

## **Estrategias Nacionales impulsadas por el ministerio de salud y su red de servicios públicos**

Durante la década pasada, se han desarrollado diversas estrategias. Una de estas fue la incorporación al GES de varias patologías de salud mental: la depresión en personas de 15 años y más, el primer episodio de esquizofrenia, y el tratamiento de personas menores de 20 años con consumo perjudicial y dependencia leve a moderada de Alcohol y Drogas.

El desarrollo del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y Psiquiatría es otra estrategia de relevancia. Este modelo ha fortalecido el rol de la Atención Primaria, responsable de la continuidad del cuidado, y ha favoreciendo su vinculación con diversos niveles de atención y también con dispositivos comunitarios. Durante este período, han aumentado a 73 los centros comunitarios de salud mental con atención especializada ambulatoria.

Actualmente existen 59 unidades de especialidad ambulatoria, distribuidas en el país, que proveen atención psiquiátrica en los centros de nivel secundario (CAE, CDT y CRS). En los hospitales generales aumentó en un 50% la oferta de camas psiquiátricas, pasando de aproximadamente 290 camas el año 2000, a más de 450 en el año 2010.

De forma concordante con el Modelo Comunitario, a partir del 2006 se expandió el Programa Integral de Salud Mental en la Atención Primaria, que incorpora atención en depresión, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y otras drogas, trastornos hiperkinéticos, maltrato infantil, y trastornos emocionales o conductuales de la infancia y adolescencia.

Si bien se ha objetivado un aumento de cobertura de tratamiento de condiciones asociadas a discapacidad severa, pasando de una población bajo control de aproximadamente 245.000 personas en diciembre del año 2005, a cerca de 560.000 personas en diciembre del año 2010, no se dispone de mediciones de resultados específicos. La incorporación de psicólogos a este nivel ha sido relevante, y actualmente se realiza tratamiento de problemas de salud mental en todos los centros de Atención Primaria del país.

El desarrollo del Modelo Comunitario se ha acompañado también de un importante aumento del número y vinculaciones formales con hogares y residencias protegidas, clubes sociales y talleres laborales protegidos. A fines de 2010 existían en Chile 45 hospitales de día, con 752 plazas, y 47 centros diurnos de rehabilitación con 922 plazas. Así también, existen 107 Hogares Protegidos en funcionamiento en 62 comunas del país, y un total de 828 usuarios que residen en ellos, aunque persiste una brecha de 596 usuarios en lista de espera para ingreso a estos dispositivos. A la par de este desarrollo, las unidades de larga estadía en hospitales psiquiátricos han disminuido paulatinamente. Destaca también que FONASA ha incluido, en su listado de prestaciones, nuevas intervenciones amparadas en el marco del Modelo Comunitario, como por ejemplo los programa de rehabilitación tipo I y tipo II.

Otra línea de estrategias corresponde a la capacitación del recurso humano, ya sea en entrega de becas parciales, o en la coordinación con centros formadores. Algunos de los cursos coordinados

son: diploma en “Salud Mental Comunitaria” con MEDICHI; diploma “Gestión del Cuidado de Enfermería en Salud Mental” con la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile; diploma “Salud Mental de niños/as y de sus cuidadores”, con MEDICHI; diploma “Gestión en Salud Mental”, con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile; Curso Prevención del Suicidio, entre varios otros.

Se han suscrito convenios con otras instituciones a través de distintas modalidades de cooperación: CONACE-MINSAL-FONASA (para población general con problemas asociados al consumo de drogas) y CONACE-MINSAL-FONASA-SENAME (para adolescentes infractores de ley con problemas asociados al consumo de drogas).

Durante la última década además se han elaborado diversas Normativas y Orientaciones Técnicas, Guías Clínicas y reglamentos. Si bien existe la percepción de homogeneización y mejora de la calidad de atención a través de ellos, no se encuentran disponibles mediciones de resultados específicos.

Diversos actores han participado e influido en la aplicación de las estrategias mencionadas. Entre ellos destacan organizaciones no gubernamentales y corporaciones: Corporación Bresky, Centro de Rehabilitación y Reinserción Sociolaboral Cultiva, Fundación Rostros Nuevos, Fundación Paréntesis, Hogar de Cristo,

Asociación de Padres y Amigos de Niños Autistas (ASPAUT), Corporación de Ayuda al Paciente Mental, Fundación Ortodoxa Nectario, Corporación Programa Caleta Sur, entre muchas otras. También se encuentran agrupaciones de usuarios y familiares de personas con discapacidad de causa psíquica, además de los

Departamentos Municipales de Discapacidad, Consejos Comunales de Discapacidad de la SOFOFA, y los administradores de hogares y residencias protegidas.

Finalmente, también las comunidades terapéuticas han sido actores relevantes, a través del tratamiento y rehabilitación ambulatorio intensivo y residencial de personas con dependencia a alcohol y drogas.

Dentro de las estrategias propuestas por la Estrategia Nacional de Salud para la década se encuentran:

(1) medir la prevalencia y discapacidad poblacional de los trastornos mentales; (2) aumentar la cobertura de los equipos especializados en salud mental y la utilización de instrumentos de pesquisa; (3) mejorar la calidad de las intervenciones a través del aumento de la adherencia y cumplimiento de estándares clínicos; y (4) elaborar una política nacional de salud mental en conjunto con el intersector.

Dada la importancia de los trastornos mentales en la carga total de enfermedad del país, asociada principalmente a su componente de discapacidad, resulta imprescindible medir periódicamente la prevalencia de estos trastornos y el nivel de funcionalidad asociado, como estrategia que permite

el desarrollo de las demás. La información obtenida a través de mediciones periódicas permitirá evaluar el éxito de las políticas y estrategias implementadas. La primera de estas mediciones se acompañará de la validación de un instrumento abreviado para la pesquisa de los principales trastornos mentales. Este instrumento deberá ser incluido en otras encuestas poblacionales seleccionadas, desarrolladas por el sector.

El segundo grupo de estrategias se refiere a la detección temprana y el tratamiento oportuno, como elementos fundamentales de prevención de la discapacidad originada por los trastornos mentales.

Por ejemplo, existe evidencia suficiente para proponer intervenciones que tengan como objetivo reducir el tiempo de evolución del primer episodio de psicosis. En Chile existen tratamientos eficaces que permiten ayudar a estas personas y reducir la experiencia de estrés que ellas y sus familias sufren, por lo que las intervenciones de detección precoz se transforman en un imperativo técnico y ético. (Alvarado et al., 2006). En esta misma línea, se propone aumentar la aplicación de instrumentos de pesquisa de trastornos mentales seleccionados.

Asimismo, para el tratamiento y manejo efectivo de las patologías detectadas, se requiere contar con suficientes equipos profesionales para dar respuesta a las necesidades de la población, de acuerdo al modelo comunitario que implica una atención multifprofesional, y en un dispositivo cercano al lugar en que viven.

La tercera línea de acción aborda la calidad de los tratamiento de personas con Primer Episodio de Esquizofrenia, de personas de 15 y más años con Depresión, y de personas menores de 20 años con consumo perjudicial o dependencia de Alcohol y Drogas. Para este fin se aumentará y vigilará el cumplimiento de los estándares propuesto en las guías de práctica clínica correspondientes.

Se establecerá la adherencia al tratamiento como elemento fundamental a seguir y resguardar, considerando que es uno de los factores más importantes para prevenir el deterioro clínico y la discapacidad asociada a los trastornos mentales (OMS, 2004).

En personas con diagnóstico de esquizofrenia, se propone mejorar los resultados favorables, medidos por la realización de actividades regulares.

Esto significa la asistencia al menos cuatro veces a la semana a trabajo remunerado, empleo con apoyo, taller laboral protegido, empresa social, centro diurno, club social, estudios regulares en enseñanza básica, media o superior, o programa de capacitación. Para esto se aumentará la evaluación de discapacidad de causa psíquica en personas en tratamiento, junto a un aumento de la cobertura de los programas de rehabilitación psicosocial integral.

Finalmente, la cuarta línea estratégica para este tema considera la creación de un Plan Nacional de Salud Mental para la plena inclusión social de las personas con discapacidad de causa psíquica. Dicho plan seguirá la línea de estrategias nacionales desarrolladas por países que han tenido éxito

en posicionar la temática de salud mental como una prioridad de política pública (HMG/DH, 2011; DoHS, 2009; MHCM, 2009). Se espera que mediante la participación de diversos sectores de la sociedad se validen medidas probadas en otros países, y adecuadas a la realidad chilena, para promover el bienestar psicosocial de toda la población.

### **Estrategias**

Las estrategias implementadas en los últimos diez años se han orientado a aumentar la capacidad de respuesta de la red pública a las necesidades de rehabilitación de sus usuarios.

En los hospitales se ha reducido la brecha de recursos humanos, además de completar la formación de equipos multidisciplinarios proveyendo de equipamiento adecuado. Esto ha posibilitado la creación de polos de desarrollo de rehabilitación de alta complejidad, como el Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, el Complejo Hospitalario San José de Maipo (en proceso) y el Hospital

Peñablanca, que se encuentra en proceso de desarrollo progresivo, con reforzamiento de los recursos humanos y con apoyo de voluntariado a través del programa JOCV/SV, de la Agencia de Cooperación Internacional de Japón, desde 2007. Los niveles secundarios también se han modernizado; hasta la fecha 159 hospitales han recibido equipamiento básico para el trabajo en rehabilitación.

Por su parte, se han reforzado establecimientos de Atención Primaria y hospitales de baja complejidad con equipamiento. Asimismo, 153 hospitales de baja complejidad han incorporado la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), lo cual incluye la incorporación progresiva del modelo biopsicosocial (DIGERA, 2010). La estrategia de RBC se orienta a la activación de recursos de la comunidad para la atención y apoyo a las personas en situación de discapacidad; así como a la entrega de prestaciones de rehabilitación, tanto para el tratamiento como para la prevención de las causas originarias de la discapacidad. Hoy se cuenta con 104 Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) con kinesiólogos y terapeutas ocupacionales, que tratan a personas en situación de discapacidad de origen y complejidad diversa; 97 salas de Rehabilitación Integral, que cuentan solo con kinesiólogo y abordan principalmente la patología osteomuscular; 23 hospitales de menor complejidad con recurso humano para iniciar la estrategia de rehabilitación; y 18 equipos rurales de rehabilitación compuestos por kinesiólogo y terapeuta ocupacional, los cuales cubren en promedio 8 comunas rurales cada uno. Paralelamente, se ha impulsado un plan de capacitación que ha formado a 400 profesionales en el modelo de Rehabilitación Integral en Atención Primaria.

Pese a las estrategias señaladas, aun existe una importante brecha de recursos físicos y humanos de rehabilitación en Chile, en especial si se considera la prevalencia e incidencia creciente de condiciones discapacitantes. Se estima que existe una brecha de 76 fisiatras y 830 profesionales para completar los equipos multidisciplinarios requeridos (DIGERA, 2009). Este tema se desarrolla en el Objetivo Estratégico 7.

Otra estrategia importante corresponde a la implementación de GES relacionadas a discapacidad.

En los tres últimos años las personas que se han acogido al GES por patologías que afectan directamente el aparato músculo-esquelético (artrosis de rodilla y cadera leve y moderada) han aumentado en un 58,2% (de 61.641 a 105.855), sin contar aquellas acogidas al GES por causas que afectan primariamente a otros sistemas, pero también al músculo-esquelético: accidente cerebrovascular, traumatismo encéfalo craneano, politraumatismo, endoprótesis de cadera, ayudas técnicas, entre otras. Esto ha requerido el desarrollo e incorporación progresiva de componentes de rehabilitación en las guías de práctica clínica y canastas de prestaciones, así como el desarrollo de planes de tratamiento individual (PTI).

Con la creación del AUGGE, también se incorporan los componentes biomédicos de la discapacidad de origen sensorial, específicamente las de origen auditivo a través de la guía de práctica clínica GES “Hipoacusia neurosensorial bilateral en prematuros” (MINSAL, 2009), que entrega orientaciones para el diagnóstico, para la entrega de ayudas técnicas como audífonos e implante coclear, y para la rehabilitación inicial para este grupo. Lo propio ocurre con la “Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren del uso de audífono” (MINSAL, 2007), que ofrece la misma cobertura técnica.

También se desarrolló el “Programa de Implantes cocleares de FONASA-MINSAL”, que desde 2003 entrega esta ayuda técnica y rehabilitación inicial a personas entre 0 y 65 años con hipoacusia sensorioneural bilateral profunda. Actualmente se considera el financiamiento para 20 casos al año.

En el caso de la discapacidad de origen sensorial visual, en 2009, se lanza la guía de práctica clínica “Prevención de Retinopatía del Prematuro”, que entrega guías para el diagnóstico e intervención precoz de estos casos, también cubiertos por el GES.

Asimismo, se ha implementado desde 2007, el reforzamiento de capacidad diagnóstica en los equipos de los CCR instalados en la red (104 a la fecha).

En forma paralela a estos esfuerzos, se ha buscado potenciar la colaboración intersectorial participando y promoviendo instancias de trabajo conjunto en el desarrollo de políticas, estrategias y acciones relacionadas con la discapacidad. Este trabajo es de gran importancia, en especial en lo referido a las condiciones del entorno físico y social. Dentro de los actores extrasectoriales relevantes, se encuentran el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS, ex FONADIS), dependiente del Ministerio de Planificación. El SENADIS ha apoyado la implementación de los centros en que se desarrolla rehabilitación de base comunitaria. Además, financia las ayudas técnicas y prótesis para personas no cubiertas por GES u otras instituciones.

El SENAMA posee una red de centros de adulto mayor en los cuales, entre otras actividades, se realiza prevención de discapacidad. Además cuenta con hogares de acogida de adultos mayores dependientes.

Se requiere fortalecer el trabajo conjunto a nivel comunal a fin de potenciar el uso de los recursos. Por otra parte, el SENAME acoge en sus hogares a menores en situación de discapacidad de distinto origen.

Los gobiernos regionales y comunales corresponden a las instancias en las cuales se implementan las políticas públicas relacionadas a las personas en situación de discapacidad, identificando otros factores de vulnerabilidad y participando en el financiamiento de proyectos de prevención y tratamiento.

Existen además organizaciones privadas orientadas a personas en riesgo o en situación de discapacidad, tales como las mutuales de seguridad para la población laboralmente activa, la Teletón, Alter Ego, CETRAN, entre otras. Se requiere crear instancias de conocimiento mutuo para desarrollar la complementariedad y sinergia en la práctica de la rehabilitación.

Otro aporte importante lo han hecho los centros formadores de profesionales de rehabilitación. La discapacidad y la rehabilitación integral deben incorporarse desde la formación de pregrado en las distintas carreras de salud, y se requiere diseñar un trabajo conjunto para cerrar las brechas en recursos profesionales. El año 2010 las universidades aumentaron sus plazas de formación de médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación de 7 a 14.

Los Colegios profesionales y sociedades científicas del área de rehabilitación también han sido actores relevantes, ya que han colaborado en el desarrollo del componente de rehabilitación en Guías Clínicas y en la difusión de las políticas públicas de rehabilitación.

Las estrategias propuestas para la próxima década corresponden a tres ámbitos: (1) mejorar la cobertura y la calidad del trabajo asistencial en red; (2) fortalecer el trabajo intersectorial y la participación comunitaria; y (3) mejorar la pesquisa, tratamiento e inserción social de personas con déficit en órganos de los sentidos.

Dentro del primer ámbito de estrategias, se actualizarán periódicamente Orientaciones Técnicas destinadas al manejo de la rehabilitación en los distintos niveles de la red. El enfoque de Rehabilitación Integral, cuyo efector a nivel primario corresponde a los CCR, cuenta con evidencia que lo respalda.

Este enfoque está estrechamente relacionado a la RBC, que fue propuesta desde la OMS luego de la declaración de Alma-Ata, y tiene profundas raíces históricas (WHO/PAHO, 2010b). La RBC se concibe como una forma de integrar a las personas en una red social en torno a la habilitación o la rehabilitación, la que resulta exitosa cuando se sustenta mediante la construcción deliberada, constante y progresiva de una red público-privada de atención (WHO/PAHO, 2010; Mitchell, 1999; Wiley-Exley, 2007). Existen programas basados en RBC efectivos en aumentar o preservar la independencia, incrementar la movilidad y mejorar las habilidades comunicativas de personas con discapacidad (Velema, 2008). A su vez, programas basados en este modelo tienen el potencial de mejorar la calidad de vida de sus beneficiarios (Mannan et al., 2007).

En este mismo sentido, se buscará aumentar la cobertura actual de CCR, con énfasis en las comunas con peores resultados de salud, y a través de estos aumentar el acceso a prestaciones de rehabilitación en las comunas priorizadas. Dentro de las actividades que se desarrollarán en los centros comunitarios de rehabilitación, se encuentra el manejo de la patología músculo-esquelética. Las intervenciones respaldadas por la evidencia, en la mayoría de los casos no requieren del uso de tecnología de elevado costo, y en el contexto nacional han evidenciado disminuir listas de espera para atención en el nivel secundario por patología degenerativa (Zitko et al., 2008).

Los Planes de Tratamiento Integral (PTI) constituyen la base de la intervención terapéutica desde la perspectiva de la planificación de esta, y se presentan como la herramienta de administración de la terapia que permite el mejor manejo del caso y la discapacidad. El PTI favorece el enfoque integral y multidisciplinario en el tratamiento de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla. La Estrategia Nacional de Salud, propone aumentar el uso de PTI en los CCR, pero también en hospitales de alta y mediana complejidad.

Otro desafío importante para la década, es mejorar los resultados en la rehabilitación de población en edad laboralmente productiva, en especial el segmento no cubierto por las leyes relacionadas a accidentes del trabajo o enfermedad profesional. Para este grupo se intensificarán las estrategias de base comunitaria, para promover su reincorporación al mundo laboral.

El desarrollo de servicios de apoyo al cuidador, responde tanto a la necesidad de facilitar el cuidado adecuado de la persona en situación de discapacidad, como a la de prevenir el daño y discapacidad en la población cuidadora. Como se indicó en el análisis de situación, el cuidado de los cuidadores es otra estrategia importante de mantener y seguir desarrollando. Para esto se contempla aumentar la cobertura del Plan de Apoyo Integral de personas cuidadoras de pacientes dependientes, el que involucra un proceso sistemático de generación y gestión de servicios intersectoriales orientado a la prevención primaria de discapacidad en este grupo.

En el ámbito hospitalario, existe evidencia suficiente en la literatura que señala que el acceso a rehabilitación es un factor decisivo para el resultado en salud de cualquier patología generadora de discapacidad. Especial importancia cobra el inicio precoz de la rehabilitación en pacientes de Unidades de Cuidado Intensivo (Pioli G et al., 2011).

En el marco del modelo diseñado para los servicios de habilitación y rehabilitación del MINSAL, la continuidad del tratamiento entre los diferentes niveles de atención es de importancia para el logro de resultados favorables en términos de discapacidad y la posible inserción o reinserción social resultante del proceso de intervención en red. Para esto se propone asegurar la comunicación del alta de pacientes con diagnósticos seleccionados a los centros de Atención Primaria correspondientes.

El segundo grupo de estrategias se refieren al ámbito de acción intersectorial y de participación comunitaria. La elaboración de recomendaciones de políticas públicas destinadas al intersector, pretende fortalecer el trabajo en especial con MIDEPLAN y SENADIS, pero también con SENAMA,

SENAME y otras organizaciones del Estado y privadas que comparten la población objetivo. El Ministerio de Salud requiere impulsar el trabajo conjunto a fin de potenciar los recursos relacionados a la rehabilitación de las personas en situación de discapacidad.

En el ámbito de trabajo intersectorial, también se propone favorecer la elaboración de diagnósticos participativos de personas en situación de discapacidad y la incorporación periódica del componente de discapacidad y rehabilitación en los Planes de Desarrollo Comunal.

La preparación del recurso humano para llevar a cabo estas estrategias resulta fundamental. El trabajo con monitores comunitarios, relacionados a la rehabilitación de personas en situación de discapacidad, puede favorecer su adecuado manejo y tratamiento (WHO/PAHO, 2010c). La Estrategia Nacional de Salud propone generar orientaciones periódicas destinadas a la

Atención Primaria para el desarrollo de estos monitores. También quiere favorecer la formación en materia de discapacidad y rehabilitación, proponiendo un ítem de esta temática al Examen Médico Nacional.

Una tercera línea estratégica buscará aumentar la inserción educacional y laboral de personas con discapacidad de origen sensorial. Para contar con estándares de calidad de las intervenciones relacionadas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del déficit sensorial, se elaborarán Orientaciones Técnicas actualizadas periódicamente. Del mismo modo, se evaluarán las tecnologías sanitarias relacionadas al tamizaje de déficit sensorial, tanto en niños como en adultos, ya que aún existe discrepancia entre la focalización en grupos con factores de riesgo o el tamizaje universal (Anna et al., 2010; Heidi et al., 2008; Wolff et al., 2009; Grill et al., 2006; Bamford et al., 2007; Puig et al., 2008).

La evidencia señala que la pesquisa precoz y tratamiento oportuno en niños mejora los resultados clínicos y la inserción social posterior, tanto en los casos congénitos como adquiridos (Pioli et al., 2011; Lyon, 1996). De esta forma, se buscará iniciar tempranamente las intervenciones de rehabilitación, y aumentar su cobertura actual.

El nivel de conocimiento sobre la materia que tengan los docentes está estrechamente vinculado con su capacidad para detectar y derivar tempranamente a un niño que se encuentre en situación o riesgo de discapacidad por déficit sensorial (WHO/PAHO, 2010d). La capacitación de los docentes en estas materias facilitará la incorporación de niños con discapacidad en el aula. El consenso y unificación de criterios, lenguajes y visiones entre profesionales de educación y de salud resulta fundamental para lograr una comunicación fluida entre sectores