

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

 PROGRAMA NUEVO - VERSIÓN: 4
 SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
 MINISTERIO DE SALUD

CALIFICACIÓN

Recomendado favorablemente

I. ANTECEDENTES

PROPÓSITO

Las personas disminuyen la presencia de trastornos mentales.

DIAGNÓSTICO

Alta presencia de trastornos mentales en las personas residentes en el territorio nacional.

Se entiende como alta presencia de trastornos mentales en las personas residentes en el territorio nacional, a la elevada prevalencia de enfermedades mentales en la población de Chile, es decir que un número significativo de personas presentan o han presentado un trastorno mental durante los últimos 6 meses. En ese sentido, la OMS ubica a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas en el mundo (2016, Vicente et al).

Es importante distinguir entre un trastorno mental y salud mental. El primero se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo (OPS, 2021) y por otro lado, se entiende la salud mental, como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. En la medida que las personas tengan altos niveles de salud mental, presentaran menos posibilidades de presentar trastornos mentales.

Respecto a los trastornos mentales, la depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol ocupan el primer y segundo lugar en las discapacidades atribuidas entre adultos. Casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico en su lapso de vida y un 22,2% ha tenido uno durante el año pasado. Lo anterior se puede analizar en base a dos estudios que dimensionan el problema en Chile: El año 2006, Vicente y cols, realizan el estudio de Epidemiología Psiquiátrica, mostrando que un 31,5% de la población estudiada de 15 años y más, había tenido un trastorno mental a lo largo de su vida, mientras que un 22,2% había tenido en los últimos 6 meses. Desglosando los trastornos mentales, se observa una prevalencia de los últimos 6 meses de un 7,9% para la depresión, un 1,4% para el trastorno bipolar, y de un 2,0% para trastornos por abuso de alcohol. (2006, Vicente et al.). Es importante mencionar que el estudio de prevalencia de Vicente et al, del año 2006, es el estudio global con el que cuenta Chile actualmente y es él utilizado por el Ministerio de Salud.

Más adelante, los años 2016 - 2017, de acuerdo a los resultados obtenidos en el Módulo de Salud Mental de la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2017), se observó que la prevalencia Depresión en personas adultas en los últimos 12 meses es de 6.2%. Durante los últimos 12 meses, un 2.2% de la población mayor de 18 años alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse, el 1.5% alguna vez ha hecho un plan para suicidarse y el 0.7% alguna vez ha intentado suicidarse. El 1% de la población presenta trastorno bipolar tipo I y un 0.7% trastorno bipolar tipo II. Con respecto al consumo del alcohol, la prevalencia de consumo de riesgo, en los últimos 12 meses, es igual a 11,7%, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas respecto a la medición 2009-10. Se observa que el consumo riesgoso de alcohol es mayor en hombres que mujeres, con un 20,5% de consumo riesgoso de alcohol, versus un 3,3% respectivamente. También se observa que es mayor en el grupo de 15-24 años y menor en el grupo de 65 años y más. Los resultados de la Encuesta reportan que la prevalencia vida de consumo perjudicial de alcohol es de 9.9%. Esto quiere decir que, aproximadamente, 1 de cada 10 personas alguna vez en la vida vieron afectada su salud física o salud mental debido al consumo de alcohol.

El reciente estudio del "Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC", publicado en el mes de mayo del año 2022, es un estudio longitudinal, con una muestra aleatoria de 3.600 individuos, representativa de la población nacional urbana en mayores de 18 años, seleccionada a partir de una muestra representativa de hogares; se llevó adelante a través de entrevistas telefónicas. Sus principales indicadores en el ámbito de la salud mental están contruidos a partir de metodologías internacionalmente validadas (síntomatología GHQ-12; depresión PHQ-9; exposición a riesgos CoPsoQ; engagement UWES-3; consumo de alcohol AUDIT-C; insomnio ISI; soledad escala UCLA-; y actividad física-escala UCL). Dentro de sus principales resultados se encuentran que un 21,1% de los encuestados exhibió probable presencia o sospecha de problemas de salud mental, el número más bajo desde que el estudio se creó, en julio de 2020; y además, 1 de cada 5 chilenos presenta sospecha o problemas de salud mental. En los momentos de amplio confinamiento a lo largo del país, esta proporción llegó a ser 1 de cada 3. Lo anterior representa una mejora en los niveles de bienestar mental con respecto a los momentos de mayores contagios. (ACHS-UC, 2022). Respecto al suicidio, el INFORME DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN CHILE: 2010-2019, reporte que se desarrolló en el marco del Programa Nacional de Prevención de Suicidio (MINSAL, 2013), dió cuenta del estado de situación de las muertes por suicidio en Chile. El período de análisis corresponde a los últimos 10 años con información validada sobre las defunciones en nuestro país, comprendido entre los años 2010 y 2019. Dentro de sus principales resultados se encuentra que el número de muertes por suicidio en Chile en la década tuvo una tendencia global a la baja. Al comparar el período del 2010-2014 con el 2015-2019, hubo una disminución del 7% en las tasas estandarizadas. En relación con el sexo, se observa que la mortalidad por suicidio fue mayor en hombres que en mujeres, en una relación cercana 4 es a 1. En el país, este fenómeno es similar a lo que ocurre en el contexto mundial, aunque de mayor magnitud. A nivel general, las tendencias de cambio para todo el período 2010-2019 fueron a la baja. Al considerar ambos sexos, los mayores descensos se encontraron en los grupos de 10 a 14 y 14 a 19 años, con un Promedio de Porcentaje de Cambio Anual (PPCA) de -6,9% y -6,1% respectivamente.

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES			
Componente	Gasto estimado 2023 (Miles de \$ 2022)	Producción estimada 2023 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2023 (Miles de \$ 2022)
Promoción de la Salud Mental	1.556.817	16.809 (Personas que reciben acciones promocionales de salud mental.)	92,62
Prevención de los factores de riesgo de la salud mental y de trastornos mentales	5.168.308	381.454 (Personas que cuentan con acciones preventivas de salud mental)	13,55
Atención integral a personas con trastornos mentales	6.682.427	98.692 (Personas bajo control por tratamiento de salud mental)	67,71
Gasto Administrativo	195.436		
Total	13.602.988		
Porcentaje gasto administrativo	1%		
Variación porcentual del gasto respecto a presupuesto inicial 2022	27%		

POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2023 (cuantificación)
Población Potencial	Personas que presentan trastornos mentales en el territorio nacional.	4.362.284 Personas
Población Objetivo	Personas en el territorio nacional, con sistema previsional FONASA, que presentan trastornos mentales.	3.349.100 Personas
Población Beneficiaria	Los criterios utilizados para priorizar a la población beneficiaria son los siguientes: personas con previsión FONASA, inscritos en el establecimiento de salud de APS que corresponde a su domicilio. Las personas acceden al programa por orden de llegada.	496.955 Personas

Gasto por beneficiario 2023 (Miles de \$2022)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2023 (Meta)	2024	2025	2026
27 por cada beneficiario (Personas)	496.955	677.455	831.023	985.042

Concepto	2023
Cobertura (Objetivo/Potencial)	77%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	15%

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Porcentaje de altas clínicas en el año t, de personas bajo control por tratamiento de salud mental	(número de personas egresadas por alta clínica en el año t/N° de personas bajo control en el programa de salud mental en el año t)*100	Eficacia	16%
Porcentaje de personas con evaluación de salud mental al egreso de su tratamiento con alta clínica, que obtienen resultado de riesgo bajo, en el año t	(N° de personas con evaluación al egreso de su tratamiento que obtienen resultado de riesgo bajo en el año t/N° total de personas egresadas por alta clínica, con instrumento aplicado en el año t)*100	Eficacia	80%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2023 (Estimado)
Porcentaje de personas que participan en talleres de promoción de la salud mental	(N° de personas que participan en sesiones de talleres grupales de promoción de la salud mental en el año t/población inscrita validada de los establecimientos en el año t) * 100	Eficacia	1%
Porcentaje de personas que obtienen riesgo en tamizaje de salud mental que fueron derivados a confirmación diagnóstica en año t	(N° de personas que obtienen riesgo en tamizaje de salud mental y fueron derivados a confirmación diagnóstica en el año t/N° de personas que obtienen riesgo en tamizaje de salud mental en el año t)* 100	Eficacia	60%
Promedio de controles de Salud Mental en el año t, de personas que reciben tratamiento de salud mental	N° de controles de Salud Mental totales realizados a personas en el año t/N° de personas bajo control en el programa de salud mental en el año t	Eficacia	6

II. EVALUACIÓN

EVALUACIÓN GENERAL

El programa cumple en términos de atingencia (pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad, en relación a la población que se ve afectada por dicho problema), coherencia (relación o vínculo entre sus objetivos, población a atender y su estrategia de intervención), y consistencia (relación entre el diseño planteado y su posterior ejecución, analizada a partir de la definición de indicadores, del sistema de información y los gastos planificados).

Atingencia: Se evidencia una adecuada pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación a la población que se ve afectada.

Coherencia: Se observa una adecuada relación entre los objetivos (fin, propósito y componentes), la población a atender y la estrategia de intervención propuesta.

Consistencia: Se observa relación entre el diseño y su posterior ejecución, analizada a partir de los indicadores y los gastos planificados. En el primer indicador de propósito se debe revisar la cuantificación del denominador de manera que sea coherente con las cifras estimadas de población beneficiaria para cada año. Del mismo modo, en el primer indicador complementario se debe revisar la cuantificación del numerador de manera que dé cuenta de la meta establecida en el componente. Por último, en el segundo indicador de propósito, se debe especificar en la metodología a qué población, además de la que obtenga resultado de "riesgo bajo", se considera en el total de personas por alta clínica (denominador).