

Gasto público en prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el modelo de salud mental comunitaria en Chile

Public expenditures with hospital and out-of-hospital services in Chilean community model of mental health

Juan Carlos Cea-Madrid

 <https://orcid.org/0000-0001-7790-8138>

E-mail: jcarlos.ceamadrid@gmail.com

Centro de Estudios Locos. Santiago, Chile.

Resumen

El presente trabajo analiza el gasto público en salud mental en el marco de la implementación del modelo comunitario en Chile. Para ello, examina el mecanismo de financiamiento y la asignación de recursos financieros en salud mental considerando los recursos ejecutados en prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el sistema público de salud en el período 2014-2018. En general, se observa un aumento del número de prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias, así como en el gasto derivado de las mismas. Los mayores incrementos de inversión monetaria refieren a la aplicación de electroshock, programas de rehabilitación tipo 2, día cama integral psiquiátrico diurno y día cama hospitalización integral corta estadía. Se concluye que la vigencia del modelo asilar, el predominio biomédico y la excesiva medicalización de la salud mental sustentan una inequidad en la valoración de las prestaciones, así como una desigual distribución de los recursos públicos, siendo necesario reorientar el gasto estatal hacia servicios comunitarios que garanticen derechos de ciudadanía y la promoción del bienestar.

Palabras clave: Salud Mental; Sistema de Salud; Gasto Público; Modelo Comunitario; Chile.

Correspondencia

Libertad 1270, depto. 168. Santiago, Chile.

Abstract

The following study analyzes public spending on Mental Health within the framework of the implementation of the community model in Chile. It examines the financing mechanism and the allocation of financial resources in Mental Health, considering the resources executed in hospital and out-of-hospital services in the public health system during the period 2014-2018. In general, an increase in the number of hospital and out-of-hospital services is observed, as well as in the expense derived from them. The largest increases in monetary investment refer to the application of electroshock, rehabilitation programs type 2, full bed-day psychiatric/diurnal treatments and full bed-day hospitalization/short-stay. It is concluded that the validity of the asylum model, the biomedical predominance and the excessive medicalization in Mental Health support an inequity in the valuation of services as well as an unequal distribution of public resources. This situation requires a reorientation of state spending towards community services that guarantee citizenship rights and the promotion of well-being.

Keywords: Mental Health; Health System; Public Expenditure; Community Model; Chile.

Introducción

En América Latina se ha impulsado el desarrollo de políticas integrales de salud mental y el fortalecimiento de un modelo de servicios de base comunitaria. La declaración de Caracas de 1990 marcó un hito histórico en la región al enfatizar que la atención centrada en el hospital psiquiátrico debía ser sustituida por un modelo de salud mental comunitaria, descentralizado, participativo e integral (OPS, 2009). De acuerdo con estas orientaciones, en Chile las políticas públicas de salud mental se han caracterizado por la creación de servicios territoriales, logrando disminuir el rol asistencial de los hospitales psiquiátricos y aumentar el número de personas en los dispositivos comunitarios y de atención primaria (Minoletti; Zaccaria, 2005; Minoletti et al., 2018). La integración de la psiquiatría en el sistema sanitario como especialidad y la extensión de una red de atención ambulatoria con equipos interdisciplinarios han diversificado la oferta de prestaciones y aumentado el financiamiento público en salud mental, favoreciendo el acceso de atención de la población (Minoletti; Sepúlveda, 2017).

En la actualidad, a pesar de los avances en la disponibilidad de servicios de salud mental bajo un modelo comunitario, los hospitales psiquiátricos permanecen vigentes, persisten importantes brechas en la calidad de atención y respeto de derechos de los usuarios (Cea-Madrid, 2019; Minoletti et al., 2015) y se observan crecientes indicadores de descontento social y malestar subjetivo en el conjunto de la ciudadanía (Aceituno Morales; Miranda Hiriart; Jiménez Molina, 2012; Quijada et al., 2018). Junto con ello, organizaciones en primera persona han impulsado acciones colectivas de defensa de derechos, enriqueciendo el debate público en el campo de la salud mental (Cea-Madrid, 2018b).

En este contexto, actores institucionales han sostenido que el porcentaje del gasto público en salud destinado a la salud mental no ha aumentado según los objetivos propuestos y los recursos serían insuficientes a la luz de las demandas de atención (Errázuriz et al., 2015; Minoletti et al., 2018). Sin embargo, limitados estudios han abordado los mecanismos de distribución del gasto público

en salud mental, contemplando las diversas modalidades de atención, la asignación de recursos financieros y su uso efectivo en el sistema de salud. Al respecto, la presente publicación examina las tendencias de inversión pública en salud mental en la implementación del modelo comunitario, analizando el número de ejecución y los montos de financiamiento para prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el sistema público de salud chileno en el período 2014-2018. Esta perspectiva pretende contribuir al debate actual sobre el estado de implementación del enfoque comunitario, permitiendo visualizar los avances y logros del sistema de atención de salud mental desde la perspectiva de la distribución de ingresos, así como analizar críticamente las falencias e inequidades en la asignación de recursos en el modelo de salud mental comunitaria en Chile.

Sistema de salud mental y modelo comunitario en Chile

El sistema de salud mental refiere al conjunto de servicios públicos que proveen atención de salud mental a la población. En Chile, este sistema se ha caracterizado en los últimos años por un incremento del número de establecimientos que entregan atención de salud mental, una ampliación de la cobertura de atención de salud mental en atención primaria y la duplicación de hospitales generales que cuentan con unidades de internación psiquiátrica (Minoletti et al., 2018). En esta perspectiva, el sistema de salud mental chileno ha desarrollado una red de atención bajo las orientaciones del modelo comunitario, que integra la atención ambulatoria, la atención hospitalaria aguda en hospitales generales y la atención residencial basada en la comunidad (Barbui; Papola; Saraceno, 2018). Este enfoque ha implicado una mayor tasa de atención de personas en forma ambulatoria que cerrada y un porcentaje mayor de prestaciones ambulatorias que residenciales (MINSAL, 2014).

Uno de los principales factores que ha favorecido la implementación del modelo comunitario ha sido la disposición de un presupuesto creciente para salud mental, asignado en su mayor parte a los nuevos servicios comunitarios y con definición de

costos para las distintas prestaciones (Minoletti et al., 2018). Junto con ello, el enfoque comunitario en Chile se ha imbricado con el nuevo modelo de gestión pública que establece la importancia de cumplir con objetivos cuantificables que permitan evaluar la eficacia de los servicios. Al respecto, se ha enfatizado el potencial del modelo comunitario para reducir las brechas de tratamiento, aumentar la cobertura y mejorar las inequidades en el acceso a la atención, entre otros beneficios (Minoletti et al., 2018). Sin embargo, la conformación de un sistema de salud que se orienta al cumplimiento de metas y resultados privilegia la oferta de prestaciones por sobre las demandas de la población y refuerza la estandarización de los procesos de atención, configurando mecanismos de financiamiento y asignación de recursos que entran en contradicción con los principios del modelo comunitario en términos de equidad, participación, calidad de la atención y respeto de derechos.

En primer lugar, se observa un predominio del modelo biomédico y de la cobertura farmacéutica en los procesos de atención de salud mental. Al respecto, el diagnóstico psiquiátrico se posiciona como eje y punto de partida para toda política e intervención en este ámbito (Encina, 2014). Por otra parte, los beneficiarios del sistema público de salud tienen acceso gratuito a psicofármacos esenciales y en los centros de atención ambulatoria la adecuada disponibilidad de estos medicamentos aumentó de 78% el 2004 a 97% el 2012 (MINSAL, 2014). De esta manera, los programas de rehabilitación y apoyo comunitario en salud mental presentan un fuerte componente biomédico en sus procesos de atención y se desarrollan bajo el paradigma farmacológico (Castillo-Parada, 2018; Cea-Madrid, 2018a). A su vez, se han descrito limitaciones respecto a la frecuencia y diversidad de prestaciones en los distintos componentes de la red de salud mental, destacando la implementación de un mayor porcentaje de intervenciones psicosociales y comunitarias en los centros de salud mental comunitaria que en las unidades de psiquiatría ambulatoria, afectando la equidad e integralidad en la atención de base territorial (MINSAL, 2014).

En segundo lugar, la reforma institucional de los hospitales psiquiátricos ha sido insuficiente para

garantizar su cierre y sustitución. El modelo asilar permanece vigente con 4 hospitales psiquiátricos a nivel nacional: El Peral, del Salvador, Dr. Philippe Pinel y Dr. José Horwitz Barak, instituciones que actualmente integran el sistema público de salud y sostienen una presencia hegemónica en la zona central del país. Si bien en los hospitales psiquiátricos han disminuido el número de camas, especialmente a costa de la disminución de camas de larga estadía, presentan indicadores de vulneración a los derechos humanos en base a procedimientos de internación involuntaria, medidas de contención mecánica, reclusión en salas de aislamiento, sobremedicación, maltrato, castigos, abuso físico y sexual, a su vez, se ha descrito la falta de información respecto al número de personas internadas y los motivos por los cuales permanecen en situación de abandono y exclusión, así como la ausencia de mecanismos de salvaguarda de derechos en dichos recintos (INDH, 2017).

En tercer lugar, con relación al respeto de derechos de los usuarios en servicios de psiquiatría ambulatoria, se ha descrito que el derecho a la vida independiente y a ser incluido en la comunidad presenta un bajo nivel de cumplimiento a nivel nacional (Minoletti et al., 2015). Junto con ello, se ha observado que los dispositivos de apoyo residencial (hogares y residencias protegidas) poseen normas restrictivas que limitan la capacidad de los residentes para tomar decisiones en aspectos básicos de su vida (Grandón Fernández et al., 2015). Al respecto, se ha planteado que los hogares y residencias protegidas si bien han tenido un rol central en la implementación del modelo comunitario, reproducen prácticas asilares al ser lugares altamente normados y de continua supervisión del personal, con actividades consideradas como rutinarias y escasa vinculación con la red local, manteniendo a los residentes alejados de la comunidad lo que sostiene lógicas de transinstitucionalización (Bouey-Vargas; Cuarán-Collazos, 2019; Chuaqui, 2015).

En cuarto lugar, las acciones de promoción y prevención impulsadas por organizaciones de usuarios(as) y grupos de apoyo mutuo no reciben financiamiento desde el ámbito sanitario, por lo tanto, no cuentan con sustento económico para su desarrollo. Sobre este punto, una evaluación

determinó que solamente el 18% de los servicios de salud a nivel nacional realizaba actividades regulares con agrupaciones de usuarios, familiares y otras organizaciones comunitarias lo que señala una insuficiente priorización de este tipo de acciones (Minoletti et al., 2018). Por otra parte, la generación de oportunidades de educación, empleo y bienestar social se ha derivado al intersector (servicios externos del ámbito de salud) con escasa colaboración y trabajo en red, de esta manera, tampoco hay recursos económicos para estas iniciativas desde el ámbito sanitario. En este sentido, las acciones orientadas al acceso al trabajo, educación y participación social impulsadas por la comunidad se han mantenido ajenas al sistema de salud mental y sus mecanismos de financiamiento.

En definitiva, la hegemonía del modelo biomédico, la extensión del paradigma farmacológico y la reproducción de lógicas manicomiales en las modalidades de atención ambulatoria y residencial, han sido los principales cuestionamientos al desarrollo del modelo comunitario en Chile. Junto con ello, el sistema de salud mental ha presentado restricciones para garantizar acciones orientadas al ejercicio de derechos y la promoción de ciudadanía, acordes con el enfoque comunitario. Por lo tanto, es relevante analizar críticamente el financiamiento de prestaciones en el sistema público de salud con relación a la implementación del modelo de salud mental comunitaria, destacando las barreras y limitaciones en este ámbito.

Metodología

En Chile, el sistema de salud es mixto, compuesto de fondos y prestadores públicos y privados (Vergara-Iturriaga; Martínez-Gutiérrez, 2006). El sector público está organizado en 29 servicios de salud, que abarca todas las regiones del país y proporciona atención al 78% de la población. Su organismo de financiamiento es el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que funciona como un proveedor de seguro público de salud y obtiene sus recursos de las cotizaciones de salud obligatorias de los trabajadores que lo eligen como seguro de salud más subsidios estatales (Minoletti; Zaccaria, 2005; Vergara-Iturriaga; Martínez-Gutiérrez, 2006).

Como entidad financiera encargada de recaudar, administrar y distribuir los dineros públicos destinados a salud en Chile, el FONASA financia las prestaciones de salud de sus beneficiarios, posee un registro del número de prestaciones realizadas y los recursos implementados asociados a ellas de forma anual, configurando un registro estadístico que permite obtener un dato objetivo de las acciones ejecutadas en el sistema público de salud. Si bien el FONASA recurre a un conjunto de mecanismos de pago (presupuesto por partidas de acuerdo con categorías específicas, pago per cápita en la atención primaria municipal, etc.), la inversión monetaria a través del pago por prestaciones valoradas (PPV) representa la mayor cantidad de recursos en salud mental (alrededor del 60%), por lo tanto, el pago por acción prestada representa un indicador relevante para analizar tendencias de gasto público en esta área. De esta manera, para aproximarse a este ámbito de estudio, en junio del 2019 a través del portal de acceso a la información pública se solicitó al Fondo Nacional de Salud (FONASA) el número y pago efectivo de ocho prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en salud mental ejecutadas en el sistema de salud público chileno en el período 2014-2018.

Este período de indagación comprende el último año de publicación del segundo informe “Sistema de salud mental de Chile” (MINSAL, 2014) y el segundo año de vigencia del más reciente “Plan Nacional de Salud mental” (MINSAL, 2017), entregando antecedentes actualizados respecto al desarrollo y funcionamiento de los servicios de salud mental desde la perspectiva de asignación de recursos financieros. Respecto a la terminología planteada - prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en salud mental - constituyen categorías analíticas utilizadas en estudios referidos a tendencias de gasto público en este ámbito (Gonçalves; Vieira; Delgado, 2012; Nunes et al., 2019).

Para la presente investigación, las prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias seleccionadas representan las acciones más significativas con respaldo financiero del nivel secundario y terciario de atención de salud mental en Chile. Cabe señalar que, si bien todas las prestaciones analizadas se encuentran dentro del sistema público, ciertas acciones extrahospitalarias han sido ejecutadas

por fundaciones, corporaciones y organizaciones de familiares que administran centros de rehabilitación psicosocial y/o dispositivos residenciales, a través de convenio con los servicios de salud y con fondos del seguro público (FONASA).

Comprendemos como prestaciones hospitalarias las acciones que se desarrollan en modalidades de atención cerrada en hospitales psiquiátricos o servicios de psiquiatría en hospitales generales. En este marco, se consideran las siguientes prestaciones:

Día cama de hospitalización integral psiquiatría corta estadía: acción definida como

la atención de personas que como consecuencia de una enfermedad psiquiátrica presentan síntomas o alteraciones conductuales que perturban severamente su bienestar y la convivencia familiar o social, que requieren de tratamientos especializados que sólo pueden efectuarse en un régimen de hospitalización completa, o que representan un peligro para sí mismos o para terceros. Se considera para esta prestación un tiempo máximo de hospitalización de 60 días. (FONASA, 2009, p. 14-15)

Esta prestación se realiza en hospitales generales y hospitales psiquiátricos.

Día cama hospitalización psiquiatría mediana estadía: prestación

destinada a pacientes con patología psiquiátrica y/o discapacidad psicosocial severas o resistentes a los procedimientos habituales. Estos pacientes deberán ser tratados inicialmente en un servicio de corta estadía, hasta un tiempo máximo de 60 días, y luego podrán permanecer en el de mediana estadía, hasta completar un período máximo de hospitalización de 12 meses. (FONASA, 2009, p. 15)

Esta prestación se realiza en hospitales psiquiátricos, con 198 camas a nivel nacional (MINSAL, 2017).

Día cama de hospitalización integral psiquiatría crónicos: corresponde a la

atención de pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos, con discapacidad psíquica que fueron

admitidos a este tipo de servicios con anterioridad a la entrada en vigencia de la resolución exenta que aprobó el arancel para el año 2000 y que no están en condiciones clínicas de ser atendidos en menor grado de institucionalización. (FONASA, 2009, p. 15)

Esta prestación se realiza en hospitales psiquiátricos, con 372 camas a nivel nacional (incluye 146 camas en Clínica Raquel Gaete, en convenio con el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (MINSAL, 2017).

Electroshock: también denominada Terapia Electroconvulsiva es un procedimiento psiquiátrico que consiste en la aplicación de electrodos en la cabeza con el propósito de traspasar electricidad al cerebro para causar una convulsión, es utilizado “para casos en extremo severo o como esquema de rescate en situaciones donde han fracasado las demás intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas” (MINSAL, 2000, p. 7-8).

Por otra parte, comprendemos por prestaciones extrahospitalarias las acciones que se realizan en modalidades de atención ambulatoria orientadas a la rehabilitación e inclusión social asociados a hospitales de día, centros diurnos, centros de salud mental comunitarios y de carácter residencial en hogares protegidos. Al respecto, se consideran las siguientes prestaciones:

Día cama hogar protegido: esta prestación puede ser cobrada

cuando el beneficiario permanezca en una instancia comunitaria de alojamiento y vivienda habilitada para albergar a un número no mayor de 15 pacientes y que cuenten con la debida acreditación del Ministerio de Salud. Esta prestación, está destinada a aquellos pacientes que se encuentran compensados de su patología psiquiátrica, que no pueden vivir en forma independiente, y que carecen de familia propia donde hacerlo, o ella se encuentra incapacitada para recibirlo. Su valor, incluye cuidado básico de personal técnico con supervisión profesional y costos de alojamiento y alimentación. (FONASA, 2009, p. 15)

Día cama integral psiquiátrico diurno: Esta prestación

corresponde a cada día de hospitalización en hospital general o psiquiátrico, provisto de servicios clínicos adecuados para el tratamiento de éstos pacientes. Su valor incluye todos los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación psiquiátrica que se le efectúen al paciente durante su permanencia en el establecimiento. Procederá su cobro cuando el beneficiario permanezca como mínimo 6 horas en el establecimiento y sin pernoctar en él. En caso de permanecer por un tiempo inferior a lo establecido, no procederá el cobro de esta prestación. (FONASA, 2009, p. 16)

Programa de rehabilitación tipo 1: Esta prestación consiste en

la provisión regular y continua de un conjunto de actividades de rehabilitación psicosocial por ocho a catorce horas semanales, en un mínimo de tres días a la semana, por un período máximo de dos años, para un grupo de entre seis y diez personas con enfermedad mental y discapacidad psicosocial, incluyendo medicamentos y exámenes. Las actividades del programa de rehabilitación incluyen, seguimiento personalizado, sesiones individuales, familiares y grupales orientadas a recuperar y reforzar capacidades y habilidades para una vida autónoma, en la comunidad y de reinserción sociolaboral. (FONASA, 2009, p. 22)

Programa de rehabilitación tipo 2: Esta prestación consiste en

la provisión regular y continua de un conjunto de actividades de rehabilitación por dieciocho a treinta horas semanales, en un mínimo de cuatro días, por un período máximo de dos años, de un programa de actividades de rehabilitación para un grupo de entre cinco a siete personas con enfermedad mental y mayor nivel de discapacidad psicosocial, que viven

con sus familiares o son residentes en hogares protegidos. Incluye medicamentos y exámenes. Las actividades del programa de rehabilitación, incluyen seguimiento personalizado, sesiones individuales, familiares y grupales orientadas a recuperar y reforzar capacidades y habilidades para una vida autónoma, actividades centradas en la vida diaria al interior del hogar, en la comunidad y de reinserción sociolaboral. (FONASA, 2009, p. 22)

De acuerdo con estas definiciones y los datos obtenidos, a continuación, se presentan los montos de prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias financiadas por el FONASA y ejecutadas en el sistema público de salud en el período 2014-2018.

Prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en salud mental en Chile (2014-2018)

En base a la información obtenida sobre prestaciones hospitalarias financiadas por el FONASA entre los años 2014 y 2018, en la Tabla 1 se describe el número de acciones realizadas y los valores monetarios asociados a cada prestación en el período evaluado.

En consecuencia, con los datos presentados anteriormente, en la Tabla 2 se especifica el gasto público en este tipo de prestaciones entre los años 2014 y 2018.

Tabla 1 – Cantidad y valores de las prestaciones hospitalarias en salud mental 2014-2018 (pesos chilenos)

Año	Día cama hospitalización integral psiquiatría crónicos		Día cama hospitalización integral psiquiatría mediana estadía		Día cama hospitalización integral corta estadía		Electroshock	
	N	Valor	N	Valor	N	Valor	N	Valor
2014	121.685	21.340	61.620	33.690	255.264	33.400	374	638.610
2015	137.709	21.980	73.711	34.700	318.834	34.400	494	657.770
2016	122.451	22.820	70.931	36.020	318.722	35.710	438	682.770
2017	121.373	23.500	77.387	37.100	354.678	36.780	529	703.250
2018	106.815	24.110	71.278	38.060	335.921	37.740	530	721.530

Fuente: FONASA (2019)

Tabla 2 – Gasto público en prestaciones hospitalarias en salud mental 2014-2018 (pesos chilenos)

Año	Día cama hospitalización integral psiquiatría crónicos	Día cama hospitalización integral psiquiatría mediana estadía	Día cama hospitalización integral corta estadía	Electroshock
2014	2.596.757.900	2.075.977.800	8.525.817.600	238.840.140
2015	3.026.843.820	2.557.771.700	10.967.889.600	324.938.380
2016	2.794.331.820	2.554.934.620	11.381.562.620	299.053.260
2017	2.852.265.500	2.871.074.500	13.045.056.840	371.316.000
2018	2.575.309.650	2.712.840.680	12.677.658.540	382.410.900
Total	13.845.508.690	12.772.599.300	56.597.985.200	1.616.558.680

Fuente: FONASA (2019)

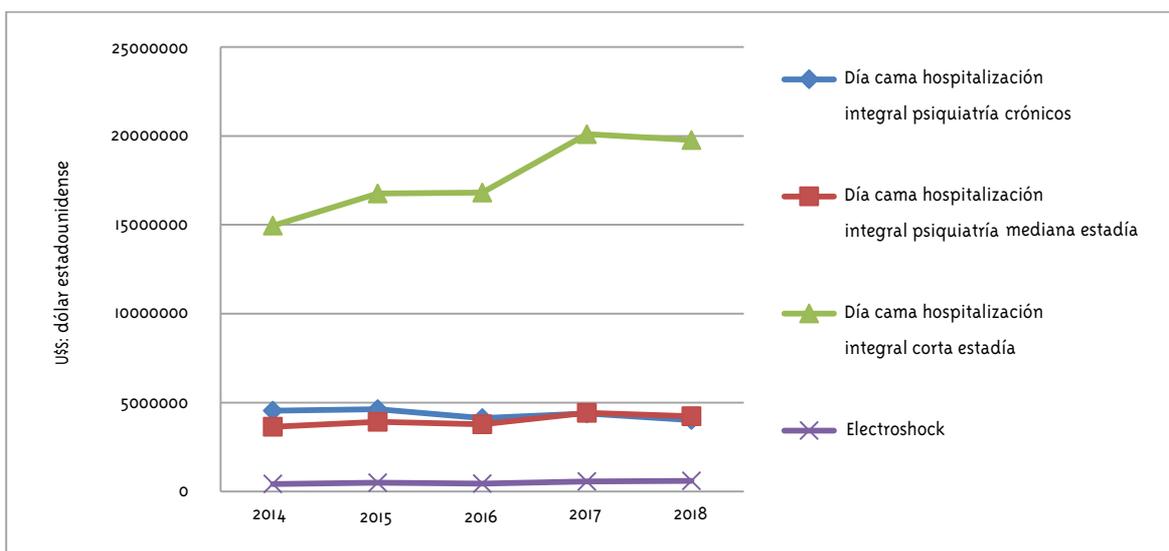
El año 2014 el gasto público en prestaciones hospitalarias en salud mental financiadas por el FONASA correspondió a \$13.437.393.440. El año 2018 el gasto público para este tipo de prestaciones ascendió a \$18.348.219.770. De esta forma, se observa un 36,5% de aumento de inversión monetaria en prestaciones hospitalarias del año 2014 al 2018. Al respecto, al interior de cada ítem destaca el aumento de 60,1% de inversión monetaria en la aplicación de electroshock, el aumento de 48,6% de día cama hospitalización integral corta estadía, el aumento de 30,6% de

día cama hospitalización integral psiquiatría mediana estadía, así como la disminución de un 0,8% de día cama hospitalización integral psiquiatría crónicos.

En el Gráfico 1 se observan las tendencias de gasto público en prestaciones hospitalarias entre los años 2014 y 2018, en dólares estadounidenses.

Respecto a las prestaciones extrahospitalarias financiadas por el FONASA entre los años 2014 y 2018, en la Tabla 3 se describe el número de acciones realizadas y los valores monetarios asociados a cada prestación en el período señalado.

Gráfico 1 – Gasto público en prestaciones hospitalarias en salud mental 2014-2018 (dólares estadounidenses)



Conversión de pesos chilenos a dólar observado, en su valor promedio para cada año según datos del Servicio de Impuestos Internos (SII), Chile.
Fuente: FONASA (2019)

Tabla 3 – Cantidad y valores prestaciones extrahospitalarias en salud mental 2014-2018 (pesos chilenos)

Año	Hogar protegido		Día cama integral psiquiátrico diurno		Programa rehabilitación tipo 1		Programa rehabilitación tipo 2	
	N	Valor	N	Valor	N	Valor	N	Valor
2014	300.938	12.880	123.228	14.000	129.394	3.930	160.574	9.230
2015	395.131	13.270	143.467	14.420	184.400	4.050	196.901	9.510
2016	380.036	13.770	149.160	14.970	173.522	4.200	205.182	9.870
2017	412.953	14.180	161.768	15.420	159.402	4.330	223.539	10.170
2018	371.799	14.550	162.291	15.820	142.970	4.440	212.212	10.430

Fuente: FONASA (2019)

De acuerdo con los datos expuestos previamente, en la Tabla 4 se detalla el gasto público en este tipo de prestaciones entre los años 2014 y 2018.

El año 2014, el gasto público en prestaciones extrahospitalarias en salud mental financiadas por el FONASA tuvo un valor monetario de \$7.591.890.880. El año 2018 el gasto público para esta clase de prestaciones aumentó a \$10.825.277.030. De esta manera, se observa un 42,5% de incremento de dinero gastado en

prestaciones extrahospitalarias del año 2014 al 2018. Al respecto, al interior de cada ítem destaca el aumento de un 49,3% de gasto público en programas de rehabilitación tipo 2, un 48,8% de día cama integral psiquiátrico diurno, un 39,5% de financiamiento para hogares protegidos y un 24,8% de programas de rehabilitación tipo 1.

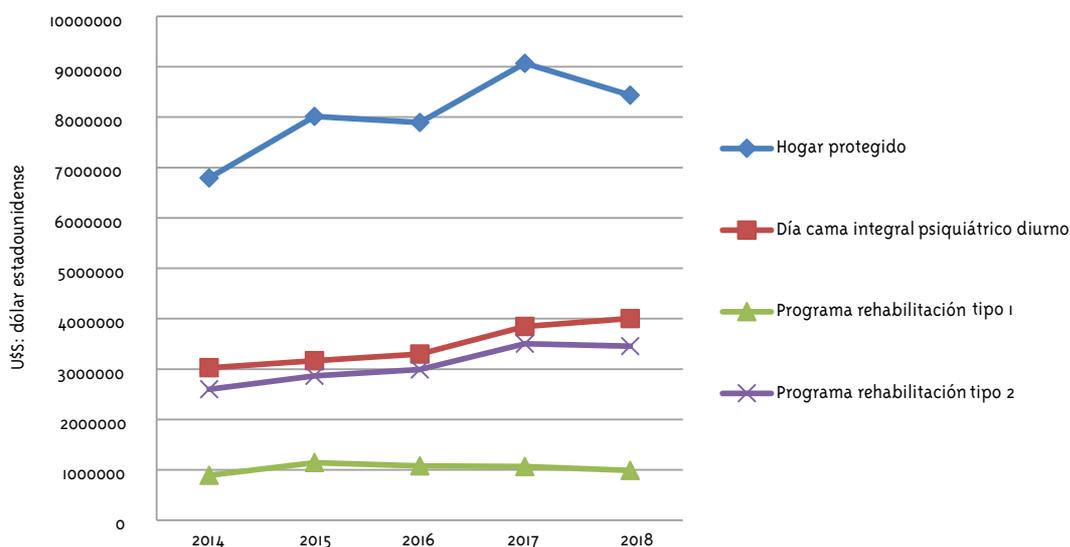
En el Gráfico 2 se observan las tendencias de gasto público en prestaciones extrahospitalarias en el período 2014-2018, en dólares estadounidenses.

Tabla 4 – Gasto público en prestaciones extrahospitalarias en salud mental 2014-2018 (pesos chilenos)

	Hogar protegido	Día cama integral psiquiátrico diurno	Programa rehabilitación tipo 1	Programa rehabilitación tipo 2
2014	3.876.081.440	1.725.193.000	508.518.420	1.482.098.020
2015	5.243.388.370	2.068.794.140	746.820.000	1.872.528.510
2016	5.344.653.760	2.232.925.200	728.918.400	2.025.146.340
2017	5.885.673.540	2.493.999.960	690.210.660	2.273.391.630
2018	5.409.675.450	2.567.443.620	634.786.800	2.213.371.160
Total	25.759.472.570	11.088.355.920	3.309.254.280	9.866.535.660

Fuente: FONASA (2019)

Gráfico 2 – Gasto público en prestaciones extrahospitalarias en salud mental 2014-2018 (dólares estadounidenses)



Conversión de pesos chilenos a dólar observado, en su valor promedio para cada año según datos del Servicio de Impuestos Internos (SII), Chile.
Fuente: FONASA (2019)

A partir de estos resultados, cabe señalar que el mecanismo de financiamiento del FONASA analizado en este apartado comprende prestaciones efectivamente realizadas, que poseen mayoritariamente un carácter individual, están centradas en el tratamiento o la rehabilitación, son ejecutadas por equipos de salud mental y son implementadas en servicios sanitarios o sociales. De esta manera, el gasto público en salud mental revisado en las cifras anteriores no refiere al presupuesto total de salud mental ni al conjunto de prestaciones que conforman los programas de salud mental entre los años 2014-2018, sino al marco acotado de prestaciones referidas en la metodología.

Consideraciones finales

De acuerdo con los resultados obtenidos, en general se observa un aumento del número de prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en salud mental, así como en el gasto derivado de las mismas entre los años 2014 y 2018 en el sistema público de salud. Si bien se advierte un mayor porcentaje de ejecución de prestaciones extrahospitalarias que hospitalarias entre los años 2014 y 2018, el volumen de recursos invertidos expresa una tendencia inversa, lo que da cuenta de una inequidad global en la valoración de las prestaciones de salud mental y una distribución desigual de los recursos en el marco de la implementación del modelo comunitario. A su vez, los resultados señalan que no ha habido una disminución de gasto público en salud mental de acuerdo con las prestaciones revisadas en el período 2014-2018, por lo tanto, el debate respecto a la falta de financiamiento debe redirigirse hacia la discusión respecto a la ejecución efectiva del presupuesto, es decir, dónde y cómo se invierten los recursos.

Al respecto, el aumento de gasto público en hospitalizaciones psiquiátricas de mediana estadía y la limitada disminución de financiamiento para hospitalizaciones en psiquiatría crónicas, dan cuenta que las políticas de salud mental no se han orientado hacia el cierre y sustitución de los hospitales psiquiátricos. Minoletti y Sepúlveda (2017) han señalado que el número de camas totales en los hospitales psiquiátricos disminuyó

gradualmente desde 3.160 en el año 1990 a 1.063 en 2012. Este descenso implicó una disminución similar del porcentaje que representan estos hospitales en el presupuesto total de salud mental del sistema público, desde el 74% en el año 1990 a 16% en el 2012. Sin embargo, de las prestaciones hospitalarias analizadas en el período 2014-2018, el 32% del financiamiento público destinado a internaciones psiquiátricas se concentra en internaciones crónicas y de mediana estadía, lo que subraya la marcada presencia de los hospitales psiquiátricos en la obtención de recursos estatales y la plena vigencia de un paradigma asilar centrado en el encierro y el aislamiento.

De esta manera, la reconversión de la asistencia psiquiátrica asilar se ha restringido a una disminución del número de camas sin un descenso significativo del gasto público en las prestaciones que se ejecutan al interior de los hospitales psiquiátricos. Incluso, el aumento de plazas en hogares y residencias protegidas ha llegado a ser compatible con la permanencia de personas en servicios de mediana y larga estadía en estas instituciones. Por lo tanto, la segregación de las personas y su custodia en manicomios, no solo se asocia a la carencia de vacantes en hogares y residencias protegidas que permitan su egreso (INDH, 2017) sino a la continuidad de nuevos ingresos (incluso de menores de 18 años), a largos períodos de internamiento, al aumento del índice de rotación (fenómeno de puerta giratoria: entrada y salida de personas por las salas de internación psiquiátrica), a una lenta disminución del número de camas y a la apertura de unidades de psiquiatría forense, factores que otorgan un rol significativo a las instituciones psiquiátricas monovalentes en la obtención de recursos públicos en salud mental. Lo anterior, se acentúa al considerar que los hospitales psiquiátricos no solo obtienen financiamiento por hospitalizaciones, sino que además ejecutan prestaciones de atención ambulatoria y administran dispositivos residenciales en la comunidad.

En este sentido, los resultados muestran que Chile no ha cumplido con los objetivos de desinstitutionalización psiquiátrica y reconversión de recursos públicos como han planteado otros procesos de reforma orientados a sustituir los

manicomios (Cohen; Natella, 2013; Rotelli, 2014), sino que ha sostenido una ampliación heterogénea del gasto público entre prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias que involucran la continuidad de hospitales psiquiátricos.

Por otra parte, en el período 2014-2018, el aumento de gasto público en procedimientos de electroshock e internación psiquiátrica de corta estadía se explica por la expansión de estas prestaciones en unidades de atención cerrada en hospitales generales, en complemento a dichas acciones que también se realizan en hospitales psiquiátricos. Al respecto, cabe enfatizar el dato no menor que los recursos públicos destinados a internación psiquiátrica de corta estadía entre los años 2014 y 2018, representan un poco más de la totalidad del financiamiento dirigido a prestaciones extrahospitalarias en su conjunto en el mismo período, dando cuenta de la ausencia de un principio orientador que permita otorgar mayor equidad en la ejecución y distribución de recursos para prestaciones orientadas a la plena inclusión y participación social, en coherencia con el modelo comunitario.

Con relación a las prestaciones extrahospitalarias realizadas entre los años 2014-2018, el 51% de los recursos públicos se destinó a hogares protegidos, principalmente debido al aumento del número de plazas de residencia en la comunidad. Sin embargo, los datos indican que aquellas plazas no se han destinado prioritariamente a personas que se encuentran en servicios de larga estadía en hospitales psiquiátricos para lograr su externación, en base a estrategias de apoyo efectivas para el retorno a la vida en comunidad como se ha descrito en la reforma psiquiátrica brasileña (Dimenstein, 2013; Moreira; Guerrero; Bessoni, 2019). A su vez, la lógica de financiamiento de los hogares protegidos destina los recursos públicos a las entidades administradoras y no a los beneficiarios directos. Lo anterior, refuerza relaciones de dependencia al interior de servicios residenciales de larga duración y no transitorios, que se erigen como instituciones de custodia, limitando la libertad de las personas de elegir dónde y con quién vivir, el desarrollo de proyectos de vida y la autonomía en la toma de decisiones (Bouey-Vargas; Cuarán-Collazos, 2019; Chuaqui, 2015).

Junto con ello, los recursos públicos destinados a programas de rehabilitación psicosocial se consignan a centros especializados y se focalizan en la atención profesional, lo que restringe el desarrollo de actividades laborales que permitan la generación de ingresos económicos en base a emprendimientos solidarios y cooperativos, como se ha planteado en el contexto italiano (de Leonardis; Mauri; Rotelli, 1995; Rotelli, 2014). De esta manera, el sistema de financiamiento de las prestaciones extrahospitalarias favorece la transferencia de recursos públicos a entidades privadas y limita el desarrollo de aspectos claves de la vida en comunidad más allá de las fronteras sanitarias: participación laboral, educación inclusiva, acceso a la vivienda, entre otros, desde el protagonismo en primera persona hacia la recuperación de derechos de ciudadanía (Cea-Madrid, 2019).

En consecuencia, el sistema de salud mental en Chile se caracteriza por la coexistencia de un paradigma biomédico y psicosocial. Esta configuración mixta del modelo de asistencia refleja inequidades en la distribución de los recursos, así como la presencia de barreras estructurales del sistema de salud que dificultan una mayor coherencia de la inversión pública con el enfoque comunitario; un paralelismo que además genera tensiones con la persistencia del modelo asilar y la transversalidad del paradigma farmacológico. En definitiva, el enfoque comunitario se reduce a un modelo de gestión sin arraigo material ni sustento financiero, en la medida que se inserta en un sistema de salud mental rígido y estratificado basado en un financiamiento por prestaciones que fragmenta los procesos de atención para la asignación de recursos. Estas condiciones anulan el desarrollo de respuestas asistenciales más flexibles y situadas, basadas en las capacidades y recursos de las comunidades en torno a grupos de apoyo mutuo, la prestación de servicios gestionados por usuarios/exusuarios y otros servicios alternativos (Dillon et al., 2017; Lehmann, 2013; Naciones Unidas, 2019).

Por último, es relevante destacar que constituye un desafío pendiente el cierre definitivo de los manicomios a nivel nacional. Respecto a los hospitales psiquiátricos, es necesario garantizar la redistribución efectiva y transferencia gradual

de sus recursos hacia servicios comunitarios que los sustituyan de manera práctica y garanticen derechos de ciudadanía. Junto con ello, en base a un cuestionamiento del predominio biomédico y la excesiva medicalización de la salud mental, se requiere un cambio estructural en la asignación financiera con el fin de reorientar el gasto estatal hacia factores sociales determinantes en la promoción del bienestar (Cea-Madrid, 2018a; Naciones Unidas, 2019). En este sentido, para una plena implementación del modelo comunitario no basta una red de recursos asistenciales, sino una cultura de derechos que permita reinventar la salud mental bajo los principios del bien común y la justicia social.

Referencias

- ACEITUNO MORALES, R.; MIRANDA HIRIART, G.; JIMÉNEZ MOLINA, A. Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Anales de la Universidad de Chile*, Santiago, v. 7, n. 3, p. 87-102, 2012.
- BARBUI, C.; PAPOLA, D.; SARACENO, B. The Italian mental health-care reform: public health lessons. *Bulletin of the World Health Organization*, Washington, DC, v. 96, n. 11, P. 731-731A, 2018.
- BOUEY-VARGAS, E.; CUARÁN-COLLAZO, J. Inclusión Social de personas con diagnóstico psiquiátrico que viven en hogares protegidos en Chile social. *Revista Chilena de Salud Pública*, Santiago, v. 23, n. 2, p. 166-171, 2019.
- CASTILLO-PARADA, T. Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 14, n. 3, p. 513-529, 2018.
- CEA-MADRID, J. C. Estado neoliberal y gasto público en psicofármacos en el Chile contemporáneo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Montevideo, v. 8, n. 2, p. 50-70, 2018a.
- CEA-MADRID, J. C. *Por el derecho a la locura*. La reinención de la salud mental en América Latina. Santiago: Ed. Proyección, 2018b.
- CEA-MADRID, J. C. “Locos por nuestros derechos”: comunidad, salud mental y ciudadanía en el Chile contemporáneo. *Quaderns de Psicologia*, Barcelona, v. 21, n. 2, p. e1502, 2019.
- CHUAQUI, J. Institucionalización psiquiátrica: el caso de los hogares protegidos de la Región de Valparaíso. *Psiquiatría y Salud Mental*, Santiago, v. 32, n. 2, p. 109-117, 2015.
- COHEN, H.; NATELLA, G. *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar, 2013.
- DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. *La empresa social*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1995.
- DILLON, J. et al. El trabajo de los expertos gracias a la experiencia. In: READ, J.; DILLON, J. (Eds.). *Modelos de locura II*. Barcelona: Herder, 2017. p. 261-283.
- DIMENSTEIN, M. La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS*, Cali, n. 11, p. 43-72, 2013.
- ENCINA, E. Participación colectiva como salud mental: cuestionamientos y alternativas a las políticas públicas en salud mental en Chile. *Revista Mad*, Santiago, n. 30, p. 131-147, 2014.
- ERRÁZURIZ, P. et al. Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista Médica de Chile*, Santiago, v. 143, n. 9, p. 1179-1186, 2015.
- FONASA - FONDO NACIONAL DE SALUD. *Establece normas técnico administrativas para la aplicación del arancel del régimen de prestaciones de salud del libro II del DFL n° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, en la modalidad de atención institucional*. Santiago, 2009.
- GONÇALVES, R.; VIEIRA, F.; DELGADO, P. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012.
- GRANDÓN FERNÁNDEZ, P. et al. Evaluación de la restrictividad de dispositivos residenciales para personas con un diagnóstico psiquiátrico en el modelo de Salud Mental Comunitaria en Chile. *Universitas Psychologica*, Bogotá, DC, v. 14, n. 4, p. 1359-1369, 2015.

- INDH - INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. *Informe Anual 2017*. Situación de los Derechos Humanos en Chile. Santiago, 2017.
- LEHMANN, P. Alternativas a la psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Madrid, v. 33, n. 117, p. 137-150, 2013.
- MINOLETTI, A.; SEPÚLVEDA, R. Situación de la atención de salud mental en el sistema público chileno en comparación con otros países. *Revista GPU*, Santiago, v. 13, n. 1, p. 75-81, 2017.
- MINOLETTI, A.; ZACCARIA, A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 18, p. 346-358, 2005.
- MINOLETTI, A. et al. Respeto de los derechos de las personas que se atienden en servicios de psiquiatría ambulatoria en Chile. *Revista Médica de Chile*, Santiago, v. 143, n. 12, p. 1585-1592, 2015.
- MINOLETTI, A. et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 42, p. e131, 2018.
- MINSAL - MINISTERIO DE SALUD. *Terapia electroconvulsivante modificada: normas técnicas y metodología de aplicación*. Santiago, 2000.
- MINSAL - MINISTERIO DE SALUD. *Sistema de salud mental en Chile*. Santiago, 2014.
- MINSAL - MINISTERIO DE SALUD. *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Santiago, 2017.
- MOREIRA, M.; GUERRERO, A.; BESSONI, E. Entre desafios e aberturas possíveis: vida em liberdade no contexto da desinstitucionalização brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 6-10, 2019.
- NACIONES UNIDAS. *Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Consejo de Derechos Humanos, 41^{er} período de sesiones. Ginebra, 2019. A/HRC/41/34.
- NUNES, M. et al. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019.
- OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Salud mental en la comunidad*. 2. ed. Washington, DC, 2009.
- QUIJADA, Y. et al. Social inequality and mental health in Chile, Ecuador, and Colombia. *Latin American Perspectives*, Thousand Oaks, v. 46, n. 6, p. 92-108, 2018.
- ROTELLI, F. *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topía, 2014.
- VERGARA-ITURRIAGA, M.; MARTÍNEZ-GUTIÉRREZ, M. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 48, n. 6, p. 512-521, 2006.

Recibido: 05/11/2019
Re-presentado: 19/03/2020
Aprobado: 30/03/2020