

**PLAN DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA DE LA  
REGION METROPOLITANA:  
DESARROLLO DE SERVICIOS DE ATENCION CERRADA  
Y URGENCIA**

**(JULIO 2005)**

**GRUPO DE TAREA “RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA DE LA  
REGION METROPOLITANA”  
RESOLUCIÓN EXENTA MINISTERIO DE SALUD N° 1067 (16 NOV. 2004)**

## **INTEGRANTES DELGRUPO DE TAREA “RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA DE LA REGION METROPOLITANA”**

- AS María Angélica Daskalakis, Encargada de Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Norte
- Psic. Edith Saa, Encargada de Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Central
- Psic. Lucy Poffald, Encargada de Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Reemplazada en el 2005 por AS Carmen Vera
- TO Claudia Carniglia, Encargada de Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Sur
- Dra. Ana Valdés, Encargada de Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- Psic. Olga Toro, Encargada de Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Oriente
- Matr, Carolina Videla, Encargada de Proyectos de la Corporación de Salud de San Joaquín
- Dr. Ignacio Morlans, Director Instituto Psiquiátrico Horwitz
- Dr. Mauricio Gómez, Director Hospital Psiquiátrico Peral
- Dr. Ramón Florenzano, Jefe Servicio de Psiquiatría del Hospital Salvador
- Dra. Cecilia Vera, Equipo de Urgencia Psiquiátrica del Hospital Barros Luco
- Psic. Lina Rotman, Directora COSAM Melipilla
- Dra. Ximena Cortés, Directora COSAM Ñuñoa
- Dr. Mario Ramírez, Jefe Equipo de Monitoreo Integral (EMI) Centro de MINSAL. Reemplazado en el 2005 por Dra. Cecilia Morales.
- Psic. Patricia Jiménez, Unidad de Salud Mental de MINSAL
- Dr. Alberto Minoletti, Jefe de la Unidad de Salud Mental de MINSAL

Se agradece la participación en algunas reuniones del Grupo a las siguientes personas:

- Dra. Teresa Brito, Jefa Red de Urgencia MINSAL
- Enf. Angélica Villarroel, Red de Urgencia MINSAL
- Dra. Sonia Tardito, Sub Directora Instituto Psiquiátrico Horwitz
- Dr. Darío Céspedes, Jefe Servicio de Urgencia Instituto Psiquiátrico Horwitz
- Adm. Publ. Carol Peña, Unidad de Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Occidente

# PLAN DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA DE LA REGION METROPOLITANA: DESARROLLO DE SERVICIOS DE ATENCION CERRADA Y URGENCIA

## INDICE:

	Página
1. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA	3
1. Centros de Atención Primaria	4
2. Centros de Salud Mental Comunitarios	5
3. Hospital de Día de Psiquiatría	5
4. Centro de Referencia de Salud (CRS), Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Consultorio Adosado de Especialidades (CAE)	6
5. Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía	7
6. Servicio de Psiquiatría de Mediana	7
7. Hospitales psiquiátricos	8
8. Red de Servicios de Urgencia de Salud	8
9. Instancias de Rehabilitación Psicosocial	9
10. Organizaciones Sociales de Base Comunitaria	10
11. Psiquiatría Infantil y de Adolescentes	10
12. Atención de Personas con Dependencia a Alcohol y Drogas	11
13. Programa de Atención de Salud Mental a Víctimas de Represión Política 1973-1990 (PRAIS)	11
14. Psiquiatría Forense	11
2. DIAGNOSTICO DE LOS SERVICIOS DE ATENCION CERRADA EN SALUD MENTAL DE LA REGION METROPOLITANA	12
1. Recursos para atención cerrada	12
2. Utilización de Servicios de Atención Cerrada	17
A) Servicios de Psiquiatría de Corta Estadía RM para población mayor de 15 años.	17
B) Situación Atención Cerrada niños y adolescentes	24
C) Referencias y Contrarreferencias para Atención Cerrada en el SS M Sur	26
3. Brechas en los Servicios de Atención Cerrada de la RM	30
4. Conclusiones sobre los Servicios de Atención Cerrada en Salud Mental de la RM	33

3. DIAGNOSTICO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE SALUD MENTAL DE LA REGION METROPOLITANA	34
1. Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	34
2. Servicios de Urgencia de Hospitales Generales Sin Psiquiatras	36
3. Servicios de Urgencia de Hospitales Generales Con Psiquiatras	37
a) Extensión Horaria Hospital Félix Bulnes	37
b) Servicio de Urgencia de Hospital Salvador	39
c) Servicio de Urgencia del Hospital Barros Luco	41
4. Servicio de Urgencia del Instituto Horwitz	43
5. Visión General de los Servicios de Urgencia de Salud Mental de la Región Metropolitana	45
6. Visión General de los Servicios de Urgencia de Salud Mental de la Región Metropolitana	50
4. PLAN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL: HOSPITALIZACION Y URGENCIA	51
1. Consejo Técnico de Salud Mental de la RM	51
2. Consejos Técnicos de Salud Mental de los SS	52
3. Centros de Salud Mental Comunitarios	53
4. Hospitales de Día	53
5. Servicios de Psiquiatría de Corta Estadía	54
6. Servicios de Psiquiatría de Mediana Estadía	55
7. Servicios de Psiquiatría Forense	55
8. Servicios de Larga Estadía	55
9. Red de Urgencia en Salud Mental para la RM	56
10. Atención Cerrada para Niños y Adolescentes	58
11. Monitoreo y Evaluación	58
12. Cronograma	59

## **1. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001) plantea un nuevo modelo de atención, el cual es subsidiario del Modelo Integral de Atención en Salud que se está implementando en el país como parte de la Reforma del Sector.

El principal eje orientador del Nuevo Modelo es el compromiso con la salud mental de las personas, familias y comunidades, y su meta fundamental es lograr equidad en los servicios de salud mental y psiquiatría, eliminando las diferencias que prevalecen en el acceso a la salud, producto de factores económicos, socioculturales, ambientales, de género, edad y geográficos.

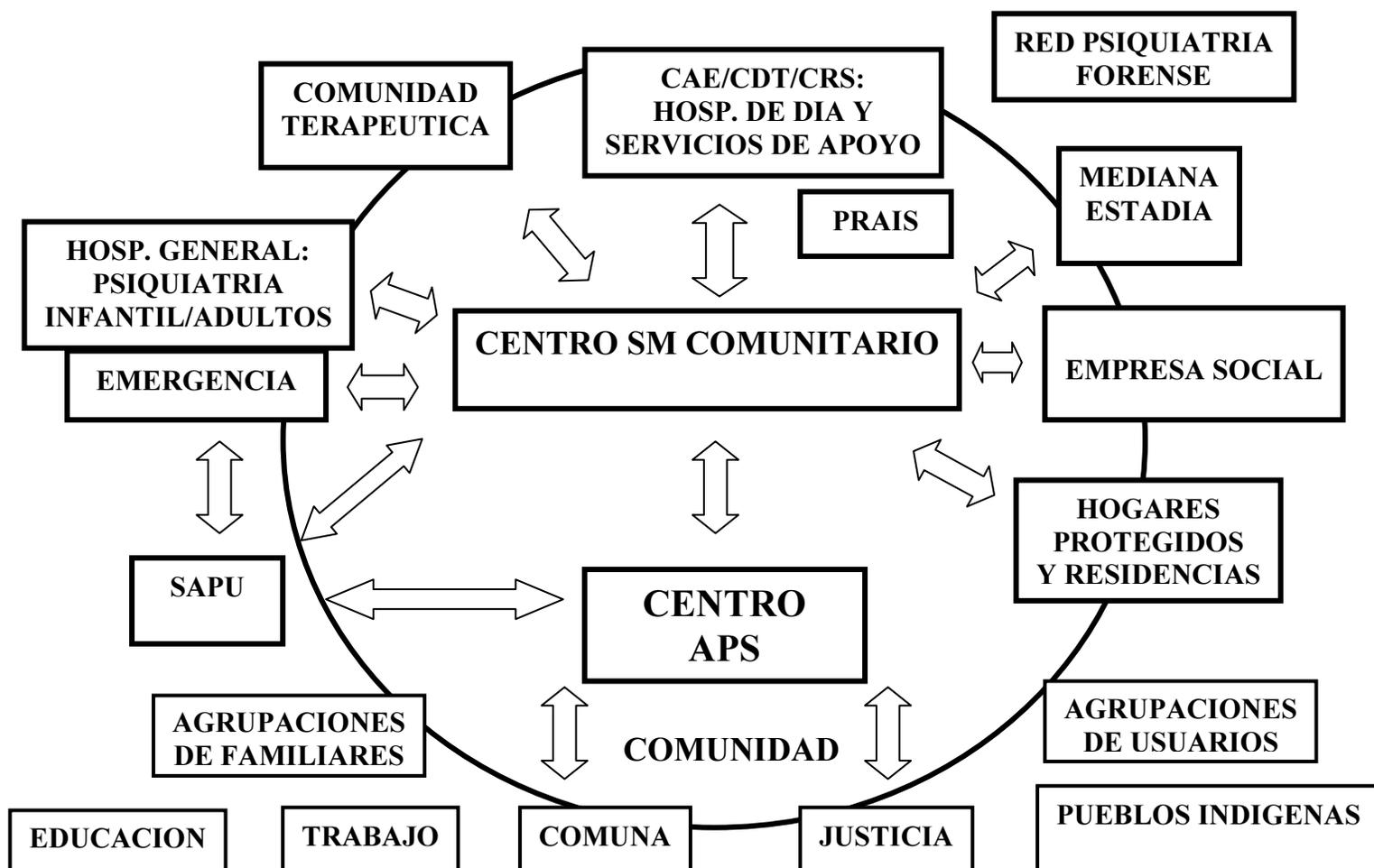
El desarrollo del Modelo de Atención permite que el conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, aborde en forma coordinada, integrada y efectiva los problemas de salud mental y enfermedades mentales de la población existente en el área geográfica asignada, privilegiando las estrategias comunitarias y participativas, y considerando las realidades y necesidades diferenciadas por género y grupo sociocultural.

La red de salud mental y psiquiatría tiene bajo su responsabilidad la atención de los usuarios de la ley 18.469, las emergencias y las atenciones convenidas para los afiliados al sistema ISAPRE y a toda la población en las acciones de salud pública, y se organiza sectorizadamente dependiendo de la disponibilidad de los recursos.

El Modelo pone el énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales, y en el momento en que éstas aparezcan, se valora la atención de la persona afectada, respondiendo a las necesidades derivadas de las manifestaciones biopsicosociales en forma oportuna, mediante actividades costo eficiente, velando por la equidad y el fácil acceso. En el caso de las personas con enfermedades de larga evolución y discapacitantes se incluyen actividades de rehabilitación que faciliten la mayor integración social posible.

Los principales componentes de la red en el Nuevo Modelo, se integran a la red de salud general y se organizan territorialmente de acuerdo a complejidad. Estos componentes abordan la totalidad de los problemas de salud mental y enfermedades mentales, incluidos los derivados del consumo de alcohol y otras drogas, violencia, etc. A continuación se describen, de acuerdo a la figura 1:

**FIG. 1. MODELO GENERAL PARA LA RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA DE LA REGION METROPOLITANA**



### 15. Centros de Atención Primaria

De acuerdo al modelo los equipos de atención primaria, en todos sus establecimientos – postas rurales, consultorios rurales y urbanos, hospitales 3 y 4, y de preferencia centros de salud familiar (CESFAM) – realizan las siguientes actividades:

- Desarrollar acciones de promoción de la salud mental, en conjunto con otros sectores, reforzando factores protectores psicosociales.
- Desarrollar acciones de prevención específica de problemas de salud mental o enfermedades mentales, focalizadas a grupos de riesgo.
- Realizar actividades de detección precoz de enfermedades mentales.
- Efectuar tratamiento oportuno, desde una perspectiva biopsicosocial y enfoque familiar, de los problemas de salud mental de baja y mediana complejidad.
- Participar en los cuidados de personas con enfermedades mentales severas de larga evolución compartido con Centro de Salud Mental Comunitario

- Promover la formación y apoyar el funcionamiento de grupos de autoayuda y de asociaciones de usuarios y familiares.

## **2. Centros de Salud Mental Comunitarios (Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria)**

Estos equipos representan el nivel secundario de resolución, descentralizados en cada comuna y sectorizados con un área territorial y con una determinada población beneficiaria. Deben estar conformados por psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermera, terapeuta ocupacional, técnico paramédico y técnico en rehabilitación psicosocial. Se requiere al menos un Centro de Salud Mental Comunitario por cada comuna con más de 40.000 beneficiarios e idealmente un equipo por cada 40.000 a 100.000 beneficiarios (total nacional para beneficiarios FONASA = 150 a 250 centros).

El modelo de Centros de Salud Mental Comunitarios incluye las siguientes actividades:

- Colaborar activamente con los Centros de Atención Primaria en las acciones de promoción y prevención.
- Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación desde una perspectiva biopsicosocial y sistémica de los problemas de salud mental de alta complejidad, desarrollando en particular métodos de intervención propios de la salud mental comunitaria.
- Favorecer la integración socio-laboral de las personas con enfermedades mentales discapacitantes, incluyendo el fomento de empresas sociales
- Realizar acciones conjuntas con los Centros de Atención Primaria, con el fin de mejorar capacidad resolutoria y favorecer la articulación entre los dos equipos.
- Realizar acciones conjuntas con los equipos de otras especialidades de CRS, CDT o CAE, con el fin de mejorar su capacidad resolutoria y favorecer la articulación entre los dos equipos, y mejorar la utilización de la red por parte de los usuarios.
- Realizar seguimiento de personas con enfermedades mentales derivadas a Hospital de Día, Hospitalización de Corta Estadía, Hospitalización de Mediana Estadía, Comunidad Terapéutica o cualquier otro dispositivo.
- Realizar Programas de Tratamiento ambulatorio a personas con consumo problema o dependencia de alcohol y otras drogas con severo compromiso biopsicosocial y/o trastorno psiquiátrico concomitante.
- Implementar un sistema de atención para personas referidas en situación de crisis sin riesgo vital, el cual permita una atención oportuna de acuerdo protocolo.

## **3. Hospital de Día de Psiquiatría**

Es la alternativa preferencial para el tratamiento de personas con enfermedades mentales severas que presenten un episodio agudo de descompensación sintomática y que cuenten con una red social de apoyo. Este dispositivo recibe personas derivadas desde el centro de salud mental comunitaria que no puedan ser manejados en forma ambulatoria, evitando la hospitalización total, y desde el Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía para acortar el tiempo de estadía.

Las principales funciones de este dispositivo son:

- Realizar evaluaciones biopsicosociales de personas con enfermedades mentales que presentan a nivel del Centro de Salud Mental Comunitario alta dificultad diagnóstica o resistencia a tratamiento.
- Proveer tratamiento integral, desde una perspectiva biopsicosocial, a personas con enfermedades mentales que requieren una intensidad terapéutica mayor que la entregada en un Centro de Salud Mental Comunitario, debido a la complejidad o agudización de su sintomatología.
- Completar el proceso de estabilización clínica de personas que han sido hospitalizadas en servicios de psiquiatría de corta estadía.
- Efectuar Desintoxicación Ambulatoria y Tratamiento Ambulatorio Intensivo para personas con dependencia a alcohol y drogas.

#### **4. Centro de Referencia de Salud (CRS), Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Consultorio Adosado de Especialidades (CAE)**

Para los fines del modelo de salud mental y psiquiatría estas tres instancias desarrollan funciones similares. En ellas se pueden diferenciar dos áreas principales: consulta externa de psiquiatría y servicios de apoyo (además, de preferencia, el hospital de día se ubica en este tipo de centros).

##### **Funciones de la Consulta Externa**

- Proveer tratamiento a personas con patología médica de alta complejidad que requiere tratamiento en CRS, CDT o CAE y que presentan enfermedades mentales severas
- Mantener una coordinación periódica con equipos de Centros de Salud Mental Comunitarios para garantizar la continuidad de tratamiento de las personas con enfermedades mentales severas (por ejemplo a través de reuniones clínicas conjuntas)

##### **Funciones de los Servicios de Apoyo de CRS, CDT o CAE para personas en tratamiento en Centros de Salud Mental Comunitarios:**

- Efectuar procedimientos diagnósticos no disponibles en la comuna para los Centros Salud Mental Comunitaria, tales como exámenes de laboratorio, imagenología, EEG, etc.
- Realizar interconsultas de Neurología para contribuir al diagnóstico de enfermedades mentales.

## **5. Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía**

Dispositivo destinado al tratamiento de personas con enfermedades mentales severas que presenten un episodio agudo de descompensación sintomática y que no cuenten con una red social de apoyo, o que la complejidad del cuadro clínico supere la capacidad de contención del hospital de día. Recibe principalmente personas derivadas desde los centros de salud mental comunitarios y los servicios de urgencia. Este Servicio se ubica en un hospital general tipo 1 o 2. Los servicios de corta estadía que en la actualidad se encuentran en Hospitales Psiquiátricos serán trasladados a Hospitales Generales tan pronto se disponga de la infraestructura y las condiciones necesarias.

Las principales funciones de este dispositivo son:

- Realizar evaluaciones biopsicosociales de personas con enfermedades mentales que presentan a nivel del Centro de Salud Mental Comunitario alta dificultad diagnóstica o resistencia a tratamiento y que no pueden ser evaluados en hospital de día.
- Proveer tratamiento integral, desde una perspectiva biopsicosocial, a personas con enfermedades mentales que requieren una intensidad terapéutica mayor que la entregada en un Hospital de Día, debido a la complejidad o agudización de su sintomatología.
- Proveer atención de enlace a los servicios de emergencia y servicios clínicos de atención cerrada médico-quirúrgico hospitalarios.
- Efectuar desintoxicación de personas con dependencia a alcohol y drogas y tratamiento de enfermedades mentales severas concomitantes (patología dual), en aquellos casos en que no hay respuesta a tratamiento ambulatorio o existe un riesgo vital para la persona.

## **6. Servicio de Psiquiatría de Mediana Estadía**

Destinado al tratamiento de personas con enfermedades mentales de alta complejidad - tales como esquizofrenia, psicosis orgánica, trastornos delirantes, psicosis y alteraciones conductuales severas en trastornos del desarrollo, trastornos afectivos, patología dual - con conductas de riesgo, cuya evolución es de carácter tórpido, a pesar de tratamientos que incluyen fármacos de última generación, intervenciones psicosociales de alta intensidad y hospitalizaciones en servicios de psiquiatría de corta estadía y en hospitales de día. Estas personas requerirán una internación superior a sesenta días para intervenciones integrales de mayor complejidad (farmacológicas y psicosociales), dirigida a la estabilización del cuadro clínico, y a la reintegración familiar y social.

Actualmente, este tipo de servicio se ha implementado en el Hospital Psiquiátrico El Peral y es un proyecto en el Instituto Dr. Horwitz Barak. Sin embargo, si bien la mediana estadía se ha desarrollado en los Hospitales Psiquiátricos de la Región Metropolitana, se requerirá evaluar con mayor detalle la alternativa de implementación en espacios comunitarios.

## **7. Hospitales psiquiátricos**

El modelo futuro de red de servicios de salud mental y psiquiatría propuesto en este documento para la Región Metropolitana, no contempla necesariamente la existencia de Hospitales Psiquiátricos.

En la actualidad existen dos Hospitales Psiquiátricos en la región, El Peral e Instituto Dr. Horwitz Barak, dependientes de los Servicios de Salud Sur y Norte respectivamente. Estos están en un proceso de transformación, adecuando sus funciones para el modelo de atención comunitario, expresado en: disminución de personas en servicios de larga estadía, implementación de hogares y residencias protegidas, instalación de programas de rehabilitación en la comunidad, desarrollo de servicios de mediana estadía, traspaso de recursos hacia equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria y servicios de corta estadía en Hospital General, y coordinación con la red asistencial de salud de su respectivo Servicio y de la región.

A la luz de este proceso de implementación del modelo comunitario, se deberá evaluar en los próximos años la funcionalidad de los Hospitales Psiquiátricos de acuerdo a las necesidades de la población.

## **8. Red de Servicios de Urgencia de Salud**

Los equipos de los distintos dispositivos de la Red de Urgencia de Salud - Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) y los Servicios de Emergencia de los Hospitales Generales - deberían atender las urgencias psiquiátricas de mayor prevalencia. Esto implica la adquisición de nuevas competencias incluyendo el manejo farmacológico agudo, la intervención en crisis y la derivación asistida.

Los Servicios de Emergencia de los Hospitales tipo 1 requieren del servicio de enlace de psiquiatra, psicólogo y enfermera especializada en salud mental, de acceso permanente, que debe ser provisto por el equipo residente de servicios de corta estadía del hospital. Estos profesionales, en este nuevo modelo, tienen la función de atender a las personas con cuadros agudos de mayor complejidad que demanden atención en la Red de Urgencia, y además efectuar Consultoría de Salud Mental con todos los equipos profesionales de la Red de Urgencia de su Servicio de Salud con el fin de aumentar su capacidad de resolución.

En la tabla 1 se proponen prioridades de atención de los problemas de salud mental de urgencia, los cuales pueden ayudar a orientar la demanda de consultantes a los distintos componentes de la red de urgencia, de acuerdo a los criterios del documento “Priorización Unificada para Consultas de Urgencias del Adulto en la Región Metropolitana” de MINSAL (2004).

<b>TABLA 1. DETERMINACION DE PRIORIDADES PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL QUE CONSULTAN EN SERVICIOS DE URGENCIA</b>	
<b>C1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intento de suicidio con compromiso vital inmediato</li> <li>• Víctima de violencia con compromiso vital inmediato</li> </ul>
<b>C2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intento de suicidio grave sin compromiso vital inmediato</li> <li>• Víctima de violencia grave sin compromiso vital inmediato</li> <li>• Síndrome de privación complejo</li> <li>• Agitación psicomotora</li> <li>• Estupor catatónico</li> </ul>
<b>C3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicación alcohólica – drogas</li> <li>• Psicosis descompensada sin agitación psicomotora</li> <li>• Crisis de pánico</li> <li>• Crisis angustia grave</li> <li>• Intento de suicidio sin compromiso vital</li> <li>• Víctima de violencia con repercusión emocional grave</li> </ul>
<b>C4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesto suicida</li> <li>• Crisis angustia leve o moderada</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Víctima de violencia con repercusión emocional leve o moderada</li> </ul>

Las personas atendidas por problemas de salud mental en servicios de urgencia, además de recibir intervenciones en crisis y psicofármacos en estos servicios, requieren ser derivadas a alguno de los distintos dispositivos de la red de salud mental descrita. Con este objeto, los servicios de urgencia deben trabajar coordinados con esta red y disponer de protocolos de referencia.

## **9. Instancias de Rehabilitación Psicosocial**

El tratamiento de personas con enfermedades mentales severas y la rehabilitación, en caso de discapacidades psicosociales, requiere de una serie de servicios otorgados idealmente en el medio natural donde viven estas personas (ej. hogar, barrio, lugar de trabajo o estudio, etc.), que las ayuden a utilizar sus potencialidades y favorezcan una plena integración social. Entre ellos, se pueden destacar los siguientes:

- **Clubes de integración social:** espacios de encuentro de personas con y sin discapacidad psicosocial, con los objetivos de fomentar el uso sano y la estructuración del tiempo libre, aumentar y enriquecer las redes sociales de apoyo, y aprender a utilizar los recursos comunitarios existentes, favoreciendo la autonomía y la inserción social.
- **Rehabilitación y reinserción laboral:** La evaluación y rehabilitación de aspectos y destrezas laborales pueden ser realizadas en talleres laborales o a través de sistema de empleo en condiciones especiales. En algunos casos se requiere contar para la reinserción, con talleres protegidos o empresas sociales donde las personas con

discapacidad psicosocial, puedan efectuar un trabajo remunerado, con menores exigencias que en una ocupación competitiva del mercado habitual.

- **Hogares Protegidos:** son alternativas transitorias de residencia, con apoyo de cuidadores, para personas con discapacidad psicosocial, en períodos en los que no disponen de un soporte familiar adecuado ni de habilidades para funcionar en forma independiente.
- **Residencias Protegidas:** también corresponden a instancias residenciales alternativas para personas con discapacidad psíquica, que requieren un ambiente terapéutico con un mayor nivel de cuidados de enfermería y de protección que aquellos residentes definidos para vivir en hogares protegidos.

## 10. Organizaciones Sociales de Base Comunitaria

El movimiento de autoayuda y las organizaciones sociales juegan un rol fundamental en favorecer el tratamiento, la rehabilitación y la inserción social de personas con enfermedades mentales (incluyendo el consumo problema y la dependencia a alcohol y drogas). Entre ellas se pueden destacar:

- **Agrupaciones de familiares:** contribuyen a aliviar la carga psicológica de su rol de “cuidadores” de personas con enfermedades mentales, a través de la entrega mutua de apoyo emocional, información y ayuda en el aprendizaje de habilidades. En Chile también contribuyen a entregar servicios de salud mental, tales como clubes sociales, hogares protegidos, y programas de rehabilitación laboral.
- **Agrupaciones de usuarios:** se orientan tanto a la ayuda mutua entre sus miembros (ej. entrega de apoyo emocional, información y ayuda en el aprendizaje de habilidades), contribuyendo a aliviar síntomas y mejorar funcionamiento, como a la defensa de sus derechos de salud y humanos, favoreciendo accesibilidad y calidad de servicios y reduciendo el estigma y discriminación asociados a las enfermedades mentales.

## 11. Psiquiatría Infantil y de Adolescentes

La mayoría de los problemas y enfermedades mentales de niños y adolescentes se pueden resolver en el nivel primario y por los centros de salud mental comunitarios. Se requiere al menos un equipo de psiquiatría de niños y adolescentes por Servicio de Salud, ubicado en un hospital general, CDT o CRS, al cual se derivan los casos más severos, resistentes al tratamiento o con comorbilidad.

Se requieren, además, hospitales de día y servicios de hospitalización de corta estadía. Esta última, en el caso de los adolescentes con enfermedades de mayor gravedad, se debe efectuar en Servicios de Psiquiatría de Adolescentes en Hospitales Pediátricos o Generales para aquellos de 10 a 14 años, y en Servicios de Psiquiatría de Hospitales Generales para aquellos entre 15 y 19 años (con dependencia y actividades diferenciadas). Considerando la menor tasa de hospitalización de estos grupos etáreos, cada uno de estos servicios puede

recibir personas de varios SS. En el caso de niños y niñas menores de 10 años, se requiere fortalecer la atención en los servicios de hospitalización pediátrica general, a través de asegurar el enlace de psiquiatría y salud mental, y a través de la capacitación permanente del personal de enfermería y paramédico.

## **12. Atención de Personas con Dependencia a Alcohol y Drogas**

Las personas con dependencia a alcohol y/o drogas de alta severidad y comorbilidad psiquiátrica (patología dual), resistentes a los tratamientos habituales en los puntos de la red descritos previamente, requieren de programas especiales, tanto para la desintoxicación con hospitalización total (unidad de adicción) como para la rehabilitación (comunidades terapéuticas y otras instancias de rehabilitación de adicciones, con internación total o en forma ambulatoria, con duración de 6 a 8 meses).

## **13. Programa de Atención de Salud Mental a Víctimas de Represión Política 1973-1990 (PRAIS)**

En cada Servicio de Salud debe existir un equipo multidisciplinario PRAIS para el tratamiento de los problemas de salud mental y enfermedades mentales secundarias a la represión política ejercida por el Estado durante la dictadura de los años 1973 a 1990. Estos equipos focalizan su trabajo en las personas con mayores daños psicológicos a consecuencia de torturas y por la ejecución o desaparecimiento de familiares, derivando a las personas con problemas de menor complejidad a la red general de salud mental.

## **14. Psiquiatría Forense:**

De acuerdo al nuevo Código Procesal Penal, la psiquiatría forense debería atender al menos tres categorías jurídicas relacionadas con la enfermedad mental: personas imputadas con sospecha de enfermedad mental, condenados con enfermedad mental y sobreseídos por la justicia por enfermedad mental.

a) La atención de **personas sobreseídas por la justicia a causa de una enfermedad mental**, debe ser realizada en cada Servicio de Salud, por el equipo de salud que corresponda de acuerdo al nivel de complejidad. En cada Servicio de Salud se requiere además un equipo multidisciplinario a cargo de la atención de las personas sobreseídas que han cometido delitos graves (tratamiento, rehabilitación y seguimiento). Las Unidades de Psiquiatría Forense de Mediana y Alta Complejidad son instancias de referencia nacional, para el tratamiento de personas sobreseídas con delitos graves y enfermedades mentales severas que revisten distintos grados de peligrosidad.

b) En cada región del país se debe implementar una Unidad de Psiquiatría Forense Intrapenitenciaria para el diagnóstico y tratamiento de **personas con enfermedades mentales severas que se encuentren imputadas o condenadas**, con privación total de libertad, de acuerdo al nuevo Código de Procedimiento Penal. Estas últimas Unidades tendrán la infraestructura, equipamiento y alimentación a cargo de Gendarmería y el equipo técnico-profesional de salud mental, los fármacos y los insumos de salud a cargo de un SS.

c) Por otra parte se debe crear una Unidad de Evaluación Psiquiátrica Forense (ambulatoria y cerrada) para **personas imputadas por delitos graves y con mayor complejidad diagnóstica**, diferenciando espacios para adultos y para adolescentes (14 a 18 años). Estos últimos requerirán este tipo de procedimientos a partir de junio del año 2006. Actualmente en el Instituto Horwitz existe el equipo entrenado en esta materia, por lo que podría considerarse la implementación de esta unidad en esta instancia asistencial.

d) Asimismo existe la necesidad de tener cupos en hogares y residencias protegidas para las **personas con discapacidad psíquica, sobreesídas, cuya enfermedad mental se encuentra estabilizada** y que no tienen red de apoyo o esta presenta alta disfuncionalidad.. La existencia de un número mayor de cupos de este tipo de instancias residenciales permitiría disminuir el número de días de estada en Unidades de Psiquiatría Forense de Mediana Complejidad.

El modelo de atención propuesto para la Región Metropolitana se ha basado en la experiencia de los distintos SS con la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría entre los años 2000 y 2005 y en las orientaciones que ha entregado la OPS/OMS en una serie de documentos recientes. Este modelo representa el estado del arte a la fecha actual y su proceso de implementación debe ser evaluado periódicamente. Las nuevas evidencias que se obtengan en los próximos años, junto con los aportes de experiencias de otros países, permitirán efectuar las modificaciones que sean necesarias para responder de mejor forma a las necesidades de la población.

## **2. DIAGNOSTICO DE LOS SERVICIOS DE ATENCION CERRADA EN SALUD MENTAL DE LA REGION METROPOLITANA**

### **2.1. Recursos para atención cerrada**

Las tablas 2 a 7 muestran para cada Servicio de Salud de la Región Metropolitana los establecimientos que tienen hospitalización total o parcial, con el tipo de servicio que prestan, el número de plazas para cada uno de ellos y el peso porcentual de los distintos tipos de plazas.

Se destacan de estas tablas las diferencias extremas que existen entre estos Servicios tanto en el número de plazas disponibles como en su distribución porcentual. Esto demuestra que la política de descentralización de las hospitalizaciones psiquiátricas a las redes de cada Servicio de Salud, planteada ya en el primer Plan Nacional de Salud Mental (1993) se ha cumplido en forma muy parcial.

<b>Tabla 2. Servicios de atención cerrada en SM del SS M Norte</b>			
<b>Nombre del Establecimiento</b>	<b>Tipo de Servicio</b>	<b>Plazas</b>	
		<b>N°</b>	<b>%</b>
Hosp. Roberto del Río	Corta Estadía Infanto-Juvenil	17	3,7
Inst. Psiquiátrico José Horwitz	Corta Estadía Psiquiatría General Adultos	245	53,7
	Corta Estadía Adicciones	26	5,7
	Larga Estadía	128	28,1
	Psiquiatría Forense	40	8,8
<b>N° Total de Plazas</b>		<b>456</b>	<b>100</b>

El Servicio de Salud Metropolitano Norte es el único de la RM que no tiene hospitalización parcial y es al mismo tiempo el que tiene el mayor número de plazas de hospitalización total. El único tipo de servicio para el que se ha definido una política ministerial de referencia nacional es el de Psiquiatría Forense.

<b>Tabla 3. Servicios de atención en SM del SS M Occidente</b>			
<b>Nombre del Establecimiento</b>	<b>Tipo de Servicio</b>	<b>Plazas</b>	
		<b>N°</b>	<b>%</b>
Hosp.. Felix Bulnes	Corta Estadía Adultos	24	49,0
	Hosp.. de Día Adultos	15	30,6
	Hosp.. de Día Adolescentes	10	20,4
<b>N° Total de Plazas</b>		<b>49</b>	<b>100</b>

Los SS M Occidente (tabla 3), Oriente (tabla 5) y Sur Oriente (tabla 7) tienen una composición de plazas de hospitalización similares, con una discreta cantidad superior para el hospital de día por sobre el servicio de corta estadía. Mientras que el SSM Central (tabla 4) es el más desprovisto de recursos, siendo el único de la RM que no tiene hospitalización total.

<b>Tabla 4. Servicios de atención cerrada en SM del SS M Central</b>			
<b>Nombre del Establecimiento</b>	<b>Tipo de Servicio</b>	<b>Plazas</b>	
		<b>N°</b>	<b>%</b>
CDT Hospital San Borja A.	Hosp.de Día Adultos	12	100
<b>N° Total de Plazas</b>		<b>12</b>	<b>100</b>

<b>Tabla 5. Servicios de atención cerrada en SM del SS M Oriente</b>			
<b>Nombre del Establecimiento</b>	<b>Tipo de Servicio</b>	<b>Plazas</b>	
		<b>N°</b>	<b>%</b>
Hosp.. Salvador	Corta Estadía Adultos	16	44,4
	Hosp.. de Día Adultos	20	55,6
<b>N° Total de Plazas</b>		<b>36</b>	<b>100</b>

<b>Tabla 6 Servicios de atención cerrada en SM del SS M Sur</b>			
<b>Nombre del Establecimiento</b>	<b>Tipo de Servicio</b>	<b>Plazas</b>	
		<b>N°</b>	<b>%</b>
Hosp. Barros Luco	Corta Estadía Adultos	28	7,8
	Hosp. de Día Adultos	20	5,5
Hosp.. El Pino	Hosp. de Día Adultos	18	5,0
Hosp. Psiquiátrico El Peral	Corta Estadía Psiquiatría General Adultos	44	12,2
	Corta Estadía Adicciones	32	8,9
	Mediana Estadía Psicóticos	54	15,0
	Mediana Estadía T. Desarrollo	22	6,1
	Larga Estadía	142	39,4
<b>N° Total de Plazas</b>		<b>360</b>	<b>100</b>

La oferta más variada de servicios de hospitalización se encuentra en el SSM Sur (tabla 6), siendo el único de la RM que cuenta con mediana estadía. Los distintos tipos de servicios se encuentran organizados de acuerdo a criterios territoriales, distribuyéndose la referencia desde los Centros de Salud APS pertenecientes al Servicio a dos centros de especialidad (C.D.T. Barros Luco y C.R.S. El Pino).

El Hospital Psiquiátrico El Peral, ubicado en el territorio del SSM Sur Oriente, recibe una fuerte demanda de internación de este SS, con el cual trabaja en red. Además, este hospital atiende la demanda de hospitalizaciones del SS O'Higgins, y del C.R.S. El Pino, los cuales no tienen camas de psiquiatría.

<b>Tabla 7. Servicios de atención cerrada en SM del SS M Sur Oriente</b>			
<b>Nombre del Establecimiento</b>	<b>Tipo de Servicio</b>	<b>Plazas</b>	
		<b>N°</b>	<b>%</b>
Hosp. Sótero del Río	Corta Estadía Adultos	12	32,4
	Hosp. de Día Adultos	25	67,6
<b>N° Total de Plazas</b>		<b>37</b>	<b>100</b>

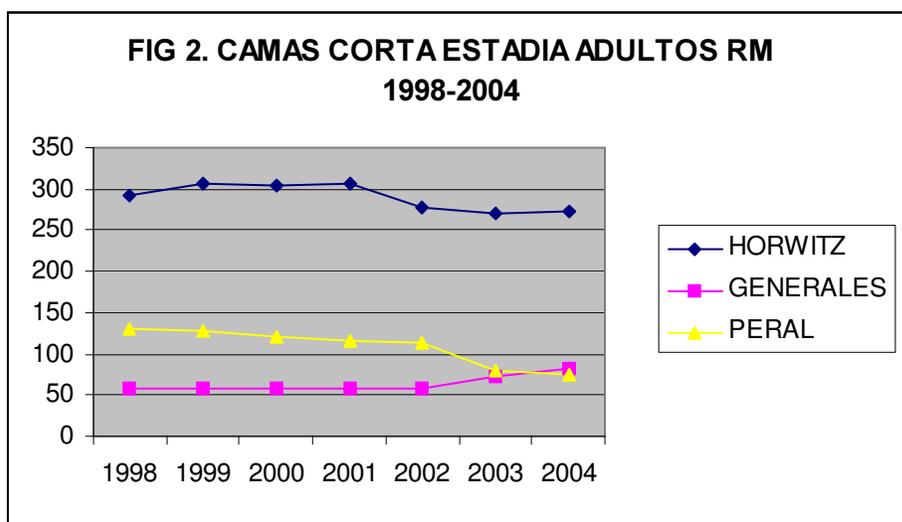
El total de plazas para hospitalización de población adulta en la RM es de 923, de las cuales, 110 (11,9%) son de hospital de día y 813 (88,1%) de hospitalización total (tabla 8.1). El mayor número de camas de corta estadía se encuentra en los hospitales psiquiátricos (78,3%), y no en los hospitales generales como señala la política nacional y el modelo planteado en la primera sección de este documento. En los hospitales psiquiátricos aún persisten 270 camas de larga estadía (29,2% de las camas de la región) y son los únicos que mantienen unidades diferenciadas para la internación de personas con problemas de adicciones y psiquiatría general.

<b>TABLA 8.1 PLAZAS ATENCION CERRADA POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO SM ADULTOS</b>							
	<b>Oriente</b>	<b>Central</b>	<b>Sur</b>	<b>Norte</b>	<b>Occidente</b>	<b>Sur Oriente</b>	<b>RM</b>
Forense				40			40
Mediana Estadía			76				76
Corta Estadía Adicciones			32	26			58
Larga estadía			142	128			270
Hospital Psiquiátrico Corta Estadía			44	245			289
Hospital General Corta Estadía Adultos	16		28		24	12	80
Hospital de día	20	12	38		15	25	110
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>12</b>	<b>360</b>	<b>439</b>	<b>39</b>	<b>37</b>	<b>923</b>

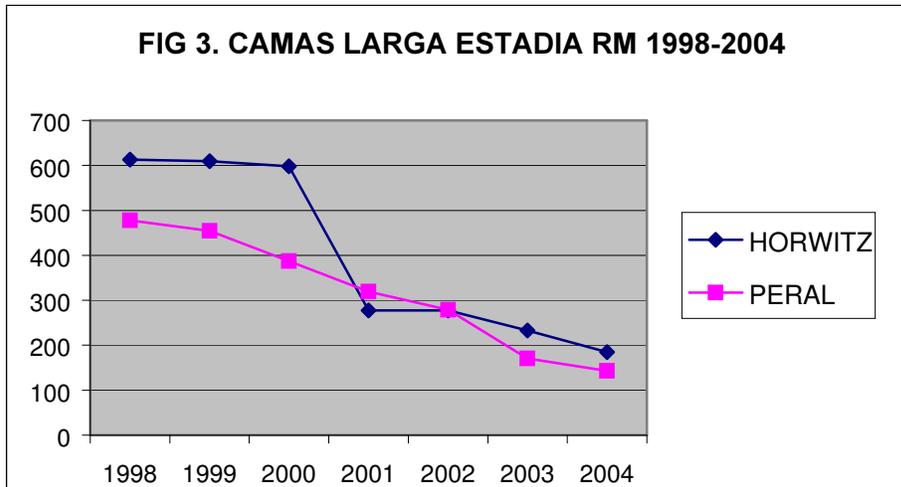
Aunque las necesidades de hospitalización por problemas de salud mental es mucho menor en la población infanto-juvenil (tabla 8.2), el número de plazas de corta estadía (1,8% del total de plazas) y de hospitalización diurna (1,0% del total de plazas) es insuficiente.

TABLA 8.2 PLAZAS ATENCION CERRADA POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO SM INFANTO-JUVENIL							
	Oriente	Central	Sur	Norte	Occidente	Sur Oriente	RM
Hospital General Corta Estadía Infanto-Juvenil				17			17
Hospital de día					10		10
<b>TOTAL</b>				<b>17</b>	<b>10</b>		<b>27</b>

El total de camas de corta estadía de la RM se ha mantenido relativamente constante en los últimos 10 años, con algunas fluctuaciones en cuanto a su distribución.



La figura 2 muestra que el Instituto Horwitz ha tenido algunas fluctuaciones en este período, estabilizándose en alrededor de 250 plazas desde el año 2002, mientras que en el Hospital El Peral este tipo de camas ha disminuido y en el conjunto de los hospitales generales de la RM ha aumentado. Este último fenómeno se ha producido como parte de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, especialmente en el año 2003, con la transferencia de 10 camas desde el Hospital El Peral al Hospital Barros Luco y la apertura de 12 camas en el Hospital Sótero del Río con recursos frescos.



Las camas de larga estadía en los dos hospitales psiquiátricos de la RM, por otra parte, han disminuido a alrededor de un tercio del número de 1998 (figura 3), como expresión de la política nacional de rehabilitación psicosocial, de instalación de hogares y residencias protegidos y de reconversión de recursos hacia unidades de mediana estadía.

Sin embargo, se ha mantenido desde la década del 80, alrededor de 300 mujeres con enfermedades mentales de larga evolución, derivadas desde el Instituto Psiquiátrico, en la Clínica de Extensión Raquel Gaete, donde aún persiste una grave situación de institucionalización manicomial y prácticamente sin acceso a rehabilitación psicosocial. Esta situación se ha revertido parcialmente desde fines del 2003, con la implementación de hogares y residencias protegidas, lo que ha permitido disminuir el número de residentes a 242. Este proceso debe continuar hasta la transformación total de esta clínica en hogares y residencias.

## 2.2. Utilización de Servicios de Atención Cerrada

### A) Servicios de Psiquiatría de Corta Estadía RM para población mayor de 15 años.

A los 6 servicios de psiquiatría de corta estadía para mayores de 15 años de la RM se les solicitó información sobre número de egresos en los primeros 6 meses del año 2004 diferenciados por comuna y SS de residencia. Esto permitió construir tasas de hospitalización por 1000 beneficiarios FONASA, las cuales se presentan en las tablas 9 a 17.

La tasa de hospitalización de las personas beneficiarias FONASA mayores de 15 años residentes en la RM es de 0,73 x 1.000 (tabla 9). La tasa por SS fluctúa entre 0,52 y 0,69, a excepción del SS M Norte donde se eleva a 1,74. Este fenómeno puede deberse a la combinación de una serie de factores, tales como la mayor oferta de camas, la existencia de

un servicio de urgencia psiquiátrica en el Instituto Horwitz, la ausencia de hospital de día y la entrega por parte de los consultantes de información falsa sobre domicilios.

<b>TABLA 9. EGRESOS POR SS Y HOSPITAL RM 1er SEMESTRE 2004</b>									
<b>CORTA ESTADIA</b>									
<b>SERVICIO</b>							<b>TOTAL</b>	<b>Pobl Benef</b>	<b>Tasa</b>
<b>SALUD</b>	<b>El Peral</b>	<b>Sótero</b>	<b>B Luco</b>	<b>Salvador</b>	<b>F Bulnes</b>	<b>Horwitz</b>		<b>&gt;15 años</b>	<b>x 1000</b>
SUR	74	4	171	0	0	46	295	564.199	<b>0,52</b>
SUR ORIENTE	211	69	24	2	3	38	347	577.229	<b>0,60</b>
OCCIDENTE	6	0	0	2	223	146	377	594.307	<b>0,63</b>
CENTRAL	9	0	5	5	2	176	197	374.345	<b>0,53</b>
NORTE	0	0	2	2	0	558	562	323.828	<b>1,74</b>
ORIENTE	6	0	1	169	0	83	259	375.543	<b>0,69</b>
<b>RM</b>	<b>306</b>	<b>73</b>	<b>203</b>	<b>180</b>	<b>228</b>	<b>1047</b>	<b>2037</b>	<b>2.809.451</b>	<b>0,73</b>

Todos los servicios de psiquiatría de corta estadía de la RM no se limitan a hospitalizar a personas residentes en el área de su respectivo SS sino que lo hacen para residentes de distintas áreas de la RM y VI Región (tabla 10). Esta situación es más marcada para los hospitales psiquiátricos, con un 78,9 % de personas de otros SS en el caso de El Peral y un 50,1 % en el Horwitz.

<b>TABLA 10. PORCENTAJE EGRESOS POR SS RM (%) DE CADA HOSPITAL</b>							
<b>CORTA ESTADIA</b>							
<b>SERVICIO</b>							
<b>SALUD</b>	<b>El Peral</b>	<b>Sótero</b>	<b>B Luco</b>	<b>Salvador</b>	<b>F Bulnes</b>	<b>Horwitz</b>	<b>TOTAL</b>
SUR	21,1	5,3	79,2	-	-	4,1	13,5
SUR ORIENTE	60,3	92,0	11,1	1,0	1,3	3,4	15,8
OCCIDENTE	1,7	-	-	1,0	97,8	13,0	17,2
CENTRAL	2,6	-	2,3	2,5	0,9	15,7	9,0
NORTE	-	-	0,9	1,0	-	49,9	25,7
ORIENTE	1,7	-	0,5	83,7	-	7,4	11,8
FUERA RM	12,6	1,3	1,4	-	-	3,7	4,1
SIN DATO	-	1,3	4,6	10,9	-	2,8	2,9
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

En las tablas 11 a 16 se muestran el número de hospitalizaciones de cada SS durante el primer semestre del 2004, desglosadas por establecimiento y comuna de residencia, junto con las tasas comunales de egresos. En general, las comunas con una mayor ruralidad presentan una tasa más baja de hospitalización.

TABLA 11. SS M SUR: EGRESOS CORTA ESTADÍA ENERO A JUNIO 2004									
Comuna	El Peral*	Sótero	B Luco	Salvador	F Bulnes	Horwitz	TOTAL	Pobl > 15 años	Tasa x 1000
EL BOSQUE	25	2	12			9	48	101.688	0,47
SAN BERNARDO	18		28			12	58	132.665	0,44
LO ESPEJO	6	1	33			6	46	55.867	0,82
PAC	4		32			3	39	44.657	0,87
SAN JOAQUIN	6		11			8	25	53.821	0,46
BUIN	2		5				7	34.770	0,20
SAN MIGUEL	7	1	16			2	26	38.457	0,68
LA CISTERNA	5		18			2	25	42.248	0,59
LA GRANJA	0		7			3	10	24.796	0,40
PAINE	0		5			1	6	26.017	0,23
CALERA DE TANGO	1		4				5	9.213	0,54
	<b>74</b>	<b>4</b>	<b>171</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>46</b>	<b>295</b>	<b>564.199</b>	<b>0,52</b>

\* Los egresos consignados en el Hospital El Peral incluyen personas con diagnóstico de dependencia a sustancias. La Unidad de Dependencias se mantiene como centro de referencia para todo el SSMS.

En el caso del SS M Sur (tabla 11), a partir de la organización territorial se observa un predominio de hospitalizaciones de residentes de El Bosque y San Bernardo en El Peral y un predominio de personas de otras comunas en el Barros Luco.

TABLA 12. SS M SUR ORIENTE: EGRESOS CORTA ESTADÍA ENERO A JUNIO 2004									
Comuna	El Peral	Sótero	B Luco	Salvador	F Bulnes	Horwitz	TOTAL	Pobl > 15 años	Tasa x 1000
PTE ALTO	76	32	3			16	127	199.339	0,64
SAN JOSÉ	0						0	4.211	0,00
LA PINTANA	46	6	6			5	63	99.795	0,63
LA GRANJA	10	4			3		17	53.335	0,32
SAN RAMON	17	5	4			1	27	54.701	0,49
PIRQUE	1						1	7.558	0,13
LA FLORIDA	61	22	11	2		16	112	158.290	0,71
	<b>211</b>	<b>69</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>38</b>	<b>347</b>	<b>577.229</b>	<b>0,60</b>

Las personas del SS M Sur Oriente se hospitalizan en forma mayoritaria en El Peral (tabla 12), siendo los principales usuarios de este centro asistencial (60,3%) según se muestra en la tabla 10. El ingreso a este hospital se ve favorecido por su ubicación en la comuna de Puente Alto, la cual forma parte del territorio del SS M Sur Oriente. No se observa en este Servicio una sectorización en los ingresos a los dos hospitales de referencia, El Peral y Sótero, sino que los residentes de todas las comunas hacen uso indistintamente de uno u otro.

TABLA 13. SS M OCCIDENTE: EGRESOS CORTA ESTADÍA ENERO A JUNIO 2004									
Comuna	El Peral	Sótero	B Luco	Salvador	F Bulnes	Horwitz	TOTAL	Pobl > 15 años	Tasa x 1000
QUINTA NORMAL				1	45	14	60	54.546	1,10
RENCA	1				38	24	63	83.867	0,75
SANTIAGO				1	2		3	32.067	0,09
CERRO NAVIA					29	22	51	89.201	0,57
LO PRADO					26	25	51	62.418	0,82
PUDAHUEL	3				32	31	66	90.640	0,73
MELIPILLA	2				11	8	21	49.708	0,42
PEÑAFLORES					3	1	4	31.459	0,13
ISLA DE MAIPO					6	2	8	11.958	0,67
TALAGANTE					8	7	15	31.443	0,48
PADRE HURTADO					15	7	22	20.509	1,07
SAN PEDRO					0		0	3.772	0,00
EL MONTE					5	1	6	12.637	0,47
MARÍA PINTO					0		0	5.045	0,00
ALHUE					0	3	3	2.318	1,29
CURACAVÍ					3	1	4	12.719	0,31
	6	0	0	2	223	146	377	594.307	0,63

A pesar de que no existe una planificación al respecto, más de un tercio de las necesidades de hospitalización del SS M Occidente son resueltas por el Instituto Horwitz (tabla 13). Los usuarios de este SS en el Instituto provienen mayoritariamente de las comunas de Renca, Cerro Navia, Lo Prado y Pudahuel. Queda así en evidencia que las 24 camas de corta estadía de que dispone el SS M Occidente son insuficientes para las demandas de su población.

TABLA 14. SS M CENTRAL: EGRESOS CORTA ESTADÍA ENERO A JUNIO 2004									
Comuna	El Peral	Sótero	B Luco	Salvador	F Bulnes	Horwitz	TOTAL	Pobl > 15 años	Tasa x 1000
EST. CENTRAL	6		1	3		34	44	69.533	0,63
SANTIAGO	0		4			69	73	70.614	1,03
MAIPÚ	3			2	1	57	63	190.390	0,33
PAC						1	1	7.363	0,14
CERRILLOS					1	15	16	36.445	0,44
	9	0	5	5	2	176	197	374.345	0,53

Al no disponer de camas psiquiátricas, el SS M Central resuelve sus necesidades de hospitalización preferentemente (89,3%) en el Instituto Horwitz (tabla 14). La tasa de hospitalización de su población es similar a la de la mayoría de los SS de la RM.

TABLA 15. SS M NORTE: EGRESOS CORTA ESTADÍA ENERO A JUNIO 2004									
Comuna	El Peral	Sótero	B Luco	Salvador	F Bulnes	Horwitz	TOTAL	Pobl > 15 años	Tasa x 1000
COLINA						40	40	44.525	0,90
CONCHALI			1			118	119	64.431	1,85
HUECHURABA						57	57	36.486	1,56
INDEPENDENCIA						84	84	30.043	2,80
LAMPA			1			20	21	21.742	0,97
QUILICURA						55	55	50.472	1,09
RECOLETA				2		169	171	67.839	2,52
TILTIL						15	15	8.290	1,81
	-	-	2	2	-	558	562	323.828	1,74

Con los datos disponibles, todas las comunas del SS M Norte aparecen con una tasa de hospitalización superior al promedio de la RM, siendo este fenómeno más marcado en Independencia y Recoleta (tabla 15). Estas dos comunas aparecen con las tasas más altas de la RM (2,80 y 2,52 respectivamente) y son las de mayor proximidad territorial con el Instituto Horwitz. Las tres comunas con las tasas menores de hospitalización de este SS, Colina (0,90), Lampa (0,97) y Quilicura (1,09), disponen de un Centro de Salud Mental Comunitario con atención psiquiátrica regular. Sin embargo, estas tres comunas también se caracterizan por estar más alejadas del Horwitz y tener población rural.

Cabe señalar que en un estudio sobre una muestra probabilística de egresos de hospitalización de corta estadía del Instituto Psiquiátrico del año 2003, estratificados por comunas de residencia, se ha encontrado un porcentaje acumulado de domicilios falsos por inexistencia (12,6%) y falsa atribución de residencia (9%) lo que hace un total de 21,6%. En orden decreciente por comunas aparecen con mayor porcentaje de domicilios falsos, las comunas de: Independencia (50%), Recoleta (32%), y Conchalí (7%). (*Estudio de seguimiento de pacientes egresados de hospitalización de corta estadía del Instituto Psiquiátrico durante el año 2003. Unidad de Salud Mental e Instituto Psiquiátrico.SSMN. Año 2005*).

A la luz de estos datos, las cifras señaladas de tasa de hospitalización para las comunas mencionadas tienen un margen de error considerable, especialmente en la comuna de Independencia, para la cual la tasa de hospitalización podría corresponder a la mitad de lo señalado en la tabla, manteniéndose igualmente por sobre el promedio de las comunas.

TABLA 16. SS M ORIENTE EGRESOS CORTA ESTADÍA ENERO A JUNIO 2004									
Comuna	El Peral	Sótero	B Luco	Salvador	F Bulnes	Horwitz	TOTAL	Pobl > 15 años	Tasa x 1000
ÑUÑO A	4		1	22		27	54	61.365	0,88
LAS CONDES	1			21		10	32	45.321	0,71
VITACURA				5			5	13.310	0,38
LO BARNECHEA				9		2	11	20.774	0,53
PROVIDENCIA				13		7	20	27.559	0,73
MACUL				29		8	37	60.504	0,61
LA REINA				10		6	16	31.690	0,50
PEÑALOLÉN	1			60		23	84	115.020	0,73
	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>169</b>	<b>0</b>	<b>83</b>	<b>259</b>	<b>375.543</b>	<b>0,69</b>

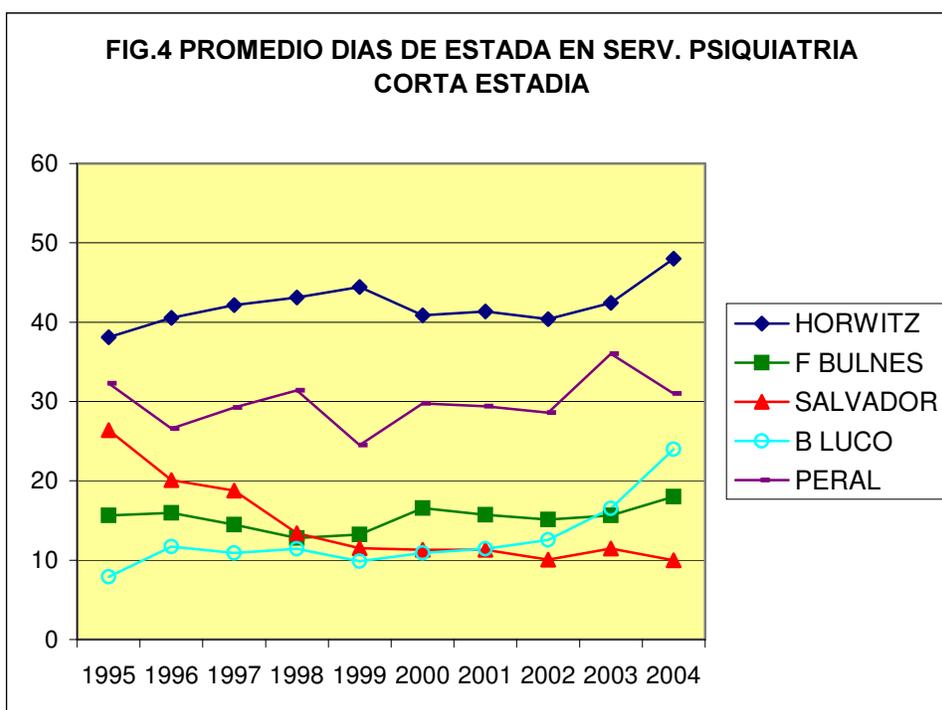
En forma similar al SS M Occidente, el SS M Oriente hospitaliza un tercio de su demanda en el Instituto Horwitz (tabla 16). Esta situación obedece parcialmente a una planificación entre ambos SS, de derivar al hospital psiquiátrico personas que requieren medidas de seguridad de mayor intensidad que no se pueden implementar en El Salvador. Un grupo mayoritario se hospitaliza en el Horwitz a través de la utilización del servicio de urgencia de este hospital. La mayor tasa de hospitalización en el Horwitz se produce para personas residentes en la comuna de Ñuñoa, las que no necesariamente están inscritas como beneficiarias en la atención primaria de esa comuna, aspecto que no es posible constatar en esta información con respecto de la población que consulta a través del servicio de urgencia.

TABLA 17. PERSONAS DE OTRAS REGIONES HOSPITALIZADAS EN LA RM							
Región	El Peral	Sótero	B Luco	Salvador	F Bulnes	Horwitz	TOTAL
I REGION						1	1
IV REGION						11	11
V REGION						8	8
VI REGION	40	1	2			11	54
VII REGION	4		1			1	6
VIII REGION						5	5
X REGION						4	4
	<b>44</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>41</b>	<b>89</b>

Solamente el 12,6 % de los ingresos al Hospital el Peral y el 3,7 % de los del Instituto Horwitz corresponden a personas que residen en otras regiones (tabla 10). La gran mayoría de estos ingresos provienen de la VI, donde no existen camas psiquiátricas (tabla 17). Estas cifras permiten afirmar que estos hospitales psiquiátricos no cumplirían en la actualidad el rol de centros de referencia nacional para hospitalizaciones de corta estadía.

El promedio de días de hospitalización en corta estadía es mayor en los hospitales psiquiátricos que en los hospitales generales (figura 4). Esto puede deberse en parte a la

mayor complejidad de los cuadros clínicos que ingresan a los primeros, a la prolongación de las internaciones por razones sociales o judiciales y a la mejor coordinación con la red ambulatoria y comunitaria de los segundos. Llama la atención en la figura 4 la variación que ha experimentado el promedio de días de estada en los distintos hospitales durante los últimos 10 años. Destaca la disminución en El Salvador, llegando a 10 días en el año 2004. No se tiene información sobre los beneficios y riesgos para los usuarios de estas duraciones de hospitalización tan variadas.



Fuente: DEIS

## B) Situación Atención Cerrada niños y adolescentes

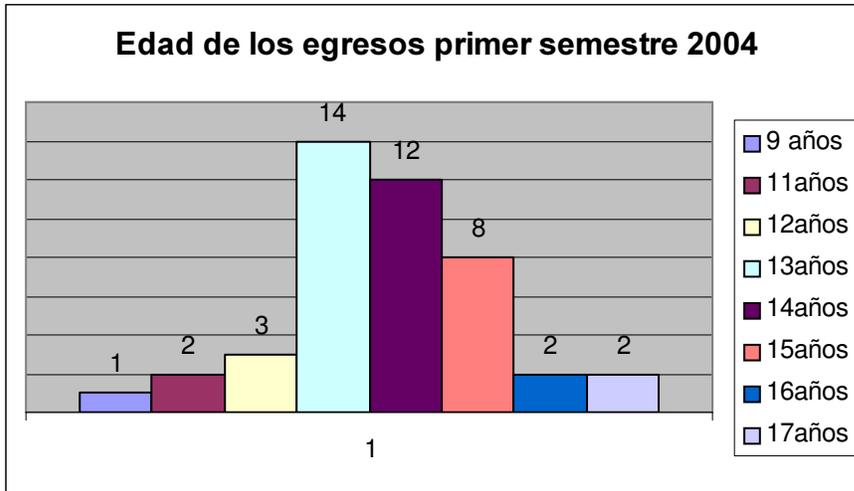
Para la hospitalización de niños y adolescentes existe en el SSM Norte un Servicio Clínico de Psiquiatría Infanto Juvenil que funciona en el Hospital de Niños Roberto del Río. Cuenta con 17 camas y un consultorio externo. Debido a las diferencias en los cuidados y el manejo situacional requerido para niños y adolescentes, se hospitalizan preferentemente menores de 15 años. En el caso de adolescentes con EQZ o adicciones también consultan espontáneamente en el Horwitz, establecimiento que ha puesto en marcha en marzo 2005 una Unidad de Psiquiatría para adolescentes con atención cerrada (16 camas).

Cabe señalar que en el país no hay otro dispositivo de hospitalización con cobertura de este rango etéreo, estableciéndose entonces como una de las brechas más graves en el área de salud mental.

<b>TABLA 18 A. EGRESOS CORTA ESTADIA HOSPITAL R. DEL RIO POR COMUNA PRIMER SEMESTRE 2004</b>	
<b>S.S.M.N.</b>	
Conchalí	10
Recoleta	8
Quilicura	3
Huechuraba	3
Lampa	3
Til Til	1
Independencia	1
Colina	0
<b>Total</b>	<b>29</b>
<b>OTROS S.S.</b>	
Peñalolén	2
Paine	1
Pudahuel Sur	1
Maipú	1
Estación Central	1
La Pintana	1
Valdivia	1
San Fernando	1
Quinta Normal	1
Rancagua	1
Sin datos	4
<b>Total</b>	<b>11</b>

La mayor parte de los egresos corresponde a niños domiciliados en comunas pertenecientes al territorio del SSM Norte (tabla 18 A).

<b>TABLA 18 B. EGRESOS CORTA ESTADIA HOSPITAL R. DEL RIO POR DIAGNOSTICO PRIMER SEMESTRE 2004</b>	
Depresión	11
Intento Suicidio	10
Psicosis	8
Trastornos de la Conducta Alimentaria	9
Esquizofrenia	2
Maltrato Infantil	1
Alcoholismo	1
Retardo Mental	1
Trastorno del Animo	1
<b>Total</b>	<b>44</b>



El Servicio de Salud Occidente mantiene un hospital de día para adolescentes, en el que se cuenta con 10 plazas. La utilización de las plazas corresponde en su totalidad a beneficiarios de este servicio de salud (Tabla 18 C).

<b>TABLA 18C. HOSPITAL DE DÍA PARA ADOLESCENTES</b>		
<b>Nº DE INGRESOS POR COMUNA PRIMER SEMESTRE AÑO 2004</b>		
<b>COMUNA</b>	<b>Nº INGRESOS</b>	<b>Nº EGRESOS</b>
CERRO NAVIA	2	0
LO PRADO	3	0
MAIPÚ	1	0
MELIPILLA	0	0
PUDAHUEL	1	0
QUINTA NORMAL	2	1
RENCA	5	2
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>3</b>

### **C) Referencias y Contrarreferencias para Atención Cerrada en el SS M Sur**

La disponibilidad de información en el SS M Sur sobre referencias y contrarreferencias entre los servicios de hospitalización psiquiátrica (corta estadía, dependencias, mediana estadía y hospital de día) y los distintos dispositivos de la red, permite tener una información más detallada de la utilización de estos servicios.

**TABLA 19. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR  
REFERENCIA A HOSPITALIZACIONES DE CORTA ESTADIA  
ENERO - JUNIO 2004**

<b>Origen Internación</b>	<b>El Peral</b>	<b>Barros Luco</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
COSAM	17	0	17	4.7
CDT/CRS	86	42	128	35.6
Urgencia Psiquiátrica	5	158	163	45.3
Hospital de Día	0	2	2	0.5
Traslado otra C.E.	0	1	1	0.3
Administrativa o Judicial	18	0	18	5.0
Otro Serv.Clínico	0	7	7	1.9
Otros	19	0	19	5.3
<b>Subtotal</b>	<b>145</b>	<b>210</b>	<b>355</b>	<b>98.6</b>
Sin Información	0	5	5	1.4
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>215</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>

La tabla 19 muestra que las principales fuentes de referencia para hospitalización en corta estadía, son el servicio de urgencia psiquiátrica (45.3 %) y los CDT y CRS (35.6 %). El peso de la urgencia psiquiátrica es mucho mayor en el Hospital Barros Luco, donde se ubica dicho servicio, y representa el 73,5 % de los ingresos. Esta cifra tan alta sugiere que los dispositivos ambulatorios no son capaces aún de detectar oportunamente las crisis de las personas con enfermedades mentales y probablemente tampoco tratarlas tempranamente.

**TABLA 20. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR  
CONTRAREFERENCIA DESDE HOSPITALIZACION DE CORTA ESTADIA  
ENERO - JUNIO 2004**

<b>Destino al Egreso</b>	<b>El Peral</b>	<b>Barros Luco</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
COSAM	6	0	6	1,5
CDT/CRS/Policlínico de seguimiento	148	150	298	76.6
Hospital de Día	0	15	15	3,9
Atención Primaria	1	0	1	0,3
Traslado otra C.E.	0	11	11	2,8
Comunidad Terapéutica	10	0	10	2.6
Otros	9	0	9	2.3
<b>Subtotal</b>	<b>174</b>	<b>176</b>	<b>350</b>	<b>90.0</b>
Sin Información	0	39	39	10.0
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>215</b>	<b>389</b>	<b>100,0</b>

El principal lugar de contrarreferencia al momento del alta desde corta estadía son los CDT y CRS (76.6 %), tal como se muestra en la tabla 20. Sin embargo, es necesario señalar que la información del hospital El Peral, incluye en esta categoría a quienes posterior a su egreso pudieran haberse incorporado a Hospital de Día dependiente de C.D.T. o C.R.S.

La Unidad de Dependencias de El Peral atiende mayoritariamente a beneficiarios del SSM SO. Esta Unidad tiene un sistema de referencias y contrarreferencias más amplio que corta estadía (tablas 21 y 22), apuntando a un mayor trabajo en red.

<b>TABLA 21. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR REFERENCIA A HOSPITALIZACIONES DE UNIDAD DEPENDENCIAS ENERO - JUNIO 2004</b>		
<b>Origen Internación</b>	<b>El Peral</b>	<b>%</b>
COSAM	38	25.2
CDT/CRS/Policlínico de Seguimiento	56	37.1
Urgencia	3	2.0
Comunidad Terapéutica	31	20.5
Atención Primaria	12	7.9
Otros	11	7.3
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>

<b>TABLA 22. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR CONTRAREFERENCIA DESDE HOSPITALIZACION EN UNIDAD DEPENDENCIAS ENERO - JUNIO 2004</b>		
<b>Destino al Egreso</b>	<b>El Peral</b>	<b>%</b>
COSAM	32	20.6
CDT/CRS/Policlínico de Seguimiento	30	19.4
Comunidad Terapéutica	36	23.2
Atención Primaria	17	11.0
Otros	40	25.8
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>

Resulta interesante el flujo de derivaciones con los Centros de Salud Mental Comunitarios (COSAM), representando 25.2 % de las referencias a hospitalización y 20.6 % de los destinos para tratamiento ambulatorio al egreso. Sin embargo, la referencia y contrarreferencia directa de esta Unidad con Centros de Atención Primaria no parece ser eficiente, al no utilizarse instancias ambulatorias especializadas como una alternativa a la hospitalización total.

El Servicio de Mediana Estadía del Hospital El Peral ha focalizado su trabajo con residentes de Larga Estadía (tabla 23), con el fin de darles la posibilidad de un tratamiento intensivo de alta calidad después de muchos años de institucionalización. Al mismo tiempo,

recibe algunos ingresos desde corta estadía y desde otras instancias de la red. Las personas que egresan de este servicio son derivadas casi en su totalidad a CDT y CRS para continuar tratamiento ambulatorio (tabla 24).

<b>TABLA 23. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR REFERENCIA A HOSPITALIZACIONES DE MEDIANA ESTADIA PSICOSIS ENERO - JUNIO 2004</b>		
<b>Origen Internación</b>	<b>El Peral</b>	<b>%</b>
COSAM	0	0,0
CDT/CRS	0	0,0
Urgencia Psiquiátrica	0	0,0
Hospital de Día	0	0,0
Corta Estadía	2	15,4
Larga Estadía	10	76,9
Otros (Hogar de Cristo)	1	7,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

<b>TABLA 24. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR CONTRAREFERENCIA DESDE HOSPITALIZACION DE MEDIANA ESTADIA ENERO - JUNIO 2004</b>		
<b>Destino al Egreso</b>	<b>El Peral</b>	<b>%</b>
COSAM	0	0,0
CDT/CRS	12	92,3
Hospital de Día	1	7,7
Otros	0	0,0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100,0</b>

Es importante señalar que el periodo analizado coincide con la apertura de 2 hogares protegidos, lo que permitió el egreso de personas provenientes del Servicio de Larga Estadía, las cuales no contaban con red de apoyo que les permitiera vivir en la comunidad.

<b>TABLA 25. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR REFERENCIA A HOSPITAL DE DIA ENERO - JUNIO 2004</b>				
<b>Origen Internación</b>	<b>El Pino</b>	<b>Barros Luco</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
COSAM	0	0	0	0,0
CDT/CRS	21	7	28	50,0
Urgencia Psiquiátrica	0	6	6	10,7
Atención Primaria	0	0	0	0,0
Corta Estadía	4	18	22	39,3
Otros	0	0	0	0,0
<b>Subtotal</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
Sin Información	0	0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Las tres fuentes de referencia a hospitales de día son los CDT y CRS (50,0 %), los servicios de corta estadía (39,3 %) y la urgencia psiquiátrica (10,7 %) (ver tabla 25), lo cual muestra que las funciones que están cumpliendo estos dispositivos son coherentes con las políticas nacionales de dar preferencia al tratamiento de las personas en sus medios naturales de vida, previniendo la hospitalización total o acortándola.

<b>TABLA 26. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR CONTRAREFERENCIA DESDE HOSPITAL DE DIA ENERO - JUNIO 2004</b>				
<b>Destino al Egreso</b>	<b>El Pino</b>	<b>Barros Luco</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
COSAM	0	0	0	0,0
CDT/CRS	22	29	51	91,1
Atención Primaria	0	0	0	0,0
Corta Estadía	3	2	5	8,9
Otros	0	0	0	0,0
<b>Subtotal</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
Sin Información	0	0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
<b>Promedio días de estada</b>	<b>97,9</b>	<b>86,9</b>		

La efectividad de los hospitales de día queda en evidencia en la tabla 26, donde se muestra que la gran mayoría de los egresos son derivados a dispositivos ambulatorios y solamente el 8,9 % de sus usuarios requiere de hospitalización total. La duración promedio de la hospitalización de día es similar entre El Pino y Barros Luco (97,9 y 86,9 días respectivamente).

### **2.3. Brechas en los Servicios de Atención Cerrada de la RM**

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2001) señala estándares para el número de plazas de corta estadía (1 por cada 7.000 adultos), hospital de día (1 por cada 3.500 adultos), adicciones (1 por cada 50.000 mayores de 15 años) y mediana estadía (1 por cada 25.000 mayores de 15 años). En el caso de la larga estadía, se ha congelado el ingreso a ella y se plantea que deben desaparecer gradualmente a través de un proceso de integración de los residentes a hogares protegidos y residencias en la comunidad.

Las camas de psiquiatría forense están integradas en un sistema nacional, existiendo 40 en la RM para las personas sobreesídas a causa de enfermedad mental de mayor complejidad, estimándose que se requerirán 103 camas adicionales para atender a las personas imputadas y condenadas con enfermedades mentales severas de la RM de acuerdo a la Reforma Procesal Penal.

Según los estándares señalados, se calcularon las brechas de plazas de hospitalización para la RM (tabla 27), observándose que la mayor deficiencia se encuentra en hospitales de día, ya que se ha implementado solo el 15,5 % del estándar. Las otras dos brechas importantes

son las plazas de mediana estadía, donde solo se dispone del 54 % de lo necesario, y las de psiquiatría forense, donde la disponibilidad actual es de 28 %.

<b>TABLA 27. BRECHAS DE PLAZAS DE HOSPITALIZACION RM</b>			
<b>Tipo de Hospitalizacion</b>	<b>Plazas existentes</b>	<b>Plazas según estándar</b>	<b>Brechas</b>
CORTA ESTADIA	369	401	-32
HOSPITAL DE DIA	125	803	-678
ADICCIONES	58	56	2
MEDIANA ESTADIA PSICOSIS	54	100	-46
MEDIANA ESTADIA TR. DEL DESARROLLO	28	Por definir	
LARGA ESTADIA	292	0	292
FORENSE	40	143	-103

<b>TABLA 28. BRECHAS RM: HOSPITALIZACION CORTA ESTADIA</b>				
<b>SERVICIO DE SALUD</b>	<b>Plazas existentes</b>	<b>Plazas según estándar</b>	<b>Brechas</b>	<b>Pobl Benef &gt;15 años</b>
SUR	72	81	- 9	564,199
SUR ORIENTE	12	82	- 70	577,229
OCCIDENTE	24	85	- 61	594,307
CENTRAL	0	53	- 53	374,345
NORTE	245	46	199	323,828
ORIENTE	16	54	- 38	375,543
<b>RM</b>	<b>369</b>	<b>401</b>	<b>- 32</b>	<b>2,809,451</b>

Si bien la RM en su conjunto presenta una brecha mínima en camas de corta estadía, cuatro SS (Oriente, Occidente, Sur Oriente y Central) muestran brechas significativas (tabla 28), que oscilan entre 63 y 100 %, lo que significa utilización de camas en los otros Servicios de Salud para satisfacer esta necesidad.

<b>TABLA 29. BRECHAS RM: HOSPITALIZACION DE DIA</b>				
<b>SERVICIO DE SALUD</b>	<b>Plazas existentes</b>	<b>Plazas según estándar</b>	<b>Brechas</b>	<b>Pobl Benef &gt;15 años</b>
SUR	38	161	- 123	564,199
SUR ORIENTE	25	165	- 140	577,229
OCCIDENTE	30	170	- 140	594,307
CENTRAL	12	107	- 95	374,345
NORTE	0	93	- 93	323,828
ORIENTE	20	107	- 87	375,543
<b>RM</b>	<b>125</b>	<b>803</b>	<b>- 678</b>	<b>2,809,451</b>

Todos los SS de la RM tienen brechas significativas en plazas de hospitalización diurna (tabla 29), faltando entre 87 y 140 plazas por cada SS.

El número total de camas para adicciones en la RM parece suficiente (tabla 30), pero no todos los SS tienen acceso a ellas y no se encuentran suficientemente coordinadas con las redes de salud mental de la RM.

<b>TABLA 30. BRECHAS RM: HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE ADICCIONES</b>				
<b>SERVICIO DE SALUD</b>	<b>Plazas existentes</b>	<b>Plazas según estándar</b>	<b>Brechas</b>	<b>Pobl Benef &gt;15 años</b>
SUR	32	11	21	564,199
SUR ORIENTE	0	12	12	577,229
OCCIDENTE	0	12	12	594,307
CENTRAL	0	7	7	374,345
NORTE	26	6	20	323,828
ORIENTE	0	8	8	375,543
<b>RM</b>	<b>58</b>	<b>56</b>	<b>2</b>	<b>2,809,451</b>

Las brechas analizadas en esta sección deben ser relativizadas en el contexto del modelo de atención que se esté aplicando y el tipo y capacidad de los dispositivos que conformen la red de salud mental y psiquiatría de un determinado SS o región. Es así como la experiencia nacional e internacional muestra que a mayor número de plazas de hospitalización diurna existe una menor necesidad de camas de corta y mediana estadía. De manera similar, a mayor accesibilidad y calidad de atención de los centros de salud mental comunitarios se muestra una menor necesidad de plazas de hospitalización diurna y menor necesidad de camas de corta y mediana estadía.

El modelo comunitario, orientado a los trastornos mentales severos, interviene sobre una serie de variables que son causales de descompensación y eventualmente de hospitalización, tales como continuidad de la atención y del apoyo psicosocial, adherencia a farmacoterapia, conflictos y crisis familiares, mantención de estudios o trabajo, integración social, estigma, etc.

Los estándares de plazas y camas que fueron formulados en el Plan Nacional de Salud Mental, corresponden a la evidencia disponible el año 1999. Desde esa fecha la OMS ha publicado una serie de documentos sobre políticas, planes y programas de salud mental, que si bien no recomiendan estándares específicos a los países, proveen evidencias sobre las ventajas del tratamiento y rehabilitación en instancias comunitarias. Aplicando estos conceptos a la RM, se puede inferir que si se desarrollan los centros de salud mental comunitarios, con suficientes recursos e incluyendo el tratamiento y rehabilitación de personas con enfermedades mentales severas, los estándares de plazas y camas serían

menores a los señalados en el Plan Nacional, especialmente en el caso de los hospitales de día.

#### **2.4. Conclusiones sobre los Servicios de Atención Cerrada en Salud Mental de la RM**

1. La disponibilidad de recursos de hospitalización psiquiátrica en los SS de la RM es diversa, desde solamente 12 plazas de hospital diurno en el SS M Central a 456 camas de hospitalización total del SS M Norte.
2. En el área infanto juvenil la disponibilidad de hospitalización psiquiátrica en los SS de la RM observa la mayor brecha ya que solo se cuenta con 17 camas de hospitalización cerrada en el SSM Norte y 10 plazas de hospital diurno en el SSM Occidente.

El Servicio de hospitalización de corta estadía del SSM Norte no cuenta con información en relación a rechazos y lista de espera de hospitalización para niños y jóvenes de su propia área geográfica y de otros SS, atendería el 100% de las solicitudes de hospitalización de casos de alta complejidad.

Por otra parte los otros SS tampoco cuentan con información respecto a demanda de hospitalización y a las alternativas de atención utilizadas para la atención de los casos que requieren este tipo de intervención, estimándose necesario realizar un diagnóstico que permita conocer antecedentes para establecer brechas y dispositivos necesarios para la atención de la población infanto juvenil.

3. Las diferencias en promedios de días de estada en corta estadía entre los distintos hospitales de la RM requiere de un estudio que clarifique las razones de ellas.
4. Los recursos de hospitalización de la RM no se encuentran suficientemente coordinados entre sí, de modo de ofrecer una accesibilidad equitativa a todos los beneficiarios y una intensidad y complejidad de atención de acuerdo a las necesidades de las personas. Las prácticas de referencia y contrarreferencia no siempre siguen la lógica de niveles de complejidad.
5. En aquellas comunas en que se dispone de una Red de atención integral funcionando, se observa una menor utilización de los servicios de hospitalización de corta estadía.
6. Existe un insuficiente desarrollo de los hospitales diurnos en la RM, a pesar de que la evidencia muestra que son una alternativa costo-efectiva para muchas hospitalizaciones de corta estadía.
7. El número total de camas de corta estadía de la RM es cercano al estándar nacional, pero ellas se concentran en el Instituto Horwitz (66% del total de camas de la RM). Este hecho contradice las recomendaciones de la OMS y las políticas del Ministerio de Salud de que los servicios de corta estadía se integren a los hospitales generales, debido a que la evidencia muestra que en ellos la atención es integral y menos estigmatizadora.

8. La población del SS M Norte utiliza la hospitalización de corta estadía alrededor de cuatro veces más que el resto de los SS de la RM. Existe una coincidencia con la ausencia de hospital de día en este SS y el incremento del promedio de días de estada en el Horwitz en los últimos años. Las tres comunas con una menor tasa de hospitalización (Lampa, Colina y Quilicura) disponen de un Centro de Salud Mental Comunitario con atención psiquiátrica regular. Es necesario, no obstante, estudiar las variables asociadas a las diferencias de tasas de hospitalización, para determinar las razones precisas de ésta, considerando además poblaciones especiales: judiciales, casos sociales, etc.
9. Los hospitales psiquiátricos de la RM han dejado de ser centros de referencia nacional, recibiendo muy pocas personas referidas desde otras regiones. Sin embargo, resuelven hospitalizaciones de corta estadía de otros SS de las Regiones Metropolitana y Sexta, al no disponer estos de camas psiquiátricas en los hospitales generales o disponer de un número por debajo de las necesidades.
10. No existen suficientes instancias de coordinación entre los servicios de corta estadía y la red ambulatoria/comunitaria de salud mental.
11. El número de camas de mediana estadía es insuficiente para la RM, y también se han hecho insuficientes las camas de psiquiatría forense a partir de junio del 2005, con el inicio de la aplicación de la Reforma Procesal Penal en la RM.

### 3. DIAGNOSTICO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE SALUD MENTAL DE LA REGION METROPOLITANA

#### 3.1. Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

Los SAPUs han crecido en número y oferta de atención en la RM en los últimos años, resolviendo casi la mitad de las consultas de urgencia de la Región (tabla 31). Sin embargo, aún no han incorporado en forma planificada y normada la atención de personas con problemas de salud mental, ni tampoco se dispone de un sistema de registro que cuantifique la demanda por este tipo de problemas.

<b>TABLA 31. CONSULTAS URGENCIA REGION METROPOLITANA ENERO-JUNIO 2004*</b>					
	<b>HOSPITALES</b>		<b>SAPU</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>M NORTE</b>	125.387	39,9	189.222	60,1	314.609
<b>M OCCIDENTE</b>	295.227	59,4	201.811	40,6	497.038
<b>M CENTRAL</b>	234.364	75,3	76.881	24,7	311.245
<b>M ORIENTE</b>	107.821	36,5	187.637	63,5	295.458
<b>M SUR</b>	319.773	59,5	217.557	40,5	537.330
<b>M SUR ORIENTE</b>	222.234	44,0	282.337	56,0	504.571
<b>TOTAL</b>	<b>1.304.806</b>	<b>53,0</b>	<b>1.155.445</b>	<b>47,0</b>	<b>2.460.251</b>

\* Fuente de Información: DEIS

Se ha aprovechado la disponibilidad de algunos datos sobre atención de salud mental en algunos SAPUs de los SSM Occidente y Oriente para tener una primera aproximación a la demanda en esta área, información que no es necesariamente generalizable a otros SAPUs de la RM.

### A) SAPUs del SS M Occidente

En la tabla 32, a través de revisión retrospectiva de fichas con primer o segundo diagnóstico de salud mental en el SAPU Quinta Normal, se observa que el diagnóstico más frecuente es Trastorno Ansioso (70,7 %), seguido por el Síndrome Depresivo (14,1 %) y la Intoxicación por Fármacos (4,6 %). Llama la atención la baja proporción de consultas por violencia intrafamiliar y por problemas de alcohol y drogas, condiciones que tienen una alta prevalencia en la Región. Los trastornos de salud mental en su totalidad representaron el 2,03 % del total de consultas de urgencia a este SAPU.

<b>TABLA 32. SAPU QUINTA NORMAL: PERSONAS CON DIAGNOSTICOS DE SALUD MENTAL MAYO A DICIEMBRE 2004</b>								
	< 20 años		20 - 64 años		> 65 años		TOTAL	%
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER		
TRASTORNO ANSIOSO	12	23	50	144	14	32	275	70,7
SINDROME DEPRESIVO	3	8	7	20	7	10	55	14,1
INTOXICACIÓN POR FARMACOS	1	6	2	9	0	0	18	4,6
INTENTO SUICIDIO	0	1	0	0	0	1	2	0,5
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	0	0	0	1	0	0	1	0,3
ESQUIZOFRENIA	2	0	1	1	0	0	4	1,0
CRISIS PÁNICO	1	0	5	6	0	0	12	3,1
CRISIS HISTERIA	1	0	1	5	0	1	8	2,1
INTOXICACIÓN ALCOHOL	0	1	8	5	0	0	14	3,6
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>39</b>	<b>74</b>	<b>191</b>	<b>21</b>	<b>44</b>	<b>389</b>	<b>100,0</b>
<b>Total consultas SAPU = 19.160</b>			<b>% DE SALUD MENTAL</b>				<b>2,03%</b>	

- Fuente: revisión de fichas retrospectiva

### B) SAPUs del SS M Oriente

Para la obtención de esta información, se solicitó a cada centro que informara el número de diagnósticos de salud mental realizados en el respectivo SAPU durante el primer semestre del 2004 (tabla 33). Los datos obtenidos se refieren al primer diagnóstico y por lo tanto existiría un subregistro de problemas de salud mental, dado que se consigna como primer diagnóstico el motivo que amerita la urgencia (ejemplo: intoxicación medicamentosa y no intento de suicidio). En el caso de los centros de urgencia de la comuna de Ñuñoa, ambos centros realizaron un muestreo de un mes y aplicaron el porcentaje al semestre.

<b>TABLA 33. SAPUS DE SS M ORIENTE: PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL, PERÍODO ENERO-JUNIO 2004*</b>				
ESTABLECIMIENTO	COMUNA	TOTAL ATENCIONES	TOTAL DIAGNÓSTICOS SALUD MENTAL	%
SAPU Anibal Ariztía	LAS CONDES	27.698	179	0,64%
SAPU Lo Barnechea	LO BARNECEHA	34.813	No consignado	s/i
SAPU San Luis	PENALOLEN	28.053	27	0,09%
SAPU La Faena	PEÑALOLEN	23.599	203	0,80%
SAPU Carol Urzúa	PEÑALOLEN	29.890	123	0,41%
SAPU Lo Hermida	PEÑALOLÉN	27.045	174	0,64%
Centro Urgencia Ñuñoa	ÑUÑO A	45.443	1942	3,5%
SAPU Rosita Renard	NUNOA	10.032	(dato comunal)	
SAPU Santa Julia	MACUL	0	Nuevo: sin atención en el período	
TOTAL ATENCIONES		227.563	2648	
TOTAL (no considera SAPU Lo Barnechea y Santa Julia)		191.760	% SALUD MENTAL	1,16%

- Información entregada por los SAPUS a la Dirección del SSM Oriente

Llama la atención en la tabla 33 el bajo porcentaje de diagnóstico de problemas de salud mental comparado con la información del SAPU Quinta Normal, particularmente en el SAPU San Luis de Peñalolén, probablemente debido a limitaciones del registro. La excepción es la información consignada en Ñuñoa, en el que se observa un mayor porcentaje de diagnósticos de salud mental en urgencias.

### 3.2. Servicios de Urgencia de Hospitales Generales Sin Psiquiatras

Al igual que en el caso de los SAPUs, no se dispone de información regular sobre la demanda de problemas de salud mental en los servicios de urgencia de hospitales generales que no disponen de psiquiatras. La única información encontrada fue el estudio de C. Klein y G. Fasce (en C. Cruz ed. "Los atributos del psiquiatra moderno") realizado en el 2001 en el Hospital de San Bernardo durante 4 meses distribuidos en las 4 estaciones (tabla 34), con resultados muy similares a los descritos para el SAPU Quinta Normal y el Centro de Urgencia de Ñuñoa. Es así como la representación de la salud mental fue del 2,7% del total de urgencias y los trastornos más frecuentes fueron los ansiosos (76,7 %), seguidos por los depresivos y los intentos de suicidio.

<b>Tabla 34. Distribución de diagnósticos del área psiquiátrica en consultantes a Servicio de Urgencia Hospital San Bernardo 2001</b>					
Trastornos	Verano	Otoño	Invierno	Primavera	Total
	%	%	%	%	%
<b>Ansiosos</b>	74,6	78,2	74,2	80,0	76,7
<b>Depresivos</b>	8,4	8,5	11	4,5	8,1
<b>Psicóticos</b>	2,7	0,4	1,1	1,4	1,4
<b>Intento Suicidio</b>	8	7,7	7,5	7,2	7,3
<b>Alcohol/Drogas</b>	3,3	2	2,5	1,7	2,4
<b>Demenciales</b>	1,3	0,4	0,3	0,3	0,6
<b>Adaptativos</b>	0,3	1	0,7	0,3	0,7
<b>Otros</b>	2,7	2,4	2,5	3,4	2,8
<b>Total N</b>	<b>299</b>	<b>248</b>	<b>280</b>	<b>291</b>	<b>1118</b>
<b>% DEL TOTAL URGENCIAS H SN BDO</b>					<b>2,7%</b>

### 3.3. Servicios de Urgencia de Hospitales Generales Con Psiquiatras

#### a) Extensión Horaria Hospital Félix Bulnes

Si bien no podría ser catalogado exactamente como un servicio de urgencia, la extensión horaria del Hospital F. Bulnes funciona parcialmente como tal.

Localizada en un hospital sin servicio de urgencia para adultos (dicho servicio se encuentra ubicado en el Hospital San Juan de Dios, que está muy distante del H. Félix Bulnes), funcionó hasta el 2003 con un psiquiatra y un enfermero de 15 a 23 horas, de lunes a viernes, atendiendo a todas las personas por consulta espontánea, de la red occidente.

A partir del 2004, este sistema se modificó (por razones administrativas), reduciendo la oferta de horas disponibles para la atención (16 a 21 horas), lo que obliga al Servicio de Psiquiatría a asignar una determinada cantidad de números diarios (14 cupos).

En extensión horaria, se atiende principalmente adultos de 20 a 64 años, con un leve predominio de consultantes mujeres (tabla 35). Proviene de diversos dispositivos de la Red de salud mental, quienes solicitan evaluación de especialidad, al mismo tiempo que se mantiene un importante número de consultas espontáneas (44% en el 2004). Esto refleja que es un espacio conocido y validado en el territorio, el que permite resolver necesidades de descompensaciones, apoyo farmacológico, continuidad de tratamiento, etc.

<b>TABLA 35. HOSPITAL CLÍNICO FELIX BULNES UNIDAD EXTENSION HORARIA 2003 - 2004 *</b>				
<b>SEXO</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
MASCULINO	1522	1640	39%	41.6%
FEMENINO	2385	2306	61%	58.4%
<b>TOTAL</b>	<b>3907</b>	<b>3946</b>	<b>100%</b>	<b>100.0%</b>
<b>EDAD</b>				
15-19	274	270	7%	6.8%
20-64	3479	3510	89%	89.0%
65 Y MAS	154	166	4%	4.2%
<b>TOTAL</b>	<b>3907</b>	<b>3946</b>	<b>100%</b>	<b>100.0%</b>
<b>% DEL TOTAL URGENCIAS HSJD</b>			<b>3.88</b>	<b>3.92</b>

\* Información entregada por los profesionales de la Extensión Horaria

Los habitantes de la comuna de Quinta Normal, donde se ubica el hospital, utilizan tres veces más frecuentemente este servicio (tabla 36), mientras que los de algunas comunas rurales, como Melipilla, Talagante, Alhué y San Pedro son los que menos lo demandan.

**TABLA 36. HOSPITAL CLÍNICO FELIX BULNES UNIDAD EXTENSION HORARIA 2003 - 2004 \***

COMUNA DE PROCEDENCIA	N° CONSULTAS		CONS X 1.000 > 15	
	2003	2004	2003	2004
RENCA	542	658	6.5	7.8
QTA. NORMAL	1102	1180	20.2	21.6
PUDAHUEL	501	416	5.5	4.6
C. NAVIA	447	370	5.0	4.1
LO PRADO	276	294	4.4	4.7
MELIPILLA	114	142	2.3	2.9
TALAGANTE	65	60	2.1	1.9
PEÑAFLOR	211	162	6.7	5.1
I. DE MAIPO	49	54	4.1	4.5
EL MONTE	39	74	3.1	5.9
ALHUE	1	2	0.4	0.9
MARIA PINTO	11	20	2.2	4.0
SAN PEDRO	6	2	1.6	0.5
P. HURTADO	161	116	7.9	5.7
CURACAVÍ	46	84	3.6	6.6
STGO. OCCIDENTE	163	204	5.1	6.4
<b>TOTAL SSM OCC</b>	<b>3734</b>	<b>3838</b>	<b>6.3</b>	<b>6.5</b>
OTRAS AREAS	173	108		
<b>TOTAL</b>	<b>3907</b>	<b>3946</b>		

\* Información entregada por los profesionales de la Extensión Horaria

Una alta proporción de los consultantes (alrededor del 45%) concurre espontáneamente a la Extensión Horaria (tabla 37) o es derivado desde un centro de atención primaria (22 a 25%). Esto muestra la ausencia de otros sistemas de resolución de crisis, ya sea a nivel de los SAPUs o de la atención secundaria (COSAM, CRS o Servicio Psiquiatría F. Bulnes).

**TABLA 37. HOSPITAL CLÍNICO FELIX BULNES UNIDAD EXTENSION HORARIA 2003 – 2004\***

REFERENCIA	2003	2004	2003	2004
CENTRO APS	863	996	22.1%	25.2%
COSAM	202	198	5.2%	5.0%
CRS	48	42	1.2%	1.1%
SERVICIO DE PSIQUIATRIA F. BULNES	178	210	4.6%	5.3%
INSTITUTO HORWITZ	114	88	2.9%	2.2%
OTRO HOSPITAL	502	458	12.8%	11.6%
OTROS SERVICIOS DEL F. BULNES	109	86	2.8%	2.2%
ESPONTÁNEO	1790	1738	45.8%	44.0%
OTRO	101	130	2.6%	3.3%
<b>TOTAL</b>	<b>3907</b>	<b>3946</b>	<b>100.0%</b>	<b>99.9%</b>

\* Información entregada por los profesionales de la Extensión Horaria

Casi la mitad de los consultantes a la Extensión Horaria son derivados posteriormente a un Centro APS (tabla 38). La mayoría de las personas que requieren atención de psiquiatría son derivadas a la Consulta Externa del F. Bulnes, con escasa utilización de la red de COSAM.

<b>TABLA 38. HOSPITAL CLÍNICO FELIX BULNES UNIDAD EXTENSION HORARIA 2003 – 2004*</b>				
<b>CONTRAREFERENCIA</b>				
	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
ALTA	25	66	1.5%	4.1%
APS	814	648	47.6%	40.5%
COSAM	267	268	15.6%	15.5%
CONS. ESP. PSIQ.	390	422	22.8%	26.3%
OTRO SERVICIO ESP.	165	196	9.7%	12.2%
SERV. URGENCIA	47	22	2.8%	1.4%
<b>TOTAL</b>	<b>1708</b>	<b>1622</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>304</b>	<b>250</b>	<b>7.8%</b>	<b>6.3%</b>

\* Información entregada por los profesionales de la Extensión Horaria

A diferencia de los SAPUs y Servicios de Urgencia sin psiquiatras, en la Extensión Horaria del F. Bulnes el diagnóstico más frecuente es Psicosis (Esquizofrenia y Trastornos de Ideas Delirantes), según se muestra en la tabla 39. Los trastornos por alcohol y drogas y los orgánicos también alcanzan una mayor frecuencia, disminuyendo concomitantemente los trastornos ansiosos (neuróticos).

<b>TABLA 39. HOSPITAL CLÍNICO FELIX BULNES UNIDAD EXTENSION HORARIA 2003 – 2004*</b>					
<b>PRIMER Y SEGUNDO DIAGNOSTICO</b>					
		<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
TRASTORNO ORGANICO	(F0)	270	316	6.6%	7.1%
TRASTORNO OH Y DROGAS	(F1)	611	590	14.9%	13.3%
TRASTORNO EQZ Y DELIR.	(F2)	979	1210	23.8%	27.2%
TRASTORNO HUMOR	(F3)	627	558	15.3%	12.5%
TRASTORNO NEUROTICO	(F4)	1304	1122	31.7%	25.2%
DISFUNCION.FISIOLOGICA	(F5)	31	6	0.8%	0.1%
TRASTORNO PERSONALIDAD	(F6)	247	294	6.0%	6.6%
RETARDO MENTAL	(F7)	40	48	1.0%	1.1%
VIF, MALTRATO, ABUSO SEXUAL		78	74	1.9%	1.7%
INTENTO SUICIDIO		295	232	7.2%	5.2%
<b>TOTAL</b>		<b>4109</b>	<b>4450</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

\* Información entregada por los profesionales de la Extensión Horaria

## **b) Servicio de Urgencia de Hospital Salvador**

La atención psiquiátrica en este servicio de urgencia es efectuada por becados de psiquiatría, asesorados telefónicamente por psiquiatras docentes, y por psicólogos, a través de un sistema de interconsultas (solicitadas por los médicos de urgencia). Al igual que lo

descrito para el Hospital F. Bulnes, la demanda mayor de consultantes proviene de la comuna donde se ubica el hospital, la cual en este caso es Providencia (tabla 40). La comuna con menor demanda es Macul.

En general, la utilización del servicio de urgencia por salud mental es menor en el Hospital Salvador que en el F. Bulnes (tasa de consultas por 1.000 de 4,0 y 6,4 respectivamente).

<b>TABLA 40. COMUNAS DE INTERCONSULTAS PSIQUIATRIA SERVICIO URGENCIA HOSPITAL SALVADOR 2004*</b>			
<b>Comuna</b>	<b>Interconsulta Psiquiatría</b>	<b>Pobl &gt; 15 años</b>	<b>Tasa Consulta x 1.000</b>
ÑUÑO A	236	61.365	3,9
LAS CONDES	194	45.321	4,3
VITACURA	49	13.310	3,7
LO BARNECHEA	73	20.774	3,5
PROVIDENCIA	232	27.559	8,4
MACUL	173	60.504	2,9
LA REINA	126	31.690	4,0
PEÑALOLÉN	432	115.020	3,8
<b>TOTAL SSMOR</b>	<b>1516</b>	<b>375.543</b>	<b>4,0</b>
OTROS SS	281		
TOTAL	1796		
<b>% DEL TOTAL URGENCIAS H. SALVADOR</b>			<b>1,80%</b>

\*Información entregada por Servicio de Psiquiatría Hosp.. Salvador  
(proyección anual de 10 meses)

De acuerdo a lo que se observa en la tabla 41, el tipo de problemas de salud mental que se atienden en la urgencia del Hospital Salvador se asemejan al F. Bulnes en la proporción de trastornos neuróticos (muy inferior a la de SAPUs y urgencias sin psiquiatra), pero se diferencian por el mayor porcentaje de trastornos de alcohol y drogas (32,9%) y el menor de trastornos psicóticos (8,1%).

<b>TABLA 41. DIAGNOSTICOS DE INTERCONSULTAS PSIQUIATRIA SERVICIO URGENCIA HOSPITAL SALVADOR 2004</b>		
<b>Diagnóstico</b>	<b>N° Consultas</b>	<b>%</b>
TRASTORNO ORGANICO (F0)	23	1,9
TRASTORNO OH Y DROGAS (F1)	393	32,9
TRASTORNO EQZ Y DELIR. (F2)	97	8,1
TRASTORNO HUMOR (F3)	239	20,0
TRASTORNO NEUROTICO (F4)	403	33,7
DISFUNCION FISIOLÓGICA (F5)	6	0,5
TRASTORNO PERSONALIDAD (F6)	27	2,3
RETARDO MENTAL (F7)	1	0,1
T. COMPORT. INICIO INFANCIA (F9)	3	0,3
TRAST. MENTAL SIN ESPECIFICACION	3	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>1195</b>	<b>100,0</b>

\*Información entregada por Servicio de Psiquiatría Hosp.. Salvador

### **c) Servicio de Urgencia del Hospital Barros Luco**

En este servicio de urgencia existe un equipo de 6 psiquiatras con contratos 28 horas desde hace 10 años, que a través de un sistema de turnos cubren 24 horas todos los días. El personal paramédico es compartido con otros cubículos de atención y depende de la enfermera encargada del sector.

La planta física en la cual se realiza la atención de urgencia psiquiátrica consta de una oficina de atención y un box con dos camillas anexo a dicha oficina, el cual eventualmente también es utilizado con pacientes de otras especialidades.

Se repite en este servicio la alta utilización por parte de residentes de comunas vecinas (San Miguel, San Joaquín y PAC), tal como se muestra en la tabla 42. A su vez, la menor demanda proviene de las comunas rurales Buin, Paine y Calera de Tango.

Se destaca la utilización del servicio de urgencia tres veces menor en El Bosque y San Bernardo en comparación con Lo Espejo (tabla 42); lo cual podría deberse a que las primeras comunas se ubican a una distancia mayor del B. Luco, tienen mejor acceso a consulta psiquiátrica y a que existen dos equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria que funcionan adecuadamente en red con dos centros de salud mental comunitarios y con varios centros de salud familiar.

Un porcentaje importante de las consultas de urgencia por salud mental al B. Luco provienen de residentes en el área de los SS Sur Oriente (17,7%) y Central (4,2%), los cuales no disponen de atención de urgencia de esta especialidad. La concentración de personas con urgencias de salud mental provenientes de otros SS podría además determinar el porcentaje más alto de consultas por salud mental en este servicio de urgencia (5,9%).

**TABLA 42. CONSULTAS PSIQUIATRICAS DE URGENCIA POR COMUNAS Y SS: HOSPITAL BARROS LUCO 2004**

Comunas	N°	%	Tasa x 1000
EL BOSQUE	574	6,7	5,64
SAN BERNARDO	718	8,4	5,41
LO ESPEJO	1.040	12,1	18,62
PAC	968	11,3	21,68
SAN JOAQUIN	1.204	14,0	22,37
BUIN	116	1,4	3,34
SAN MIGUEL	831	9,7	21,61
LA CISTERNA	742	8,6	17,56
LA GRANJA	144	1,7	5,81
PAINE	70	0,8	2,69
CALERA DE TANGO	48	0,6	5,21
<b>TOTAL SS M SUR</b>	<b>6.455</b>	<b>75,2</b>	<b>11,44</b>
<b>Servicios</b>			
SS NORTE	64	0,7	
SS CENTRAL	363	4,2	
SS OCCIDENTE	72	0,8	
SS ORIENTE	70	0,8	
SS SUR ORIENTE	1.520	17,7	
Fuera de RM	38	0,4	
	<b>8.582</b>	<b>100,0</b>	
<b>% DEL TOTAL URGENCIAS HBL</b>			<b>5.9 %</b>

\*Revisión información consignada en Hoja Dato de Urgencia durante el periodo

La distribución de consultas de urgencia en el B. Luco, según diagnóstico, se asemeja a la del Salvador, en tanto la mayor frecuencia se concentra en los trastornos por alcohol y drogas, neuróticos y del humor (tabla 43).

**TABLA 43. ATENCION PSIQUIATRICA EN SERVICIO URGENCIA HOSPITAL BARROS LUCO PRIMER SEMESTRE 2003**

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS CIE-10	N° Casos	%
F00-09 Trastornos mentales orgánicos	52	1,1
F10-19 Trastornos mentales debidos a sustancias psicotrópicas.	917	20,0
F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes	655	14,2
F30-39 Trastornos del humor	704	15,4
F40-49 Trastornos neuróticos	1628	35,5
F50-59 Trast. asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos.	29	0,6
F60-69 Trastornos de personalidad	133	2,9
F70-79 Retraso mental	56	1,2
F80-89 Trast. desarrollo y F90 -98 Trast. comportamiento y emociones de comienzo en infancia y adolescencia	14	0,3
00 No clasifica en categorías anteriores	289	6,3
Sin diagnóstico	109	2,4
<b>Total</b>	<b>4586</b>	<b>100</b>

\* Atención de Urgencias Psiquiátricas en el Hospital Barros Luco, 10 Años de Experiencia. J Monardes, A Ortiz, M Rojas. Trabajo presentado en el Congreso de la SONEPSYN 2003

### 3.4. Servicio de Urgencia del Instituto Horwitz

Este servicio fue el único existente con psiquiatras en la RM hasta hace 10 años y es el que tiene la mayor cantidad de recursos en la actualidad: 12 psiquiatras con cargos 28 horas (2 en turno 24 horas permanentemente) y 16 camas con su respectiva dotación de enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares. Atiende principalmente residentes en el área del SS M Norte (55,7%), pero también un número significativo de personas de los SS M Central (14,1%) y Occidente (15,2%), como puede observarse en la tabla 44.

La alta proporción de urgencias psiquiátricas (15,1 %) en relación al total de urgencias de los hospitales de adultos del SS M Norte (San José y Horwitz), que se aprecia en la tabla 44, es explicable por la alta utilización de este servicio por residentes de otros SS de la RM (42,6% de los consultantes) y por la alta tasa de consultas psiquiátricas de urgencia de las personas del SS M Norte (ver tabla 45).

<b>TABLA 44. CONSULTAS A SERVICIO URGENCIA INSTITUTO HORWITZ POR SERVICIO SALUD (NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2004)*</b>		
<b>SERVICIO</b>	<b>%</b>	<b>N° CONSULTAS</b>
NORTE	55.7	2,410
CENTRAL	14.1	589
OCCIDENTE	15.2	542
ORIENTE	6.2	210
SUR	3.0	113
SUR ORIENTE	4.1	145
FUERA RM	1.1	37
SIN DATO	0.6	50
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>4,096</b>
% DEL TOTAL URGENCIAS HOSP SN JOSE Y HORWITZ 15,1 %		

\* Información proporcionada por Instituto Horwitz

Al examinar la demanda de urgencia psiquiátrica por las distintas comunas del SS M Norte (tabla 45) se puede apreciar que la mayor utilización se encuentra en las comunas con mayor proximidad al Horwitz, es decir Independencia, Recoleta y Conchalí, las cuales representan el 75,7% de las personas consultantes. Mientras que Colina, Lampa, Quilicura y Tiltil tienen una baja demanda de urgencias psiquiátricas, siendo comunas que además de su lejanía del Horwitz cuentan con centros de salud mental comunitarios con mayor oferta de atención psiquiátrica.

<b>TABLA 45. CONSULTAS DE RESIDENTES DE COMUNAS DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE AL SERVICIO DE URGENCIA INSTITUTO HORWITZ (NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2004)*</b>			
<b>COMUNAS</b>	<b>%</b>	<b>N° CONSULTAS</b>	<b>TASA X 1000 ANUAL</b>
COLINA	4.4	87	11,72
CONCHALI	24.2	613	57,08
HUECHURABA	9.4	237	38,97
INDEPENDENCIA	15.8	341	68,10
LAMPA	1.9	40	11,04
QUILICURA	8.3	179	21,28
RECOLETA	35.7	908	80,31
TILTIL	0.3	5	3,62
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>2410</b>	<b>44,65</b>

\* Información proporcionada por Instituto Horwitz

La población del SS M Central utiliza preferentemente el Instituto Horwitz para resolver sus urgencias de salud mental, pero tal como se observa en la tabla 46 la demanda es diferente en las distintas comunas. Nuevamente se repite lo observado en otros servicios de urgencias, siendo la comuna más cercana (Santiago) la que tiene la mayor demanda.

<b>TABLA 46. CONSULTAS DE RESIDENTES DE COMUNAS DEL SERVICIO DE SALUD CENTRAL AL SERVICIO URGENCIA INSTITUTO HORWITZ (NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2004)</b>			
<b>COMUNAS</b>	<b>%</b>	<b>N° CONSULTAS</b>	<b>TASA X 1000 ANUAL</b>
EST. CENTRAL	22.8	133	11,48
SANTIAGO	37.9	243	20,65
MAIPÚ	33.2	190	5,99
PAC	0.3	1	0,81
CERRILLOS	5.8	22	3,62
<b>TOTAL</b>	<b>100.0</b>	<b>589</b>	<b>9,44</b>

\* Información proporcionada por Instituto Horwitz

<b>TABLA 47. DIAGNOSTICOS DE CONSULTAS AL SERVICIO URGENCIA INSTITUTO HORWITZ (2 MESES DEL 2003)</b>	
<b>DIAGNOSTICOS</b>	<b>%</b>
TRASTORNO ORGANICO (F0)	9,9
TRASTORNO OH Y DROGAS (F1)	23,6
TRASTORNO EQZ Y DELIR. (F2)	21,2
TRASTORNO HUMOR (F3)	19,0
TRASTORNO NEUROTICO (F4)	34,8
TRASTORNO PERSONALIDAD (F6)	14,3
OTROS TRAST. MENTAL	4,8
SUICIDIO	4,3
<b>TOTAL</b>	<b>131,9</b>

\* Información proporcionada por Instituto Horwitz

### 3.5. Visión General de los Servicios de Urgencia de Salud Mental de la Región Metropolitana

En la tabla 48 se resume la información sobre el peso de las consultas de salud mental en relación a las urgencias generales. Este fluctúa entre el 2 y el 2,7% en el SAPU Quinta Normal y Urgencia Hospital San Bernardo (sin psiquiatras) a un 15, 1% en hospitales del SSM Norte (Instituto Horwitz y Hospital San José). En general, la existencia de psiquiatra en un servicio de urgencia concentra una mayor demanda para la especialidad, la que se ve acrecentada por personas de otras áreas de salud. Se debe destacar que en los servicios de urgencia de los hospitales generales y en los SAPUs existe un subregistro de diagnósticos de salud mental, apareciendo solo los diagnósticos de cuadros somáticos (ej. Intoxicación medicamentosa, cirrosis, contusiones, etc.).

**TABLA 48. PORCENTAJE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN DISTINTAS URGENCIAS DE LA REGION METROPOLITANA\***

ESTABLECIM.	INDICADOR: Consultas de Urgencia en distintos establecimientos	AÑO	MESES	% SM
I. HORWITZ	Urgencia I. Horwitz/Urgencia Hosp San José+ Urgencia I. Horwitz X 100	2004	2	<b>15,1</b>
H. B LUCO	Urgencia Psiquiátrica Hosp. B Luco/ Urgencia General Hosp. B Luco X 100	2004	6	<b>5,9</b>
H. SALVADOR	Interconsultas psiquiátricas Urgencia Hosp. Salvador/ Urgencia General Hosp. Salvador X 100	2004	10	<b>1,8</b>
H. F BULNES	Extensión horaria psiquiátrica Hosp. F Bulnes/Urgencia General Hosp. Sn Juan de Dios + Extensión horaria psiquiátrica Hosp. F Bulnes X 100	2004	6	<b>3,9</b>
H. SN BDO.	Diagnósticos de salud mental en Urgencia General Hosp. Sn Bdo./Urgencia General Hosp. Sn Bdo X 100	2001	4	<b>2,7</b>
SAPU Q NORMAL	Diagnósticos de salud mental en SAPU Qta Normal/SAPU Qta Normal X 100	2004	8	<b>2,0</b>

\* información consolidada de tablas 32, 34, 35, 40, 42 y 44

Referente a los diagnósticos más frecuentemente encontrados en servicios de urgencias, las tasas más altas en aquellos sin psiquiatra son los trastornos neuróticos y los del humor (especialmente depresión), en cambio con la presencia de psiquiatra existe una mayor demanda para trastornos psicóticos, de alcohol y drogas y orgánicos (tabla 49). Además, pueden haber diferencias en el perfil diagnóstico dependiendo de las prácticas clínicas de los distintos equipos y si la urgencia psiquiátrica se ubica o no dentro de una urgencia general. En aquellos servicios de urgencia que han medido los intentos suicidas, estos fluctúan entre 4 a 7% de las urgencias de salud mental.

**TABLA 49. DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES EN URGENCIAS DE RM\***

DIAGNOSTICOS	Con psiquiatras				Sin psiquiatra
	HORWITZ	B LUCO	SALVADOR	F BULNES	SAN BDO
	2003	2003	2004	2004	2001
	%	%	%	%	%
TRASTORNO ORGANICO (F0)	9,9	1,1	1,9	7,1	0,6
TRASTORNO OH Y DROGAS (F1)	23,6	20,0	32,9	13,3	2,4
TRASTORNO EQZ Y DELIR. (F2)	21,2	14,2	8,1	27,2	1,4
TRASTORNO HUMOR (F3)	19,0	15,4	20,0	12,5	8,1
TRASTORNO NEUROTICO (F4)	34,8	35,5	33,7	25,2	77,4
TRASTORNO DIS.FIS.COM. (F5)	S/D	0,6	0,5	0,1	S/D
TRASTORNO PERSONALIDAD (F6)	14,3	2,9	2,3	6,6	S/D
RETARDO MENTAL (F7)	3,5	1,2	0,1	1,1	S/D
VIF, MALTRATO, ABUSO SEXUAL	S/D	S/D	S/D	1,7	S/D
INTENTO SUICIDIO	4,3	S/D	S/D	5,2	7,3

S/D = sin dato

\* información consolidada de tablas 34, 39, 41, 43 y 47

Las personas del área del SS M Norte, al disponer del Instituto Horwitz, utilizan servicios de urgencia psiquiátricos cuatro a cinco veces más frecuentemente que el resto de la población de la RM (tabla 50). Por contraste, los beneficiarios del SS M Sur Oriente, demandan estos servicios tres veces menos que el promedio de la RM.

**TABLA 50. TASAS ANUALES DE CONSULTAS PSIQUIATRICAS DE URGENCIA EN LA REGION METROPOLITANA 2004\***

SERVICIO	B Luco	Salvador	F Bulnes	Horwitz	TOTAL	Pobl > 15 años	Tasa x 1000
NORTE	64	27	-	14.460	14.551	323.828	44,93
CENTRAL	363	62	-	3.534	3.959	374.345	10,58
OCCIDENTE	72	64	3.838	3.252	7.226	594.307	12,16
ORIENTE	70	1.515	-	1.260	2.845	375.543	7,58
SUR	6.455	34	-	585	7.074	564.199	12,54
SUR ORIENTE	1.520	77	-	843	2.440	577.229	4,23
<b>TOTAL</b>	<b>8.544</b>	<b>1.779</b>	<b>3.838</b>	<b>23.934</b>	<b>38.095</b>	<b>2.809.451</b>	<b>13,56</b>

\*Los cálculos de tasa se realizaron considerando población beneficiaria. Por tratarse de consultas de urgencia estas podrían incluir población no beneficiaria. Además las tasas fueron calculadas con la proyección anual de algunos meses de registro (ver tabla 48)

Al analizar las tasas de utilización de urgencias psiquiátricas en conjunto con las tasas de utilización de otros servicios de salud mental se puede apreciar el funcionamiento global de las redes de los SS de la RM (tabla 51). El SS M Oriente, presenta bajas tasas de hospitalización y de consultas de urgencia y altas tasas de atenciones ambulatorias. El SS M Central es el que presenta la más baja oferta general de atenciones de salud mental, ya que las únicas tasas no tan bajas son las de hospitalización y urgencia, las cuales son provistas por otros SS y en especial el Instituto Horwitz. Por otra parte, el SS M Norte es el que presenta mayores tasas de hospitalización, urgencia y consultas de psiquiatría, constituyéndose en el Servicio con mayor oferta de prestaciones de salud mental especializada.

<b>TABLA 51. TASAS POR 1.000 BENEFICIARIOS &gt; 15 AÑOS 2004 RM CORTA ESTADIA, URGENCIAS Y ATENCIONES AMBULATORIAS</b>						
<b>SERVICIO</b>	<b>Hospital</b>	<b>Urgencia</b>	<b>Atenciones Ambulatorias</b>			
	<b>Hospitalización</b>	<b>Consultas Psiquiatría</b>	<b>Consultas Psiquiatría</b>	<b>Otras Atenciones Especialidad*</b>	<b>Atenciones Salud Mental APS</b>	<b>Total Urgencia y Ambulatorias</b>
NORTE	1,74	44,93	97,25	141,21	96,65	380,04
CENTRAL	0,53	10,58	26,80	13,71	80,28	131,37
OCCIDENTE	0,63	12,16	43,77	106,67	131,45	294,04
ORIENTE	0,69	7,58	59,65	177,45	181,59	426,26
SUR	0,52	12,54	31,48	87,50	145,96	277,49
SUR ORIENTE	0,60	4,23	40,36	54,43	133,23	232,24
<b>TOTAL</b>	<b>0,73</b>	<b>13,56</b>	<b>46,63</b>	<b>93,14</b>	<b>130,60</b>	<b>283,93</b>

- Considera prestaciones tales como: consulta de salud mental por otros profesionales, intervenciones psicosociales, psicoterapias, etc.

Finalmente, en las tablas 52 a 57 se muestran por SS la utilización de los cuatro servicios con atención de urgencia psiquiátricos de la RM. Debido a que en algunos servicios sólo se disponía información de unos meses del año 2004, se proyectaron todas las cifras a 12 meses con el fin de hacerlas comparables entre sí.

<b>TABLA 52. SS M NORTE: CONSULTAS PSIQUIATRICAS DE URGENCIA 2004</b>							
<b>Comuna</b>	<b>B Luco</b>	<b>Salvador</b>	<b>F Bulnes</b>	<b>Horwitz</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Pobl &gt; 15 años</b>	<b>Tasa x 1000</b>
COLINA	6	1		522	529	44.525	<b>11,88</b>
CONCHALI		5		3678	3683	64.431	<b>57,16</b>
HUECHURABA	6	1		1422	1429	36.486	<b>39,17</b>
INDEPENDENCIA		2		2046	2048	30.043	<b>68,17</b>
LAMPA	2	1		240	243	21.742	<b>11,18</b>
QUILICURA	10	4		1074	1088	50.472	<b>21,56</b>
RECOLETA	40	13		5448	5501	67.839	<b>81,09</b>
TILTIL				30	30	8.290	<b>3,62</b>
	<b>64</b>	<b>27</b>	<b>-</b>	<b>14.460</b>	<b>14.551</b>	<b>323.828</b>	<b>44,93</b>

<b>TABLA 53. SS M CENTRAL: CONSULTAS PSIQUIATRICAS DE URGENCIA 2004</b>							
<b>Comuna</b>	<b>B Luco</b>	<b>Salvador</b>	<b>F Bulnes</b>	<b>Horwitz</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Pobl &gt; 15 años</b>	<b>Tasa x 1000</b>
EST. CENTRAL	84	13		798	895	69.533	<b>12,87</b>
SANTIAGO	78	30		1458	1566	70.614	<b>22,18</b>
MAIPÚ	50	14		1140	1204	190.390	<b>6,32</b>
PAC	137	1		6	144	7.363	<b>19,56</b>
CERRILLOS	14	4		132	150	36.445	<b>4,12</b>
	<b>363</b>	<b>62</b>	<b>0</b>	<b>3534</b>	<b>3959</b>	<b>374.345</b>	<b>10,58</b>

La población de los SS M Norte (tabla 52) y Central (tabla 53) se atiende casi exclusivamente en la Urgencia del Horwitz, por lo tanto el perfil por comuna no difiere mayormente de lo presentado en las tablas 45 y 46. En cambio, los beneficiarios del SS M Occidente comparten la atención de urgencia entre el Horwitz y el F. Bulnes (tabla 54), con frecuencia de utilización variable según la comuna. La población de Renca, Santiago y Lo Prado demanda con mayor frecuencia al Horwitz, en cambio la de Quinta Normal, Pudahuel y comunas rurales lo hace al F. Bulnes. Esta diferente forma de utilización parece explicarse principalmente por la ubicación geográfica de las comunas y la disponibilidad de vías transporte.

Cabe señalar además, que el Hospital de Talagante cuenta con psiquiatra que realiza una vez por semana, atención no programada, para resolver la contingencia.

<b>TABLA 54. SS M OCCIDENTE: CONSULTAS PSIQUIATRICAS DE URGENCIA 2004</b>							
<b>Comuna</b>	<b>B Luco</b>	<b>Salvador</b>	<b>F Bulnes</b>	<b>Horwitz</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Pobl &gt; 15 años</b>	<b>Tasa x 1000</b>
QTA. NORMAL		11	1180	552	1743	54.546	<b>31,95</b>
RENCA	10	2	658	756	1426	83.867	<b>17,00</b>
SANTIAGO	34	11	204	648	897	32.067	<b>27,97</b>
CERRO NAVIA	12	8	370	378	768	89.201	<b>8,61</b>
LO PRADO	2	10	294	402	708	62.418	<b>11,34</b>
PUDAHUEL	10	20	416	330	776	90.640	<b>8,56</b>
MELIPILLA	4		142	24	170	49.708	<b>3,42</b>
PEÑAFLORES		1	162	30	193	31.459	<b>6,13</b>
ISLA DE MAIPO			54	18	72	11.958	<b>6,02</b>
TALAGANTE			60	12	72	31.443	<b>2,29</b>
P. HURTADO		1	116	66	183	20.509	<b>8,92</b>
SAN PEDRO			2		2	3.772	<b>0,53</b>
EL MONTE			74	18	92	12.637	<b>7,28</b>
MARÍA PINTO			20		20	5.045	<b>3,96</b>
ALHUE			2		2	2.318	<b>0,86</b>
CURACAVÍ			84	18	102	12.719	<b>8,02</b>
	<b>72</b>	<b>64</b>	<b>3838</b>	<b>3252</b>	<b>7226</b>	<b>594.307</b>	<b>12,16</b>

La población del SS M Oriente también se atiende en una alta proporción en la Urgencia del Horwitz, además del Hospital Salvador (tabla 55). En este caso también se observa una utilización diferente de acuerdo a la comuna de origen a estos servicios, con Ñuñoa y Macul atendándose más en el Horwitz y el resto de las comunas prefiriendo Salvador.

<b>TABLA 55. SS M ORIENTE: CONSULTAS PSIQUIATRICAS DE URGENCIA 2004</b>							
Comuna	B Luco	Salvador	F Bulnes	Horwitz	TOTAL	Pobl > 15 años	Tasa x 1000
ÑUÑO A	14	236		402	652	61.365	10,62
LAS CONDES	6	194		144	344	45.321	7,59
VITACURA		49		42	91	13.310	6,84
BARNECHEA	2	73		30	105	20.774	5,05
PROVIDENCIA	2	232		162	396	27.559	14,37
MACUL	26	173		186	385	60.504	6,36
LA REINA	6	126		84	216	31.690	6,82
PEÑALOLÉN	14	432		210	656	115.020	5,70
	<b>70</b>	<b>1515</b>	<b>0</b>	<b>1260</b>	<b>2845</b>	<b>375.543</b>	<b>7,58</b>

<b>TABLA 56. SS M SUR: CONSULTAS PSIQUIATRICAS DE URGENCIA 2004</b>							
Comuna	B Luco	Salvador	F Bulnes	Horwitz	TOTAL	Pobl > 15 años	Tasa x 1000
EL BOSQUE	574	5		168	747	101.688	7,35
SN BERNARDO	718	5		72	795	132.665	5,99
LO ESPEJO	1040	5		0	1045	55.867	18,71
PAC	968	6		36	1010	44.657	22,62
SAN JOAQUIN	1204	5		90	1299	53.821	24,14
BUIN	116				116	34.770	3,34
SAN MIGUEL	831	2		144	977	38.457	25,40
LA CISTERNA	742	6		42	790	42.248	18,70
LA GRANJA	144			27	171	24.796	6,90
PAINE	70			6	76	26.017	2,92
CAL. TANGO	48				48	9.213	5,21
	<b>6455</b>	<b>34</b>	<b>0</b>	<b>585</b>	<b>7074</b>	<b>564.199</b>	<b>12,54</b>

La tabla 56 no difiere mayormente de la 42, dado que las personas del SS M Sur resuelven sus urgencias de salud mental casi exclusivamente en el B. Luco, mientras que la tabla 57 muestra que la población del SS M Sur Oriente comparte su demanda entre B. Luco y Horwitz, en una relación aproximada de 2 a 1. La utilización del Horwitz es siempre menor que la del B. Luco, pero las comunas de La Florida y Puente Alto tienen una relativamente mayor demanda hacia el primero y, La Pintana, La Granja y San Ramón hacia B. Luco, observándose nuevamente una forma de utilización condicionada principalmente por motivos geográficos y de accesibilidad por vías de transporte.

<b>TABLA 57. SS M SUR ORIENTE: CONSULTAS PSIQUIATRICAS DE URGENCIA 2004</b>							
Comuna	B Luco	Salvador	F Bulnes	Horwitz	TOTAL	Pobl > 15 años	Tasa x 1000
PTE ALTO	318	22		240	580	199.339	2,91
SAN JOSÉ	4			6	10	4.211	2,37
LA PINTANA	302	11		156	469	99.795	4,70
LA GRANJA	310	2		57	369	53.335	6,92
SAN RAMON	202	6		54	262	54.701	4,79
PIRQUE	4	1			5	7.558	0,66
LA FLORIDA	380	35		330	745	158.290	4,71
	<b>1520</b>	<b>77</b>	<b>0</b>	<b>843</b>	<b>2440</b>	<b>577.229</b>	<b>4,23</b>

### **3.6. Conclusiones sobre los Servicios de Urgencia en Salud Mental de la RM**

1. La salud mental se encuentra aún excluida del sistema de urgencia que opera en la RM, observándose una serie de falencias en la atención de personas con enfermedades mentales:
  - Inexistencia de un sistema de registro que permita cuantificar y caracterizar adecuadamente la demanda de urgencias de salud mental. En las evaluaciones presentadas en este capítulo, las urgencias de salud mental muestran que su peso en relación a urgencias generales de salud fluctúa entre el 2 a 3% de las consultas en los SAPUs y Servicios de Urgencias de Hospitales sin atención de psiquiatras al 2 a 15% en los servicios de urgencia con atención de psiquiatras.
  - Problemas de salud mental altamente prevalentes en la población chilena, tales como los trastornos producidos por alcohol y drogas, violencia intrafamiliar y maltrato infantil aparecen con una baja representatividad en los servicios de urgencia generales presentados en este capítulo, probablemente reflejando una baja capacidad de detección además del problema de registro
  - Existen solamente 3 servicios de urgencia que cuentan con alguna atención de psiquiatra en la RM, los cuales cuentan con recursos muy diversos, desde el Salvador que sólo dispone de atención por becados de psiquiatría de llamada, hasta el Horwitz que tiene 12 psiquiatras con contratos de 28 horas, equipos de enfermeras y técnicos paramédicos, y 16 camas de hospitalización. Estos 3 servicios no han establecido un sistema de coordinación formal de la atención de las urgencias de la salud mental de la RM, ni entre ellos ni con el sistema de urgencia general de la RM.
  - No se ha cumplido en la RM la meta del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de que todos los servicios de urgencia (SAPUs y Hospitales Generales) alcancen una mayor capacidad en la detección, manejo farmacológico, intervención en crisis y derivación de problemas de salud mental, ni que las Urgencias de los Hospitales tipo 1 tengan al menos 8 horas/día de psiquiatra. Tampoco se ha instalado la actividad de Consultoría o Enlace de Salud Mental con los Profesionales de Urgencia General.
2. Similarmente a los servicios de urgencia generales, la utilización de los servicios de urgencia psiquiátrica no se encontraría determinada principalmente por las necesidades de sus usuarios, ni por niveles de complejidad, sino por la proximidad geográfica y la accesibilidad de transporte. De modo que la tasa de consultas por 1.000 habitantes fluctúa entre 0,5 y 4 en comunas rurales como Melipilla, Paine, Buin y Til Til y entre 60 y 80 en Conchalí, Independencia y Recoleta.
3. En aquellos centros de urgencia que cuentan con atención psiquiátrica se observa un grupo de consultantes de mayor severidad que los atendidos en SAPUs y hospitales generales sin psiquiatra.

4. Con adecuada capacitación, consultoría continua y coordinación con la red, tal como se señala en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se podría esperar una mayor resolución por parte de médicos de urgencia de problemas de alcohol y drogas, psicosis, intentos de suicidio, violencia intrafamiliar y maltrato infantil, además de mejorar el manejo de trastornos neuróticos y del humor, dejando para los psiquiatras las urgencias de mayor complejidad.
5. No existen en la RM servicios de urgencia de salud mental para niños y adolescentes.

#### **4. PLAN DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL: HOSPITALIZACION Y URGENCIA**

##### **4.1. Consejo Técnico de Salud Mental de la RM**

Se requiere del funcionamiento continuo de una instancia de coordinación y desarrollo de los servicios públicos de salud mental para la Región, que permita la optimización de los recursos existentes para responder a las necesidades de la población beneficiaria.

Las principales funciones de este Consejo serán:

- Adecuar las políticas y planes nacionales a la realidad de la RM
- Diseñar sistemas de referencia y contrarreferencia, de acuerdo al modelo definido, para la red de dispositivos de salud mental. Para ello se elaborarán flujogramas y protocolos de referencia.
- Contribuir a la implementación de una red de atención de urgencias de salud mental integrado con el sistema de urgencias generales de la RM.
- Elaborar planes de desarrollo de servicios de salud mental para la RM
- Evaluar y monitorear el funcionamiento coordinado de los servicios de salud mental de la RM, con especial énfasis en hospitalización y urgencias
- Constituir grupos de tareas para profundizar temas específicos

El Consejo Técnico de la RM estará conformado por las siguientes personas:

- Las(os) Encargadas(os) de Salud Mental de los 6 SS u otros profesionales que designen los(as) Directores(as) de los SS (que dirigirán el Consejo en forma rotatoria)
- Un representante de los servicios de hospitalización y urgencia psiquiátricas de cada SS
- Los 2 directores de hospitales psiquiátricos
- Un representante de Centro de Salud Mental Comunitario
- Un representante de Dirección de Salud Comunal
- Dos representantes de los Usuarios (elegido por sus organizaciones)
- Dos representantes de los Familiares (elegido por sus organizaciones)
- Un representante de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (Depto. Coordinación EMI Centro)
- Un representante de la Subsecretaría de Salud Pública (Depto. Salud Mental)

El Consejo podrá invitar a reuniones o a participar en comisiones a otros representantes de los dispositivos de salud o de otros sectores.

El Consejo se reunirá periódicamente y contará con un Comité Ejecutivo que preparará los documentos y evaluaciones que sean necesarios en el tiempo que medie de una reunión a otra.

Este Consejo de la RM iniciará sus actividades en el segundo semestre del 2005

#### **4.2. Consejos Técnicos de Salud Mental de los SS**

Se estima conveniente que en cada SS funcione un Consejo Técnico de SM, ya sea como un grupo de tarea del Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA) o con alguna otra forma de coordinación con el CIRA. Su objetivo será facilitar la programación en red y el funcionamiento coordinado de los distintos dispositivos del SS, de modo de responder a las necesidades de la población beneficiaria.

Las principales funciones de estos Consejos serán:

- Elaborar el plan de desarrollo de la red de salud mental del SS
- Programar las actividades anuales de la red de salud mental
- Diseñar sistemas de referencia y contrarreferencia entre niveles primario, secundario y terciario.
- Analizar la situación clínica de personas con multiuso de servicios
- Evaluar el plan, programa y funcionamiento coordinado de los dispositivos del SS

El Consejo Técnico del SS estará conformado por las siguientes personas:

- Encargado(a) de Salud Mental del SS u otro profesional que designe el Director del SS (quien dirigirá el Consejo)
- Dos representantes de los Usuarios (elegido por sus organizaciones)
- Dos representantes de los Familiares (elegido por sus organizaciones)
- Representantes de dispositivos o programas clínicos del SS
- Representante de APS comunales
- Representantes de los programas comunitarios (hogares protegidos, rehabilitación psicosocial, empresa social, clubes sociales, centros diurnos, etc.)
- El Consejo podrá invitar a reuniones o a participar en comisiones a otros representantes de los dispositivos de salud o de otros sectores.

El Consejo se reunirá con una periodicidad de al menos cada dos meses, pero los consejeros y sus equipos de trabajo prepararán los documentos y evaluaciones que sean necesarios en el tiempo que medie de una reunión a otra. Durante el segundo semestre del 2005 todos los SS de la RM tendrán sus Consejos Técnicos funcionando.

### **4.3. Centros de Salud Mental Comunitarios**

De acuerdo al modelo concordado en este documento se debe priorizar el desarrollo de estos centros en la RM, como nivel de especialidad territorial, para potenciar actividades integrales de tratamiento y rehabilitación y así mejorar la resolución de los problemas de salud mental a nivel comunal.

A partir del año 2006, la expansión presupuestaria para salud mental, incluido la expansión para las GES, se destinará en forma prioritaria a los centros de salud mental comunitarios, lo cual permitirá mejorar la dotación de sus equipos multidisciplinarios y la disponibilidad de fármacos. De igual manera, se reforzarán estos equipos con comisiones de servicio de profesionales y técnicos que actualmente trabajen en CAE, CRS, CDT u otro centro de atención psiquiátrica ambulatoria. Todas estas estrategias requieren de convenios entre los SS y las comunas respectivas, de modo de asegurar que los recursos entregados sean destinados a las actividades de salud mental programadas.

El estudio “Diagnóstico de la Red de Salud Mental Nacional” que iniciará MINSAL el 2005 permitirá precisar las prestaciones que entregan en la actualidad los centros de salud mental comunitarios, la demanda de la población por dichas prestaciones y las brechas existentes de recursos humanos y físicos. Dicha información permitirá formular planes de desarrollo por SS a partir del primer semestre 2006.

MINSAL elaborará una nueva normativa nacional sobre los centros de salud mental comunitarios a fines del 2005, la cual se enmarcará dentro del modelo de atención planteado en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Esta normativa requerirá del respectivo sustento jurídico-administrativo.

### **4.4. Hospitales de Día**

La evidencia presentada en la sección 2 de este documento muestra que los hospitales de día de la RM constituyen una alternativa adecuada a la hospitalización total de corta estadía para muchas personas y deberían ser considerados como prioritarios en el desarrollo de las redes de salud mental de los SS. Es así como el estudio de referencia y contrarreferencia del SS M Sur (tablas 25 y 26) indica que se pueden evitar hospitalizaciones (solo el 8,9% de los usuarios de hospital de día requieren corta estadía) y acortar hospitalizaciones (el 39,3 de los usuarios de hospital de día fueron derivados desde corta estadía).

La capacidad de los hospitales de día de la RM será reforzada a partir del 2006, en términos de recursos humanos y fármacos, con las expansiones para salud mental, incluido la expansión para las GES. Se implementará un hospital de día en el SS M Norte en el primer semestre del 2006 para responder a las necesidades de las comunas con mayor tasa de hospitalización de corta estadía. Los recursos para este hospital de día provendrán de la reconversión de recursos del Instituto Horwitz.

Al igual que para los centros de salud mental comunitarios, el estudio “Diagnóstico de la Red de Salud Mental Nacional” permitirá precisar las brechas de plazas de hospitalización diurna para la RM y así formular los planes de desarrollo respectivos por SS.

#### **4.5. Servicios de Psiquiatría de Corta Estadía**

La experiencia exitosa inicial del SS M Sur de reducir las camas de corta estadía en el Hospital El Peral e instalar este tipo de camas en el Hospital Barros Luco y de creación de camas en el Hospital Sótero del Río del SS M Sur Oriente será profundizada en estos SS a partir del 2006. El estudio MINSAL de “Normalización del Hospital Psiquiátrico El Peral” a iniciarse también durante el presente año contribuirá a definir las necesidades de recursos humanos e infraestructura para ampliar la corta estadía del Sótero y para habilitar cortas estadías en los Hospitales El Pino y Padre Hurtado.

En el segundo semestre del 2005 se diferenciará en el Horwitz un número de camas y un equipo profesional y técnico sectorizado con el SS M Central, de modo que se integre y coordine con su red de salud mental y participe en el Consejo Técnico. En el segundo semestre del 2006 se efectuará un estudio pre-inversional para la instalación de un servicio de corta estadía en el Hospital San Borja (SS M Central).

La alta demanda de hospitalización de corta estadía en el Horwitz para personas de los SS M Occidente y Oriente se ordenará en el presente año de acuerdo a las necesidades de estas personas. La referencia al Horwitz se definirá de acuerdo a protocolo a elaborar por el Consejo Técnico de Salud Mental de la RM.

El SS M Norte continuará el proceso de transformación de la atención psiquiátrica tradicional, lo que permitirá liberar y reconvertir recursos del Horwitz para implementar o reforzar dispositivos que respondan mejor a las necesidades de su población (centros de salud mental comunitarios y hospital de día) y a las de toda la RM (mediana estadía y psiquiatría forense). El funcionamiento continuo del Consejo Técnico de Salud Mental del SS puede ser un factor facilitador en este sentido.

Instalación de un psiquiatra residente en cada hospital general con servicio de psiquiatría de corta estadía. Primer semestre del 2007

En los proyectos de normalización de complejos hospitalarios, en el marco del sistema de concesiones del Convenio MINSAL-MOP, se asegurará la inclusión de servicios de corta estadía y hospitalización diurna.

El estudio “Diagnóstico de la Red de Salud Mental Nacional” permitirá disponer de información más detallada en el primer semestre del 2006 para formular un plan de implementación de servicios de corta estadía en hospitales generales en la RM, que defina el número de camas necesarias y los hospitales donde deberán implementarse. Este Plan deberá asegurar que cada Servicio de Salud de la RM sea autosuficiente para resolver sus necesidades de hospitalización de corta estadía.

#### **4.6. Servicios de Psiquiatría de Mediana Estadía**

Se implementará en el segundo semestre del 2005 un servicio de mediana estadía en el Instituto Horwitz, con el fin de responder a las necesidades de la población de los SS M Norte, Central, Occidente y Oriente. El ingreso de personas a este servicio será priorizado por una comisión con representantes de los 4 SS, de acuerdo a protocolo elaborado por el Consejo Técnico de Salud Mental de la RM.

El servicio de mediana estadía del Hospital El Peral continuará al servicio de la población de los SS M Sur, Sur Oriente y O'Higgins, e igualmente el ingreso de personas será priorizado por una comisión con representantes de los 3 SS, de acuerdo a protocolo elaborado por el Consejo Técnico de Salud Mental de la RM.

#### **4.7. Servicios de Psiquiatría Forense**

Durante el segundo semestre del 2005 el I. Horwitz presentará un proyecto para la creación de un segundo Servicio de Psiquiatría Forense, con el fin de responder a la necesidad de evaluación psiquiátrica de las personas imputadas con trastornos mentales severos sin privación de libertad, de acuerdo a la Reforma Procesal Penal. Este servicio deberá tener una capacidad aproximada de 20 camas.

Durante el primer semestre del 2006, se implementarán dos Unidades de Psiquiatría Forense Intrapenitenciaria en establecimientos penitenciarios de la RM, para el tratamiento de personas con enfermedades mentales severas imputadas o condenadas con privación de libertad, con una capacidad aproximada de 50 camas. Esto requerirá recursos frescos del presupuesto 2006.

Se requiere evaluar durante el 2006 el funcionamiento de los servicios de psiquiatría forense de la RM para definir con mayor precisión los recursos requeridos.

#### **4.8. Servicios de Larga Estadía**

Las camas de larga estadía deberán seguir disminuyendo hasta desaparecer en el más breve plazo. Para lograr esta meta los SS M Norte y Sur deberán elaborar una propuesta para implementar hogares protegidos, rehabilitación psicosocial comunitaria y otros tipos de residencias que respondan a las necesidades particulares de los últimos moradores de larga estadía. El Consejo Técnico de la RM, en base a estos proyectos, elaborará un plan regional para este objeto, en el que se involucrarán los 6 SS.

El desarrollo de centros de salud mental comunitarios puede contribuir a la continuidad y calidad de los cuidados de estas personas.

En el proceso descrito se debe resguardar del riesgo de trans-institucionalización, el cual en vez de mejorar la calidad de vida y el respeto de los DDHH de las personas de larga estadía los puede deteriorar. Esto exige también un plan de tratamiento psiquiátrico, rehabilitación

psicosocial e integración social para las mujeres que residen en la Clínica Gaete, la cual debe ser transformada en hogares y residencias protegidas.

#### **4.9. Red de Urgencia en Salud Mental para la RM**

Se requiere implementar una red de urgencia en salud mental integrando el sistema de urgencia general de la RM con el fin de ofrecer un acceso equitativo a las personas que necesitan este tipo de atención. Con este objeto, el funcionamiento adecuado del Consejo Técnico de Salud Mental de la RM y de los Consejos de los SS, desde el 2005, permitirá coordinar los servicios existentes, concordar una norma que defina las prioridades de atención y orientar la demanda de los consultantes a los distintos componentes de la red de urgencia de acuerdo a sus necesidades específicas.

Las siguientes acciones se implementarán en los SS de la RM:

a) **Manejo de urgencias en los centros de salud mental y psiquiatría ambulatorios/comunitarios:** Estos centros deben mejorar la prevención, detección y el tratamiento oportuno de las situaciones de urgencia en salud mental. El análisis de la información presentada en la sección 3 de este documento muestra que en los lugares donde estos centros funcionan adecuadamente se disminuye la utilización de los servicios de urgencia. Dos estrategias ayudan en este sentido:

- **Selector:** Un profesional capacitado está disponible todos los días para atender en forma breve a las personas referidas o que consultan por problemas de salud mental, de modo de orientarlas al dispositivo que responda mejor a sus necesidades y establezca la prioridad de atención. Se instalará en el primer semestre del 2006.
- **Intervención en Crisis:** Capacitar a profesionales del centro en este tipo de terapia breve, la que es iniciada dentro de pocos días de la solicitud, con un máximo de 6 sesiones, en las que se efectúa catarsis emocional, clarificación de situaciones conflictivas, apoyo en la resolución de ellas y movilización de recursos familiares y comunitarios. Se puede complementar con tratamiento farmacológico de urgencia. Se instalará en el segundo semestre del 2006.

b) **Resolución de urgencias de salud mental a nivel de los SAPUS:** Las urgencias de menor complejidad, las que representan la mayoría de las consultas a los servicios de urgencia psiquiátricos, pueden ser resueltas en estos dispositivos. Para ello se requiere un programa de capacitación inicial y un sistema de apoyo técnico de salud mental a los equipos de los SAPUs, efectuado por psiquiatras y psicólogos. Este sistema debe incluir reuniones periódicas (al menos una vez al mes) y apoyo telefónico disponible diariamente. Se iniciará capacitación y apoyo en el primer semestre 2006.

c) **Resolución de urgencias de salud mental a nivel de los Hospitales Generales:** Los equipos de los servicios de urgencia de hospitales de la RM requieren una capacitación mayor para poder resolver los casos de mediana complejidad. Para ello se establecerán sistemas de pasantías de profesionales y técnicos por las urgencias con psiquiatras, además

de apoyos similares a las de los SAPUS, tanto presenciales como telefónicas. Se iniciará capacitación y apoyo en el segundo semestre 2006.

**d) Sectorización de los servicios de urgencia con psiquiatras:** Se establecerán el presente año dos redes de urgencia de salud mental en la RM. Una con los SS M Sur y Sur Oriente, contando al menos con los 6 psiquiatras 28 hrs. del B. Luco. Se analizará el rol futuro que cumplirán los 6 psiquiatras 28 hrs. del Peral (que actualmente sólo ven urgencias internas del hospital). La otra red estará conformada por los otros 4 SS, disponiendo de los 12 psiquiatras 28 hrs. del Horwitz, los 6 psiquiatras extensión horaria del F. Bulnes y los becados de psiquiatría con su apoyo docente del Salvador. En cada una de estas redes se establecerá un plan gradual de ordenamiento de la demanda, de 2 años de duración, durante el cual los psiquiatras de urgencia, con el apoyo de otros profesionales y técnicos, implementarán las siguientes estrategias:

- Coordinación con las redes de salud mental de los SS de la red respectiva, a través de los Consejos Técnicos de la RM y de los SS, fomentando la prevención y resolución de urgencias en los centros primarios y secundarios y el funcionamiento de canales de derivación expeditos desde las urgencias a las redes de salud mental. Segundo semestre 2005.
- El psiquiatra residente de los hospitales generales con servicio de psiquiatría de corta estadía, además de resolver urgencias internas, apoyará la resolución de casos de mayor complejidad en el servicio de urgencia y en los SAPUs. Primer semestre 2007.
- Elaborar un sistema de referencia y contrarreferencia entre los dispositivos de urgencia de salud mental que descomprima en forma dinámica aquellos eventualmente colapsados.
- Capacitación y apoyo técnico con los SAMUs, SAPUs y Urgencias de Hospitales Generales. Primer semestre 2006.
- Identificación de consultantes frecuentes para buscar soluciones terapéuticas integrales con los distintos dispositivos de las redes de los SS. Segundo semestre 2005.
- Registro de la siguiente información de los consultantes a la urgencia psiquiátrica:
  - comuna de residencia
  - inscrito o no en un centro APS
  - nombre del centro APS en el que está inscrito
  - atención en centro de tratamiento de salud mental y psiquiatría ambulatorio/comunitario
  - primera consulta en el sistema o paciente con atención anterior en el sistema público o privado
  - consulta derivada o espontánea

- consultantes frecuentes en urgencia
- indicación farmacológica
- indicación de atención en un centro de salud ambulatorio/comunitario

#### **4.10. Atención Cerrada para Niños y Adolescentes**

El estudio “Diagnóstico de la Red de Salud Mental Nacional” permitirá disponer de información, en el primer semestre del 2006, para establecer brechas y dispositivos necesarios para la atención de la población infanto juvenil en la RM.

Se requiere evaluar, con experiencias pilotos, los componentes del modelo propuesto en este documento: hospitales de día para niños y adolescentes, Servicios de Psiquiatría de Adolescentes en Hospitales Pediátricos o Generales, y la hospitalización de niños y niñas menores de 10 años en servicios de pediatría general.

Sobre la base del diagnóstico y a las experiencias pilotos, en el primer semestre del 2006 se elaborará una propuesta de coordinación y reorganización de los recursos disponibles y una propuesta de expansión para el 2007. Se considerará también la organización de la red de la RM y la expansión de recursos en el ámbito de la APS y equipos ambulatorios/comunitarios como una forma de disminuir la demanda sobre los servicios de atención cerrada.

#### **4.11. Monitoreo y Evaluación**

El adecuado funcionamiento del presente plan de desarrollo requiere de un sistema de información, tanto con registro continuo como episódico, que permita monitorear y evaluar los indicadores que se han utilizado en el presente documento para los servicios de hospitalización y urgencia, más otros indicadores que se estimen conveniente.

Para cumplir esta meta se solicitará el apoyo de las instancias de información y estadísticas de MINSAL y de los SS de la RM. Segundo semestre 2005.

## 12. Cronograma Plan de Desarrollo Servicios de Salud Mental RM: Hospitalización y Urgencias

Áreas Desarrollo	Actividad	Periodo	Responsables	Requisito
Organización y liderazgo	<b>Consejo técnico SM RM</b>	2º semestre 2005	EMI Centro	
	<b>Consejo técnico SM de SS</b>	2º semestre 2005	6 SS RM	CIRA
	<b>Monitoreo y Evaluación</b>	2º semestre 2005	Depto SM	Apoyo Información MINSAL Y SS
Estructura: Dispositivos	<b>Centros SM Comunitarios</b>			
	Normativa Nacional	fines 2005	Depto SM	
	Reforzamiento	1º semestre 2006	6 SS RM	Expansión SM y GES
	Plan de desarrollo RM	2º semestre 2006	Depto Modelo	Estudio Diagnóstico Red SM
	<b>Hospital de Día</b>	2006	MINSAL	Expansión SM y GES
	Reforzamiento	1º semestre 2006	6 SS RM	Expansión SM y GES
	Hospital de Día:SSM Norte	1º semestre 2006	SS M Norte	Reconversión Instituto Horwitz
	Plan de desarrollo RM	2º semestre 2006	Depto Modelo	Estudio Diagnóstico Red SM
	<b>Servicio Psiquiatría Corta Estadía</b>			
	Sotero, El Pino y Padre Hurtado	2º semestre 2006	SS M Sur y SO	Normalización Hos. El Peral
	Camas y equipo Horwitz sectorizado c/Central	2º semestre 2005	SS M N y CI	
	Estudio pre-inversión CE San Borja	2º semestre 2006	SS M Central	Estudio Diagnóstico Red SM
	Ordenamiento demanda SSMOcc y SSMOr	2º semestre 2005	Consejo RM	Protocolo Consejo Técnico SM RM
	Plan de desarrollo RM	2º semestre 2006	Depto Modelo	Proy. normalización Hospitalaria
	Psiquiatra residente en hospitales generales	1º semestre 2007	6 SS RM	Disponibilidad de cargos psiquiatras
	<b>Servicio de Psiquiatría Mediana Estadía</b>			
	Implementación I. Horwitz	2º semestre 2005	SSM Norte	Protocolo Consejo Técnico SM RM
	2 Comisiones de priorización ingresos	1º semestre 2006	6 SS RM	Protocolo Consejo Técnico SM RM
	<b>Servicios de Psiquiatría Forense</b>			
	Proyecto 2º serv Horwitz	2º semestre 2005	SSM Norte	
	Implementación Unidad Ps. Forense Intrapen.	1º semestre 2006	Depto Modelo	recursos presupuesto 2006
	<b>Servicio de Larga Estadía:</b>			
	SSN y SSS propuesta hogares protegidos y otros	1º semestre 2006	SSM Norte y Sur	
plan transformación Clínica Gaete	2º semestre 2005	SS M Norte		
Red de Urgencia SM para la RM	<b>Red Urgencia SM</b>			Consejos Técnicos RM y SS
	Manejo COSAM y Psiq .Ambulatoria			
	Selector	1º semestre 2006	6 SS RM	
	Intervención en crisis	2º semestre 2006	6 SS RM	
	Resolución SAPUs Capacitación y consultoría	1º semestre 2006	6 SS RM	
	Resolución Hosp. Generales			
	Capacitación y consultoría	2º semestre 2006	6 SS RM	
	Sectorización SU con Psiquiatrías			
	Coordinación Red Norte y Red Sur	2º semestre 2005	6 SS RM	
	Capacitación y consultoría	1º semestre 2006	6 SS RM	
Identificación consultantes frecuentes	2º semestre 2005	6 SS RM		
Niños y Adolescentes	<b>Atención Cerrada Niños y Adolesc.</b>			
	establecer brechas y dispositivos	1º semestre 2006	Depto Modelo	Estudio Diagnóstico Red SM
	experiencias piloto	1º semestre 2006	6 SS RM	Expansión SM y GES
	Plan coordinación, reorganización y expansión	1º semestre 2006	6 SS RM	