



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS



**PROGRAMA
SALUD MENTAL
(PSM)
MINISTERIO DE
SALUD**

JUNIO 2002

**SÍNTESIS EJECUTIVA – Nº 9
PROGRAMA SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA**

**PERÍODO DE EVALUACIÓN: 1998 – 2001
PRESUPUESTO DEL PROGRAMA AÑO 2002: MM\$ 17.000**

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: Población beneficiaria del sistema público de salud

La caracterización de los beneficiarios del programa se señala 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 genera.
- 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 sobreseídas 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 comprende las prestaciones efectuadas por FONASA a todos los pacientes que solicitan atención médica en los establecimientos de sistema público de salud, los que actúan en forma autónoma para estos efectos. En forma complementaria la U.S.M. del MINSAL gestiona recursos y los aplica en los mismos establecimientos a través de subprogramas específicos.

El Ministerio de Salud inició la intervención en salud mental en forma sistemática sólo a partir de 1990 cuando se creó la Unidad de Salud Mental. Desde entonces se fueron incorporando los temas a medida de las capacidades de la Unidad, y se fueron estructurando en diferentes y desiguales formas.

El diseño del Programa considera seis componentes de atención clínica:

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 últimos años el énfasis 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 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 (TSP). Población beneficiaria del sistema público de salud con trastorno psiquiátrico severo ha sido intervenida de acuerdo a protocolos establecidos. Se refiere fundamentalmente a esquizofrenia y está orientado a que los pacientes sean atendidos integralmente, incluida la familia, dentro del contexto de la red de servicios de salud mental. 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. 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 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. 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: Alta Complejidad, Mediana Complejidad; y la Red de Servicios de Psiquiatría: hospitales psiquiátricos y servicios de psiquiatría de los hospitales generales, que hospitalizan a personas sobreseídas o absueltas que no requieren cuidados de alta o mediana complejidad y que no presentan conductas particularmente disruptivas.

1.6. Antecedentes del gasto

El programa se financia mediante dos modalidades. 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 Unidad de Salud Mental, que son distribuidos a los Servicios de Salud vía FONASA, de acuerdo a las orientaciones de dicha unidad, y que fundamentalmente han sido destinados a nuevas formas y/o instrumentos de atención.

El gasto efectivo del total del programa se ubica, entre los años 1998 y 2001, en el rango de los 16 a 20 mil millones de pesos, con un fuerte aumento de casi el 14% en el último año.

Cuadro N°01: Gasto efectivo del programa Salud Mental 1998-2001 (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

Tomando como base el año 2001 se puede establecer que la mayor parte de las actividades del Programa se realizan en los establecimientos que efectúan prestaciones de salud a pacientes enfermos mentales. Estas representan las llamadas prestaciones históricas y en su mayoría se vienen realizando desde mucho tiempo antes que la existencia del programa. En términos de financiamiento las prestaciones son de cargo de FONASA y ocupan cerca del 80% del presupuesto total de Programa. De este último, cerca del 50% van a financiar sólo los cuatro hospitales psiquiátricos.

De los fondos gestionados por la USM Minsal, tomando como referencia el año 2001, más del 22% *se aplica a Alcoholismo y Drogas y 56,7% ** a Trastornos Psiquiátricos Severos. Cabe destacar que para estas últimas patologías el mayor financiamiento va para dispositivos externalizados.

Con respecto al resto de los fondos, poco más del 20% se distribuye en los otros componentes.

2. Resultados de la Evaluación

2.1. Diseño

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (1999) 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

* Para mayor precisión estos porcentajes son 1998: 24,5%; 1999: 21,5%; 2000: 16,8% y 2001: 22,3%

** Para mayor precisión estos porcentajes son: 1998:46,8%; 1999: 55,1%; 2000: 56,8%; y 2001: 56,7%

otras han devenido en aumentos que llaman la atención, como es el caso del consumo de alcohol y drogas ilícitas¹. 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 obedece 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, presentándose claramente tres niveles: nivel central o ministerial, donde se ubica la Unidad de Salud Mental más dos comisiones 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 como 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 para la disponibilidad efectiva de recursos.

Después de la formulación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, a partir del año 1999, 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 corresponden.

¹ DIPRES: Evaluación de Programas Gubernamentales. Evaluación: “Programa Prevención Consumo de Alcohol y Drogas. CONACE

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 revela mala calidad del registro atentando contra eventuales evaluaciones a realizar.

Sobre las prestaciones que sí recogen esta información, se constata que el modelo de atención en la práctica, muestra que el 83% de las atenciones es llevada a cabo por médicos psiquiatras y un 9% por psicólogos. Los médicos generales realizan el 5% de las mismas 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 complementario² realizado de evaluaciones³ y estudios⁴ previos.

El estudio complementario permite conocer cuál es la composición de las prestaciones de acuerdo a 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 primaria⁵ se constata 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 consistentes 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.

² 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.

³ Evaluaciones del Ministerio de Hacienda y otros efectuados directamente por la USM- MINSAL.

⁴ 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.

⁵ Consultorios municipalizados.

Otras fuentes revisadas señalan:

Para el componente Alcohol y Drogas, los resultados de la evaluación⁶ 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 PRAIS⁷ 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, ésta 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 evaluación⁸ 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 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 contara con una mayor cantidad, calidad y oportunidad en la provisión de fármacos. Este comentario es en mayor o menor grado válido 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 estudio⁹ 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

⁶ Ministerio de Hacienda. Evaluación del Programa de Prevención al Consumo de Drogas 2001. DIPRES Ministerio de Hacienda. Chile. 2001.

⁷ 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

⁸ 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.

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

⁹ Lafferte C. Normas de internación psiquiátrica, derechos humanos y reconstitución del sujeto desde una perspectiva biopsicosocial. Mimeo. Chile. 2002.

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 USM¹⁰, 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 Recomendaciones Priorizadas¹¹

- a) Estructurar el Programa bajo el modelo del Marco Lógico, lo que implica definir componentes tal como se efectúa en el proceso de evaluación. Para ello, el Programa debe internalizar dichas concepciones y estructurar tanto los aspectos presupuestarios como contables, como también los aspectos técnicos y administrativos.
- b) Efectuar los estudios al interior de Ministerio de Salud para implantar el modelo de redes de servicios en forma sistémica para el Programa de Salud Mental, en concordancia con el modelo del Ministerio de Salud.
- c) Analizar el costo efectividad de los sistemas extremos de apoyo (Cosam, Hogares protegidos, etc.). establecer mecanismos que permitan monitorearlos y clarificar la forma en que se insertan en la red de Salud mental.
- d) 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.

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

¹⁰ Esta última cifra no incluye los recursos traspasados por FONASA a los Servicios de Salud.

¹¹ El informe Final elaborado por el panel evaluador separa las recomendaciones en aquellas que requieren de recursos adicionales significativos de aquellas que no lo requieren. Al respecto es necesario aclarar que más allá de lo señalado por el panel, para efectos de definiciones presupuestarias, la necesidad de recursos adicionales requiere una revisión más amplia de las disponibilidades financieras y uso de recursos de las instituciones, análisis que está fuera de las posibilidades de un panel evaluador. Por tanto, lo que se propone en esta materia no es concluyente. Por ello, este informe de síntesis no hace una distinción en las recomendaciones, en materia de identificación de necesidades de recursos.

ministerial (con otros programas por ejemplo). Estos sistemas de registros deben estar disponibles para diversos agentes participantes, tales como agentes privados, universidades y otros.

e) Generar una normativa que asegure la disponibilidad de medicamentos de salud mental, en los funcionarios de los establecimientos de salud.

f) 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.

g) 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

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