



Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata

Alberto Minoletti,¹ Gonzalo Soto-Brandt,² Rafael Sepúlveda,¹ Olga Toro,¹
y Matías Irrázaval³

Forma de citar

Minoletti A, Soto-Brandt G, Sepúlveda R, Toro O, Irrázaval M. Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. Rev Panam de Salud Publica. 2018;42:e136. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>

RESUMEN

El presente artículo identifica estrategias que han contribuido al desarrollo de la capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile y analiza algunos aprendizajes de este proceso. Se destacan la formulación de planes nacionales de salud mental, el desarrollo gradual de un sistema de información, la inversión de fondos adicionales, la creación de programas y orientaciones; el desarrollo de recursos humanos, el posicionamiento de la salud mental en las redes integradas de servicios de salud, el apoyo al desarrollo biopsicosocial de la infancia, el modelo de atención familiar y comunitario, el reforzamiento de liderazgos y alianzas entre salud y servicios sociales.

Como indicadores de la capacidad de respuesta se muestran el aumento de recursos para salud mental en atención primaria, tanto financieros como en la cantidad y capacitación de profesionales, y el aumento de procesos de salud mental en atención primaria, destacándose la tasa de personas en tratamiento por trastornos mentales y las prestaciones de apoyo al desarrollo de la infancia.

Se analizan diversos factores que han contribuido a los avances de la atención primaria en salud mental, así como algunas debilidades de este proceso. Como conclusión, se muestra a otros países de la Región la factibilidad de avanzar hacia los postulados de Alma-Ata, implementando gradualmente cambios sustanciales en la capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental. Para este efecto, se recomienda aumentar la calidad y cantidad de la investigación en el tema, con metodologías que permitan comparaciones entre distintos países de la Región.

Palabras claves

Atención primaria de salud; salud mental; salud pública; políticas de salud.

¹ Unidad de Salud Mental, Instituto de Salud Poblacional (Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende), Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Enviar correspondencia a aminoletti@med.uchile.cl

² Departamento de Modelo Atención, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

³ Departamento de Psiquiatría Norte, Facultad de Medicina, Hospital Clínico, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia, representando el 32,4% de los años vividos con discapacidad (AVD) y el 13% de los años de vida saludables perdidos ajustados por

discapacidad (AVAD) en el mundo (1). Mejorar el acceso a tratamiento para estas condiciones constituye uno de los principales desafíos para las políticas de salud pública a nivel global (2). En la Región de las Américas y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfrenta este desafío con un plan de acción que releva el aumento de la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y destaca para este fin el objetivo de “integrar el componente de salud mental en la atención primaria” (3). Existe una evidencia creciente que la provisión de servicios de salud mental en la atención primaria de salud (APS) es efectiva en países de distintos niveles de ingresos, aunque las estrategias basadas en evidencias requieren adaptaciones a los diferentes escenarios sociales y culturales (4-6).

Por su parte, desde la Declaración de Alma-Ata, distintos modelos de desarrollo de la APS han mostrado impactos importantes en algunos indicadores de salud en numerosos países, aún en aquellos con bajos recursos (7). Este desarrollo ha generado progresivamente oportunidades favorables a la integración de salud mental en la APS. Chile es un ejemplo de esto, al transitar desde consultorios de APS centrados en el programa materno-infantil hacia un modelo integral con enfoque de salud familiar y comunitario, como un componente fundamental de las redes integradas de servicios de salud (8,9). Con una población aproximada de 17,5 millones de personas, el 73% de la población está inscrita en alguno de los 678 centros de APS, 20% de los cuales son rurales. Estos cuentan con una cantidad aproximada de 30 médicos por 100 000 de población inscrita y una cantidad similar de enfermeras. A esto se suman 1 167 puestos de salud rurales (establecimientos pequeños a cargo de técnicos de enfermería con visitas semanales de equipos profesionales). Los centros de APS representan el primer nivel de resolución y al mismo tiempo la puerta de entrada a todo el sistema de atención.

Consecuentemente con el desarrollo de este sistema de salud, Chile ha integrado en forma progresiva la atención de salud mental en toda la red de centros de APS. Diversos antecedentes indican que este país ha logrado en los últimos 20 años que la salud mental se transforme en un componente integral, de forma sustentable y que ello estaría

produciendo beneficios a su población (10,11). Considerando que esta experiencia puede ser interesante de estudiar, este informe especial tiene por objetivos identificar las estrategias de salud pública que han contribuido al desarrollo de la capacidad de respuesta de la APS en salud mental y analizar algunos aprendizajes de este proceso que puedan ayudar a enfrentar los desafíos futuros para Chile y otros países de la Región de las Américas.

Estrategias para aumentar la capacidad de respuesta

Antes de 1990, la salud mental en la APS se limitaba a programas de baja cobertura de alcoholismo y prescripción de tranquilizantes y antidepresivos. Desde entonces se han implementado estrategias incrementales para responder a las necesidades de salud mental de la población, con distintas intensidades y velocidades de desarrollo nacional y local, según las voluntades políticas de las sucesivas autoridades de salud.

Como participantes de este proceso, en distintas funciones del sistema público, consideramos que las estrategias de mayor contribución al aumento de la capacidad de respuesta de la APS en salud mental son:

1. Formulación de planes nacionales de salud mental (versiones 1993, 2000 y 2017) (12-14) que establecen el rol central de la APS en salud mental, sus funciones específicas en este ámbito, la inclusión como parte esencial de una red coordinada de dispositivos de salud mental y la estrecha articulación con los equipos de especialidad ambulatoria;
2. El desarrollo gradual de un sistema de información de salud mental que orienta la toma de decisiones a nivel nacional y local, incluyendo indicadores para la gestión de servicios y atención clínica, el acceso a la APS y la calidad de la atención. Este sistema, iniciado en los años noventa con dos prestaciones de salud mental, ha incorporado gradualmente todas las prestaciones y el número y diagnóstico de trastornos mentales CIE-10 de las personas atendidas;
3. Inversión de fondos adicionales para salud mental en la APS y su incorporación a los mecanismos regulares de financiación, cuyos primeros intentos de integración de salud mental en la APS sin fondos adicionales o con fondos temporales lograron escasos resultados. La asignación de fondos específicos para salud mental desde el año 2000 permitió el desarrollo de programas en casi todo el territorio nacional. Finalmente, la plena integración de salud mental en el financiamiento per cápita de la APS en el año 2015 logró la paridad con la salud física en mecanismos de financiación, y se espera que en los años siguientes permita gradualmente la paridad en cantidad;
4. Formulación de programas y orientaciones técnicas de salud mental para la APS, estos han evolucionado desde intervenciones aisladas hacia programas por problemas específicos (ej. depresión, violencia doméstica, etc.) y luego a un programa integral de salud mental abarcando la totalidad de los problemas tal como fue descrito en el año 2008. El último avance en el año 2015 fue la definición del programa de salud mental con el mismo estatus de los cinco programas principales de la APS (niño, adolescente, adulto, adulto mayor y mujer). Los programas se han complementado con orientaciones técnicas y guías clínicas que apoyan las actividades de salud mental de los equipos de APS (cuadro 1);
5. Desarrollo de recursos humanos de APS (médicos generales y de familia, enfermeras, técnicos de enfermería, matronas, trabajadores sociales, etc.) en salud mental, mediante cursos y talleres de capacitación impulsados por el Ministerio de Salud o entidades locales. Desde el 2016 se ha iniciado la capacitación sistemática de los trabajadores de APS en la Guía de Intervención mhGAP (Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Otra forma de capacitación es a través del análisis de casos que se realiza en las consultorías de salud mental. Además, los médicos de APS tienen incentivos para participar en cursos y pasantías que incluyen formación en salud mental. Complementariamente, la política de salud pública nacional definió la inclusión progresiva de psicólogos en todos los centros de APS, así como, en los últimos años, la participación

CUADRO 1. Documentos y recursos de apoyo para la integración de la atención de salud mental en APS en Chile

Estrategias	Documentos y recursos de apoyo
Planes nacionales de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud. Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. 1993. • Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. 2000. • Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025. 2017.
Sistema de información de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud. Registros de salud Mental; REM A04, A05, A06, A26, A27. http://www.deis.cl/resumenes-estadisticos-mensuales-deis/
Fondos adicionales para salud mental en APS	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud, Subsecretaría Redes Asistenciales. Orientaciones técnicas-administrativas de salud mental para la atención primaria 2015.
Programas y orientaciones técnicas de salud mental para APS	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud. Guía clínica tratamiento de personas con depresión. 2013 • Ministerio de Salud. Orientación Técnica para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el Consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes. 2015 • Ministerio de Salud y Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Orientaciones Técnico Administrativas para la Detección, Intervención Breve y Referencia Asistida para el consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en Atención Primaria. 2017 • Ministerio de Salud. Orientaciones para la programación y planificación en Red 2018. Publicación anual. • Ministerio de Salud de Chile, Subsecretaría Redes Asistenciales. Orientaciones técnicas-administrativas de salud mental para la atención primaria 2018.
Consultoría de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. 2016.
Sistema de apoyo al desarrollo biopsicosocial de la infancia	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud. Orientación Técnica. Visita domiciliaria integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia. 2009 • Ministerio de Salud. Orientación Técnica Gestión intersectorial y prestaciones Chile Crece Contigo. Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años, Santiago, 2017. • Ministerio de Salud, Ministerio Desarrollo Social. Catálogo prestaciones Chile Crece Contigo, componente de salud. 2018. • Ministerio de Salud. Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones. Dirigido a los equipos de Salud. 2015.
Modelo de atención familiar y comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud. Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones. Dirigido a los equipos de Salud. 2015.

Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud, julio 2018.

de estos profesionales en los equipos móviles que visitan las postas rurales. Las funciones de los psicólogos se relacionan con atención clínica y actividades con la comunidad. Esta medida ha sido favorecida por el número creciente de psicólogos que se han formado en el país en las últimas tres décadas, asociado a la alta capacidad formadora de las universidades y el interés de los estudiantes por esta profesión.

El modelo de atención de los planes nacionales de salud mental no contempla la incorporación de psiquiatras en los equipos de APS, sino en la participación de ellos como consultores, en conjunto con otros profesionales especialistas de los equipos de salud mental, con visitas regulares al centro de APS. La psiquiatría infanto-juvenil y de adultos han sido incluidas entre las especialidades médicas en falencia y el Ministerio de Salud ha contribuido financieramente para formar un número mayor y disminuir las inequidades en su distribución geográfica.

El Ministerio de Salud ha difundido los planes nacionales de salud mental y la necesidad de aumentar la formación de los profesionales de salud en salud mental en las principales universidades del país. El único cambio observado ha sido en la carrera

de medicina, donde el porcentaje promedio de horas del currículo dedicadas a salud mental aumentó de 2,2% a 3,9% entre los años 2004 y 2012 (15);

6. La salud mental como un aspecto de las redes integradas de servicios de salud, ha permitido que desde la implementación del primer plan nacional de salud mental se haya propiciado tanto la integración de los servicios de salud mental en las redes generales del sistema público como la coordinación de todos los componentes del subsistema de salud mental en cada área sanitaria del país. Una actividad crítica para la coordinación entre equipos de especialidad y de la APS ha sido la incorporación de la consultoría de salud mental desde el año 2000, en la cual psiquiatras y otros profesionales del equipo de especialidad ambulatoria visitan mensualmente los centros de APS, con el fin de analizar casos complejos y así reforzar las competencias del equipo de salud general. Esta actividad permite perfeccionar la articulación territorial entre los dos niveles, definir los criterios de referencias en ambos sentidos, generar confianzas y alianzas entre los integrantes de ambos equipos y aumentar la capacidad de respuesta a las necesidades de la población;

7. Implementación en la APS desde 2008 de un sistema de apoyo al desarrollo biopsicosocial de la infancia, “Chile Crece Contigo”, que incluye promoción y prevención en salud mental desde el embarazo hasta los nueve años. Este programa entrega atención de salud reforzada, promoción del apego y desarrollo psicomotor, detección de problemas sociales y de salud mental de la familia, intervenciones tempranas para los niños con rezago u otros problemas de salud, educación en habilidades parentales y visitas domiciliarias para las familias con mayor vulnerabilidad psicosocial;

8. Definición del modelo de atención en la APS como familiar y comunitario, potenciando el enfoque territorial, lo cual facilita la confluencia con el modelo de salud mental comunitaria. Esto se expresa en diagnósticos participativos, sensibilización y educación en salud mental, participación en programas de promoción, prevención y detección temprana en las escuelas, apoyo a grupos de ayuda mutua, visitas domiciliarias y, desde el 2016, la incorporación de agentes de las comunidades locales al equipo de APS, para el acompañamiento psicosocial de niños y jóvenes de alto riesgo;

9. Reforzamiento del liderazgo de profesionales de salud mental en la

implementación de los planes nacionales, gestión de servicios y abogacía para un mayor desarrollo de salud mental en el sistema público de salud; el liderazgo se operacionaliza con encargados de salud mental en la APS a cargo de los programas de salud mental en los distintos niveles del sistema: Ministerio de Salud, direcciones de los distritos de salud del país, direcciones de salud de las comunas y centros de APS. Estos liderazgos se empoderan asistiendo a cursos de formación de competencias específicas para su función y a encuentros nacionales y locales de análisis del desarrollo de salud mental en la APS;

10. Alianzas de colaboración entre la APS y los servicios sociales, para ello se han establecido diversas formas de trabajo coordinado y conjunto con instancias de desarrollo social, educación, protección de la infancia vulnerable, prevención y tratamiento de abuso de sustancias, justicia, discapacidad y trabajo. Estas alianzas funcionan a nivel nacional y de cada división administrativa del país, incluyendo los territorios de cada centro de APS.

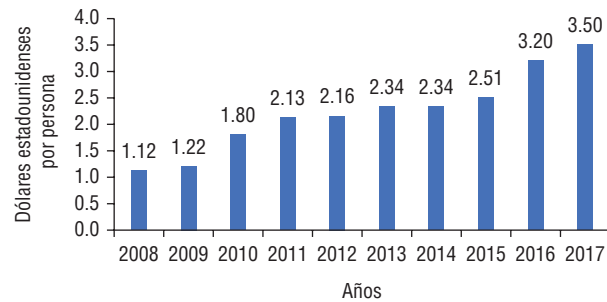
Indicadores de capacidad de respuesta

Como indicadores de la capacidad de respuesta de la APS podemos mencionar:

a) Aumento de recursos

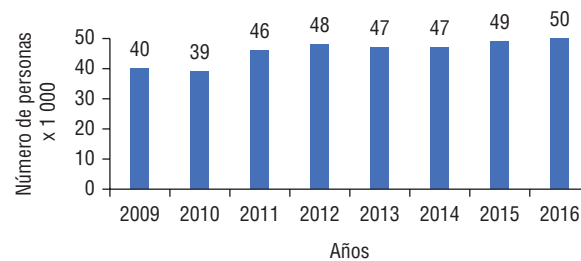
El fondo anual de salud mental en APS se ha triplicado entre 2008 y 2017 (figura 1). Esto ha permitido incrementar el número de profesionales de APS y la cantidad de horas destinadas a la salud mental. Al mismo tiempo, ha aumentado el número de psicólogos de 120 en 1999, distribuidos en 120 centros de APS, a 2 148, contratados en los 678 centros de APS existentes en el país. Esto ha implicado un incremento de las horas semanales promedio de psicólogo por centro, de 47,3 a 83,6 horas entre los años 2004 y 2012 (15). Si bien existen diferencias en el número de horas de psicólogo entre los distintos centros de APS, no siempre en relación con el tamaño de la población inscrita, al menos se cuenta con un psicólogo por centro de APS, debido tanto a una obligación

FIGURA 1. Fondo anual asignado a salud mental en APS por persona (2008–2017) en dólares estadounidenses



Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud

FIGURA 2. Tasa de personas en tratamiento en la APS por trastornos mentales x 1 000 beneficiarios del sistema público (2009–2016)



Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de Chile

legal como a un convencimiento generalizado de su rol imprescindible en el equipo de salud. Además, en los últimos años, se han incorporado agentes comunitarios para acompañamiento psicosocial de niños y jóvenes vulnerables (tasa de 24 x 100 000 de la población objetivo) y ha aumentado la diversidad y continuidad de medicamentos psicotrópicos.

Según el estudio con el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS), el 18,6% de los médicos de APS recibieron capacitación en salud mental (al menos 2 días/año) y el 57,4% de los centros de APS tenían uno o más médicos con esta capacitación (15). En el bienio 2016 y 2017 se capacitaron 5 776 trabajadores de APS en salud mental (8,7% del total de trabajadores de APS), a través de 3 modalidades: taller presencial mhGAP (3,1%), *e-learning* en temas de salud mental (4,2%) y taller sobre abuso de sustancias (1,4%).

Las consultorías de salud mental en los centros de APS alcanzaron el 85,4% de los centros en el 2016, con un promedio de 10,2 consultorías al año por centro.

b) Aumento de procesos

De acuerdo con datos del sistema de información del Ministerio de Salud⁴, la tasa de personas en tratamiento en APS por trastornos mentales aumentó de 40 a 50 x 1 000 inscritos en APS entre 2009 y 2016 (figura 2), esto representa el 81% del total de personas tratadas por trastornos mentales en el 2016 (19% se trató en especialidad ambulatoria).

El 70% de las personas en tratamiento en APS son mujeres y las edades se distribuyen en 9,5% de menores de 10 años, 15,0% entre 10 y 19, 59,6% entre 20 y 64 y 15,9% mayores de 64. Los diagnósticos más frecuentes son trastornos de ansiedad (34,0%), depresión (33,9%), trastornos por uso sustancias (6,8%), trastornos hipercinéticos (5,9%) y trastornos de personalidad (4,1%).

El promedio de consultas individuales por persona en tratamiento al año fluctúa entre 3,9 a 4,8 en el período 2009-2016. La mayoría de las consultas son realizadas por psicólogos, aumentando su

⁴ Ministerio de Salud. Registros Estadísticos Mensuales (REM), Departamento de información y estadísticas en salud. 2018. <http://www.deis.cl/>

CUADRO 2. Número de consultas de salud mental en la APS por profesión en los años 2007 y 2016 en Chile

Profesión	2007	2016
Médico General	752 793	779 503
Psicólogo/a	674 830	1 197 809
Asistente Social	331 974	207 042
Otros Profesionales y Técnicos	220 993	79 304
Total	1 980 590	2 263 658

Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud, julio 2018.

participación en ellas desde 34% en 2007 a 53% en 2016. El cuadro 2 muestra que el número de consultas de salud mental en APS ha aumentado entre los años 2007 y 2016 y que este cambio se debe al incremento de las consultas realizadas por psicólogos, con una baja en las consultas de otros miembros del equipo a excepción de los médicos. Además de las consultas individuales se realizan intervenciones grupales y visitas domiciliarias.

Estudios realizados en Chile muestran asociación entre consultorías de salud mental que cumplen criterios de calidad y menores tasas de hospitalización por causa psiquiátrica (16) y de consultas de urgencia psiquiátrica (17).

El Sistema Chile Crece Contigo, ha aumentado la cobertura y frecuencia de sus prestaciones: el contacto piel a piel entre madre y lactante en los partos creció de 32,0% a 76,2% entre 2009 y 2016; las visitas domiciliarias a niños en riesgo aumentaron de 16 064 a 123 659, con un promedio de 1,3 visitas por niño; el 82,5% de los lactantes con retraso en el desarrollo psicomotor asisten a sala de estimulación del desarrollo infantil en centro de APS; los talleres parentales para favorecer crianza aumentaron de 588 a 2 011, con un promedio de 5,7 sesiones al año y 6,1 participantes por sesión (18).

Aspectos críticos del desarrollo de la capacidad de respuesta

Los avances en la capacidad de respuesta en salud mental en la APS chilena se pueden explicar por la confluencia de un conjunto de factores que han operado con un peso relativo y variable en los distintos períodos del proceso. Ha sido fundamental el desarrollo de la APS desde mediados del siglo pasado, con establecimientos que cubren el territorio nacional, permitiendo reducir tasas de mortalidad infantil, desnutrición y enfermedades transmisibles, y desarrollar posteriormente programas de prevención y tratamiento

de enfermedades no transmisibles. Estos avances han sido favorecidos por modelos de gobernanza y de atención con un perfeccionamiento creciente.

Un segundo aspecto destacable, es la gradualidad de la integración de salud mental en la APS, la cual ha permitido la superación de resistencias iniciales a actividades de salud mental en APS de algunos equipos con orientación biomédica preponderante, así como la generación de procesos de aprendizaje sobre las formas más efectivas y factibles de realizar la integración de salud mental en el primer nivel.

Otro factor crítico ha sido el desarrollo progresivo de un modelo de gobernanza de eficacia creciente, incluyendo políticas y planes nacionales de salud mental que definen con claridad lo que se espera de la APS; un sistema de información en salud que incorpora el registro de actividades de salud mental en la APS, contribuyendo a la toma de decisiones a nivel local y nacional; y una asignación de recursos para salud mental en APS que progresa desde pequeños fondos de reforzamiento hasta su incorporación plena al principal mecanismo de financiación general de este nivel. Estas estrategias de gobernanza han sido reconocidas en otros países como necesarias para la integración exitosa de salud mental en la APS (4,19).

La articulación del nivel primario con equipos de salud mental de especialidad y la inclusión de ambos en las redes integradas de servicios de salud han sido también elementos fundamentales para que los equipos de la APS desarrollen las competencias necesarias para la atención en salud mental y la confianza de tener un respaldo oportuno en situaciones de mayor complejidad. Esta articulación se ha logrado principalmente a través de redes territoriales de centros de APS y de establecimientos de salud mental (de preferencia centros salud mental comunitaria), con sistemas de referencias y flujos entre ellos, la consultoría de salud

mental y la coordinación más amplia con diferentes redes intersectoriales. La literatura internacional ha destacado en los últimos años la importancia de la integración de la salud mental en redes integradas de servicios de salud para mejorar la capacidad de respuesta (4,19) y, de manera similar, la integración de las redes de salud con los servicios sociales (20, 21). Diferentes autores también han señalado el aporte a la integración de la salud mental en la APS de la consultoría de psiquiatras y otros profesionales de salud mental a los equipos de APS (4, 6, 19, 21).

Adicionalmente, la capacidad de respuesta de la APS en salud mental ha sido facilitada por el trabajo de investigación y docencia de universidades, formando alianzas con el Ministerio de Salud. Estudios de prevalencia, de funcionamiento de servicios y de efectividad de intervenciones (22-25) han generado información útil para la toma de decisiones. Investigaciones con actores locales han apoyado además el desarrollo de un marco de evaluación integral y un sistema de implementación de salud mental en APS que permita la flexibilidad y adaptación al contexto local (26). Diversos cursos de postgrado han reforzado las competencias de los profesionales de la APS en salud mental comunitaria. Además, la formación de trabajadores comunitarios ha generado experiencias promisorias de participación de la comunidad.

No obstante el avance en capacidad de respuesta de APS en salud mental, Chile está lejos de estándares de países desarrollados (4-6) y se ha visto limitado por algunas debilidades. Entre ellas se destacan la insuficiente asignación de recursos para salud mental (27) y la variabilidad de la capacidad de respuesta a lo largo del país, con diferencias importantes entre áreas de salud, comunas y centros de APS. Esto representa una inequidad geográfica, donde el lugar de residencia determina que algunas personas tengan menor acceso y/o calidad de atención (28).

Además, la ausencia de estrategias de mejora continua de calidad en salud mental en la APS determina que algunas personas reciban tratamientos de escasa intensidad o sin adecuado respaldo de evidencias. Esto se agrava con la insuficiente formación de pregrado en salud mental de los profesionales y técnicos de salud, con 3 a 4% del tiempo curricular

dedicado al tema (15). Al mismo tiempo, muchos profesionales de APS se ven expuestos a alta sobrecarga laboral, en un contexto laboral de alta vulnerabilidad desde la perspectiva de los determinantes sociales.

Concluyendo, este trabajo aporta conocimientos nuevos sobre las estrategias que pueden contribuir a desarrollar la capacidad de respuesta de la APS en salud mental. El aumento de esta capacidad en Chile ha sido un proceso progresivo que se explica multifactorialmente, en especial, mediante políticas públicas de fortalecimiento de salud mental en la APS, modelo comunitario territorializado, empoderamiento de liderazgos descentralizados en gestión de salud mental, ampliación de la cartera de servicios, desarrollo de instrumentos

de gestión, sistema de información y formación del recurso humano.

Al mismo tiempo, este proceso visualiza la necesidad de enfrentar los desafíos del sistema de salud chileno de crecer con coherencia, equidad y desarrollar procesos de mejora continua de la calidad. El proceso muestra la factibilidad para otros países de la Región de avanzar hacia los postulados de Alma-Ata, implementando gradualmente cambios sustanciales en la capacidad de respuesta de la APS en salud mental.

Aunque el campo de la capacidad de respuesta de la APS en salud mental ha avanzado enormemente desde la declaración de Alma-Ata, está aún lleno de preguntas potenciales para investigadores. Aumentar la calidad y cantidad de la

investigación, con metodologías que permitan comparaciones de distintos países de la Región, propiciaría aprendizajes colectivos que contribuyan a enfrentar los desafíos existentes.

Conflicto de intereses. Gonzalo Soto presenta filiación institucional con el Ministerio de Salud de Chile.

Matías Irrarrázaval tiene filiación institucional con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. El resto de los autores no presentan conflicto de interés.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(2):171-8. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2.
- De Silva MJ, Lee L, Fuhr DC, Rathod S, Chisholm D, Schellenberg D, Patel V. Estimating the coverage of mental health programmes: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 2014; 43:341-53.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020. 53.º Consejo directivo de la OPS, 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington: OPS; 2014 (CD53/8). Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD53-FR-s.pdf>. Acceso el 30 de julio de 2018.
- Bywood P, Brown L, Raven M. Improving the integration of mental health services in primary health care at the macro level. Adelaide, Australia: Primary Health Care Research and Information Service. 2015 Apr. Disponible en: https://www.colleague.org/sites/default/files/attachments/phcris_pub_8443.pdf. Acceso el 19 de agosto de 2018.
- Weinmann S, Koesters M. Mental health service provision in low and middle-income countries: recent developments. *Current Opinion Psychiatry*. 2016; 29:271-5. doi: 10.1097/YCO.0000000000000256.
- Kroenke K, Unutzer J. Closing the False Divide: Sustainable Approaches to Integrating Mental Health Services into Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2017 Apr;32(4):404-410. doi: 10.1007/s11606-016-3967-9.
- Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta Z, Lawn JE. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*. 2008;372:950-61.
- Ministerio de Salud de Chile. Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Salud. Santiago, Chile. 2009.
- Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Santiago, Chile. 2012.
- Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2012;20:440-47.
- Minoletti A, Sepúlveda R, Horvitz-Lennon M. Twenty Years of Mental Health Policies in Chile. *International Journal of Mental Health*. 2012;41(1):21-37.
- Ministerio de Salud de Chile. Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Santiago, Chile. 1993.
- Ministerio de Salud de Chile. *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago, Chile. 2000.
- Ministerio de Salud de Chile. *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Santiago, Chile. 2017.
- Minoletti A, Alvarado R, Rayo X, Minoletti M. *Sistema de Salud Mental de Chile: Segundo Informe (WHO-AIMS)*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud de Chile. 2014.
- Sepúlveda R, Zitko P, Ramírez J, Markkula N, Alvarado R. Primary care consultation liaison and the rate of psychiatric hospitalizations: a countrywide study in Chile. *Rev Panam Salud Publica*. Forthcoming 2018. .
- Zitko P, Ramirez J, Markkula N, Norambuena P, Ortiz AM, Sepulveda R. Implementing a Community Model of Mental Health Care in Chile: Impact on Psychiatric Emergency Visits. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2017;68(8):832-8.
- Chile Crece Contigo. *Catálogo de prestaciones. Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial y Programa de apoyo al recién nacido*. Santiago, Chile; 2018.
- World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. Geneva. World Health Organization, 2014.
- Valentijn PP, Ruwaard D, Vrijhoef HJ, de Bont A, Arends RY, Bruijnzeels MA. Collaboration processes and perceived effectiveness of integrated care projects in primary care: a longitudinal mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2015 Oct 9;15:463.
- Hodgkinson S, Godoy L, Beers LS, Lewin A. Improving Mental Health Access for Low-Income Children and Families in the Primary Care Setting. *Pediatrics*. 2017; 139(1). e20151175.
- Araya R, Rojas G, Fritsch R, Gaete J, Rojas M, Simon G. Treating depression in primary care in low income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003; 361:995-1000.
- Alvarado R, Rojas G, Minoletti A, Alvarado F, Domínguez C. Depression Program in Primary Health Care. *International Journal of Mental Health*. 2012; 41(1):38-47.
- Navarrete G, Saldivia S, Vicente B, Bustos C. Evaluación del resultado de las acciones de detección, diagnóstico y tratamiento del Episodio Depresivo realizada en pacientes consultantes en el primer nivel de atención de la Provincia de Concepción, Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2017; 55(3):160-169.
- Rojas G, Guajardo V, Martínez P, Castro A, Fritsch R, Moessner M, Bauer M. A remote collaborative care program for patients with depression living in rural areas:

- Open-label trial. *J Med Internet Res*. 2018;20(4):e158. doi: 10.2196/jmir.8803.
26. Sapag JC, Rush B, Ferris LE. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expect*. 2016 Feb;19(1):152-69.
27. Errázuriz P, Valdés C, Vöhringer PA, Calvo E. Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Rev. Méd. Chile*. 2015;143 (9):1179-86.
28. Ramírez J, Ortiz A, Zitzko P, Norambuena P, Sepúlveda R, Libuy J, et al. Informe Final proyecto FONIS SM1410011: Asociación entre el desarrollo del modelo comunitario de atención en salud mental de la red asistencial y mejoría en la calidad de vida de personas que ingresan al programa integral de salud mental en atención primaria. Santiago, Chile: Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud - CONICYT – Ministerio de Salud; 2017.

Manuscrito recibido el 26 de diciembre de 2017. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 9 de agosto de 2018.

ABSTRACT

Mental health response capacity in primary care in Chile: a contribution to Alma-Ata

This article identifies strategies that have contributed to the development of mental health response capacity in primary care in Chile and analyzes some lessons learned from this process. It highlights the formulation of national mental health plans, the gradual development of an information system, the investment of additional resources, the creation of programs and guidelines, human resources development, the positioning of mental health in integrated health service delivery networks, support for biopsychosocial child development, the family and community care model, and the strengthening of leadership and partnerships between health and human services.

Its indicators of response capacity are the increase in resources for mental health in primary care, both financial and staffing (that is, the number of professionals and the training provided to them), and the expansion of mental health treatment in primary care settings, notably the rate of people in treatment for mental illness and the support provided for child development.

The article analyzes different factors that have contributed to advances in primary care delivery of mental health services, together with some weaknesses in this process. It concludes by demonstrating the feasibility of progress toward the goals of Alma-Ata to other countries in the Region, gradually implementing substantial changes in mental health response capacity in primary care. To this end, it recommends an improvement in the quality and quantity of research in this area through methodologies that permit comparisons between countries in the Region.

Keywords

Primary health care; mental health; public health; health policy.

RESUMO**Capacidade de resposta da atenção primária em saúde mental no Chile: uma contribuição de Alma-Ata**

O presente artigo identifica as estratégias que contribuíram para o desenvolvimento da capacidade de resposta da atenção primária em saúde mental no Chile e analisa alguns ensinamentos tirados neste processo. Nele se destacam a elaboração de planos nacionais de saúde mental, o desenvolvimento gradual do sistema de informação, o investimento de mais verbas, a criação de programas e diretrizes, o aperfeiçoamento dos recursos humanos, o posicionamento da saúde mental nas redes integradas de serviços de saúde, a ênfase ao desenvolvimento biopsicossocial infantil, o modelo de atenção familiar e comunitária e o fortalecimento de lideranças e parcerias entre saúde e serviços sociais.

Entre os indicadores da capacidade de resposta apresentados estão o aumento de subsídios à saúde mental na atenção primária, com mais recursos financeiros e um maior número de profissionais capacitados, e o investimento nos processos de saúde mental na atenção primária, com o aumento da taxa de pessoas em tratamento por transtornos mentais e serviços de puericultura.

No artigo são examinados os fatores contribuintes para o avanço da atenção primária em saúde mental, bem como as deficiências deste processo. Em conclusão, demonstra-se aos outros países da Região a viabilidade do progresso rumo aos princípios de Alma-Ata, com a implementação gradual de reformas importantes na capacidade de resposta da atenção primária em saúde mental. Recomenda-se realizar mais estudos e pesquisas de qualidade nesta área com o uso de metodologias que possibilitem uma análise comparativa entre os países da Região.

Palavras-chave

Atenção primária à saúde; saúde mental; saúde pública; política de saúde.