

PLAN ESTRATEGICO PARA EL DESARROLLO DE LA RED DE SERVICIOS CLINICOS DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 3-4, 1998/ 5-15

Comisión Ministerio de Salud,
Colegio Médico de Chile / Consejo Regional Santiago¹

I. INTRODUCCION

La consideración, desde fines de la década de los 80, de la discapacidad como un componente más de la carga que la enfermedad impone a las personas y grupos, ha permitido que las enfermedades mentales emerjan como una causa cada vez más significativa de ésta. Las proyecciones permiten anticipar que para el año 2020, el peso de las enfermedades transmisibles, materno perinatales y nutricionales se habrá reducido a la mitad, mientras el peso de las enfermedades mentales a nivel mundial crecerá desde el 10,5 actual a un 15%. Este crecimiento habrá sido mayor, proporcionalmente, que el que experimentarán las enfermedades cardiovasculares ("The Global Burden of Disease" / OMS, Harvard U., World Bank, 96).

En Chile, la mortalidad y discapacidad debida a enfermedades mentales es responsable ya de alrededor del 15% de los años de vida que se pierden (AVISA) por causa de la enfermedad ("Estudio Carga de Enfermedad"/MINSAL y Banco Mundial, 93).

Afortunadamente, estudios sistemáticos acerca de los tratamientos actualmente disponibles para las distintas enfermedades mentales demuestran que su efectividad en cuanto a disminuir la intensidad y duración de la discapacidad, el número de

atenciones de salud en general en las personas afectadas y la mortalidad por todas las causas y suicidio tienen un impacto mucho mayor que el costo del tratamiento mismo. El costo del tratamiento de una enfermedad mental que permite disminuir la pérdida de años de vida saludable es mucho menor que el costo de un programa de tratamiento por cáncer o un by pass coronario para conseguir esa misma disminución. ("Disease Control Priorities in Developing Countries"/The World Bank, 1993)

Nuestro sistema de salud, como el de la gran mayoría de los países, no está preparado para hacer frente al nuevo perfil de necesidades de prevención y atención de las personas. A pesar de los avances en los últimos años, la insuficiente capacidad del sistema de salud público y privado para ofrecer tratamiento a las personas con enfermedades mentales, está significando para la comunidad y las familias una enorme carga socioeconómica, la que será creciente si no se acelera el ritmo en que se refuerzan y desarrollan nuevos servicios para reducir la brecha asistencial existente.

Las políticas de Salud Mental vigentes desde 1993 y en particular, el Plan Nacional diseñado para implementarlas, respondió a las características y posibilidades de cambio de nuestro sistema de salud en ese momento y constituyó una expresión concreta de los principios rectores del na-

¹ La Comisión estuvo integrada por parte del Colegio Médico (Regional Santiago), por los Dres. Luis Hormazábal Herrera, Walter Brokering Alacid, Raúl Riquelme Véjar, Walter Vas Carrasco, Rodolfo Bolzman Mletchak y el Sr. Darío Parraguez Ramírez. Por parte del Ministerio de Salud, por los Dres. Hernán Monasterio Irazoque, Luis Caris Navarro, Alberto Minoletti Scaramelli, Iris Boisier Utz, Ignacio Morlans Escalante, Juan Maass Vivanco, Wilma Ortiz Torres, Alfredo Pemjean Gallardo y el Sr. Eduardo Aguirre Moreno. Colaboraron en la elaboración del Documento los siguientes profesionales de la Unidad de Salud Mental: Dra. Carmen López Stewart, As. Soc. Ximena Rayo Urrutia, Psic. María Elena Varela Alamos, y Enf. Patricia Narváez Espinoza.

ciente gobierno democrático. Es así como las 6 áreas prioritarias definidas en el Plan fueron –además de aquellas con una insuficiencia histórica, como la Red de Servicios Clínicos, el Abuso de Alcohol, la Salud Mental de Niños y Adolescentes y los Discapacitados de Causa Psíquica– algunas de las estrategias innovadoras promovidas internacionalmente, como la Salud Mental en Atención Primaria, y, especialmente, temas emergentes como la Violencia y el Consumo de Drogas Ilícitas, problemas altamente sensibles para la sociedad en ese entonces.

A partir de ese año, la implementación del Plan ha sido progresiva. Se ha logrado en base a los recursos que fueron asignados por el Ministerio al financiamiento de la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de la Región Metropolitana y del Programa de Reforzamiento Psicossocial de la Atención Primaria y a los destinados por los Propios Servicios de Salud, y en menor medida por los Municipios; como también a los fondos entregados por distintas Instituciones, Organismos y Leyes a programas como el de Derechos Humanos, Salud y Violencia (PRAIS), Alcohol y Drogas y reinserción Social de Personas con Discapacidad de Causa Psíquica.

Sin embargo, el desarrollo logrado en las distintas áreas prioritarias no ha sido igualmente visible. El sector registra, por tratarse de estrategia nueva, un avance real en la incorporación de acciones de promoción y prevención de la salud mental en Atención Primaria (Consultorios y COSAM), así como la instalación de profesionales y equipos con responsabilidad en temas específicos: Violencia, Alcohol y Drogas y Reinserción Social. La magnitud de las brechas existentes al principio de la década y la ausencia de una estrategia específica de desarrollo de redes a nivel nacional han condicionado que lo invertido hasta el momento en la Red de Servicios Clínicos no haya permitido un aumento suficiente de la cobertura, calidad y oportunidad de las atenciones como para que sea valorado por las personas ni para mejorar el nivel de salud mental de la población beneficiaria.

Es importante considerar que, a la vez que se reafirma el principio de que la salud es un derecho, el contexto actual tiene características especiales. Ahora, probablemente, algunas de las condiciones más significativas a considerar para el desarrollo acelerado de una Red de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental son **la necesidad creciente de servicios** (sustentada en la epidemiología y la demanda), un sistema de salud que **debe**

aumentar la oferta, la calidad y la oportunidad de la atención controlando los costos (costo efectivo basada en evidencia) y la **existencia de actores múltiples** en la resolución de los problemas de salud de las personas (Servicios de Salud descentralizados, Municipalidades, Sistemas de Salud Privada, Colegios Profesionales, Universidades, etc.).

La realidad nacional e internacional ha demostrado que la selección de tratamientos efectivos, entregados en redes de servicios diversificados y coordinados en sectores geográficos y poblacionales delimitados, es la estrategia que permite optimizar los recursos existentes y realizar las inversiones necesarias para el desarrollo de nuevos servicios que respondan a las necesidades actuales y a las futuras. En este sentido, la experiencia con que cuentan los equipos centrales, en Seremis, en Servicios de Salud y en las comunas, constituye una fortaleza para la gestión de un Plan de Desarrollo de una Red de Atención en Psiquiatría y Salud Mental. Lo es también la coincidencia lograda por los distintos actores en el tema, de la que es expresión concreta la presente comisión Minsal - Colegio Médico. Por otro lado, el menor crecimiento de las necesidades de atención por otras enfermedades (incluso estancamiento y reducción en algunas de ellas) en los próximos años y la posibilidad de reorientar algunos recursos de atención psiquiátrica, son también una oportunidad para el desarrollo de este Plan, en la medida en que liberarían una cierta cantidad de recursos.

Por último, a mediano plazo, los recursos que se asignen serán compensados, no sólo con un mejor nivel de salud y de bienestar de las personas, sino también con el menor peso socio-económico de la enfermedad mental para toda la sociedad.

II. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Las enfermedades mentales afectan a un gran número de personas, generan un alto nivel de discapacidad y favorecen la aparición y mantenimiento de muchos otros problemas de salud.

1. Peso de la enfermedad mental en Chile

El peso de la enfermedad puede estimarse por los años de vida saludables perdidos, lo que tiene el máximo valor en sí y a través de los costos económicos que genera.

Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA) por enfermedades mentales en Chile en población adulta*

Nº	Enfermedad	Hombres	Mujeres	General	% total AVISA nac.
9	Dependencia y psicosis alcohólica	46.134	7.331	53.465	2,99
10	Trastornos depresivos	13.670	39.610	53.279	2,98
12	Alzheimer y otras demencias	19.842	24.741	44.582	2,49
14	Esquizofrenias / otras psicosis	16.104	16.384	32.487	1,82
17	Suicidio	24.940	4.994	29.934	1,67
19	Trast. estrés post-traumático	10.511	16.973	27.483	1,54
30	Dependencia drogas	11.260	2.695	13.955	0,78
37	Trastornos bipolares	6.186	6.086	12.271	0,69
TOTAL AVISA ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS		148.644	118.813	267.457	14,96
TOTAL AVISA NACIONAL				1.789.022	

* Estudio Minsal - Banco Mundial, 1993

Estimación de costo anual por menor productividad asociada a los Años de Vida Saludables Perdidos por enfermedades Mentales en Chile

AVISA	Hombres	Mujeres	Total
Nº Años de vida saludables perdidos por E. Mentales	148.644	118.813	267.457
Ingreso Medio de personas entre 35 y 44 años, 1995*	3.184	2.058	
TOTAL (M\$)	473.282.496	244.517.154	717.799.650

* "Impacto Socioeconómico del Uso del Alcohol en Chile, 1998 Ministerio de Salud Universidad de Chile, Facultad de Ciencia Económicas y Administrativas

1.1. Es importante considerar que las enfermedades mentales son un factor condicionante de otras enfermedades, por ejemplo, la cirrosis hepática, la que es responsable del 1,8% de los años de vida saludables perdidos en nuestro país y de los homicidios y violencia, responsables del 1,37% de ellos.

2. Prevalencia de las enfermedades mentales en Chile

2.1. En población adulta

Prevalencia de seis meses de trastornos psiquiátricos Santiago e Iquique*

	Santiago - 1992 (%) (n=1363)	Iquique - 1995 (%) (n=306)
Algún trastorno CIDI / DIS	23,99	27,78
Trastornos afectivos	9,46	11,44
Trastornos ansiosos / somatomorfos	7,26	9,48
Abuso/dependencia sustancias	7,04	12,75
Dependencia alcohol	3,30	4,90
Trastornos esquizofrénicos	1,03	n/d
Personalidad antisocial	0,66	1,31
Estrés post-traumático	1,61	1,31
Deterioro psicoorgánico	4,40	2,94

* Departamento de Psiquiatría Universidad de Concepción

2.2. En población infantil

Exploración diagnóstica de una muestra de 99 niños entre 5 y 8 años,
Santiago poniente, 1993
(Escolares primer año básico, presuntamente sanos)

Código	Diagnóstico CIE - 10*	%
	Algún trastorno	24,2
90.1	T. de la actividad y atención	6,2
43.2	T. adaptación reacción depresiva-ansiosa	4,0
98.0	Enuresis no orgánica	4,0
98.1	Encopresis no orgánica	3,0
93.0	T. ansiedad / fobia	2,0
50.1	Anorexia nerviosa	1,0
82.0	T. específico desarrollo psicomotor	1,0
91.8	Otros T. disociales y emociones mixtos	1,0
	Otros	2,0

* De la Barra, *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, Cohorte 1993, Nº 35, pág 17-24, de 1997

3. La población consultante en el nivel primario de atención reconoce una alta frecuencia de trastornos psiquiátricos.

Prevalencia en el último mes de trastornos psiquiátricos
en atención primaria, Santiago oriente
1990 - O.M.S.*

Trastorno Psiquiátrico	Total	Hombres	Mujeres
Algún trastorno psiquiátrico	53,5	54,6	53,0
Depresión	29,5	11,2	36,8
Ansiedad generalizada	18,7	26,3	21,8
Neurastenia	10,5	6,4	12,1
Abuso alcohol	10,0	33,8	11,2
Dependencia alcohol	2,5	5,6	1,2
Trastorno de somatización	17,7	33,8	11,2

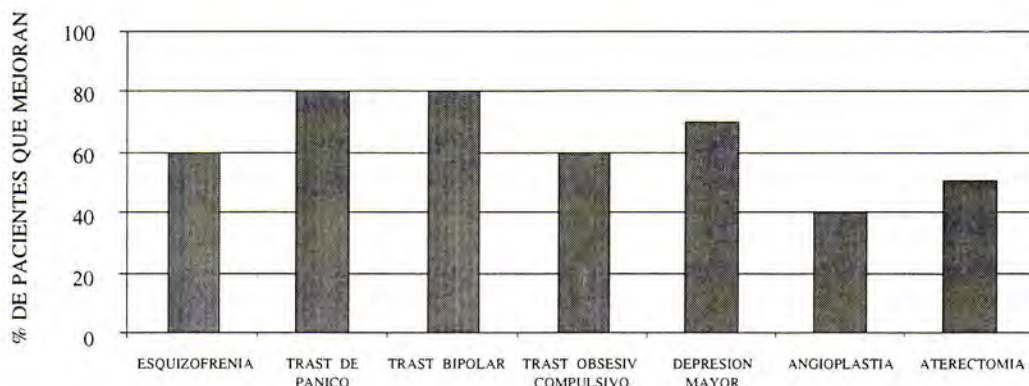
* Ustun TB, Sartorius N Mental Illness in General Health Care, an International Study World Health Organization 1995

III. EVIDENCIA ACERCA DE LA EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS

1. Aun en países con un gran desarrollo tecnológico de la medicina, la efectividad a corto

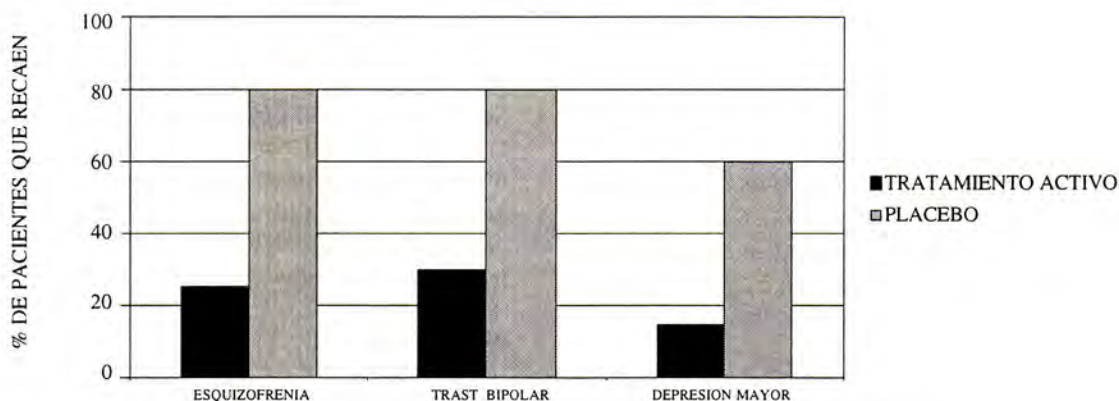
plazo de los tratamientos psiquiátricos es alta, incluso en comparación con tratamientos quirúrgicos complejos(1), como se observa en el siguiente gráfico:

EFICACIA DE TRATAMIENTO PARA CINCO ENFERMEDADES MENTALES Y DOS PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES QUIRURGICOS



Es posible demostrar también la eficacia a largo plazo de los tratamientos psiquiátricos (1):

EFICACIA A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO PARA TRES ENFERMEDADES MENTALES SEVERAS



2. Los estudios sistemáticos acerca de las experiencias clínicas en la efectividad de los distintos tipos de tratamientos permite disponer de información fiable, al menos para las enfermedades mentales más frecuentes.

Enfermedades mentales en general

- En la actualidad las enfermedades mentales pueden ser diagnosticadas y tratadas tan precisa y efectivamente como cualquier enfermedad (1).
- Una cobertura apropiada de tratamiento de enfermedades mentales produce una disminución del 10% en la utilización y costo de servicios

de salud en las personas que las padecen, junto con un ahorro en gastos sociales superior a la inversión (1).

Depresión

- Los medicamentos antidepresivos son significativamente superiores a los placebos en cerca del 70% de los casos (2).
- El 80 a 85% de los pacientes se pueden mejorar de una depresión si se substituyen antidepresivos o se agregan suplementos farmacológicos en caso de resistencia inicial (1).
- Las psicoterapias específicas para depresiones (cognitivas, conductuales, interpersonales) pue-

den ser tan efectivas como los medicamentos en cuadros de mediana o baja severidad, o reforzar el efecto de los medicamentos en cuadros de mayor severidad (1).

- Programas de detección oportuna y tratamiento efectivo de depresión disminuyen en forma significativa la tasa de suicidios (3).

Dependencia de alcohol y drogas

- El 70% de las personas tratadas por dependencia de alcohol y drogas son capaces de abstenerse totalmente o tener sólo breves episodios de consumo (4).
- 70% de las personas tratadas por dependencia de alcohol reducen el porcentaje de días de beber excesivo de 75% a 5-10%, mejorando el estado de salud y el funcionamiento familiar (4).
- 90% de las personas tratadas que logran abstinencia por 2 años continúan libres de alcohol y drogas al cabo de 10 años(4).
- Disminución de un 45-55% del consumo de marihuana y cocaína en personas adictas tratadas (5).
- Disminución de un 49% de las actividades ilegales en personas tratadas que previamente se ganaban la vida con actividades delictuales (5).
- 12 meses después de tratamiento (con internación o ambulatorio) sólo 18 a 22% de los pacientes continúa usando cocaína con frecuencia semanal o mayor (6).

Trastornos de Ansiedad

- Con tricíclicos (ej. amitriptilina, imipramina) e inhibidores de recaptación de serotonina (ej. fluoxetina, sertralina) se demuestra una mejoría significativamente mayor que con placebos, en personas con trastornos de estrés post-traumático (7, 8).
- Con clomipramina e inhibidores de recaptación de serotonina se obtiene una respuesta positiva en el 58% de los casos versus 3% con placebos en trastornos obsesivo compulsivos (7, 8).
- Disminución significativa de síntomas de trastorno de estrés post-traumático con terapia cognitiva conductual (9).
- Con IMAO, fluoxetina y clonazepam se muestra una mejoría significativa frente a placebos (60 a70% de los casos) en fobia social (7, 8).

- Con tricíclicos (ej. amitriptilina, clomipramina), inhibidores de recaptación de serotonina (ej. fluoxetina, sertralina) y benzodiazepinas (ej. alprazolam, clonazepam) se obtiene una respuesta positiva en el 70 a 80% de los casos versus 40% con placebos en trastornos de pánico y agorafobia (7, 8).
- Con terapias conductuales y cognitivas se obtienen resultados comparables a los de medicamentos en trastornos de pánico y agorafobia, con efectos sostenidos durante seguimientos de 2 o más años (1).

Esquizofrenia

- El 40 a 50% de los pacientes agudos o crónicos tiene una remisión 6 semanas después de iniciar medicamentos antipsicóticos (10).
- El 30 a 60% de los pacientes resistentes a medicamentos antipsicóticos mejora con clozapina (11).
- La adición de tratamientos psicosociales específicos a los antipsicóticos reduce la tasa de reingresos a un 25 a 30% en un período de 2 años (1).
- Se obtiene de un 50 a 60% de reducción en las tasas de recaídas al mantener los pacientes con medicamentos antipsicóticos (10).
- Se obtiene un 50% de disminución en la tasa de intentos de suicidio al mantener los pacientes con medicamentos antipsicóticos (10).

Trastorno bipolar

- Existe de un 80 a 90% de efectividad del tratamiento con litio en bajar la severidad de episodios agudos (10).
- Se obtiene de un 60 a 80% de reducción en las tasas de recaídas al mantener los pacientes con litio (10).
- Se obtiene un 60% de disminución en la tasa de intentos de suicidio al mantener los pacientes con litio (10).

Alzheimer y otras demencias

- Se obtiene un 50% de reducción de la tasa de mortalidad con un programa de educación de los cuidadores (12).
- Un programa de educación de los cuidadores permite aumentar 4 veces la tasa de pacientes capaces de "vivir con la familia" (12).

Trastornos de hiperactividad y déficit atencional

- Existe consenso entre los expertos nacionales e internacionales acerca de la efectividad tanto de las intervenciones psicosociales y el tratamiento farmacológico con psicoestimulantes, coincidiendo en que ésta es mayor cuando ambos tratamientos se complementan (13).

IV. BRECHAS NACIONALES DE RECURSOS Y PRESTACIONES EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD 1997

Las diferencias entre la estimación de las necesidades de profesionales y de prestaciones y los existentes, constituye la brecha que es necesario reducir.

Brechas de recursos (1) (2)

Recursos	Necesarios	Existentes	Brecha
Nº PSIQUIATRAS INFANTILES (3)	103	37	66
Nº PSIQUIATRAS ADULTOS (3)	237	169	68
Nº PSICOLOGOS EN APS	370	111	259
CAMAS CORTA ESTADIA	1.052	878	174
CAMAS MEDIANA ESTADIA	240	0	240
CAMAS LARGA ESTADIA	954	1 136	(182)
PLAZAS HOSPITAL DIURNO	526	60	466
PLAZAS HOGARES PROTEGIDOS	3 030	254	2.776
PLAZAS CENTROS DIURNOS REHABILITACION	3 787	754	3.033

(1) Los cálculos de brechas se han hecho en base a Estimación de Población Beneficiaria oficializada por la Subsecretaría del MINSAL en Ord. Nº 1842 del 4 de mayo de 1998 y en base a estándares definidos en la Guía Metodológica para Estudios de Red Asistencial Regionales de la DINRED, MINSAL

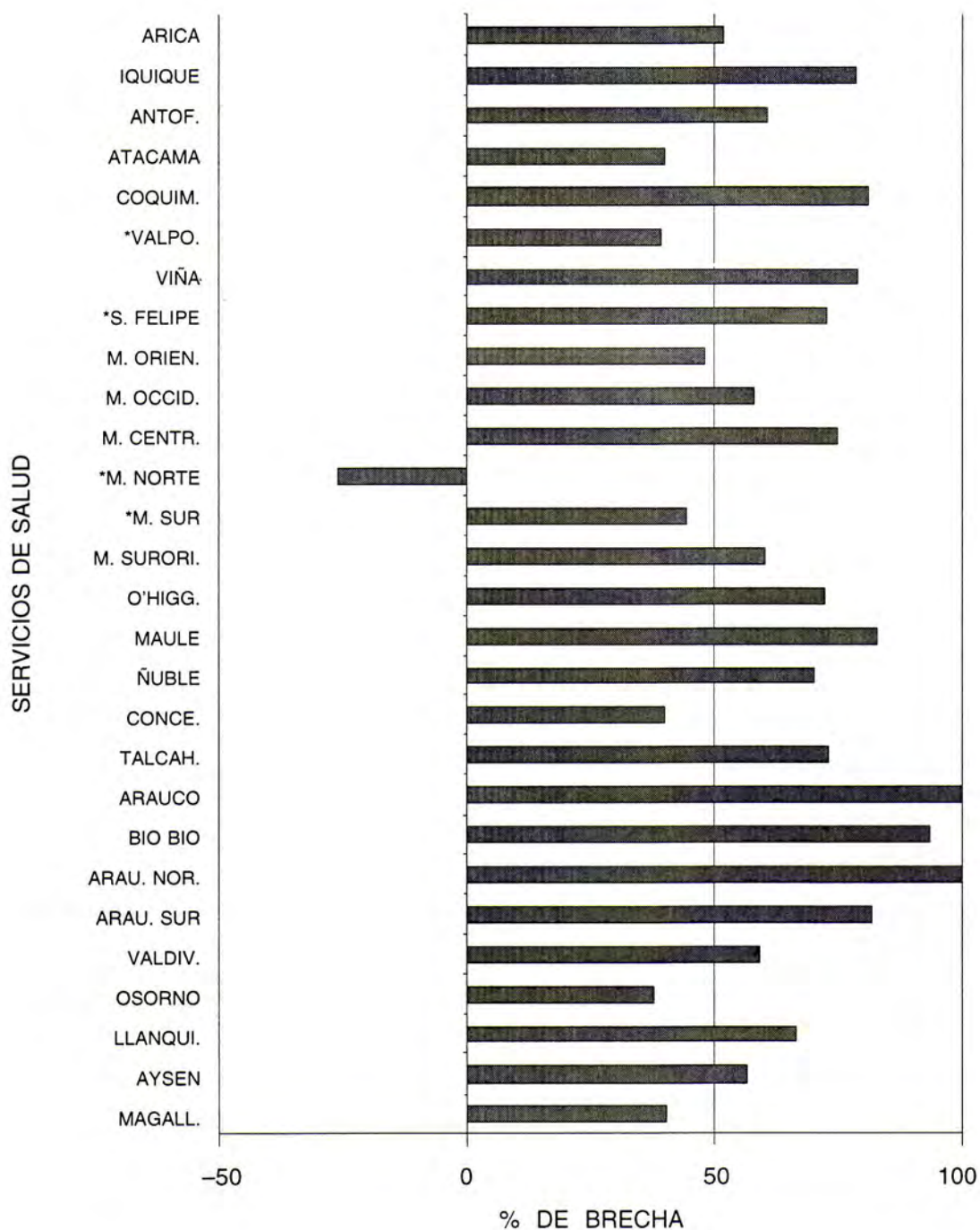
(2) Esta estimación no considera las brechas de especialidades, tales como Psiquiatría Forense (106 camas), Adicciones (40 camas) y otros problemas de salud mental emergentes (40 camas)

(3) Calculado en base a jornadas psiquiátricas de 44 horas semanales, aunque el promedio nacional de la jornada psiquiátrica contratada es de 27 horas semanales.

Brechas de prestaciones a nivel nacional y por Servicio de Salud

Nº de consultas anuales (nacional)	Necesarios (nacional)	Existentes (nacional)	Brecha (nacional)
Nº CONSULTAS PSIQUIATRIA	593 144	320 756	272 388
Nº CONSULTAS SALUD MENTAL A P S	1 514 194	249 396	1 264 798

Brechas en Consultas Ambulatorias Psiquiatría en Servicios de Salud del País, 1997



* SS con Hosp. Psiq. que recibe derivación de pacientes de otros SS.

1. Brecha del presupuesto país 1998 para psiquiatría y salud mental

Presupuesto Psiquiatría y Salud Mental 1998

	En miles de \$	%
HOSPITALES PSIQUIATRICOS	3.787.624	42.21
CAMAS PSIQUIATRICAS EN HOSP. GRALES.	1 677.832	18.70
CAMAS HOSPIT DIURNA	106 350	1.19
CONSULTAS PSIQUIATRA	1 140 047	12.71
FONDO POLITICA Y PLAN	1 928 775	21.50
CONSULTAS Y ACTIV S. MENTAL APS	332 010	3.70
TOTAL	8 972 638	100.00

Porcentaje del presupuesto total de salud destinado a psiquiatría y salud mental

* CHILE (1)	1,2%
* PROVINCIA DE ONTARIO (CANADA) (2)	8 - 10%
* ESTADOS UNIDOS (2. 3. 4)	8 - 10%
* GRAN BRETAÑA (2. 5)	12 - 16%

(1) Estimación realizada en base al Presupuesto traspasado a los Servicios de Salud en 1998: M\$ 710.000.000.

(2) Substance Abuse and Mental Health Service Administration (USA). National Expenditure for Mental...96

(3) Lin. E. *et al.* Variations in mental health needs and fee for service .. Psychiatric Services 49: 1445, 1998.

(4) National Advisory Mental Health Council (USA) Senate Report 1993. Am J Psychiatry 150:10, 1993.

(5) Goldberg D., comunicación personal.

V. MODELO DE RED NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA

Se recomienda la organización progresiva, en tres niveles, de los distintos dispositivos que se señalan:

I. Atención primaria

- Establecimientos y **equipos de atención primaria** con capacidad para realizar promoción de salud mental y prevención, reconocimiento, tratamiento y derivación de enfermedades psiquiátricas (de acuerdo a capacidad de resolución), mediante actividades directas con las personas y de acciones intersectoriales.

- Incorporación de **psicólogos** como parte de los equipos de los Centros de Salud Familiar y Consultorios Urbanos.
- Desarrollo de un **Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría**, que asegure la realización coordinada de las actividades prioritarias y disponga de los recursos humanos y operacionales necesarios.
- **Articulación de los equipos de atención primaria con los equipos de psiquiatría**, mediante reuniones clínicas y de Consultoría periódicas con el fin de mejorar resolutiveidad, diseñar y evaluar flujogramas de pacientes y evitar referencias innecesarias. En la medida en que no es posible asegurar este tipo de articulación en la compra de servicios a especia-

listas aislados, la comisión considera que este mecanismo no debe utilizarse en programas de psiquiatría y salud mental

2. Atención psiquiátrica

En cada Servicio de Salud se requiere, de acuerdo a estándares basados en el diagnóstico epidemiológico, a las necesidades expresadas localmente por la población, y a sus características socio-culturales, como mínimo :

- Un **equipo de psiquiatría ambulatorio** por cada 40.000 beneficiarios (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores), conformado por psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, técnico paramédico y monitor. Este equipo recibe los pacientes sólo por derivación del médico de atención primaria. *De acuerdo a estándar nacional* se requiere de 44 horas de psiquiatra y 44 horas de psicólogo por cada 40.000 beneficiarios.* Los profesionales que trabajan en estos equipos, debieran, además compartir horas con otros dispositivos de la red de este nivel o del nivel de subespecialidad.
- Un **Hospital de Día**, como alternativa a la hospitalización en pacientes con enfermedades de menor gravedad y que cuentan con red social de apoyo, y como post-alta para acortar duración de internación. Reciben los pacientes derivados por el equipo de psiquiatría general y del servicio de psiquiatría de corta estadía. *De acuerdo a estándar nacional* se requiere 1 plaza por cada 10.000 a 14.000 adultos beneficiarios.*
- Un **Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía** (de preferencia en hospital general) para el manejo de episodios agudos y actividades de psiquiatría de enlace y psicología de la salud con otros Servicios Clínicos. Reciben pacientes derivados por el equipo de psiquiatría general y de otros servicios clínicos del hospital general. *De acuerdo a estándar nacional* se requiere 1 cama por cada 5.000 a 7.000 adultos beneficiarios.*
- Un Sistema de **Atención de Urgencias Psiquiátricas**, mediante el refuerzo de la capacidad de resolución de los Servicios de Urgen-

cia Generales y la incorporación de psiquiatras a ellos (número de horas de psiquiatras según demanda).

- **Hogares y residencias protegidas**, con componentes flexibles y diversificados según necesidades de las personas con enfermedad mental, tanto para corta estadía (crisis, transición post-internación, etc.) como para larga estadía. Recibe los pacientes derivados por el equipo de psiquiatría ambulatorio y del servicio de psiquiatría de corta estadía. *De acuerdo a estándar nacional* se requiere 1 plaza por cada 2.083 adultos beneficiarios.*
- **Programas de rehabilitación social y laboral**, y apoyo a organizaciones de autoayuda, agrupaciones de familiares y comunidades terapéuticas. Las personas son derivadas a los programas de rehabilitación por el equipo de psiquiatría ambulatorio. *De acuerdo a estándar nacional* se requiere 1 plaza de rehabilitación por cada 1.666 adultos beneficiarios.* Para estos programas se requiere de una coordinación multisectorial efectiva.
- **Equipos de Psiquiatría de Niños y Adolescentes**, conformados por al menos un psiquiatra infantil y otros profesionales con especialización en niños y adolescentes. *Se requiere de 1 psiquiatra infantil por cada 40.000 niños y adolescentes beneficiarios, de acuerdo a estándar nacional*.*
- **Hospital de Día para Niños y Adolescentes**. Se requiere de 1 plaza por cada 20.000 a 28.000 niños y adolescentes.
- **Unidades de corta estadía para adolescentes** entre 10 y 19 años (los niños menores con cuadros agudos deben ser atendidos en hospital de día u hospitalizados en Servicios de Pediatría con apoyo de psiquiatría de enlace), en los Hospitales Pediátricos o Servicios de Psiquiatría de Corta Estadía. *Se requiere de una cama por cada 10.000 a 14.000 personas entre 10 y 19 años.*
- **Reuniones clínicas y de consultoría** periódicas de los equipos de psiquiatría ambulatoria con los equipos de Adicciones, Mediana y Larga Estadía, Salud y Violencia, y Psiquiatría Forense, con el fin de mejorar resolutivez de este nivel y evitar referencias innecesarias a subespecialistas.

3. Atención de Subespecialidad Psiquiátrica

Los siguientes componentes recibirán pacientes por derivación de equipos de psiquiatría gene-

* Estándares nacionales definidos en "Estudio de Red Asistencial Guía Metodológica", División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud, Santiago de Chile 1997

ral (con un sistema de referencia regional y nacional):

- **10 Unidades de Adicción Ambulatorias** (4 de ellas con Unidades de Hospitalización de 20 camas). Si bien la mayoría de los pacientes con dependencia a alcohol y/o drogas serán atendidos en el nivel primario y red de psiquiatría general, en conjunto con grupos de autoayuda y comunidades terapéuticas, una proporción de ellos requiere de interconsulta o tratamiento por parte de un equipo con un grado mayor de especialización en este tema.
- **8 Servicios de Mediana Estadía**, con un promedio de 30 camas cada uno, para pacientes que requieren de 2 a 12 meses de hospitalización debido a patología psiquiátrica resistente a los tratamientos habituales y/o discapacidad psicosocial. Estos servicios requieren una concentración mayor de recursos profesionales, técnicos, farmacológicos, de rehabilitación y de procedimientos especiales, con un costo estimado de 1,2 veces el valor del día cama de corta estadía
- **4 Servicios de Larga Estadía**, para pacientes que requieren más de 12 meses de hospitalización. Estos Servicios se destinarán principalmente a los pacientes actualmente internados en Servicios de Crónicos y que no puedan desarrollar conductas que les permitan vivir en hogares o residencias protegidas. Se procurará disminuir gradualmente el número de camas de estos servicios.
- **Unidades de Salud y Violencia Ambulatorias**. Los actuales equipos se integrarán a los Servicios Clínicos Ambulatorios, dedicando parte de sus horas profesionales como recurso de referencia con mayor especialización en el tema y a mantener la atención de los beneficiarios del programa PRAIS, de acuerdo a las necesidades.
- **Psiquiatría Forense**: Programas Ambulatorios, 3 Unidades de Psiquiatría Forense de Mediana Complejidad y 1 Unidad de Psiquiatría Forense Alta Complejidad, según ha sido

definido por esta misma comisión en un Plan elaborado para el desarrollo de esta subespecialidad.

- **Unidades para la atención de problemas emergentes**, de acuerdo al desarrollo epidemiológico de los próximos años y a la demanda social, creándose por ejemplo, en temas como Disorexias, Patologías Duales, Agresividad, Suicidio.

REFERENCIAS

1. National Advisory Mental Health Council (USA). Senate Report 1993. *Am. J. Psychiatry* 150: 10, 1993.
2. Joffe, R. *et al.* Antidepressant treatment of depression: a metaanalysis. *Can. J. Psychiatry*, 41: 613, 1996.
3. Desjarlais, R. *et al.* "World Mental Health", chapter 3: Suicide, pág. 68, 1995.
4. American Psychiatric Association. "Practice Guidelines for Treatment of Patients with Substance Abuse", 1995.
5. Substance Abuse and Mental Health Service Administration (USA). "The national treatment improvement evaluation study", 1997.
6. NIDA. The drug abuse treatment outcome study (DATOS), 1997.
7. Shatzverg, A.; K. Nemeroff C. *Textbook of Psychopharmacology*, 1995.
8. Gabbard, G. "Treatment of Psychiatric Disorders", 1995.
9. Lubin, H. *et al.* "Eficacy of Psychoeducational Group Therapy in Reducing Symptoms in Post Traumatic Stress Disorders", *Am. J. Psychiatry*, 155: 9, 98.
10. The World Bank. "Disease Control Priorities in Developing Countries", 1993.
11. WHO. "Schizophrenia and Public Health", 1996.
12. Brodaty, H.; Peters, K. "Cost Effectiveness of a training program for dementia carers", *Int. Psychogeriatr.*, 1991.
13. Informe estudios presentados al XII Congreso de la Sociedad Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, en el tema monográfico Deficit Atencional, 1993.