



**DEPARTAMENTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD**

**ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: SALUD MENTAL**

**INSUMO PARA LA EVALUACIÓN FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD**

**2011-2020**

**Santiago, Enero 2020.**

## CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO .....	3
I. INTRODUCCIÓN .....	8
II. MARCO CONCEPTUAL.....	8
III. OBJETIVOS .....	19
IV. METODOLOGÍA .....	19
V. RESULTADOS .....	26
VI. CONCLUSIONES .....	80
VII. RECOMENDACIONES.....	82
VIII. PRÓXIMOS PASOS.....	83
IX. REFERENCIAS .....	85

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento tiene como objetivo presentar los principales hallazgos del Análisis Crítico del Tema Salud Mental, el cual forma parte de los insumos necesarios para la evaluación de final de periodo, el proceso de priorización de temas y formulación del Plan Nacional de Salud 2021-2030.

Este análisis fue realizado a partir de cuatro componentes, cada uno de ellos como requisito en el cumplimiento de los objetivos planteados.

En esta sección se presenta una síntesis de los hallazgos, de acuerdo a:

1. Los resultados obtenidos en los diferentes componentes
2. Las principales conclusiones y recomendaciones derivadas de este documento

### 1. Resultados Obtenidos

*Análisis de situación y diagnóstico actualizado de indicadores.*

El objetivo de este componente fue realizar un análisis epidemiológico del tema Salud Mental en Chile y regiones, así como analizar los indicadores nacionales e internacionales a partir de los cuales es posible medir los avances en el tema. De acuerdo a esto, se obtuvieron los siguientes resultados:

- El porcentaje de muertes registradas con los códigos CIE 10 F00-F09, varió en la última década de 3,0% y el 1,8% del total de las muertes de esos mismos años, respectivamente, siendo las tres principales causas los trastornos psicóticos y del comportamiento, trastornos relacionados al consumo de sustancias, esquizofrenia y trastornos esquizoides.
- De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, el 11,4% de los mayores de 15 ha presentado alguna vez en su vida un trastorno del ánimo, siendo el más frecuente el trastorno depresivo con una prevalencia de vida de 9,6%. Por su parte, el trastorno bipolar I presenta una prevalencia de vida de 1,0% y el bipolar II de 0,7%.
- En las hospitalizaciones por desórdenes asociados a consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas entre el 2005 y el 2017, el volumen de egresos en hombres es de 2 a 4 veces mayor al de las mujeres a partir de los 15 años y hasta la adultez mayor.

- Entre el 2001 y el 2005, el grupo diagnóstico de la CIE 10 F20 a F29, correspondiente a esquizofrenia y otros trastornos esquizoides, determinaron entre 4.627 (2013) y 5.446 (2017) hospitalizaciones anuales, correspondientes entre el 67% y el 77% a diagnóstico de esquizofrenia.
- La población en control por trastornos ansiosos mostraría un incremento del 45% entre el 2014 y el 2018, pasando de 156.339 a 227.189 personas. Para el 2018, 1,87% de la población inscrita validada estaba en control por trastornos ansiosos, siendo de un 0,8% en hombres y un 2,5% en mujeres.
- En el caso de la esquizofrenia, entre el 2014 y el 2018, la población bajo control varió entre 3.280 y 5.010 personas, siendo la más alta el 2015 y la más baja el 2017. Los hombres corresponden a entre un 52% y 53% de los casos.
- De acuerdo con información de la SUCESO, el año 2017 el número de días pagados por cotizantes fue de 2,51 días ese mismo año por patologías de salud mental y del comportamiento. Para el año 2015 el número de días pagados por cotizantes fue de 2,31, en tanto que, al inicio de la década, este indicador fue estimado en 1,8 licencias por cotizante.

#### *Análisis de la Planificación Operativa Anual (POA).*

El objetivo de este componente fue analizar la tendencia de las acciones del sector en cuanto a la temática Salud Mental, a partir de la planificación operativa. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- La mayoría de las actividades del resultado esperado asociado a la inclusión social de personas con discapacidad de origen mental se concentra en realizar reuniones y jornadas con la comunidad y agrupaciones de familiares, instalación de espacios de participación, elaboración de informes de programas, difusión de normas técnicas, elaboración y evaluación de planes regionales para la reducción del estigma.
- Respecto al resultado esperado relacionado a mejorar la calidad del tratamiento en personas con trastornos mentales, las actividades se enfocan en realizar el monitoreo y evaluación de la atención en salud mental, informes de abandono, seguimiento de casos, seguimiento a población en riesgo y realización de encuestas de satisfacción usuaria.

- Las actividades asociadas al resultado esperado que busca mejorar el acceso al tratamiento oportuno de personas con trastornos mentales se enfocan en realizar capacitaciones a personal de salud respecto a la detección de problemas de salud mental. Además, se encontraron actividades relacionadas a componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio como, por ejemplo, difusión de información impresa, monitoreo de la notificación del riesgo suicida, reuniones periódicas y formación de comisión de prevención al suicidio.
- Como principales nodos críticos, se observó que: a) los informes de diagnósticos de situación elaborados muestran la falta de consultoría infanto-adolescentes en gran parte de la red de atención y de organizaciones comunitarias; b) existen brechas de derivación entre los distintos niveles de atención, de recursos humanos e infraestructura; y c) existen dificultades en la coordinación de acciones entre los programas y niveles de atención, pérdidas de seguimiento a usuarios, así como falencias en los procesos de registros y notificación de casos.

#### *Revisión de Literatura*

En esta instancia, el objetivo propuesto fue realizar una síntesis de la literatura disponible para distintas intervenciones que abordan directa o indirectamente el tema salud mental, con foco en depresión. En total se identificaron 18 intervenciones que fueron relacionadas con acceso al tratamiento (coordinación de gestión clínica y acceso geográfico) y adherencia al tratamiento (conocimiento y conciencia, tipo de tratamiento y autonomía del paciente). Estas intervenciones fueron cotejadas con las identificadas en la Planificación Operativa Anual (POA) y las referidas en las Guías Clínicas del tema. Esto, con el fin de que, en una instancia posterior, una o varias de ellas sean sometidas a un análisis de su efectividad.

#### *Análisis Comparativo*

El objetivo de este componente fue establecer la correspondencia entre las intervenciones realizadas en el sector, identificadas a partir de las Planificaciones Operativas Anuales (POA) del periodo 2016-2018, las identificadas en la revisión de la literatura, y aquellas que muestran respaldo de la evidencia en guías clínicas y orientaciones, de modo de establecer la brecha existente. De acuerdo a esto, en el POA se observa que la mayoría de las actividades se orientan a acciones encaminadas a promover la inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental y a mejorar la calidad del tratamiento de las personas con trastornos (seleccionados) de salud mental,

con entrega de información a pacientes y familiares sobre temas asociados con participación y dimensión social de las personas con trastornos, y al monitoreo y evaluación de la atención entregada. La literatura muestra intervenciones farmacológicas y psicosociales para mejorar calidad del tratamiento (lograr su remisión, reducción del episodio depresivo y/o recurrencia), así como las que se potencian con la gestión adecuada de casos desde la atención primaria. Además, intervenciones de terapia cognitiva conductual, estrategias para la familia de tipo comunitario y la psicoeducación comunitaria para disminuir el estigma.

En este sentido, se identifica que en ambos casos son las últimas actividades las que precisamente se encuentran poco priorizadas en el POA. Por ejemplo, para la reducción del estigma y promoción de participación, la entrega de información a través de material impreso y/o campañas comunicacionales y el monitoreo de consultorías parecen no tener una evidencia tan clara en cuanto a su efectividad.

## **2. Principales Conclusiones y Recomendaciones**

El trabajo realizado en este análisis crítico evidenció la necesidad de incluir el tema Salud Mental en la formulación de la próxima Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, considerando una importante carga de enfermedad para la población generada por los distintos tipos de trastornos mentales, a la cual se suma su relación interdependiente con otros problemas como el consumo problemático de sustancias psicoactivas, y su coexistencia con enfermedades crónicas.

Si bien existen fuentes de información que permiten hacerse una idea del comportamiento de los temas de salud mental en la población, se encontraron algunas dificultades en la medición de los indicadores nacionales planteados respecto a su precisión y comprensión. Por eso, se recomienda replantearse la forma en que se hace el monitoreo y evaluación de las acciones realizadas por el sector salud respecto al tema Salud Mental.

En este sentido, se recomiendan que dentro de un marco de evaluación los indicadores puedan contemplar una línea asociada al manejo de los intentos de suicidio, dado que es un indicador solicitado internacionalmente y que mide el nivel de salud mental en la población. Por otra parte, mejorar el acceso de la población a la atención de salud mental, o a indagar la brecha existente para el manejo de patología de salud mental.

Por otra parte, se recomienda el fortalecimiento de la planificación operativa de forma a incluir la evaluación de las actividades realizadas, a fin de determinar sus fortalezas y debilidades, y así elaborar acciones más atingentes, resolutivas y basadas en evidencias. En este sentido, se recomienda fortalecer acciones orientadas a mejorar la calidad del tratamiento, de modo a reducir la discapacidad asociada y a la reducción del estigma.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Los sistemas de salud son entidades complejas en las que coexisten múltiples actores distribuidos en distintos niveles y con diferentes funciones que atienden a poblaciones con un sinnúmero de necesidades de prevención y control de enfermedades, y con la esperanza de vivir el mayor tiempo posible en las mejores condiciones. Aunado a lo anterior, existen escenarios de desempeño para estos sistemas, en el que los recursos suelen ser insuficientes para enfrentar todas esas necesidades. De esta manera, cuando los países buscan obtener el mayor nivel de salud posible con los recursos con que cuentan, desarrollan acciones de planificación sanitaria que permitan la coordinación de esfuerzos, la eficiencia en el gasto y la efectividad en las intervenciones de salud que se priorizan.

En Chile, la experiencia de planificación sanitaria es de larga data, sin embargo, desde el año 2000, se ha realizado, estableciendo objetivos sanitarios explícitos y a nivel nacional, considerando una década como periodo para el desarrollo de estrategias que promuevan su alcance, así como la evaluación de sus resultados. El Plan Nacional de Salud 2011 – 2020 es la estrategia actualmente vigente y en proceso de evaluación. El Análisis Crítico de temas priorizados hace parte de la evaluación de final de período y, además, tiene el propósito de entregar insumos al Plan que regirá para el período 2021 – 2030.

El presente documento da cuenta del análisis crítico realizado al tema Salud Mental, con el fin de evaluar la posible relación entre resultados alcanzados en los diferentes niveles programáticos, con los avances en la salud de la población respecto de estos temas. Cabe señalar que éste análisis no pretende ser una evaluación del programa en sí mismo ni una evaluación final de la década, sino que debe considerarse como un estado de situación del tema hasta la fecha de disponibilidad de los datos que en éste documento se reporta.

## **II. MARCO CONCEPTUAL**

### **1. La Estrategia Nacional de Salud**

El Plan Nacional de Salud es la carta de navegación del sector salud. En él, están expuestos los principales desafíos que tiene el país en materia de salud y se plantean las alternativas estratégicas



que permitirán asumir estos retos, con el fin último de mejorar la calidad de la vida de las personas (1,2).

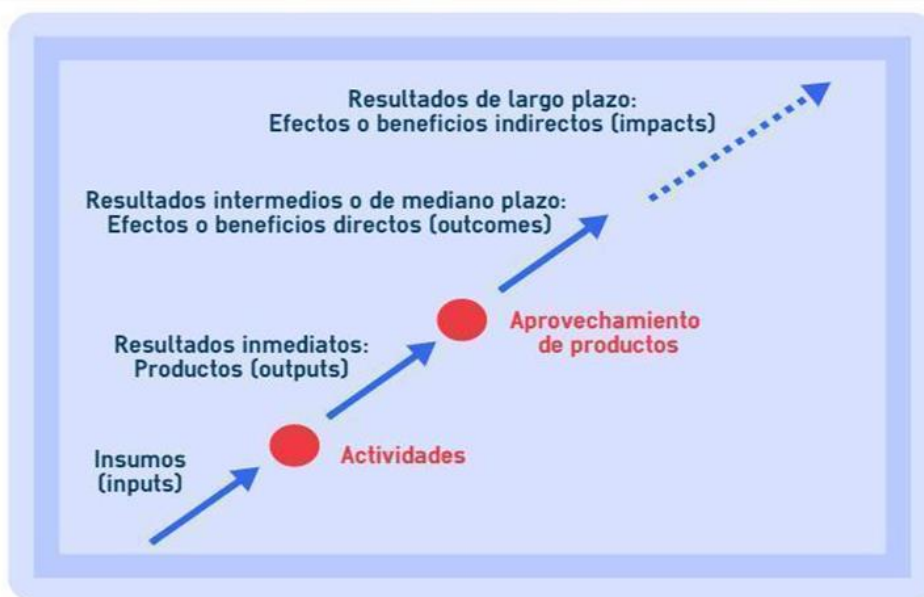
El Plan Nacional de Salud 2011-2020<sup>1</sup>, es el recurso orientativo bajo el cual en la actualidad se establece el quehacer del sector. Este, no abarca la totalidad de las necesidades en salud que tiene la población en Chile, sin embargo, considera una priorización de temas y de líneas de trabajo para poder abordarlos, con base en el establecimiento de una serie de logros definidos colectivamente y que se espera alcanzar en distintos niveles programáticos (1,2). Este, cuenta con 48 temas de salud, dispuestos en 9 ejes estratégicos, siendo los logros en cada tema promovidos a partir de una estrategia de gestión conocida como Gestión Basada en Resultados (GBR). Cada tema en salud cuenta con una *cadena de resultados* en la que se establece, con una lógica causal, aquello que es necesario alcanzar para que se generen los avances que se propusieron, y en donde, la participación de todos los actores, garantiza que sus procesos, productos y servicios, contribuyen al logro de estos resultados (3,4).

De esta manera, los resultados están organizados en niveles, los que se corresponden con distintos cambios esperables, según la forma y temporalidad de los mismos; existiendo además una lógica agregativa entre ellos, en donde lo logrado en un nivel, contribuye indefectiblemente al logro de lo planteado en el nivel subsiguiente (Figura 1). De acuerdo a esto, en el nivel superior se encuentran los Objetivos de Impacto (OI), que dan cuenta de cambios relevantes en la salud de las personas, los que tienden a ser de largo plazo y de mayor estabilidad en el tiempo; en el segundo nivel se encuentran los Resultados Esperados (RE), asociados al nivel de salud de las personas, sus factores de riesgo o determinantes, siendo más cercanos a intervenciones sanitarias específicas. Por último, en el tercer nivel se ubican los Resultados Inmediatos (RI), que se asocian directamente a los resultados de productos y servicios, que ejecuta cada nivel de responsabilidad en el sector salud.

---

<sup>1</sup> Corresponde a la versión actualizada de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 Metas Elige Vivir Sano.

Figura 1: Modelo de cadena de resultado de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.



Fuente: Tomado de ILPES / CEPAL (4).

Por otro lado, dado que la GBR es un proceso continuo de Hacer, Aprender y Mejorar, su incorporación en la Estrategia Nacional de Salud se expresa funcionalmente en un ciclo de vida que involucra el desarrollo de tres procesos clave: *planificación*, *seguimiento* y *evaluación*. Es así como, en la *planificación* se ha determinado *el qué* y *el cómo* de lo que se quiere alcanzar en el plan, de modo tal, que ocurriese una complementariedad entre el componente estratégico (prioridades y definiciones estratégicas) y operativo (acciones) de la misma. En este sentido, la planificación estratégica alude al proceso de establecimiento de los cursos de acción para alcanzar los objetivos propuestos a mediano y largo plazo (Resultado Esperado, Impacto, Sanitarios de la Década) mientras que, en la Planificación Operativa Anual, los organismos implicados especifican cada año, las actividades programadas y los recursos asignados para tales efectos.

Bajo esta perspectiva, la planificación Operativa Anual es un componente vital dentro del Plan Nacional de Salud, toda vez que a través de ella se organizan y explicitan los pasos y procesos necesarios, relacionados a las actividades que han de ser ejecutadas por parte de los equipos de salud para la implementación de las estrategias diseñadas (1,2). Como principal instrumento de gestión, este proceso considera el Plan Operativo Anual (POA), cuya elaboración es de resorte de todos los estamentos de la organización, en este caso del Ministerio de Salud.

El POA corresponde, a las acciones necesarias y suficientes para alcanzar los resultados inmediatos. Su elaboración contempla un ciclo de *Preparación*, *Formulación*, *Ejecución*, *Monitoreo*

y *Evaluación*, que se realiza usando el Sistema Informático para la Planificación Operativa (SIMPO), y con la coordinación del Departamento de Estrategia Nacional de Salud. El SIMPO funciona como repositorio de información desde el año 2016 a la fecha, y en él, es posible observar el curso de las intervenciones implementadas desde el sector, en pro del alcance de los resultados propuestos.

Por otro lado, a partir de los procesos de *seguimiento y evaluación*, el Plan Nacional actual ha podido ser modificado en base a lecciones aprendidas, mientras que el Nuevo Plan es construido en base a dichas lecciones. Lo anterior haciendo uso de procedimientos y herramientas, tales como la evaluación de mitad de periodo, el sistema de monitoreo de indicadores, el análisis crítico de temas y la evaluación final de período.

El Análisis Crítico, surge en el marco del proceso de formulación de los objetivos Sanitarios de la próxima Década, a partir de la necesidad de realizar para cada tema en salud, una evaluación detallada del desempeño de la gestión basada en resultados. Esto, con el fin de determinar su efectividad y suficiencia para el cumplimiento de los objetivos planteados. De esta manera éste análisis crítico se constituye como un importante insumo; punto de partida de la evaluación final de periodo, y de la etapa de preparación en la elaboración del plan de la próxima década.

Dado lo acotado de los tiempos, los temas de la Estrategia Nacional de Salud que hacen parte de dicho análisis, son aquellos que resultaron favorecidos a través de la realización de un proceso de priorización, o fueron indicados directamente por la autoridad. El tema Salud Mental dispuesto en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, cumple la primera condición, toda vez que a partir de su seguimiento se observa que las distintas enfermedades abarcadas en el tema generan discapacidad y, a la vez, una importante carga de enfermedad a la población afectada que, además, se asocia al consumo de sustancias psicoactivas y coexiste con algunas enfermedades crónicas.

## **2. Salud Mental**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental desde una perspectiva positiva como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (5). Abarca dimensiones más amplias de la

vida de una persona, por lo que no implica sólo la ausencia de trastornos mentales y está determinada por distintos factores socioeconómicos, biológicos, psicológicos y ambientales (6).

Por un lado, los problemas de salud mental son los que más afectan a la capacidad productiva de una persona y, por otro, se observa que el trabajo es uno de los principales factores que contribuye a la sensación de bienestar general. La OMS estima que, a nivel mundial, cerca de 300 millones de personas tiene depresión, siendo este trastorno la principal causa de discapacidad en la población y que afecta en mayor parte a las mujeres (7). En este sentido, por ejemplo, las personas con depresión mayor tienen un riesgo de muerte prematura entre 40% a 60% a más que la población general, debido a las comorbilidades generadas por otros problemas de salud y por el suicidio (8); y se observa que las personas que tienen enfermedades físicas crónicas presentan mayores tasas de depresión en comparación con los sanos (9).

Se observa que mitad de los trastornos mentales se presentan antes de los 14 años de edad, por lo que se calcula que, a nivel mundial, cerca de 20% de niños y adolescentes tienen algún problema de salud mental. Además, las regiones con mayores porcentajes de población con problemas de salud mental, son las que menos tiene recursos para subsanar tal problema. En este sentido, la distribución de profesionales para la atención en salud mental es desigual e inequitativa en el mundo (10). Lo que evidencia las brechas de inequidades relacionadas al tema entre países y dentro de uno país, en sus distintas regiones.

Por otra parte, los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol son considerados factores de riesgo al evento suicida el cual es un problema de salud pública que afecta principalmente a la población de 15 a 29 años de edad, siendo la segunda causa de muerte en este grupo. Además, es un factor de riesgo para enfermedades transmisibles como el VIH y no transmisibles como las cardiovasculares y diabetes (10).

En términos de costos, se estima que las pérdidas económicas a nivel mundial debido a los problemas de salud mental sumarían cerca de 16,3 billones de dólares para el periodo de 2011-2030 (8).

La OMS, a través del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (8), con el fin de mejorar la salud mental de la población y reducir la carga de morbilidad atribuible dentro de un enfoque integral, multisectorial y de derechos humanos, recomienda a los países que sus Ministerios de Salud asuman el liderazgo en implementar políticas y acciones adecuadas a la realidad nacional relacionadas a: la mejoría del acceso a la atención en salud mental, al aumento de la disponibilidad

de profesionales capacitados, la reorganización de los servicios de salud mental y su evaluación, así como las acciones relacionadas a la invalidez, reintegración laboral y social, y desarrollo comunitario. Este Plan vincula estrategias con otros Planes Mundiales como, por ejemplo, para la reducción del uso nocivo de alcohol, sobre la salud de los trabajadores y la prevención y control de enfermedades no transmisibles.

Además, el Programa de Acción de la OMS para superar las brechas en salud mental publicado en 2008 (11), tiene distintas recomendaciones basadas en evidencias para ampliar y mejorar la calidad de la prestación de salud dirigidas a los problemas de salud mental, principalmente en entornos de bajos recursos. El Programa fomenta acciones integrales en salud mental en los distintos niveles de la red asistencial y de capacitación profesional.

En este contexto, Chile ha desarrollado estrategias enmarcadas dentro del modelo de Salud Mental Comunitario que busca adherir al movimiento de Reforma Psiquiátrica a nivel mundial, buscando deshospitar el cuidado y desarrollar una red de cuidado familiar y comunitaria (12). Para eso, se han desarrollado acciones basadas en las normativas guías vigentes que incluye el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (13), el Modelo de Gestión en Centro de Salud Mental Comunitaria (14), Guía de Práctica Clínica para Depresión (9) y, más reciente, el Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025) (15).

En este sentido, se observó que los resultados nacionales de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, muestran una prevalencia de depresión de los últimos 12 meses a nivel país de un 9,6%, siendo un 4,2% para hombres y un 14,9% para mujeres<sup>2</sup>. De manera general, los resultados de la Encuesta muestran que los más afectados por la depresión son personas en edad laboral (25 a 64 años), mujeres y con menor nivel educacional (16).

Por otra parte, respecto al objetivo de impacto “disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con trastornos mentales”, a la fecha, sólo se cuenta con datos referente al promedio de días pagados por cotizante de licencias médicas curativas por causas asociadas a trastornos mentales. El promedio bajó de 1,8 en 2010 a un 1,02 en 2014, según información publicada en el Informe de Evaluación de Mitad de Período (17). Los demás componentes de la cadena de resultados referente al tema salud mental que dispone de distintos indicadores de objetivo de impacto y de resultados esperados, se encuentran con su evaluación limitada, dada las dificultades

---

<sup>2</sup> El dato es diferente del publicado en (16) porque el cálculo realizado para este Análisis Crítico fue ajustado por presencia de trastorno bipolar.

encontradas en la forma de medirlos que serán mostradas más adelante en este informe. Ello implica que el tema tiene limitaciones que dificultan conocer el estado de situación del problema, según lo que fue priorizado en la Estrategia Nacional de Salud (ENS) (1).

En este sentido, esta Revisión Crítica priorizó el tema depresión entre los problemas de salud mental, debido a su magnitud e impacto social y económico a nivel mundial y nacional. Además, busca explorar el estado de situación del tema salud mental, a partir de la información disponible en el sector, la forma como ha sido abordado a nivel nacional y su coherencia con las recomendaciones internacionales, así como la pertinencia de los indicadores propuestos y la relación entre objetivos y resultados obtenidos, a fin de generar insumos para la toma de decisiones a nivel nacional respecto al tema.

## **2.1 Historia Natural de la Enfermedad**

La salud mental es un factor indispensable para el bienestar de las personas y para el desarrollo de los países. Los trastornos mentales se relacionan a distintos determinantes sociales de la salud, contribuyen a la morbilidad y mortalidad prematura y son parte de las principales causas de discapacidad. Además, generan grandes costos sociales y económicos a los países y los recursos disponibles para abordar este problema son insuficientes y mal distribuidos. Ello, sumado al estigma social existente frente a tal problema y violaciones de derechos humanos, aumentan las brechas de inequidades y la vulnerabilidad de los grupos expuestos a mayores riesgos (11).

La depresión es definida como un trastorno del humor y estado de ánimo caracterizado por angustia mental persistente y pérdida de interés en las actividades de vida diaria y cotidianas. Está acompañada de síntomas que persisten por al menos dos semanas como, por ejemplo, la pérdida de energía, alteraciones en los hábitos alimentares y de sueño, ansiedad, baja concentración y atención, sensación de inquietud, sentimiento de culpa y desesperanza que, por veces, llevan a ideaciones suicidas. Se torna un problema de salud de acuerdo a la duración e intensidad de los síntomas, así como cuando desestabiliza el funcionamiento de ámbitos de la vida de la persona como es el trabajo, la escuela y/o la familia (7,18).

En este sentido, la depresión puede ser clasificada en leve, moderada y grave, según los criterios diagnósticos del CIE-10 y del DSM-IV que considera la cantidad e intensidad de los síntomas, así como el grado del deterioro funcional (9). En el episodio leve, la persona puede seguir con sus

actividades cotidianas, aunque tenga cierta dificultad, pero en el episodio grave existen grandes limitaciones para seguir con tales actividades. Además, los episodios depresivos pueden estar separados por intervalos de tiempo de episodios maníacos, lo que caracteriza el trastorno afectivo bipolar. Los episodios maníacos son caracterizados por el ánimo irritable o eufórico, hiperactividad, logorrea, exacerbación de la autoestima y alteraciones en los hábitos de sueño (7).

Por otra parte, la depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, independiente de edad, sexo y condición socioeconómica. Sin embargo, incide con más frecuencia en los grupos de jóvenes de 15 a 24 años de edad, en mujeres (principalmente con la maternidad) y en personas mayores con 60 años y más. Además, son considerados factores de riesgo la situación de pobreza, el desempleo, el impacto emocional ocasionado por la muerte de un cercano o ruptura de relaciones, algunas enfermedades físicas y problemas derivados del consumo adictivo de sustancias psicoactivas (18).

De manera general, los trastornos mentales generan comorbilidades con otras enfermedades transmisibles, no transmisibles y violencia, lo que aumenta la carga de morbilidad. En este sentido, por ejemplo, evidencias muestran que existe una relación bidireccional entre la depresión y el infarto del miocardio y diabetes mellitus (8). Por otra parte, la depresión es uno de los problemas de salud mental que influye negativamente en la adherencia al tratamiento de otras enfermedades (11).

Se observa que la depresión es un frecuente problema de salud mental responsable por un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, siendo una de las principales causas de discapacidad (representa un 11% de la carga mundial de AVAD) que afectan principalmente a las mujeres (8). En Chile, la tendencia es similar, dado que el último estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible mostró que la depresión es la segunda causa de AVISA en población general y primera causa en mujeres de 20-44 años de edad (8).

Respecto al tratamiento, se observa que, en la sociedad, el tema trastorno mental todavía es un tabú fruto del desconocimiento frente a ese tipo de enfermedad, lo que provoca estigmatización y discriminación. A menudo esa reacción social disuade a los pacientes y familiares a buscar atención de salud, siendo un factor que influye negativamente en la forma de atender a esas personas, así como en la reintegración laboral y social de manera general (10).

Durante muchos años los trastornos mentales fueron tratados a partir del aislamiento y malos tratos en instituciones hospitalocéntricas que dejaban de lado el cuidado digno e integral junto a familia y

comunidad, de manera a preservar sus derechos. Se observa que pocos países cuentan con medidas y políticas que proteja adecuadamente los derechos humanos de personas que sufren de algún tipo de trastorno mental (10). En este sentido, desde los años 90, con la Declaración de Caracas, los países han buscado reestructurar la atención en salud mental a través de estrategias psicosociales y comunitarias en lugar de instituciones cerradas como son los manicomios dentro del movimiento de Reforma Psiquiátrica (19).

Sin embargo, la literatura muestra que existen desafíos pendientes para una atención integral a los problemas de salud mental entre los cuales es posible mencionar: los déficits en el financiamiento de las atenciones en salud mental en los programas de salud pública, falencias en la organización de los servicios de salud mental y su coordinación con atención primaria y/u otros sectores (gubernamental y no gubernamental), así como la carencia de profesionales para este tipo de atención y el estigma social frente a ese problema (10).

En este sentido, si bien existen tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de las personas en el mundo que sufren de este problema no tienen acceso, lo que genera una brecha de tratamiento de un 56% a nivel mundial (11). Entre los principales factores que dificultan el acceso a la atención de salud y tratamiento se encuentran los déficits de recursos humanos capacitados, diagnósticos erróneos y el estigma y discriminación frente a los problemas de salud mental (7).

En Chile, las mejorías en la atención a los problemas de salud mental empezaron con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría implementado desde el año 2001 el cual incorporó la mayoría de las recomendaciones de la OMS. Con este Plan, se implementaron servicios de salud mental comunitarios, coordinados con otros servicios de salud y otros sectores; así como, se desarrollaron acciones preventivas y de intervención temprana junto a los usuarios, familiares y comunidad. Sin embargo, se identificaron algunos déficits relacionados principalmente a la ampliación presupuestaria (el presupuesto destinado fue menor al propuesto en el Plan), distribución de recursos (recursos humanos y de infraestructura son distribuidos geográficamente de forma desigual, siendo las regiones centrales las que tienen mayor concentración de recursos), así como la ausencia de una legislación que asegure el desarrollo del sistema de salud mental y el derecho de los pacientes (13).

Actualmente, el país cuenta con el Plan Nacional de Salud Mental que busca dar respuesta a la situación país, acogiendo a las recomendaciones internacionales las cuales adhirió en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2008 y de los Planes de



Acción en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Panamericana de Salud (OPS). Para eso, busca desarrollar estrategias enmarcadas en el modelo de salud integral, con enfoque familiar y comunitario, de manera sectorial e intersectorial, a fin de promover la salud mental, prevenir trastornos mentales y garantizar la atención de salud e inclusión social (15).

## **2.2 Salud Mental en la Estrategia Nacional de Salud**

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (1), fue formulada para dar alcance a los objetivos sanitarios de la década, apuntando a i) mejorar la salud de la población, iii) disminuir las inequidades, ii) aumentar la satisfacción de la población y iv) asegurar la calidad de las prestaciones de salud. En razón de ello, cada problema sanitario incorporado contiene una definición de alcances a través de su cadena de resultados, así como una jerarquía de indicadores que dan cuenta de los eventos necesarios de ocurrir para obtener el impacto planificado.

Teniendo en cuenta la prevalencia y la carga de enfermedad de los problemas de salud mental en el país, es que ese tema fue priorizado en la Estrategia como parte del Eje Estratégico N.2 “Enfermedades No Trasmisibles, Violencia y Discapacidad”. Para el tema Salud Mental se cuenta con un marco de trabajo orientado a reducir el promedio de licencias médicas asociadas a trastorno mental y disminuir la prevalencia de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal. Por tanto, considerando el curso natural de la enfermedad fueron definidos los siguientes resultados:

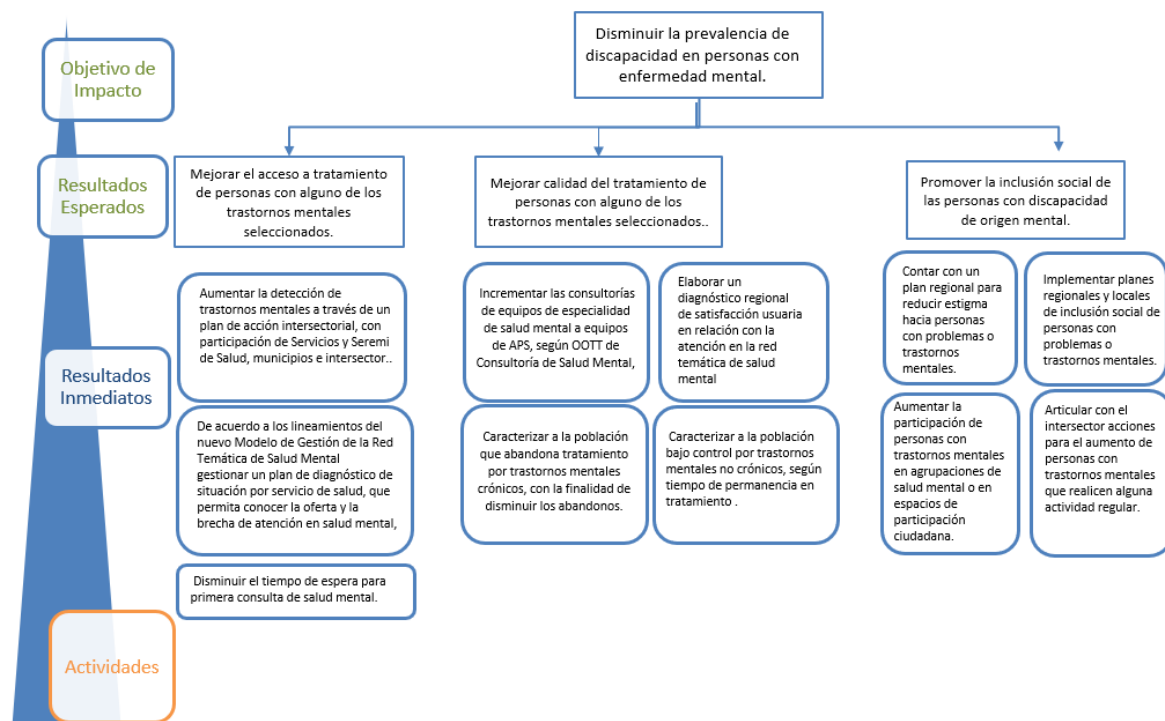
- **Objetivo de Impacto:** Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.
- **Resultados Esperado 1:** Mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales.
- **Resultados Esperado 2:** Mejorar la calidad del tratamiento en personas con trastornos mentales.
- **Resultado Esperado 3:** Promover inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental.

**Resultados Inmediatos:** a) Disminuir el tiempo de espera para primera consulta de salud mental;  
b) De acuerdo a los lineamientos del nuevo Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental

gestionar un plan de diagnóstico de situación por servicio de salud, que permita conocer la oferta y la brecha de atención en salud mental; c) Aumentar la detección de trastornos mentales a través de un plan de acción intersectorial; d) Elaborar un diagnóstico regional de satisfacción usuaria en relación con la atención en la red temática de salud mental; e) Incrementar las consultorías de equipos de especialidad de salud mental a equipos de APS, según OOTT de Consultoría de Salud Mental; f) Caracterizar a la población que abandona tratamiento por trastornos mentales crónicos; g) Caracterizar a la población bajo control por trastornos mentales no crónicos, según tiempo de permanencia en tratamiento; h) Articular con el intersector acciones para el aumento de personas con trastornos mentales que realicen alguna actividad regular; i) Aumentar la participación de personas con trastornos mentales en agrupaciones de salud mental o en espacios de participación ciudadana; j) Implementar planes regionales y locales de inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales; y k) Contar con un plan regional para reducir estigma hacia personas con problemas o trastornos mentales.

La relación causal de resultados para el tema, se resume en la Figura 2.

Figura 2: Cadena de resultados para el tema Salud Mental.



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

### **III. OBJETIVOS**

#### **1. Propósito**

Realizar un Análisis Crítico de los temas incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, generando insumos para la toma de decisiones y procesos de priorización en la formulación de los objetivos sanitarios de la próxima década.

#### **2. Objetivo General**

Determinar el estado de situación del tema Salud Mental en el marco de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

#### **3. Objetivos Específicos**

- Identificar y analizar indicadores nacionales e internacionales en el tema Salud Mental.
- Analizar la situación epidemiológica de los problemas de salud mental seleccionados en Chile y sus regiones.
- Determinar a partir de la planificación operativa si las acciones implementadas desde el sector contribuyen al logro de los objetivos planteados para el tema.
- Establecer el nivel de evidencia existente para las acciones priorizadas en los planes operativos.
- Identificar posibles factores que expliquen el estado de cumplimiento de los objetivos del tema en la Estrategia Nacional de Salud.

### **IV. METODOLOGÍA**

El proceso de Análisis Crítico del tema Salud Mental, es un trabajo desarrollado desde la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), liderado por el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) y con participación del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) y Evaluación de Tecnologías Sanitarias Basadas en Evidencia (ETESA).

Dicho proceso, inició con la instalación de una mesa de trabajo que sesionó semanalmente y en donde se establecieron los énfasis del análisis a partir de lo dispuesto en la Cadena de Resultados (CDR) para el tema. Esta, contó además en forma ocasional con la participación de los referentes técnicos centrales en la medida que fue necesario aclarar situaciones operativas o de disponibilidad de información.

Teniendo en cuenta el curso natural de la enfermedad, la cadena de resultados del tema y la evidencia disponible, en la mesa de trabajo se construyó un marco conceptual para orientar el abordaje, y se decidió dirigir y concentrar los esfuerzos de este análisis en la disminución de la prevalencia de discapacidad en personas con depresión, debido a su magnitud e impacto social y económico en el país, a través de intervenciones orientadas al acceso y a la adherencia al tratamiento. Lo anterior, bajo la premisa de que logrando mejorar el acceso y la adherencia al tratamiento, podríamos aspirar a disminuir la prevalencia de discapacidad y mejorar la calidad de vida de estas personas.

El proceso de análisis crítico, fue completado en un lapso de 8 semanas y desarrollado a partir de 4 componentes, cada uno con la correspondiente ejecución de procedimientos específicos y que son descritos a continuación.

## **1. Análisis de Indicadores y Epidemiológico.**

### **Metodología Análisis de Indicadores.**

Se revisaron los actuales indicadores que forman parte de la cadena de resultados de la estrategia, indicadores existentes a nivel internacional y potenciales indicadores que podrían surgir a partir de la historia natural de la enfermedad y los procesos de atención.

Los indicadores se clasificaron en este tema de salud de acuerdo a si correspondían a indicadores de carga de enfermedad, éxito terapéutico, calidad atención y del cuidado, de proceso y de daño. Para cada indicador, se definieron posibles fuentes de información, población en la que se mide, periodicidad de la medición, potenciales sesgos, entre otras características.

### **Metodología Análisis Epidemiológico.**

El análisis epidemiológico sobre el tema Salud Mental, involucró ciertas consideraciones que se detallan a continuación y que son relativas al uso de la fuente de información:

- Para el análisis de mortalidad se utilizaron los registros de mortalidad del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) usando los códigos CIE 10 del Capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento (F00-99). Se analizó la última década disponible (2008-2017) y los resultados se presentan en número brutos y proporciones.
- Se analizó la mortalidad por suicidio usando los códigos CIE 10 X60-84 del Capítulo de Causas Externas de Mortalidad y Morbilidad de los registros de mortalidad, considerándose un periodo de dos décadas (1997-2017). Se construyeron tasas de mortalidad usando como denominar las proyecciones de población actualizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), presentándose como tasas brutas y estandarizadas por la población de Chile 2002. Para el análisis regional se construyeron tasas trianuales, usando como denominador, la población de mitad del trienio.
- Se analizaron las muertes con códigos CIE10 Y10-34 correspondientes a eventos de intensidad no determinada y su relación con las curvas de mortalidad por suicidio. Por otro lado, los códigos Y87.0 (secuelas de lesiones autoinfligidas intencionalmente, agresiones y eventos de, se dejaron fuera del análisis puesto que en el análisis previo se detectó solo 4 casos en 20 años para ese código.
- Las hospitalizaciones por lesiones autoinfligidas se obtuvieron a partir de los registros de egresos hospitalarios del DEIS, usando los códigos CIE10 X60-84. Se construyeron tasas de hospitalización por esta causa por grupos de edad, sexo y región, y con población INE en los denominadores. El periodo abordado fue 2010-2017.
- Las prevalencias de ideación, planificación e intento suicida se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, específicamente de una submuestra de 3403 personas a las que se les aplicó el instrumento CIDI (Composite International Diagnostic Interview) versión 3.0, CAPI v.21. Se obtienen prevalencias de vida y de los últimos 12 meses. Por grupo de edad y sexo solo se analizó la ideación como posible marcador de riesgo suicida, en consideración del tamaño muestra y de la pérdida de precisión al desagregar por estas dos variables.
- Las prevalencias de patologías de trastornos del ánimo, se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, que aplicó a una submuestra de 3403 personas el instrumento CIDI (Composite International Diagnostic Interview) versión 3.0, CAPI v.21. Siendo la primera vez que este se aplica a nivel nacional, no se pueden hacer comparaciones. Para estos efectos se consideraron los casos con diagnóstico de trastorno depresivo de vida y últimos 12 meses o

trastorno bipolar I y II. Se consideraron estos diagnósticos como excluyentes, por lo tanto, cuando una persona daba positivo tanto a trastorno depresivo y a bipolar, se consideraba como bipolar. Los datos se analizaron por sexo y grupo de edad. A nivel regional solo se analizó la prevalencia de trastorno de ánimo.

- Se analizaron egresos hospitalarios con códigos CIE10 F00 a F99 entre los años 2001 y 2017. En particular se analizaron los trastornos del ánimo (CIE 10 F30-F39), los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicotropas (CIE 10 F10-F19) y el grupo de esquizofrenia y trastornos esquizoideos (CIE 10 F20-F29), dado que son problemas de salud mental incorporados al régimen de Garantías explícitas en Salud (GES).
- Se revisaron los Registros Estadísticos Mensuales (REM) del DEIS, en el Programa de Salud Mental en APS, para consignar la población bajo control por trastorno del ánimo, trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, trastornos ansiosos y esquizofrenia. Si bien existe un componente de estos cuadros que se ven a nivel de especialidad y existe un REM asociado específicamente, no se consideró este último puesto que no es posible descartar doble registro. Se consideraron los años 2014 al 2018, puesto que previo a esto hubo cambios en el registro.
- La discapacidad temporal por trastornos de salud mental se obtuvo de la Superintendencia de Seguridad Social (SUCESO), para los años 2015 a 2017, por tipo de aseguramiento en salud. Años previos no estuvieron disponibles para el análisis. Se cuenta con los datos de inicio de la estrategia y con dato del 2016, aportados por Superintendencia de Salud, pero no se conocen los numeradores y denominadores usados, por lo que no se ha podido reconstruir el cálculo.

## **2. Análisis de la Planificación Operativa.**

Análisis descriptivo a partir de las actividades dispuestas en los POA 2016, 2017 y 2018. Esto, con el fin de: a) Identificar la tendencia de las intervenciones realizadas durante el periodo; b) Conocer las características y alcances de dichas intervenciones; c) Identificar posibles causas que expliquen los hallazgos encontrados.

Para esto, se descargaron desde el SIMPO las planillas Excel que contenían las actividades planificadas e informadas (Plan Real), filtrando además para el tema Salud Mental por el Eje Estratégico “Enfermedades no transmisibles, violencia y discapacidad” y objetivo de impacto

“disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental”. A partir de esto, se estableció la distribución de actividades según Resultado Esperado (RE). Las que, además fueron categorizadas según el fin perseguido en relación con acciones propias de autoridad sanitaria.

Posteriormente, se analizaron las actividades asociadas a cada uno de los Resultados inmediatos de los tres Resultados Esperados para el tema Salud Mental: Mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales; Mejorar la calidad del tratamiento en personas con trastornos mentales; y Promover inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental.

De esta manera, se seleccionaron al azar 3 actividades por categorías más prevalentes para cada RI y se revisaron sus Medios de Verificación (MV). Lo anterior con el fin de realizar una descripción y determinar algunas características de la orientación de las actividades. Para este análisis no se consideraron otras fuentes de información del sector.

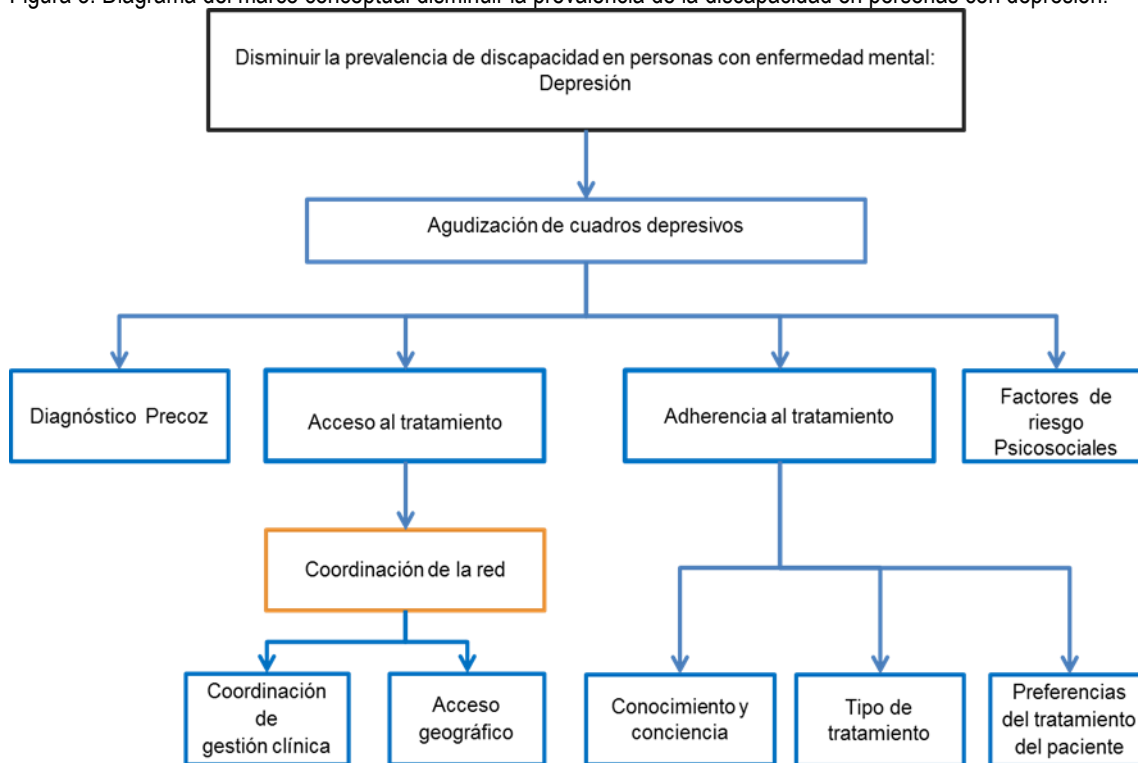
### **3. Revisión de la Literatura.**

Síntesis de la literatura disponible para identificar intervenciones que busquen disminuir la prevalencia de la discapacidad en personas con depresión, a través del acceso y adherencia al tratamiento.

Dado que, los métodos utilizados en esta síntesis contemplan el uso sistemático y transparente de evidencia científica, este trabajo fue desarrollado a partir de 3 etapas metodológicas: a) Análisis preliminar en base a la Cadena de Resultados del Plan Nacional de Salud vigente; b) Identificación de los factores que explican el problema; y c) Búsqueda de evidencia para identificar intervenciones que permitan abordar cada uno de esos factores.

De esta manera, el problema fue definido a partir del análisis de la cadena de resultados en la Estrategia Nacional de Salud, de acuerdo al marco conceptual acordado en la mesa de trabajo. En este sentido, se consideró identificar factores determinantes del problema e intervenciones sanitarias que permitirían abordar estos factores; por tanto, la búsqueda se orientó a intervenciones que tuvieran como objetivo disminuir la prevalencia de la discapacidad en personas con depresión (Figura 3).

Figura 3: Diagrama del marco conceptual disminuir la prevalencia de la discapacidad en personas con depresión.



Fuente: Elaboración Propia Departamento ETESA, MINSAL.

Se realizó una búsqueda amplia de evidencia en MedLine® y EMBASE®, utilizando Ovid® como biblioteca virtual, a través del diseño de una estrategia de búsqueda, la cual fue previamente discutida y probada (Cuadro 1). La búsqueda se realizó el 21 de junio 2019, no se utilizaron filtros de año ni de idioma, y se enfocó en revisiones sistemáticas que midieran el efecto de intervenciones enfocadas en el acceso y adherencia al tratamiento de depresión.

Cuadro 1: Estrategia de búsqueda utilizando Ovid®.

adhere\* or complian\* or non-adhere\* or nonadhere\* or particip\* or non-complian\* or noncomplian\*) ti,ab or (access\* or barrier\* or obstacle\* or time or door or delay\* or deliver\*).ti,ab.  
 And (treat\* or therap\*).ti,ab.  
 and (depres\*.ti,ab  
 filtro por systematic review

Fuente: Elaboración Propia Departamento ETESA, MINSAL.

La selección de títulos, resúmenes y textos completos fueron realizadas por 2 revisores independientes que discutieron cada uno de los disensos encontrados. En esta selección, los



criterios de inclusión fueron: ser revisión sistemática, ser intervenciones enfocadas a población diagnosticada con depresión e intervenciones relacionadas con el acceso y adherencia al tratamiento. Además, se incluyeron todos los grupos etarios y todos los tipos de severidad de cuadros depresivos.

Se utilizó una adaptación de la metodología para scoping reviews (20), la revisión de los textos completos se realizó como la etapa de charting de un scoping review, donde cada artículo fue clasificado según el tipo de intervención que evaluaba.

Con la identificación de nuevas intervenciones, el análisis causal fue actualizado y, en caso de ser necesario, se agregaron otros factores determinantes del problema.

#### **4. Análisis Comparativo.**

Análisis de correspondencia entre las intervenciones que son actualmente realizadas en el sector, identificadas a partir de los POA 2016-2018 y aquellas que muestran respaldo de la evidencia, de acuerdo al marco conceptual acordado y con el fin de visibilizar las brechas existentes entre ellas. Se identifica, además, aquella intervención que primando entre las acciones del sector no cuenta con evidencia suficiente para garantizar su impacto en el marco de los alcances propuesto para el tema. Esto, con el fin de que en un momento posterior sea sometida a un análisis de efectividad, el que se espera sea realizado en una fase adicional al actual proceso.

#### **5. Limitaciones.**

El proceso de Análisis crítico del tema Salud Mental, contó con limitaciones asociadas a:

- Problemas respecto a la capacidad de medir los indicadores nacionales planteados en la Estrategia Nacional de Salud, dado la falta de precisión y su difícil comprensión.
- Representatividad de la información a partir de la planificación operativa anual, toda vez que a pesar de las mejoras incorporadas año a año en cuanto a la planificación, estos aún no contienen la totalidad de las actividades que realizan los organismos. Esto debido a que algunas SEREMIs y Servicios de Salud, sólo incluyen en su planificación las actividades con financiamiento o aquellas que han sido priorizadas dentro del año, por lo que el uso del POA en la red no es homogéneo ni representativo del quehacer del sector.

- Búsqueda acotada de la evidencia, respecto de todas las temáticas que podrían estar asociadas a este tema de salud, y que, a la luz de este análisis, corresponden a los problemas que fueron priorizados en la actual Estrategia Nacional de Salud.
- Existe un desfase entre el período de tiempo reportado y analizado en este documento y el año de publicación del análisis crítico. Esto debido a la latencia en la disponibilidad de información y revisiones del documento antes de ser socializado. Por ello los hallazgos deben interpretarse como un estado de situación hasta el año de disponibilidad de datos.

## V. RESULTADOS

### 1. Análisis de Situación.

#### 1.1 Análisis de Indicadores.

##### **-Indicadores actuales de la Estrategia Nacional de Salud.**

El tema Salud Mental está inserto en el Eje de “Enfermedades no transmisibles, violencia y discapacidad” de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, con el objetivo de impacto “Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental” el cual incluye dos indicadores:

- a) Promedio de días pagados por cotizante de licencias médicas curativas por causas asociadas a trastornos mentales y
- b) Porcentaje de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal.

El **primer indicador** corresponde a un indicador de carga de enfermedad, y se construye, de acuerdo a la ficha técnica, como la suma de los días de licencia médicas curativas pagados, divididos por el número de cotizantes de FONASA e ISAPRES. El indicador, por lo tanto, daría cuenta de la discapacidad laboral, medido como tiempo dejado de trabajar, que se asocia a patologías de salud mental en población ocupada con contrato o independiente que cotiza y que tenga derecho a licencia médica. En ese sentido, no considera a los individuos en trabajos que no se ajusten a esta definición (trabajo informal) ni la discapacidad por enfermedad mental que pueda tener su origen en lo laboral. Tampoco considerará la discapacidad permanente por causa de

enfermedad mental ni la población que no accede a un trabajo como consecuencia de una patología de este tipo.

El indicador establece como supuestos, que existe un diagnóstico adecuado de la patología mental que determinó la licencia, que el número de días solicitados se relaciona con el periodo requerido para superar esa discapacidad y que el nivel de discapacidad generado por la patología mental requirió de este instrumento legal para asegurar el bienestar del paciente. El indicador podría tener variaciones como consecuencias de cambios en las políticas de otorgamiento, aprobación y fiscalización de licencias médicas<sup>3</sup>. Por otro lado, el indicador podría verse afectado por cambios en el mercado laboral, en particular, si la patología mental determinara una mayor fragilidad a estos vaivenes.

La información de licencias médicas se construye a partir de datos publicados de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), la Superintendencia de Salud y FONASA.

El **segundo indicador**, también de carga de enfermedad, busca objetivar el volumen de población que se encuentra en un nivel tal de discapacidad que requiere de ayuda en funciones cotidianas, por lo tanto, de la participación de un otro en su autocuidado. El indicador es una proporción (medido sobre el total de personas con discapacidad por enfermedad mental) y se plantea como exitoso cuando se reduce. Al respecto hay que considerar que el indicador disminuye cuando eventos que determinan este tipo de discapacidad se reduce (disminución de la incidencia o entrada de personas con este tipo de discapacidad) o cuando la persona se rehabilita, no obstante, también se reduciría si ese conjunto de población, de una alta vulnerabilidad, con un mayor riesgo de morir, aumenta su letalidad o, por el contrario, aumentaría si mejora su sobrevivencia. Por lo tanto, el indicador tendría un grado de ambigüedad que es necesario analizar y funcionaría en la medida que los factores negativos que interfieren en el indicador se mantengan estable.

La fuente de información del segundo indicador del objetivo de impacto es la Encuesta Nacional de Discapacidad del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS).

Del objetivo de impacto se desprenden tres resultados esperados, dos de los cuales buscan mejorar el acceso y la calidad del tratamiento de personas cursando con trastornos de salud mental específicos y el tercero mejorar la inclusión social de las personas con un trastorno mental. Estos resultados esperados se medirían con 8 indicadores (en estricto rigor 3 indicadores, dado que los

---

<sup>3</sup> De hecho, el 2012 se promulgó la Ley N° 20.585 sobre uso y otorgamiento de licencias médicas que aumenta las sanciones por el otorgamiento inadecuado de licencias médicas.

de acceso y calidad de tratamiento incluyen 4 y 3 patologías diferentes, respectivamente, pero son el mismo tipo de indicador) (Tabla 1).

Tabla 1: Resultados Esperados e indicadores asociados al Objetivo de Impacto para Discapacidad por Enfermedad Mental en la Estrategia Nacional de Salud 2010-2020.

<b>Resultados Esperados</b>	<b>Indicador</b>
Mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales.	2.6.1 Porcentaje de la población con trastorno bipolar en tratamiento
	2.6.2 Porcentaje de la población con esquizofrenia en tratamiento
	2.6.3 Porcentaje de la población con depresión en tratamiento
	2.6.4 Porcentaje de la población con trastorno hiperactivo en tratamiento
Mejorar la calidad del tratamiento en personas con trastornos mentales.	2.6.5 Porcentaje de personas con esquizofrenia que egresan por abandono del programa de salud mental.
	2.6.6 Porcentaje de personas con trastorno afectivo bipolar que egresan por abandono del programa de salud mental.
	2.6.7 Porcentaje de pacientes con depresión que egresan de tratamiento por alta clínica.
Promover inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental.	2.6.8 Porcentaje de personas con diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia que realizan alguna actividad regular.

Fuente: Elaboración propia Departamento de Estrategia Nacional de Salud, MINSAL, con base en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

De acuerdo a las fichas técnicas, los indicadores que miden el porcentaje de las personas con diagnóstico de trastorno bipolar, trastorno depresivo, esquizofrenia y trastorno hiperactivo que se encuentran en tratamiento, se calculan a partir de los datos de los Registros Estadísticos Mensuales (REM) del DEIS, por lo tanto, corresponde a un indicador que representa a población beneficiaria de FONASA y que se atiende en establecimientos públicos. El numerador se construye con la población en control en un momento determinado (corte junio o diciembre disponible en DEIS) y el denominador se estima en base a población inscrita validada de FONASA al que se le aplica la prevalencia de cada trastorno.

El numerador presenta el problema que la población bajo control se encuentra dividida en bajo control de APS y especialidad, por lo que existe la posibilidad de doble conteo. Además, se supone por cómo está descrito el numerador que un porcentaje de esta estaría en tratamiento, sin especificar a que se refiere exactamente esta distinción.

En el caso del denominador, el problema está en que no existen prevalencias de patología mental para población inscrita validada. Existen prevalencias estimadas en población general en la

Encuesta Nacional de Salud 2016-17 (16) o del estudio de Vicente et al (21) que se realizó entre 1992 y 1999 en 4 provincias del país. Con cualquiera de los dos estudios, se obtendría una prevalencia que no variaría durante el periodo, cambiando el numerador específicamente en base a la población bajo control. El segundo problema está en la estructura de la población bajo control y su diferencia con la población general sobre la cual se habría estimado la prevalencia. La diferencia estaría en su estructura de edades, condición socioeconómica y patrón de determinantes que sin duda determinarían que las estimaciones del denominar pierdan validez.

Bajo este escenario, no es recomendable la estimación de estos indicadores dado los sesgos que se podrían producir y la malinterpretación de avances o retrocesos.

Respecto de los indicadores que miden egresos del programa de salud mental por abandono (esquizofrenia y trastorno bipolar) o alta clínica (trastorno depresivo), los dos primero no se registran en los REM, por lo tanto, no son medibles. En tanto, el indicador que mide el porcentaje de altas clínicas, lo hace sobre la población en control, generando dificultades de interpretación, en la medida que va a dar cuenta de una relación entre dos componentes variables. En ese sentido, mejor indicador es porcentajes egresos que corresponden a altas clínicas, pero no existe esa variable. Finalmente, el indicador 2.6.8 no tienen fuentes de datos por lo que no es medible.

#### **-Indicadores Internacionales.**

Para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) son dos indicadores los que se miden en torno a la salud mental, el primero corresponde a la tasa de suicidio de cada país (códigos CIE10 X60 a 64 e Y87.0) y el segundo, a la prevalencia autoreportada de depresión en los último 12 meses. Ambos indicadores corresponden a indicadores de carga de enfermedad (22) (Tabla 2).

Por su parte, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS (8), propone 4 objetivos y 5 indicadores, de los cuales 2 son aplicables a nivel país, que son la mortalidad por suicidio y la cobertura de trastornos mentales graves, considerando como tales la psicosis, el trastorno bipolar y la depresión moderada a grave (Tabla 2). En el objetivo 4 del Plan, plantea que los países deberían establecer un conjunto de indicadores de monitoreo del nivel de salud mental de la población y comprometerse con su medición, lo cual incluye indicadores de:

- Magnitud del problema (prevalencia de trastornos mentales y de principales factores de riesgo y de protección de la salud mental);
- Cobertura de servicios de salud mental (tratamiento, servicios sociales);
- Resultados sanitarios (tasas de suicidio, mejoras de síntomas clínicos, niveles de discapacidad, funcionamiento y calidad de vida);
- Datos sobre resultados sociales y económicos de las personas con trastornos mentales (niveles de estudio, vivienda, empleo, ingresos).

Tabla 2: Indicadores internacionales en el tema de Salud Mental.

<b>Indicador</b>	<b>Fuente información</b>	<b>Medición internacional</b>	<b>Cobertura poblacional</b>	<b>Periodicidad potencial</b>
Tasa de suicidio (CIE 10 X60-X84; Y870)	Registros de mortalidad (DEIS)	OCDE, OMS, Plan de Acción integral sobre salud mental	Total	Anual
Prevalencia de depresión últimos 12 meses (autoreportada)	Encuesta poblacional	OCDE, OMS, Plan de Acción integral sobre salud mental	Total	Cada 5-7 años
Suicidio de pacientes hospitalizados por causa psiquiátrica	Registros de egresos hospitalarios (DEIS)	OCDE	Total	Anual
Tasa de suicidio de al año y a los 30 días luego de hospitalizado por trastorno psiquiátrico	Registros de egresos hospitalarios y de mortalidad (DEIS)	OCDE	Total	Anual
Exceso de mortalidad en esquizofrénicos y trastorno bipolar	Registros de mortalidad (DEIS)	OCDE	Total	Anual
Mortalidad prematura por enfermedades de salud mental	Registros de mortalidad (DEIS)	Objetivos desarrollo sostenible	Total	Anual
Consumo de sustancias adictivas incluyendo consumo de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol	Encuestas poblacionales (SENADIS o MINSAL)	Objetivos desarrollo sostenible	Total	Anual
Cobertura de servicios para trastornos mentales graves (psicosis, trastorno afectivo)	Registros de atención y/o	OMS, Plan de Acción integral sobre salud mental	Requiere evaluarse	Requiere evaluarse

bipolar, depresión moderada a grave)	encuestas poblacionales			
Cartera de indicadores de magnitud, cobertura, resultados sanitarios, resultados sociales y económicos	Encuestas poblacionales y sistemas de registros	OMS, Plan de Acción integral sobre salud mental	Total	Requiere evaluarse, probablemente variable por indicador
Cobertura de servicios por enfermedad mental severa	Encuestas poblacionales	OMS, 100 core health indicatos	Total	Requiere evaluarse

Fuente: Elaboración propia Departamento de Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

Finalmente, la iniciativa de Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 de la Organización de Naciones Unidas, explicita dos indicadores en el componente de salud, relacionados a salud mental, aun cuando muchos otros se relacionan de manera no directa. El primero corresponde a la tasa de mortalidad por trastornos mentales (sin explicitar si corresponde a mortalidad por suicidio) y los niveles de consumo de sustancias adictivas, incluyendo el consumo de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. En la Tabla 2, se pueden ver el listado de indicadores internacionales propuestos en el ámbito de salud mental y sus principales características.

## 1.2 Análisis Epidemiológico Salud Mental.

### - Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento

El número de muertes registradas para enfermedades del capítulo V Trastornos Mentales y del comportamiento, códigos CIE 10 F00-F09, varió entre 2008 y 2017 de 2.324 a 1.715, representando el 3,0% y el 1,8% del total de las muertes de esos mismos años, respectivamente. Las tres principales causas de muerte fueron trastornos psicóticos y del comportamiento (fundamentalmente demencias diferentes a G30 correspondiente a Enfermedad de Alzheimer), trastornos relacionados al consumo de sustancias (alcohol, cocaína y tabaco) y esquizofrenia y trastornos esquizoides con una frecuencia para ese periodo de 88,7%, 8,3% y 1,9%, respectivamente.

Las muertes por esta causa se dan fundamentalmente en población adulta mayor, siendo para el año 2017 el 91,8% mayor de 65 años y el 75,3% mayor de 80 años. Para el periodo, entre el 58% y el 65% fueron mujeres.

Para esquizofrenia y trastornos esquizoides, el número de fallecidos anuales durante la última década varió entre 35 y 52 personas, siendo en el acumulado prácticamente igual la proporción entre hombres y mujeres. La mayoría de los casos se presentan en mayores de 65 años 48% a 70%, seguidos por el grupo de 45 a 64 años con un 26% a 46%. El código más usado para estas muertes fue el F20.9 de esquizofrenia no especificada (85%-98%).

#### **- Mortalidad por suicidio**

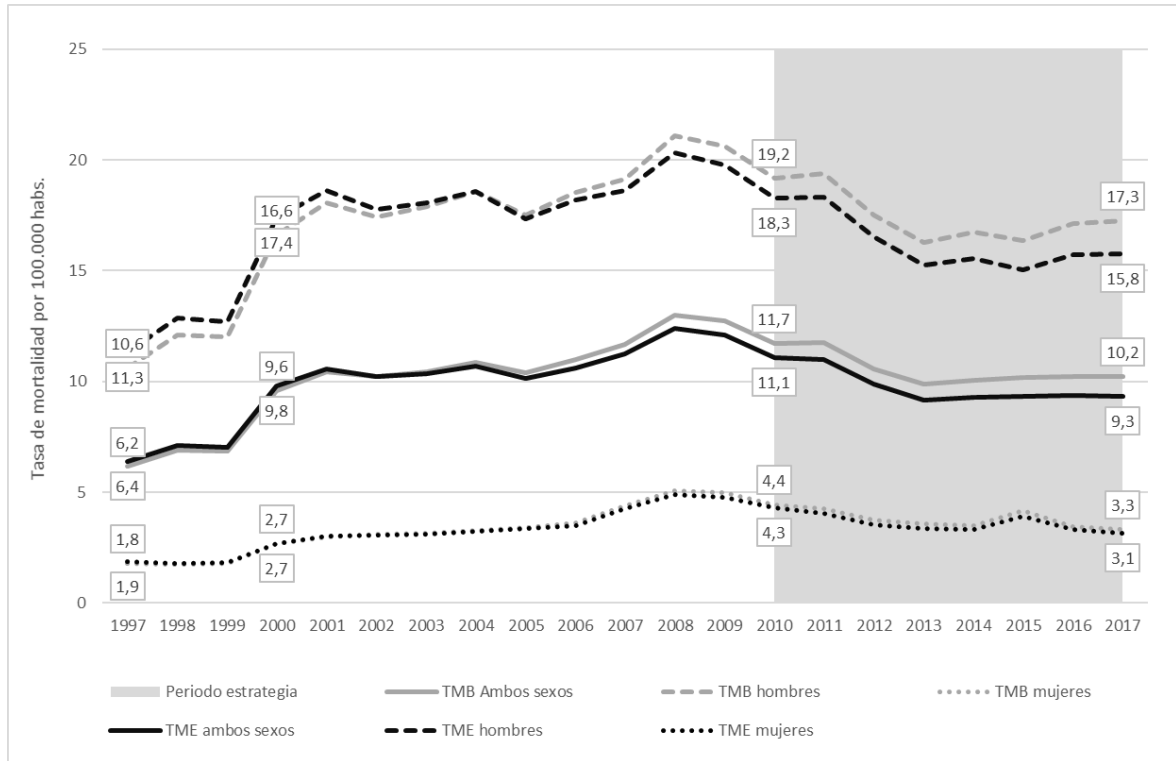
El número de registros de mortalidad con códigos CIE 10 de lesiones autoinfligidas intencionalmente entre 1997 y el 2017 muestra dos fases, una ascendente que va desde 998 casos el primer año del periodo y acaba el 2008 con 2.166 casos, y una fase de descenso cuyo punto más bajo fue el 2013 con 1738 casos. Entre 2014 y 2017 las muertes por esta causa han estado en torno a los 1.800 casos. Para el 2017, se registraron 1879 fallecidos por esta causa correspondiente al 1,8% del total de muertes.

Se debe considerar que, entre 1997 y 1999, la Región Metropolitana presenta entre 30 y 60 casos anuales de muertes por lesiones autoinfligidas, para aumentar desde el año 2000 en adelante a sobre 500 casos anuales. Por otro lado, entre 1997 y hasta el 2004, se registran fallecimientos con códigos CIE 10 Y10 a Y34, de lesiones de intencionalidad no determinada, que entre 1997 y 1999 superaron los 2.000 casos, para luego bajar considerablemente. De esta forma, las muertes por suicidio son comparables desde el 2005 en adelante, presentando ese año 1.680 casos.

Las tasas de mortalidad estandarizadas por suicidio entre el año 2005 y el 2017, presentan tres fases, la primera de ascenso que va desde 10,1 fallecidos por 100.000 habitantes el 2005 a una tasa máxima de 12,4 el 2008, luego un descenso hasta el 2013, con 9,2 fallecidos por 100.000 habitantes, y finalmente una fase de estabilización en los últimos 4 años disponibles con tasas en torno a 9,3 fallecidos por 100.000 habitantes. Durante todo el periodo (2005-2017), los hombres presentaron tasas entre 3,9 y 5,2 veces más altas que las mujeres (Gráfico 1).



Gráfico 1: Tasas de mortalidad brutas y estandarizadas por suicidio (código CIE10 X60-84) según sexo. Chile, periodo 1997-2017.



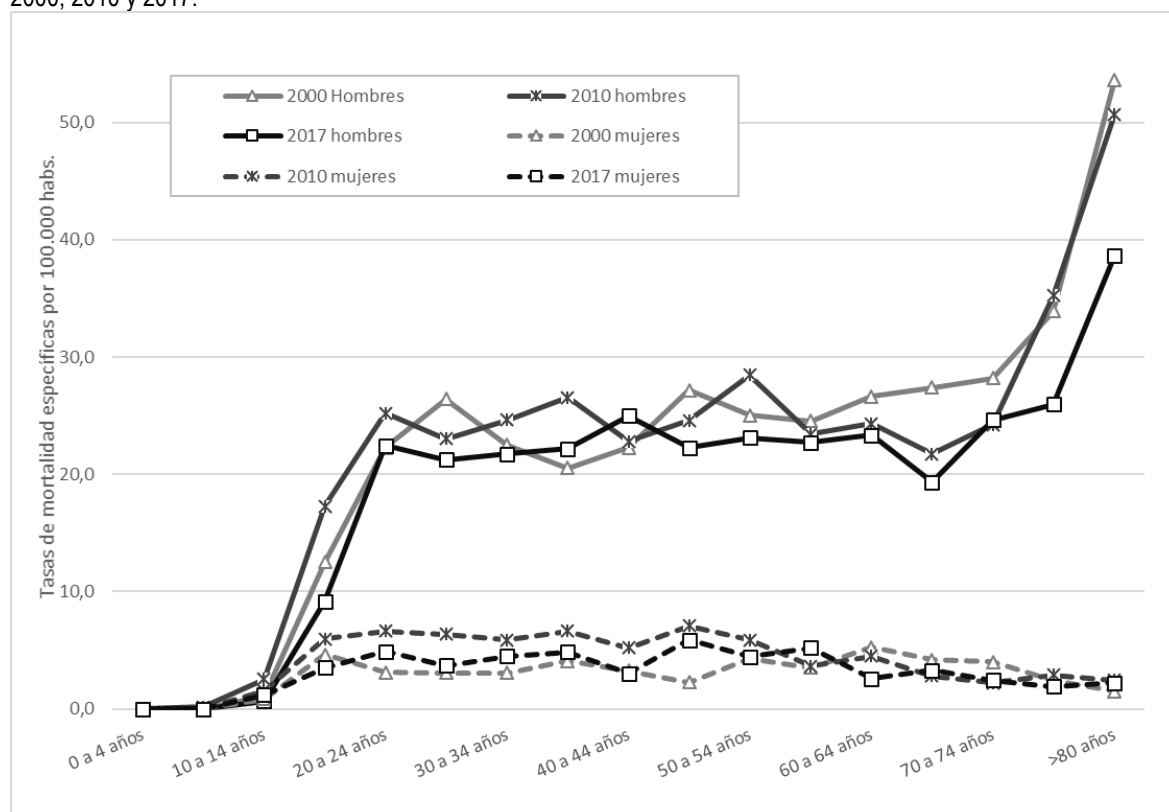
TMB: Tasa de mortalidad bruta; TME: Tasa de mortalidad estandarizada.  
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Las muertes por suicidio en menores de 10 años son esporádicas, registrándose 10 casos entre 1997 y 2017, y 5 desde el 2005 en adelante. El número de casos comienza a aumentar a partir de esa edad, tanto en mujeres como en hombres, alcanzando un plateau a partir el quinquenio de 15 a 19 años en las primeras y en el siguiente en los hombres. Hasta el quinquenio 50 a 54 años, se mantiene relativamente estable el número empezando a bajar progresivamente a partir de esa edad. La diferencia entre hombres y mujeres tiende a ser menor en adolescentes y mayor a partir de los 60 años.

En la población de 10 a 19 años, las muertes por suicidio representan entre el 13% y 20% del total de las muertes, dependiendo del año evaluado, en el grupo de 20 a 44 años, aproximadamente el 14%, siendo menos variable la participación de esta causa de muerte. Posteriormente con la edad, la participación de esta causa de muerte disminuye, siendo en población de 45 a 59 años, aproximadamente el 3,5%, en población, en los de 60 a 79 años de 0,3% y en los mayores de 80 años en torno al 0,1%.

Desde la perspectiva de los riesgos, durante el periodo 2000-2017 las tasas están entre 1 y 2,7 fallecidos por 100.000 habitantes para el quinquenio 10 a 14 años y aumentan entre 8 y 34 veces hacia el quinquenio de 20 a 24 años en hombres y de 2 a 9 veces en la mujer, manteniéndose posteriormente estables las tasas entre los 20 y 30 fallecidos por 100.000 habitantes en hombres y entre las 2 y las 7 muertes por 100.000 habitantes en las mujeres. Hacia edades avanzadas, se produce una tendencia diferente entre hombre y mujeres, aumentando progresiva y considerablemente las tasas en hombres a partir de los 70 años, especialmente en los mayores de 80 años, y disminuyendo en las mujeres a partir de los 60 años de manera progresiva (Gráfico 2).

Gráfico 2: Tasas de mortalidad específicas por lesiones autoinfligidas según sexo y quinquenio de edad. Chile, años 2000, 2010 y 2017.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Considerando los últimos 5 años disponibles, se puede observar una leve estacionalidad de las muertes por suicidio con un predominio en los meses de septiembre a enero. Esta tendencia está dada fundamentalmente por lo observado en mayores de 20 años, puesto que, en los adolescentes el predominio es entre los meses de abril a agosto.

A nivel regional, se observa una tendencia similar a la observada en el país durante el periodo 2000-2017, con mayores tasas en los trienios 2006-08 y 2009-2011, tanto en mujeres como en hombres. Para el sexo masculino, se observa, además, una tendencia a tener mayores tasas durante todo el periodo desde la sexta región al sur en comparación con las regiones del norte (exceptuando Ñuble y Biobío en los dos últimos trienios). Este mayor riesgo asociado a las regiones del sur no se observa claramente en las mujeres (Gráfico 3 y 4).

Gráfico 3: Tasas de mortalidad por suicidio trianuales y estandarizadas en hombres según región, Chile, 2000-2017.

	2000-02	2003-05	2006-08	2009-11	2012-14	2015-17	
Arica y Parinacota	20,1	14,5	16,8	15,2	11,5	11,1	
Tarapacá	16,5	18,6	18,7	12,5	11,5	13,7	
Antofagasta	13,2	15,5	17,7	13,8	11,0	10,7	
Atacama	18,0	17,4	17,7	21,8	17,3	14,0	
Coquimbo	16,2	13,7	20,8	20,9	14,0	15,7	
Valparaíso	18,0	18,2	17,6	18,8	15,6	15,7	
Metropolitana	14,4	14,6	15,5	16,1	13,8	13,5	
O'Higgins	21,8	22,3	23,6	20,7	18,6	18,4	
Maule	20,4	20,1	21,7	19,5	18,1	19,4	
Ñuble	24,8	25,3	24,9	27,1	19,4	16,0	
Biobío	20,9	19,9	20,4	18,2	15,9	14,8	
Araucanía	25,6	23,6	24,8	24,3	19,4	21,5	Percentiles
Los Ríos	22,2	22,6	24,2	25,4	19,9	19,6	>P10
Los Lagos	22,0	25,5	25,3	27,6	23,9	21,0	P10-P25
Aysén	22,4	31,8	29,7	24,7	19,0	26,3	P25-P50
Magallanes	16,4	19,0	24,0	22,2	17,6	16,6	P50-P75
Chile	17,9	18,0	19,0	18,8	15,8	15,5	P75-P90
							P>90

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Gráfico 4: Tasas de mortalidad por suicidio trianuales y estandarizadas en mujeres según región, Chile, 2000-2017.

	2000-02	2003-05	2006-08	2009-11	2012-14	2015-17	
Arica y Parinacota	5,9	1,6	2,1	3,3	3,1	3,9	
Tarapacá	3,7	2,9	4,0	3,8	2,3	3,1	
Antofagasta	2,4	2,9	5,1	4,1	3,5	2,9	
Atacama	1,6	2,6	3,2	5,1	4,3	3,3	
Coquimbo	2,7	2,8	4,0	4,3	2,8	2,5	
Valparaíso	2,8	3,6	4,1	4,9	3,6	4,3	
Metropolitana	2,7	2,9	3,8	4,4	3,5	3,8	
O'Higgins	3,0	4,4	4,8	4,3	4,5	3,0	
Maule	2,8	3,7	4,8	5,3	3,7	3,3	
Ñuble	3,8	4,0	7,7	4,2	3,8	2,5	
Biobío	3,5	2,9	3,8	3,1	2,4	2,0	
Araucanía	2,6	2,5	4,9	4,0	2,8	3,1	Percentiles
Los Ríos	4,3	4,4	3,9	3,9	2,1	3,5	>P10
Los Lagos	2,8	4,5	5,4	5,6	4,1	5,2	P10-P25
Aysén	4,7	3,0	2,1	5,4	2,5	1,6	P25-P50
Magallanes	3,3	5,0	4,1	4,6	4,3	3,1	P50-P75
Chile	2,9	3,2	4,2	4,4	3,4	3,5	P75-P90
							P>90

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

### - Lugar de fallecimiento

El principal sitio registrado como lugar de fallecimiento en los registros de mortalidad entre los años 2011 y 2015<sup>4</sup> corresponde a otros sitios con el 48,0% a 59,3% dependiendo del grupo de edad y sexo. Luego viene la casa o habitación en donde se producen aproximadamente un tercio de las muertes por esta causa de manera general y en el 45% de los hombres mayores de 65 años. La proporción de personas que fallecen por suicidio en establecimientos de salud no supera el 15% y tiende a ser mayor en las mujeres y con menor edad (Tabla 3).

Tabla 3: Distribución de las muertes por sitio de fallecimiento según sexo y grupo de edad. Chile, 2011-2015.

Lugar muerte	Ambos sexos			Hombres			Mujeres		
	10 a 19 años	20 a 64 años	65 o más años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 o más años	10 a 19 años	20 a 64 años	65 o más años
Hospital o clínica	12,2%	8,3%	7,2%	10,9%	7,9%	7,0%	15,3%	10,0%	8,2%
Casa habitación	34,5%	32,7%	43,6%	33,7%	32,7%	44,8%	36,6%	32,7%	35,4%
Otro	53,3%	59,0%	49,2%	55,4%	59,3%	48,2%	48,0%	57,3%	56,5%

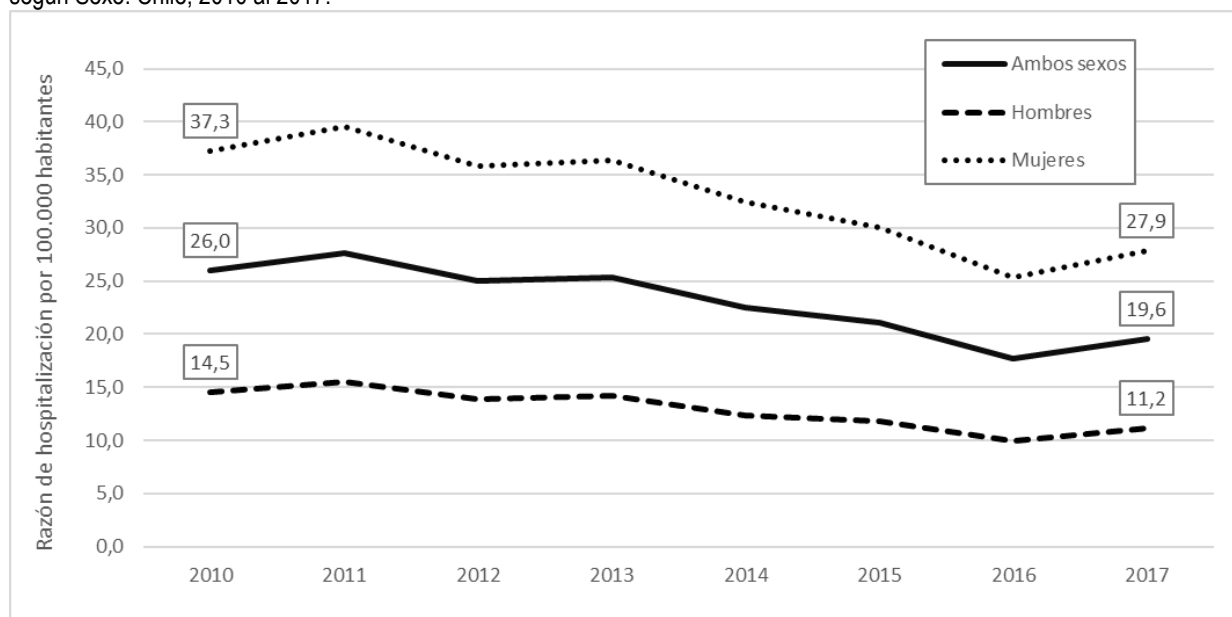
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

<sup>4</sup> La variable lugar de fallecimiento no viene en los registros de mortalidad de los años 2016 y 2017.

## - Hospitalizaciones por lesiones autoinfligidas

Las tasas de hospitalización por lesiones autoinfligidas muestran un descenso entre el 2010 y el 2017 desde una tasa de 26,0 a 19,6 hospitalizaciones por 100.000 habitantes, mostrando tendencias similares en hombres y mujeres. No obstante, la tasa más baja se produjo el año 2016 con una tasa de 17,7 hospitalizaciones por 100.000 habitantes (Gráfico 5). En las hospitalizaciones se percibe una situación inversa en el análisis por sexo a lo observado en los registros de mortalidad, siendo el riesgo de hospitalización por estas causas un poco más de dos veces mayor en la mujer que en el hombre.

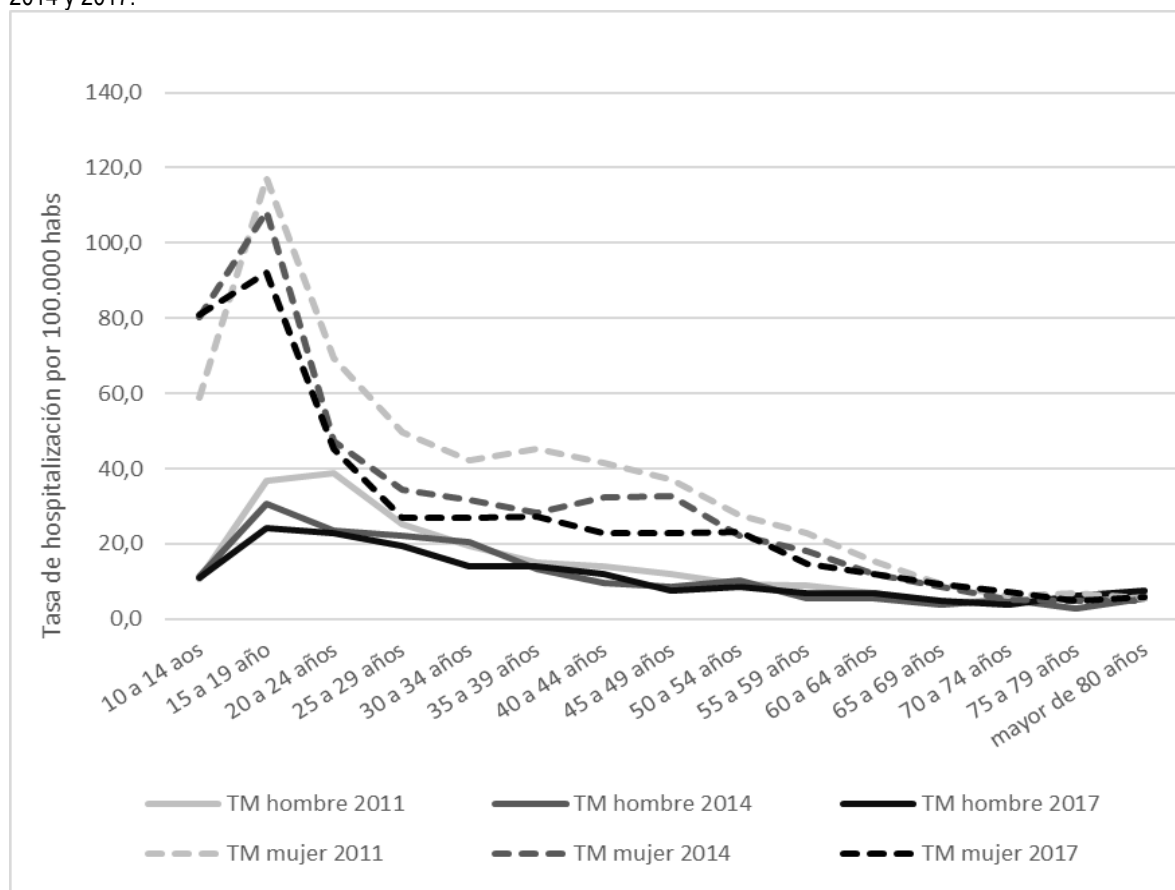
Gráfico 5: Razón de hospitalización por 100.000 habitantes por lesiones autoinfligidas (códigos CIE 10 X60 a X84) según Sexo. Chile, 2010 al 2017.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Las tasas de hospitalizaciones por lesiones autoinfligidas por sexo y quinquenio de edad, muestran en las mujeres un aumento importante de estas a partir del grupo de 10 a 14 años y un peak en el de 15 a 19 años, posteriormente, baja considerablemente en el grupo de 20 a 55 años tendiendo a estabilizarse entre los 25 y los 55 años, para volver a descender con posterioridad a esa edad. En los hombres, la curva es similar, con diferencias menos marcadas entre los diferentes quinquenios y una caída progresiva de las tasas a partir de los 20 años (Gráfico 6).

Gráfico 6: Tasas de hospitalización por lesiones autoinfligidas según sexo y quinquenio de edad. Chile, años 2011, 2014 y 2017.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

La letalidad intrahospitalaria de las lesiones autoinfligidas está en torno al 1%, siendo más alta en hombres que en mujeres, siendo la primera entre 2% y 4% y la segunda menor a 0,5%.

Tabla 4: Relación entre las hospitalizaciones y fallecimientos por lesiones autoinfligidas, según sexo y grupo de edad. Chile, 2017.

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
10 a 19 años	3,5	36,1	13,7
20 a 39 años	0,8	7,1	1,9
40 a 59 años	0,4	4,6	1,1
60 a 79 años	0,2	3,4	0,6
> 80 años	0,2	2,7	0,4
> 10 años	0,6	8,4	1,9

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

La relación entre hospitalizaciones y mortalidad por lesiones autoinfligidas es de aproximadamente el doble de ingresos por cada fallecido, relación que se vuelve inversa en los hombres siendo entre 1,3 y 1,7 veces más frecuentes las muertes que las hospitalizaciones en el periodo 2010 al 2017.

En las mujeres, entonces, son 7 a 10 veces más frecuentes las hospitalizaciones por esta causa que las muertes. En ambos sexos, la mayor diferencia a favor de las hospitalizaciones se da en el grupo de 10 a 19 años que es de hasta 30 veces más hospitalizaciones en la mujer y de 2 veces en el hombre. Progresivamente, con la edad disminuye esta diferencia (Tabla 4).

A nivel regional, el patrón de tasa de hospitalización se muestra similar entre hombres y mujeres en el periodo 2010 al 2017. En términos generales se puede observar una disminución de las tasas tanto en hombres como en mujeres, Se destacan algunas regiones con tasas más altas como las regiones Atacama, Valparaíso, O'Higgins, Biobío Araucanía y Los Lagos, versus las regiones de Tarapacá, Coquimbo y Magallanes con tasas más bajas, tanto en hombres como en mujeres (Gráficos 7 y 8).

Gráfico 7: Tasas de hospitalización de hombres por lesiones autoinfligidas según región. Chile, 2010 al 2017.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Arica y Parinacota	13,2	10,2	13,5	12,6	9,7	11,7	7,5	9,1	
Tarapacá	0	0	5,6	9,6	2,4	1,7	10,7	8,2	
Antofagasta	7,3	5,9	5,1	5,7	6,2	4,9	7,3	3,9	
Atacama	7,3	8,5	9,1	37,0	15,7	29,7	16,5	18,1	
Coquimbo	8,5	12,3	9,1	11,1	9,0	5,8	5,9	5,8	
Valparaíso	28,8	37,0	25,6	26,5	24,2	22,9	18,1	18,5	
Metropolitana	9,4	8,5	9,0	9,4	8,1	9,0	7,2	10,2	
O'Higgins	26,0	23,8	18,5	23,4	25,8	17,8	11,8	13,9	
Maule	13,2	14,5	12,4	11,0	11,5	11,6	10,6	13,6	
Ñuble	13,2	10,2	13,5	12,6	9,7	11,7	7,5	9,1	
Biobío	19,7	22,9	18,4	14,1	14,6	8,7	10,8	12,5	Percentiles
Araucanía	22,8	24,3	7,1	25,7	21,4	18,5	15,9	13,6	>P10
Los Rios	15,9	12,2	61,0	13,0	11,9	12,9	12,8	12,7	P10-P25
Los Lagos	15,2	24,1	19,8	18,9	14,5	16,5	12,4	11,4	P25-P50
Aysén	9,3	14,7	5,5	10,8	3,6	16,0	14,1	3,5	P50-P75
Magallanes	2,4	2,4	3,6	1,2	0,0	8,2	1,2	7,0	P75-P90
Chile	14,8	15,8	14,2	14,6	12,8	12,3	10,3	11,7	P>90

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Gráfico 8: Tasas de hospitalización de mujeres por lesiones autoinfligidas según región. Chile, 2010 al 2017.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Arica y Parinacota	36,5	38,4	27,4	26,4	36,2	25,4	17,9	13,4	
Tarapacá	0	1,4	8,6	19,4	1,9	2,5	24,0	9,4	
Antofagasta	15,6	15,4	15,9	14,9	14,7	14,5	11,6	14,1	
Atacama	19,8	18,8	24,1	51,6	52,3	57,6	22,2	45,8	
Coquimbo	16,2	23,0	19,9	20,4	18,8	17,0	13,7	11,2	
Valparaíso	64,0	74,5	61,7	62,0	59,1	55,1	42,2	40,1	
Metropolitana	22,6	22,0	23,0	22,2	18,5	22,6	18,6	22,7	
O'Higgins	68,4	72,4	58,0	61,0	60,9	47,6	36,2	30,7	
Maule	31,7	40,7	37,8	34,6	30,9	31,6	25,9	32,2	
Ñuble	36,5	38,4	27,4	26,4	36,2	25,4	17,9	13,4	
Biobío	64,0	66,3	54,9	50,6	47,8	28,8	34,0	37,6	Percentiles
Araucanía	70,3	74,2	22,4	68,5	57,4	46,4	30,5	34,4	>P10
Los Rios	50,4	39,8	156,3	42,2	41,9	36,1	40,7	43,4	P10-P25
Los Lagos	36,7	47,7	41,9	51,1	36,9	36,6	29,9	39,1	P25-P50
Aysén	38,5	30,1	11,9	15,7	13,6	28,9	57,2	37,7	P50-P75
Magallanes	5,2	3,9	8,9	8,9	5,0	10,0	12,5	12,4	P75-P90
Chile	37,5	39,8	36,1	36,6	32,6	30,4	25,5	28,0	P>90

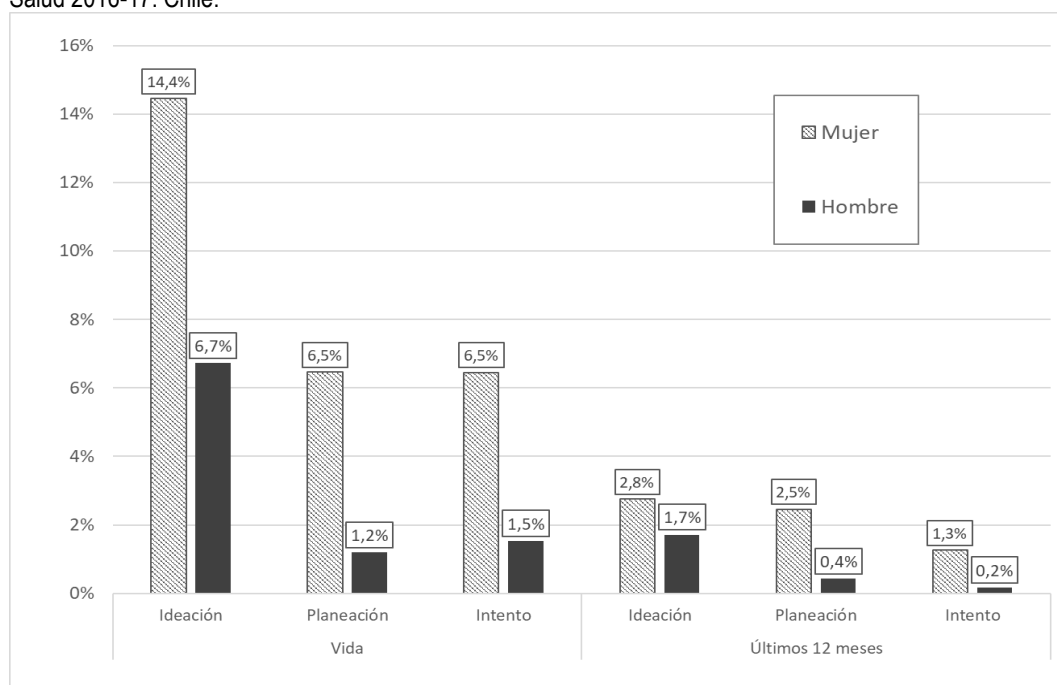
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

### - Prevalencia de ideación, planeación e intento suicida

La prevalencia de ideación, planeación e intento suicida, tanto de vida como de los últimos 12 meses, es mayor en la mujer que en el hombre, diferencia que tiende a ser mayor para la planificación y el intento (4,2 a 7,4 veces), que para la ideación (1,6 a 2,1 veces). En las mujeres, la prevalencia de vida para ideación suicida baja a la mitad para planeación, y se mantiene para intento, en tanto, la bajada de las prevalencias en los últimos 12 meses es más gradual. En el hombre, la caída de la prevalencia de ideación a planificación es mayor, siendo la prevalencia de planeación un 17% y 24% de la de ideación, para vida y últimos 12 meses, respectivamente. La prevalencia de intento en el hombre baja a 0,2% en los últimos 12 meses y aumenta un poco sobre la planeación en prevalencia de vida. Estos resultados deben entenderse en el contexto de la progresión lógica del fenómeno del suicidio y del sesgo de sobrevivida que las mediciones de prevalencia suelen presentar (Gráfico 9).



Gráfico 9: Prevalencia de vida y últimos 12 meses de ideación, planificación e intento suicida. Encuesta Nacional de Salud 2016-17. Chile.



Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSAL.

El 1,7% de los hombres mayores de 15 años ha tenido ideación suicida durante los últimos 12 meses (2016-17), siendo la mayor prevalencia entre los 25 y 44 años con 2,3% y la menor en mayores de 65 años con 1,1% (sin diferencias estadísticamente significativas). En la prevalencia de vida de ideación se ve en los hombres un incremento con la edad, desde un 2,4% entre 18 a 24 años y a alrededor de un 8,5% a partir de los 45 años. En las mujeres la prevalencia de ideación último año es de un 2,8%, manteniéndose entre 2,8% y 3,2% entre los 18 y 64 años, para bajar en mayores de 65 años a 1,4%. Por su parte, la mayor prevalencia de vida en mujeres se da en el grupo de 18 a 24 años con un 19,0% y se mantiene entre el 11% y el 16,7% en los mayores de 25 años (Tabla 5).

Tabla 5: Prevalencias de vida y últimos 12 meses de ideación suicida según sexo y grupo de edad. Encuesta Nacional de Salud 2016-17. Chile.

	Ideación vida	Ideación 12 meses
Hombre	6,7% (4,8%-9,4%)	1,7% (0,8%-3,7%)
18-24 años	2,4% (0,7%-7,5%)	1,4% (0,3%-7,4%)
25 a 44 años	6,4% (3,5%-11,4%)	2,3% (0,6%-8,2%)
45 a 64 años	8,5% (4,9%-14,2%)	1,3% (0,6%-2,7%)
> 65 años	8,4% (4,2%-15,9%)	1,1% (0,3%-4,3%)
Mujer	14,4% (11,5%-18,1%)	2,8% (1,6%-4,7%)
18-24 años	19,0% (9,7%-33,8%)	2,9% (1,0%-8,1%)
25 a 44 años	11,1% (7,8%-15,7%)	2,8% (1,4%-5,7%)
45 a 64 años	16,7% (11,8%-23,3%)	3,2% (1,0%-10,0%)
> 65 años	13,8% (9,0%-20,7%)	1,4% (0,4%-4,7%)

Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSAL.

A nivel regional se observa una tendencia a tener mayores prevalencias de vida de ideación, planificación e intento en las regiones del centro del país (Valparaíso a Biobío), sin embargo, las mediciones se muestran con bastante imprecisión según sus intervalos de confianza. La región que presenta mayores tasas fue la de región de O'Higgins seguida de las de Biobío, Maule y Valparaíso. En tanto, las con menor frecuencia fueron las regiones de Tarapacá y Antofagasta (Tabla 6). No se estimaron prevalencias de últimos 12 meses regionales debido a problemas de precisión.

Tabla 6: Prevalencias de vida de ideación, planificación e intento de suicidio según región. Encuesta Nacional de Salud 2016-17. Chile.

Región	Ideación	Planificación	Intento
Arica y Parinacota	8,5% (4,3%-16,2%)	3,8% (1,2%-11,4%)	4,9% (1,9%-12,2%)
Tarapacá	0,7% (0,2%-2,4%)	0,0% -	0,2% (0%-1,5%)
Antofagasta	1,2% (0,4%-3,3%)	0,2% (0%-1,1%)	0,6% (0,1%-2,9%)
Atacama	6,3% (3,1%-12,2%)	1,8% (0,7%-4,3%)	1,8% (0,7%-4,5%)
Coquimbo	8,0% (3,6%-16,9%)	1,6% (0,4%-6,9%)	2,0% (0,6%-6,9%)
Valparaíso	12,4% (8,2%-18,2%)	5,6% (3,2%-9,6%)	3,5% (1,9%-6,5%)
Metropolitana	10,1% (6,4%-15,6%)	3,3% (1,7%-6,2%)	4,1% (2,3%-7,1%)
O'Higgins	22,2% (13,1%-34,9%)	13,8% (5,6%-30,0%)	11,9% (5,0%-25,8%)
Maule	13,5% (8,2%-21,6%)	5,1% (2,4%-10,5%)	5,0% (2,1%-11,1%)
Biobío	15,7% (11,2%-21,5%)	5,0% (2,8%-8,7%)	6,3% (3,5%-10,9%)
Araucanía	8,2% (4,5%-14,4%)	1,5% (0,4%-5,0%)	2,0% (0,7%-5,7%)
Los Ríos	4,7% (2,3%-9,1%)	2,6% (1,1%-6,2%)	1,9% (0,7%-4,9%)
Los Lagos	4,9% (1,9%-12,9%)	0,5% (0,1%-2,2%)	0,3% (0%-2,3%)
Aysén	6,9% (3,1%-14,8%)	3,3% (0,8%-13,7%)	1,2% (0,4%-3,7%)

Magallanes	8,2% (4,0%-16,1%)	4,8% (1,6%-13,8%)	1,2% (0,4%-4,0%)
<b>País</b>	<b>10,7% (8,6%-13,1%)</b>	<b>3,9% (2,8%-5,3%)</b>	<b>4,0% (3,0%-5,5%)</b>

Fuente: Departamento de Epidemiología, MINSAL.

### - Prevalencias de trastornos del ánimo

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, el 11,4% de los mayores de 15 ha presentado alguna vez en su vida un trastorno del ánimo, siendo el más frecuente el trastorno depresivo con una prevalencia de vida de 9,6%. Las mujeres son quienes presentan mayor prevalencia de vida de trastorno depresivo con un 14,9%. Por su parte, el trastorno bipolar I presenta una prevalencia de vida de 1,0% y el bipolar II de 0,7% (Tabla 7).

Tabla 7: Prevalencias de vida de trastorno del ánimo según sexo y grupo de edad. Chile, 2016-17.

	<b>Tipo de trastorno del ánimo</b>							
	<b>Depresivo (IC 95%)</b>		<b>Bipolar I (IC 95%)</b>		<b>Bipolar II (IC 95%)</b>		<b>Todos (IC 95%)</b>	
Hombre	4,2%	(2,8%-6,2%)	1,0%	(0,3%-3,1%)	0,1%	(0%-0,5%)	5,2%	(3,5%-7,6%)
Mujer	14,9%	(11,9%-18,4%)	1,1%	(0,5%-2,5%)	1,4%	(0,4%-4,7%)	17,4%	(13,8%-21,7%)
Ambos	9,6%	(7,9%-11,7%)	1,0%	(0,5%-2,0%)	0,7%	(0,5%-2,4%)	11,4%	(9,3%-13,9%)
18 a 24 años	7,8%	(4,0%-14,7%)	0,2%	(0,1%-1,0%)	0%	-	8,1%	(4,2%-14,9%)
25 a 44 años	7,8%	(5,5%-11,0%)	1,7%	(0,6%-4,4%)	1,1%	(0,2%-4,7%)	10,6%	(7,5%-14,8%)
45 a 64 años	12,6%	(9,7%-16,3%)	,7%	(0,2%-1,9%)	1,0%	(0,1%-6,6%)	14,3%	(10,9%-18,6%)
>65 años	9,7%	(7,0%-13,2%)	,9%	(0,2%-3,7%)	0%	-	10,6%	(7,7%-14,3%)

Fuente: Cálculo propio a partir de bases de datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

A nivel regional, destaca la región de O'Higgins con una prevalencia de vida de trastorno del ánimo de 28,0%, seguida de la región de Valparaíso con una Prevalencia de 17,6%. Las prevalencias más bajas se dan en las regiones de la Araucanía y Coquimbo, con 1,8% y 2,5%, respectivamente (Tabla 8).

Tabla 8: prevalencias de trastornos del ánimo en mayores de 18 años, según región. Chile, 2016-17.

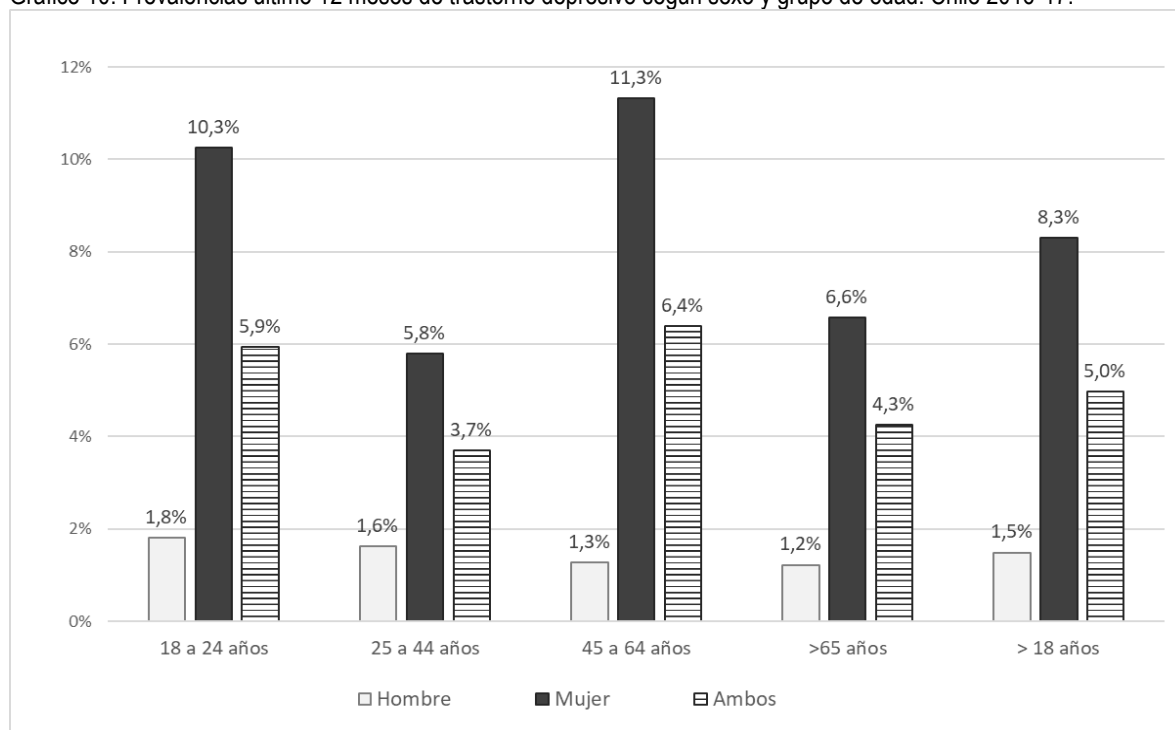
<b>Región</b>	<b>Prevalencia (IC 95%)</b>	
Arica y Parinacota	5,6%	(2,4%-12,4%)
Tarapacá	3,3%	(1,4%-7,7%)
Antofagasta	5,4%	(1,9%-14,8%)
Atacama	5,3%	(2,8%-9,8%)
Coquimbo	2,5%	(0,8%-7,6%)
Valparaíso	17,6%	(13,0%-23,3%)

Metropolitana	12,0%	(7,9%-17,8%)
O'Higgins	28,0%	(18,5%-40,0%)
Maule	7,9%	(4,5%-13,5%)
Biobío	13,8%	(9,5%-19,6%)
Araucanía	1,8%	(0,6%-5,7%)
Los Ríos	10,6%	(6,6%-16,7%)
Los Lagos	5,5%	(2,3%-12,7%)
Aysén	5,3%	(2,2%-12,1%)
Magallanes	6,2%	(3,0%-12,3%)
<b>País</b>	<b>11,4%</b>	<b>(9,3%-13,9%)</b>

Fuente: Cálculo propio a partir de bases de datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

La prevalencia (IC 95%) de últimos 12 meses para trastorno depresivo en mayores de 18 años el 2016-17, fue de 5,0% (3,6% - 6,8%), siendo de 8,3% (5,9%-11,5%) en la mujer y de 1,5% (0,8% - 2,9%) en los hombres. Las mayores prevalencias se alcanzaron en las mujeres de 45 a 64 años (11,3%) y en las de 18 a 24 años (10,3%). Las prevalencias en los hombres se mantuvieron más baja que las mujeres en todas las edades, decreciendo con los años de 1,8% a 1,2%, sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas (Gráfico 10).

Gráfico 10: Prevalencias último 12 meses de trastorno depresivo según sexo y grupo de edad. Chile 2016-17.

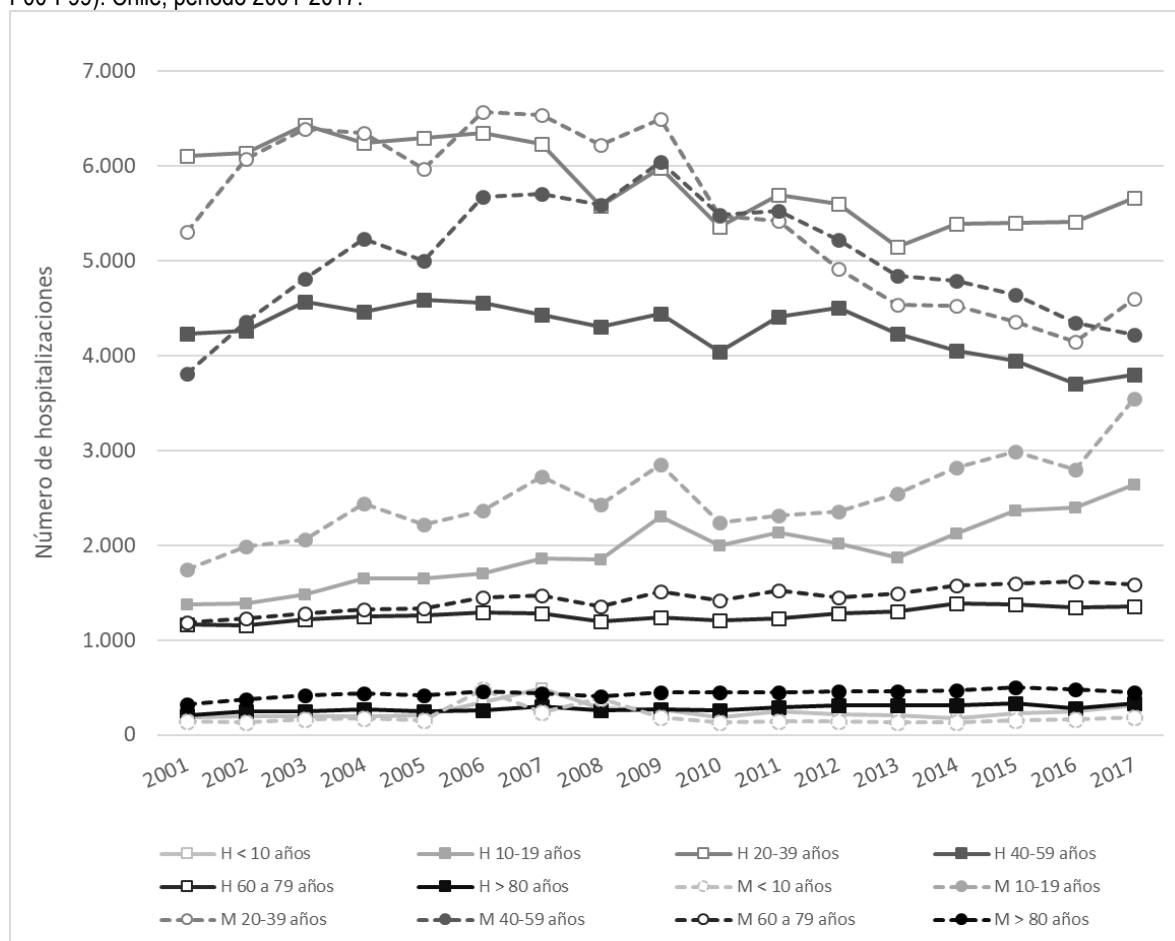


Fuente: Cálculo propio a partir de bases de datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

## - Egresos hospitalarios por trastornos de salud mental (CIE 10 F00-F99)

Entre el 2001 y el 2017, se registraron entre 25.775 y 32.027 egresos hospitalarios con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento (diagnóstico uno del registro de egresos hospitalarios CIE 10 F00 a F99), con un máximo durante el 2009. En los últimos años del periodo, el número de egresos se ha mantenido en torno a las 27.000 hospitalizaciones. El 52,2% de los egresos del periodo los pacientes fueron de sexo femenino, manteniendo estable esta relación. Tanto para hombres como para mujeres el mayor volumen de egresos se da en el grupo de 20 a 39 años, seguido por el grupo de 40 a 59 años, con entre  $\frac{1}{4}$  y  $\frac{2}{3}$  del total de egresos por esta causa. Aumentando durante periodo sigue el grupo de 10 a 19 años, aumentado su participación de un 12% el 2001 a un 21% el 2017, lo que en términos de volumen real corresponde a un alza de casi el 100% (Gráfico 11).

Gráfico 11: Número de egresos hospitalarios con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10 F00-F99). Chile, periodo 2001-2017.

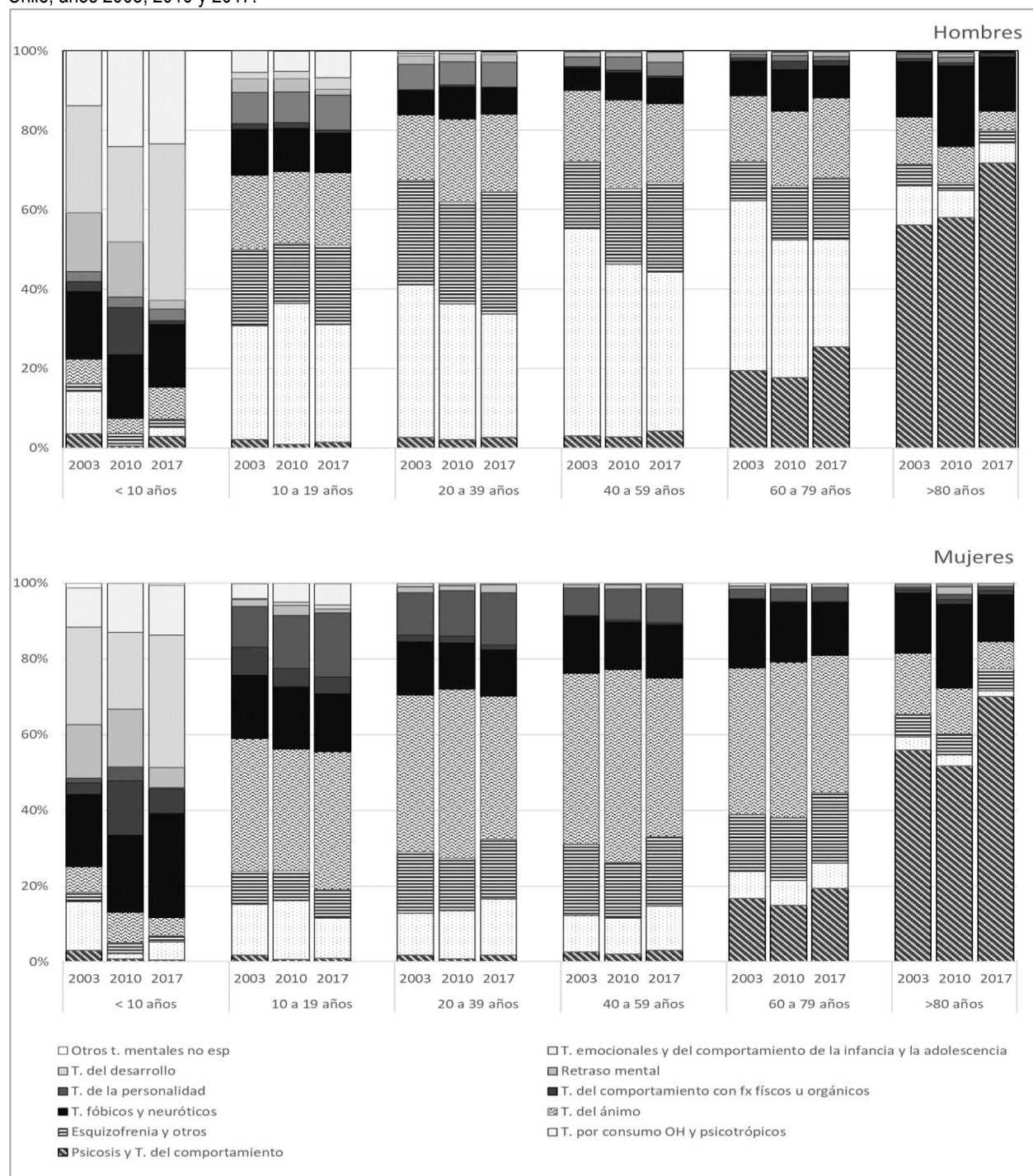


Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Los principales diagnósticos asociados a estas hospitalizaciones son los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicotrópicas (variando de 27% a 21% durante el periodo), los trastornos afectivos (variando de 26% a 28% durante el periodo) y la esquizofrenia y otros trastornos esquizoides (manteniéndose entre el 15% y el 19%). No obstante, el patrón de diagnóstico es dependiente de la edad y el sexo (Gráfico 12).

En menores de 10 años, tanto en hombres como en mujeres, los principales diagnósticos que determinan hospitalización son los trastornos del desarrollo (CIE10 F80-F89), seguidos de los trastornos emocionales y del comportamiento de la infancia y la adolescencia (CIE 10 F90-F98) y Trastornos fóbicos y neuróticos (CIE10 F40-F48). El número de hospitalizaciones en este grupo de edad, varió entre 333 a 501 egresos, mostrando un alza durante los años 2006 al 2009, en que alcanzó los 800 egresos, pero principalmente por el registro en la Región Metropolitana de entre 200 y 500 egresos por trastorno específico del desarrollo de la función motora (CIE 10 F82x) en el Instituto Nacional de Rehabilitación Infantil Presidente Pedro Aguirre Cerda. Los principales cambios en el periodo obedecen a una caída en el número de egresos por retraso mental de 83 a 17 y un alza en los trastornos del desarrollo que aumentaron de 60 a 189 hospitalizaciones (Gráfico 12).

Gráfico 12: Distribución por tipo de trastorno mental y de comportamiento de egresos hospitalarios, según edad y sexo. Chile, años 2003, 2010 y 2017.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

A partir de los 10 años y hasta los 59 se muestra un patrón diferenciado entre hombres y mujeres, siendo predominante en los primeros los trastornos por consumo de alcohol y psicotrópicos (variando entre un 29% y un 52%) y en las mujeres los trastornos afectivos (variando de 32% a

51%). En los hombres, le siguen la esquizofrenia y trastornos esquizoides, y los trastornos afectivos. En tanto, en las mujeres, los otros grupos relevantes y de participación similar, son los trastornos por consumo de alcohol y otros psicotrópicos, trastornos fóbicos y neuróticos, y los trastornos de personalidad (Gráfico 12). Para el 2017, esos 5 grupos de patologías, en esos grupos de edades, para ambos sexos, determinaron sobre 22 mil egresos (79% del total de egresos a todas las edades por trastornos mentales y del comportamiento).

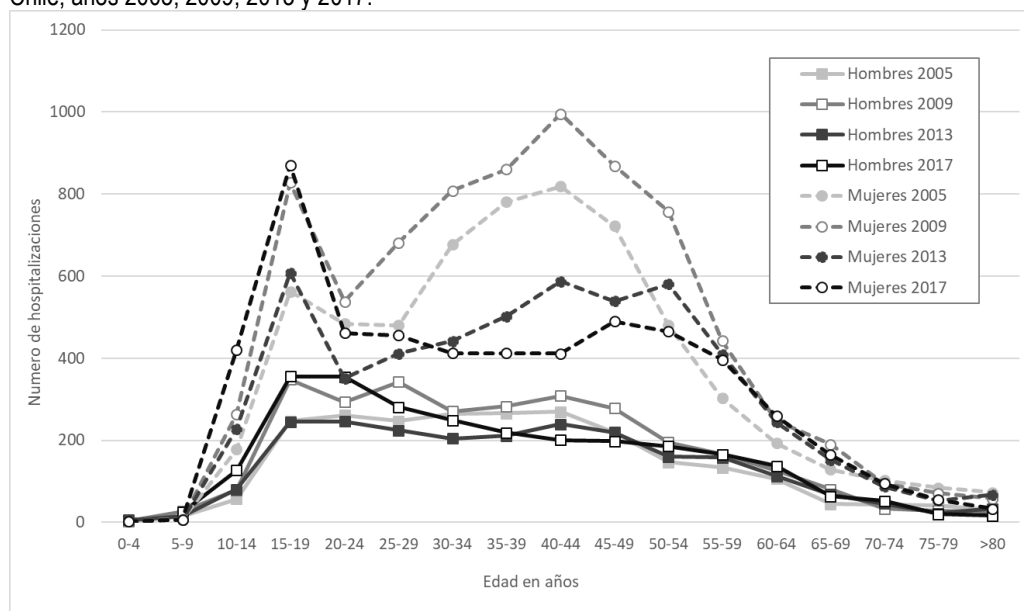
A partir de los 60 años adquiere importancia el grupo de desórdenes psicóticos y del comportamiento (CIE10 F00-F09), que comprende fundamentalmente diagnósticos de demencia vascular y otras formas de demencia (no Enfermedad de Alzheimer).

### **- Hospitalización por trastornos del afectivos o del ánimo**

Las hospitalizaciones por trastornos del ánimo en las mujeres muestran una curva bimodal con un primer pico en el quinquenio de 15 a 19 años y luego en la edad adulta entre los 35 y 54 años. Este segundo pico ha ido desplazándose progresivamente a edades mayores con los años, pero también reduciendo su magnitud, en tanto, el pico en adolescentes, de carácter más oscilante, mostró un máximo el 2017 con 871 hospitalizaciones. Los hombres por su parte, muestran un menor número de hospitalizaciones que las mujeres para cada grupo de edad, con una curva que presenta un máximo entre los 15 y 24 años, y luego una caída muy paulatina hasta los 50 años, para descender con mayor pendiente luego de esa edad (Gráfico 13).



Gráfico 13: Número de hospitalizaciones por trastornos del ánimo (CIE10 F30-F39) según quinquenio de edad y sexo. Chile, años 2005, 2009, 2013 y 2017.

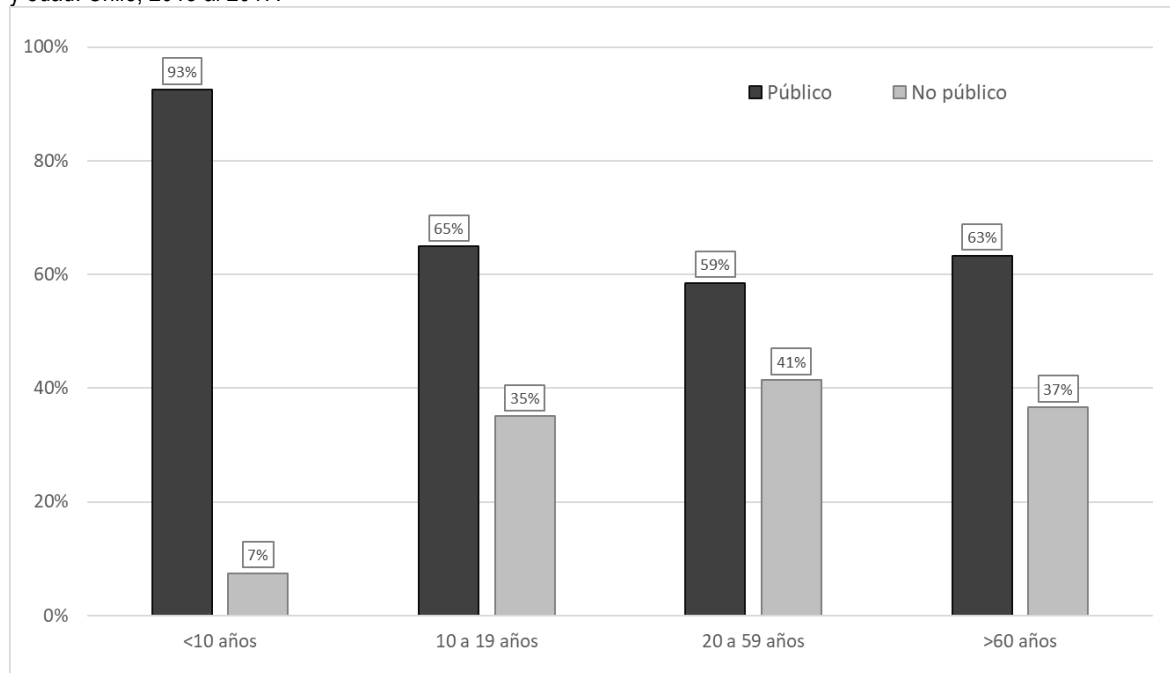


Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Los trastornos o episodios depresivos constituyen la mayor parte de los diagnósticos, tanto en hombre como en mujeres, con un máximo de 8.060 el 2007, para caer progresivamente hasta el 2017 en que se presentaron 5.119 egresos. Por su parte, las hospitalizaciones por trastornos bipolares (episodio maniaco o trastorno bipolar propiamente tal) han ido incrementando progresivamente desde 1.516 el 2001 a 2.726 el 2017. En las mujeres los trastornos depresivos tienden a ser un poco más frecuente que estos mismos en el hombre por sobre los otros diagnósticos.

El 60,5% de las hospitalizaciones por trastornos del ánimo, durante el periodo 2015-2017, se producen en establecimientos públicos pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), hospitales delegados y establecimientos penitenciarios, el restante porcentaje corresponde a hospitalizaciones en clínicas privadas, hospitales universitarios, hospitales de mutuales, y centros de salud de las fuerzas armadas y de orden. Esta proporción refleja fundamentalmente lo que ocurre en los mayores de 10 años, puesto que, en los más pequeños, el 93% de las hospitalizaciones ocurre en establecimientos públicos (Gráfico 14).

Gráfico 14: Distribución de egresos hospitalarios por diagnóstico de trastorno del ánimo según tipo de establecimiento y edad. Chile, 2015 al 2017.



Establecimientos públicos: pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y establecimientos delegados y penitenciarios.

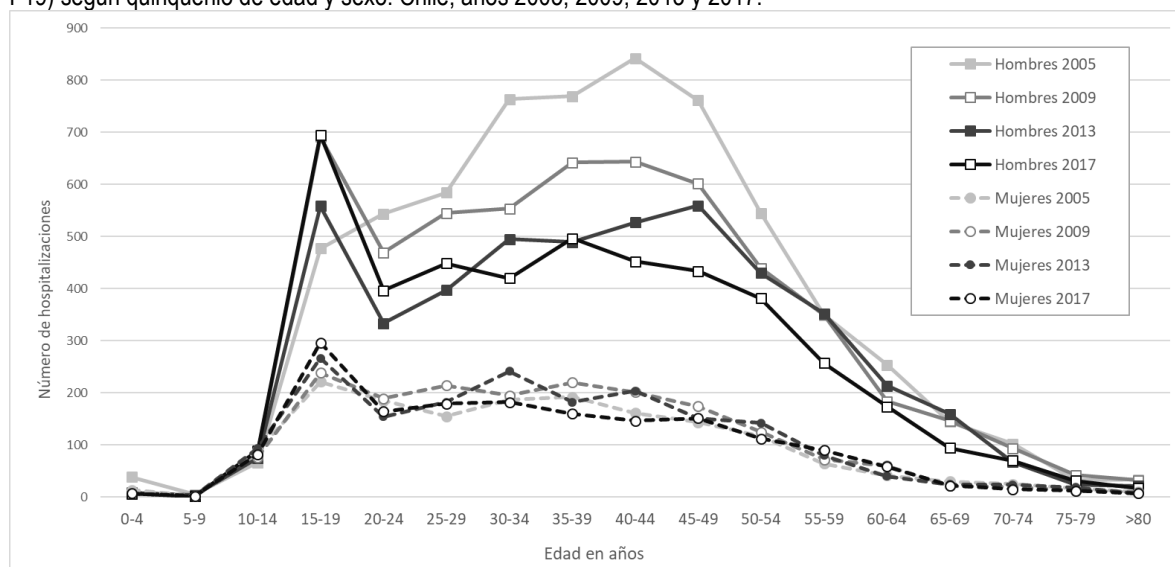
Establecimientos no públicos: clínicas privadas, hospitales universitarios, mutuales, carabineros y fuerzas armadas.

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

### - Hospitalización por trastornos mentales debidos a consumo de alcohol y psicotrópicos

En las hospitalizaciones por desórdenes asociados a consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas entre el 2005 y el 2017, el volumen de egresos en hombres es de 2 a 4 veces mayor al de las mujeres a partir de los 15 años y hasta la adultez mayor. La curva por quinquenio de edad en hombres es de carácter bimodal, presentándose un primer peak entre los 15 y 19 años un segundo entre los 30 y 50 años, que varía de año en año. En las mujeres, se mantiene el primer peak entre los 15 y 19 años, pero luego de una leve caída en el número de hospitalizaciones entre los 20 y 24 años, el volumen se mantiene relativamente estable hasta los 45 años, para luego ir bajando de forma progresiva con la edad (Gráfico 15).

Gráfico 15: Número de hospitalizaciones por trastornos por consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (CIE10 F10-F19) según quinquenio de edad y sexo. Chile, años 2005, 2009, 2013 y 2017.

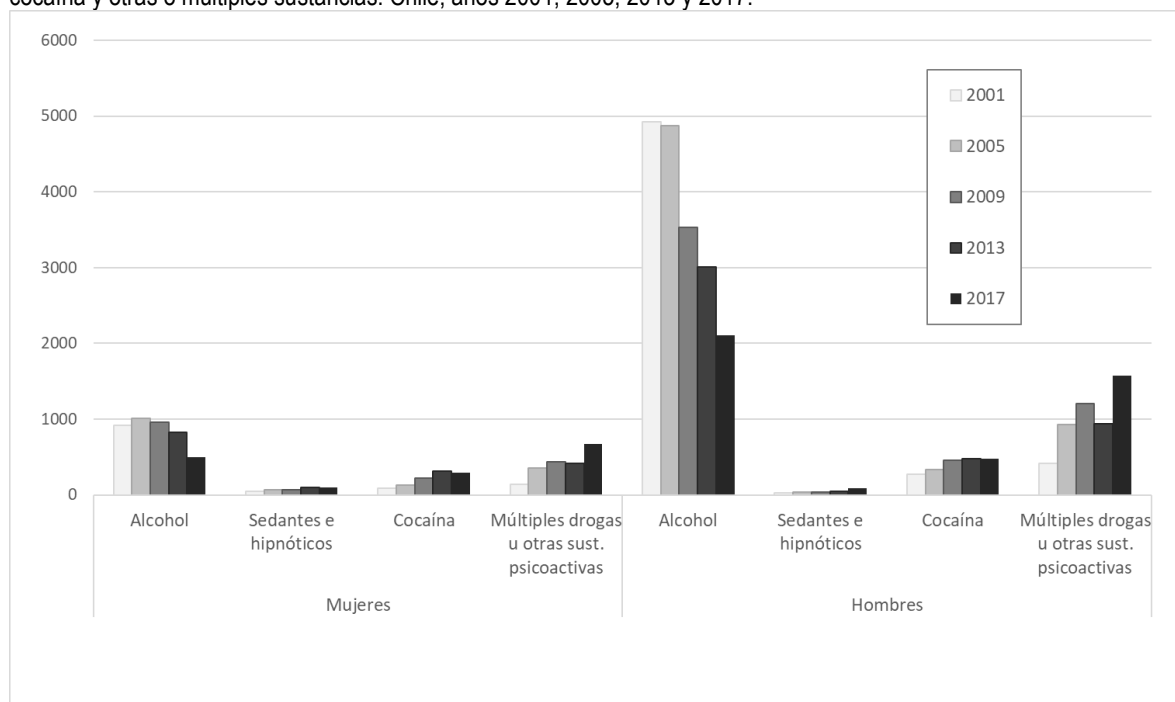


Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Entre el 2001 y el 2017, se observa una tendencia al aumento de las hospitalizaciones por esta causa en el grupo de 15 a 19 años, en tanto que, en todos los demás grupos la tendencia es a mantener el volumen de hospitalizaciones o bien disminuir.

La principal sustancia determinantes de hospitalizaciones tanto en hombres como en mujeres es el alcohol, sin embargo, entre el 2001 y el 2017, se ha visto desplazada progresivamente por el código CIE 10 que hace referencia al consumo de múltiples sustancias u otras sustancias, siendo la segunda causa de hospitalización. Posteriormente, son la cocaína y los sedantes e hipnóticos las terceras y cuartas tipos de sustancias que determinan mayor número de hospitalizaciones. Estas 4 sustancias generan sobre el 95% de las hospitalizaciones por estas causas en hombres y sobre el 90% en las mujeres (Gráfico 16).

Gráfico 16: Número de hospitalizaciones por desórdenes asociados a consumo de alcohol, de sedantes e hipnóticos, cocaína y otras o múltiples sustancias. Chile, años 2001, 2005, 2013 y 2017.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Para el periodo de 2013 al 2017 el conjunto de sustancias, la razón de la hospitalización de 53% de los casos fue un síndrome de dependencia, seguido por el consumo excesivo (como uso nocivo o intoxicación) con 24% y abstinencia en un 13%. Cuando la sustancia es Alcohol, aumentan las hospitalizaciones por consumo excesivo y síndrome de abstinencia, para los beneficiarios de FONASA aumentan las hospitalizaciones por dependencia en tanto que para los de ISAPRE por consumo excesivo, llegando a ser el 49%. Los hombres tienden a tener más hospitalizaciones por síndrome de abstinencia que las mujeres y estas por consumo excesivo. En cuanto a la edad, en la medida que aumentan los años disminuye la participación del consumo excesivo y aumenta el síndrome de privación como causa de hospitalización (Tabla 9).

Tabla 9: Causas motivadoras de hospitalización por desórdenes por consumo de alcohol y psicótopos, según distintos grupos. Chile, 2013-2017.

	Todos	Alcohol	FONASA	ISAPRES	Hombres	Mujeres	10 a 19 años	20 a 39 años	40 a 60 años
Consumo excesivo	24,0%	26,1%	19,8%	49,0%	22,3%	28,7%	32,3%	22,7%	20,4%
Dependencia	53%	46%	56%	35%	53%	53%	51%	57%	52%
Abstinencia	13%	22%	15%	5%	16%	7%	6%	9%	20%
Otros motivos	10%	6%	9%	11%	9%	11%	11%	11%	7%

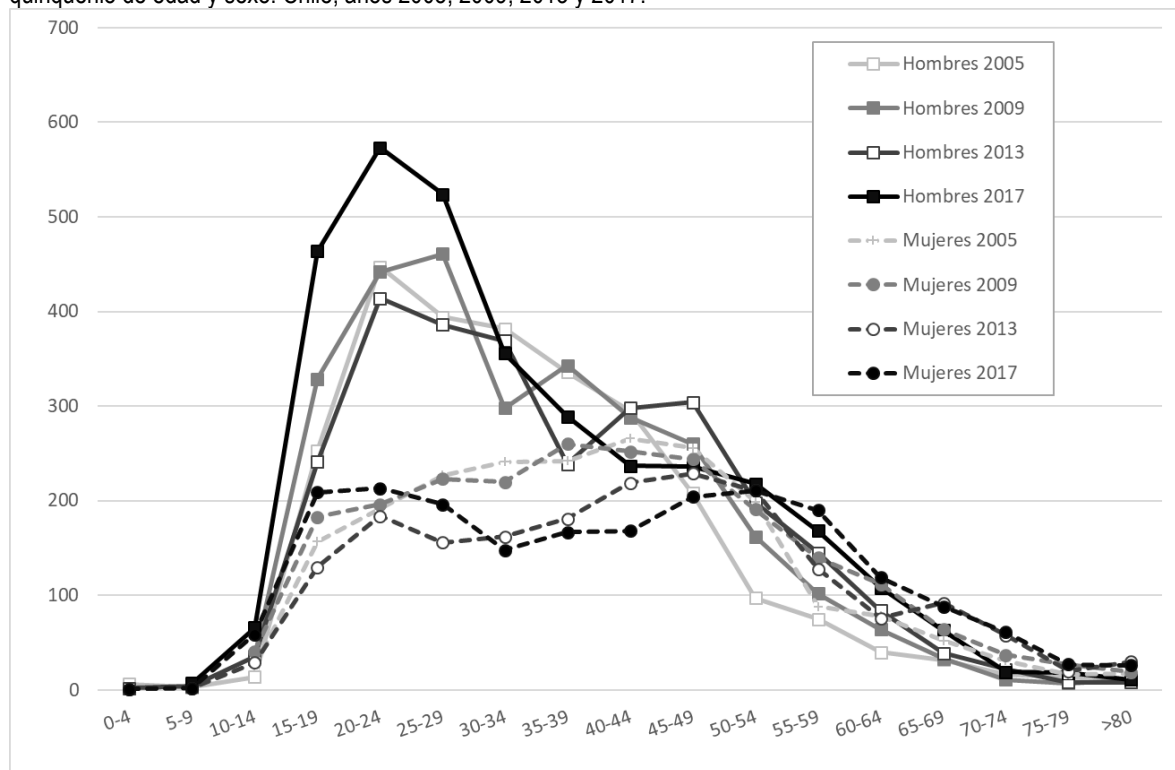
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

## - Hospitalización por esquizofrenia y trastornos esquizoides

Entre el 2001 y el 2005, el grupo diagnóstico de la CIE 10 F20 a F29, correspondiente a esquizofrenia y otros trastornos esquizoides, determinaron entre 4.627 (2013) y 5.446 (2017) hospitalizaciones anuales, correspondientes entre el 67% y el 77% a diagnóstico de esquizofrenia. Los siguientes diagnósticos más frecuentes corresponden a F23 trastornos psicóticos agudos y transitorios y F29 psicosis de origen no orgánicos no especificada, determinando en conjunto el 90% de las hospitalizaciones de este grupo.

Durante este periodo, entre el 55 y 62% de las hospitalizaciones fueron en hombres. En estos últimos, el mayor número de hospitalizaciones se da entre los 15 y 30 años, cayendo progresivamente con posterioridad a esa edad. En las mujeres, también se observa un aumento de las hospitalizaciones a partir del quinquenio de 15 a 19 años, pero este se mantiene con una leve alza hasta el quinquenio de 45 a 49 años, en que el número de hospitalizaciones empieza a bajar (Gráfico 17).

Gráfico 17: Número de hospitalizaciones por esquizofrenia y otros trastornos esquizoides (CIE10 F20-F29) según quinquenio de edad y sexo. Chile, años 2005, 2009, 2013 y 2017.



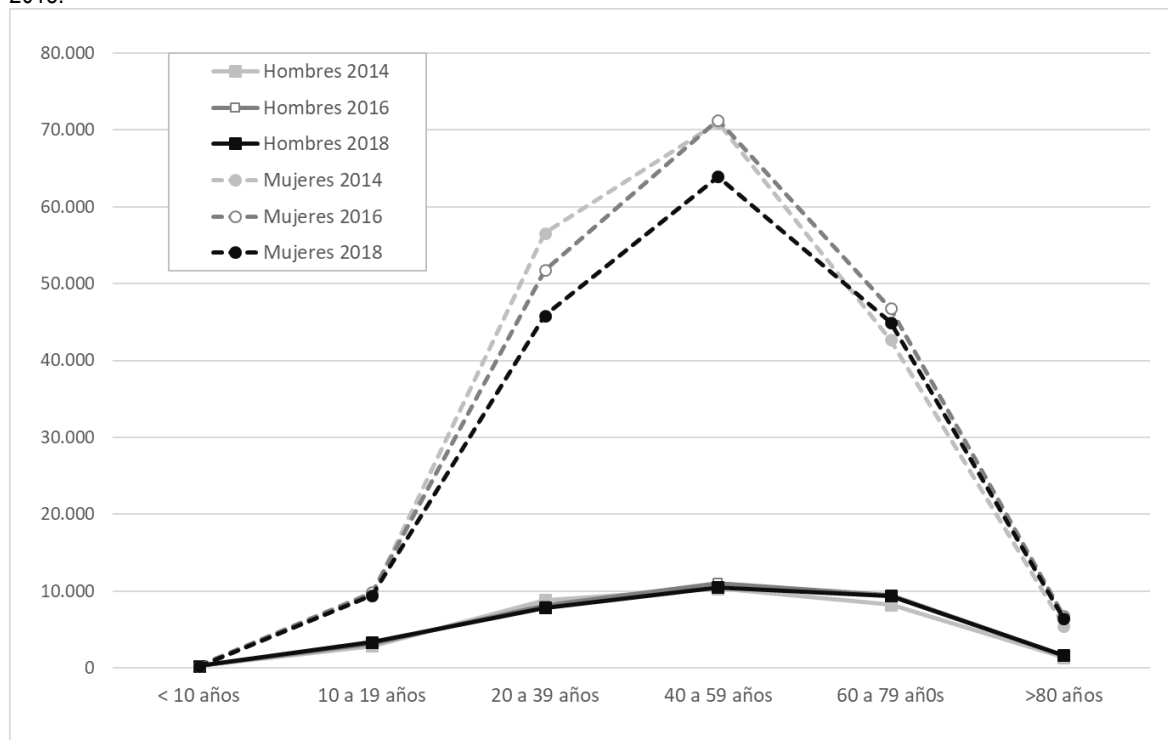
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Entre el 2015 y el 2017, el 88% de las hospitalizaciones por esta causa ocurren en establecimientos pertenecientes al SNSS o establecimientos delegados.

### - Poblaciones en control por patologías de salud mental en APS

Sobre 200 mil personas se controlan a nivel de APS por trastornos del ánimo, de las cuales, alrededor del 84% corresponden a mujeres. Se ha observado una leve baja entre el 2014 y el 2018, la cual se explica fundamentalmente por el comportamiento de las mujeres. El mayor número de pacientes se da en edades productivas, pero principalmente entre los 40 y 59 años, alcanzando los 10.000 casos en el hombre y entre 60 y 70 mil casos en la mujer. La diferencia hombre mujer aparece precozmente, en el grupo de 10 a 19 años, pero aumenta notablemente entre los 20 y 79 años (Gráfico 18). Para el año 2018, sobre la población inscrita validada de FONASA, este volumen bajo control corresponde a 0,53% en los hombres y 2,4% en las mujeres. Si se mide sobre mayores de 10 años, la frecuencia de población bajo control aumenta a 0,6% en los hombres y 2,7% en las mujeres. El número de casos en control a nivel especialidad para el 2018 ascendió a 29.721 personas.

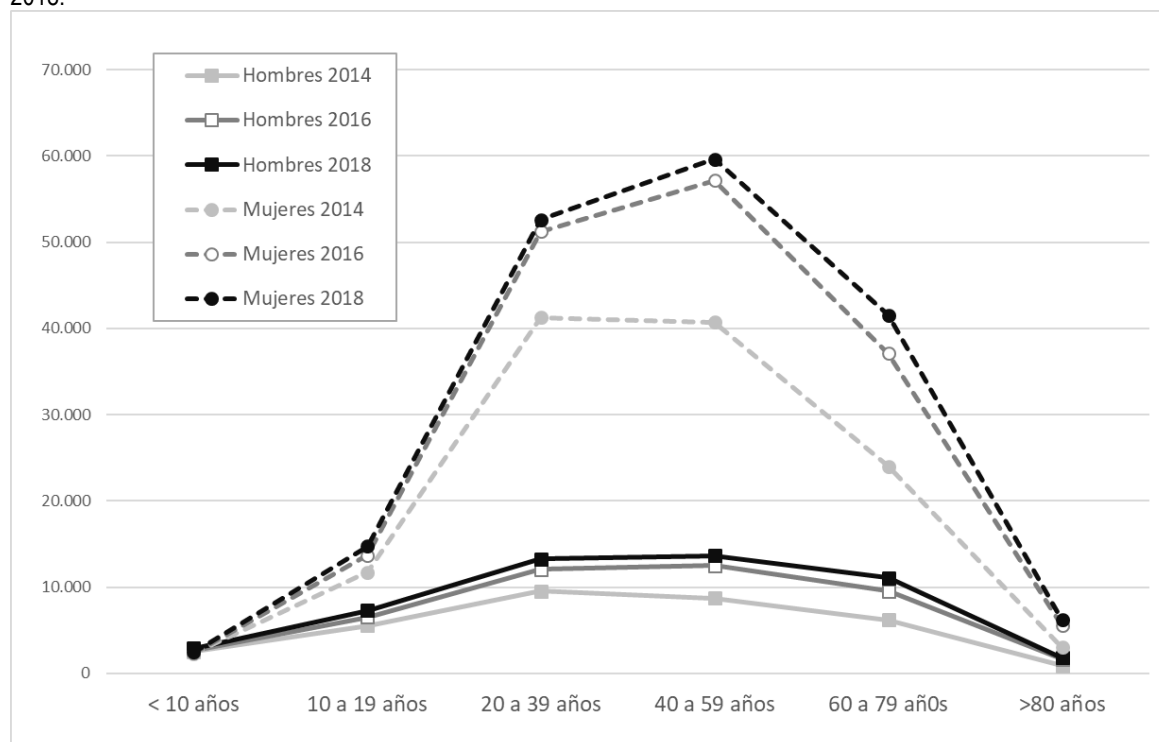
Gráfico 18: Número de personas en control en APS por trastornos del ánimo, según sexo y Edad. Chile, 2014, 2016 y 2018.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

La población en control por trastornos ansiosos mostraría un incremento del 45% entre el 2014 y el 2018, pasando de 156.339 a 227.189 personas. El aumento se vería tanto en hombres como en mujeres, observándose, además, curvas por edad y diferencias hombre y mujer, muy similares a las del trastorno depresivo (Gráfico 19). Para el 2018, 1,87% de la población inscrita validada estaba en control por trastornos ansiosos, siendo de un 0,8% en hombres y un 2,5% en mujeres.

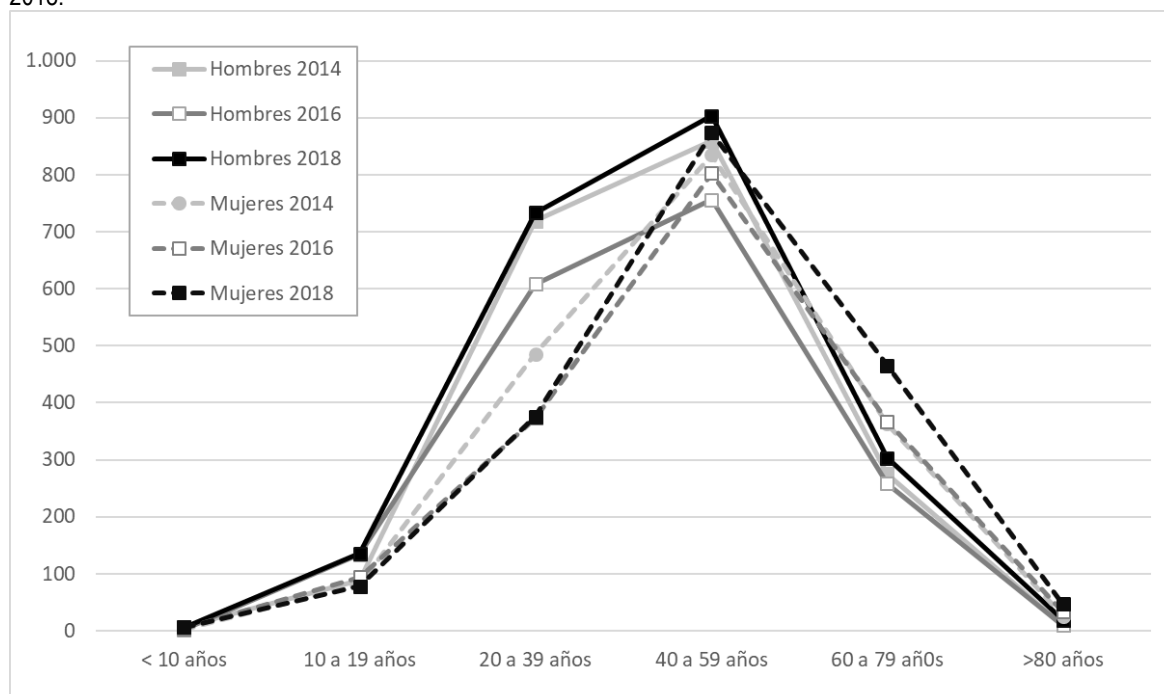
Gráfico 19: Número de personas en control en APS por trastornos del ánimo, según sexo y Edad. Chile, 2014, 2016 y 2018.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

En el caso de la esquizofrenia, entre el 2014 y el 2018, la población bajo control varió entre 3.280 y 5.010 personas, siendo la más alta el 2015 y la más baja el 2017. Los hombres corresponden a entre un 52% y 53% de los casos. En general, los pacientes en control presentan una distribución por edad similar entre hombres y mujeres, con un poco más de hombres en el grupo de 20 a 39 años, pero con un pico de casos en control entre los 40 y 59 años (Gráfico 20). Los casos en control corresponden a un 0,03% de la población FONASA inscrita validada.

Gráfico 20: Número de personas en control en APS por trastornos del ánimo, según sexo y Edad. Chile, 2014, 2016 y 2018.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

Los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, presentan su mayor frecuencia en menores de 20 años, luego de esa edad, la población en control por estos diagnósticos es muy baja. Entre el 2014 y el 2018, se mantienen en control alrededor de 100 mil personas, de los cuales el 60% es de sexo masculino. El principal diagnóstico involucrado es el de trastorno hiperactivo con un 35,5% del total de casos el 2018. Sobre el total de población inscrita validada, estos trastornos representan el 0,8%, en tanto sobre la población menos de 20 años, representan entre el 2,4% y el 3,2%.

#### - Licencias médicas por enfermedades mentales

De acuerdo con información de la SUCESO, el año 2017 se autorizaron 1.049.021 licencias por patologías de salud mental y del comportamiento (códigos CIE 10 F00 a F99), con un total de 20.205.444 días otorgados y 15.838.629 días pagados. De esta forma, el número de días pagados por cotizantes fue de 2,51 días ese mismo año. Para el año 2015 el número de días pagados por cotizantes fue de 2,31, en tanto que, al inicio de la década, este indicador fue estimado en 1,8 licencias por cotizante (Tabla 10).



Tabla 10: Estadísticas de licencia común por patología de salud mental. Chile 2015 al 2017.

	2015			2016			2017		
	FONASA	ISAPRE	Ambos	FONASA	ISAPRE	Ambos	FONASA	ISAPRE	Ambos
Licencias tramitadas	778.986	277.974	1.056.960	846.403	285.995	1.132.398	914.763	274.887	1.189.650
Licencias autorizadas	686.482	243.254	929.736	738.637	228.829	967.466	811.429	237.592	1.049.021
Días Otorgados	13.052.617	4.370.345	17.422.962	14.598.635	4.582.889	19.181.524	15.782.071	4.423.373	20.205.444
Días pagados	10.952.529	2.705.343	13.657.872	12.146.747	2.430.968	14.577.715	13.325.020	2.513.609	15.838.629
Número de cotizantes	4.303.115	1.621.432	5.924.547	4.467.115	1.668.243	6.135.358	4.608.887	1.695.602	6.304.489
Días otorgados por licencia	15,95	11,12	14,69	15,95	11,12	14,69	15,95	11,12	14,69
Días pagados por cotizantes	2,55	1,67	2,31	2,72	1,46	2,38	2,89	1,48	2,51

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, SUSESO.

## 2. Análisis de la Planificación Operativa Anual.

### 2.1 Intervenciones y Estrategias desde el Sistema de Salud.

El Ministerio de Salud, dentro del ámbito de Salud Mental en Chile, ha venido desarrollando un Modelo de Salud Mental Comunitario, en el marco de los procesos de Reforma Psiquiátrica a nivel mundial, que tiene como objeto avanzar desde una atención fundamentalmente vinculada a los Hospitales Psiquiátricos, hacia un modelo que privilegie el desarrollo de una red de dispositivos integrados y basados en la comunidad, con enfoque territorial, que permita responder a los requerimientos y demandas de cada población. Gracias a esto se han experimentado significativos avances en los últimos 25 años, sin embargo, las brechas existentes muestran la necesidad de mejorar tanto la oferta como la calidad de los servicios, avanzar respecto a la desconcentración, la diversificación y la territorialización de la oferta, imponiendo el desafío de actualizar la organización de los servicios de Salud Mental, en el contexto de su integración efectiva en la red de salud (14,15). El desarrollo de las intervenciones planteadas respecto del Modelo, se traducen año a año en actividades formuladas y ejecutadas en todos los niveles del sistema, a través de una Planificación Operativa Anual (POA), instrumento de planificación de todas las actividades que se ejecutan en el trabajo diario, reflejando tanto las actividades que requieren y no requieren presupuesto como aquellas que se vinculan y no se vinculan con la Estrategia Nacional de Salud (ENS).

La coordinación y seguimiento de la Planificación Operativa Anual es realizada por el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS) el que, además, tiene entre sus funciones el monitorear y evaluar las metas sanitarias, a través de sus indicadores.

En el ejercicio de las funciones de evaluación y monitoreo de la Estrategia Nacional de Salud, respecto del tema de Salud Mental y, según el Informe de Evaluación de Mitad de Periodo (17), a nivel nacional se ha podido establecer un estado de cumplimiento para la meta “Disminuir 15% el promedio de días de licencia médica asociada a un trastorno mental”, con un promedio de 1,02 días de licencia médica por trastorno mental por cotizante en 2014; y no evaluable para la meta “Porcentaje de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal. Sin embargo, la medición realizada en este análisis crítico evidenció dificultades para reconstruir los cálculos realizados anteriormente de los indicadores nacionales, lo que dificulta conocer el real estado del tema en el país.

Con respecto a los resultados esperados asociados al tema, no existen datos disponibles para ninguno de los indicadores: a) porcentaje de la población con esquizofrenia en tratamiento, b) porcentaje de la población con depresión en tratamiento, c) porcentaje de la población con trastorno bipolar en tratamiento, d) porcentaje de la población con trastorno hipercinético en tratamiento, e) porcentaje de pacientes con depresión que egresan de tratamiento por alta clínica, f) porcentaje de personas con esquizofrenia que egresan por abandono del programa de salud mental, g) porcentaje de personas con trastorno afectivo bipolar que egresan por abandono del programa de salud mental, y h) porcentaje de personas con diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia que realizan alguna actividad regular.

En este sentido, dada la falta de información de los indicadores a nivel nacional en sus distintos niveles programáticos, pone de manifiesto la necesidad de indagar sobre la tendencia y alcance de las intervenciones estratégicas implementadas para abordar este tema de salud.

En virtud de la existencia del Sistema Informático para la Planificación Operativa (SIMPO) como recurso para hacer seguimiento de dicho proceso, se realizó un análisis descriptivo a partir de las actividades dispuestas en los POA 2016, 2017 y 2018, con el fin de identificar la tendencia de las intervenciones realizadas a nivel nacional durante este periodo, conocer las características y alcances de las intervenciones realizadas (nivel nacional y regional) e identificar posibles causas

que expliquen los hallazgos encontrados. Esto teniendo en cuenta las limitaciones antes descritas para la planificación operativa.

De acuerdo a lo anterior, se descargaron desde el SIMPO las planillas Excel que contenían las actividades ejecutadas (POA Ejecutado) para los años descritos y se seleccionó el objetivo de impacto “disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental”. Desde ahí se observaron los resultados inmediatos más frecuentemente utilizados en cada uno de los resultados esperados y se seleccionaron 3 medios de verificación al azar para tener un acercamiento a las actividades, así como su enfoque en el sector salud.

De esta manera, se revisaron 551 actividades para el período de 2016-2018. De éstas, 250 estaban relacionadas con el Resultado Esperado 1 “promover la inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental”; 183 con el Resultado Esperado 2 “mejorar calidad del tratamiento en personas con trastornos mentales”; y 118 relacionadas con el Resultado Esperado 3 “mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales” (Tabla 11).

Tabla 11: Distribución actividades respecto al tema “discapacidad en personas con enfermedad mental”.

<b>Categoría</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Total Periodo</b>
Total actividades POA: OI Discapacidad en personas con enfermedad mental.	140	191	220	551
Total actividades POA: RE 1 Promover la inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental.	64	90	96	250
Total actividades POA: RE 2 Mejorar calidad del tratamiento en personas con trastornos mentales.	47	54	82	183
Total actividades POA: RE 3 Mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales.	29	47	42	118

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

## **2.2 Descripción de Actividades Ejecutadas Según Resultado Esperado (RE).**

**Actividades relacionadas con RE 1 “Promover la inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental”.**

Con respecto al Resultado Esperado 1, las actividades se orientan prioritariamente a dar alcance a los Resultados Inmediatos (RI): a) “aumentar la participación de personas con trastornos mentales en agrupaciones de salud mental o en espacios de participación ciudadana”, siendo la coordinación y monitoreo las más comunes, b) “contar con un plan regional para reducir estigma

hacia personas con problemas o trastornos mentales”, siendo el tipo de actividades más planificadas la Elaboración/Difusión de orientaciones (Protocolos, Normas, Orientaciones Técnicas) y el monitoreo y c) “implementar Planes Regionales y locales de inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales, cuya orientación principal se da en la Elaboración/Difusión de orientaciones. En la Tabla 12 se puede observar la descripción y enfoque de este resultado esperado.

Tabla 12: Enfoque de actividades RE1 “Promover la inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental”.

<b>Resultado Esperado</b>	<b>Resultado Inmediato</b>	<b>Descripción</b>	<b>Resultados</b>
Promover la inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental (N=250).	Aumentar la participación de personas con trastornos mentales en agrupaciones de salud mental o en espacios de participación ciudadana.	Principalmente enfocado en realizar reuniones y jornadas con la comunidad y agrupaciones de familiares. La difusión de dichos eventos, de acuerdo a los medios de verificación se realizó a través de dípticos y correos electrónicos. En SS Arauco se realiza pauta de monitoreo para evaluar incorporación de usuarios a grupos de discapacitados psíquicos.	Se desconoce el alcance de las reuniones realizadas. Solo se cuenta con listas de asistencia.  En el caso de SS Arauco, el enfoque utilizado para incorporar nuevos socios ha sido medios de difusión gráficos (trípticos, afiches) lo que ha dado resultados positivos.
	Contar con un plan regional para reducir estigma hacia personas con	Las actividades se centran en la instalación de espacios participativos para la	Los medios de verificación son variados; reporte semestral, listas de asistencia, informes

	problemas o trastornos mentales.	comunidad tales como feria de salud mental y dialogo ciudadano; consolidación de fuentes de información y elaboración de informes; elaboración y/o evaluación en planes regionales de reducción de estigma.	técnicos y evaluación de planes. A través de ellos observa un estado de desarrollo heterogéneo de esta línea de trabajo.
	Implementar planes regionales y locales de inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales.	Enfocados en elaborar Plan Regional de estigma, organización de olimpiadas anuales, jornadas de salud mental, normas técnicas de regularización de esterilización quirúrgica en pacientes con discapacidad mental, plan de acción local de inclusión social, informe de diagnóstico de desarrollo de programas de rehabilitación.	El plan de acción local reportado no cuenta con descripción de programación acorde a acciones descritas (SEREMI Maule). En informe diagnóstico se observa que la gran mayoría consensuan tratamiento individual con los pacientes y familiares.

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

De acuerdo a lo anterior, el enfoque principalmente usado en el Resultado Esperado “Promover la inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental” es de socializar con la comunidad, a través de diferentes mecanismos de difusión, los distintos espacios de participación social que existen para pacientes y familiares. Así como en sensibilizar a la comunidad respecto

de la dimensión social/comunitaria que involucra el abordaje de personas con trastornos de la esfera mental. En la Región de Tarapacá, a través de la evaluación del Plan Regional se pudo observar el alcance de las acciones en este tema. De esta manera, en el año 2017, se describe la realización de jornadas para mejorar la imagen social de personas con consumo de alcohol y drogas, jornada de sensibilización y difusión de norma técnica de atención a víctimas de violencia sexual, conmemoración del día mundial de salud mental y jornada de conmemoración del día de la prevención del consumo de alcohol y drogas.

Por otro lado, los medios de verificación dan cuenta de un desarrollo heterogéneo a nivel regional respecto del contar con Planes para la reducción de estigma, existiendo regiones en fase de diagnóstico y/o elaboración del Plan, y otras en fase de implementación/evaluación.

Los informes diagnósticos elaborados, caso SEREMI Araucanía, dan cuenta de la falta de consultoría infanto-adolescente en la gran mayoría de la red de atención, y de organizaciones comunitarias, familiares u otras. Siendo estas herramientas fundamentales para alcanzar los resultados propuestos en términos de inclusión de personas con discapacidad mental.

### **Actividades relacionadas con RE 2 “Mejorar calidad del tratamiento en personas con trastornos mentales”**

Con respecto al Resultado Esperado 2 “Mejorar calidad del tratamiento en personas con trastornos mentales” se encontró, que los Resultados Inmediatos más prevalentes son aquellos relacionados con: a) Incrementar las consultorías de equipos de especialidad de salud mental a equipos de APS, según OOTT de Consultoría de Salud Mental, para mejorar resolutiveidad y disminuir interconsultas no pertinentes, b) Caracterizar a la población que abandona tratamiento por trastornos mentales crónicos, con la finalidad de disminuir los abandonos, y c) Elaborar un diagnóstico regional de satisfacción usuaria en relación con la atención en la red temática de salud mental (Tabla 13).

Tabla 13: Enfoque de actividades RE 2 “Mejorar calidad del tratamiento en personas con trastornos mentales”.

<b>Resultado Esperado</b>	<b>Resultado Inmediato</b>	<b>Descripción</b>	<b>Resultados</b>
Mejorar calidad del tratamiento en personas con	Incrementar las consultorías de equipos de especialidad de salud	El enfoque ha estado orientado principalmente a realizar monitoreo y	En SS Concepción las pautas de evaluación arrojaron resultados buenos y excelentes en

trastornos mentales (N=183).	mental a equipos de APS, según OOTT de Consultoría de Salud Mental, para mejorar resolutiveidad y disminuir interconsultas no pertinentes.	evaluación de la atención de salud mental, específicamente de las consultorías.	cuanto al desempeño del Programa. No obstante, se refiere baja calidad en las consultorías. En la Región de Valparaíso, ambos servicios de Salud presentaban problemas en la ejecución de consultorías, las que se asocian con no contar con la dupla profesional completa (no asisten), y falta de espacios adecuados para realizarlas.
	Caracterizar a la población que abandona tratamiento por trastornos mentales crónicos, con la finalidad de disminuir los abandonos.	Enfocado a realizar informes de abandono, seguimiento de casos y seguimiento a población en riesgo.	Los medios de verificación dan cuenta de un perfil de abandono que concentra mayoritariamente a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y hombres. En SEREMI Aysén, en el seguimiento a población en riesgo, se identifica problemas como horas de terapeuta escasas, sobrecarga laboral por licencias de funcionarios y falencias en el registro.

	Elaborar un diagnóstico regional de satisfacción usuaria en relación con la atención en la red temática de salud mental.	Enfocado a realizar encuestas de satisfacción usuaria.	En general buenas evaluaciones en varias regiones. Principales nodos críticos encontrados: tiempos de espera, atención lenta, instalaciones deficientes, dificultad en contacto telefónico con CESFAM y cambio de hora de profesionales.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

En el ámbito específico de calidad del tratamiento podemos observar brechas en la derivación entre los distintos niveles operativos, así como de recursos humanos e infraestructura, lo que obstaculiza el desarrollo adecuado de la oferta programática, comprometiendo la continuidad del cuidado. Asimismo, en varias pautas de monitoreo e informes de abandono de tratamiento se pudo caracterizar que la población esquizofrénica es la más tendiente a abandonar los tratamientos y con ello se debiese trabajar en planes de intervención y flujogramas de atención en estos usuarios para resguardar la continuidad de su tratamiento y evitar las recaídas y pérdida de seguimiento.

**Actividades relacionadas con RE 3 “Mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales”**

En relación al Resultado Esperado 3 “Mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales”, se observó que los resultados inmediatos más prevalentes son los relacionados al: a) aumentar la detección de trastornos mentales a través de un Plan de Acción Intersectorial, con participación de Servicios y SEREMI de Salud, municipios e intersector, b) avanzar en la implementación de los seis componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, y c) disminuir el tiempo de espera para primera consulta de salud mental (Tabla 14).



Tabla 14: Enfoque de actividades RE3 "Mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales".

<b>Resultado Esperado</b>	<b>Resultado Inmediato</b>	<b>Descripción</b>	<b>Resultados</b>
Mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales (N=118).	Aumentar la detección de trastornos mentales a través de un Plan de Acción Intersectorial, con participación de Servicios y SEREMI de Salud, municipios e intersector.	Actividades centradas en capacitación para detección de problemas de salud mental.	Cumplimiento de actividad reportado con listas de asistencia. Se desconoce el detalle de la capacitación.
	Avanzar en la implementación de los seis componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio.	Enfoque variado: difusión de material de apoyo, monitoreo de notificación del riesgo suicida, reuniones periódicas y formación de comisión de prevención del suicidio.	Los reportes de monitoreo no revelan una tendencia clara respecto de las notificaciones. Sin embargo, se describe una mayor realización en servicios de urgencia, y la existencia de baja oportunidad respecto del momento en que son informadas (15%).
	Disminuir el tiempo de espera para primera consulta de salud mental.	Enfoque en monitoreo de atenciones de tamizaje y hospitalización, reuniones de salud mental y aplicación de	Se detecta falta de coordinación entre programas de salud mental y de la mujer, falta de asistente social, falta de horas médicas.

		protocolo de gestión de lista de espera.	
--	--	------------------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

Con respecto al acceso, se observa que el país realiza múltiples acciones de capacitación, difusión, coordinación y supervisión con respecto a los programas de Salud Mental. Nuevamente se puede observar a través de las pautas de supervisión encontradas (SEREMI Aysén) falta de coordinación entre programas y niveles de atención, brecha en recursos humanos, y pérdida de seguimiento a usuarios. Caso particular de puérperas en programa de la mujer, ya que escala de Edimburgo se registra al nombre del niño.

Así mismo se identifica falencias en procesos de registro y notificación, en este último caso relacionado con falta de oportunidad en que estas notificaciones son informadas (SEREMI Magallanes).

Sería interesante conocer, en aquellas regiones que han detectado fallas, cuáles son las medidas que se han aplicado para cerrar las brechas y si éstas han logrado los objetivos propuestos

### **2.3 Análisis de resultados a Nivel Regional.**

Respecto a los indicadores asociados a los 3 Resultados Esperados podemos señalar que ninguno cuenta con dato para nivel regional y nacional. Es por esta razón que éste análisis regional se enfocará en los resultados obtenidos indirectamente de diversos estudios que han evaluado las atenciones de la Red de Salud Mental.

De esta manera, en un estudio realizado en Chile el año 2018, que evaluó el uso efectivo de grupos de prestaciones con Garantías Explicitas en Salud, entre ellos, del problema depresión en mayores de 15 años, fue posible observar algunas similitudes con lo encontrado en la planificación operativa. Por un lado, en la macrozona norte del país (Antofagasta) se describe una entrega de atención concentrada en la Atención Primaria, y ausencia de datos del flujo del paciente que requiere especialista, situación que se repite en la macrozona centro sur (Maule), reportándose que “no hay comunicación entre el nivel primario y secundario”. Asimismo, en la primera región mencionada se describe un inadecuado seguimiento de los casos, y no se realizan terapias grupales ni talleres de psicoterapia (23).

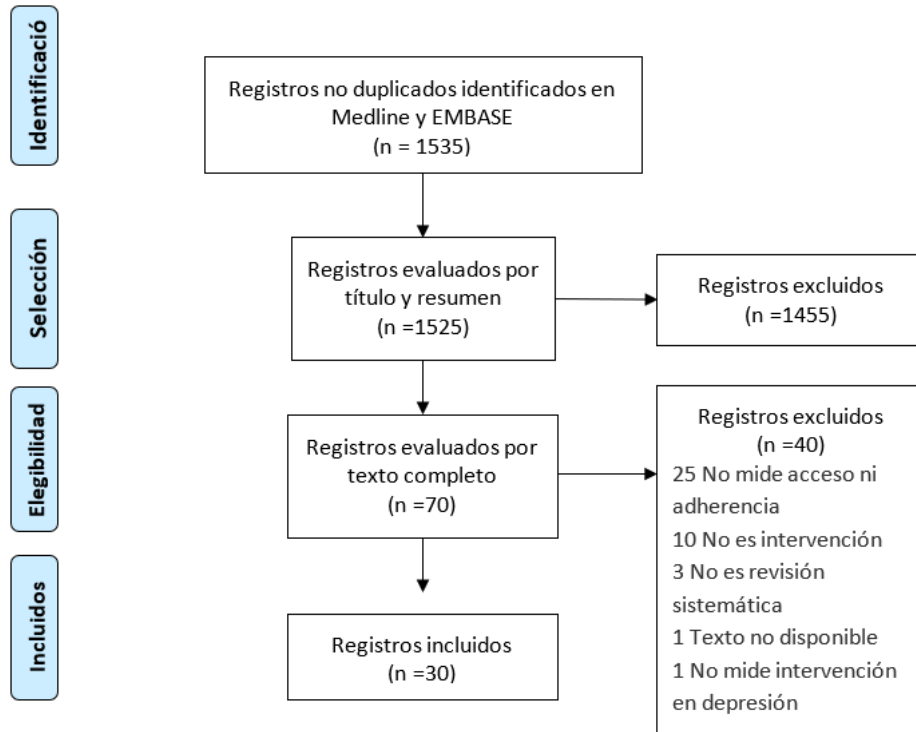
Por otro lado, la macrozona Centro Norte y Sur (Bio Bio y Araucanía), a diferencia de las anteriormente mencionadas presentan un flujo de atención que se inicia en nivel primario y los casos graves son derivados a nivel secundario para consulta con psiquiatra (23). Esto coincidiría con los hallazgos realizados en el país a través del informe “Evaluación del sistema de salud mental en Chile” (24) el cual identificó que a nivel de la red la oferta ambulatoria que se espera se de en la Atención Primaria, es insuficiente en cuanto a cantidad de médicos capacitados y médicos especialistas. Por otro lado, la resolutiveidad que existe en los distintos niveles es limitada, lo que se agudiza con la dificultad para acceder a atenciones de salud mental en la red de urgencia y con los problemas de referencia entre niveles. De acuerdo a esto, la percepción de los actores en este proceso, es que en general no existe una oferta adecuada para garantizar la continuidad del cuidado de las personas, respecto de su salud mental (24).

### **3. Revisión de la Literatura.**

Los resultados de la búsqueda arrojaron 1525 referencias después de la eliminación de duplicados, las que fueron reducidas a 70 después de la selección por título y resumen. Luego, en la identificación por texto completo se eliminaron 40 más, quedando con un total de 30 revisiones sistemáticas a analizar (25–58) (Figura 4).

A través de esta revisión se identificaron 18 intervenciones, las que fueron incorporadas en el diagrama de análisis causal.

Figura 4: Diagrama de PRISMA con los resultados de búsqueda de evidencia realizadas para la identificación de revisiones sistemáticas utilizadas para identificar intervenciones que aborden la disminución la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental: depresión.



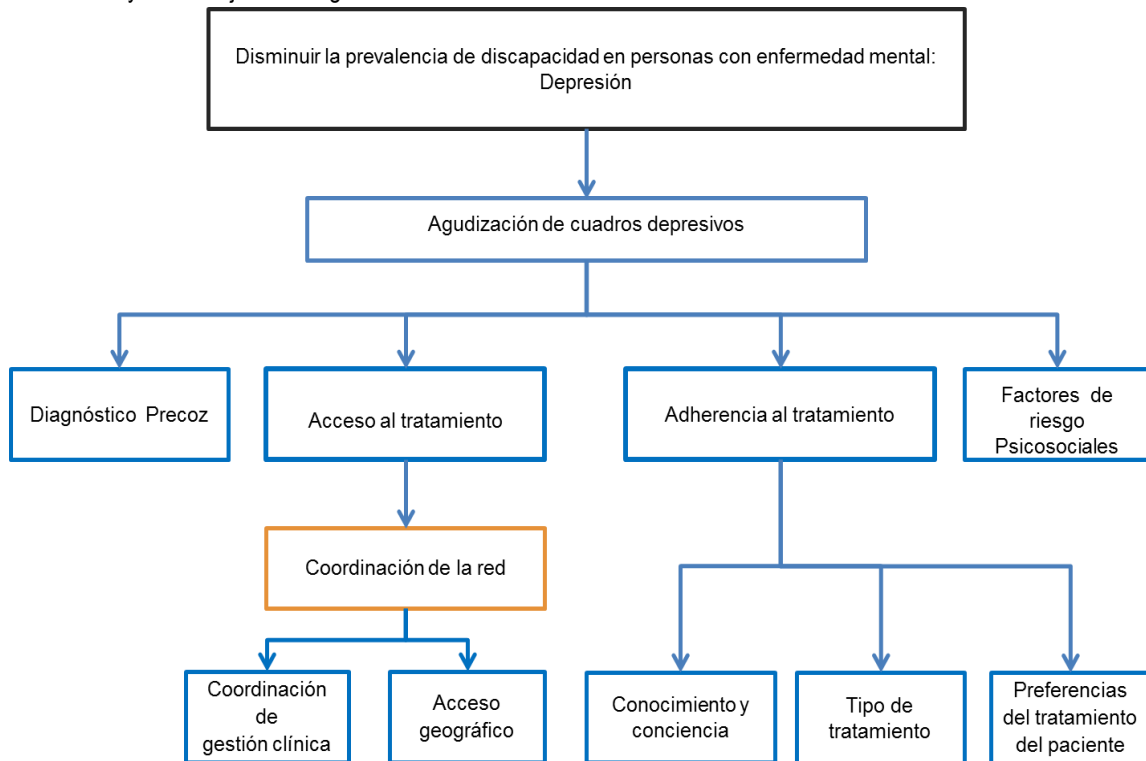
Fuente: Elaboración propia Departamento ETESA, MINSAL.

### 3.1 Análisis causal del problema

Al revisar las intervenciones abordadas por cada una de las revisiones sistemáticas seleccionadas se generó un árbol causal del problema, el cual se desglosa en las Figuras 5, 6 y 7. Estos diagramas describen los temas de acceso y adherencia al tratamiento de depresión, con el Objetivo de Impacto (OI) de disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental. Se identificaron dos factores determinantes para acceso a tratamiento y tres para adherencia:

- Acceso al tratamiento: Coordinación de gestión clínica, Acceso geográfico (Figura 6).
- Adherencia al tratamiento: Conocimiento y conciencia, tipo de tratamiento y autonomía del paciente (Figura 7).

Figura 5: Diagrama causal de los elementos que abordan el objetivo de impacto “Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedades mental” (depresión). En color negro el objetivo de impacto, en color azul los factores y en naranja las categorías temáticas.



Fuente: Elaboración Propia Departamento ETESA, MINSAL.

En este primer diagrama se presenta que para abordar el OI es necesario evitar la agudización de los cuadros depresivos, los cuales están influidos por cuatro elementos: el diagnóstico precoz y los factores personales, el acceso y adherencia al tratamiento. Estos dos últimos fueron el foco de la revisión exploratoria de la evidencia.

### 3.1.1 Acceso a tratamiento

El tema de acceso fue incorporado en la búsqueda exploratoria, sin embargo, la búsqueda no arrojó documentos que midieran acceso a tratamiento por lo que las intervenciones mostradas en este apartado corresponden a revisiones sistemáticas que mencionan que dichas intervenciones tienen una relación con el acceso en general.

Para esta sección se considera acceso como "el uso oportuno de los servicios de salud personales para lograr los mejores resultados de salud" que, además, debe cumplir con tres requisitos básicos (59):

- a. Obtener acceso al sistema de atención médica (y por ende al tratamiento requerido);
- b. Acceso a una ubicación donde se proporcionan los servicios de atención médica necesarios (disponibilidad geográfica);
- c. Encontrar un proveedor de atención médica en el que el paciente confíe y pueda comunicarse (relación personal).

Por otra parte, el término Tratamiento son “acciones que los expertos en medicina aceptan como apropiado para determinado tipo de enfermedad y que los profesionales de la salud usan de manera amplia” (60). Para esta revisión se incluyó el uso de fármacos recetados y/o los psicoterapéuticos.

A través de las revisiones sistemáticas, se identificó una línea temática (coordinación de la red) en la que se desarrollan dos factores determinantes del acceso al tratamiento: la coordinación de la gestión clínica y el acceso geográfico. Además, se identificaron tres intervenciones y un modelo transversal de atención primaria con enfoque en salud mental (Figura 6).

#### **- Coordinación de la red:**

Es la estructuración de los puntos de atención de salud y sus recursos que deben ser distribuidos de forma óptima. Considerando el grado de escasez de recursos (humanos o físicos), estos deben ser concentrados o, al contrario, los recursos menos escasos que deben ser desconcentrados. Esta coordinación contribuye a la capacidad de un sistema de atención de salud para responder a las necesidades de salud de una población (acceso) (61) (Figura 6)..

#### **- Coordinación de gestión clínica:**

Pretende incrementar la eficiencia del sistema de salud, mejorar la utilización de los recursos y dotar a los profesionales de la responsabilidad necesaria para que puedan tomar decisiones en beneficio de los pacientes, gestionando la demanda desde criterios éticos, epidemiológicos y científicos (62):

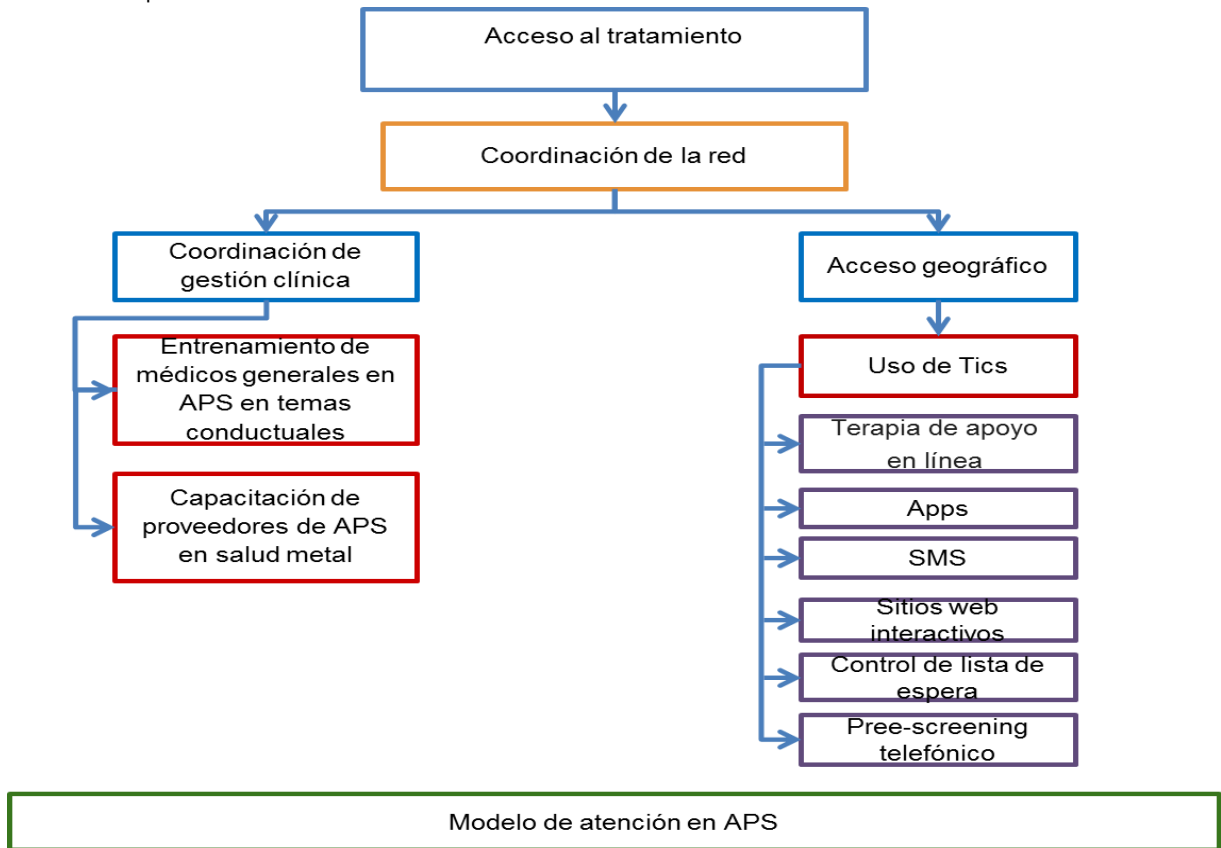
- Entrenamiento de médicos generales en APS sobre temas conductuales: los servicios de salud del comportamiento se integran en el entorno de atención primaria. Se busca una mejor detección de problemas de salud conductual mediante la colaboración entre proveedores de salud mental y personal en APS, donde los médicos generales reciben entrenamiento por parte de los especialistas en temas conductuales (50) (Figura 6).

- Capacitación de proveedores en APS en salud mental: capacita a los líderes locales que se desempeñan en el sector salud con el objetivo de brindar educación clínica sobre temas de salud mental, identificación de grupos de pacientes potencialmente deprimidos y el seguimiento del uso de medicamentos o el acceso a psicoterapeutas capacitados (35) (Figura 6).

**- Acceso geográfico:**

- Uso de TICs: las Tecnologías de Información y Comunicación son intervenciones a través de recursos y herramientas para procesar, administrar y compartir la información mediante soportes tecnológicos (63), pueden o no utilizar internet: mhealth (celular), llamadas telefónicas, ehealth (electrónico), audio-video. Se busca la mejora de la accesibilidad al tratamiento y la retención de participantes, mediante el monitoreo de los síntomas, la actividad en tiempo real y el seguimiento del progreso del tratamiento (32). Las intervenciones encontradas incluyen terapia de apoyo en línea, uso de APPS (p.ej. para auto test de depresión, técnicas de manejo de estrés o proporcionar información para implementar técnicas basadas en la evidencia para mejorar el estado de ánimo), SMS, sitios web interactivos, control de lista de espera y Pree-screening telefónico (32,37,49,52) (Figura 6).

Figura 6: Diagrama causal de acceso al tratamiento. El color naranja representa categorías temáticas, en azul factores, en rojo las intervenciones encontradas en la revisión, en morado variantes de las intervenciones y en verde modelos de atención que son transversales a varios factores.



Fuente: Elaboración Propia Departamento ETESA, MINSAL.

### 3.1.2 Adherencia al tratamiento

Se ha definido adherencia como "la medida en que el comportamiento de una persona coincide con el consejo médico dado" (64).

A través de las revisiones sistemáticas, se identificaron tres factores determinantes dentro de la coordinación de la red y 18 intervenciones (Figura 7).

#### - Conocimiento y conciencia:

##### - Redes de Salud mental:

- Uso Guías Clínicas Basada en Evidencia: esta intervención incluye desarrollo de pautas de tratamiento, y la derivación a atención especializada en salud mental (30), usualmente se manejan dentro de modelos de atención (56) (Figura 7).



- Capacitación de proveedores en APS en salud mental: involucra el compromiso institucional, capacitando a los proveedores de APS para brindar educación a los pacientes sobre temas de salud mental, realizar psicoterapia breve para diferentes problemas de salud conductual, identificación de grupos de pacientes potencialmente deprimidos y el seguimiento del uso de medicamentos o el acceso a psicoterapeutas capacitados (28) (Figura 7).
  - Incentivos económicos para proveedores: proporciona incentivos financieros para el sistema de salud en función de la cantidad y calidad de los servicios de salud (65) (Figura 7).
  - Entrenamiento de médicos generales en APS en temas conductuales: los servicios de salud del comportamiento se integran en el entorno de atención primaria mediante la colaboración entre proveedores de salud mental y médicos en APS para resolver casos de tipo conductual, se busca mantener la atención del paciente en APS (50) (Figura 7).
  - Gestores de casos que apoyan proveedores de APS: Persona encargada del proceso organizacional y asistencial del programa de atención en salud mental en el nivel primario de atención (39,56) (Figura 7).
- Redes de Apoyo:
- Terapia de pareja: es un trabajo en parejas donde uno de los integrantes tiene diagnóstico de depresión. Se trabaja en la asociación que existe entre los síntomas depresivos de la persona diagnosticada y la angustia que esto genera en la relación, el efecto amortiguador de la intimidad y el apoyo interpersonal. La terapia de pareja busca modificar los patrones de interacción negativos y aumentar los aspectos de apoyo mutuo de las relaciones (27) (Figura 7).
  - Acompañamiento de apoyo (Befriending): Es una relación de apoyo unidireccional que tiene como objetivo aliviar la soledad y brindar apoyo social a través de la provisión de acompañamiento individual por parte de un voluntario al paciente (befriender) (55) (Figura 7).

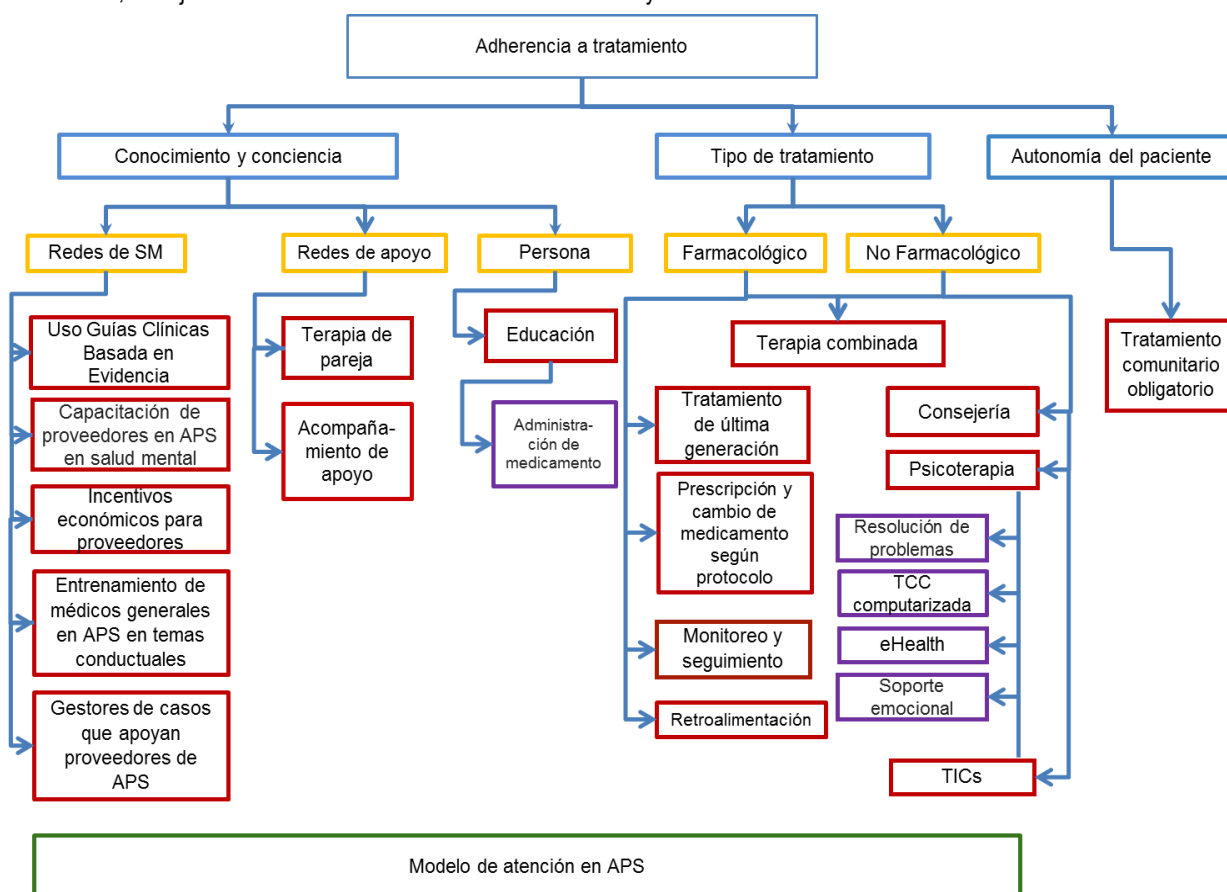
- Personas:
  - Educación: estas intervenciones se dan en todo tipo de población (niños, adolescentes y adultos) donde uno de los objetivos es aumentar la adherencia al tratamiento. Abarcan información entregada en panfletos en torno a temas de depresión como enfermedad y su tratamiento, entrega de información verbal o escrita personalizada sobre los beneficios de la adherencia y efectos secundarios de los medicamentos. En ocasiones esta intervención se apoya de TICs como uso de videos, APPS, teléfono y/o sitios web (26,28,31–33,36,38,42,43,46,47,56–58) (Figura 7).
  
- **Tipo de Tratamiento:**
- Terapia combinada:
  - Se refiere a la aplicación de terapias no farmacológicas de manera complementaria a la farmacológica con el objetivo de mejorar la eficacia, mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes y prevenir o retrasar la recurrencia (46,48) (Figura 7).
  
- Farmacológico:
  - Tratamiento de última generación: corresponde a la entrega de medicamentos con menos efectos secundarios, menor frecuencia de administración, formulación de disolución rápida, entre otras características (34,45) (Figura 7).
  - Prescripción y cambio de medicamento según protocolo: corresponde al manejo de los medicamentos y efectos adversos de los psicotrópicos en entornos ambulatorios. Esta intervención está diseñada para ser implementada por los farmacéuticos principalmente (25) (Figura 7).
  - Monitoreo y seguimiento: esta intervención incluye medidas comunes del cumplimiento de la medicación, el autoinforme del paciente, monitoreo electrónico, recuento de pastillas y registros de recarga. El monitoreo puede darse desde distintos actores: clínicos especialistas, APS, pacientes (automonitoreo), cuidadores y/o farmacéuticos (28,31,33,36,40,42,43). Una de las herramientas mencionadas para apoyar esta internación es la Provisión de calendarios de medicación (31). Además, en algunas intervenciones se incluye la retroalimentación de este monitoreo (28,31,36) (Figura 7).

- Retroalimentación: ésta se da por parte de psiquiatras a los clínicos en APS, cuidadores, pacientes y/o farmacéuticos que llevan a cabo la intervención en salud mental con respecto al seguimiento del tratamiento y mejora de resultados en los pacientes, usualmente está asociado a monitoreo de adherencia a medicamentos (28,31,36) (Figura 7).
- No farmacológico:
- Consejería: intervenciones usualmente breves, dadas por un profesional, con el fin de mejorar la capacidad de toma de decisiones de los usuarios (66). Entre las consejerías para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico de la depresión (28,46) una se enfocó en grupos específicos étnicos (40), mientras que otra busca ser aplicadas por farmacéuticos en la comunidad (42) (Figura 7).
  - Psicoterapia: la técnica psicoterapéutica utilizada en los estudios incluidos es la Terapia cognitiva conductual (TCC) y sus derivados: terapia interpersonal (TPI), sistema cognitivo de análisis conductual de la psicoterapia y terapia cognitiva basada en la atención plena, centrada en pacientes jóvenes y geriátricos (28,31,32,38,40,43,46,47,49,52,57) (Figura 7).
  - TICs: intervenciones a través de recursos y herramientas para procesar, administrar y compartir la información mediante soportes tecnológicos, pueden o no utilizar internet: seguimiento telefónico (28,40), intervenciones cognitivas y conductuales a través del internet (29,38,49,52), aplicaciones de salud mental en dispositivos móviles (32,38), coordinación vía herramientas tecnológicas con equipo Salud Mental de APS (56) y psico-educación a distancia (57) (Figura 7).

**- Autonomía del Paciente:**

- Tratamiento comunitario obligatorio:
- Permite que se establezca un requisito legal para que los pacientes se mantengan en contacto con los servicios de salud mental, mantengan su adherencia al tratamiento y/o reciban tratamiento en la comunidad. De no cumplir con el tratamiento o la asistencia a los servicios de salud, los profesionales de la salud mental tienen el derecho de devolver a un paciente al hospital contra su voluntad (67). Esta intervención está dirigida a pacientes con trastornos mentales severos (41) (Figura 7).

Figura 7: Diagrama causal de la adherencia al tratamiento. El color naranja representa categorías temáticas, en azul factores, en rojo las intervenciones encontradas en la revisión y en morado variantes de las intervenciones.



Fuente: Elaboración Propia Departamento ETESA, MINSAL.

A lo largo de esta revisión las intervenciones identificadas se muestran en color rojo. Sin embargo, varias de estas intervenciones forman partes de modelos o estrategias que incorporan más de una intervención por lo que los estudios evalúan la efectividad del modelo en su conjunto y no de las intervenciones aisladas. Se identificaron cinco intervenciones incluidas en modelos de atención, éstas se especifican en la Tabla 15:

Tabla 15: Modelos de Intervenciones.

Modelo	Definición	Intervenciones
Cuidados colaborativos	Utiliza administradores de casos para vincular a los proveedores de APS, pacientes y especialistas en salud mental. Los administradores de casos brindan apoyo a los proveedores de APS con funciones como educar al paciente, el seguimiento de los	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educación</li> <li>Uso Guías Clínicas Basada en Evidencia</li> <li>Gestores de casos que apoyan proveedores de APS</li> </ul>

	resultados de la depresión, la adherencia al tratamiento y el ajuste del tratamiento para los pacientes que no mejoran (56).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TICs</li> <li>• Retroalimentación</li> </ul>
Programa de manejo de enfermedades	Son planes de tratamiento estructurados que tienen como objetivo ayudar a las personas a manejar mejor sus enfermedades crónicas, mantener y mejorar la calidad de vida. También se ejecutan con el objetivo general de mejorar el tratamiento médico a largo plazo (68) y mejorar la cooperación entre los diversos profesionales e instituciones que brindan atención (26,43).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso Guías Clínicas Basada en Evidencia</li> <li>• Educación</li> <li>• Terapia combinada</li> <li>• Monitoreo y seguimiento</li> <li>• Incentivos económicos para proveedores</li> <li>• Capacitación de proveedores en APS en salud mental</li> </ul>
Intervención de farmacéuticos	Participación del farmacéutico en contacto directo con el paciente, con el fin de mejorar el resultado del tratamiento otorgando ayuda en adherencia, reacciones adversas, administración del medicamento, entre otras; a través de la educación (25).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación</li> <li>• Consejería</li> <li>• TICs</li> <li>• Monitoreo y seguimiento</li> <li>• Retroalimentación</li> <li>• Prescripción y cambio de medicamento según protocolo</li> </ul>
APS del comportamiento	Los servicios de salud del comportamiento se integran en el entorno de atención primaria mediante la colaboración entre proveedores de salud mental y personal en APS (50).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento de médicos generales en APS en temas conductuales</li> </ul>
Psiquiatría de enlace	Es un modelo de atención de salud mental en el que existe una interfaz entre los especialistas de salud mental y otros proveedores de atención de salud. El equipo de psiquiatría trabaja como un "enlace" entre el equipo médico primario y el paciente (35).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de TICs para hacer referencia facilitada de APS a segundo nivel</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia Departamento ETESA, MINSAL.

### 3.2 Discusión

Esta revisión exploratoria de evidencia identificó 18 intervenciones, la cuales fueron ubicadas causalmente en diagramas que describen el tema salud mental: depresión. De esta forma, cada una de las intervenciones presentadas en este informe cuenta con al menos una revisión sistemática que evalúa su efecto sobre el acceso y adherencia al tratamiento.

Es de notar la menor cantidad de intervenciones en el tema de acceso en comparación a adherencia. Esto podría estar relacionado con lo que plantea Gulliford et al. (69), el acceso a la atención médica es un fenómeno complejo que es muy difícil de definir. Al ser difícil de definir no es clara la forma de medir acceso. En general, las intervenciones van enfocadas a disminuir las barreras de acceso y aumentar la cobertura universal, por lo que las mediciones disponibles en la literatura van en torno a este aumento de cobertura (70). Además, varias de las intervenciones aquí mostradas existen dentro de modelos de atención en APS, por lo cual, los estudios primarios explican cada modelo como conjunto, pero no describen en detalle cada una de las intervenciones contenidas en éstos. Como resultado algunas de las intervenciones son poco claras en sus descripciones especialmente para acceso.

Una de las variantes encontradas en las intervenciones de adherencia es la propuesta de incorporar al farmacéutico en las intervenciones llevadas a cabo comúnmente por otros profesionales, p.ej. monitoreo, control de reacciones a medicamentos, educación, consejería (25,28,33,42,51,54).

Es importante destacar que esta revisión tiene como limitante el haber considerado únicamente revisiones sistemáticas y por lo tanto podría existir evidencia no considerada en este informe, al no estar incluida en revisiones sistemáticas de este problema de salud. Algunas de las intervenciones que han sido evaluadas y que no fueron reflejadas en esta revisión son el aumento de oferta de prestadores de salud, asesoramiento e información al consumidor sobre servicios de salud, participación comunitaria, atención de salud culturalmente sensible, incentivos económicos para pacientes y/o usuarios, subsidios de transporte, supresión de las cuotas de usuario, entre otros (70).

No es del alcance de este informe evaluar el efecto de las intervenciones encontradas, lo cual será abordado como insumo para la conformación de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030.

#### **4. Análisis Comparativo**

A partir de la tendencia de las intervenciones priorizadas en el sector respecto al tema Salud Mental que arrojó el análisis de la planificación operativa y las intervenciones identificadas en la búsqueda de evidencia, se realizó un proceso comparativo entre estas y el tema. El que, además incorporó lo descrito en las orientaciones técnico administrativas, la guía clínica del tema y literatura adicional.

De manera general, la literatura muestra que las acciones en salud mental deben ser dirigidas al entorno y a las condiciones de vida de las personas, a fin de que puedan disfrutar de estilos de vida más saludables. Para ello, se requieren intervenciones intersectoriales de las cuales se pueden citar: acciones en la infancia de modo a suplir las necesidades de salud, estimular el desarrollo y ofrecer soporte emocional; acciones apoyo de social a los adultos mayores; estrategias orientadas a los grupos más vulnerables (mujeres, migrantes, indígenas, etc.); intervenciones de salud mental en escuelas y trabajo; fortalecer políticas de vivienda; estrategias de prevención de violencia, discriminación y desarrollo comunitario; políticas para reducir la pobreza y promover derechos y oportunidades a las personas que son afectadas por problemas de salud mental (6).

Por otra parte, siguiendo la distribución de actividades según resultados esperados, se observa que el POA muestra una focalización de acciones encaminadas a promover la inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental y a mejorar la calidad del tratamiento de las personas con trastornos (seleccionados) de salud mental. De esta manera, las actividades que se realizan están centradas en la entrega de información a pacientes y familiares sobre temas asociados con participación y dimensión social de las personas con trastornos, y al monitoreo y evaluación de la atención entregada, especialmente las consultorías en Atención Primaria.

Dado que, de los trastornos priorizados en la Estrategia Nacional de Salud, es la depresión la que presenta mayor prevalencia, el análisis sobre el actuar del sector se realizó focalizado en este tema. De esta manera, través la revisión de la Guía Clínica de Depresión (9), el Plan nacional de Salud Mental 2017-2025 (15) y literatura complementaria (71), se pudo observar que existen acciones orientadas a mejorar la calidad del tratamiento de personas con depresión en términos de reducir la discapacidad asociada y a promover la inclusión a través de la reducción del estigma, así como promover su participación social, que cuentan con evidencia científica claramente identificada.

En cuanto a mejorar calidad del tratamiento, se encuentran aquellas encaminadas a lograr su remisión, reducción del episodio depresivo y/o recurrencia, entre las que sobresalen las intervenciones farmacológicas y las psicosociales (psicoterapia cognitivo conductual y psicoterapia individual), las que se potencian con la gestión adecuada de casos desde la atención primaria. Respecto de la reducción de estigma, sobresalen intervenciones como la terapia cognitiva conductual, estrategias para la familia de tipo comunitario y la psicoeducación comunitaria.

En este sentido, se identifica que en ambos casos son las últimas actividades las que precisamente se encuentran poco priorizadas desde la planificación operativa de los años analizados. Esto llama

la atención ya que, por ejemplo, con relación a la reducción de estigma y promoción de participación, la entrega de información a través de material impreso y/o campañas comunicacionales; así como el monitoreo (cuantificación) de consultorías, acciones que más se realizan, parecen no tener una evidencia tan clara en cuanto a su efectividad, por lo cual podríamos inferir preliminarmente que los esfuerzos del sector, en estos momentos, se encuentran enfocados en intervenciones que por sí solas, no ayudarían a conseguir los objetivos planteados en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. Se espera, en una etapa posterior de este análisis, analizar la efectividad de tales intervenciones, para así establecer claramente dónde y de qué manera debemos poner la atención y los recursos en las programaciones del sector.

## **VI. CONCLUSIONES**

Los trastornos o patologías de salud mental y el comportamiento son un conjunto variado de entidades nosológicas con diferentes historias naturales y características epidemiológicas, que obedecen a diferentes causas y que se relacionan de forma distinta con los determinantes socioambientales de la salud. Es por esta razón que su abordaje, desde la mirada de los distintos niveles de prevención, también varía. No obstante, presentan algunas características similares: tienden a generar estigmatización a quienes los sufren, muchas veces evidenciada por los tratamientos que siguen o los profesionales de la salud que visitan; tienen la capacidad de generar malestar, reducción de la calidad de vida y discapacidad en diferentes grados; y pueden mantenerse como problemas crónicos de salud si no son abordados con la oportunidad y la efectividad requerida.

En este sentido, la salud mental es un importante tema de preocupación en salud pública tanto en Chile como a nivel mundial. Esto, dada la importante carga de enfermedad para la población generada por los distintos tipos de trastornos mentales, a la cual se suma su relación interdependiente con otros problemas como el consumo problemático de sustancias psicoactivas, y su coexistencia con enfermedades crónicas.

Existen variadas fuentes de información que permiten hacerse una idea de cómo se comporta la salud mental en la población, sin embargo, es probable que mucho de lo que sucede en este tema esté más bien oculto a la mirada habitual del sector salud, ya sea por problemas de oferta, de acceso o simplemente de demanda. Por ejemplo, llama la atención las bajas prevalencias de



población en control para cada una de las patologías analizadas, o las diferencias de proporción entre el aseguramiento público y privado en salud en el país, y del uso de infraestructura pública y privada para hospitalizaciones por trastornos del ánimo.

El abordaje de este problema en la Estrategia Nacional de Salud fue desde la perspectiva de su capacidad de generar discapacidad en la población, estando los dos objetivos de impacto orientados a disminuir la prevalencia de discapacidad por estos problemas, asociados al cumplimiento de los resultados esperados relacionados con cobertura de tratamiento, la calidad de este y los esfuerzos del sistema para generar inclusión. El principal problema encontrado ha sido la capacidad de medir los indicadores asociados a los objetivos de impacto y los resultados esperados, la falta de precisión de algunos de estos y su difícil comprensión en otros. En la Tabla 16, se muestran los indicadores y las dificultades encontradas:

Tabla 16: Indicadores de la estrategia con problemas de medición.

<b>Indicador</b>	<b>Problema</b>
Promedio de días pagados por cotizante de licencias médicas curativas por causas asociadas a trastornos mentales	Afectado por múltiples variables que lo hacen difícil de comprender como indicador de discapacidad asociada a salud mental
Porcentaje de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal	Requiere medición en encuestas poblacionales y no hubo continuidad en su medición
Porcentaje de la población con trastorno bipolar, trastorno depresivo, esquizofrenia y trastorno hipercinético en tratamiento	Requiere de prevalencias que no existen y que se diferenciarían en cuanto al tipo de población, generando problemas de imprecisión y confiabilidad.
Porcentaje de personas con esquizofrenia y trastorno bipolar que egresan por abandono del programa de salud mental	Dato no se recoge en los REM
Porcentaje de pacientes con depresión que egresan de tratamiento por alta clínica.	Dato no es claro como tal en REM
Porcentaje de personas con diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia que realizan alguna actividad regular.	Dato no se recoge en los REM

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

En relación con el actuar del sector salud, la planificación operativa anual constituye una valiosa herramienta para orientar y ordenar las acciones, aun cuando no contiene la incorporación total de actividades que son realizadas.

El análisis del POA muestra que las acciones realizadas en pro de dar cumplimiento al RE1 “promover la inclusión social de las personas con discapacidad” están enfocadas en aumentar la

participación de personas con trastornos mentales, la elaboración e implementación de planes regionales para la reducción de estigma, y de planes regionales y locales de inclusión social. Las actividades se centran en el desarrollo de acciones de entrega de información acerca de espacios dispuestos para la participación de pacientes y familiares, así como educativas respecto de la dimensión social que involucra el abordaje de personas con problemas o trastornos mentales. Se evidencian como nodos críticos, la heterogeneidad regional respecto del estado de implementación de los planes de inclusión social y la escasez de organizaciones comunitarias y familiares.

Respecto del RE2 “mejorar calidad del tratamiento en personas con trastornos mentales”, las acciones se enfocan principalmente a incrementar las consultorías de equipos de especialidad de salud mental a equipos de APS, según OOTT de Consultoría de Salud Mental, para mejorar resolutivez y disminuir interconsultas no pertinentes. Las actividades se centran en el monitoreo y evaluación de la atención en salud mental. Como nodos críticos se identificaron la falta de ejecución y baja calidad de consultorías, a causa de duplas profesionales incompletas y falta de espacios adecuados para su realización.

Con relación al RE3 “mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales”, el foco está puesto en aumentar la detección de trastornos mentales a través de un plan de acción intersectorial, con participación de Servicios y SEREMI de Salud, municipios e intersector; así como en avanzar en la implementación de los seis componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Las actividades se centran en capacitación para detección de problemas de salud mental y monitoreo de la notificación de casos de suicidio. Se evidencian nodos críticos como falta de evaluación para medir el aprendizaje en equipos capacitados problemas de registro y notificación.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Tomando en consideración los resultados obtenidos en las distintas etapas del proceso de análisis crítico se recomienda incluir el tema Salud Mental dentro de la Estrategia Nacional de Salud para la próxima década, esto en relación a una importante carga de enfermedad para la población generada por los distintos tipos de trastornos mentales, a la cual se suma su relación interdependiente con otros problemas como el consumo problemático de sustancias psicoactivas,

y su coexistencia con enfermedades crónicas, así como por las limitaciones que aún se evidencia para el logro de los resultados propuestos.

Con respecto a los indicadores analizados, parece razonable, siendo un indicador solicitado internacionalmente, que el nivel de salud mental se mida a nivel de objetivo de impacto (o a un nivel más alto) a través de la mortalidad por lesiones autoinfligidas en todas las edades. Bajo este objetivo, a nivel de resultados esperados, por un lado, es aconsejable una línea asociada al manejo de los intentos de suicidio (vigilancia, procesos de referencia y contra referencia, etc.) y por otro a mejorar el acceso de la población a la atención de salud mental, o a indagar la brecha existente para el manejo de patología de salud mental. También se puede indagar en los indicadores de calidad de la atención de salud mental que propone la OCDE.

Por otro lado, si bien la planificación operativa es una herramienta que permite ordenar y orientar las intervenciones del sector salud, ésta aún no incorpora la totalidad de las acciones que son realizadas. De esta manera, se considera necesario el fortalecimiento constante de la misma, especialmente en cuanto a la evaluación de resultados y el desarrollo de procesos de planificación conjunta entre equipos técnicos de un mismo organismo o entre los distintos organismos (SEREMIs-Servicios de Salud; Establecimientos de Salud Nivel Primario y Secundario).

Así mismo, se hace necesario poner énfasis en que las actividades que se planifiquen en el sector salud sean respaldadas por la evidencia científica, con el fin de maximizar y focalizar los recursos financieros y humanos en las intervenciones que realmente permitan conseguir los objetivos planteados. En este sentido, se recomienda fortalecer acciones orientadas a mejorar la calidad del tratamiento, de modo a reducir la discapacidad asociada y a la reducción del estigma.

## **VIII. PRÓXIMOS PASOS**

Los próximos pasos de este análisis crítico se orientarán en la exploración y determinación de la efectividad de aquellas intervenciones que estando presentes en el POA y en el análisis inicial de búsqueda de evidencias, no cuentan con un respaldo claro de la literatura. Lo anterior, con el objetivo de determinar si las acciones del sector salud y sus alcances son suficientes para el cumplimiento de las metas en todos los niveles. Es en este sentido que, de acuerdo a lo evidenciado en la búsqueda, nos enfocaremos en responder la siguiente pregunta: “¿Es efectiva la consultoría (vinculación especialidad) en la APS para el óptimo control de los pacientes con patología de salud mental?”. Esta etapa se pretende sea completada durante el primero semestre de 2020.

Por último, como componente adicional a este proceso, se pretende realizar un análisis de pertinencia de los hallazgos presentados en este informe, por parte de los referentes temáticos tanto a nivel nacional como regional, además de un grupo de expertos en el tema. Para esto fue elaborado un instrumento de consulta, el que fue sometido a una prueba piloto junto a referentes regionales y de nivel central, de forma tal que se recolectaron las observaciones y se hicieron ajustes en cuanto a pertinencia, coherencia y redacción. Con este paso se pretende resguardar una mirada integral y completa de la problemática expuesta, en miras de realizar una propuesta sólida de mejora para el próximo Plan Nacional de Salud.

## IX. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 [Internet]. 1ª. Santiago: MINSAL; 2016 [cited 2019 Jul 10]. 103 p. Available from: <https://www.ssmaule.cl/dig/epidemiologia/EPIDEMIOLOGIA/2017/EstrategiaNacionalSalud/PlandeSalud2016/Plan%20Nacional%20de%20Salud%202016.pdf>
2. Ministerio de Salud. Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Decada 2011-2020. [Internet]. Santiago: MINSAL; 2011 [cited 2019 May 20]. 426 p. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
3. Ministerio de Salud. Unidad 1: Aspectos relevantes de la Planificación Sanitaria en Chile. In: Cápsula Autogestionada: Gestión basada en resultados en la Estrategia Nacional de Salud [Internet]. Santiago: MINSAL; 2019 [cited 2019 Nov 1]. Available from: <http://minsal.uvirtual.cl/>
4. Marianela Armijo. Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público (Versión Preliminar) [Internet]. Área de Políticas Presupuestarias y Gestión Pública ILPES/CEPAL; 2009 [cited 2019 Oct 2]. Available from: [https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual\\_planificacion\\_estrategica.pdf](https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf)
5. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO. 2013 [cited 2019 Jul 31]. Available from: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/#](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/#)
6. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 31]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
7. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 1]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
8. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. OMS; 2013 [cited 2019 Aug 1]. 53 p. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)
9. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más [Internet]. 3º Ed. Santiago: MINSAL; 2013 [cited 2019 Aug 2]. 144 p. (Guías Clínicas MINSAL). Available from: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2016/02/2.-MINSAL\\_GPC\\_Depresi%c3%b3n\\_2013.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/2.-MINSAL_GPC_Depresi%c3%b3n_2013.pdf)
10. Organización Mundial de la Salud. Datos y Cifras: 10 Datos sobre la Salud Mental [Internet]. [cited 2019 Jul 31]. Available from: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/)
11. Organización Mundial de la Salud. mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias [Internet]. OMS; 2008 [cited 2019 Aug 1]. 43 p. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1)

12. Marconi J. La psiquiatría en el cambio de siglo: psiquiatría social. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2001 Jan;39(1):10–1.
13. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública.* 2005 Nov;18:346–58.
14. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria [Internet]. MINSAL; 2018 [cited 2019 Aug 1]. Available from: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28\\_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA\\_DIGITAL.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf)
15. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 [Internet]. MINSAL; 2017 [cited 2019 Aug 1]. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
16. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 1]; Santiago. Available from: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf)
17. Ministerio de Salud. Evaluación de Mitad de Período. Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 [Internet]. MINSAL; 2017 [cited 2019 Jul 20]. Available from: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/08/Evaluacion-a-Mitad-de-Periodo-ENS.pdf>
18. Organización Mundial de la Salud. Aspectos esenciales de la campaña. Día Mundial de la Salud 2017 [Internet]. WHO. 2017 [cited 2019 Jul 31]. Available from: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/campaign-essentials/es/>
19. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS Chile - Salud Mental [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2007 [cited 2019 Aug 2]. Available from: [https://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=180:salud-mental&Itemid=1005](https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=180:salud-mental&Itemid=1005)
20. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018 Oct 2;169(7):467–73.
21. Vicente P B, Rioseco S P, Saldivia B S, Kohn R, Torres P S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Rev Médica Chile.* 2002 May;130(5):527–36.
22. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017 [cited 2019 Aug 28]. 220 p. Available from: [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en#page3](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page3)
23. Instituto de Administración en Salud. Informe 3: “Estudio de uso efectivo de grupos de prestaciones con garantías explícitas en salud”. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2018 Nov p. 207.

24. Ministerio de Salud. Sistema de Salud Mental en Chile [Internet]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2014 Jun [cited 2019 Aug 2] p. 122. Report No.: 2º Informe. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_chile.pdf](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf)
25. Ali Al-Jumah K, Akhtar Qureshi N. Patient Preference and Adherence Impact of pharmacist interventions on patients' adherence to antidepressants and patient-reported outcomes: a systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6–87.
26. Badamgarav E, Scott Weingarten MR, James Henning MM, Kevin Knight M, Vic Hasselblad M, Gano A, et al. Effectiveness of Disease Management Programs in Depression: A Systematic Review. Vol. 160, *Am J Psychiatry*. 2003.
27. Barbato A, Avanzo DB, Parabiaghi A. Couple therapy for depression ( Review ). *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(6).
28. Chong WW, Aslani P, Chen TF. Effectiveness of interventions to improve antidepressant medication adherence: a systematic review. *Int J Clin Pract*. 2011;65(9).
29. Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in Internet Interventions for Anxiety and Depression: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2009;11(2).
30. Unützer J, Harbin H, Schoenbaum M, Druss B. The Collaborative Care Model: An Approach for Integrating Physical and Mental Health Care in Medicaid Health Homes. *Medicare & Medicaid Services by the Center for Health Care Strategies and Mathematica Policy Research*. 2013.
31. Conn VS, Ruppert TM, Enriquez M, Cooper PS. Patient-Centered Outcomes of Medication Adherence Interventions: Systematic Review and Meta-Analysis. *Value Health*. 2015;1–9.
32. Donker T, Petrie K, Proudfoot J, Clarke J, Birch M-R, Christensen H. Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2013;15(11).
33. García-Pérez L, Serrano-Aguilar P. Cost-Effectiveness of Interventions to Enhance Medication Adherence in Psychiatric Patients: A Systematic Review. Vol. 6, *Current Clinical Pharmacology*. 2011.
34. Gelhorn HL, Sexton CC, Classi PM. Patient preferences for treatment of major depressive disorder and the impact on health outcomes: a systematic review. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(5).
35. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(9).
36. Heise BA, Van Servellen G. The Nurse's role in primary care antidepressant medication adherence. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2014;52(4):48–57.
37. Hennemann S, Farnsteiner S, Sander L. Internet and mobile-based aftercare and relapse prevention in mental disorders: A systematic review and recommendations for future research. *Internet Interv*. 2018;14:1–17.

38. Hollis C, Falconer CJ, Martin JL, Whittington C, Stockton S, Glazebrook C, et al. Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems: a systematic and meta-review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;
39. Huang Y, Wei X, Wu T, Chen R, Guo A. Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2013;13.
40. Interian A, Lewis-Fernández R, Dixon LB. Improving Treatment Engagement of Underserved U.S. Racial-Ethnic Groups: A Review of Recent Interventions. *Psychiatr Serv*. 2013;64:212–22.
41. Sr K, La C, Campbell LA. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;
42. Milosavljevic A, Aspden T, Harrison J. Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: a systematic review. *Int J Pharm Pract*. 2018;
43. Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease Management Programs for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Vol. 42, *Care*. 2004.
44. Brownfield N. Homework in Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review of Adherence Assessment in Anxiety and Depression in Psychiatric Clinics of North America . *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40:625–639.
45. Nussbaumer B, Morgan LC, Reichenpfader U, Greenblatt A, Hansen RA, Van Noord M, et al. Comparative Efficacy and Risk of Harms of Immediate-versus Extended-Release Second-Generation Antidepressants: A Systematic Review with Network Meta-Analysis. *Springer Int Publ Switz*. 2014;
46. Oestergaard S, Møldrup C. Improving outcomes for patients with depression by enhancing antidepressant therapy with non-pharmacological interventions: A systematic review of reviews. *R Soc Public Health Publ Elsevier*. 2011;
47. Pampallona S, Bollini G, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient Adherence in the treatment of depression. *Br J Psychiatry*. 2002;
48. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression A Systematic Review. *Br J Psychiatry*. 2002;104–9.
49. Pihlaja S, Stenberg J-H, Joutsenniemi K, Mehik H, Ritola V, Joffe G. Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders – A systematic review. *Internet Interv*. 2018;11:1–10.
50. Possemato K, Johnson EM, Beehler GP, Shepardson RL, King P, Vair CL, et al. Patient outcomes associated with primary care behavioral health services: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018;#pagerange#.



51. Readdean KC, Parrott JS, Heuer AJ. Accepted Manuscript Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomology: A systematic review and meta-analysis. *Res Soc Adm Pharm.* 2017;
52. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2012;32:329–342.
53. Rodgers M, Asaria M, Walker S, Mcmillan D, Lucock M, Harden M, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review. *Health Technol Assess.* 2012;16(28).
54. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belío J, Fernández A, García-Campayo J, March Pujol M, et al. Effectiveness of Pharmacist Care in the Improvement of Adherence to Antidepressants: A Systematic Review and MetaAnalysis. *Ann Pharmacother.* 2011;45.
55. Siette J, Cassidy M, Priebe S. Effectiveness of befriending interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2017;
56. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, Mcknight-Eily LR, et al. Collaborative Care to Improve the Management of Depressive Disorders A Community Guide Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Prev Med.* 2012;42(5):525–38.
57. Tofoli C, Francisco Juruena Mariana Flávia de Souza Tursi M, von Werne Baes C, Ribeiro de Barros Camacho F, Marcia de S. Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2013;47(11):47.
58. Vergouwen ACM, Bakker A, Katon WJ, Verheij TJ, Koerselman F. Improving Adherence to Antidepressants: A Systematic Review of Interventions. Vol. 64, *J Clin Psychiatry.* 2003.
59. Institute of Medicine (U.S.). Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services., Millman ML. Access to health care in America. National Academy Press; 1993. 229 p.
60. Instituto Nacional del Cáncer EE. UU. Definición de tratamiento estándar - Diccionario de cáncer - National Cancer Institute [Internet]. [cited 2019 Jul 10]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/tratamiento-estandar>
61. Mendes EV. Las redes de atención de salud. 2013.
62. de Sancho JL, de Asís Jove F, Cortés Sanz M. Gestión Clínica en los Centros del INSALUD. Madrid; 2001.
63. Universidad Autónoma de México. ¿Qué son las TIC? [Internet]. 2018 [cited 2019 Jun 21]. Available from: <http://tutorial.cch.unam.mx/bloque4/lasTIC>
64. World Health Organization. Evidence for action World Health Organization 2003. 2003.
65. Suthar AB, Nagata JM, Nsanzimana S, Bärnighausen T, Negussie EK, Doherty MC. Performance-based financing for improving HIV/AIDS service delivery: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):6.

66. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Consejería en Vida Sana. Manual de Apoyo. 2018.
67. Barnett MP. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Artic Lancet Psychiatry*. 2018;5:1013–35.
68. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). What are disease management programs (DMPs)? [Internet]. Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2016 [cited 2019 Jul 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279412/>
69. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibsob B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? PubMed Commons. *J Health Serv Res Policy*. 2002;7(3):186–8.
70. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Leslie Annear P, Van Damme W, Pdr L. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan*. 2011;
71. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 1];(9). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007193.pub2/full>