

## Red de Atención de Salud Mental en Chile y el terremoto de febrero 2010: fortalezas, daños y respuestas

CAMILO ERAZO<sup>(1)</sup> y ALFREDO PEMJEAN<sup>(1)</sup>

### I. EL MODELO Y LA RED DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ANTES DE LOS SISMOS EN CHILE

El modelo de atención de los problemas de salud mental y de los trastornos mentales en Chile ha vivido importantes cambios en los últimos veinte años. En concordancia con los valores y objetivos plasmados en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2001-2010 del Ministerio de Salud<sup>1</sup>. Chile ha buscado avanzar en un modelo de descentralización, desconcentración y diversificación progresiva de la atención de salud mental, la que se entrega a través de una red de centros de atención, tanto de salud general como en otros especializados<sup>2</sup>. Se busca así, integrar conceptual y operacionalmente, la salud mental en la salud general - "No hay salud, sin salud mental"<sup>3</sup>-, acercar la atención de especialidad a las comunidades e individuos y, en particular, a la atención primaria en donde es posible detectar, diagnosticar y tratar a una buena mayoría de los problemas de salud mental y enfermedades mentales y del comportamiento que configuran la demanda efectiva (pero hasta no hace mucho inadvertida) de la población<sup>4</sup>.

Uno de los avances más significativos ha sido la expansión del rol que ha asumido la atención primaria de salud al incorporar plenamente la provisión de servicios de salud mental, en su cartera regular de servicios<sup>5</sup>. Prácticamente la totalidad de los centros de salud urbanos y rurales del país, programan, realizan y registran

actividades de salud mental<sup>6</sup>. Así, han incorporado al psicólogo en el equipo de salud básico, y garantizan la sospecha diagnóstica y parte del tratamiento en las tres patologías incluidas en el sistema GES. Por ejemplo, en el año 2008, el 84% de los pacientes con diagnóstico de depresión se atendió en la red primaria de salud<sup>6</sup>. Además, desde la APS se incrementa la efectividad en prevención secundaria a través de la aplicación masiva del Examen de Medicina Preventiva, que ha incluido un instrumento de tamizaje del consumo riesgoso de alcohol y se apresta a perfeccionar la respuesta efectiva para los casos positivos (Intervenciones Breves en Alcohol).

A su vez, durante la última década, la atención de especialidad a nivel secundario y terciario ha casi triplicado el número de centros<sup>7</sup> y, progresivamente, cubre ya todo el territorio nacional. La Tabla 1 entrega una panorámica del número y ubicación de puntos de atención a cargo de profesionales de psiquiatría y salud mental esto es, la red de nivel de especialidad.

Esta red de atención ha permitido expandir la cobertura de atención de salud mental a través de todo el país<sup>8</sup>. Más de 560.000 personas se encuentran en tratamiento en el sistema público de salud por algún problema de salud mental<sup>9</sup>.

A pesar de los avances, existen brechas importantes para alcanzar las metas propuestas. Los distintos servicios de salud muestran lagunas significativas en sus redes de dispositivos. Uno de los puntos más débiles sigue siendo la dispo-

<sup>(1)</sup> Departamento de Salud Mental. Ministerio de Salud. Mac Iver 541. Santiago. Chile. [cerazo@minsal.cl](mailto:cerazo@minsal.cl)

<sup>a</sup> Las atenciones de consultantes por depresión, alcohol y drogas, violencia y abuso, son las de mayor visibilidad por razones de registro, pero los centros de salud primaria, atienden la demanda espontánea de todo tipo de cuadros clínicos y refieren al nivel de especialidad lo que supera su nivel de resolutivez.

**Tabla 1.** Atención especializada de salud mental y psiquiatría en la red pública de salud (Chile, 2009).

SERVICIO SALUD	Atención Ambulatoria		Atención Cerrada		
	CAE, CDT, CRS	Centros comunitarios salud mental	N° Camas corta estadía adultos	N° Camas mediana estadía	N° Camas larga estadía
ARICA	1	2	19		
IQUIQUE	1	3	24		
ANTOFAGASTA	2	2	28		12
ATACAMA	2		4		
COQUIMBO	4	1	9		
VALPARAISO	3		59	20	
VIÑA	3				
ACONCAGUA	2		22	20	197
O'HIGGINS	4	1	11		
MAULE	3		16		
ÑUBLE	1	1	26		
CONCEPCION	1	2	46		
ARAUCO	1	3			
TALCAHUANO	3	1			
BIO-BIO	1	3			
ARAUCANÍA NORTE	2				
ARAUCANÍA SUR	4	3	31		
VALDIVIA	1	2	20		
OSORNO	1		21		
RELONCAVI	1	1	18		
CHILOE	2		3		
AYSEN	2		6		
MAGALLANES	2	1	20		
M. NORTE	2	8	289		60
M. CENTRAL	2	3	10		
M. SUR	3	5	104	76	121
M. ORIENTE	3	7	16		
M. OCCIDENTE	3	8	25		
M. SUR ORIENTE	3	6	18		
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>63</b>	<b>63</b>	<b>845</b>	<b>116</b>	<b>390</b>

Distribución de centros de atención ambulatoria y camas de psiquiatría en los 29 servicios de salud de Chile. Se deben agregar 184 camas ubicadas en centros de atención psiquiátrica forense y 123 camas en unidades de corta estadía para adolescentes. CAE = Consultorio Adosado de Especialidades; CRS = Centro de Referencia de Salud; CDT = Centro Diagnóstico Terapéutico. (Fuente: MINSAL, 2009).

nibilidad y distribución de camas psiquiátricas a nivel país (Tabla 2).

## II. DAÑOS EN LA RED DE SALUD MENTAL PÚBLICA POS SISMO DE FEBRERO 27, 2010

Además de los centros de atención primaria afectados, un primer catastro realizado en marzo del 2010 identificó 20 establecimientos o unidades de salud mental con daños diversa cuantía que impedían o limitaban fuertemente la capacidad de atención ambulatoria.

El impacto del terremoto en la atención terciaria puede verse en la Tabla 3, que muestra la disponibilidad de las camas psiquiátricas, sobre el total de camas habilitadas al 27 de febrero.

En total se perdieron 317 camas, lo que equivale al 21,4% de las camas disponibles a nivel país. El número de camas de corta estadía perdidas representa el 14% de las disponibles al momento del terremoto. A su vez, se perdió la mitad de las camas de larga estadía. Estos datos debieran dar una indicación de la severidad del impacto del terremoto en la red pública de atención de salud mental. Es relevante que la mayoría de las camas perdidas se concentra en solo unos pocos hospitales. Este dato expone una vulnerabilidad sistémica de nuestra red de atención frente a los desastres de cualquier tipo, y es concordante con la concentración de recursos descrita previamente.

Si bien los dispositivos de atención ambulatoria también experimentaron daños, en ocasio-

nes totales, en general tales centros mostraron una buena capacidad de recuperación. Menos dependientes de la infraestructura y más cercanos a la comunidad, pudieron retomar más fácilmente el ritmo de atención y el servicio a los consultantes de su territorio.

Los centros de salud mental de tipo comunitario juegan un importante rol en la mitigación de los efectos del terremoto, no solo en la atención clínica de pacientes con cuadros clínicos o subclínicos secundarios o reactivados por el estrés de los sismos. También, en la interacción asistencial con la atención primaria de salud (consultorías de salud mental), en la coordinación de múltiples acciones de apoyo psicosocial<sup>10</sup> de voluntarios, de otras instituciones públicas y privadas y en la protección de la salud mental de los propios funcionarios de salud<sup>11</sup>.

Está bien establecido que los desastres naturales aumentan la prevalencia de trastornos mentales, en un rango variable de hasta un 40%<sup>12</sup>. Durante los próximos meses se espera un aumento de la demanda de servicios de salud mental, sobre una red actualmente debilitada. La experiencia en desastres, acumulada durante la última década en América Latina demuestra que la mayoría de los problemas de salud mental después de una catástrofe reciben atención resolutive en el nivel de atención primaria<sup>13,14</sup>.

Una red distribuida de dispositivos comunitarios, cada vez más integrada a la red primaria de salud, podría ser más resiliente frente a desastres de gran magnitud como el vivido por nuestro país.

**Tabla 2.** Camas psiquiátricas en red pública de salud: número, estándar, brechas.

	Nº actual camas	Nº camas requeridas según estándar	Brecha actual absoluta	Brecha real sin redistribución de camas
<b>Corta estadía adulto</b>	845	1.483	-638	- 719
<b>Corta estadía adolescente</b>	131	353	-222	-209
<b>Mediana estadía</b>	126	316	-190	N/D.

Nota: Estándar: Corta estadía = 1/ 6.000 personas, Mediana estadía: 1/25.000. N/D: no disponible. Fuente: MINSAL, 2010.

**Tabla 3.** Establecimientos de salud mental con daños secundarios por sismo del 27 de febrero de 2010 y camas psiquiátricas perdidas o afectadas.

	Nº camas disponibles	Nº camas perdidas	Camas recuperadas y/o reconvertidas
<b>Corta estadia adulto</b>	845	119	H. El Peral (76), H. San Borja (10), H. Félix Bulnes (25), H. P. Pinnel (8)
<b>Corta estadia adolescente</b>	131	6	H. San Borja
<b>Mediana estadia</b>	116	11	H. P. Pinnel
<b>Larga estadia</b>	390	181	H. P. Pinnel (60), H. El Peral (121)
<b>Total</b>	<b>1.482</b>	<b>317</b>	

Camas psiquiátricas perdidas en el sistema público de salud. Fuente: MINSAL. Unidad de Salud Mental. 2010.

### III. ACCIONES DE SALUD MENTAL FRENTE AL DESASTRE DEL 27 DE FEBRERO

Las respuestas que el Ministerio, los servicios de salud y la atención primaria de salud desplegaron para afrontar los efectos de los sismos de febrero 27/10, fueron en general rápidas y diversas.

#### 1. Normalización y fortalecimiento de la red

- a) La mayoría de los pacientes hospitalizados pudo ser relocalizado en un plazo de una o dos semanas, en otros centros de la red (Ver Tabla 3).
- b) Los planes de reconstrucción incluyen recursos en inversiones para fortalecer la red asistencial de salud mental, en las zonas más afectadas.

Las decisiones de inversiones que se están tomando a propósito de reparar la red de atención hospitalaria dañada, deberán tomar muy en cuenta las mejores opciones tanto para la adecuada atención de la población en tiempos anormales, como para responder con oportunidad y efectividad en situaciones de emergencias y desastres.

- c) Tempranamente, se tomó la decisión de implementar equipos de especialidad, compuestos de profesionales y técnicos y con movilización ad hoc (equipos móviles), para apoyar las acciones de salud

mental en la atención primaria de las zonas afectadas, predominantemente costeras y alejadas de las ciudades que concentran los recursos de especialidad. Acercar la atención a la gente afectada es el principio rector.

En la actualidad, 6 equipos móviles (3 en la Región del Maule y 3 en Biobío) se encuentran en operaciones, aunque en todos ellos, el recurso médico psiquiatra, el de mayor capacidad resolutive potencial, exhibe aún una débil presencia.

Se está trabajando para implementar totalmente el despliegue de otros dos equipos en 12 comunas de la región de O'Higgins, con los que se espera ampliar la cobertura a otras 100.000 personas más.

- d) A fin de reforzar la APS se están contratando 52 cargos de jornada completa para psicólogos y asistentes sociales en 26 establecimientos de las zonas más afectadas. Esto representará un significativo aporte a la cobertura y calidad de la atención que allí se brinda.

#### 2. Cuidado y autocuidado del personal de salud

Es esta un área sensible, de primera importancia y habitualmente descuidada en las situaciones de emergencias y desastres.

El año 2008, el Ministerio de Salud elaboró el Plan Nacional de Protección de la

Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres y había alcanzado a capacitar a 2 o 3 profesionales de cada servicio de salud. Allí se destacaba la atención a los funcionarios como una de las tres áreas a trabajar. Ello parece haber sido una base de conocimientos y de toma de decisiones que explica que en todos los servicios de salud afectados, los profesionales de la especialidad asumieran actividades de apoyo y/o capacitación del personal de la atención primaria respectiva.

Desde el nivel central y con el apoyo de centros universitarios, de estudios y sociedades científicas<sup>b</sup>, se desplegó un programa denominado “Intervenciones psicosociales y de apoyo al personal de salud”, en base a sesiones únicas, centradas en la identificación de factores de auto y mutuo cuidado, presentes en los propios equipos de salud. Las sesiones o talleres se realizaron en los establecimientos donde se desempeñan habitualmente. Se realizaron un total de 176 talleres, que alcanzaron a 2.622 funcionarios del sistema público de salud.

### 3. Capacitación en protección de la salud mental en emergencias y desastres

La preparación del personal de salud para enfrentar emergencias masivas es básica.

Durante los primeros dos meses, luego de los sismos de febrero 27 /10, equipos de profesionales de salud mental, funcionarios de 7 servicios de salud que habían tenido experiencia anterior en emergencias, se trasladaron a prestar apoyos a los servicios de salud afectados, asistenciales, en gestión y/o en actividades directas con la comunidad (albergues, campamentos, etc.). Ello se transformó en un aporte fundamental.

Actualmente se encuentra en etapa final de elaboración y aplicación, un programa plurimodular de capacitación a distancia, a través de internet, que tiene por destinatarios potenciales a todos los funcionarios de salud,

**Tabla 4.** Zonas de cobertura de los 6 equipos móviles operativos a Julio 2010.

Servicio de salud	Zona de cobertura (comunas)	Población Beneficiaria Fonasa
Maule	Licantén	16.409
	Vichuquén	
	Hualañé	
Maule	Constitución	50.038
	Curepto	
Maule	Cauquenes	46.915
	Pelluhue , Chanco	
Talcahuano	Talcahuano	221.562
	Penco, Tomé	
Concepción	Lota, Coronel	128.996
Arauco	Arauco	29.977
<b>Total</b>		<b>493.897</b>

La población beneficiaria del territorio señalado equivale al 78,6% de la población que vive en las comunas seleccionadas.

entregando competencias generales y específicas. Estas últimas se orientan a los equipos de especialidad, de atención primaria de salud, a los referentes de salud mental y de protección de salud mental en emergencias, que se desempeñan en cada servicio de salud y en cada seremi de salud, y a los directivos de esas mismas entidades. En total, se espera llegar a alrededor de 2.000 funcionarios en el curso del año 2010.

### 4. Plan de Promoción de la Salud Mental

Los problemas de salud mental se generan a lo largo de un período de tiempo prolongado después de una emergencia grave como el terremoto y el tsunami de febrero pasado.

Después del impacto de la naturaleza se suceden uno tras otro, diversos estresores que vulneran el equilibrio psicosocial de

<sup>b</sup> Escuelas de psicología de las universidades Diego Portales, del Desarrollo, Central, Instituto Chileno de Terapia Familiar, Centro de Salud Mental y Derechos Humanos, y el apoyo de la Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres.

personas, familias y grupos sociales. La pérdida de casas y bienes, los traslados a otros lugares de residencia, los campamentos y aldeas que obligan a adaptarse a nuevas redes de convivencia, el desempleo o el cambio de empleos y tantos otros, representan factores de riesgo sobre los cuales se puede y debe actuar oportunamente.

Un total de 57 comunas del área afectada, están recibiendo orientaciones y recursos financieros de pequeña magnitud, pero bastante flexibles en su aplicación a acciones de promoción de salud mental. En particular, los residentes en aldeas de emergencia serán receptores preferentes de actividades que buscan fortalecer la resiliencia comunitaria, la identidad y convivencia local, crear entornos psicosociales saludables y fomentar el auto cuidado y la ayuda mutua.

#### **5. Extensión e intensificación de las acciones del Chile Crece Contigo en las zonas afectadas**

Tanto las visitas domiciliarias dirigidas a madres embarazadas, como el programa de adiestramiento en destrezas parentales dirigido a ambos padres, han incrementado considerablemente su presencia y frecuencia en las zonas amagadas y en particular, en los grupos más afectados.

#### **6. Nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Emergencias**

Finalmente, el desastre ha obligado a revisar el Plan de Salud Mental en Emergencias y Desastres existente, incorporando las enseñanzas surgidas de la experiencia de los equipos de salud mental que actuaron en la zona afectada.

### **IV. CONCLUSIONES**

La salud mental de la población se ve afectada de distintas formas y a lo largo de un período de tiempo prolongado. El modelo y la red de atención de salud mental desarrollados en el país mostró ventajas y falencias. Entre las primeras, la rápida respuesta de apoyo psicoso-

cial y asistencial, debida a las competencias y recursos de salud mental ya existentes en la APS. Entre las debilidades, la aún precaria interacción entre los niveles de especialidad y la APS, la que se procura reducir con la inclusión de equipos de especialidad de carácter móvil.

La magnitud del daño físico de la red de salud mental acentúa las brechas preexistentes, lo que impone un desafío mayor para la provisión de servicios en lo inmediato, pero proporciona una oportunidad para mejorar la configuración de la red y su efectividad, a través de las inversiones en infraestructura que se proyectan.

Por otra parte, una red de salud mental descentralizada e integrada en la red de salud general, además de ser más cercana a las necesidades de la población, parece ser una organización más resiliente frente a desastres naturales.

El personal de salud mostró un comportamiento efectivo y ejemplar en dedicación y solidaridad. Ellos también resultaron afectados al igual que sus vecinos y familiares. El cuidado de la salud mental del personal de salud ha sido un área prioritaria en la respuesta del sector.

La existencia previa de un plan de emergencia en salud mental, y la capacitación del personal, aunque en pequeño número, permitió a los equipos de salud de las zonas afectadas, un accionar más armónico y efectivo. Para el final del año se contará con un nuevo Plan de Protección de la Salud Mental de Emergencias y Desastres enriquecido a partir de las experiencias y competencias adquiridas en la catástrofe, cuyos efectos aún están en pleno desarrollo.

### **REFERENCIAS**

1. MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Chile. 2001.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe who-aims sobre sistema de salud mental en Chile. Versión Española. Santiago, Chile. 2007
3. PRINCE M, PATEL V, SAXENA S, MAJ M, MASELKO J, PHILLIPS M, RAHMAN A. No health without mental health. The Lancet Vol. 370, Issue 9590, Pages 859-877. September 2007.

4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health. Ginebra, Suiza. 2003.
5. VICENTE B, KOHN R, SALDIVIA S, RIOSECO P, TORRES S. Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. Rev Panam Salud Publica. 2005;18(4/5):263-70.
6. ARAYA R, ALVARADO R, MINOLETTI A. Chile: an ongoing mental health revolution. The Lancet, Volume 374, Issue 9690, Pages 597 - 598, August 2009.
7. MINOLETTI A, NARVAEZ P, SEPULVEDA R, CAPRILE A. Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. En: Pan American Health Organization, ed. Salud Mental en la Comunidad. Washington, Paltex. 2010.
8. MINOLETTI, A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev Panam Salud Publica vol.18 no.4-5 Washington Oct./Nov. 2005
9. MINISTERIO DE SALUD (MINSAL), Departamento de Estadísticas e Información de Salud. <http://deis.minsal.cl/> Accedido el 29 de Junio de 2010.
10. HENLEY R, MARSHALL R, VETTER S. Integrating mental health services into humanitarian relief responses to social emergencies, disasters, and conflicts: a case study. J Behav Health Serv Res. 2010.
11. COMITÉ PERMANENTE ENTRE ORGANISMOS (IASC). Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia. Ginebra, 2007.
12. GALEA S, BREWIN C, GRUBER M, JONES R, KING D, KING L, MCNALLY R, URSANO R, PETUKHOVA M, KESSLER R. Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after hurricane Katrina. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(12):1427-1434.
13. CAMPOS, A. Prevención de desastres: una mirada desde salud mental, en: Huracán Mitch: una mirada a algunas tendencias temáticas para la reducción del riesgo. Comp. por Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres y Organización Panamericana de la Salud. 1. ed. San José, Costa Rica. 2000. Disponible en: [http://www.unisdr.org/preventionweb/files/4095\\_Mitch.pdf](http://www.unisdr.org/preventionweb/files/4095_Mitch.pdf). Accedido el 23 de Junio de 2010.
14. RODRÍGUEZ J, CALDAS DE ALMEIDA JM. Desastres y salud mental: la experiencia de Latinoamérica y el Caribe. En: Rodríguez, Jorge J. - ed. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C. 2007. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=1154&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1154&Itemid=). Accedido el 29 de junio de 2010.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a [revistas@med.uchile.cl](mailto:revistas@med.uchile.cl)