



Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública Salvador Allende G.

Evaluación del impacto de la pandemia de COVID-19 en las atenciones ambulatorias de salud mental de la Región de Coquimbo, Chile.

CAMILO SEPÚLVEDA QUEIPUL

ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

TUTOR GUÍA: GONZALO SOTO BRANDT

CO-TUTOR: ÁLVARO CASTILLO CARNIGLIA

La Serena, Chile

2021

Con admiración y respeto al Dr. Alberto Minoletti (Q.E.P.D)
quien encamino los pasos de este proyecto.

A mi familia, amigas y amigos
por su compañía y apoyo incondicional.

Al equipo de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública
Salvador Allende, por su valioso aporte
en mi desarrollo profesional y personal.

ÍNDICE

I-RESUMEN.....	5
II-INTRODUCCIÓN.....	6
III-MARCO TEÓRICO.....	7
1. CARACTERIZACIÓN DE LA PANDEMIA COVID -19 A NIVEL GLOBAL.....	7
1.1 MARCOS ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).....	7
1.2. PRIMERA RESPUESTA INTERNACIONAL EN SALUD MENTAL.....	8
2. IMPACTO DEL COVID-19 EN SALUD MENTAL.....	9
3. INVESTIGACIÓN COVID-19 Y SALUD MENTAL.....	10
4. SALUD MENTAL EN CHILE Y PROVISIÓN DE SERVICIOS.....	13
4.1. SALUD MENTAL EN CHILE Y PROVISIÓN DE SERVICIOS.....	13
4.2. POLÍTICA NACIONAL PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS Y DESASTRES	14
4.3. PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES.....	15
4.4. SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL DURANTE EL COVID-19 EN CHILE. 15	
4.5. CONSIDERACIONES DE SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE COQUIMBO.....	16
4.6. REGIÓN DE COQUIMBO Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL.....	17
4.7. DESCRIPCIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL DE COQUIMBO.....	18
5. EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL.....	19
5.1. MATRIZ DE LA SALUD MENTAL.....	19
5.2. EVALUACIÓN EN CHILE DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL WHO AIMS	20
5.3. ATENCIONES DE SALUD MENTAL EN LAS REDES ASISTENCIALES.22	
6.0. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD EN CHILE.....	23
IV-PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN.....	24
V- OBJETIVOS.....	24
VI-MÉTODOS.....	25
DISEÑO.....	25
MUESTRA.....	26
Muestra Cuantitativa.....	26
Muestra Cualitativa.....	27

ANÁLISIS.....	30
VII- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
VIII PLAN DE TRABAJO REALIZADO.....	33
IX RESULTADOS FASE CUANTITATIVA.....	34
1.- REGIÓN DE COQUIMBO	34
2.- PROVINCIA DE ELQUI.....	40
3.- PROVINCIA DE LIMARÍ.....	46
4.- PROVINCIA DE CHOAPA	51
X RESULTADOS FASE CUALITATIVA.....	56
1.- SISTEMA DE REGISTRO ESTADÍSTICO	57
2.- CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL	60
3.- ORIENTACIONES A LOS CENTROS DE SALUD MENTAL	66
4.- LIMITACIONES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	68
5.- DEMANDA EN SALUD MENTAL.....	76
6.- ATENCIÓN DE SALUD MENTAL DE MUJERES.....	78
7.- APORTES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.....	80
8.- APORTES DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL	85
9.- APORTES PARA LA GESTIÓN DE EMERGENCIAS EN CENTROS DE SALUD MENTAL.....	86
XI.- RESULTADOS FASE INTEGRACIÓN DE HALLAZGOS	92
XII.- DISCUSIÓN.....	93
XIII.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	96
XIV-BIBLIOGRAFÍA.....	98
XV- ANEXOS.....	101

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1: DISMINUCIÓN DE ATENCIONES DE SALUD MENTAL, REGIÓN DE COQUIMBO.	36
TABLA 2: DISMINUCIÓN DE ATENCIONES DE SALUD MENTAL EN MUJERES, REGIÓN DE COQUIMBO.	37
TABLA 3: DISMINUCIÓN DE ATENCIONES DE SALUD MENTAL EN HOMBRES, REGIÓN DE COQUIMBO.	37
TABLA 4: DISMINUCIÓN DE ATENCIONES DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN SECUNDARIA, REGIÓN DE COQUIMBO.	39

I-RESUMEN

La Pandemia por COVID 19 ha colapsado los sistemas de salud en todo el mundo, lo que ha generado un contexto de incertidumbre en el cual los servicios de salud mental han sido desafiados a responder a las necesidades de salud mental de la población.

El objetivo del presente estudio, es estimar y explicar el efecto que ha tenido la pandemia COVID-19 en las atenciones de los servicios públicos ambulatorios de salud mental de la Región de Coquimbo, según género, nivel de atención y provincias. Se utiliza un Método mixto secuencial (DEXPLIS), con una primera fase cuantitativa que permite estimar el efecto de la Pandemia en la Región de Coquimbo, una segunda fase cualitativa que busca explicar los resultados a partir de las experiencias y percepciones de Gestores, profesionales y representantes de la comunidad, y finalmente una tercera fase de integración de resultados y desarrollo de metainferencias.

Los hallazgos de la fase cuantitativa dan cuenta de una disminución desigual de las atenciones presenciales en la Región de Coquimbo, las cuales disminuyeron un 56% en la Región respecto del 2019. La atención disminuye de forma más marcada para la atención secundaria en la región, excepto para la Provincia de Limarí, que tuvo una disminución más pronunciada en la atención primaria de salud. En cuanto a la disminución según género, las mujeres vieron disminuidas las atenciones en mayor cantidad respecto de los varones en la Región de Coquimbo.

Por su parte, la fase cualitativa ofrece 9 categorías emergentes que permiten profundizar en la comprensión de los resultados que corresponden a: Sistema de registro estadístico, Cambios en la atención de salud mental, Orientaciones a los Centros de salud mental, Limitaciones para la atención de salud mental, Demanda en salud mental, Atención de salud mental para mujeres, Aportes para la atención de salud mental, Aportes del equipo de salud mental, Aportes para la gestión de emergencias en centros de salud mental. Finalmente la integración de resultados permite integrar información en torno a los resultados cuantitativos vinculados a la disminución de las atenciones en la Región de Coquimbo, y según género.

Se concluye que el sistema estadístico DEIS, permite obtener información respecto de la disminución de las atenciones ambulatorias presenciales en la Región, pero no es representativo de la cantidad de acciones realizadas por los equipos de salud mental de la Región de Coquimbo, ante la dificultad histórica con el sistema de registro, que se profundizó durante el periodo de Pandemia.

II-INTRODUCCIÓN

El brote epidémico del coronavirus ha colapsado los sistemas de salud en todo el mundo. La excesiva demanda de servicios de salud y profesionales, que junto al rápido contagio, ha implicado un contexto de incertidumbre en donde las enfermedades de la salud mental han aumentado su prevalencia para la población general, como para profesionales de la salud (1,2).

En este escenario la respuesta de los sistemas de salud mental de cada país cobra especial relevancia, y ha implicado el repensar los servicios de salud mental (3–6).

En Chile la organización y respuesta de los servicios ha constituido un importante tema de interés sanitario. A partir del segundo Plan Nacional de Salud Mental en el año 2000 (7), Chile estableció un Modelo de Salud Mental Comunitario, para favorecer la inclusión social de usuarios y familiares desde el respeto a sus derechos como ciudadanos.

No obstante, los trastornos mentales son la principal fuente de carga de enfermedad en Chile (7), representando las enfermedades neuropsiquiátricas un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte, prevalencia que puede aumentar drásticamente ante el brote de coronavirus.

En el actual contexto de Pandemia por COVID-19, los servicios de salud mental se han visto gravemente afectados, disminuyendo considerablemente su oferta de servicios (2). Por el miedo a la infección, el cierre de servicios de salud mental para convertirlos en centros de atención de COVID-19, y las infecciones sufridas por el personal de salud (2).

Una evaluación realizada por la OMS (8) en la que participaron 163 países sobre la capacidad de los países para abordar y responder a la carga de enfermedad no transmisibles, da cuenta de que el 94% de los países informaron que todo o parte del personal de Ministerio de Salud han tenido que apoyar esfuerzos hacia el manejo del COVID-19, sea a tiempo completo o parcial, mientras que el 20 % informó que los fondos gubernamentales se habían reasignado, y en siete países reportaron la pérdida de más del 50 % de los fondos destinados a salud mental(8).

La Región de Coquimbo pasó de realizar 188.476 atenciones de salud mental el año 2019, a 69.659 el año 2020, experimentando un marcado descenso en las atenciones de salud mental, por lo que conocer el efecto de la Pandemia COVID-19 en los Servicios de Salud Mental, sus características y distribución, es crítico para pensar una respuesta oportuna ante esta pandemia u otras emergencias similares.

III-MARCO TEÓRICO

1. CARACTERIZACIÓN DE LA PANDEMIA COVID -19 A NIVEL GLOBAL

1.1 MARCOS ESTRATÉGICOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

La Pandemia del Coronavirus ha colapsado con gran velocidad los sistemas de salud en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9), refiere que el 31 de diciembre recibieron la primera alerta sobre un tipo de neumonía atípica en Wuhan. El 7 de enero del 2020 las autoridades chinas confirmaron la identificación de un nuevo coronavirus, y el 30 de enero del 2020 el Director General de la OMS declaró el brote de COVID-19 como una emergencia internacional de salud pública.

La OMS (10) refiere que este brote localizado del COVID-19 evolucionó a una pandemia global dada tres características definitorias; La primera relacionada con la velocidad y escala de contagio, la segunda tiene que ver con su gravedad, ya que, el 20 % de los casos son graves o críticos con una mortalidad de un 3% promedio, que aumenta en grupos de mayor edad y con comorbilidades, y la tercera característica tiene que ver con la interrupción social y económica que impacta directamente a los sistemas de salud y las medidas posibles para controlar la pandemia generando profundas consecuencias socio-económicas.

Como vía de respuesta sanitaria, la OMS publicó en febrero del 2020 (9), el primer plan estratégico para dar respuesta a esta emergencia sanitaria, que incorpora 3 estrategias de respuesta: Establecer rápidamente la coordinación internacional y soporte operativo, ampliar las operaciones de preparación y respuesta del país y acelerar la investigación prioritaria e innovación.

Para establecer la coordinación internacional y apoyo operativo la OMS (9), recomienda favorecer la coordinación de socios interesados a nivel mundial (Organización de las Naciones Unidas ONU, Organización Mundial de la Salud, Red Global Outbreak Alert and Response, Cruz Roja, Media Luna Roja), regional (Oficinas regionales de la OMS) y nacional que asegure la comunicación entre gestores de incidentes en distintos niveles geográficos con estrecha cooperación con los gobiernos.

Por su parte la OMS (9), releva la necesidad de generar investigaciones epidemiológicas tempranas, para definir recomendaciones en torno a la vigilancia y definición de casos que permita caracterizar la transmisión epidemiológica.

La segunda estrategia desarrollada por la OMS (9), corresponde a ampliar las operaciones de preparación y respuesta del país, en torno a la gestión nacional de riesgos basadas en evaluaciones de riesgos globales, proporcionando

orientación, planificación y modificación a leyes o reglamentos para desarrollar una respuesta efectiva en el ámbito público y privado.

Mientras que, una de las intervenciones críticas tiene que ver con la comunicación regular y transparente a la población sobre el impacto del virus, así como de las acciones desarrolladas por el país.

La tercera línea estratégica (9) es impulsar la investigación prioritaria e innovación, fomentando la articulación entre académicos y la industria, a través del mecanismo de I+D, que permitan el desarrollo de evidencias sobre vacunas, intervenciones terapéuticas, diagnósticos, entre otros.

El segundo marco estratégico, corresponde a una actualización de las estrategias formuladas en febrero del 2020, estableciendo líneas de acción globales y nacionales con una guía para aquellos países que transitan desde la transmisión generalizada del COVID-19 a un estado estable o sin transmisión.

Como señala la OMS (10), países que han experimentado un crecimiento exponencial han introducido medidas de distanciamiento social y restricciones de movimiento para frenar la propagación y establecer otras medidas de control que favorezcan una transmisión lenta del COVID-19.

Estas medidas han tenido un profundo impacto negativo en individuos y comunidades, afectando desproporcionadamente a los grupos desfavorecidos como personas en situación de pobreza, migrantes, desplazados internos y refugiados que viven en condiciones de hacinamiento, que dependen de su trabajo a diario para generar recursos para la subsistencia.

1.2. PRIMERA RESPUESTA INTERNACIONAL EN SALUD MENTAL

La Organización de Naciones Unidas (ONU) da cuenta del aumento extendido de la angustia psicológica, debido al impacto del virus y las consecuencias del distanciamiento social (2). Así mismo, da cuenta que el miedo a la infección, la muerte y pérdida de miembros de la familia, junto con los problemas económicos o el riesgo de perder los medios de subsistencia aumentan la cantidad de personas que sufren algún cuadro de salud mental (2).

Además da cuenta, de que poblaciones específicas pueden ser más vulnerables a síntomas psiquiátricos relacionados con el COVID-19, como los trabajadores sanitarios de primera línea que se encuentran expuestos a altas cargas de estrés, razón por la cual asegurar la salud mental de los trabajadores es un factor crítico en el mantenimiento de la respuesta al COVID-19 (2).

Otras poblaciones expuestas a mayor vulnerabilidad corresponden a mujeres, adultos mayores, personas con enfermedades preexistentes, personas que viven solas, niños y adolescentes con dificultades emocionales exacerbadas por estrés familiar, personas en situación de aislamiento social, personas que hayan interrumpido su educación, y personas que presenten incertidumbre sobre el

futuro, particularmente aquellas que se encuentren en puntos críticos de su desarrollo emocional (2).

Con la finalidad de disminuir las consecuencias para la salud mental de la pandemia, la ONU (2) establece tres recomendaciones:

Focalizar los esfuerzos en promover, proteger y cuidar la salud mental de toda la sociedad, incluyendo planes nacionales de respuesta en todos los sectores relevantes, como entornos de aprendizaje para niños y jóvenes confinados. Responder proactivamente ante la violencia doméstica, empobrecimiento agudo, y comunicar consejos para el bienestar emocional.

Asegurar la amplia disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo psicosocial ante la emergencia, lo que significa apoyar acciones comunitarias que favorezcan la cohesión social, reduzcan la soledad en poblaciones de mayor riesgo como adultos mayores, invertir en intervenciones de salud mental que sean entregadas de forma remota a trabajadores y personas en entornos vulnerables.

Por último la ONU (2) recomienda apoyar la recuperación del COVID-19 por medio de la construcción de servicios de salud mental para el futuro, catalizando el interés actual en reformas para el desarrollo de servicios en la comunidad que protejan y promuevan los derechos de las personas, involucrando por ejemplo a usuarios en el diseño e implementación de servicios.

2. IMPACTO DEL COVID-19 EN SALUD MENTAL

El contexto de la salud mental antes que surgiera el COVID-19 no era auspicioso, como refiere la ONU (2) la economía global pierde más de un US \$ 1 trillón de dólares por año debido a la depresión y ansiedad, afectando la depresión a 264 millones de personas en el mundo, iniciando la mitad de la afecciones de salud mental a los 14 años, presentándose el suicidio como la segunda causa principal de muerte en jóvenes de 15 a 29 años.

A pesar del impacto de la salud mental en los individuos, familias y sociedad, históricamente ha existido una escasa inversión en salud mental, ya que, los países gastan en promedio solo el 2% de sus presupuestos en salud mental, a pesar de la bien documentada comorbilidad física y las condiciones de salud mental para enfermedades como VIH/SIDA y ahora COVID-19 (2).

Como refiere el resumen de políticas COVID-19 y necesidades de acción de la ONU (2), la evidencia hasta ahora confirma la angustia psicológica en la población general afectada por la pandemia, quienes como estrategia negativas de afrontamiento han aumentado el uso de alcohol, tabaco, drogas y gasto de tiempo en conductas potencialmente adictivas como juegos en línea.

Por su parte, el impacto del COVID-19 ha implicado la reducción en el acceso a atención en servicios de salud mental, ya que la pandemia ha interrumpido servicios en todo el mundo.

Factores que afectan los servicios son el riesgo de infección en instalaciones para estancias prolongadas, incluyendo hogares de cuidados e instituciones psiquiátricas, infecciones del personal de salud y el cierre de establecimientos de salud mental para convertirlos en centros de atención para personas con COVID-19.

En esta misma línea, los servicios de salud mental se han visto gravemente afectados, dado que la oferta de servicios presenciales ha disminuido por el miedo a la infección mientras que aumenta la demanda de estos por parte de la población, sobre todo en el caso de personas mayores.

Muchos servicios han mutado hacia servicios de atención remota, mientras se ha desarrollado un enfoque de autoayuda digital y programas para padres incluyendo el uso de tecnologías básicas como el teléfono y el SMS.

Una evaluación realizada por la OMS en la que participaron 163 países sobre la capacidad de los países para abordar y responder a la carga de enfermedades no transmisibles, da cuenta de que el 94% de los países informaron que todo o parte del personal de ministerio de salud mental han tenido que apoyar esfuerzos hacia el manejo del COVID-19, sea a tiempo completo o parcial, mientras que el 20 % de los países informo que los fondos gubernamentales se habían reasignado, y en siete países (4%) reportaron la pérdida de más del 50 % de los fondos (8).

En este contexto, los servicios de salud mental han tenido que encontrar formas innovadoras de reorganizar y adaptar prestaciones de servicios para garantizar la continuidad de cuidados durante la pandemia (2), identificándose la psiquiatría de emergencia, la atención telefónica y visitas domiciliarias para casos más graves como la respuesta que emplearon estos servicios.

3. INVESTIGACIÓN COVID-19 Y SALUD MENTAL

La investigación respecto de la Salud mental en el contexto de la Pandemia del COVID-19, gira en torno a 5 ejes temáticos, los primeros estudios observacionales advierten sobre el peligro para la salud mental que podría vincularse con la pandemia (11), el impacto en la salud mental de la población general (12–14), el impacto psicológico de la cuarentena (15) e intervenciones psicológicas en salud mental (16), la salud mental de los trabajadores de salud (17,18), el impacto en la salud mental de las poblaciones vulnerables (13,19,20), y la sistematización de la respuesta de los países y regiones a la Pandemia (3–6).

En relación con el impacto en la población general, un estudio de Irán(12) destacó el papel de la imprevisibilidad, la incertidumbre, seriedad de la enfermedad, desinformación y aislamiento social como causas al estrés y la morbilidad mental. El autor señaló la necesidad de servicios de salud mental, particularmente para la población vulnerable, que ayuden a reducir el impacto psicológico del COVID-19.

Por su parte un estudio realizado en Japón por Shigemura (13), hizo hincapié en el impacto económico de COVID-19 y sus efectos sobre el bienestar, así como los altos niveles probables de miedo y pánico, como el acaparamiento y el almacenamiento de recursos en la población general. Este documento también identificó poblaciones con mayor riesgo de resultados adversos de salud mental, incluidos pacientes con COVID-19 y sus familias, individuos con morbilidad física o psiquiátrica preexistente y trabajadores de la salud.

Un estudio longitudinal desarrollado por Wang et al (14) sobre la población general en China reportó un impacto psicológico y el estado de salud mental negativo producido por la pandemia.

Por su parte Li Duan (16) en China, proporcionó estrategias para que la población general minimice el estrés relacionado con los brotes; Evaluación de la precisión de la información, mejorar el apoyo social, reducir el estigma asociado con la enfermedad, mantener una vida lo más normal posible mientras, se adhiere a medidas de seguridad, uso de servicios psicosociales disponibles, y servicios en línea, solo cuando sea necesario.

Respecto de las intervenciones psicológicas recomendadas, una revisión sistemática realizada por Brooks et al (15) da cuenta de la importancia de brindar información de buena calidad, proporcionar suministros adecuados, reducir el aburrimiento y mejorar la comunicación.

Un estudio realizado por Kang et al (17) sobre la salud mental del personal médico y enfermería en Wuhan, evaluó a una muestra de 994 profesionales con la escala PHQ-9 valora la presencia de síntomas depresivos encontró que el 34.4% presentó trastornos leves, el 22,4% presenta alteraciones, mientras que el 6,2% de los profesionales evaluados presentó alteraciones graves.

Al respecto Chen et al (21) describió el desarrollo de un enfoque triple para abordar la salud de su personal de la salud, un primer grupo que diseñó materiales con información sobre el cuidado de la salud mental, la implementación de una línea directa de asistencia psicológica, y grupo de actividades para reducir el estrés, no obstante el programa posterior al contacto con los trabajadores de la salud se rediseñó orientándose hacia la provisión de una área de descanso, atención a necesidades como alimentos, capacitación sobre el cuidado de pacientes con COVID-19, capacitación sobre medidas de protección, actividades de ocio y visitas periódicas de un consejero de salud mental.

En cuanto a literatura vinculada a las poblaciones con mayor vulnerabilidad, Shigemura (13) refiere que los esfuerzos en salud mental deben dirigirse a poblaciones vulnerables, que incluyen: Los infectados y pacientes enfermos, sus familias y colegas; individuos chinos y comunidades; individuos con problemas mentales / físicos preexistentes; y, por último pero no menos importante, trabajadores de asistencia sanitaria, especialmente enfermeras y médicos que trabajan directamente con personas enfermas o en cuarentena.

Por su parte la ONU (2) da cuenta de poblaciones específicas de riesgo, que corresponde a socorristas y trabajadores de primera línea en salud que juegan un papel crucial, pero se encuentran bajo situaciones de estrés extremas y decisiones difíciles, riesgos de infectarse y propagar la infección a sus familias y comunidades.

En el caso de Adultos mayores y personas con enfermedades preexistentes tienen una mayor mortalidad ante el COVID-19, razón por la cual, se encuentran más preocupados por estar infectados con el virus y no tener acceso a un cuidado apropiado, además la ONU (2) ha informado que los adultos mayores suelen ser víctimas de estigma y abuso.

Otra población vulnerable son los niños, ya que su comportamiento se ha visto afectado por el confinamiento, ya que corren un mayor riesgo de vivir abuso, en particular niños con discapacidad, niños en situación de calle y que deben trabajar.

Jóvenes y adolescentes también han visto su futuro impactado, lo que es un riesgo importante ya que muchas condiciones de salud mental inician en esta etapa de la vida, siendo las principales fuentes de angustia la preocupación por la salud de su familia, cierre de escuelas y universidades, pérdida de rutina y espacios sociales (2).

Las mujeres son otra población de especial preocupación, una investigación en india mostró que el 66% de las mujeres informaron estar estresadas en comparación con el 34% de los hombres. Mujeres embarazadas y madres son potencialmente propensas a estados ansiosos debido a dificultades de acceso a servicios sociales, miedo a infección, y violencia de género (2).

Especial atención según una revisión realizada por Júnior et al (19), deben tener los migrantes y refugiados, dado que, las dificultades que enfrentan los refugiados con la pandemia de COVID-19, se ven aumentadas, ya que muchos de ellos viven en situación de hacinamiento, malos estándares de higiene, mala nutrición, saneamiento muy bajo, falta de acceso a; vivienda, atención médica, servicios públicos y seguridad. Lo que está vinculado al miedo y la incertidumbre puede generar una crisis profunda de salud mental e infección por COVID-19.

Un informe sobre pacientes con enfermedad preexistente (20), da cuenta de un brote de COVID-19 en un hospital Psiquiátrico, entre las causas relacionadas se encuentra el hacinamiento, falta de instalaciones médicas, falta de formación en profesionales, dificultad para tomar medidas de distanciamiento con pacientes psicóticos, lo que da cuenta de la particular vulnerabilidad de esta población.

Respecto de reportes de la respuesta de los sistemas de Salud Mental, podemos apreciar en China (3) la promulgación de políticas en torno a la atención remota, teléfonos, chat y videollamadas debido a la alta viabilidad de los servicios en línea. De igual forma Australia (4), ha desarrollado un enfoque basado principalmente en la telemedicina, en donde han encontrado un modelo viable para soportar la pandemia del COVID -19.

Por su parte Italia (5,6), además de implementar teleservicios de salud mental, ha complementado la respuesta con estrategias comunitarias, distribuyendo a los pacientes según atención ambulatoria y cerrada, ha cerrado sus unidades de atención secundaria y terciaria, incorporando las siguientes acciones de atención; Inicio de llamadas telefónicas y videoconferencias para resolución de solicitudes específicas de los pacientes, visitas limitadas para casos graves que necesiten acceder al servicio diariamente, semanalmente, quincenalmente, o inyectables.

A su vez, ha implementado la revisión de fichas clínicas para detectar posibles comorbilidades de pacientes de salud mental al COVID-19 (riesgo), e intervenciones para socializar normas básicas de higiene dentro de las salas recomendando: restringir el número de trabajo personal directo, proporcionar formación continua a usuarios graves sobre normas de higiene y distanciamiento social, vigilancia activa a síntomas covid-19, suspensión de actividades grupales, evaluar y desarrollar procedimientos de aislación en el barrio basado en la comunidad, su arquitectura social y funcional.

4. SALUD MENTAL EN CHILE Y PROVISIÓN DE SERVICIOS

4.1. SALUD MENTAL EN CHILE Y PROVISIÓN DE SERVICIOS

El estudio de los trastornos mentales, así como la organización y respuesta de los servicios, se ha constituido como un importante tema de interés sanitario en Chile, de acuerdo a lo que señala el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM), los trastornos mentales son la principal fuente de carga de enfermedad en Chile (7), representando las enfermedades neuropsiquiátricas un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (7).

Como refiere Minoletti et al.(22), en el año 1990 Chile tenía una oferta sanitaria para la salud mental centrada en 4 instituciones psiquiátricas que disponían del 74% del presupuesto nacional para la salud mental, por lo que en el año 1993 influenciado por la Declaración de Caracas, se formula el primer plan nacional de salud mental, con énfasis en la atención de salud mental inserta en la Atención Primaria de Salud (APS), así como una red de servicios de espacialidad en las diferentes áreas sanitarias.

Los factores sociales, culturales, económicos y ambientales como la gobernanza, calidad de vida, condiciones laborales y apoyos de la comunidad determinan la comprensión, tratamiento y pronóstico de la salud mental de la población (23), en Chile. Según refiere el Plan Nacional (7), los trastornos mentales tienen un mayor impacto en personas con un menor nivel educacional, en jóvenes, mujeres, y personas pertenecientes a pueblos originarios.

La respuesta de los países a la carga de enfermedad se expresa principalmente en los recursos destinados a la salud mental, así como en la provisión de servicios.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), da cuenta de que la mediana de gasto en salud mental a nivel mundial corresponde a un 2,8 % del gasto total destinado a la salud (24), los países de menores ingresos gastan alrededor del 0,5% de su presupuesto en salud mental, mientras que el presupuesto de los países de ingresos altos corresponde en promedio al 5,1 % de su presupuesto (24).

Por su parte en Chile, el presupuesto de salud mental se ha mantenido estable entre en 2,14% y 3,1% del presupuesto nacional de salud entre los años 2008 y 2012, muy por debajo de lo comprometido en el segundo Plan Nacional de Salud Mental (7).

Como señala Minoletti Et al (22), Chile atiende en su sistema público al 74% de la población, y en 3 décadas se han desarrollado servicios de salud mental y fortalecimiento de la APS, lo que logró disminuir el rol asistencial de los hospitales psiquiátricos y aumentar la cantidad de personas atendidas en el territorio en dispositivos de base comunitario.

4.2. POLÍTICA NACIONAL PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS Y DESASTRES

En el año 2005, Chile asumió compromisos internacionales en el marco de acción de Hyogo (MAH), en el cual los países miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a reducir las pérdidas ocasionadas por desastres en cuanto a vidas humanas, bienes sociales, económicos y ambientales.

Esta política sirve como una guía para las diversas instituciones del estado, con el propósito de reducir los efectos adversos causados por desastres, proporcionando orientaciones que permitan la reducción del riesgo de desastres y responder adecuadamente a las situaciones de emergencia en el país (25).

La política desarrollada para la gestión del riesgo se articula en torno a cinco ejes: Fortalecimiento de la institucionalidad, fortalecimiento de los sistemas de monitoreos y alerta temprana, fortalecimiento de la cultura de la prevención y el autocuidado, reducción de los factores subyacentes de riesgo, fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante las emergencias.

El primer alcance de esta política corresponde a la territorialidad, es decir, la implementación será en tres niveles de acuerdo con la división Político-Administrativa que corresponde al nivel comunal, provincial y regional. Mientras que el segundo alcance corresponde a la temporalidad, ya que la implementación de la política es a largo plazo, lo que requiere la continuidad de los gobiernos.

4.3. PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES

El modelo de protección de la salud mental en la gestión del riesgo de desastres, es producto del proyecto “Adapting of Kokoronokea to Mental Health Care Model of Emergencies and Disasters” (2014-2018), que fue un trabajo conjunto entre el MINSAL y la oficina nacional de emergencias del ministerio del interior y seguridad pública (ONEMI), el centro de investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN), con la cooperación técnica de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) y el Instituto de Hyogo para el Estrés Traumático (HITS) de Japón (26).

El propósito de este modelo es proteger la salud mental de la población durante todo el ciclo del manejo del riesgo, a través de lineamientos y orientaciones que apunten a la reducción de vulnerabilidades y a la promoción y fortalecimiento de las capacidades de todos los actores pertenecientes al Sistema Nacional de Protección Civil (26).

Mientras, que su objetivo corresponde a orientar a los integrantes del Sistema Nacional de Protección Civil, en el diseño, coordinación e implementación de acciones de protección de la salud mental aplicables en la GRD, desde un marco de referencia técnico basado en la evidencia, integrando experiencias nacionales e internacionales (26).

Los principios que orientan el modelo corresponden al cuidado de los derechos humanos y equidad, ante todo no dañar, prevención, participación, ayuda mutua, intersectorialidad, y uso escalonado de recursos (26). Por su parte, incorpora el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, Enfoque de curso de vida, y el Enfoque comunitario (26).

4.4. SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL DURANTE EL COVID-19 EN CHILE.

La Mesa técnica para la protección de la salud mental en la gestión del riesgo, desarrolló recomendaciones para los referentes de Salud Mental de Seremi y Servicios de Salud a nivel nacional, con la finalidad de organizar acciones dirigidas a la protección de salud mental y apoyo psicosocial durante la pandemia COVID-19 (27).

Las líneas de acción para la protección de la salud mental, se encuentran la coordinación sectorial e intersectorial entre los diversos actores involucrados en la gestión del desastre, gestión de la información que identifique el nivel de afectación, grupos de vulnerabilidad, recursos y capacidades disponibles, necesidades detectadas.

Por su parte, refiere la importancia de los lineamientos técnicos para la intervención, que da cuenta de la necesidad de que todos los actores conozcan los principios del apoyo psicosocial, asegurar el flujo de derivación a personas afectadas de salud mental, y la adecuación de servicios de salud mental para asegurar la seguridad en la atención.

La atención a los grupos específicos, dando cuenta de la importancia de realizar atenciones a los grupos confirmados con COVID-19, personas que se encuentren en situación de cuarentena y sus familiares, y la comunidad en general con énfasis en los grupos de mayor vulnerabilidad tales como: niños, niñas, personas mayores, personas en situación de discapacidad, y personas en situación de calle.

4.5. CONSIDERACIONES DE SALUD MENTAL EN LA REGIÓN DE COQUIMBO.

La planificación y respuesta de la Región de Coquimbo a la Emergencia COVID-19 tiene como propósito optimizar el funcionamiento de los equipos de salud mental ante las limitaciones como la Merma de recursos humanos, cierre de procesos de estabilización, la histórica brecha en infraestructura. Las presentes orientaciones tienen un alcance declarado para los meses de abril, mayo y junio (28).

Estas orientaciones (28) desarrollan estrategias conceptuales y prácticas para organizar la respuesta de la red de salud, desde el trabajo de Gestores territoriales del servicio, quienes realizarán el seguimiento del proceso de implementación de las estrategias.

La primera estrategia apunta al despoblamiento de los establecimientos de salud, que implica la suspensión de las actividades ambulatorias, reduciendo al mínimo la asistencia al centro de salud (28). Por otro lado, refiere la importancia de reducir las consultas en servicios de urgencia en salud mental, dado que estos espacios constituyen uno de los principales focos infecciosos, por lo que la atención ambulatoria debe reforzar estrategias de continuidad de cuidados para la contención de la demanda (28).

La segunda estrategia (28) se relaciona con la continuidad de cuidados, que implica establecer priorización de usuarios de mayor complejidad, en base al uso de instrumentos basados en la evidencia. Además se señala la importancia de definir gestor terapéutico, con la finalidad de personalizar el proceso de atención del usuario, teniendo como tareas mantener vínculo de la familia con el equipo, alertar a equipo sobre usuarios en riesgo, y coordinar a través del Plan de cuidado integrando las acciones de cuidado domiciliario y a distancia (28).

Otra estrategia para la continuidad de cuidados es la definición de un equipo crítico, a partir de la estimación de la población priorizada de acuerdo con su nivel de complejidad y riesgo. Fortalecer la comunicación entre APS y nivel

secundario se establece como una estrategia importante de continuidad de cuidados que permita asegurar un flujo continuo y protegido de los usuarios (28).

Por su parte se establece como estrategia, la reformulación de la atención ambulatoria de acuerdo con la Estrategia Comunitaria Asertiva, desde un trabajo territorial que implique resolver precozmente factores de desestabilización, así como el fortalecimiento de factores protectores (28).

En consonancia con esta estrategia, las visitas domiciliarias se recomiendan en caso en que sea estrictamente necesario, para lo cual se establece el seguir los protocolos de acuerdo con el uso de los equipos de protección personal. Así mismo, se da cuenta de la incorporación de atención remota de salud mental, en base a la experiencia previa de rescate telefónico (28).

En relación a la protección hacia los equipos de salud, se sugiere implementar acciones como la incorporación de un sistema de turnos, intercalados entre modalidad presencial y a distancia asegurando la continuidad de cuidados de usuarios priorizados, a su vez, señala la importancia del uso correcto de Equipos de Protección Personal en la atención directa y domiciliaria (28).

En la misma línea, para la protección de la salud mental se sugiere el autocuidado de equipos a nivel individual como grupal de acuerdo con las condiciones actuales de distanciamiento social (28).

Finalmente se sugiere (28) la entrega de herramientas relacionadas al contexto actual de la pandemia, a través de la educación a grupos específicos de riesgo relacionado a las determinaciones sociales que cruzan el contexto social en que se desarrolla la Pandemia en Chile, y el uso de repositorio de documentos de salud mental elaborado por el departamento de Salud Mental de Coquimbo (28).

4.6. REGIÓN DE COQUIMBO Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La Región de Coquimbo se encuentra ubicada en el Norte del país, tiene una superficie de 40.7 mil km², con climas desérticos y mediterráneos. Su división Política administrativa incluye tres provincias y 15 comunas(29).

Según el Censo 2017 (30), la población de la Región de Coquimbo es de 757.586, de los cuales 643.288 pertenecen al Fondo Nacional de Salud FONASA (30). La Red Asistencial Pública de la Región de Coquimbo está compuesta por 9 hospitales, tres de ellos de Alta Complejidad (La Serena, Coquimbo y Ovalle); uno de mediana complejidad (Illapel), y cinco establecimientos comunitarios (Los Vilos, Salamanca, Combarbalá, Vicuña y Andacollo). Además la red dispone de 25 centros de salud, 100 Postas de Salud Rural (PSR) y 221 Estaciones Médico Rurales (EMR) a lo largo de todo el territorio local (29).

La red temática de Salud Mental se encuentra estructurada en torno a gestores territoriales, delimitados territorialmente en torno a 4 centros hospitalarios; Elqui

Norte, Elqui Sur, Limarí y Choapa, articulando cada uno de estos territorios en un consejo técnico y un comité articulador de continuidad de cuidados.

El territorio de Elqui Norte se encuentra compuesto por las comunas de La Serena, La Higuera y Vicuña que cuentan con 4 centros comunitarios de salud familiar (CECOSF), 10 Centros de salud familiar (CESFAM), 2 Hospitales, 17 Postas de Salud Rural, 1 Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS).

En cuanto al territorio de Elqui Sur, este se encuentra integrado por las comunas de Coquimbo, Andacollo, y Paihuano. En este territorio existen, 2 CECOSF, 2 Centros de Salud Mental Comunitario (CESAM- COSAM), 10 CESFAM, 2 Hospitales y 7 postas rurales.

En cuanto al territorio de Limarí, compuesto por las comunas de Ovalle, Combarbalá, Monte Patria, Punitaqui, Río Hurtado, tiene 4 CECOF, 18 CESFAM, 3 Hospitales, y 40 postas de Salud Rural.

Finalmente, el territorio de Choapa que se encuentra integrado por las comunas de Illapel, Canela, Los Vilos, Salamanca, que contienen 4 CESFAM, 5 Hospitales, y 36 Postas de Salud Rural.

4.7. DESCRIPCIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL DE COQUIMBO

Como se señaló anteriormente, la muestra estará conformada por todos los dispositivos que ofrecen atenciones de salud mental ambulatoria en la Región de Coquimbo, que corresponden a 10 Centros Comunitarios de Salud Familiar, 42 centros de Salud Familiar, 12 Hospitales, 2 centros de salud mental, 12 postas de salud rural, y un Programa de Reparación y Atención Integral de Salud.

Los servicios de Salud Mental en Atención Primaria y Secundaria no han experimentado cambios sustantivos en los últimos 5 años, dado que no se abierto ningún Servicios de Salud Mental, no obstante, la atención hospitalaria (terciaria) ha experimentado la apertura de un Servicio de hospitalización de corta estadía para adultos (UHCIP), y la apertura del turno de Urgencia de Salud Mental, en el Hospital Regional de Coquimbo.

Aunque no han existido cambios sustantivos en la composición de servicios de atención secundaria y primaria en Salud Mental, estos se han reforzado parcialmente en el contexto de fortalecimiento de algunas políticas nacionales. El año 2017 llegaron cargos a tres Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) de la Región de Coquimbo (Serena, Coquimbo, Ovalle), en el contexto de apoyo al desarrollo intersectorial del Servicio Nacional de Menores (SENAME), incorporando a profesionales Psiquiatras y Psicólogos para la atención preferencial de esta población.

En cuanto a la atención primaria, el Programa de Atención de Salud Mental Infantil (PASMI) se ha desarrollado en los últimos cuatro años, alcanzando cinco comunas de la Región, al alero de Chile Crece Contigo. Así mismo, en el contexto del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS), de niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a la red de programas SENAME, se han incorporado profesionales para dar atención prioritaria a esta población.

5. EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

5.1. MATRIZ DE LA SALUD MENTAL

Una de las principales propuestas conceptuales para la evaluación de servicios aplicada a la salud mental, se encuentra en el desarrollo de la matriz de la salud mental (31), de Graham Thornicroft y Michelle Tansella.

Para Thornicroft y Tansella (31), los servicios de salud mental comunitarios son aquellos que suministran un abanico completo de cuidados eficaces de salud mental a una población definida, y se dedican el tratamiento de las personas que padecen trastornos mentales, con una intensidad de cuidados que se encuentra en directa proporción a su nivel de padecimiento o malestar, y en constante colaboración con otros organismos locales.

Para los autores, la salud mental debe ser accesible a quienes lo necesiten con independencia de quien pueda pagar o no por la atención. Para ellos los servicios de salud mental deben basarse en principios igualitarios, dado el imperativo moral de que un sistema socialmente justo, es aquel que es eficaz y que permita garantizar la salud mental de toda la población (31).

Por su parte Thornicroft y Tansella (31), proponen un modelo conceptual que facilite la formulación de objetivos y etapas para la puesta en marcha de servicios de salud mental, desde un modelo matricial, que permita diagnosticar los puntos fuertes y débiles de los servicios a nivel local formulando cursos de actuación claros.

El modelo matricial está compuesto de dos dimensiones, la geográfica y temporal, integrando la primera de ellas los niveles estatal o regional, el local, y el del paciente. Por su parte la dimensión temporal incluye la fase de recursos, procesos y resultados, caracterizando las distintas dimensiones en las que se desarrollan los dispositivos de salud mental.

Desde la conceptualización de Thornicroft y Tansella (31), la presente evaluación se desarrollará en la dimensión geográfica local, dado que es el componente más adecuado para favorecer el desarrollo de estrategias de servicio, y puede facilitar la evaluación de necesidades de los servicios de salud mental.

En cuanto a la dimensión temporal, la evaluación se desarrollará en la Fase de Resultado, que permitirá conocer los resultados agregados a nivel local de las atenciones del programa de salud mental por profesional y técnicos realizadas en salud mental durante la Pandemia COVID- 19.

5.2. EVALUACIÓN EN CHILE DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL WHO AIMS

El WHO- AIMS es un instrumento de evaluación de la OMS para los sistemas de salud mental. Esta herramienta permite recopilar información esencial sobre el sistema de salud mental de un país o región. En Chile se han realizado dos evaluaciones la primera el año 2004 y la segunda el 2012.

El WHO-AIMS se desarrolló con el objetivo disponer de información para la formulación de políticas, planes de salud mental y determinar una línea base para monitorear a posteriori los cambios que se generen (32). La recolección de información se desarrolló en torno a seis áreas: política y marco legislativo, servicios de salud mental, salud mental en atención primaria de salud, recursos humanos, educación del público, y vínculo con otros sectores, evaluación e investigación (32).

En el área de política y marco legislativo, el WHO-AIMS evaluó el desarrollo hasta el segundo plan nacional de salud mental, no obstante, se destaca que varias leyes han entrado en vigencia que incluyen disposiciones sobre salud mental como la Ley 20.584 sobre deberes y derechos de los pacientes, la ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, el decreto 201 que promulga la convención de las naciones unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo (32).

A pesar de los avances en materia legal, los usuarios dan cuenta de la ausencia de una legislación específica para la salud mental. En la misma línea destacan las falencias en tópicos en que no hay un reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental, el que se permita declarar la interdicción de una persona con discapacidad mental y un curador para que maneje sus bienes, la negación del acceso a la ficha clínica de la persona con discapacidad mental a criterio del médico tratante, no existencia de autoridades independientes para la supervisión de la hospitalización involuntaria, sin posibilidad de que existan mecanismos de apelación, y no reconocimiento exclusivo de la persona con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (32).

En cuanto al presupuesto de salud mental no existen variaciones en torno al gasto asignado a la salud mental que para el año del 2012 corresponde al 2,16% muy por lejos al promedio de los países de altos ingresos que invierten alrededor del 5,10% de su presupuesta de salud en salud mental (32).

En relación con los servicios de salud mental, los autores refieren un aumento desde el año 2004, transitando desde 759 servicios a 2022, no obstante, refieren que el tiempo de espera a la primera consulta psiquiátrica aumento de 29 días a 48,3 días, con un abastecimiento adecuado de medicamentos, pero sin intervenciones psicosociales a todos los usuarios, ya que entre el 30% y el 80% de usuarios las reciben dependiendo del servicio de salud. Por su parte los centros de salud mental comunitario, tiene un mayor promedio de prestaciones al año, tiempos de espera más cortos, más usuarios reciben intervenciones psicosociales, y mayor porcentaje de intervenciones en la comunidad, aunque el porcentaje de niños y adolescente atendidos es menor a lo esperado, que es lo mismo que ocurre en unidades de Psiquiatría ambulatoria (32).

Respecto a los servicios de hospitalización, las medidas de admisión involuntaria aumentaron entre los años 2004 y 2012, aunque las camas en los hospitales psiquiátricos han ido en disminución, mientras que se han implementado nuevas unidades de Psiquiatría forense (32).

La tercera área evaluada correspondiente a la salud mental en la atención primaria de salud, el estudio da cuenta de un aumento del porcentaje de centros que cuentan con psicólogo, y la cantidad de horas promedio que disponen por centro, aumento de médicos que interactúan con salud mental a través de consultorías, y trabajo con organizaciones de usuarios y familiares. Por su parte, los indicadores negativos tienen que ver con la baja capacitación en salud mental de profesionales médicos y no médicos (32).

En relación al área de recursos humanos, aumentaron en más del 50% en relación al año 2004, llegando el 2012 a una tasa de 41,5 profesionales y técnicos por 100.000 beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) (32).

Respecto del área de educación y trabajo con otros sectores, existen programas de salud mental en las áreas de educación, JUNAEB en el programa habilidades para la vida. Al 2012 no existía legislación laboral en cuanto a contratación de personas con discapacidad mental, y los evaluadores dan cuenta de un pobre cumplimiento en cuanto a la no discriminación laboral. En cuanto a vivienda existe una oferta de subsidios a personas con discapacidad, sin distinción del tipo de discapacidad (32).

El ministerio de salud establece colaboración con atención primaria, programas de VIH/SIDA, salud reproductiva, salud del niño, adolescente, adulto, adulto mayor, pueblos indígenas, promoción de la salud, salud laboral, discapacidad y rehabilitación. Ahora bien, existen acuerdos oficiales de colaboración con prevención y tratamiento del abuso de sustancias, sistema de protección infantil, servicios y programas para la discapacidad, educación, trabajo, vivienda, sistema de protección social, servicios y programas para adultos mayores, sistema judicial y sistema carcelario (32).

Finalmente, en el área de monitoreo e investigación, destaca la existencia de un monitoreo estadístico que registra las acciones de los dispositivos de salud mental, el que contiene 4 de los 6 indicadores que el WHO-AIMS priorizo para

establecimientos psiquiátricos. Por su parte los evaluadores señalan que un bajo porcentaje de los profesionales del sistema público trabaja en investigaciones, siendo los psiquiatras quienes más participan, así como, los centros ambulatorios de especialidad, que no son centros de salud mental comunitario (32).

5.3. ATENCIONES DE SALUD MENTAL EN LAS REDES ASISTENCIALES

Las atenciones de salud mental en el Sistema Ambulatorio de Salud Pública en Chile se organiza en dos niveles de atención, el primer nivel corresponde a la atención primaria de salud (APS) que facilita el acceso equitativo, detección, tratamiento, rehabilitación y recuperación de personas con problemas de salud mental (22), y el Centro de Salud Mental Comunitaria, que se integra y complementa con el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria utilizado en la atención de salud general, y que incluye los problemas de salud mental reconociendo a las personas como partes de un grupo familiar y de su comunidad bajo los principio de territorialización, ejercicio de derechos humanos y continuidad de cuidados (33).

Ambos niveles de atención registran sus atenciones en el sistema de información del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), representando las atenciones ambulatorias un indicador compuesto principalmente por las intervenciones desarrolladas por asistente social, atención por médico, atención por psicólogo, psicoterapia individual, atención de terapeuta ocupacional, y atención de enfermería.

Como se señala en el informe WHO AIMS (32), en Chile se han desarrollado progresivamente los sistemas de información, por lo que la información proveniente del DEIS, ha sido útil para monitorizar y evaluar el proceso de desarrollo de la atención ambulatoria en salud mental vinculado a datos demográficos, tipos de prestaciones, profesionales y establecimientos.

A partir del año 2017, según los datos extraídos del DEIS (2021) en Chile las atenciones de salud mental ambulatoria presentan rendimientos que estaban en alza, pasando de 3.824.509 atenciones realizadas en todo el país, aumentando a 4.491.803 realizadas el año 2019, y disminuyendo a 1.849.414 el año 2020. Rendimientos que en la Región de Coquimbo también estaban en alza pasando de 141.181 atenciones de salud mental realizadas el año 2017, a 188.476 atenciones realizadas el año 2019, disminuyendo el año 2020 a 69.659 en el Contexto de la Pandemia COVID-19.

Este sistema de información permite establecer las coberturas administrativas, a través del monitoreo de las personas atendidas, ajustadas por población, y a su vez, monitorizar año a año la incidencia de todos los casos, observando el comportamiento de los distintos problemas de salud mental y el rendimiento en relación con las coberturas.

A su vez, con estos registros se pueden construir series de tiempo de los últimos años, por lo que este sistema estadístico permite evaluar longitudinalmente el rendimiento de la red ambulatoria de salud mental.

6.0. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD EN CHILE

La información en salud es un producto (resultado) esencial para los sistemas de salud, en tanto permite apoyar la planificación, toma de decisiones, operación, vigilancia, monitoreo e investigación en salud (34).

Chile tiene una larga tradición estadística, estableciéndose la primera oficina de estadística entre los años 1842 y 1851, que tuvo como objetivo generar una institucionalidad que permita la recolección y procesamiento de información para conocer y medir los recursos del país. Actualmente el artículo 7 de la constitución de la República establece el marco de acción, estableciendo quienes son las autoridades competentes para recolectar y procesar la información (35).

En Salud Mental el sistema de información ha sido construido junto con la implementación de los planes nacionales y de forma integrada con el sistema general de salud (22). Si bien es cierto antes de 1993 solo se contaba con información respecto del número de consultas ambulatorias y la ocupación de las camas en hospitales generales y psiquiátricos, a partir de entonces se registra el número de consultas individuales y sesiones grupales en salud mental en APS.

Durante la Pandemia COVID-19 los datos han cobrado cada vez más relevancia, por lo que en marzo del 2020, el ministerio de ciencia convocó a diversos actores con el fin de “organizar y disponer datos de la epidemia de COVID-19 para realizar análisis predictivos, científicos y clínicos, contribuyendo su comprensión y a la toma de decisiones basadas en evidencia.”, registrándose los datos a nivel diario gracias al esfuerzo de personal de toda la red de salud y el trabajo de los funcionarios del Ministerio de Salud (35).

No obstante, como señala comisión Al de datos en Chile (35), individuos y organizaciones públicas y privadas se enfrentan a diversas dificultades al momento de acceder a la información, incluso al interior de una misma institución y/o sector por falencias técnicas, marcos jurídicos vigentes, que muchas veces se encuentra con ambigüedades e incertidumbre en las organizaciones del país. Por lo que refieren, se hace urgente la actualización de la normativa vigente que lleva años detenida como por ejemplo el “Proyecto de Ley de Protección y Tratamiento de Datos Personales y la regulación en torno a la ciberseguridad”, así como el impulso a las normas que se ajusten a la velocidad en la que avanza la tecnología, reduzcan la incertidumbre y generen una gobernanza de datos coherente entre los diversos sectores de la sociedad.

En salud mental en la actualidad está disponible información respecto del tipo de prestaciones, profesionales y establecimientos donde se desarrollan acciones de salud mental, y desde el año 2004 se incorporó el registro de ingresos y

egresos, número de consultantes activos diferenciados por diagnóstico. Esta información ha permitido conocer las tasas de acceso, brechas de tratamiento, e inequidades geográficas (22).

IV-PROPÓSITO DE LA EVALUACIÓN

El propósito de este proyecto de evaluación es estimar y explicar el efecto que ha tenido la Pandemia COVID-19 en las atenciones ambulatorias de salud mental realizadas en los servicios de salud mental de la Región de Coquimbo, generando aprendizajes aplicables a nuevas situaciones de pandemias o emergencias similares.

V- OBJETIVOS

Objetivo General.

Estimar y explicar el efecto que ha tenido la Pandemia COVID-19 en las atenciones de los servicios públicos ambulatorios de salud mental de la Región de Coquimbo.

Objetivos específicos

1. Estimar el efecto de la Pandemia COVID-19 en las atenciones ambulatorias en dispositivos de salud mental a nivel Regional y según, Provincia, nivel de atención y sexo.
2. Explicar los hallazgos a partir de las experiencias y percepciones de gestores de servicios de salud mental, profesionales, y representantes de la comunidad.
3. Integrar los hallazgos en meta inferencias a partir de los hallazgos cuantitativos y cualitativos.

VI-MÉTODOS

DISEÑO

El diseño metodológico corresponde a un Método mixto secuencial (DEXPLIS), que tuvo como objetivo evaluar y explicar el impacto de la pandemia COVID-19, en las atenciones ambulatorias de Salud Mental de la Región de Coquimbo.

La primera etapa Cuantitativa consistió en describir el impacto en la red de atención ambulatoria de salud mental, a partir de las atenciones realizadas por los centros de Salud Mental de la Región de Coquimbo durante la Pandemia COVID -19.

La muestra fue conformada por todos los dispositivos que ofrecen atenciones de salud mental ambulatoria (colección completa) en la Región de Coquimbo, que corresponden a 10 Centros Comunitarios de Salud Familiar, 42 centros de Salud Familiar, 12 Hospitales, 2 centros de salud mental, 12 postas de salud rural, y un Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, a través del acceso a bases de datos secundarias del Ministerio de Salud (DEIS), siendo la unidad de medida el establecimiento.

Estos datos corresponden a los registros estadísticos usados regularmente en el sistema de salud, consolidados en el registro estadístico mensual (REM), que contiene la información de los servicios prestados por las instituciones de salud, consolidadas en planillas normadas por el Ministerio de Salud de Chile. Este estudio analizó el periodo 2017-2020.

La información del REM es recopilada desde los registros clínicos electrónicos de cada dispositivo, y su información es validada en cada establecimiento por el Servicio de Orientación Médica Estadística (SOME), correspondiendo este al primer nivel de validación de los datos, para posteriormente ser revisados a nivel comunal, por Servicio de Salud, y Ministerio de Salud. Si bien es cierto los procesos de validación de la información, puede tener alguna limitación en la agregación de la información, dado que los procesos de validación en cada nivel son manuales.

Esta información fue descargada desde la página oficial del Ministerio de Salud (DEIS), para ser trabajada con formatos los softwares, Excel y Stata para realizar las estimaciones respecto del impacto de la Pandemia, en las atenciones ambulatorias de salud mental.

Los resultados fueron Triangulados cualitativamente, siguiendo un perfil Multidominio (36), que tiene como fuente de conocimiento relevante los aportes de la data cuantitativa, como de representantes de la comunidad, trabajadores y gestores de salud mental, a través de grupos focales semi estructurados, orientados desde un enfoque fenomenológico.

Los grupos focales corresponden a una técnica de investigación social que privilegia el habla, cuyo propósito radica en propiciar la interacción a través de la conversación acerca de un tema u objeto de investigación y cuyo interés consiste

en captar la forma de sentir, experimentar y pensar de los individuos que conforman un grupo (37).

Se escogió la técnica del grupo focal, ya que permiten capturar realidades complejas, además de permitir examinar los conocimientos prácticos y opiniones de los grupos humanos, conociendo cuales son los puntos afines como discordantes.

Se desarrollaron tres grupos focales homogéneos: el primero conformado por los gestores de servicios de salud mental ambulatorios, el segundo por profesionales y técnicos de servicios de salud mental ambulatorios, y el tercero por representantes de la comunidad, pertenecientes a los grupos de autoayuda Multifamiliar, que representan una organización sin fines de lucro, que se encuentra desplegada en los centros de atención primaria y secundaria de toda la Región de Coquimbo.

Los grupos focales se desarrollaron a través de la plataforma zoom, guiados a través de una pauta temática (adjunta en los anexos), con una duración de entre 45- 90 minutos, la convocatoria se realizó por correo electrónico y contacto telefónico. Los grupos estuvieron conformados por participantes de cada Provincia (Choapa, Elqui, y Limarí) con la finalidad de recoger la diversidad de las experiencias de la Región de Coquimbo, en torno al efecto de la Pandemia en los servicios ambulatorios de Salud Mental.

Posterior a la producción e interpretación de los resultados, se establecieron meta inferencias de los hallazgos Cuantitativos y Cualitativos, así como su integración o mezcla. Las metainferencias constituyen una complementación, compatibilidad, divergencia o contradicción entre los resultados cuantitativos y cualitativos que permitieron comprender el fenómeno en mayor profundidad.

MUESTRA

Muestra Cuantitativa

Colección completa de servicios ambulatorios de la Región de Coquimbo.

Nivel de atención	Centros de Salud
Atención Primaria de Salud	<ul style="list-style-type: none">• 10 Centros Comunitarios de Salud Familiar• 42 centros de Salud Familiar• 12 postas de salud rural
Atención Secundaria de Salud	<ul style="list-style-type: none">• 12 Hospitales• 2 Centros de salud mental• 1 Programa de Reparación y Atención Integral de Salud

Muestra Cualitativa

Se realizó un muestreo por conveniencia, dado que el investigador es parte de la red de salud mental investigada, y se tomó contacto directo con muchos de los participantes, aunque se realizó una invitación ampliada a todos los trabajadores de la red, la muestra quedó conformada principalmente por las personas que fueron convocadas directamente por el investigador.

Criterios de inclusión cualitativos:

Grupo 1: Gestores y/ Coordinadores dispositivos ambulatorios.

-Gestores y/o Coordinadores de servicios ambulatorios de salud mental de atención primaria de la Región de Coquimbo.

-Gestores y/o Coordinadores de servicios ambulatorios de salud mental de atención secundaria de la Región de Coquimbo.

-Gestores y/o Coordinadores que hayan trabajado en el cargo al menos 6 meses durante la Pandemia del Covid- 19.

-Gestores y/o Coordinadores con acceso a una red estable de conexión a internet.

Grupo 2: Profesionales de dispositivos ambulatorios.

-Profesionales de servicios ambulatorios de salud mental de atención primaria de la Región de Coquimbo.

-Profesionales de servicios ambulatorios de salud mental de atención secundaria de la Región de Coquimbo.

-Profesionales que hayan trabajado en el cargo al menos 6 meses durante la Pandemia del Covid- 19.

-Profesionales con acceso a una red estable de conexión a internet.

Grupo 3: Representantes de la comunidad.

-Representantes de la comunidad de servicios ambulatorios de salud mental de atención primaria de la Región de Coquimbo.

-Representantes de la comunidad de servicios ambulatorios de salud mental de atención secundaria de la Región de Coquimbo.

-Representantes de la comunidad que hayan experimentado la Pandemia COVID-19 como trabajadores comunitarios, familiares o usuarios al menos 6 meses durante la Pandemia.

-Representantes de la comunidad con acceso a una red estable de conexión a internet.

Grupo Focal: Gestores de Salud Mental

Identificador de citas	
código	glosa
E	Entrevistador
GTS.EL.M.1	Gestores Atención Secundaria, Provincia de Elqui, Mujer, participante 1.
GTS.EL.H.2	Gestores Atención Secundaria, Provincia de Elqui, Hombre, participante 2.
GTS.CH.M.3	Gestores Atención Secundaria, Provincia de Choapa, Mujer, participante 3.

Grupo Focal: Trabajadores de Salud Mental

Identificador de citas	
código	glosa
E	Entrevistador
TSM.EL.M.4	Trabajadora Salud Mental, Provincia de Elqui, Mujer, participante 4.
TSM.LI.H.5	Trabajador Salud Mental, Provincia de Limarí, Hombre, participante 5.
TSM. CH.H.6	Trabajador Salud Mental, Provincia de Choapa, Hombre, participante 6.
TSM.EL.M.7	Trabajadora Salud Mental, Provincia de Elqui, Mujer, participante 7.
TSM.CH.H.8	Trabajador Salud Mental, Provincia de Choapa, Hombre, participante 8.
TSM.EL.M.9	Trabajadora Salud Mental, Provincia de Elqui, Mujer, participante 9.

Grupo Focal: Representantes de la Comunidad

Identificador de citas	
código	glosa
E	Entrevistador
RC.EL.H.10	Representante de la Comunidad, Provincia de Elqui, Hombre, participante 10.
RC.El.M.11	Representante de la Comunidad, Provincia de Elqui, Mujer, participante 11.
RC.LI.H.12	Representante de la Comunidad, Provincia de Choapa, Mujer, participante 12.
RC.EL.M.13	Representante de la Comunidad, Provincia de Elqui, Mujer, participante 13.
RC.EL.M.14	Representante de la Comunidad, Provincia de Elqui, Mujer, participante 14.
RC.LI.M.15	Representante de la Comunidad, Provincia de Limarí, Mujer, participante 15.

Entrevista: Gestor Atención Primaria

Identificador de citas	
código	glosa
E	Entrevistador
GTR.P.EL.H.16	Gestor atención primaria, Provincia de Elqui, Hombre, participante 16.

ANÁLISIS

Análisis cuantitativo

Se realizó un análisis de serie de tiempo ininterrumpidos en el periodo 2017-2020, considerando el periodo de pandemia desde los meses de marzo a diciembre del 2020. Los datos fueron tratados con el software Stata construyendo las variables a analizar como lo son Región y Provincia según género y nivel de atención, para posteriormente ser descritas según los objetivos de investigación.

En el análisis se utilizó un modelo econométrico para evaluar si las atenciones del programa de salud mental se han visto afectadas por la Pandemia de COVID-19. El resultado de este modelo permite estimar en términos cuantitativos, la magnitud del efecto expresado como un coeficiente de regresión que resulta de la interacción del tratamiento y el tiempo. El modelo econométrico se corresponde con:

$$Y^* = \beta_0 + \beta_1 * E + \beta_2 * T + \beta_3 * (E * T) + u_i$$

Los comandos Stata para el desarrollo del análisis de series de tiempo ininterrumpidas corresponden a:

ssc install itsa: Busca e instala paquete del repositorio Statistical Software Components (SSC), para trabajar con series de tiempo ininterrumpidas.

gen panel = 1: generar panel de datos.

tsset panel tiempo, monthly: Completar el panel de datos según mes.

itsa depvar (col01): Comando, de variable dependiente

treated (1): Comando numérico que asume la unidad tratada.

trp(722): Período de tiempo en que ocurrió la intervención (mes de abril)

single figure replace: Genera figura con los valores observados y predichos del modelo.

itsa depvar (col01) treated (1) trp(722) single figure replace

Los parámetros (resultados) que produce estos comandos de STATA corresponden al estimador Newey West:

_t: Velocidad de crecimiento de la pendiente de atenciones de salud mental, pre inicio de la Pandemia COVID-19.

_x723: Disminución inmediata de las atenciones al inicio de la Pandemia Covid-19 (abril 2020).

_x_t723: Velocidad de crecimiento de la pendiente de atenciones de salud mental, post inicio de la Pandemia Covid-19.

_cons: Valor del desenlace al primer año de observación.

Análisis cualitativo

El análisis de información cualitativo fue orientado por el análisis de contenido cualitativo que desde la perspectiva de Mayring (38) se corresponde con un enfoque de análisis empírico, metodológico y controlado de textos dentro de su contexto de comunicación y modelos paso a paso sin cuantificación de por medio, específicamente en el sentido de las palabras y análisis de los temas y categorías propuestas, lo que corresponde a un análisis de contenido de tipo semántico (39).

Para la reducción de datos se trabajará con las transcripciones literales de los grupos focales, en función de criterios temáticos, que serán identificados y agrupados a partir del análisis de tipo inductivo, que posibilite la emergencia de códigos y categorías con apoyo del software online QCAmap 2020. Este software de acceso abierto y uso libre fue desarrollado por la Universidad de Pittsburgh, y permite realizar el análisis de contenido, cifrando la información para mantener la privacidad del análisis.

Posteriormente estos códigos y categorías fueron dispuestas para su síntesis y agrupamiento de información, para su posterior interpretación fenomenológica en torno a la temática, lo que dio origen a nueve categorías que permiten profundizar los resultados cuantitativos, así como, incorporar información emergente con nuevos tópicos de análisis.

VII- CONSIDERACIONES ÉTICAS

En Chile, la investigación se encuentra regulada a partir del 2010, por la Ley 20.120 sobre la Investigación científica en el ser humano. Esta ley tiene por finalidad proteger a los seres humanos desde su concepción, resguardando su integridad física y psíquica. A su vez, la investigación se encuentra regulada por la ley 20.584 que regula los derechos y deberes de los pacientes.

La presente investigación presenta un alto nivel de resguardo para la participación de poblaciones vulnerables, en tanto, la primera etapa del proyecto de investigación corresponde al análisis de datos secundarios, al que el investigador tiene acceso como trabajador de la salud de la Región de Coquimbo. Por su parte, la etapa de triangulación incorporó a actores clave, a quienes se les entregó el consentimiento informado respectivo, en la cual se explicaron los resguardos a su identidad, confidencialidad y libertad de expresión, que en ningún caso afectará su calidad de trabajador o usuario del sistema de salud.

Las grabaciones de los grupos focales, como los audios fueron almacenados en un disco duro externo destinado únicamente para el propósito de investigación, los audios serán transcritos resguardando la identidad de los participantes asignando números y letras según los criterios de variabilidad, pudiendo acceder a las grabaciones originales solo el investigador, siguiendo las recomendaciones de las normas CIOMS (40).

La participación en la presente investigación no presentó beneficios directos para los participantes, no obstante, los resultados pueden constituir un aporte al conocimiento que se tiene respecto del efecto que tiene la Pandemia COVID-19 en las atenciones ambulatorias en salud mental, por lo que constituye un insumo para los tomadores de decisiones, a la hora de planificar una respuesta ante una emergencia similar. El presente proyecto fue presentado y aprobado el 4 de mayo del 2021 por el Comité de Ética del Servicio de Salud Coquimbo (Anexo 4).

VIII PLAN DE TRABAJO REALIZADO

Objetivo	Actividad	Tarea	Año 2021									
			Marzo	Abril	Mayo	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	
Estimar y explicar el efecto que ha tenido la Pandemia COVID-19 en las atenciones de los servicios públicos ambulatorios de salud mental de la Región de Coquimbo.	Marco Teórico	Revisión Bibliográfica	X									
		Redacción	X									
	Marco Metodológico	Selección de diseño		X								
		Redacción		X								
	Aspectos Éticos	Revisión y redacción de alcances éticos del proyecto			X							
		Presentación al Comité académico				X						
		Presentación al Comité de ética					X					
	Resultados Cuantitativos	Descargar y preparar DATA						X				
		Análisis DATA						X				
		Redacción DATA						X				
	Resultados Cualitativos	Grupos focales							X			
		Transcripción grupos focales							X			
		Análisis cualitativos							X			
		Redacción de resultados								X		
	Resultados	Redacción Metainferencias								X		
	Entrega de Proyecto	Revisión final del proyecto										X

IX RESULTADOS FASE CUANTITATIVA

El análisis de la información cuantitativa respecto de las atenciones de salud mental se realizó a partir de los datos disponibles del Departamento de Estadísticas y de Información (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile.

Esta información corresponde a los registros oficiales de la red de salud pública de Chile, y representan la mayor parte de las atenciones ambulatorias que se realizan en la red pública de salud. Los datos corresponden a la información mensual (REM) entregada por cada centro de salud de atención primaria y secundaria sobre las atenciones de salud mental realizadas por los diversos profesionales y técnicos que conforman los dispositivos, desde médicos generales, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y técnicos en salud mental y rehabilitación.

Los datos fueron trabajados con el software de análisis estadístico STATA 16 y Excel. El análisis de la información contempla el análisis estadístico de diferencias en diferencias, para la Región de Coquimbo, con la finalidad de estimar, la disminución inmediata de las atenciones de salud mental, como los cambios en la velocidad de pendientes en las atenciones pre y post pandemia según género y nivel de atención, mientras que, para las provincias de Elqui, Limarí, y Choapa se presenta un análisis descriptivo de la disminución de las atenciones según género y nivel de atención.

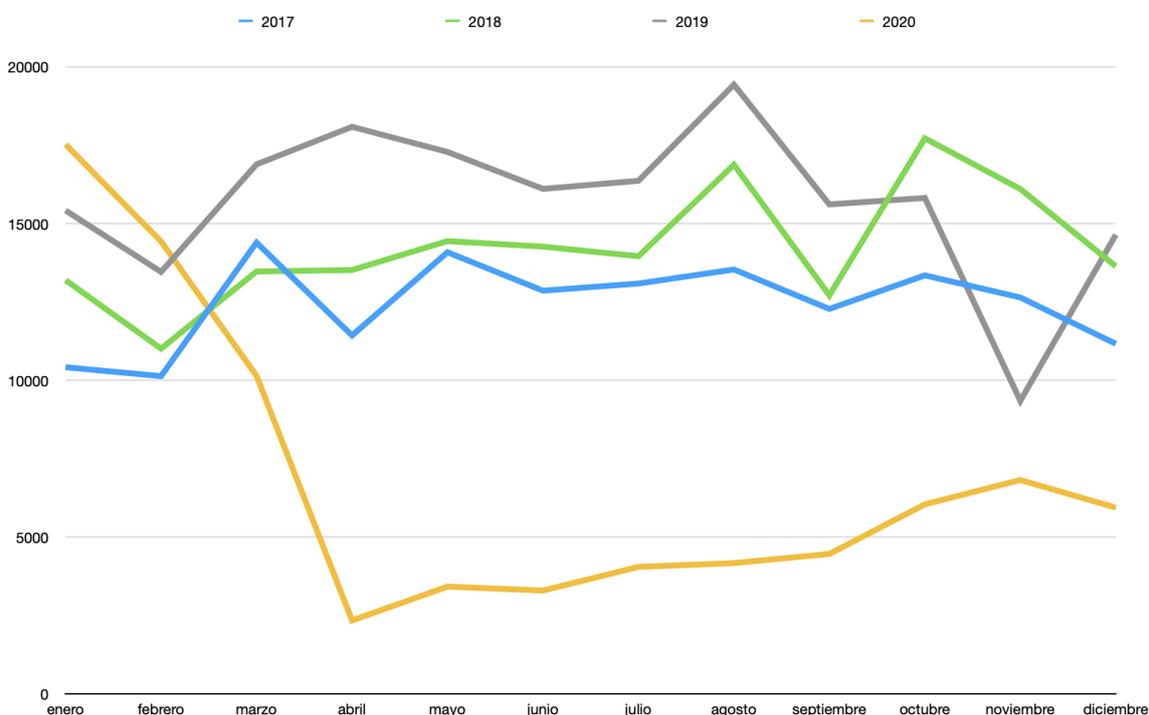
1.- REGIÓN DE COQUIMBO

La región de Coquimbo, tiene una población de 757.586 habitantes, y se encuentra compuesta por tres provincias. Las atenciones de salud mental se desarrollan en 150 dispositivos que van desde las postas rurales a la atención desarrollada en hospitales generales. Las atenciones de salud mental desarrolladas en atención primaria, corresponden a las realizadas en 98 postas de salud rural, 10 centros comunitarios de salud familiar (CECOF), 30 centros de salud familiar (CESFAM), y 1 Servicio de atención primaria de urgencias (SAPU). Mientras que las atenciones realizadas en atención secundaria corresponden a las realizadas en 9 hospitales, 1 Programa de reparación y atención integral en salud (PRAIS), y un Centro de Salud Mental (COSAM).

La gráfica 1, muestra las atenciones realizadas entre el 2017-2020 en la Región de Coquimbo de enero a diciembre. Es posible observar en el total de atenciones de salud mental, el aumento sostenido pasando de 149.389 atenciones realizadas al año 2017, a realizar 188.476 el año 2019. Por su parte, el año 2020 la cantidad de atenciones disminuyó a 82.648 atenciones de salud mental realizadas al año.

Además se puede observar, como durante los meses de enero y febrero las atenciones de salud mental, se encontraban al alza en relación a los años anteriores, no obstante, en marzo como consecuencia de la pandemia, las atenciones empezaron a disminuir, sufriendo su descenso más significativo en el mes de abril del 2020, que se encuentra muy por debajo a las atenciones realizadas en los años anteriores. Aunque las atenciones de salud mental, aumentaron progresivamente de mayo a noviembre, estas se mantuvieron por debajo de las realizadas en los años anteriores.

Gráfica 1: Atenciones mensuales de salud mental 2017-2020, Región de Coquimbo.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En la tabla número 1, se puede observar que al inicio de la Pandemia en la Región de Coquimbo (abril del 2020), en donde existió una disminución inmediata de 13.604 atenciones, lo que corresponde a un 85 % menos respecto del 2019.

La misma tabla da cuenta de que las atenciones de salud mental desde el año 2017 estaban aumentando a una velocidad de 97 atenciones mensuales en la Región de Coquimbo, mientras que desde mayo del 2020 existió una recuperación acelerada, a un velocidad de 411 atenciones mensuales, pero que no llegó a una recuperación completa de las atenciones en relación a los años anteriores, tal y como se puede observar en la tabla 1, en la fila xt723.

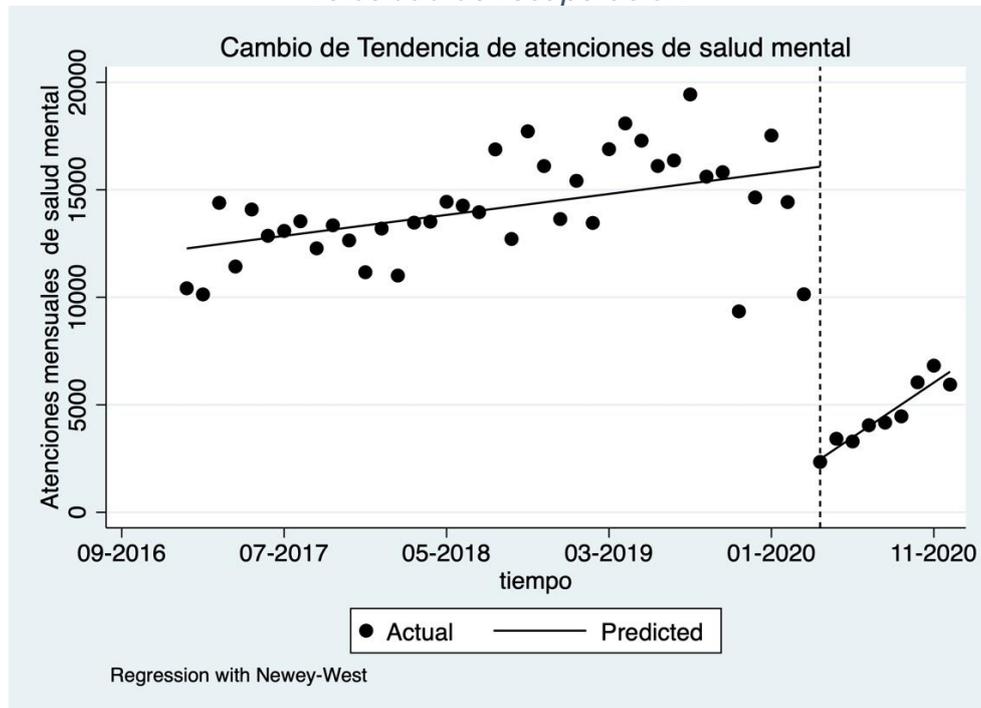
Tabla 1: Disminución de atenciones de salud mental, Región de Coquimbo.

Newey-West						
Total	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
_t	97	3.813.219	2.56	0.014	2.067.493	1.743.757
_x723	-13604	1034.63	-13.15	0.000	15689.98	-11519.66
_x_t723	411	7.733.223	5.32	0.000	2.552.218	5.669.276
_cons	12272.38	5.876.395	20.88	0.000	11088.07	13456.69

Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia

La gráfica 2 ofrece información respecto de la velocidad de aumento de las atenciones mensuales en la Región de Coquimbo, en el eje X se encuentra el tiempo en años, interceptado por la recta horizontal que marca el inicio de la pandemia en la región, y el eje Y representa la cantidad de atenciones mensuales. Cada punto representa el promedio de atenciones mensuales, y la recta que atraviesa el conjunto de puntos la velocidad de aumento de las atenciones, pre pandemia que era de 97 atenciones mensuales y post inicio de la Pandemia, que corresponde a 411 atenciones mensuales hasta diciembre del 2020.

Gráfica 2: Impacto de la Pandemia en las atenciones de salud mental y velocidad de recuperación.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En relación a las atenciones regionales de salud mental según género, la tabla n°2 da cuenta de una disminución inmediata de 8.267 atenciones de salud mental en las Mujeres, lo que corresponde a una disminución de un 83 % de las atenciones respecto del último punto pre Pandemia. Por otro lado, la tabla número dos permite dar cuenta de que las atenciones de salud mental en mujeres aumentaban previo a la pandemia a una velocidad de 62 atenciones mensuales, con una recuperación desde el inicio de la pandemia de 257 atenciones mensuales.

Tabla 2: Disminución de atenciones de salud mental en mujeres, Región de Coquimbo.

Mujeres	Newey-West					
	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
_t	62	230.304	2.71	0.010	1.593.953	108.769
_x723	-8.267	6.359.996	-13.00	0.000	-9.549.567	-6.986.021
_x_t723	257	5.590.328	4.61	0.000	1.453.134	3.706.447
_cons	7492	3.544.273	21.14	0.000	6.777.788	8.206.391

Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia

En cuanto, a las atenciones de salud mental en hombres de la Región de Coquimbo, la tabla 3 da cuenta de una disminución de 5.318 atenciones al inicio de la Pandemia, lo que corresponde a una disminución de un 87% respecto de las atenciones en hombres. Además, la tabla 3 permite observar que las atenciones de los hombres aumentaban a una velocidad de 57 atenciones mensuales, teniendo una recuperación desde el inicio de la pandemia de 130 atenciones mensuales a diciembre del 2020.

Tabla 3: Disminución de atenciones de salud mental en hombres, Región de Coquimbo.

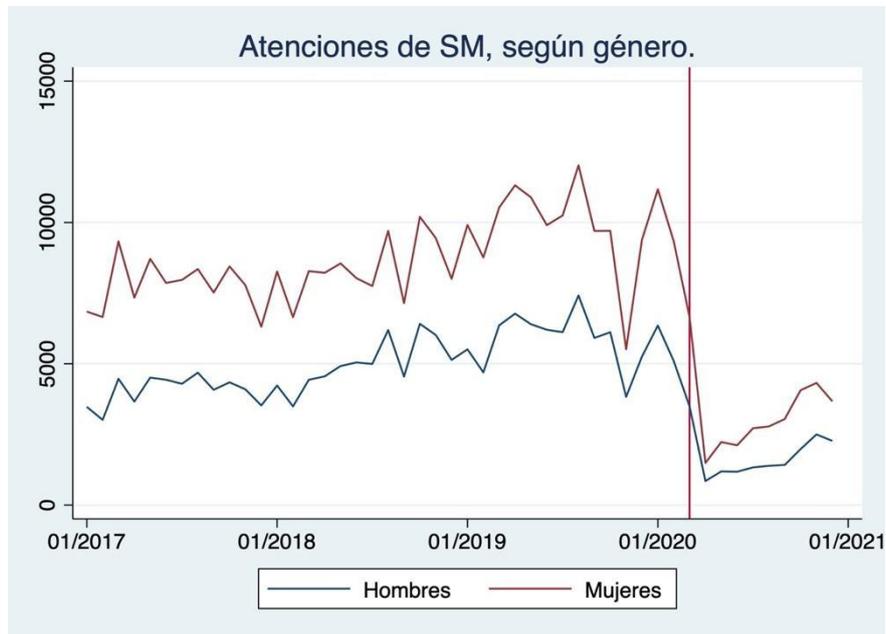
_hom	Newey-West					
	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
_t	57	1.523.128	3.80	0.000	2.714.467	8.853.792
_x723	-5318	4.183.263	-12.71	0.000	-6.161.461	-4.475.298
_x_t723	130	274.126	4.76	0.000	751.789	1.856.718
_cons	3.877.503	2.269.402	17.09	0.000	3.420.135	4334.87

Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

Al comparar la disminución de las atenciones entre hombres y mujeres, es posible dar cuenta que la pandemia impactó a hombres y mujeres de la región, ya que ellas tuvieron 8.267 atenciones menos respecto del 2019, lo que representó un 83% de disminución, mientras que los hombres tuvieron 5.318 atenciones menos, lo que corresponde a un 87% tal y como se puede apreciar en la gráfica 3.

En esta gráfica el eje X representa el tiempo, demarcado por enero de cada año entre 2017-2020, y el eje Y representa la cantidad de atenciones, cada punto representa el número de atenciones promedio que se realizaron en cada mes del año. Esta gráfica muestra una caída más pronunciada en mujeres, dado que ellas utilizaban más los servicios de salud mental que los hombres, no obstante, al comparar el porcentaje disminución, es posible dar cuenta que los hombres tuvieron una disminución un poco más pronunciada.

Gráfica 3: Atenciones de Salud Mental según género, Región de Coquimbo.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En relación a la disminución de las atenciones de salud mental según el nivel de atención, la tabla 4 da cuenta de una disminución inmediata para la atención primaria de 7.189 atenciones de salud mental, lo que corresponde a un 85% de las atenciones que se realizaban en este nivel. A su vez, los resultados dan cuenta de que hasta el inicio de la pandemia, las atenciones en salud mental

crecían a una velocidad de 27 atenciones mensuales, con una recuperación desde mayo del 2020 de 322 atenciones mensuales a diciembre del mismo año.

Gráfica 4: Disminución de atenciones de salud mental en atención primaria, Región de Coquimbo.

		Newey- West				
_primaria	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
_t	27	2.608.006	1.04	0.302	-2.535.078	7.977.102
_x723	-7.189	7.211.655	-9.97	0.000	-8.642.582	-5.735.755
_x_t723	322	5.544.067	5.81	0.000	2.103.065	4.337.732
_cons	7.417.751	3.676.757	20.17	0.000	6676.75	8.158.753

Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En cuanto a la atención secundaria, las atenciones de salud mental tuvieron una disminución de 6.415 atenciones, lo que corresponde a una disminución del 85%. La atención secundaria a nivel regional, tenía una velocidad de aumento de 70 atenciones mensuales, previo al inicio de la pandemia, con una velocidad de recuperación de 89 atenciones por mes, lo que corresponde a menos de la mitad de la velocidad de recuperación de la atención primaria en la región de Coquimbo.

Tabla 4: Disminución de atenciones de salud mental en atención secundaria, Región de Coquimbo.

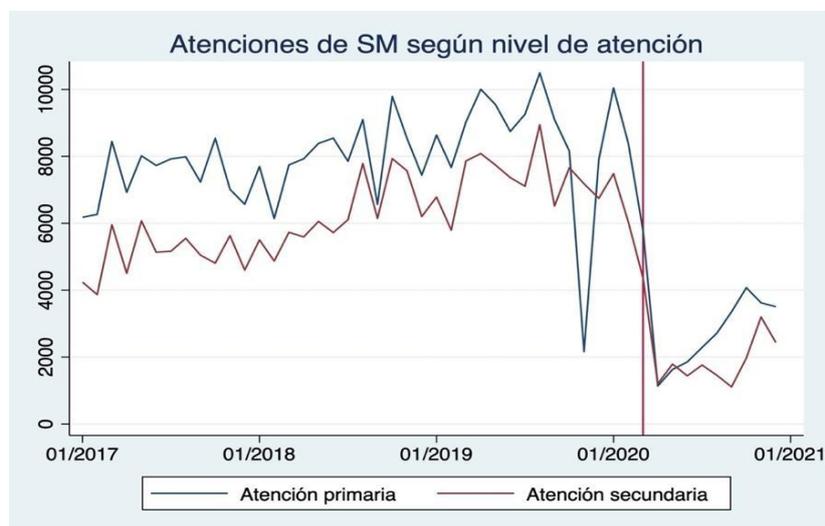
		Newey- West				
_secundaria	Coef.	Std. Err.	t	P>t	[95% Conf.	Interval]
_t	70	170.652	4.12	0.000	3.592.254	1.047.078
_x723	-6.415	479.599	-13.38	0.000	-7.382.221	-5.449.084
_x_t723	89	5.776.136	1.54	0.130	-2.737.555	2.054.452
_cons	4.854.627	2.762.347	17.57	0.000	4.297.913	5.411.341

Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

La gráfica 4, permite observar las atenciones de salud mental respecto del nivel de atención primario y secundario, dando cuenta de una disminución mas marcada de la atención primaria de 7.189 atenciones, al inicio de la pandemia,

mientras que la atención primaria tuvo una disminución de 6.415 atenciones, en la Región de Coquimbo.

Gráfica 4: Atenciones de Salud Mental según nivel de atención, Región de Coquimbo.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

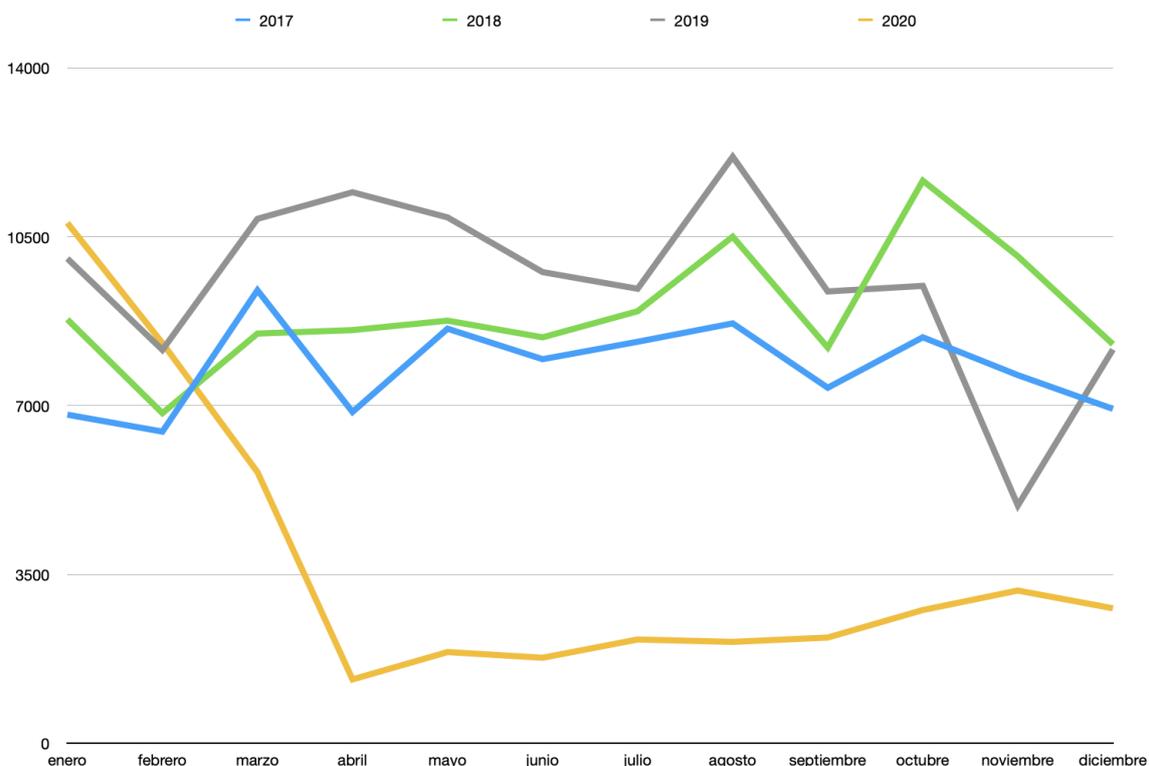
2.- PROVINCIA DE ELQUI

La provincia de Elqui está conformada por las comunas de Andacollo, Coquimbo, La Higuera, La Serena, Paihuano, y Vicuña con una población de 496.337 habitantes. Las atenciones de salud mental de atención primaria se desarrollan en 6 centros comunitarios de salud familiar, 19 centros de salud familiar, 22 postas rurales y un SAPU, mientras que las atenciones de atención secundaria se realizan en 1 CESAM, 4 hospitales y 1 PRAIS.

La gráfica 5 permite observar como en la Provincia de Elqui, las atenciones de salud mental, se encontraban en alza desde el 2017, teniendo para los meses de enero y febrero del 2020 una cantidad de atenciones mayores a las realizadas en los años anteriores, no obstante, con el inicio de la Pandemia a nivel nacional en marzo del 2020, y con el inicio del primera caso en la Región, estas atenciones disminuyeron de forma abrupta en el mes de abril.

El total de atenciones para la provincia de Elqui disminuyó de 114.708 atenciones realizadas durante el 2019, a 44.898 atenciones realizadas durante el 2020, lo que significa una disminución de un 61 % respecto de las atenciones totales, siendo la Provincia que tuvo la disminución más pronunciada de la Región.

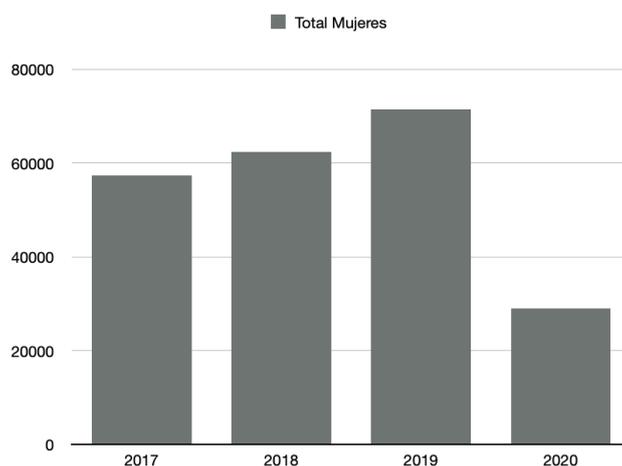
Gráfica 5: Atenciones Mensuales de salud mental 2017-2020, Provincia de Elqui.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En cuanto a las atenciones de salud mental según género en la provincia de Elqui, existió una disminución inmediata en abril del 2020 de 6.317 atenciones de salud mental para las mujeres, lo que corresponde a una disminución de un 88% respecto de abril del 2019. Si bien es cierto, al año existió una recuperación de las atenciones en las mujeres durante el año 2020 posterior al inicio de la pandemia, al comparar las atenciones totales realizadas el 2020 de 28.983 atenciones, con las realizadas el año 2019 (71.539), se puede observar en la gráfica 6 que al cerrar el año 2020, se mantenía un déficit de atención del 60 % respecto del año 2019.

Gráfica 6: Atenciones anuales 2017-2020 de mujeres, Provincia de Elqui.

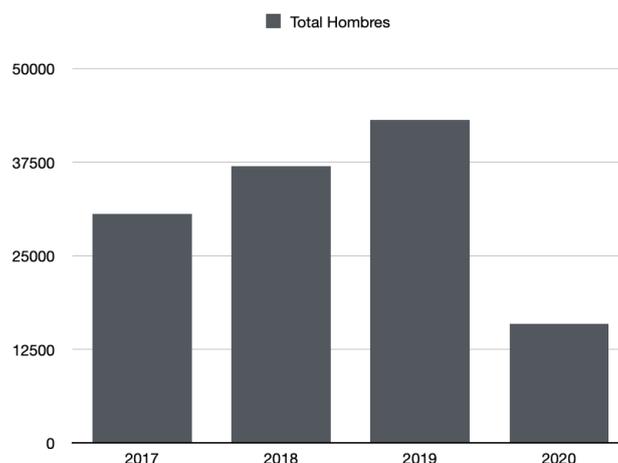


Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En cuanto a las atenciones de salud mental según género en hombres para la provincia de Elqui, existió una disminución inmediata para abril del 2020 de un 89 % respecto del 2019, pasando de 4.249 atenciones realizadas el año 2019, a 469 atenciones realizadas el 2020.

Al observar el comportamiento de las atenciones para los hombres de la provincia de Elqui al año 2020, la gráfica 7 permite observar la disminución anual de un 63 % a diciembre del 2020, pasando de realizar 43.169 atenciones el 2019, a 15.915 atenciones en hombres.

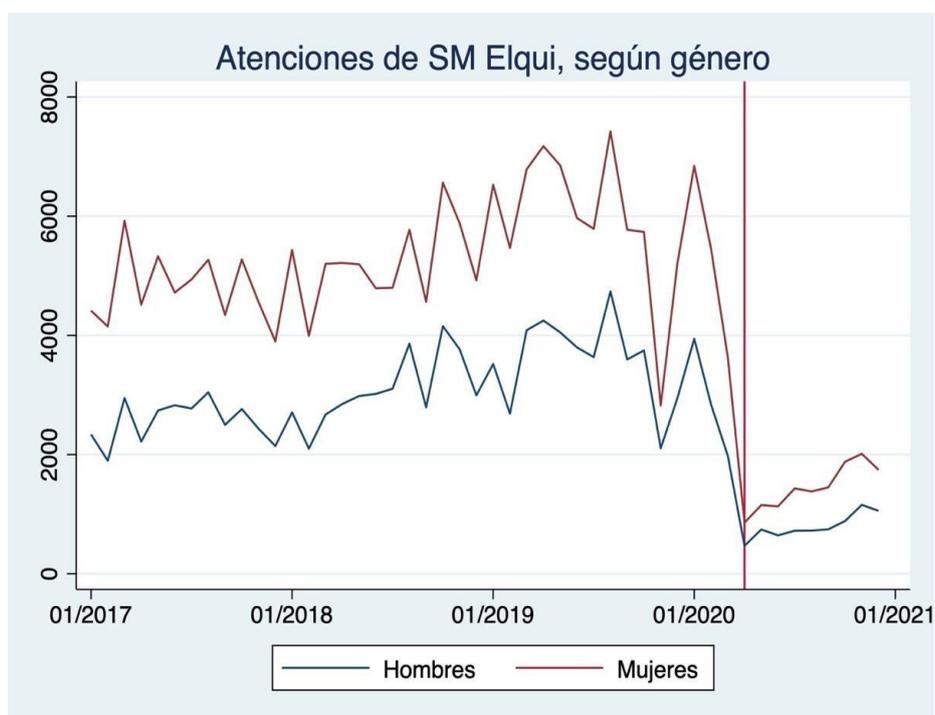
Gráfica 7: Atenciones anuales de salud mental 2017-2020 de hombres, Provincia de Elqui.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En la gráfica 8, se puede observar que en la provincia de Elqui, las mujeres hacen un mayor uso de los servicios de salud mental, y ellas tuvieron una disminución más marcada al año 2020 respecto de los hombres, con una disminución de 42.556 atenciones, mientras que las atenciones de los hombres disminuyeron 27.256 atenciones al año, respecto de las atenciones realizadas el 2019.

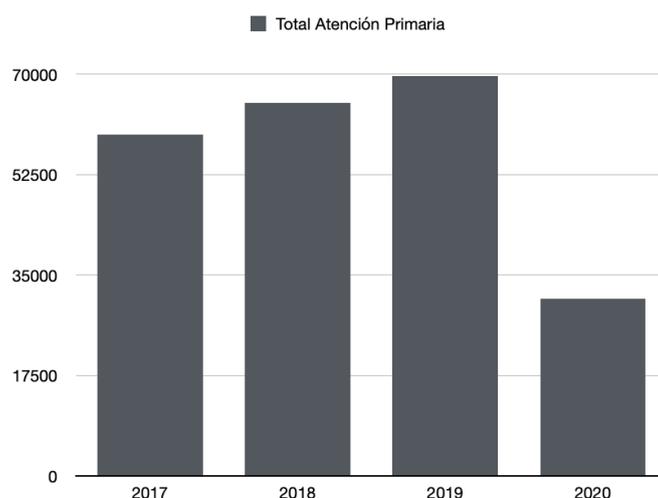
Gráfica 8: Atenciones salud mental según género 2017-2020, Provincia de Elqui.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En cuanto a las atenciones según nivel de atención para la provincia de Elqui, la disminución para la atención primaria en abril del 2020 de un 89 % respecto de abril del 2019, pasando de 7.182 atenciones realizadas el 2019, a 788 atenciones realizadas en abril del 2020. La gráfica 9 por otro lado muestra que a diciembre del 2020 se mantuvo un descenso significativo de las atenciones para la atención primaria del 55% pasando de realizar 69.765 atenciones el 2019, a realizar 30.832 en este nivel de atención el 2020.

Gráfica 9: Atenciones anuales de salud mental 2017-2020, atención primaria, Provincia de Elqui.

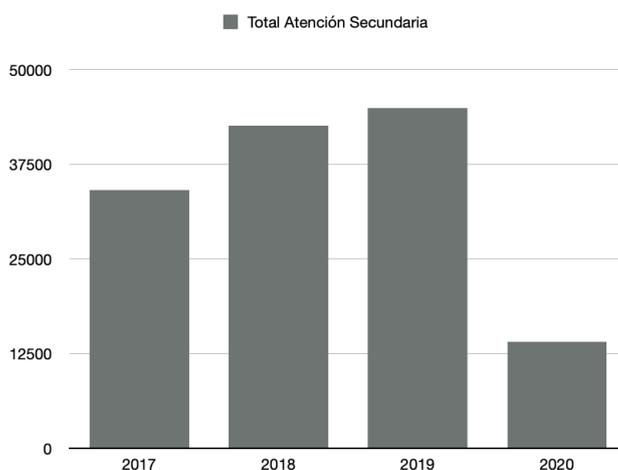


Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

Para la atención secundaria de la provincia de Elqui, existió una disminución inmediata en abril de 2020 de una 87% de las atenciones realizadas, respecto de las atenciones realizadas en abril del 2019, pasando de 4.242 atenciones realizadas el año 2019, a 539 atenciones realizadas en el mes de abril en atención secundaria.

En cuanto el impacto que tuvo la pandemia, en el total de atenciones realizadas en la provincia de Elqui para la atención secundaria, la gráfica 10 muestra que se mantuvo una disminución a diciembre del 2020 del 68 % respecto del 2019, pasando de realizar 44.943 atenciones el 2019, a 14.066 el 2020.

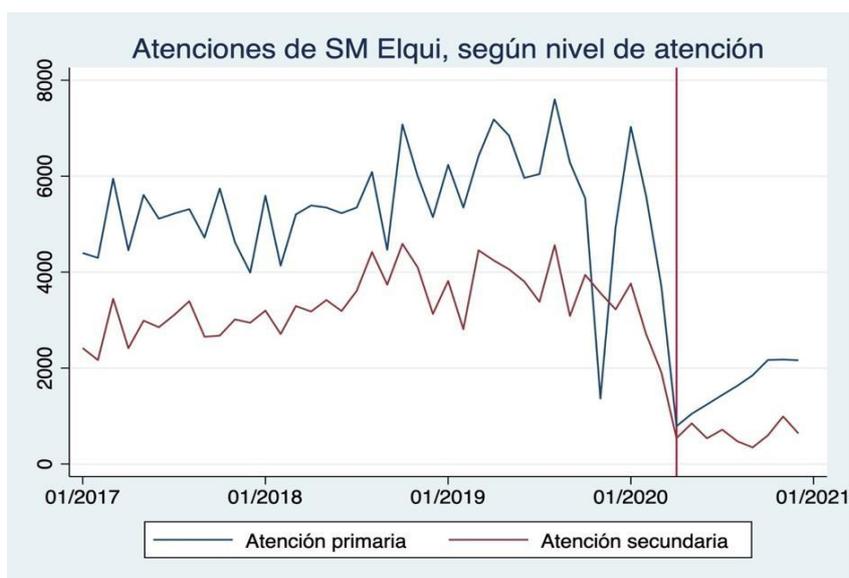
Gráfica 10:Atenciones anuales de salud mental 2017-2020, atención ecundaria, Provincia de Elqui.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

Al comparar las atenciones realizadas desde el 2017 al 2020 en la provincia de Elqui según nivel de atención, la gráfica 11 muestra que la atención primaria realiza una mayor cantidad de atenciones en salud mental en la Provincia, y a su vez tuvo la caída de atenciones más pronunciada respecto de la atención secundaria, realizando 38.933 atenciones menos respecto del 2019, mientras que la atención secundaria realizo 30.877 atenciones menos. Por otro lado, la gráfica 11 muestra como la atención primaria de la provincia de Elqui, tuvo una recuperación parcial más significativa que la atención secundaria.

Gráfica 11: Atenciones de salud mental 2017-2020, según nivel de atención, Provincia de Elqui.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

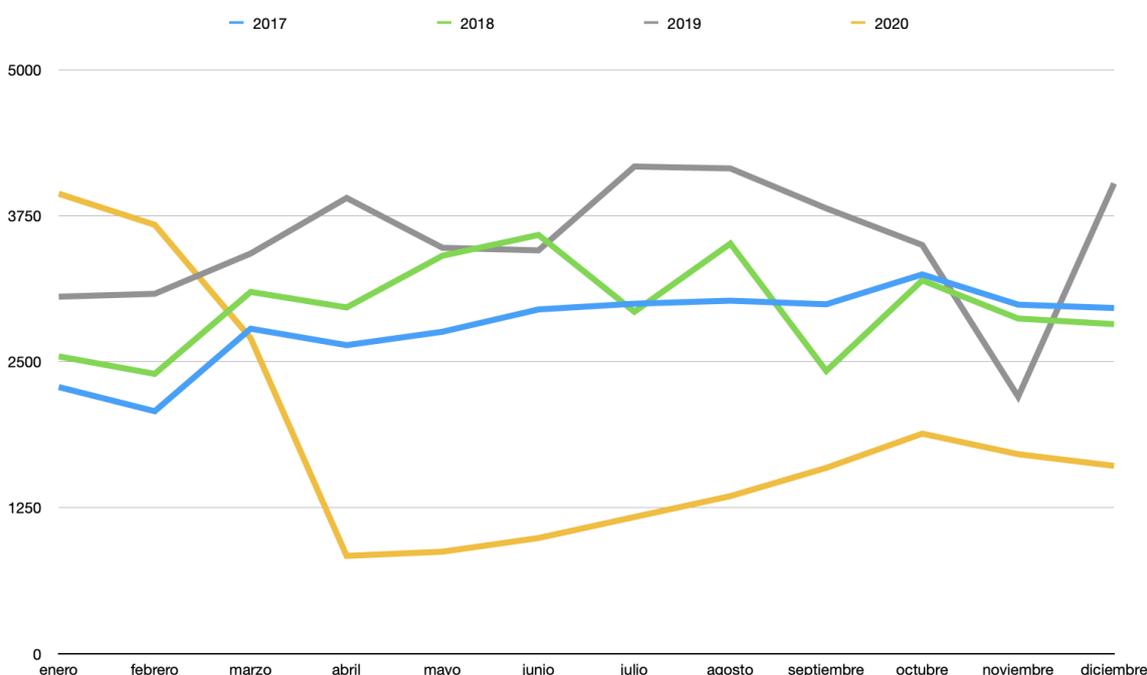
3.- PROVINCIA DE LIMARÍ

La provincia de Limarí tiene una población de 170.399 habitantes, y está compuesta por las comunas de Ovalle, Combarbalá, Monte Patria, Punitaqui y Río Hurtado. A nivel de atención primaria de salud, existen 39 postas de salud rural, 11 centros de salud familiar, y 4 centros comunitarios de salud familiar, mientras que la atención secundaria se realiza en 2 hospitales.

En la provincia de Limarí, las atenciones de salud mental se encontraban en alza desde el año 2017 al 2019, como se puede apreciar en la gráfica 12, iniciando la disminución parcial de las atenciones en marzo del 2020 coincidente con los primeros casos a nivel nacional, para en abril del 2020 disminuir ampliamente respecto de las atenciones realizadas los años anteriores, pasando de 3.902 atenciones realizadas en abril del 2019, a 836 realizadas en abril del 2020, lo que implica una disminución del 78%.

Al comparar el total de atenciones realizadas el año 2019, que corresponde a 42.257 atenciones con las 22.312 realizadas el 2020, a diciembre existió una disminución del 47% del total de atenciones en la provincia de Limarí.

Gráfica 12: Atenciones Mensuales de salud mental 2017-2020, Provincia de Limarí.

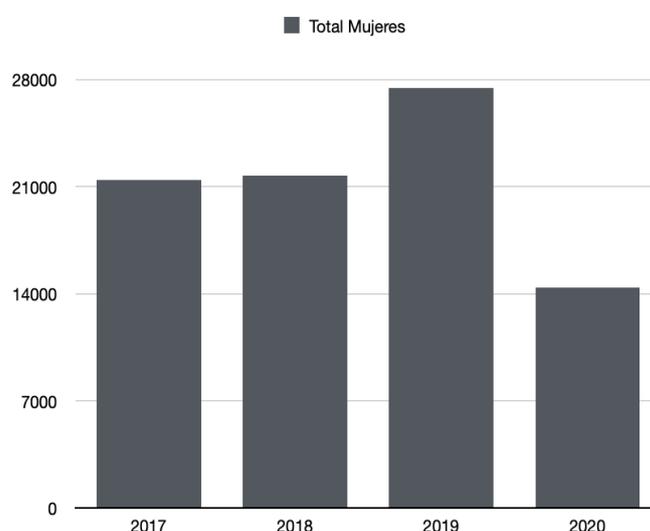


Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En cuanto a las atenciones según género en la Provincia de Limarí, las mujeres tuvieron una disminución en abril del 2020 de un 79% respecto del 2019, pasando de 2.566 atenciones realizadas en abril del 2020, a 516 atenciones realizadas en abril del 2020.

Al observar el gráfico 13, podemos dar cuenta de una recuperación parcial de las atenciones para las mujeres durante el 2020 en la Provincia de Limarí, pasando de 27.423 atenciones realizadas en mujeres el 2019, a 14.404 atenciones realizadas el 2020, lo que corresponde a una disminución del 47 % de las atenciones de SM en la Provincia de Limarí.

Gráfica 13: Atenciones anuales de salud mental en mujeres 2017-2020, Provincia de Limarí.

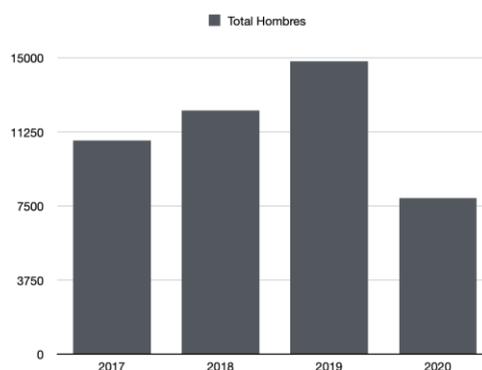


Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En hombres de la Provincia de Limarí, existió una disminución inmediata al inicio de la Pandemia de un 76%, pasando de realizar 1.336 atenciones al 2019, a 320 realizadas en abril del 2020.

Por su parte, la gráfica 14 muestra que al finalizar el año 2020, las atenciones de los hombres sufrieron una disminución del 46 % de las atenciones respecto de las atenciones recibidas el año 2019, pasando de 14.834 atenciones realizadas el 2019 a 7.908 atenciones el 2020.

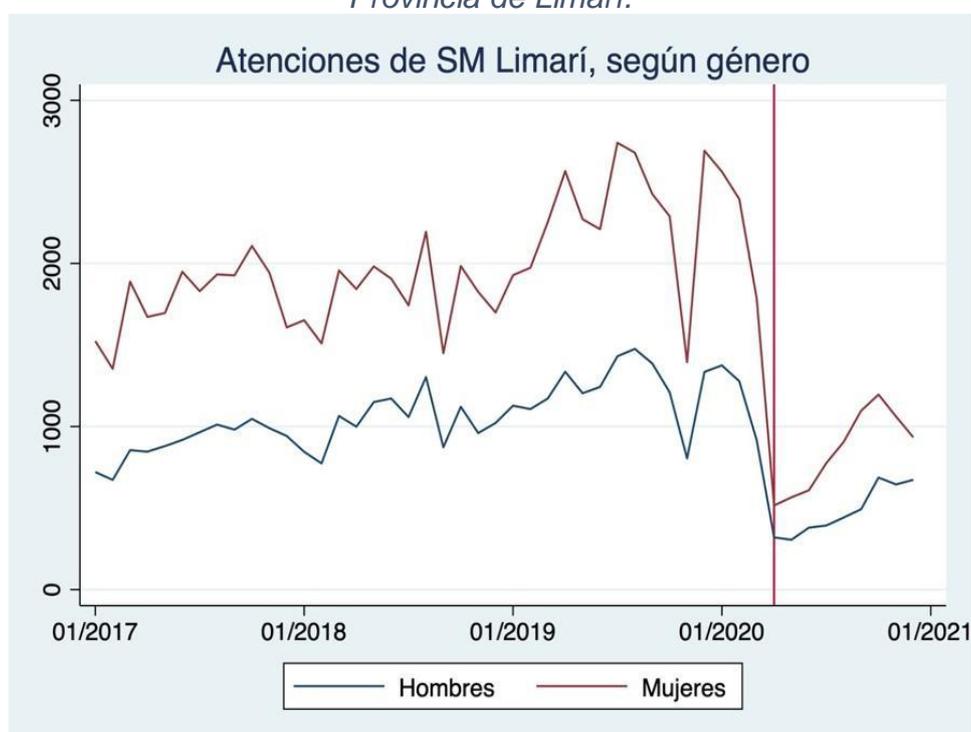
Gráfica 14: Atenciones anuales de salud mental en hombres 2017-2020, Provincia de Limarí.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

Al comparar las atenciones según género en la provincia de Limarí, es posible apreciar en la gráfica 15, que las mujeres de la provincia eran quienes más utilizaban los servicios de salud mental, y fueron quienes sufrieron una caída más pronunciada de las atenciones, realizando 13.019 menos que el año 2019, mientras que los hombres realizaron 6.926 menos que el 2019.

Gráfica 15: Atenciones Mensuales de salud mental 2017-2020 según género, Provincia de Limarí.

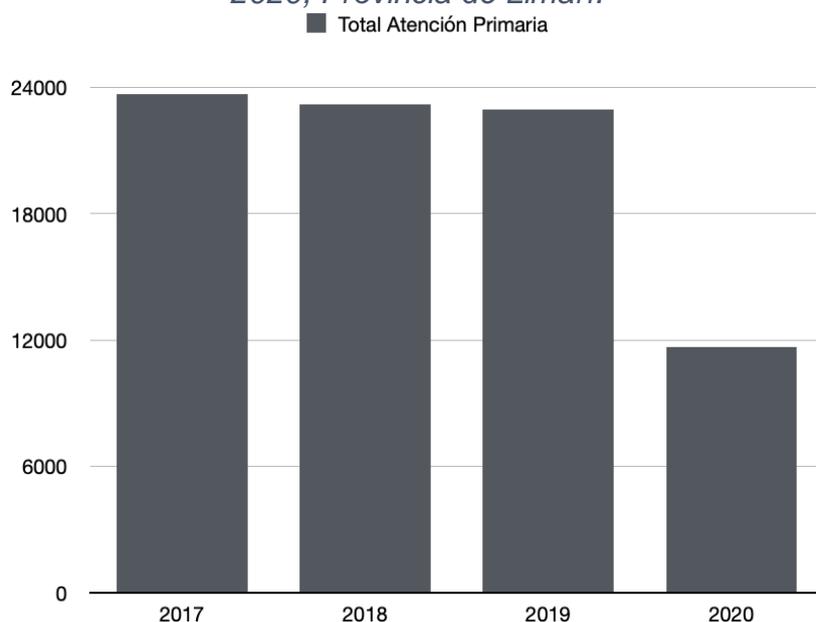


Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En relación con las atenciones realizadas en la atención primaria de salud de la Provincia de Limarí, existió una disminución inmediata en abril del 2020 de un 90%, pasando de 2.208 atenciones realizadas en abril del 2019, a 221 atenciones desarrolladas en abril del 2020.

Por su parte, al evaluar la disminución que existió al año para la atención primaria de la Provincia de Limarí, esta se mantuvo en un 50% a diciembre del 2020, pasando de 22.961 atenciones realizadas el 2019, a 11.646 atenciones realizadas a diciembre del 2020, como se muestra en la gráfica 16.

Gráfica 16: Atenciones anuales de salud mental en atención primaria 2017-2020, Provincia de Limarí.

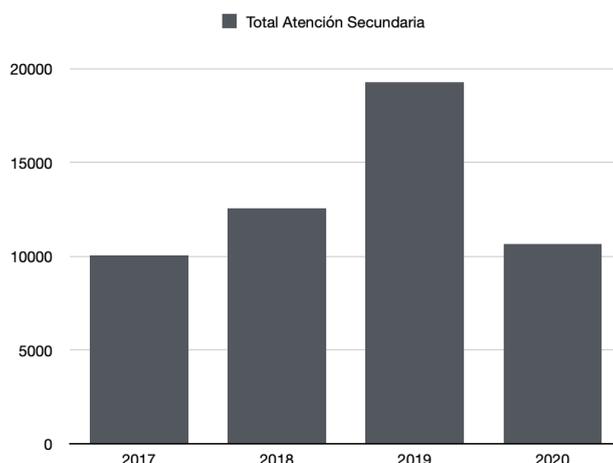


Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En cuanto a la disminución de las atenciones para la atención secundaria, existió una disminución del 63% de las atenciones para abril del 2020, pasando de realizar 1.694 atenciones en abril del 2019, a 615 atenciones en abril del 2020.

Al finalizar el año 2020, las atenciones de atención secundaria en la Provincia de Limarí, tuvo una disminución de un 45%, pasando de 19.296 atenciones realizadas el 2019, a 10.666 atenciones realizadas el 2020, como queda representado en la gráfica 17.

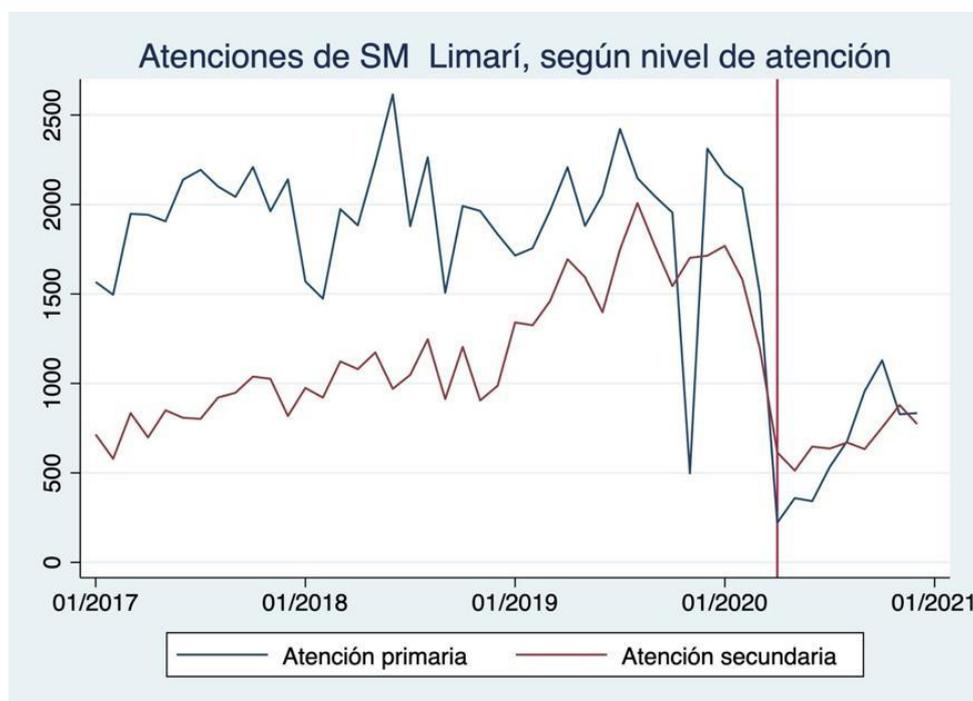
Gráfica 17: Atenciones anuales de salud mental en atención secundaria 2017-2020, Provincia de Limarí.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

Al comparar las atenciones según nivel de atención en la Provincia del Limarí, es posible dar cuenta que una mayor cantidad de atenciones son desarrolladas en atención primaria de salud, como se puede apreciar en la gráfica 18. En esta Provincia, la pandemia produjo una disminución de 11.315 atenciones para la atención primaria, mientras que la atención secundaria disminuyó en 8.630 atenciones de salud mental.

Gráfica 18: Atenciones Mensuales de salud mental 2017-2020 Atención Primaria, según nivel de atención, Provincia de Limarí.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

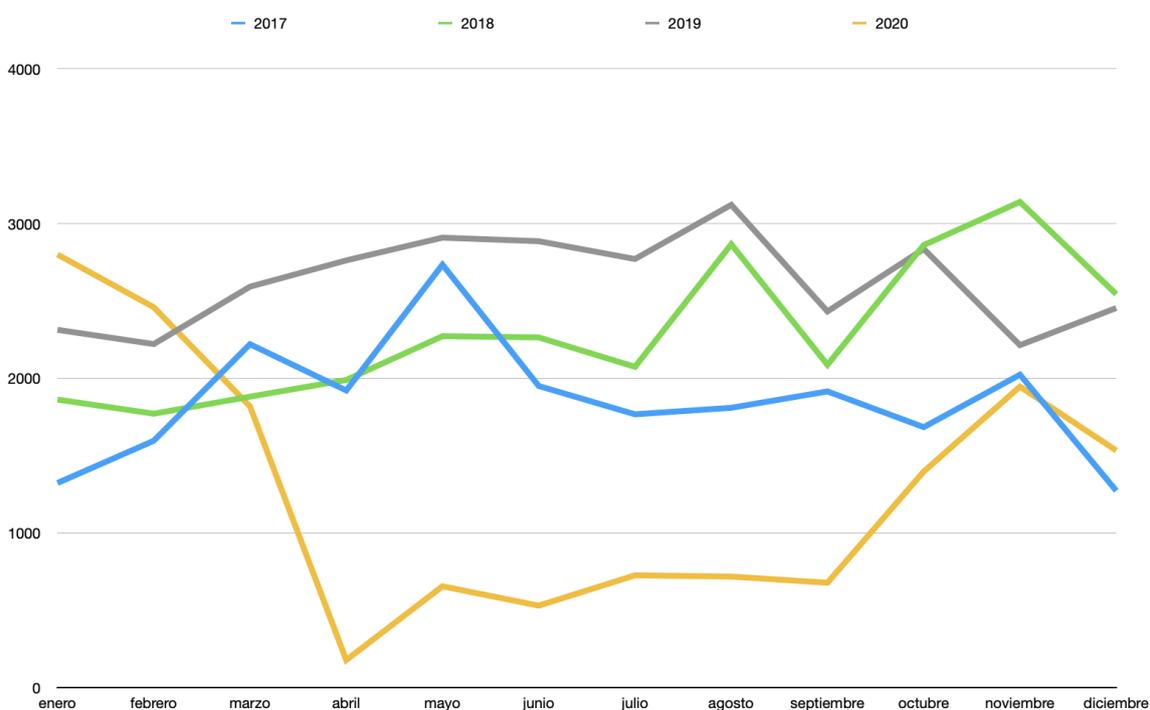
4.- PROVINCIA DE CHOAPA

La Provincia de Choapa tiene una población de 90.670 habitantes, y se encuentra compuesta por las comunas de Canela, Illapel, Los Vilos, y Salamanca. La atención primaria en salud mental se realiza en 36 postas de salud rural, y dos centros de salud familiar, mientras que la atención secundaria se realiza en tres hospitales.

La gráfica número 19, permite observar cómo al igual que en el resto de las provincias en Choapa, las atenciones de salud mental se encontraban en alza desde el año 2017, hasta el inicio de la Pandemia el 2020, existiendo una disminución de las atenciones en salud mental, que inició en marzo del 2020, pero que con el primer caso en la Región en abril del 2020 tuvo su descenso más marcado pasando de realizar 2.762 atenciones en abril del 2019 a 178 atenciones en abril del 2020, lo que significa una disminución inmediata de un 93% de las atenciones en abril del 2020.

Al comparar el total de atenciones realizadas el 2020, con el total de atenciones realizadas el 2019, es posible apreciar una disminución del 51%, pasando de realizar 31.511 atenciones el 2019, a 15.438 el 2020.

Gráfica 19: Atenciones Mensuales de salud mental 2017-2020, Provincia de Choapa.

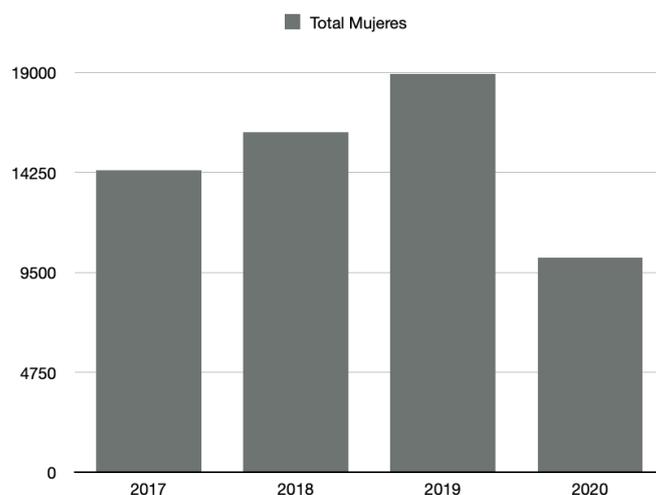


Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

Respecto de las atenciones según género para la Provincia de Choapa, las mujeres tuvieron una disminución inmediata de un 92% pasando de 1.574 atenciones realizadas el 2019, a 117 realizadas en abril del 2020.

Al revisar la cantidad de atenciones realizadas en el año 2020 respecto de las realizadas el 2019, en la gráfica 20 se puede apreciar que existió una disminución total de un 46%, pasando de realizar 18.925 atenciones a 10.208 atenciones en mujeres de la provincia.

Gráfica 20: Atenciones anuales de salud mental en mujeres 2017-2020, Provincia de Choapa.

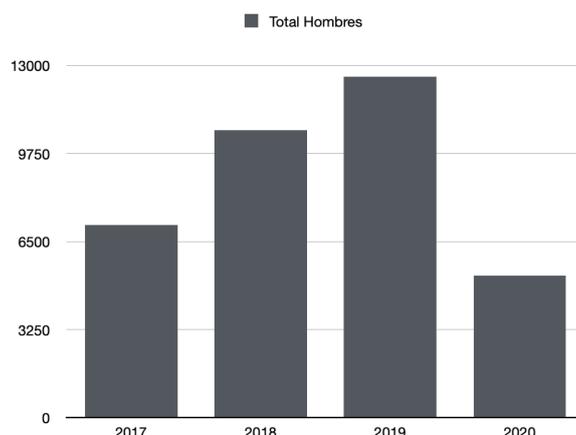


Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En cuanto a los hombres de la Provincia de Choapa, existió una disminución inmediata de un 95% en las atenciones realizadas en abril del 2020, en comparación con abril del 2019, pasando de realizar 1.188 a 61 para hombres de la Provincia de Choapa.

Al finalizar el año 2020, la disminución de las atenciones se mantenía en un 58%, respecto de las atenciones realizadas en el 2019 para los hombres de la provincia de Choapa, pasando de 12.586 atenciones realizadas el 2019 a 5.230 realizadas en hombres de la provincia, como se muestra en la gráfica 21.

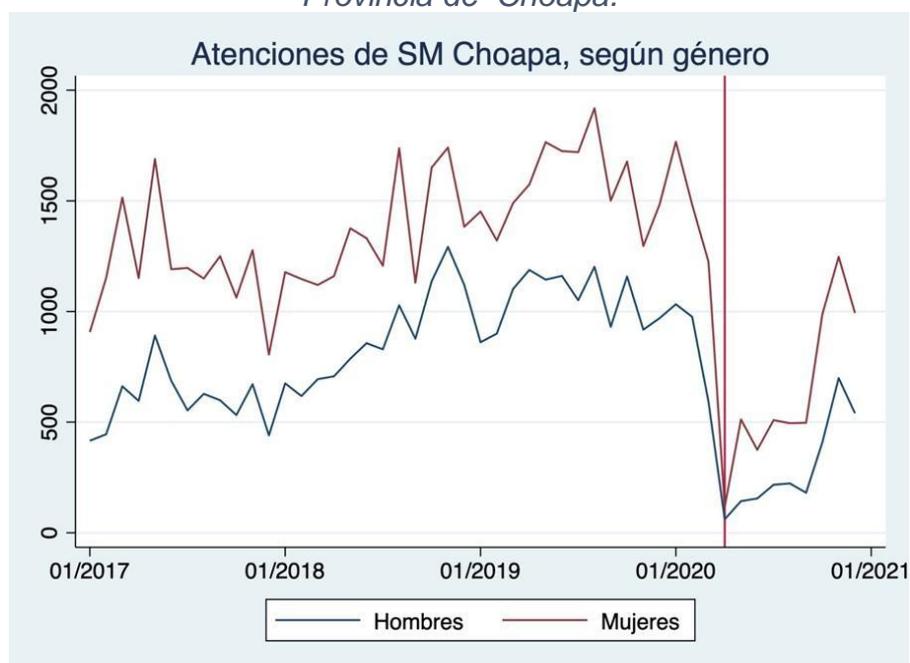
Gráfica 21: Atenciones anuales de salud mental en hombres 2017-2020, Provincia de Choapa.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia

Al comparar las atenciones realizadas según género en la Provincia del Choapa, es posible observar en la gráfica 22, que las mujeres representan la mayor cantidad de atenciones desde el 2017 al 2019, sufriendo la caída más significativa, dado que que realizaron 8.717 atenciones menos, mientras que en varones se realizaron 7.356 atenciones menos.

Gráfica 22: Atenciones Mensuales de salud mental 2017-2020, según género, Provincia de Choapa.

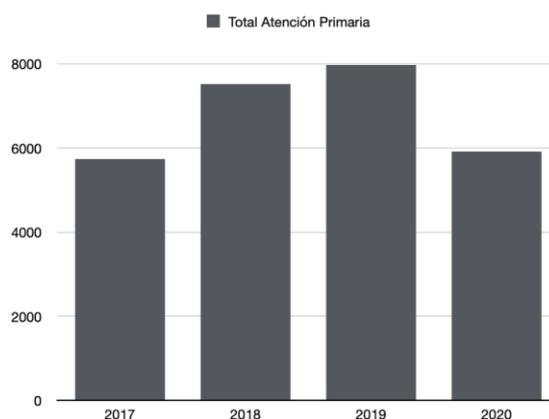


Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En cuanto a las atenciones según nivel de atención para la provincia de Choapa, la atención primaria de salud tuvo una disminución inmediata de un 79%, pasando de realizar 615 atenciones en abril del 2019, a 128 para el mismo mes del 2020, .

Al observar el impacto que tuvo la Pandemia al año 2020 para la atención primaria, en la gráfica 23 es posible apreciar una disminución de un 26%, pasando de realizar 7.977 atenciones a 5.917 atenciones durante el año 2020.

Gráfica 23: Atenciones anuales de salud mental en atención primaria 2017-2020, Provincia de Choapa.

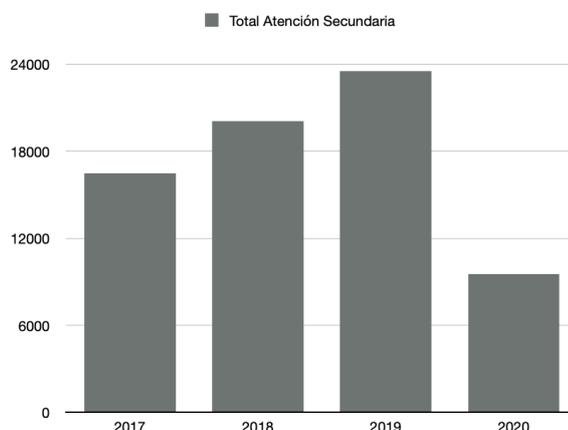


Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia

En relación al impacto de la Pandemia para la atención secundaria de la Provincia de Choapa, existió una disminución inmediata en abril del 2020 de un 97% pasando de 2.147 atenciones realizadas el 2019 en abril del 2019 a 50 atenciones realizadas en el mismo mes.

En cuanto a la disminución que existió al año para la atención secundaria de la Provincia de Choapa, la gráfica 36 muestra el descenso de un 60 % al año 2020, en comparación con el 2019, pasando de realizar 23.534 atenciones el 2019, a 9.521 el 2020, lo que queda representado en la gráfica 24.

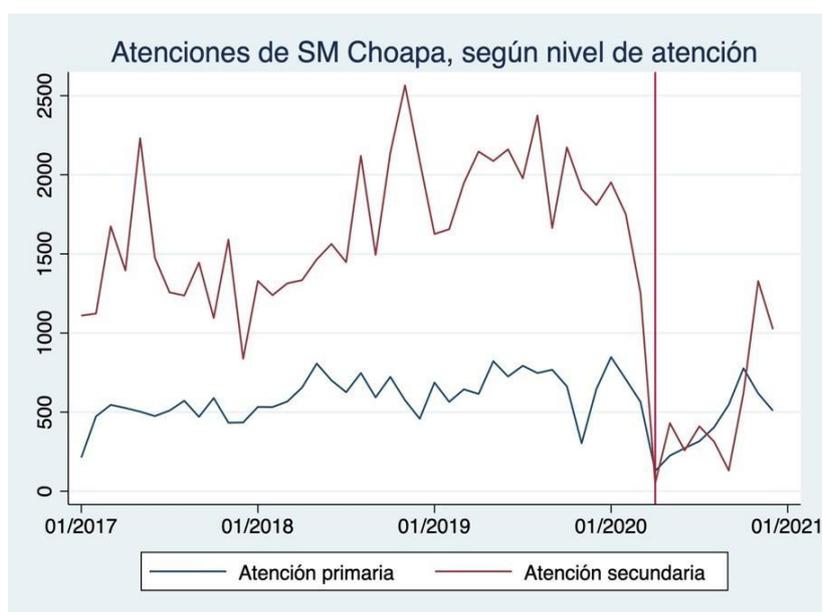
Gráfica 24: Atenciones anuales de salud mental en atención secundaria 2017-2020, Provincia de Choapa.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia.

En la gráfica 25, se puede notar que a diferencia de la tendencia regional, las atenciones de salud mental en la Provincia de Choapa se realizan en mayor cantidad en la atención secundaria. Existiendo un impacto diferencial de las atenciones en la Provincia, con una disminución de 14.013 atenciones para la atención secundaria, mientras que la atención primaria tuvo una disminución de 2.060 atenciones respecto del 2019.

Gráfica 25: Atenciones de salud mental según nivel de atención 2017-2020, Provincia de Choapa.



Fuente: Fuente DEIS, REM Serie A 2017, 2018, 2019, 2020; Elaboración propia

X RESULTADOS FASE CUALITATIVA

Para el desarrollo de la fase cualitativa se realizaron 3 grupos focales, conformados por los Gestores de Atención Secundaria, Representantes de la Comunidad y Profesionales de Salud Mental de la Región de Coquimbo, participando en total la cantidad de 15 personas. El cuarto grupo focal fue el más complejo debido a que en las tres fechas alternativas no se logró contar con los asistentes, por ello se tomó la decisión de realizar una entrevista con un Gestor de Atención Primaria con la finalidad de triangular la información obtenida en los grupos focales, y levantar información pertinente a la atención primaria.

La pregunta para análisis que orientó los grupos focales y entrevista fue ¿ Cuáles son las percepciones de gestores de servicios de salud mental, profesionales, y representantes de la comunidad a partir de su experiencia y los hallazgos cuantitativos?.

Se utilizó la técnica analítica de contenido, a partir de la formación de categorías inductivas, los criterios de selección incluyen descripciones, reflexiones, distinciones, comentarios en torno al efecto de la Pandemia en los Servicios de Salud Mental, en relación a los hallazgos cuantitativos. El nivel de abstracción corresponde al descriptivo y reflexivo, mientras que las unidades analíticas de contenido fueron frases (secuencias de palabras). Por su parte la unidad de contexto para la selección fue las descripciones y reflexiones claras en relación al efecto de la pandemia en las atenciones de salud mental.

Los grupos focales y entrevista fueron transcritos literalmente y anonimizados a través de un sistema de codificación que permitiera identificar el grupo focal o entrevista, el territorio de pertenencia, el género y el número de identificación. La información narrativa fue trabajada en el Software Qcamap, que corresponde a un software de análisis de datos de acceso abierto y de uso libre, desarrollado por la Universidad de Pittsburgh para el análisis de contenido.

Este software describe la información de las categorías, a partir de las narraciones del grupo, y no las identifica a nivel individual, dado que, este no es el propósito de un grupo focal, no obstante, permite obtener información si las unidades narrativas de análisis corresponden a Gestores, Profesionales, o Usuarios y Representantes de la comunidad.

Los resultados del proceso de análisis dan cuenta de nueve categorías que corresponden a: Sistema de registro estadístico, Cambios en la atención de salud mental, Orientaciones a los Centros de Salud Mental, Limitaciones para la atención en Salud Mental, Atención de Salud Mental de Mujeres, Aportes para la atención en Salud Mental, Demanda en Salud Mental, Aportes del equipo de Salud Mental, Aportes para la gestión de emergencias en Centros de Salud Mental.

1.- SISTEMA DE REGISTRO ESTADÍSTICO

Esta categoría da cuenta de los relatos vinculados al registro estadístico en el periodo 2017-2020, con especial énfasis en el periodo de marzo a diciembre del 2020, periodo correspondiente al inicio de la Pandemia Covid-19.

Los participantes del estudio dan cuenta de una dificultad histórica con el registro estadístico, en cuanto a la poca claridad de la consolidación de los datos, a la ambigüedad de la representación de los datos, y la percepción de que el sistema de registro es poco representativo para el Modelo Comunitario en Salud Mental.

“...Es es muy probable que algunos están de la región pierdan datos importantes de la oferta que entregan porque no los consolidan, en los REM de los establecimientos hospitalarios puede ser una posibilidad no lo digo como una posibilidad porque nunca hemos logrado descifrar muy bien qué es lo que se envía” *Gestores Atención Secundaria*

“El tema de consolidar el dato siempre ha sido un tema y mucho más evidente para aquellos que comparten código con otros establecimientos, porque un establecimiento más grande la atención en box clínica es súper como caracterizadora de su oferta, pero a nosotros no nos caracteriza tanto como salud mental de atención secundaria con un enfoque comunitario” *Gestores Atención Secundaria*

“La verdad que el sistema de dice está muy basado en el contexto biomédico que es el control del box” *Gestores Atención Secundaria*

“...entonces creo que todo eso generó como yo creo que, hartó desorden en cuanto el registro porque nunca usted tuvo claro cómo tenía que registrar, la parte que al menos acá el trabajo con la unidad de estadísticas es pobre, y ahora estamos teniendo un mejor acercamiento, que los pueden retroalimentar con lo que ellos registran, y que precisamente no concuerda con lo que uno hace, siempre le faltan números, siempre de estadística le faltan números” *Gestores Atención Secundaria*

“Nosotros tenemos mucho más prestaciones que sólo un control en el box” *Gestores Atención Secundaria*

Además los participantes señalan que el sistema de registro estándar es representativo de la disminución de las atenciones ambulatorias presenciales realizadas por los equipos de salud mental, no obstante, el registro deja fuera todas las adaptaciones e intervenciones realizadas por los equipos de salud mental principalmente por teléfono o telemedicina que no fueron contenidos en el sistema de registro.

“...los datos no están reflejados en esa base ahora, de que si reflejan perfectamente el cambio de formato y qué las atenciones como eran no se lograron medir, o no se lograron hacer tal cual eso sí me parece que ese sí que es una conclusión absolutamente lógica, y consistente que dice que no se pudo hacer lo que se hacía los años anteriores...” *Gestores Atención Secundaria*

“yo entiendo que la estadística está solamente de la atención directa que obvio pero posiblemente si tomáramos el teletrabajo también veríamos algunos elementos interesantes y veríamos alguna diferenciación en los distintos equipos es muy posible que no...” *Trabajadores de Salud Mental*

“... pareciera que entre abril y julio del año 2020 estuvimos sentado en alguna parte tomando café conversando en la vida o cosas así, que por supuesto que implican un dato cero o cercano a cero, lo cual debo decir que es todo lo contrario de lo que realmente ocurrió la verdad que creo que trabajamos el doble...” *Gestores Atención Secundaria*

“Claro hubo un corte el marzo 16, que fue un corte que se hizo en relación a las atenciones presenciales y se empezaron a realizar por teléfono” *Trabajadores de Salud Mental*

“la atención presencial disminuyó tan notoriamente como se ve en los gráficos, ahora toda la atención se sostuvo en el tiempo de una forma distinta, con contacto telefónico, con videollamadas que como hacían muy bien los compañeros costó mucho entender cómo registrarlo, y que se tomaran esos registros válidos en atención y hasta algo hasta la fecha todavía tenemos duda de si son validados, y son reconocidos como una atención clínica, porque se siguen realizando.” *Gestores Atención Secundaria*

“el mismo hecho de que se esté atendiendo por teléfono a gente que ya va pidiendo fármaco, que pide indicaciones o también son atenciones que se están dando pero eso no nos quedó en ninguna ninguna parte” *Gestores Atención Secundaria*

“Por eso es que la cifra que muestras es tan impactante como lo dice XXXX, porque cómo se va a atender tan poca gente. Por eso me pregunté, porque faltaba el complemento de lo que eran las llamadas telefónicas ” *Trabajadores de Salud Mental*

“...no es que no se hizo nada, no hubo atenciones sino que hubo otro tipo de atenciones que no pudieron ser registradas en ese formato ” *Gestores Atención Secundaria*

Los equipos refieren que el desafío de instalar un nuevo sistema de trabajo, fue a su vez un desafío para el sistema de registrar el conjunto de nuevas acciones realizadas por los equipos, respondiendo tarde a la necesidad de registrar y monitorizar las acciones realizadas por los Centros de Salud Mental en el contexto de Pandemia en la Región de Coquimbo, los cuales establecieron sus propios sistemas de registro que no conversaban con el sistema REM.

“pero el modelo de trabajo que se planteó y que lo logramos instalar con gran esfuerzo y dificultad pero lo logramos instalar muy tarde, después muy desfasado llegó la forma de registrar eso, ya entonces hubo un periodo largo yo creo que de por lo menos cuatro o seis meses en que no hubo forma de registrar, y creo que incluso durante todo el año 2020, en algunas prestaciones no hubo registro de esas a pesar de que se implementaron” *Gestores Atención Secundaria*

“pero ni siquiera fue capaz del sistema porque colapsó el sistema, no la atención, colapsó el sistema y entonces el sistema no fue capaz de siquiera dejar registro de lo que hizo” *Gestores Atención Secundaria*

“...todas esas acciones telefónicas de monitoreo, de gestión, que se hacían en relación a los pacientes tampoco quedaban plasmadas en el REM porque después ahora recién este año nos surgió que las atenciones remotas se suman al A 32, pero el año pasado eso no se sumaba, entonces se muestra como que no se hubiese hecho mucho ...” *Gestores Atención Secundaria*

Finalmente se señala que a pesar de las limitaciones de desarrollar un sistema estadístico que pueda monitorizar y evaluar las acciones de salud mental desarrolladas por los equipos, el cuidado de los pacientes no disminuyó al nivel que muestran los datos estadísticos, manteniéndose el cuidado a partir de acciones que quedan fuera del sistema de registro, pero que pudieron dar continuidad a la atención.

“Bueno y ahí va lo que yo te digo porque el sistema habitual colapso, no fue capaz de enfrentar el problema, pero quiero que quede el concepto que las las personas, los pacientes, no tuvieron ese impacto que muestran los datos, las atenciones, el seguimiento de los pacientes, no sé cómo pensarlo, la observación del paciente, el cuidado, el cuidado de los pacientes no cayó en esa tasa” *Gestores Atención Secundaria*

“el registro tampoco avanzó a la par de lo que el equipo estaba adaptándose para dar continuidad a las atenciones, creo que él es tema estadístico tampoco logró avanzar y aparece una planilla de atención remota, después hubo modificación, creo que apareció a los dos o tres meses de iniciada la pandemia” *Trabajadores de Salud Mental*

“si tú lo miras desde la perspectiva de las atenciones presenciales en box de profesional con el usuario al frente cayeron al suelo, sí la supervisión del grupo que tenía bajo control o grupo de cuidado como quieras llamarlo, tu grupo de paciente existe una supervisión de ese grupo. No que un grupo abandonado a su suerte porque los profesionales estaban en su casa y no tenían idea que hacer, no ” *Gestores Atención Secundaria*

2.- CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

La presente categoría da cuenta de los relatos vinculados a los cambios implementados por los dispositivos de salud mental de la Región en el contexto de Pandemia COVID-19 en la Región de Coquimbo durante el año 2020.

Los equipos establecieron sistemas de turnos con la finalidad de mantener la continuidad de las atenciones, incorporando así acciones de gestión, continuidad del tratamiento farmacológico, monitoreo constante, acciones administrativas vinculadas al proceso de atención, que si bien cambio la oferta permitió que la atención y cuidado de los usuarios se mantuviera de forma permanente.

“Además se estableció el sistema de turnos por el hecho de que si existía un contagio nos teníamos que ir todos de cuarentena, lo que no era conveniente porque se cortaban las atenciones presenciales y por lo tanto otras actividades como son la consultoría, la entrega de fármacos, que fue uno de los nudos críticos que enfrentamos en la pandemia.”
Trabajadores de Salud Mental

“en primera instancia turnos de 15 por 15,entonces había todo hay que hacer todo un cambio en cuanto a que todos hacían de todo, es decir, no estaban definidos como los roles claro en el sentido de que como habían se dividió el equipo en el 15 persona en un turno y 15 en otro turno los profesionales atendían teléfono tenían que ver cosas de administrativa”
Gestores Atención Secundaria

“evidentemente la oferta no era la misma, o sea no da lo mismo tener por ciclo disponible 44 horas a la semana que tener solamente a dos porque al estar dividido en dos turnos se reducía la capacidad a la mitad pero la oferta era permanente ” *Gestor Atención Primaria*

“ Se establecieron turnos para la entrega de fármacos, la receta que había que seguir en esta dinámica y el resto obviamente colaborar con llamadas telefónicas, que fue la exclusividad digamos de la atenciones desde esa fecha 2020 marzo, hasta octubre ” *Trabajadores de Salud Mental*

“ si las llamadas de los profesionales llamaban a las casas, no tenían que salir a los controles, los medicamentos la mayoría se lo iban a dejar a las casas también entonces qué eso, yo creo que eso también. ” *Representantes de la Comunidad*

Además los participantes refieren que los cambios realizados durante el periodo de Pandemia implicó una mayor carga laboral respecto del periodo pre Pandemia, en tanto se tuvo que reestructurar el sistema de atención, establecer un formato de seguimiento individual que implicó contactarse activamente con los pacientes, llamadas telefónicas, la incorporación de la figura del gestor terapéutico, entrega de fármacos a domicilio, además del trabajo habitual desarrollado en los centros de salud mental.

“... que creo que trabajamos el doble que lo que hayamos trabajado antes justamente en lo que es la estructuración de la atención y a hacer como algo que probablemente no habíamos hecho nunca antes, que hacer como una un formato de seguimiento individual...” *Gestores Atención Secundaria*

“Lo primero que vivimos fue el cierre de las puertas por así decirlo, entonces la cantidad de gente que podía ingresar al CESFAM en un comienzo era muy poca y casi toda nuestra atención se dirigió a poder, todo el tema Covid e incluso muchas de las funciones de lo que era la dupla psicosocial por ejemplo, todo lo que era psicólogo, trabajador social se destinó no sé por ejemplo a hacer contingencia en la puerta, registro de las vacunas, parte del recurso humano se fue por ser población de riesgo o por tener hijos en la casa y otra parte también estaba abocada al tema de las necesidades del CESFAM que iba más allá del programa de salud mental en un comienzo” *Trabajadores de Salud Mental*

“Intentamos mantener toda la oferta que teníamos antes pero de vía remota teníamos un profesor de educación física, hacia grupos que antes hacía presencial, virtual, como te decía creo que mantuvimos o intentamos mantener la oferta en algún momento teníamos previo a la pandemia, y le sumamos acciones de monitoreo y seguimiento más regular” *Gestores Atención Secundaria*

“nosotros como trabajadoras sociales inicialmente todo fue una conversión en registros social de hogares, en IFE, en todo lo que tiene que ver con un tema asistencial que obviamente tiene que ver desde la integralidad del bienestar del ser humano, no tendremos que desconocerlo, pero fue dramático, fue dramático porque esos procesos ni desde el gobierno venían con claridad entonces tratar uno de poder explicarlo, orientar o ejecutar en razón a la familia era complejo, ahora la situación está bastante más clara” *Trabajadores de Salud Mental*

“la dirección de la atención cambió en vez de ellos venir a buscar atención nosotros fuimos a buscar que necesitaban atención.” *Gestores Atención Secundaria*

“había que salir a buscar el paciente ahora había que empezar a llamar por teléfono...” *Gestores Atención Secundaria*

“cambio como en el formato, no es en presencial es por una videollamada, pero es una atención del médico psiquiatra es un control, es una psicoterapia, se hicieron psicoterapias grupales por videollamada, se mantuvo la oferta que teníamos pero en una modalidad distinta y a eso yo les sumó por lo menos, una acción de monitoreo más frecuente, por medio de la acción del gestor terapéutico, entonces en vez de disminuir yo creo que se aumentó la cantidad de acciones que nosotros realizamos” *Gestores Atención Secundaria*

“...porque muchas de nuestras funciones fueron hacia el principio de diseñar una forma de intervenir, cambiar empezar a hacer las intervenciones por teléfono, las video llamadas también por ejemplo hicimos filtros y nos enfocamos ya no en la población general sino que la población de mayor riesgo, entonces ahí se redujo importante la cantidad de gente a la que estábamos atendiendo” *Trabajadores de Salud Mental*

Por su parte, los participantes señalan la implementación de una modalidad híbrida entre la atención presencial y remota, lo que implicó que en el sistema de atención se tuvieron que implementar acciones de apoyo entre los integrantes del equipo para mantener el sistema de atención en el contexto del confinamiento de la población.

“Nuestra modalidad de atención es híbrida aún tenemos atención presencial tenemos atención por videollamada por contacto telefónico y creemos que eso no sé si va a cambiar mucho en los próximos meses...” *Gestores Atención Secundaria*

“La transversalidad fue como él la línea no habían oficinas establecidos, sino que todo hacíamos un poco de todo” *Gestores Atención Secundaria*

“También trabajamos en base a lo multifuncional, con conversión de la expertise donde todos en algún momento se abocó a mantener tratamiento farmacológico y se abocaron mucho esfuerzo en eso, la mantención de los tratamientos farmacológicos por las dificultades que independientes del miedo o temor que pudiese tener la familia de salir a la calle, tenía que ver no es cierto con el plan paso a paso, por desconocimiento, por no poder acceder, entonces ahí también generamos un plan que fortaleció los meses más críticos de encierro la entrega de tratamiento farmacológico a domicilio, fortaleció bastante, entonces nos permitió ir adaptándonos ya” *Trabajadores de Salud Mental*

Los participantes señalan que los cambios iniciaron desde el inicio de la Pandemia en la Región de Coquimbo, partiendo por el cese de las intervenciones presenciales, planificación del sistema e implementación de un sistema híbrido, sumando y reasignado funciones del equipo de trabajo.

“En nuestra experiencia fue un poco distinto, es más parecido a lo que relata XXXX que hubo un impacto inicial que no recuerdo el periodo pero, probablemente dentro de 1 o 2 meses, hubo un cese total de intervenciones estándar, no se hicieron controles no se hicieron, se hizo solamente la evaluación de en qué situación estaba el usuario porque se redistribuye toda la forma de trabajo en grupos de usuarios, que van a ser muy monitorizados por el gestor, entonces consistió en que ese gestor pudiera conocer al grupo ahora que tenía asignado, y eso lo hicimos todos psiquiatras, psicólogos, Terapeutas ocupacionales, enfermeras, todos entonces por lo mismo nuestra forma de trabajo y la acción de atención fue distinta ” *Gestores Atención Secundaria*

“Cada profesional que atiende a pacientes, se hizo cargo de un grupo de pacientes y tenía que estar monitoreando, haciendo la gestión terapéutica digamos no, entre comillas digamos, a distancia y viendo cómo está la paciente y cada uno se distribuyó por lo menos un mínimo de 20 pacientes por profesional” *Trabajadores de Salud Mental*

“...como institución lo más difícil fue la entrega de medicamentos a todos los pacientes que se tienen, claro al principio se dio un sistema de teletrabajo, y dejamos como atención presencial a algunos casos en crisis, y finalmente de los pacientes que estaban en alguna crisis, se fue casi como regularizando las atenciones mientras uno tenía turnos presenciales. ” *Trabajadores de Salud Mental*

“..eso posterior al mes de abril, y yo porque yo creo que en marzo y abril fue casi exclusivamente lo que dice XXXX mucho monitoreo, mucho saber en que estaban, mucho que era lo que necesitaba, que el fármaco le faltaba, que gestión podíamos hacer para que no los beneficios de todos sus procesos de tratamiento, llevado hasta esa fecha de marzo no se vieran como disminuidos, o afectados intensamente. *Gestores Atención Secundaria*

“Yo comparto contigo XXXX yo creo que nosotros nos vimos en esa misma figura como te decía, un tiempo más o menos similar al que acaba de decir unos dos meses marzo y abril fue muy intenso, en el que todos hicimos de todo llamábamos mucho para saber las necesidades, y ajustarnos un poco a lo que requería en el momento y luego como que tratamos de retomar como lo que veníamos haciendo previo a la pandemia

de manera virtual, pero controles, de psicoterapia, psicoterapia grupales ”
Gestores Atención Secundaria

“...tuvo el primer enfoque en temas más administrativos de reorganizarse primero nosotros internamente, en el sentido de ver que nosotros tenemos una población bastante amplia del bajo control, y dispersa con otras comunas que en nuestro territorio es provincial, por lo tanto tenemos pacientes de otras comunas, y que eso significa un traslado ya más significativo cuando ellos tenían los controles acá, y lo primero para poder mantener las prestaciones del centro fue organizarnos internamente y la primera etapa fue más administrativa que es como dice un poco XXXX, de saber primero, y tener claro que cuál iba a ser el rol que iba a tener cada profesional” *Gestores Atención Secundaria*

Se señala que con el cambio de formato de trabajo, el propósito de la intervención cambió en parte de los servicios de salud mental, a la par con el modelo de intervención, lo que por un lado favorece el vínculo entre los equipos y los usuarios con la alta valoración del contacto telefónico constante y estrecho, pero por otro, implicó cierta deserción por el cambio de setting de trabajo que constituye un desafío de adaptación para profesionales y usuarios. En contraste otros participantes reportan el mantenimiento constante de los objetivos de tratamiento.

“saber que estaban los usuarios y que necesitaban y después posteriormente empezar nuevamente con lo terapéutico, porque hubo efectivamente un periodo en que lo terapéutico, el objetivo que se estaba trabajando por acá va haciendo quedaron ahí paralizado, mientras no es cierto, se monitorea primero la situación de cada uno y cuál eran los más urgentes, porque tampoco íbamos a cubrir toda la población” *Gestores Atención Secundaria*

“...pero que claramente en algunos casos yo creo que hubo harta deserción por ejemplo, si a lo mejor nos costó mucho por lo menos en lo personal, a título personal, nos costó mucho mantener algunos procesos terapéuticos que estaban definidos en una forma presencial y posteriormente a la hora de hacer esta transición el tema online o telefónico yo creo hartos pacientes como que se resintieron y nos fuimos capaces como de mantener un poco esa vinculación entonces se fueron perdiendo paulatinamente algunos y bueno después todas las acciones de rescate sí, pero de todas formas se perdieron varios números creo yo”
Trabajadores de Salud Mental

“Tomando un poco lo que dice XXXX y pensando en que en realidad las acciones nunca disminuyeron sino que más bien aumentaron en como en gestión, esto del entregar fármacos en domicilio también fue una estrategia que tomó el hospital de coquimbo, explicó que funcionarios por ejemplo del área de enfermería que tenían un grueso de su agenda destinada a la atención de pacientes desde un enfoque clínico, educación entrega información, se convirtió casi exclusivamente sus horas de gestión porque había que hacer algo muy parecido a lo que dice XXXX ver quién necesitaba receta de su domicilio, en que fecha y hacerlas coincidir con la emisión de la receta, con que llegue a farmacia en tiempo correcto, para que pueda llegar al domicilio” *Gestores Atención Secundaria*

“tuvimos que hacer una reconversión absoluta de todos nuestros objetivos y todo eso entonces obviamente que ya no podíamos hacer rehabilitación porque como no existía otra unidad que pudiera acoger los pacientes en estado agudo con las camas hospitalarias totalmente ocupadas finalmente nos convertimos en una especie de contenedor y así hicimos fundamentalmente trabajos la primera etapa en domicilio, intentando fundamentalmente evitar una catástrofe mayor con los pacientes muy muy muy grave y por supuesto que no nos tocó más que abandonar, abandonar todas expectativas u objetivos de una rehabilitación como corresponde” *Trabajadores de Salud Mental*

“...yo creo que efectivamente se vieron modificados muchos de los procesos y si hubo una modificación de los objetivos, también por la misma necesidad y vivencia de los usuarios, o sea tenía que ver con eso, más que con lo que quisiéramos nosotros plantear como objetivo con el alcance no, tenía que ver no es cierto con las vivencias de cada uno de los usuarios frente a una situación de incertidumbre” *Trabajadores de Salud Mental*

“...la gestión terapéutica siento que por medio del celular se estrechó el vínculo...” *Trabajadores de Salud Mental*

“muchas veces es esta idea de la atención online en una cosa en realidad novedosa para la mayoría, para la mayoría de los terapeutas pero también para la población, yo creo que en un principio por esta cosa cultural creo que fue un factor que disminuyó bastante la atención, en la medida que las personas se fueran ambientando a este nuevo setting y los profesionales nos ambientamos también, yo creo que pudimos hacer un repunte en términos numérico y en términos de fluidez también de la atención” *Trabajadores de Salud Mental*

Finalmente los participantes señalan que los cambios implementados por los servicios de salud mental constituyeron un esfuerzo importante para los profesionales, y fue en parte un reflejo del estado en las capacidades previas de los equipos para responder a las demandas de los usuarios.

“que no se ve reflejado lo, el trabajo que se hizo en teletrabajo y también coincido en el desgaste que se produjo en el equipo o sea yo creo que quizás había, hubieron menos atenciones pero era muy arduo el trabajo, era un desgaste importante.” *Trabajadores de Salud Mental*

“...porque este fue un desafío donde los equipos pudieron realmente conocer, puso en evidencia la solidez de nuestro ser equipo de trabajo, que tan sólido, que es tan real era, si sobrevivía bien en el statu quo y en la comodidad o sobrevivía a esto que significaba reconvertirse, ser colaborativo, qué sé yo y a la flexibilidad yo creo que también ha sido un desafío a la flexibilidad del equipo, y yo creo que eso también ha tenido que ver con la baja y con la dificultad del repunte” *Trabajadores de Salud Mental*

3.- ORIENTACIONES A LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

Esta categoría da cuenta de comentarios y reflexiones en torno a las orientaciones recibidas en los centros de salud mental, por parte de las instituciones de pertenencia administrativa, de carácter local y regional.

Se señala la ausencia de indicaciones pertinentes y diligentes, que instruyan sobre el manejo y respuesta de los centros de salud mental, en relación al funcionamiento de los centros, cantidad de atención posible de realizar de forma presencial y remota según al plan de confinamiento, sistema de registro, programación anual, y evaluación de los centros de acuerdo a la contingencia.

“Creo que las orientaciones como desde el nivel más administrativo, ya sea de los hospitales que nos acogen, como del servicio de salud también, si bien creo que el servicio respondió un poco más rápido en los hospitales nunca nos han entregado a salud mental orientaciones claras, por ejemplo yo todavía tengo la duda y hago la pregunta de si hay alguna instrucción indicación de cuánto porcentaje de atención presencial deberíamos estar realizando a este punto del año” *Gestores Atención Secundaria*

“Porque no habían tampoco directrices claras de cómo teníamos que funcionar” *Gestores Atención Secundaria*

“...después nos empezaron claro a pedir, y a programar como si estuviéramos trabajando en un año normal y así partió el año en el año 2021 en la programación de este centro al menos fue con rendimientos como de un año normal” *Gestores Atención Secundaria*

“hasta ahora todavía nos aparecen bajas atenciones porque después pasamos a fase 1 estuvimos harto tiempo, está seguro después pasamos a las fases, cual aforo de nuevo entonces estábamos en la situación de alta incertidumbre, en cuanto, a cómo íbamos a cumplir con lo que se estaba pidiendo en una programación” *Gestores Atención Secundaria*

“el tema de no tener directrices claras de cómo trabajar, cómo registrar, como nos adecuamos, cuando se creó el plan paso a paso que pasábamos de una de una fase a otra y cada fase tenía distintas condiciones, pero nosotros tenemos que seguir trabajando como que estuviéramos en un año normal” *Gestores Atención Secundaria*

“jamás hemos tenido reprogramación nos siguieron evaluando con lo mismo que se programó en enero como un año normal, con un rendimiento de consulta de un año normal, y a nivel todavía del servicio no hay una autorización para reprogramar y eso genera que los números están bajos, y que da la impresión de como que no se hubiese hecho, no se hubiese trabajado como correspondía, y cuando no es la realidad muestra todo lo contrario, lo más pesado estar trabajando en esta modalidad que tenemos actualmente.” *Gestores Atención Secundaria*

Por su parte, es reconocido por parte de los entrevistados el liderazgo y trabajo desde un enfoque comunitario realizado por el Servicio de Salud de la Región de Coquimbo que permitió establecer orientaciones desde una mirada comunitaria. A la vez de la importancia de la cercanía entre las direcciones y subdirecciones médicas con los centros de salud mental.

“Quizás hubo una exageración en las restricciones, por esta escasa capacidad de entender lo que estaba pasando, escasas directrices técnicas efectivas y lineamientos así como en terreno que se yo, nosotros no vimos a nadie en el hospital durante un año, nadie apareció recién al año siguiente, a fines de año que se yo, y el contacto era netamente virtual con el servicio salud básicamente en esta línea miento de trabajo general, y que fue un trabajo más comunitario” *Gestores Atención Secundaria*

“... en ese momento un jefe del departamento de salud mental, que era un tipo muy con mucha capacidad y que logró ponerse al mando de esto, si hubiéramos quedado a disposición de las direcciones de los hospitales

esto hubiera sido un caos pero absoluto desastre.” *Gestores Atención Secundaria*

“...pero al menos en este centro tenemos nosotros un plus que que yo lo pusieron como tal que estamos al lado del hospital, nos separa una calle eso para mí como gestora acá el centro me ha favorecido mucho, de poder acceder con facilidad a la subdirección médica, la subdirección administrativa, a la subdirección recurso humano, hasta el propio director.” *Gestores Atención Secundaria*

4.- LIMITACIONES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Esta categoría da cuenta de las limitaciones percibidas por los participantes de los grupos focales, para el desarrollo de las atenciones de salud mental de forma presencial y remota.

Los participantes refieren que una de las limitaciones para el trabajo en salud mental tuvo que ver con las restricciones del plan paso a paso, en donde el foco estuvo puesto en la atención de emergencia y el resto del trabajo se concentró en el teletrabajo.

“yo creo que se vio disminuida la atención por situaciones obviamente contextuales de este paso a paso y en realidad la guía del paso a paso era bien restrictiva en términos de salud mental, especialmente en los pasos más complejos de la pandemia, entonces supuestamente la idea era atender principalmente las urgencias y todo el resto destinarlo como a Teletrabajo y otras y otras cosas por el estilo.” *Trabajadores de Salud Mental*

“...pero en términos de las atenciones presenciales efectivamente gran parte de la población por ejemplo en las fases de cuarentena no se acercaban al Cesfam, si hubieron hartas horas que también se perdieron ahí en su momento, especialmente las horas por ejemplo infantiles, o sea los chicos sin colegios, en realidad no salieron, si no salieron y no asistieron tampoco al Cesfam” *Trabajadores de Salud Mental*

Por su parte, se señalan las limitaciones estructurales de los servicios de salud mental, en tanto, los espacios son descritos como pequeños, insuficientes, y en el contexto de pandemia los espacios físicos de atención necesitan además tener una ventilación adecuada.

“...porque lo estructural también influye mucho, tenemos box que no tienen ventana, y que tendríamos que atender con la puerta abierta y no son elegidos para atención presencial, entonces lo que ocurrió fue que si

bien hubo un momento previo a la pandemia en que nosotros teníamos los espacios para poder hacer nuestras atenciones sin problema, posterior a eso habían algunos espacios que podíamos utilizar y no todos y comenzamos a compartir 'box' entre profesionales entonces la práctica yo no tengo 44 horas de un profesional, tengo 22 y así va bajando la oferta que yo puedo entregar ” *Gestores Atención Secundaria*

“Por lo que habían dos escenarios nuevos, uno que era el traspaso a un lugar nuevo y bonito, pero con muy poco box de atención para la cantidad de profesionales que estábamos en ese momento, por lo tanto de alguna forma coincidió con organizar turnos de trabajo, de 7 días vs 7 días de teletrabajo a raíz de la misma causa, o sea, no íbamos a poder trabajar todos al mismo tiempo, con la misma cantidad de pacientes que ya teníamos en el Hospital Viejo” *Trabajadores de Salud Mental*

“nos costó muchísimo más eso yo creo que casi todo el año y además que teníamos un formato de trabajo en un espacio bien reducido, desde salas disponibles ” *Gestores Atención Secundaria*

Otra de las limitaciones descritas por los participantes, hace referencia a los recursos tecnológicos en los centros de salud mental, ya sea por no contar en algunos casos con computadoras habilitadas, teléfonos, señal de internet estable, lo que fue suplido con los recursos de los profesionales. Por otro lado, se menciona que en este ámbito otra dificultad tuvo que ver con el analfabetismo digital de algunas familias, quienes no pudieron beneficiarse de estas implementaciones desarrolladas por los equipos, siendo nuevamente segregadas ante la inequidad de acceso a tecnologías de información.

“...es una de las cosas que más nos dificulta implementar una un cambio y una atención efectiva fue no contar con recursos informáticos asociados al proceso, que era en este momento era fundamental tener un algo remoto y no existía no existía más allá de digamos de los recursos particulares que mencionaba, que es el teléfono del internet porque en el fondo claro ahí usamos recursos propios de los funcionarios lo cual es discutible todo lo que queráis pero es lo que estaba a mano, pero lo otro era casi imposible” *Gestores Atención Secundaria*

“Otra situación que nosotros como un teletrabajo nos llevó harta dificultad y que quiero rescatarlo hasta el día de hoy, es el tema del teletrabajo, de las herramientas para un teletrabajo ya, aquí cada profesional tuvo que usar nuestro propio celular que a la fecha está colapsado” *Trabajadores de Salud Mental*

“Creo que es en la tecnología es era necesario ahí para ello el problema que teníamos era que usábamos nuestros celulares porque el hospital nos daba solamente un chip, entonces ah no tengo otro celular tenía que

cambiarle el chip. Habían algunos que eran cuatro celulares para una población, lo que estaban haciendo esa gestión eran como 20 aproximado, entonces no era nada en comparación con lo que necesitábamos, entonces claro ahí aparece la complejidad de, bueno el gastar cada uno de nosotros nuestros saldos, hay gente que no tiene plan tenía prepago entonces tenía que estar comprando” *Trabajadores de Salud Mental*

“bueno la única dificultad cuando estábamos acá en el establecimiento era la calidad de la señal que no era la mejor, la estructura comunicacional de este territorio no es muy bueno entonces los médicos se vieron en la necesidad de tener que trabajar desde sus domicilios personas teleconsulta, con sus equipos personales con Notebook, sus celulares.” *Gestor Atención Primaria*

“sí pero la señal no es buena, los computadores están en condiciones de poder brindar ese servicio pero la señal no es buena entonces finalmente lo que terminamos haciendo para tele consultas desde nuestro domicilio.” *Gestor Atención Primaria*

“...la brecha tecnológica de alcance de algunas familias, pues muchos tiene que ver con ser analfabeto digital y que vuelva a segregar a la familia una vez más de una manera brutal... pero eso nos hizo ver nuevamente que la familia que a veces requieren más apoyo son las que vuelven a quedar más segregadas, por no contar con quizá un teléfono con internet, un computador con internet o por ser analfabeto digital entonces eso vuelve ahí a marcar y volver a excluirlos sobre la exclusión misma ” *Trabajadores de Salud Mental*

“...o sea, cómo vamos a poder acoger bien a la población si los seres humanos que son lo más desposeídos de este país no tienen acceso a una red de internet de buena calidad, no sirve de nada que nosotros seamos los súper especialistas en el servicio y los súper rey, los súper equipos si las personas que tienen que recibir no pueden pagar un plan decente para poder tener buena señal” *Trabajadores de Salud Mental*

“Yo creo que ha sido para nosotros en el sector complicado porque a veces no hemos podido por video llamada, sino que solamente por teléfono por el tema de que la conectividad que hay acá es muy mala la señal, cualquier señal telefónica por ejemplo qué es feriado, llega mucho turista y se colapsa la señal de internet y a veces las personas quedan ahí esperando y no nos podemos conectar” *Representantes de la Comunidad*

Otra de las limitaciones descritas por los participantes tiene que ver con el miedo de los equipos de salud mental y los usuarios ante un escenario de incertidumbre como la pandemia, ante el contagio de profesionales del equipo, que se expresó en que algunos profesionales prefieren el formato de teletrabajo para cuidar su

salud y la de sus familias, y puede haber limitado el desarrollo de atenciones ambulatorias presenciales.

“...no habíamos vivido algo así yo creo que lo que nos pasó con esto es que nosotros nosotros como personas fuimos desafiados realmente con nuestros propios miedos, yo creo que también se tiene que ver con la baja de atención yo quisiera hablar de lo que no se habla mucho pero tiene que ver con que, cuando hay un caos así, dependiendo del momento y del estado que vive cada profesional o cada trabajador de salud también se producen muchas cosas por ejemplo habían trabajadores que por ningún motivo querían saber nada de nada solamente querían quedarse en la casa, hacer teletrabajo y que por favor no lo fregaron y no quisieran ir a ningún lado porque era un estado de terror entre que los pacientes estaban aterrorizados y nosotros también estábamos súper confundido, desmotivados, angustiados ” *Trabajadores de Salud Mental*

“...yo creo que en un primer momento también todos pensábamos en ponernos a resguardo aunque estaba esta cosa de servicio pero también estábamos tan aterrorizados porque se sabía que había tanta información aterrorizante...” *Trabajadores de Salud Mental*

“Bueno yo creo que más que nada Los profesionales, hubieron varios que se contagiaron” *Representantes de la Comunidad*

“Eh, sabe que en realidad hoy día justo yo estaba hablando con mis compañeros de trabajo de esto mismo que les pregunté yo porque como ellos sintieron que la pandemia afectó las atenciones y algunos me decían que por el menos atenciones hubieron por el miedo que sentía la familia hacia salidas de las casas y miedo de los profesionales de salir y de contagiarse” *Representantes de la Comunidad*

“Entonces ellos decían que los dos tenían miedo, que las dos partes tenían miedo pero que por eso se había disminuido la atención, pero que con esto se había generado igual al no atenderse de personas, familias que no tenían ningún tipo de enfermedad de salud mental como que había nacido la ansiedad, la crisis de pánico, la soledad que se incrementó más, la soledad, la tristeza, el miedo y que de alguna manera fue creciendo esa parte y de ambos lados a veces porque, de ambos lados tenían miedo” *Representantes de la Comunidad*

“Mira como en un principio como todos los han mencionado el miedo, había miedo tanto de ir a un servicio de salud ya sea mental, como en el caso de nuestros familiares como también, físico...” *Representantes de la Comunidad*

“Sí, ahí todo tenían, tenían mucho miedo, mucho miedo, porque creían que se podían contagiar, pero después también fuimos comprendiendo todo que ese miedo había que dejarlo un poco detrás porque entre más

nos cuidábamos igual se contagiaron los compañeros” *Representantes de la Comunidad*

“...cesaron también las atenciones, empezaron por lo menos acá en XXXX, por mucho tiempo, en los primeros momentos de la pandemia a faltar los profesionales a los servicios rurales en meses a veces fueron todos en dos o tres meses que no existieran psicólogos en el sector rural y cuando iban los profesionales no iban a las atenciones por el temor a contagiarse y eso creo que también influyó el temor a las personas ir al hospital o a las postas” *Representantes de la Comunidad*

“Los profesionales cómo que cesaron un poco, al menos los del departamento de salud de acá de XXXX, No se le hacían rondas po, y estaban trabajando algunos en su casa, pocos en el departamento de salud y otros en forma remota.” *Representantes de la Comunidad*

Por otro lado, los participantes identifican como limitación el desgaste profesional ante el trabajo que ha implicado atender en el contexto de pandemia, dada la dualidad de roles, en torno a la recepción, gestión de agenda, monitoreo constante de la población bajo control, entrega de medicamentos, además de la atención clínica.

“... me parece que los psicólogos y lo digo con todo respeto están muy cansado, están muy cansado porque trabajan mucho, ese también es un factor que se implementa ya que cada día aumenta el usuario y un usuario de los cientos y muy cansado el psicólogo y por ahí no tiene una visión clara o se nubla un poco al momento de, es decir, que lo que está sufriendo el usuario, me parece que por ahí va el déficit, falta ahí tener más vacaciones porque a veces colapsan de tanta llamada ...” *Representantes de la Comunidad*

“Las situaciones que dificultaron eso muchas veces fueron que no teníamos a disposición otros profesionales de equipo como eran por ejemplo, TENS o las mismas secretarías que permitieran de alguna forma recepcionar a los pacientes o gestionar la entrega de medicamentos, entonces, de alguna forma tuvimos que incurrir en una dualidad de roles, de psicólogo, secretario y TENS también como asistente de TENS para cubrir todo lo que se requería, y eso es lo que siempre hablamos nosotros por lo menos, y fue la carga del estrés, el estrés.” *Trabajadores de Salud Mental*

“...en el caso nuestro por ejemplo también los psicólogos tuvimos que tomar otras funciones, apoyar en la puerta, apoyar en otros elementos que obviamente también hizo que fuera un poquito más restringida la cantidad, y la frecuencia de atenciones.” *Trabajadores de Salud Mental*

“...entonces en por lo menos los psicólogos tenemos que dedicarnos a estas tareas que en realidad esas no eran las atenciones principalmente de salud mental, sino apoyar a los otros programas apoyar a los equipos con este tema de los descansos de muchos compañeros, tuvimos que asumir estas otras funciones que también hacían disminuir la cantidad de prestación y restringir en algunos momentos principalmente a las urgencias.” *Trabajadores de Salud Mental*

“yo creo que incluso se complicó en términos de lo que era la cantidad de pacientes respecto a que ya no solamente había que mantenerse en el hospital de forma presencial, sino que ya los pacientes que unos los solía ver cada 15 o 20 días, los tenía que llamar en la semana de teletrabajo todos los días, entonces yo tenía por así decirlo 38 pacientes y a los 38 pacientes tenía que hacerle el control igual en la semana, entonces de cierta forma siempre estuve como con una regularidad de trabajo como si estuviera trabajando en 44 horas y más.” *Trabajadores de Salud Mental*

“...me parece, de tener que agendar los pacientes como un tema casi desde hacer muchos roles que quizá antes para nosotros era mucho más simple tanto la recepción como el egreso de los pacientes, ahora teníamos que destinarlo a hacer muchas cosas incluso a veces acompañarlo a farmacias para el retiro de los fármacos y cosas de ese tipo en cuanto a la atención presencial ” *Trabajadores de Salud Mental*

“...son muchos protocolos para poder ingresar al Cesfam como dije, no era algo así tan abierto y también por el desgaste de los profesionales, que a un contagio caía un grupo, entonces era muy difícil mantener a todos bien trabajando” *Trabajadores de Salud Mental*

“...ya que tomar el trabajo clínico nos costó muchísimo, nos costó muchísimo porque cuando estábamos empezando ya cómo agarrar esa línea de rearmarnos vino en la enfermedad de nuestro colega, que bueno que terminó en esto, fue muy muy impactante para todo el equipo” *Gestores Atención Secundaria*

“...hay como un agotamiento del profesional de salud mental, que igual quiere llegar a todas las partes sobre todo el sector rural que aparte van a ser visitas a domicilio en lugares lejos que a veces los móviles de salud no pueden llegar, entonces tienen que ver la forma de llegar y que quieren estar en todos los lugares que más puedan, entonces se forma un desgaste de ellos también para llegar a sus casas después con su familia y todo lo demás y aparte seguir trabajando y entregando un buen servicio y eso es súper complicado porque yo lo vi” *Representantes de la Comunidad*

Por otro lado, los participantes reconocen que en el proceso de pasar a una atención híbrida, existieron periodos en los que la población mantuvo un seguimiento estrecho por el equipo, pero no recibieron las atenciones

presenciales que constituían la oferta pre pandemia de los servicios de salud mental, a la que los usuarios y profesionales ya estaban habituados.

La suspensión total o parcial de las actividades presenciales, limitó a su vez, la oferta de intervenciones con la comunidad como talleres, actividades de prevención, promoción, grupos de autoayuda, que eran importantes para el desarrollo de tratamientos que implicó un retroceso importante en los avances terapéuticos de la población de usuarios más crónica.

“Personalmente tuve un inconveniente ahí que estuve más de 6 meses prácticamente 8 meses sin psiquiatra y fue extremadamente duro no estar prácticamente un semestre, Y por ahí el déficit de la Salud Mental individual, ahora no se los otros compañeros pero también conseguido de 3 meses 6 meses totalmente aplazado con lo que es la evaluación con psiquiatra y la del psicólogo frecuentemente siempre ha estado al pie de la letra , con lo que es la atención por parte de ese profesional.”
Representantes de la Comunidad

“fuimos avanzando con la pandemia en la mixtura por la demanda de los usuarios de atención presencial, también evidenciado desde los compañeros psiquiatras, quienes podían evidenciar que lo que habían rescatado o desde una llamada telefónica podía dictar mucho de lo que ellos podían evidenciar con la persona de manera presencial”
Trabajadores de Salud Mental

“...secundario igual y un protocolo donde suspendieron las visitas cierto porque es un centro comunitario donde se hacen muchas actividades y actividades en beneficio de la comunidad entonces se detuvo todo eso igual fue un impacto porque estábamos acostumbrados a los talleres, a los grupos, a los grupos de autoayuda, entonces muchas actividades ”
Representantes de la Comunidad

“hay muchos chiquillos que se acostumbraron a estar en la casa ya, que ya encontraron más calientito estar en la cama o estar ahí sin hacer nada, todo ese trabajo que tuvimos en un principio se ha perdido porque ellos ya tenían hábitos, hábitos de levantarse temprano, hábitos de juntarse con los otros compañeros, realmente ahí vamos a tener que empezar de cero nuevamente y cuántos habrán que no quieren volver”
Representantes de la Comunidad

“ En realidad creo que hay una cosa un poco cultural, yo creo que muchos pacientes partieron muy bien con el seguimiento telefónico, pero después empezaron a extrañar un poco la cosa entonces yo creo que también ahí fueron disminuyendo algunos niveles de atención, creo que claro, nos cambió él el setting de la atención, la duración de la atención es

claramente cambió por el tema de la desinfección y cosas por el estilo...”
Trabajadores de Salud Mental

“... eso va a depender mucho del grado de la enfermedad de la persona ya, la persona está mucho mejor por supuesto va a tener una mejor respuesta y un mejor deseo a la atención, pero también hay personas que no quisieron aceptar ese método y que ellos querían ir porque estaban acostumbrados, o bien era como su paseo” *Representantes de la Comunidad*

“bueno también se vieron afectado otras actividades, como las actividades de promoción de prevención que teníamos se dejaron de hacer las intervenciones grupales, los grupos de autoayuda y eso igual tuvo un impacto para la población también, espacios que igual eran importante no sé para los adultos mayores todo eso se vio bien reducido.” *Trabajadores de Salud Mental*

“...los chiquillos que estaban acostumbrados a ir al taller porque ellos tenían un taller protegido, eso se fue perdiendo, lo tratamos de mantener lo más que pudimos pero como era en base a trabajar la tierra y tener un consumo que se vendía, que todos los negocios de este tipo se cerraron, todo se perdió, hubo una pérdida muy grande ahí” *Representantes de la Comunidad*

Finalmente los participantes de esta fase, señalan las limitaciones vinculadas a las brechas de recursos humanos, y de presupuesto para responder a las necesidades de salud mental de la Región de Coquimbo, que además tiene la limitación de la dispersión geográfica que debe ser cubierta por los centros de salud mental.

“Otro tema que creo que es importante acá es la disminución de horas médicas para la atención de salud mental en algún momento, sí, yo creo que pensándolo como programa de salud mental, es muchas veces nuestros médicos tuvieron que dedicarse principalmente a la contingencia, entonces claramente hay también más esfuerzo en términos de controlar el tratamiento, control de fármacos etcétera.” *Trabajadores de Salud Mental*

“... con más de 16 meses en pandemia la institucionalidad sigue en deuda con el recurso humano a lo menos de salud mental que viene dificultando y que al parecer ya no va a haber una respuesta, no va a alcanzar la brecha que ha quedado establecida desde el inicio de la pandemia al respecto” *Trabajadores de Salud Mental*

“pero creo que en la salud mental muchas veces lo que dijo XXXX, que los profesionales están cansados y porque están cansados , porque necesitamos mucho más psicólogos, porque necesitamos mucho más psiquiatras, porque necesitamos mucho más centros de salud, lo que pasa es que no, no hay presupuestos no nos han dado el presupuesto que corresponde no puede ser que todavía estemos desde que yo estoy en esto con el mismo dos coma y tanto por ciento que es para salud mental, como queremos tener más profesionales, como queremos que el psicólogo que nos atiende es, porque atiende a nuestro familiar no esté mirando el reloj porque ya se le va a cumplir la hora que le corresponde y tiene que ser así porque detrás de él hay una fila esperando”
Representantes de la Comunidad

“... siento que hay dos factores ya, está el tema de la seguridad del resguardo de la población, y por otra parte está el tema de los recursos, el recurso humano sobre todo que nosotros teníamos para poder afrontar este tipo de situación ya” *Trabajadores de Salud Mental*

“hay varios elementos que están ahí como dando vueltas que eran también una reflexión un poquito más amplio respecto al rol de la salud mental en este en este paso a paso, yo creo que en realidad si bien todo el mundo dice que hay que priorizar la salud mental creo que en algunos momentos obviamente no fue la prioridad” *Trabajadores de Salud Mental*

“Provincia Choapa de tenemos una característica bien importante, que tiene que ver con la dispersión geográfica de alta ruralidad por lo tanto no se podía acceder a todos los usuarios, tampoco ya por la misma de privación sociocultural de los pacientes que no saben manejar el tema de las redes, o el celular ” *Gestores Atención Secundaria*

5.- DEMANDA EN SALUD MENTAL

Esta categoría ofrece información sobre la percepciones de los participantes, respecto de la demanda de atención en salud mental de la comunidad.

Los participantes dan cuenta de una disminución de interconsultas desde la atención primaria, a los centros de salud mental durante el año 2020. Al intentar explicar la causa de esta disminución existes percepciones heterogéneas, por un lado algunos participantes dan cuenta de una estabilización de los pacientes en el contexto de la pandemia, mientras que otros participantes dan cuenta de un empeoramiento de la salud mental de la población bajo control, debido a la soledad, la necesidad de ser atendidos presencialmente, hacinamiento,

“...me llegaron menos interconsultas durante el 2020 y creo que tiene que ver con el funcionamiento de APS durante los primeros meses de la pandemia, donde si las atenciones eran mucho menos abiertas” *Gestores Atención Secundaria*

“ menos interconsultas con garantía GES que también las vi como bajando, y se ha ido retomando el número de derivaciones durante el 2021 diría yo. ” *Gestores Atención Secundaria*

“ha habido digamos una especie de como de estabilización de los pacientes, asociados el contexto país, esto es muy llamativo porque es como a contracorriente a lo que sé se ha publicitado” *Gestores Atención Secundaria*

“se difunde que la ola de salud mental que siguió, pero ahí hay estudios al respecto de que en general durante las dos guerras mundiales los hospitales psiquiátricos, se vaciaban porque los pacientes se iban a su casa, y se van a cuidar a la mamá, a acompañar a los hermanos chicos, o sea como que mejoraron su rol en un contexto de alto estrés y se termina la guerra y volvían al hospital, porque volvía el papa a la casa, de qué se yo, volvía el contexto habitual y que no lo toleraban y volvían al hospital” *Gestores Atención Secundaria*

“Personalmente te digo hay pacientes que yo no he visto en un año, no los he atendido presencialmente ni siquiera telefónicamente simplemente he estado en contacto con el gestor terapéutico, pidiéndole el reporte o leyendo los reportes y los pacientes han estado impeque, ahora no sé si eso ha sido suerte, falta de visión, de preocupación no lo sé, pero honestamente no se han hospitalizado más, y la verdad que los pacientes que se han hospitalizado bueno son una tasa bastante cercana a lo habitual que teníamos” *Gestores Atención Secundaria*

“... buscamos la estrategia para llegar hacia ellos porque de verdad que la estaban pasando mal muy mal, porque había muchas personas que nunca tuvieron una dificultad de salud mental y tenían crisis de pánico, algunas pensaron en suicidarse, gente que está muy sola y fue eso po, ...” *Representantes de la Comunidad*

“... concuerdo mucho con los compañeros de la demanda de atención presencial, o sea, ahora iniciamos un taller de huerto donde las familias tenían dos posibilidades hacerlo desde zoom o hacerlo desde sus casas coordinando la entrega de materiales y nos dimos cuenta que el 80% prefirió presencial, así que eso es algo que es una demanda que se va evidenciando, la necesidad del contacto humano y de los propios usuarios de poder asistir.” *Trabajadores de Salud Mental*

“una de las cosas que yo quisiera compartir que para mí fue muy impactante, es que yo creo que esta pandemia y el que las personas no

podieran acceder a ir a los dispositivos de salud mental también provocó el que las personas que normalmente nosotros acogemos se dieron en el desafío de lo que significa quedarse encerrado 24/7, sin ni siquiera, bueno no estaba el escape del trabajo, no estaba el escape del colegio y tampoco estaba la posibilidad de ir a un centro de salud, de salud mental y por lo tanto la gente en las personas se vieron en este desafío de quedarse 24/7 encerrados en su verdadero mundo” *Trabajadores de Salud Mental*

“...las personas también han sufrido mucho mucho mucho nuestros pacientes, porque el no poder acceder aún a salir a la calle a ir a vernos ya que muchas veces es como casi el único momento que las personas tienen a una persona interesado o que hace que está interesado pero cumple su rol ya, me entiende, o sea trabajamos con población tanto privada en todo sentido, que era demasiado importante yo nunca nunca me tomé el peso hasta conversar con las personas y ver que en realidad quedaron no solamente abandonados de que le faltó el medicamento o el control del síntoma, sino que no había un otro con quien conversar humano y en ese sentido la sustitución a través de la tecnología más allá también de la pobreza propia de lo que significa no tocar, ni oler, no sentir la contra transferencia y no estar con otro” *Trabajadores de Salud Mental*

“Porque pasaron a agudizarse ciertas situaciones como por ejemplo si había hacinamiento, pero lo vivíamos en la tarde cuando llegaba del colegio, cuando llegaba del trabajo” *Trabajadores de Salud Mental*

6.- ATENCIÓN DE SALUD MENTAL DE MUJERES.

La presente categoría da cuenta de las percepciones en torno a la atención de mujeres en el contexto de la pandemia, ante la disminución más marcada respecto de los hombres.

Los participantes dan cuenta que la disminución de la atención de mujeres se debe al aumento de las actividades de cuidado, debido al cierre de establecimientos educacionales, una mayor conciencia de riesgo, doble presencia.

“la primera del tema de las mujeres yo creo que la disminución se debe directamente al factor de cierre de colegios, de establecimientos educacionales, donde muchas usuarias vienen a sus controles y sus niños están en el colegio, por lo tanto podían venir, qué pasa cuando se cierran los colegios las salas cunas los jardines, no pueden venir entonces no tienen con quién dejar a sus niños y eso también creo yo que así puede haber sido un factor que haya influido que la atención de mujeres” *Gestores Atención Secundaria*

“...por ejemplo puede haber tenido una disminución principalmente, por por dejarlos al cuidado de lo cierto de redes que ya no existían y que estaban cerradas” *Gestores Atención Secundaria*

“Y bueno en relación a la atención de mujeres yo agregaría además, que hubo una mayor conciencia de riesgo en las mujeres, y muchas de ellas se negaban digamos a las atenciones presenciales por temor al contagio” *Gestores Atención Secundaria*

“hubo allí una merma asociada a eso, hay muchas mujeres que no querían salir de la casa y que bueno muchos de estas pacientes incluso cuando era importante necesitamos ir a verlos al domicilio que sucedió asociado digamos a las labores digamos, las labores del cuidado de los niños de los que estaban ahí en esa situación.” *Gestores Atención Secundaria*

“los hombres no sé, son un poco más despreocupado o sea yo lo viví yo, yo tengo en mi casa vivo con mi esposo y mi hijo y yo vivía detrás de ellos, lávense las manos, sáquese los zapatos e incluso al principio hasta la ropa se tenían que, en cambio nosotras tal vez somos más preocupadas...” *Representantes de la Comunidad*

“...la mujer protege más a la familia también por, uno protege a la familia” *Representantes de la Comunidad*

“...la mujer al menos acá se ha dado mucho en las familias que nosotros atendemos en el sector rural que ellas siempre piensan en sus hijos por ejemplo de tampoco de no mandarlo al colegio y eso siempre está pensando la familia y eso yo creo que también es un factor de que porque ha disminuido y tal vez de ella pienso, pienso yo que si pensaban si van al hospital o que se yo ya podían llevar el virus, contagiar a sus familias eso creo al menos en las familias de acá, de nuestro sector” *Representantes de la Comunidad*

“Bueno yo creo que en la disminución de la atención es bueno una porque los profesionales nos estaban atendiendo y uno como mujer, dueña de casa, mamá, de todo, compañera, lo que hace tiene mucha más tarea en la casa” *Representantes de la Comunidad*

“uno como mujer trabaja mucho más y sigue pendiente hasta el otro día de lo que va a hacer al otro día y miles de cosas y así como las que son mamás de niños pequeños preocupados en que no vayan a los colegios que se puede contagiar y muchas cosas más” *Representantes de la Comunidad*

“una de las razones puede ser que de por qué las mujeres menos se atendieron es por primero por el miedo, el miedo y el otro el proteger, el proteger, él querer proteger a la familia” *Representantes de la Comunidad*

“con la pandemia ya tratamos de no hacer eso para no traer el contagio a la casa, de no traer al contagio y el miedo de y el de que, el que uno siempre quiere proteger, a la familia, ser el rol de la mamá y el que protege, la gallina que protege los pollos, entonces igual a lo mejor por eso tal vez sea que no, que se vio, se vio menos que la mujer iba, salía, salir a los controles y a esas cosas” *Representantes de la Comunidad*

“La diferencia por género yo siento que, que en cuanto a las mujeres siento que es a lo que más yo le puedo dar una explicación, porque si bien siempre ha habido una, ha sido desproporcionada por así decirlo, o sea por cuatro mujeres un hombre, siempre ha sido de esa manera en el Cesfam, yo siento que el hecho de que muchas mujeres dejarán de ir era lo demandadas que estaban por cosas sociales ya, por demandas sociales en la casa, porque los niños estaban en la casa, el teletrabajo, tenían muchas funciones y los tiempos que tenían a lo mejor para poder dedicar a su salud mental eran distintos ya” *Trabajadores de Salud Mental*

7.- APORTES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

La siguiente categoría entrega información de las percepciones de los participantes respecto de las estrategias implementadas en los centros de salud mental durante el periodo de pandemia que constituyen un aporte para la atención de los servicios de salud mental.

Uno de los aportes que dejó la experiencia de atención durante la pandemia tiene que ver con la gestión terapéutica, en la que los integrantes del equipo se hacían cargo del monitoreo regular de los usuarios, a través de las llamadas constantes, y videollamadas que favorece la prevención y el manejo de situaciones de alto malestar emocional para los usuarios y sus familias.

“Otra que rescatamos nosotros y que lo veníamos iniciando antes de pandemia pero con muchas dificultades es el tema de la figura de gestor terapéutico, que finalmente se viene a fortalecer con pandemia sí, entonces es algo que también, y también trabajamos con un N muy similar al que comentaba XXXX si no me equivoco de alrededor de 25 a 30 usuarios por cada profesional” *Trabajadores de Salud Mental*

“la gente igual se está acostumbrando más al tema de la de la llamada y de estar a esa hora como preocupada de ese momento más que nada, porque igual a veces viajar, la locomoción no hay, sobre todo hay gente de la tercera que ya no pueden caminar, que está postrado que viene sólo no se puede trasladar y el tema del teléfono le ha servido mucho para poder comunicarse y ya no están tan solos...” *Representantes de la Comunidad*

“...estábamos atendiendo lo que queríamos atender, y no lo que se necesitaba atender, que era atender a las personas y por eso que digo a lo mejor las personas no estuvieron mejor ni peor, pero nosotros

percibimos que estaban mejor porque los vimos en su diario vivir, no los vimos en la consulta donde vienen a quejarse, y a traer un extracto de todo lo malo que le ha pasado, o todo lo que se acuerdan que es malo, los vimos ahora más en su medio natural, en su casa lo llamábamos por videollamada.” *Gestores Atención Secundaria*

“...el gestor terapéutico que está por modelo de gestión como propuesto, se robustece en este proceso, porque si hubo un cambio de dirección en la forma de atención, ya no era el usuario el que nos buscaba y éramos nosotros los que nos acercamos a ellos, preguntando si requerían algo, y ahí el gestor terapéutico con un rol bien importante, y creo que sepamos alguna medida esta medida bien administrativa poco clínica pero bien pero por lo menos más robusto” *Gestores Atención Secundaria*

“...muchos de ellos lo hemos manejado en este mismo formato que mencionamos de cambio que que hubo en la gestión, ha permitido detectar con mucho mayor precisión y anticipación los cambios de los pacientes para poder intervenir en forma precoz, un cambio de ciclo de un Bipolar, de un nuevo cuadro psicótico que está empezando a activarse, lo hemos detectado de manera precoz que hemos estado más contactado con las familias de los pacientes, y por lo tanto hemos evitado un montón de hospitalizaciones que antes probablemente llegarán en llamas a los pacientes y lo único que había que hacer era hospitalizar ” *Gestores Atención Secundaria*

“...pero ahora ha sido intervenciones muchos nos precoces, que las he hecho yo y varios de los colegas también o sea, no no es que yo sea aquí el que está innovando, sino que todo hemos hecho lo mismo, entonces en ese sentido quiero también rescatar que el cambio modalidad a pesar del esfuerzo” *Gestores Atención Secundaria*

“por medio de la atención remota, servía a la familia el acompañamiento telefónico, el estar de alguna manera al lado de toda la familia que estaban pasando mal, eso, eso me decían hoy día ellos.” *Representantes de la Comunidad.*

Los participantes valoran el desarrollo de diversas prácticas comunitarias, tales como los grupos de autoayuda, grupos de whatsapp, consultorías por videollamada, apoyo de pares en la comunidad, y el trabajo realizado por las juntas de vecinos en temas de salud mental, que constituyen en su conjunto aportes para la salud mental de la comunidad.

“nosotros tenemos el grupo de autoayuda que coordino yo los días martes con gente más que nada de la tercera edad, igual complicado por el tema de la conexión a internet, que hay muchas personas que no saben manipular mucho los teléfonos más avanzados, a costado mantener ese grupo pero está hace hartos tiempo ya a través de WhatsApp, entonces más que nada estamos ayudando en eso.” *Representantes de la Comunidad*

“...tenemos un grupo de whatsapp que se comparte la información del departamento de salud y toda la información que tenemos del grupo y de los trabajadores, que la gente ahí va viendo los mensajes o ellos mismos van compartiendo cosas, entre ellos mismos los usuarios se van ayudando o van compartiendo experiencias, o ellos mismos te llaman, o te hacen una llamada cuando necesitan hablar cosas así, en eso por lo menos yo estoy haciendo ese apoyo aparte del acompañamiento de familia.” *Representantes de la Comunidad*

“...quizás perpetuar como buena práctica, que tiene que ver con esto, con el zoom de hacer las consultorías mediante zoom, lo que tiene que ver con por ejemplo Vicuña, que una lejanía importante que ante ignorábamos la posibilidad o con otros de poder conectarnos de esta forma, entonces creo que, si bien podemos rescatar muchas buenas prácticas, también creo que hay que mejorar otra.” *Trabajadores de Salud Mental*

“...y cómo tenemos que aprender de eso desde que la misma comunidad puede darle apoyo acompañamiento un acompañamiento de pares, como responsabilidad de nosotros como equipo de salud conectarlos entre sí y que eso sea un vínculo sano y que permanezca en el tiempo, porque son un equipo de salud y yo estoy aquí en las compañías y después me voy para mi casa pero son ellos los que quedan allí con sus vecinos con el otro con la agrupación que está a diez cuadras más allá” *Trabajadores de Salud Mental*

“...y creo que ese es un desafío en que creamos y que también a veces dejemos de mirar el ombligo como profesionales o especialistas no cierto en la salud mental ,y como el apoyo, el acompañamiento de un par, de un otro puede llegar a ser bastante más significativo, entonces yo creo que es un desafío en que tenemos que fortalecerlo y creer y creer que es que si funciona y está comprobado nos falta y ponerle más puntilla al tema comunitario y creer en la comunidad como como soporte real y permanente para la familia y usuario lo trabajamos de manera territorial. ” *Trabajadores de Salud Mental*

“...también lo acaba de comentar ahora que tiene que ver cómo la comunidad nos dio lecciones en pandemia, voy a hablar desde la experiencia desde las compañías, nos dio lecciones, nos sigue dando lecciones, como nunca las juntas de vecinos activadas, como nunca las agrupaciones, sociedad civil con distintos objetivos” *Trabajadores de Salud Mental*

“... y nosotros como agrupación postulamos a proyecto a nivel regional como programa ecológico, entonces sirvió mucho para no perder el contacto con las familias y desde ahí parte todas las iniciativas que están dentro del programa aún están activas ” *Representantes de la Comunidad*

Los participantes dan cuenta que el contacto estrecho y frecuente entre los equipos, con usuarios y familias, ha favorecido el vínculo y cercanía, dada la alta valoración que tienen los usuarios, respecto de los esfuerzos realizados por los equipos para estar en contacto con ellos.

“a mí me pasaba que cuando yo quería acercarme algunas familias siempre me decían eso, él es un usuario, es un paciente, no es su amigo, entonces en esta vez ellos tuvieron que acercarse a la familia por la pandemia y la relación fue más cercana, yo la veo ahora que ellos son más cercanos, son más cercanos con la familia porque se llaman, llama por teléfono, yo también haciendo llamadas telefónicas, entonces también me dicen que quieren hablar con el profesional, ya yo le voy a dar su recado, yo le doy el recado al profesional y profesional los llama...”
Representantes de la Comunidad

“Los usuarios cuando tú le preguntas qué les ha parecido la atención en el último año, te dicen ha sido mejor, yo ahora siento que me ahora como que me puedo comunicar con el equipo, siento que hay una vía expedita de comunicación, podemos hablar me están llamando constantemente, yo les cuento lo que me pasa, en que estoy, siendo que están preocupados de mí, siento que efectivamente me están atendiendo, por eso que a mí me parece que es muy importante además relevar, que este cambio a pesar de que fue brutal en términos del estrés, necesitamos no botar esto o sea, por ningún motivo es que volver atrás”
Gestores Atención Secundaria

“pacientes llamándolo y ellos se alegran mucho porque el médico lo llamó, porque la psicóloga la llamó, entonces igual he visto una conexión muy positiva en cuanto a eso de por qué el médico hubiera estado en una video llamada o llamándolos por teléfono a cada uno, eso no se hacía antes, tenían que ir en forma presencial y tener su lugar asignado y todo eso pero yo con las personas que las llamada como se habían sentido, bien, bien, porque el”
Representantes de la Comunidad

“la atención yo por lo menos en el caso de nuestro usuario la mayoría estaba muy conforme, estaba muy conforme porque se buscaron los medios para llegar a ellos, ya sea por teléfono ya sea por video llamada y en el asunto de la entrega de los medicamentos nunca faltó medicamentos, los medicamentos fueron llevados...”
Representantes de la Comunidad

“...esas cosas no habían antes, entonces esa cercanía del profesional hacia la familia como que creció un poco y eso me gustaría que siguiera así, que siguiera si no se perdiera, no porque se acabe la pandemia que se alejara eso, y que hubiera ese acercamiento y más confianza, no poner una barrera tan grande entre la familia porque al final de todo, es verdad

que sí tienen qué sí hacer un poco un poquito la diferencia para que haya un respeto, pero tiene que haber esa cercanía, tiene que haber esa confianza, esa cercanía porque al final de todo todos somos seres humanos, todos somos personas, todos sentimos, todo tenemos problemas, y no vas a ver a la familia como algo inferior” *Representantes de la Comunidad*

Por otro lado, los participantes valoran la incorporación de prácticas de autocuidado, como los elementos de protección personal, mientras se realizaban las visitas domiciliarias que permitan sostener los tratamientos farmacológicos.

“...porque lo que más nos pidió en ese tiempo el alcalde era que no dejáramos a las familias solas, entonces con todo el protocolo de llevar el delantal, guantes, la bolsa de basura y entrar así igual era como un poco incómodo entrar así pero era por el bien de la familia y ellos así lo entendían también” *Representantes de la Comunidad*

“... salían igual la visita pero como astronauta decían en el pueblo, como astronauta sí, porque tenían aquí hay que ponerles las se ponen la inyectable, todo el medicamento que necesita así que tenían que salir sí o sí porque ahí es chiquito no podían recibir a todos, de alguna man” *Representantes de la Comunidad*

“...el autocuidado teníamos que hacerlo todo y esto se vio también reflejado en todas las atenciones pero en sí y por ejemplo la entrega de fármaco, lo inyectable eso siempre nunca se detuvo y siempre se hizo así que pero las atenciones en sí presenciales disminuyeron enormemente en el CESAM...” *Representantes de la Comunidad*

A su vez, los participantes valoran las estrategias que favorecieron la continuidad de tratamientos farmacológicos, como la estrategia de “mapa” que permite la entrega de los fármacos en el territorio, y que ha favorecido la adherencia a tratamiento en la población bajo control.

“... lo que sí puedo rescatar que ganaron los usuarios que antes no existían, es el tema de “mapa” que le llamamos nosotros que antes los usuarios venían acá a retirar ellos sus fármacos cuando venían a control, pero cuando fue la pandemia ahora nosotros les enviamos los fármacos a los otros hospitales” *Gestores Atención Secundaria*

“el trabajo de mapa que se hace acá es un trabajo bastante minucioso, tuvimos que armar un equipo que se encargará de ser mapa, de bloquearles de espacio a los médicos para que pudieran hacer la consulta abreviada, a la farmacia que nos con el plazo para poder llegar con las

nóminas del paciente, entonces tuvimos que armar cosas que antes no existían, y así cuando lo quisimos desarmar a finales como entre septiembre y octubre quedó la escoba, porque la gente también se acostumbró ya no a venir a buscar los fármacos acá, sino que los fármacos los teníamos que enviar” *Gestores Atención Secundaria*

“...yo pondría más bien ojo en qué es lo que está funcionando, qué es lo que está mejorando la calidad de la atenciones, para tratar de sostenerlo en el tiempo y en particular por ejemplo hay pacientes que nos quedamos administrando el tratamiento inyectable en la casa, y ha sido lo único que ha funcionado porque de otra manera siempre está descompensado, siempre faltaba, siempre ha tenido que hospitalizarlo, y ahora que le estamos inyectando su tratamiento como corresponde, como debe ser el paciente está estable un año milagrosamente” *Gestores Atención Secundaria*

8.- APORTES DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

Esta categoría entrega información respecto de las percepciones de los participantes en torno a los aportes específicos de las personas que conforman los equipos de salud mental durante la pandemia. Entre ellos valoran el sostener la atención desde sus propios recursos, exponiéndose al contagio en las visitas domiciliarias a pesar de la incertidumbre, mantener estrategias de autocuidado, toma de decisiones de acuerdo a las necesidades territoriales, y el desarrollo de competencias de manera autónoma por parte de los profesionales que pusieron al servicio de los dispositivos.

“el sistema salud ha surgido en razón de sus funcionarios, desde históricamente y dado los resultados en base a los funcionarios, no en base a los sistemas de gestión que tiene, en base a los sistemas de dirección que tiene, no al contrario, desde la base es la que se sostiene, y eso creo que es algo que hay que volver a mirar y volver a rescatar y valorar.” *Gestores Atención Secundaria*

“...la prueba fue más bien superada por las personas que conformaban los equipos más que por el sistema, y lo que el sistema nos podía ofrecer para para sostener lo que veníamos haciendo, aca los funcionarios estuvimos un buen periodo desde marzo a noviembre en turno segregado, ellos llamaban desde sus teléfonos en la casa, usando sus herramientas, su internet su computador, su teléfono, y no era por una obligación ni siquiera les pedíamos que lo hicieran, lo hacían y creo que se ha sostenido incluso un poco hasta la fecha, yo creo que hay algunos médicos, psicólogos que versus estar con la red MINSAL, que se nos cae a cada rato, usan sus propias redes para seguir haciendo las atenciones remotas, entonces se sostiene pero en base a un poco la intención y motivación

de un equipo que quiere que las cosas funcionen. ” *Gestores Atención Secundaria*

“...yo creo que como el 80 por ciento, tiene que ver con la energía que le puso el equipo en el trabajo” *Gestores Atención Secundaria*

“...era tanto miedo, entonces y se supone que si nosotros teníamos mucho miedo le íbamos a la comunidad le vamos a transmitir ese miedo entonces teníamos que darles como la seguridad aunque tuviéramos miedo nosotros teníamos que darle la seguridad a ellos, así se vivió ” *Representantes de la Comunidad*

“bueno realmente rescatar que nosotros trabajamos y generamos un sistema de turnos semanal lo que nos permitió digamos hasta la fecha no tener ningún tipo de contagio ni contactos estrechos Covid, por tanto mantenemos un equipo relativamente sano al respecto, lo que también no nos a hacer cuarentena ni nada por el estilo, creo que igual que el resto” *Trabajadores de Salud Mental*

“... en varios aspectos fuimos tomando determinaciones locales para ir abordando la situación de la pandemia.” *Gestor Atención Primaria*

“... yo creo que gran parte de lo de que esto no haya sido un desastre peor que lo que ha sido tiene que ver con que hay una gran cantidad de profesionales de salud en Chile que con su propio dinero con su propio tiempo y acosta personal se han entrenado en un montón de competencias, que no tienen nada que ver con el cargo para el cual está contratado ya, y que pusieron, han puesto al servicio de este sistema eso y eso hizo sobrevivir muchas cosas..” *Trabajadores de Salud Mental*

9.- APORTES PARA LA GESTIÓN DE EMERGENCIAS EN CENTROS DE SALUD MENTAL

Esta categoría da cuenta de las percepciones respecto de los aportes a incorporar para la gestión de emergencias en los centros de salud mental, en base a la experiencia de la actual pandemia Covid-19

Las participantes dan cuenta de la valoración del conocimiento territorial que tienen los equipos de salud mental para la preparación de la respuesta ante emergencias, proponiendo un diálogo entre las orientaciones del nivel central, y la experiencia de los equipos. Se releva la importancia de basar la planificación desde las necesidades de los equipos que brindan la atención.

“yo creo que lo más básico creo que cuando se quiere implementar algo lo primero que tienen que hacer quienes dirigen en este caso los servicios, los hospitales es llamar a la gente que está en terreno, como desde ahí armar algo en conjunto porque creo que es todo esto que llegó fue dado

desde allá, pero jamás se preguntó la realidad de cada uno” *Gestores Atención Secundaria*

“..llegar a un consenso de cómo sería la mejor forma de poder llegar a trabajar entonces tiene que ver esto con el diálogo con la gente que está en terreno, que la gente que está trabajando en el día a día, el que vive la realidad el que conoce a los usuarios, las directrices llegan desde este nivel regional o central pero sin tener en consideración de la gente que está haciendo la atención directa” *Gestores Atención Secundaria*

“Si no se le pregunta a la gente que está ahí es difícil que todas las estrategias que vengan puedan ser fructíferas porque no se está considerando en la realidad de la gente que trabaja allí. ” *Gestores Atención Secundaria*

“...tiene que haber un sentido en las medidas de contingencia que se tomen, y que tienen que ser basadas en las necesidades de los equipos, de terreno digamos, de los equipos clínicos como quieras mencionar los equipos operativos, no puede ser basada justamente en el nivel de dirección...” *Gestores Atención Secundaria*

“tiene que haber también ese mismo cambio que tuvimos que hacer con los usuarios, tiene que haber desde arriba, tiene que decir ya nosotros ahora escuchamos todo lo que ustedes necesiten para poder hacer todo lo que esté en nuestras manos para implementarlo, o sea ahora nosotros los directivos trabajamos para ustedes, usted nos dicen qué es lo que necesitan hacer, y nosotros nos movemos para que eso se cumpla, o sea justamente dar vuelta a la tortilla...” *Gestores Atención Secundaria*

En esta misma línea de planificación de la respuesta de los servicios, los participantes dan cuenta de la importancia de consultar a la comunidad respecto de las acciones realizadas, y valorarlas desde su percepción, con la finalidad de aprender respecto de su utilidad e incorporación de acciones con pertinencia territorial.

“yo había pensado que una de las propuestas justamente de cómo cómo prepararnos y mantenernos preparados para lo que viene es el recoger por ejemplo, el recoger la opinión de la comunidad, cómo prepararnos para hacer una mejor atención o para lo que pueda venir, deberíamos recoger la verdadera opinión de la comunidad a la que hemos pretendido servir ” *Trabajadores de Salud Mental*

“... nosotros deberíamos deberíamos saber cómo ellos saben qué quieren ser acompañados en una situación así, yo creo que es lo mismo que tú planteas como una propuestas o sea, recoger de alguna manera ordenada, sistemática cómo es que la comunidad sabe qué es lo que sabe que quiere y cómo lo quiere que les sirve que no les sirve y qué cosas a lo mejor ni siquiera necesitan ” *Trabajadores de Salud Mental*

“¿cómo nos preparamos? así teniendo más idea de lo que la gente es capaz de hacer, y que ellos nos digan, sabe que esto lo que necesitaba, necesitamos que lo hagan así porque eso nos sirve, lo demás no nos sirve” *Trabajadores de Salud Mental*

Otra de los aportes para la gestión de emergencias, tiene que ver con la mejora de los sistemas de información, y la implementación de tecnologías, que permitan unificar la gestión de los pacientes como de los centros de salud mental. Incorporando estrategias de atención, consultorías, estrategias de psicoeducación, entrenamiento en telemedicina para los equipos, y el apoyo a los usuarios para contar con los recursos tecnológicos necesarios para recibir la atención.

“para mejorar la gestión que era justamente tener un sistema de información unificado, el sistema de como una columna vertebral digital de informática, que permita independizarnos un poco de él el box mismo ya, de tener un contacto con las historias clínicas, con los otros centros una comunicación que vaya en un solo canal y eso me parece que fue algo que se extrañó muchísimo” *Gestores Atención Secundaria*

“...como propuesta es que antes no habíamos estado en una situación que requiriera la implementación de tecnologías y esa fue una de las dificultades que pude yo observar, y que bueno, hasta el día de hoy va generando y se utilizó mucho tiempo” *Trabajadores de Salud Mental*

“...es quizás como que nos dio como cierta dificultad de lo que eran las consultorías a distancia y yo creo que como que nunca se había considerado la implementación de recursos tecnológicos dentro de lo que es la salud mental.” *Trabajadores de Salud Mental*

“..creo que como propuesta ya que todo estamos un poco más cercanos con este tema digital o no todos pero en realidad parte estamos más cercanos con eso yo creo que hay que aprovecharlo, yo creo que hay que aprovecharlo no, no en pro de priorizar respecto a la atención presencial pero sí en términos de generar cápsulas, de generar algún sentido de trabajo comunitario también creo que ha sido el más debilitado en términos de salud mental el ámbito comunitario, entonces si nosotros logramos resignificar también la posibilidad de generar encuentro en grupos de trabajo sistemático, aprovechar de enseñarle a la parte de la población, de invitarla, de motivar a otro otro tipo de intervenciones creo que sería bien fortalecedor” *Trabajadores de Salud Mental*

“...yo creo que como aprendizaje es absolutamente necesario que como estado y como sociedad nos preparemos en la inversión en tecnología útil ya, útil útil útil al nivel que los seres humanos se merecen mínimo ya, y que los equipos de salud tengan esa tecnología a mano ya, porque si no a seguir ocurriendo lo de siempre ¿no? que depende de la voluntad del resto” *Trabajadores de Salud Mental*

“la oportunidad ahora, no después, y que esto quede instalado en que todos los equipos salud debiéramos tener un entrenamiento con una actualización permanente en lo que es teletrabajo en general, el trabajo a distancia ya, el trabajo a distancia, no solamente el trabajo clínico sino que también el trabajo de gestión, el trabajo administrativo, el trabajo de equipo ya, cómo es esto del trabajo transdisciplinario” *Trabajadores de Salud Mental*

“...es necesario dotar a la población de sistemas tecnológicos que permitan acceder fácilmente a una atención remota de calidad ya, donde no tengan que depender de los pocos recursos que la gente se las arregle con su pobreza yo creo que eso es una cuestión y que ni siquiera es tan complejos ni de tanto costo ya.” *Trabajadores de Salud Mental*

Otra de los aportes para el manejo de emergencias, es percibido desde la importancia del vínculo por parte de los equipos con los usuarios y sus familias, que los participantes reportan debería ser un objetivo a mantener incluso más allá del manejo de las emergencias. Este vínculo se percibe que fue desarrollado a partir de las visitas domiciliarias, la gestión terapéutica, las llamadas telefónicas,

“que sigamos acercándonos más porque igual la pandemia de todo lo malo atrás porque que hubo más acercamiento del profesional hacia la familia y eso hacía falta porque la familia siempre vio el profesional muy distante antes, muy distante que era, que te atendía en un en un box y ponía una muralla, ahora por lo menos se dio que el profesional salió a las casas, se comunica por teléfono, hay una cercanía, es una cercanía que hay entre el profesional y la familia” *Representantes de la Comunidad*

“...que continúe el acercamiento hacia la comunidad y lo esencial, la salud, la salud sobre todo que esté el servicio a la comunidad que sea una salud digna de calidad y eso ahora con la dedicación que puso cada uno de los profesionales, eso debe continuar para tener una salud digna, así que ojalá haya sido un aprendizaje esta pandemia que salga pronto, que ya termine y que sea un aprendizaje para cada uno de los, de los profesionales de nosotros también como voluntarios como trabajadores comunitarios y esa cercanía esté y que continúe y que perdure en el tiempo, que sería lo ideal.” *Representantes de la Comunidad*

“...tal vez esto sea la gran enseñanza que ojalá los profesionales no lo olviden ya, no lo olviden y podamos acercarnos más a las familias ” *Representantes de la Comunidad*

“... la atención ha sido óptima y como todo país sudamericano que sufre algún inconveniente de pandemia o epidemia o en este COVID ha sido el más grande de lo que yo he vivido saqué enseñanza y la enseñanza debe ser tanto en pandemia y tanto en estado de paz me gustaría que fuera con la misma consistencia que cuando estuviéramos sin pandemia estos

entonces su deber sería mucho mejor, los agentes de la salud mental los trata a los usuarios como verdaderas personas que requieren establecerse con la vida y me parece que corregir los errores en lo positivo” *Representantes de la Comunidad*

“Bueno yo pienso lo mismo que los demás compañero creo que es súper importante que se mantenga esa llegada hacia los pacientes con el profesional y también creo que es súper importante también que los profesionales que están en salud mental descansen pues que como yo veo desde cerca el trabajo de mis compañeras entonces a veces son muchas las cosas” *Representantes de la Comunidad*

“... se necesita ese acercamiento, se necesita que la persona crea en la otra persona, que se sienta tomado en cuenta, que no solamente sea el sujeto ya y de verdad yo pienso que la gran lección, pienso que todo hemos cambiado, esta pandemia ha todos nos hizo cambiar ya” *Representantes de la Comunidad*

Se percibe a su vez, que para una adecuada gestión de emergencias por parte de los equipos de salud mental, es necesario la implementación de cuidados para los equipos de atención, y la posibilidad de tener descansos apropiados en relación a la carga laboral.

“...no nos olvidamos de lo que podría ser, podría haber más, es un autocuidado para los para los que trabajan, un autocuidado de calidad para los que trabajan en salud mental porque si bien hay trabajadores comunitarios la señora XXXX que tiene la organización, los profesionales tienen una familia, todos tenemos una familia detrás entonces para nosotros estar en buenas condiciones para poder apoyar a la familia nosotros, yo creo que hace falta autocuidado, buenos autocuidados, o sea que den resultado, no sé, no sé cómo será hacer un así de calidad, porque el profesional que atienden no se, por ejemplo yo creo que uno que tiene 260 familias que atender y yo digo cómo quedará después para atender a su familia” *Representantes de la Comunidad*

“...se podrían haber hecho capacitaciones o autocuidado de parte del servicio y no que fueran auto contenciones entre medio de los equipos, que también algunos estaban pa la embarrá en términos de lo que era estrés, en muchas veces, y que hubiera apoyo un poco más, si nos exigen hay que ver qué es lo que nos están entregando, sí yo creo que esa sería una propuesta a considerar” *Trabajadores de Salud Mental*

“...y principalmente también a quienes ayudan, que tiene que ver con el autocuidado también, que también llegó tarde, incluso acá pasó un tema que se cancelaron las vacaciones estando donde necesitamos , y bueno la excusa, era no puedes estar viajando de vacaciones cuando nosotros estamos trabajando, y yo decía pero necesitamos un tiempo, una pausa” *Trabajadores de Salud Mental*

Se percibe por parte de los participantes, la necesidad de los equipos de desarrollar competencias transversales que sustenten el funcionamiento de los centros de salud mental, en especial para contextos de emergencia. Además de la importancia de mantener la gestión terapéutica, incorporación de gestores operativos que permitan articular la red de atención de salud mental, y disponibilidad de psicólogos en los servicios de urgencia de atención primaria.

“Lo otro es que otra forma de prepararse, es que recibamos entrenamientos, otra propuesta, necesitamos recibir entrenamiento en algunas competencias que son transversales en los equipos ya, entonces por ejemplo, en un equipo de salud constituido por la persona que se encarga del aseo, la persona que cuida la puerta que normalmente es un guardia, la persona que hace el rol de secretario, de todo, hasta los profesionales especialistas, hay una gran cantidad de acciones de tarea y todo que podríamos aprender todos, que son transversales y en las que nos podríamos entrenar en cuestiones básicas y que nos van a preparar para cualquier emergencia, porque como el mundo ya cambió y preparémonos con la próxima pandemia porque esa es la verdad”
Trabajadores de Salud Mental

“...cuando todo se desarma es que cada ser humano en una unidad tenga claro que tiene una población bajo su responsabilidad con nombre y apellido y que exista un gestor es una cuestión importante ya, para evitar esta dispersión en que parece que nadie es responsable de nada y todos de todos yo creo que eso es súper importante, que el gestor terapéutico sea como una figura importante.” *Trabajadores de Salud Mental*

“...gestores operacionales, pero me refiero son gestores operacionales, como veníamos como coordinadores de la red referentes, pero referentes prácticos, referentes ejecutivos” *Gestores Atención Secundaria*

“...justamente tiene que haber también una estructuración que permita tener esta malla que es lo suficientemente sólida para la gestión habitual como para también soportar la presión del estrés cuando, esa sea la malla que no aprieta mas el sistema” *Gestores Atención Secundaria*

“...y algo que no se hizo pero que creo que pudo haber sido favorable, es que en el caso de salud mental existiera ofertas de psicólogos disponibles apostados en los servicios de urgencias de atención primaria.” *Gestor Atención Primaria*

XI.- RESULTADOS FASE INTEGRACIÓN DE HALLAZGOS

El análisis de la tercera fase contemplo el desarrollo de metainferencias. Estas se insuman de los resultados de las fases cualitativas y cuantitativas que fueron analizadas previamente de manera independiente. Las metainferencias constituyen una complementación, compatibilidad, divergencia o contradicción entre los resultados cuantitativos y cualitativos que permiten comprender el fenómeno en mayor profundidad.

En abril del año 2020 existió una disminución de un 85 % de las atenciones ambulatorias de salud mental, disminución que al año 2020 se mantuvo en un 56 % menos de atenciones ambulatorias presenciales respecto de las realizadas el año 2019. Al respecto los resultados de la fase cualitativa permiten señalar que la estimación en torno a la disminución de las atenciones se debe al limitado desarrollo que existe en la Región de Coquimbo en torno a la consolidación de los datos estadísticos, la percepción de ambigüedad en torno a lo que representan los datos estadísticos, así como, falta de orientación en torno al sistema de registro. No obstante, los participantes perciben que los datos dan cuenta de la disminución en la atención ambulatoria presencial, pero refieren que el sistema de registro deja fuera todas las adaptaciones e intervenciones vía telemedicina que constituyen en una primera etapa el fuerte de la respuesta de los servicios de salud mental.

Por otro lado, los participantes perciben que el desafío de instalar un nuevo sistema de trabajo durante la pandemia fue a su vez, un desafío para el sistema de atención que tuvo que instalar un sistema de registro que permita monitorear las acciones de salud mental en el contexto de pandemia, considerando que el sistema de registro no da cuenta de la continuidad del cuidado de los usuarios, dado que esta no se desarrolló a través de la atención ambulatoria presencial.

Como señalan los participantes, las intervenciones realizadas por los centros de salud mental estuvieron focalizadas en la continuidad del cuidado asegurada por el fortalecimiento de la figura del gestor terapéutico, entrega de tratamiento farmacológico en domicilio, monitoreo telefónico, videollamadas y visita domiciliaria.

La segunda meta inferencia posible de desarrollar tiene que ver con la disminución según género en la Región de Coquimbo, en tanto, la atención ambulatoria de mujeres disminuyó en 53.595 atenciones respecto de las realizadas el año 2019, lo que corresponde a un 54%, mientras que la atención de varones disminuyó en 29.053 en el año 2020, lo que corresponde a un 59%. Al respecto, los participantes dan cuenta que esta disminución en mujeres se relaciona con el aumento de las actividades del cuidado, dado el cierre de los establecimientos educacionales, una mayor conciencia de riesgo individual y familiar, y la doble presencia que limitaba los espacios para el cuidado de la salud personal, no obstante, refieren que existe un mayor uso histórico de los centros de salud mental por parte de las mujeres.

XII.- DISCUSIÓN

Ante el contexto de incertidumbre y sufrimiento generado por la epidemia del coronavirus, las enfermedades de salud mental han aumentado su prevalencia, sobre todo para las poblaciones expuestas a una mayor vulnerabilidad (13-41).

Al respecto la Organización de Naciones Unidas (ONU) da cuenta del aumento de la angustia psicológica, debido al impacto del virus en la población, las consecuencias del distanciamiento social, miedo a la infección, muerte y pérdida de miembros de la familia, problemas económicos, o riesgo de perder los medios de subsistencia, han aumentado la cantidad de personas que sufren un cuadro de salud mental (2).

En este contexto la respuesta de los servicios de salud mental cobra especial relevancia, y ha implicado la tarea de repensar los servicios de salud mental, en el contexto de distanciamiento social. Para conocer el impacto que tuvo la pandemia en los servicios de salud mental de la Región de Coquimbo, se diseñó una evaluación a partir de un perfil multidominio (35), que utilizó como fuente de conocimiento los datos del sistema de información del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), el conocimiento de gestores de atención primaria y secundaria, profesionales y representantes de la comunidad.

En la región de Coquimbo, la pandemia tuvo un impacto significativo en las atenciones ambulatorias presenciales disminuyendo durante el año 2020 en un 56% respecto de las atenciones realizadas el año 2019. Para los diversos actores que se relacionan con la atención de salud mental, esta disminución se relaciona al cese de la atención presencial al inicio de la pandemia que permitió la reestructuración de la atención, y el cambio paulatino a la atención online o híbrida que no fue registrada plenamente en el sistema habitual de información, ante la percepción de una dificultad histórica en el registro estadístico y la poca claridad en la consolidación de los datos.

La información en salud es un producto esencial para el sistema, en tanto, permite apoyar la toma de decisiones, la operación, vigilancia, monitoreo e investigación en salud (37), por lo que el abordaje de las dificultades que tienen los centros de salud mental se vuelve crítico para el conocimiento y planificación en salud, no solo para los centros de salud mental, sino para el sistema en general.

Si bien es cierto, Chile tiene una larga tradición estadística, en salud mental los sistemas de información han sido construidos junto con la implementación de los planes nacionales e integrados al sistema de salud (22), y durante la pandemia covid-19 los datos han cobrado especial relevancia, tanto así, que el ministerio de ciencia convocó a diversos actores que realizaron análisis predictivos, científicos y clínicos, que contribuyan a la toma de decisiones basada en la evidencia (38).

No obstante, como señala comisión de datos en Chile (35), individuos y organizaciones públicas y privadas se enfrentan a diversas dificultades al momento de acceder a la información, incluso al interior de una misma institución y/o sector por falencias técnicas, marcos jurídicos vigentes, que muchas veces se encuentra con ambigüedades e incertidumbre en las organizaciones del país, lo cual es coherente con los resultados de la presente evaluación, y da cuenta de la importancia de focalizar los esfuerzos en esta materia para la toma de decisiones informada en salud mental.

En cuanto a la disminución según nivel de atención en la Región de Coquimbo, existió una disminución más marcada para la atención secundaria quienes realizaron 53.520 atenciones menos respecto del 2019, mientras que la atención primaria realizó 52.308 atenciones menos. Al observar esta disminución según Provincia, se puede dar cuenta que la Provincia del Elqui, constituye la provincia en la cual más disminuyeron las atenciones ambulatorias presenciales de atención secundaria con un 68%, seguido de Choapa en donde la atención secundaria disminuyó en un 60%, mientras que en la Provincia de Limarí fue la atención primaria la que tuvo la disminución más significativa con un 55%.

Al observar la disminución en las atenciones presenciales según género, las mujeres tuvieron 59% atenciones menos respecto del 2019, lo que en su caso corresponde a 29.053 atenciones menos, mientras que los hombres tuvieron una disminución de un 59% atenciones, lo que corresponde a 29.053 atenciones menos y al observar la disminución por provincias, en Elqui la disminución fue de una 60 %, seguida por Limarí con un 47%, y Choapa con un 46%.

Si bien es cierto, la disminución porcentual es mayor en hombres, las mujeres en terminos de valores absolutos utilizan mas los servicios de salud mental, por lo que constituyen una población de especial preocupación, una investigación en india mostró que el 66% de las mujeres informaron estar estresadas en comparación con el 34% de los hombres. Mujeres embarazadas y madres son potencialmente propensas a estados ansiosos debido a dificultades de acceso a servicios sociales, miedo a infección, y violencia de género (2).

Esta disminución según género es percibida por los participantes como la consecuencia del aumento de las actividades de cuidado debido al cierre de establecimientos educacionales, una mayor conciencia de riesgo, y la doble presencia, como las razones que instituyen esta disminución en la atención de mujeres de la región de Coquimbo. Al respecto la ONU recomienda que para disminuir las consecuencias para la salud mental, es necesario focalizar los esfuerzos en promover, proteger y cuidar la salud mental de toda la sociedad, respondiendo proactivamente ante situaciones de violencia física, empobrecimiento agudo, favoreciendo el acceso a servicios sociales y de atención en salud (2).

Los resultados de la fase cualitativa entregan información emergente en torno a la respuesta de los servicios de salud mental de la región. Estos cambios en la atención de salud mental, tienen un profundo espíritu comunitario, en tanto, han relevado el valor del gestor comunitario, la visita domiciliaria, la llamada

constante para saber de los usuarios y sus familias, y la entrega de fármacos en el territorio que en su conjunto favorece la continuidad del cuidado.

Si bien es cierto, los resultados de esta fase cualitativa dan cuenta que no necesariamente existió una continuidad del propósito que tenían los tratamientos psicosociales, estas acciones de enfoque comunitario, constituyeron un puente para el contacto personal entre los miembros del equipo y los usuarios, tal como reportan testimonios de gestores, profesionales y representantes de la comunidad, que dan cuenta de una forma de relación más simétrica y cercana.

El miedo al contagio por Covid de profesionales y usuarios constituyó una limitación para el proceso de atención ambulatorio de salud mental, junto con las cuarentenas, los espacios físicos, los recursos tecnológicos, brecha de recursos humanos y el desgaste profesional y emocional de los trabajadores de salud (42). Los participantes valoran los aportes de los equipos de salud mental, que a pesar del riesgo mantuvieron el cuidado y atención de los usuarios y familias, muchas veces desde sus propios recursos, en medio de una situación de alta incertidumbre.

Los hallazgos dan cuenta que para el manejo de emergencias similares es necesaria una planificación con pertinencia territorial, en relación a las necesidades de los equipos de salud mental que permita sostener la atención de la población. A su vez, la respuesta a la pandemia da cuenta de la necesidad de incorporar las tecnologías para los equipos y usuarios que permitan asegurar la atención, continuidad de cuidados, y vínculo en contextos de alto estrés psicosocial.

A su vez es relevante mencionar, la importancia que tiene la incorporación de autocuidados de calidad para los equipos de salud mental que han sostenido la atención, lo que se sostiene desde los relatos de gestores y profesionales que lo consideran un aspecto muy relevante para la gestión de emergencias, tal como señala la Central Única de Trabajadores en su informe sobre el desgaste emocional de los trabajadores de Chile (43). Un hallazgo relevante del estudio es que los representantes de la comunidad, también relevan la importancia del autocuidado de los equipos de salud mental, lo que constituye un posible ejemplo del vínculo consolidado durante la pandemia.

Las limitaciones del estudio, se encuentran dada en primer término por los datos estadísticos que no pudieron ser complementados con el REM 32, que registra las atenciones realizadas por teléfono y videollamada, dado que no se puede acceder al libro de códigos que permite procesar y elaborar la información, aunque esta se encontraba accesible en el sistema DEIS.

Otra de las limitaciones del estudio, fue la imposibilidad de desarrollar un grupo focal con los gestores de atención primaria de la región aunque se había establecido fechas alternativas, por lo cual se desarrolló una entrevista con un gestor de atención primaria para triangular la información. Además, el grupo focal constituido por profesionales de salud mental, contó con amplia presencia de profesionales de APS, por lo que el no desarrollar este grupo focal, no afectó

mayormente los resultados, al lograr una perspectiva amplia de las percepciones de la comunidad de salud mental.

XIII.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los hallazgos del estudio permiten dar cuenta que el sistema estadístico DEIS, permite obtener información respecto de la disminución de las atenciones ambulatorias presenciales en la Región de Coquimbo, las cuales disminuyeron un 56% en la Región respecto del 2019. La atención disminuye de forma más marcada para la atención secundaria en la región, excepto para la Provincia de Limarí, que tuvo una disminución más pronunciada en la atención primaria de salud. En cuanto a la disminución según género, las mujeres vieron disminuidas las atenciones en mayor cantidad respecto de los varones en la Región de Coquimbo.

Si bien es cierto, esta disminución sólo da cuenta de una parte de lo realizado por los servicios de salud mental, la incorporación del REM 32, no asegura, la representatividad total de las acciones realizadas durante este periodo, ante la histórica dificultad con el sistema de registro estadístico, y la poca claridad en la consolidación de los datos que mencionan los participantes en el estudio. Por lo que fortalecer el sistema de registro y análisis constituye un relevante desafío para los servicios de salud mental de la región.

Por tanto, se sugiere reforzar el conocimiento de los gestores de salud mental respecto de los sistemas estadísticos, con la finalidad de implementar sistemas de monitoreo y evaluación en torno a las atenciones de los servicios de salud mental, que alcancen un mayor nivel de representatividad.

El cambio en el sistema de atención, no solo tuvo un impacto en las atenciones registradas, sino que más bien existieron cambios cualitativos, que constituyeron una oportunidad para incorporar estrategias de atención basadas en el modelo comunitario para la gestión de emergencias.

Al respecto se sugiere el trabajo entre el nivel central y los centros de salud mental comunitario que permita ajustar los sistemas de registros estadísticos a las acciones desarrolladas por los equipos.

Se sostiene que una planificación basada en las necesidades de los equipos de salud mental, junto con reforzar las competencias de los equipos y los sistemas de información para equipos y comunidad, es especialmente relevante a la hora de sostener la atención en un contexto de emergencia. Particularmente se sugiere establecer parámetros entre la atención presencial y remota contextualizadas a las características estructurales y recursos de los centros de salud mental, así como una evaluación a los dispositivos de acuerdo al contexto a la contingencia.

Por otro lado, se sugiere la implementación de sistemas tecnológicos que permitan sostener la atención remota de los centros de salud mental, así como,

un proceso de alfabetización digital para con los usuarios de servicios de salud mental que favorezca el acceso a atenciones de salud mental, como al resto de los beneficios que ofrecen el uso de tecnologías de la información.

Se sugiere además a futuros estudios de la materia, incorporar los nuevos sistemas de registros implementados durante la pandemia, junto con un método cualitativo de categoría deductiva que permita integrar mejor los hallazgos en los procesos de investigación mixta.

XIV-BIBLIOGRAFÍA

1. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020;52(March):doi: [10.1016/j.ajp.2020.102066](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066)
2. United Nations. Policy Brief : COVID-19 and the Need for Action on Mental Health EXECUTIVE SUMMARY : COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. 2020;
3. Yao H, Chen JH, Xu YF. Rethinking online mental health services in China during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020;50(March): DOI: [10.1016/j.ajp.2020.102015](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102015).
4. Kavoor AR, Chakravarthy K, John T. Remote consultations in the era of COVID-19 pandemic: Preliminary experience in a regional Australian public acute mental health care setting. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020;51(April): DOI: [10.1016/j.ajp.2020.102074](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102074).
5. Starace F, Ferrara M. COVID-19 disease emergency operational instructions for Mental Health Departments issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2020;29(May): DOI: [10.1017/S2045796020000372](https://doi.org/10.1017/S2045796020000372).
6. Percudani M, Corradin M, Moreno M, Indelicato A, Vita A. Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*. 2020;288(April): DOI: [10.1016/j.psychres.2020.112980](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112980).
7. Ministerio de Salud de Chile. Plan nacional de salud mental 2017-2025. 2017;206. Available from: <https://www.minsal.cl/salud-mental/>
8. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. 2020.
9. World Health Organization. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic Preparedness and Response Plan. 2020;(February):28.
10. World Health Organization. Covid- 19 Strategy Update. 2020.
11. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(5). DOI: [10.3390/ijerph17051729](https://doi.org/10.3390/ijerph17051729)
12. Zandifar A, Badrfam R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020;51(February): doi: [10.1016/j.ajp.2020.101990](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101990).
13. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. Vol. 74, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2020. p. 281–2. DOI: [10.1111/pcn.12988](https://doi.org/10.1111/pcn.12988).
14. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020;(April):0–1. DOI: [10.1016/j.bbi.2020.04.028](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028).

15. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020;395(10227):912–20. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
16. Li Duan. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. 2020;(January):19–20. DOI: [10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0).
17. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Brain , Behavior , and Immunity Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak : A cross-sectional study. 2020;(March):1–7. DOI: [10.1016/j.bbi.2020.03.028](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028).
18. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17–8. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8).
19. Júnior JG, de Sales JP, Moreira MM, Pinheiro WR, Lima CKT, Neto MLR. A crisis within the crisis: The mental health situation of refugees in the world during the 2019 coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Psychiatry Research*. 2020;288(April):DOI: [10.1016/j.psychres.2020.113000](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113000).
20. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e21. DOI: [10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
21. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e15–6. DOI: [10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X).
22. Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrarrázabal M, Díaz R, et al. Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42:1–7. DOI: [10.26633/RPSP.2018.131](https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.131).
23. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización mundial de la salud [Internet]. 2013;54. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
24. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. 2018.
25. Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior ONEMI. Política Nacional para la gestión del riesgo de desastres. 2014 p. 1–66.
26. Ministerio de Salud ON de E del M del I y S Pública. Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres. Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres [CIGIDEN], Agencia de Cooperación Internacional de Japón [JICA]. 2019;
27. Ministerio de Salud G de C. Consideraciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial durante COVID-19. 2020.
28. Servicio de Salud Coquimbo. Orientaciones para Equipo Salud Mental, Región de Coquimbo. 20AD. p. 18.
29. Gattini C, OCHISAP. La Salud en las Regiones de Chile Información Básica de Salud 2013. 2014;1–115.
30. BCN. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile BCN. 2019.

31. Thornicroft G, Tansella M. La matriz de la salud mental: Manual para la mejora de servicios. EDITORIAL TRIACASTELA; 2005. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental: Serie Biblioteca básica de psiquiatría.
32. Minoletti A, Alvarado R, Rayo X, Minoletti M. Evaluación del Sistema de Salud Mental de Chile: Segundo informe. Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2014. 2014;1–122.
33. Ministerio de Salud de Chile MINSAL. Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. 2018;
34. Gattini C. Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud. 2009.
35. Arancibia D, Araos R, Basso L, Guridi JA, Orefice P, Jara A, et al. Una mirada a la cultura de datos en Chile. 2020.
36. Salvador-Carulla L, Lukersmith S, Sullivan W. From the EBM pyramid to the Greek temple: A new conceptual approach to Guidelines as implementation tools in mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2017;26(2):105–14. DOI: [10.1017/S2045796016000767](https://doi.org/10.1017/S2045796016000767).
37. Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. 2012. p. 1–222.
38. Mayring P. Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research Sozial Forschung*. 2004;(December).
39. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Escuela de Salud Pública*. 2002;423–36.
40. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos,. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2016. 136.
41. Jimenez De La Jara J, Ward ZJ, Walbaum M, Walbaum B, Guzman MJ, Jimenez De La Jara J, et al. Estimating the impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis and survival of five cancers in Chile from 2020 to 2030: a simulation-based analysis. *Articles Lancet Oncol* [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 7];22:1427–64. Available from: www.thelancet.com/oncology. DOI: [10.1016/S1470-2045\(21\)00426-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00426-5)
42. Jorge Ramírez, Antonia Aguirre, Carolina Traub, Eric Tapia, Franco Mascayano, Gonzalo Cuadra, et al. El impacto de la Pandemia de COVID-19 en la Salud Mental de los trabajadores de los servicios de salud [Internet]. Santiago de Chile; 2021 Aug [cited 2021 Nov 8]. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/09/primer-informe-the-covid-19-health-care-workers-study.pdf>
43. Central Única de Trabajadores de Chile. Estudio de desgaste emocional en las/os trabajadoras/es de la salud en el contexto de la Pandemia COVID-19 en Chile. Santiago de Chile ; 2020.

XV- ANEXOS

Anexo 1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOCUS GROUP

Proyecto: Evaluación del efecto de la Pandemia COVID-19 en las atenciones ambulatorias de Salud Mental, en la Región de Coquimbo, Chile.

Responsable: Camilo Sepúlveda Queipul.

Supervisores: Gonzalo Soto Brandt, Álvaro Castillo Carniglia.

Le invitamos a participar en el proyecto “Evaluación del efecto de la Pandemia COVID-19 en las atenciones ambulatorias de Salud Mental, en la Región de Coquimbo, Chile”, correspondiente al proyecto de Actividad Formativa Equivalente para acceder al grado de Magíster en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Esta investigación tiene como objetivo, evaluar el efecto que tuvo para los Servicios de Salud Mental de la Región de Coquimbo la Pandemia del COVID-19 a partir de un análisis cuantitativo de corte epidemiológico, que utilizara información pública institucional, no involucrando la manipulación de datos individuales de personas.

En una segunda fase, si usted acepta participar, se le solicitará participar en un grupo focal de 60 a 90 minutos de duración, cuyo objetivo es recoger información y puntos de vista como actor involucrado, sobre el efecto que tuvo la Pandemia en los servicios de salud mental.

Su participación en esta actividad es totalmente voluntaria, y tiene libertad de retirarse en cualquier momento, o negarse a responder una pregunta, si así le parece. La información que usted provea en el curso de este proceso es estrictamente confidencial, con fines de investigación. Se informa que no recibirá ninguna compensación económica por su participación. El procedimiento será de carácter anónimo e identificado solamente con un número y letra.

Si usted requiere información sobre su participación en este estudio, puede llamar al responsable del proyecto, Camilo Sepúlveda Queipul, al teléfono +56978369690, o al correo ps.camilosepulveda@gmail.com.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar las dudas, otorgo mi consentimiento para participar del proyecto "Evaluación del efecto de la Pandemia COVID-19 en las atenciones ambulatorias de Salud Mental, en la Región de Coquimbo, Chile."

Región de Coquimbo ____ de _____ 2020

Nombre

Firma

Anexo 2.- Pauta Triangulación de información.

Temas o tópicos para desarrollar	Qué queremos saber	Preguntas
Percepciones de los Gestores de Salud Mental	<p>Cuáles son las percepciones de los gestores de salud mental sobre el efecto de la Pandemia COVID -19 en las atenciones de salud mental.</p> <p>Cómo se explican estas diferencias.</p> <p>Como proponen resolver desde la gestión.</p>	<p>¿Desde su rol como gestores de salud mental, como perciben el impacto de la Pandemia en los servicios?</p> <p>¿Cómo se explican las diferencias en torno a la respuesta y la atención?</p> <p>¿Qué propuestas a la gestión realizan para emergencias similares?</p>
Percepciones de los Trabajadores de Salud Mental	<p>Cuál es la percepción de los trabajadores respecto de la respuesta de los SSM en la pandemia.</p> <p>Qué explicaciones tienen respecto de las diferencias en la atención brindada por los servicios.</p> <p>Qué Propuestas harían desde su rol como trabajadores a los servicios.</p>	<p>Desde su rol como trabajador de salud mental, como percibe el impacto en los servicios de salud mental de la pandemia.</p> <p>Cómo se explican las diferencias en torno a la respuesta de su servicio de salud mental y la atención brindada</p> <p>Qué propuestas a la atención realizaría ante emergencias similares.</p>
Percepciones de representantes de la comunidad	<p>Cómo perciben los representantes de la comunidad, el impacto de la pandemia en los</p>	<p>Desde su experiencia y conocimiento de los usuarios, usuarias y familias, cómo percibe el impacto de la pandemia</p>

	<p>servicios de salud mental.</p> <p>Qué percepciones tienen sobre la atención realizada y las diferencias de atención brindada por los servicios.</p> <p>Qué propuestas realizarán a los servicios de salud mental para enfrentar emergencias similares.</p>	<p>en los servicios de salud mental.</p> <p>Cómo se explican las diferencias en torno a la respuesta de servicios de salud mental</p> <p>Qué propuestas realizaría a los trabajadores y gestores de salud mental para dar respuesta ante las necesidades de la comunidad.</p>
--	---	---

Anexo 3: Resolución Comité Ético Científico



RESOLUCION COMITÉ ETICO CIENTIFICO

A: CAMILO SEPÚLVEDA QUEIPUL
INVESTIGADOR PRINCIPAL

El Comité Ético Científico en relación a Protocolo de Investigación: **"Evaluación del efecto de la pandemia de COVID-19 en las atenciones ambulatorias de salud mental de la Región de Coquimbo, Chile"**, aprueba en forma definitiva el Protocolo de Investigación. considera que es metodológicamente adecuado, guarda confidencialidad, valor social y científico.

Es necesario mencionar, que aún cuando este trabajo no tiene reparo ético, su aprobación definitiva, queda en manos del director del establecimiento, acorde a la legislación vigente.

Saluda atentamente a Ud.



MARICELLA GERDA TAPIA
PRESIDENTA GEC
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:

- Camilo Sepúlveda Queipul
- CEC

Comité Ético Científico
Servicio de Salud Coquimbo

04 MAY 2021