

EL PROCESO DE REESTRUCTURACION DE LA ATENCION EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA EN CHILE. (1990-1996)

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 2, 1996/ 5-17

*Dr. Alfredo Pemjean G.**

Luego de varias décadas de muy escaso crecimiento institucional en la atención psiquiátrica que se ofrecía en los sectores público y privado de salud, lo que determinó una cultura de bajas expectativas tanto en la población como entre los propios agentes de salud, los últimos seis años muestran un importante desarrollo de la atención en salud mental y psiquiatría en la red pública de salud del país.

1. LA INFORMACION SOBRE LA OFERTA DE SERVICIOS

En el período señalado, se han multiplicado y diversificado los programas de atención, los establecimientos y la oferta de intervenciones dirigidas a los enfermos o a sujetos sanos y a aquellos con secuelas derivadas tanto de la enfermedad mental como de su entorno de vida (Tabla 1).

Los recursos humanos exhiben también una importante expansión. En efecto, desde 1994 todos los Servicios de Salud cuentan con médicos psiquiatras. La incorporación de psicólogos ha sido muy notable, en particular en la Atención Primaria. Hoy cerca de 90 consultorios urbanos del país ven enriquecidas sus posibilidades de trabajo con este profesional, nuevo en el equipo de salud. Asimismo, más de un centenar de asistentes sociales se han contratado específicamente para desempeñarse en las múltiples actividades de los programas de salud mental. Un área que, sin embargo,

se mantiene severamente deficitaria es la de la psiquiatría infantil. En efecto, sólo ocho servicios de salud cuentan con este especialista entre sus recursos estables.

En cuanto a recursos físicos, desde 1990 se han construido nuevos establecimientos hospitalarios, cuyos planes arquitectónicos han contemplado dependencias para la atención psiquiátrica. Los casos más notables por la modernidad de los diseños son los hospitales de Iquique y de Valdivia.

De manera similar, la regulación sobre el plan arquitectónico-funcional de los Centros de Referencia de Salud (CRS) incluye en esos nuevos establecimientos de salud de la Región Metropolitana espacios para proveer a la población nuevas opciones de atención en salud mental.

Además, se agregaron otros recintos hospitalarios en Punta Arenas y Osorno, ciudad en donde se reacondicionó un viejo pero muy firme edificio, y en múltiples hospitales y consultorios adosados se han habilitado nuevos espacios, con inversiones de diversa magnitud.

Los hospitales psiquiátricos tradicionales han renovado viejos edificios y mejorado el entorno de vida y de trabajo de los pacientes y del personal que en ellos labora.

Desde un comienzo se incorporaron a la red de establecimientos los centros comunitarios de salud familiar, que en un número de 27 representan una instancia intermedia entre la atención primaria y secundaria de atención, ubicados en zonas

* Jefe Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud.

TABLA I
Programas de salud mental en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, 1996*

I.- PRIMER NIVEL DE ATENCION

Nombre	Descriptores	Cobertura
Prevención primaria Consumo alcohol y drogas	Coordinado con sector educación local, comunidad. Líderes adultos y jóvenes, programas de pares.	Nacional (alta)
Atención inicial y básica en alcohol y drogas.	Puertas de entrada a la atención clínica y rehabilitación, en la red.	Nacional (alta)
Trastornos emocionales.	Grupos de apoyo emocional a consultantes mujeres.	Nacional (media)
Reforzamiento psicosocial de la APS.	Equipo de psicólogos, asistentes sociales, matronas u otros profesionales, en acciones clínicas, educativas, promoción, etc.	Nacional (media)
Otras intervenciones de apoyo a programas matrices.	Adolescente embarazada, adulto mayor, policonsulta funcional, otras.	Nacional (baja)
Control de pacientes con psicosis crónicas.	Consultas de control de tratamientos neurolépticos de depósito.	Parcial (baja)
Rehabilitación de pacientes mentales crónicos.	Grupos o talleres de rehabilitación psicosocial para discapacitados de causa psíquica. Especialmente en Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar.	Parcial (baja)

II. SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

Nombre	Descriptores	Cobertura
Atención psiquiátrica ambulatoria adultos.	Recibe referencias desde nivel primario. Múltiples subprogramas dirigidos a diversas patologías.	Nacional: Todos los S. de Salud.
Atención psiquiátrica ambulatoria niños.	Recibe referencias desde nivel primario. Varios subprogramas dirigidos a diversas patologías.	Parcial: 8 Servicios de Salud.
Hospital diurno.	Atención clínica detenida a pacientes agudos que no requieren hospitalización completa y a cuadros curso crónico.	Parcial: 3 Servicios de Salud.
Urgencias psiquiátricas. Atención ambulatoria.	En establecimientos especiales para tal objeto. Adultos.	Parcial: 3 Servicios de Salud.
	En todos los Servicios de Urgencia generales y SAPUS. Sin especialistas "in situ".	Nacional
Programa de salud y violencia.	Ofrece atención clínica, de consejería, prevención y rehabilitación a víctimas y ofensores de violencia intrafamiliar y maltrato infantil.	Parcial: 12 S. de Salud cuentan con equipos especializados; 14 cuentan con recursos humanos aislados.

III.- TERCER NIVEL DE ATENCION

Nombre	Descriptorios	Cobertura
Unidades de hospitalización de pacientes agudos. Adultos.	Hospitalización completa. Varias subunidades por sexo o tipo de patología.	Nacional: (19 S. de Salud con unidades diferenciadas; 3 S. de Salud con convenios de referencias a S. de S. vecinos; 4 S. de Salud con uso camas no diferenciadas). 550 camas.
Unidades hospitalización. Niños y adolescentes.	Patologías con severa perturbación conductual y sin soporte familiar.	Muy parcial: (Sólo en 1 S. de Salud). 16 camas.
Urgencias psiquiátricas. Hospitalización de adultos.	Internaciones breves. Atención 24 horas. Psiquiatras y personal especializado de turno.	Parcial: (3 S. de Salud). 60 camas.
Unidades de hospitalización prolongada.	Permanencias de 6 meses a muchos años en pabellones de crónicos. Creciente frecuencia y calidad de actividades para lograr reinserción social.	Parcial: (8 S. de Salud). 1.280 camas.
Unidades de rehabilitación psicosocial.	Programas regulares de rehabilitación para internados en unidades de hospitalización prolongada.	Parcial: (8 S. de Salud).

IV. NIVEL DE REHABILITACION PSICOSOCIAL (EXTERNA A SISTEMAS DE SALUD)

Nivel de rehabilitación en extrasistema, coordinación estrecha con él.	Diversos proyectos a cargo de grupos de profesionales y/o de asociaciones de familiares de pacientes psiquiátricos, quienes reciben asesoría y aportes financieros estatales. Incluye: -centros de rehabilitación; -hogares protegidos; -talleres protegidos.	Nacional: 2.000 plazas o beneficiarios directos regulares.
--	--	---

de mayor pobreza. Su dependencia administrativa de los municipios ha permitido en varios casos que esas instituciones visualicen la gran cantidad de tareas que ellas pueden implementar para promover calidad de vida, salud mental y participación pro salud en los ciudadanos.

Todo lo anterior señala una decidida y continuada priorización por parte del sector público de Salud para responder a las necesidades de la población en esta área largamente descuidada.

Sin embargo, la brecha es muy amplia y, por otra parte, los programas iniciados se encuentran aún en situación de relativa fragilidad institucional, dado que muchos dependen en medida excesiva

de la voluntad y criterio de los directivos de los organismos de salud y corporaciones municipales.

2. LA INFORMACION SOBRE LAS NECESIDADES A CUBRIR

La investigación epidemiológica en el campo de los trastornos mentales y problemas psicosociales relacionados está mostrando un notable desarrollo en los últimos tres años y ha entregado importantes e inéditos datos, que han contribuido a inscribir definitivamente entre las prioridades de los planes de salud para los años inmediatos la de formular un modelo de atención que dé cuenta de

un real y objetivable curvamiento de la tendencia al incremento que estamos observando en diversos problemas, tales como el consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos orgánico-cerebrales y probablemente la depresión.

La prevalencia general de trastornos mentales entre los mayores de 15 años, medida a través de estudios en hogares, con instrumentos y métodos confiables y estandarizados de modo de hacerlos comparables con estudios internacionales, muestra que en la Región Metropolitana alcanza a un 23,4%, cifra similar a la encontrada en la Octava Región (1) (Tabla 2).

En estudios en hogares, la frecuencia de problemas derivados del consumo de alcohol alcanza a un 24%, en la población de ambos sexos, que reporta haber consumido durante el último año, 35,6% en hombres y 11,1% en mujeres. Por otra parte, un 13,4% de la población general refiere haber consumido alguna vez en la vida sustancias psicoactivas ilícitas. La dependencia según criterios estrictos CIE-10 alcanza a alrededor de un 40%, entre quienes han consumido el último mes (2) (Tablas 3, 4 y 5).

Entre los escolares, recientes estudios de alcance nacional señalan cifras muy variables para el

TABLA 2
Estudio poblacional de frecuencia de trastornos psiquiátricos, adultos mayores de 15 años
(Vicente y cols., 1992-3)

A. Tasas semestrales (%), Santiago

Trastorno psiquiátrico estudiado	Total	Hombres	Mujeres
Trastornos afectivos	9.46	4.42	12.80
Depresión mayor	6.97	3.00	9.79
Trastornos ansiosos/somatomorfos	7.26	2.83	10.41
T. de pánico	0.44	—	0.75
Agorafobia	4.26	1.59	6.15
Trastornos esquizofrénicos	1.03	0.71	1.25
Esquizofrenia	0.51		
Dependencia de alcohol	3.30	6.54	1.00
Dependencia de marihuana	0.51	0.71	0.00
Dependencia de sedantes	0.81	0.35	1.13
Síndrome orgánico cerebral severo	4.40	4.24	4.52
Algún trastorno	23.99		

TABLA 3
Bebedores problema (EBBA positivo) entre quienes bebieron último año, según edad (%)

Grupo de edad (años)	% EBBA positivo
12-18	23.7
19-25	24.4
26-34	23.8
35-44	27.6
45-64	21.1
Total	24.0

TABLA 4
Drogas ilegales: tasas de consumo (%) en a lo menos una oportunidad, ambos sexos, período variable

Droga	Alguna vez en la vida	Ultimo año	Ultimo mes
Marihuana	12.9	4.0	1.8
Pasta base	2.0	0.9	0.3
Cocaína (clorhidrato)	2.4	0.9	0.3
Cualquier droga	13.4	4.5	2.0

TABLA 5

Dependencia de marihuana, pasta base o cocaína, entre personas que las consumieron el último mes (2% de los entrevistados)

Droga consumida	Porcentaje de dependientes
Marihuana	39.2
Pasta base	48.5
Cocaína	38.4
Cualquier droga	40.8

consumo de diferentes sustancias estudiadas y una muy probable anticipación de las edades en las que se inicia el consumo (3) (Tablas 6 y 7).

La frecuencia de trastornos mentales entre los consultantes por morbilidad en los consultorios primarios, una población seleccionada, en permanente contacto con el sector salud, alcanza valores consistentemente sobre el 50% en tres estudios independientes (4, 5, 6). (Tabla 8).

En otra población cercana a Salud, los consultantes a servicios de urgencias de cinco ciudades en dos años sucesivos, 94 y 95, han mostrado que su motivo de consulta se asocia al consumo de sustancias en las últimas 24 horas en un 42.3% para el alcohol; 44.6% en el caso del tabaco; 0.81% para los estimulantes; 13.2% para los tranquilizantes y en un 1.3% para la cocaína en sus diversas formas (7). Esta información, pro-

TABLA 7

Mediana y promedio de edad de primer consumo de distintas drogas

R. Metropolitana

Sustancia	Mediana		Promedio	
	1994	1995	1994	1995
Alcohol	13	13	12.7	13.2
Tabaco	13	13	12.8	13.0
Drogas:				
Inhalables	14	15	13.2	14.2
Opiáceos	14	15	13.6	14.5
Tranquilizantes	14	15	13.9	14.2
Chicota	15	15	16.2	14.9
Estimulantes	15	15	13.7	14.1
Alucinógenos	15	15	14.1	14.7
Marihuana	15	15	14.5	14.6
Cocaína	15	16	14.9	15.7
Pasta Base	16	15	15.4	15.1

TABLA 6

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas. Escolares de ambos sexos. Región Metropolitana (porcentajes)*

Sustancia %	Alguna vez en la vida	
	1994	1995
Alcohol	77.2	79.3
Tabaco	65.4	67.6
Drogas ilegales:		
Marihuana	21.4	22.4
Tranquilizantes	15.7	16.2
Chicota	2.2	1.1
Estimulantes	7.5	5.9
Inhalables	2.8	3.2
Alucinógenos	1.8	1.9
Heroína	0.8	0.7
Cocaína total	8.1	8.1
Pasta base	7.3	5.6
Cocaína	4.2	4.8
Total drogas ilegales	21.6	25.2

Sustancia %	Último año		Último mes	
	1994	1995	1994	1995
Alcohol	66.0	70.8	42.6	44.9
Tabaco	50.5	59.3	37.7	40.0
Marihuana	15.9	17.3	8.5	8.3
Tranquilizantes	9.9	9.2	4.6	4.2
Estimulantes	5.6	3.2	2.6	1.2
Inhalables	2.0	2.1		0.9
Cocaína total	6.2	6.7		
Pasta base	5.0	3.3	2.5	1.1
Cocaína	2.7	3.6	1.2	1.4

* Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de la Región Metropolitana. Muestra de 2.153 estudiantes entre 8° básico y 4° medio. (Instrumento: DUSI). MINEDUC, MINSAL, CONSEC, UNICEF, PAZ CIUDADANA.

ducto de un sistema de vigilancia epidemiológica que funciona hasta ahora en 5 Servicios de Salud del país, se puede comparar con la que surge desde la población de detenidos por la policía en las mismas ciudades y fechas (Ver Tablas 9 y 10).

Otro conjunto de datos surgidos recientemente se refieren a los años de vida perdidos por muerte y discapacidad. El estudio realizado por investigadores del Ministerio de Salud realza la importancia relativa de condiciones y riesgos que no aparecen tan relevantes en los indicadores tradicionales de mortalidad y morbilidad, entres otros, la depresión mayor entre las mujeres y los secundarios al alcoholismo entre los varones (8) (Tablas 11, 12 y 13).

La violencia ejercida contra los niños, según un estudio en escolares de 8° año básico en la Región Metropolitana, alcanza a un 78.5% de la muestra. La distribución por nivel socioeconómico muestra sólo cambios en la distribución del tipo de

violencia, pero no en las cifras globales (9) (Ver Tablas 14 y 15).

3. POLITICAS DE SALUD MENTAL

Los criterios que han orientado el desarrollo de servicios y de programas se encuentran recogidos en las Políticas y Plan Nacional de Salud Mental (10), y son esencialmente coincidentes con los que animan el proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica en que se encuentra empeñada toda la Región de las Américas.

En resumen, algunos de los objetivos buscados son:

a.- Atención en salud mental accesible y continua a través de los niveles de atención, enfatizando la que se puede prestar en el primer nivel de atención, por su potencialidad para la detección oportuna de los trastornos mentales, las posibilidades de prevenir algunos de ellos y la

TABLA 8

Prevalencia (tasas de período variable) de trastornos emocionales entre consultantes en el nivel primario de atención, 3 estudios (mayores de 15 años, ambos sexos)

Lugar	Autores	Instrumento	Tasa (%)
Concepción (2 Consultorios)	Uribe M., Vicente B. y cols.	SRQ+CIS	51.9*
Región Metropolitana (24 Consultorios)	Araya R. y cols.	SRQ/GHQ+CIS-R	53.4
Santiago Oriente (3 Consultorios)	Florenzano R., Acuña J. y cols.	GHQ+CIDI-PHC	53.5

TABLA 9

Prevalencia de consumo de drogas, último mes en Servicios de Urgencia

	Iquique		Valparaíso		Santiago		Talcahuano		Valdivia		Total	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
Tabaco	37.1	40.4	48.8	54.2	44.6	45.6	38.6	42.9	33.0	37.7	41.3	44.6
Alcohol	39.3	38.6	45.7	50.2	38.7	43.7	36.1	35.3	41.2	41.8	39.3	42.3
Droga ilícita	2.8	3.4	4.8	4.3	3.4	4.1	1.2	1.7	1.5	1.4	2.91	3.1
Marihuana	1.2	1.2	3.1	3.2	1.9	2.3	0.9	1.4	0.6	0.9	1.7	1.9
Pasta Base	1.5	1.8	0.5	0.3	1.4	1.7	0.1	0.0	0.1	0.0	0.7	0.8
Cocaína Clorhidrato	0.4	0.2	0.6	0.8	0.7	0.2	0.2	0.0	0.2	0.2	0.4	0.3
Cocaína total	1.9	2.0	1.0	1.0	1.8	1.8	0.3	0.0	0.4	1.2	1.1	1.3
Estimulantes	0.3	0.5	1.6	1.1	0.9	1.5	0.4	0.3	0.7	0.6	0.8	0.8
Inhalables	0.1	0.3	0.2	0.2	0.4	0.5	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2
Tranquilizantes	—	10.2	—	13.4	—	19.3	—	15.8	—	13.1	—	13.2

TABLA 10
Prevalencia de consumo de drogas en último mes, entre detenidos por la policía

	Iquique		Valparaíso		Santiago		Talcahuano		Valdivia		Total	
	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995	1994	1995
Tabaco	73.3	78.8	79.5	80.5	77.4	82.1	78.6	74.1	75.3	82.0	76.9	79.9
Alcohol	84.3	85.0	90.9	91.5	88.4	88.3	81.5	81.5	92.3	80.0	85.5	86.2
Droga ilícita	32.8	36.3	28.8	32.5	39.0	36.1	7.1	18.9	16.0	33.3	29.2	32.4
Marihuana	12.9	20.7	22.9	30.0	30.1	25.2	3.6	18.2	12.4	30.0	20.1	25.1
Pasta base	28.5	21.8	4.8	6.5	17.8	14.5	3.6	5.6	7.4	9.3	13.8	12.2
Cocaína Clorhid.	2.6	5.2	5.4	6.0	2.1	2.8	0.0	2.1	2.5	3.3	3.2	3.9
Cocaína total	28.4	25.4	7.2	10.0	17.8	16.6	3.6	5.4	7.4	11.4	15.4	14.5
Estimulantes	0.0	3.1	7.8	4.5	13.0	8.6	0.0	2.8	4.9	6.0	6.7	5.4
Inhalables	0.9	3.6	2.4	2.5	3.4	0.7	7.1	4.9	2.5	18.7	2.6	5.1
Tranquilizantes	—	4.7	—	3.5	—	3.9	—	17.1	—	2.7	—	—

TABLA 11
Años de vida perdidos por muerte
o discapacidad (AVISA)
Estimación para Chile 1995 (*Ambos sexos*)

Primeras 15 causas: distribución porcentual y razón por mil habitantes.

Enfermedad	Avisa	%	Razón/ 1.000 habts.
Malformaciones congénitas	103.654	5.60	7.30
Inf. Resp. Ag. bajas	73.234	4.14	5.20
Isquémica miocardio	67.534	3.82	4.90
Hipertensiva	60.172	3.40	4.37
Cerebrovascular	57.700	3.26	4.19
Asma	55.118	3.11	4.00
Accid. tráfico	53.692	3.03	3.90
Depend. alcohol	53.498	3.02	3.88
De la vía biliar	53.361	3.02	3.87
Depresión mayor	53.279	3.01	3.87
Benignas articulación.	48.452	2.74	3.52
Demencias	42.889	2.2	3.11
Perinatales	41.710	2.6	3.03
Psicosis	32.474	1.4	2.36
Cirrosis	32.172	1.2	2.34
Subtotal	828.941	46.4	60.19

TABLA 12
Años de vida perdidos por muerte
o discapacidad (AVISA)
Estimación para Chile 1995
(*Hombres*)

Primeras 15 causas, hombres: Distribución porcentual y razón por mil habitantes

Enfermedad	Avisa	%	Razón/ 1.000 habts.
Malformaciones congénitas	51.634	5.24	7.58
Depend. alcohol	46.161	4.69	6.78
Accid. tráfico	44.244	4.49	6.50
Isquémica miocardio	41.090	4.17	6.03
Inf. resp. ag. bajas	40.260	4.09	5.91
Hipertensiva	30.343	3.08	4.46
Asma	29.762	3.02	4.37
Cerebrovascular	29.541	3.00	4.34
Atrición y otras	28.096	2.85	4.13
Perinatales	24.802	2.52	3.64
Suicidio	24.761	2.51	3.64
Cirrosis	23.954	2.43	3.52
Homicidio y violen.	23.724	2.41	3.48
Benignas articulación.	21.933	2.23	3.22
Glaucoma	20.865	2.12	3.06
Subtotal	481.170	48,84	70,67

TABLA 13
Años de vida perdidos por muerte
o discapacidad (AVISA)
Estimación para Chile 1995
(Mujeres)

Primeras 15 causas, mujeres: Distribución porcentual y razón por mil habitantes.

Enfermedad	Avisa	%	Razón/ 1.000 habts.
Malformaciones congénitas	52.020	6.63	7.47
Depresión mayor	39.644	5.05	5.69
De la vía biliar	39.324	5.01	5.65
Inf. Resp. ag. bajas	32.974	4.20	4.74
Hipertensiva	29.829	3.80	4.28
Cerebrovascular	28.159	3.59	4.04
Benignas articular.	26.520	3.38	3.81
Isquémica miocardio	26.443	3.37	3.80
Asma	25.356	3.23	3.64
Demencias	24.397	3.11	3.50
Estres post-traum.	17.011	2.17	2.44
Perinatales	16.908	2.16	2.43
Psicosis	16.416	2.09	2.36
Artritis reumatoide	16.348	2.08	2.35
Del cuello útero	15.628	1.99	2.24
Subtotal	406.978	51.88	58.46

TABLA 14
Maltrato infantil en la familia y características de la familia chilena

¿Existe violencia en la familia?

Presencia/Tipo de violencia	Nº	%
No hay violencia	345	22.5
Violencia psicológica	223	14.5
Violencia física leve	440	28.7
Violencia física grave	523	34.2

(Muestra representativa de niños de 6º básico, 103 establecimientos educacionales en 6 regiones del país).
Instrumento: Cuestionario autoadministrado, UNICEF, Chile, 1994.

TABLA 15
Maltrato infante en la familia
(según nivel socioeconómico)

NSE	Sin violencia	Violencia psicológica	Violencia física leve	Violencia física grave
Alto	20.9	24.6	29.8	24.6
Medio	23.8	15.8	29.3	31.2
Bajo	21.9	11.1	28.0	39.1

- mantención del arraigo del paciente a sus familias y comunidades de vida habitual.
- b.- Atención clínica especializada radicada preferentemente en centros de salud general.
Los hospitales psiquiátricos constituyen un tipo de institución que técnicamente dejó de ser funcional. Por ello, los cuatro existentes se están integrando crecientemente a la red de atención general, reasignando recursos cuando ello es posible, de modo de favorecer la atención ambulatoria sobre las hospitalizaciones, haciendo éstas tan breves como sea posible, abriendo las puertas para que los enfermos llamados crónicos, a quienes se les ofrecía como única alternativa la hospitalización permanente, puedan ahora disponer de otras alternativas, etc.
- c.- Dar adecuada consideración a los derechos de los pacientes en todos los momentos e instancias de atención de salud.
- d.- Las acciones y planes de salud mental deben orientarse tanto a las personas que sufren trastornos mentales, procurando iniciar el diagnóstico y tratamiento tan precozmente como sea factible, como a los individuos en riesgo, en especial los que experimentan problemas psicosociales, en los que la conducta de individuos y grupos puede ser modificada o influida con intervenciones propias o cercanas a la salud mental.
Además, se buscarán formas de aproximación a intervenciones de promoción de la salud mental de la población en general, para que ella misma perfeccione sus posibilidades de autodefensa y protección de los determinantes de bienestar y desarrollo personal y social.
- e.- Desarrollar respuestas innovadoras, frente a problemas emergentes o que representan demandas sentidas de alta relevancia de la población, tales como el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas de reciente introducción, la violencia en la familia y la salud mental del niño y de los adolescentes. Cada

una de éstas se ha constituido en un área prioritaria de desarrollo en el SNSS.

- f.- Los enfermos con secuelas, determinadas tanto por la enfermedad mental que padecen como por las condiciones de vida marginada a la que generalmente se les somete, deben recibir, complementariamente al tratamiento médico bien llevado y monitoreado clínicamente, intervenciones técnicamente adecuadas y personalizadas de rehabilitación psicosocial, entrenamiento laboral y otras que posibiliten la máxima reinserción en la sociedad que su discapacidad permita.

La rehabilitación psicosocial corresponde a una disciplina en sí misma distinguible de la psiquiatría, por lo que en términos prácticos puede implementarse por personal técnicamente acreditado, en diversos lugares no necesariamente hospitalarios. Un componente indelible es la conexión con la red de apoyo primaria de las personas a las que se les ayuda a rehabilitarse, familia, grupos sociales básicos de pertenencia, sitios de trabajo y residencia, etc.

- g.- La calidad de la atención en salud mental y psiquiatría procurará alcanzar estándares de exigencia creciente, en cuya evaluación deben participar los usuarios y familiares. Para ello, es necesario modernizar formas de trabajo, recoger y utilizar en mayor medida la información relevante epidemiológica, clínica y de gestión de programas a todo nivel, establecer procedimientos para proveer oportunidades de formación continua al personal, además del apoyo psicosocial y formal a su trabajo, etc.
- h.- En cada Servicio de Salud se organizará un equipo de planificación, coordinación y evaluación del programa de salud mental de ese Servicio, llamado "unidad de salud mental". Además, se preocupará de obtener o entregar directamente asesoría técnica a los diversos programas y servicios clínicos. Establecerá nexos funcionales con otros sectores del Estado en el nivel local, con la atención primaria de salud municipalizada y con las organizaciones de la comunidad.

4. LOS DESAFÍOS DEL DESARROLLO PROXIMO

Actualmente, los esfuerzos de los responsables de programas de salud mental en los 26 Servicios de Salud del país y del nivel ministerial se dirigen a la consolidación y nivelación de los avances

alcanzados y a la expansión gradual para alcanzar coberturas mínimas en algunas zonas geográficas o en determinados programas de distribución aún parcial.

Se trata de una labor más lenta y difícil que la de los años precedentes, pero ciertamente fundamental.

Algunas de las tareas en marcha con las siguientes:

- a.- Elaboración y formalización de normas técnicas y regulaciones para el adecuado funcionamiento de programas, unidades y establecimientos de atención en salud mental y psiquiatría.

En la Tabla 16 se reseñan las normas técnicas elaboradas en los últimos años y su grado de implementación.

- b.- El fortalecimiento de la gestión local al servicio de la cobertura y calidad de la atención.

La capacidad de gestión de los programas de salud mental en cada Servicio de Salud del país ha crecido considerablemente y descansa en las "unidades de salud mental". El personal a cargo está constituido por un "Encargado de Programa", un coordinador de salud mental del niño y adolescente, un coordinador de salud mental en Atención Primaria y otros coordinadores de programas específicos.

Gradualmente los Servicios de salud han ido regularizando la existencia de estas unidades que han demostrado ser instancias de gran iniciativa, compromiso y cohesión en los Servicios de Salud.

Tienen por misión mantener una visión atenta e informada sobre la totalidad del territorio del Servicio de Salud, la totalidad de la población sana y enferma, demandante o no de consultas a los establecimientos de salud, sobre los establecimientos de salud en general, sobre los diversos sectores externos a Salud que realizan o potencialmente pueden realizar acciones complementarias para responder a las necesidades de la población en el campo del bienestar psicosocial. Además, se coordinan con cada una de las instancias nombradas, planifican la labor de los diversos subprograma con sus respectivos encargados, evalúan, corrigen, estimulan y dan cuenta al menos una vez al año de los avances logrados (ver Tabla 17).

Los diversos Servicios de Salud muestran importantes diferencias en la capacidad de gestión de sus unidades de Salud Mental. Un aspecto necesario para la consolidación es la capacitación, la coordinación en la red nacional, el manejo de una información cada vez más calificada y oportuna y la estabilidad funcionaria de sus miembros.

TABLA 16
Documentos normativos, regulatorios y orientadores, elaborados por el Ministerio de Salud, en el área de salud mental

Año	Carácter	Título	Grado de vigencia
1993	Norma	Políticas y Plan Nacional de Salud Mental.	Plena vigencia
1994	Norma	Normas de diagnóstico y tratamiento del beber problema y alcoholismo	Plena vigencia.
1994	Norma	Terapia electroconvulsivante modificada.	Próxima vigencia
1996	Norma	Normas de diagnóstico y tratamiento del abuso y dependencia a drogas	Próxima vigencia.
1995	Reglamento	Reglamento de comunidades terapéuticas de adictos a drogas.	Plena vigencia
1995	Norma	Normas de acreditación de unidades de hospitalización psiquiátrica	Propuesta técnica elaborada. En fase de revisión jurídica
1996	Normas	Normas de acreditación de centros de rehabilitación diurnos, talleres protegidos y hogares protegidos	Propuesta técnica elaborada.
1995	Orientación técnica	Orientaciones programáticas sobre maltrato infantil.	Plena vigencia.
1994	Orientación técnica	Plan Nacional de Salud, Violencia y Derechos Humanos	Plena vigencia
1994	Orientación técnica	Normas sobre uso y prescripción racional de benzodiazepinas	Plena vigencia

c.- Existencia de un plan de desarrollo de la red de servicios de salud mental y psiquiatría, que oriente las futuras inversiones en infraestructura y la provisión de recursos humanos.

Las fuentes de financiamiento hasta ahora han sido muy diversas, Salud, Fondo de Desarrollo Regional, intendencias y gobernaciones, municipios y otras instituciones. En el futuro, esta situación continuará siendo la más accesible desde los niveles locales; sin embargo, se estudiarán posibilidades de consolidar un mecanismo de financiamiento más regular e integrativo.

d.- El establecimiento de una creciente complementación de las tareas que realizan los servicios de salud mental, con las que llevan a cabo instituciones del extrasector, particularmente por ahora de familiares de pacientes organizados en corporaciones sin fines de lucro, de grupos de profesionales asociados en diversas figuras legales, ONGs y fundaciones, repre-

senta un camino de grandes proyecciones, no sólo para dar cuenta del problema de los pacientes con discapacidad psíquica, que en un número estimado en 60 a 100.000 requieren de alguna forma de atención de rehabilitación, sino para conformar por la vía de la práctica social e institucional, una propuesta de organización social mejor al servicio de esta población (ver Tabla 18).

e.- La organización de los servicios clínicos en redes de atención que salvaguarden la continuidad y calidad de la atención al consultante, más allá de los límites de cada unidad particular, es ya un imperativo técnico, organizativo y ético.

Se cuenta ya con experiencias acumuladas en algunos Servicios de Salud, que, si bien son parciales, permitirían desarrollar en los próximos dos años un relevante proceso de modificación de las prácticas de trabajo, al servicio de la calidad de la

TABLA 17
Políticas y plan nacional de salud mental.
Soporte organizacional en cada Servicio de Salud

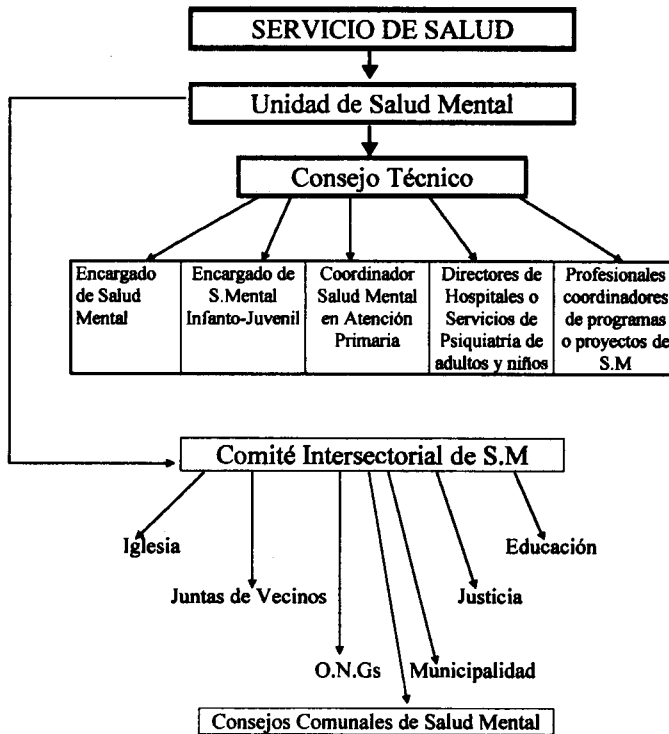


TABLA 18
Area prioritaria discapacidad psíquica y rehabilitación psicosocial.
Informe de desarrollo 1992-1996

Años	Número de proyectos recibidos	Número de proyectos aprobados	Número de beneficiarios directos	Número de beneficiarios indirectos	Talleres proteg. (1)	Hogares proteg. (2)	Centros diurnos rehabil. (3)	Otros proyectos ***
1992	5	4	200	1.000	1	0	2	1
1993*	24	22	400	2.000	9	5	4	2
1994	70	30	600	3.000	7	6	6	1
1995**	—	2	660	3.300	10	4	1	—
1996	—	6	140	700	—	1	1	3
Total	99	64	2.000	10.000	27	16	14	7

* En 1993 se abre concurso nacional de proyectos de rehabilitación psicosocial.

** Como parte del proceso de descentralización, en 1995 se transfieren fondos centrales a los servicios de salud para garantizar la continuidad de proyectos de rehabilitación psicosocial existentes.

*** Clubes sociales, atención médica hogares Conail, infraestructura, clubes deportivos.

(1) 81% de los talleres protegidos son administrados por agrupaciones de familiares.

(2) 69% de los hogares protegidos son administrados por servicios de salud.

(3) 71% de los Centros de Salud Mental son administrados por agrupaciones de familiares u ONGs sin fines de lucro.

atención, la satisfacción de usuarios y también del personal de salud. Esto implica un plan de garantía progresiva de la calidad de atención que ya está entregado a la iniciativa de los servicios clínicos, procedimientos de acreditación similares que servirán para establecer metas progresivas a los servicios clínicos y de rehabilitación, de los sectores público y privado y participación de los usuarios en algunas instancias de gestión.

f.- Algunas áreas que hasta ahora no han alcanzado a ser cubiertas serán atendidas con programas e inversiones en el futuro próximo.

La atención oportuna, accesible, cuidadosa de la mujer con depresión es una de ellas. En este caso, como en otros, la adecuada formación de los médicos no especialistas y del personal de salud en general, unido indisolublemente de la atenta y receptiva participación de los psiquiatras y psicólogos en la red de atención, constituye un ingrediente imperativo de los próximos programas que están en preparación.

Otro caso es el de las personas que bajo efectos de una patología mental han cometido ofensas sociales, que la Justicia ha declarado inimputables y que, a pesar de ello, permanecen largos períodos en los centros de detención, a la espera de vacantes en los establecimientos de salud. Si bien se han realizado importantes y fructíferos esfuerzos en los años recientes, el problema no está aún resuelto estructuralmente. En la actualidad, se encuentran muy avanzadas algunas decisiones que complementan esfuerzos de los Ministerios de Justicia y Salud para contar con soluciones a corto plazo.

g.- Finalmente, hay algunos desafíos aún no suficientemente abordados.

Uno de ellos es la modalidad apropiada para complementar esfuerzos y recursos con el sector privado, para atender un problema no resuelto en ninguno de los dos sectores, cuyo abordaje requiere de investigación, de innovaciones y riesgos. Un aspecto importante es la participación activa de la población usuaria en la delimitación de sus necesidades, sus derechos y sus responsabilidades en el resultado de las intervenciones curativas, preventivas y de rehabilitación.

Otro aspecto aún pendiente es el de la protección de la salud mental en el medio laboral. Algunas experiencias realizadas entre los propios trabajadores de la salud fueron muy alentadoras, en orden a mejorar relaciones interpersonales, clima de trabajo y mayor comprensión mutua entre los diversos niveles jerárquicos. No hay una evaluación, sin embargo, acerca de la forma y magnitud

como estos programas protegen la salud mental de los trabajadores. Es este otro aspecto que también está pendiente en el sector privado de salud y en las mutuales de seguridad y, que por tanto, sería susceptible de desarrollos complementarios.

La formación universitaria de pre y postgrado en el área de la psiquiatría y la salud mental es hoy día un área deficitaria, que requiere de grandes innovaciones y mejoras. Una posición orientadora de parte del Ministerio de Salud contribuiría a precisar el tipo de profesional que el sistema público de salud requiere y en forma más general el que al sector privado de salud aconsejaría.

Finalmente, un último aspecto, de más largo aliento, se refiere a la incorporación del conocimiento científico y empírico acumulado en los campos de salud mental, el desarrollo psicológico y social de los individuos, las ciencias sociales, en particular sobre la modificación de conductas y de las motivaciones, etc., en los diversos planes de reformas sociales en marcha en el país, constituye otro camino que espera ser transitado. Aquí el requerimiento básico es la credibilidad de las propuestas que el sector salud mental podría hacer a reformas en marcha como la educacional, judicial, previsional, ambiental y otras. La solidez, calidad y ponderación con que se entreguen ideas permitirá influir en esos desarrollos. Una pregunta en búsqueda de respuesta es acerca de si es posible legislar para promover un mayor nivel de salud mental para la población de un país que se desarrolla en lo económico con gran rapidez, pero que no parece suficientemente preocupado del desarrollo humano que paralelamente podría planificar, evaluar, invertir y eventualmente exportar.

REFERENCIAS

1. Vicente B., Valdivia S., Rioseco P., Vielma M. "Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: prevalencia de 6 meses". *Revista de Psiquiatría* (1994), Año XI, Vol. 4, págs. 194-202.
2. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). "Estudio nacional de consumo de drogas", Informe final, 1996.
3. MINEDUC, MINSAL, CONACE, UNICEF, Fundación Paz Ciudadana. "Diagnóstico del consumo de alcohol, tabaco y drogas en escolares del país, 1995". Informe en etapa de borrador, 1995.
4. Uribe M., Vicente B., Saldivia S., Retamales J., Rioseco P., Boggiano G. "Prevalencia de trastornos mentales en el nivel primario de atención en la comuna de Talcahuano". *Rev. Psiquiatría* (1992), IX: 1018-1027.

5. Araya R. "Prevalencia de trastornos mentales en la Atención Primaria". Publicación en preparación. MINSAL, 1996.
6. Florenzano R., Acuña J., Castro C., Fullerton C. "Prevalencia comparativa de desórdenes emocionales en pacientes que consultan en consultorios del nivel primario de atención en Santiago Metropolitano".
Florenzano R., Acuña J., Fullerton C., Castro C. "Results from the Santiago de Chile Centre. En: (*)Mental Illness in General Health Care: An International Study. 1995 (*)USTUN, T.B.; Sartorius, N.; John Wiley and Sons.
7. Ministerio de Salud. "Vigilancia Epidemiológica en alcohol y drogas en Servicios de Urgencia y Centros de Detención". Estudios 1994-1995. Informe junio de 1996. Memografiada.
8. Horvitz M. Años de vida saludables perdidos por trastornos psiquiátricos. Capítulo en "Estudio de Carga de Enfermedad". MINSAL, DIPLAE. 1996.
9. Larraín S., Vega J. "Maltrato infantil en la familia chilena". Documento en fase de publicación. UNICEF. 1995.
10. Ministerio de Salud, Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. 1993.