



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

# ANÁLISIS CRÍTICO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2011-2020,

## Salud Mental

Departamento Estrategia Nacional de Salud  
División de Planificación Sanitaria  
Subsecretaría de Salud Pública  
Noviembre 2020

## OBJETIVOS ANÁLISIS CRÍTICO

---

### Objetivo General

- ✓ Conocer el estado de situación de algunos temas de la Estrategia Nacional de Salud, con el fin de generar insumos para la toma de decisiones, particularmente en los procesos de priorización en la formulación de los objetivos sanitarios de la próxima década.

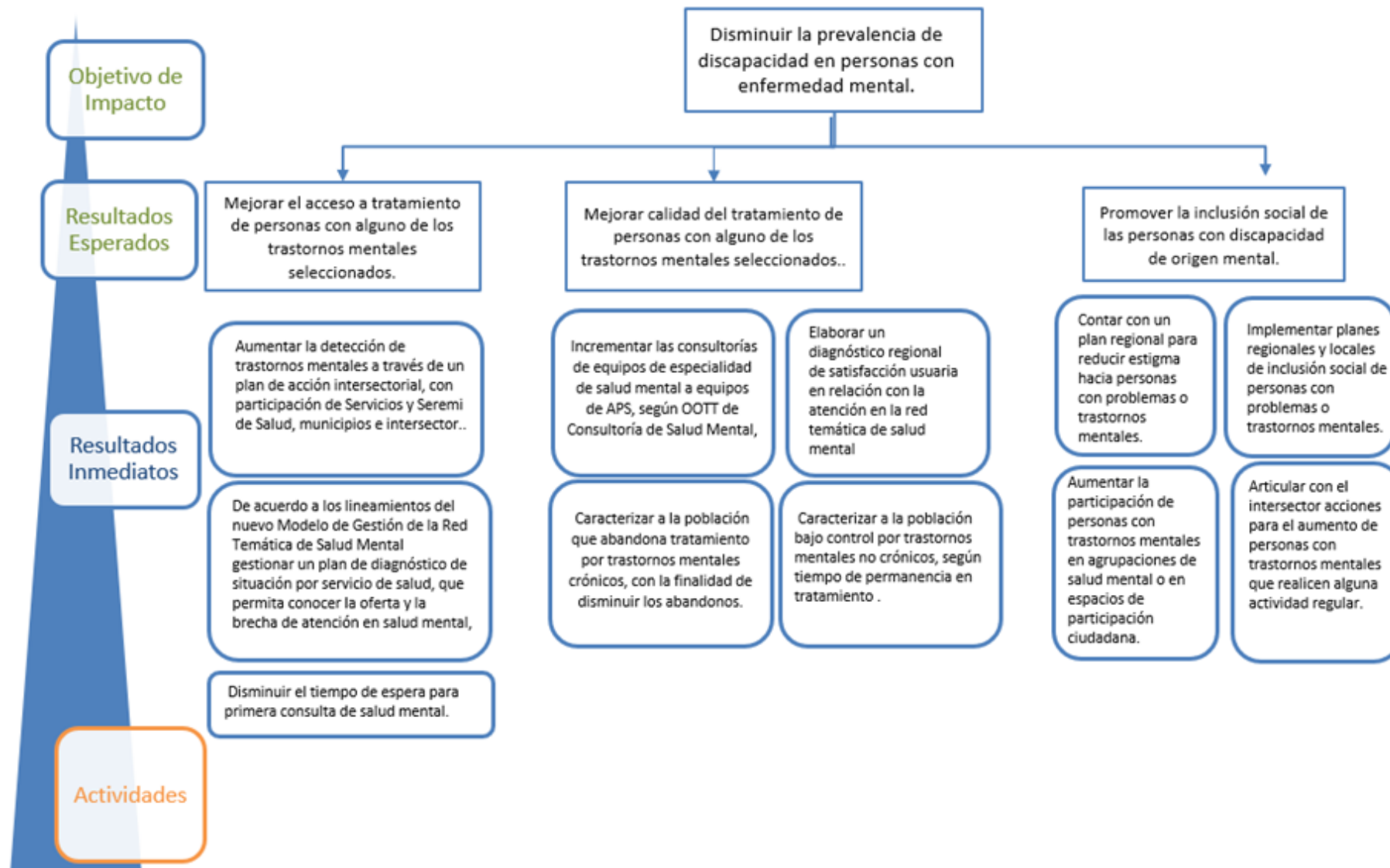
# OBJETIVOS ANÁLISIS CRÍTICO

---

## Objetivos específicos

1. Conocer la situación actual de algunos temas ENS 2011-2020 a partir de la evaluación de sus indicadores.
2. Evaluar la pertinencia de los indicadores que en la actualidad hacen parte del monitoreo del tema.
3. Identificar las intervenciones que desde la evidencia favorecen el logro de los resultados propuestos.
4. Revisar a partir de la planificación Operativa, si las acciones implementadas desde el sector se relacionan con el indicador y contribuyen al logro de los objetivos planteados.
5. Identificar factores que expliquen los resultados del tema.
6. Generar recomendaciones que permitan mejorar la gestión del tema en la estrategia actual, y favorecer la formulación del marco de resultados y medición en la estrategia de la década siguiente.

# Cadena de resultados



# Indicadores

**Objetivo de impacto:** Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental

Indicador 1: Promedio de días pagados por cotizante de licencias médicas curativas por causas asociadas a trastornos mentales

Indicador 2: Porcentaje de personas con discapacidad por trastorno mental con dificultades para su cuidado personal

Resultados Esperados	Indicador
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 hipercinético 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.

## Estado Indicadores Estrategia Nacional de Salud\*

- OI 1: días pagados por licencia de salud mental: con controversia. El resultado obtenible desde información publicada de Superintendencia de Seguridad Social no coincide con los estimados a principio de la década y la meta.
- OI 2: discapacidad con dificultades para cuidado personal: no se ha podido obtener desde la Estudio Nacional de Discapacidad.
- RE1: Porcentaje de la población con trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión o trastorno hiperquinético en tratamiento: no medible por problemas de diseño del indicador
- RE2: Porcentaje de personas con esquizofrenia o trastorno bipolar que egresan por abandono del programa de salud mental: no medible por falta de registro
- RE3: Porcentaje de pacientes con depresión que egresan de tratamiento por alta clínica: pendiente
- RE4: Porcentaje de personas con diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia que realizan alguna actividad regular: no medible por falta de registro

# Indicadores internacionales salud mental

Indicador	Fuente información	Medición internacional	Cobertura poblacional	Periodicidad potencial
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 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 bipolar, depresión moderada a grave)	Registros de atención y/o encuestas poblacionales	OMS, Plan de Acción integral sobre salud mental	Requiere evaluarse	Requiere evaluarse
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

# Análisis epidemiológico: mortalidad por trastornos salud mental (CIE-10 F00-F99)

---

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.

- Trastornos psicóticos y del comportamiento (demencias distintas de Enfermedad de Alzheimer) 88,7%
- Trastornos relacionados al consumo de sustancias (alcohol, cocaína y tabaco) 8,3%
- Esquizofrenia y trastornos esquizoides 1,9%

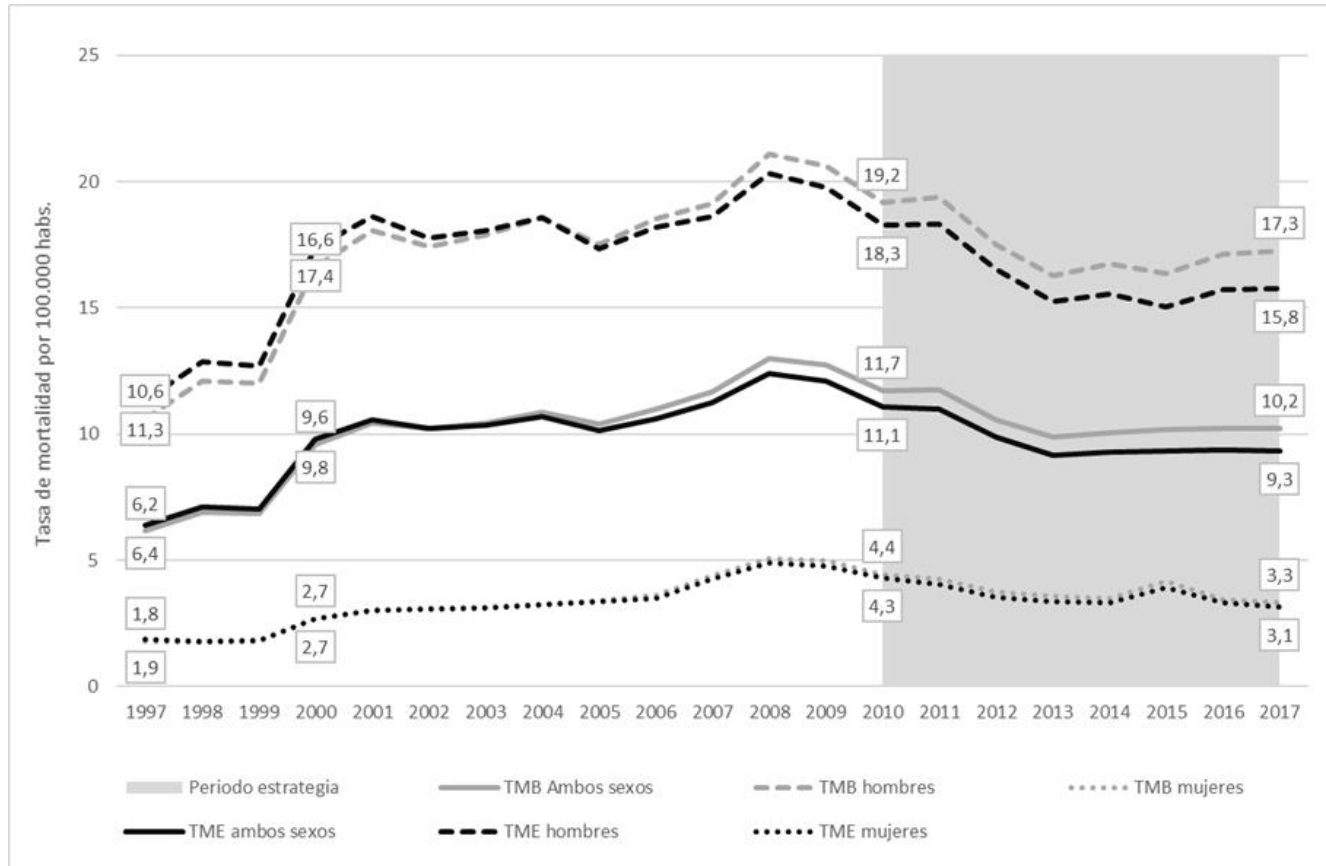
Las muertes por esta causa se dan fundamentalmente en población adulta mayor, siendo para el año 2017 el 91,8% mayor de 65 años y el 75,3% mayor de 80 años. Para el periodo, entre el 58% y el 65% fueron mujeres.

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



# Análisis epidemiológico: mortalidad por suicidio

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



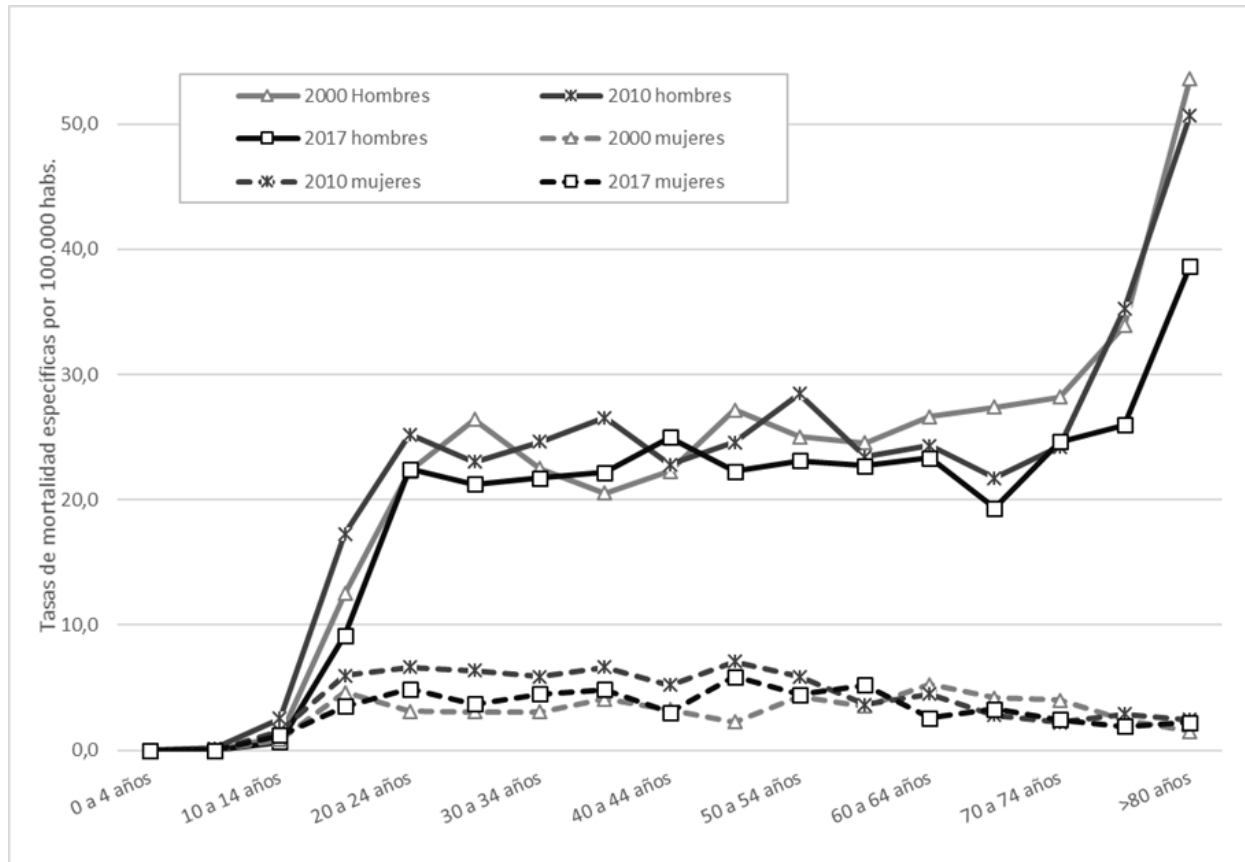
- 2008                    2.166 fallecidos
- 2013                    1.736 fallecidos
- 2017                    1879 fallecidos

Nota: previo a 2005 existiría un problema de registro de lesiones autoinflingidas, siendo registradas con los códigos CIE10 Y10-Y34, con intencionalidad no determinada, predominantemente en región Metropolitana.

TMB: Tasa de mortalidad bruta; TME: Tasa de mortalidad estandarizada (población Chile 2002).  
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

# Análisis epidemiológico: mortalidad por suicidio

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.

En <10 años muertes por suicidio son esporádicos, (10 casos entre 1997 y 2017)

Participación del total de muertes:

- 10 a 19 años 13% a 20%
- 20 a 44 años 14%
- 45 a 59 años 3,5%
- 60 a 79 años 0,3%
- >80 años 0,1%

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 años	10 a 19 años	20 a 64 años	>65 años	10 a 19 años	20 a 64 años	>65 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%

# Análisis epidemiológico: mortalidad por suicidio en regiones

	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
Los Ríos	22,2	22,6	24,2	25,4	19,9	19,6
Los Lagos	22,0	25,5	25,3	27,6	23,9	21,0
Aysén	22,4	31,8	29,7	24,7	19,0	26,3
Magallanes	16,4	19,0	24,0	22,2	17,6	16,6
Chile	17,9	18,0	19,0	18,8	15,8	15,5

Percentiles
>P10
P10-P25
P25-P50
P50-P75
P75-P90
P>90

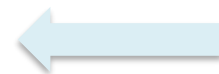
Tasas de mortalidad por suicidio trianuales y estandarizadas en hombres según región, Chile, 2000-2017.



	2000-02	2003-05	2006-08	2009-11	2012-14	2015-17
Arica y Parinacota	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
Los Ríos	4,3	4,4	3,9	3,9	2,1	3,5
Los Lagos	2,8	4,5	5,4	5,6	4,1	5,2
Aysén	4,7	3,0	2,1	5,4	2,5	1,6
Magallanes	3,3	5,0	4,1	4,6	4,3	3,1
Chile	2,9	3,2	4,2	4,4	3,4	3,5

Percentiles
>P10
P10-P25
P25-P50
P50-P75
P75-P90
P>90

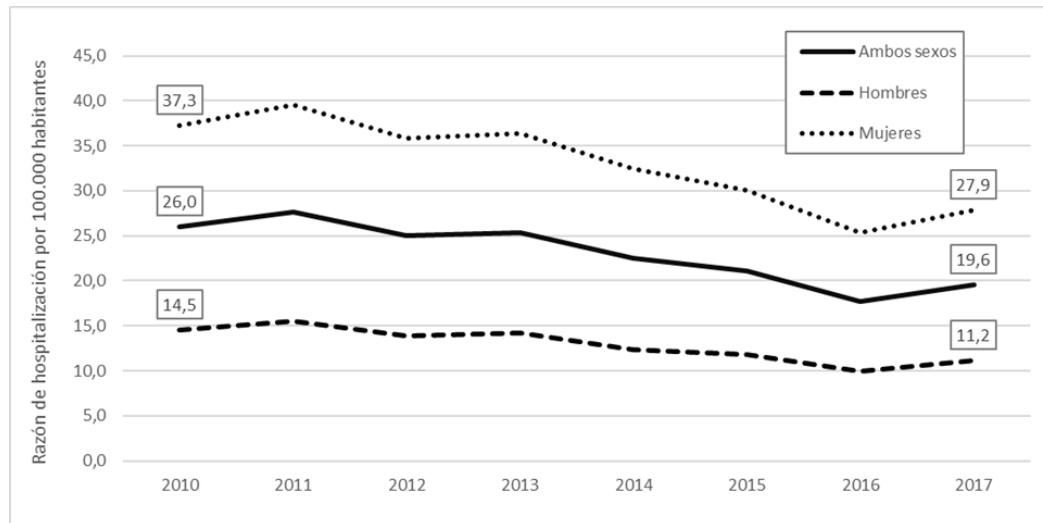
Tasas de mortalidad por suicidio trianuales y estandarizadas en mujeres según región, Chile, 2000-2017.



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

# Análisis epidemiológico: hospitalizaciones por lesiones autoinflingidas

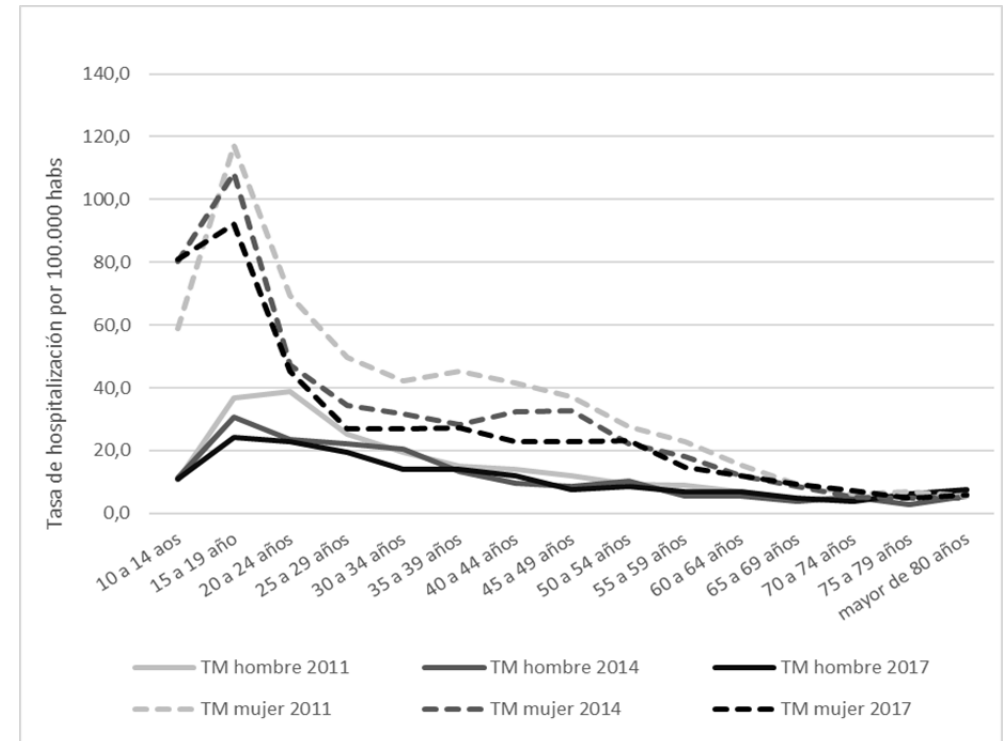
Razón de hospitalización por 100.000 habitantes por lesiones autoinflingidas (códigos CIE 10 X60 a X84) según Sexo. Chile, 2010 al 2017.



Relación entre las hospitalizaciones y fallecimientos por lesiones autoinflingidas, 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

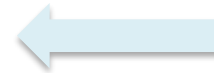
Tasas de hospitalización por lesiones autoinflingidas según sexo y quinquenio de edad. Chile, años 2011, 2014 y 2017.



# Análisis epidemiológico: hospitalización por suicidio en regiones

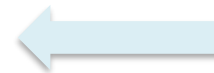
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Arica y Parinacota	13,2	10,2	13,5	12,6	9,7	11,7	7,5	9,1	
Tarapacá	0	0	5,6	9,6	2,4	1,7	10,7	8,2	
Antofagasta	7,3	5,9	5,1	5,7	6,2	4,9	7,3	3,9	
Atacama	7,3	8,5	9,1	37,0	15,7	29,7	16,5	18,1	
Coquimbo	8,5	12,3	9,1	11,1	9,0	5,8	5,9	5,8	
Valparaíso	28,8	37,0	25,6	26,5	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 Ríos	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

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



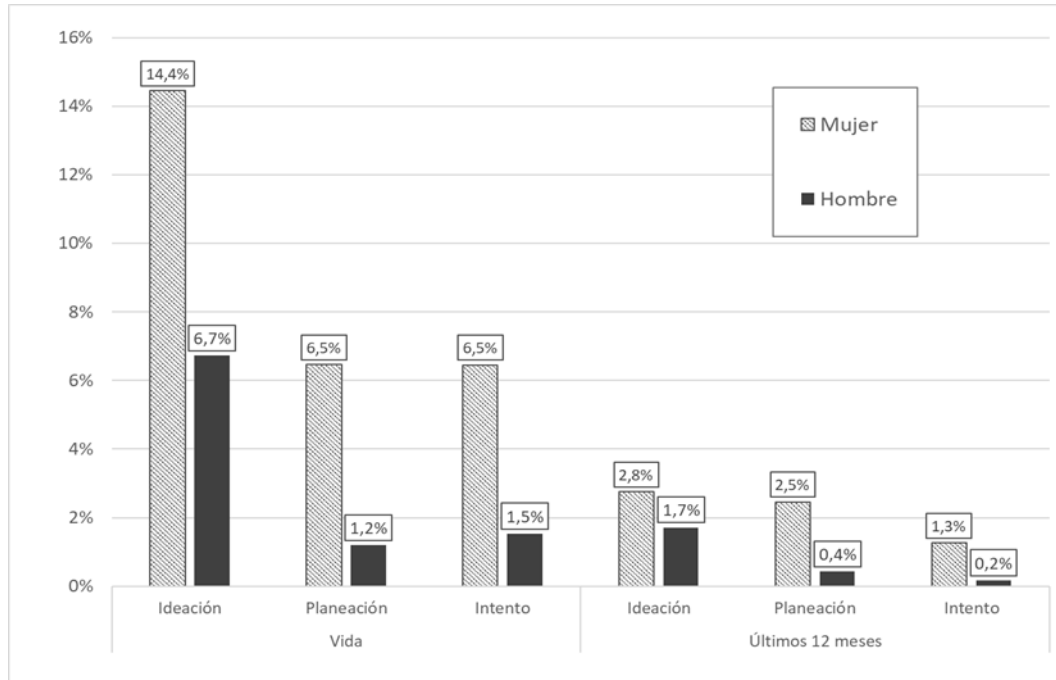
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Arica y Parinacota	36,5	38,4	27,4	26,4	36,2	25,4	17,9	13,4	
Tarapacá	0	1,4	8,6	19,4	1,9	2,5	24,0	9,4	
Antofagasta	15,6	15,4	15,9	14,9	14,7	14,5	11,6	14,1	
Atacama	19,8	18,8	24,1	51,6	52,3	57,6	22,2	45,8	
Coquimbo	16,2	23,0	19,9	20,4	18,8	17,0	13,7	11,2	
Valparaíso	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 Ríos	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

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



# Análisis epidemiológico: ideación suicida

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



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
<b>Hombre</b>	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%)
<b>Mujer</b>	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%)

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

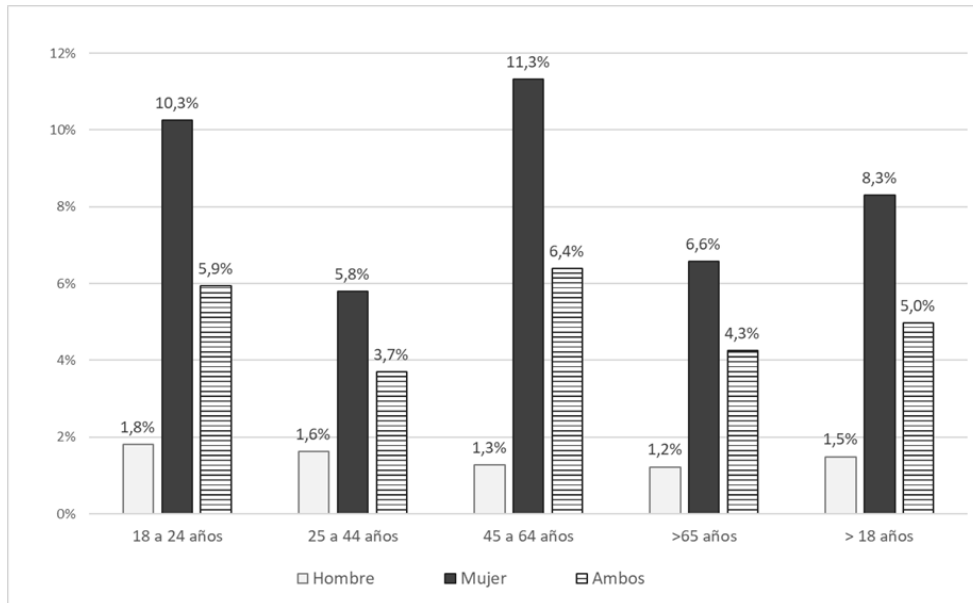
Región	Ideación	Planificación	Intento
Arica y Parinacota	8,5% (4,3%-16,2%)	3,8% (1,2%-11,4%)	4,9% (1,9%-12,2%)
Tarapacá	0,7% (0,2%-2,4%)	0,0% -	0,2% (0%-1,5%)
Antofagasta	1,2% (0,4%-3,3%)	0,2% (0%-1,1%)	0,6% (0,1%-2,9%)
Atacama	6,3% (3,1%-12,2%)	1,8% (0,7%-4,3%)	1,8% (0,7%-4,5%)
Coquimbo	8,0% (3,6%-16,9%)	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%)
País	10,7% (8,6%-13,1%)	3,9% (2,8%-5,3%)	4,0% (3,0%-5,5%)

# Análisis epidemiológico: prevalencia de trastornos específicos

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

	Tipo de trastorno del ánimo						Todos (IC 95%)	
	Depresivo (IC 95%)		Bipolar I (IC 95%)		Bipolar II (IC 95%)			
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%)

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



Prevalencias de trastornos del ánimo en mayores de 18 años, según región. Chile, 2016-17.

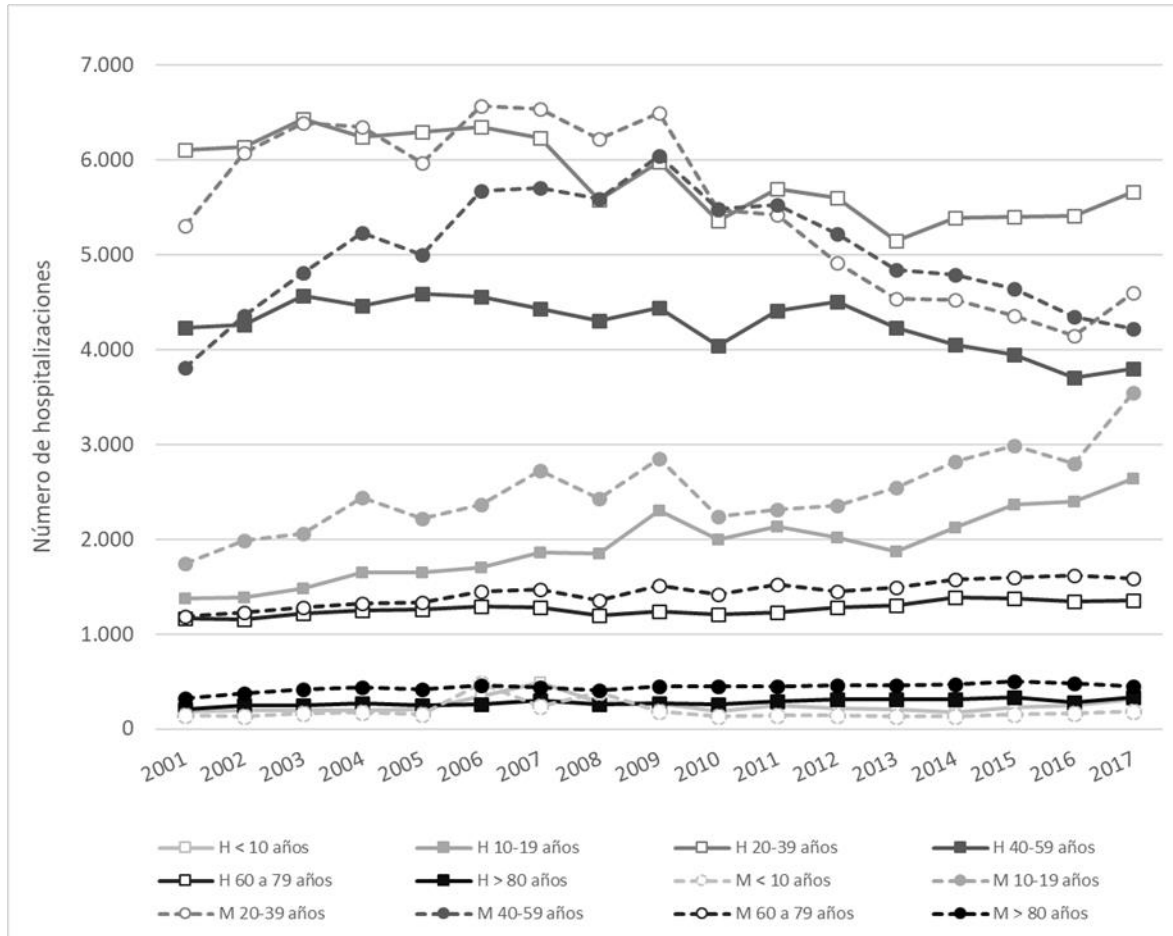
Región	Prevalencia	(IC 95%)
Arica y Parinacota	5,6%	(2,4%-12,4%)
Tarapacá	3,3%	(1,4%-7,7%)
Antofagasta	5,4%	(1,9%-14,8%)
Atacama	5,3%	(2,8%-9,8%)
Coquimbo	2,5%	(0,8%-7,6%)
Valparaíso	17,6%	(13,0%-23,3%)
Metropolitana	12,0%	(7,9%-17,8%)
O'Higgins	28,0%	(18,5%-40,0%)
Maule	7,9%	(4,5%-13,5%)
Biobío	13,8%	(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%)
País	11,4%	(9,3%-13,9%)

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



# Análisis epidemiológico: egresos hospitalarios por trastornos salud mental

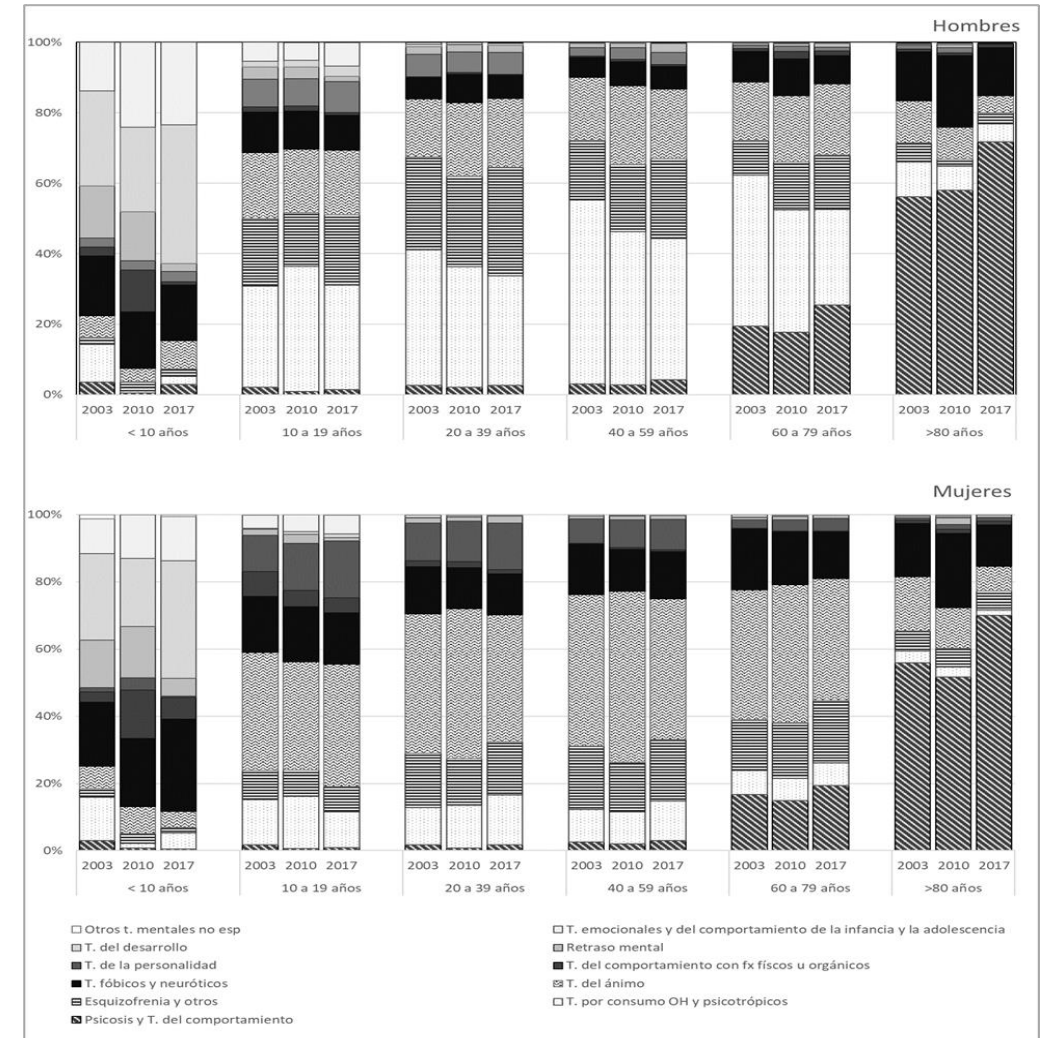
Número de egresos hospitalarios con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10 F00-F99). Chile, periodo 2001-2017.



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

H=hombres M=mujeres

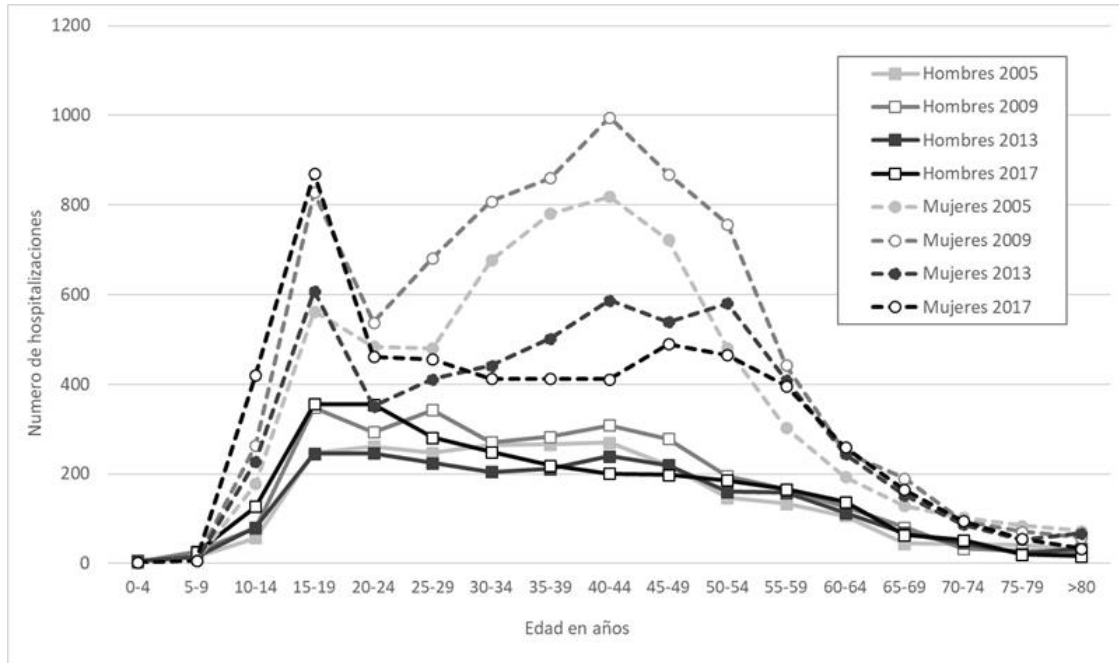
Distribución por tipo de trastorno mental y de comportamiento de egresos hospitalarios, según edad y sexo. Chile, años 2003, 2010 y 2017.



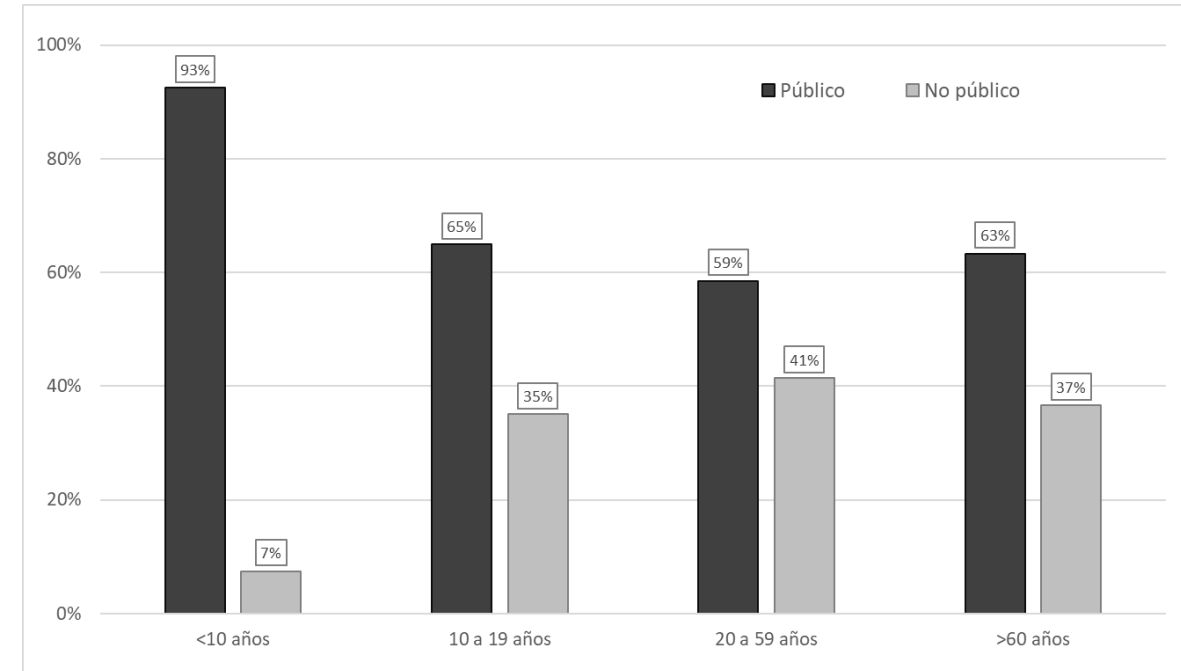


# Análisis epidemiológico: egresos hospitalarios por trastornos del ánimo

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



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

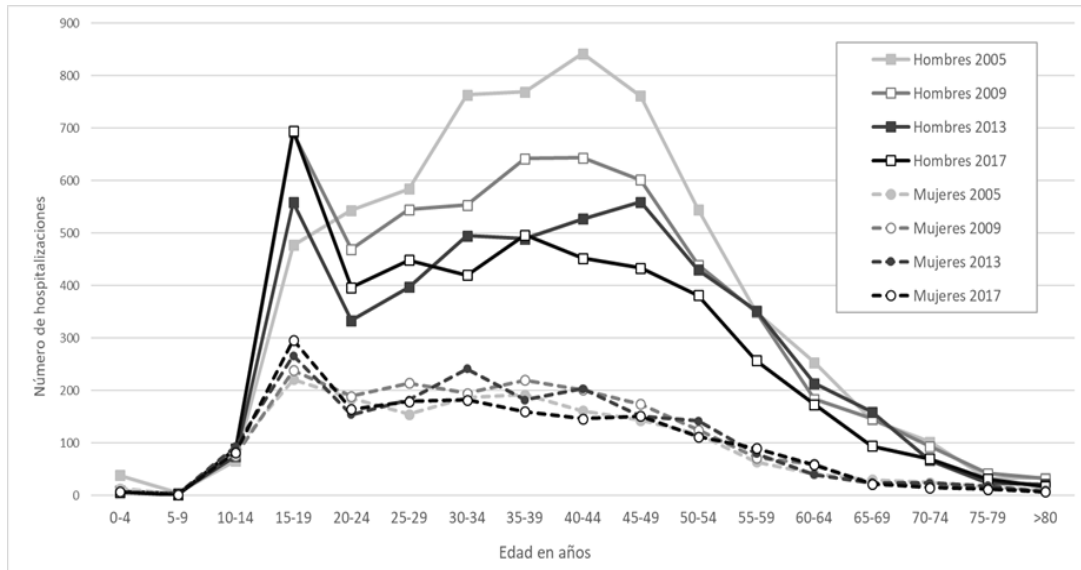


Establecimientos públicos: pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud y establecimientos delegados y penitenciarios.

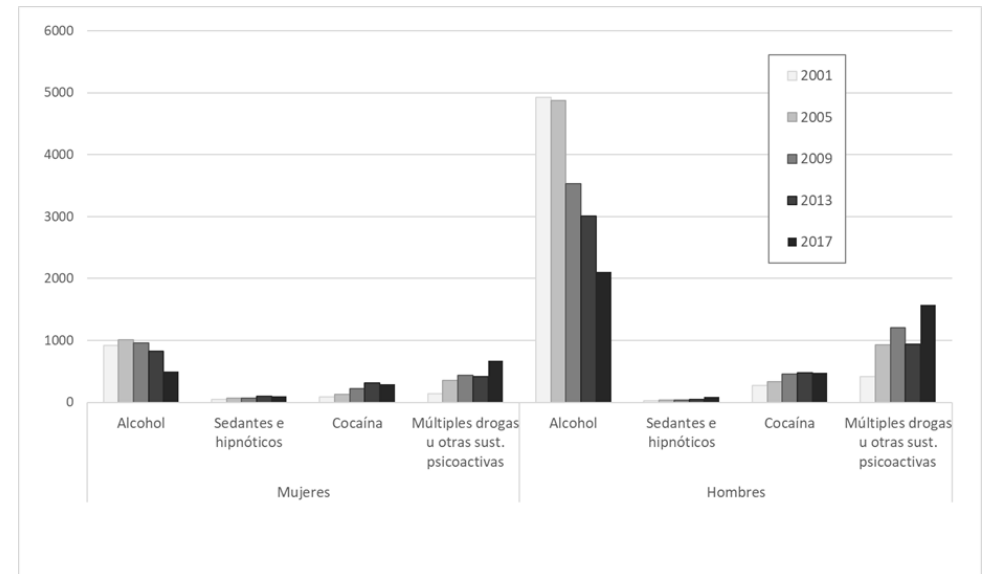
Establecimientos no públicos: clínicas privadas, hospitales universitarios, mutuales, carabineros y fuerzas armadas.

# Análisis epidemiológico: egresos hospitalarios por consumo de alcohol y psicotrópicos

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.



Número de hospitalizaciones por desórdenes asociados a consumo de alcohol, de sedantes e hipnóticos, cocaína y otras o múltiples sustancias. Chile, años 2001, 2005, 2009, 2013 y 2017.



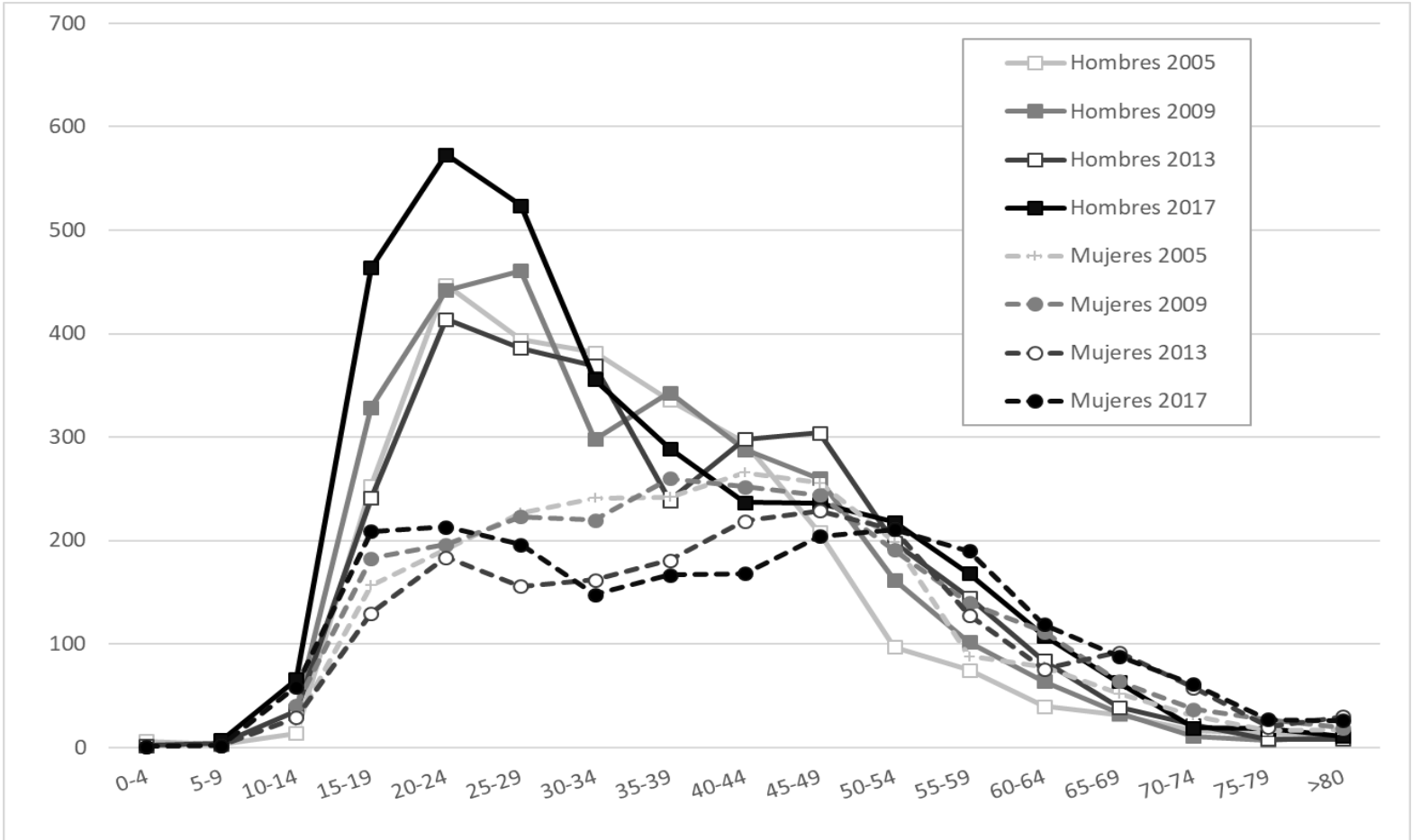
Causas motivadoras de hospitalización por desórdenes por consumo de alcohol y psicótopos, según distintos grupos. Chile, 2013-2017.

	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.

# Análisis epidemiológico: egresos hospitalarios por esquizofrenia

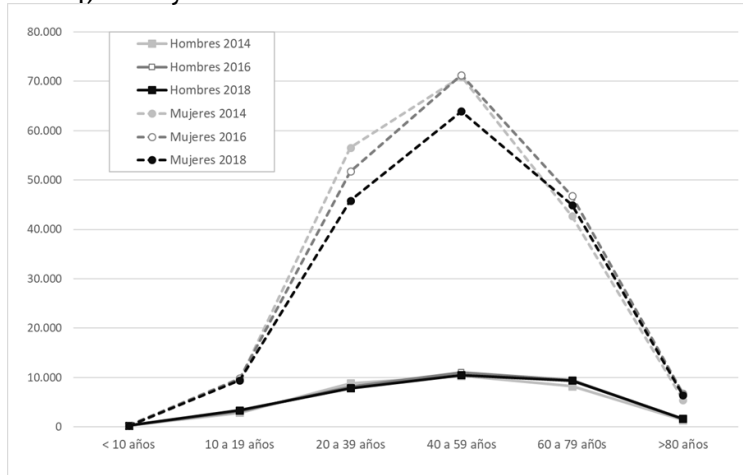
Número de hospitalizaciones por esquizofrenia y otros trastornos esquizoides (CIE10 F20-F29) según quinquenio de edad y sexo. Chile, años 2005, 2009, 2013 y 2017.



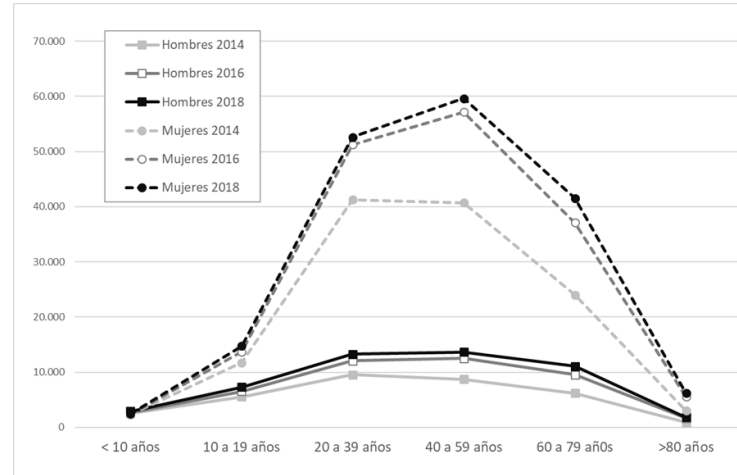
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, MINSAL.

# Análisis epidemiológico: poblaciones en control por trastornos salud mental

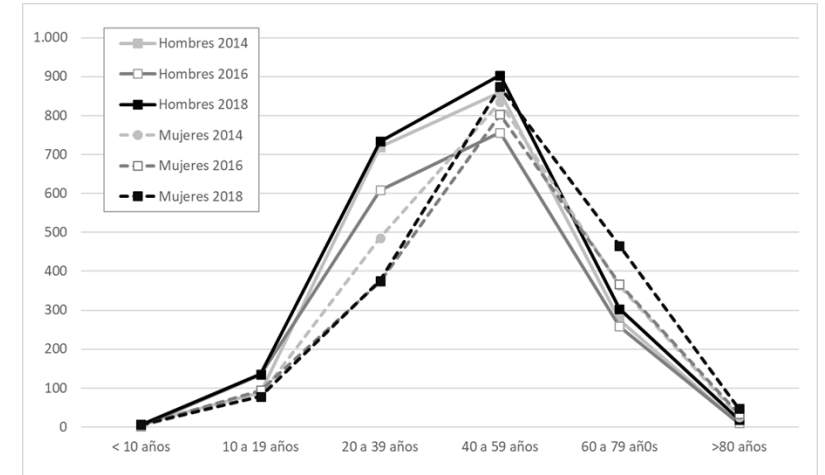
Número de personas en control en APS por trastornos del ánimo, según sexo y Edad. Chile, 2014, 2016 y 2018.



Número de personas en control en APS por trastornos ansiosos, según sexo y Edad. Chile, 2014, 2016 y 2018.



Número de personas en control en APS por esquizofrenia, según sexo y Edad. Chile, 2014, 2016 y 2018.



## Los trastornos del comportamiento y de las emociones

- Mayor frecuencia en <20 años,
- Población en control >20 años es muy baja.
- Entre el 2014 y el 2018, se mantienen en control alrededor de 100 mil personas (60% es de sexo masculino).
- Principal diagnóstico es el de trastorno hiperactivo (35,5% de los casos el 2018).

# Análisis epidemiológico: licencias comunes por trastornos mentales

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

# Análisis de actividades de planificación operativa anual (POA)

Distribución actividades programadas en la POA en el tema de trastornos de salud mental, por resultado esperado

Categoría	2016	2017	2018	Total Periodo
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.

Nota metodológica: Análisis descriptivo a partir de las actividades dispuestas en el Plan Operativo Anual 2016, 2017 y 2018, por Servicios de Salud y Seremis de Salud.

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

Resultados Inmediatos más prevalentes son:

- Incrementar las consultorías de equipos de especialidad de salud mental a equipos de APS, para mejorar resolutivez y disminuir interconsultas no pertinentes,
- Caracterizar a la población que abandona tratamiento por trastornos mentales crónicos, con la finalidad de disminuir los abandonos, y
- Elaborar un diagnóstico regional de satisfacción usuaria en relación con la atención en la red temática de salud mental

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

Las actividades se orientan prioritariamente a los Resultados Inmediatos (RI):

- Aumentar la participación de personas con trastornos mentales en agrupaciones de salud mental o en espacios de participación ciudadana (coordinación y monitoreo lo más programado)
- Contar con un plan regional para reducir estigma hacia personas con problemas o trastornos mentales (Elaboración/Difusión de orientaciones y el monitoreo actividades más programadas)
- Implementar Planes Regionales y locales de inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales, (Elaboración/Difusión de orientaciones actividad más programada).

## RE 3 “Mejorar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales”

Los resultados inmediatos más prevalentes son los relacionados 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,
- Avanzar en la implementación de los seis componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, y
- Disminuir el tiempo de espera para primera consulta de salud mental

## Análisis de actividades de planificación operativa anual (POA)

---

Como principales nodos críticos, se observó que:

- 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.
- Existen brechas de derivación entre los distintos niveles de atención, de recursos humanos e infraestructura.
- 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 la literatura y análisis comparativo

---

- El objetivo fue realizar una síntesis de la literatura para distintas intervenciones que abordan el tema salud mental, con foco en depresión.
- Se identificaron 18 intervenciones 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).
- El análisis comparativo buscaba establecer correspondencia entre las intervenciones realizadas en el sector y las identificadas en la revisión de la literatura, que muestran respaldo de la evidencia en guías clínicas y orientaciones, de modo de establecer la brecha existente.
- La mayoría de las actividades del POA 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 de salud mental,
- 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.



# Algunas conclusiones y recomendaciones

---

## Epidemiología

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.

## Indicadores

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

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.

A nivel de resultados esperados, es aconsejable:

- línea asociada al manejo de los intentos de suicidio (vigilancia, procesos de referencia y contra referencia, etc.)
- Línea relativa a acceso de la población a la atención de salud mental, o de brecha existente para el control.
- Evaluar indicadores de calidad de la atención de salud mental que propone la OCDE.



**Ministerio de  
Salud**

**Gobierno de Chile**