

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

Análisis de la Distribución Actual de los Servicios de Psiquiatría de la Caja Costarricense  
de Seguro Social

Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración del comité de la Especialidad en  
Psiquiatría para optar por el grado y título de Especialista en Psiquiatría

SUSTENTANTE: Luis Diego Alvarado Peña

2022

## Agradecimientos:

Agradezco a la Universidad de Costa Rica por la educación que me brindó desde que era estudiante de medicina hasta que concluí mi posgrado, siempre le guardaré un gran cariño a la Institución que me formó, así como a los profesores que participaron en mi proceso de aprendizaje y sin los cuales, no habría sido posible llegar hasta este punto. Agradezco también a mi familia por todo el apoyo incondicional que siempre me brindó.

## Hoja de Aprobación

“Este trabajo final de graduación fue aceptado por la Subcomisión de la Especialidad en Psiquiatría del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Psiquiatría”

---

Dr. Walter Sanabria Quirós

Director del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas:

---

Dr. Luis López Mora

Tutor del Trabajo Final

---

Dra. Carolina Montoya Brenes

Lectora del Trabajo Final de Graduación

---

Dr. Luis Diego Alvarado Peña

Sustentante

## Tabla de contenido

<i>Agradecimientos:</i> .....	<i>I</i>
<i>Hoja de Aprobación</i> .....	<i>II</i>
<i>Resumen en español:</i> .....	<i>V</i>
<i>Resumen en inglés:</i> .....	<i>VI</i>
<i>Índice de tablas</i> .....	<i>VII</i>
<i>Índice de Ilustraciones</i> .....	<i>VIII</i>
<i>Índice de abreviaturas:</i> .....	<i>IX</i>
<i>Introducción:</i> .....	<i>1</i>
<i>Objetivos:</i> .....	<i>2</i>
Objetivo General:.....	2
Objetivos Específicos:.....	2
<i>Marco Teórico</i> .....	<i>4</i>
<b>1. Reseña histórica de la psiquiatría en Costa Rica y un repaso sobre el proceso de desinstitucionalización</b> .....	<b>4</b>
Inicio de la atención en psiquiatría en Costa Rica.....	4
El Nuevo Hospital Psiquiátrico.....	5
Historia del proceso de desinstitucionalización en Costa Rica .....	6
Evaluación del proceso de desinstitucionalización .....	7
<b>2. Estructura de la CCSS</b> .....	<b>9</b>
<b>3. El nuevo modelo en Psiquiatría</b> .....	<b>13</b>
<b>4. Economía de la Salud Mental</b> .....	<b>33</b>
<b>5. Inversión en Salud en Costa Rica</b> .....	<b>36</b>
<b>6. Número de camas psiquiatría</b> .....	<b>39</b>
<b>7. Número de psiquiatras</b> .....	<b>48</b>
<b>8. Formación del recurso humano en Costa Rica</b> .....	<b>50</b>
<b>9. Impacto de la enfermedad mental en Costa Rica</b> .....	<b>53</b>
<b>10. Distribución Actual de Psiquiatras en Costa Rica</b> .....	<b>55</b>
Proporción de Psiquiatras según RIPSS .....	59
Psiquiatras del cuarto nivel de atención (Hospitales Especializados) .....	61
<b>11. Distribución de las camas de Psiquiatría en Costa Rica</b> .....	<b>62</b>
Camas en Hospitales Psiquiátricos.....	62
Camas en Hospitales Generales.....	63
<b>12. Escenario ideal de la psiquiatría en la CCSS</b> .....	<b>66</b>
<i>Conclusiones:</i> .....	<i>69</i>

<i>Anexos:</i> .....	<b>72</b>
<i>Bibliografía</i> .....	<b>84</b>

## Resumen en español:

La atención en psiquiatría ha evolucionado y se ha reinventado, sobretodo luego de la segunda mitad del siglo XX tras la aparición de los primeros antipsicóticos. En la actualidad se aboga a nivel mundial, por un modelo centrado en la comunidad, esto facilita el acceso a los servicios de salud mental. En la medida en que se pongan en marcha dispositivos extrahospitalarios, se podrá disminuir la necesidad de internamiento de los pacientes con patología mental. De ser necesario, el ingreso de pacientes debe ser en camas dentro de un hospital general ubicado en su región. Para poder superar al hospital psiquiátrico, se debe dotar de camas en hospitales generales. La cifra que es sugerida por distintas organizaciones es de al menos 30 camas por cada 100.000 habitantes. La enfermedad mental ha ido posicionándose como una de las principales patologías responsables de la mayor cantidad de años vividos con discapacidad. Por lo que la inversión en salud mental, se traduce en mejoría en la calidad de vida de la población. A nivel mundial existe un déficit de especialistas en psiquiatría, y el fenómeno de migración desde la seguridad social hacia la práctica privada se ha extendido y Costa Rica no es la excepción. Se ha calculado la proporción idónea de especialistas en un psiquiatra por cada 10.000 habitantes como el necesario para brindar atenciones adecuadas y a una periodicidad razonable. Actualmente la Seguridad Social cuenta con 107 psiquiatras, sin embargo, continúan concentrándose en los hospitales psiquiátricos. Se carece, en el país, de suficientes servicios para la atención de la salud mental además de que se continúa centrando en los hospitales psiquiátricos, la mayor cantidad de los internamientos por estas patologías. Para poder superar estos centros y mejorar la calidad de las atenciones, se requiere contar con alternativas extrahospitalarias para manejo ambulatorio del paciente con enfermedad mental descompensada. La inversión en salud mental en Costa Rica, debería orientarse hacia un modelo más comunitario, mismo que ha probado ser más costo-efectivo a largo plazo.

## Resumen en inglés:

Care in psychiatry has evolved and reinvented itself, especially after the second half of the 20th century after the appearance of the first antipsychotics. In the present, a community-centered model is advocated worldwide, this facilitates access to mental health services. To the extent that out-of-hospital devices are created, the need for hospitalization of patients with mental pathology may be reduced. If necessary, the admission of patients must be in beds within a general hospital allocated on their region. In order to surpass the psychiatric hospital, beds must be within the general hospitals. The number of beds suggested by different organizations is at least 30 beds per 100,000 inhabitants for the psychiatric patients. Mental illness has been positioning itself as one of the main pathologies responsible for the greatest number of years lived with disability. Therefore, investment in mental health translates into an improvement in the quality of life of the population. Worldwide there is a shortage of specialists in psychiatry, and the phenomenon of migration from social security to private practice has spread and Costa Rica is no an exception. The ideal proportion of specialists in one psychiatrist per 10,000 inhabitants, this number has been calculated as the necessary to provide adequate attention and at a reasonable periodicity. The Social Security system currently has 107 psychiatrists, however, they continue to be centralizaed on psychiatric hospitals. There is a lack, in the country, of sufficient services for mental health care, in addition to the fact that the largest number of hospitalizations for these pathologies continues to be center on psychiatric hospitals. In order to overcome these centers and improve the quality of care, it is necessary to have extra-hospital alternatives for outpatient management of people with decompensated mental illness. Investment in mental health in Costa Rica should be oriented towards a more community model, which has proven to be more cost-effective in the long term.

## Índice de tablas

Tabla 1 Número de centros médicos de la CCSS por RIPSS según nivel de atención. ....	72
Tabla 2 Número de psiquiatras de la CCSS por RIPSS y según nivel de atención.....	73
Tabla 3 Distribución de plazas de psiquiatras y tiempos contratados según centro médico.....	74
Tabla 4 Número de camas de dotación normal y de psiquiatría dentro de la CCSS, con porcentaje de ocupación.....	77
Tabla 5 Días de disponibilidad y guardias médicas de psiquiatría por centro médico y porcentaje de utilización .....	79
Tabla 6 Distribución y número actual de camas del HNP a octubre de 2022.....	81

## Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Centros de Salud de referencia junto con población adscrita que confluyen en el HCG .....	82
Ilustración 2 Centros de Salud de referencia junto con población adscrita que confluyen en el HSJD .....	82
Ilustración 3 Centros de Salud con población adscrita que confluyen en el HMX.....	83

## Índice de abreviaturas:

CNREE	Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial
ADMEA	Aumentar, Disminuir, Mejorar, Evaluar y Aprender
AS	Área de Salud
CAIS	Centro de Atención Integral en Salud
CAPEMCOL	Centro de Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CENARE	Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas
CENDEISS	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
CMF	Clínicas Marcial Fallas (CAIS Marcial Fallas)
CMC	Colegio de Médicos de Costa Rica
EBAIS	Equipos Básicos de Atención Integral en Salud
GAM	Gran Área Metropolitana
HCG	Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
HCLVV	Hospital de San Ramón Dr. Carlos Luis Valverde Vega
HEBB	Hospital de Liberia Dr. Enrique Baltodano Briceño
HEP	Hospital de Pérez Zeledón Dr. Fernando Escalante Pradilla
HMPJ	Hospital de Cartago Dr. Maximiliano Peralta Jiménez
HMS	Hospital de Puntarenas Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez
HMX	Hospital México
HNN	Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera
HNP	Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
HP	Hospital Periférico
HR	Hospital Regional
HRBC	Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes
HRChP	Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut
HSC	Hospital de San Carlos

HSJD	Hospital San Juan de Dios
HSRA	Hospital San Rafael de Alajuela
HSVP	Hospital de Heredia San Vicente de Paúl
HTFC	Hospital de Limón Dr. Tony Facio Castro
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censo
INS	Instituto Nacional de Seguros
IVM	Invalidez, Vejez y Muerte
JPS	Junta de Protección Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
RIPSS	Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud
SEP	Sistema de Estudios de Posgrado
SINAES	Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior
SINAME	Sindicato Nacional de Médicos Especialistas
UCIMED	Universidad de Ciencias Médicas
UCR	Universidad de Costa Rica
UIC	Unidad de Intervención en Crisis
UICA	Unidad de Intervención en Crisis de Adolescentes



**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Luis Diego Alvarado Peña, con cédula de identidad 1-1509-0918, en mi condición de autor del TFG titulado Análisis de la Distribución Actual de los Servicios de Psiquiatría de la Caja Costarricense de Seguro Social

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

Nombre Completo: Luis Diego Alvarado Peña

Número de Carné: B00307 Número de cédula: 1-1509-0918

Correo Electrónico: Luisd-168@hotmail.com

Fecha: Jueves 08 de diciembre de 2022 Número de teléfono: 8893-6034

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Dr. Luis Humberto López Mora

**FIRMA ESTUDIANTE**

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

## Introducción:

Para mejorar su comprensión, el presente trabajo fue dividido, en 12 capítulos. A lo largo de estos se pretende brindar una serie de recomendaciones para la implementación de un modelo de psiquiatría centrado en la comunidad y la descentralización de los servicios de salud mental. Para lograr esto, primero se hará una breve revisión sobre la historia y evolución de la psiquiatría en Costa Rica, desde sus inicios con el modelo asilar y posteriormente hacia el modelo hospitalario. Se continuará revisando el proceso de desinstitucionalización y se revisará brevemente la efectividad que tuvo. Para poder comprender el sistema salud del país, se hará una revisión sobre la estructura de la CCSS, el principal prestador de estos servicios. Se continuará con un repaso sobre el nuevo modelo de psiquiatría comunitaria y las distintas experiencias que se ha tenido con su puesta en acción a lo largo del mundo. Luego se continuará por un repaso sobre la situación mundial sobre la salud mental, desde los costos de estos servicios, como el impacto que esto genera en las personas. Se revisarán recomendaciones sobre el número de camas para hospitalización de pacientes de psiquiatría y como deberían estar distribuidas. Luego se expondrán el número de médicos especialistas en la materia que se consideran suficientes para poder suplir el aumento en la demanda de atención.

Luego de hacer un repaso sobre el panorama mundial y las recomendaciones de las principales autoridades en la materia, se revisará la situación actual en Costa Rica. Para comprender mejor el estado de la salud mental en el país, así como su impacto, se expondrán los costos económicos de las atenciones y la incidencia de enfermedad mental, así como su impacto en la sociedad costarricense. Se analizará la red de servicios de salud en el país y luego se revisará la situación específicamente con psiquiatría, desde el número de especialistas, hasta la cantidad de camas, de disponibilidad de tiempos extraordinarios y la oferta de servicios. Por último, se hará una interpretación global del panorama y una serie de recomendaciones que se podrían implementar para conseguir el objetivo principal que sería la descentralización de los servicios de salud mental en el país.

## Objetivos:

### Objetivo General:

1. Diagnosticar el estado actual de la distribución de especialistas en los servicios de psiquiatría de la Caja Costarricense de Seguro Social

### Objetivos Específicos:

1. Realizar un repaso sobre la historia de la psiquiatría costarricense y el proceso de desinstitucionalización en el país que permitió abrir otros servicios alternativos al hospital y así comprender la situación actual
2. Describir la estructura organizacional y la oferta de servicios de salud de la Seguridad Social, para poder comprender la capacidad instalada de la institución
3. Conceptualizar el modelo de psiquiatría comunitaria con el fin de comprender los beneficios que el paciente obtendría, así como la disminución de costos para los sistemas de seguridad social
4. Determinar el impacto de la Enfermedad Mental en la economía mundial mediante una breve revisión sobre la inversión actual que se realiza en este grupo de patologías
5. Estimar la inversión total en salud en Costa Rica y cuanto presupuesto se destina los hospitales de salud mental y a los hospitales generales, así como el gasto en curación y rehabilitación
6. Revisar las cifras que se manejan a nivel global sobre número de camas para hospitalización y donde se ubican estas
7. Revisar la cantidad aproximada de psiquiatras que las principales organizaciones en temas de salud recomiendan para la atención de los pacientes con enfermedad mental
8. Mencionar brevemente el proceso de formación de especialistas, así como el número actual de residentes en formación, para poder comprender el faltante y ofrecer sugerencias para mejorar la brecha
9. Indicar el impacto de la enfermedad mental en Costa Rica, para poder comprender el peso que esta ejerce sobre el sistema de salud del país

10. Examinar la distribución actual de psiquiatras dentro de la seguridad social para evidenciar las diferencias según la región, en cuanto a acceso a los servicios especializados
11. Mostrar la distribución de camas de psiquiatría dentro de la red de servicios de salud con el fin de poner en evidencia la persistencia del modelo centrado en el hospital psiquiátrico
12. Sugerir un modelo de psiquiatría comunitario con base en el número de especialistas y cantidad de camas requeridas, con el fin de poder continuar con el proceso de descentralización de la psiquiatría.

## Marco Teórico

### 1. Reseña histórica de la psiquiatría en Costa Rica y un repaso sobre el proceso de desinstitucionalización

#### Inicio de la atención en psiquiatría en Costa Rica

La Junta de Caridad, que fue el antecesor de la Junta de protección Social de San José, fue fundada el 03 de julio de 1845 y junto con ella el nuevo Hospital San Juan de Dios. Por muchos años, los pacientes con enfermedad mental fueron atendidos en este centro, sin embargo, fueron acumulándose, ya que muchas veces no tenían donde ir y no se contaba con algún tratamiento efectivo para ellos por lo que el confinamiento era la elección. Debido a esto, los pacientes psiquiátricos fueron acomodándose en un edificio anexo al Hospital San Juan de Dios, sin embargo, las condiciones sanitarias en este eran deplorables. Para el año 1869 fue evidente que se requería de un centro especializado para el manejo de estos pacientes, pero fue hasta 1885 cuando se promulgó una ley que autorizaba el tratamiento de pacientes con enfermedad mental en Costa Rica. Fue en el marco de esta ley que comienzan todas las gestiones para crear el nuevo centro especializado. (Rodríguez, 1991)

La junta de Protección, bajo la presidencia del Dr. Carlos Durán Cartín, adquiere un terreno de 34.500 metros cuadrados al oeste del Hospital San Juan de Dios por la módica suma de seis mil colones de la época. En marzo de 1886 inicia la construcción del nuevo hospital. La construcción del centro médico demoró aproximadamente 4 años y ya para el 4 de mayo de 1890 se inauguró bajo el nombre de “Hospital de Insanos”. Se estableció la lotería nacional para financiar a este centro de salud. Su capacidad instalada era de 158 pacientes (102 hombres y 56 mujeres) y se daba un promedio de 99 altas por año. Para la fecha, este era el único centro de su clase en toda Centroamérica. El 26 de abril de 1896 la Junta de Caridad cambia su nombre oficialmente a Hospital Chapuí, esto para rendir homenaje al presbítero Manuel Antonio Chapuí y Torres, quien donó al gobierno “el Valle de Mata Redonda”, curiosamente, donde décadas después, se instalaría el nuevo Hospital. Pronto continuaron los planes para ampliar el hospital y ya para 1891 se habían adquirido nuevos terrenos aledaños y se estaban levantando nuevos edificios. (Rodríguez, 1991)

Para principios de 1930 la cantidad de pacientes sobrepasaba la capacidad instalada del centro, por lo que la comienza la búsqueda de nuevos terrenos para ampliar el centro médico, sin embargo, esto fue imposible en el centro de San José. Fue hasta el año 1950 que

la Junta de Protección Social compra un terreno con edificaciones en Dulce Nombre de Tres Ríos, que pertenecía a la Iglesia Adventista y luego de una remodelación, se constituye como el Hospital Anexo al Asilo Chapuí. Posteriormente se cambia su nombre a Hospital Roberto Chacón en honor al médico que dedicó 20 años de su vida a la dirección del Hospital Chapuí. (Rodríguez, 1991)

#### El Nuevo Hospital Psiquiátrico

En 1945 la Junta de Protección Social le compró a la Caja Costarricense de Seguro Social por un precio de 400.000 colones, unos terrenos en “La Hacienda Las Pavas”, los mismos que fueron donados al gobierno por el Padre Chapuí. Pero hasta 1970 se inicia la construcción del nuevo Hospital Psiquiátrico en este sitio. Esto quedó completamente listo y fue inaugurado el 15 de septiembre de 1974. En su época, se consideraba como uno de los mejores centros psiquiátricos de toda Latinoamérica. El 17 de septiembre de ese mismo año, se procede al traslado masivo de más de 1000 pacientes del viejo Hospital hacia el nuevo, debido a que no se tenía suficiente personal para mantener en funcionamiento a los 2 hospitales simultáneamente y hacer un traslado paulatino. Esto significa que en un solo día el nuevo hospital llegó al 90% de su capacidad instalada, pero sin el hacinamiento que los pacientes sufrían en la antigua edificación. Este nuevo centro se extiende en poco más de 75.000 metros cuadrados de terreno y cuenta con casi 40.000 metros cuadrados de construcciones. En su máximo apogeo llegó a albergar a 1140 personas. Del antiguo Hospital Psiquiátrico lo que permanece es la Cúpula Central de la entrada y los dos atrios laterales. Este inmueble y sus terrenos fueron repartidos entre el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Nacional de Niños. Esta Cúpula es ahora Monumento Nacional. (Rodríguez, 1991)

El primero de septiembre de 1977 bajo la ley para universalización del seguro en enfermedad y maternidad, la Junta de Protección Social traspasa todos sus hospitales a la Caja Costarricense del Seguro Social, incluidos el Hospital Chapuí y el Hospital Chacón Paut. En enero de 1990 se proclama como el año de la salud mental según decreto ejecutivo, y con este se da paso a una serie de reformas para el tratamiento de los enfermos mentales y se comienza a hacer un énfasis en su rehabilitación. Como parte de las celebraciones del centenario del hospital, se reconoció a este centro como nacional Clase A y Especializado Clase A. (Rodríguez, 1991)

## Historia del proceso de desinstitucionalización en Costa Rica

Con la Declaración de Caracas, en 1990, se inicia una nueva etapa en la psiquiatría nacional. Se evidencia que la atención convencional es poco efectiva, incumple con los derechos humanos y no es compatible con los modelos comunitarios que se vienen implementando desde hacia varios años en otros países. El modelo asilar estaba quedando rezagado, el internamiento por largos períodos o a veces de por vida, generaba mayor discapacidad en el paciente. Además, este tipo de hospitalizaciones “crónicas”, ponía en peligro los derechos de los pacientes y se prestaba para el maltrato. Siguiendo las corrientes que se había originado durante la década de los setentas en Europa y Norte América, se comienzan a implementar reformas para promover el cambio de un sistema basado en el hospital psiquiátrico, por otro basado en la comunidad. También este tipo de centros consume grandes cantidades de recursos humanos y económicos que podrían ser redistribuidos a lo largo de la red para poder mejorar la asequibilidad. (Montoya, 2018)

La atención y manejo del paciente en su ámbito comunal es más costo-efectiva que el manejo de larga estancia en un centro psiquiátrico y favorece una pronta incorporación a la sociedad y con mejor funcionamiento. La reestructuración como tal inicia en el Hospital Nacional Psiquiátrico hasta el año 2001. Constó de una fase intrahospitalaria donde en los pabellones se dividieron a los pacientes según grado de dependencia y se trabajó en la rehabilitación en habilidades básicas e instrumentales de la vida diaria, incluso, algunos pacientes ameritaron rehabilitación física. Posteriormente se inició el proceso en estructuras residenciales cerca del hospital, donde se terminaron de afinar detalles y estaban apunto de ser egresados hacia la comunidad. Dependiendo del apoyo familiar que estos pacientes tenían, fueron regresados con sus familiares, si estos aún estaban con vida, ya que muchos de los pacientes se encontraban en el asilo o fueron abandonados desde niños. Muchos otros fueron reubicados en una residencia. (Montoya, 2018)

En la fase extra hospitalaria se promovió la continuidad de los servicios y las atenciones a través del Hospital Diurno. En este centro continuaron tareas de rehabilitación que les permitieran a los pacientes adquirir la mayor autonomía posible. Debido a que se requerían de más alternativas para el manejo de estos pacientes, surgen nuevos servicios de apoyo. El servicio de psiquiatría comunitaria del HNP brinda el seguimiento a casos específicos, como aquellas personas que fueron desinstitucionalizadas. Se crearon también

pabellones de mediana estancia para aquellos casos donde se requería una rehabilitación más intensiva y que tuviera que ser intrahospitalaria, pero con un límite de estancia de hasta 3 meses. Se habilitó un servicio de intervención en crisis para la atención breve de casos descompensados en donde un internamiento de pocos días, cambiaría el curso de la descompensación para evitar una estancia mayor. Por último, se crearon clínicas para pacientes con patología mental grave como la psicosis refractaria y la clínica de Clozapina, así como la clínica de trastornos neurocognitivos. De esta forma, hasta 2005 se había logrado ubicar aproximadamente a 500 personas con sus familias. En el año 2016, posterior a un decreto ejecutivo, que proporcionó fondos para la reubicación de pacientes en abandono y algunos adultos mayores que aún permanecían en el hospital, pudieron ser egresados en residencias en la comunidad, esta tarea se concluye principios de 2018 y ya para abril de ese año se realiza el cierre simbólico de la parte asilar del Hospital Nacional Psiquiátrico, concluyendo así una fase de la historia de la psiquiatría en el país. (Montoya, 2018)

#### Evaluación del proceso de desinstitucionalización

En el año 2009 se realizó un estudio sobre el desempeño psicosocial de las personas que fueron reubicadas durante la primera fase de desinstitucionalización y que residen bajo el modelo de residencias privadas del Programa de Convivencia Familiar del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CNREE). Aunque muchas veces la persona ganó autonomía, dependiendo del sitio donde fueron reubicados, podría encontrarse una perpetuación de las condiciones vividas en el asilo, donde continuaban siendo dependientes de sus cuidadores, no podían salir sin supervisión y aún mantenían cierta dependencia. Lo anterior depende de que este modelo residencial fuera extremadamente supervisado, y estos nuevos encargados adoptaran las funciones que antes desempeñaban los funcionarios del hospital. (Sandoval & Canales, 2009)

A diferencia de la otra modalidad de alojamiento llamada “hogares unipersonales”, donde los pacientes tienen mayor cantidad de responsabilidades, por ejemplo, autoadministrarse su medicación, en la mayoría de centros residenciales, continua la estrecha vigilancia y asistencia al paciente. En muchas ocasiones, estas personas reubicadas lograron un adecuado vínculo con la comunidad, manejan cierto nivel de independencia, salen de la casa, utilizan transporte público y se vinculan con las otras personas de su entorno. Aunque no es la norma, más bien parece la excepción, tristemente menos de la mitad de estas personas

mantienen contacto frecuente con su familia. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el porcentaje de satisfacción global reportada por ellos, en comparación con el estilo de vida hospitalario, fue superior. (Sandoval & Canales, 2009)

En el tiempo del estudio, se encontró que menos de un 14% de los pacientes reubicados había experimentado una recaída en sus síntomas que requirió de una hospitalización, pero muchas veces logró manejarse de forma ambulatoria la descompensación, evitando así un internamiento. A pesar del trabajo interinstitucional y el apoyo y seguimiento recibido por estas entidades, muchos de estos pacientes continúan con un alto nivel de dependencia hacia el HNP. Esto lo que pone en evidencia es la débil articulación entre la red, por lo que continúa dependiendo de los hospitales especializados. Esto significa una desinstitucionalización parcial, ya que no se ha logrado una completa conformación de servicios de salud mental en los distintos niveles y centros médicos y aun se concentra mucha de la atención en el hospital psiquiátrico. (Sandoval & Canales, 2009)

Estos nuevos modelos residenciales, resultaron una alternativa costo-efectiva para la CCSS además de que contribuyeron a dignificar a la persona con enfermedad mental que tuvo que residir tanto tiempo confinado dentro de un hospital. Por experiencias en distintas latitudes se sabe que la desinstitucionalización sin una adecuada red de contención, se traduce en un “carrusel” de casos, donde, por frecuentes descompensaciones, continúan reingresándose al centro, pero a los servicios de corta estancia. Se debe continuar con el fortalecimiento de la red de servicios alternativos fuera de la hospitalización o de consulta ambulatoria centrados en el hospital psiquiátrico esto en concordancia con los compromisos adquiridos a nivel internacional, posterior a la firma de la Declaración de Caracas y de las Normas de Atención de la OPS para personas con enfermedad mental, además de la ley de igualdad de oportunidades, para citar algunas de las normativas que existen en el país y que rigen la atención de personas con estas enfermedades. (Sandoval & Canales, 2009)

En la medida en la que se fortalezcan los servicios alternativos al hospital psiquiátrico, entre ellos la atención en primer y segundo nivel, se podrá ir migrando de un modelo centrado en el hospital psiquiátrico a uno centrado en la comunidad. Se debe continuar con el desarrollo de otros servicios repartidos en los 3 niveles de atención para procurar la descentralización de los servicios de salud mental. Este país cuenta ya con una división en

tres niveles, sin embargo, en lo que respecta a salud mental, aun no se cuenta con una adecuada articulación. Idealmente los EBAIS, que constituyen el primer nivel, deben de identificar y derivar a segundo o tercer nivel según se considere por el grado de dificultad, sin embargo, sus labores no deberían limitarse a identificación nada más, sino que también deben estar estos médicos de primer contacto correctamente capacitados para ofrecer en este ámbito, un diagnóstico y manejo inicial. Tampoco existen estructuras intermedias que ofrezcan servicios especializados y que contengan al usuario en su descompensación para evitar el internamiento y que se maneje de forma ambulatoria en su comunidad. Esto se traduce en saturación de los pocos servicios de salud mental de segundo nivel como las clínicas y hospitales regionales y periféricos y otros de tercer nivel, saltándose el orden en los niveles de atención y recayendo en un cuarto nivel subespecializado el abordaje de la crisis ya sea en servicios ambulatorios, atención en urgencias e internamiento en unidades de corta estancia. Esto se traduce en un colapso de los servicios que ofrece el HNP al no poder encontrarse estos repartidos en los distintos niveles de la red. (Sandoval & Canales, 2009)

## 2. Estructura de la CCSS

### Red de Servicios de Salud

Para efectos de la prestación de servicios de salud, la CCSS dividió al país en 7 regiones a saber. Estas no necesariamente guardan relación con la división territorial y no siempre respetan cantones o distritos; más bien, su división se basa en la facilidad para acceder a los servicios de atención en los establecimientos que la institución posee según barreras geográficas entre otros variables. Por tanto, dichas regiones, podrían mostrar diferencias en cuanto a sus áreas de atracción, quedando incluso distritos divididos en hasta 3 regiones distintas, esto para facilitar la accesibilidad y optimizar recursos. Los nombres de las 7 regiones que componen la Red de Servicios de Salud de la CCSS son La Región Chorotega, La Huetar Norte, La Huetar Atlántica, La Pacífico Central, La Brunca, La Central Norte y La Central Sur. (Presidencia Ejecutiva-CCSS, 2016)

Los centros de Salud dentro de la CCSS están agrupados considerando nivel de complejidad, poder resolutivo y amplitud de la oferta de servicios tanto de especialidades médicas como los así llamados servicios de apoyo. Esto define 3 niveles de atención (o cuatro si separamos a los hospitales subespecializados de los nacionales dejándolos en un cuarto nivel de atención. Esta división guarda una lógica, directamente relacionada con la facilidad

de acceso. Se tiene en el primer nivel, el más elemental, compuesto por 529 EBAIS y las Áreas de Salud, donde recaen, sobretodo, labores más de índole preventivo. Estos centros son (o deberían ser), el primer contacto de la institución con la población. Existen Áreas de Salud de tipo 1 que únicamente cuentan con medicina general y medicina familiar y comunitaria, Luego se encuentran las áreas de salud tipo 2 que, además de contar con medicina general y familiar, cuentan con las 3 especialidades básicas, que serían: Medicina Interna, Pediatría General y Ginecoobstetricia. Por último, se encuentran las áreas de salud tipo 3. Estas cuentan con la mayor cantidad de especialidades, ya que, adicional a las 3 básicas, también cuentan con Psiquiatría, Geriatria, Dermatología, Fisiatria, Anestesiología, Cirugía General, Oftalmología y Otorrinolaringología. En estas se realizan cirugías menores y ambulatorias, además de atención de urgencias. Luego se encuentran los Centros de Atención Integral en Salud o CAIS, que cuentan con mayor nivel de complejidad que las Áreas de Salud. Estos centros cuentan con mayor número de especialidades, incluida la de Emergencias. También cuentan con un servicio de observación las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estos centros fueron creados de forma experimental y de momento solo existen 4. Los CAIS existentes son Desamparados (La antigua clínica Dr. Marcial Fallas), el de Cañas, el de Puriscal-Turrubares y el de Siquirres. De las 105 áreas de salud distribuidas a lo largo del territorio nacional, únicamente 10 son tipo 3, que junto con los 4 CAIS, se constituyen como las de mayor complejidad dentro del primer nivel de atención y cuentan con mayor cantidad de especialidades, incluidas la de psiquiatría. (Blandón & Quesada, 2022). Dentro de las competencias del primer nivel de atención, como los programas de atención integral al niño, al adolescente, a la mujer, al hombre adulto y a los adultos mayores, para cada una de esas poblaciones de cuentan con herramientas de tamizaje y planes para detección y control de enfermedades mentales, sin embargo, no se encontraron las versiones actualizadas. (OPS, 2019)

Al ascender se encuentran los centros de segundo nivel. Estos cuentan con mayor dotación de recurso humano (sobretodo especializado) y tecnológico, además de camas de hospitalización. Dependiendo del grado de complejidad y su ubicación se han dividido en hospitales periféricos y hospitales regionales. En cuanto a los periféricos, estos se encuentran en principales centros de población, pero distantes del centro. A su vez ellos refieren a los Hospitales Regionales al tratarse de casos de mayor complejidad. Dependiendo de la oferta

de servicios, estos hospitales se dividen en 3 categorías o niveles (1, 2 y 3). De los 12 Hospitales Periféricos que existen, 5 centros son de nivel 3 (el de mayor nivel de complejidad) y son el hospital de Turrialba, el de Guápiles, el de San Ramón, Nicoya y Ciudad Neilly. En el nivel 2 están solo 2 hospitales y son los de Grecia y San Vito. En el nivel 1 (menor complejidad y menor oferta de servicios), están los 5 Hospitales, que serían el de Osa, Golfito, Los Chiles, Quepos y Upala. (Gerencia Médica, 2021)

Siguiendo en el escalafón de complejidad dentro del sistema Hospitalario de la CCSS, siguen los Hospitales Regionales. El país cuenta con 8 de estos centros en total. De estos, únicamente el Hospital de Cartago (Dr. Maximiliano Peralta), cuenta con la clasificación tipo A (o clase A) por su oferta de servicios. El resto de estos Hospitales son clase B o C y serían el Hospital de Limón (Dr. Tony Facio), el de Alajuela (San Rafael), el de Heredia (San Vicente de Paul), Liberia (Dr. Enrique Baltodano), Puntarenas (Monseñor Sanabria), San Carlos y Pérez Zeledón (Dr. Escalante Pradilla). Estos centros cuentan con mayor poder resolutivo que los Hospitales Periféricos, además de tener mayor número de especialidades y servicios de apoyo. Los Hospitales Regionales se encuentran adscritos a un Hospital Nacional en caso de requerir, para sus pacientes, un manejo más especializado o más complejo. (Presidencia Ejecutiva-CCSS, 2022)

El país cuenta con 3 Hospitales Nacionales. Estos son de referencia de cualquier parte del país según el área de atracción. Cuentan con el mayor nivel de complejidad y número de especialidades médicas, así como número de servicios de apoyo, y equipos para diagnóstico y tratamiento. Estos centros son el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, el Hospital San Juan de Dios y Hospital México. Los Hospitales antes mencionados, desde los Periféricos, Regionales y Nacionales, todos son llamados “Generales”, ya que no se enfocan en el tratamiento o manejo de alguna patología en específico, pero su enfoque es más especializado sobre ciertas enfermedades o tratamientos. Estos centros de salud se agrupan en el Gran Área Metropolitana. Desde el 2021 se inició el proceso para convertir al Hospital Max Peralta en Hospital Nacional, ya cuenta con la categoría de clase A, pero la diferencia radica en el número de camas, especialidades disponibles y presupuesto asignado. Debido a la inconsistencia dentro de los documentos revisados, en donde continúan nombrándolo como hospital regional clase A, para efectos del

siguiente trabajo, se tomará como tal, aunque se conoce que se encuentra en vías de transformación y se convertirá en el cuarto Hospital Nacional. (Presidencia Ejecutiva-CCSS, 2022)

Debido a la necesidad de manejo más experto de ciertas patologías, se han creado también los Hospitales Especializados. Cada uno se enfoca en el manejo de determinada patología, grupo etario o demográfico específico. En este momento el país cuenta con 6 centros médicos especializados. Estos atienden casos también referidos de todo el territorio nacional, sin un área de adscripción como los hospitales generales. Estos son el Hospital de Rehabilitación (Dr. Humberto Araya), el Hospital de Geriatria y Gerontología (Dr. Raúl Blanco Cervantes), el Hospital de la Mujeres (Dr. Adolfo Carit), enfocado sobretodo en la parte obstétrica más que ginecológica. Luego se encuentra el Hospital de Niños (Dr. Carlos Sáenz Herrera), que atiende población hasta los 12 años y 11 meses o de mayor edad en casos específicos o de malformaciones congénitas que requieren seguimiento. Por último, se tiene a los 2 Hospitales Psiquiátricos con los que cuenta el país, que serían el Hospital Manuel Antonio Chapuí y Torres y el Hospital Dr. Roberto Chacón Paut. (Presidencia Ejecutiva-CCSS, 2022)

Si se hace un repaso por los Hospitales del Seguro Social, este cuenta con 29 centros médicos. Estos se dividen en 23 Hospitales Generales (12 periféricos, 8 regionales y 3 nacionales) y 6 Hospitales Especializados. Todos estos centros están encargados de satisfacer los requerimientos de salud de sus poblaciones adscritas, incluso de hospitalización, para funciones curativas y diagnósticas en su mayoría. Aunque también realizan tareas rehabilitación, este servicio no se encuentra tan difundido a nivel nacional y por ello se crea el CENARE. Las labores más de índole preventiva y de promoción de la salud, son realizadas por las EBAIS y Áreas de Salud de primer nivel. Estas se encuentran en control de la CCSS desde 1990, ya que previo a este año, la atención en el primer nivel era brindada por el Ministerio de Salud. Las Áreas de Salud de Segundo nivel, también llamadas Clínicas Periféricas, así como los CAIS, tienen labores intermedias entre un Área de Salud y un Hospital. Su atención es ambulatoria, excepto para los CAIS que cuentan con un servicio de observación en urgencias de 24 horas los 7 días de la semana. Usualmente el enfoque de sus servicios es de índole comunitario y preventivo, en algunas zonas han asumido la consulta

externa de los centros médicos, relegando en ellos tareas de hospitalización. (Presidencia Ejecutiva-CCSS, 2022)

Según datos de la Dirección de Administración y Gestión de Personal, Subárea de información estadística en recursos humanos, Para el 2021, la CCSS contaba con 65.068 trabajadores. De estos, 6.773 empleados se encuentran laborando en los 6 hospitales especializados, lo que corresponde a un 10% de la planilla de la institución. Al revisar el número de funcionarios en los Hospitales psiquiátricos, se registra un aumento comparado con la cifra pre-pandemia. Sin embargo, debe considerarse que el HNP sufrió una reconversión parcial para la atención de la pandemia por Covid-19, lo que significó mayor contratación de funcionarios, además que se trasladaron varias unidades al Hospital Chacón Paut, lo que también podría explicar el aumento en su personal. Para 2021 el HNP registraba 1.666 funcionarios, comparados con los 1220 en 2018, cifra pre-pandemia. Mientras que el Hospital Chacón Paut registraba 318 para ese mismo año y 294 funcionarios previo a la pandemia. Del total de funcionarios laborando para la CCSS, únicamente 8.536 son médicos, lo que corresponde a un 13% de todos los funcionarios de la institución. De estos solo 3.856 son médicos especialistas, 907 médicos residentes en formación, 2.964 son médicos generales, 154 médicos en servicio social y 655 médicos en funciones administrativas. Comparados con el último corte según el portal de Recursos Humanos, para septiembre de 2022, se registraban un total de 8.459 son médicos. De estos solo 3,104 son especialistas, lo que significa una disminución de 907 especialistas con respecto al año pasado. Según estas cifras, existen 6 médicos especialistas por cada 10.000 habitantes del país. (RRHH-CCSS, 2021 y RRHH-CCSS, 2022)

### 3. El nuevo modelo en Psiquiatría

De la Psiquiatría Asilar a la Psiquiatría Comunitaria

En general, la salud comunitaria se define como aquellos programas enfocados en la salud local, que se planifica con base en los problemas y necesidades de cada comunidad, según las características sociodemográficas de sus habitantes y en la que se involucra a la propia comunidad en su ejecución. Por tanto, las políticas de psiquiatría comunitaria son aquellas propuestas que se tomen desde este punto de vista. En general podría considerarse cualquier actividad orientada hacia la salud mental, que se realice fuera de los hospitales, ya sea psiquiátricos o generales. Estas políticas surgen en Estados Unidos de América en la

década de los sesenta con la desinstitucionalización psiquiátrica. Desde entonces se busca que los pacientes, sus familias y la comunidad donde estos habitan, se empoderen de las decisiones que afectan directamente su salud, específicamente la mental. También es importante que se involucren organizaciones y grupos de ciudadanos en este proceso. Por tanto, la salud pública no se limita únicamente a la curación o tratamiento de una enfermedad cuando esta ya se presentó, sino también de prevención y promoción. Estas 2 últimas actividades, se realizan de una forma mucho más fluida cuando ocurren desde el primer nivel de atención, el cual está inmerso, o debería estarlo, dentro de la comunidad. En los programas de psiquiatría comunitaria, en contra posición del modelo centrado en el hospital psiquiátrico, se tiene un desplazamiento del paciente y del hospital, o sus servicios, hacia la comunidad y del psiquiatra hacia el equipo interdisciplinario. Es cuando se comienza a hablar de servicio de salud mental, en lugar de únicamente un servicio de psiquiatría, ya que se están haciendo partícipes del tratamiento, a otros profesionales no médicos. (Desviat, 2004)

Lo que se busca es una integración del cuidado de estas personas al articular los distintos niveles de salud, para garantizar una continuidad del tratamiento a lo largo de cada una de las fases. Este es un modelo de salud mental que trasciende espacios, sale del hospital psiquiátrico y se aloja en la comunidad. Ya no solo se busca el tratamiento del individuo, sino de su entorno, buscando cambios positivos en su comunidad, para que se le ayude en el proceso de recuperación y reinserción. Se trata de que distintos grupos y organizaciones, como centros educativos, empresas, asociaciones no gubernamentales, grupos religiosos, entre otros, se unan para modificar el ambiente e incidir en los factores que predisponen a la enfermedad y que puedan modificarse para llegar al bienestar. Desde esta posición es que se quiere implementar acciones de prevención y promoción de la salud, así como de prevención secundaria y posteriormente de rehabilitación. Estas tareas se realizan de manera más sencilla cuando se trabaja desde una sectorización del sistema sanitario, creando zonas en las que se puedan lanzar campañas más específicas dirigidas hacia una determinada población, considerando las variables únicas para ellos, que funcionan como determinantes de la salud. Esto requiere de una ampliación de los servicios y la atención primaria en salud. Se insta a que el sistema de salud sea universal, pero territorial y sectorizado, así como descentralizado. Esto significa que se cubra a todo el territorio y que los servicios, sobretodo de las especialidades, no se centren en los centros urbanos, sino que también puedan ofrecerse a lo

largo de cada país. Servicios que no estén basados en grandes centros hospitalarios. En palabras del Ministerio de Salud de Quebec: “Las personas que padecen trastornos mentales graves y persistentes vivirán en la comunidad y ahí serán atendidas”. (Desviat, 2004)

La reestructuración de la atención psiquiátrica, busca un cambio de paradigma, al migrar del modelo asilar alienante y ahora orientarse hacia un modelo de enfoque comunitario permite que el paciente sea atendido y contenido dentro de sus redes sociales, disminuyendo así la discapacidad psicosocial de la enfermedad mental (Rodríguez, 2007). Bajo esta premisa es que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, convocaron a todos los países de la región de las Américas para reunirse en Venezuela en noviembre de 1990, para llegar a un acuerdo donde se fortaleciera esta atención de enfoque comunitario. De ahí su nombre “la Declaración de Caracas”. Quince años después, teniendo en cuenta que no se habían realizado muchos avances en este campo, se vuelve a revisar el tema, esta vez en Brasilia. Desde la conferencia previa ya se había expresado la preocupación y se estaban señalando los déficits y carencias del modelo previo centrado en el hospital psiquiátrico y la migración de la atención hacia un modelo con alternativas comunitarias de atención centradas en la Atención Primaria. (Rodríguez, 2007).

Aunque más de carácter simbólico, la Declaración de Caracas sentó las bases sobre lo que sería la reestructuración de los servicios de salud mental en América. Posteriormente, los Consejos Directivos de la OPS y la OMS promulgaron resoluciones en los años 1997 y 2001 para apoyar la voluntad de los gobiernos de los países firmantes, sobre su compromiso con el cambio de modelo. Por tanto, luego de la revisión de la situación actual, es que se hace en Brasilia la “declaración final”, que fue firmada en 2005. Este mismo año se realiza en Uruguay una conferencia, con la posterior firma de “La Declaración de Montevideo”, donde ya se plantean nuevas estrategias para la Atención Primaria de Salud, tales como el desarrollo de sistemas de salud basados en la inclusión social, la igualdad y la promoción de la salud como estrategias preventivas. Esta conferencia, aunque hablaba de salud en general, también funcionó para orientar el nuevo modelo de atención en salud mental y fortalecer la prestación de estos servicios en a nivel Primario. Estos son los antecedentes en el continente americano, pero desde varias décadas antes, se estaban dando este tipo de movimientos en pro de una psiquiatría más humana y comunitaria en distintos países del viejo continente, tal es el caso

de la reforma italiana encabezada por el psiquiatra Franco Basaglia en la década de los ochentas. (Rodríguez, 2007).

La OMS promueve cada vez con mayor fuerza, que el manejo del paciente psiquiátrico sea comunitario o en hospitales generales. De esta manera se mejora la cobertura y la calidad de los servicios de psiquiatría. Usualmente, los pacientes con estas patologías, aceptan más un abordaje comunitario, que una hospitalización. A parte de que resulta más accesible para ellos y obtienen mejores resultados en cuanto a recuperación. No se debe olvidar que el nuevo modelo es uno centrado en la persona, orientado en su recuperación, sin dejar de lado un retorno a su funcionamiento basal previo, o incluso superior. Esto se logra cuando se basa la atención en el respeto de los derechos humanos. (OMS, 2022)

Los servicios que los hospitales psiquiátricos concentraban y brindaban, pueden ser prestados desde el hospital general. Estos pueden contar con unidades de salud mental para ofrecer desde hospitalización, consultas ambulatorias (consulta externa y hospital de día) y también atención comunitaria. Por el tipo de abordaje del hospital psiquiátrico, muchas veces el paciente se ve separado del resto de su comunidad y puede permanecer recluido desde semanas hasta años, sin ser contactados o visitados por su grupo primario de apoyo. También se prestaba este modelo, para el abandono de pacientes en condiciones de vulnerabilidad, donde debían entonces, ser asumidos por el estado u organizaciones de bien social. Las prácticas coercitivas y el internamiento y tratamiento forzoso, la reclusión y las restricciones ambientales, mecánicas y químicas, en la actualidad se considera un trato inhumano y que debería estar en desuso. Que la atención del paciente con enfermedad mental sea en un hospital general o en su comunidad, disminuye el riesgo de que las practicas anteriormente citadas, sucedan. Esto mejora la calidad del servicio y se traduce como mejor evolución del paciente y su enfermedad. Esta nueva corriente busca respetar la voluntad del paciente y su familia, así como las preferencias en cuanto a elecciones de tratamiento, siempre cuidando la autonomía de la persona para poder apoyarla en su proceso de recuperación y reinserción a su comunidad. (OPS, 2022)

En atención primaria se impulsa la implementación de equipos interdisciplinarios, estos, como característica general, son de fácil acceso para la población general y están ubicados en centros estratégicos, todos con capacidad para el manejo ambulatorio de

pacientes y algunos de ellos con capacidad de hospitalización en caso necesario. Luego se promueve la integración de la psiquiatría en los hospitales generales. Esto con muchas ventajas y facilidades al paciente, disminuye la estigmatización, así como facilita su cercanía con la familia y la permanencia en su comunidad, así como facilita el manejo de sus comorbilidades médicas de forma integral. Por último, las estrategias no deben ser solo interdisciplinarias, sino también intersectoriales. Esto quiere decir en enlace con otras institucionales y organismos comunitarios, todo para disminuir la brecha y las discapacidades psicosociales. Son estas mismas alianzas entre instituciones, las que permiten desarrollar e implementar más estrategias de prevención y rehabilitación. (Rodríguez, 2007).

La reorientación de los servicios de salud mental ha llevado a mejorar la atención al paciente psiquiátrico en muchos aspectos. Al descentralizar la atención, se ha mejorado el acceso para los pacientes. También ha permitido redirigir presupuesto para la atención primaria, más costo efectivo y se ha enfocado en campañas preventivas. Esto contribuye al desarrollo de mejores cuidados de estos pacientes a nivel de su comunidad. El cierre de los asilos ha contribuido a mayor énfasis en la rehabilitación psicosocial y a la inserción social del paciente psiquiátrico que había sido excluido y marginado por la sociedad. Por supuesto que todo esto gracias al desarrollo de alternativas farmacológicas novedosas que se han traducido en mejor evolución de estas patologías y han permitido el manejo ambulatorio de patología mental severa en conjunto con terapia de rehabilitación psicosocial que facilite una mejor integración en la comunidad de las personas con enfermedades mentales incapacitantes ya de una evolución crónica. (Rodríguez, 2007)

Un ejemplo de un hospital que pudiese ser utilizado como modelo sería el Hospital de Heidenheim en Alemania. Para poder incentivar el manejo comunitario de los pacientes, el gobierno eliminó los incentivos que brindaba a los hospitales y que estos utilizaban para aumentar su financiamiento al internar al mayor número posible de pacientes y así justificar mayores fondos. Este centro brinda atención y apoyo al paciente ya sea a nivel de hospitalización o ambulatorio en su comunidad y su presupuesto se mantiene sin ser afectado por el número de camas, ya que se contabilizan estos casos como manejos también alternativos a la hospitalización, pero igualmente complejos. Otro reto que han tenido que superar para poder continuar brindando sus servicios, es el de mantener a su personal

especializado, ya que, como se ha observado en los últimos años, la migración del personal médico hacia el sector privado, es un problema de salud pública que afecta todos los países, sobre todo los de países en vías de desarrollo, donde los especialistas buscan mejores condiciones. Para lograr mantener al personal, cuentan con una serie de incentivos y aumentos graduales del salario. También cuentan con distintos centros residenciales adscritos al hospital, para personas con necesidades más complejas, que requieran mayor supervisión o que requieran de algún proceso más prolongado de rehabilitación, en el entretanto ya logran regresar a sus familias, o en el caso de no tener una adecuada red de apoyo, lograr mantenerse solos. Estos centros funcionan como un punto intermedio entre el hospital y el hogar del paciente. También cuenta servicios ambulatorios tales como un Hospital de Día o un servicio comunitario, para poder ofrecer tratamiento y apoyo domiciliario al paciente y sus familias. (OPS, 2022)

Al irse integrando la psiquiatría en los sistemas de salud, se han abierto otros espacios de acción en los que se puede desempeñar las labores. La principal sería la prestación de servicios en las clínicas de atención primaria, en centros comunitarios para atención de alteraciones mentales y del comportamiento y el reforzamiento de la telemedicina (Shaner, Thompson, Braslow, Ragins, & Vaccaro, 2015). Una minoría de los países ha logrado integrar adecuadamente los servicios de salud mental en la atención primaria. Una adecuada prestación de servicios en el primer nivel de atención requiere que estos médicos reciban un entrenamiento adecuado y capacitación para el abordaje de pacientes con enfermedad mental. También debe de tener a disposición tratamientos farmacológicos adecuados, acceso a intervenciones psicosociales y apoyo por profesionales en la salud mental. Es aquí donde se torna vital la participación del psiquiatra en la capacitación y supervisión de estos médicos, o al menos estar más accesible para aclarar dudas de ser necesario. (World Health Organization, 2021)

El modelo comunitario funciona de forma adecuada cuando se encuentra articulado y se trabaja entre niveles dentro de la red de servicios de salud. Para esto, se debe de contar de distintos servicios para la contención en caso de descompensación. La primera es la disponibilidad de atención en urgencias de este paciente, luego las alternativas a la hospitalización. Por último, cuando no sea factible su manejo ambulatorio por distintos

factores tales como dificultad o incapacidad de la familia o su comunidad para la contención o el riesgo inminente por conductas desadaptativas entre ellas la agresividad, se debe optar por un internamiento, idealmente breve y en un hospital general. Las sugerencias que realiza la OMS, también instan a la especialización de los servicios de psiquiatría en los niveles más complejos y propone creación de clínicas o unidades especializadas en manejo de patología de niños y adolescentes, así como en dependencia a alcohol y drogas y de casos forenses o judiciales como situaciones o grupos de pacientes que cada vez demandan mayores atenciones al sistema de salud. (Rodríguez, 2007)

La OMS está promoviendo un cambio en los paradigmas como los planteados en la convención de Caracas. También, se hace el énfasis y se reconoce la necesidad de ampliar el rango de acción de la salud mental y llevarla a la atención primaria. Ya que, muchas veces, la falta de prevención, genera una mayor carga de enfermedad. Muchos países también registran dificultades en el acceso a los servicios de salud mental, ya que estos se ubican en niveles más elevados o incluso especializados, lo que lleva a un gran porcentaje de las enfermedades mentales que evolucionen sin un tratamiento adecuado o del todo sin ser tratadas. Esto se traduce en mayor porcentaje de discapacidad en la población debido a estas enfermedades y la carga que estas suman al país. Por lo que se insta a ampliar las ofertas de atención de los pacientes psiquiátricos en niveles inferiores o en alternativas no hospitalarias, ya que una alta proporción del manejo de estos pacientes recae sobre la modalidad de internamiento en hospitales psiquiátricos y estos han demostrado, tener un gran costo y ser de poco beneficio para sus usuarios. (Rodríguez, 2007)

Desde la declaración de Alma-Ata, durante la primera reunión mundial de la OMS sobre atención primaria, se propuso integrar a la salud mental a este nivel. Por lo que se revisó en párrafos previos, los hospitales especializados concentran la mayor cantidad de recursos y es solo una mínima parte la que se destina a la atención de la psiquiatría a nivel primario. Aquí es donde, con mayor facilidad, podrían implementarse programas como los antes mencionados, que busquen promover la salud mental y prevenir enfermedades, para poder alcanzar mayor cobertura y universalización de estos servicios. Esto se logra al proporcionar un acceso más inmediato para la población general. La descentralización de los hospitales psiquiátricos y la desaparición de los centros de larga estancia, aún sigue siendo una

prioridad. Para poder lograr esto, debe existir un entrenamiento y capacitación constante por parte de los psiquiatras hacia los médicos generales, ya que son los que tiene, usualmente, el primer contacto con el paciente y luego, por la inopia de especialistas que existe. Se debe valer el sistema más de estos médicos de atención primaria para poder lograr abarcar a la mayor cantidad posible de población. A estos médicos se les debe de entrenar en la detección temprana de las principales patologías psiquiátricas, así como en el inicio de un tratamiento y derivación hacia el especialista en casos especiales. (World Health Organization, 2021)

Una alternativa que se propone para satisfacer la creciente demanda de servicios de salud mental, es apoyarse en los médicos generales y de familia en el primer nivel de atención, supervisados y asesorados por un psiquiatra para poder brindar mejores servicios y contención ambulatoria en su comunidad a los pacientes con enfermedad mental. Otra posibilidad que se plantea es el uso de la telemedicina tanto para apoyo a médicos generales como para brindar mayor cobertura en zonas rurales o alejadas de los centros médicos que si cuentan con esta especialidad. Su efectividad se estima similar a la consulta presencial, además de que promueve la distribución más equitativa y facilita el acceso a estos profesionales. El ejercicio de la medicina facilitada por tecnología, como lo es la telemedicina, disminuye barreras físicas y dificultades de traslado, así como el tiempo entre citas. También se recalca la importancia de la formación en psiquiatría en el médico general, para poder satisfacer las necesidades de sus pacientes y que esté preparado para el manejo de las patologías más frecuentes. (Levin, 2018)

El nuevo modelo de atención, con un enfoque comunitario, requirió inicialmente de la desinstitucionalización. Esta fue la reconversión del hospital psiquiátrico y su sustitución por una serie de servicios alternativos ubicados en la comunidad. Estos servicios deben de asumir las distintas atenciones que se brindan en estos centros y que ahora están ubicadas en la comunidad. Al estar ubicados en esta zona, donde también se encuentran los servicios de atención primaria, se logra una adecuada integración de los servicios de salud mental a los de salud física. También desde esta posición, es más sencillo lanzar campañas de prevención y promoción de la salud mental. Para poder brindar mejores servicios, se debe de tener en cuenta la sectorización del país, esto según factores de accesibilidad y variables geográficas y demás barreras. La adecuada articulación entre los niveles, asegura una continuidad de

cuidados posterior al alta hospitalaria. Mediante el seguimiento y monitorización del paciente, se logra mantener por un mayor tiempo al paciente inserto en su comunidad. Lo que se plantea es el desarrollo de una red de servicios de salud integrada y con base en la comunidad. De esta forma se van repartiendo funciones del hospital psiquiátrico en otros niveles. Este enfoque significa un cambio de perspectiva en la organización y funcionamiento de los servicios para la atención a la salud mental. (Moreno-Küstner, 2002)

Dentro del marco de la reorientación de los servicios de salud, ahora se está dirigiendo mayor recurso a campañas preventivas. Esto, a largo plazo, se va a traducir en una disminución en la salud curativa, que tiende a ser mucho más costosa que la preventiva. Tanto las tareas preventivas como las de promoción de la salud, se encuentran, muchas veces excluidas, de los hospitales, quedando rezagados estos a tareas de tratamiento y pocas veces de rehabilitación. Este es otro punto en el que se hace énfasis, ya que la hospitalización, ya sea en hospitales generales o en centros psiquiátricos, se constituye como la solución o una alternativa viable a largo plazo. El nuevo modelo de atención con un enfoque comunitario, se vale de varias estrategias de promoción de la salud, que pueden implementarse en distintos niveles. (Rodríguez, 2007).

La oferta de servicio debe ser diversa y abarcar aquellos brindados por el Hospital Psiquiátrico. Esto no significa que cada centro contará con los mismos servicios, sino que estos se irán repartiendo en cada nivel de forma progresiva según complejidad en cada uno de los niveles. También debe adaptarse a las necesidades de la comunidad, ya que dependen de las características demográficas de cada región. Trabajando en sectores, permite que la coordinación territorio sea más articulada, garantizando continuidad de servicios y del seguimiento a los casos, entregándolos a niveles inferiores o trasladando a superiores dependiendo de la evolución y resolución de la crisis. En general, se considera un adecuado sistema de salud comunitaria aquel que, dentro de su red, cuente distribuido a lo largo de los distintos niveles, servicios de consulta externa, hospital de día y talleres. También aquel que cuente con una serie de camas para ingreso de pacientes que no sean en hospitales, estas serían en centros residenciales u hogares y, por último, unidades de hospitalización en hospitales generales. (Moreno-Küstner, 2002)

La redirección de los servicios psiquiátricos que otrora eran brindados en el hospital psiquiátrico y ahora serán redirigidos hacia el hospital general, las clínicas y centros de primer nivel y a la comunidad. Cada vez existe más evidencia que apoya el manejo del paciente con enfermedad psiquiátrica en el medio comunitario y ambulatorio con diferentes alternativas tales como el hospital de día. El cierre de camas en hospitales psiquiátricos, debe ir de la mano con la creación de alternativas comunales. La desactivación de hospitales psiquiátricos en otros países en los que no se contaba con alguna alternativa para contener a estos pacientes, resultó en un desbordamiento de otros servicios y la descompensación de los usuarios. Aunque estas iniciativas buscan derrocar al hospital psiquiátrico de su papel hegemónico, estos continúan consumiendo la mayor parte de los recursos asignados a la salud mental. (Rodríguez, 2007).

Siguiendo los niveles de acción según las nuevas estrategias, se puede estructurar un nuevo sistema orientado en distintos ejes. El primero sería la promoción de la salud mental. Le seguiría la prevención de eventos o enfermedades, tales como el suicidio, la farmacodependencia, entre otros. Dentro de este mismo eje se incluiría la prevención de nuevas descompensaciones, fortaleciendo el seguimiento a nivel comunitario y el apoyo a los pacientes con enfermedad mental. Luego estará la etapa tratamiento, donde se incluirían las distintas modalidades de atención al paciente ya descompensado, dependiendo de las posibilidades y capacidades de cada nivel, podría optarse por una modalidad ambulatoria, una intermedia como el hospital diurno y, por último, la hospitalización. Un paso sumamente importante y muchas veces olvidado, es el de la rehabilitación en salud mental. Sobretudo posterior a hospitalizaciones prolongadas, tal es el caso de los usuarios quienes permanecieron muchos años dentro de un modelo asilar. Es importante la discapacidad que se le genera al paciente a nivel social, la cual se suma a la inherente de su enfermedad, traducándose, globalmente, en la gran discapacidad psicosocial de las enfermedades mentales. (Rodríguez, 2007).

Una adecuada integración de la salud mental en el primer nivel requiere de la existencia de guías y su adopción a nivel nacional. También se requiere de estos médicos de primera línea, tengan acceso a suficiente arsenal psicofarmacológico y se encuentren bien entrenados en su uso. También se debe contar en este nivel con servicios complementarios

para poder realizar intervenciones psicosociales, tales como psicología, trabajo social y enfermería de salud mental, lo que se serían de vital apoyo a este profesional en medicina. Estos médicos de atención primaria deben mantenerse en constante supervisión y entrenamiento por parte de especialistas en psiquiatría para poder brindar un mejor servicio, para esto se requiere que los psiquiatras tengan un rol de tutores y estén involucrados y mantengan un contacto constante en este nivel. Si estos factores se encuentran bien articulados, se puede decir que se cuenta con una adecuada implementación de los servicios de salud mental a nivel primario. (World Health Organization, 2021)

La falta equidad en el acceso a la salud mental es algo que afecta a muchos de los pacientes con enfermedad mental y se observa en todo el mundo. Nuevas estrategias que ayuden a disminuirla han ido surgiendo con el cambio al nuevo modelo de psiquiatría comunitaria. Estas consisten en disminución del estigma asociado a estas condiciones, crear un marco legislativo y judicial que respalde y proteja la salud mental, nuevas intervenciones y el desarrollo de una fuerza de trabajo especializada. Para facilitar el acceso, también se pueden crear nuevas estrategias de prevención, detección e intervención temprana de enfermedades mentales antes de que se desarrolle una clínica más severa o incapacitante y un financiamiento adecuado pueda sostener el modelo y garantice la universalidad y equidad en el acceso a este tipo de atenciones. (Feldman, 2020)

Estas disparidades en cuanto al acceso usualmente son por la disponibilidad, variando las dificultades dependiendo de si se trata de una zona rural o urbana. En las zonas alejadas de la ciudad, puede existir poca oferta de servicios, tanto de personal como de las atenciones que puedan brindarse o las opciones terapéuticas. La disparidad en las zonas urbanas es de otra índole, pueden tener disponibilidad de servicios, pero estos se encuentran saturados y muchas veces los pacientes deben de esperar un tiempo excesivo para ser valorados. Esto último es más marcado en los lugares donde la atención se encuentra centralizada, el acceso a camas de hospitalización es muy restringido y los servicios de urgencias se encuentran desbordados. Esta problemática se ve agravada si se considera el faltante de especialistas, la disminución de las camas de hospitalización en hospitales psiquiátricos sin las suficientes medidas de contingencia ni fortalecimiento de otras alternativas de

internamiento. Todo esto lleva a un colapso de los servicios de psiquiatría en muchas partes del mundo. (Feldman, 2020)

La evolución de la psiquiatría en el mundo y específicamente en América, ha ido transformándose, e incluye el desarrollo e implementación de 4 modelos de prestación de servicios, o de atención al enfermo psiquiátrico. El primero fue el modelo asilar, este caracterizado por ser centralizado en las grandes ciudades o las capitales de los países, así como ser centros de gran tamaño y costo y con estancias prolongadas. Posteriormente le siguió la implementación del modelo hospitalario. Es donde se comienza a ver una descentralización de los servicios de psiquiatría, mejorando el acceso y la cobertura para la población, con la apertura de unidades psiquiátricas en los hospitales generales y una subespecialización de los antiguos asilos tanto de sus funcionarios como de los servicios que así ofrecían. A este le continuó un modelo más centrado en la atención primaria y de carácter ambulatorio. Aunque ya estaban los principios y en otros países fuera de la región ya se observaban estas tendencias, en el continente tomó mucha mayor fuerza posterior a la firma e inicio de la implementación de la declaración de Caracas en 1990. Dentro de este modelo es donde surgen las unidades de intervención en crisis para manejar descompensaciones agudas con estancias cortas, desapareciendo las estancias prolongadas. Se da mayor énfasis en la rehabilitación y se trasladan las camas de los asilos a residencias y hogares de acogida en la comunidad. Durante este periodo de tiempo, también surge el concepto de hospitales de día enfocados en el tema de manejo ambulatorio de patología psiquiátrica. Por último, el modelo que se está implementando desde la segunda mitad de la década de los noventa y que se espera sea el preponderante es el modelo comunitario. Aquí la atención centrada en la comunidad es brindada por un equipo interdisciplinario. (Rodríguez, 2007).

Para lograr una participación de la comunidad y una integración plena de la persona con enfermedad mental, en su medio, se busca el apoyo de distintas entidades, que, al trabajar en conjunto, permitan a la persona funcionar apropiadamente. Primero se busca la integración de la familia y su participación en el proceso de recuperación, funcionando como aliados en conjunto con el personal de salud, para la estabilización y rehabilitación del paciente. También existen agrupaciones de personas con enfermedad mental, que funcionan a manera de terapia de grupo, donde otros usuarios, ya estables, contribuyen a dar apoyo a otros en su

proceso de tratamiento. Los programas de rehabilitación y reinserción laboral son sumamente importantes en estos pacientes. El desarrollo de talleres donde se promueve la adquisición de estas destrezas o la rehabilitación de las mismas en caso de que se hayan perdido también promueve la integración del paciente. En conjunto estas acciones promueven el fortalecimiento de las redes de apoyo social de la persona con enfermedad mental, y favorecen la autonomía de este. Luego de estancias prolongadas o incluso luego de descompensación de la patología de fondo, aunque sea aguda, una alternativa son los llamados, “hogares de medio camino”. Esta opción resulta viable en casos donde no se dispone de suficiente apoyo familiar y el paciente aún no cuenta con habilidades que le permitan mantenerse y funcionar independientemente. Serían un punto intermedio entre el hospital y la vida en su comunidad y siempre de forma transitoria, ya que lo que se busca es promover la autonomía e independencia de las personas. (Rodríguez, 2007).

Los servicios de psiquiatría, deben formar parte de los servicios de salud física. La salud mental debe estar integrada al resto de los servicios. Esto mejora la accesibilidad a esta especialidad, ya que muchas veces, por condiciones de distancia, disponibilidad, entre otros, se hacen inaccesibles o inasequibles para muchas personas. De hecho, una integración de los servicios de salud, reduciría muchas veces redundancia o duplicidad de servicios, haciéndolos más efectivos y reduciendo costos. Esta reestructuración y ampliación que se ha estado exponiendo en párrafos anteriores, contribuye a mejorar la atención y la salud de la población. Sin embargo, no es solo invertir en hospitales, sino reforzar también la atención comunitaria de estos casos, haciendo a la psiquiatría, más aprovechable. Cada vez se está observando una nueva tendencia y nuevos manejos, incluso de trastornos mentales graves, de manera comunitaria. Otros trastornos más usuales, tales como la ansiedad y la depresión, deben ser, en mayor medida, de manejo a nivel primario y no solo por especialista, también el médico general, debe estar preparado para la atención de este tipo de patologías, considerando su gran prevalencia. (OMS, 2022)

Como parte de las nuevas iniciativas en salud mental y como meta para el 2030, la OMS aspira que más del 80% de sus países miembros hayan duplicado el número de centros comunitarios para prestación de servicios de psiquiatría. También incitan a sus miembros a que el 80% de los servicios de medicina a nivel de atención primaria, cuenten con atención

integrada en psiquiatría y salud mental. Este último objetivo ya sea con o sin especialista en psiquiatría de planta, pero que cuenten con personal médico entrenado y calificado para poder brindar en este nivel, una atención satisfactoria en psiquiatría. Este personal también debe estar capacitado para la contención de pacientes en este nivel y de ser necesario, saber cuando derivar los casos a niveles superiores de complejidad de manera más eficiente. Al ser más accesibles estos médicos se logra disminuir el tiempo de evolución de las enfermedades psiquiátricas no captadas y o tratadas efectivamente. También se deben promover, desde el nivel primario, campañas de prevención y promoción de salud mental. Al implementar estas medidas, así como una mayor política de prevención y promoción de la salud mental se pretende disminuir la incidencia de ciertas enfermedades o situaciones relacionadas con la salud mental. Un ejemplo de esto, es la meta que la OMS propone a sus países miembros de disminuir en un tercio la tasa anual de suicidio, para pasar de una mortalidad mundial de 9 a 6 por cada 100,000 habitantes. (World Health Organization, 2021)

A nivel Mundial y específicamente en América, a partir de la Declaración de Caracas, ha surgido la pregunta de que hacer con los hospitales psiquiátricos y cuál sería el papel de estos en el modelo que busca reorientar la prestación de servicios de salud mental. Aquí aplicaría la gran frase del filósofo Miguel de Unamuno “reinventarse o morir”. Si bien la moda a nivel mundial parece ser el cierre definitivo y la reorganización de sus servicios y distribución en distintos centros y alternativas, podría proponerse innovar, modernizar y actualizar los viejos hospitales. Si bien en un sistema de atención completamente reformado, no existirían estos centros y sus diversas funciones podrían ser delegadas a nuevos dispositivos e instituciones diversas pero articuladas para cubrir las múltiples necesidades de las personas con trastornos psiquiátricos, se dificulta prescindir completamente de ellos. (Rodríguez, 2007)

Al desaparecer o reestructurarse los hospitales psiquiátricos grandes y costosos, podría redirigirse estos recursos hacia la atención de los nuevos programas con orientación comunitaria. En la medida en la que se logre fortalecer la prevención y la atención primaria en estos pacientes, se van a disminuir las descompensaciones y por ende la necesidad de hospitalización. También una mejor red comunal logra contención del paciente permitiendo el manejo ambulatorio durante una descompensación y disminuyendo así la necesidad de

internamiento. Esto significaría mayor presupuesto para inversión también en programas de rehabilitación y reinserción social. Cuando el ingreso a un hospital sea necesario, debe preferirse el hospital general sobre el psiquiátrico. Debe de utilizarse este recurso como última instancia y en situaciones muy puntuales, tales como la contención durante conductas disruptivas, para el manejo de las situaciones o factores desestabilizantes y evitar mayores riesgos tanto al paciente, como para su familia y la comunidad. La OMS insta a revisar la disponibilidad de recursos de los que depende la red de servicios de salud a la que pertenece el paciente. Esto para analizar las posibilidades y opciones terapéuticas según el poder resolutivo de cada nivel y las capacidades de internamiento, disponibilidad de tratamientos específicos y de profesionales en psiquiatría según la zona donde se encuentre esta persona. (Rodríguez, 2007).

Cuando no se cuenta con una adecuada red de servicios a nivel comunitario y tampoco con una disponibilidad de camas de psiquiatría se complica el manejo del paciente descompensado, lo que se traduce en aumento en la consulta de los servicios de urgencias y listas de espera prolongadas para atenciones de consulta externa. Los servicios que se requieren a nivel comunitario para poder disminuir el número de hospitalizaciones y por ende el número de camas de psiquiatría, son muy diversos. Estos requieren de cierto nivel mínimo de complejidad y de intensidad. La intensidad sería la frecuencia y extensión con la que se podría atender a un paciente. Estos servicios deben de ser de fácil acceso y estar disponibles en amplios horarios. También deben contar con médicos, enfermeras, psicólogos y demás personal de apoyo para poder satisfacer las necesidades del paciente. Incluso deberían contar con algunos recursos que usualmente se encuentran en los hospitales para poder manejar casos de mayor complejidad. Estos servicios deben poder brindarse de forma continua, esto para poder sostener al paciente a lo largo de su crisis o descompensación. También deben de estar articulados con niveles superiores en caso de que vaya a ser necesaria una hospitalización. Considerando que las crisis son transitorias, los programas de intervención breve muestran excelente solución para el manejo de estos pacientes fuera del ámbito hospitalario. (Everett, y otros, 2022)

Para disminuir la incidencia de prácticas coercitivas, que no dejan de ser traumáticas para el paciente y que más bien a largo plazo, son contraproducentes deben buscarse otras

alternativas. El ingreso involuntario genera resistencia al tratamiento o poca anuencia a acercarse de nuevo al centro a buscar ayuda. Una excelente alternativa para lograr disminuir estas prácticas sería la de implementar un servicio de apoyo para redactar instrucciones anticipadas, poderes de representación y planes de como proceder en caso de una nueva descompensación o crisis, durante la cual, su toma de decisiones puede verse debilitada. Estando el paciente compensando y con suficiente capacidad de juicio, redacta un documento, en conjunto con su médico, sobre como proceder para su manejo. También se invita a la familia del paciente a participar en su redacción. Este conjunto de instrucciones, luego son adjuntados al expediente del paciente para que sean utilizadas en caso de futuras hospitalizaciones o consultas al servicio de urgencias. Este conjunto de preferencias debe ser negociadas y ser de mutuo acuerdo entre el equipo tratante y el paciente y su familia. Esta práctica también ayuda a empoderar al paciente y hacerlo partícipe de su proceso de tratamiento y recuperación. (OPS, 2022)

Parte de las dificultades que hay que vencer para poder contar con servicios más equitativos, sería el estigma. La enfermedad mental conlleva una serie de estigmas que devienen de la desinformación e incluye la reacción negativa de la población general hacia la enfermedad mental. Dentro del estigma se incluyen los estereotipos que son constructos negativos que se tienen contra un grupo, así como los prejuicios, que es cuando se acepta uno de esos constructos negativos. Estos dos componentes pueden llegar a la discriminación de cierta población, en este caso la de las personas con enfermedad mental. Los pacientes, al enfrentarse a esto, tiende a rechazar las atenciones o huir de los centros de salud mental, lo que se traduce en demoras en el tiempo para solicitar ayuda, lo que significa mayor descompensación y riesgo para el paciente. También puede llevar a los profesionales a administrar tratamientos de forma coercitiva, así como segregación de los servicios de psiquiatría del resto de los servicios médicos, en lugar de lo que se busca, que es una integración en los hospitales generales. Al no consultar de forma temprana, el riesgo de mayor deterioro aumenta y con este disminuye y la calidad de vida de esa persona. (Feldman, 2020)

La enfermedad mental en general y sobretodo aquellas graves como la esquizofrenia, afectan ya sea de forma transitoria o permanente las habilidades de esa persona para trabajar,

estudiar y realizar tareas cotidianas entre otras. Si la afectación es severa, pueden estar comprometidas las actividades básicas de esa persona y las consecuencias de esto en su funcionamiento generarían una severa discapacidad, lo que le impediría desempeñarse de forma adecuada en su vida diaria. El impacto económico de estas enfermedades no solo es sobre el individuo, sino que afecta también a su familia y a la sociedad. Puede comprometer los ingresos de esa persona y de los que de ella depende, así como de la sociedad. Lo que genera una presión sobre estos hogares y sobre el sistema, ya que requerirán de múltiples servicios, que muchas veces son subsidiados en gran porcentaje por los sistemas de seguridad social. Cuando se habla de economía de los servicios de salud, el uso y distribución de estos recursos finitos es su principal propósito. Por tanto, no se trata de recortar presupuestos o de ahorrar dinero, sino que el presupuesto disponible sea distribuido de forma tal, que se beneficie el mayor número de personas y que genere el mayor impacto en su bienestar. Un impacto aproximado del costo de las enfermedades mentales puede reflejarse según el análisis del número de años vividos con incapacidad. Lo importante de esto es que, al aumentar la inversión, aumentan los años de vida sanos de esos pacientes, considerando que la enfermedad mental grave usualmente inicia y tiene el mayor número de crisis durante los años de mayor productividad del paciente, entre más dinero se disponga para prevención y tratamiento, más ciudadanos productivos tendrá el país. Esto traduce costo-efectividad las intervenciones psicosociales y la inversión en salud mental. Esto significa que cada año de vida sano, ganado con estas intervenciones, cuesta menos que el ingreso per cápita anual (los ingresos esperados para esa persona). (World Health Organization, 2006)

Desde el fin de la era del asilo, se ha dado un crecimiento de las alternativas a la hospitalización de pacientes, principalmente aquellos con enfermedad mental severa o con síntomas crónicos. Muchos países, sobretodo los de bajos ingresos económicos, no han logrado una adecuada externación de los pacientes y la subsecuente reinserción en la sociedad. Además, múltiples pacientes fueron egresados sin una adecuada preparación y fortalecimiento en cuanto a vida diaria, lo que llevó a un pobre funcionamiento en el exterior y constantes reingresos. El cerrar el modelo centrado en el manicomio no significa que se dejen de dedicar fondos para la atención de la salud mental, sino que estos se orienten hacia nuevas actividades. Por tanto, esto significa una reconversión de recursos, reorientar los presupuestos de aquellos hospitales caros, hacia otras ofertas de servicios para la atención

del paciente psiquiátrico y que vayan de la mano con los derechos humanos. Los servicios de base comunitaria son el futuro de la psiquiatría y son la alternativa más ética para el manejo del paciente con enfermedad mental. Aquí se debe diferenciar entre los distintos tipos de internación, ya que esta conversión no significa que no se vayan a hospitalizar, sino que, cuando esta sea la opción porque se agotaron otras alternativas, se opte por internamientos breves y en hospitales generales o centros en su comunidad. (Cáceres, Druetta, Hartfiel, & Riva, 2009)

El proceso de desinstitucionalización debe fundamentarse en un marco jurídico que lo proteja y lo facilite. En algunos países se ha observado que cuando no existe una legislación adecuada, la implementación de estos procesos, junto al subsecuente fortalecimiento de la atención primaria en salud, pueden verse perjudicados. (OPS-OMS, 2020)

Pueden implementarse distintas estrategias para la acción legal, como revisar la legislación vigente y las políticas y planes existentes tanto del sector de la salud como de otros. Dentro de lo más importante que debe revisarse es el sustento del nuevo modelo de atención en psiquiatría y que dentro del marco jurídico se sustente legalmente la expansión y reestructuración de los servicios de salud hacia el nuevo enfoque comunitario. También debe promoverse una ley de salud mental en concordancia con los tratados internacionales ratificados por cada país y que también sirven como marco de referencia para la creación de nuevas leyes y políticas en salud mental. Deben incluirse también políticas que promuevan la protección social como mecanismo de estabilidad y justicia. (OPS-OMS, 2020)

Dentro del marco de la desinstitucionalización y de la implementación de un nuevo sistema de atención basado en la comunidad, debe revisarse el financiamiento, ya que el proceso de reestructurar los servicios, requerirá de un aumento transitorio de la inversión antes de poder convertirse en la opción más costo-efectiva. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el monto asignado para la atención de la salud mental es del 1% del presupuesto global para la salud. De este monto, la mayor parte es asignada a los hospitales psiquiátricos. Los beneficios y el ahorro en salud, comienzan a verse a mediano y largo plazo, por lo que la inversión inicial significaría un mayor financiamiento para poder poner en marcha estos servicios. Una limitante es que el presupuesto de estos hospitales

muchas veces depende del número de camas, por lo que se genera presión para mantener cierta cantidad y así asegurar presupuesto. Se debe planificar la transferencia de recurso material y financiero y el humano de los hospitales psiquiátricos hacia niveles inferiores, desde hospitales del tercer y segundo nivel, así como los servicios comunitarios y que brindar atenciones no hospitalarias. Los conflictos sindicales han enlentecido y en algunos casos frenado el proceso de descentralización, ya que interfieren con la reubicación de este personal y reasignación de funciones y recursos. Una alternativa es la transferencia de una unidad completa o de un servicio, desde el hospital psiquiátrico hacia el hospital general. (OPS-OMS, 2020)

La organización y delimitación de las funciones de cada uno de los niveles de atención dentro del sistema de salud es de vital importancia. Las tareas asignadas al primer nivel abarcan las de índole preventiva y de promoción de la salud. Además del tratamiento de las personas con enfermedad mental estables, con remisión completa o suficiente de sus síntomas, así como aquellos trastornos leves o incluso moderados en cuanto a complejidad. Para ello deben actuar con procesos estandarizados de diagnóstico y tratamiento. Este nivel es de vital importancia ya que es el primer contacto y la puerta de entrada al sistema de salud. Este nivel disminuye la brecha de acceso. También brinda continuidad a la atención del paciente que ya se ha recuperado de su crisis y puede ser manejado en niveles de complejidad inferior. (OPS-OMS, 2020)

En el segundo nivel sirve como el puente o enlace entre la atención primaria y los hospitales. Estos brindan servicios de apoyo, así como asesoría al médico general sobre el manejo de casos, también maneja casos con un nivel mayor de complejidad. Todos estos servicios son de carácter ambulatorio. Las tareas del tercer nivel ya son más especializadas, aquí se encuentran las labores que se desempeñan desde los hospitales generales. Desempeñan distintas labores, tales como la atención en emergencias, crisis y hospitalizaciones breves. En casos específicos, también apoyan a niveles inferiores con el seguimiento especializado, aunque sus tareas deberían ser más complejas, también brindar atención mediante interconsultas, psiquiatría de enlace y el manejo en conjunto de pacientes con alguna descompensación somática y que tengan una enfermedad mental que también requiera de atención. (OPS-OMS, 2020)

Las alternativas residenciales, para la recuperación y manejo de pacientes con enfermedad mental severa y crónica resultan fundamentales para la continuidad de la atención posterior al alta hospitalarias. Son en esos espacios donde se trabaja más en la recuperación de su funcionamiento, para la reinserción en su comunidad. Todos estos niveles deben estar correctamente articulados para asegurar la continuidad de la atención el paciente con enfermedad mental. Lo largo de todos los momentos de sus crisis y estabilización. (OPS-OMS, 2020)

En la mayoría de los países de la región, se ha logrado un proceso de desinstitucionalización paulatino. Donde la reducción progresiva de las camas de hospitalización, sobretodo en hospitales psiquiátricos, va de forma paralela con la apertura de alternativas extrahospitalarias para satisfacer las necesidades de estas personas. Para lograr una adecuada integración de la salud mental en la atención primaria, se debe incrementar la capacidad de resolución y de contención en este nivel. Debe existir una consultoría periódica de casos, donde se promueva el contacto de estos clínicos con los especialistas, mediante rondas periódicas o asesoría mediante telemedicina. Se debe tener protocolizado en manejo de los casos más frecuentes, así como los criterios para derivar a un nivel superior o referir entre niveles. Los servicios ambulatorios para atención de estos pacientes deben estar integrados en el primer y segundo nivel, sobre todo en la atención primaria, para poder ampliar la cobertura y facilitar el acceso. Un punto importante es la creación o ampliación de las unidades de salud mental en los hospitales generales. Para ello se debe de contar con una seria de incentivos que promueva el ingreso de pacientes en camas de psiquiatría en hospitales generales sobre los hospitales psiquiátricos. Por tanto, se requiere de voluntad política, financiamiento, así como sobrepasar las resistencias que tienen los directivos de los hospitales generales para la apertura de camas de psiquiatría en estos centros. También debe contarse con personal debidamente capacitado, sobretodo en el manejo de las principales emergencias psiquiátricas, para que apoye al especialista en la contención y tratamiento de estos casos. (OPS-OMS, 2020)

Existen múltiples alternativas de alojamiento o modalidades de atención en los servicios de residencias comunitarias. Pueden ser residencias protegidas que cuenten con personal que supervise de forma continua al paciente. También están las llamadas casas de

medio camino, donde el nivel de supervisión es menor, el paciente cuenta con mayor libertad, por ejemplo, de entrar y salir según un horario establecido y se fortalecen habilidades y destrezas que se perdieron o nunca llegaron a adquirirse en consecuencia de hospitalizaciones prolongadas o curso crónico y debilitante de su enfermedad. En estos casos se consideran de alta hospitalaria, pero aun no preparados para integrarse en la comunidad. También existen los centros de rehabilitación psicosocial, bajo modalidad de hospital diurno y talleres protegidos que brindan apoyo tanto a la familia como del paciente con enfermedad mental. Todos estos servicios se encuentran integrados en la comunidad y requieren de la participación de entidades públicas y privadas. Por tanto, se debe de promover la creación y ampliación de servicios ambulatorios de salud mental de carácter descentralizado. (OPS-OMS, 2020)

La comisión Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible creó en 2018 un modelo para optimizar la atención de estas patologías e ideó un plan para superar al hospital psiquiátrico de forma definitiva. Son una serie de medidas que, de implementarse, se traducirían en un fortalecimiento de la salud mental de carácter descentralizado. Este modelo se llama ADMEA, por las iniciales de cada una de las actividades que deben realizarse. Las primeras acciones serían Aumentar la atención comunitaria y Disminuir los ingresos en el hospital psiquiátrico. De ser necesarios, estas hospitalizaciones deben ser breves, con un promedio de estancia de 15 días o menos y ser en unidades psiquiátricas en hospitales generales. Las otras acciones serían Mejorar la calidad de la atención, Evaluar periódicamente este proceso y Aprender de las experiencias propias y de otros países. (OPS-OMS, 2020)

#### 4. Economía de la Salud Mental

El financiamiento de la salud mental también es uno de los factores que limita su acceso. Los psiquiatras son de los médicos con salarios más bajos y el presupuesto dedicado a la atención de las enfermedades mentales es muy inferior al dedicado a otras enfermedades, siendo estas primeras, las causantes de un número significativo de los días vividos con discapacidad. Este problema también es importante cuando se trata del financiamiento de la investigación en psiquiatría para poder desarrollar tratamientos novedosos, ya que existe mayor inversión en enfermedades con menor prevalencia y discapacidad o mortalidad que las enfermedades mentales. Las estrategias de prevención en salud mental tampoco están

desarrolladas como en otro tipo de patologías, principalmente porque, al no contar con suficiente investigación e información sobre el origen y la evolución natural de las enfermedades psiquiátricas, es difícil determinar el rumbo a seguir en cuanto a medidas para prevenir la aparición o progresión de estas. Si se lograra identificar a cierta población en riesgo para poder orientar alguna campaña que busque la identificación temprana de estos usuarios, se podría brindar una intervención o tratamiento antes de que se desarrollen estas enfermedades. Estos factores antes descritos limitan el acceso a los servicios de psiquiatría, muchas veces dejando como única vía para conseguir atención, los servicios de emergencias. En la actualidad no se dispone con un número suficiente de psiquiatras para hacer frente al creciente número de pacientes con enfermedad mental. Esto repercute en la posibilidad de fortalecer las redes de psiquiatría comunitaria y realizar actividades de prevención y promoción, ya que los escasos especialistas se encuentran enfocados en tratar los casos agudos. Estas limitaciones se traducen en constantes recaídas en los pacientes y en prolongación del tiempo de la enfermedad mental descompensada no tratada. Alrededor del mundo, el cierre prematuro de los asilos y pabellones psiquiátricos de larga estancia, sin una red preparada para brindar contención ambulatoria otros cuidados, se tradujo en un aumento en la incidencia de indigencia, encarcelamiento o abandono en albergues o residencias. Los pacientes con enfermedad mental tienen de 3 a 6 veces más probabilidades de ser encarcelados que la población general. Debido a esto es que se hace necesario contar con unidades diferenciadas para pacientes con enfermedad mental que cuenten con problemas con la ley. (Feldman, 2020)

Se pueden implementar varias estrategias para disminuir la brecha en el acceso a los servicios de salud mental. La escasez de personal podría solventarse con mayores incentivos que atraigan a más médicos para optar por una especialidad en psiquiatría, o una vez concluida, que permanezcan más tiempo en la seguridad social. La desinformación se puede solventar con mayores campañas de educación y visibilización del paciente con enfermedad mental. Reforzamiento de los servicios de psiquiatría comunitaria y mayor apoyo en otros médicos no psiquiatras para manejo de estas patologías. Mejorar el acceso mediante reforzamiento de los servicios de atención primaria con psiquiatría es una alternativa que ya ha probado ser muy efectiva y eficiente en muchas regiones del mundo. El uso de la telemedicina, así como brindar atención por psiquiatría en los servicios de emergencias de

los hospitales facilita el acceso y ayuda a una detección precoz de las enfermedades mentales y un inicio temprano de medicación o de implementar otras intervenciones. (Feldman, 2020)

Al considerar los recursos limitados con los que se cuenta para atender la salud en cualquier nación, se debe maximizar el costo-beneficio de las intervenciones por realizar. Por tanto, se debe maximizar los beneficios a la sociedad y que su distribución sea equitativa entre los distintos grupos, por ejemplo, entre estratos socioeconómicos, grupos etarios o según demografía (igualdad de acceso entre poblaciones rurales y urbanas). Si bien la implementación de mayores servicios de salud mental e intervenciones más complejas y especialidades en el primer y segundo nivel de salud, parece algo muy costoso, no se compara con el modelo ineficiente y costo-inefectivo de servicios centralizadas en hospitales psiquiátricos. La migración hacia una prestación de servicios de enfoque comunitario resulta una alternativa menos costosa, lo que permitiría mejorar la oferta de servicios al redirigir dinero hacia este tipo de programas. Según la OMS, la inversión en salud mental se mueve en el rango de entre 5 a 10 dólares per cápita, dependiendo de si es un país de bajos ingresos o de medianos ingresos. Para poder lograr una adecuada atención al creciente número de pacientes con enfermedad mental, se sugiere utilizar un mínimo de 5% pero idealmente un 10% del presupuesto en salud. (World Health Organization, 2006)

El gasto anual per cápita en salud, en promedio, a nivel mundial, es de 367 dólares, de los cuales, aproximadamente 7.49 dólares se destinan a la salud mental. Esto significa un 2.1% del gasto total en salud se utiliza para atender enfermedades psiquiátricas, mismas que cada vez son más prevalentes y su incidencia ha ido en aumento. De ese dinero, hasta un 66% del presupuesto total de salud mental, se destina hacia los gastos de los hospitales psiquiátricos. Esto significa que aún se está manteniendo el modelo hospitalario en muchos países y que este consume la mayor parte de los fondos en programas de poco impacto ya que no suelen tener alcance comunitario. Sin embargo, ese promedio es variable y depende del nivel de ingresos del país y es inversamente proporcional: entre menor sea el ingreso del país, más de su presupuesto destinan a los hospitales psiquiátricos, debido a que no han logrado migrar hacia el modelo comunitario. En algunos países de bajos ingresos, el gasto total del presupuesto de salud mental que se destina a los hospitales psiquiátricos puede llegar hasta un 70%, mientras que, en países de ingresos altos, es tan bajo como un 35%. Por tanto,

se evidencia la necesidad que esos países tienen de migrar del costoso modelo hospitalario y de disminuir sus camas de larga estancia, lograr una desinstitutionalización de sus pacientes y descentralizar la atención. La mayoría de los países miembros de la OMS (hasta un 80%), destinan menos del 20% de su presupuesto en salud mental hacia la atención de programas comunitarios, de primer nivel y de promoción o prevención de enfermedades mentales. El gasto que se destina a la atención de la psiquiatría en el segundo y tercer nivel, en donde se encuentran los hospitales generales, es igual, de menos de un 20%. Si se redistribuyeron los recursos, podrían fortalecerse programas con mayor impacto y que podrían tener más alcance y llegar a un mayor número de personas. Esto último se vuelve más importante al revisar la cantidad de pacientes con enfermedad mental mayor que no son tratadas o en las que se demora su atención, se retrasa el diagnóstico y el inicio del tratamiento debido a dificultades en la accesibilidad a servicios de salud mental. (World Health Organization, 2021)

A pesar de ser enfermedades bastante prevalentes, como se discutió anteriormente, una ínfima parte de la inversión en salud se destina a su atención. De ese pequeño porcentaje, en países donde no se ha modificado este modelo y aún continúa siendo centrada la atención en el hospital psiquiátrico, se destina hasta un 70% del presupuesto global para la salud mental a este tipo de centros. Considerando que estos hospitales continúan siendo centralizados y predominante en la capital o grandes zonas urbanas; se deja una gran parte de la población alejada de estos servicios. Según estadísticas de la OMS, casi la mitad de la población mundial vive en zonas con una proporción de 1 psiquiatra por cada 200 000 habitantes. Poder mejorar estas condiciones significa una mayor inversión económica que muchas veces se encuentra fuera del alcance de los países en vías de desarrollo. Sin embargo, existen varias razones por las cuales es efectivo invertir en estos servicios. El principal motivo es por razones de salud pública, luego para velar y garantizar por los derechos humanos y otro motivo también importante, es que son instituciones que promueven el desarrollo económico y el equilibrio y bienestar social. (OMS, 2022)

## 5. Inversión en Salud en Costa Rica

En los últimos años, el gasto en salud ha ido aumentando, al igual que el crecimiento económico, pero no proporcionalmente. Por ejemplo, el gasto en salud aumentó en un 13% pero se reportó solo un aumento del 4.9% para la economía nacional. Si bien este es un fenómeno mundial, se debe de tener precaución con el uso de forma eficiente de estos

recursos. Para 2019, se estimó un gasto en salud de 2.7 billones de colones. El gasto corriente por habitante fue de 489.055 colones, esto significa en promedio un 40.8% mayor inversión si los comparamos con otros países de la región, pero solo un 36.6% de lo que se destina por habitante en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, a la que Costa Rica aspira formar parte. De este gasto, la mayor parte es financiado por el gobierno, lo que se traduce en una inversión por persona de 1.636 dólares, lo que es 74% mayor al resto de países de Latinoamérica. Sin embargo, los gobiernos de los países de la OCDE gastan casi 3 veces más en la salud de cada habitante. (Gamboa, y otros, 2022)

El gasto público financia casi tres cuartas partes de la inversión en salud, lo que equivale al año a un 5,5% del PIB. Los esquemas gubernamentales y de seguridad social financiaron un 74% del gasto total en salud. Dentro de esta categoría del gasto público, el mayor aporte representa el seguro social de salud dado por la CCSS con un 93% del recurso, que incluye el seguro por enfermedad y maternidad y el seguro independiente de trabajadores, luego un 4.5% aportado por gobierno central bajo la figura del Ministerio de Salud y un 2.3% correspondiente al seguro por accidentes de tránsito (Seguro Obligatorio de Automóviles) aportado por el Instituto Nacional de Seguros y que se paga en conjunto con el derecho de circulación cada año. (Gamboa, y otros, 2022)

La inversión privada en salud, que corresponde al porcentaje restante, se compone de un 22% que es aportado directamente por los hogares, también llamado “pago del bolsillo”. La OMS tiene un límite de un 20% para estos gastos particulares en salud, como punto de corte a partir del cual se incrementa el riesgo financiero de los hogares. El restante 4% del gasto en salud proviene de seguros voluntarios y privados. Del gasto total en salud, el 49,76% fue destinado a los hospitales generales y especializados. Por lo que el gasto en atención es, principalmente, por internamiento en esos centros de salud. El gasto en atención primaria fue de solo 39% del total de dinero destinado a la salud. Este gasto en atenciones hospitalarias es asumido, en su gran mayoría, por la CCSS y solo un pequeño porcentaje por los diferentes centros privados. (Gamboa, y otros, 2022)

Cuando se analiza el gasto total en salud, considerando todas las fuentes de financiamiento públicas y privadas, se evidencia un aumento progresivo. Para el año 2017 el

gasto total en salud fue de 2.419.588,89 millones de colones, para el año siguiente aumentó a 2.623.988,22 millones de colones y el último registro que se tiene, que es para el año 2019 ya era de 2.731.953,79 millones de colones. Si se analiza como porcentaje del PIB, para 2017 se destinó un 7,0% a la atención de la salud, para el 2018 un 7,4% y en el 2019 llegó hasta un 7,6% del PIB (Gamboa, y otros, 2022). Para el año 2022, la Caja Costarricense de Seguro Social presupuestó 5.3 billones de colones, lo que representa un aumento de un 9.43% respecto al gasto estimado para el año 2021. Esto equivale al 46% del Presupuesto Nacional 2022 del Gobierno Central y al 13% PIB del país. (Madrugal, 2021)

El mayor porcentaje de este dinero se destina a los hospitales. Para el 2019, un 49,76% del total del gasto, que representó 1.359.216,20 millones de colones, fue para su uso en esos centros médicos. Ese porcentaje se divide en un 23,81% para hospitales generales, 24,87% para hospitales especializados no psiquiátricos y un 1,08% para los hospitales psiquiátricos. Es evidente que la atención especializada es sumamente cara. Esta se brinda en 6 hospitales, dos de los cuales son dedicados a la psiquiatría. El 24,87% del gasto, o sea 679.407,42 millones de colones se repartieron entre los 4 hospitales especializados no psiquiátricos, que serían el de geriatría, el de niños, el de rehabilitación y el de las mujeres. Si se desglosa el gasto de los hospitales generales, ese 23,81% se compone de un 11,86% para los 8 hospitales regionales, un 9,28% para los 12 hospitales periféricos y un 2,67% para los 3 hospitales nacionales. Por lo que al comparar el porcentaje del presupuesto que se dedica a los 2 hospitales psiquiátricos, es poco menos de la mitad del monto que se dedica a los 3 hospitales nacionales. (MS, 2022)

Al analizarse los datos según tipo de atención, los gastos en internamiento se llevan la mayor parte del presupuesto. Se dedica poco más del 85%, que representa 25.054,70 millones de colones a la atención por internamiento, esto con datos de 2019. Este porcentaje se ha mantenido relativamente similar, siendo de 87% aproximadamente por los años 2017 y 2018. Es evidente que la mayor parte del gasto se dedica a la atención curativa mediante internamiento y no tanto a la ambulatoria. Los hospitales gastan casi 99% de su presupuesto en atenciones curativas, incluidas las curativas ambulatorias, pero solo poco más del 1% en rehabilitación. (MS, 2022)

El grupo de patologías con mayor gasto en salud corresponde a los trastornos mentales y del comportamiento y del neurodesarrollo con un 15% del gasto total que se dedica a su atención. Se espera que para el año 2050 este gasto se eleve hasta llegar a un 17%. El grupo de patologías que le siguen en cantidad de recurso consumido, son los trastornos del sistema circulatorio con un 12% del gasto. Se espera que, por año, exista un aumento del gasto en salud mental de un 4,21% aproximadamente. (Rao, Vecino, Robertson, Lopez, & Noonan, 2022)

## 6. Número de camas psiquiatría

### Recomendaciones Internacionales

La cantidad de camas de psiquiatría depende de la necesidad de tratamiento intrahospitalario de las personas con enfermedad mental. Se debe de analizar la oferta de servicios disponibles y en donde se ofrecen, así como la necesidad y demanda de estos. En los últimos 60 años el número de camas de psiquiatría ha ido en disminución, esto debido al cambio del modelo, prefiriendo la atención comunitaria sobre el internamiento. Cuando se sobrepasa la oferta de camas de hospitalización puede ocurrir un desbordamiento de los servicios de emergencias, que deberán contener a esos pacientes y manejar las descompensaciones. Muchas veces, no se cuenta con camas disponibles cuando se requiere. Esto genera una presión sobre los servicios de emergencia y observación, así como que los usuarios sean dados de alta muy temprano en su proceso de recuperación, con un elevado riesgo de recaída. Si del todo el acceso a estos servicios se torna imposible, los pacientes psiquiátricos pueden incluso llegar a la callejización o a involucrarse en problemas legales. Un adecuado sistema de hospitalización y rehabilitación disminuye la cantidad de pacientes con enfermedad mental en estado de indigencia o que problemas judiciales. También podría suplementarse ese servicio con una adecuada red de contención que logre manejar la crisis de ese paciente a nivel ambulatorio. Pero la facilidad de acceso a dichos servicios varía dependiendo del sitio donde el paciente viva y la disponibilidad que tenga. (Everett, y otros, 2022)

En los últimos años, el tema de la hospitalización en psiquiatría ha estado en constante reinención. Actualmente se cuenta con distintos modelos a nivel mundial que buscan sostener al paciente durante su descompensación en su comunidad. Las camas de psiquiatría han ido migrando desde los hospitales psiquiátricos, hacia los hospitales generales y centros

residenciales no hospitalarios, tal y como se acordó en la Declaración de Caracas. La cantidad de camas de psiquiatría es muy variable y es directamente proporcional al nivel de ingresos económicos de ese país. Para esto, la OMS tomó como referencia, la clasificación de los países, que el Banco Mundial realizó según el ingreso per cápita. Según esta entidad, existen 4 categorías de países. Primero los de ingresos bajos, luego de ingreso medio bajos, siguen los de ingresos medio altos y por último los de niveles de ingresos altos. (World Health Organization, 2021)

El tratamiento intrahospitalario se ha convertido en más selectivo, enfocándose en el manejo de patologías específicas como la psicosis, la manía, la ideación suicida u otras patologías que pongan en riesgo la integridad del paciente o de terceros y ameriten un tratamiento en un sitio seguro y controlado para brindar observación continua. Lo ideal sería que este tratamiento se encuentre articulado con los servicios de psiquiatría comunitaria y pueda continuarse el tratamiento como una extensión de la hospitalización cuando se considere ya pueda manejarse a nivel ambulatorio. La ventaja de la hospitalización es que se pueden brindar tratamientos farmacológicos más agresivos, así como intervenciones psicoterapéuticas más frecuentes y extendidas o incluso ofrecer procedimientos diagnósticos como estudios de imagen o terapéuticos como la terapia electroconvulsiva o de estimulación electromagnética transcraneana, que muchas veces no pueden ofrecerse en otros escenarios. Los pacientes que se considere no son candidatos a un manejo ambulatorio por las razones antes descritas o porque no existe una adecuada red de contención en su comunidad, terminan siendo hospitalizados, pero a su egreso, idealmente deberían continuar con su proceso de recuperación y rehabilitación en servicios de psiquiatría comunitaria. (Everett, y otros, 2022)

Existen muchas modalidades de hospitalización en psiquiatría. Primero están las camas ubicadas en hospitales psiquiátricos, donde se brinda atención especializada de forma continua. Pero también existen las unidades de psiquiatría integradas en hospitales generales, donde se brinda la misma atención con personal especializado en la materia. Sin embargo, no todos los hospitales generales cuentan o pueden tener un ala dedicada específicamente a la atención de pacientes psiquiátricos. En estos casos se cuenta con camas de servicios de medicina que también brindan atención al paciente psiquiátrico, en estos casos resulta útil cuando la persona también sufre de alguna patología médica descompensada que requiere de

tratamiento y puede brindar la atención de su patología mental y física de forma simultánea con el psiquiatra como interconsultor. También se puede disponer de camas que no son oficialmente de psiquiatría, pero podrían utilizarse para este fin, con la desventaja de que, ante el aumento de la demanda de hospitalización de paciente médicos, se disminuya su disponibilidad, así como que el personal no siempre tiene experiencia en el manejo del paciente con enfermedad mental, lo que podría incurrir en malas prácticas sobretodo cuando deba aplicarse algún tipo de contención. Luego del proceso de desinstitucionalización, comenzaron a aumentar las camas de psiquiatría, pero ubicadas en la comunidad, ya sea en una residencia, albergue u hogar solidario. (Everett, y otros, 2022)

Existen varias medidas que pueden implementarse para disminuir la utilización de camas de hospitalización. Una de estas es la creación de servicio de intervención en crisis que presten servicios de forma continua. La valoración de pacientes en este tipo de unidades, fácilmente puede distinguir a aquellas personas que vayan a verse beneficiados de un internamiento y de los que puedan ser manejados de forma ambulatoria. Estas unidades pueden tener varios componentes o servicios a ofrecer según su grado de complejidad y capacidad resolutive. El principal es el de un servicio tipo urgencias, donde el paciente pueda ser atendido sin cita previa cuando llegue a consultar. (Everett, y otros, 2022)

Una opción que resulta un excelente complemento para los centros de crisis o urgencias son las centrales de llamadas que brindan servicios telefónicos de intervención en crisis a manera de una “línea antisuicidio” o de psicoeducación para estos pacientes. Son de fácil acceso y muchas veces logran aclarar dudas que logran contener al paciente en su hogar al brindar recomendaciones. El personal a cargo de estas líneas debe ser capaz de manejar una crisis de forma remota, contener al paciente, brindan orientación y reconocer cuando debería sugerir que ese paciente consulte de forma presencial. Según estadísticas mundiales, este tipo de líneas telefónicas, cuando se manejan por personal capacitado, pueden llegar a resolver hasta un 80% de las crisis sin la necesidad de derivar estos casos a niveles superiores o de que requieran valoración presencial. En algunos lugares, parte de estos servicios se encuentran incorporados a los sistemas de emergencias, como el 911. (Everett, y otros, 2022)

También se han creado servicios móviles de atención de crisis. Estos conformados por equipos interdisciplinarios de profesionales en la salud mental. Estos se desplazan hasta

la ubicación del paciente descompensado para poder valorarlo de forma presencial. Si es necesario deberán desescalarlo, valorarlo en el lugar y determinar si requiere de un traslado para un abordaje más amplio o si este podrá ser efectuado en su hogar. Estos equipos brindan un seguimiento por un lapso específico de tiempo y funcionan como un método de enlace entre el primer contacto del paciente por su crisis y su control ambulatorio de rutina. Por lo que este tipo de servicios no reemplaza el control crónico de los pacientes. Estos también se encuentran o no, enlazados con las líneas telefónicas de emergencias. (Everett, y otros, 2022)

En unidades de mayor complejidad, se cuenta con camas de observación para el manejo de los pacientes de manera aguda. Muchas veces se logra evitar una hospitalización cuando este tipo de servicios se hacen más universales, de fácil acceso a los pacientes y se pueden brindar intervenciones o iniciar tratamientos de forma temprana. Usualmente a este tipo de equipos también se derivan casos de pacientes con múltiples hospitalizaciones o descompensaciones a repetición que han terminado en internamientos; para ser valorados en su comunidad y entorno y así conseguir identificar los factores que funcionan como precipitantes y perpetuantes de dichas crisis. (Everett, y otros, 2022)

Todas las medidas previas, aparte de disminuir las hospitalizaciones, reducen la callejización y el encarcelamiento en estos pacientes. Fuera de la atención de crisis, estos servicios comunitarios pueden ofrecer la rehabilitación psicosocial de los pacientes, así como pueden ser el enlace o ese paso intermedio entre el internamiento y su reinserción en la sociedad. Estos servicios que facilitan la transición hacia la comunidad, han probado ser exitosos disminuyendo las recaídas y posteriores internamientos. Incluso, estando correctamente articulado el servicio hospitalario con el comunitario, podría trabajarse con internamientos ultra cortos (de uno a dos días) y posteriormente continuar su estabilización en el ambiente y entorno del paciente. Esta modalidad disminuye la pérdida de funcionamiento que es inherente a estancias prolongadas en un centro médico. A nivel comunitario también puede trabajarse en clínicas subespecializadas en patologías o poblaciones especiales. (Everett, y otros, 2022)

Las personas que se consideran suficientemente compensados de su patología aguda pero aún no preparados para continuar su evolución en su domicilio o comunidad tienden a ser pacientes con estancias prolongadas en los hospitales. Una alternativa para estos

casos son las residencias u hogares “intermedios”. En estos sitios, un paciente puede hacer una transición menos agresiva y es el paso entre el hospital y su hogar. Aquí se pueden brindar distintas opciones de rehabilitación psicosocial y adiestramiento en actividades básicas de la vida diaria para que se le facilite al paciente su reinserción en la comunidad. Dentro del grupo de pacientes que podrían beneficiarse de esta alternativa serían los portadores de limitación intelectual, pacientes con enfermedad mental mayor con síntomas residuales o pacientes con una comorbilidad con uso de sustancias. Esto disminuiría el número de días de hospitalización de un paciente que debería tener una estancia breve. En estas residencias se puede brindar supervisión continua por profesionales de la salud mental fuera del ambiente hospitalario. Algunos casos que escapan a este tipo de abordajes son los forenses o los que, por orden de un juez, deben permanecer hospitalizados. Muchas veces, este tipo de internamientos se convierten en estancias prolongadas y aunque se puede aprovechar para trabajar en labores de rehabilitación, no deja de ser muy costoso y deletéreo para el paciente. Por tanto, si se aumenta la disponibilidad de servicios de carácter comunitario, podrían detectarse casos en vías de descompensación de forma temprana para evitar una crisis mayor, así como de pacientes, que por síntomas crónicos podrían terminar con conflictos legales producto de actos cometidos durante el periodo de crisis de su enfermedad psiquiátrica de fondo. (Everett, y otros, 2022)

Cuando se detecte un paciente con una patología compleja que pueda requerir de tratamientos no disponibles a nivel comunitario tales como la terapia electroconvulsiva o el inicio de Clozapina. Este último debido a que no se cuenta con la disponibilidad de este medicamento en un nivel inferior o no es posible su monitorización estrecha o contención en su hogar. El manejo de casos resistentes al tratamiento convencional o refractarios a la medicación continuarán siendo abordados de forma predominantemente a nivel hospitalario. Esto debido a que también pueda ser requerido de una evaluación más profunda, explorar y probar alternativas terapéuticas y monitorizar de forma estrecha su evolución. (Everett, y otros, 2022)

El número de camas de psiquiatría que se requiere para el abordaje de los pacientes, varía dependiendo de cada región y de las características sociodemográficas, recursos económicos, así como fortaleza de la red comunitaria con la que se cuente. También la

disponibilidad de alternativas de manejo del paciente fuera de la hospitalización, impactará directamente el número de camas que se requieran. Se espera que regiones con una amplia red de servicios de psiquiatría comunitaria, requerirá de un número reducido de camas de hospitalización en comparación con aquellas regiones que no cuentan con una implementación adecuada de los modelos de psiquiatría comunitaria. Por lo que un cálculo certero del número de camas requeridas, va más allá de una estimación global por cada 100.000 habitantes. (Everett, y otros, 2022)

Para calcular la necesidad de camas, se debe de analizar primero las vías de ingreso a los centros hospitalarios. Estos son los lugares de primer contacto con los pacientes y en los cuales se captan aquellos que se encuentran descompensados y requerirán de un internamiento. La principal vía de ingreso es a través de los servicios de emergencias y admisión, también los servicios de intervención en crisis de los servicios de psiquiatría comunitaria y aquellos casos provenientes del sistema judicial. Dependiendo de la capacidad de contención de cada uno de estos servicios, será necesario un mayor o menor número de camas. Cuando se presenta un paciente en crisis aguda y que requiera intervención temprana, el manejo mediante hospitalización o del tipo ambulatorio dependerá de la capacidad de contención de la red de servicios de salud mental. El número de camas será calculado según los servicios con los que se cuenten a nivel comunitario, la cantidad de población adscrita y el número promedio de crisis en esa población según el contexto sociodemográfico. (Everett, y otros, 2022)

En los países de ingresos bajos, la cantidad media de camas por cada 100,000 habitantes es de menos de 2, una cifra minúscula comparada con las 25 camas con las que se cuentan en los países de ingresos altos para la misma cantidad de población. El promedio mundial de camas de psiquiatría ronda las 11 por cada 100,000 habitantes para el último corte que la OMS realizó en 2020. La tasa mundial de hospitalización fue de 72 admisiones por cada 100,000 habitantes, igualmente durante ese mismo periodo de tiempo. En cuanto a centros de atención comunitaria en salud mental, a nivel mundial se tiene un promedio de 0,64 por cada 100,000 habitantes. Sin embargo, este número es muy variable y, de nuevo depende, del ingreso per cápita. Por ejemplo, en países de mayores recursos, donde se ha logrado transicionar hacia un modelo mayoritariamente comunitario, se esperaría que

cuenten con una mayor cantidad de estos centros, incluso llegando a poco más de 5 centros de psiquiatría comunitaria por cada 100,000 habitantes. (World Health Organization, 2021)

Según estadísticas de la OMS, alrededor del mundo existen aproximadamente 0.25 centros médicos por cada 100.000 habitantes para hospitalización y atención de pacientes psiquiátricos. Llama la atención que el número de camas de psiquiatría ha disminuido, pero el número de ingresos ha aumentado, lo que podría traducir internamientos más breves y preferencia por el manejo ambulatorio y comunitario de los pacientes psiquiátricos. En América, por ejemplo, existe una relación de 13.6 camas y 0.37 centros por cada 100.000 habitantes. Dentro de los centros se incluyen los hospitales psiquiátricos, las unidades de psiquiatría en hospitales generales, los centros residenciales a nivel de la comunidad, así como otros centros que se dediquen al internamiento de pacientes con enfermedad mental. (World Health Organization, 2021)

En cuanto al tema de la modalidad de estas admisiones a los distintos centros, se tiene que el promedio, a nivel mundial, es de un 10% de ingresos involuntarios. La mayor proporción de estos ingresos en contra de la voluntad del paciente se realizan en los hospitales psiquiátricos, otro motivo por el cual la OMS insiste en su cierre, ya que también concentran la mayor cantidad de denuncias por irrespeto de los derechos humanos. A nivel mundial se dispone de 10.8 camas ubicadas en hospitales psiquiátricos en donde se admiten, en promedio, 71.8 pacientes anualmente, por cada 100.000 habitantes. En América se cuenta con 0.04 Hospitales psiquiátricos con 6.7 camas por cada 100.000 habitantes. Considerando que en ese continente habitan 1.036.900.579, significa que tan solo en América se cuentan con 414 Hospitales psiquiátricos aún activos que concentran casi 70.000 camas. (World Health Organization, 2021)

Los pabellones psiquiátricos en hospitales generales poseen 3 veces menos camas que las que sus contrapartes especializados en psiquiatría tienen. Esto refleja aún la persistencia del modelo centrado en el hospital psiquiátrico, que se ha estado tratando de modificar, ya que aún no se cuenta con una integración completa en los hospitales generales. El promedio mundial de camas de psiquiatría en hospitales generales es de 2.5 por cada 100.000 habitantes, que, aunque pequeño, representa un aumento con la última revisión realizada en 2017. Sin embargo, en América, este número tiende ser algo menor y ronda las 1.4 camas.

Cuando se analiza la proporción según los niveles de ingresos económicos, no es de sorprender que los países más ricos tengan más camas integradas en sus hospitales generales en cumplimiento con los convenios internacionales. En países de ingresos altos, se tiene un promedio de 15.2 y salta a 3.3 en los países de ingresos medio altos, baja a 0.8 en los de ingresos medio bajos y llega a un mínimo de 0.4 en los de ingresos bajos. Los países de ingresos altos, reportaron una disminución de sus camas en hospitales psiquiátricos al mismo tiempo que han ido en aumento las ubicadas en hospitales generales. La limitante de estas es que, en estos hospitales, al coexistir múltiples especialidades, es usual que el número responda a las necesidades del momento y disminuya cuando se requiera priorizar recursos, lamentablemente se ha evidenciado que, al momento de priorizar, las camas de psiquiatría son las que usualmente sufren recortes, sobretodo, cuando no se encuentran en unidades específicamente diseñadas para atención del paciente psiquiátrico. (World Health Organization, 2021)

Desde el inicio de la desinstitucionalización, se ha implementado una nueva modalidad de manejo de pacientes hospitalizados y son los centros residenciales en la comunidad. Estos centros no son hospitalarios, pero si proveen cuidados y camas para pacientes. Pueden ser desde centros donde el usuario tenga libertad de salir y llegue únicamente a dormir, hasta centros con cuidados más complejos. La mayoría de estos cuentan con personal especializado en alguna media en el cuidado de pacientes. Este modelo, el cual tiene mayor acogida en países con altos ingresos económicos, puede encontrarse hasta 1.9 centros de este tipo por cada 100.000 habitantes, contando con hasta 25 camas para atender a esa misma población. Sin embargo, el promedio mundial es mucho menor, siendo de tan solo 0.2 centros y 3.3 camas por cada 100.000 habitantes. Para una adecuada prestación de servicios de salud mental a nivel comunitario, se debe lograr una adecuada integración en el primer nivel para facilitar el acceso. (World Health Organization, 2021)

Recientemente se realizó un consenso tomando en consideración los datos de países de bajos y medianos ingresos económicos, así como la opinión de expertos en la materia para lograr determinar el número óptimo de camas de psiquiatría que un país requiere para determinada población. Luego de revisar las estadísticas se llegó a la conclusión de que el número óptimo es de entre 60 a 30 camas, como mínimo, por cada 100.000 habitantes. Ya

un número inferior a 30 se considera una escasez de camas. Esta a su vez se divide en un faltante leve si se cuentan con 25 a 30 camas, un faltante moderado si existen de 15 a 25 camas y un faltante severo si el país cuenta con menos de 15 camas por cada 100.000 habitantes. La recomendación siempre es que dichas camas se encuentren fuera de los hospitales psiquiátricos y se ubiquen en hospitales generales y centros residenciales en la comunidad. Por tanto, cualquier número entre el rango de 30 a 60 camas se considera adecuado, siendo óptimo el número superior. Este es el primer consenso que toma en cuenta la opinión de expertos de los países de ingresos bajos y moderados, ya que en los de mayores ingresos económicos, por ejemplo, Canadá y Estados Unidos, se cuenta con políticas y estimaciones para implementación en sus regiones y calculan hasta 50 camas por cada 100.000 habitantes. Estas camas son contabilizadas únicamente en el sistema de salud público. Hasta que se alcanzó este consenso, no se contaba con un número apropiado o recomendado. Es también importante considerar la capacidad con la que se cuenta para el manejo de pacientes fuera de la modalidad de hospitalización. Entre mayor sea la capacidad de estos centros residenciales, hospitales diurnos y servicios de psiquiatría comunitaria, menor será el número de camas requeridas para hospitalización, ya que se cuenta con otros medios para la contención y manejo del paciente mentalmente descompensado. (Mundt, y otros, 2022)

Otros factores que podrían incidir al planificar la necesidad de camas de hospitalización para pacientes psiquiátricos son las características demográficas de cada región, los niveles de pobreza, tasas de migración (población flotante no cuantificada dentro del censo pero que igual demandará atenciones), así como el presupuesto destinado a la atención de la salud mental. Sin embargo, la cuestión no se limita únicamente al número de camas, sino a la infraestructura donde estarán ubicadas, el recurso humano para la atención de estos pacientes, así como la disponibilidad de medicación y el equipo necesario para su correcto funcionamiento. Si bien se tiene el número óptimo global de camas, aún falta información para el cálculo según poblaciones específicas, como los niños y adolescentes, población geriátrica, población forense y población con problemas con uso de sustancias, que podrían requerir de un manejo más especializado y otros recursos distintos. (Mundt, y otros, 2022)

## 7. Número de psiquiatras

### Recomendaciones Internacionales

Cuando se analiza la situación mundial con respecto al recurso humano en salud mental, de nuevo los números son variables y dependen del nivel de ingresos del país. Considerando este recurso como el más valioso que los sistemas de salud poseen, debería ser protegido. A nivel mundial, se estima existen de 13 trabajadores de la salud mental por cada 100.000 habitantes. Dentro de ese grupo se encuentran los psiquiatras, psicólogos, enfermeros de salud mental, trabajadores sociales y otros especializados en la materia como terapeutas ocupacionales, por ejemplo. En países de altos ingresos económicos, pueden llegar a un total de 62 trabajadores de la salud por cada 100.000 habitantes, mientras que, en países de bajo poder adquisitivo, la proporción puede ser tan pequeña como 1.4 para atender a la misma cantidad de población. La composición de esta fuerza de trabajo tiene una proporción similar a nivel mundial. El mayor grupo está compuesto por las enfermeras llegando en algunas regiones hasta un 44% del total de los trabajadores, siguen los psiquiatras, luego los psicólogos y por último el resto de los antes mencionados. (World Health Organization, 2021)

La cantidad de psiquiatras por cada 100.000 habitantes también depende del nivel de ingresos. Se estima que, en países de ingresos bajos, se tiene 0.1 psiquiatras por cada 100.000 personas, o sea, 1 solo psiquiatra para atender a un millón de personas. En países ricos se llega hasta 8,6 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, o sea que cada uno atiende a poco más de 11.000 personas. Esta desproporción se traduce en desigualdad en cuanto al acceso a la salud mental a nivel mundial. El promedio mundial es de 1.7 por cada 100.000 habitantes, lo que corresponde al 20% del total del personal dedicado a la atención de la salud mental. El fenómeno del desabastecimiento de médicos especialistas, incluidos los de psiquiatría, es mundial. Esta cifra de 1.7 por cada 100.000 representa una disminución significativa con respecto al número del último censo en 2017. (World Health Organization, 2021)

La proporción de psiquiatras que usualmente se recomienda, es uno por cada 10.000 habitantes. Esta cifra provino de un análisis de las necesidades de profesionales en esta rama, que se realizó en Canadá en la década de los sesentas. Esta cifra también fue adoptada por la Asociación Americana de Psiquiatría y es la sugerida a nivel mundial, también respaldada por la OMS. Sin embargo, en los últimos años, estos 2 países mencionados al inicio, han

modificado sus recomendaciones. Ahora Canadá recomienda 1 psiquiatra por cada 6.500 a 8.000 habitantes. Otras Asociaciones Internacionales de Psiquiatras, como el “Royal Australian College of Psychiatrists” y el “New Zealand College of Psychiatrists” recomiendan una proporción de 1 psiquiatra por cada 7.500 a 10.000 habitantes. (Burvill, 1992)

El analizar donde se encuentran laborando esos médicos es un tanto difícil, debido a dificultades en la adquisición de datos por parte de hospitales privados, lo que pudo dar un infrareporte, ya que se estima que el 94% de los psiquiatras a nivel mundial labora para el gobierno en sus distintos centros de salud. Este sesgo, según la OMS puede deberse a que la información es brindada por los ministerios de salud de cada país y no siempre cuantifican a los especialistas que no laboran para el sector público. (World Health Organization, 2021)

La escasez de psiquiatras es un fenómeno mundial, se ha tratado de explicar por alguna razón en específico, pero tal parece ser que su causa es multifactorial. Una de estas ha sido un aumento en la demanda de psiquiatras ante mayor concientización sobre la importancia del tratamiento de las enfermedades mentales. Según datos de la OMS, poco menos de la mitad de las personas con enfermedad mental, nunca llegan a recibir tratamiento o siquiera consultan, debido a múltiples motivos. Sin embargo, con la disminución del estigma asociado a dichas enfermedades y la mayor disponibilidad para consultar, se ha visto una creciente consulta a los servicios de psiquiatría y se espera esta continúe en aumento con el pasar de los años. (Satiani, Niedermier, Satiani, & Svendsen, 2018)

Otra explicación es una disminución en la oferta. Este faltante de médicos psiquiatras puede ser por jubilación, disminución en el número de aspirantes a la especialidad y fuga de estos especialistas a otros sectores de la salud en búsqueda de mejores condiciones. El número estimado de psiquiatras requeridos para atender las necesidades de determinada población no se ha establecido de forma clara. Se maneja un rango entre 15 a 26 psiquiatras por cada 100.000 habitantes para poder dar abasto con las necesidades de atención en salud mental que la población requiere. Para calcular estas proporciones se utilizan las tasas de prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales y el tiempo estimado de atención médica que cada paciente requiere por año. La alternativa más viable a largo plazo parece ser aumentar el número de residentes de psiquiatría para poder suplir las necesidades de

profesionales en los años venideros. Sin embargo, esta medida es a largo plazo, considerando el tiempo de preparación que se requiere, desde que aplican para ingresar a la especialidad y todo el entrenamiento que, en promedio, demora 4 años. (Satiani, Niedermier, Satiani, & Svendsen, 2018)

Un problema significativo que se enfrenta en este campo es el recambio del profesional, la dificultad para que genere arraigo en la zona y la comunidad donde trabaja, lo que termina alterando las atenciones que brinda. Esta rotación de médicos se debe a muchas causas, como plazas temporales por ejemplo las de servicio social. También a cambios de lugar de trabajo en busca de otras oportunidades o que dejen el sistema del todo debido a bajos salarios, pocas oportunidades de crecimiento profesional entre otros motivos. (Hoge & Paris, 2018)

#### 8. Formación del recurso humano en Costa Rica

El número de médicos ha venido en aumento en Costa Rica, sin embargo, aún no se alcanza el promedio de los países de la OCDE. En Costa Rica se cuenta con 2.1 por cada 1000 habitantes, en comparación con los 3.3 médicos en ejercicio por cada 1000 habitantes en promedio, en los países miembros de esa organización. La CCSS es el principal ente empleador, para enero 2022 contaba con 61.662 trabajadores. Aproximadamente un 28% de estos trabajadores labora en Hospitales Nacionales y Especializados y 60% está repartido en el resto de EBAIS, Clínicas y Hospitales Regionales y Periféricos. (Robles & Cortés, 2022)

El recurso humano también es de vital importancia en cuanto a planificación y oferta de servicios y debe estar distribuido equitativamente a lo largo de toda la red de salud para garantizar una adecuada cobertura. Su formación debe ser de principal interés para el Estado. Actualmente, en el caso de los médicos, la formación en el pregrado recae en una universidad pública, la Universidad de Costa Rica y en 9 universidades privadas. De todos estos centros, únicamente la UCR y 6 de los centros privados cuentan con sus carreras debidamente acreditadas ante el SINAES, que es el ente encargado de acreditar la educación superior. Aproximadamente el 70% de los médicos que se forman por año provienen de las universidades privadas. Al año se gradúan en promedio 650 médicos generales en Costa Rica. A nivel de posgrado en especialidades médicas, únicamente la UCR y la Universidad de Ciencias Médicas, con sus respectivos convenios con el CENDEISSS, están autorizados para

la formación de especialistas. Específicamente en psiquiatría, solo la UCR los prepara. Adicionalmente la UCR cuenta con una alianza con el Poder Judicial para formar médicos especialistas en esta rama. (Robles & Cortés, 2022)

Según datos del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, para el período 2015-2016, la CCSS ofreció un total de 248 cupos y 42 no fueron ocupadas. Para el siguiente proceso de selección de los años 2016-2017, el número aumentó a 334, y 63 quedaron vacantes. Para 2017-2018 se habilitaron tan solo 215 plazas para forma especialistas y 11 de ellas no se llenaron. En el período 2018-2019, las plazas volvieron a aumentar hasta llegar a 292, de las cuales 51 quedaron vacantes. En el proceso del 2019-2020, el número fue de 264, y 72 no fueron ocupadas. Finalmente, para 2020-2021, la cantidad de plazas para preparación de especialidades llegó a 267, de los cuales, 35 no se llenaron. Debido a la pandemia por COVID-19, el proceso de selección para el 2021-2022 no se realizó, pero se habilitó un concurso extraordinario. La UCR ofrece en total 57 especialidades médicas, sin embargo, no todas están activas o los procesos de selección son más distanciados. Para el año 2019, la UCIMED se sumó a la formación de especialistas. Para el 2020 la CCSS ofreció 8 plazas, en 2021 ascendió a 10 plazas y de nuevo en 2022 disminuyó a 8 plazas. Según datos de las Universidades, cuentan con la capacidad para aumentar casi al doble la formación de especialistas. Sin embargo, aún queda sin resolver el otro inconveniente, ya que muchas veces, una vez formados, estos dejan el seguro social en busca de mejores oportunidades, ya que existe poca a nula estimulación personal, mal ambiente laboral, sobrecarga del trabajo, salarios poco competitivos, inflexibilidad de horarios y una inexistente política para retener a su personal. (Cordero, 2022)

Con respecto a la formación de psiquiatras, para los procesos de selección mencionados, por ejemplo, el proceso del año 2015-2016, de los 248 cupos habilitados para distintas especialidades, solo 10 fueron para psiquiatría. Para el siguiente proceso de selección el del año 2016-2017, se habilitaron nuevamente 10 cupos, cifra que se repitió para el siguiente año (proceso 2017-2018). En el proceso 2018-2019 aumentó hasta 14 plazas; de las cifras más elevadas que ha llegado a tener el posgrado en psiquiatría. Sin embargo, al siguiente año cayó a solo 7 plazas para el proceso 2019-2020 y ha continuado disminuyendo. Para el siguiente año únicamente hubo 5 plazas en el 2020-2021 y 4 más para el proceso

extraordinario. Para el actual proceso de selección, se espera contar con 9 cupos para residentes de psiquiatría de primer ingreso. (Sanabria, 2022)

La duración del proceso de formación es de 4 años. Posteriores a los cuales el médico realiza un año de servicio social obligatorio para poder incorporarse como especialista ante el Colegio de Médicos. Al término de este, realiza 3 años de retribución para la CCSS, con una penalización económica para el médico que abandone la seguridad social durante estos años. A pesar de esto, el número de médicos recién graduados que deciden dejar la CCSS durante los años de Retribución es cada vez mayor. Según datos del posgrado, por año, hasta 2 especialistas cesan de trabajar en la institución a pesar del porcentaje de dinero que es retenido cada mes durante su formación y que sería devuelto una vez concluyan ese periodo de tiempo. Muchos médicos deciden dejar el seguro social por múltiples causas, sin embargo, la principal sigue siendo la búsqueda de mejores condiciones de trabajo en el ejercicio privado de su profesión. (Sanabria, 2022)

Según datos del CENDEISS, en un estudio que realizó en 2016, sobre proyecciones para el año 2020, se puso en evidencia serios déficits en el número de especialistas que se preparaban por año. Este es el estudio más reciente que ha realizado dicha entidad que se contaba al respecto de la formación de especialistas. Se evidenció que no se está aprovechando la totalidad de la capacidad instalada de la CCSS para formar médicos especialistas, ya que se desaprovechan muchos hospitales regionales y periféricos. Aunque se estima que el monto anual por formación puede ascender hasta los 10 millones de colones, si el médico se retira antes de concluir la retribución, no debe pagar eso, sino que no se devuelve el monto que le fue congelado transitoriamente durante sus años de residencia. Según datos de un estudio realizado por la Defensoría de los habitantes, la CCSS no realiza estudios anuales para determinar las necesidades de especialistas, tanto en número como en su distribución final. Tampoco el CENDEISS ni el Ministerio de Salud, cuentan con políticas o bases de datos comunes para llevar un seguimiento de la formación de los residentes, ni de distribución, ya sea en las plazas de servicio social o retribución. Por tanto, no se suelen tomar decisiones acertadas con la distribución de los pocos especialistas que se egresan cada año. Según el último estudio realizado en 2016, la brecha de especialistas se estimó en poco menos de 700 médicos dentro de toda la red de servicios de salud de la CCSS.

Las tres primeras especialidades con el mayor número faltante de especialistas fueron Anestesiología con 130, Ginecología y Obstetricia con 87 y Psiquiatría con 67 médicos. Solo esas 3 especialidades son las que reclaman casi un 45% del faltan de especialistas a nivel nacional. Si se considera el ritmo de formación, que es un promedio de 8 por año, se requeriría de más 8 años para poder llenar esa brecha. (DF, 2019)

En los últimos años la salida de especialistas de la Seguridad Social se ha acelerado. Las causas son múltiples, pero la más frecuente es la búsqueda de mejores oportunidades laborales. Según datos del Sindicato Nacional de Médicos Especialistas (SINAME), en los últimos 2 años la salida de especialistas ha sido mayor que en años previos. Esta entidad identifica falta de políticas para retener a su recurso humano, pocos incentivos a nivel laboral y profesional para que estos permanezcan trabajando, inflexibilidad de horarios y las nuevas leyes sobre empleo público que han afectado considerablemente el salario de estos médicos, generando sueldos poco competitivos. Este es un problema que ya se ha transformado en crisis, principalmente por la dificultad en la sustitución de este profesional, debido a los años que se requiere para su preparación. Posterior a la implementación de la Ley de Empleo Público y la Ley de Fortalecimiento de las Finanzas Públicas, se ha evidenciado un desincentivo para el trabajador. Aunque parte de las crecientes listas de espera se debe al faltante de recurso humano, también se debe a escasos de equipo y planta física que dificulta el ejercicio de la profesión médica. El problema es que a futuro esto devengará en subcontratación de servicios privados y el inicio de una “privatización” del seguro social. Según datos de este sindicato, en estos 2 años, 208 especialistas han dejado la seguridad social en búsqueda de mejores oportunidades en el ejercicio privado de su profesión. De este número de especialistas, se contabilizan 12 psiquiatras que ya no laboran para la CCSS. (SINAME, 2022)

## 9. Impacto de la enfermedad mental en Costa Rica

La patología mental es muy frecuente a nivel mundial, alcanzando prevalencia de hasta 1 en cada 8 personas. De las principales 20 causas de años vividos con discapacidad a nivel de América, se tiene que 7 son por enfermedades mentales, siendo los trastornos ansiosos y depresivos la tercera y cuarta causa respectivamente. También se encuentran incluidas dentro de esta lista enfermedades tales como trastornos por uso de drogas y alcohol, la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, el Alzheimer y otras demencias. Por lo que

poco menos de la mitad de enfermedades incapacitantes y de pérdida de años de vida, corresponde a enfermedades de índole mental. (PAHO, 2019)

Cuando se analiza la información específicamente para Costa Rica, el trastorno depresivo sube al segundo puesto, por tanto, es un grave problema de salud pública, el cual no se ha estado tratando de la mejor manera. Las consecuencias no son solo a nivel individual, sino a nivel nacional. A nivel del país, Si se toma en cuenta las primeras 20 causas de años vividos con discapacidad, los trastornos depresivos son la segunda causa de discapacidad, generando 626,7 años vividos con este trastorno, generando discapacidad, por cada 100.000 habitantes. La cuarta causa es también un trastorno mental, que serían los trastornos ansiosos. En total, 6 de las 20 causas más frecuentes que generan discapacidad en la población costarricense, son debidas a trastornos mentales y farmacodependencia. Si se valora la población en edad económicamente activa, las primeras causas de discapacidad y años perdidos son los accidentes de tránsito, seguidos por violencia interpersonal y luego autoinflingidas. Estas últimas dos, sobretodo los intentos de suicidio, están directamente relacionados con sintomatología mental. En esta población, en edad productiva, se tiene como cuarta y quinta causa de discapacidad y años perdidos, los trastornos depresivos y ansioso, respectivamente. Por tanto, los temas de salud mental, ya toman mayor relevancia y pasan ya a afectar la salud pública y la calidad de vida en el país. El aumento en su incidencia genera una creciente presión sobre un sistema de salud, que no se encuentra preparado para la correcta atención de las personas con estas patologías. (PAHO, 2019)

Según estadística del INEC, para el año 2020, la tasa de suicidio se encontraba en 8,8 casos por cada cien mil habitantes, siendo mayor que hace 20 años, cuando se encontraba en 6,5. Para el año 2020, se registraron 386 suicidios. El grupo etario con mayor número de suicidios consumados son los que tienen edades comprendidas entre los 15 años 65 años. Este grupo concentra 339 casos. Como se evidencio en el párrafo anterior, es el grupo con mayor cantidad de años de discapacidad también por enfermedades mentales. En adultos mayores se registraron 39 suicidios y en menores de 15 años únicamente 7. Del total de suicidios, la mayoría fueron consumados por hombres, concentrando 302 casos, lo que representa un 78% del total de suicidios, que es cometido por este grupo. Estos datos probablemente hayan aumentado producto de la pandemia y sus consecuencias en la salud

mental, sin embargo, las estadísticas vitales del 2021, estarán disponibles hasta el 30 de noviembre de 2022. En general, las consecuencias económicas de los trastornos mentales son significativas e impactan en gran manera el presupuesto de salud, traduciéndose en gastos de incapacidad por enfermedad y de pensión por invalidez. Como bien se menciona en el informe mundial sobre salud mental de la OMS para el año 2022, “las pérdidas de productividad y otros costos indirectos para la sociedad suelen superar con creces los costos de la atención de salud”. (INEC, 2021)

#### 10. Distribución Actual de Psiquiatras en Costa Rica

A continuación, se realizará una revisión sobre la distribución actual de los médicos especialistas en psiquiatría a nivel nacional. Se revisó el número de especialistas disponibles en cada una de las redes, según el nivel de atención. Como se revisó en párrafos anteriores, estos especialistas únicamente se encuentran, dentro del primer nivel de atención en los llamados CAIS y Áreas de Salud tipo 3. En el segundo nivel si se encuentran tanto en Hospitales Periféricos como Regionales, donde además cuentan con otros servicios de apoyo y con la posibilidad de hospitalizar, aunque la mayoría de estos centros no cuentan con camas para psiquiatría oficializadas dentro de su censo, podrían solicitar camas del servicio de medicina interna. Esto último lleva a un importante subregistro de los ingresos por psiquiatría, ya que quedan censados como cama de medicina interna. En el tercer nivel se los psiquiatras se encuentran distribuidos dentro de los 3 Hospitales Nacionales. En estos realizan labores tanto de consulta externa, como de interconsulta y psiquiatría de Enlace. Por último, también cuentan con plazas de psiquiatras en los 6 hospitales Especializados, aunque no en todos se encuentran presentes. Como se verá más adelante, la mayoría de estos médicos especialistas se concentran dentro de los 2 Hospitales Psiquiátricos que el país posee. (Montealegre, 2022)

En total, para octubre 2022, se contabilizaron 111 psiquiatras que laboraban para la CCSS. Estos están divididos de la siguiente manera: 7 en el primer nivel de atención, repartidos entre las 14 áreas de salud y CAIS. Esto significa que la mitad de estas clínicas no cuenta con un psiquiatra. Luego, en el segundo nivel de atención, laboran 29 médicos psiquiatras. De estos, 11 especialistas laboran en los 12 de los Hospitales Periféricos que la institución posee y los restantes 18 laboran en los 8 Hospitales Regionales de la CCSS. En el tercer nivel, que estaría constituido por los 3 Hospitales Nacionales, prestan sus servicios 22

psiquiatras. Estos se encuentran divididos de la siguiente forma, en el HCG trabajan 10 especialistas, luego en el HSJD laboran 6 médicos y, por último, en el HMX trabajan otros 6 psiquiatras. El cuarto nivel, que corresponde a los centros especializados, concentra la mayor cantidad de psiquiatras, sumando 49 médicos especialistas en la materia. Estos se encuentran divididos entre 5 Hospitales con distintos énfasis, como la Salud de la mujer, la atención especializada de Niños y la atención de Adultos Mayores y los 2 centros especializados en psiquiatría. Únicamente el CENARE, cuyas labores están orientadas hacia la rehabilitación, no cuenta con psiquiatra. Este es un tema del que más adelante se va a desarrollar, ya que la oferta de servicios de este centro se enfoca en la rehabilitación física, no así en la psicosocial, labor que recae sobretodo, en los 2 Hospitales con énfasis en psiquiatría. (Montealegre, 2022)

En el HNN trabajan 8 especialistas en psiquiatría y se enfocan en alteraciones del neurodesarrollo y en una población menor de los 12 años de edad. En el HRBC trabajan 3 médicos psiquiatras exclusivamente en la atención de la población adulta mayor. Luego en el Hospital de la Mujeres, labora únicamente un médico psiquiatra. Estos centros, como se mencionó previamente, no tienen un área de atracción específica y funcionan como hospitales de referencia a nivel nacional para manejo más especializado de casos difíciles o complejos. Si bien no todos estos psiquiatras tienen la subespecialidad para la atención de esas poblaciones en específico, si tienen el énfasis en sus atenciones y se especializan en el manejo de cada caso con apoyo en los distintos servicios que disponen. (Montealegre, 2022)

Como era de esperar la mayoría de los especialistas en la materia, se concentran en los dos Hospitales Psiquiátricos del país, ya que aún no se ha logrado transicionar hacia el modelo completamente comunitario, e integrado. Donde los hospitales generales cuenten con una unidad de psiquiatría. Debido a esto aún se depende en gran medida de los Hospitales especializados para el manejo del paciente psiquiátrico. Estos dos centros son también de referencia a nivel nacional, sin un área de atracción en específico, excepto para el HNP, que, a nivel de su consulta externa, tiene de sobrecargo los pacientes con domicilio en los Distritos de Pavas, Puriscal y Turrubares. Esto sería un caso excepcional, ya que esas zonas, para otras especialidades, cuentan con sus respectivas áreas de atracción y centros médicos de referencia, ya que los Hospitales Nacionales no deberían limitarse su consulta a un área en específico, sino será para manejo de casos excepcionales. En los 2 hospitales psiquiátricos

laboran 37 especialistas. En el Hospital Presbítero Manuel Antonio Chapuí trabajan 28 de estos médicos y los 9 restantes lo hacen en el Hospital Dr. Chacón Paut. Si bien la mayoría de psiquiatras se encuentran concentrados en un cuarto nivel subespecializado, es importante aclarar que no todos los Hospitales del país tiene la posibilidad de ofrecer dicha cantidad de servicios, no cuentan con suficientes camas para el manejo de pacientes hospitalizados. Si lo llegan a hacer, los casos son muy selectos y por inexperiencia del personal de apoyo, o condiciones inadecuadas de infraestructura, en la mayoría de casos, pacientes agitados, agresivos o de riesgo suicida, siguen siendo referido para su manejo en centros especializados. Debido a esto y otros factores que serán analizados más adelante, la atención en psiquiatría continúa siendo centralizada y muchos de los casos, sobretodo las consultas de urgencias y hospitalizaciones, terminan siendo asumidos por estos dos centros. (Montealegre, 2022)

Por último, la CCSS también cuenta con cuatro psiquiatras dedicados exclusivamente a labores administrativas o se desempeñan en comisiones a nivel de las oficinas centrales de la Institución. Dos de estos médicos trabajan en la Gerencia de Pensiones, a nivel de la Dirección de Calificación de la Invalidez, estos tienen contacto directo con pacientes y valoran casos que solicitan pensión por el régimen de IVM. Otros 2 especialistas laboran a nivel administrativo en la Gerencia Médica. (Montealegre, 2022)

Es importante aclarar que varios de estos psiquiatras tienen puestos administrativos por las características de sus funciones. Por lo que el número médicos especialistas en atención directa a pacientes es menor que el total. Dentro de estos puestos se deberían descontar los directores y subdirectores de los centros especializados, así como las distintas jefaturas. Sin embargo, algunos de estos médicos si prestan atención directa a usuarios, aunque dentro de su perfil no está definido como parte de sus funciones. Por lo que si serán contabilizados dentro del total general para realizar estimaciones. Para las siguientes cifras y proporciones se tomarán en cuenta los 107 psiquiatras que la institución posee en sus distintos hospitales y clínicas. A pesar de que la institución cuenta con esa cantidad de médicos especialistas, debido a disminución de jornadas y fraccionamiento del tiempo, únicamente se cuenta con 105 tiempos completos dentro de la institución. (Montealegre, 2022)

Costa Rica cuenta con una población estimada, para diciembre 2021, de 5.163.018 habitantes. Esta cifra fue calculada tomando como base los datos del último censo realizado por el INEC en el año 2010 y ajustado según proyecciones actuariales para 2021. Esto debido a que aún no se cuenta con la información del último censo realizado en este país a mediados de 2022. Según los datos que se mencionaron previamente, la CCSS cuenta con 8.459 médicos en total, esto significa que la institución dispone de seis médicos por cada 10.000 habitantes. De esa cifra, 3.104 son médicos especialistas en atención de pacientes, siendo psiquiatras únicamente 107. Dentro de este número no se toman en cuenta a los médicos residentes en psiquiatría, que para noviembre de 2022 el número era de 40, del total de 846 médicos residentes que se encuentran en distintos años de su especialidad. La proporción actual de psiquiatras es de 1 por cada 48.253 habitantes. Sin embargo, esta relación no es constante a lo largo del territorio nacional, ya que la distribución de estos médicos no es la misma dentro de la red. Esto debido a que la población está fraccionada, según sus lugares de residencia, en alguna de las 7 Redes de Servicios de Salud. (INEC, 2021) y (Montealegre, 2022)

Por lo revisado en párrafos previos, los psiquiatras se encuentran concentrados en un cuarto nivel de atención especializada. Distanto de las recomendaciones de las principales organizaciones internacionales en materia de salud, donde se aboga por un modelo descentralizado. Esta distribución resulta algo desigual y la carga de trabajo se divide de forma inequitativa entre los profesionales. Por ejemplo, en algunos hospitales periféricos, se tienen psiquiatras con una población adscrita de poco más de 30.000 personas, mientras que un solo psiquiatra, en una clínica del Valle Central, trabaja con una población de más de 230.000 personas. Esto repercute en los tiempos de espera, facilidad para acceder a estos servicios, periodicidad de las citas, entre otros. Por lo que se observa una distribución desequilibrada que lleva a desigualdades en el acceso a la salud mental, específicamente a la valoración por un médico especialista en psiquiatría, aumentando tiempos de espera para cita de primera vez en la especialidad, y mayor riesgo de descompensaciones en sus pacientes por un intervalo entre citas superior a los 8 meses. Por ejemplo, en el HCLVV, las citas de primera vez en la especialidad que se asignan a la fecha, son programadas para el año 2024, esto se traduce en mayor consulta a los servicios de urgencias, recargando estas unidades. Las personas que tienen posibilidades, complementan su atención con citas a nivel particular.

Es importante recordar que la población en general, gasta hasta un 22% de su presupuesto en contratar servicios de salud. Lo que dista de las recomendaciones de la OMS, quienes sugieren un gasto inferior al 20%. Por lo que, en la medida en que esta desproporción continúe, las personas cada vez tendrán que recurrir a mayores gastos de su bolsillo para poder acceder a una valoración por especialista. (Montealegre, 2022)

#### Proporción de Psiquiatras según RIPSS

Si bien la división del territorio y el trabajo en redes de servicios, así como su estratificación en niveles, facilita el acceso y baja los costos de los servicios de salud, no siempre se logra una igualdad de acceso en la población. Esta división facilita la prestación de servicios, permite planificar mejor y así poder dotar, de forma proporcionada, de equipos y recurso humano según las necesidades de cada región, aumentando la eficiencia. Pero también salen a relucir inequidades, sobretodo en lo que a salud mental se refiere. Para las zonas rurales las dificultades continúan siendo las mismas y sobretodo son por la distancia a los centros de salud. En las zonas urbanas, las diferencias radican en los tiempos de espera y facilidad de acceso. Al analizar la distribución de psiquiatras, según su ubicación en zonas rurales o urbanas, también salen a resaltar diferencias marcadas. Según la división del país, en las 7 regiones, las de zonas rurales corresponde a la región Huetar Atlántica, Huetar Norte, Pacífico Central, Chorotega y Brunca. Mientras que las regiones Centrales, norte y sur, representan la GAM. En las primeras 5 regiones, que serían consideradas como rurales, residen 1.881.380 personas y en las 2 regiones urbanas, residen 3.281.628. Solo en las regiones centrales se ubican 3 hospitales periféricos y 3 hospitales regionales, así como 11 de las 13 clínicas de nivel 3. Además, en estas zonas se ubican los 3 Hospitales Nacionales Generales y los 6 Hospitales Nacionales Especializados. En las regiones afuera del Valle Central, se localizan una clínica de nivel 3 y dos CAIS, así como 9 hospitales periféricos y 5 regionales. En estas regiones las atenciones recaen más en un segundo nivel, mientras que en las Centrales se depende más del tercer y cuarto nivel. (Murillo, 2021)

Según regiones, La Huetar Atlántica tiene 1 CAIS, 1 Hospital Periférico con un psiquiatra y un Hospital Regional con 2 psiquiatras, para una población de 462.667 personas, esto da una proporción de 1 especialistas por poco más de 150.000 habitantes. La región Central Sur cuenta con 7 Clínicas de nivel 3 así como 2 CAIS. En estos centros de primer nivel trabajan 6 psiquiatras. Además, cuentan con 1 Hospital Periférico en Turrialba con tan

solo 1 psiquiatra y un Hospital Regional con otros 3 especialistas. Esto significa que esta región con casi dos millones de habitantes, cuenta con 10 psiquiatras, lo que da una proporción de 1 médico por cada 200.000 personas. Por las características geográficas de la Región Brunca, que dificultan el acceso a los servicios de Salud, se han establecido 4 Hospitales Periféricos en los principales centros de Población, que serían Ciudad Neilly, San Vito, Golfito y Osa, cada uno de estos centros médicos cuenta con un especialista en psiquiatría. Además, su Hospital Regional en Pérez Zeledón, cuenta con 3 médicos psiquiatras. Si se considera que en esta zona residen 372,321 personas, la relación de habitantes por especialista sería de las mejores del país, con casi un especialista por poco más de 53.000 personas. (Murillo, 2021)

La región Central Norte, que es la segunda región más poblada después de la Central Sur, cuenta con únicamente dos Clínicas de nivel 3, pero solo una de ellas cuenta con psiquiatra. También tiene 2 hospitales Periféricos, pero nuevamente solo 1 de ellos tiene especialista, así como otros 2 Hospital Regionales, uno con 3 y otros con 2 especialistas. La proporción en estas zonas es de un psiquiatra por casi 200.000 habitantes. La región Chorotega cuenta con un CAIS, pero sin psiquiatra, dos Hospitales Periféricos, cada uno con 2 médicos especialistas y un Hospital Regional, en Liberia, con otro especialista más, considerando su población, esta región cuenta con una proporción de 1 médico psiquiatra por cada 155.000 personas. La región Pacífico central cuenta con una Clínica de nivel 3, de nuevo sin especialista, un Hospital Periférico en Quepos, con un psiquiatra y un Hospital Regional en Puntarenas con 2 especialistas en la materia. Esto daría una proporción de 1 psiquiatra por cada 100.000 habitantes. Por último, la región Huetar Norte solo cuenta con un psiquiatra en su único Hospital Periférico ubicado en los Chiles y otros 2 especialistas en el Hospital de San Carlos, que es de tipo Regional. Esto da una proporción de 1 psiquiatra por cada 93.000 personas. Esta zona tiene una particularidad y es su población “flotante” o inmigrante, no contabilizada en censos pero que igual requiere de atención. (Murillo, 2021)

Sin embargo, a las proporciones antes mencionadas, se deben de sumar los 22 psiquiatras ubicados en el tercer nivel. Ya que, en un mismo Hospital Nacional, recurren varias regiones se hace difícil la división del recurso humano, pero estos especialistas son de apoyo para el manejo de casos de sus respectivas áreas de atracción, además de que cuentan

con servicios adicionales, como subespecialidades, procedimientos y mayor disponibilidad de hospitalización. Particularmente, la región Central Sur, por ser la más extensa de todas, se encuentra dividida entre los Hospitales Calderón Guardia y San Juan de Dios. El Hospital México es el que cuenta con mayor población adscrita, ya que se constituye como centro nacional de referencia para casos de las Regiones Central Norte, Chorotega, Pacífico Central y Huetar Norte. El HCG es centro de referencia para la región Huetar Atlántica y como se mencionó al principio, de parte de la región Huetar Sur, recayendo la otra parte además como la región Brunca, en el HSJD. (Murillo, 2021)

#### Psiquiatras del cuarto nivel de atención (Hospitales Especializados)

La división del recurso humano del cuarto nivel es un tanto más complejo, ya que, al ser especializada, atiende distintas poblaciones, por ejemplo, el Hospital Dr. Carit para las mujeres, el Hospital Dr. Blanco Cervantes para la población geriátrica, el Hospital Dr. Sáenz Herrera para una sección específica de la población menor de edad, ya que sus esfuerzos se enfocan hacia la niñez. Esto nuevamente pone en evidencia la dificultad para el acceso a la psiquiatría de la población adolescente, ya que, por un lado, no son del todo niños, pero tampoco adultos. A pesar del Código de la Niñez y Adolescencia que ordena su atención en un servicio diferenciado para ellos, muchas veces terminan siendo valorados en servicios para la población adulta. Los otros dos hospitales especializados en psiquiatría, al ser nacionales, no cuentan con un área de atracción en específico, a excepción de lo que sucede en la consulta externa del HNP como se mencionó previamente. En las Tablas 1 y 2 se desglosa la información antes mencionada de manera numérica. En total, como se mencionó previamente, se dispone dentro de la CCSS de 108 psiquiatras, repartidos en los 4 niveles de atención. Esto para atender a una población que ha ido en aumento y además sufre las secuelas de una pandemia y del confinamiento. (Murillo, 2021)

La sectorización del país, como se ha mencionado previamente, facilita la distribución del recurso, así como el acceso al sistema de salud, comenzando desde el primer nivel. Otra ventaja de trabajar en sectores y por niveles, es que las características demográficas varían entre cada una de las zonas, lo que hace que dirigir esfuerzos hacia ciertas patologías específicas dependiendo de cada lugar. Analizando en cuales zonas existe una mayor prevalencia de cierta enfermedad en específico, permite planificar mejor los recursos, las necesidades y realizar campañas de prevención más dirigidas. (Murillo, 2021)

## 11. Distribución de las camas de Psiquiatría en Costa Rica

Al analizarse la distribución de camas en general, se debe hacer una importante acotación y fue el impacto que la pandemia por SARS-COV-2 tuvo en el sistema de salud. La mayoría de los centros hospitalarios elevaron su capacidad instalada únicamente para el abordaje de la pandemia. Se sabe que una administración adecuada busca un porcentaje de ocupación mayor al 85% pero no más del 90-95%, esto en caso de que se requiera hospitalizar un gran número de pacientes en un corto periodo de tiempo, tal es el caso de los brotes de enfermedades infecciosas. Tampoco se busca trabajar a menos de un 75% de la capacidad, debido a que se considera el recurso no se está aprovechando y más bien su manejo es ineficiente. Por tanto, no se revisarán los números de cama durante los años de la pandemia, ya que estos no muestran la cantidad usual con la que los hospitales cuentan, sino que se valorarán los números de camas disponibles previo a esta. (Morera, 2013)

La eficacia de los hospitales se mide considerando 4 variables a saber. La primera es el tiempo de estancia medida en días. Luego el intervalo de sustitución que consiste en el promedio de tiempo que las camas permanecen desocupadas entre un paciente que egresa y el siguiente, se considera un intervalo dentro del rango de eficiencia, el que no supere el día y medio desocupada esa misma cama. También se mide el índice de rotación, que sería la cantidad de ingresos de pacientes distintos en una misma cama en cierto intervalo de tiempo, usualmente durante 1 año. Por último, se toma en consideración el porcentaje de ocupación, que consiste en la proporción promedio de tiempo que una cama se encuentra ocupada respecto a la capacidad máxima de ese centro. Este es el parámetro que se mencionó al inicio y que se consideraba que estaba dentro del rango de eficiencia cuando no era menor al 85%. (Morera, 2013)

### Camas en Hospitales Psiquiátricos

A nivel del país, se dispone, dentro de la Seguridad Social, de un total de 5276 camas, lo que significa que se tiene una cama por cada 978 habitantes, ligeramente por encima de los estándares internacionales, que recomiendan 1 cama por cada 1000 habitantes. Estas se encuentran divididas, según se puede apreciar en la Tabla 4, en 1,217 camas en centros especializados y 1492 en los hospitales nacionales, lo que significa que la mitad de este recurso, que es de los más valiosos a nivel mundial, se encuentra concentrado en casi un 50% en el tercer y cuarto nivel. El HRChP contaba con 174 camas, sin embargo, al lograr reubicar

a los pacientes de las camas de larga estancia en residencias, logró disminuir su censo a 40 camas dedicadas a la atención de casos con descompensaciones agudas. El número de camas dentro del HNP también sufrió un cambio considerable, esto obedece a la reconversión parcial que sufrió, para poder atender a pacientes con COVID-19 con niveles de complejidad de leves a moderados. Para esto se utilizaron los pabellones de Psicogeriatría, La Unidad Médica, La Unidad de Neuropsiquiatría, la UIC y Pabellones 1 y 2 de mujeres, además un Pabellón en desuso luego del cierre de la parte Asilar. De las 555 camas que se reportaban previo a la pandemia, actualmente posee solo 394 camas (ver tablas 4 y 6). A pesar de la disminución de los casos de COVID-19, no se han podido reabrir los servicios antes mencionados, a excepción de Psicogeriatría y el Pabellón 1 de mujeres, debido a la falta de personal, específicamente psiquiatras. Es importante recalcar qué de esas 394 camas que actualmente maneja el HNP, 113 corresponden a CAPEMCO y por tanto no deberían ser contabilizadas dentro de las camas regulares, puesto que a estas se ingresa por la vía judicial. Por tanto, el número real de camas para atención de pacientes agudos sería de tan solo 281 camas, según la última revisión en octubre de 2022. (Murillo, 2021)

La hospitalización de pacientes agitados o agudamente descompensados, con potencial de agresividad hacia ellos mismos o hacia terceros, se realiza en las Unidades de Cuidados Intensivos psiquiátricos. El país cuenta únicamente con 2 de estas unidades, una para ingreso de usuarios masculinos y otra para usuarias femeninas. Cada una cuenta con 15 camas. Estas unidades se encuentran en el HNP y no se cuenta con este servicio y clase de manejo en ningún otro centro del país. Estas unidades resultan sumamente caras, debido a que la proporción paciente a personal, no supera el 2:1 y muchas veces se cuenta con vigilancia 1:1 para estos usuarios. Estos servicios cuentan también con cuartos individuales para la contención ambiental del paciente agitado. (Murillo, 2021)

### Camas en Hospitales Generales

En cuanto a la situación de la hospitalización en psiquiatría en nuestro país, primero se debe mencionar que existe un importante infrareporte. Es usual que en hospitales fuera de los especializados, no se cuente formalmente con un perfil de hospitalización de psiquiatría y estos ingresos se realicen bajo medicina interna y en camas de este servicio. Como es evidente, al presente día, aunque se han aplicado reformas y se ha tratado de impulsar descentralización de la atención, aun esto no ha sido posible. Los hospitales psiquiátricos en

este país continúan, concentrando la mayor cantidad de camas para el manejo del paciente con enfermedad mental descompensada. En este momento, únicamente la región Huetar Atlántica posee un adecuado porcentaje de camas dedicadas a psiquiatría. Este centro médico cuenta con una Unidad de Psiquiatría, diferenciada del resto del hospital y que es atendida por personal especializado. Esto se refleja en el número tan bajo de pacientes que es referido de esa región para ser ingresado al HNP. Las otras 6 regiones tienen una cifra deficiente de camas de psiquiatría. Aunque cada una de esas redes cuenta con un número suficiente de camas en sus hospitales para poder atender las necesidades de su población, la cifra es más que deficiente cuando se trata de camas para la atención de los pacientes psiquiátricos. (Murillo, 2021)

Durante el análisis de la capacidad instalada de la Red Hospitalaria de la CCSS se decidió revisar la capacidad según región. La región Chorotega cuenta con 4 camas de psiquiatría, pudiendo llegar a 7 camas en el Hospital Enrique Baltodano. A esto se suman 30 días de disponibilidad en ese mismo Hospital para la atención durante turnos extraordinarios. En la región Huetar Atlántica se cuenta con 12 camas en el Hospital Tony Facio Castro (HTFC). Esta red puede ampliarse hasta un máximo de 32 camas en total, divididas en 10 en el CAIS de Siquirres, 6 camas en el Hospital de Guápiles y de las 12 camas del HTFC, se puede llegar a un tope de hasta 14 camas de ser necesario. Además, esta región cuenta con 30 días de disponibilidad de un psiquiatra en turno extraordinario en el HTFC. La región Huetar Norte no cuenta con camas designadas propiamente para esta especialidad, los internamientos se realizan en camas de medicina interna en el Hospital San Carlos, así como en el Hospital Los Chiles. En cuanto a horas extra para la atención de emergencias fuera del turno ordinario, se cuenta con 20 días de disponibilidad en el HSC. Para la región Pacífico Central, el panorama es un poco más alentador, en sus centros se cuentan con 10 camas oficiales para el manejo de pacientes psiquiátricos. Se encuentran distribuidas en sus dos hospitales, el primero sería el de Quepos con 4 camas y el segundo sería el de Puntarenas con 6 camas. En cuanto a los tiempos extraordinarios, se tienen 8 días de disponibilidad en el hospital de Puntarenas. Además, en el de Quepos se dispone de 15 días de tiempo extraordinario divididas equitativamente entre días de lunes a viernes desde las 19 hasta las 22 horas y fines de semana y feriados desde las 9 hasta las 21 horas. (Murillo, 2021)

En la región Brunca existen 4 camas en el Hospital Escalante Pradilla de Pérez Zeledón, otras tantas en el de Ciudad Neily y 2 camas en el Hospital de Osa. Para la valoración de pacientes de emergencias en tiempo extraordinario, se cuenta con 30 días de disponibilidad en el Hospital Regional (Pérez Zeledón) y 40 días repartidos entre los Hospitales Periféricos que quedarían distribuidos en 10 en cada uno en los Nosocomios de Golfito, Osa, San Vito y Ciudad Neily. En la región Central Sur se cuenta con 2 camas el Hospital de Turrialba únicamente. Para atender casos fuera del horario ordinario, se dispone de 4 días de guardia por mes. Adicionalmente en el Hospital de Cartago, se cuenta con guardias de psiquiatría X días al mes. Por último, en la región Central Norte se cuenta con 02 camas en el Hospital Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón y los demás Hospitales de esta red no poseen camas asignadas a esta especialidad. No se cuenta con disponibilidad en esta región y únicamente en el Hospital San Vicente de Paul de Heredia se cuenta con 1 psiquiatra de guardia desde las 9 hasta las 21 horas y solo durante los sábados, domingos y feriados. Sin embargo, la realidad de la utilización y aprovechamiento de este recurso es otra. Como se puede apreciar en la Tabla 5, los porcentajes de utilización de estos tiempos extraordinarios es sumamente bajo, en la mayoría de los casos se desperdician hasta más del 50% de las horas que se ofrecen. El aprovechamiento que se traduciría en facilidad de acceso a consultas o atención a urgencias psiquiátricas y demás valoraciones en los distintos centros. Si se aprovecharan a un 100% podría brindarse suficiente contención a la población y la oportunidad de ser atendidos en el centro médico o de referencia de su región. Sin embargo, el uso de esos tiempos disponibles no es obligatorio y muchas veces no se cuenta con el personal suficiente para cubrirlos. Esto significa que en la mayoría de casos, fuera del turno ordinario, un paciente podría encontrar atención en el HNP o en el HCG, únicos centros con psiquiatra disponibles las 24 horas del día, para el primer centro y hasta las 22 horas en el segundo caso. (Murillo, 2021)

La oferta servicios especializados que se brindan fuera de los 2 Hospitales psiquiátricos es algo limitada. Por ejemplo, sólo en el HNP, HCG y HSC existe la posibilidad de aplicar Terapia Electroconvulsiva, esto debido a que se requiere del equipo además de una sala acondicionada y de un anesthesiólogo. En el HMX se cuenta con Terapia con TMS, por sus siglas en inglés, o Estimulación Electromagnética Transcranéana, así como en el HNP. También dentro de las facilidades que brinda el HNP se encuentra una sección diferenciada

del hospital para el internamiento de pacientes con enfermedad mental y conflicto con la ley y cuenta con 113 para el manejo de estos casos judicializados. Además este centro continúa brindando hospitalización para casos agudos tanto de hombres como de mujeres. Cuenta además con servicios para atención de niños y adolescentes en tres modalidades, desde abordajes de crisis en una unidad para estancias inferiores a los 10 días, un pabellón para estancias cortas de menos de 30 días y una unidad para el manejo de pacientes con patología dual. En este último pabellón, llamado Nuevos Horizontes, se atienden casos de menores de edad que, secundario a una patología por consumo, han desarrollado sintomatología psiquiátrica mayor. Sin embargo, en los últimos años se ha desvirtuado su funcionamiento y se ha prestado para el ingreso de pacientes con problemas judiciales. Ya se realizó reapertura del pabellón de psicogeriatría para la atención de adultos mayores. A la fecha, aún queda pendientes que sean reabiertos los servicios de Neuropsiquiatría, Unidad Médica y Unidad de Intervención en Crisis para adultos. Dichos servicios fueron cerrados durante la reconversión del HNP para atender casos de la pandemia, sin embargo, no se han logrado reabrir. (Murillo, 2021)

## 12. Escenario ideal de la psiquiatría en la CCSS

Recomendaciones sobre número de camas y cantidad de especialistas requeridos

Considerando las recomendaciones internacionales, la elevada prevalencia e incidencia de la patología mental en Costa Rica, así como otros problemas, tales como elevadas listas de espera, es evidente que se requiere de mayor personal. Existen varios parámetros que podrían considerarse para realizar un cálculo sobre el número ideal de psiquiatras en el país. Tal parecer ser que el número suficiente de estos profesionales, para poder dar abasto ante la creciente demanda de servicios en salud mental, no debe ser menor a los 516 psiquiatras para el país. Sin embargo, este número de especialistas toma en consideración tanto los que se encuentran trabajando para el Seguro Social como a nivel privado. Según recomendaciones de la OMS, como se expuso al inicio del trabajo, no menos del 90% de este recurso debe estar dentro de la seguridad social, esto para evitar que los hogares incurran en mayores gastos desde su bolsillo, fenómeno que se ha evidenciado en los últimos años. Por lo que se estima al menos 464 psiquiatras que deberían estar laborando dentro de la CCSS. Al comparar con los 107 con los que actualmente cuenta la institución, la brecha se calcula en 357 psiquiatras que faltan. Como se puede apreciar en la tabla 3, la

Seguridad Social cuenta con 155 plazas de médicos especialistas en psiquiatría, sin contar aquellas plazas que se destinan a psiquiatras, pero en servicio social o retribución, las cuales no se consignan en dichos números, pero que si se consideran dentro de los 107 psiquiatras que laboran para la CCSS en atención directa a pacientes. (Blandón & Quesada, 2022), (Presidencia de la República, 1990), (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012) y (Gerencia Médica, 2021)

Según la política Nacional y el decreto N° 20665-S de la Presidencia de la República, publicado en La Gaceta el 29-10-1991, se señala la necesidad de habilitar el 5% de las camas hospitalarias para la atención de pacientes con enfermedad mental. Sin embargo, a la fecha, como se evidencia en la Tabla 4, únicamente 75 camas se encuentran disponibles en los hospitales generales para la atención de dichos pacientes. La gran mayoría, a pesar de los convenios internacionales, las leyes decretadas y demás indicaciones del Ministerio de Salud se ubican en los Hospitales Psiquiátricos. Posterior a la pandemia y la reconversión en este momento, el HNP cuenta con 394 camas y el HRChP cuenta con 40 camas para hospitalización de agudos, sumando en total 434 camas entre ambos centros médicos. El país si cumple con el número total de camas esperables para la población. Ya que adicional a las que concentran los Hospitales Psiquiátricos, se suman las 75 camas repartidas a lo largo de la red hospitalaria nacional. Por lo que se dispone de 509 camas en total para pacientes psiquiátricos. Esto equivale a una cama de psiquiatría por cada 10.000 personas. Sin embargo, este número cae muy por debajo de las recomendaciones internacionales de al menos 30 camas por cada 100.000 personas. Por eso se considera que el país está en un faltan severo de camas para atender casos de salud mental. Este déficit podría explicar el colapso de los servicios de urgencias psiquiátricas y es un reflejo de la poca capacidad contensiva de la red para el manejo de estos pacientes. Esto se traduce en aumento de la tasa de callejización y vagabundeo de estos pacientes y el aumento en la incidencia de problemas legales, lo que se vuelve en un carrusel, ya que estos pacientes terminan siendo internados, pero por medidas judiciales. Como se expuso al inicio del trabajo, un número suficiente de camas para la atención de estos pacientes y por supuesto un número suficiente de profesionales en salud mental, se traduce en disminución de esos últimos factores y aumento en la calidad de vida de los pacientes con trastorno mental. Incluso la cifra de 5% de camas que se deberían destinar para los pacientes psiquiátricos se considera insuficiente para la atención del

volumen creciente de estos usuarios. (Blandón & Quesada, 2022), (Presidencia de la República, 1990), (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2012), (Gerencia Médica, 2021).

## Conclusiones:

El número actual de especialistas en psiquiatría en el país no es suficiente para cubrir las necesidades de atención en salud mental de la población. Además, el número de camas para hospitalización de pacientes con enfermedad mental descompensada son escasas. A pesar de las leyes y los intentos por implementar el modelo de psiquiatría comunitario, la atención continúa estando centralizada en los hospitales psiquiátricos. Estos se caracterizan por elevados costos de operación y aumentan la estigmatización y alineación del paciente con enfermedad mental, el cual continúa siendo separado de su comunidad cada vez que requiera un internamiento. El proceso de desinstitucionalización en Costa Rica fue exitoso y actualmente el país no cuenta con personas albergadas en centros de larga estancia. El país tampoco cuenta con servicios alternativos para evitar descompensaciones o lograr manejos ambulatorios. Los escasos servicios existentes, sobretodo en modalidad de Hospital Diurno y Talleres Protegidos, continúan siendo centrados en los Hospitales psiquiátricos, lo que disminuye su accesibilidad para personas que viven fuera del área metropolitana. En este momento se cuenta con suficiente capacidad instalada para aumentar la formación de especialistas en psiquiatría y poder disminuir la brecha de médicos faltantes, sin embargo, este proceso requerirá de varios años debido a los tiempos de preparación que se requiere. Esto debería estar siendo analizado por las autoridades correspondientes e incluidas en un proyecto a mediano plazo. De momento el número de psiquiatras que se gradúa con año continua en disminución.

Para poder descentralizar las atenciones en el hospital psiquiátrico, se debe comenzar a fortalecer los niveles inferiores de atención. Se debe implementar un modelo de asistencia ya sea virtual o presencial, para los médicos de atención primaria por parte de especialistas en psiquiatría, esto para el seguimiento de pacientes crónicos estables o casos de baja complejidad. La hospitalización debería estar concentrada en los hospitales de segundo nivel, en concordancia con los tratados internacionales y derechos del paciente de ser atendido en su comunidad, esto contribuirá a disminuir el estigma y la alienación que estas personas sufren. Todos los hospitales generales deben contar con camas para hospitalizar pacientes de psiquiatría, ya sea en unidades diferenciadas o camas oficializadas que no dependan de la demanda de otras especialidades, ya que se ha observado en momentos que se eleva la demanda de ingreso en pacientes quirúrgicos o médicos, se dejan de asignar para pacientes

psiquiátricos. La hospitalización en psiquiatría continúa realizándose, principalmente, en los hospitales psiquiátricos. Se debería reservar el tercer nivel para el manejo de casos complejos o que requieran de abordaje interdisciplinario. Considerando el elevado costo de mantener servicios tales como la unidad de tratamiento intensivo en psiquiatría o las unidades para el manejo de casos judicializados, este tipo de servicios podrían continuar brindándose en este cuarto nivel especializado. La red debería estar correctamente articulada para permitir desescalar a los pacientes desde el cuarto nivel y que estos continúen su internamiento en niveles inferiores, al irse estabilizando de su crisis.

Hasta que no se logren implementar servicios alternativos a la atención hospitalaria y que sirvan para el manejo ambulatorio del paciente psiquiátrico descompensado, se continuará dependiendo del internamiento, sobretodo en los hospitales psiquiátricos. Las necesidades en cuanto a camas y especialistas deben ser específicos para cada región. El diseño de los dispositivos comunitarios responde a las necesidades específicas de cada comunidad, y aunque la CCSS es una única institución, se debe trabajar mejor en su regionalización para poder planificar mejor el recurso y la inversión en salud, atendiendo a las necesidades específicas de cada comunidad y región. Al no existir una suficiente oferta de servicios en el primer y segundo nivel de atención, a pesar de estar el país sectorizado, termina confluyendo el mayor peso de la hospitalización y la atención en urgencias psiquiátricas en los centros especializados, lo que contribuye a la centralización y dificulta la transición al nuevo modelo de enfoque comunitario. El nivel de inversión sería mayor para poder lograr la implementación de la psiquiatría comunitaria, pero el beneficio a largo plazo, superaría con creces continuar con el modelo centrado en el hospital psiquiátrico.

Las entidades encargadas del proceso de formación de especialistas, en concreto el SEP de la UCR y el CENDEISS, deberían tomar en consideración, no solo las necesidades de las CCSS, sino del requerimiento de psiquiatras en otras instituciones públicas como el Poder Judicial, INS, IAFA y PANI así como las necesidades de estos médicos a nivel privado. Estas proyecciones en cuanto a requerimientos a futuro, deberían ser a nivel del país, no centradas en una institución, ya que esto promueve la fuga de especialistas desde la CCSS hacia esas otras entidades, al no estar contempladas sus necesidades dentro de la formación

de psiquiatras. Todos estos son factores que contribuyen al estancamiento del modelo hospitalario centrado en el hospital psiquiátrico que aún persiste en Costa Rica.

## Anexos:

Tabla 1 Número de centros médicos de la CCSS por RIPSS según nivel de atención.

Región	Población	Centros Médicos				
		1er Nivel	2do Nivel		3er Nivel	4to Nivel
		Áreas de Salud *	Hospitales Periféricos	Hospitales Regionales	Hospitales Nacionales	Hospitales Especializados
<b>Huetar Atlántica</b>	462.667	8 (1)	1	1	1	6
<b>Central Sur</b>	1.918.476	31 (8)	1	1	1	
<b>Brunca</b>	372.321	6 (0)	4	1	1	
<b>Central Norte</b>	1.363.163	26 (2)	2	2	1	
<b>Chorotega</b>	466.928	14 (1)	2	1	1	
<b>Pacífico Central</b>	300.478	12 (0)	1	1	1	
<b>Huetar Norte</b>	278.985	8 (0)	1	1	1	
<b>Total</b>	5.163.018	105 (12)	12	8	3	

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria Institucional 2020 y de la publicación de Organización y Establecimientos de la CCSS elaborado por el Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud.

\* Áreas de Salud Totales, entre paréntesis las de Tipo 3 y CAIS

Tabla 2 Número de psiquiatras de la CCSS por RIPSS y según nivel de atención

Región	Población	1er Nivel	Psiquiatras			
			2do Nivel		3er Nivel	4to Nivel
			H Perif.	H. Regional		
<b>Huetar Atlántica</b>	462.667	0	1	2	10	49
<b>Central Sur</b>	1,918,476	6	1	3		
<b>Brunca</b>	372.321	0	4	3	6	
<b>Central Norte</b>	1.363.163	1	1	5	6	
<b>Chorotega</b>	466.928	0	2	1		
<b>Pacífico Central</b>	300.478	0	1	2		
<b>Huetar Norte</b>	278.985	0	1	2		
<b>Total</b>	5.163.018	7	11	18	22	

Fuente: Elaboración propia con datos aportados por la jefatura del servicio de psiquiatría del HSJD para octubre 2022.

Tabla 3 Distribución de plazas de psiquiatras y tiempos contratados según centro médico

<b>Hospitales Especializados</b>	P	O	L	Tiempo
Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas	1	0	1	0
Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva	1	1	0	1
Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut +	¿8?*	9	0	9
Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes	4	3	1	2.5
Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	10	8	2	8
Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres	54**	28	26	27.5
<b>Hospitales Nacionales</b>				
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	17 (.)	10	7	9,5 ***
Hospital México +	¿4? (.)	6	0	6
Hospital San Juan de Dios	7 (.)	6	1	5.5
<b>Región Brunca</b>				
Hospital de Ciudad Neily (H.P)	1	1	0	1
Hospital de San Vito (H.P) +	¿0?	1	0	1
Hospital de Osa Dr. Tomás Casas Casajús (H.P)	1	1	0	1
Hospital de Golfito Dr. Manuel Mora Valverde (H.P) +	¿0?	1	0	1
Hospital de Pérez Zeledón Dr. Fernando Escalante Pradilla (H.R)	3	3	0	3
<b>Región Central Norte</b>				
Clínica Clorito Picado Twight (A.S tipo 3)	3	1	2	1
Clínica Marcial Rodríguez Conejo (A.S tipo 3)	1	0	1	0
Hospital de San Ramón Dr. Carlos Luis Valverde Vega (H.P)	3	1	2	1
Hospital de Grecia San Francisco de Asís (H.P)	1	0	1	0
Hospital San Rafael de Alajuela (H.R)	3	2	1	1.5
Hospital de Heredia San Vicente de Paúl (H.R)	4	3	1	3
<b>Región Central Sur</b>				
Clínica Dr. Carlos Durán Cartín (A.S tipo 3)	1	1	0	1
Clínica Central (A.S tipo 3)	1	1	0	1
Clínica Dr. Ricardo Jiménez Núñez (A.S tipo 3)	2	1	1	1
Clínica de Coronado (A.S tipo 3) +	¿0?	1	0	1
CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz (A.S tipo 3)	2	1	1	1.5 ***
Clínica de Aserrí (AS tipo 2) ++	1	0	1	0
CAIS Puriscal-Turubares (A.S tipo 2)	0	0	0	0
Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas (AS tipo 3)	2	0	2	0

Clínica Dr. Solón Núñez Frutos (AS tipo 3)	2	1	1	1
Hospital de Turrialba Dr. William Allen Taylor (H.P)	1	1	0	1
Hospital de Cartago Dr. Maximiliano Peralta Jiménez (H.R)	4	3	1	3
<b>Región Chorotega</b>				
CAIS de Cañas (A.S tipo 2)	0	0	0	0
Hospital Upala (H.P) +	¿0?	1	0	1
Hospital de La Anexión (Nicoya) (H.P)	1	1	0	1
Hospital de Liberia Dr. Enrique Baltodano Briceño (H.R)	3	1	2	1
<b>Región Huetar Atlántica</b>				
CAIS de Siquirres (A.S tipo 2)	0	0	0	
Hospital de Guápiles (H.P)	1	1	0	1
Hospital de Limón Dr. Tony Facio Castro (H.R) +	¿1?	2	0	2
<b>Región Huetar Norte</b>				
Hospital Los Chiles (H.P) +	¿0?	1	0	1
Hospital de San Carlos (H.R)	4	2	2	2
<b>Región Pacífico Central</b>				
Hospital de Quepos Dr. Maximiliano Terán Valls (H.P)	1	1	0	1
Hospital de Puntarenas Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez (H.R)	2	2	0	2
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>155</b>	<b>107</b>		<b>105</b>

Fuente: Elaboración propia con información y datos del departamento estadístico de la CCSS, del departamento de RRHH sobre disponibilidad de plazas de psiquiatras dentro de la CCSS, de la Memoria Institucional de la CCSS del año 2019 y del Proyecto de Reconversión del HNP para atención de la pandemia.

P: Total de plazas de psiquiatras, O: número de plazas ocupadas, L: plazas libres. Tiempos considera las jornadas completas que se tiene contratada por unidad de trabajo.

- (\*): 7 plazas de médicos asistentes y 1 plaza de médico director (Tipo 3), 8 en total.
- (\*\*): 42 plazas médicos asistentes, 1 plaza director (Tipo 3), 1 plaza director (Tipo 1) y 10 plazas médicos jefes (tipos 2, 3 y 4); para un total de 54 plazas de médicos psiquiatras.
- (\*\*\*) : un médico tiene medio tiempo dividido entre el HCG y la CMF, dicho médico se cuantifica dentro del HCG para efectos prácticos.
- (.) : incluye una plaza médico jefe de sección junto con las de médicos asistentes especialistas.
- (+) : Inconsistencia de las plazas reportadas según Oficina Local de RRHH con respecto a los psiquiatras que se encuentran en ellas. Mayoría de estas ocupadas por especialistas en plazas de retribución o servicio social (Los Chiles, Upala, Coronado, México, Chacón Paut)
- (++) : Única área de Salud tipo 2 que se encontró con una plaza de psiquiatra, la misma está vacante. Resto de plazas de psiquiatras en Áreas de Salud se encuentran distribuidas entre las tipo 3 y CAIS.

- NOTA: Todos los centros anteriores reportan el 100% de estas plazas ocupadas, aunque la realidad sea otra, podría deberse a otros médicos ubicados transitoriamente en dichas plazas a la espera de un especialista.

Tabla 4 Número de camas de dotación normal y de psiquiatría dentro de la CCSS, con porcentaje de ocupación

<b>Hospitales Especializados</b>	Total de camas	Ocupación (%)	Camas Psiquiátricas	Camas 5%
Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas	88	72,3	0	4
Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva	108	78,4	0	5
Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut *	174* (40)	53,6*	40*	
Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes	141	84,5	4	7
Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	285	70,7	0	14
Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres	555+	72,6	555+	
<b>TOTAL</b>	<b>1056</b>		<b>599</b>	<b>30</b>
<b>Hospitales Nacionales</b>				
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia **	424	101,8	25	21
Hospital México **	443	81,2	0	22
Hospital San Juan de Dios	625	79,0	0	31
<b>TOTAL</b>	<b>1492</b>		<b>25</b>	<b>74</b>
<b>Región Brunca</b>				
Hospital de Ciudad Neily (H.P)	77	68,0	4	4
Hospital de San Vito (H.P)	33	92,3	0	2
Hospital de Osa Dr. Tomás Casas Casajús (H.P)	50	68,5	2	3
Hospital de Golfito Dr. Manuel Mora Valverde (H.P)	56	67,5	0	3
Hospital de Pérez Zeledón Dr. Fernando Escalante Pradilla (H.R)	210	96,8	4	10
<b>TOTAL</b>	<b>426</b>		<b>10</b>	<b>22</b>
<b>Región Central Norte</b>				
Hospital de San Ramón Dr. Carlos Luis Valverde Vega (H.P)	100	75,9	2	5
Hospital de Grecia San Francisco de Asís (H.P)	86	83,1	0	4
Hospital San Rafael de Alajuela (H.R)	280	100,5	0	14
Hospital de Heredia San Vicente de Paúl (H.R)	277	89,3	0	14
<b>TOTAL</b>	<b>743</b>		<b>2</b>	<b>37</b>
<b>Región Central Sur</b>				
CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz (A.S tipo 3)	26	44,4	0	1

Hospital de Turrialba Dr. William Allen Taylor (H.P)	95	81,1	2	5
Hospital de Cartago Dr. Maximiliano Peralta Jiménez (H.R)	274	84,6	0	14
TOTAL	395		2	20
<b>Región Chorotega</b>				
Hospital Upala (H.P)	27	65,7	0	1
Hospital de La Anexión (Nicoya) (H.P)	132	97,1	0	7
Hospital de Liberia Dr. Enrique Baltodano Briceño (H.R)	168	99,7	4	8
TOTAL	327		4	16
<b>Región Huetar Atlántica</b>				
Hospital de Guápiles (H.P)	129	77,5	6	6
Hospital de Limón Dr. Tony Facio Castro (H.R)	197	91,3	12	10
TOTAL	326		18	16
<b>Región Huetar Norte</b>				
Hospital Los Chiles (H.P)	31	65,1	0	2
Hospital de San Carlos (H.R)	214	75,3	0	11
TOTAL	245		0	13
<b>Región Pacífico Central</b>				
Hospital de Quepos Dr. Maximiliano Terán Valls (H.P)	53	67,7	4	3
Hospital de Puntarenas Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez (H.R)	213	100,5	6	11
TOTAL	266		10	14
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>5276</b>	<b>83,9</b>	<b>75***</b>	<b>242</b>

Fuente: Elaboración propia con información y datos del departamento estadístico de la CCSS, de la Memoria Institucional de la CCSS del año 2019 y del Proyecto de Reconversión del HNP para atención de la pandemia.

- (\*): Número total de camas, que ha ido en disminución al irse reubicando usuarios que residían en este centro, Originalmente contaba con 174 camas, contabilizando las de larga estancia, actualmente cuentan con 40 camas para atención de agudos y ya no cuentan con pacientes de larga estancia, lo que explica su bajo porcentaje de ocupación.
- (\*\*): Centros médicos que han inaugurado infraestructura durante la pandemia y aumentado su capacidad instalada, sin embargo, aún se encuentran dedicadas a la hospitalización de pacientes COVID-19
- (\*\*\*) : Se excluyen las camas de psiquiatría de los Hospitales psiquiátricos para poder tener un panorama más claro de la realidad nacional.
- (+): Número de camas reales es inferior, en la actualidad el HNP cuenta con 281 camas de agudos y 113 camas de CAPEMCO, que no deberían ser contabilizadas dentro de las camas normales de psiquiatría, ya que atienden casos judicializados

Tabla 5 Días de disponibilidad y guardias médicas de psiquiatría por centro médico y porcentaje de utilización

<b>Hospitales Especializados</b>	Días de Disponibilidad/ guardias	Porcentaje de utilización de tiempos extra
Centro Nacional de Rehabilitación Dr. Humberto Araya Rojas	0	-
Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva	0	-
Hospital Psiquiátrico Dr. Roberto Chacón Paut	1 psiquiatra en turno vespertino 1 psiquiatra de guardia L-D*	100%
Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes	0	-
Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera	8**	98,21%
Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres	1 psiquiatra y 5 residentes de guardia de L-D	98%
<b>Hospitales Nacionales</b>		
Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	1***	ND
Hospital México	1 Vespertino L-V	ND
Hospital San Juan de Dios	0	-
<b>Región Brunca</b>		
Hospital de Ciudad Neily (H.P)	10	81,67%
Hospital de San Vito (H.P)	10	41,67%
Hospital de Osa Dr. Tomás Casas Casajús (H.P)	10	30,00%
Hospital de Golfito Dr. Manuel Mora Valverde (H.P)	10	32,76%
Hospital de Pérez Zeledón Dr. Fernando Escalante Pradilla (H.R)	20****	26,52%
<b>Región Central Norte</b>		
Hospital de San Ramón Dr. Carlos Luis Valverde Vega (H.P)	0	-
Hospital de Grecia San Francisco de Asís (H.P)	0	-
Hospital San Rafael de Alajuela (H.R)	0	-
Hospital de Heredia San Vicente de Paúl (H.R)	1 de 9am a 9 pm S, D y F	ND

<b>Región Central Sur</b>		
CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz (A.S tipo 3)	0	0
Hospital de Turrialba Dr. William Allen Taylor (H.P)	4 días x mes	ND
Hospital de Cartago Dr. Maximiliano Peralta Jiménez (H.R)	ND	ND
<b>Región Chorotega</b>		
Hospital Upala (H.P)	0	-
Hospital de La Anexión (Nicoya) (H.P)	0	-
Hospital de Liberia Dr. Enrique Baltodano Briceño (H.R)	30	58,61%
<b>Región Huetar Atlántica</b>		
Hospital de Guápiles (H.P)	0	-
Hospital de Limón Dr. Tony Facio Castro (H.R)	30	33,52%
<b>Región Huetar Norte</b>		
Hospital Los Chiles (H.P)	0	-
Hospital de San Carlos (H.R)	20	57,50%
<b>Región Pacífico Central</b>		
Hospital de Quepos Dr. Maximiliano Terán Valls (H.P)	15+	ND
Hospital de Puntarenas Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez (H.R)	8**	43,59%

**Fuente:** Elaboración propia con datos de la CCSS, UTLE-Procedimientos y Disponibilidades con base en documentación histórica y solicitudes de disponibilidad aprobadas al 30 de junio 2020.

- Cuenta con 1 psiquiatra en turno vespertino, desde las 16 hasta las 22 horas y 1 psiquiatra de guardia L-D\*, sin embargo, no atiende emergencias.
- \*\* Cubre solamente fines de semana y días feriados (Corresponde a un total de 115 días al año para los años con 365 días o 116 días para los años con 366 días).
- \*\*\* Dispone de 1 psiquiatra las 24 horas de lunes a Domingo, sin embargo, atiende emergencias hasta las 22 horas. El resto del tiempo se dedica a labores de hospitalización.
- \*\*\*\*La Dirección RIPSS de la región Brunca, refiere que cuenta con el presupuesto y el aval para 30 días de disponibilidad en el Hospital de Pérez Zeledón en caso de ser necesario.

- + Dispone de 15 días de tiempo extraordinario divididas equitativamente entre días de lunes a viernes desde las 19 hasta las 22 horas y fines de semana y feriados desde las 9 hasta las 21 horas
- ND: No datos disponibles

Tabla 6 Distribución y número actual de camas del HNP a octubre de 2022

Unidad	Libres	Ocupadas	Totales
Covid Probables Hombres	0	5	5
Covid Probables Mujeres	2	3	5
CAPEMCOL A Hombres	1	10	11
CAPEMCOL A Mujeres	1	9	10
CAPEMCOL C Hombres	6	40	46
CAPEMCOL D Hombres	3	43	46
Pabellón de Adolescentes Hombres	0	9	9
Pabellón de Adolescentes Mujeres	1	9	10
UICA Mixto	0	10	10
Nuevos Horizontes Mixto	5	10	15
Pabellón 1A Hombres	6	19	25
Pabellón 1B Hombres	11	14	25
Pabellón 2A Hombres	3	22	25
Pabellón 2B Hombres	2	23	25
Pabellón 1A Mujeres	2	22	24
Pabellón 1B Mujeres	2	22	24
Psicogeriatría Mixto	0	25	25
COVID-19 positivos (salud mental)**	6	4	10
UTI Hombres	3	12	15
UITI Mujeres	2	13	15
Unidad Procedimientos Especiales H	1	0	1
Unidad Procedimientos Especiales M	1	0	1
Observación en Urgencias	0	12	12
<b>Total de Camas</b>	<b>58</b>	<b>336</b>	<b>394</b>

Fuente: Elaboración propia con datos del censo hospitalario de un promedio de octubre de 2022 de la oficina de registros médicos del HNP.

Ilustración 1 Centros de Salud de referencia junto con población adscrita que confluyen en el HCG

Población (2019)	PRIMER NIVEL			SEGUNDO NIVEL		TERCER NIVEL
	REGIONES	Áreas de Salud Tipo 2 y 3	Áreas de Salud Tipo 1 y CASI	Hospital Periférico	Hospital Regional	Hospital Nacional
	<b>Huetar Atlántica</b>	<b>#8 (462.667)</b>		<b>#1</b>	<b>#1</b>	Hospital Nacional  Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (529.513 + 462.667 + 581.940 = 1.574.120)
44.083	1. Talamanca					
80.350	2. Limón					
16.582	3. Valle La Estrella					
65.196	4. Siquirres	CAIS de Siquirres (65.196)			Hospital de Limón Dr. Tony Facio Castro (253.066 + 209.601 = 462.667)	
46.855	5. Matina					
68.991	6. Cariari					
52.823	7. Guácimo			Hospital de Guápiles (#3) (209.601)		
87.787	8. Guápiles					
	<b>Central Sur</b>	<b>#31 (1.918.475)</b>		<b>#1</b>	<b>#0</b>	
36.522	1. Zapote-Catedral *					
43.611	2. San Sebastián-Paso Ancho (ASEMECO)		Clinica Dr. Carlos Durán Cartín * (115.597)			
35.464	3. San Francisco-San Antonio (COOPESANA)					
77.218	4. Curridabat		Clinica Central * (149.632)			
72.414	5. Carmen- Montes de Oca *				529.513	
43.917	6. Goicoechea 1		Clinica Dr. Ricardo Jiménez Núñez * (153.902)			
52.864	7. Goicoechea 2 *					
57.121	8. Moravia					
110.382	9. Coronado *		Clinica de Coronado* (110.382)			
129.315	10. Cartago					
58.525	11. Concepción-San Diego-San Juan					
21.480	12. Corralillo-La Sierra					
69.856	13. El Guarco					
39.456	14. La Unión				489.094	
40.535	15. Los Santos					
59.056	16. Oreamuno-Pacayas-Tierra Blanca					
70.871	17. Paraíso-Cervantes					
92.846	18. Turrialba-Jiménez			Hospital Dr. William Allen Taylor (#3) (92.846)		
					Hospital Dr. Maximiliano Peralta Jiménez (A) (489.094 + 92.795 = 581.940)	

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC 2021 y de la Gerencia Médica 2021 de la red de servicios de salud de la CCSS. Léase los números en negrita la población adscrita directa, de cada hospital, que requerirá, según grado de dificultad, manejo de hospitalización en ese centro médico

Ilustración 2 Centros de Salud de referencia junto con población adscrita que confluyen en el HSJD

55.231	19. Desamparados 1 *					Hospital San Juan de Dios (807.023 + 372.321 = 1.179.344)
91.864	20. Desamparados 2 (COOPESALUD)					
68.919	21. Desamparados 3	CAIS Dr. Marcial Fallas Díaz* (236.773)				
20.759	22. Acosta					
83.103	23. Aserrí	Clinica de Aserrí				
43.130	24. Puriscal-Turubares	CAIS de Puriscal			807.023	
33.956	25. Mata Redonda-Hospital *					
71.075	26. Escazú (COOPESANA)		Clinica Dr. Ricardo Moreno Cañas* (139.445)			
34.414	27. Mora-Palmichal					
60.729	28. Santa Ana (COOPESANA)					
61.648	29. Hatillo *		Clinica Dr. Solón Núñez Frutos* (155.227)			
93.579	30. Alajuelita					
88.616	31. Pavas (COOPESALUD)					
	<b>Brunca</b>	<b>#6 (372.321)</b>		<b>#4</b>	<b>#1</b>	
145.048	1. Pérez Zeledón					
51.112	2. Buenos Aires					
55.611	3. Corredores			Hospital de Ciudad Neily (#3) (55.611)		
45.965	4. Coto Brus			Hospital de San Vito (#2) (45.965)		
44.339	5. Gofito			Hospital Dr. Manuel Mora Valverde (#1) (43.339)		
30.246	6. Osa			Hospital Dr. Tomás Casas Casajús (#1) (30.246)		
					Hospital de Pérez Zeledón Dr. Fernando Escalante Pradilla (196.160 + 176.161 = 372.321)	

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC 2021 y de la Gerencia Médica 2021 de la red de servicios de salud de la CCSS. Léase los números en negrita la población adscrita directa, de cada hospital, que requerirá, según grado de dificultad, manejo de hospitalización en ese centro médico

Ilustración 3 Centros de Salud con población adscrita que confluyen en el HMX

Central Norte	#26 +1 (1.363.163)		#2	#2
61.266	1. Tibás-Uruca-Merced *	Clínica Clorito Picado Twilight* (163.841)		Hospital de Heredia San Vicente de Paul (521.274)
45.051	2. Carpio-Leon XIII (ASEMECO)		163.841	
57.524	3. Tibás (COOPESAIN)			
39.788	4. Santo Domingo			
53.150	5. Belén-Flores			
86.892	6. Heredia-Cubujuquí			
45.492	7. Barva (COOPESIBA)			
66.239	8. Heredia-Virilla			
	X. Clínica La Reforma (CAI) **			
32.732	9. Horquetas-Río Frío			
51.866	10. Puerto Viejo-Sarapiquí			
24.393	11. San Isidro			
47.728	12. San Rafael de Heredia			
43.476	13. Santa Bárbara			
29.518	14. San Pablo (COOPESIBA)			
17.613	15. Alfaro Ruiz (Zarcelero)		Hospital de San Ramón Dr. Carlos Luis Valverde Vega (#3) (151.966)	
41.376	16. Palmares			
92.977	17. San Ramón			
77.065	18. Alajuela Norte *	Clínica Marcial Rodríguez Conejo* (378.654)		Hospital San Rafael de Alajuela 378.654 + 151.966 + 147.428 = 678.048
55.680	19. Alajuela Central (Anexo Clínica)			
89.533	20. Alajuela Oeste			
99.135	21. Alajuela Sur			
29.877	22. Atenas			
27.364	23. Poás			
78.872	24. Grecia			
46.164	25. Naranjo		Hospital de Grecia San Francisco de Asís (#2) (147.428)	
22.392	26. Valverde Vega			
Chorotega	#14 (466.928)		#2	#1
54.825	1. Upala		Hospital de Upala (#1) (54.825)	
7.699	2. Hojancha			
14.830	3. Jicaral-Islas			
10.135	4. Nandayure			
57.036	5. Nicoya			
70.687	6. Santa Cruz			
34.229	7. Cañas *	CAIS de Cañas		
14.736	8. Abangares			
23.473	9. Bagaces			
46.725	10. Carrillo			
27.581	11. La Cruz			
78.312	12. Liberia			
21.925	13. Tilarán			
4.735	14. Colorado			
Pacífico Central	#12 (300.478)		#1	#1
49.725	1. Barranca *			
30.646	2. Chacarita			
21.049	3. Chomes-Monteverde			
38.913	4. Esparza			
10.313	5. Cóbano			
6.879	6. Paquera			
9.953	7. San Rafael de Puntarenas *	Clínica de San Rafael		
28.999	8. Garabito			
15.357	9. Montes de Oro			
32.275	10. Orotina-San Mateo			
23.147	11. Parrita			
33.222	12. Quepos (Aguirre)		Hospital de Quepos Dr. Maximiliano Terán Valls (#1) (56.369)	
Huetar Norte	#8 (278.985)		#1	#1
47.883	1. Aguas Zarcas			
51.460	2. Ciudad Quesada			
26.239	3. Florencia			
30.278	4. La Fortuna			
19.049	5. Guatuso			
36.281	6. Pital			
33.269	7. Santa Rosa			
34.526	8. Los Chiles		Hospital de Los Chiles (#1) (67.795)	

Hospital México  
(163.841 + 2.245.713 = 2.409.554)

Fuente: Elaboración propia con datos del INEC 2021 y de la Gerencia Médica 2021 de la red de servicios de salud de la CCSS. Léase los números en negrita la población adscrita directa, de cada hospital, que requerirá, según grado de dificultad, manejo de hospitalización en ese centro médico

## Bibliografía

- Mundt, A., Serri, E., Irarrazaval, M., O'Reilly, R., Allison, S., Bastiampillai, T., . . . Priebe, S. (2022). Minimum and optimal numbers of psychiatric beds: expert consensus using a Delphi process. *Molecular Psychiatry, Springer Nature*, 1873-1879.
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. Geneva: WHO.
- Organization, W. H. (2006). *Economic Aspects of the Mental Health System*. Geneva: WHO.
- Satiani, A., Niedermier, J., Satiani, B., & Svendsen, D. (2018). Projected Workforce of Psychiatrists in the United States: A Population Analysis. *Psychiatric Services*, 710-713.
- Burvill, P. (1992). Looking beyond the 1:10,000 Ratio of Psychiatrists to Population. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 265-269.
- Levin, S. (2018). The Psychiatric Workforce Now and in the Future. *Psychiatric Services*, 714-715.
- Hoge, M., & Paris, M. (2018). Taking Action on the Workforce Crisis. *Psychiatric Services*, 617.
- Everett, A., Axelson, A., Bahekar, P., Bellonci, C., Burgos, R., & Carlson, G. (2022). *The Psychiatric Bed Crisis in the US: Understanding the Problem and Moving Toward Solutions*. Washington: American Psychiatric Association.
- Feldman, J. (2020). Achieving Mental Health Equity: Community Psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, 511-524.
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., & Riva, M. (2009). El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 299-307.
- Shaner, R., Thompson, K., Braslow, J., Ragins, M. P., & Vaccaro, J. (2015). How Health Reform is Recasting Public Psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, 543-557.
- Moreno-Küstner, B. (2002). *Tesis Doctoral: Análisis de patrones de utilización de servicios en pacientes esquizofrénicos*. Granada: Universidad de Granada.
- Rodríguez, M. (1991). *Reseña Histórica Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Montoya, C. (2018). Desinstitucionalización. *Revista Cúpula*, 9-12.
- Sandoval, C., & Canales, G. (2009). Funcionamiento psicosocial de personas con enfermedad mental desinstitucionalizadas: Una experiencia de rehabilitación psicosocial costarricense. *Revista Costarricense de Psicología*, 121-135.
- Desviat, M. (2004). Tendencias en Psiquiatría comunitaria o ¿dónde estamos y adónde podemos ir? *Revista de Rehabilitación Psicosocial*, 30-33.
- OPS-OMS, O. P. (2020). *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*. Washington: NMH/MH.
- Gamboa, C., Pérez, M., Villalobos, M., Hernández, S., Badilla, B., Luna, C., . . . Mery, G. (2022). *El sistema de salud costarricense: ¿cuánto se gasta, qué se consume y quién paga?* San José: Ministerio de Salud de Costa Rica.
- MS, M. d. (18 de Noviembre de 2022). *Indicadores de Protección Financiera en Salud*. Obtenido de Documentos:  
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/material-educativo/material-publicado/indicadores-en-salud/indicadores-de-proteccion-financiera-en-salud>

- Madrigal, L. (27 de Octubre de 2021). *Delfino*. Obtenido de Noticias Delfino CR: <https://delfino.cr/2021/10/caja-anuncia-presupuesto-2022-por-5-3-billones-de-colones>
- Rao, K., Vecino, A., Roberton, T., Lopez, A., & Noonan, C. (2022). *Future Health Spending in Latin America and the Caribbean – Health Expenditure Projections & Scenario Analysis*. Washington: Inter-American Development Bank.
- Robles, É., & Cortés, J. (2022). *Retos y propuestas para el Sistema Nacional de Salud*. San José: Academia de Centroamérica.
- Cordero, M. (12 de Octubre de 2022). *Ritmo en formación de especialistas es insuficiente para dar "caza" con las litas de espera*. Obtenido de Semanario Universidad: <https://semanariouniversidad.com/pais/ritmo-en-formacion-de-especialistas-es-insuficiente-para-dar-caza-a-las-listas-de-espera/>
- Rodríguez, J. (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OMS. (2022). *Informe Mundial sobre la Salud Mental: transformar la salud mental para todos*. Ginebra: OMS.
- OPS. (2022). *Servicios de salud mental hospitalarios: promover enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*. Washington: OPS.
- Sanabria, W. (8 de noviembre de 2022). Cantidad de Plaza de psiquiatría. (L. D. Alvarado, Entrevistador)
- DF. (2019). *Faltante de especialistas en los hospitales requiere de intervención de la Caja en modelo de formación*. San José: Oficina de Prensa de la Defensoría de los Habitantes.
- SINAME. (2022). *“Fuga” de médicos especialistas de la CCSS al sector privado: riesgo inminente que atenta contra oportuna atención de pacientes*. San José: Sindicato Nacional de Médicos Especialistas.
- PAHO. (24 de Noviembre de 2019). *Data Portal on Noncommunicable Diseases, Mental Health, and External Causes*. Obtenido de Leading causes of death, and disability: <https://www.paho.org/en/enlace/leading-causes-death-and-disability>
- INEC. (24 de Noviembre de 2021). *Estadísticas Demográficas*. Obtenido de Estadísticas Vitales. Indicadores demográficos 2020: <https://inec.cr/estadisticas-fuentes/estadisticas-demograficas>
- RRHH-CCSS. (2021). *Informe Estadístico Recursos Humanos 2021*. San José: DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE PERSONAL SUBÁREA ESTADÍSTICA EN RECURSOS HUMANOS .
- RRHH-CCSS. (22 de Noviembre de 2022). *INFORMACION ESTADISTICA EN RECURSOS HUMANOS Dirección de Administración y Gestión de Personal*. Obtenido de Recursos Humanos, Dirección y Administración de Gestión de Personal: <https://rrhh.ccss.sa.cr/INFO/>
- CCSS-Presidencia Ejecutiva. (2016). *Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud Propuesta ajustada a la prueba de campo*. San José: PRESIDENCIA EJECUTIVA - COMISIÓN SALUD JUNTA DIRECTIVA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.
- Gerencia Médica. (2021). *Servicios de Salud de la CCSS Diciembre 2021*. San José: Área de Análisis y Proyección de Servicios de Salud de la CCSS.
- Presidencia Ejecutiva-CCSS. (2022). *Memoria Institucional 2021*. San José: CCSS.

- Blandón, T., & Quesada, J. (2022). *Memoria de áreas de salud, sectores, EBAIS, sedes de área, sedes de ebáis y puestos de visita periódica en el ámbito nacional al 31 de diciembre de 2021*. San José: Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud.
- Murillo, R. (2021). “*Fortalecimiento de Red de Psiquiatría en tiempos Covid-19*” *Proyecto para el Acondicionamiento Hospital Psiquiátrico para recibir pacientes COVID-19*. San José: Gerencia Médica Dirección de Red de Servicios de Salud Área de Gestión de Red.
- OPS. (2019). *Perfil del Sistema y Servicios de Salud de Costa Rica Con base al Marco de Monitoreo de la Estrategia Regional de Salud Universal*. San José: Organización Panamericana de la Salud.
- Presidencia de la República. (1990). *DECRETOS N° 20665-S Sobre la Salud Mental*. San José: La Gaceta del 29-10-1991.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2012). *Política Nacional de Salud Mental 2012-2021*. San José: Ministerio de Salud.
- Montealegre, A. (24 de Noviembre de 2022). Distribución Actual de los Psiquiatras en Costa Rica. (L. Alvarado, Entrevistador)
- Morera, M. (2013). Diagrama de Barber y Johnson para el análisis de la gestión de la cama hospitalaria en Costa Rica. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 45-50.