gestión de la Unidad de Salud Mental – MINSAL
Componente 2	Alcohol y Drogas
Componente 3	Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar
Componente 4	PRAIS
Componente 5	Depresión
Componente 6	Trastornos Psiquiátricos Severos (TPS)
Componente 7	Psiquiatría Forense

En relación con el propósito, todos los componentes contribuyen a éste, en la medida que seis de ellos corresponden a áreas programáticas objetos de atención por el Programa y el restante a funciones propias del nivel central. Sin embargo, el distinto nivel de estructuración de los componentes programáticos deja ver que el nivel de logro de los objetivos de cada uno es distinto, toda vez que progresivamente se han ido implementando programas más estructurados, como los componentes de depresión y psiquiatría forense, que pueden facilitar, o incluir – como sería esperable - en su propio diseño la evaluación, junto a un financiamiento pre-definido, lo cual facilita su implementación y permite identificar más claramente su aporte al logro del propósito.

El componente Alcohol y Drogas ha estado presente en el Programa desde su inicio, pero sus actividades y orientaciones han sufrido modificaciones, pasando desde un fuerte énfasis en la prevención a un aumento de sus actividades de tratamiento y rehabilitación, contribuyendo así en mejor forma al propósito desde la especificidad del sector salud. En tal proceso le cabe un papel importante a CONACE - ente financiador - con los efectos distorsionadores que esto puede acarrear, al dejar a un actor externo a salud el establecimiento de prioridades en el área de drogas incidiendo no sólo en el quehacer del sector sino también de otros sectores que actúan en el área, como educación.

El componente PRAIS se ha definido también desde los inicios de los 90, pero durante un periodo se buscó ampliarlo a todos los temas de violencia, lo que se logró de manera parcial para, finalmente, volver a su concepción original: la violencia política y dar origen a un nuevo componente: maltrato infantil y violencia intrafamiliar. Ambos componentes contribuyen sin lugar a dudas al propósito aun cuando pueden considerarse como transversales por cuanto incorporan patologías que están presentes en otros componentes. Esto demuestra una vez más las complejidades del Programa.

El componente Trastornos Psiquiátricos Severos reúne un conjunto de actividades que aportando al propósito, no son suficientes para el logro de éste, dado que existen áreas que no están debidamente desarrolladas. De esta manera, mientras el “Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos” aparece claramente definido y gestionado, la normativa que regula las actividades de rehabilitación son, en opinión de este Panel, insuficientes, al no incorporar de manera planificada y extensa las actividades posibles de ejecutar en esta área, centro de importantes cambios en su abordaje en los últimos años, lo que requiere de normas más directivas. Centrando así las actividades de este componente fundamentalmente en el tratamiento.

Del mismo modo, la llamada patología dual no aparece con normas técnica debidamente desarrolladas, integrándose a esta evaluación sólo a través de un instrumento presupuestario.

Cabe destacar que en un principio se consideraron como componentes dos líneas de acción del Programa, a saber: Alzheimer y otras Demencias y Trastornos Hipercinéticos, pero dada su poca evolución se ha considerado que aún están bajo desarrollo de la USM-MINSAL. En todo caso, dicha Unidad plantea que sobre esas patologías hubo hasta el año 2001 una falta de registros sistemáticos, situación que variará en el 2002, al menos en la atención primaria.

En resumen, la lógica vertical del programa se valida pero con ciertas dificultades, dado el desarrollo parcial de ciertos componentes. Respecto a las relaciones de causa – efecto, se puede establecer que son valederas, en el entendido que el Programa aun no llega a un estado de régimen definitivo.

1.1.3. Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico

Los indicadores básicos del programa de Salud Mental tienen que ver con parámetros de salud pública como son “cama por habitante” o médico psiquiatra por habitante. Pero cuando se trata de una red de servicios estos indicadores tienen poco significado y se precisa de información que oriente a visualizar el proceso e interacción entre los dispositivos de la red y los resultados que las diferentes intervenciones tienen sobre los pacientes.

Indicadores de este tipo difícilmente estarán disponibles con carencias de registros de información como sucede especialmente en los registros primarios de la atención.

1.1.4. Reformulaciones del Programa

Durante la década pasada, se han publicado dos documentos que contextualizan y guían las acciones en salud mental: el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, cuyo diseño fue aprobado en el año 2000, y que vino a reemplazar a las Políticas y Plan Nacional de Salud Mental, aprobado en 1993.

Tal reformulación aparece como necesaria y consistente, a la vez que otorga continuidad al primer documento. En la medida que el Programa va ampliándose y logra validarse en los diferentes Servicios de Salud, parece necesario que adquiera un diseño más claro y que asuma una propuesta de desarrollo y organización de servicios, en red, que le permita responder a su fin de manera satisfactoria. Además, la propuesta viene a profundizar y a plantear de manera más programática y operativa las ideas centrales ya señaladas en el documento de 1993.

El diseño de un modelo de red de servicios se sustenta en la variada literatura internacional, en la experiencia de países con mayor nivel de desarrollo y en las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de Salud (OMS), que validan una estructura de servicios con un fuerte énfasis en la atención primaria, que coloca a la prevención como una tarea a desarrollar, diversificada en los servicios y dispositivos puestos a disposición del usuario, multiprofesional, capaz de resguardar los derechos de los pacientes, que otorga continuidad de cuidados a sus beneficiarios, cercana a la comunidad, como la más costo - efectiva para prestar atención a los pacientes con enfermedades mentales.

Sin embargo, en la medida que el nuevo Plan no trae consigo el financiamiento requerido para su implementación, su propuesta pasa a ser un modelo deseado más que una alternativa con posibilidades reales de ser llevada a cabo, de manera que si bien puede definir los lineamientos que han de seguir los diferentes Servicios, no resuelve los problemas de diseño secundarios a la

carencia de financiamiento y puede aún aumentar el desarrollo desigual, a nivel de componentes y de espacios locales, del Programa.

A nivel de actividades, el Programa de Salud Mental ha ido asumiendo progresivamente más actividades de tratamiento y rehabilitación, en desmedro de la promoción y la prevención que tenían un peso importante en el primer periodo de gestión post-dictadura. Probablemente incidan sobre este cambio el accionar de los otros actores complementarios, en el caso del componente alcohol y drogas es claro que el sector Educación va aumentando su participación en el campo de la prevención, mientras que el nivel primario de atención en salud tiene a la promoción como una de sus tareas centrales.

En tal sentido, el tratamiento y la rehabilitación son tareas propias del Programa, más allá de quién es el ejecutor último de las actividades, o los Servicios de Salud o la red de atención primaria o terceros, lo cierto es que el diseño, la regulación y evaluación son tareas que competen exclusivamente al sector Salud. Sin embargo, hay algún porcentaje de prevención primaria, y más aún de prevención secundaria, que el Programa debe asumir como parte de su accionar, de manera que sin renunciar a maximizar los resultados en el tratamiento y la rehabilitación, también es preciso dejar más claramente establecidas las tareas en el ámbito de la prevención. La USM plantea que se ha priorizado la atención secundaria por ser más costo efectiva no pudiendo demostrarse esto mismo en materias de prevención.

Finalmente, una modificación importante – aunque más específica – vivida por el Programa fue el traspaso temporal del área alcohol y drogas a una dependencia externa a la USM-MINSAL, pero dentro del mismo Ministerio de Salud, dedicada exclusivamente a estos temas y a tabaco. Aunque tal organización se asemejaba a la que en ese periodo tenían organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), no queda claro sobre qué fundamentos técnicos fue sustentada tal decisión - y ello tanto en lo concerniente a su exclusión como a su posterior retorno al Programa - toda vez que se trata de un área importante a la hora de generar recursos, históricamente ligada al accionar de la psiquiatría y la salud mental y cuyos aciertos o desaciertos pueden tener un fuerte peso tanto a nivel político como de opinión pública.

1.2. Conclusiones sobre el Diseño

Los siguientes son los aspectos conclusivos acerca del diseño del programa de Salud Mental:

1. Solo a partir de la formulación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001) se ha privilegiado un modelo de red de servicios que incorpora un conjunto de dispositivos con diferentes complejidades, interrelacionados, orientados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales, a través de los cuales el paciente es derivado para ser atendido de acuerdo a sus particulares necesidades. El panel opina que la visión de un modelo de red es la correcta
2. Antes del Plan el modelo tendía a la desinternalización de los pacientes cuando ello era posible, fomentando la atención ambulatoria en los hospitales generales, atención que seguía siendo especializada mediante la intervención del psiquiatra,

con lo cual ya se estaba yendo en sentido contrario al sistema tradicional de atención de la psiquiatría. El panel opina que la desinternalización de pacientes y la utilización de los establecimiento hospitalarios generales para el tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales son adecuados.

3. La orientación de la USM Minsal de apoyar el nivel primario a través de la promoción, prevención y tratamientos básicos en salud mental, lo que a su vez permite disminuir el peso de la demanda hacia los establecimientos más especializados, permite tener un grado de resolutivez muy eficaz cuando los problemas mentales se detectan oportunamente
4. La estructura de los tres niveles, central, regional y comunal, consistente con la política de descentralización del país conlleva dificultades para la aplicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en la medida que existen grados de autonomía que dificulta o impide la aplicación coercitiva de normas o programas (subprogramas o componentes). El panel opina que deben crearse estrategias para internalizar dichos instrumentos en las diversas instancias decisionales.
5. La estructura de componentes tal como se desarrolló para los efectos de la presente evaluación es una forma de metodologizar adecuadamente los bienes o servicios entregados por el Programa. Al término de este proceso, el Programa mantiene la misma estructura de "componentes" de antes. El panel opina que el Programa debe efectuar los cambios para estructurar como componentes los considerados en esta evaluación.
6. Si bien los componentes resultan necesarios al logro del propósito, se observan insuficiencias en: a) componentes en que el diseño responde más a una lógica de financiamiento que a una planificación estratégica, y b) en las limitaciones de información que impiden un adecuado monitoreo y evaluación. En general, el diseño del Programa responde sólo parcialmente al logro de su propósito. Si bien es necesario incluir todos sus componentes actuales, se requiere re-diseñar éstos y sumar otras actividades relevantes, buscando responder al logro del propósito y a una lógica de planificación que permita reflejar e identificar claramente aquellas actividades que ejecuta respecto de aquellas que 'debería' ejecutar. El panel considera válidas estas afirmaciones a pesar que los componentes reflejen las prioridades de salud mental del país.

2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

2.1. Análisis de aspectos relacionados con la Organización y Gestión del Programa

2.1.1. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación

El primer elemento analítico que se aprecia en la estructura organizacional es la definición de salud mental como Unidad, co-existiendo a nivel ministerial con otras áreas que se estructuran como programas, dependiendo todos ellos de un mismo Departamento, Programa de las Personas. No se observa un fundamento explícito para esta diferenciación.

La estructura organizacional del Programa responde a características propias de un Ministerio que busca descentralizar su gestión en el contexto de la política de descentralización del Estado. En este sentido parece adecuada la existencia de tres niveles jerárquicos – funcionales como son el nivel central (USM), el nivel regional (Servicios de Salud y establecimientos especializados de su dependencia) y el nivel primario (consultorios orientados a la promoción, prevención y tratamiento básico en salud mental). Si bien estos tres niveles son autónomos entre sí, ello se aprecia más bien en las áreas administrativas y financieras, dado que el rol normativo del nivel central es obligatorio. Sin embargo, esto último se ve afectado por las decisiones de asignación de recursos que se efectúan en los diferentes niveles, lo que permite que se realicen o no algunas actividades a fin de cumplir la normatividad.

Sin considerar los recursos propios aportados por el nivel municipal o por la forma de financiamiento de la atención primaria, el Ministerio de Salud tiene un rol fundamental en la gestión de recursos sectoriales ante el Ministerio de Hacienda, incluyendo en esto los fondos asignados a salud mental, donde la USM-MINSAL es un petionario más de recursos que debe competir con otras áreas de salud²⁵. Así, la forma de estructurarse el sistema sanitario público chileno permite cierto nivel de autonomía de los servicios de salud en cuanto a asignación local de recursos, situación que es apoyada por el sistema presupuestario chileno en tanto se aprueban grandes partidas presupuestarias dejando a las instancias más operativas las asignaciones más específicas. En este sentido, la gestión de la USM-MINSAL se ve limitada a un rol de asegurar financiamiento para el cumplimiento de las normas técnicas por los agentes más operativos.

Si la USM-MINSAL es analizada en función de la estructuración de componentes utilizada en esta evaluación, éstos están definidos según criterios diversos, sean estos actuar sobre patologías psiquiátricas, problemas psicosociales o ejecutar determinadas actividades de gestión, criterios que en la práctica se superponen al reunir actividades y funciones transversales y verticales, lo que hace más complejos los ámbitos de responsabilidad del programa.

En la USM no existe formalmente un responsable de cada componente. Los profesionales cumplen funciones diversas, sin una clara diferenciación temática o funcional, donde se cruza lo técnico con la coordinación territorial y administrativa.

Los componentes están asociados a la variable temporalidad por cuanto muchos de ellos al estar definidos por prioridades pueden ver modificada esa condición, sin que tales decisiones estén asentadas necesariamente en variables epidemiológicas y de salud pública, situación que atenta contra la permanencia de los componentes, elemento indispensable para dar viabilidad a la inserción de un programa dentro de la estructura de los servicios de salud.

En torno a la temática de la salud mental funcionan a nivel del ministerio dos Comisiones de Trabajo de carácter permanente toda vez que ellas velan por los

²⁵ Como se ha mencionado, los recursos destinados a salud mental representan alrededor del 1.5% del total de los fondos sectoriales, durante el periodo de evaluación.

derechos de los pacientes, sea por ingresos a unidades de atención cerrada y/o por derivación adecuada a dispositivos de psiquiatría forense. La función misma de las Comisiones les otorga carácter de permanente, sin embargo, a juicio de este Panel no fue posible establecer claramente la relación entre cada una de ellas y las funciones de la USM-MINSAL, así como tampoco el papel que le cabe cumplir a esta última.

En los Servicios de Salud, la organización del Programa parece adecuada en el plano del diseño, pero ello no necesariamente ocurre en la realidad. Ya se ha mencionado que las decisiones locales prevalecen y pueden eventualmente modificar los criterios de organización propuestos por la USM-MINSAL, sobre todo si la salud mental no es prioridad para las autoridades locales.

En síntesis, este Panel estima que si bien la USM-MINSAL es una unidad necesaria al desarrollo y funcionamiento del Programa, presenta deficiencias en su organización interna que inciden sobre el desarrollo desigual de sus componentes y limitan una interacción más directiva con los ejecutores del Programa, sean estos Servicios de Salud, Municipios y/o terceros, a la vez que requiere jugar un papel más directivo en el Modelamiento de las unidades locales de salud mental.

2.1.2. Mecanismos de Transferencia de Recursos y Modalidad de Pago

La decisión política de las autoridades gubernamentales ha sido financiar la salud mental en Chile mediante dos modalidades de transferencia de recursos. Por una parte, a través del presupuesto anual que FONASA transfiere a los Servicios de Salud y éstos a los establecimientos que llevan a cabo las prestaciones. Por otra parte, un monto de recursos gestionados por la USM, que son distribuidos a los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes, de acuerdo a las orientaciones de dicha unidad, y que fundamentalmente han sido destinados a nuevas formas y/o instrumentos de atención.

En la práctica, el financiamiento vía FONASA es distribuido a los Servicios de Salud principalmente con el criterio de prestaciones otorgadas; sin embargo, éstos últimos traspasan estos fondos a los establecimientos de su dependencia de acuerdo a lo que se conoce como 'presupuesto histórico', sin que ello necesariamente coincida con las prestaciones otorgadas.

El financiamiento de la atención primaria es traspasado vía FONASA de acuerdo al criterio de usuarios inscritos, además de algún nivel de financiamiento de las propias municipalidades.

Otra forma de financiamiento de la salud mental es la que se da a través de CONACE, que por la vía de proyectos concursables financió acciones de promoción y prevención en drogas y alcoholismo y que en los últimos años ha entregado fondos para el tratamiento y rehabilitación de pacientes con drogodependencias, los que son traspasados a los Servicios de Salud vía FONASA, dando seguridad en la aplicación de esos fondos.

También existen fuentes de financiamiento locales, como fondos regionales, que pueden, eventualmente ser asignados para la construcción y/o rehabilitación de establecimientos de salud mental. El peso de estos recursos es menor.

Se estima que la transferencia de fondos vía FONASA, incorporados a los presupuestos anuales del sector salud, da estabilidad a la asignación de recursos, en la medida que su necesidad ha sido fundamentada en el proceso de presupuestación anual. En tal sentido, cabe destacar el que FONASA haya reconocido e incorporado nuevas prestaciones en salud mental.

Debe considerarse que la mayor parte de las líneas financiadas por recursos gestionados por la USM-MINSAL no han sido evaluadas, por lo que se carece de información que demuestre la necesidad de su permanencia en el tiempo. Así, no es posible determinar si estas actividades deban pasar a un financiamiento estructural (histórico) o seguir siendo financiadas en carácter de acciones complementarias vía USM-MINSAL.

Así, recursos que deberían ser complementarios pasan a constituirse en permanentes, aún cuando deban ser periódicamente gestionada, con las consecuencias que ello acarrea para la institucionalización de los subprogramas que sí requieren ser permanentes. Lo que puede ser un mecanismo válido para campañas específicas, pueden no dar continuidad a componentes que requieren de intervenciones claramente programadas.

Lo anterior no significa validar la asignación por 'criterios históricos', sino asegurar la continuidad de la asistencia sin renunciar a evaluar la calidad de ésta.

Finalmente, no existen antecedentes explícitos que demuestren los criterios aplicados para la asignación de fondos a los distintos Servicios de Salud, tanto para mantener las líneas de trabajo o generar nuevas intervenciones.

2.1.3. Funciones y Actividades de Seguimiento y Evaluación que realiza la Unidad Responsable

La carencia de un sistema de información integral, nacional, que abarque todas las áreas temáticas del Programa, es un tema no resuelto, carencia a la que aporta la diversidad de acciones llevadas a cabo.

Si bien es cierto que el diseño e implementación de un sistema de información tiene sus propias complejidades, incluyendo un elevado costo, también requiere tener claro cuáles son las unidades básicas de análisis de evaluación, las que a su vez estarán determinadas por los objetivos que busca alcanzar el proceso evaluativo. En el Programa de Salud Mental la diversidad de acciones llevadas a cabo, que pueden ser definidas desde criterios de intervenciones, usuarios, dispositivos, redes de atención, poblaciones específicas (como PRAIS y Psiquiatría Forense) y/o patologías determinadas, limitan la respuesta a una pregunta inicial acerca de ¿qué información es la que se precisa?

Por otra parte, las evaluaciones parciales que puede llevar a cabo la USM-MINSAL, en la medida que no están sujetas a una programación explícita, demandan a los Servicios de Salud un esfuerzo extra que atenta contra la oportunidad de la información. Asimismo, los criterios de recolección de la información no necesariamente coinciden con los que tradicionalmente usan los registros sanitarios, centrándose más en las consultas entregadas en psiquiatría o psicología, que en el número de pacientes atendidos, por ejemplo.

Al respecto, la USM-MINSAL plantea que para el 2002 se implementará un nuevo sistema de registro – el sistema DDEIS - que permitirá en atención primaria conocer beneficiarios y patologías, y en atención secundaria el total de prestaciones entregadas.

Respecto a evaluaciones, éstas se pueden reconocer en dos ámbitos: las realizadas por la Dirección de Presupuesto en el marco del Programa de Evaluación de Proyectos Gubernamentales y las evaluaciones externas realizadas por iniciativa de la propia USM-MINSAL. Sin embargo, no existe un programa de evaluaciones explícito que permita prever qué otras áreas serán evaluadas en un futuro cercano, decidir acerca de la continuidad de los actuales componentes y buscar y asegurar el financiamiento necesario.

2.2. Conclusiones sobre la Organización y Gestión del Programa

Son cuatro las conclusiones relevantes acerca de la organización:

- (1) No existe un fundamento explícito acerca de la condición estructural del área de salud mental: Unidad o Programa. Si bien ha sido declarada oficialmente como Programa a partir del 2000, su existencia orgánica proviene de muchos años antes. No están claras las ventajas de una u otra forma.
- (2) No existe al interior de la Unidad una estructuración que permita tener algunas áreas de especialización dada la complejidad y especificidad de las diferentes materias y que le permita cumplir con ciertas funciones que hoy se realizan esporádicamente o sencillamente no se realizan, como es el registro, monitoreo y evaluación de actividades. Los diferentes componentes definidos en el Programa no tienen un responsable directo. La cantidad de recursos humanos no permite una estructuración adecuada. La necesidad de constituirse en referente técnico nacional justifica la estructuración interna.
- (3) La USM-MINSAL es la principal instancia de planificación y gestión del Programa. Sin embargo no es la única, existen organismos, gubernamentales y no gubernamentales como el Ministerio de Educación, el SERNAM, el INJUV, CONACE o el Hogar de Cristo, que ejecutan o financian directa e independientemente acciones de salud mental. Lo anterior amerita una importante acción de coordinación, y eventualmente de asesoría, de la USM-MINSAL.
- (4) Se observa la carencia de un sistema de información nacional en el ámbito de la salud mental, que asegure la retroalimentación y facilite la evaluación oportuna de las diferentes acciones llevadas a cabo por el Programa.

3. EFICACIA Y CALIDAD DEL PROGRAMA

3.1 Análisis de aspectos relacionados con la Eficacia y Calidad del Programa

No es posible disponer de información de aspectos tales como: número de prestaciones por componentes, listas de espera, cobertura ni satisfacción de usuario a excepción de un caso. Sin embargo, para algunos componentes del programa existe información parcializada que proviene de un estudio complementario realizado de evaluaciones y estudios previos.

El análisis del grado de eficacia del Programa de Salud Mental debe considerar que la definición de componentes fue realizada, y consensuada, con la unidad ejecutora como parte del proceso de evaluación, de manera que no existe un registro de información de calidad suficiente que permita estimar los niveles de cobertura alcanzados, más allá de los registros parciales del año 2001.

Intentando paliar este déficit, se llevaron a cabo dos estudios complementarios²⁶. El primero tuvo como objetivo estimar la distribución de la demanda entre los distintos componentes del Programa, el otro buscaba recoger información acerca de la percepción de calidad del Programa de Salud Mental, medido en su componente de Gestión USM-MINSAL, por parte de profesionales responsables de dispositivos, en distintas partes del país. Los detalles se presentan en el Anexo 5 y algunos de sus resultados han sido usados para el siguiente análisis de eficacia y calidad del Programa.

3.1.1 Desempeño del Programa en cuanto a la producción de componentes

El proceso de producción del Componente Gestión de la USM-MINSAL incluye el diseño del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el desarrollo e instalación de Normas Técnicas para cada uno de los componentes implementados, y la asesoría, monitoreo/evaluación y apoyo a los equipos de Salud Mental de los Servicios de Salud. Las características de este proceso de producción hacen posible una estructura técnica imprescindible y crucial para la instalación y desarrollo de una política y programa de salud mental y provee de un marco estratégico, de una normativa técnica reguladora y de un apoyo sistemático permanente a cada componente.

Sin embargo, el grado de implementación de los distintos componentes y el nivel de desarrollo de las redes de servicios locales varía, de manera que el logro de metas para este componente no es homogéneo. Aún cuando existe un marco estratégico dado por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría a partir de 1999- y la red de servicios que diseña – no hay directrices claras desde el nivel central hacia los servicios de salud que los obligue a cumplirlas si es que no van acompañadas del financiamiento correspondiente ya que el grado de desarrollo del programa en cada Servicio de Salud depende de las prioridades, recursos y capacidad de gestión de los encargados locales de salud mental y de los propios Servicios.

²⁶ 1. Estimación de Demanda Clasificada en Servicios Clínicos de Salud Mental
2. Encuesta de Percepción del Programa de Salud Mental

Por otra parte, tareas específicas como las asesorías no resultan suficientes para resolver algunas problemáticas señaladas en las encuestas por profesionales de distintos Servicios de Salud y/o dispositivos (estudios complementarios). Tal es el caso de las dificultades planteadas para la gestión de compra de servicios, vía DFL 36, que está sujeto a trámites, normas y ritmos que dificultan la implementación de acciones al retrasar la firma de convenios o la demora de partidas de dinero y, con ello, la ejecución de acciones.

Con relación a los componentes ligados a la atención de pacientes, este Panel considera que estos responden a una priorización de necesidades basada en criterios epidemiológicos, a la vez que para su implementación se han diseñado normas técnicas consensuadas y fundamentadas, y por tanto técnicamente válidas las que, de implementarse, garantizarían la calidad de las prestaciones.

No obstante, profesionales que respondieron al estudio complementario plantean reservas frente a las posibilidades reales de conocer e implementar estas normas técnicas, al percibir déficit en la socialización de ellas y en las posibilidades reales de llevar a la práctica procedimientos sugeridos al carecer de presupuestos adicionales. Si bien la validez de estos comentarios está limitada por cuestiones metodológicas, como el número de respuestas recibidas y el perfil profesional de quienes respondieron, este Panel estima que el comentario debe ser considerado toda vez que ello deja de manifiesto que, al menos en los casos aludidos, se está señalando el incumplimiento de normas establecidas como parte de la función reguladora del MINSAL.

Con relación a coberturas de los distintos componentes, el estudio de estimación de la demanda permitió recoger ésta en tres establecimientos de la red de salud mental: la atención ambulatoria de un hospital psiquiátrico, de un servicio de psiquiatría de hospital general y de un consultorio de atención primaria. Los resultados de la consulta registrada en una semana del mes de abril del presente año muestran que, del total de consultas realizadas, un 78% corresponde a aquellas llevadas a cabo en el hospital psiquiátrico, un 17% en el servicio de psiquiatría de hospital general y un 6% en la atención primaria.

La distribución por sexos es similar para el total de la muestra y sólo en atención primaria se observa un predominio de atención a mujeres. El rango de edades más frecuente fluctúa entre los 30 y 50 años, sin diferencias significativas entre ambos sexos. El 83% de la consulta total corresponde a control de pacientes y el 17% restante a primeras atenciones, es decir a pacientes que están ingresando al sistema durante el año 2002.

El 90% de las atenciones realizadas en el hospital psiquiátrico corresponden a controles, resultado que puede dar luces acerca del grado de cronificación de esta población, la que además se presume más grave, supuesto probable dado que el 47% de los diagnósticos corresponde a esquizofrenia, el 18% a trastornos de personalidad y otro 18% a pacientes con adicciones.

Consistentemente, el 30% de la población atendida en el servicio de psiquiatría del hospital general está conformada por nuevos pacientes, lo que da cuenta de una mayor rotación de usuarios. Aquí un 30% de la atención está destinada a

pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, un 14% a depresión y un 12% a abuso de drogas, incluido alcohol.

En el nivel primario se registra la mayor cobertura va dirigida a la atención de problemas depresivos. Un 95% de todas sus atenciones van dirigidas a usuarios con ese diagnóstico y un restante 4% a tratamiento de pacientes con abuso de alcohol y drogas. En este caso, el 35% de la atención primaria está entregada a pacientes nuevos. Los resultados son consistentes con lo esperado para un nivel de atención del cual se espera alta resolutivez como pueden ser muchos cuadros depresivos leves y moderados.

Si se analiza la distribución diagnóstica por primera consulta y control, se observa una relación de 33% y 19% y de 19% y 15%, para depresión y abuso de alcohol y drogas, respectivamente. En ambos casos se puede considerar a ésta como una proporción adecuada toda vez que sugieren un mayor flujo de nuevos pacientes que una cronificación de los ya ingresados, no obstante, los datos deben ser analizados cuidadosamente toda vez que también podrían esconder una escasa adhesividad a tratamiento. De manera esperable, en el caso de la esquizofrenia los resultados son inversos, sólo un 18% de las atenciones eran nuevas y un 39% de ellas corresponden a controles.

Del total de las prestaciones, sólo el 56% registraba la calificación del profesional que la había prestado, mala calidad del registro que atenta contra eventuales evaluaciones a realizar. Sobre las prestaciones que sí recogían esta información, el 83% era llevada a cabo por médicos psiquiatras y un 9% por psicólogos. Los médicos generales realizaban el 5% y estaban fundamentalmente orientados al tratamiento de depresión en atención primaria. Estos resultados atentan contra la idea básica del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que tiene en el trabajo multidisciplinario un pilar central. Seguramente los resultados no reflejan el trabajo de otros profesionales, como los de enfermería, o dan cuenta de la escasa diversificación profesional existente y, en última instancia, de un modelo de atención que continúa teniendo en el médico psiquiatra el recurso central para la atención clínica, siendo éste el más especializado, pero también el más caro para el sistema, y existiendo tareas, de intervenciones psicológicas breves, de intervención psicosocial y rehabilitadora, posibles de manejar por los restantes profesionales en un espacio como el de la atención pública en salud mental.

Si se analizan las prestaciones de acuerdo a los componentes definidos para esta evaluación, un 15% del total de la atención está dirigida al componente alcohol y drogas, menos del 1% al componente 3, fundamentalmente violencia intrafamiliar, el 18% a depresión y el 41% a esquizofrenia, es decir, trastornos psiquiátricos severos.

Es preciso tener en cuenta que los resultados pueden estar sesgados por la alta proporción de atención que significa la prestada por el hospital psiquiátrico. No obstante, las prestaciones de los componentes alcohol y drogas, depresión y trastornos psiquiátricos severos, asimilable aquí a esquizofrenia, resultan consistente con la distribución típica de consultas en establecimientos en este nivel. Éste último además, siendo de baja prevalencia en la población general es de alta demanda de servicios y, por ende, de alto costo de tratamiento. La escasa representación del componente maltrato infantil y violencia intrafamiliar

puede ser atribuida, al menos parcialmente, al tipo de dispositivos desde el cual se recogió la información, explicación que resulta total para el caso del PRAIS y de psiquiatría forense, dado que ambos mantienen servicios exclusivos y específicos para atender a su población beneficiaria, los que no fueron incluidos en el estudio.

De los resultados obtenidos conviene destacar el 18% de la atención destinada al diagnóstico de trastornos psiquiátricos severos, ello corresponde a un 18% de la consulta registrada desde el hospital psiquiátrico y a un 27% de aquella efectuada por el servicio de psiquiatría de hospital general. Siendo una proporción importante de pacientes, a juicio de este Panel caben dos consideraciones. Por una parte, como se señaló en la descripción del Programa, estos resultados refuerzan la necesidad de definir operacionalmente el concepto de “trastorno psiquiátrico severo”, más allá del diagnóstico específico de esquizofrenia puesto que una proporción importante de estos pacientes puede, eventualmente, ser parte de una definición más amplia, incluyendo por ejemplo diferentes niveles de trastornos de personalidad.

En otro ámbito, se pone en evidencia un tema que se ha venido planteando en la literatura internacional acerca del uso de servicios y los costos asociados a la enfermedad mental. Se señala que, en el caso de pacientes graves, ambas variables dependen más que de las características clínicas de la enfermedad, de la cantidad y diversidad de los recursos sanitarios y sociales disponibles para su tratamiento y rehabilitación (Saldivia, 2001) En tal caso, la existencia de una demanda, o el aumento de ésta para patologías específicas, suele relacionarse no necesariamente con la prevalencia poblacional de la enfermedad ni con su gravedad, criterio que en este caso probablemente se cumple, sino con la emergencia de algún servicio que sea capaz de responder a esa demanda. Consideración que vale la pena tener presente frente a problemas con alta visibilidad social que pueden no reflejar un problema real, en términos de parámetros de salud pública, pero cuyo presunto aumento o generalización puede demandar la creación de servicios que, en la práctica, significan desvíos de fondos en desmedro de problemas reales como la dependencia a alcohol y la depresión en el caso de nuestro país. Es lo que sucede, por ejemplo, con los trastornos alimentarios.

En los párrafos siguientes se incorporan análisis basados en evaluaciones específicas disponibles para algunos de los componentes orientados a la atención de pacientes.

El componente Alcohol y Drogas ha sido evaluado en dos ocasiones previas. En la segunda de éstas, llevada a cabo por el Ministerio de Hacienda, los programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas eran identificados como un componente del Programa de Prevención al consumo de drogas (CONACE-Ministerio del Interior), con una evaluación de eficacia que destacaba la capacidad demostrada en aumentar la cobertura de atención, el avance en la construcción de una red de atención y la creación de protocolos de atención; al mismo tiempo que identificaba como su principal debilidad a aquellas dificultades derivadas del sistema de traspaso de fondos, opinión compartida por este Panel y mencionada más extensamente en el apartado de eficiencia del Programa. Otra

percepción de debilidad compartida alude a la carencia de registros de información apropiados.

La evaluación externa del componente PRAIS señala que la demanda por servicios de salud mental expresa una sensibilidad a los cambios políticos y sociales menor a la esperada, y se mantiene relativamente estable entre los años 1995 y 2000 oscilando entre 131 y 262 casos atendidos anualmente a lo largo de todo el periodo estudiado. La demanda total atendida, 1.812 casos, sólo representa el 5.8% de los beneficiarios PRAIS inscritos, denotando una muy baja cobertura en relación a la atención por salud física, cuando teóricamente se esperaba que la demanda por ambos tipos de servicios sea similar. Los antecedentes entregado por la USM Minsal muestran una cobertura de un 41% (22.363 de un total de 50.000).

En general, la evaluación del componente es negativa. A su baja cobertura se agrega un nulo impacto en la calidad de vida de los usuarios, lo que lleva a concluir un nivel de logro básico respecto de la adecuada focalización del componente que hace que su soporte técnico e instrumentos terapéuticos sólo alcancen a impedir una mayor descompensación de los cuadros clínicos que presentan los usuarios. A ello contribuyen de manera importante aspectos contextuales institucionales del sistema de salud entre los que se cuentan la no definición e instalación del componente dentro de los Servicios de Salud, inestabilidad y precariedad del empleo de sus profesionales y la ausencia de un programa expreso de intervención psico-social y socio-terapéutico que sea transversal a todo el componente (Lafferte y Muñoz, 2002).

En el componente Depresión no se dispone de información que permita inferir la eficacia de las actividades históricamente desarrolladas por los Servicios de Salud en la atención a esta patología, tanto a nivel primario como secundario, y que han respondido a una demanda espontánea que no ha sido normada.

Sí es posible obtener información acerca de la eficacia del subprograma 'Programa para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en Atención Primaria'. De la evaluación de éste (Escuela de Salud Pública, 2002), se concluye un nivel de efectividad global alto, medido en reducción de síntomas depresivos, la que resulta más alta en mujeres con cuadros más graves. La identificación de factores asociados al logro de mejores resultados no es clara, más allá de una variable socio-demográfica, como es la escolaridad, en el sentido de que mujeres con estudios de enseñanza media o más presentan resultados significativamente mejores respecto de aquellas que alcanzan hasta octavo básico. En tal sentido, no puede concluirse cuál de las opciones posibles de tratamiento – farmacológico, intervención psicosocial de grupo y/o terapia psicológica individual o una combinación de ellas – resulta más adecuada. Con relación a la implementación del subprograma, la evaluación destaca la existencia de normativas técnicas claras, un seguimiento parcial de las medidas diseñadas para enfrentar los problemas de adherencia a tratamiento y un aspecto crítico en la derivación de pacientes a nivel secundario. Esta parte del proceso constituye un 'cuello de botella' en la resolución de aquellos cuadros de mayor gravedad, en la medida que no son atendidos oportunamente tienden a permanecer en el nivel primario sin que necesariamente la respuesta a

tratamiento sea efectiva y consolidando una demanda que probablemente o no será resuelta o acabará en un abandono del sistema.

El componente Trastornos Psiquiátricos Severos, reúne un conjunto de actividades con desigual nivel de desarrollo, afectando con ello tanto cobertura como calidad de la atención

Con relación al componente Psiquiatría Forense, a pesar del grado de estructuración con que se ha diseñado, la información recogida no entrega datos actualizados de prestaciones otorgadas. Sólo un Memorandum (293) del Jefe de División de Salud de las Personas dirigido al Subsecretario de Salud, en marzo del 2001, señala que a esa fecha continuaba funcionando la Unidad de Mediana Complejidad del Hospital Horwitz, cuyas dependencias habían sido mejoradas y atendía a 40 pacientes hombres. Desde Julio del 2000 comienza a funcionar la Unidad de Mediana Complejidad del Hospital Pinel, con capacidad para 20 personas, hombres y mujeres. La de Puerto Montt no iniciaba sus funciones a fines del año 2001 y tampoco la unidad de alta complejidad. Con ello no se cumplía la cobertura esperada. La cobertura señalada por la USM Minsal es de un 100% de la población desinternalizada desde los recintos penales.

En hogares y residencias protegidas permanecían en el 2001 setenta pacientes, sin señalar cuántos dispositivos funcionaban. Se habían creado hospitales de día, sin señalar cuántos ni la cobertura de éstos. 205 personas sobreseídas estaban hospitalizadas en distintos Servicios de Salud del país, a la espera de una resolución judicial que les permitiera el egreso, mientras que, de acuerdo a información de Gendarmería, otras 35 personas sobreseídas permanecían en cárceles a la espera de vacantes.

Aunque los datos de prevalencia y de estimaciones de demanda permitirían calcular la población destinataria para cada componente, la ausencia de un sistema de registro de las acciones realizadas impide conocer la población efectivamente intervenida. Los sistemas de registros de acciones disponible (Sistema de Información MINSAL) solo permiten conocer la cantidad y algunos tipos de prestaciones realizadas, no informando del componente a que corresponden estas prestaciones y tampoco permiten conocer el tipo y cantidad de beneficiarios que recibe esta atención.

Aun cuando en términos de calidad y consistencia técnica los resultados a alcanzar estén normados, en la práctica se carece de información suficiente y oportuna que permita aseverar que tales normativas son aplicadas. Con la información disponible no es posible concluir que la ejecución de los componentes resulta suficiente para el logro del propósito.

3.1.2 Desempeño del Programa a nivel de Propósito.

Respecto del cumplimiento del propósito de "resolución de la demanda por salud mental en el sistema público de salud en forma oportuna y eficaz, de acuerdo a estándares de calidad y equidad", los datos disponibles no permiten establecer el grado en que el programa da respuesta efectiva a la demanda, de manera que se presentan estimaciones y datos parciales de cobertura.

No obstante lo anterior, a partir de las evaluaciones llevadas a cabo para algunos componentes es posible concluir que, en el caso de depresión, la oportunidad de respuesta a la demanda es parcial para aquella población que requiere de atención en el nivel secundario, que se presume una población con trastornos más graves, toda vez que esta derivación requiere de un tiempo de espera que va desde 2 días a seis meses (informe Salud Pública, 2002) y por tanto lleva a los equipos de atención primaria a intentar dar respuesta a estos usuarios dentro de los mismos establecimientos, con las limitaciones que tienen para responder efectiva y oportunamente cuando no se trata de un nivel especializado ni probablemente cuenten con los recursos para seguir un adecuado tratamiento. De esta manera, el sistema no responde a los requerimientos de la población asistida y es opinión de este panel que tal situación no debe continuar por los efectos que potencialmente puede acarrear para el tratamiento de patologías graves, que requieren de asistencia especializada, por un equipo que no tiene entre sus funciones atender cuadros de esta gravedad. Se desconoce los efectos de esta situación en los pacientes.

Por otra parte, se considera que la implementación de una red de servicios, diseño validado y planteado oficialmente en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, no está siendo llevado a cabo de manera que asegure el logro de los objetivos.

(i) Beneficiarios efectivos del Programa de Salud Mental

El cuadro siguiente muestra el número de beneficiarios que recibieron atención en algún componente del Programa. Sin embargo, ello no refleja la totalidad de las acciones, dado que el mayor número de éstas se registra por prestaciones otorgadas, y no por personas atendidas, financiadas vía FONASA, sin identificación de las patologías que se pretende resolver.

Cuadro N° 8: Número de beneficiarios efectivos año 2001

COMPONENTES	2001
Alcohol y drogas	98.337 ¹
Maltrato infantil y violencia Intrafamiliar	11.816
PRAIS	22.363 ²
Depresión	66.984
Trastornos psiquiátricos severos	7.260 ³
Psiquiatría forense	336
Total	206.096

Fuente: USM-MINSAL

¹: incluye tratamiento ambulatorio (14.900), comunidades terapéuticas residenciales (1.362), adicción a drogas atendidos por compromiso 20 (1.261), beneficiarios de prevención alcohol y drogas (74.914), grupos de auto ayuda (5.900)

²: Población PRAIS atendidos por demanda de salud mental durante el periodo 1995-2000

³: Incluyen 1.294 personas con diagnóstico de TPS y riesgo de adicción o con patología dual atendidos por Compromiso 20; 2.875 personas atendidas en unidades de rehabilitación, 1.371 beneficiarios del PNAA, 1.353 personas que asisten a hospitales diurnos, 300 que permanecen en clínicas de expansión y 67 pacientes neurológicos postrados.

El análisis de la información disponible, a la luz de los hallazgos de los estudios complementarios, permiten confirmar las limitaciones que enfrenta cualquier evaluación del Programa de Salud Mental dada la escasa y poco fiable calidad de la información registrada.

Si la evaluación de cobertura se hace desde los datos estimados de población potencial, los resultados varían. En el caso de alcohol y drogas alcanza a un 61.5%, considerando sólo la población potencial usuaria de drogas ilícitas, lo que deja fuera a todos quienes presentan abuso o dependencia a alcohol, que en nuestro país se estima en alrededor de un 3% de la población mayor de 15 años (Vicente y cols, 2002) En el caso de depresión, al considerar la población potencial estimada en las 23 comunas donde se implementó el componente en atención primaria, la cobertura alcanza a 7.3%.

Llama la atención la escasa cobertura del componente PRAIS, lo que ya se analizó en párrafos anteriores, en términos de la negativa evaluación de su impacto sobre los potenciales beneficiarios, con una cobertura que alcanza a un 5.8% de la demanda objetivo y a un 3.6% de la demanda potencial, coberturas bajas considerando el grado de focalización del componente.

El componente Psiquiatría Forense tiene también una población asignada claramente focalizada y ha contado además con fondos nuevos entregados por el MINSAL. Las estadísticas del período 2000 – 2001 muestran que existían 74 residentes en dispositivos de cuidados que consideran ingresos y egresos.

(ii) Grado de Focalización del Programa

En general los componentes del Programa, exceptuando el primero, están dirigidos a población beneficiaria específica. La capacidad real de éstos para atender a tal población no es posible concluirla aunque sí puede valorarse desde la perspectiva inversa, en el sentido de atender a esa población y no a otra. De manera que no existen antecedentes que permitan concluir que a este Programa accedan personas que no son beneficiarios del sistema público de salud.

El componente PRAIS focaliza su atención en quienes han sido reconocidos por las instancias gubernamentales creadas para ese fin, como víctimas de represión política durante el periodo de dictadura militar. De manera que quienes acceden a sus prestaciones están absolutamente acreditados y se trata por tanto de población focalizada.

La evaluación del componente Depresión, para su aplicación en atención primaria, señala que no hay sobre diagnóstico de esta patología dentro de la población evaluada, menos del 5% de las pacientes puntuaban como 'sin depresión' o 'con síntomas mínimos' del cuadro (Salud Pública, 2002). Del mismo modo, en el componente psiquiatría forense la derivación desde el sector justicia debería incluir la precisa y adecuada selección de usuarios, no obstante, no hay información que asegure que los criterios aplicados por los Servicios Médico Legales y los Servicios de Psiquiatría del sistema de salud sean coincidentes con relación al diagnóstico y clasificación de los potenciales pacientes.

El grado de focalización del componente Trastornos Psiquiátricos Severos es menos claro, toda vez que dicho concepto alude a una definición más amplia que esquizofrenia, a la cual se hace sinónimo en determinados documentos. Cuando se habla de trastornos psiquiátricos severos, o más precisamente graves, la literatura científica internacional incorpora no sólo un criterio diagnóstico, que va más allá de esquizofrenia, sino también aspectos como discapacidad, apoyo

social, contacto con la red de servicios y seguridad para sí mismo y los otros. De manera que este panel cree preciso consensuar una definición operacional más clara que permita no sólo identificar al grupo objeto de atención sino también determinar criterios de resultados (*outcome*) en una población de pacientes de larga evolución, con un contacto permanente con la red de servicios de salud.

(iii) Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos.

El único estudio directamente relacionado con el grado de satisfacción de los beneficiarios hace referencia al uso de las normas de internación psiquiátrica que rigen la legalidad de los actos médicos y el respeto de los derechos humanos de los pacientes usuarios de servicios cerrados de atención en psiquiatría y salud mental (Lafferte, 2002).

Se trata de un estudio censal, ex post, con objetivos descriptivos y medición de impacto en dos grupos de usuarios consultados en julio y diciembre del 2001²⁷. Los resultados muestran una línea base diagnóstica muy precaria, lo que da cuenta de un escaso respeto a los derechos humanos de los pacientes, medido en la oportunidad que ofrece el sistema de información para que el usuario se mantenga 'informado sobre la situación que vive y sus derechos' y para que 'participe en los niveles de decisión que tengan que ver con su persona y se sienta parte de un sistema de interacciones particular en el cual es considerado otro legítimo'. Esta situación mejora favorable aunque levemente, pero de manera estadísticamente significativa, después de una campaña de difusión de normas y diálogos con el personal de los servicios clínicos. Una tercera dimensión, 'ejercer sus derechos civiles y disfrutar de un entorno social y físico adecuado' parte de una línea base bastante óptima, para presentar en un segundo momento una variación negativa, muy inestable, estadísticamente significativa (Lafferte, 2002).

Del mismo modo cabe aquí considerar los resultados de la evaluación del Programa de 'Detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria' en lo relativo a la impresión que las usuarias tienen respecto de la atención recibida. En general el grupo tuvo una alta valoración de la atención entregada, siendo ésta más alta al preguntar por el 'trato que le dieron los profesionales', que alcanzó un promedio de 9.33 (± 1.5) en escala de 1 a 10, con 1 equivalente a 'muy malo' y 10 equivalente a 'muy bueno'. Al evaluar el 'tratamiento que le dieron en el consultorio' el promedio fue de 8.69 (± 2.07), mientras que la evaluación de 'los lugares (salas, boxes) donde fue atendida dentro del consultorio' alcanzó un promedio de 8.81 (± 1.71) en la misma escala (Salud Pública, 2002).

Finalmente, el Informe Final de la Evaluación PRAIS–Salud Mental, señala que *'aún dentro de las limitaciones evaluadas en el Programa, los equipos PRAIS () se constituyen en un referente importante de apoyo técnico – psicológico para los usuarios del Programa, () como un lugar propio de reconocimiento, comprensión y contención que no encuentran en ningún otro ámbito social'* (Lafferte y Muñoz, 2002, página 15) De manera que medida la eficacia del componente en el grado de satisfacción con la calidad de la atención prestada, la evaluación es positiva.

²⁷ La población entrevistada está formada por usuarios internados entre 10 y 60 días en los dos hospitales psiquiátricos de Santiago (Horwitz y El Peral) y en los Servicios de Psiquiatría de hospitales generales, en Talca, Puerto Montt y uno en Santiago

En resumen, cabe concluir un grado de satisfacción alto entre los usuarios externos atendidos en servicios ambulatorios, pero no así en los atendidos en la atención cerrada.

3.1.3 Desempeño del Programa a Nivel de Fin.

No cabe dudas que el Programa aporta al fin, en la medida que sus acciones se dirigen a mejorar la calidad de vida de los usuarios de servicios de psiquiatría y salud mental. Asimismo, es posible pensar que esta mejoría beneficia a quienes están en el entorno más próximo a los beneficiarios del programa. Sin embargo, la baja cobertura de sus acciones impone límites claros a este logro.

En respuesta a ello, las acciones de promoción de salud mental llevadas a cabo en atención primaria son una importante contribución al logro del fin, en la medida que apuntan a disminuir el riesgo en la población de presentar patologías mentales y/o problemas psicosociales.

Por último, cabe reiterar lo planteado anteriormente en el sentido de que la demanda por recursos de salud mental está determinada por la oferta existente más que por variables clínicas. De manera que contar con un sistema de salud mental de cobertura nacional, diversificado y orientado al tratamiento del paciente en el contexto de una red de servicios, aportará más tanto al logro tanto del propósito como al fin del Programa.

3.2 Conclusiones sobre la Eficacia y Calidad del Programa

Es opinión de este Panel que los componentes definidos para efectos de evaluación del Programa responden a una jerarquización de necesidades basadas en criterios técnicos – epidemiológicos. Para su implementación se cuenta con normas técnicas y diseños de programación sistemáticos, consensuados y fundamentados. No obstante, la implementación de éstas está mediada por variables de presupuesto y socialización de la información.

La eficacia del Programa, en términos de la población objetivo, está lejos de ser cumplida. Tal déficit resulta fundamentalmente de la existencia de recursos escasos que, bajo un modelo de salud como el actual, limitan la cobertura universal de atención en salud y, más aún, en salud mental, aún cuando existe una clara focalización de la población a quienes van dirigidas las prestaciones.

Al momento de esta evaluación los indicadores son incompletos dentro de los distintos componentes del Programa, de manera que impiden conocer el grado de evolución de la eficacia y calidad de éste como un todo.

La visibilidad pública de los problemas de salud mental es un activo con que cuenta el Programa tanto para la gestión de recursos como para su inserción en los distintos ámbitos de la salud y de los programas sociales en general. Pero ello requiere de líneas técnicas claras respecto del rol que corresponde asumir a salud, diferenciando aquellas funciones que son estrictamente de su responsabilidad, como tratamiento y rehabilitación, de aquellas que puede compartir con otros actores, como Educación, Justicia, Sernam, Injuv y otros. Más aún, el actual proceso de reforma del sistema sanitario es otra oportunidad para el Programa.

En síntesis, el trabajo de los últimos 10 años da cuenta del desarrollo de un conjunto de acciones que han permitido ocupar un espacio, en mayor o menor

grado, en la atención primaria de salud, y contar con una capacidad profesional instalada capaz de responder a la demanda de los usuarios. Por otra parte, al año 2001 existen en todos los Servicios de Salud Programas de Salud Mental con un encargado local que asume las funciones de planificación y coordinación de las tareas, y un desarrollo de servicios que, aunque desigual, permiten tener atención psiquiátrica y psicológica a nivel nacional. Resultados que requieren ser reforzados.

Cuadro N°9: Evolución de Indicadores / Información

Objetivo	Indicador	Cuantificación			
		1998	1999	2000	2001
Propósito	Eficacia: N° atenciones salud mental Año i/ Población beneficiaria Año i				
	Calidad: N° opiniones favorables sobre el total de opiniones				
Gestión USM-MINSAL	Eficacia N° Servicios de Salud que han planificado las acciones del PSM- MINSAL para el año i/N° total Servicios de Salud en el año i N° Normas técnicas oficializadas por USM-MINSAL / N° normas técnicas necesarias de implementar en Chile. N° Servicios de Salud apoyados por USM-MINSAL / N° total Servicios de Salud	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	Calidad N° opiniones positivas de usuarios del componente /Total de opiniones de usuarios del componente				
Alcohol y drogas	Eficacia: N° intervenciones del componente año i / Población beneficiaria estimada para componente año i				61.5%
	Calidad: N° opiniones positivas de usuarios componente / Total de opiniones de usuarios del componente				
Maltrato infantil y VIF	Eficacia: N° intervenciones del componente año i / Población beneficiaria estimada componente año i				
	Calidad: N° opiniones positivas de usuarios componente / Total opiniones de usuarios del componente				
PRAIS	Eficacia: N° intervenciones del componente año i/Población beneficiaria estimada componente año i				3.6%
	Calidad: N° opiniones positivas de usuarios componente/ Total opiniones de usuarios del componente				
Depresión	Eficacia: N° intervenciones componente año i/ Población beneficiaria estimada componente año i				7.3%
	Calidad: N° opiniones positivas de usuarios componente / total opiniones de usuarios del componente				
TPS	Eficacia: N° intervenciones componente año i/Población beneficiaria estimada componente año i				
	Calidad: N° opiniones positivas de usuarios componente / Total de opiniones de usuarios del componente				
Psiquiatría forense	Eficacia: N° intervenciones del componente año i/Población estimada componente año i			90.3%	90.6%

	Calidad: N° opiniones positivas de usuarios componente / Total opiniones de usuarios del componente				
--	---	--	--	--	--

4. EFICIENCIA Y ECONOMIA DEL PROGRAMA

4.1. Análisis de Aspectos relacionados con la Eficiencia y Economía del Programa

4.1.1. Análisis de actividades y/o componentes

El total de actividades del Programa de Salud Mental puede ser dividido en dos grandes grupos.

Las actividades históricas de los establecimientos destinadas a la atención de los pacientes con financiamiento vía FONASA y que se ejecutan de acuerdo a protocolos establecidos tanto por la autoridad sanitaria como por los conocimientos técnicos de las áreas profesionales incluidas. Tales prestaciones, al estar incluidas dentro de la cobertura de atención de FONASA, han sido previamente costeadas y su valor está establecido en la forma de aranceles. En relación a éstas, no existen antecedentes que permitan establecer que ellas no son apropiadas al logro del componente y, por otra parte, para los efectos de esta evaluación tampoco se dispuso de información que permitiera profundizar en el tema.

Por otra parte están las actividades cuyo financiamiento se obtiene vía fondos gestionados por la USM-MINSAL, y que vienen básicamente a complementar las anteriores. De estos recursos, no todos van en forma directa a prestaciones a usuarios, sino también a cubrir actividades de promoción, prevención y capacitación, asesoría, gasto de la USM Minsal, entre otras.

En ambos casos, la cobertura de las atenciones está limitada por un déficit presupuestario que se traduce en falta de recursos humanos, materiales y fármacos, entre otros, y genera listas de espera y demanda no resuelta oportunamente. En todo caso, no se conoce de ningún país en el mundo que financie el total de las demanda y necesidades de salud en su totalidad.

Organismos como la OMS han establecido en la última década, que la atención a la demanda en salud mental mediante un modelo de red de servicios es más costo-efectivo medido en resultados alcanzados en los pacientes. Este diseño de red enfatiza el rol de la atención primaria y, desde el punto de vista de la eficiencia, permite disminuir los costos del sistema al instalar a ésta como puerta de entrada de los pacientes, con recursos suficientes para aumentar su capacidad resolutive y así disminuir la presión asistencial en los servicios especializados, minimizando la demanda de usuarios que no necesariamente requieren de una estructura hospitalaria para ser atendidos. Esta opinión es sostenida por el panel.

El Programa de Salud Mental ha desarrollado hasta ahora experiencias de externalización de acciones al sector privado, como las realizadas con la Comunidades Terapéuticas en el componente Alcohol y Drogas o con pacientes

neurológicos postrados y algunos hogares protegidos en el caso del componente Trastornos Psiquiátricos Severos. En tanto estas externalizaciones sean más costo efectiva que el desarrollo interno de esas actividades, se puede establecer que son eficientes, no así si la decisión de externalizar se deba a factores de capacidad (técnica y/o administrativa).

En Chile el modelo de externalización de servicios se valida en función de las políticas de Estado que asignan a éste un rol más bien normativo y regulador, antes que operador, donde la contratación de servicios a privados se promueve por sobre la tendencia a construir/operar por parte del sistema público. Pero su implementación requiere de mecanismos de transferencia de recursos eficientes, de acreditación y monitoreo de la calidad de las prestaciones otorgadas y de una oferta de servicios privados capaces de responder a estas normativas, lo que puede quebrar la equidad del sistema en los lugares más aislados y con menor oferta profesional.

4.1.2. Recuperación de costos

La única vía por la cual es posible recuperar costos en el sector público de salud es la del co-pago, lo que se da en algunos casos de la modalidad institucional y en la modalidad de libre elección. Este co-pago es variable dependiendo de los aranceles que imponga FONASA y de la categoría de los beneficiarios

Del total de fondos gestionados por FONASA, se estima que un 20% proviene del co-pago, un 40% de las cotizaciones de sus beneficiarios y el 40% restante es aporte fiscal. Esta distribución no necesariamente es válida en el área de la salud mental, por cuanto existen patologías invalidantes que aumentan probablemente la cantidad de pacientes más pobres lo que implica mayores aportes del Estado.

4.1.3. Aportes de Terceros

En los últimos años se ha hecho un esfuerzo por modificar las formas y estadías de los tratamientos mediante la desinternalización de los enfermos, haciendo más partícipes a las familias o buscando alternativas de internalización más baratas. En este caso se puede considerar que el trabajo de los familiares en la gestión de ciertos dispositivos como los hogares o residencias protegidas son un "aporte de terceros", aporte que se traduce en trabajo (horas/hombres)

4.1.4. Análisis Cuantitativo de Eficiencia y Economía

El financiamiento del Programa de Salud Mental es vía FONASA en una proporción que oscila entre el 80% y 70% durante el periodo evaluado, según se muestra en el Cuadro N° 10. La Unidad de Promoción del MINSAL de la División de Atención Primaria ha aportado históricamente fondos para la promoción en salud mental, pero ellos se incorporan dentro de los aportes de FONASA. Los fondos gestionados directamente por la USM-MINSAL se han ampliado en el año 2001 concentrándose el aumento en el ítem 'Fondo de Apoyo a la Política y Plan Salud Mental. laboración ón Salud Mental'. La evolución de los aportes durante el periodo de evaluación se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro N°10 : Presupuesto del Programa de Salud Mental-MINSAL (en M\$ de 2002).

Fuente	1998		1999		2000		2001	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
FONASA	14.159.806	84,7	13.702.443	82,2	13.513.851	76,6	13.873.765	68,1
USM-MINSAL	2.555.488	15,3	2.974.135	17,8	4.120.908	23,4	5.202.478	27,3
CONACE		0,0		0,0		0,0	938.745	4,6
TOTAL	16.715.294	100	16.676.578	100	17.634.759	100	20.014.988	100

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de USM-MINSAL

2. Como se observa, todos los fondos son originados en el sector público, no existiendo aportes de privados. CONACE se considera separadamente por depender de un Ministerio distinto, Interior.
3. El desglose del presupuesto según los ítems de Personal, Bienes y Servicios, de Consumo, Inversión y otros, no se encuentra disponible para todo el presupuesto del Programa, sino sólo para la Unidad de Salud Mental del nivel central y para los fondos que ésta gestiona. Los costos restantes se distribuyen entre todos los establecimientos del país que llevan a cabo prestaciones en salud mental, en cada uno de éstos la transferencia de recursos al Programa Salud Mental no constituye un centro de costos independiente, de manera que, en lo concreto, tampoco es posible conocer la distribución de esta importante proporción de los recursos del Programa.
4. La distribución de los fondos aplicados por FONASA se muestra en el Cuadro N°11

Cuadro N°11: Traspaso de fondos FONASA a acciones de salud mental ejecutadas por los Servicios de Salud. 1998-2001 (M\$ del año 2002)

	1998		1999		2000		2001	
	M\$	%*	M\$	%*	M\$	%*	M\$	%*
Hospitales psiquiátricos	9.138.708	64,5	8.843.527	64,5	8.959.906	66,3	9.245.852	66,6
Variación año anterior			(3,2%)		1,3%		3,2%	
Camas psiquiátricas en hospitales generales	1.909.793	13,5	1.848.107	13,5	1.836.918	13,6	1.814.883	13,1
Variación año anterior			(3,2%)		(0,6%)		(2,2%)	
Consultas psiquiátricas	1.753.472	12,4	1.696.835	12,4	1.414.000	10,5	1.469.275	10,7
Variación año anterior			(3,2%)		(16,7%)		3,9%	
Atención salud mental en APS**	810.085	5,7	783.919	5,7	792.612	5,9	1.017.504	7,3
Variación año anterior			(3,2%)		1,1%		28,4%	
Promoción de salud mental	547.748	3,9	530.056	3,9	510.414	3,8	326.250	2,4
Variación año anterior			(3,2%)		(3,7%)		(36,1%)	
TOTAL	14.159.806	100	13.702.443	100	13.513.851	100	13.873.765	100

Variación año anterior			(3,2%)		(1,4%)		2,7%	
------------------------	--	--	--------	--	--------	--	------	--

*: Porcentaje del total aporte FONASA a salud mental

** Atención Primaria en Salud

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, los ítem donde se distribuyen los dineros no coinciden con los componentes diseñados para los efectos de esta evaluación.

Los recursos son asignados al financiamiento de hospitales psiquiátricos en porcentajes altos, superiores al 60%, en cambio el financiamiento de camas psiquiátricas en hospitales generales y la atención psiquiátrica ocupa porcentajes que varían entre un 10% y un 13%. Las acciones de atención y promoción a nivel de la atención primaria reciben porcentajes que van desde un 5% a un 2%.

Los montos asignados no varían significativamente de un año a otro, ni para cada uno de los ítems ni en la magnitud total. Esto demuestra la realidad del modelo de financiamiento en una concepción histórica.

El Programa de Salud Mental no presenta variaciones entre el gasto efectivo y el presupuesto asignado durante los cuatro años del periodo de evaluación. La razón de esta situación es que el Programa lleva registro en detalle e instantáneo de los movimientos financieros. El panel estima que ello no corresponde a la realidad por cuanto no se pudo demostrar que ello sea así en los niveles de servicios de salud ni en el nivel municipal, especialmente en los fondos aplicados por FONASA, aunque también en parte de los fondos aportados por la USM Minsal

5. Distribución de los fondos de la USM Minsal

En el Cuadro N° 12 se muestra la distribución de los fondos aportados por USM Minsal en los diferentes componentes del Programa.

Cuadro N° 12 : Recursos asignados según componente y año (M\$ de 2002)

	1998	1999	2000	2001
C12-A				
COMPONENTE GESTION USM-MINSAL				
Gestion USM MINSAL	195.318	153.776	124.621	168.155
TOTAL	195.318	153.776	124.621	168.155
Porcentaje del Gasto Total	7,6%	5,2%	3,0%	3,2%
% Variación anual año anterior		-21,27%	-18,96%	34,93%
% Variación anual año 1998		-21,27%	-36,20%	-13,91%
C12-B				
COMPONENTE ALCOHOL Y DROGAS				
Campañas Sanitarias/Tabaco, Alcohol, y Drogas	57.000	12.060	50.500	50.922
Fondo Apoyo a Política y Plan de Salud Mental / Alcohol y Drogas	472.170	479.578	478.438	479.399
Compromiso Gestión 20 / Variación Adicional				469.437
Fondo Centros Alcoholismo	98.100	148.630	164.614	161.471
Total	627.270	640.268	693.552	1.161.229
Porcentaje del Gasto Total	24,5%	21,5%	16,8%	22,3%
% Variación anual año anterior		2,07%	8,32%	67,43%
% Variación anual año 1998		2,07%	10,57%	85,12%
C12-C				
COMPONENTE MALTRATO A RIACIO Y VIOLACION INTRAFAMILIAR				
Camapañas Sanitarias/ a riación Salud Mental Administratadas DISAP/VIF		27.030	30.856	7.245
Extraordinaria VIF			10.732	
Total	0	27.030	41.588	7.245
Porcentaje del Gasto Total	0,0%	0,9%	1,0%	0,1%
% Variación anual año anterior			53,86%	-82,58%
% Variación anual año 1998				

C12-D

COMPONENTE PRAIS				
Fondo Apoyo a Política y Plan Salud Mental / PRAIS		9.010	323.262	
PRAIS	342.379	347.765	346.924	347.621
Total	342.379	356.775	670.186	347.621
Porcentaje del Gasto Total	13,4%	12,0%	16,3%	6,7%
% Variación anual año anterior		4,20%	87,85%	51,87%
% Variación anual año 1998		4,20%	95,74%	1,53%

C12-E

COMPONENTE DEPRESION				
Campañas Sanitarias / Depresión		47.728	42.000	31.692
Programa Depresión en APS				310.500
Total	0	47.728	42.000	342.192
Porcentaje del Gasto Total	0,0%	1,6%	1,0%	6,6%
% Variación anual año anterior			-12,00%	714,74%
% Variación anual año 1998				

C12-F

COMPONENTE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS SEVEROS				
Externalización Neurológicos Postrados	28.793	69.102	98.689	192.066
Clozapina		101.318	402.742	396.215
Fondo Apoyo a Política y Plan Salud Mental / TPS	1.078.607	1.095.573	1.092.925	1.095.121
Hogares Protegidos	87.334	362.994	737.399	796.768
Campaña Sanitarias / a riación Salud Mental Administradas DISAP/TPS		9.010	10.286	
Compromiso Gestión 20/TPS				469.437
Total	1.194.734	1.637.997	2.342.041	2.949.607
Porcentaje del Gasto Total	46,8%	55,1%	56,8%	56,7%
% Variación anual año anterior		37,10%	42,98%	25,94%
% Variación anual año 1998		37,10%	96,03%	146,88%

C12-G

COMPONENTE PSIQUIATRIA FORENSE				
Apoyo Sistema Nacional de Psiquiatría Forense	90.203	110.561	197.798	226.429
Campaña Sanitaria Siquiatría Forense	105.584		9.122	
Total	195.787	110.561	206.920	226.429
Porcentaje del Gasto Total	7,7%	3,7%	5,0%	4,4%
% Variación anual año anterior		-43,53%	87,15%	9,43%
% Variación anual año 1998		-43,53%	5,69%	15,65%

TOTAL		2.555.488	2.974.135	4.120.908	5.202.478
% Variación anual año anterior			16,38%	38,56%	26,25%
% Variación anual año 1998			16,38%	61,26%	103,58%

El componente Alcohol y Drogas concentra el mayor porcentaje de los recursos, en tres de los años del periodo evaluado. Como se observa, la producción de este componente en el año 1998 implicó el 82,2% de los recursos, en el año 1999, implicó el 65,5% de éstos y en el 2001 el 53,2%. En el año 2000, en cambio, el porcentaje asignado a la producción de este componente no fue el mayor comparativamente respecto de otros, alcanzando la magnitud de un 18,8%.

El componente Trastornos Psiquiátricos Severos también, aunque en menor medida, concentra parte importante de los recursos, sobre todo en los años 2000 y 2001, ocupando para el primero de estos años un 61,9% de los recursos y un 33,4% para el 2001. Sin embargo, durante los años 1998 y 1999 el porcentaje de los recursos totales que implicó su producción fue de solo un 3,1% y un 18,8%, respectivamente.

El componente Psiquiatría Forense ocupa en cambio porcentajes de los recursos totales del programa que fluctúan entre un 4,1% y un 7,2%.

El componente Gestión USM-MINSAL, destinado a la administración y conducción técnica del conjunto del programa, utiliza un porcentaje de los recursos totales que fluctúa para los diferentes años entre un 7,0% y un 3,0%. El monto absoluto del financiamiento de este componente se mantiene relativamente estable durante el periodo analizado, lo cual implica que porcentualmente su peso ha disminuido respecto del financiamiento total, en la medida que éste ha ido aumentando.

Así también se observan algunas fluctuaciones importantes en los porcentajes de financiamiento que tienen los componentes entre un año y otro. El caso más notorio es la variación que tiene el financiamiento del componente Alcohol y Drogas en el año 2000. Las razones que se dan, tanto para las desiguales asignaciones de recursos como para las fluctuaciones, no refieren a variaciones o tendencias en la situación problema (epidemiología del problema) o a aspectos relativos a desarrollos técnicos (innovaciones, desarrollos de eficiencia en las intervenciones u otra), sino que depende de las posibilidades y alternativas de gestionar la obtención de recursos por parte de la USM-MINSAL.

5. Presupuesto de Administración.

El cuadro N° 13 muestra la comparación y evolución de los gastos administrativos de la Unidad de Salud Mensual

Cuadro N°13: Proporción costos de administración y costos de producción de componentes. Gestión USM Minsal (M\$ de 2002)

AÑO	Costos de Administración del Programa		Costos de Producción de los Componentes		Total Gasto Efectivo del Programa USM
	M\$	% ¹	M\$	% ¹	M\$
1998	195.318	8,1	2.216.094	91,9	2.411.412
1999	153.458	6,0	2.424.317	94,0	2.577.775
2000	124.621	3,5	3.397.350	96,5	3.521.971
2001	167.897	3,0	5.384.476	97,0	5.552.373

¹ Porcentaje del total

En cuanto al porcentaje de costos de administración en relación al total de gasto efectivo del programa, según se observa en el cuadro siguiente, éste presenta una tendencia a la disminución, variando en los cuatro años del periodo de evaluación entre un 7,1% en 1998, a un 3,0% en el 2001. La razón de ello es que no obstante el programa ha aumentado el monto total de costos implicados en la producción de los componentes, no lo ha hecho en igual proporción con los gastos en sus costos de administración.

Se debe tener en cuenta al analizar el cuadro anterior, que se han considerado como costos de administración aquellos realizados por la USM-MINSAL, la que a su vez es considerada como un componente en sí misma,

7. Costo por beneficiario

En relación al costo unitario por componente y/o costo por beneficiario de cada componente, dada la carencia de información sólo es posible calcular la relación costo por beneficiario para el año 2001 y para los componentes Depresión, Psiquiatría Forense y Alcohol y Drogas, la que se presenta en el cuadro 18. Para los demás años no existe información disponible y para los otros componentes en ese año no existe información sobre beneficiarios para el conjunto de actividades que conforman el componente.

Cuadro N°14: Costo por beneficiario según componente – Año 2001
(M\$ de 2002)

COMPONENTE	Costo componente*	N° beneficiarios atendidos	Costo unitario
Depresión**	342.192	66.984	\$ 5
Psiquiatría forense	226.430	241	\$ 939
Alcohol y drogas***	2.953.865	19.876	\$ 1.149

** incluye campañas sanitarias, depresión meta ministerial y depresión APS

*** incluye compromiso de gestión 20 y otros fondos

Tal como se aprecia en este cuadro, el costo unitario por beneficiario es muy variable para los distintos componentes analizados.

Dada la falta de información respecto de la cobertura de cada componente de acción directa para cada año del periodo evaluado, no es posible realizar un análisis del costo unitario para el conjunto de los componentes, para la totalidad del periodo de evaluación, así como tampoco respecto del total del programa por beneficiario efectivo.

5.1. Conclusiones sobre la Eficiencia y Economía del Programa

Se puede establecer las siguientes conclusiones:

5. El plan evaluado tiene un diseño orgánico y a la vez programático. El panel estima que esta situación debe definirse por cuanto sería conveniente establecer las ventajas o dificultades que significa tener estas diferentes categorías.
6. La Unidad de Salud Mental de MINSAL tiene una participación parcial en la operación del Programa por cuanto la mayor cantidad de actividades realizadas corresponden a prestaciones que se hacen en función de las demandas de pacientes por mejoramiento de enfermedades mentales en el contexto del sistema de salud previsual al que tienen derecho las personas afiliadas al sistema público de salud en Chile. Esta participación es completa en los aspectos normativos, es decir, que las normas emitidas por la USM son aplicables a todo el sistema público de salud, y en casos muy excepcionales, al sector privado. Sin embargo la USM no tiene autoridad para obligar su cumplimiento, entre otras razones, porque la aplicación de estas normas requieren recursos no está en condiciones de aportar y porque la autonomía de

los diferentes dispositivos de salud les permite a estos establecer sus propias prioridades. Quizás la única forma de obligación que puede aplicar la USM es cuando se firman compromisos de gestión que sí van acompañados de financiamiento y es cuando es posible establecer indicadores de eficiencia predefinidos.

7. Aun cuando los fondos aplicados por la USM MINSAL representan un porcentaje bajo de todo el presupuesto del Programa (25% en el 2001), estos han estado orientado a financiar mayoritariamente forma alternativas de atención, lo cual se ha traducido en promocionar la salud mental a nivel primario, crear dispositivos más económicos para pacientes estabilizados, disminuir el peso tanto económico como de actividades en los niveles secundarios y terciarios, entre otros. El panel opina que los esfuerzos de la USM Minsal están bien orientados en este sentido. Es opinión del panel que debe haber mayor preocupación por mejorar los sistemas de registro e información de monitoreo y evaluación. Esto pasa por darle un estructuración con recursos humanos más especializados en la USM y que tenga referentes técnicos más específicos en su interior, lo que se traduce en aplicar mayores recursos a la Unidad. El panel prevé la necesidad que existan al interior de la Unidad profesionales encargados de los diferentes componentes que tengan una visión más integral de lo que sucede con sus áreas de responsabilidad específica y multiplicar de esta forma sus capacidades asesoras a todos los agentes participantes en la red de servicios.

4. La falta de registros adecuados y de información atentan contra la creación de indicadores de todo tipo y aquellos que existen miden solo parcialidades. El cálculo de los indicadores se realizó según esta establecido en la matriz de marco lógico, y se expresaron los resultados en porcentaje. Es decir para el indicador de eficiencia se calculo el porcentaje de los costos de administración respecto de los costos generales del programa a cargo de la USM-MINSAL. En el indicador de economía se calculó el porcentaje del gasto efectivo respecto del presupuesto asignado. Los resultados se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro N°15: Evolución porcentual de Indicadores. Información de Eficiencia y Economía.

Objetivo	Indicadores	Cuantificación			
		1998	1999	2000	2001
Propósito	Eficiencia	7,6	5,9	4,8	3,1
	Economía	100.0	100.0	100.0	100.0

5 JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD

5.1 Análisis y Conclusiones de Aspectos relacionados con la Justificación de la Continuidad del Programa

Estudios recientes señalan que la prevalencia de enfermedades mentales en la población chilena de 15 años y más alcanza a uno de cada cinco personas, en los seis meses previos al momento de la entrevista (Vicente y cols, 2002), dato que

reúne sólo patologías individuales definidas como tales por la Organización Mundial de la Salud, detalle no menor si se considera que a tal cifra deberían agregarse la frecuencia de problemas psicosociales 'tradicionales' como la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y el consumo excesivo, aunque no patológico, de alcohol y drogas, junto a las repercusiones que la presencia de una enfermedad mental o un conflicto psicosocial acarrea para la familia y el grupo primario del paciente.

Lo anterior demuestra que el problema al que pretende responder un Programa como el evaluado persiste. Más aún dado el carácter crónico de ciertas patologías, como la esquizofrenia, de baja frecuencia en población general (1%), pero altamente demandante de recursos, y donde los últimos avances científicos muestran que su presentación depende de la existencia de factores estresores sobre un individuo con características genéticas predisponentes.

Por otra parte, los positivos indicadores alcanzados por las políticas de salud pública en las últimas décadas (MINSAL, 2000), unido a los cambios demográficos, se reflejan en un perfil de salud de transición epidemiológica en que adquieren relevancia, por su peso y costo para el sistema, patologías crónicas, de la tercera edad y/o ligadas a estilos de vida, aumentando con ello la visibilidad de los problemas de salud mental. Situación preocupante si no se toman las previsiones del caso.

La mantención y desarrollo del Programa en tanto capaz de detectar en forma primaria y oportuna los síntomas de origen psíquico evitaría un sobreuso del sistema sanitario, que se ve demandado en la consulta de morbilidad general por muchas dolencias de origen psicosomático que podrían ser adecuadamente resueltas con la existencia de este programa.

Desde otra perspectiva, la existencia de las patologías mentales dependerá también de ciertas variables exógenas al ámbito de la salud como son estrés laboral, situación económica, conflictividad social, seguridad y características personales, entre otras. Variables presentes en sociedades como la nuestra, algunas de las cuales se han potenciado en los últimos tiempos.

En resumen, dado que las patologías mentales no tienen un comportamiento uniforme y van apareciendo nuevos factores de riesgos, es muy difícil establecer que éstas puedan bajar o subir cuantitativamente por motivos de la existencia del Programa. Tampoco se puede establecer que el éxito del Programa se medirá en el corto plazo ya que existen múltiples causales y los tratamientos son muchas veces de largo plazo. La razón de ser del Programa se establece en la definición del Fin y del Propósito, es decir, en palabras simples, contribuir a mantener una población sana y atender a la población enferma o en riesgo, respectivamente. Por tanto, desde la perspectiva de la justificación, las patologías de las cuales se preocupa el Programa existirán siempre y su mejoría dependerá tanto de las personas mismas (que entren al sistema y que cumplan tratamiento) como de las posibilidades de atención que entregue el sistema de salud (presupuestos – recursos – oportunidad).

6 SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA

6.1 Análisis y Conclusiones de Aspectos relacionados con la Sostenibilidad del Programa

El Programa de Salud Mental ha sido definido como una de las prioridades del Ministerio de Salud, lo que se ha traducido concretamente en un aumento de recursos hacia líneas de tratamiento específicas. No obstante, los avances no son suficientes, salud mental sólo accede al 1.5% del presupuesto total del MINSAL, lejos del 10% que a nivel internacional se estima debería ser asignado a un programa de este tipo. Para el año 2002 el presupuesto total del Programa alcanza a \$18.000 millones.

En el área de las coordinaciones intersectoriales, el Programa ha logrado establecer algunas (CONACE, educación, Poder Judicial, Ministerio de Justicia, entre otros) que le permiten, si no ampliar su cobertura de atención, al menos dar una asesoría técnica al enfrentamiento de los problemas de salud mental en otras áreas, fundamentalmente en el ámbito de la promoción y prevención, lo que legitima su acción frente a otras instancias gubernamentales y no gubernamentales y, secundariamente, ante el público objeto de su atención.

A nivel institucional su reconocimiento como Programa sólo ha venido a ser otorgado en el año 2000, sin que ello haya traído consigo una asignación presupuestaria que le permita implementar el Plan Nacional ya elaborado, y así llevar a cabo acciones que respondan a planificaciones de país más que a decisiones políticas locales, avaladas técnicamente y debidamente normadas y reguladas por la instancia ministerial. En tal sentido, la sostenibilidad del programa en un nivel adecuado requiere de una permanente capacidad de gestión de la USM-MINSAL que asegure el financiamiento a mediano plazo.

La tarea normativa propia del Ministerio de Salud requiere, en el caso de salud mental, de la permanente generación y actualización de un conjunto de normas técnicas que orientan el quehacer en el área y permiten al MINSAL cumplir con su tarea reguladora no sólo en el ámbito de la atención pública sino también con la posibilidad que ampliar ésta al sector privado.

En resumen, no existen antecedentes visibles que permitan dudar de la continuidad del Programa que por sus características, y las patologías que atiende, es permanente y continuo. Existe la priorización a nivel ministerial y cuenta con un presupuesto que ha ido en aumento en los últimos años. El Panel estima que éste debe ser un programa permanente, incorporándose como una más de las áreas de intervención sanitaria ministerial, como Programa implementado a nivel nacional, con recursos suficientes y descentralizado en su gestión, capaz de hacer uso efectivo del significativo avance que se está dando en el ámbito de los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos.

7 ASPECTOS INNOVADORES DEL PROGRAMA

7.1 Análisis y Conclusiones de Aspectos Innovadores del Programa

La puesta en marcha de un Programa de Salud Mental con recursos escasos y partiendo de un modelo de atención basado en 4 hospitales psiquiátricos para todo el país, para buscar transformarlo en una red de servicios en psiquiatría y salud mental, requiere de una mirada flexible, capaz de adaptarse a las condiciones del momento, a la vez que contextualiza las innovaciones que el Programa ha ido generando en su desarrollo.

Por una parte, su implementación, aunque sea parcial, desde el nivel primario de atención, le permite responder a la demanda desde intervenciones más costo - efectivas y orientadas a la prevención secundaria, evitando la aparición, aumento de gravedad y/o cronicidad de la patología, al mismo tiempo que lo inserta en una red ya organizada de servicios, con población beneficiaria predefinida, con claridad de su función y una dotación profesional que tiende más a lo interprofesional. Además le permite ejecutar acciones planificadas y coordinadas desde el nivel central como las actividades con la División de Atención Primaria del MINSAL, haciendo fuerza común frente a las presiones locales que pueden ver en ésta o un área de nulo interés o de interés puramente político.

III. PRINCIPALES CONCLUSIONES

Solo a partir de la formulación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001) se ha privilegiado un modelo de red de servicios que incorpora un conjunto de dispositivos con diferentes complejidades, interrelacionados, orientados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales, a través de los cuales el paciente es derivado para ser atendido de acuerdo a sus particulares necesidades. El panel opina que la visión de un modelo de red es la correcta

Antes del Plan el modelo tendía a la desinternalización de los pacientes cuando ello era posible, fomentando la atención ambulatoria en los hospitales generales, atención que seguía siendo especializada mediante la intervención del psiquiatra, con lo cual ya se estaba yendo en sentido contrario al sistema tradicional de atención de la psiquiatría. El panel opina que la desinternalización de pacientes y la utilización de los establecimiento hospitalarios generales para el tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales son adecuados.

1. La orientación de la USM Minsal de apoyar el nivel primario a través de la promoción, prevención y tratamientos básicos en salud mental, lo que a su vez permite disminuir el peso de la demanda hacia los establecimientos más especializados, permite tener un grado de resolutivez muy eficaz cuando los problemas mentales se detectan oportunamente
2. La estructura de los tres niveles, central, regional y comunal, consistente con la política de descentralización del país conlleva dificultades para la aplicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en la medida que existen grados de autonomía que dificulta o impide la aplicación coercitiva de normas o programas (subprogramas o componentes). El panel opina que deben crearse estrategias para internalizar dichos instrumentos en las diversas instancias decisionales.
3. La estructura de componentes tal como se desarrolló para los efectos de la presente evaluación es una forma de metodologizar adecuadamente los bienes o servicios entregados por el Programa. Al término de este proceso, el Programa mantiene la misma estructura de "componentes" de antes. El panel opina que el Programa debe efectuar los cambios para estructurar como componentes los considerados en esta evaluación.
4. Si bien los componentes resultan necesarios al logro del propósito, se observan insuficiencias en: a) componentes en que el diseño responde más a una lógica de financiamiento que a una planificación estratégica, y b) en las limitaciones de información que impiden un adecuado monitoreo y evaluación. En general, el diseño del Programa responde sólo parcialmente al logro de su propósito. Si bien es necesario incluir todos sus componentes actuales, se requiere re-diseñar éstos y sumar otras actividades relevantes, buscando responder al logro del propósito y a una lógica de planificación que permita reflejar e identificar claramente aquellas actividades que ejecuta respecto de aquellas que 'debería' ejecutar. El panel considera válidas estas afirmaciones a pesar que los componentes reflejen las prioridades de salud mental del país.

5. Ha habido un gran avance en el desarrollo de la Red general de Salud Mental y Psiquiatría, puesto que hasta los años 80 existían sólo los Hospitales Psiquiátricos, y a partir de los años 90, y especialmente desde el año 1998, esta red se amplía y diversifica significativamente. A saber, al año 2001 existen 33 Hospitales Diurnos con 574 plazas, 59 hogares protegidos con 488 plazas, 46 clubes de integración social con 987 plazas, disponibilidad de antipsicóticos de última generación para 1.371 personas y con el término de la lista de espera para el año 2002 , etc.
6. Cabe destacar que existe un grado importante de satisfacción de los usuarios con los nuevos dispositivos incorporados en la Red de Salud Mental en los últimos años, al contrario de lo que ocurre con la atención en Hospitales Psiquiátricos.

IV. RECOMENDACIONES PRIORIZADAS

1. Recomendaciones que no involucran recursos adicionales

1.1. Diferenciación entre Unidad o Programa

Fundamento

No están claras las diferencias que significa conformarse como Unidad o Programa. Más aun, Salud mental tiene las dos categorías simultáneamente.

Recomendación

Se recomienda se efectúe un estudio o análisis al interior del Ministerio de Salud para establecer la mejor forma de definirse: si se trata de un Programa y determinar las ventajas o dificultades, o si es mejor estructurarse como Unidad orgánica. Analizar comparativamente con otras instancias del Ministerio

1.2. Componentes

Fundamento

Existe una diversidad muy amplia en las diferentes áreas de trabajo en la Unidad de Salud Mental, que no son funcionales a la metodología aplicada por la presente evaluación. Así, existen Programas como simple intervenciones para atender ciertas patologías. Para los efectos de la evaluación se asimilaron dichas áreas al concepto de Componentes que entrega mayor ordenamiento y comprensión de los bienes o servicios que entrega el Programa, situación que fue consensuada con los directivos del Programa.

Recomendación

Se recomienda el Programa bajo el modelo del Marco Lógico que implica definir componentes tal como se efectuó el proceso de evaluación. Para ello, el Programa debe internalizar dichas concepciones y estructurar tanto los aspectos presupuestario como contables, como también los aspectos técnicos y administrativo. Es importante adoptar el lenguaje metodológico.

1.3. Red de servicios

Fundamento

Si bien actualmente existe las normas y orientaciones del Ministerio de Salud al funcionamiento de los diferentes dispositivos como una red interrelacionada para atender la demanda de prestaciones por salud, lamentablemente estas

normas no son obligatorias para los diferentes agentes involucrados. Las normas de descentralización y las de autonomía que rigen al sistema de salud público debieran considerar este aspecto.

Recomendación

Efectuar los estudios al interior de Ministerio de Salud para implantar el modelo de redes en todo el sistema de salud público, incluido los agentes privados o comunitario colaboradores de este sistema.

1.4. Dispositivos de apoyo

Fundamento

Existen múltiples diseños de instancias externas al sistema público de salud que pueden considerarse de apoyo o de colaboración al sistema de prestaciones de salud, en especial de salud mental. Algunas de éstas ya existen, como hogares o residencias protegidas, COSAM, comunidades terapéuticas y otras. Sin embargo, es posible hacer más eficaz y eficiente el sistema de apoyo si existieran definiciones claras al respecto. Algunos de estos dispositivos no tienen clara sus formas de participación.

Recomendación

Efectuar análisis de los diferentes modelos más costo efectivos y elaborar las normas técnicas y administrativas que permitan utilizar esos sistemas de apoyo en forma clara y transparente para el cumplimiento de los objetivos del Programa de Salud Mental y establecer las posibilidades de monitoreo y evaluación permanente. Es importante definir los roles que les corresponden en los diferentes niveles resolutivos en que participen.

2. Recomendaciones que involucran recursos adicionales importantes

2.1. Sistema de información

Fundamento

Actualmente no existe un sistema de información que permita tener una visión integral y oportuna de los que sucede en todo el ámbito de salud mental en el país. Esto genera dificultades en los ambitos epidemiológicos, así como en el sustento de estudios e investigación, monitoreo y evaluación y de control técnico y administrativo. En el mismo tenor se verifica una carencia de un sistema de registro de información básica.

Recomendación

a) Se prevé necesario diseñar un sistema de información para que la USM Minsal y otros involucrados tengan posibilidades de mejorar los procesos de toma de decisiones a partir del mejor y oportuno conocimiento de la realidad y de los efectos e impactos de las intervenciones efectuadas por el Programa.

b) Si bien puede considerarse parte de la recomendación anterior, por su importancia se explicita la urgente necesidad de establecer un sistema de registros de origen y de procesos intermedios y finales, que sea consistente y compatibles a nivel ministerial (con otros programas por ejemplo). Estos sistemas de registros debe estar disponibles para diversos agentes participantes tales como agentes privados, universidades y otros.

2.2. Fármacos

Fundamento

Es posible pensar que es más grave un tratamiento inconcluso que una falta de atención profesional. Si bien en todo el sistema de salud pública se presentan carencias de insumos y fármacos, en salud mental estos se hace caótico por tratarse de efectos mayoritariamente invalidantes y porque estos enfermos tienen mayores dificultades para exigir o solucionar por sí solo este tipo de problemas. Pero no se trata solo de cantidad o disponibilidad, sino también de la calidad de ellos que se traduce en eficacia de los tratamiento. El tema de la carestía de estos fármacos de última generación debe ser enfrentado con el apoyo de las autoridades técnicas y presupuestarias.

Recomendación

Generar un programa universal en el sistema público de salud chileno que asegure contar con farmacias especializadas en salud mental donde existan cantidad y diversidad de los medicamentos considerados imprescindibles en los procesos de prevención, tratamiento y rehabilitación.

2.3. Atención Primaria

Fundamento

Es reconocido que el modelo de atención primaria es costo efectiva frente al modelo de atención con énfasis en la atención de los dispositivos de tipo secundario o terciario, más aun cuando se reconoce un alto grado de resolutivez patologías mentales de carácter leve o mediano que permite detección temprana y oportuna generando un alivio en la entrada a los niveles superiores de resolutivez.

Recomendación

Establecer estrategias en diferentes frentes para fortalecer la atención de la salud mental en los niveles de atención primaria de salud, acompañada de los respectivos recursos materiales, humanos y financieros. El fortalecimiento debe darse en el ámbito de la promoción, prevención y tratamientos básicos. Entre otras estrategias puede mencionarse la participación comunitaria y de familiares.

2.4. Hospitales Psiquiátricos

Fundamento

Los cuatro hospitales psiquiátricos existentes en el país y que se concentran en la zona central, ocupan cerca del 60% del presupuesto de todo el programa de salud mental del país, existiendo claras orientaciones técnicas de que la tendencia mundial va en sentido contrario al modelo de internación.

Recomendación

Generar un programa de mediano plazo orientado a disminuir el peso financiero de los cuatro hospitales especializados, en beneficio de otras estrategias de reconocido menor costo y mayor efectividad en el enfrentamiento de las problemáticas de salud mental.

2.5. Evaluación

Fundamento

No existe un sistema de evaluación que permita mantener actualizada la evolución del conocimiento de diagnósticos, modelos de intervención, resultados de los tratamientos.

Recomendación

En forma similar a la recomendación de un sistema de información, es necesario establecer un sistema de evaluación en los diferentes ámbito del Programa,

V. Referencias

1. Bibliografía

Comisión Ministerio de Salud – Colegio Médico de Chile/Consejo Regional Santiago Desarrollo de un Sistema Nacional de Psiquiatría Forense. Comisión Ministerio de Salud – Colegio Médico de Chile/Consejo Regional Santiago. Chile. 1998.

CONACE. Cuarto Estudio Nacional del consumo de drogas en Chile. Gobierno de Chile. CONACE. Chile. 2001.

Concha, M. Aguilera, X. Guerrero, A. Srevens, P. Estudio de Carga de enfermedad. Ministerio de Salud. Chile. 1996.

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas Universidad de Chile. Impacto económico del uso del alcohol en Chile. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas Universidad de Chile. Chile. 1998

Ferreccio C. y Sgombich X. Evaluación actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación área prioritaria alcohol y drogas. Informe Final". Mimeo. Chile. 1997.

Florenzano R. Frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en salud en Santiago de Chile. 1997 Acta psiquiátr psicol Am Lat 43(4):283-91

Lafferte C. Normas de internación psiquiátrica, derechos humanos y reconstitución del sujeto desde una perspectiva biopsicosocial. Mimeo. Chile. 2002

Lafferte C. y Muñoz I. Evaluación PRAIS-Salud Mental. Informe Final. Estructura y Procesos Programa PRAIS. Evaluación de impacto del Programa en la calidad de vida de sus usuarios. Mimeo. Chile. 2002.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental : Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2001.

Ministerio de Hacienda. Evaluación del Programa de Áreas Prioritarias de Alcohol y Drogas (APAD). Área de Salud Mental. Ministerio de Salud. DIPRES. Ministerio de Hacienda. Chile. 1998

Ministerio de Hacienda. Evaluación del Programa de Prevención al Consumo de Drogas 2001. DIPRES Ministerio de Hacienda. Chile. 2001

Ministerio de Hacienda Evaluación del Programa de Prevención al Consumo de Drogas 2001. DIPRES. Ministerio de Hacienda. Chile. 2001

MINSAL Normas Técnicas y Programáticas en Beber Problema: Consumo Perjudicial y Dependencia Alcohólica. Unidad de Salud Mental. Publicaciones de Salud Mental N° 2. Chile. 1993.

MINSAL Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de personas con problema de drogas. Área Prioritaria Beber Problema y Consumo Indebido de Drogas. Publicaciones de Salud Mental N° 10. Chile. 1996

MINSAL Salud Mental en la escuela. Manual para la prevención detección y manejo del problema. Área Prioritaria Salud Infanto Juvenil / Unidad de Salud Mental. Publicaciones de Salud Mental. Chile. 1997.

MINSAL Orientaciones técnicas y Programáticas para la prevención y atención integral del Maltrato Infantil en los Servicios de Salud. Área Prioritaria Salud Infanto Juvenil / Unidad de Salud Mental. Chile. 1998.

MINSAL Norma Técnica para la atención de personas afectadas por la represión política ejercida por el estado en el periodo 1973-1990. Unidad de Salud Mental. Chile. 1999.

MINSAL. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Ministerio de Salud. Unidad de Salud Mental. Chile. 1999.

MINSAL Las enfermedades mentales en Chile: Magnitud y consecuencias. Departamento Programa de las Personas / Unidad de Salud Mental. Chile. 1999.

MINSAL Norma Técnica para la atención de personas afectadas por la represión política ejercida por el estado en el periodo 1973-1990. Unidad de Salud Mental. Chile. 1999.

MINSAL Norma Técnica. Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría y Orientación para su aplicación. Departamento Programa de las Personas / Unidad de Salud Mental. Chile. 1999.

MINSAL Norma Técnica. Uso clínico de Clozapina. Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos. Departamento Programa de las Personas / Unidad de Salud Mental. Publicaciones de Salud Mental. Chile. 2000.

MINSAL Norma Técnica. Terapia electroconvulsión modificada. Norma técnica y metodología de aplicación. Departamento Programa de las Personas / Unidad de Salud Mental. Chile. 2000.

MINSAL Norma Técnica sobre hogares protegidos. Departamento Programa de las Personas / Unidad de Salud Mental. Chile. 2000.

MINSAL Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. Departamento Programa de las Personas / Unidad de Salud Mental. Chile. 2001

MINSAL Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Desarrollos Locales. Unidad de Salud Mental. Chile. 2001

MINSAL Orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de Esquizofrenia. Departamento Programa de las Personas / Unidad de Salud Mental. Chile.

MINSAL Guía clínica para la atención Primaria. La Depresión: Detección, Diagnóstico y Tratamiento. Unidad de Salud Mental / Departamento Modelo de Atención. Chile.

MINSAL Manual de Atención Primaria. Intervención grupal para el tratamiento de la Depresión. Unidad de Salud Mental / Departamento Modelo de Atención. Chile.

Saldivia S. El costo directo de la esquizofrenia asociado al uso de servicios. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. España. 2000.

Saldivia, Bohórquez, Torres González F., Luna del Castillo J. El Costo de los Cuidados Comunitarios. Monografía en Psiquiatría. 2002. 14 (2). 32-37

Salud Pública Proyecto de evaluación de la efectividad del "Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la Depresión en Atención Primaria". Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública. Chile. 2002.

Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R. y Torres S. Estudio chileno de prevalencia psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI)(ECCP). Rev Med Chile. 2002, 130:527-536

Murray C. y López A. The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. World Health Organization, Harvard School of Public Health & World Bank. Global Burden of Disease and Injury Series. Cambridge. 1996

2. Entrevistas realizadas

Mauricio Gómez. Médico Psiquiatra. Director Hospital El Peral, Servicio de Salud Metropolitano Sur. 3 de Mayo de 2002.

Georgina Sepúlveda y Andrea Cáceres. Centro de Rehabilitación Hospital Barros Luco. Servicio de Salud Metropolitano Sur. 3 de Mayo de 2002.

Rafael Sepúlveda. Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio Hospital Barros Luco. Servicio de Salud Metropolitano Sur. 10 de Mayo de 2002.

Benjamín Vicente. Médico Psiquiatra. PhD. Jefe de Servicio Hospital Clínico Regional Concepción. 1 de Abril de 2002.

Rubén Alvarado. Médico Psiquiatra, Magister en Salud Pública. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. 12 de febrero de 2002.