Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

Modelo de Gestión

RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN LA RED GENERAL DE SALUD

2018

ÍNDICE

PRÓLOGO **13**

INTRODUCCIÓN **15**

PRIMERA PARTE: ANTECEDENTES Y CONTEXTO **18**

1. La salud mental desde un enfoque de ejercicio de derechos 19

2. Enfoque de determinantes sociales y equidad en salud mental 20

2.1. Población trabajadora 21

2.2. Mujeres y equidad de género 23

2.3. Diversidad sexual 24

2.4. Pueblos indígenas 25

2.5. Población inmigrante 27

2.6. Refugiados 28

2.7 Personas en situación de calle 29

2.8. Personas privadas de libertad 30

2.9. Población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en protección de derechos por el Estado 31

2.10. Adolescentes y jóvenes en conflicto con la justicia 32

2.11. Población adolescente con consumo de alcohol y otras drogas 33

3. Enfoque de Curso de Vida y Salud Mental 33

3.1 Periodo prenatal 34

3.2 Infancia 35

3.3 Adolescencia 36

3.4 Personas adultas 37

3.5 Personas adultas mayores 37

3.6. Suicidio en el curso de vida 38

4. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental 40

5. Atención comunitaria en salud mental 42

5.1 Promoción de salud mental comunitaria 42

5.2 Prevención en salud mental comunitaria 43
5.3 Detección Precoz 43
5.4 Atención y cuidados en salud mental comunitaria 44
5.5 Continuidad de atención y cuidados en salud mental 45
5.6 Prevención de la discapacidad, rehabilitación psicosocial, Recuperación e inclusión sociocomunitaria 45
5.6.1 Rehabilitación psicosocial 47
5.6.2 Recuperación (recovery) 48
5.6.3 Inclusión sociocomunitaria 50
5.7 Distinciones para el tránsito de las personas en la red: gravedad, complejidad y vulnerabilidad 51
6. Salud mental en las Redes Integradas de Servicios de Salud 53
6.1 Elementos constitutivos de las Redes Integradas de Servicios de Salud 54
6.2 Atributos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud 57
6.3. Sistema de gobernanza y participación social para la gestión de la Red Temática de Salud Mental 59
6.3.1 Niveles de gestión 62
7. Calidad en la red 63
8. Situación actual de la Red de Salud Mental Pública 65
8.1 Atención Primaria de Salud 65
8.2. Nivel secundario 66
8.3. Nivel terciario 67
8.4. Nivel comunitario 70
8.5. Programa de atención por consumo de sustancias 71
8.6. Sub red de psiquiatría forense 72
8.7. Programa Salud Responde 74
9. Nudos críticos de la Red de Salud Mental 74
10. Metodología para la elaboración del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental 77

SEGUNDA PARTE: MODELO DE GESTIÓN DE LA RED TEMÁTICA EN SALUD MENTAL 80

1. Justificación Modelo de Gestión de Red Temática Salud Mental 81

2. Definición de la Red Temática de Salud Mental 83

3. Principios de la Red Temática de Salud Mental 83

4. Visión y misión de la Red Temática de Salud Mental 84

5. Objetivos de la Red Temática de Salud Mental 84

6. Atributos de la Red Temática de Salud Mental 85

7. Funciones de la Red Temática de Salud Mental 86

8. Diagrama de la Red Temática Salud Mental en la Red General de Salud 87

9. Flujograma proceso de atención y cuidados en la Red Temática de Salud Mental 88

10. Provisión de servicios en la Red Temática de Salud Mental: mesogestión – microgestión 89

10.1 Consideraciones claves respecto a la cartera de servicios de la Red Temática de Salud Mental 90

10.2 Meso y microgestión en la Red Temática de Salud Mental 92

10.2.1 Mesogestión: Servicios de Salud 92

a. Departamento de Salud Mental en los Servicios de Salud 94

b. Consejo Técnico de Salud Mental 96

c. Comité articulador de continuidad de cuidados 97

d. Consejo de Participación Social en Salud Mental 98

e. Redes por áreas territoriales. 98

10.2.2. Microgestión: Nodos y puntos de atención de la red 99

a. Áreas territoriales. 99

b. Áreas de atención por curso de vida. 100

c. Atención para grupos específicos. 100

d. Atención por equipo transdisciplinario. Competencias, cuidado del equipo y estrategias. 100

e. Organización de actividades promocionales y preventivas. 105

f. Organización de actividades de atención y cuidados. 112

g. Plan de Cuidados Integrales (PCI) 114

h. Gestor/a terapéutico/a 116

i. Derivación Asistida 117

j. Referencia y Contrarreferencia 118

k. Agente comunitario en salud mental 120

l. Gestor/a comunitario/a en salud mental 120

m. Comité de ingreso a atención cerrada 121

10.2.3. Desarrollo de programas transversales. 121

a. Programa Nacional de Prevención de Suicidio. 122

b. Acciones de Atención Clínica Integral e Intensiva de Salud Mental en Domicilio 124

c. Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo. Emergencias, desastres y catástrofes 128

11. Descripción de los nodos y puntos de atención de la Red Temática Salud Mental: atención abierta y cerrada. 136

11.1. Atención abierta: Atención Primaria (APS) 136

A. Centro de Salud Familiar, CESFAM 138

B. Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC) 141

D. Postas de Salud Rural (PSR) 145

E. Urgencias SAR, SAPU, SUR 154

11.2. Atención abierta: Especialidad 155

A. Centro de Salud Mental Comunitaria 155

B. Hospital de Día 161

C. Centro de Apoyo Comunitario para personas con demencia. 167

D. Centro de Atención Ambulatoria para personas con consumo problemático alcohol y otras drogas (Centro de tratamiento) 172

11.3 Atención Cerrada 177

A. Unidad de Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría. UHCIP 177

B. Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Centros Privativos de Libertad, población adolescente 183

C. Unidad de Psiquiatría de Enlace, Psicología de la Salud y Medicina Psicosomática 187

D. Centro de Atención Residencial para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (Centro de tratamiento residencial) 191

12. Provisión de servicios para la atención y cuidados en población con necesidades específicas asociadas a su discapacidad de origen mental 195

A. Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental, Población Adulta 198

B. Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental, Población Adolescente 202

C. Dispositivo de Apoyo Clínico Residencial en Salud Mental, población adulta 206

D. Hogares con apoyo 207

13. Sub Red de Psiquiatría Forense 211

14. Atención de Urgencia de Salud Mental en la Red General de Salud 221

14.1. Consideraciones para la atención de urgencia de salud mental 221

14.2. Atención de urgencia de salud mental en la Red: población objetivo, fuentes de demanda y objetivos 225

14.3. Funciones y actividades de la atención de urgencia de salud mental en la red 226

14.4. Actividades de la atención de urgencia de salud mental, según nodo y punto de atención 227

14.5. Consideraciones para el traslado de urgencia en salud mental 230

14.6. Estrategias de articulación en la red en atención de urgencia de salud mental. Criterios de calidad 231

A. Flujograma de Atención de Urgencia en Salud Mental 232

B. Flujo de Atención de Conducta Suicida 233

C. Flujo de Atención de Agitación Psicomotora 234

15. Estrategias de articulación de la Red Temática de Salud Mental y requisitos de calidad. 235

15.1. Estrategias transversales a todos los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental 235

15.2. Estrategias de articulación diferenciadas para grupos poblacionales específicos 237

16. Sistemas de Apoyo de las Redes de Atención en Salud 241

16.1. Sistema de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico 241

16.2. Servicios Farmacéuticos 241

A. Arsenales Farmacológicos 242

B. Dispensación 242

C. Atención Farmacéutica 243

C.1. Seguimiento Farmacoterapéutico 243

C.2. Asesoría y capacitación al equipo 244
C.3. Farmacovigilancia 244
C.4. Conciliación de tratamientos entre los niveles de atención 244
16.3. Sistema de Información 245
16.3.1. Actores y sus necesidades informativas en salud mental 246
16.3.2. Criterios de calidad que deben cumplir estos Sistemas de Información en Salud Mental (SISM) 248
16.3.3. Estrategias y criterios de calidad de los sistemas de apoyo 248
17. Sistemas Logísticos de las Redes de Atención en Salud 250
18. Evaluación y Monitoreo 251
18.1. Definiciones 251
18.2. Plan de monitoreo de la Red Temática de Salud Mental. Mesogestión 253
18.3. Requisitos de calidad para evaluar Funcionamiento de la Red Temática de Salud Mental 256
TERCERA PARTE: REDISEÑO DE LA RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL 262
1. Diseño/Rediseño de la Red Temática de Salud Mental 263
1.1. Elementos para el Rediseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud 267
1.1.1 Planificación 268
1.1.2 Implementación del Diseño/ Rediseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud 271
1.1.3 Evaluación de la Funcionalidad de la Red 273
1.2 Directrices Generales para la Organización de la Red Temática de Salud Mental a Nivel de Mesogestión (Servicio de Salud) 273
1.3 Responsabilidades en el Proceso de Diseño/Rediseño de la Red 274
1.4 Liderazgo en el proceso de Diseño/ rediseño la Red Temática de Salud Mental 275
1.5 Requisitos para favorecer el involucramiento de las personas en el proceso de Diseño/ Rediseño de la Red 276
PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO 277
1.1. Mesa de Trabajo Modelo de Gestión de la Red Temática Salud Mental en la Red General de Salud 277
1.2. Equipo Responsable: Unidad Salud Mental, Minsal 280

1.3 Colaboradores en la redacción y edición 281

1.4. Colaboradores en áreas específicas 283

1.5. Participantes del coloquio nacional descentralizado sobre el Modelo de Gestión de Red Temática de Salud Mental (9 de Marzo de 2017) 286

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 333

OTRA BIBLIOGRAFÍA REVISADA 344

ANEXOS 354

Anexo N°1 Marco Normativo y otros instrumentos relevantes. 354

Anexo N°2. Nudos Críticos de la Red Temática Salud Mental 370

Anexo N°3. Pauta de Cotejo para Supervisar Cumplimiento de Derivación Asistida 381

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud (OMS). 20
Figura 2. Distribución de licencias por enfermedad mental autorizadas según sexo 22
Figura 3. Tasas ajustadas de mortalidad por Lesiones Auto Infligidas en población indígena 26
Figura 4. Enfoque de Curso de Vida 34
Figura 5. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario 40
Figura 6. Modelo Explicativo Discapacidad: Interacción de los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 47
Figura 7. Estructura operacional de la Red Temática de Salud Mental 55
Figura 8. Ámbitos de abordaje de las Redes Integradas de Servicios de Salud 57
Figura 9. Atributos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud 58
Figura 10. Flujograma proceso de atención y cuidados en la Red Temática de Salud Mental 88
Figura 11. Diagrama de la relación actual entre Servicios, Actividades y Prestaciones 91
Figura 12. Niveles de gestión: macro, meso y micro gestión en Salud Mental 92
Figura 13. Flujograma de Atención de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud 137
Figura 14. Flujograma de Atención en el Centro de Salud Mental Comunitaria 155
Figura 15 Flujograma de Atención en el Hospital de Día 161
Figura 16. Flujograma de Atención del Centro de apoyo comunitario para personas con demencia. 167
Figura 17. Flujograma del Centro de atención ambulatoria para personas con consumo problemático alcohol y otras drogas (centro de tratamiento) 172
Figura 18. Flujograma de Atención en Unidad de Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría. UHCIP 178
Figura 19. Flujograma de Atención en la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Centros Privativos de Libertad, Población Adolescente 183
Figura 20. Flujograma del Centro de Atención Residencial para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (centro de tratamiento residencial). 191
Figura 21. Flujograma de Atención de Urgencia en Salud Mental 232
Figura 22. Flujo de Atención de Conducta Suicida (Urgencia) 233
Figura 23. Flujo de Atención de Agitación Psicomotora (Urgencia) 234
Figura 24. Interacción de medicamentos utilizados en patologías de salud mental. 245
Figura 25. Diagrama Proceso de Diseño/ Rediseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud. 267
Figura 26. Pasos para el proceso de Diseño/Rediseño de la Red Asistencial. 271

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Funciones generales de la Macrogestión (nivel Ministerial y SEREMI de Salud). 62

Tabla 2. Cobertura de personas con enfermedad mental en la Atención Primaria 2015. 66

Tabla 3. Número de camas en Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) - Medio Privativo. 69

Tabla 4. Funciones de la Mesogestión (Servicios de Salud- Gestor/a de Red) en Salud Mental 93

Tabla 5. Funciones de la Mesaogestión (Servicio de Salud- Departamento de Salud Mental), composición del equipo gestor y competencias. 94

Tabla 6. Funciones principales de la Microgestión (Nodos y puntos de atención de la Red). 99

Tabla 7. Organización de la atención por rangos etarios y curso de vida. 100

Tabla 8. Cuidado del equipo. Acciones dirigidas a identificar y prevenir la aparición de señales de desgaste. 103

Tabla 9. Estrategias y actividades para el cuidado del equipo. 104

Tabla 10. Acciones de promoción y prevención en salud mental, según la OMS. 106

Tabla 11. Objetivos estratégicos relacionados con la promoción y prevención Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025z 107

Tabla 12. Características comunes de los programas efectivos de promoción en salud. 108

Tabla 13. Recomendaciones por curso de vida para realizar Promoción en Salud. 110

Tabla 14. Acciones de prevención en salud mental. 111

Tabla 15 Principios y Enfoques del Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo. 130

Tabla 16. Ejes Estratégicos del Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo. 130

Tabla 17. Actividades claves a nivel de Mesogestión (Servicio de Salud) en las Fases de Prevención, Respuesta y Recuperación. 131

Tabla 18. Actividades claves a nivel de Microgestión (nodos y puntos de atención de la Red) en las Fases de Prevención, Respuesta y Recuperación. 134

Tabla 19. Descripción de las prestaciones en salud mental en APS. 148

Tabla 20. Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado en APS y Requisitos de calidad. 152

Tabla 21. Centro de Salud Mental Comunitaria: Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad. 159

Tabla 22. Recurso Humano del Centro de Salud Mental Comunitaria 160

Tabla 23. Hospital de Día: Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad 166

Tabla 24. Centro de apoyo comunitario para personas con demencia: estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad. 171

Tabla 25. Recurso Humano del Centro de Apoyo Comunitario para personas con Demencia 171

Tabla 26. Centro de tratamiento ambulatorio de atención especializada de consumo problemático de alcohol y otras drogas: Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad. 176

Tabla 27. Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría. UHCIP: Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad. 180

Tabla 28. Recurso Humano Población Adulta, Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría. 181

Tabla 29. Recurso Humano Población Infanto Adolescente, Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría. 182

Tabla 30. Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Centros Privativos de Libertad. Población Adolescente: Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad 185

Tabla 31. Recurso Humano de la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Centros Privativos de libertad. Población Adolescente. 186

Tabla 32. Criterios de calidad de la interconsulta de Enlace (referencia). 190

Tabla 33. Criterios de calidad del proceso de respuesta a la interconsulta de Enlace. 190

Tabla 34. Centro de Atención Residencial para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (centro de tratamiento residencial). Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad. 195

Tabla 35. Puntos de Atención y espacios residenciales para personas en situación de discapacidad producto de una enfermedad mental, con distintas necesidades de apoyos y cuidados. 197

Tabla 36. Actividades claves y ámbitos de gestión para el proceso de implementación de los Modelos de Gestión en Salud Mental. 264

PRÓLOGO

Desde 1990, el sistema público de salud chileno ha logrado grandes avances en materia de salud mental. Este desarrollo sentó sus bases en los progresos que, a nivel internacional como nacional, se han dado en materia de derechos humanos y a partir de los cuales se comenzó a tomar conciencia de la desprotección de las personas con necesidades de salud mental y del imperativo de desarrollar servicios basados en criterios sanitarios y sociales apropiados.

El hito marcado por el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 permitió mejorar sustancialmente la oferta de servicios en nuestro país, incidiendo en el aumento de las coberturas y en la calidad de la atención brindada, llevando a nuestro país a una posición de avanzada en la Región de Latinoamérica y El Caribe en estos aspectos.

Pero más allá de estos avances, las importantes transformaciones en el mundo del trabajo, de las familias, y de la vida social, generan nuevas realidades, nuevos sujetos, y por ende, nuevas formas de malestar subjetivo. Un correlato de esto tiene sustento en la evidencia epidemiológica, que demuestra un aumento de personas con enfermedades mentales en el país y en el mundo, lo que impone nuevos desafíos para el sistema de salud y los servicios de apoyo social, obligándonos a revisar las prácticas instaladas, las formas de financiamiento y los modelos de atención que actualmente están ejecutándose para lograr resultados exitosos en la satisfacción de las necesidades de salud mental de la población.

En este contexto se ha formulado el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, y este Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, cuyo objetivo central es sustentar el desarrollo óptimo de la red de servicios de salud mental, haciéndolos más accesibles, equitativos y resolutivos de las necesidades de salud mental de las personas, desde un enfoque de derechos.

No se trata de hacer más de lo mismo, sino de hacerlo mejor. Se trata de resolver progresiva y consistentemente la brecha de recursos para brindar las coberturas y la calidad necesarias, entendiendo que las distinciones éticas y técnicas a la base de nuestras prácticas son cruciales para no equivocar el camino.

Al propósito de contar con un Modelo de Gestión para el funcionamiento de la Red Temática de Salud Mental que permita superar la fragmentación de la oferta de servicios que en la actualidad presenta la red, como también integrar y articular esta sub red de salud mental con la red de salud general del sistema de salud público, se suma el de establecer una nueva forma de relacionarnos con nuestros usuarios y usuarias, sus familias y la comunidad, que ponga en el centro a las personas al momento de definir planes, realizar intervenciones o trazar objetivos terapéuticos, convirtiendo al equipo de salud en facilitador de un proceso personal de Recuperación, en un trabajo de colaboración y sinergia.

Para avanzar en ese sentido, este Modelo de Gestión ha sido construido con un alto grado de participación deliberativa. Esa forma ha permitido que emerjan experiencias y aprendizajes sustantivos, cuestionamientos profundos, diálogos generativos.

Este Modelo de Gestión permitirá tomar decisiones correctas y coherentes respecto a la inversión para el desarrollo de la red pública de salud mental, y establecerá estándares adecuados que constituirán una referencia que influirá en los servicios ofrecidos a todas las personas que habitan nuestro país.

Tenemos un gran producto y hemos ganado un gran capital social y de conocimiento nuevo dialógicamente construido.

Este documento está dirigido a todos gestores y directivos de los Servicios de Salud y, en particular, a los equipos pertenecientes al área de la gestión en salud mental. Así también, va dirigido a los distintos equipos clínicos que son los que, en esencia, deben operativizar su desarrollo e implementación. Con igual énfasis, va dirigido a las personas usuarias y comunidades, quienes son el principal desafío de este modelo, en cuanto a satisfacer sus necesidades y demandas de salud en cualquier parte de este largo y diverso país, cuyas realidades pretenden ser recogidas en este documento.

Dra. Gisela Alarcón Rojas
Subsecretaria de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido a la salud mental como un aspecto fundamental para el bienestar y el desarrollo de las personas, las sociedades y los países. La salud mental es un elemento primordial para disfrutar de calidad de vida, entendiendo este concepto como las experiencias satisfactorias de vida personal, interpersonal y comunitaria, acorde al curso de vida, género y cultura en que viven las personas. La salud mental está determinada por factores de interacción social y psicológica, al igual que lo está la salud general.

En el área de la salud pública, la salud mental tiene una especial relevancia en su contribución a la carga global de enfermedad en el mundo, es por ello que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud insisten en la necesidad de integrar la salud mental en todos los aspectos de la salud y la política social.

La relevancia de abordar las alteraciones de la salud mental se relaciona, no solo con la magnitud de los problemas asociados a ella y con los costos que conlleva, sino también con su impacto individual, familiar, comunitario y social, que genera un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que genera.

En el contexto general del marco normativo del Sistema de Salud en Chile, el Ministerio de Salud busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población, a través del desarrollo de un sistema de salud centrado en las personas, en el fortalecimiento del control de los factores que puedan afectar la salud y en reforzar la gestión de la red nacional de atención. En esta red se entiende a la Atención Primaria de Salud (APS) como el centro de comunicación del sistema público [1], promoviendo el refuerzo de su resolutividad y de la integralidad de la atención en base al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, incluyendo la salud mental como un elemento transversal en su trabajo, contribuyendo así a la oferta de una respuesta más efectiva a la población y a mejorar la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de la red asistencial pública [2].

En el ámbito de la salud mental, Chile ha experimentado significativos avances en los últimos 25 años, sin embargo, las brechas existentes muestran la necesidad de mejorar tanto la oferta como la calidad de los servicios. Dentro de los avances de la implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental se identifican, entre otras necesidades, las de avanzar respecto a la desconcentración, la diversificación y la territorialización de la oferta, imponiendo el desafío de actualizar la organización de los servicios en Salud Mental, en el contexto de su integración efectiva en la red general de salud.

Este documento técnico "Modelo de Gestión de a Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud", se vincula estrechamente al recientemente oficializado Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, y constituye el desarrollo en profundidad de las orientaciones técnicas para el desarrollo de la red pública de salud de Chile, abordando en detalle las dimensiones de sentido, relaciones y estructura de este sistema. Su objetivo es orientar las decisiones respecto a la inversión pública en salud mental e impulsar una transformación de las prácticas y una ampliación coherente de los recursos dedicados a esta temática.

Este Modelo de Gestión plantea que la organización de los servicios de Salud Mental debe apostar por un despliegue de servicios que fortalezcan la atención ambulatoria, identifiquen y mejoren las barreras de acceso, como también apunten a la oportunidad y pertinencia de la atención con óptimos estándares de calidad en todos los niveles del sistema de salud. Con esto, se busca disminuir las brechas existentes en la atención de las personas y mejorar la calidad de la atención, para brindar

una efectiva respuesta a las necesidades de salud de las comunidades y mejorar su calidad de vida, en un marco de ejercicio de derechos, que promueva la autonomía e inclusión sociocomunitaria.

A través de la profundización del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y su articulación al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, se busca mejorar la gestión de la red, disminuyendo la incertidumbre y la heterogeneidad de los servicios que hoy se observa. Esto, a su vez, considera la flexibilidad que todo modelo debe tener para adaptarse a las distintas realidades geográficas y poblacionales del país en donde habitan personas con necesidades de atención en salud mental.

El Modelo de Gestión para la Red Temática de Salud Mental apuesta por incluir en la organización y el quehacer de la red, el enfoque de determinantes sociales de la salud en el curso de vida, en base a la extensa evidencia y bibliografía revisada. Esta decisión busca dar un carácter comprensivo a las intervenciones en salud mental.

El presente modelo de gestión con enfoque en los determinantes sociales promueve una transformación en el quehacer de los equipos de salud, en tanto desarrolla una amplia comprensión de los procesos de salud-enfermedad en el área de la salud mental y de sus ámbitos de intervención. Esto implica un cambio en las prácticas de los equipos de salud, promoviendo el diseño y desarrollo de servicios no fragmentados. Asimismo, implica necesariamente una fuerte coordinación intersectorial y la definición de estrategias articuladoras. Este cambio, también debe manifestarse en la atención de las personas con problemas de salud mental asociados al consumo de alcohol y otras drogas, las que deben ser sujetos de intervención en una red que tenga dentro de sus principios la integralidad.

El documento consta de tres partes. En la primera parte se despliegan los antecedentes y el contexto, en el cual se explicitan los enfoques que sustentan el Modelo, entre ellos, la salud mental desde el ejercicio de derechos; los determinantes sociales; el curso de vida de las personas; y el enfoque de equidad con sus poblaciones específicas.

Así también, se describe el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, en base a 3 elementos centrales e interrelacionados: trabajo en red; abordaje de la psicopatología basada en una concepción de sujeto de relación; y gestión clínica. Junto con esto, se desarrollan los principales aspectos de la atención comunitaria en salud mental: promoción; prevención; atención y cuidados; y continuidad de atención y cuidados. Finalmente, se desarrollan aspectos relativos a la prevención de la discapacidad, rehabilitación psicosocial, recovery e inclusión sociocomunitaria.

A continuación, se desarrollan los elementos conceptuales de gravedad, complejidad y vulnerabilidad para el tránsito de las personas en la red, siguiendo con la descripción de las Redes Integradas de Salud como una herramienta de gestión. Para finalizar, se desarrolla la situación actual de la Red de Salud Mental Pública.

En la segunda parte se desarrolla el Modelo de Gestión propiamente tal, con todos sus componentes e incorporando la descripción de todos los nodos de la red, sus estrategias de articulación, los criterios y requisitos de calidad, así como también el componente de evaluación y monitoreo.

La tercera parte corresponde al rediseño de la red. Se plasman directrices generales para la organización de la Red Temática de Salud Mental a nivel de los Servicios de Salud y se desarrollan elementos para la gestión del cambio. Este documento finaliza con un acapité de anexos.

Alcances de este documento

Este Modelo de Gestión plantea una hoja de ruta para el desarrollo coherente de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud.

Los nuevos servicios y programas de la Red General de Salud deberán orientarse según éstos criterios, mientras que los servicios prexistentes deberán ajustarse a ellos en forma progresiva, en la medida que enfrenten procesos de normalización o sean incluidos en eventuales programas de cierre de brechas que pudiesen llevarse a cabo en los próximos años.

De esta manera, la estructura que este Modelo plantea, será implementada de manera progresiva, por medio de los actos administrativos correspondientes, en el marco jurídico vigente.

PRIMERA PARTE: ANTECEDENTES Y CONTEXTO

1. LA SALUD MENTAL DESDE UN ENFOQUE DE EJERCICIO DE DERECHOS

El respeto por los derechos humanos: "a la vida, salud, privacidad, no discriminación, vivienda, trabajo, educación, participación, protección contra la tortura y tratos degradantes, y la libertad de creencias, reunión y desplazamiento" [3] es la base para que todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad mental, puedan gozar de un nivel de salud que les permita desarrollarse en sociedad y experimentar el mayor bienestar posible, favoreciendo su calidad de vida y la de los demás. Asimismo, el deterioro de la salud mental "(...) hace más difícil que las personas ejerzan plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales" [4].

Las condiciones de vida de las personas con enfermedades mentales graves y persistentes, caracterizadas por el maltrato, la exclusión y las pocas posibilidades de incorporación a la vida social producto del estigma, constituyen una violación del derecho a desarrollarse y vivir plenamente [5]. Esto se traduce, no solo en la falta de acceso a servicios de salud mental, sino que también a las enormes dificultades de acceder a otros servicios de salud, como así mismo al conjunto de beneficios sociales, tales como: educación, vivienda, trabajo, entre otros. A su vez, estas personas "no en pocas ocasiones, son objetos de detenciones arbitrarias en establecimientos sanitarios o carcelarios e, incluso, llegan a ser víctimas de abuso físico, sexual y psicológico por diferentes instancias de la sociedad" [4].

En comparación a otros ámbitos de la salud, la salud mental de las personas se ha visto constantemente tratada como un problema de segunda categoría, lo que se traduce en "el (menor) estatus legal, social, cultural y de protección de garantías que goza en comparación con la salud física" [6]. Es necesario, entonces, que las políticas públicas en salud mental, con base en los marcos legales pertinentes, intervengan en las características del entorno que perpetúan la discriminación y menoscaban la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales. Esto es particularmente importante, en tanto existe en nuestra sociedad una historia de estigmatización hacia estas personas, lo que impacta negativamente en todo el espectro de vida, favoreciendo el aislamiento, el desempleo, la pobreza y la marginalidad [6]. Desde un enfoque de ejercicio de derechos, las políticas de salud no tan solo deben centrarse en el acceso a la atención de salud mental o en el tratamiento de la enfermedad, sino también deben apuntar a impactar las condiciones y espacios de vida que propiciaron dicha enfermedad.

Se hace necesario generar conciencia, tanto en las personas, usuarios y usuarias, como en los equipos, nodos y puntos de atención de la red de salud, acerca de los derechos de las personas en situación de discapacidad mental, en su calidad de ciudadanos, y favorecer el desarrollo y Recuperación de sus capacidades, en sintonía con un trabajo intersectorial que promueva la inclusión sociocomunitaria de estas personas. Esta iniciativa "debe implicar la promoción de oportunidades institucionalmente reconocidas para la comunidad de usuarios que se expresen en el marco jurídico, las relaciones sociales y la distribución de los recursos" [7].

Sin un desarrollo en la línea de la participación de las personas con enfermedad mental, que potencie y genere las condiciones para el ejercicio de sus derechos, no se avanza en el reconocimiento social de esta población como sujetos de derechos; se les mantiene en un estado de desprotección y marginalidad, perpetuando un sistema de salud basado en el "control", que se sostiene solo en la estabilización conductual y sintomática, sin apuntar a las bases de la Recuperación y re-generación de los vínculos entre el sujeto que padece de marginalidad y una sociedad que insiste en mantener su exclusión.

2. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES Y EQUIDAD EN SALUD MENTAL

El enfoque de Determinantes Sociales de la Salud considera que la salud de las personas está determinada en gran parte por las condiciones sociales en que estas viven y trabajan, mediadas por los procesos de estratificación social; postula que las desventajas comienzan antes del nacimiento y se acumulan en el curso de vida.

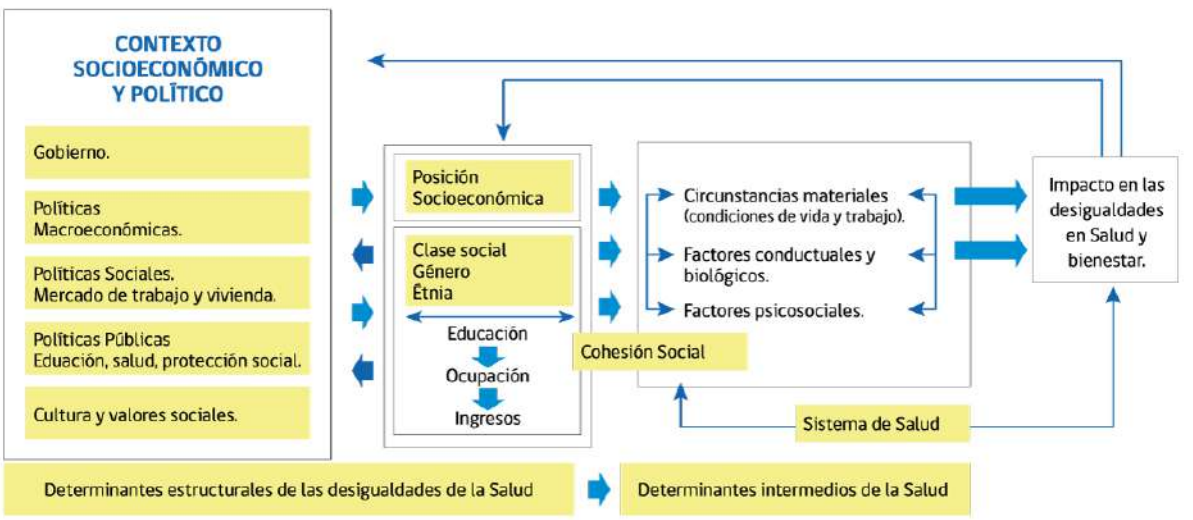
Este enfoque supera la concepción que centra exclusivamente en el individuo la responsabilidad de tener una "buena salud", relevando la importancia que tienen las influencias sociales y económicas que enmarcan y determinan las condiciones de vida, generando pobreza e inequidad. Asimismo, es necesario observar cuáles son las posibilidades que en el contexto del modelo económico imperante se otorgan para que las personas puedan gozar de una vida saludable.

Los Determinantes Sociales de la Salud interactúan con las disposiciones genéticas presentes en cada sujeto, influenciándose mutuamente. Dentro de estas condiciones, se encuentra el contexto socioeconómico, político y la posición socioeconómica, que conforman los determinantes estructurales (etnia género, nivel de ingreso, nivel educacional, ocupación).

También encontramos determinantes intermedios, como las circunstancias materiales (condiciones de vivienda y trabajo, acceso a servicios básicos y bienes de consumo) factores conductuales y biológicos (patrones de consumo alimentario, consumo de cigarro y alcohol, ejercicio,etc), factores psicosociales (factores de estrés, escasa red social y de apoyo) y el acceso restringido a servicios sanitarios y sociales que pueden desencadenar la exposición a riesgos que tienen un impacto directo sobre la salud y calidad de vida de las personas [8].

Los determinantes sociales constituyen un marco de referencia fundamental para el desarrollo de las redes de salud, dado que inscriben la acción de los sistemas sanitarios en un escenario de promoción de la equidad que debe integrarse a las estrategias de organización de una red de atención; situación que en salud mental resulta especialmente trascendente por el alto impacto de los determinantes sociales en la aparición y el curso de las enfermedades mentales, afectando la calidad de vida de la población.

Figura 1. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud (OMS)



Fuente: Solar e Irwin.

Desde esta mirada, las estrategias deben apuntar a promover la salud mental en todos los ámbitos de la vida humana [7], garantizando el pleno ejercicio de derechos de las personas a acceder a trabajo, educación, vivienda y otros derechos humanos, los que en el caso de las personas con enfermedad mental han sido históricamente vulnerados. Las acciones en salud mental requieren políticas y programas multisectoriales integrados además de las actividades específicas del campo de la salud [9]. Estas acciones conducirán a hacer posible la intervención de los contextos sociales y los modos de vida de las comunidades, que trascienden el enfoque biomédico centrado en la enfermedad y el enfoque comportamental centrado en los factores de riesgo.

En este contexto, intervenir los Determinates Sociales de la Salud posibilita también actuar sobre las inequidades, promoviendo así un enfoque de Equidad en salud. Según la OMS, Equidad puede ser definida como "la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente"[10]. Avanzar hacia la equidad en salud, implica introducir cambios en los determinantes estructurales e intermedios.

Las acciones de salud deben estar orientadas a minimizar las desigualdades evitables, en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos que producto de las inequidades ven afectada su salud mental de manera significativa, por lo que su abordaje y visibilización resulta fundamental [11].

A continuación, revisaremos algunos grupos poblacionales y la manera como se expresan en el ámbito de salud mental, los efectos de los determinantes sociales y las inequidades en salud.

2.1. Población trabajadora

Parte importante de las personas que ingresan al mundo laboral se ve enfrentada a un creciente tipo de riesgos, denominados riesgos psicosociales laborales asociados a cambios en el mundo del trabajo. Estos riesgos dicen relación con nuevas formas de organización de la producción y de las relaciones laborales con la introducción masiva de nuevas tecnologías, que se han traducido en diversas formas de intensificación del trabajo, con excesiva demanda física y mental, sea esta en extensión de los campos de trabajo o en la realización simultánea de múltiples tareas. A lo anterior, se suma el debilitamiento de los colectivos laborales y la erosión de las fronteras entre trabajo y vida privada.

Asimismo, las extensas jornadas laborales y los tiempos de traslado hacia los lugares de desempeño, influyen directamente en la calidad de vida de las personas, en tanto reducen al mínimo la posibilidad de covivencia familiar, la crianza y el tiempo libre, mermando las posibilidades de generar lazos sociales y una vida comunitaria plena.

La precarización del trabajo, reflejada en la pérdida de estabilidad laboral, tensiona al trabajador emocional y cognitivamente, lo que se traduce en un aumento de la carga psíquica y mental del rol del trabajo. Es relevante considerar que, además del deterioro de la salud mental de la persona trabajadora, la sobrecarga psíquica y física en relación al cumplimiento de otros roles que se desempeñan en otros ámbitos de la vida, limita los tiempos de descanso, ocio y los destinados a la actividad física, entre otros importantes para mantener la salud mental [12].

En Chile, los trastornos de salud mental asociados al trabajo se han ido posicionando como la principal causa de ausentismo laboral. La Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) mostró que para el año 2012, las enfermedades de salud mental de origen laboral habían aumentado un 87% en los últimos 12 años, representando un 24% del total de las enfermedades profesionales acogidas en la ACHS en ese año. Además, se acumularon 12.726 días perdidos por reposo laboral en el mismo período, lo que representa el 48% del total de días perdidos por enfermedad profesional y el 40% de los costos curativos asociados a enfermedades profesionales correspondieron a enfermedades de salud mental ocupacional durante 2012 [13].

Las licencias médicas por patologías psiquiátricas vienen aumentando año a año. Desde el 2008 estas se sitúan en el primer lugar como causa de licencia médica curativa, representando en el 2010 el 14% de todas las licencias solicitadas en el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

De acuerdo a la Primera Encuesta Nacional de Empleo, Salud, Trabajo y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile 2009-2010 [14], el 21% de los trabajadores refiere haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas en el último año, lo cual es significativamente mayor en las mujeres. El tramo etario de personas más afectadas se encuentra entre los 45 y 64 años (24,7%).

Las licencias médicas por patologías psiquiátricas vienen aumentando año a año. Desde el 2008 estas se sitúan en el primer lugar como causa de licencia médica curativa, representando en el 2010 el 14% de todas las licencias solicitadas en el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Figura 2. Distribución de licencias por enfermedad mental autorizadas según sexo [15].

Las licencias por enfermedad mental en las mujeres duplican la frecuencia de los hombres.

2.2. Mujeres y equidad de género

La incorporación del enfoque de género en la salud busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, en toda su diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su ciclo de vida.

Según la OPS, la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir que, mujeres, hombres en toda su diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables. La equidad de género en salud no es lo mismo que la igualdad, ya que no pretende establecer una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género [15].

Existen desigualdades en salud que no son explicables por las diferencias biológicas ligadas al sexo, más bien son atribuibles a la distinta exposición a riesgos de mujeres y hombres; y ocurren por la diferente disponibilidad de recursos para mantenerse saludables. Es decir, sólo se explican por factores culturales relacionados con los roles y relaciones de género. Por tanto, hay que considerar al género como un determinante social de la salud y diferenciar el perfil epidemiológico de cada sexo para el diseño de políticas sanitarias. La estrecha relación entre inequidades de género, etnia, pobreza, discriminación, violencia doméstica, abuso laboral, abuso sexual, morbimortalidad infantil, entre muchos otros problemas de salud, hace necesaria la inclusión de este determinante social en las orientaciones programáticas para la red asistencial.

La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 [16], señala que la prevalencia de síntomas depresivos en el último año fue de 17,2% en población general, significativamente mayor en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%), diferencias que se mantienen en los distintos estratos de edad. Los síntomas depresivos fueron significativamente mayores en el nivel educacional más bajo (20,8%).

Otro estudio sobre necesidades clínicas y psicosociales en mujeres que ingresan al programa de depresión en Chile [17], encontró un alto porcentaje de mujeres que tenían el antecedente de un episodio depresivo anterior (60,7%), un escaso apoyo social (55,7%) y sufrían violencia en su vida de pareja (51,4 %). Estas últimas dos condiciones se asocian a una mayor intensidad del cuadro depresivo, demostrando una fuerte relación entre la complejidad del cuadro, el aislamiento y la violencia. Estos estudios demuestran la fuerte relación entre el ser mujer y la ocurrencia de depresión por variables del entorno sociocultural.

2.3. Diversidad sexual [18]

Se puede hablar de Diversidad Sexual como un sector amplio y diverso de personas con orientaciones sexuales distintas a la heterosexual, o con identidades de género y de sexo que no son las esperadas socialmente [19], lo que produce inequidad, discriminación y exclusión. Incluir la diversidad sexual en la conceptualización del género contribuye a superar la mirada dicotómica polarizada de lo femenino/masculino o de mujer/hombre para avanzar a una perspectiva inclusiva que trascienda a las representaciones de las identidades de género que se han construido socialmente.

La identidad y orientación sexual son dimensiones constitutivas de la personalidad en la construcción de la forma de ser y habitar el mundo. En aquellas personas en que esta definición se constituye en un problema, toda la dimensión de la estructura de personalidad se afecta, impactando la relación consigo mismo y con los demás.

La asociación entre población Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero e Intersexual (LGBTI) y problemas de salud mental, ha sido entendida desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud [20]. Al respecto, se señala que la población LGBTI se ve altamente afectada por problemas de salud mental relacionados con el estigma y la discriminación. Específicamente, el modelo de stress en minorías [21] ha ofrecido una manera de comprender cómo la pertenencia a una minoría discriminada, deja expuesto al individuo a un entorno social hostil caracterizado por el prejuicio, el rechazo y la exclusión. Este entorno generaría problemas como depresión, abuso de sustancias, aislamiento social, conflicto con los pares y victimización, lo cual incrementaría los factores de riesgo individuales para el suicidio.

En la primera encuesta nacional sobre Diversidad Sexual, Derechos Humanos y Ley contra la Discriminación realizada por el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual Movilh, en todas las regiones del país durante el año 2013, mostró que el 74,5% de la población LGBTI ha sido discriminada al menos una vez en su vida en razón de su orientación sexual o identidad de género. Además, se encontró que la discriminación laboral o educacional ha afectado al 23,4% de la población LGBTI, la familiar al 15,7% y por los amigos/as al 3,5%, siendo particularmente grave el hecho de que el 11,2% dice haber sido discriminado/a en todos los espacios donde se desenvuelve [22].

En una reciente revisión sistemática sobre suicidio en población LGBTI [23] se destaca que todas las investigaciones revisadas muestran que las personas de la diversidad sexual tienen peores indicadores de salud mental (sintomatología depresiva y ansiosa, abuso de sustancias y conductas autolesivas) cuando se las compara con población heterosexual.

Por otra parte, los estudios revisados coinciden en señalar que la suicidalidad es un problema mayor en la población LGBTI presentando elevados índices de ideación e intento suicida. En términos comparativos se señala que la probabilidad es de hasta siete veces mayor entre jóvenes LGBTI que entre sus contrapartes heterosexuales. Ello en virtud de la constante discriminación, maltrato y exclusión de la cual son víctimas [24]. Finalmente, los niños, las niñas y los/as adolescentes de la diversidad sexual que sufren rechazo por parte de sus familias presentan ocho veces más riesgo de intento de suicidio que sus pares.[25] Con respecto al suicidio consumado en EEUU se estima que los suicidios de personas gay y lesbianas podrían dar cuenta del 30% del total de suicidios de ese país [23]. Abordar este fenómeno como un aspecto relevante en la salud mental de niños y jóvenes es uno de los caminos para tener adultos sanos e inclusivos.

Datos del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, del Ministerio de Salud [26] sugieren que el riesgo de suicidio es particularmente alto en las víctimas de bullying y, a su vez, datos de UNICEF (2011) plantean que el mayor grado de prejuicio en el país es hacia adolescentes LGBTI. Por lo tanto, los riesgos de ser víctimas de bullying, discriminación y maltrato aumentan en la medida que un niño, niña o adolescente se declara (o bien es percibido/a) diverso/a sexualmente. Este dato pone en relieve lo necesario que es garantizar el acceso a la salud mental de la población menor de 18 años como una estrategia de prevención ante la depresión y el suicidio.

Por otra parte, las organizaciones de la sociedad civil que trabajan sobre diversidad sexual en niños, niñas y adolescentes, señalan que: a) Es necesaria la formación de profesionales de los distintos sectores del Estado (educación, salud, justicia, etc.) pues no se considera la diversidad sexual, y hay confusión entre las categorías de sexo y género. B) Hay vulneraciones de derechos constantes hacia esta población, con alta predisposición al suicidio adolescente y al bullying por razones de su orientación sexual y/o identidad de género. Dentro de estas vulneraciones se encuentra la mutilación que se realiza a los niños y niñas que nacen intersexuales, por lo que no se les garantizan los derechos sexuales y reproductivos. Por otra parte, esta población sufre de expulsión familiar y situación de calle, y las familias desconocen cómo apoyar los procesos de identidad de género u orientación sexual diversa en sus hijos [18].

2.4. Pueblos indígenas [11]

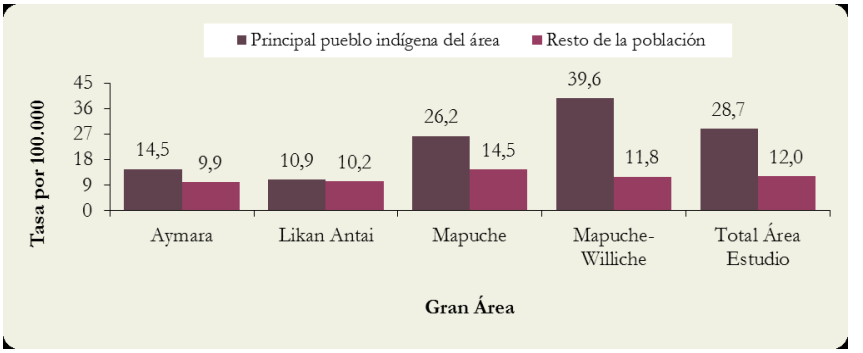
La incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud en la Red Asistencial y en el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria, debe entenderse como un proceso de reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de la población indígena del país a fin de construir espacios de participación con las comunidades indígenas, siendo recomendable, en algunos casos, la instalación de mesas de trabajo comunales, provinciales y regionales para abordar los problemas de salud que les atañen.

En el ámbito asociado a trabajo y planificación sanitaria, la cultura es un elemento clave, al vincularse con comportamientos, hábitos, estilos y formas de vida. Se relaciona con la "etiología" o causas de las enfermedades; con las prácticas y explicaciones que le atribuyen las personas a su proceso de enfermedad; así como también con las acciones y resguardos que toman para cuidar su salud. De esta forma, la cultura debe ser considerada en los procesos de atención de salud de las personas.

En estudios comparados sobre la situación de salud entre población indígena y no indígena realizados en nuestro país, han puesto en evidencia que los trastornos que más afectan a la población indígena están relacionados con depresión, suicidio y alcoholismo, lo que se explicaría por su exposición a condicionantes sociales, políticas, económicas y culturales particulares, diferentes a las de la población en general [27].

Se observa una tasa de suicidio en la población indígena de un 30,5% para el grupo entre 20 y 39 años [28], pero más allá de la variabilidad en la magnitud de estas tasas en las diversas áreas territoriales analizadas, lo significativo son las brechas con relación al resto de la población, alcanzado una mayor expresión en el área Mapuche-Williche, donde la población indígena tiene 3,3 veces más riesgo de cometer suicidio; le sigue el área Mapuche, con 1,8 veces más riesgo que el resto de la población; luego el área Aymara, con 1,5 veces; y, finalmente, el área Likanantay con un 1,1 es la población con menos brecha en relación al resto de la población [28].

Figura 3. Tasas ajustadas de mortalidad por Lesiones Auto Infligidas en población indígena



Específicamente, el grupo de jóvenes pertenecientes a pueblos indígenas de Chile, ha estado históricamente expuesto a situaciones de discriminación sistemática, desarraigo familiar, territorial y falta de oportunidades laborales, entre otras [29]. Las causas están asociadas a "la violencia estructural que se explican por la destrucción del modo de vida tradicional de las comunidades, por enfermedades, genocidio, usurpación de territorios y represión de su lenguaje y cultura" [29].

El Estudio Comparado de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile muestra que el 25,5% de los suicidios en población indígena ocurre en jóvenes menores de 20 años, proporción superior a la observada en los no indígenas, donde representan el 20,2%. Vale decir, que los suicidios entre los pueblos originarios se producen a edades más tempranas que en la población no indígena. De hecho, el suicidio es causa de 2 de cada 10 muertes en jóvenes indígenas de 10-24 años, segmento etario donde constituye la primera causa de defunciones [27].

Al indagar en las causas del suicidio en edades tempranas entre población indígena, se plantea que esto se vincula a la pérdida de confianza en los modos de entender y vivir la vida que han sido enseñados al interior de una cultura propia. Esto, como producto del cambio en el conjunto de conocimientos, lengua, instituciones sociales, creencias y valores que unen a las personas y les dan un sentimiento colectivo de identidad y pertenencia. La pérdida del territorio y del control sobre sus condiciones de vida; la supresión del sistema de creencias y la espiritualidad; el quiebre de instituciones políticas y sociales, sumado a fuertes procesos de discriminación racial han dañado seriamente su confianza, predisponiéndolos al suicidio, autoagresiones y otras conductas destructivas [30].

Considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención de salud, se puede plasmar en diversas acciones, tales como: implementación de procesos de sensibilización que faciliten la comunicación entre el personal de salud y las personas de comunidades indígenas; procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos para la pertinencia cultural de los servicios de salud; coordinación intersectorial e interdisciplinaria que genere estrategias y metodologías que favorezcan la integralidad y coherencia de las políticas y estrategias en salud; adopción del enfoque intercultural en programas que tengan como beneficiarios a personas pertenecientes a pueblos indígenas; transversalización del enfoque intercultural en programas cuyos destinatarios pertenecientes a pueblos indígenas tengan perfiles epidemiológicos[1] con marcado daño en la salud, entre otras acciones.

[1] A través del desarrollo de perfiles epidemiológicos diferenciados (2008-2013) efectuados en pueblos indígenas, ya se han identificado ámbitos críticos en la morbi/mortalidad de las personas indígenas, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, neoplasias, del sistema respiratorio, salud mental, mortalidad infantil y otros.

2.5. Población inmigrante

La inmigración a nuestro país es un fenómeno creciente que tiene implicancias sociales, económicas, culturales y de derechos humanos. El acceso a empleos en condiciones precarias e informales somete a los migrantes, especialmente a los no regulados, a condiciones de vida deficientes. Las situaciones de discriminación y entornos de vulnerabilidad que afectan a la población migrante están documentadas e incluyen las precarias condiciones de vida, la vulneración de derechos laborales, las desiguales oportunidades educativas para niños/as y jóvenes, y los obstáculos para acceder a atención de salud, entre otros.

Se ha estudiado que cuando personas inmigrantes logran cierto grado de adaptación a su nueva situación, se experimentan sentimientos y vivencias ambivalentes por el hecho de hallarse entre dos culturas. En el caso de los escolares y adolescentes, estas vivencias son más intensas. Es especialmente delicada la situación de los adolescentes por encontrarse inmersos en un proceso de cambio propio de la etapa vital y por la misma situación de inmigración a un nuevo contexto social, es decir, se ven enfrentados al cruce de dos edades y de dos culturas. Los adolescentes son los que presentan mayores dificultades de adaptación debido a que su proceso de socialización se interrumpe bruscamente, lo que dificulta el aprendizaje de nuevas estructuras culturales por la pérdida de la plasticidad infantil.

La interrupción de su proyecto vital en el país de origen, la ausencia de proyecto migratorio propio, al mismo tiempo que las posibles actitudes negativas en la sociedad de acogida y las dificultades de promoción cultural, educativa, social y laboral son factores que podrían entorpecer su proceso de adaptación haciéndolos más vulnerables que la generación anterior para manifestar enfermedades mentales.

El acceso a la salud de inmigrantes está determinado por barreras financieras, organizacionales e institucionales, por un lado, y por otro, por factores raciales, étnicos y culturales; destacando el no contar con una cobertura adecuada, desconocer la organización del sistema de salud del país de acogida y por el estigma de tener alguna enfermedad mental. Todas estas variables conducen a una búsqueda de atención de salud en forma tardía.

Un estudio sobre epidemiología de los trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante de la comuna de Independencia en Santiago de Chile mostró en relación a los trastornos mentales de población migrante adulta, que el 17,8% de la muestra presenta un trastorno psiquiátrico. El cuadro psiquiátrico más prevalente es el Trastorno Ansioso-Depresivo (6,0%), seguido por la Depresión Severa (3,2%), que alcanza cifras similares al Trastorno por Estrés Postraumático (3,6%). Estas 3 patologías tienen una prevalencia en conjunto de 12,8% [32].

El mismo estudio, en la submuestra de población escolar, mostró que un 32,4% de la población escolar entrevistada percibe tener un problema emocional o de comportamiento por el cual refiere necesitar ayuda. Además, la prevalencia de trastornos mentales en la población inmigrante infanto - juvenil es más alta que la de la población adulta inmigrante consultante al centro de salud primario (29,3% versus 17,8%) [32].

Otros datos interesantes que este estudio arroja son los siguientes [32]:

- Un 20% de la población escolar entrevistada presenta alguna patología psiquiátrica.
- Las mujeres presentan significativamente más patología psiquiátrica que los hombres.
- Un 30% declara sufrir maltrato físico grave en la actualidad.
- La presencia de trastorno emocional se correlaciona significativamente con la presencia de maltrato físico severo en el país de origen y actual.

El mismo estudio [32] concluye con respecto a la salud mental de estas personas, lo siguiente:

- La autopercepción de estas personas en relación a su salud mental es peor que la que tiene la población del país de acogida. Así también, la falta de apoyo familiar y de redes sociales, las diferencias culturales y el desconocimiento acerca de la organización del país de acogida, asoman como factores estresantes. El proceso de ajuste a una nueva cultura está influenciado por la edad, el sexo, el nivel educacional y la duración de residencia del inmigrante.
- Un determinante negativo de la salud mental son las malas condiciones laborales. Destaca la vulnerabilidad de las mujeres migrantes que se desempeñan como asesoras del hogar puertas adentro y de quienes tratan de regularizar su situación migratoria a través de la obtención de una visa sujeta a contrato.
- La población inmigrante acude en menor proporción a los centros de atención ambulatoria, sin embargo, presentan mayores tasas de hospitalización, explicándose esto por consultas tardías.

2.6. Refugiados

Otro grupo que ha comenzado a tener notoriedad en nuestro país es la población de refugiados que, dentro del fenómeno de la migración, constituye un grupo con características especiales debido a su estatus jurídico y político.

El desplazamiento de grupos humanos como respuesta a riesgos de vida en el contexto de conflictos políticos, religiosos, económicos, entre otros, es una realidad que ha afectado a la humanidad desde sus inicios. En la medida que se han establecido fronteras territoriales entre los paises, los desplazamientos de grupos humanos han ido asumiendo la característica de un problema.

Luego de la segunda guerra mundial y con la creación de la ONU, muchas de las situaciones de refugiados, desplazados y apátridas fueron visibiladas como parte de los aspectos de convivencia básica entre naciones que debían ser regulados para el respeto de los derechos humanos de estas personas.

El año 1950 nace la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), cuyo mandato es: "dirigir y coordinar la acción internacional para proteger y resolver los problemas de las personas refugiadas y apátridas en todo el mundo".

Las características y motivaciones de la población de refugiados son muy diversas, pero la búsqueda de refugio parte de la necesidad de abandonar el lugar de residencia por la exposición a riesgo de vida o de integridad física y, en este contexto, su desplazamiento es forzado.

La Convención de Refugiados de 1951 explica que un refugiado es una persona que "debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país" [31]. (artículo 1, letra a, numeral 2).

Podemos distinguir entre la población refugiada, los desplazados internos, correspondiente a personas que huyen de sus hogares por causas parecidas a las que motivan la huida de los refugiados, pero que no cruzan una frontera internacional; los solicitantes de asilo, que son quienes necesitan ayuda y asesoramiento mientras se aplica el estatuto de refugiado; y los apátridas que son aquellas personas que por diversos motivos de tipo jurídico no son consideradas como nacionales por ningún país.

Así como las personas que son afectadas por una emergencia o desastre natural sufren la pérdida de seres queridos, de sus bienes materiales y el distanciamiento temporal o permanente de sus redes sociales, los refugiados se ven expuestos a las mismas pérdidas y, por lo tanto, a los mismos factores de riesgo.

Si a ello sumamos los problemas que pueden significar los cambios culturales, de idioma y uso horario, entre otros, la posibilidad de sufrir enfermedades de salud mental es alta.

El Programa de Reasentamiento en Chile se inicia en el año 1999 con la firma de un "Acuerdo Marco" entre el Gobierno y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Desde ese año se ha aprobado el reasentamiento en nuestro país de 598 refugiados de distintas nacionalidades y provenientes de varios países. La mayoría de ellos son de nacionalidad colombiana que han llegado desde Costa Rica y Ecuador, dando cumplimiento a lo acordado en el Plan de Acción de México de 2004 para reasentar refugiados regionales. No obstante, Chile también ha estado abierto para recibir a refugiados de otros continentes, entre ellos afganos, iraníes, e iraquíes que han venido desde Azerbaiyán y Pakistán. Asimismo, en el año 2008 Chile acogió a 116 palestinos provenientes de Irak [32].

El objetivo fundamental de un Programa de Reasentamiento [32] es proporcionar a los refugiados la protección, seguridad y asistencia para que puedan vivir en paz e insertarse en la sociedad chilena, para lo cual es necesario realizar los arreglos institucionales adecuados para su planificación, coordinación e implementación.

2.7 Personas en situación de calle

La organización del sistema de salud en Chile, sumado a las exigencias y los requisitos de los establecimientos de salud, no considera aspectos específicos de este grupo como la ausencia de domicilio, las rutinas de sobrevivencia, el deterioro biopsicosocial que sufren y las dificultades para adherir a los tratamientos. Esta realidad lleva a situaciones de maltrato, agresión y rechazo en los intentos por vincularlos con el sistema de salud de la red pública [33].

La situación de calle configura un escenario que facilita el deterioro progresivo físico y mental de las personas, que se agudiza en la medida en que transcurre el tiempo viviendo en estas circunstancias y la exposición a múltiples factores de riesgo. A lo anterior, se suma que las estrategias de cuidado de la salud para esta población son postergadas hasta la presencia de alguna urgencia médica, en que acuden con patologías agravadas por distintos motivos, que son de compleja intervención y alto costo [33].

Según datos recogidos en 2011 en el "Segundo Catastro Nacional Personas en situación de Calle", [34], 1.886 personas (16,6%) reportó dificultad psiquiátrica, mental o intelectual. Un total de 3.329 personas, lo que equivale a un 29,3%, declaró presentar dificultad física o de movilidad, seguido por 2.898 personas (25,5%) que dijo padecer ceguera o dificultad para ver, aun usando lentes. Un total de 1.391 encuestados (12,2%) declararon sordera o dificultad auditiva, aun usando audífonos; y 793 personas (7%) acusó mudez o dificultad de habla.

Los resultados del catastro mostraron una elevada cifra de personas que presentan consumo de alcohol (40,5%) y de drogas (19%). Sobre la participación de estas personas en programas de prevención y rehabilitación, se reporta que un 19% de las personas catastradas participó en programas de tratamiento o rehabilitación para el consumo de alcohol y un 13% en programas de tratamiento para el consumo de drogas [34].

2.8. Personas privadas de libertad [35] [36]

La salud es un derecho humano, en tanto incide en varios aspectos de la persona y su diario vivir, afectando su estado de ánimo, sus conductas y capacidad de funcionamiento. En la población privada de libertad esto es un tema crucial, dadas las condiciones de encarcelamiento. El Estado se encuentra entonces, en una posición de garante del respeto de los derechos de las personas privadas de libertad.

En este sentido, se espera que las administraciones penitenciarias no solo sean responsables de prestar atención médica, sino que también cuenten con condiciones que promuevan el bienestar físico y mental tanto de las personas privadas de libertad como del personal. Para estos efectos, se debe proporcionar la revisión médica regular a las personas privadas de libertad, así como atención y tratamientos adecuados cuando se requieran[2].

En los recintos penitenciarios se dan una serie de condiciones que afectan la salud mental y la salud general de las personas privadas de libertad. Entre estos, se encuentra la situación de precariedad en cuanto a la seguridad de las personas al interior de estos recintos. Tanto la falta de personal suficiente para el exceso y composición de la población penal como el estado y distribución de estos recintos producen frecuentes riñas y deficiencias en el control que ejerce Gendarmería. Según estudios, el 31,5% de las muertes ocurridas al interior de recintos penales se debe a situaciones de violencia entre internos/as [37]. Por otro lado, al ser consultados los internos/as sobre si han sido objeto de agresiones por parte de funcionarios/as, el 52,2% de los condenados/as declaró positivamente frente al 34,1% de los imputados/as [37].

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es con frecuencia la causa individual más común de muerte en escenarios penitenciarios [38]. Una serie de factores presentes al interior de un recinto penal pueden conducir al suicidio [39].

El estrés producido por el impacto del encierro; la tensión propia de la vida en prisión; la violencia entre internos; el posible abuso de las figuras de autoridades; las adicciones a la droga o alcohol; las reiteradas agresiones físicas o sexuales por parte de otros presos ante la inacción de las autoridades; la ruptura de las relaciones sociales y los lazos familiares o de pareja; el sentimiento de soledad, desesperanza y abandono; la impotencia y la desconfianza hacia el sistema judicial por las reiteradas e injustificadas demoras en los procesos; la perspectiva de una condena larga; la falta de intimidad;

[2] Las disposiciones vinculadas al servicio médico en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos, son las siguientes [35]:

1) Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales.

2) Se dispondrá el traslado de los enfermos, cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, estos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional.

3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

la conciencia del delito cometido; y el impacto que puede tener en una persona el ser expuesto públicamente como un delincuente, dan lugar a un profundo sentimiento de indefensión en el interno [35].

En Chile se han realizado algunos estudios destinados a conocer más sobre las causas de los suicidios al interior de las unidades penales [37]. Uno de los principales hallazgos fue el aumento en el índice de suicidios, observándose una concentración en las cárceles concesionadas. Los suicidios ocurren principalmente en las celdas. La edad promedio de los suicidas es de 31 años, son de sexo masculino, y los casos generalmente se presentan durante los primeros años de encarcelamiento. Este mismo estudio constata que el 25% de las muertes dentro de la cárcel corresponde a suicidios [37].

Otro estudio ahonda respecto a los motivos que conducen a los/as reclusos/as a intentar cometer suicidios [40], se reportan estados internos que reflejan alteraciones anímicas y emocionales y que dan cuenta principalmente del proceso subjetivo de la situación de encierro propia de su reclusión. Este encierro, que implica la permanencia solitaria en lugares pequeños, con limitaciones considerables de la capacidad de desplazamiento voluntario, de las rutinas diarias y de las actividades que se pueden o no se pueden realizar, constituye el factor desencadenante de estados de angustia, depresión y tristeza [40]. Este mismo estudio observa que gran parte de los/as internos/as no recibía visitas porque su familia reside en otra región. Esto puede provocar carencias y problemas en el ámbito afectivo – familiar, lo que eventualmente podría desencadenar conductas suicidas [40] [35].

Entre los años 2005 y 2009 hubo un total de 87 personas internas fallecidas por suicidio en las cárceles chilenas [39].

Como lo han establecido algunos estudios mencionados en la Declaración de Estambul, la utilización de un régimen de aislamiento de las personas privadas de libertad puede causar graves daños psicológicos y a veces fisiológicos. Como señala el documento, las investigaciones han mostrado que entre un tercio y hasta un 90% de los reclusos/as sujetos a aislamiento muestran síntomas adversos en este régimen de reclusión. Así, por ejemplo, se ha documentado una lista de síntomas que van desde el insomnio, la confusión, hasta la alucinación y la psicosis. De esta forma, se precisa que los efectos negativos sobre la salud de los reclusos/as pueden producirse tras solo unos cuantos días de reclusión, y los riesgos para la salud aumentan con cada día transcurrido en esas condiciones [41].

Según manifiesta la Declaración de Estambul, la reclusión en régimen de aislamiento reduce el contacto social a un nivel de estímulo social y psicológico que para muchos es insuficiente para mantener la salud y el bienestar. Y que cuando la presión psicológica se utiliza intencionadamente como parte de los regímenes de aislamiento, estas prácticas son coercitivas y pueden constituir tortura [41].

2.9. Población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en protección de derechos por el Estado[3]

Según datos entregados por el SENAME [42], el área de Protección de Derechos, el año 2014, ingresó un total nacional de 111.440 niños, niñas y adolescentes. Dentro de las principales causas de ingreso a este sistema, se encuentran: la inhabilidad de uno o ambos padres; la solicitud de un diagnóstico familiar; y niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual. Un total de 43.292 niños, niñas y adolescentes ingresaron por abuso sexual y maltrato, lo que corresponde a un 38,8% del total ingresado el año 2014. De ellos, 34.016 fueron ingresados por maltrato físico y/o psicológico, lo que corresponde a un 78,6% del total de la población ingresada por alguna causa de violencia.

[3] La función de protección de derechos por parte del Estado, actualmente la lleva a cabo el Servicio Nacional de Menores, SENAME.

La principal causa de ingreso por maltrato se da en casos de negligencia y de niños, niñas y adolescentes testigos de violencia intrafamiliar, concentrándose las más altas cifras en menores de 11 años, siendo más afectados los niños que las niñas, entre los seis y siete años de edad.

Del total de la población ingresada por violencia, un 12,4% correspondiente a 7.861 casos fueron víctimas de abuso sexual. De estos, el 86,7% afectaron a niñas (6.813), concentrándose el más alto porcentaje de estas agresiones entre los 8 y 15 años de edad [42].

Considerando estos factores de vulnerabilidad, se han realizado estudios enfocados específicamente a esta población, buscando determinar la prevalencia de enfermedades mentales en este grupo de niños, niñas y adolescentes. De acuerdo a un estudio realizado en el marco del Programa Vida Nueva[4] existe una prevalencia de 69,1% de trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes, siendo los más prevalentes el riesgo de suicidio (45,3%) y la dependencia de drogas (40%), seguidos por los trastornos de conducta (disocial 25,7% y negativista desafiante 23,5%).

Este mismo estudio declara que existiría una brecha asistencial de 88,9% para responder a las necesidades de salud mental de esta población, la que va en aumento cada año.

Otro estudio [44] muestra que el trastorno más frecuentemente encontrado fue el abuso o dependencia al alcohol y otras drogas (28,5% del total de las patologías psiquiátricas), demandando cerca del 76,1% del total de las atenciones de urgencia debido a complicaciones, ya sea por intoxicación o síndrome de abstinencia, entre otros. Le siguieron en frecuencia, el Trastorno del Espectro Ansioso Depresivo (Depresión Mayor, Trastorno Ansioso, Trastorno por Estrés Post Traumático, entre otros) con un 14,6% del total de las patologías psiquiátricas declaradas; los Trastornos de Conducta con un 12,3%; el Retardo Mental o Deterioro Orgánico Cerebral con un 11,5%; el Trastorno por Descontrol de Impulsos con un 10,7 %; y los Trastornos de Personalidad en Desarrollo con un 10,5 %.

2.10. Adolescentes y jóvenes en conflicto con la justicia

Un 2,6% de la población total de adolescentes, entre 15 y 19 años, se encuentra en situación de conflicto con la justicia. Un estudio realizado en este grupo [45] identificó que está integrado mayoritariamente por adolescentes hombres (92,31%), cuyas edades fluctúan entre 16 y 17 años, donde menos de la mitad vive con ambos padres.

A partir de este estudio, se observan importantes antecedentes de vulneración y maltrato, alcanzando un 97,44% los casos de maltrato psicológico. Los índices de violencia intrafamiliar llegan a un 76,9%. En relación al abandono o negligencia por parte de las figuras parentales, un 94,87% de estos adolescentes presenta este tipo de vulneración, transformándose en una generalidad en la población de la muestra.

La caracterización socioeconómica familiar de los/as jóvenes les clasifica dentro de "indigencia urbana" en el 57,89% de los casos. En segundo lugar, sigue la clasificación de "pobreza urbana".

Por último, en relación a la pertenencia a pueblos indígenas, este mismo estudio muestra que el 5,13% de los adolescentes y jóvenes proviene de comunidades mapuches [45].

Algunos estudios [45][46] muestran una prevalencia de patologías mentales entre un 62 y 64% en adolescentes infractores de ley mostrando, además, alta comorbilidad de trastornos de conducta o disociales junto con patologías asociadas al consumo de sustancias y condiciones de alta vulnerabilidad social y económica.

[4] Actualmente, el Programa 24 horas se enfoca en población con protección por vulneración de derechos [43]. Este estudio no es representativo del total de la población de niños, niñas y adolescentes bajo el sistema de protección de derechos del SENAME.

2.11. Población adolescente con consumo de alcohol y otras drogas

En cuanto al consumo de alcohol, un estudio en población escolar muestra que las ya altas tasas presentaron un leve aumento respecto al estudio anterior [47]. El consumo de los hombres varió de 34,6% a 35,6% entre 2011 y 2013, mientras que en las mujeres pasó de 34,9% a 35,7% en el mismo período.

Cuando se analizan estos resultados por nivel educativo, se advierte que los cuartos medios tienen una prevalencia (51,4% en 2013) tres veces mayor a la observada en octavos básicos (16,6%), con un incremento de un 100% entre 8vo y 1° medio. La mayor prevalencia de consumo de alcohol se observa en los establecimientos particulares pagados (44,1%), seguidos de los subvencionados (36,0%) y en una menor medida los municipales (32,9%). Sin embargo, el consumo intenso (5 o más tragos por vez) se observa en adolescentes de establecimientos municipales con un 65,4% por sobre los subvencionados (61,8%) y particulares pagados (60,1%).

El consumo de marihuana aumentó significativamente del 19,5% al 30,6% en la población escolar, entre los años 2011 y 2013. A medida que aumenta el nivel educacional, aumenta su prevalencia, pasando de 15,7% en 8º Básico a 38,9% en 4º Medio, siendo consumida en mayor proporción en establecimientos municipales (31,5%) y particulares subvencionados (30,5%).

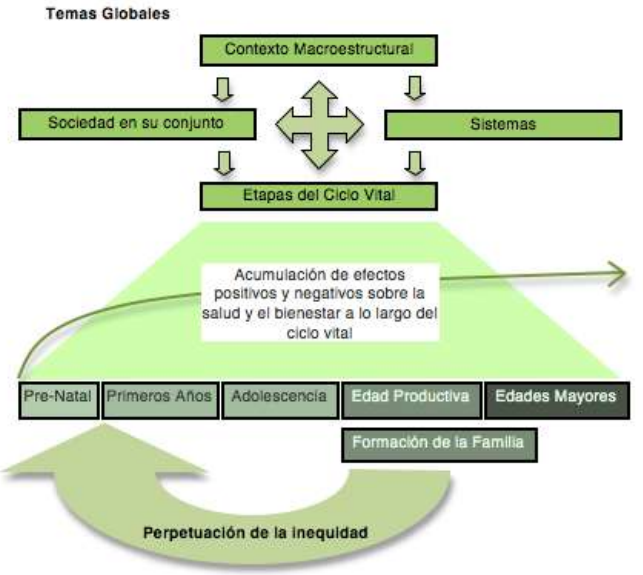
En población adolescente de 4º medio, el consumo de cocaína presenta una mayor prevalencia con un 5,1% y la menor se registra en 8º Básico (2,6%). La mayor prevalencia se observa en establecimientos municipales (4,5%), seguidos de particulares pagados (3,2%) y subvencionados (3,1%) [48].

El sistema de salud chileno debe asumir las necesidades de salud del grupo adolescente y su familia, ya que aún presenta brechas en el abordaje efectivo de los condicionantes que modelan muchos de los hábitos y conductas de riesgo para este grupo. Si bien estos hábitos y conductas no causan morbilidad y mortalidad inmediata, el daño se evidenciará en la etapa adulta [49].

3. Enfoque de Curso de Vida y Salud Mental

El curso de vida explica que la acumulación de factores a largo plazo genera riesgos y un daño acumulativo que contribuye a determinar la ausencia o presencia de una enfermedad mental, entre otros problemas de salud. Según este enfoque, invertir en acciones oportunas en cada etapa de la vida repercutirá en las siguientes, y el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en el período anterior [50].

Figura 4. Enfoque de Curso de Vida



Fuente: Adaptación de WHO, Social determinants of health [50].

3.1 Periodo prenatal

La etapa prenatal es un período crítico ya que tiene un impacto significativo en la salud del recién nacido. La salud materna es una condición particularmente importante durante el embarazo, donde el medio ambiente, la pobreza, la mal nutrición, el consumo de tabaco, alcohol, drogas, el estrés, o un exigente trabajo físico pueden afectar negativamente al desarrollo del feto y en etapas posteriores de la vida.

Los hijos/as de madres deprimidas tienen un mayor riesgo de tener bajo peso y retraso en el crecimiento [8]. En Chile, alrededor del 30% de las embarazadas sufre síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad. Si se consideran únicamente los trastornos depresivos que responden a criterios más estrictos, la prevalencia de depresión en este período es cercana al 10%. Entre los factores psicosociales de riesgo se encuentran: la historia previa de depresión, los eventos vitales adversos, la violencia intrafamiliar, el embarazo no deseado y la pobreza [51].

La depresión durante la gestación y el periodo posparto está asociada con problemas en los niños y niñas en variados aspectos del desarrollo. Numerosas investigaciones apuntan a dificultades en la edad temprana, que van desde problemas en el desarrollo del lenguaje, psicomotricidad, cognición, apego, aspectos emocionales internalizantes y externalizantes, funcionamiento interpersonal, problemas conductuales, alimenticios y neuroendocrinos. [52][53][54][55][56][57] [58].

Si bien, los efectos perjudiciales en el desarrollo de niños y niñas cuyas madres tienen depresión en la gestación o durante la etapa de postparto no son iguales, existe evidencia de que en ambos momentos se genera un efecto negativo en el desarrollo [59][60][61]. Asimismo, el riesgo de conductas suicidas en edades posteriores se duplica cuando el padre sufre de depresión, se triplica cuando es la madre la que la padece y se cuadriplica si ambos padres están deprimidos [62][63][52][64][65] [66][67].

3.2 Infancia

Desde la etapa prenatal hasta aproximadamente los seis años, acontece un período denominado como "sensible" o "crítico" para que ciertos aprendizajes específicos puedan realizarse de forma óptima, con resultados que son irrepetibles en cualquier otro momento de la vida.

Para que los niños y niñas desarrollen plenamente su potencial requieren satisfacer determinadas necesidades en cada una de las etapas de su crecimiento. Si ello no sucede, se pierde una ventana de oportunidad. El período más crítico lo constituyen los 3 primeros años de vida, etapa en la cual las distintas dimensiones del desarrollo del niño o niña están estrechamente relacionadas, de modo que la no satisfacción de una determinada necesidad impacta negativamente la satisfacción de las demás [68].

La fuerte interdependencia entre las distintas dimensiones del desarrollo (física, emocional, mental, social) implica que el apoyo al niño o niña necesariamente debe ser integral y acorde a las necesidades de la etapa en que se encuentra. Solo de esta forma es posible garantizar "equidad desde el principio", entendiendo esto como: niños y niñas físicamente saludables, mentalmente alertas, emocionalmente seguros, socialmente competentes y capaces de aprender, independiente de su origen social, género y conformación de su hogar. El espacio cotidiano privilegiado de la infancia temprana es local: la familia y la comunidad (barrio) [68].

La negligencia física y emocional, el abuso y el crecer en la presencia de violencia doméstica pueden dañar a los niños y niñas. La evidencia actual señala que un mayor número de eventos adversos en la infancia se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades mentales en etapas posteriores de la vida [69][70]. El insuficiente apego y estimulación, la negligencia y otros conflictos afectan negativamente el comportamiento social futuro, los resultados educativos, la situación laboral, social y económica de las personas, impactando a la salud integral de estas y su entorno [8] [71].

Estudios muestran que existen insuficiencias en el desarrollo infantil a temprana edad en niños y niñas de hogares que viven en condiciones de pobreza. Se observa que a los 2 años de edad entre 16% y 25% de los niños y niñas que viven en estas condiciones tienen un déficit en su desarrollo psicomotor, cifra que crece al avanzar la edad, alcanzando un 40% en el grupo etario entre 4 y 5 años. En zonas caracterizadas por la pobreza y ruralidad, la magnitud del déficit a los 2 años puede llegar hasta el 35% y en primero básico, a más del 50% observándose atrasos en el desarrollo del lenguaje [68].

Otras investigaciones señalan que, con alta probabilidad, los niños con rezago en su desarrollo enfrentarán problemas en el sistema escolar (menor rendimiento, probabilidad de repitencia y deserción, desajustes emocionales y de conducta) y en su vida adulta [72].

El trastorno hiperquinético es de alta prevalencia en la población de niños y niñas preescolares (1% a 2%), escolares, adolescentes y población adulta. Es heterogéneo en su etiología, presenta un curso crónico y tiene una alta comorbilidad, pudiendo afectar el desarrollo de las funciones neurocognitivas y la estructuración psicoemocional [73]. Este trastorno genera una alta vulnerabilidad para el desarrollo normal de niños y niñas, produciendo distintos grados de discapacidad social que se agravan si el trastorno perdura en la adolescencia y la adultez. El rol de los factores psicosociales en la evolución y el pronóstico de este trastorno son relevantes, lo que hace necesario realizar el diagnóstico y un tratamiento multimodal que considere aspectos individuales, familiares y sociales.

Los niños y niñas con trastorno hiperquinético, comparados con sus pares sin este diagnóstico, están en mayor riesgo de tener bajas calificaciones escolares, desorden específico del aprendizaje, repetir de curso, bajar su autoestima, sufrir ansiedad, ser rechazados por sus pares, abusar de las drogas, desertar de la escuela, etc. La mitad de los casos persisten en la adolescencia y más de la mitad de los adolescentes con este trastorno mantienen esta condición hasta la vida adulta [73].

Finalmente, el estudio disponible sobre epidemiología psiquiátrica en niños, niñas y adolescentes [74] arroja que, en Chile, para el rango de edad entre 4 y 11 años, existe una prevalencia total del 27,8% (19,3% en niños y 25,8% en niñas) para cualquier enfermedad mental con discapacidad psicosocial. Este mismo estudio muestra que variables como: ser mujer, presencia de psicopatología en la familia, familias monoparentales, deserción escolar, antecedente de maltrato, haber sufrido abuso sexual, bajo nivel socioeconómico, disfunción familiar, entre otras, presentan una asociación significativa con alguna enfermedad mental.

3.3 Adolescencia

La adolescencia es, después de la infancia, la segunda etapa más vulnerable del ciclo vital, donde se produce el riesgo de adquirir la mayoría de los hábitos no saludables que tienen consecuencias negativas para la salud en las posteriores etapas de la vida, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas, sedentarismo, mal nutrición y actividad sexual sin protección [49]. En esta etapa, al igual que en la infancia, son los contextos familiares y escolares, los espacios protectores o de riesgo más importantes para la salud mental.

El 4to estudio realizado por UNICEF [75] muestra que el 71% de la población adolescente estudiada, recibe algún tipo de violencia de parte de su madre y/o padre. Un 51.5 % sufre algún tipo de violencia física y el 25,9% sufre violencia física grave. En el nivel socioeconómico bajo, un 10,8% de los niños y niñas declara haber sufrido abuso sexual, cifra superior al 6,7% que se da en el nivel medio y al 5,9% del nivel alto. A su vez, este estudio señala que del total de menores de edad que han sufrido abuso sexual, el 75% son mujeres. Un 40% de los niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual tienen padres que pelean hasta golpearse.

El estudio ya mencionado sobre epidemiología psiquiátrica en niños, niñas y adolescentes [74], señala que, para el grupo etario entre 12 y 18 años, existe una prevalencia de 16,5% para cualquier trastorno, siendo los más frecuentes los trastornos disruptivos (8,0%), los trastornos ansiosos (7,4%) y los trastornos depresivos (7,0%). El diagnóstico disruptivo más prevalente fue el Trastorno de Déficit Atencional/Hiperactividad, donde las diferencias de género no son significativas.

La importancia de estudiar la salud mental de niños y adolescentes se evidencia cuando se observa que al estudiar a adultos con problemas psiquiátricos y al pedirle recordar sus primeros síntomas "cerca del 80% de los sujetos que sufría de T. depresivos, ansiosos o abuso de drogas, informó haber comenzado antes de los 20 años" [74] (pp. 522).

El suicidio en adolescentes es la segunda causa de muerte a nivel mundial, como se muestra en el apartado 3.6 Suicidio en el curso de vida. En tanto, en el capítulo Enfoque de determinates sociales y equidad en salud mental, se hace referencia a poblaciones específicas dentro de la adolescencia.

3.4 Personas adultas

La adultez es el momento del curso de vida donde la población mayoritariamente forma familia, se reproduce, crea lazos afectivos, establece convivencia y concentra el mayor peso productivo del país. Las desigualdades e inequidades en salud no resueltas con anterioridad a esta etapa, propician un mayor deterioro de la condición de salud, a lo que no está ajena la dimensión de la salud mental.

El Estudio de Epidemiología Psiquiátrica de Vicente [76] mostró que un 31,5% de la población estudiada, de 15 años o más, había tenido un trastorno mental a lo largo de su vida, mientras que un 22,2% había tenido un trastorno en los últimos 6 meses. Este estudio también muestra una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia para cualquier trastorno y comorbilidad. Los principales trastornos los constituyen los ansiosos, seguido por los afectivos, y entre estos predomina la depresión mayor con un 9,2% de prevalencia de vida y de 5,7% en los últimos 12 meses.

En relación a la esquizofrenia, el Estudio Chileno de Prevalencia Psiquiátrica [76] mostró una prevalencia de vida de 0,9% y de 6 meses de 0,3% para toda la población, con cifras menores para hombres (0,6% de vida y 0,01% a los 6 meses) que en mujeres (1,1% de vida y 0,7% a los 6 meses)

Por otra parte, el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad [77], establece que en Chile hay 348.057 personas en situación de discapacidad mental, es decir, un 2,2% de la población. Así también, este estudio muestra que la discapacidad es 4 veces más frecuente en la adultez que en niños/as y 14 veces más en población adulta mayor.

En grupos con condición socioeconómica baja la discapacidad es dos veces más frecuente que en población con condición socioeconómica media alta. En la actualidad, los estudios disponibles no permiten extraer con mayor profundidad datos en relación a salud mental y discapacidad, lo cual impone un desafío para futuras investigaciones.

3.5 Personas adultas mayores

La cultura es un determinante que condiciona la forma en que se envejece en una sociedad en particular, así es como los valores y las tradiciones determinan en gran medida la forma en que una sociedad considera a las personas mayores y el proceso de envejecimiento.

Chile, al igual que el resto de Latinoamérica, ha tenido un proceso de envejecimiento acelerado. A este fenómeno se asocia el descenso sostenido de la mortalidad desde fines de los años 40 y la baja en la fecundidad, a partir de la década del 60. La esperanza de vida ha aumentado, por lo que se estima que para el 2025 se produzca un cruce demográfico en donde la población mayor de 60 años será más que la menor de 15 años.

Los estudios muestran que el envejecimiento poblacional se caracteriza por la feminización de la vejez, dado que las mujeres viven en promedio seis años más que los hombres. De acuerdo a los datos del Observatorio Demográfico, INE-CEPAL [78], la esperanza de vida para las mujeres es de 82,8 años y para los hombres de 76,7 años (quinquenio del 2010 al 2015). El promedio para el total de la población es de 79,7 años, cifra que es superior al promedio de América Latina (74,3 años).

De acuerdo al estudio de prevalencia de trastornos mentales ya mencionado [76] las personas sobre 65 años tienen una prevalencia de trastornos mentales de 11,9% en el último año. En ellos predominan los trastornos por uso de sustancias (7,4%), los trastornos de ansiedad (4,4%) y los trastornos afectivos (3,7%).

La Encuesta Nacional de Salud entregó cifras de síntomas depresivos en este rango de edad, de 11,2% en el último año, siendo estos 4 veces más frecuentes en mujeres (16,9%) que en hombres (4,1%) [79].

Las personas adultas mayores presentan una prevalencia de deterioro cognitivo de un 10,4%, siendo esta condición más frecuente en el grupo de 80 años y más (20,9%), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres en esta dimensión. Esta encuesta refiere también que, a menor nivel educacional, la prevalencia del deterioro cognitivo aumenta.

Se estima que actualmente en Chile, el 1,06% de la población total del país presenta algún tipo de demencia. El 7,1% de las personas de 60 años y más (7,7% en mujeres y 5,9% en hombres) presenta deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 años muestra un aumento exponencial, alcanzando 13% en las personas entre 75 -79 años y 36,2% en los mayores de 85 años [80]. Dentro de los subtipos de demencia, la denominada Enfermedad de Alzheimer, es la más frecuente en los grupos más envejecidos [81].

El aislamiento social y la soledad en la vejez están relacionados con un declive del bienestar tanto físico como mental. En la mayoría de las sociedades, los hombres mayores suelen tener menos redes sociales de apoyo que las mujeres mayores. Sin embargo, en algunas culturas las mujeres mayores que se quedan viudas son sistemáticamente excluidas del núcleo de la sociedad o, incluso, rechazadas por su comunidad.

Las personas mayores se encuentran más expuestas a vivir situaciones de violencia y maltrato, sobre todo las mujeres. Esta violencia es cometida frecuentemente por miembros de la familia o por cuidadores institucionales conocidos por sus víctimas.

En los determinantes económicos, existen tres aspectos que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social. Otro determinante relevante para este grupo poblacional son los servicios de salud mental, que desempeñan un papel crucial en el envejecimiento activo. Estos servicios deben formar parte integral de la asistencia de larga duración.

3.6. Suicidio en el curso de vida [82]

La conducta suicida y las muertes debidas a ella constituyen una creciente preocupación mundial. Cerca de 800.000 personas mueren anualmente por esta causa. Por cada muerte intencional se estima que hay 20 intentos de suicidio y que, alrededor de unas 50 personas están presentando ideación auto lítica. El 75% de suicidios se concentra en países de ingreso mediano y bajo [83].

A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años, precedida solo por los accidentes de tránsito. La tasa promedio mundial de suicidio es de 11,4 por 100.000 habitantes, siendo el doble en hombres que en mujeres. [83] En Chile esta relación ha sido en promedio de 5:1 con una tendencia a estrecharse en los últimos años, llegando a una relación de 4:1 en el año 2015.

Chile presentó un incremento progresivo en la tasa de suicidios en población general entre los años 2000 y 2008, subiendo de 9,6 por 100.000 habitantes a 12,9 por 100.000 habitantes. Desde entonces la tasa ha bajado gradualmente a una cifra similar a las del año 2000, llegando el año 2015 a 10,2 por 100.000.

Chile, con tasas de suicidio cercanas al promedio mundial, comparte preocupación por este fenómeno. El suicidio constituye una realidad que debe ser enfrentada en forma seria y consistente, por lo cual Chile se ha sumado a los países que han desarrollado estrategias nacionales, mediante el Programa Nacional de Prevención del Suicidio que se viene instalando en el país desde el año 2007 [84] y que incluye las estrategias más costo-efectivas que la experiencia mundial ha demostrado en la reducción del suicidio y se basa en las indicaciones de la OMS: identificar a la población en riesgo y ofrecerles atención de salud mental; disminuir el acceso a medios letales mediante programas regionales intersectoriales preventivos, y aumentar la pesquisa y primera respuesta a personas en riesgo suicida.

En población infanto adolescente se observó una curva similar. En el grupo de 10 a 14 años se elevó desde una tasa de 1 por 100.000 el año 2000 a 2,2 por 100.000 el año 2008 para luego descender a 1,7 por 100.000 el año 2015. En tanto, en el grupo de 15 a 19 años la tasa de suicidio se incrementó desde 8,6 el año 2000 a 12,9 el año 2008, para luego descender a 8,1 por 100.000 el año 2015. Los adolescentes hombres son quienes registran una mayor tasa de suicidios consumados, 2 a 3 veces más que en adolescentes mujeres[5] [85].

El año 2015 se produjeron 1.835 muertes por suicidio equivalente a una tasa de 10,2 por 100.000 habitantes y aun 1,8% de todas las muertes ocurridas en el país (103.327 muertes en total, lo que representa una tasa de 5,7 muertes por 100.000 habitantes). Del total de muertes por suicidio, 1.457 se produjeron en hombres (79%), 107 en adolescentes de 15 a 19 años (5,8% del total). En las personas entre 15 y 29 años el número de suicidios llegó a 482 (26,3% del total).

Si bien son las personas mayores las que presentan las mayores tasas de suicidio, en la población adolescente y de adultos jóvenes representan una de las principales causas de muerte.

Entre los estudios con potencial importancia preventiva realizados en nuestro país, debe mencionarse el de Florenzano y colaboradores, efectuado en 2.300 escolares entre 13 y 20 años [86]. Este estudio realizado en tres regiones del país investiga la asociación entre estilos parentales e ideación suicida, concluyendo que los estilos parentales asociados a mayor ideación suicida se caracterizan por un elevado control psicológico, baja aceptación, baja amabilidad o pobre relación con el padre o la madre. Así mismo, el estudio de Gómez y colaboradores [87] cuyo objetivo fue indagar en la potencial asociación entre indicadores de desigualdad socioeconómica y riesgo de suicidio en adolescentes, mostró que vivir en situación de monoparentalidad podría afectar más a los y las jóvenes chilenos de entre 10 y 19 años; en especial, al género femenino.

En población adulta de 20 años y más, el año 2000, Chile tenía una tasa de suicidio de 13,7 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes, [88] y el año 2015 alcanza una tasa de 13,1 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes. A nivel nacional, mueren por suicidio entre 5 a 6 personas al día, lo que representa cerca del 2% del total de muertes [89].

La tasa en mujeres es de 4,1 por 100.000 y en hombres llega a 18,5 por 100.000 [88]. Sin embargo, según los registros de los sistemas de vigilancia instalados en las SEREMI de Salud, en Chile , la razón hombre-mujer es en promedio 5:1 [90]. Es importante señalar que, si bien, el riesgo de suicidio aparece en los tramos de edad mayores a 15 años, aumenta después de la quinta o sexta década,

[5] Las cifras de suicidio en personas pertenecientes a pueblos indígenas son mayores a las del resto de la población del país. Esta situación se aborda en el punto 2. Enfoque de Determinantes Sociales y Equidad en Salud Mental, en el apartado d) dedicado a la situación de salud mental en Pueblos Indigenas.

principalmente en los hombres. Visto en términos poblacionales, las muertes por suicidio se acumulan en los tramos de edad intermedia, entre los 20 y 54 años, acumulando cerca del 70% de todas las muertes por esta causa. Por otra parte, el peso relativo de las muertes por suicidio sobre el total de las muertes ocurrido en cada tramo de edad es especialmente relevante en los tramos más jóvenes. En 2013, en los tramos de 15 a 29 años, las muertes por suicidio correspondieron a cerca de un quinto de todas las muertes ocurridas, más que el doble que lo observado a nivel mundial [82].

En cuanto al suicidio en adultos mayores, este grupo presenta las tasas más altas, las que han fluctuado en los rangos de 15,5 a 13,2 del año 2000 al 2015 para ambos sexos. El suicidio es 7,1 veces más frecuente en adultos mayores hombres que en mujeres, según datos DEIS del año 2015.

De acuerdo a los planteamientos de la OMS [91], en llo referente a prevención del suicidio, urge prestar especial atención al insuficiente diagnóstico de las enfermedades mentales (sobre todo la depresión) y a los índices de suicidio entre las personas mayores.

4. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental

A partir de la reforma sanitaria del año 2005, la política pública en salud en nuestro país ha impulsado como eje central el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Este se entiende como un "modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer – incluido el intersector – y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales" [92] (pp:12).

Figura 5. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario

Fuente: Minsal, 2013. [93]

Por otra parte, el **Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental,** surge en contraposición al modelo asilar, incorporando a la atención de las personas con enfermedad mental el ejercicio de derechos y un enfoque de calidad. Reconocer y abordar las necesidades de esta población con un enfoque integral, determinará positivamente la evolución de su enfermedad y su bienestar. Las condicionantes como el estigma, la marginación social o laboral, la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones, y la transgresión de los derechos ciudadanos de las personas con enfermedad mental, complejizan y cronifican los procesos de Recuperación. Estos determinantes sociales requieren ser considerados en la atención y cuidado de toda persona que tenga una enfermedad mental; el no hacerlo, tiene impacto en la adherencia y continuidad del tratamiento, la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida.

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental presta especial importancia a la persona que padece una enfermedad mental severa y persistente, su familia y en el impacto que esta condición de salud tiene en su entorno; así también, en cómo este entorno contribuye a la Recuperación de las personas, favorece la inclusión sociocomunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional.

Este modelo se integra y complementa con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria que aborda los problemas de salud general, incluidos los problemas salud mental, abarcando todos sus ejes. Ambos modelos coexisten y se relacionan dinámicamente en el contexto de la salud mental, reconociendo a las personas como parte de un grupo familiar y una comunidad, bajo los principios de integralidad, territorialización, ejercicio de los derechos humanos y continuidad de cuidados.

La atención comunitaria en salud mental se basa en la existencia de tres elementos centrales interrelacionados [94]:

a) Trabajo en red: Los dispositivos por sí solos, aunque sean diversos y múltiples, no garantizan el trabajo en red; es una condición necesaria, pero no suficiente. La constitución de la red no reside en los dispositivos "o nodos" que la forman, sino fundamentalmente "en las cuerdas" (siguiendo la misma metáfora), es decir, en las relaciones o entramados de vínculos entre las instituciones o entre las personas de las mismas. Cada integrante del equipo debe aportar a una tarea común, que se despliega en torno a unos objetivos comunes, dirigida a un sujeto concreto con necesidades de cuidados, en una red de salud coordinada con otros sectores de manera horizontal. La red de salud mental no solo es parte del sistema sanitario, sino de un sistema social más amplio, donde el sujeto se construye.

b) Abordaje de la psicopatología basada en una concepción de sujeto de relación: La atención en salud mental debe entender al sujeto en un entramado de vínculos con otros, a través de los cuales se construye a lo largo de la vida. De este modo, cuando la persona se enferma, se comprende que los síntomas son de alguien y suceden en un contexto determinado de relación interpersonal, de momento biográfico, de alteraciones biológicas, entre otros elementos. Por tanto, se debe trascender la psicopatología de los síntomas, lo que implica que el/la profesional debe tener la capacidad para identificar los signos y síntomas, es decir, debe catalogar y saber a qué atenerse cuando se habla de delirio, anhedonia, fabulación, etc., pero debe trascender este nivel para interesarse sobre el portador de estos síntomas. En este sentido, los síntomas no pueden separarse de la persona que los experimenta en un momento dado de su historia, su curso de vida y su entorno.

c) Gestión clínica: Configura un espacio que integra las mejores prácticas clínicas con las mejores prácticas de gestión, dirigidas a la prestación de un servicio de calidad a las personas. Integra dos dimensiones determinantes de la calidad de los resultados en las organizaciones sanitarias: la dimensión del conocimiento médico y la dimensión del conocimiento de gestión. En este marco los gestores y clínicos participan de un objetivo común al servicio del cual ponen su conocimiento y esfuerzo profesional, y se implican igualmente.

5. Atención comunitaria en salud mental

Respecto a la atención comunitaria en salud mental, es necesario considerar los siguientes aspectos:

5.1 Promoción de salud mental comunitaria

Consiste en llevar a cabo políticas de desarrollo comunitario de amplio espectro, que generen entornos y condiciones de vida que resguarden el desarrollo integral de las personas, comunidades o barrios, para favorecer modos de vida saludables [95]. La promoción, entonces, debe reconocer dimensiones previas a la emergencia de las enfermedades, para lo cual es esencial la participación de otros sectores del Estado: Educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda, municipios, ONG, entre otros actores que, con sus prácticas y políticas públicas, impactan en la calidad de vida de las personas y sus comunidades. Trabajar con ellos permitirá encauzar acciones intersectoriales que contribuyan a favorecer la salud mental de la población, resguardando no moldear, desde lo sanitario, la esencia de la comunidad.

Es preciso señalar que la especificidad en salud mental está dada por la incorporación/inclusión de la dimensión subjetiva en las acciones generales de promoción de la salud, constantemente omitida en los modelos de atención en salud. Se debe poner especial atención en el vínculo que se produce en el encuentro entre el equipo, la persona usuaria y su entorno, ya que esta relación es fundamental tanto para el devenir del tratamiento, como para la mejora en la salud. En este sentido, se promueven "prácticas en salud basadas en lo relacional, en donde el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo" [96].

Es de máxima relevancia la participación de la comunidad en la discusión y en la elaboración de políticas y prácticas de promoción en salud mental "para constituirse en un camino hacia la organización comunitaria". De esta forma, la comunidad genera las herramientas necesarias para "la transformación hacia una comunidad más inclusiva; ya que, para que las personas con padecimientos mentales puedan ser asistidas en su comunidad, esta también debe estar preparada."

Se pueden diferenciar, entonces tres componentes en los cuales debe anclarse toda acción que vaya en la línea de promoción en salud mental: participación activa de la comunidad; transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios; y constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades.

5.2 Prevención en salud mental comunitaria

En el contexto del modelo comunitario y de determinantes sociales, la prevención constituye un esfuerzo por conocer, promover y apoyar las capacidades de autogestión de las personas, familias y comunidades frente a condiciones y riesgos para la salud mental, especialmente aquellos que configuran entornos con altos niveles de vulnerabilidad, marginación y exclusión social.

Con la prevención se busca fortalecer, por un lado, aquellas condiciones protectoras identificadas en una comunidad y por otro, contrarrestar los efectos que tienen los determinantes sociales desfavorables sobre la salud de grupos, familias y comunidades.

Las estrategias preventivas deben identificar aquellos condicionantes que moldean los estilos de vida y producen crisis recurrentes asociadas a hábitos y conductas que predisponen la ocurrencia de enfermedades mentales en las personas. Esto supone buscar estrategias y acciones colectivas basadas en la intersectorialidad, que impacten en esos condicionantes del daño [97].

Con esta visión, se deben desarrollar estrategias de prevención desde los servicios locales, como las dirigidas a la disminución del estigma o a la concientización de la población general en temas de salud mental, entre otras. Estas estrategias deben ser pensadas y gestionadas con una lógica comunitaria e intersectorial, impulsando el potencial de colaboración entre los equipos y la comunidad misma, y basándose en las características específicas de las comunidades territorializadas, respetando sus sentidas necesidades.

5.3 Detección Precoz

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 [98] plantea que en la APS las actividades de salud mental se organicen en 2 componentes: uno de acciones de promoción y prevención de la salud mental y el otro componente de detección precoz, diagnóstico y atención integral, accesible, oportuna y eficaz a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales. Enfatiza además el trabajo de detección precoz en poblaciones específicas, donde existen riesgos también específicos.

Uno de los focos de esta detección precoz es la psicosis en jóvenes, ya que existe suficiente evidencia que permite sustentar que durante el primer episodio de psicosis se producen cambios importantes a nivel neurobiológico y psicosocial, que determinan en forma sustancial el pronóstico futuro, especialmente en lo que se refiere al grado de funcionamiento global y a los niveles de discapacidad ("hipótesis del período crítico"). A su vez, hay evidencia que demuestra que un menor tiempo de psicosis no tratada durante el primer episodio se asocia con un mejor pronóstico. Esto ha motivado el desarrollo de intervenciones que permitan una detección lo más temprana posible desde el inicio de los primeros síntomas de la psicosis. Los resultados obtenidos – todos en países desarrollados – muestran una notable mejoría en el tiempo de psicosis no tratada, en la Recuperación y pronóstico de la enfermedad, así como en la reducción de riesgos asociados (tales como el consumo de drogas y el suicidio). Además, existe consenso sobre la importancia y el potencial que tiene desarrollar en Atencion Primaria intervenciones orientadas a la detección temprana de las personas que cursan su primer episodio de psicosis, con la finalidad de reducir la fase de psicosis no tratada. Estos antecedentes han permitido que la OMS haya recomendado que los países adopten políticas al respecto, orientadas a la detección temprana de personas con episodios de psicosis [99].

El Informe de La Salud Mental en el Mundo OMS 2001 muestra ejemplos de efectividad en detección precoz de personas con esquizofrenia y personas con consumo alcohol alto de riesgo. Además enfatiza la importancia de detectar tempranamente otras condiciones, tales como el retraso mental (que en muchos casos puede ser prevenido eficazmente) y los trastornos del desarrollo, debido a la gravedad que revisten y la pesada carga que impone a sus familias y Servicios de Salud, y recomienda además las intervenciones tempranas en los primeros cinco años de vida para acelerar el índice de adquisición y desarrollo de nuevos comportamientos y aptitudes, potenciar el funcionamiento independiente y minimizar el impacto de la deficiencia.

La OMS recomienda la capacitación a los equipos de Atencion primaria para desarrollar acciones de detección precoz en Salud Mental y el trabajo activo para que la comunidad genere conciencia de la importancia de esta, promoviendo así una activa colaboración entre ambas [91].

5.4 Atención y cuidados en salud mental comunitaria

Se centra en la persona que presenta un problema o enfermedad mental y su contexto, para mantener o recuperar su capacidad de relacionarse con los otros, desarrollar un proyecto de vida y participar de la vida en comunidad. La atención y el cuidado contemplan el trabajo con la persona, su familia, red de apoyo y comunidad como parte fundamental del proceso de Recuperación. Esto adquiere un profundo sentido terapéutico, en tanto la enfermedad mental afecta las condiciones subjetivas para vivir con los otros, soportar los conflictos de la vida en común, desarrollarse y mantener habilidades para generar vínculos satisfactorios, lo primero que se pierde como consecuencia de la enfermedad [100].

Las personas con necesidades de atención en salud mental, entre las que se incluye a aquellas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (muchas veces discriminadas), en múltiples ocasiones carecen de oportunidades, siendo habituales en su vida, el aislamiento y la ausencia de redes de apoyo social; lo que se agrava con el estigma y la discriminación.

Por otro lado, si estas personas cuentan con una adecuada red social, si las expectativas de los familiares y otras personas de su entorno respecto a su Recuperación son positivas y reales y si tienen posibilidades de acceder a un rol productivo, mejorará su pronóstico.

En este sentido, la atención y el cuidado debe incorporar una perspectiva rehabilitadora en la línea de la Recuperación[6]. Los profesionales y los servicios deben pasar de la perspectiva centrada en el control de los síntomas y la conducta a una centrada en el desarrollo de un proyecto de vida, es decir, orientada a propiciar un cambio en las relaciones de ese sujeto con su entorno y sus condiciones sociales, adaptándose a las necesidades y tiempos de cada persona. Esto implica privilegiar la calidad de vida, por sobre la completa remisión de los síntomas.

Para incorporar a la atención y el cuidado las consideraciones señaladas, es necesario contar con servicios organizados en red "que faciliten la participación activa de la comunidad; la eliminación de la estigmatización y la discriminación; la mejora de la legislación y de las actitudes públicas con miras a eliminar barreras a la integración en la comunidad (...)" [94].

Esta realidad empuja al desarrollo de una amplia gama de servicios que prevengan la hospitalización, con foco en la atención y cuidados ambulatorios, suficientes, focalizados e intensivos, de acuerdo a las necesidades contingentes de cada persona.

[6] Usamos la palabra "Recuperación" para referirnos a un enfoque centrado en el desarrollo de un proyecto de vida, orientado a propiciar un cambio en las relaciones del sujeto con su entorno y sus condiciones sociales, que se adapta a las necesidades y tiempos de cada persona, denominado Recovery en idioma inglés. La escribimos con R mayúscula para evitar confundirla com la palabra "recuperación": acción y efecto de recuperar o recuperarse, cuyo significado solo cubre parcialmente las implicancias del término Recovery.

La atención y cuidados en población infanto adolescente es de especial consideración, dada la carga acumulativa de riesgo que se produce en el curso de vida y las deficiencias actuales en el sistema de atención y cuidados para estas personas. Se requiere de servicios integrales que brinden el apoyo emocional necesario y apunten al desarrollo de habilidades relacionales, escolares, funcionales de acuerdo a su grado de autonomía progresiva y preferencias de cada niño, niña y adolescente, que permitan la Recuperación e inclusión sociocomunitaria.

Para lograr la Recuperación e inclusión sociocomunitaria para toda la población con necesidades de atención en salud mental, independiente de su curso de vida, se requiere potenciar el trabajo intersectorial.

5.5 Continuidad de atención y cuidados en salud mental [94] [101]

La continuidad del cuidado es un proceso esencial y transversal de la atención comunitaria de salud mental y se define como el "proceso que involucra el movimiento sucesivo, ininterrumpido de usuarios/as entre los diversos elementos del sistema de provisión de servicios"[94]. Implica la relación de la persona, familia, red de apoyo y comunidad con el sistema de salud; el grado de cuidado individualizado; la accesibilidad; los vínculos entre servicios, la integralidad y la flexibilidad de la ubicación de los servicios.

Se identifican dos elementos centrales: la temporalidad de las acciones y la articulación de distintos recursos integrados en torno a un sistema de atención; es decir, entiende la continuidad como el resultado en que la integración de la red da cuenta del cuidado de una persona en una línea de tiempo.

La OPS define tres mecanismos que contribuyen a la continuidad del cuidado: a) compartir información sobre una persona (coordinación de la información); b) coordinar el cuidado entre los distintos niveles asistenciales (gestión integrada del cuidado); y c) regular el acceso a lo largo de la red de servicios (regulación del acceso). Todo esto, en el marco de una adecuada aplicación de las convenciones, tratados internacionales y legislación nacional en el ámbito de la salud mental.

En síntesis, la continuidad del cuidado se traduce en estrategias y acciones que optimicen la resolución de las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades, en el marco de una red donde estas cuenten con acompañamiento y seguridad en la atención, de manera continua y oportuna. Esta continuidad implica una coherencia entre el modelo, el diseño de las atenciones, los recursos y el tiempo asignado para el trabajo comunitario, de manera en que esto se valide (valorización, programación y registro) de la misma forma que las prestaciones clínicas.

5.6 Prevención de la discapacidad, rehabilitación psicosocial, Recuperación e inclusión sociocomunitaria

En los últimos decenios, se ha transitado desde una mirada que consideraba la prevención de la discapacidad y la rehabilitación psicosocial como objetivos finales de una intervención adecuada en salud mental; hacia otra que, influida por la perspectiva de derechos humanos y de apoyo al ejercicio de estos, busca la Recuperación e inclusión sociocomunitaria como metas.

En nuestro país, desde el año 2010, la Ley N° 20.422 establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, sea esta de cualquier origen, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad [102].

Para el cumplimiento de lo señalado, se deben dar a conocer masivamente a la comunidad los derechos y principios de participación activa y necesaria en la sociedad de las personas con discapacidad, fomentando la valoración de la diversidad humana, dándoles el reconocimiento de persona y ser social necesario para el progreso y desarrollo del país.

En la aplicación de esta ley deberá darse cumplimiento a los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social. Para todos los efectos, se entenderá por:

a) Vida Independiente: estado que permite a una persona tomar decisiones, ejercer actos de manera autónoma y participar activamente en la comunidad, en ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad.

b) Accesibilidad Universal: La condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas, en condiciones de seguridad y comodidad, de la forma más autónoma y natural posible.

c) Diseño Universal: La actividad por la que se conciben o proyectan, desde el origen, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de forma que puedan ser utilizados por todas las personas o en su mayor extensión posible.

d) Intersectorialidad: el principio en virtud del cual las políticas, en cualquier ámbito de la gestión pública, deben considerar como elementos transversales los derechos de las personas con discapacidad.

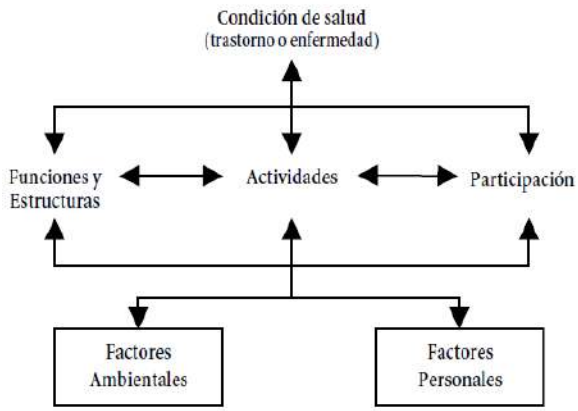
e) Participación y Diálogo Social: Proceso en virtud del cual las personas con discapacidad, las organizaciones que las representan y las que agrupan a sus familias, ejercen un rol activo en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas que les conciernen.

El concepto de **discapacidad** se define "como un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de una persona, lo que se traduce como el resultado negativo de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, incorporando de esta forma las variables propias de los contextos sociales, culturales, económicos, espirituales, etc. (...)"[103]. Por otro lado, la **deficiencia** refiere a problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. Entendiendo el cuerpo como un todo; el cerebro y sus funciones están incluidos dentro de las funciones corporales [104].

La persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (artículo 5 Ley N° 20.422) [102].

La prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de su familia y de la sociedad en su conjunto (artículo 18 inciso I). Las personas con discapacidad tienen derecho a que el proceso de rehabilitación integre y considere la participación de su familia o de quienes las tengan a su cuidado (artículo 22 inciso I) [102].

Figura 6 . Modelo Explicativo Discapacidad: Interacción de los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) [105]



Los factores ambientales se definen como el entorno físico, social y de actitudes en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. De acuerdo con la CIF, estos factores cambian drásticamente con las transiciones de las diversas fases, desde la lactancia hasta la adolescencia, asociados con los cambios en su competencia e independencia. Además, estos factores ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad, partiendo del entorno/contexto más inmediato a la persona y llegando hasta el entorno general.

Los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de una persona y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de un estado o condición de salud. Por ejemplo: género, edad, raza, estilos de enfrentar problemas, las experiencias de vida, educación, hábitos, etc.

En este sentido, es preciso incorporar acciones que prevengan la discapacidad en la Atención Primaria de Salud, a partir del primer contacto de las personas con problemas o enfermedad mental en la red, introduciendo la rehabilitación y la Recuperación en todo el continuo de atención de las personas en la red de salud mental, sin restringir estas acciones únicamente a ciertos nodos de atención.

5.6.1 Rehabilitación psicosocial

Diferentes organismos internacionales han establecido que la rehabilitación psicosocial debe ocupar un lugar primordial entre las prioridades de los sistemas públicos de salud y de servicios sociales. La Rehabilitación Psicosocial no solo es adecuada para las personas que han estado vinculadas a instituciones psiquiátricas por largo tiempo, sino también a personas que se encuentren vinculadas a servicios de apoyo social y comunitario.

La rehabilitación es un conjunto de estrategias e intervenciones orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones entre el individuo y su medio y, por lo tanto, es un proceso que implica la apertura de espacios sociales de negociación para la persona usuaria, su familia, la comunidad que lo rodea y los servicios que le apoyan en su proceso de Recuperación e inclusión sociocomunitaria.

Tradicionalmente, se ha intervenido para que las personas en situación de discapacidad de origen mental incrementen su autonomía y se adapten a su entorno. Sin embargo, la rehabilitación debe propiciar también la transformación de los espacios sociales o la creación de otros nuevos, donde no solo las personas con enfermedades mentales deban realizar cambios a nivel personal respetando la diversidad [105].

La rehabilitación de personas que viven en situación de discapacidad ya sea esta temporal o de larga data, será entendida desde una lógica que incorpora los aspectos contextuales de la persona que ha visto mermada tanto sus capacidades y habilidades de relacionarse con su entorno familiar y social como también las posibilidades de ejercer sus derechos ciudadanos.

La rehabilitación psicosocial debe considerarse un componente inherente del proceso de atención y cuidados, y no como acciones aisladas y otorgadas en un momento o un lugar determinado, descontextualizadas del proceso de atención en salud integral.

Las estrategias de rehabilitación psicosocial deben ser intersectoriales, abordando aquellos aspectos del entorno, tales como, las barreras de acceso a trabajo, educación, vivienda, salud y otros derechos que, de no ejercerse, generan inequidades que inciden en la calidad de vida de estas personas y sus redes de apoyo. Estas estrategias deben estar centradas en la persona y en su contexto de vida, durante el tiempo que sea necesario, comprendiendo una serie de intervenciones, servicios y sistemas de apoyo social orientados hacia la Recuperación de cada persona, es decir, a la búsqueda de la identidad dentro de la comunidad, siendo la rehabilitación un factor que contribuye a esa Recuperación general.

5.6.2 Recuperación (recovery)

En los últimos decenios, la atención de salud mental basada en el Modelo Comunitario se ha visto beneficiada por la perspectiva de la Recuperación o "recovery", que supone reconocer a la persona con enfermedad mental como verdadera protagonista de su proceso terapéutico y de crecimiento personal [106]. El recovery no es una terapia ni una intervención, sino un proceso personal, propio de cada individuo, de vivir la vida con el mayor sentido y realización, a pesar de la enfermedad mental.

Generalmente, se tiende a asumir que la Recuperación, en relación con una enfermedad mental tiene el mismo significado que la recuperación en otras condiciones médicas, siendo entendida como "la ausencia de todos y cada uno de los síntomas y déficits". Sin embargo, es importante comprender que no todas las personas con una enfermedad mental grave alcanzan un grado tan completo de recuperación en este sentido [107].

Lo señalado, implica reconocer otra forma de Recuperación en la cual las personas asumen un papel activo en la búsqueda de cómo vivir con una enfermedad mental grave, análoga a la forma en que las personas aprenden a vivir con otras enfermedades "crónicas". Esta forma de "Recuperación" o "recovery", considera que no necesariamente las personas deben ser curadas completamente de sus enfermedades para reclamar o acceder a una vida plena [107] [106].

Anthony (1993), entiende la Recuperación como "un proceso profundamente personal y único de cambiar nuestras actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y activa, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La Recuperación implica el desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la vida a medida que se crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental" [108].

El recovery surge como un movimiento social de las personas usuarias de servicios de salud mental, en torno a un conjunto de valores compartidos, propuestos como alternativa a la perspectiva actual, cuya relevancia para los procesos terapéuticos depende tanto de la asunción de esos valores por parte del mundo profesional y de los responsables de la política sanitaria, como del hecho de que a posteriori se ha ido disponiendo de resultados empíricos que demuestran que los tratamientos más eficaces son aquellos basados en los principios del recovery [109].

En países como Nueva Zelanda, Canadá, Australia, Inglaterra o Estados Unidos, esta mirada de la Recuperación ha pasado, en pocos años, a ser protagonista de las políticas de planificación de la atención en salud mental, de la gestión de los servicios, de las prácticas profesionales y de la red de servicios de salud mental [106].

Si bien, la definición de Recuperación señalada rescata el papel activo y central de la persona en la creación de una vida llena de significado y propósito, tratando de recuperar un nuevo sentido de sí misma frente a los "efectos catastróficos" de la enfermedad mental, los movimientos de Recuperación han subrayado que estos efectos catastróficos van más allá de la enfermedad, y apuntan a la forma en que esta es vista socialmente, apuntando al estigma al que las personas con enfermedades mentales han sido sometidas tanto dentro como fuera de las instituciones [107].

El hecho de poner la responsabilidad por la Recuperación únicamente en la persona/individuo que vive una enfermedad mental, tiene consecuencias en la forma en que los equipos de salud y la misma sociedad se vincula con estas personas y en lo que espera de ellas, reproduciendo formas estigmatizantes. Las aprensiones que suelen surgir por parte de los equipos se traducen en obstáculos para la Recuperación y el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad producto de una enfermedad mental. Estas aprensiones, se pueden ejemplificar en las siguientes preguntas: ¿se ha recuperado?, ¿es probable que lastime a alguien?, ¿está asumiendo la responsabilidad de su propia vida? Esto significa que se ha prestado menos atención al entorno material, social, político y económico en el que se puede fomentar o impedir la Recuperación, o a la naturaleza de las relaciones interpersonales necesarias para apoyar a las personas en Recuperación, ya sean profesionales de salud mental, familia o amigos [107].

La idea del recovery no es nueva en medicina ni en psiquiatría, su carácter innovador es que se presenta como un modelo alternativo en lo conceptual y en lo pragmático, frente a las prácticas más rutinarias en los circuitos asistenciales, ya sean servicios convencionales de atención a la salud mental o de rehabilitación psicosocial.

Pretende que la persona se desarrolle como integrante de la comunidad, a pesar de su discapacidad y los efectos de la misma, y su ámbito de acción debe ir más allá del control de los síntomas y de los efectos negativos de la enfermedad, apuntando a la atención orientada a la Recuperación desde el primer contacto con la persona.

El rol de los profesionales, en la línea del recovery, va en el sentido de apoyar, incentivar y facilitar que los procesos de Recuperación que cada persona con enfermedad mental en condición de gravedad y vulnerabilidad atraviese, respeten su voluntad, deseos, motivaciones e intereses para irse proporcionando un nuevo sentido y propósito de vida. Diversos autores y políticas de países señalan que estos procesos se pueden apoyar con las herramientas e intervenciones habituales de la salud mental comunitaria, intencionando la transformación de los servicios de salud mental hacia la Recuperación. Esta transformación debe incluir todo el quehacer del servicio, tanto clínicos como administrativos, así como las interacciones sociales informales con las personas consultantes.

El recovery hace referencia a que la persona haya podido reorganizar su vida a pesar de su enfermedad; pueda tener cierta independencia personal; cuente con una red social estable; mantenga ocupaciones o actividades que ocupen su tiempo de manera útil y valiosa; pueda intervenir en la toma de decisiones que le afecten; y vivir en un marco social en el que se tiene en cuenta sus preferencias personales.

A pesar de que hay muchos valores asociados a los servicios orientados hacia la Recuperación, existen al menos cuatro valores clave que sostienen el proceso de recovery [106]:

1. **Orientación hacia la persona:** ver la persona en su totalidad, no el problema. Se centra en talentos y recursos personales; en la aceptación de todos los roles – no solo el de "enfermo"; y en una visión holística, de entender la biografía entera.
2. **Implicación de la persona:** en su proceso terapéutico y de cambio. Implica tomar responsabilidades, fomentar el sentido de empoderamiento (empowerment) y de identidad propia.
3. **Autodeterminación:** dejar a la persona tomar decisiones, ayudar a la persona a retomar el significado de su vida, "colaborar" en vez de "pautar". La coacción se convierte en algo **contraproducente.**
4. **Esperanza:** buscar la oportunidad para crecer en cada circunstancia; ver y oír que la Recuperación es posible; asumir el control sobre la propia vida; potenciar y reconocer cambios positivos; ir más allá del mantenimiento o la prevención de recaídas; ser capaz de avanzar y construir espacios vitales, en muchos casos, nunca conquistados previamente como, por ejemplo: tener un trabajo, adquirir compromisos, tener familia, tener amigos, etc.

Es muy importante que los valores clave estén integrados en cada nivel del servicio y que los procesos de rehabilitación psicosocial y de salud mental se alineen con el proyecto vital a largo plazo de la persona. Requiere la formalización de espacios para la participación significativa de la persona en el desarrollo del servicio y hace necesario que cada profesional lleve a cabo una reflexión personal acerca de su relación con la persona en atención.

La promoción del bienestar mediante el autocuidado y la intervención temprana tanto mental como física, es un componente importante de la atención orientada a la Recuperación, y requiere que las personas se impliquen en todos los aspectos y fases del proceso de la atención [107].

5.6.3 Inclusión sociocomunitaria [110]

Esta se entiende, por un lado, como el resultado de las capacidades de las personas para su inclusión comunitaria y social, y por otro, de las capacidades de las estructuras comunitarias e institucionales para incluir a las personas en un sistema de actuación.

Las estrategias de inclusión sociocomunitaria se centran en las personas, por un lado, y en los sistemas de actuación por otros. Las primeras tienen el propósito de fortalecer las capacidades de las personas para la inclusión comunitaria y la inclusión social, mientras las últimas buscan fortalecer las capacidades de los sistemas de actuación comunitarios e institucionales para la inclusión de las personas.

Entre las dimensiones personales que influyen en la inclusión comunitaria están: la salud física y mental; la autoestima e identidad; las habilidades relacionales, los valores, actitudes, creencias, opiniones, sentimientos de pertenencia, apego, estilos de afrontamiento de la salud, rutinas de actividades de la vida diaria, estrategias de resolución de problemas, capacidad de resiliencia, entre otras.

Por otra parte, los sistemas comunitarios deben tener la capacidad para la inclusión de las personas. Algunos puntos de anclaje comunitarios para el logro de la inclusión sociocomunitaria son: las familias y otras redes de apoyo; las comunidades territoriales como el pasaje, vecindario, comuna, ciudad, entre otros; las comunidades de interés, como los grupos de pares, pandillas, tribus urbanas,

comunidades virtuales; y las organizaciones comunitarias, pudiendo ser estas políticas, religiosas, culturales, deportivas, etc.

Los sistemas comunitarios de actuación proporcionan que las personas establezcan:

1. Vínculo con los demás y las cosas en un campo espacio temporal concreto, histórico, situado, de lugares, contextos y situaciones.
2. Pertenencia, identidad, protección, seguridad, afecto, valoración, reconocimiento, apoyo, compenetración personal.
3. Esquemas intencionales fijadores de sentido de sus actuaciones.
4. Sistemas de posibilidades para sus procesos de personalización y autoconfiguración.
5. Un campo concreto de rutinas, de usos y costumbres, saberes y valores.
6. Un campo práctico de convivencia con los demás, donde se vivencia y experimenta lo común y donde se participa en una comunidad.
7. Diversidad.

La capacidad de las personas para su inclusión institucional es lo que llamamos ejercicio de ciudadanía, que se define a partir de la capacidad de las personas para hacer uso de sus derechos en los distintos ámbitos de su existencia social conectándose con la oferta institucional. Es decir, en la medida en que la persona puede cumplir con sus roles ciudadanos.

Por su parte, también se encuentra la capacidad de las instituciones para la inclusión de las personas, esto se expresa en: políticas públicas inclusivas que consideren el ejercicio de ciudadanía y un enfoque de derechos, con gestión inclusiva de la diversidad, con articulación institucional-comunitaria, con enfoque participativo, territorial, de género y de derechos humanos [110].

5.7 Distinciones para el tránsito de las personas en la red: gravedad, complejidad y vulnerabilidad

Con el objetivo de lograr la óptima Recuperación de las personas, es necesario hacer buen uso de los recursos tecnológicos presentes en los distintos niveles de atención. Para esto, se requiere lograr el tránsito eficiente de las personas con problemas o enfermedad mental por la red, en base a los principios de continuidad de cuidados. Este desafío hace imprescindible establecer distinciones que ordenen este tránsito, considerando las dimensiones de gravedad, complejidad y vulnerabilidad que operan en salud mental.

En el ámbito de la salud mental, no debe confundirse un diagnóstico nosológico con la gravedad ni con la severidad del cuadro que presenta una persona. El concepto de severidad, como se ha usado en psiquiatría, se origina en el idioma inglés y en su esencia refiere a la gravedad de la condición de la persona afectada por una enfermedad determinada, por lo tanto, para efectos de caracterizar la condición de salud de una persona, se hablará simplemente de gravedad.

La gravedad es esencialmente dinámica y alude a la condición clínica de la persona, así como al curso de esta. Los diagnósticos son categorías más estáticas y pueden permanecer asociadas a una persona por periodos prolongados, durante los cuales podría presentar distintos niveles de gravedad.

La gravedad se relaciona con la intensidad del cuadro clínico, por lo que los elementos centrales para operativizarla son el riesgo vital para sí mismo y para otros, y la discapacidad asociada a la enfermedad. Su uso permite determinar la urgencia e intensidad de las intervenciones terapéuticas disponibles, así como priorizar aquellas personas en la que deben definirse líneas precoces e integrales de abordaje.

Por otra parte, el concepto de gravedad, o de persona grave no debe confundirse con el de persona en situación de complejidad. La complejidad en salud mental abarca un espectro amplio de condiciones del entorno que tienen efectos negativos en la salud mental y en la calidad de vida de la persona, las que deben ser intervenidas integral y oportunamente.

La complejidad se relaciona con la necesidad de identificar y abordar dimensiones relacionadas no solo con las características de la enfermedad de una persona, sino también con elementos socioeconómicos, culturales y vinculares, que dan cuenta de las formas del vivenciar y de los potenciales recursos disponibles en pos de actualizar su condición de bienestar. De este modo, se plantea que la complejidad en salud mental incluye tanto elementos relacionados con la gravedad de la enfermedad como con la vulnerabilidad de cada persona en particular y su comunidad.

Es fundamental establecer que cualquiera sea la intervención necesaria, debe pensarse como un hito en el proceso, un momento de la vida de una persona que debe tener lugar donde es más pertinente efectuar dicha intervención. La definición del espacio de atención debe hacerse dentro de un contexto situacional temporal, estableciendo el lugar de atención como un espacio de tránsito en la Recuperación. De esta forma, es importante señalar que una persona que presenta una enfermedad mental cuya condición se encuentra estabilizada y ha logrado un grado importante de inclusión sociocomunitaria, no requerirá, necesariamente, ser atendida en un nodo de atención de mayor densidad técnológica, sino que, beneficiándose de una menor carga de estigma, podrá ser atendida en su Centro de APS de referencia, lo que podría permitir una base con mayor acceso para realizar acciones comunitarias en su entorno de vida, interviniendo sobre los factores de complejidad y favoreciendo su inclusión sociocomunitaria.

Por su parte, la vulnerabilidad es definida por Fuentes [111] como la posibilidad de que las personas desarrollen una enfermedad como resultado de un conjunto de aspectos individuales, colectivos y contextuales que acarrean mayor susceptibilidad a dicha enfermedad, junto con mayor o menor disponibilidad de recursos para protegerse; siendo esta vulnerabilidad situacional, variable y multidimensional. Incorpora tanto elementos individuales como los relacionados a la interacción con las características del contexto social, situaciones o condiciones sociales adversas; además de los recursos de los propios sujetos, grupos y comunidades para afrontarlos. Esta mirada enfatiza el modelo de atención que sostiene que la superación de la enfermedad debe realizarse dentro de la comunidad de la que el sujeto es parte, permitiendo dejar atrás la categoría estigmatizadora de "enfermo" que usualmente acompaña de por vida a las personas con enfermedades mentales [112].

Por lo tanto, resulta relevante el concepto comprensivo y multidimensional de complejidad, que permite integrar la relación de gravedad con las variables de vulnerabilidad concomitantes, facilitando hacer distinciones tanto respecto al estado de salud de la persona usuaria como a los recursos y densidad tecnológica[7] requerida. En este sentido Martín Cordero (1998) señala, "Nuestra tarea es prevenir que la persona impulsada por el peso de un problema de salud mental caiga, mediante el

[7] Este concepto se desarrolla en el punto 7.1. Elementos constitutivos de las Redes Integradas de Servicios de Salud, letra D. Estructura Operacional de la Red Temática de Salud Mental, a pie de página.

uso de redes de seguridad de complejidad y resistencia crecientes. Debemos reconocer al mismo tiempo que los individuos pueden encontrar rutas alternativas para volver a la superficie, por lo que es importante dejar que operen cuando ya están en marcha, contribuyendo a ellas en lugar de reemplazarlas. Esta mirada no solo ofrece un método de visualizar las circunstancias del individuo y la respuesta del servicio; sirve además como una descripción de la experiencia personal del que las experimenta" [113].

6. Salud mental en las Redes Integradas de Servicios de Salud

El modelo de atención desarrollado durante décadas en América Latina ha estado centrado en un solo profesional, el médico, promoviendo como eje diagnóstico el uso de la alta tecnología y como eje terapéutico, el uso farmacológico y tecnológico basado en la prescripción.

A su vez, tradicionalmente, el sistema se ha organizado con una estructura jerárquica, definida por niveles de "complejidades" crecientes, y con relaciones de orden y grados de importancia entre los diferentes niveles. Esto tiene su origen en un concepto de complejidad distinto, hoy cuestionado, que establecía que la Atención Primaria de Salud es menos compleja que otros niveles. De esta forma, se subdimensiona el rol de la Atención Primaria de Salud y se sobrevaloran las prácticas que exigen mayor densidad tecnológica y que son ejercidas en los niveles de especialidad y atención cerrada[114]. Lo señalado, ha llevado a la fragmentación en la atención de las personas, perdiendo la integralidad y perpetuando barreras de acceso.

Con el fin de avanzar en la superación de esta fragmentación de los servicios, surgió el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y Redes de Atención en Salud (RASs), con el propósito de contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS y a servicios más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de las personas.

Estas redes son definidas como organizaciones que agrupan un conjunto de servicios de atención en salud, vinculados entre sí por una misión única, por objetivos comunes y por una acción cooperativa e interdependiente, que permiten ofertar una atención continua e integral a determinada población, coordinada por la Atención Primaria de Salud – proporcionada en el momento oportuno, en el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada y con equidad – con responsabilidad sanitaria y económica, generando valor para la población [114].

En las Redes de Atención en Salud, la concepción de jerarquía es sustituida por la de poliarquía y el sistema se organiza en forma de una red horizontal de atención. Así, no hay una jerarquía entre los diferentes nodos y puntos de atención de salud, sino la conformación de una red horizontal de nodos y puntos de atención de distintas densidades tecnológicas y sus sistemas de apoyo, sin jerarquía entre ellos. Todos los nodos y puntos de atención de salud son igualmente importantes para el cumplimiento de los objetivos de las redes de atención de salud; apenas diferenciándose por las distintas densidades tecnológicas que los caracterizan, sin jerarquía entre ellos [114].

En estas redes poliárquicas, cada punto o nodo de atención está conectado a varios otros, lo que permite recorrer caminos diferentes entre los nodos. La Atención Primaria cumple una función preponderante, en tanto debe atender y resolver más del 85% de las necesidades de salud de las personas [114]. Es en este lugar donde se da la mayor parte de las atenciones y cuidados, y donde se ofertan, preferentemente, tecnologías de alta complejidad, como aquellas que apuntan a incidir en los cambios de comportamiento y modos de vida de las comunidades, en relación a la salud.

Desde esta perspectiva, en la red general de salud distinguimos nodos y puntos de atención. Los nodos son establecimientos de salud que, junto con proveer servicios, tienen una función intercomunicadora y articuladora en la red para la definición del tránsito de las personas, de acuerdo a sus necesidades. Los puntos de atención son dispositivos, unidades, o dependencia donde funciona un programa, en las cuales se proveen servicios de salud mental articulados con los nodos. En un nodo, pueden existir distintos puntos de atención.

En la Red Temática de Salud Mental, los Centros de Atención Primaria son nodos en los cuales la salud mental se encuentra transversalizada; como también lo son los Centros de Salud Mental Comunitaria, en tanto estos nodos se articulan con distintos puntos de atención de especialidad: el Hospital de Día, la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) y la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Hospital General, entre otros.

Este Modelo de Gestión usará las categorias de atención "abierta" y "cerrada", en donde se agrupan los distintos nodos y puntos de atención que operan con diferentes densidades tecnológicas, a fin de romper con la lógica escalonada de niveles, tendiente a la jerarquización y a la fragmentación de la red. En esta línea, las categorías de atención "abierta" y "cerrada" expresan de mejor forma una lógica de atención integrada, complementaria, y cuyas diferencias están puestas en las distintas densidades tecnológicas con que cuentan los diferentes nodos y puntos de atención, en relación a los problemas de salud que abordan.

6.1 Elementos constitutivos de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Las Redes de Atención en Salud se sustentan en tres elementos constitutivos fundamentales: una población, un modelo de atención de salud y una estructura operacional [114].

A. La población y sus comunidades. La red tiene responsabilidad en las comunidades y poblaciones definidas, adscritas a ella. Está organizada socialmente por distintos tipos de familias o grupos y es registrada en los sistemas de información. La población y comunidades deben ser caracterizadas y territorializadas en subpoblaciones, según sus necesidades diferenciadas y estratificadas por riesgos en relación a las condiciones de salud establecidas.

B. El Modelo de Atención de Salud. Es un sistema que organiza el funcionamiento de las Redes de Atención, articulando las relaciones entre la población y sus subpoblaciones estratificadas por riesgos. Establece los focos de las intervenciones del sistema de atención de salud y los diferentes tipos de intervenciones sanitarias, definidas en función de la visión de salud, de la situación demográfica, epidemiológica y de los determinantes sociales de la salud vigentes en determinado tiempo y en determinada sociedad.

En salud mental se requiere readecuar la oferta de servicios, a través del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental integrada a la Red de Salud General, basado en principios y acciones de los dos modelos coexistentes: el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

C. Estructura operacional de las redes. Esta estructura se constituye por los nodos de las redes y por las conexiones materiales e inmateriales que comunican esos diferentes nodos.

En una red, según Castells (2000), el espacio de los flujos está constituido por algunos lugares intercambiadores, centros de comunicación, que desempeñan el papel coordinador para la interacción entre todos los elementos integrados en la red, y por otros lugares donde se localizan funciones estratégicamente importantes en torno a estos.

La estructura operacional de las Redes de Atención en Salud está compuesta por cinco componentes:

1. El centro de comunicación, la APS;
2. Los puntos de atención de salud abierta y cerrada de especialidad.
3. Los sistemas de apoyo (sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, sistema de asistencia farmacéutica y sistema de información en salud);
4. Los sistemas logísticos (tarjeta de identificación de las personas usuarias, historia clínica, sistemas regulados de acceso a la atención y sistemas de transporte en salud);
5. El sistema de gobernanza.

D. Estructura Operacional de la Red Temática de Salud Mental. En la Red Temática de Salud Mental, la APS constituiría el nodo por excelencia, como puerta de entrada y centro de comunicación y de articulación de la red, definiendo los flujos y contraflujos de esta. En este papel, debe vincularse activamente con el Centro de Salud Mental Comunitaria, el que desempeña el rol de nodo articulador de los puntos de atención de especialidad en salud mental.

Figura 7. Estructura operacional de la Red Temática de Salud Mental.

De acuerdo con los principios que sustentan el desarrollo de la Red Temática de Salud Mental, anclada en los Modelos de Salud Familiar y Comunitario y el Modelo de Salud Mental Comunitaria, se privilegia la atención ambulatoria de especialidad fuera de los hospitales.

Los puntos de atención abierta y cerrada se diferencian por sus respectivas densidades tecnológicas[8], siendo estos últimos puntos de atención más densos tecnológicamente que los de atención abierta. No hay entre ellos relaciones de subordinación, ya que todos son igualmente importantes para alcanzar los objetivos en la atención de necesidades de la población.

Los sistemas de apoyo incluyen: sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, el sistema farmacéutico y sistema de información en salud. Deben estar integrados como componentes transversales de todas las redes temáticas, y no de forma aislada en la atención abierta o cerrada. Estos sistemas deben conjugarse dialécticamente, con estándares de calidad y asegurando el acceso a estos, de acuerdo con sus densidades tecnológicas y con la disponibilidad de recursos para operarlo.

Los sistemas logísticos, anclados en las tecnologías de información, garantizan una organización racional de los flujos y contraflujos de informaciones, productos y personas en el modelo, permitiendo un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia de las personas e intercambios eficientes de productos e informaciones en todos los centros de atención de salud y sistemas de apoyo en esas redes. Estos lo constituyen, por ejemplo, las tarjetas de identificación de las personas usuarias; la historia clínica; los sistemas regulados de acceso a la atención y los sistemas de transporte en salud.

Por su parte, el sistema de gobernanza tiene dos acepciones. Por un lado, es el ordenamiento organizativo uni o pluri-institucional que permite la gestión de todos los componentes de la red y tiene como dimensiones fundamentales el diseño institucional, el sistema de gestión y el sistema de financiamiento. Por otro lado, se refiere a una relación de interdependencia entre gobierno y sociedad civil, como un proceso que ocurre a partir de la interlocución entre grupos y sectores sociales; y de estos con los políticos y el gobierno, apuntando a avanzar hacia una mayor interlocución de los grupos marginados de la deliberación pública, una mayor simetría y racionalidad dialógica, argumentativa y técnica [114].

[8] **La densidad tecnológica** guarda relación con las herramientas y recursos con que cuenta cada nivel de atención en salud y sus respectivos nodos para dar respuesta de calidad a las necesidades de atención de las personas, familias y comunidades. Esta definición comprende la tecnología sanitaria compuesta por el equipamiento, los medicamentos, los sistemas organizativos y de apoyo, como también las competencias y habilidades del recurso humano que las utiliza. De esta forma, la densidad tecnológica es, en definitiva, la aplicación del conocimiento organizado y sus destrezas, en la forma de medicamentos, dispositivos médicos, vacunas, aplicación de test, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema sanitario y mejorar la calidad de vida las personas, familias y comunidades [114]. La densidad tecnológica en salud mental incorpora todos los aspectos psicológicos, sociales y comunitarios que sustentan la atención y cuidados integrales en contexto del modelo comunitario.

6.2 Atributos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud

La experiencia acumulada en los últimos años estima que se requieren 14 atributos esenciales para el adecuado funcionamiento de una RISS (agrupados en 4 ámbitos de abordaje) [115] [116]:

Figura 8. Ámbitos de abordaje de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Fuente: Elaboración propia sobre la base de OPS

Figura 9. Atributos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud

MODELO ASISTENCIAL	
1	Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud que determinan la oferta de servicios de salud.
2	Una extensa red de establecimientos de salud que prestan servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
3	Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
4	Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.
5	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
6	Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

GOBERNANZA Y ESTRATEGIAS	
7	Un sistema de gobernanza único para toda la red.
8	Participación social amplia.
9	Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y equidad en salud.

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	
10	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
11	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
12	Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
13	Gestión basada en resultados.

ASIGNACIÓN E INCENTIVOS	
14	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

6.3. Sistema de gobernanza y participación social para la gestión de la Red Temática de Salud Mental

Si bien el modelo de las RISS plantea 14 atributos esenciales, este Modelo de Gestión desarrolla con mayor detalle el ámbito de Gobernanza por estar directamente relacionado con algunos principios esenciales del Modelo de Atención, el que apunta a avanzar hacia una mayor inclusión en la interlocución de los grupos marginados de la deliberación pública y a promover el apoyo al ejercicio de derechos.

Comprende el ordenamiento organizativo uni o pluri-institucional que permite la gestión de todos los componentes de la red, y el establecimiento de una relación cooperativa entre los actores sociales y los integrantes de la red, favoreciendo la interdependencia entre ellos y permitiendo obtener buenos resultados sanitarios para la población adscrita [114].

Dentro de los ámbitos de abordaje de las RISS se encuentra el de Gobernanza y Estrategias, en el que se plantean 3 atributos esenciales:

Un sistema de gobernanza[9] único para toda la red. Las responsabilidades incluyen formular los fines de la organización; coodinar a las diferentes entidades que componen la red; asegurar que la visión, misión, objetivos y estrategias sean consistentes a través de toda la red; asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los resultados y los procesos de la red; normalizar las funciones clínicas y administrativas de la red; asegurar una financiación adecuada para la red; y asumir la efectividad del propio desempeño.

Por otra parte, el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas define una óptima gobernanza, a partir de la presencia de algunos criterios, tales como:

- **La participación:** todos los ciudadanos tienen voz en el proceso decisorio, ya sea directamente o indirectamente a través de instituciones que representan sus intereses;
- **La legalidad:** la estructura legal debe ser justa e imparcial;
- **La transparencia:** la transparencia debe ser garantizada por el libre flujo de las informaciones;
- **La responsividad:** las instituciones y sus procesos deben servir a todos los ciudadanos;
- **La orientación para el consenso:** la gobernanza busca mediar los diferentes intereses para la construcción de consensos;
- **La equidad:** todos los ciudadanos tienen iguales oportunidades de buscar o mantener su bienestar;
- **La efectividad y la eficiencia:** las instituciones y sus procesos producen resultados que atienden a las necesidades de los ciudadanos, haciendo mejor uso de los recursos.
- **La responsabilización (accountability):** los tomadores de decisiones deben rendir cuentas a los ciudadanos y a los diferentes actores sociales.
- **La visión estratégica:** los liderazgos deben tener una perspectiva de largo plazo en la gobernanza y en el desarrollo humano.

[9] **Sistemas de gobernanza:** Descrito y desarrollado en el punto 7.3 Sistema de Gobernanza y Participación Social para la gestión de la Red Temática de Salud Mental.

Para reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental se debe considerar que la planificación, organización y financiación de los sistemas de salud es una tarea compleja que requiere la participación de múltiples partes interesadas y de diferentes niveles administrativos. Como protectores máximos de la salud mental de la población, los gobiernos son los principales responsables de poner en marcha arreglos institucionales, jurídicos, financieros y de servicios apropiados para garantizar que se atiendan todas las necesidades y se fomente la salud mental de la totalidad de la población. La gobernanza no trata únicamente del gobierno, sino que se extiende a sus relaciones con las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil.

La existencia de una sociedad civil fuerte y, en particular, de organizaciones tanto de personas con enfermedades mentales y discapacidades psicosociales como de sus familiares y cuidadores, puede ayudar a formular leyes, políticas y a crear servicios de salud mental más eficaces, con mayor rendición de cuentas y en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos [117].

Participación social amplia. Las RISS desarrollan las capacidades de las comunidades para convertirse en socios activos en la gobernanza y evaluación del desempeño de la red. La participación social puede tener distintos niveles de expresión: intercambio de información, consulta, involucramiento, colaboración y empoderamiento.

Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud. Las RISS desarrollan vínculos con otros sectores, lo que puede incluir colaboración con el sector público, privado y con organizaciones civiles. Existen varios niveles de integración dentro de las acciones intersectoriales, las que van desde un simple intercambio de información para evitar programaciones que entran en conflicto con otros sectores, pasando por la cooperación, la coordinación, hasta el nivel ideal, la integración de políticas públicas. Para ser exitoso en la colaboración intersectorial, se requieren niveles crecientes de competencias técnicas, habilidades gerenciales y valores compartidos entre los sectores que se desean integrar. La acción intersectorial puede incluir la colaboración con educación, trabajo, vivienda, alimentos, ambiente, agua y saneamiento, protección social, entre otros; y la coordinación entre estos sectores se puede dar mediante la participación en consejos consultivos, comités permanentes y grupos de trabajo intersectoriales, entre otros [118].

Con respecto a la participación, esta se puede entender como la capacidad de distintos actores sociales de organizarse, movilizar recursos y desarrollar acciones con el fin de incidir en las decisiones que les afectan. Esta puede ser un proceso individual o colectivo e involucrar al conjunto de la ciudadanía o a grupos organizados de la comunidad.

La **participación social** es un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades, y para la incorporación de sus opiniones en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación social es, en sí misma, un determinante social de la salud. Esta participación debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que recoge y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones. Además, debe ofrecer espacios deliberativos y de incidencia en la toma de decisiones en materias que afectan directamente a las personas y comunidades.

Estas modalidades no son excluyentes, sino que pueden ser complementarias y se expresan a través de las siguientes instancias y mecanismos actualmente en desarrollo:

- Participación en instancias formales (Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Consejos Consultivos de Jóvenes, Comités Locales) conformadas por representantes de usuarios y usuarias organizados, organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.
- Participación en instancias de consulta ciudadana, con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.
- Participación y ciudadanía activa en forma directa en presupuestos participativos, cuentas públicas participativas, Cartas de Derechos y Deberes, entre otros.
- Participación en definición de prioridades y en el diseño de políticas, programas y acciones de salud.
- Participación en la evaluación y control social sobre la gestión pública de salud.
- Ejercicio de derechos, a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias – OIRS.

Se entiende por participación ciudadana en la gestión pública de salud, a la aplicación específica de los derechos a la publicidad de la información pública; la igualdad para participar en la vida nacional; la libertad de opinión y el derecho de petición, en los términos de la ley N° 20.285 y en del artículo 8°; 19° N° 12 y 14, todos de la Constitución Política, el derecho a asociación e incidencia en la gestión pública en los términos de la ley N°20.500.

El concepto de participación ciudadana en salud tiene una dualidad complementaria ya que, por un lado, es un derecho intrínseco de toda persona que habite en nuestro país y a su vez, se constituye en una estrategia de trabajo comunitario.

La Participación Social en salud, es una estrategia que habilita a las personas para decidir a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, sobre las temáticas sociosanitarias que les afectan en sus territorios.

El desafío es generar mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local, generación conjunta de soluciones, conformación y fortalecimiento de redes y alianzas estratégicas con distintos actores del espacio local. Esto permite la integración de la mirada sectorial y territorial de los problemas y prioridades en salud; construir canastas de prestaciones de acuerdo a perfil de la demanda; avanzar en la mejora continua de la calidad de los servicios, y otros de acuerdo a las realidades locales.

Para lograrlo se requiere de un trabajo colaborativo y participativo con la finalidad de intervenir en las causas y/o factores obstaculizadores del desarrollo de una salud integral y reforzar aquellos facilitadores.

En relación a los espacios de actuación, la participación puede vincularse con [119]:

- El ejercicio de derechos.
- El control social sobre la gestión pública.
- La definición de metas.
- La priorización de la inversión y el uso de los recursos públicos.

La participación en salud requiere de acciones en tres dimensiones:

- A nivel interno, desarrollando estilos de gestión participativa en el diseño, ejecución y evaluación de los planes y programas del sector.
- A nivel externo, fortaleciendo la participación de los usuarios, usuarias y la comunidad en la toma de decisiones sobre los aspectos de salud que les afectan.
- En relación a otros sectores, impulsando el trabajo intersectorial orientado a la promoción de salud, la calidad de vida y al fortalecimiento de una red de protección social.

Los ejes estratégicos del sector salud para la Política Nacional de Participación son:

- Fortalecimiento de vínculos con la sociedad civil.
- Incorporación del Enfoque de Derechos en Salud.
- Ejercicio del control social sobre la gestión pública de salud.

Se definen además las siguientes estrategias:

- Transversalización de la participación social.
- Validación de todas las formas de participación en un marco de respeto por los derechos de las personas.
- Apoyo a la conformación de instancias y mecanismos de participación.

6.3.1 Niveles de gestión

En el ordenamiento organizativo se definen **3 niveles de gestión** [120]:

Macrogestión: identificada con el rol rector de la autoridad sanitaria que determina las políticas de salud, armoniza los mecanismos, fuentes y agentes involucrados en la financiación y en la regulación de todos los aspectos relacionados a la salud.

Tabla 1. Funciones generales de la Macrogestión (nivel Ministerial y SEREMI de Salud).

Nivel de responsabilidad		Función general
Nivel Ministerial	Subsecretaría de Salud Pública.	Analizar, proponer y evaluar políticas, normas, planes y programas respecto de todas las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas(art. 27 letra a) [121].
	Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Analizar, proponer y evaluar políticas, normas, planes y programas concernientes a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema de Salud, en particular las relativas al ámbito de los recursos humanos y la inversión en infraestructura y equipamiento; los estándares para el desarrollo de sistemas de información al que deberán atenerse los establecimientos del Sistema; y las normas de derivación y coordinación de la atención entre Servicios de Salud, Establecimientos y niveles de complejidad, para una efectiva articulación de las Redes(art. 28 i. II letra a) [121].

Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI)	Secretaría Regional Ministerial de Salud	Velar por el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas de carácter nacional que se impartan por el Ministerio de Salud (art. 33 n° 1). Elaborar y ejecutar políticas, planes y proyectos de desarrollo regional relacionados con el área de la salud, que estén enmarcados en los lineamientos estratégicos del sector o en el Plan Nacional de Salud, coordinando su ejecución con los organismos del sector radicados en la región, así como participar con el Intendente en el Plan de Desarrollo Regional, correspondiente (art. 33 n°2) [121].

Mesogestión: incluye la gestión de redes a nivel de los Servicios de Salud, establecimientos de salud y subdivisiones organizacionales, en cuanto a red, para la producción de servicios que lleven a la mejora de la salud de la población. Se consideran gestores de red en los 29 Servicios de Salud.

Microgestión o gestión clínica: se traduce en la prestación directa de atención y cuidados de salud a las personas, por parte del equipo de salud. Implica el proceso de toma de decisiones en la atención directa a las necesidades de salud de las personas y que arrojan resultados clínicos.

La descripción de la mesogestión y microgestión se desarrollan en el apartado "Provisión de Servicios en la Red Temática de Salud Mental" de este Modelo de Gestión.

7. Calidad en la red

La gestión de calidad en salud se define como un conjunto de acciones sistematizadas y continuadas destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente, problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen riesgos en las personas usuarias, poniendo énfasis en la evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional, como herramientas puestas a disposición de los equipos de salud para el mejor cumplimiento de su misión y objetivos.

El año 2002, el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud incorpora la mejora continua como una herramienta primordial para el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria, para contribuir a mejorar los estándares de atención y de gestión de los equipos de salud mental, desplegados en la red de servicios a lo largo del país. Entre los años 2002 y 2005 se construyeron y aplicaron instrumentos de evaluación en las diversas unidades y establecimientos de la red de salud mental, lo que permitió avanzar en los siguientes puntos [122]:

- Identificación de nudos críticos en los procesos de atención.
- Reconocimiento de las buenas prácticas.
- Incorporación y valoración del concepto de calidad y de los procesos de auto evaluación y evaluación de la atención de las personas usuarias en salud mental.
- Capacidad de respuesta planificada para mejorar el proceso deficitario detectado.
- Reconocimiento de la necesidad de ejecutar planes de mejora continua de la calidad.
- Avances significativos en nodos y/o puntos de atención evaluados, entre un período y otro de evaluación.
- Intercambio de prácticas que valoran los aprendizajes entre pares y su replicabilidad posterior por el evaluador en su práctica habitual.
- Capacitación en calidad.
- Reconocimiento y valoración de los equipos involucrados en el proceso.

- Posicionar la importancia de reconocer las perspectivas y necesidades de las personas usuarias.

Asimismo, en los procesos de acreditación de establecimientos de atención cerrada en salud general y atención cerrada en psiquiatría se han incorporado en el proceso de medición, dos indicadores relacionados con salud mental y otros relacionados con la dignidad de las personas, sistemas de registro y competencias generales del recurso humano [123].

Históricamente, las personas con necesidades de atención en salud mental han experimentado una baja calidad en los servicios que se le han otorgado, como también violaciones a sus derechos humanos. Los servicios de salud mental no han logrado integrar los tratamientos y prácticas basados en la evidencia, obteniendo resultados pobres en cuanto a la Recuperación e inclusión sociocomunitaria. El tratamiento ofrecido busca con frecuencia mantener a estas personas "bajo control", en lugar de potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida. Tampoco se les pide la opinión respecto a sus planes de atención o de Recuperación lo que, en muchos casos, significa que acaban recibiendo tratamiento en contra de su voluntad [124].

Toda persona que lo precise debería tener acceso a los servicios básicos de salud mental. Este principio clave, identificado por la Organización Mundial de la Salud, requiere que los servicios de salud mental sean asequibles, equitativos, accesibles geográficamente, de una calidad adecuada y que estén debidamente disponibles.

Según la OMS, una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben:

- Preservar la dignidad de las personas con necesidades de atención en salud mental.
- Proporcionar cuidados tanto clínicos como no clínicos, aceptados y relevantes, destinados a reducir el impacto de la condición de salud mental y a mejorar la calidad de vida de las personas usuarias.
- Usar intervenciones que ayuden a las personas con necesidades de atención en salud mental a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de su condición de salud.
- Hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental.
- Asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, así como en los nodos y/o puntos de atención residenciales comunitarios, ambulatorios y de hospitalización.

Los servicios de salud mental deberían monitorizarse, de manera que se pueda evaluar la calidad de los cuidados. Este seguimiento puede hacerse de las siguientes maneras:

- Utilizando estándares para evaluar el servicio anualmente.
- Empleando procedimientos de acreditación para evaluar y acreditar el desarrollo de nuevos servicios y revisar los que ya están en funcionamiento.
- Recopilando información de forma habitual a través de sistemas de información, mediante indicadores de rendimiento y resultados.
- Consultando con las organizaciones independientes para personas con necesidades de atención en salud mental, cuidadores y grupos de apoyo con el fin de obtener su valoración de los servicios.

Asimismo, las políticas en salud mental pueden orientarse hacia la mejora de la calidad mediante las siguientes tareas [125]:

- Consulta a todas las partes implicadas.
- Estableciendo alianzas con grupos profesionales, instituciones académicas, grupos de apoyo, otros sectores de la salud y los servicios sociales, quienes son la columna vertebral del proceso de mejora de la calidad y permiten la sostenibilidad a largo plazo.
- Promoviendo leyes que reflejen la preocupación por la calidad y pongan el énfasis en esta.
- Coordinando los sistemas financieros para la salud mental, de tal forma que maximicen la calidad sin convertirse en un obstáculo para su mejora. La mejora de la eficiencia es una meta esencial tanto para la mejora de calidad como para la reducción de gastos.
- Los procesos de calidad pueden contribuir a la planificación y definición de prioridades mediante conocimientos basados en la evidencia.

Lo anterior, impone el desafío de implantar una gestión que priorice el acceso oportuno al sistema con la participación activa y comprometida de la ciudadanía (gobernanza), para asegurar la continuidad en la atención y el cuidado por parte de equipos transdisciplinarios que realizan su quehacer con un enfoque integrado de red y no en parcelas segmentadas y aisladas. Estos elementos resguardan una atención fluida en la red, personalizada e integral, con calidad humana, altas competencias técnicas y capacidad resolutiva efectiva, eficiente y eficaz.

8. Situación actual de la Red de Salud Mental Pública

8.1 Atención Primaria de Salud

Al año 2017, existe un total de 2.046 establecimientos que se distribuyen en:

- 584 Centros de Salud de Atención Primaria (CESFAM).
- 227 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF).
- 1.165 Postas de Salud Rural (PSR).
- 70 Hospitales Comunitarios.

A nivel de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en la APS, el año 2015 se evaluaron 33.7% de los establecimientos, de los cuales el 94,8% fueron certificados en el modelo.

Todos los establecimientos del país cuentan con el Programa de Salud Mental en APS, constituyendo una red con una alta territorialidad y representatividad.

Los datos disponibles el año 2015 registran el número de personas bajo control por trastornos mentales[10], los que se muestran en la siguiente tabla de cobertura de tratamiento (Fuente: REM P06, 2015):

[10] En los años precedentes, solo se contaba con la información de población bajo control por trastornos específicos sin considerar la comorbilidad.

Tabla 2. Cobertura de personas con enfermedad mental en la Atención Primaria 2015.

Población general mayor de 5 años	Población	**12.424.559**
	Población potencial (prevalencia 22%)	**2.733.403**
	Población bajo control > 5 años	**525.910**
	Cobertura (de la prevalencia)	**19,24%**
	Cobertura (de la población)	**4,23%**

Elaboración: División de Atención Primaria, MINSAL, 2015. Fuente: DEIS, MINSAL, 2016.

Desde la perspectiva de las brechas en salud mental y considerando la cobertura de las enfermedades mentales en la Atención Primaria, es importante abordar aspectos poco desarrollados, como la calidad de los tratamientos de salud mental en la APS y considerar que existen brechas entre distintos grupos etarios y problemas específicos de salud mental que son importantes de disminuir.

Con relación a las actividades de prevención, estas todavía están siendo realizadas principalmente por psicólogos y trabajadores sociales, por lo que aún se requiere avanzar en la incorporación de todo el equipo de salud en estas actividades.

En relación a los Grupos de Autoayuda o de pares que se reúnen como una instancia de apoyo mutuo vinculados a temáticas de salud mental, un 66% de los CESFAM y CESCOF del país no desarrollan actividades colaborativas con ningún grupo de autoayuda. Actualmente, solo existe actividad con grupos de autoayuda en 291 establecimientos de APS.

Respecto a Capacitación, el año 2016 solo fueron capacitados 4.480 de los 66.753 funcionarios de la APS, lo que representa un 6.7%. Un 7% de las personas capacitadas fueron médicos de la APS. Estas capacitaciones fueron de carácter presencial o virtual, mediante el mhGAP, DIR Senda-Minsal o cápsulas disponibles en la U Virtual del Minsal.

En lo que refiere a Consultorías en Salud Mental, el año 2015 se efectuaron 8.344 de carácter presencial y a distancia, abordando la situación de 22.005 personas. El año 2016, se realizaron 8.709 consultorías, alcanzando 23.856 personas, lo que representó un aumento del 4%. Estas se desarrollaron en 297 de las 345 comunas del país, representando un 86%. A partir de este mismo año se cuenta con las "Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental" [127], documento con el que se espera mejorar la capacidad resolutiva, optimizar la calidad de la atención y fortalecer la continuidad de cuidado.

8.2. Nivel secundario

A. Especialidad Ambulatoria de Salud Mental.

A finales del año 2016, existen 151 equipos de especialidad ambulatoria de Salud Mental en el país, distribuidos en:

- 96 Centros Comunitarios de Salud Mental
- 55 equipos en Centros Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría.

Respecto a la especialidad ambulatoria de Salud Mental, existen solo 4 Servicios de Salud que realizan toda la atención de especialidad ambulatoria en los Centros Comunitarios de Salud Mental (Arica, Iquique, Antofagasta y Arauco) y 4 Servicios de Salud que no poseen Centros Comunitarios de Salud Mental (Atacama, Bío Bío, Araucanía Norte y Chiloé).

Existe una distribución poblacional sumamente heterogénea en el país, existiendo Servicios que tienen una tasa de Equipos de Especialidad Ambulatoria de Salud Mental x 100.000 beneficiarios de casi 3 equipos, hasta otros que poseen menos de un tercio de un equipo por los mismos beneficiarios. También, algunos Servicios solo cuentan con un equipo para abordar toda la red, mientras otros poseen equipos territorializados y con una población asignada que permite un abordaje conforme al Modelo Comunitario. Las mayores brechas se presentan en los Servicios Viña del Mar-Quillota, Maule y Metropolitano Suroriente.

De los 96 Centros Comunitarios de Salud Mental que existen en el país al año 2016, el 45% tiene dependencia municipal (43 Centros), el 53% tiene dependencia de Servicio de Salud (51 Centros) y el 2% pertenece a privados (2 Centros). Esto conlleva roles y funcionamiento heterogéneos, con diversidad de medios de financiamiento y condiciones contractuales de los equipos, impactando directamente en el tipo de atención que reciben los usuarios. Es importante señalar que de los 43 Centros Comunitarios de Salud Mental que tienen dependencia municipal, 40 se encuentran en la Región Metropolitana.

B. Centros de apoyo comunitario para personas con demencia.

Estos Centros son punto de atención de la Red Temática de Salud Mental, que realizan una intervención ambulatoria integral a personas con demencia leve y moderada. Su dependencia técnica y administrativa es de los Servicios de Salud, los Centros Comunitarios de Salud Mental o Equipos de Especialidad Ambulatoria Hospitalarios.

A finales del año 2016, la situación de estos Centros es la siguiente:

- Se encuentran cinco centros en funcionamiento: Centro Kintún (SS Metropolitano Oriente), Centro Aliwen (SS Metropolitano Sur), Centro Kümelen (SS Osorno), Centro Quicalcura (SS Aconcagua) y Centro Kelluwun (SS Talcahuano).
- Dos centros en operación parcial: el Centro Arrebol (SS O'Higgins) y el Centro Quemanta (SS Magallanes).

8.3. Nivel terciario

A. Hospitales de día adulto e infanto adolescente.

A finales del año 2016, existen en la Red un total de 56 Hospitales de Día, 47 para población adulta y 9 para población infanto adolescente. Estos 56 puntos de atención implican un total de 926 plazas de Hospital de Día de Salud Mental, compuesta por 783 plazas de Hospital de Día adulto y 143 plazas de Hospital de Día infanto adolescente.

Existen 2 Servicios de Salud que no poseen Hospital de Día adulto (Metropolitano Norte y Metropolitano Occidente) y solo 9 Servicios de Salud que cuentan con Hospital de Día infanto adolescente.

En el caso particular de los Hospitales de Día para Población infanto adolescente, se observa que el desarrollo de estos puntos de atención ha sido más lento que lo deseado, no teniendo aún oferta en

todos los Servicios de Salud. Sin embargo, es una necesidad en la red implementar más Hospitales de Día infanto adolescentes, debido a los indicadores epidemiológicos que dan cuenta de un aumento en las enfermedades mentales de este grupo en particular, que requieren de atención ambulatoria e intensiva de especialidad en estos puntos de atención.

B. Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) para Población Adulta e Infanto Adolescente (Ex-Corta Estadía).

El año 2015 se trabajó en el Modelo de Gestión de las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), modificandose la nomenclatura que hasta ese entonces definía a estas unidades, en busca de un nombre que diera mayor claridad sobre su rol al interior del Hospital y de la Red en el territorio [126].

A finales del año 2016, existen en la Red 1.128 camas en 50 Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), desagregadas en 943 camas en UHCIP adulto y 185 camas en UHCIP infanto adolescente. La distribución de camas del Servicio de Salud Metropolitano Norte supera ampliamente al resto de Servicios de Salud del país (269 camas adultas y 47 camas infanto adolescente), porque dicho Servicio de Salud concentra el mayor número de camas del país en el Instituto Psiquiátrico Horwitz (uno de los cuatro Hospitales Psiquiátricos que aún funcionan en el país).

Solo el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota no posee UHCIP adulto y 14 Servicios de Salud no cuentan con UHCIP infanto adolescente (solo 15 de los 29 Servicios de Salud poseen esta oferta).

Respecto a la oferta específica para la población adulta, existen 30 de las 943 camas que no están funcionando, debido a la falta de recursos humanos para hacerlo.

La distribución de las camas en el país es desigual, lo que se ve reflejado en 2 elementos centrales: el 45% de la oferta de camas de UHCIP para población adulta se encuentra en la Región Metropolitana (426 camas) y el 39% de la oferta de camas de UHCIP para población adulta se encuentra al interior de Hospitales Psiquiátricos (370 camas). Adicionalmente, en 3 de los 4 Servicios de Salud que aún cuentan con Hospitales Psiquiátricos (Valparaíso-San Antonio, Aconcagua y Metropolitano Norte), toda la oferta de camas está concentrada en dichos establecimientos, evidenciando el efecto inhibitorio que esta situación tiene respecto al desarrollo de la oferta de camas de UHCIP en los Hospitales Generales de esas Redes de Salud.

Respecto a la oferta para población infanto adolescente, existen 12 de las 185 camas que no están en funcionamiento, debido a la falta recursos humanos.

La distribución de estas camas también es desigual en el país, no solo porque no todas las regiones cuentan con UHCIP, sino también porque el 42% de la oferta de camas de UHCIP para población infanto adolescente del país se encuentra en la Región Metropolitana (77 camas) y el 21% de la oferta de camas de UHCIP para población infanto adolescente del país se encuentra al interior de Hospitales Psiquiátricos (38 camas). Además, existe una gran variabilidad del número de camas de cada unidad, con un promedio nacional de 8 camas de UHCIP para población infanto adolescente en Hospitales Generales, pero con unidades que tienen desde 4 camas, hasta otras que tienen 19 camas.

C. Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) – Medio Privativo.

Con la entrada en vigencia de la Ley 20.084 sobre Responsabilidad Penal Adolescente en el año 2007, surge la necesidad de dar respuesta a las obligaciones que emanan de ella, en relación a los requerimientos de atención de salud de la población adolescente sancionada por esta ley, tanto para quienes se encuentren en medio libre, como para aquellos con internación provisoria y/o condenas a cumplir en centros penitenciarios cerrados.

Particularmente para este último grupo, el Ministerio de Salud, en colaboración con Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) y el Servicio Nacional de Menores (SENAME), proyectaron desde ese año, la instalación de 5 unidades de hospitalización en medio privativo de libertad, de referencia nacional, las que se ubicarían en Iquique, Limache, Coronel, Valdivia y Til-Til.

Al año 2017 esas 5 unidades se encuentran operativas, con el siguiente número de camas:

Tabla 3. Número de camas en Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) – Medio Privativo

UHCIP-MP	SS al que corresponde	N° Camas
Iquique	Iquique	6
Limache	Viña del Mar – Quillota	8
Coronel	Concepción	5
Valdivia	Valdivia	5
Til-Til	Metropolitano Norte	10

D. Hospitales Psiquiátricos.

Aún existen los 4 Hospitales Psiquiátricos que existían en 1990, aunque su estructura se ha modificado, reduciéndose significativamente el número de camas de larga estadía, presentando hoy la siguiente oferta de camas de mediana y larga estadía: Hospital del Salvador (Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio), Mediana Estadía con 20 camas; Hospital Philippe Pinel (Servicio de Salud Aconcagua), Mediana Estadía con 110 camas y Larga Estadía con 109 camas; Instituto Psiquiátrico Horwitz (Servicio de Salud Metropolitano Norte), Larga Estadía con 206 camas (que incluye 146 camas en Clínica Gaete); Hospital El Peral (Servicio de Salud Metropolitano Sur), 68 camas de Mediana Estadía y 57 camas de Larga Estadía.

En Chile, en el proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica hacia el Modelo Comunitario de Salud Mental, los hospitales psiquiátricos han avanzado gradualmente y de forma diferenciada. En conjunto, se ha logrado una importante disminución de personas residentes en servicios de larga estadía, con diferencias entre los cuatro establecimientos. De los cuatro Hospitales Psiquiátricos, el Hospital Psiquiátrico "Del Salvador" ha completado el compromiso de externalización hacia puntos de atención comunitarios de todas las personas que se encontraban en larga estadía; el Hospital Psiquiátrico "El Peral" es el que ha externalizado a más personas y ha contribuido con recursos a la creación de Servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales y con puntos de atención residenciales en las redes territoriales; y el hospital Philippe Pinel y el instituto Dr. José Horwitz han generado una importante oferta en psiquiatría forense, sin embargo aún mantienen una importante población de personas en larga estadía bajo su dependencia (este último, incluyendo una clínica privada en convenio).

La creación de las Unidades de Mediana Estadía es una estrategia, inicialmente implementada desde el año 2000 en el Hospital Psiquiátrico El Peral, para entregar tratamiento intensivo y rehabilitación a personas institucionalizadas con condiciones clínicas de alta complejidad y refractariedad a tratamiento asociada a conductas de alto riesgo, de modo de posibilitar su egreso a la comunidad, con sus familias o en puntos de atención residenciales. Posteriormente, dicha oferta se abrió a personas no institucionalizadas. Luego se sumaron a esta estrategia el Hospital Del Salvador y el Hospital Philippe Pinel. Este último amplió, el año 2014, el número de sus camas definidas como de Mediana Estadía (de 30 a 110 camas) como una modificación esencialmente administrativa. El Instituto Horwitz no ha desarrollado estas unidades.

Al no existir un estándar actualizado en cuanto a las funciones que estas unidades deben cumplir, se observa diversidad en los procesos terapéuticos que se entregan a las personas e insuficiente consenso con respecto a los criterios clínicos para el ingreso a estas unidades. Actualmente se está en proceso de subsanar esta carencia normativa.

8.4. Nivel comunitario

A. Hogares y Residencia Protegidas.

Con el propósito de desinstitucionalizar a las personas que se encontraban en las unidades de larga estadía de hospitales psiquiátricos, surgen los Hogares Protegidos, como una alternativa de vivienda y soporte social para personas con discapacidad de origen mental e insuficiente o nula red de apoyo. Luego de esto, y atendiendo al perfil de la demanda, se implementan las Residencias Protegidas, con el propósito de responder a las necesidades "de cuidado" de personas con discapacidad severa de origen mental y con mayores niveles de dependencia, diferenciándose "de un Hogar Protegido por el mayor grado de complejidad técnica y psicosocial" [127].

A finales del año 2016, hay un total de 1.719 personas que viven en Hogares y Residencias Protegidas, distribuidas a lo largo de todo el país. Existen 151 Hogares Protegidos en el país con un total de 1.144 plazas y 57 Residencias Protegidas en el país con un total de 642 plazas totales.

Existen 6 Servicios de Salud que no poseen oferta de Residencias Protegidas (Antofagasta, Atacama, O'Higgins, Araucanía Norte, Aysén y Magallanes), lo que no permite ofrecer una respuesta adecuada a personas con discapacidad de origen mental que no cuentan con redes de apoyo eficaces, haciéndolas altamente vulnerables.

B. Centros Diurnos.

A finales del año 2016, existen en la Red un total de 87 espacios o Programas de Rehabilitación (Centro Diurno), lo que implica un total de 2.505 plazas de Rehabilitación, compuesta por 2.412 plazas para población adulta, 63 plazas para población adolescente y 30 plazas no asignadas según tramo etario (SS Valdivia). De los 87 espacios que existen en el país al año 2016, el 47% tiene dependencia de Servicios de Salud (41 Centros), el 25% tiene dependencia de Municipios (22 Centros) y el 28% corresponden a centros privados en convenio (24 Centros).

Tanto el número de plazas de rehabilitación para población adulta como adolescente están destinadas a personas en situación de discapacidad de origen psíquico e intelectual, de las cuales, el mayor número está destinada a personas en situación de discapacidad de origen psíquico (más de un 90%). Solo 5 Servicios de Salud informaron conocer algunas otras alternativas o iniciativas de rehabilitación no financiadas por Salud, siendo principalmente Centros de Integración y Talleres Laborales Protegidos financiados por familiares o proyectos de otros sectores del Estado.

8.5. Programa de atención por consumo de sustancias

Con la instalación del Plan de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, se estableció como una línea prioritaria de acción dentro de salud mental, la atención de personas con problemas asociados al consumo de sustancias (abuso y dependencia al alcohol y drogas). Desde ese momento a la fecha, se ha realizado un trabajo intersectorial, diseñando planes de tratamiento, de acuerdo a niveles de complejidad, estructurando intervenciones de diferente intensidad y frecuencia terapéutica, que se desarrollan en los distintos niveles de atención de la red asistencial -en la lógica del principio de trabajo en red-, a fin de promover y garantizar el acceso, la oportunidad y la continuidad de la atención, respondiendo a la demanda y a los requerimientos del usuario.

La necesidad de dicho trabajo intersectorial, se ve reforzada por el hecho que los servicios prestados en relación al consumo de alcohol y otras drogas, han sido y son planificados y provistos por dos entidades del Estado en nuestro país: MINSAL -con la red pública de salud- y SENDA -con los organismos con los cuales realiza convenios-; por lo que coexisten dos organismos públicos cuyo accionar se relaciona con esta temática, disponen de presupuestos independientes y desarrollan programas cuya sinergia se constituye en una oportunidad para responder adecuadamente a las necesidades de la población objetivo de ambas instancias, con acciones integradas.

Al año 2016, existen 2 convenios de colaboración entre MINSAL y SENDA: un convenio colaborativo a fin de implementar planes de tratamiento y rehabilitación para población adulta y específica de mujeres, que presentan consumo problemático de sustancias, reforzando lo existente en la Red Asistencial del Ministerio de Salud, y un segundo convenio -suscrito entre MINSAL, SENDA, SENAME y Gendarmería de Chile- para generar una oferta de tratamiento especializada para la atención de adolescentes y jóvenes que ingresan al sistema penal por la Ley N° 20.084[11] y que presentan consumo problemático de sustancias.

En la actualidad, existe acuerdo respecto al déficit de oferta para población adolescente en el sistema de protección y se trabaja en un eventual convenio específico para este grupo prioritario.

Programa en la Red de Salud: la red de salud pública otorga atención a personas con la problemática de consumo de sustancias, a través de la oferta disponible en los diferentes niveles de atención:

- **En la Atención Primaria de Salud:** se encuentra el Programa GES Alcohol y Drogas para Adolescentes Menores de 20 Años, el Programa DIR - Detección, Intervención y Referencia Asistida en alcohol, tabaco y otras drogas, además de las intervenciones preventivas y terapéuticas que son parte del Programa de Salud Mental Integral y su componente de Detección Precoz y Tratamiento Temprano de Alcohol y Drogas en población general;
- **En nivel de especialidad:** existen prestaciones correspondientes a tratamientos ambulatorios básicos, intensivos, intensivo comunitario, residencial y desintoxicación (corta estadía) para población adulta e infanto adolescente (que se financian a través de PPV o Convenios con SENDA), además de desarrollarse el componente intensivo del GES Alcohol y Drogas para Adolescentes Menores de 20 Años.

[11] La Ley N° 20.084 establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal.

Lo anterior, se refuerza con la oferta instalada en el marco de los Convenios con SENDA.

Convenio para Población General Adulta: que contempla modalidades ambulatorias básicas, intensivas y residenciales, tanto en nodos y/o puntos de atención públicos como privados en convenio con SENDA. El año 2016, se establecieron convenios para aumentar oferta en 323 nodos y/o puntos de atención, 232 públicos y 91 privados, que atendieron a 19.309 personas.

Convenio Programa para población adolescente con infracción de Ley: ofrece modalidades de tratamientos ambulatorios intensivos -tanto en medio libre como medio privativo de libertad-, tratamientos residenciales y tratamientos en Unidades de Hospitalización en Cuidados Intensivos en Psiquiatría (ex Corta Estadía). El año 2016 se establecieron convenios con 104 puntos de atención, 23 públicos y 81 privados, lo que implicó atender a 5.711 personas. A lo anterior, se suma el apoyo técnico y financieron en las 5 Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Centros Privativos de Libertad del SENAME existentes a la fecha, en las que se cuenta un total de 34 camas al 2017.

8.6. Sub red de psiquiatría forense

El Estado es garante del respeto de los derechos de las personas privadas de libertad, dentro de los cuales el derecho a la salud es un tema crucial, dadas las condiciones de encarcelamiento de esta población.

En este sentido, se espera que las administraciones penitenciarias no solo sean responsables de prestar atención médica, sino que también cuenten con condiciones que promuevan el bienestar físico y mental tanto de las personas privadas de libertad como del personal. Para estos efectos, se debe proporcionar la revisión médica regular a las personas privadas de libertad, así como atención y tratamientos adecuados cuando se requieran[12].

Lo que hoy se define como sub red de psiquiatría forense, inició su desarrollo en Chile el año 1998 como una respuesta a los requerimientos del sector Justicia para la aplicación del Código Procedimiento Penal [128] en lo que respecta a la situación de un importante número de personas que, estando sobreseídas por la justicia, continuaban encarceladas por haber cometido un delito cuando sus facultades mentales se encontraban perturbadas.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 [129] describe el Sistema Nacional de Psiquiatría Forense, estableciendo líneas de trabajo prioritarias en el área de salud mental de personas en conflicto con la justicia. Este sistema se inicia a fines de 1998, con la participación de los Ministerios de Justicia y Salud, los Servicios de Salud, Gendarmería y el Servicio Médico Legal.

---

[12] Las disposiciones vinculadas al servicio médico en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos, son las siguientes [35]:

1) Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales.

2) Se dispondrá el traslado de los enfermos, cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, estos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional.

3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

Este plan señala que "la red de servicios de salud mental y psiquiatría incluirá un Sistema Nacional de Psiquiatría Forense que realizará la atención oportuna a las personas sobreseídas o absueltas a causa de una enfermedad mental. Para esta población se otorgarán las prestaciones de tratamiento y/o rehabilitación descritas en el plan, las que se impartirán en los nodos y/o puntos de atención regulares de la red para las personas que no representen peligrosidad, a la vez que se crearán otros para las personas con algún grado de peligrosidad, lo que tendrá un aporte financiero extraordinario para su implementación.

El sistema de psiquiatría forense, según el Plan Nacional del año 2000, debía contar, al menos, con los siguientes puntos de atención:

- Unidad de Psiquiatría Forense de alta complejidad, de referencia nacional.
- Unidad de Psiquiatría Forense de mediana complejidad, de referencia regional.
- Hogares y Residencias Protegidas Forenses en cada Servicio de Salud.
- Programa de Psiquiatría Forense Ambulatorio en la red de servicios de salud mental y psiquiatría de los Servicios de Salud del país [129].

En este contexto se establece una **sub red de psiquiatría forense** que, entre sus puntos de atención, cuenta con Unidades Clínicas que tienen por objetivo la evaluación pericial por sospecha de enfermedad mental y dar respuesta a la aplicación de sentencias de medidas de seguridad impuestas, sean estas de internación o custodia y tratamiento a aquellas personas declaradas inimputables. Además, se cuenta con puntos de atención residenciales para esta población.

Con posterioridad a la instalación de los puntos de atención señalados, se desarrollaron otros, cuyo objetivo fue hacerse cargo de funciones periciales y de atención clínica a personas imputadas en la fase previa a la dictación de la sentencia. Estas son las Unidades de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI) y las Unidades Psiquiátricas Forenses Transitorias (UPFT).

Su origen obedece a la presión que ejercía el sistema judicial al ocupar en forma imperativa las camas psiquiátricas a lo largo del país, dando origen a innumerables situaciones de conflicto, reduciendo el acceso de la población general y generando riesgos, tales como la presencia de personal de gendarmería armado al interior de unidades clínicas no forenses. Este tema aún no está resuelto y, episódicamente, situaciones de este tipo vuelven a repetirse.

La mayor parte de las camas de psiquiatría forense se encuentran ubicadas en los siguientes Hospitales Psiquiátricos: H. Philippe Pinel (SS Aconcagua) que cuenta con 20 camas de UEPI, 50 camas de mediana complejidad y 20 camas de alta complejidad; y el Instituto Psiquiátrico Horwitz (SS Metropolitano Norte) que cuenta con 40 camas de UEPI y 40 camas de mediana complejidad.

Las camas de las Unidades de Psiquiatría Forense Transitoria (UPFT) se encuentran ubicadas al interior de las cárceles de Arica (14 camas) y Valparaíso (16 camas), al igual que la Unidad de Psiquiatría Forense Hospitalaria Intrapenitenciaria (UPFHI) de Magallanes (6 camas). Las Unidades de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI) de Temuco (10 camas) y de Mediana Complejidad de Concepción (23 camas) se encuentran en puntos de atención de Salud. Las Residencias Protegidas Forenses están ubicadas en 3 Servicios de Salud (Metropolitano Norte con 58 plazas, Araucanía Sur con 28 plazas y Valdivia con 8 plazas), y cuentan en total con 94 plazas a nivel país.

8.7. Programa Salud Responde

El Programa salud responde fue creado el año 2005 con la finalidad de ofrecer a la ciudadanía un servicio permanente de entrega de información, orientación, educación, asistencia, apoyo y contención, en materias de salud, a todos los habitantes del país, a través de una atención oportuna, equitativa y de calidad; las 24 horas del día, todos los días del año. Depende del Gabinete de la Ministra de Salud y es ejecutado por el Departamento de Asistencia Remota en Salud (DARS). Contempla diferentes líneas de atención telefónica, divididas de acuerdo al tipo de información que entregan.

- Información genérica o administrativa.
- Información y orientación médica o asistencial
- Orientación en salud mental.

Funciones de la linea de atención psicológica:

- Brindar contención o primeros auxilios psicológicos, en temáticas asociadas a salud mental.
- Promover y/o reforzar la vinculación/adherencia de las personas usuarias con la red pública de salud mental.
- Participación activa en el programa de prevención del suicidio, a través de contención, primeros auxilios psicológicos, derivación y coordinación con SAMU y Carabineros de Chile, notificación a referente de Seremi de Salud.
- Seguimiento de personas usuarias pertenecientes al Plan Nacional de Demencia.
- Orientación en GES Salud Mental, Hospitalización administrativa, consejería tabáquica, atención usuarios fonosida.

9. Nudos críticos de la Red de Salud Mental

Los nudos críticos identificados en las redes de salud mental del país son la síntesis del trabajo desarrollado por una mesa nacional convocada para la construcción de este Modelo de Gestión, de los insumos recogidos en la Jornada Nacional de Salud Mental el año 2014 y aquellos nudos críticos que fueron aportados por los Servicios de Salud, SEREMIS y Organizaciones de usuarios/as y familiares.

Estos nudos críticos fueron agrupados a partir de variables de calidad. La descripción en mayor detalle sobre cada uno de estos se encuentra en Anexo N° 2.

Accesibilidad:

- Concentración de la oferta de atención.
- Heterogeneidad de la oferta.
- Baja pertinencia cultural de la oferta.
- Discriminación por diagnóstico para el acceso a atención, como, por ejemplo, para personas con consumo problemático de sustancias.

Organizacional:

- Organización vertical de las acciones en salud.
- Insuficientes herramientas de gestión para favorecer la supervisión.
- Rigidez en los procesos administrativos.

- Modelos organizacionales incongruentes con un Modelo de Atención con Enfoque Comunitario.
- Ausencia de un sistema de registro único.

Recursos humanos:

- Insuficientes recursos humanos disponibles en el sistema público de atención.
- Inequidades para el recurso humano, según sistema de financiamiento (observable, por ejemplo, en la oferta de programas financiados por SENDA).
- Insuficientes incentivos para la contratación y permanencia del recurso humano en lugares alejados o de desempeño difícil.
- Formación profesional no alineada con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.
- Escasa valoración del cuidado de los equipos.

Equidad:

- Asignación de recursos con poca pertinencia territorial.
- Insuficiente cobertura para población infanto adolescente.
- Baja priorización para la atención de personas con patologías no GES.
- Discriminación por diagnóstico.
- Baja cobertura de atención en salud mental a personas en situación de calle.
- Existencia de residencias informales para personas con enfermedad mental, sin supervisión por parte del sistema.
- Uso del diagnóstico nosológico como criterio exclusivo de derivación.

Eficiencia:

- Insuficiente integración de las familias y de las organizaciones comunitarias como unidad de trabajo.
- Alta fragmentación de servicios.
- Participación restringida de profesionales médicos y no médicos de Atención Primaria de Salud en consultorías.

Competencia profesional o calidad científico técnica:

- Insuficiente formación en salud mental y otros temas específicos.
- Bajas competencias de los equipos en relación al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Satisfacción usuaria/o externo:

- Baja incorporación de la comunidad en los diagnósticos locales de salud.
- Insuficiente participación de las personas usuarias y sus familiares en los dispositivos de salud.
- Dificultad para el acceso a actividades educativas por parte de la población usuaria.
- Insuficiente evaluación de la satisfacción usuaria.

Oportunidad de la atención:

- Brechas de cobertura de los dispositivos dificultan la atención oportuna y la continuidad asistencial.
- Baja resolutividad de atenciones de salud mental en servicios de urgencia.
- Horario de atención no compatible con horarios ocupacionales o escolares de la población usuaria, según curso de vida.
- Acceso a camas de hospitalización poco oportuno y poco expedito.
- Excesiva utilización de la hospitalización administrativa.
- Existencia de listas de espera sin resolución oportuna.
- Poco desarrollo de acciones de promoción, prevención y detección precoz de enfermedades mentales.
- Derivaciones a profesional psicólogo en la APS no pertinentes.

Continuidad de la atención:

- Sistemas de información no integrados.
- Registros deficientes.
- Fragmentación de la red de servicios de salud mental en los distintos niveles asistenciales.
- Fragmentación de la red de servicios de salud mental entre dispositivos públicos y privados. Por ejemplo, en la atención de personas por consumo problemático de alcohol y otras drogas (Convenio SENDA-MINSAL).
- Baja resolutividad en la Atención Primaria.
- Insuficiente y deficiente coordinación intersectorial territorial y local.
- Mecanismos administrativos poco eficientes para el tránsito de las personas usuarias en la red.
- Obstáculos para el flujo expedito de las personas que son derivadas a dispositivos de salud general o de salud mental, desde dispositivos de tratamiento para consumo problemático de alcohol y otras drogas de administración privada con financiamiento público.

Efectividad:

- Estándares para programación insuficientes y escasamente alineados con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.
- Indicadores no alineados con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.
- Insuficiente medición de resultados terapéuticos.
- Insuficiente definición de estándares de efectividad clínica.
- Baja resolutividad de las atenciones en los distintos niveles de atención.
- Baja posibilidad de realizar investigación en Atención Primaria que permita conocer factores que incidan en la efectividad.
- Arsenales farmacológicos no actualizados y sistemas de despacho inadecuados o abastecidos intermitentemente.
- Fármacos sin estudios de bioequivalencia.
- Desactualización conceptual y técnica en relación a la rehabilitación de personas con enfermedad mental.

- Insuficiente implementación del Modelo de Salud Familiar en los equipos de Atención Primaria.
- Las exigencias que imponen las Garantías Explícitas en Salud producen fragmentación de la atención integral de las personas.
- Persistencia de personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos.
- Alta concentración de camas de corta estadía en hospitales psiquiátricos.
- Insuficiente desarrollo de la psiquiatría de enlace.

Seguridad:

- Desactualización de la normativa en salud mental.
- Poca consideración de los riesgos ocupacionales y psicosociales que corren los trabajadores de salud mental.
- Uso excesivo de medidas de aislamiento y contención en la hospitalización.
- Discontinuidad del programa de mejora continua.
- Ausencia de un sistema de seguimiento de los efectos adversos de los fármacos.
- Funcionamiento deficiente del sistema de asistencia farmacéutica.

10. Metodología para la elaboración del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental

La construcción de este modelo de gestión ha sido un proceso colectivo, basado en la convicción del equipo que compone la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, sobre la participación como elemento fundamental e imprescindible para la generación de políticas públicas sustentables y legitimadas.

En la elaboración de este Modelo de Gestión pueden distinguirse seis fases no secuenciales, es decir, que se interrelacionan dinámicamente. Esta distinción por fases se presenta en forma secuencial solo con el fin de aportar a la compresión metodológica. En la práctica, las fases se superponen, por lo que se ha requerido de una conducta flexible y minuciosa, de constante revisión de los desarrollos y avances durante el proceso de construcción del documento, de modo de incorporar la mayor cantidad de visiones, consensos y voluntades posibles.

Fase I: Investigación.

Esta fase se centró en la revisión de bibliografía y evidencia disponible tanto internacional como nacional, con el fin de lograr una propuesta de marco teórico y conceptual para el modelo de gestión a diseñar.

La revisión de otros modelos de gestión, especialmente en salud mental, facilitó la definición de la mejor forma de organización y desarrollo del documento. Esto, también facilitó la redacción de un documento borrador inicial, basado en la información teórico conceptual recabada para ser presentado a la mesa de trabajo a la que se convocó. El objetivo de este primer borrador fue propiciar un ambiente que dé inicio a la reflexión de la mesa de trabajo.

Fase II: Conformación de una mesa de trabajo.

Esta mesa contó con la participación de un promedio de 50 personas que, de manera presencial y/o a distancia, contribuyeron a la construcción del documento.

La mesa estuvo conformada por:

- Directivos y profesionales de los distintos Servicios de Salud del país.
- Profesionales de los equipos técnicos de salud mental de los Servicios de Salud.
- Representantes de usuarios y familiares.
- Profesionales de las distintas reparticiones e instancias del Ministerio de Salud.
- Profesionales representantes del intersector.
- Profesionales de la Unidad de Salud Mental y del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud.

La mesa de trabajo funcionó desde el mes de enero a noviembre del año 2016, de forma quincenal. Su propósito fue el de discutir todos los aspectos relacionados con la definición y elaboración del Modelo de Gestión. A partir de esto, se generaron grupos de trabajo en los Servicios de Salud, realizándose coloquios descentralizados cuyos aportes, finalmente, quedaron plasmados en el documento borrador final.

En paralelo, se conformó un grupo redactor constituido por profesionales de la misma mesa y que mantuvo reuniones quincenales, intercaladas con la mesa ampliada de trabajo. Su misión fue sistematizar y redactar los acuerdos que se tomaron en la mesa ampliada.

Las reuniones de ambos grupos fueron registradas en actas que fueron compartidas y validadas.

Fase III: Antecedentes y Contexto. Construcción del marco conceptual, identificación de nudos críticos y de la situación actual de la Red de Salud Mental.

La primera tarea de la mesa de trabajo fue la revisión del documento preliminar, preparado por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, que consistía en el marco conceptual y los fundamentos para el Modelo de Gestión. De esa revisión, surgieron propuestas complementarias de enfoques y contenidos. Como en todas las discusiones de la mesa, se consensuó la definición del marco teórico y conceptual de este Modelo de Gestión.

Simultaneamente, se levantó la situación actual de la red y sus nudos críticos a nivel nacional, a través de una plantilla especialmente diseñada para ello, construida en base a variables de calidad de la atención.

El 10 de marzo del año 2016, se realizó una reunión presencial y una videoconferencia con representantes de los Servicios de Salud, representantes de usuarios y familiares de la red, y organizaciones de familiares, usuarios y amigos de personas con afecciones de salud mental (CORFAUSAM, entre otras).

Este proceso de construcción de la situación actual de la red de salud mental levantó una gran cantidad de información que se sistematizó y reorganizó, a modo facilitar su comprensión. Toda la información sistematizada fue finalmente validada por la mesa de trabajo.

Fase IV: Redacción Modelo de Gestión.

Para la elaboración y redacción de la segunda parte del documento, el Modelo de Gestión propiamente tal, la metodología utilizada fue la discusión en la mesa de trabajo y la posterior redacción por parte del equipo redactor, de todos los contenidos desplegados en el Modelo. Finalmente, todo el material redactado se compartió con todos los integrantes de la mesa, mediante correo electrónico, para su consenso final en las reuniones presenciales.

La redacción del Modelo de Gestión llevó a la constante revisión de todos los contenidos del documento, por lo que se trató de una construcción colectiva, dinámica y compleja.

Para el trabajo de temas específicos, como: el Sistema de Apoyos Graduados; el abordaje en la Red de la Temática de Alcohol y otras Drogas; las urgencias en salud mental; y la asistencia farmacéutica, la propuesta inicial fue elaborada por mesas de trabajo que funcionaron de forma paralela o por grupos de trabajo que contaban con experiencias innovadoras y exitosas[13]. Las propuestas finales que fueron presentadas por cada uno de los grupos se discutieron y validaron por la mesa de trabajo ampliada, antes de ser incorporadas al documento borrador.

Fase V: Contrucción del Modelo con la Red

- *Jornada Nacional de Salud Mental,* actividad realizada el 26, 27 y 28 de octubre de 2016, donde participaron los integrantes de las mesas de trabajo, los referentes de salud mental de los Servicios de Salud y representantes de usuarios y familiares.
- *Coloquio Nacional Descentralizado para la revisión de la propuesta de Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.* El día 9 de marzo de 2017 se realizó un coloquio nacional descentralizado, organizado por cada Servicio de Salud, donde se convoca a toda la red de atención, como también a usuarios y familiares, a fin de discutir el modelo de gestión.

Los referentes de salud mental de cada Servicio de Salud fueron los encargados de sistematizar y consolidar los aportes del coloquio en un solo documento, el que fue enviado a la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud. Todos los aportes fueron revisados e incorporados en su mérito, al documento final.

Fase VI: Consolidación de observaciones y documento final.

Una vez revisadas e incorporadas al documento todas las observaciones provenientes tanto del propio sector como del intersector, se da por finalizado el proceso de elaboración y se procede a su edición final.

Como último paso, el documento es enviado formalmente al área jurídica del Ministerio de Salud para su respectiva resolución, como posterior impresión y distribución.

Durante todo el proceso de construcción del Modelo de Gestión, se ha procurado la difusión de los avances y la retroalimentación constante por parte de diversos actores relevantes. Para ello, se han realizado videoconferencias con todos los Servicios de Salud del país, en los distintos momentos de su elaboración.

[13] Por ejemplo, se recoge la experiencia desarrollada por el Servicio de Salud Reloncaví, quienes aportaron con una propuesta innovadora en asistencia farmacéutica rural.

SEGUNDA PARTE: MODELO DE GESTIÓN DE LA RED TEMÁTICA EN SALUD MENTAL

1. Justificación Modelo de Gestión de Red Temática Salud Mental.

Los avances en Salud Mental en nuestro país, la mirada internacional y la experiencia recogida, plantean nuevos desafíos que respondan a las necesidades actuales de las comunidades y de quienes brindan los cuidados de atención de salud a la población.

Las acciones de salud mental constituyen hoy día un área de alta relevancia en la red de atención de salud general, las que deben mirarse de forma holística e integradamente, centrándose en las personas como sujetos de derechos, inmersas en un contexto particular.

Los análisis críticos de las problemáticas actuales de la red salud mental, han sido recogidos a partir de lo planteado por los equipos de los distintos nodos y/o puntos de atención, de las unidades de gestión de los Servicios de Salud, de las agrupaciones de usuarios y familiares, entre otros actores. Desde ahí, se pueden distinguir áreas con falencias en distintos puntos, niveles y dimensiones del funcionamiento de la red, lo que contrasta con el funcionamiento óptimo esperado para esta.

En el ámbito de la organización de la oferta de servicios especializados de salud mental, se observa una oferta que se concentra principalmente en zonas urbanas, permaneciendo núcleos poblacionales con dificultad de acceso geográfico, particularmente en zonas extremas. Esta situación obstaculiza la oportunidad de atención de las personas en sus contextos naturales, lo que se agrava por la rigidez del sistema, y por la sobrevalorización las acciones asistenciales "intra box", cuya producción se rige por el concepto de "paciente atendido", y cuyas metas dan cuenta de tasas de ingreso sin focalización en el apoyo posterior al egreso y con resultados distantes a la Recuperación de las personas.

El sistema de salud no genera condiciones suficientes para el desarrollo de actividades comunitarias y no facilita el rol activo de las personas usuarias, familias y la comunidad, viéndose debilitado el trabajo intersectorial. Esto plantea una discrepancia con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario.

Existe una concentración de recursos humanos en grandes centros urbanos, observándose una planificación vertical de la atención, a partir de la oferta disponible y no desde la satisfacción de necesidades y expectativas de la población adscrita en una red operativa funcional. Así mismo, se mantiene la atención centrada en la resolución de la sintomatología y el diagnóstico nosológico, dejando fuera variables relacionadas con los determinantes sociales que influyen en el curso de la enfermedad, que en salud mental adquieren particular relevancia.

Si bien, la oferta ambulatoria ha mostrado un avance desde el Plan Nacional del año 2000, sigue siendo insuficiente, inequitativa, no resolutiva y no siempre territorializada. Esta sigue respondiendo principalmente a las personas en crisis con agudización de su enfermedad mental, no respondiendo a las necesidades de atención de una población con un perfil de enfermedad de larga data, la cual requiere otras formas de abordaje y organización de la atención, que parten desde la promoción, pesquisa precoz y prevención de la salud mental, incorporando a esta respuesta variables como la interculturalidad, las diferencias de género, situación de migración, refugiados, entre otras.

A su vez, se observa fragmentación en el flujo de atención de las personas entre los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental, lo que también afecta a la resolución de las necesidades de la población. Esto tensiona a la atención cerrada con una mayor demanda de hospitalización, no solo para situaciones de crisis, sino como respuesta definitiva a personas con enfermedad mental de difícil manejo o con carencias residenciales o socioeconómicas. Todo esto

impacta negativamente en el tránsito de la población usuaria en la Red, afectando la continuidad de la atención. Esto se refleja en: listas de esperas sin criterios de resolución priorizados; sistema de asignación de horas no programadas (entrega de cupos de atención por día, sin considerar las condiciones reales de la población ni el impacto en la evolución de la enfermedad, en el gasto de bolsillo para la persona por concepto de traslado, además del efecto emocional y social).

Del mismo modo, no se presenta un abordaje integral de las personas, fragmentando su atención sin una mirada holística de la condición de salud-enfermedad y su relación con el entorno.

Al no tener un modelo de gestión definido y una red no integrada a la red de salud general, el sistema mantiene a la salud mental como una red paralela, lo que se traduce en estigma, segregación, insuficiente oportunidad de atención, brechas en el recurso humano, insuficiente acceso a farmacoterapia, y subestimación de las actividades psicosociales y comunitarias. Todo lo señalado, empobrece los resultados de la atención entregada, afectando la continuidad de atención y la satisfacción usuaria.

Los aspectos críticos mencionados, entre otros identificados, justifican la elaboración de un modelo de gestión acorde a lo que el Ministerio de Salud de Chile está impulsando con una mirada actualizada de sistemas de redes integradas de atención, con el propósito de superar la fragmentación actual del sistema. Se propone un modelo de gestión que contribuya a desarrollar una red temática de salud mental integrada a la red general de salud y en constante retroalimentación con esta.

Cabe destacar que, la alta densidad tecnológica en salud mental radica en las competencias del recurso humano y no en insumos tecnológicos, siendo estos últimos, un servicio de apoyo complementario. Para ello, el modelo orienta el desarrollo de las competencias necesarias en los integrantes de los equipos para otorgar una atención de calidad a las personas.

El propósito de este modelo de gestión es proponer una organización y articulación de la provisión de servicios de salud mental en la red de salud general, con estrategias para facilitar la continuidad de atención, desde una mirada integral de las personas, familias y comunidades que, en el pleno ejercicio de sus derechos, puedan acceder a servicios integrales, equitativos, oportunos y pertinentes, de acuerdo a su condición de salud.

De acuerdo a lo señalado, el modelo de gestión de la Red Temática de Salud Mental se basa en los siguientes criterios:

- Desarrollo continuo y progresivo de la Red Temática de Salud Mental en la red general de salud con oferta de servicios con criterios de calidad.
- Aumento de la resolutividad siguiendo criterios de acceso y pertinencia territorial, sin que la densidad tecnológica asociada al nodo o punto de atención sea un factor que lo impida.
- Co-construcción de estrategias para la Recuperación de la salud mental e inclusión sociocomunitaria, entre el equipo de salud, la población usuaria y su entorno.
- Equipos de salud, personas usuarias y familiares comprometidos en un proceso continuo de evaluación y mejora de calidad.
- Recurso humano con altas competencias técnicas actualizadas y espacios para el cuidado de los equipos.
- Utilización de los recursos en forma óptima, con alta capacidad resolutiva de los mismos.
- Sistema de gestión usuaria y gestión de solicitudes ciudadanas que permita una mayor satisfacción de la ciudadanía con los servicios prestados.

2. Definición de la Red Temática de Salud Mental

La Red Temática de Salud Mental es un sistema de vínculos e interacción de relaciones horizontales entre los diversos nodos y puntos de atención que la componen, permitiendo a través de su organización y disposición de recursos, la integralidad y la continuidad de la atención y cuidados. En coherencia con el propósito, el alcance de esta red está en función de resolver la variabilidad de necesidades de las personas y comunidades, en distintos momentos de su curso de vida y estado de salud mental, con la flexibilidad requerida para adaptarse a la realidad local.

El quehacer de la Red Temática de Salud Mental se basa en una mirada integral de las personas como sujetos de derechos. Forma parte de la red general de salud y reconoce a la Atención Primaria como el principal nodo articulador e intercomunicador de la atención de la población usuaria.

La organización y disposición de los recursos en la red responde a las particularidades de cada territorio[14] y comunidad, en consideración de los determinantes sociales de la salud, para mantener el bienestar de la población y satisfacer las necesidades de salud mental con estándares de calidad. Para esto, la red cuenta con equipos transdisciplinarios con altas competencias técnicas y capacidad para el trabajo colaborativo.

En la interacción transversal, la red articula nodos y puntos de atención propios del Sector Salud, otros en convenio directo y también algunos vinculados a través de Convenios con otros Organismos del Estado como SENDA. Del mismo modo, se articula con otras redes temáticas de atención de salud general, con el intersector y cuenta con la participación activa de la comunidad, a fin de optimizar recursos que aseguren el acceso, oportunidad y continuidad de la atención y cuidados.

3. Principios de la Red Temática de Salud Mental

- Centrado en las personas como sujetos de derechos.
- Salud como derecho universal.
- Autonomía de la persona.
- Integralidad en la atención.
- Equidad, justicia e inclusión sociocomunitaria.
- Diversidad y pertinencia cultural.
- Comunidad integrada en los procesos de gestión de salud (gobernanza).
- Atención basada en estándares de calidad.

[14] **Territorio** [130]: "El territorio puede ser entendido como un constructo social, históricamente construido - que le confiere un tejido social único-, dotado de una determinada base de recursos naturales, ciertos modos de producción, consumo e intercambio, y una red de instituciones y formas de organización que se encargan de darle cohesión al resto de los elementos"

4. Visión y misión de la Red Temática de Salud Mental

Visión: Las personas, familias y comunidades viven y experimentan el mayor nivel de bienestar y calidad de vida, en la medida que resuelven oportuna y satisfactoriamente sus necesidades de salud mental en la red temática.

Misión: La red temática de salud mental, como parte de la red general del sistema de salud, promueve el máximo bienestar y calidad de vida de toda la población, dando respuesta de forma eficiente y eficaz a los problemas y las enfermedades mentales de su población beneficiaria, en la medida que asegura el acceso oportuno y la continuidad de cuidados en la red, desde un enfoque que promueve y favorece el ejercicio de derechos y la inclusión sociocomunitaria de las personas.

5. Objetivos de la Red Temática de Salud Mental

Objetivo General

Promover el bienestar de la población respondiendo a sus necesidades de salud mental, que van desde la prevención a la Recuperación e inclusión sociocomunitaria, en un trabajo coordinado con el intersector y la comunidad; por medio de la organización y articulación de las acciones y relaciones entre los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental con la red de salud general; y asegurando una atención con estándares de calidad que contemple la evaluación y mejora continua de su funcionamiento.

Objetivos Específicos

1. Implementar estrategias promocionales, preventivas y de detección precoz preferentemente intersectoriales que mejoren la salud mental de las personas, familias y comunidades, considerando su realidad territorial, cultural, de género y curso de vida, con especial énfasis en la población infanto-adolescente.
2. Organizar la provisión de servicios, los recursos y el diseño de intervenciones en torno a las necesidades de salud mental de las personas, familias y comunidades, adaptándose a las realidades locales, a través de procesos inclusivos.
3. Asegurar acceso oportuno, tratamiento efectivo y continuidad de cuidados de la población general y grupos específicos, a través de procesos de participación social, y en consideración de las características territoriales.
4. Establecer y mantener vínculos de colaboración con el intersector, actores locales, usuarios y familiares del territorio, favoreciendo el cuidado de la salud mental individual y colectiva.
5. Definir requisitos de calidad que permiten desarrollar un proceso de mejora continua de la atención y cuidados, para optimizar el nivel de funcionamiento de la red.
6. Definir lineamientos que permitan desarrollar un sistema de información en salud mental.
7. Definir mecanismos de acción que faciliten resolver oportuna y anticipadamente las situaciones de crisis, urgencias y emergencias en salud mental de las personas que lo requieran.
8. Otorgar lineamientos para el cuidado de los equipos de la red.
9. Establecer plan de monitoreo para evaluar el funcionamiento de la red.

6. Atributos de la Red Temática de Salud Mental

El Ministerio de Salud establece que las características más relevantes de una Red son la flexibilidad, fluidez y horizontalidad en las relaciones [131]. Con base en los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud [1] [132] y en coherencia con los contenidos ya desarrollados en el presente Modelo de Gestión, se plantean los siguientes atributos:

Gestión territorial. Implica el conocimiento e involucramiento activo del equipo de salud con su población/territorio a cargo, con estrategias diferenciadas para poblaciones específicas. Lo que requiere una capacidad de adaptación y flexibilidad de la red para dar respuesta a las necesidades de las personas, familias y comunidades. Se constituye el territorio como unidad funcional de la red.

Oferta de atención preferentemente ambulatoria, descentralizada y focalizada en las necesidades de la comunidad. Implica organizar los nodos de atención en salud mental, de tal manera que permita eliminar las barreras de acceso, oportunidad y brechas de cobertura. Los servicios de especialidad deben otorgarse en el lugar más apropiado y pertinente, preferentemente en ambientes extra hospitalarios, considerando siempre las necesidades de salud mental de las comunidades.

Gestión por resultado. Implica asegurar que los procesos de gestión clínica permitan el logro de los resultados esperados en la población atendida y considera una gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico para lograr un impacto sanitario como fin último.

Capacidad de gestionar sus propios recursos. Implica la planificación, adecuación y optimización de recursos a través de una permanente coordinación con gestores/as de salud de su territorio (Servicios de Salud, municipios, otros), para entregar una atención de calidad a la población.

Centrada en la satisfacción de necesidades y expectativas en salud mental de las personas. Los conocimientos de las necesidades en salud mental determinan la oferta de servicios requeridos en una comunidad determinada. Incluye servicios oportunos de salud pública, en promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento, con participación activa de la comunidad.

Centrada en un enfoque de mejora contínua. Implica la definición de requisitos de calidad de la red en su conjunto, sus estándares y sus evaluaciones periódicas, como parte del plan de mejora continua.

Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos, para resolver y satisfacer las necesidades de salud mental de las personas, familias y comunidades.

Un nivel primario resolutivo en salud mental que actúa, integra, coordina la atención y el cuidado de la salud, resolviendo la mayoría de las necesidades de la dimensión de salud mental de la población, con eficacia y eficiencia. Se articula con otros nodos y puntos de atención de la red para aquellos procesos que requieren de una mayor densidad tecnológica.

Sistema de gobernanza participativo. Participación activa de la comunidad en la gestión de la Red Temática de Salud Mental, incidiendo en las decisiones que le afectan.

Gestión para la continuidad de la atención y cuidados. Existencia de mecanismos de integración del cuidado y la atención a lo largo del continuo de servicios.

Coordinación Intersectorial. Trabajo coordinado que promueva, apoye la atención y aborde los determinantes sociales de forma articulada, eficiente y eficaz con la red de salud.

7. Funciones de la Red Temática de Salud Mental

Las funciones de la Red Temática de Salud Mental están alineadas con las del sistema de redes de atención general [115]:

Gestión integrada de procesos clínicos, administrativos y logísticos de apoyo en salud mental que garanticen elementos claves como el acceso oportuno y la continuidad de cuidados para la obtención de resultados en salud, permitan optimizar la gestión de provisión de servicios y la ordenación de los flujos de las personas usuarias en base a sus necesidades.

Gestión de los recursos financieros que permitan una distribución y fortalecimiento equitativo de los distintos nodos y puntos de atención de la red temática.

Gestión de un sistema integrado de información en salud mental que permita conocer la población adscrita, su estado de salud, la demanda y uso de servicios, la trazabilidad en la red de las personas y familias, la información clínica, la satisfacción de población usuaria, la información financiera, entre otros, funcionando como un sistema efectivo de comunicación entre los nodos de la red.

Gestión integrada de los recursos humanos. Número y distribución de los recursos humanos para los nodos de atención, con procesos de reclutamiento pertinentes combinados con el desarrollo continuo de las competencias de los equipos y sus prácticas de cuidado (individuales, colectivas e institucionales).

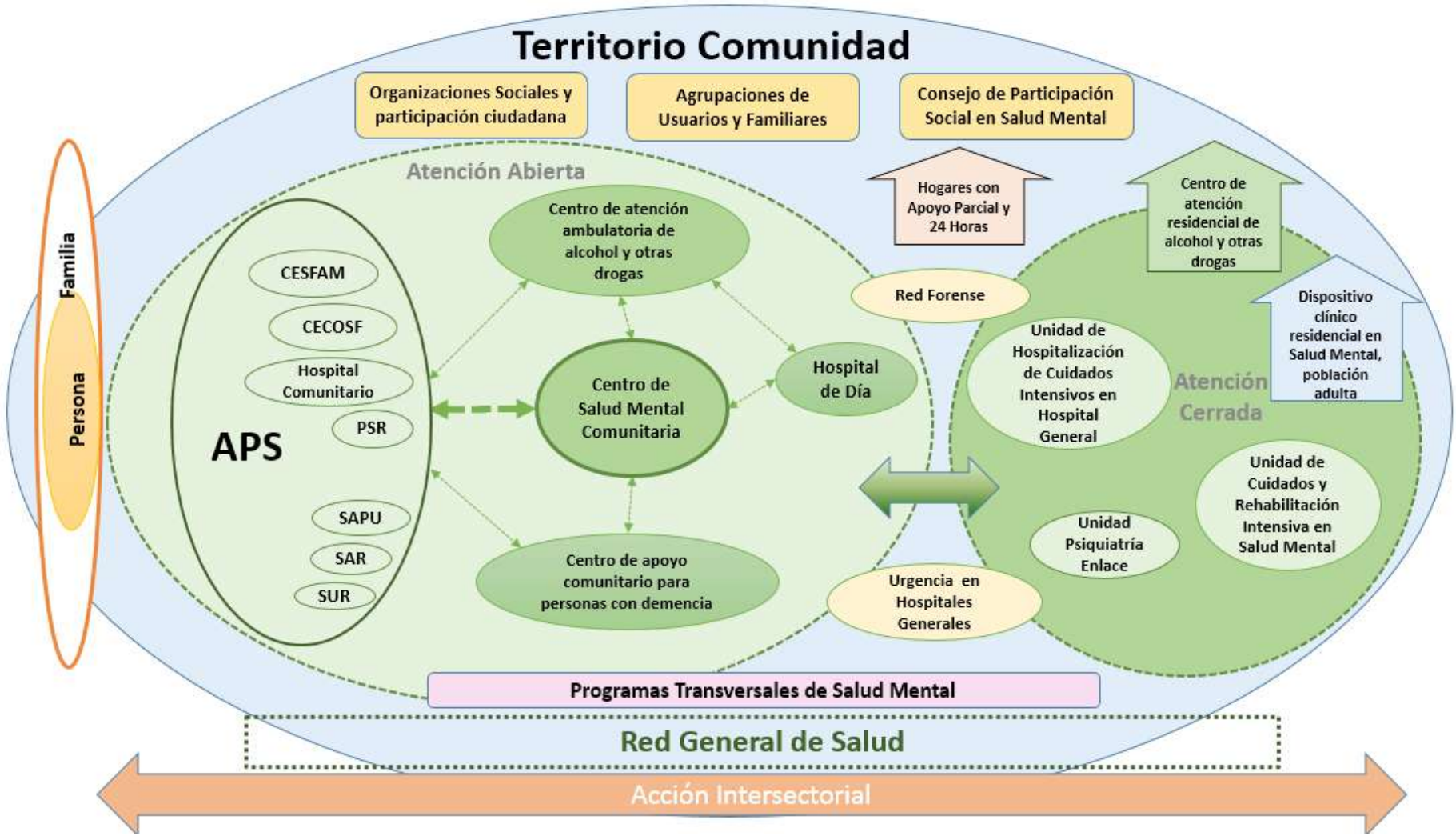
Facilitación de procesos de formación y capacitación del recurso humano acorde a los requerimientos de la población a cargo, de acuerdo al modelo de atención y las necesidades de desarrollo de la red territorial.

Gestión democrática con la comunidad, donde exista participación y colaboración activa entre los actores institucionales, sectoriales, intersectoriales y la comunidad, convertiéndose en socios activos en la gobernanza.

Mantención de procesos de mejora continua con participación de todos los equipos de atención, la comunidad y el intersector.

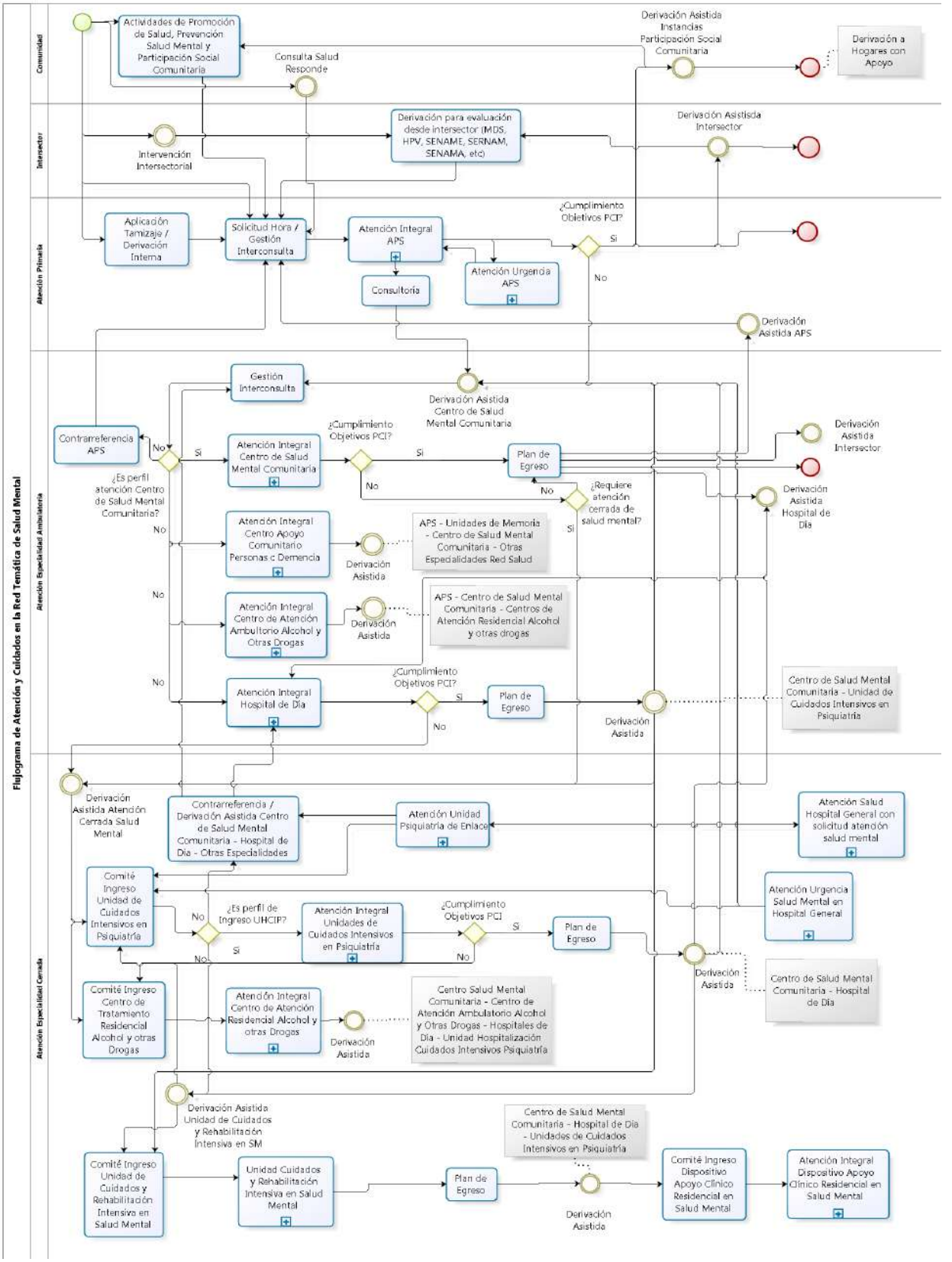
Gestión basada en resultados con implementación de herramientas que apunten a optimizar el uso de los recursos para la producción de servicios de calidad, alineados con los objetivos del Plan Nacional de Salud Mental, centrado en las prioridades sanitarias locales para satisfacer las necesidades de salud de la población atendida, en consideración de su realidad territorial en regiones extremas. Implica una evaluación permanente del funcionamiento de la red y de los recursos existentes.

8. Diagrama de la Red Temática Salud Mental en la Red General de Salud



9. Flujograma proceso de atención y cuidados en la Red Temática de Salud Mental

Figura 10. Flujograma proceso de atención y cuidados en la Red Temática de Salud Mental



10. Provisión de servicios en la Red Temática de Salud Mental: mesogestión – microgestión [132]

Conocidos los problemas que afectan a la salud mental y las consecuencias de la enfermedad mental en la persona, su familia y entorno, en sus capacidades sociales y subjetivas para vivir con otros, de soportar los conflictos de la vida en común y de mantener las habilidades para generar vínculos satisfactorios; el propósito de la atención en salud mental en la red de salud es promover el bienestar y calidad de vida de la población, apoyar el proceso de Recuperación de las personas con enfermedad mental, y preservar o recomponer los vínculos familiares, comunitarios y sociales de estas.

Para cumplir con lo señalado, es un requisito fundamental a considerar en el tipo de servicios entregados y en la organización de ellos, la proximidad a las comunidades o el despliegue de estos servicios "en la comunidad" donde viven y desarrollan su vida las personas y sus familias, a fin de favorecer acciones promocionales, preventivas, de atención y cuidados, de inclusión sociocomunitaria, entre otras.

El modelo comunitario traspasa los niveles de atención y las estructuras, es decir, la red se construye desde el modelo y no desde los nodos o puntos de atención. Así también, la complejidad no está determinada por la infraestructura, sino por las respuestas efectivas de la red organizada y desplegada, de acuerdo a características del territorio y la comunidad para cumplir las funciones que les compete.

Lo anterior, impulsa a fortalecer la estrategia de trabajo intersectorial, a modo de dar respuesta integrada a las necesidades de inclusión de las personas (trabajo, vivienda, educación, apoyo legal y otros apoyos sociales), donde la interacción con otros sea lo más próxima a la realidad social y cultural, y del lugar de vida de las personas, con el más amplio ejercicio de roles sociales y de ciudadanía.

La Red Temática de Salud Mental se gestiona desde el Servicio de Salud, por territorios, como una "unidad funcional" con sus nodos y puntos de atención abierta y cerrada en los distintos niveles de atención, que cuentan con diversos grados de densidad tecnológica y de intensidad en la atención. Se organizan de manera horizontal, integral, flexible y coordinada, articulándose mediante protocolos, flujos de proceso y estrategias que garantizan la accesibilidad y la continuidad de cuidados. Incluye el trabajo intersectorial y de participación social.

En este contexto, la progresión de la instalación del modelo de gestión de la Red Temática de Salud Mental requiere de la adecuación de recursos que potencien los servicios ambulatorios, integrando las acciones comunitarias como parte del quehacer clínico.

Si bien, las funciones están definidas para cada nodo y punto de atención, frente a la ausencia de alguno de ellos en el territorio, las funciones descritas deben ser cubiertas por la red existente. Para esto, se deben establecer estrategias que faciliten el acceso y tránsito de las personas en la red, mejorando los procesos de micro y meso gestión[15].

Asimismo, un factor clave para el éxito del funcionamiento de la red guarda relación con el desarrollo y permanencia de recursos humanos altamente calificados, con un programa de educación continua y en una figura contractual que asegure su continuidad y definiendo su dotación de forma coherente con las necesidades detectadas.

[15] Definidos en la Primera Parte de este documento, en el punto 7.3.1. Niveles de Gestión.

Considerando los criterios anteriores, los principales cambios en la atención de salud mental se producen en las siguientes esferas:

DESDE	
1	Persona "paciente".
2	Atención centrada en el síntoma y diagnóstico.
3	Atención uniprofesional.
4	Atención no territorializada.
5	Atención no programada.
6	Atención fragmentada entre los distintos nodos y puntos de atención de la Red.
7	Atención principalmente individual.
8	Atención intrabox.
9	Atención principalmente asistencial.
10	Atención centrada en la hospitalización cerrada.
11	Atención de crisis de salud mental solo en servicios de urgencia.
12	Atención presencial exclusiva.
13	Gestión centralizada.

HACIA	
1	Persona agente de su proceso de Recuperación.
2	Atención colaborativa y centrada en la persona, familia y comunidad.
3	Atención integral por equipo transdisciplinario.
4	Atención en el territorio de la persona.
5	Gestión de hora de atención programada.
6	Atención integral e integrada entre los equipos, nodos y puntos de atención de la Red.
7	Atención individual, familiar y grupal.
8	Atención en el domicilio y en la comunidad.
9	Acciones promocionales y preventivas.
10	Atención preferentemente ambulatoria.
11	Intervenciones anticipatorias, pesquisa precoz, en los distintos nodos y puntos de atención de la Red y la comunidad.
12	Posibilidad de atención por telemedicina.
13	Sistema de Gobernanza centrado en la participación social.

10.1 Consideraciones claves respecto a la cartera de servicios de la Red Temática de Salud Mental

La operación de la Red Temática de Salud Mental incluye además de las prestaciones que hoy están identificadas y financiadas, otra serie de servicios, actividades y procesos, que de acuerdo al Modelo de Atención deben ejecutarse para optimizar la promoción, prevención, atención y cuidados, y la Recuperación.

Esta tensión queda de manifiesto en el hecho que documentos oficiales, tales como Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en Red de los años 2016, 2017 y 2018, incluye explícitamente servicios y actividades que aún no son prestaciones explícitamente financiadas por FONASA.

Es responsabilidad de los tres niveles de gestión (Macro-Meso-Micro) asegurar que el listado de Prestaciones actuales no se constituya en una limitación u obstáculo para el cumplimiento de los objetivos implicados en estos procesos. Su rol es asegurar que se otorguen los servicios y se realicen

las actividades que están técnicamente indicadas de acuerdo a este Modelo de Gestión, los Modelos de Gestión de cada nodo y el Plan Nacional de Salud Mental.

Figura 11. Diagrama de la relación actual entre Servicios, Actividades y Prestaciones.

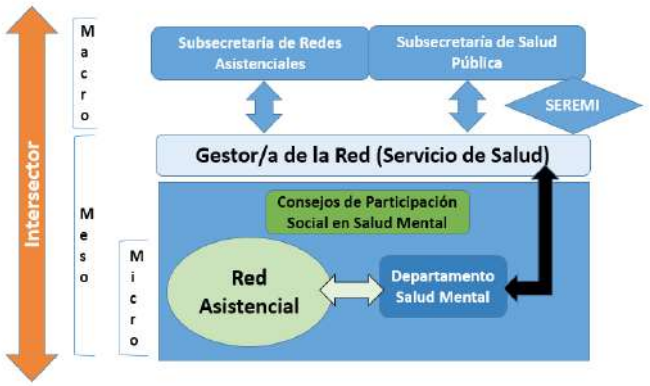
Para esta optimización de los procesos señalados, es imprescindible la articulación en la red temática, en la red de salud general y con el intersector.

La cartera de servicios de cada nodo, punto de atención o programa, estará definida en los Modelos de Gestión u Orientaciones Técnicas específicas.

10.2 Meso y microgestión en la Red Temática de Salud Mental

En coherencia con lo señalado en la primera parte del presente Modelo de Gestión, existen 3 niveles de gestión: Macrogestión (a nivel Ministerial y de SEREMI de Salud), Mesogestión (Servicios de Salud) y Microgestión (nodos y puntos de atención de la red). Esto se grafica en el ámbito de la Salud Mental de la siguiente manera:

Figura 12. Niveles de gestión: macro, meso y micro gestión en Salud Mental.



10.2.1 Mesogestión: Servicios de Salud

La mesogestión correspone al nivel de gestión de los Servicios de Salud, los cuales, dada su autonomía, tienen dentro de sus atribuciones rediseñar su estructura y organigrama. De este modo, varios de ellos cuentan con Departamentos de Salud Mental, la mayoría con Unidades de Salud Mental, unos pocos con Encargados de Salud Mental, y los menos, solo con Asesores de Salud Mental.

Todos los Servicios de Salud cuentan con Consejos de Integración de la Red Asistencial (CIRA). Entidad de carácter asesor y consultivo en el que se expresa el trabajo de Redes Integradas de Servicios de Salud, pero solo algunos de ellos incorporan permanentemente u ocasionalmente el tema y/o los gestores de salud mental.

Los Consejos Técnicos de Salud Mental se realizan en la mayoría de los Servicios de Salud, no obstante, solo en algunos alcanzan la categoría de espacio de construcción y deliberación técnica, tal como lo requiere la red. En la mayoría de los Servicios de Salud, estos consejos son esporádicos y meramente informativos.

Los Consejos Ciudadanos de Salud Mental no están operativos actualmente en ningún Servicio de Salud y este Modelo de Gestión considera fundamental su funcionamiento.

Ambos consejos deben funcionar sinérgicamente y contribuir a la inclusión permanente de la salud mental en el Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA).

Tabla 4. Funciones de la Mesogestión (Servicios de Salud – Gestor/a de Red) en Salud Mental

Nivel de responsabilidad	29 Servicios de Salud, dirigido cada uno por el Gestor/a de la Red que es el Director/a del Servicio. Departamento de Salud Mental conformado por profesionales de salud mental con competencia en gestión, dirigido por una jefatura.
Función general	Gestor/a de la Red: Organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.
Principales funciones específicas	Funciones del Director/a del Servicio de Salud: – Corrresponderá la organización, planificación, coordinación, evaluación y control, de las acciones de salud que presten los establecimeintos de la red asistencial de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud. Deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios del sistema tanto dentro como fuera de la mencionada red, conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud. [121] En el ámbito de la salud mental, el Director/a del Servicio en cuanto gestor/a de la Red desarrolla y gestiona la Red Temática de Salud Mental, en conjunto con el equipo del Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud. Sus funciones son: Liderar el desarrollo y articulación de la Red Temática de Salud Mental, en la red general de salud, acorde al modelo de atención, vigente y definido por el Ministerio de Salud. Implementar, operacionalizar y monitorear políticas, planes y programas de Salud Mental. Gestionar los recursos financieros necesarios para el funcionamiento óptimo de la Red Temática, no sólo a través de fondos sectoriales, sino también intersectoriales, nacionales o regionales. Seguimiento de la asignación y la transferencia de fondos destinados a la implementación y operacionalización de políticas, planes y programas de Salud Mental. Velar por la implementación de normas y protocolos en las redes territoriales. Participar en procesos de monitoreo, evaluación y mejora continua de la atención y cuidados, de la información asociada a estos procesos y del nivel de funcionamiento de la red. Promover activamente la implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Mantener actualizados los diagnósticos de brechas de atención en problemas prioritarios de Salud Mental y generar estrategias de mejora del funcionamiento de la red. Desarrollar mecanismos que promuevan activamente la organización comunitaria de las personas usuarias y familiares y su participación en las redes. Efectuar convenios docente asistenciales para la formación de recursos humanos en el ámbito de pre y post grado con competencias acordes al modelo de atención.

a. Departamento de Salud Mental en los Servicios de Salud

Se recomienda constituir un Departamento de Salud Mental, que tenga como función apoyar al Gestor/a de la Red (Director/a del Servicio de Salud) en las temáticas de salud mental y pueda, dada la categoría organizacional, efectuar con propiedad las múltiples funciones de coordinación -entre los niveles de atención, entre los establecimientos y con el intersector-, que la temática requiere.

Asimismo, y en particular en la gestión de la Atención Primaria de Salud, es importante asegurar que las funciones de las gestiones programáticas de las acciones de salud mental sean en coordinación con el Departamento de APS del Servicio de Salud, con el fin de asegurar una gestión integral, centrada en la persona y su continuidad de cuidados en base al Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria.

De ningún modo, lo anterior puede dar pie a una actuación parcializada y descoordinada entre ambos departamentos. El Departamento de Salud Mental no hace referencia exclusiva al nivel de especialidad, sino una visión integrada, tal como requiere la red asistencial. Para que este impacto sea posible, es imprescindible una adecuada articulación con los gestores y los establecimientos de Atención Primaria del territorio. Esto ocurre hoy en los Servicios de Salud que muestran mejores niveles de integración de la Salud Mental al quehacer general de la Red.

A continuación, se detallas las funciones, composición del equipo y competencias requeridas.

Tabla 5. Funciones de la Mesaogestión (Servicio de Salud-Departamento de Salud Mental), composición del equipo gestor y competencias

Nivel de responsabilidad	Departamento/Unidad de Salud Mental: 29 Servicios de Salud conformado por profesionales de salud mental con competencia en gestión, dirigido por una jefatura.
Objetivo general	Apoyar al Gestor/a de la Red (Director/a del Servicio de Salud) en las temáticas de salud mental y pueda, dada la categoría organizacional, efectuar con propiedad las multiples funciones de coordinación -entre los niveles de atención, entre los establecimientos y con el intersector-, que la temática requiere.

Principales acciones específicas	Apoyar al Gestor/a de Red en el desarrollo y articulación de la Red Temática de Salud Mental, en la red de salud general, acorde al modelo de atención, vigente y definido por Minsal. Impulsar la implementación, operacionalización y monitoreo de políticas, planes y programas de Salud Mental. Apoyo en la gestión de los recursos financieros necesarios para el funcionamiento óptimo de la red, no sólo a través de fondos sectoriales, sino también intersectoriales, nacionales o regionales. Apoyo en el seguimiento de la asignación y la transferencia de fondos destinados a la implementación y operacionalización de políticas, planes y programas de Salud Mental. Impulsar la implementación de orientaciones, normas y protocolos en las redes territoriales. Participar en procesos de evaluación y mejora continua. Promover activamente la implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Mantener actualizados los diagnósticos de brechas de atención en problemas prioritarios de Salud Mental y generar estrategias de mejora del funcionamiento de la red. Desarrollar mecanismos que promuevan activamente la organización y participación de las personas usuarias y familiares en las redes comunitarias, y su rol como contraparte en la Red Temática de Salud Mental. Colaborar en el establecimiento de convenios docente asistenciales para la formación de recursos humanos en el ámbito de pre y post grado con competencias acordes al modelo de atención. Promover en acuerdo con las Unidades de Capacitación del Servicio de Salud, que estén incluidos los contenidos de salud mental actualizados de acuerdo al Modelo de Gestión, en los programas de capacitación continua.
Composición del Equipo Gestor	Depende del diagnóstico y análisis que se realice de los siguientes criterios en su conjunto: Población a cargo y distribución en el territorio. Diagnóstico de los determinantes sociales de la población. Perfil epidemiológico. Número de comunas, dispersión geográfica y conectividad. Número de nodos y puntos de atención de la Red Temática. Número de redes territoriales definidas en el Servicio de Salud. Grado de desarrollo de la red en coherencia con el modelo de atención. Grado de organización y participación de la comunidad. Carga asociada a labores administrativas. Especificidades de cada Servicio de Salud. Debe ser un equipo transdisciplinario que incluya médico psiquiatra y que esté compuesto por un mínimo de 4 personas con horario completo, las cuales deben contar con formación en gestión en salud mental comunitaria y salud pública.

Competencias deseables:	Conocimientos o experiencia sobre la atención de personas con enfermedad mental de acuerdo a Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria y Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Conocimientos sobre Enfoque de Derechos y Enfoque de Equidad. Conocimientos sociopolítico, cultural y demográfico del territorio. Conocimientos o experiencia sobre gestión en Salud Publica. Conocimientos de normativas que rigen la administración pública. Conocimientos sobre gestión de calidad en salud. Conocimiento sobre Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental y de la red de salud general. Capacidad de liderazgo y trabajo en equipo. Alta motivación al servicio público. Iniciativa, compromiso y responsabilidad. Capacidad de negociacion. Trabajo en red. Pensamiento Estratégico. Credibilidad Técnica. Flexibilidad. Otros de acuerdo a realidad territorial.

b. Consejo Técnico de Salud Mental

Es una instancia de mesogestión, responsabilidad de los Servicios de Salud, conducida por el equipo del Departamento de Salud Mental de éste. Participan representantes de todos los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental del territorio, incluidos los centros de tratamientos de alcohol y otras drogas (privados o públicos) en convenio con los Servicios de Salud o SENDA, representantes de usuarios y familiares, del Consejo de Participación Social en Salud Mental y Referente de Salud Mental de la SEREMI de Salud. Podrán participar profesionales de otras áreas del Servicio de Salud, así como representantes del intersector en la medida que se requieran y de acuerdo a realidad territorial.

El objetivo principal del Consejo Técnico es contribuir a un mejor funcionamiento de la red para asegurar una atención de calidad para la persona, familia y comunidad que transita por ella.

El funcionamiento de este Consejo se centra en la organización de los nodos y puntos de atención en la red y se basa técnicamente en los modelos de gestión de cada uno, con aplicación de los flujos de atención y su respectiva evaluación con criterios y estándares de calidad. Su funcionamiento se define en base a la organización territorial de la red, con una periodicidad y frecuencia que permita una articulación efectiva. Donde exista sólo una red territorial, se recomienda una reunión mensual, y en lugares donde exista más de una red territorial, se sugiere, al menos, una reunión trimestral por red territorial y también con la misma frecuencia una reunión ampliada del Servicio de Salud.

El Consejo trasciende ampliamente de ser un espacio infomativo, debe ser una instancia de construcción de opinión técnica, elaboración de acuerdos y procedimientos, de incremento de las competencias de los gestores de la micro y mesogestión, entre otras funciones. También es un espacio formal para conocer la opinión y posición de las organizaciones de usuarios y familiares y del Consejo de Participación Social en Salud Mental. El Consejo Técnico debe ser creado con facultad para subdividirse, cuando sea necesario, en grupos o equipos de trabajo integrados por sus miembros.

Entre ellos, uno imprescindible es el que debe constituirse en cada ocasión en que ocurra un evento centinela (por ejemplo, suicidio de una persona usuaria o cualquier otro evento que causa la muerte o discapacidad).

c. Comité articulador de continuidad de cuidados

Es una instancia liderada por el equipo del Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud, en el que participan los distintos equipos de los nodos y puntos de atención, según la convocatoria del equipo gestor de la Red Temática de Salud Mental, que tiene por finalidad favorecer el proceso de atención y cuidado de las personas usuarias con enfermedad mental grave y alteraciones conductuales severas, que han tenido procesos fallidos o inconclusos, ya sea por bajo nivel de adherencia a los procesos terapéuticos y/o por abandonos permanentes de procesos de atención y que han rotado por distintos nodos y puntos de atención, generando alta tensión en los equipos, en el entorno cercano a la persona usuaria y en la comunidad, sin lograr su estabilización ni Recuperación. Todo ello con resguardo de sus datos personales conforme a la normativa vigente.

Estos usuarios, por sus necesidades requieren la participación en forma simultánea y/o sucesiva de distintos nodos y puntos de atención de la red. Por sus características psicopatológicas y/o psicosociales, lograr que adhieran al proceso de atención, especialmente en situaciones en que deben transitar de uno a otro nodo y/o punto de atención, resulta particularmente difícil, quedando de manifiesto las necesidades de maximizar la articulación entre estos.

Esta articulación implica que la asertividad debe ser un componente fundamental en el abordaje integral de estas personas, lo que obliga a la formulación de un Plan de Cuidados Integrales, analizando las acciones desarrolladas en el proceso de atención y cuidados con sus respectivos logros y obstaculizadores, elaborándolo colectivamente entre los nodos y puntos de atención implicados y formulando compromisos explícitos para garantizar la continuidad del proceso de atención y cuidados hasta el logro de las metas definidas para la superación del período crítico.

En el trabajo de este Comité hay dos características particulares:

Es conducido por el equipo del Departamento de Salud Mental, quien actúa en función de su autoridad técnica.

Requiere la participación comprometida de los equipos tratantes de los nodos y puntos de atención, y sus representantes legítimos en el Comité.

Dadas las características de estas personas usuarias y las dificultades en su relación con la red de atención, puede generarse condiciones para la denegación de atención o el abandono por parte de los equipos. Por otra parte, lograr la voluntariedad, particularmente en las etapas iniciales del proceso puede resultar de gran dificultad. Estas consideraciones obligan a los equipos a extremar los procesos de vinculación y persuasión, pero también a recurrir a los instrumentos legales que permiten actuar contra la voluntad de la persona usuaria si es estrictamente indispensable. En cualquier caso, debe cautelarse el más amplio respeto por los derechos de las personas.

Esta instancia funcionará con un calendario planificado de manera anticipada para analizar aquellas situaciones de personas usuarias ya identificadas, o puede darse por solicitud de un nodo o punto de atención al equipo del Departamento de Salud Mental de la Red.

d. Consejo de Participación Social en Salud Mental

El Servicio de Salud debe responder al desafío de generar mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local, generación conjunta de soluciones, conformación y fortalecimiento de redes y alianzas estratégicas con distintos actores del espacio de su territorio. La constitución del Consejo de Participación Social en Salud Mental es una forma apropiada para cumplir estos fines. Este Consejo es una instancia nueva coordinada con las ya existentes, que permite la integración de la mirada sectorial y territorial de los problemas y prioridades en salud mental, y mejora continua de la calidad de los servicios, constituyéndose como un espacio de articulación en salud mental con el intersector en su expresión local.

El Consejo de Participación Social en Salud Mental debe funcionar al menos trimestralmente, puede estar conformado por representantes de los consejos locales de los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental, intersector, representantes de juntas de vecinos, centro de padres, clubes deportivos, iglesias y otros actores sociales locales. Participarán representantes de esta instancia en el Consejo Técnico de Salud Mental.

Es fundamental el rol articulador del equipo del Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud en el desarrollo de estilos de gestión participativa (diseño, ejecución y evaluación de los planes y programas del sector), el fortalecimiento de la participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre los aspectos de salud integral que les afectan e impulsando el trabajo intersectorial orientado a la promoción de salud, la calidad de vida y al fortalecimiento de una red de protección social.

Estos Consejos se gestionan a través de las estrategias ya mencionadas en la Primera Parte del Modelo de Gestión, tales como:

- Incorporación del Enfoque de Derechos en Salud.
- Fortalecimiento de vínculos con sociedad civil.
- Ejercicio del control social sobre la gestión pública de salud.
- Transversalizacion de la participación social.
- Validación de todas las formas de participación en un marco de respeto por los derechos de las personas.
- Apoyo a la conformación de instancias y mecanismos de participación.

e. Redes por áreas territoriales.

Desde la Mesogestión, la provisión de servicios para el funcionamiento de la red debe tener criterios territoriales para su organización, pudiendo existir varias redes territoriales que conforman una red de salud mental.

Cada territorio definido debe ser lo suficientemente resolutivo de acuerdo a las necesidades de salud mental de su población a cargo. Esto debe incluir la existencia de equipos de Atención Primaria, Centros de Salud Mental Comunitaria, Hospitales de Día y Unidades de Hospitalización. Es indispensable considerar desde la dimensión promocional hasta la inclusión sociocomunitaria, gestionando todos los recursos requeridos y disponibles en la comunidad (sectorial e intersectorial).

10.2.2. Microgestión: Nodos y puntos de atención de la red

La Microgestión o gestión clínica corresponde al nivel de gestión de los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental, considera el trabajo intersectorial y participación de la comunidad. La organización del acápite está estructurada en base a los nodos y puntos de atención desplegados en todos los niveles de atención, ubicando también en este espacio la oferta residencial para poblaciones específicas, por su cercanía con la comunidad.

Tabla 6. Acciones principales de la Microgestión (Nodos y puntos de atención de la Red).

Nivel de responsabilidad	Jefes de Equipos transdisciplinarios de atención ubicados en los nodos y puntos de atención.
Objetivo general	Efectúa gestión clínica comunitaria en coherencia con las políticas, planes, modelos de gestión y de atención en Salud.
Principales acciones específicas	Velar porque se otorguen servicios accesibles, equitativos de calidad en salud mental a la población usuaria, de acuerdo a sus necesidades. Velar por el desarrollo de acciones promocionales y preventivas en salud mental, de acuerdo al nodo o punto de atención. Mantener "protocolos de referencia y contrarreferencia" consensuados por la red sectorial, y de derivación asistida con la red intersectorial cuando corresponda. Mantener coordinaciones efectivas con todos los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental y de la red de salud general, pertinentes para la resolutividad de las necesidades de salud mental de las personas. Mantener espacios de planificación y evaluación de los procesos clínicos comunitarios y docente asistenciales. Mantener espacios de cuidado de los equipos. Mantener un expedito sistema de admisión de la población usuaria, que garantice la adherencia y continuidad de atención y cuidados. Participar en el Consejo Técnico de Salud Mental del Servicio del Salud e instancias de coordinación intra y extra sectorial. Asegurar la continuidad de cuidados de las personas atendidas. Implementar los tres programas transversales de atención y cuidados con participación de la comunidad, considerando la realidad local. Involucrar activamente a las personas usuarias en los procesos de organización de la atención. Velar para que se otorgue una atención segura para las personas usuarias internos y externos.

Para cumplir con las funciones a nivel de Microgestión, es necesario considerar los siguientes criterios para la organización de la provisión de servicios:

a. Áreas territoriales.

La provisión de servicios para el funcionamiento de cada nodo o punto de atención de la Red Temática de Salud Mental debe tener criterios territoriales alineados entre los niveles, con especial énfasis, con el primer nivel de atención correspondiente a esa red territorial. Es indispensable considerar desde la dimensión promocional hasta la inclusión sociocomunitaria, gestionando todos los recursos requeridos y disponibles en la comunidad (sectorial e intersectorial).

b. Áreas de atención por curso de vida.

El proceso de atención integral se realiza con una organización por rangos etarios y curso de vida. Esta organización responde a las necesidades de atención y cuidados específicos en la que se encuentra la persona y no responden exclusivamente a los diagnósticos nosológicos. Cabe señalar que la importancia de la mirada desde el curso de vida hace referencia al impacto que pueda tener la acumulación de factores a largo plazo, generando riesgos y un daño acumulativo.

Esta organización es transversal a toda la red y para estos efectos se observa en la siguiente tabla:

Tabla 7. Organización de la atención por rangos etarios y curso de vida.

MENORES DE 18 AÑOS	
De 0 a 9 años	Población infantil
De 10 a 18 años	Población adolescente
Mayores de 18 años	
De 18 a 24 años	Población juvenil
De 25 a 60 años	Población adulta
Más de 60 años	Población adulta mayor

c. Atención para grupos específicos.

Es la identificación de grupos con características particulares tales como: vulnerabilidad social, vulneración de derechos, cosmovisión, religión, contexto cultural, pueblos indígenas[133], privados de libertad, migrantes, género, con mayor inequidad en la atención en salud, que hace necesario desarrollar estrategias diferenciadas para facilitar su acceso, oportunidad y calidad de la atención que estos reciben.

Debe considerarse la disponibilidad y acceso a facilitadores interculturales para pueblos indígenas, migrantes y refugiados. El facilitador intercultural es una persona perteneciente a comunidades específicas que mantiene fuerte vínculo y sustenta conocimiento integral de su comunidad, es elegido por la comunidad y es quien orienta, apoya y facilita la comunicación con los distintos servicios clínicos y la adecuación de estos a las características culturales de las personas atendidas [134] [135].

d. Atención por equipo transdisciplinario. Competencias, cuidado del equipo y estrategias.

La atención en salud mental en cualquier nodo o punto de atención de la red requiere acciones realizadas en equipo, en conjunto con la persona, familia y la comunidad donde ella pertenece. El equipo se organiza en cada nodo y punto para brindar la atención integral a los distintos grupos etarios y poblaciones específicas, según curso de vida, con el fin de resolver la necesidad de salud mental, asegurar la eliminación de barreras de acceso y superar las inequidades.

La práctica transdisciplinaria debe estar incorporada en los equipos gestores (micro, meso y macro gestión), a los que le cabe además el papel de ser impulsores activos de su extensión a todos los equipos de la Red Temática de Salud Mental.

Esto es extensivo para el "meta-equipo" que se constituye entre el equipo de sector de APS y el equipo de especialidad ambulatoria en salud mental que atienden a la misma población [136]

El equipo se constituye por profesionales y técnicos/as del área social, de la salud y de la administración, personal administrativo, auxiliar de servicio y otros, en cuyo quehacer confluyen distintas perspectivas para conformar un equipo transdisciplinario[16] con plena participación de las personas usuarias.

El quehacer transdisciplinario en los equipos de atención tiene las siguientes características:

- Integración de conocimientos y no solo la suma de saberes o de actuaciones individuales.
- Existe respeto por el campo de conocimiento de cada uno/una.
- Comprende la salud mental desde los Enfoques de Ejercicio de Derechos, de Equidad en Salud, de Determinantes Sociales y de Curso de Vida.
- Facilita la incorporación de miradas reflexivas y críticas respecto al quehacer de cada miembro del equipo en cuanto a sus roles y viviencias en la vinculación con la persona usuaria y familia.
- Permite la construcción del Plan de Cuidados Integrales con la contribución de las distintas disciplinas en función de las necesidades de la persona y familia, en diferentes momentos del curso de vida, considerando y respetando la identidad de género, orientación sexual, cosmovisión, espiritualidad o religión de las personas.
- Cada integrante tiene una comprensión clara de las metas y objetivos de su nodo o punto de atención, así como del Plan de Cuidados Integrales (PCI) de cada persona usuaria.
- Existen roles, funciones y responsabilidades claramente definidas para la atención, con la flexibilidad requerida y centrada en las necesidades dinámicas de las personas.
- Todos los miembros de los equipos comparten un estándar de competencias basales que le permitan responder a las necesidades de salud mental de su población a cargo; y cada uno agrega a estas competencias basales, competencias específicas de su disciplina.
- Existe intercambio de experiencias, conocimientos, habilidades y destrezas, lo que potencia el crecimiento personal y grupal.
- Existe confianza entre los/las integrantes del equipo.
- Trabaja con un enfoque de calidad y mejora continua de la atención.
- El sentido de equipo supera los intereses particulares.
- La efectividad del equipo está en relación con su capacidad y su habilidad de autogestión.

Competencias de los recursos humanos.

Los miembros del equipo de salud de cualquier nodo o punto de atención de la Red Temática de Salud Mental debieran tener competencias en:

- Alta motivación al servicio público.
- Iniciativa, compromiso y responsabilidad.
- Capacidad de liderazgo y trabajo en equipo transdisciplinario.
- Capacidad de comunicación efectiva.
- Capacidad de negociacion.

[16] La Trandisciplinariedad en Salud es entendida como la participación y confluencia de varias disciplinas, con sus respectivos modelos teóricos y perspectivas, que guían el funcionamiento de los equipos, con el fin de satisfacer los requerimientos de las personas usuarias en una red de atención. El quehacer se sustenta en el trabajo integrado, conjugando estrategias de intervención que se irán desarrollando en función de las necesidades de salud de las personas.

- Motivación y habilidades para el trabajo con la comunidad.
- Formación y desempeño efectivo de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, acorde al nodo o punto de atención donde cumple funciones.
- Conocimiento en profundidad de su población a cargo y del territorio, aplicando el Enfoque de Determinantes Sociales, y los Enfoques de Equidad, Ejercicio de Derechos y Curso de Vida.
- Competencias para el trabajo con población de alta vulnerabilidad y grupos específicos.
- Capacidad de integrar los criterios de Salud Pública en su desempeño.
- Desempeño individual y de equipo con criterios de calidad.
- Desempeño efectivo con respeto de los derechos y principios éticos en la atención de personas con enfermedad mental y discapacidad.
- Conocimiento sobre Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental y de la red de salud general.
- Desempeño efectivo de trabajo en red, sectorial e intersectorial.
- Conocimientos de normativas que rigen la administración pública, aplicables a su contexto de trabajo.
- Otros de acuerdo a realidad territorial.

Cuidado del equipo

En salud mental, los equipos de atención y las personas que los componen son el recurso de trabajo fundamental, por lo que preservar su bienestar es una condición imprescindible.

Entre los factores que amenazan este bienestar se encuentran las condiciones en que muchos de estos se desempeñan: bajas remuneraciones en relación al mercado del trabajo, situación contractual inestable, falta de incentivos y oportunidades de formación. Estas condiciones se traducen en alta rotación y fragilidad de los equipos que provocan insatisfacción tanto en las personas usuarias como en los miembros de los equipos.

Un resultado de la situación recién descrita es que muchos equipos están constituidos por personas que inician en ellos su ciclo laboral y a pesar de su poca experiencia y escasa formación pertinente, deben enfrentar situaciones que sobrepasan sus competencias.

Otro factor relevante es que los equipos que trabajan en salud mental suelen operar en una tensión entre los diseños técnicos basados en los Modelos de Atención Integral en Salud, Familiar y Comunitaria y Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, y las lógicas de administración y gestión aplicadas principalmente en los hospitales y otros establecimientos de atención de especialidad ambulatoria, en los cuales salud mental convive con otras especialidades[17].

Uno de los elementos protectores frente a eventuales sobrecargas que se dan en el ámbito laboral es el sentido del trabajo, el cual incorpora variables personales, del contexto directo del trabajo y aspectos institucionales, habitualmente asociado a posibilidades de satisfacción y de autorrealización, valor y grado de importancia que el trabajo tiene en la vida de una persona en algún momento determinado, y su importancia en relación con otros.

[17] Cuando los sistemas de apoyo logístico aplicados a salud mental no cuentan con la flexibilidad y especificidad adecuadas, se convierten en obstaculizadores para que las actividades puedan realizarse en coherencia con los Modelos de Atención. Es frecuente que surjan incoherencias en aspectos tales como: programación del horario de los miembros del equipo, agenda médica y de los profesionales, transporte para visitas domiciliarias, concurrencia a actividades con el intersector y en terreno.

Quienes son responsables de los diferentes niveles de gestión deben procurar minimizar el impacto de los factores que afectan negativamente las condiciones laborales para que se conserve de mejor forma el sentido del trabajo y su capacidad protectora del bienestar de los trabajadores.

La sobrecarga y la falta de sentido del trabajo son factores relevantes para la aparición de efectos negativos en la salud de los/las trabajadores/as, siendo el "Síndrome de Burnout" una de las consecuencias más negativas. Este síndrome se puede definir como "un síndrome resultante de un estado prolongado de estrés laboral, que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la que el eje de trabajo es el apoyo y la ayuda ante los problemas". Este síndrome abarca los siguientes síntomas: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal [137].

La prevención de este síndrome en equipos que trabajan en salud mental es fundamental, dado que es más probable la exposición a estados prolongados de estrés laboral. En este sentido, es necesario que estos, por una parte, se reconozcan como "equipos expuestos a riesgos" y por otra, identifiquen en forma temprana factores protectores para el equipo, a fin de tomar precauciones de manera oportuna frente a situaciones de riesgo.

A continuación, se identifican acciones dirigidas a identificar y prevenir la aparición de señales de desgaste, se ordenan por niveles para facilitar su comprensión [138] [139] [140]:

Tabla 8. Cuidado del equipo. Acciones dirigidas a identificar y prevenir la aparición de señales de desgaste.

NIVEL	ACCIONES
Individual	Registro oportuno y visibilización de los malestares. Vaciamiento y descompresión. Mantención de áreas libres de contaminación temática. Evitar la contaminación temática de los espacios de distracción. Evitar la saturación de las redes personales de apoyo. Formación profesional. Ubicación de la responsabilidad donde corresponde.
Equipos	Asegurar condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en el trabajo. Generar espacios de vaciamiento y descompresión cotidianos. Generar espacios de vaciamiento y descompresión estructurados. Co-responsabilizar ante decisiones que afectan la vida o integridad de los usuarios/as y/o a integrantes del equipo. Generación de relaciones de confianza entre integrantes del equipo. Estilos de liderazgo democrático. Estilos de supervisión protectores y fortalecedores de los propios recursos. Fomentar procedimiento y espacios protegidos para la resolución no conformacional de conflictos y diferencias. Registro y visibilización de la traumatización de los equipos. Levantamiento de requerimientos a niveles jerárquicos superiores. Apoyo institucional para la formación continua. Comunidad ideológica. Consultorías profesionales. Rituales de incorporación, despedida u otros.

Redes	Activación y fortalecimiento de redes de apoyo profesional. Derivaciones vinculares y vinculantes. Instancias de descompresión y retroalimentación a nivel de redes. Organización de equipos recíprocos de consultoría externa e intervención en crisis para los profesionales de la red.
Formación	Terminar con sistemas de estanco en la formación inicial de profesionales. Combinar los aspectos teóricos y prácticos de la formación profesional. Desarrollo de habilidades prácticas en relación a las tareas a desempeñar. Inclusión en la formación de los temas de desgaste profesional y autocuidado en las profesiones de ayuda. Exigencia de formación permanente.

En los equipos que trabajan en salud mental, se deben desarrollar planes de cuidado con el estímulo y apoyo de las autoridades respectivas. Estos pueden incorporar estrategias y actividades como las que se detallan a continuación:

Tabla 9. Estrategias y actividades para el cuidado del equipo.

ESTRATEGIAS	PRINCIPALES ACTIVIDADES
Disponer de tiempo para programar, evaluar, analizar temas atingentes y estudiar colectivamente.	▪ Asegurar horas protegidas para la programación del equipo.
Alineación del equipo.	▪ Cada integrante del equipo alinee sus objetivos individuales coherentemente con los objetivos del equipo. ▪ Capacitación al equipo en las modalidades terapéuticas asumidas con el nodo o punto de atención, basadas en evidencia. ▪ Capacitación para la formación de equipos de cuidados. ▪ Definir incentivos para el trabajo en salud mental (acceso a capacitaciones, por ejemplo).
Manejo adecuado del equipo en: comunicación, asertividad, transparencia, confianza, lealtad, emociones, entre otros.	▪ Reuniones técnicas. ▪ Jornadas de trabajo. ▪ Capacitación en trabajo en equipo. ▪ Capacitación para el incremento seguridad personal en el desempeño de tareas. ▪ Proceso de inducción a nuevo integrante al equipo.
Evitar la sobrecarga de trabajo.	▪ Gestión de contratación de recurso humano faltante. ▪ Reemplazo de licencias médicas.
Apoyo externo para resolver problemas que interfieran en el trabajo.	▪ Contar con equipo externo de apoyo en trabajo en equipo.
Promoción de espacios para el cuidado reconocidos por la jefatura y la autoridad.	▪ Contar con espacios resguardados, programados y planificados para la realización de actividades de cuidado.

Estrategias y acciones que mejoran los resultados del equipo de atención.

- Reuniones de revisión clínica, al menos, una vez a la semana.
- Reuniones integradas de los equipos de los distintos nodos y puntos de atención.
- Asambleas quincenales/mensuales de las personas usuarias de la red, en cada nodo y punto de atención.
- Revisión periódica planificada del funcionamiento de los equipos.
- Cada nodo y punto de atención asigna un gestor/a terapéutico/a, que interactúa cercanamente con la persona y su familia, favoreciendo su participación activa en el proceso de Recuperación.
- Procedimientos claros para resolver los desacuerdos entre los integrantes del equipo.
- Fortalecimiento de las competencias del equipo a través de procesos de educación continua.
- Plan de autocuidado de equipo.
- Protocolo interno de resolución de contingencias.

e. Organización de actividades promocionales y preventivas.

La promoción de la salud ha sido definida como acción y abogacía para abordar el campo completo de los determinantes de la salud que son modificables [141]. La promoción de la salud y la prevención son actividades que necesariamente se relacionan y sobreponen. La promoción se enfoca en los determinantes de la salud y la prevención se concentra en las causas de enfermedad [142].

La promoción en salud mental se refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerando la salud mental como un recurso, como un valor en sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico. Su objetivo es ejercer impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social, crear ganancia de salud mental y reducir la diferencia de expectativas entre países y grupos [143]. Las intervenciones de promoción de salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental [144].

La prevención en salud mental se enfoca en aquellos determinantes que ejercen influencia causal, predisponiendo a la aparición de enfermedades mentales. Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Los factores protectores se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y enfermedades. La prevención en salud mental tiene como objeto reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de las enfermedades mentales, el tiempo que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad [144] [145].

Asimismo, el Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS [117], plantea como tercer objetivo: "Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental" y describe para ello las siguientes acciones:

Tabla 10. Acciones de promoción y prevención en salud mental, según la OMS

ACCIONES	OPCIONES PARA LA APLICACIÓN
1-Promoción de la salud mental y prevención de enfermedades: encabezar y coordinar una estrategia multisectorial que combine intervenciones universales y otras selectivas para promover la salud mental, prevenir las enfermedades mentales y reducir la estigmatización, la discriminación y las violaciones de derechos humanos; responda a las necesidades de grupos vulnerables específicos en todo el ciclo vital y esté integrada en las estrategias nacionales de salud mental y de fomento de la salud.	' Fomento de los conocimientos del público en salud mental para reducir la estigmatización, la discriminación y promover los derechos humanos. ' Inclusión de la salud emocional y mental como parte de la atención pre y post natal. ' Implementación de programas para la primera infancia que se ocupen del desarrollo cognitivo, motor, sensorial y psicosocial de niños y niñas, y que fomenten relaciones sanas entre padres e hijos. ' Reducción de la exposición al uso nocivo de alcohol. ' Implementación de intervenciones breves contra el consumo de sustancias peligrosas y nocivas. ' Implementación de programas de prevención y control de la violencia doméstica, en particular la relacionada con el consumo de alcohol. ' Provisión de servicios a personas que hayan sufrido eventos vitales adversos. ' Protección contra el maltrato infantil. ' Respuesta a las necesidades de niños y niñas con padres con enfermedades mentales crónicas en el contexto de la promoción y prevención. ' Desarrollo de programas escolares de promoción y prevención. ' Fomento de los programas de participación laboral y retorno al trabajo de los afectados por enfermedades mentales. ' Fomento de condiciones de trabajo seguras y propicias prestando atención a las mejoras organizativas del entorno laboral. ' Potenciación de los grupos de autoayuda, el apoyo social, las redes comunitarias y participación social. Fomento de prácticas tradicionales basadas en la evidencia para la promoción y prevención. ' Potenciación del uso de redes sociales para la promoción y prevención. ' Formulación de políticas y medidas de protección a poblaciones vulnerables durante crisis económicas y financieras.
2- Prevención del suicidio: elaborar y aplicar estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio, como personas LGTB, los jóvenes u otros grupos vulnerables de cualquier edad, en función del contexto local.	' Sensibilización pública, política y mediática sobre la magnitud del problema y sobre la disponibilidad de estrategias de prevención eficaces. ' Restricción del acceso de medios de autolesión y suicidio. ' Promoción de una información responsable por parte de los medios con los casos de suicidio. ' Promoción de iniciativas de prevención del suicidio en el lugar de trabajo. ' Mejora de las respuestas del sistema de salud a las autolesiones y suicidios. ' Evaluación y manejo de los casos de autolesión/suicidio y de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias asociados. ' Optimización del apoyo psicosocial con los recursos comunitarios disponibles tanto para quienes hayan intentado suicidarse como para las familias de quienes se hayan suicidado.

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 plantea que la organización de los servicios de salud mental debe ser coherente con lo señalado por la OMS, respecto de articular la provisión de servicios de salud mental en torno al Modelo Comunitario de Salud. La Red Temática de Salud Mental como parte de la red de servicios sanitarios de Chile, se basa en tres principios irrenunciables: integralidad, continuidad de los cuidados y centro en la persona y su entorno, enfatizando la promoción y prevención y abordando los problemas de salud de las personas con un enfoque familiar y participativo. Señala que "todas las personas que lo necesiten tendrán acceso oportuno y de calidad a servicios en salud mental con acciones de promoción, prevención, atención y cuidados a lo largo del curso de vida" [98].

Tabla 11. Objetivos estratégicos relacionados con la promoción y prevención Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 [148]

OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATEGIAS	METAS
Promover la salud mental en la población general y grupos específicos.	Reforzando y fortaleciendo estrategias de promoción de la salud mental en APS, en el marco del plan comunal de promoción. Promoviendo acciones de promoción de la salud mental en otros sectores y colaborando con ellas en el marco del plan comunal de promoción. Involucrando a los distintos nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental en las actividades del plan comunal de promoción. Potenciando la participación de la comunidad en los aspectos de salud mental del plan comunal de promoción. Incorporando gestores comunitarios a los centros de APS, para fortalecer el trabajo de articulación y desarrollo comunitario.	Al año 2025, el total de los nodos y puntos de atención ambulatoria incorporan la promoción de la salud mental y participan activamente en los planes comunales de promoción en el 75 % de las comunas.
Prevenir la aparición y promover la detección precoz de enfermedades mentales y minimizar los efectos negativos de ellas en la persona, su familia y comunidad.	Reforzando y fortaleciendo estrategias de prevención de enfermedades mentales con enfoques de curso de vida y de género, con énfasis en APS. Reforzando las acciones de prevención en colaboración con otras áreas de la salud y otros sectores. Desarrollando acciones de prevención de conductas de riesgo en salud mental, orientado hacia la población general. Actuando sobre los determinantes sociales en las comunidades. Difundiendo y apoyando el ejercicio de derechos de las personas con enfermedades mentales. Erradicando el estigma y la discriminación.	Al año 2020, un 50% de los Servicios de Salud tienen definidos e implementan un plan de difusión y apoyo al ejercicio de derechos y anti estigma. Al año 2020, al menos un 80% de los Servicios de Salud tienen definidas y desarrolladas estrategias para potenciar las organizaciones de usuarios y familiares. Al año 2025, al menos un 50 % de los Servicios de Salud tienen definidos e implementan planes de prevención integrados en el área de salud mental, donde se incorpore al intersector, a los distintos nodos y puntos de atención y a la comunidad.

Incorporar al mundo del trabajo como sector relevante para la promoción, prevención y protección de la salud mental.	Desarrollando en la red la capacidad de pesquisa, diagnóstico precoz, tratamiento e intervención de los problemas y enfermedades de salud mental de origen laboral, con especial foco en los trabajadores del sector informal y en los afiliados al Instituto de Seguridad Laboral de acuerdo a la ley 16.744. Facilitando el acceso y desarrollando iniciativas de prevención y diagnóstico precoz hacia grupos vulnerables desde la perspectiva laboral: desempleados y sus grupos familiares; familiares de personas con licencia por enfermedad mental, entre otros. Generando acciones de vinculación con empresas y trabajadores organizados para promoción y prevención en salud mental, incluyendo acciones contra el estigma.	Al año 2020, un 50% de los Servicios de Salud han incorporados pautas de acción específicas hacia grupos vulnerables desde la perspectiva laboral. Al año 2025, un 100% de los Servicios de Salud tienen la capacidad de realizar diagnóstico precoz, tratamiento e intervención de las enfermedades mentales de origen laboral.

En este sentido, se pueden plantear una serie de elementos a desarrollar en la Red Temática de Salud Mental, con la finalidad de promover la salud mental y prevenir las enfermedades de salud mental. Los siguientes cuadros son una adaptación basada en los factores destacados por el Canadian Population Health Iniciative (CPHI) y Canadian Institute for Health Information (CIHI), Population Health Intervention Research Casebook 2011 para estos ámbitos:

Tabla 12. Características comunes de los programas efectivos de promoción en salud

CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LOS PROGRAMAS EFECTIVOS DE PROMOCIÓN EN SALUD.	
Acciones efectivas en la promoción de salud mental que se focalizan en los siguientes pilares de la promoción en salud mental comunitaria.	Incorporar Salud Mental como componente temático en los Planes Comunales de Promoción de Salud.
	Comunicación social.
	Educación para la salud.
	Coordinación intersectorial.
	Participación social comunitaria.

Ejemplos de acciones de promoción de salud en diferentes contextos.	Talleres de gestantes.
	Mesa intersectorial de promoción de salud que incorpore la salud mental.
	Espacios amigables para adolescentes.
	Promoción de paternidad activa, taller Nadie es Perfecto.
	Educación de manejo emocional.
	Desarrollo de habilidades de autocuidado en salud mental.
	Educación de relaciones saludables.
	Educación en cuidado en entorno laboral.
	Taller de envejecimiento de forma saludable desde salud mental.
	Incluir acciones de salud mental en: lugares de trabajo promotores de salud, establecimientos educacionales promotores de salud, instituciones de educación superior promotoras de salud.
	Desarrollo creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables en salud mental.
	Promover entornos saludables de salud mental.
Consideraciones claves para incorporar la salud mental positiva en actividades.	Acciones por curso de vida.
	Acciones en entorno comunal, educacional, laboral.
	Determinantes sociales.
	Interculturalidad.
	Género.
	Poblaciones específicas.
	Factores protectores psicosociales de acuerdo al territorio.
Principios claves para actividades futuras.	Participación ciudadana efectiva, concreta y específica (gobernanza).
	Propiciar el ejercicio de derecho de las personas.
	Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
	Asegurar que los profesionales de la salud, especialmente los de atención primaria, desempeñen un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.
	Que las acciones influyan en los determinantes sociales y en la salud mental del territorio.
	Gestión local.

Tabla 13. Recomendaciones por curso de vida para realizar Promoción en Salud.

RECOMENDACIONES POR CURSO DE VIDA	
Infancia	Promoción de buenos tratos en la infancia.
	Promoción de paternidad responsable.
	Entornos comunitarios saludables.
	Plazas ciudadanas para fomento de desarrollo infantil con temática de salud mental.
	Actividades lúdicas en entornos comunitarios (por ejemplo: teatro callejero con temáticas como buen trato a los niños, alimentación saludable, actividad física o resolución de conflictos sin violencia).
Adolescencia	Programa de fortalecimiento de habilidades parentales.
	Desarrollo de habilidades para resolución no violenta de conflictos, con enfoque de género y diferenciando grupos de 10 a 14 años y de 15 a 18 años.
	Impulsar Consejos Consultivos y encuentros de adolescentes como espacio de participación social, que incluyan temáticas de salud mental.
	Actividades comunales que incorporen oferta de acuerdo a esta población.
	Desarrollar programas de capacitación de "gatekeepers" o "facilitadores comunitarios", para la detección de riesgo suicida, según orientaciones del Programa Nacional de Prevención del Suicidio.
	Impulsar estrategias de promoción en salud sexual a través de ferias ciudadanas, foro-debates, talleres de salud sexual en juntas vecinales, centros deportivos, carnavales, en sindicatos de empresas para formar a padres en temáticas juveniles, escuelas, etc.
	Impulsar acciones de difusión del día mundial de la juventud y día mundial de la salud mental.
	Impulsar programas anticipatorios como la implementación de exámenes de salud integral de adolescentes y jóvenes, con enfoque de riesgo, los cuales, deben estar asociados a programas con espacios de consejería confidencial e individual, así como estrategias centradas en Familia, como el Programa Familia Fuerte de OPS (Black, 2006).
Población adulta	Desarrollo de estilos de vida saludable en salud mental.
	Desarrollo de habilidades para resolución no violenta de conflictos, con enfoque de género.
	Promoción de salud mental desde la gestación a la maternidad (promoción de la lactancia materna, estimulación y cuidados del recién nacido, fortalecimiento del apego).
	Desarrollo de autocuidado en salud mental.
Población Adulta Mayor	Vincular Planes a actividades de preparación para el envejecimiento activo y saludable, como el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, u otras ofertas intersectoriales como lo es el "Fondo Nacional del Adulto Mayor", Programa impulsado por SENAMA que entrega recursos a organizaciones de personas mayores para que desarrollen sus proyectos, promoviendo así su participación social, autonomía y autogestión.
	Propiciar desarrollo de autocuidado en salud mental.

Las estrategias preventivas deben identificar aquellas condicionantes que moldean los estilos de vida y producen crisis recurrentes asociadas a hábitos y conductas que predisponen la ocurrencia de enfermedades mentales en las personas. Esto supone buscar estrategias y acciones colectivas basadas en la intersectorialidad, que impacten en esas condicionantes del daño [97].

Entre las acciones recomendadas a implementar en la Red Temática de Salud Mental en los ámbitos de promoción y prevención se encuentran:

Tabla 14. Acciones de prevención en salud mental.

ACCIONES DE PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL QUE CUENTAN CON EVIDENCIA DE SU EFECTIVIDAD [146]	
Salud materna y neonatal	Educación a mujeres, pareja y familia, respecto a la preparación para el parto y la crianza (Programa de Apoyo al recién nacido/a de Chile Crece Contigo).
	Detección del riesgo biopsicosocial en gestantes (Evaluación Psicosocial Abreviada, EPSA).
	Acciones de prevención de embarazo adolescente y cuidados perinatales.
	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a gestantes con riesgo psicosocial.
	Detección de depresión en mujeres embarazadas.
	Detección y primera respuesta a mujeres víctimas de violencia de género.
	Atención integral a gestantes y madres de hijos menores de 2 años con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de enfermedad mental.
	Prevención en salud mental en distintos espacios formales e informales de la comunidad.
	Intervenciones breves para el consumo de alcohol y drogas.
	Tamizaje de trastorno bipolar a personas con factores de riesgo (Guía GES).
	Uso de instrumentos de salud familiar: genograma, estudios de familia, riesgo familiar.
Salud en la infancia	Controles de salud del niño o niña.
	Visitas domiciliaras integrales.
	Prevención en salud mental en distintos espacios de comunidad.
Salud en la adolescencia y juventud	Control de salud integral Joven Sano a adolescentes de 10 a 19 años.
	Prevención en salud mental en Espacios Amigables para adolescentes.
	Control preconcepcional, control preventivo de salud integral ginecológica, consejería en salud sexual y reproductiva.
	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 19 años.
	Actividades comunitarias de salud mental con establecimientos educacionales (dirigido a padres y/o profesores de adolescentes de 10 a 19 años para fomentar factores protectores psicosociales).
	Detección intervención y referencia a adolescentes con consumo de alcohol y/u otras drogas
	Detección y primera respuesta a adolescentes de 10 a 18 años víctimas de violencia.
	Detección y primera respuesta a mujeres víctimas de violencia de género.

Salud en edad adulta	Examen de medicina preventivo del adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.
	Aplicación de EPSA para detección de riesgo psicosocial en embarazadas.
	Detección en forma oportuna de condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad.
	Aplicación de instrumentos para detección precoz y abordaje del consumo problemático de alcohol (AUDIT, ASSIST, etc.) en el marco de las orientaciones de la autoridad de salud.
	Detección de personas con consumo de alcohol a través de la aplicación de tamizaje de consumo de alcohol e intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo.
	Detección y primera respuesta a mujeres adultas víctimas de violencia de género.
	Detección temprana de personas adultas con sospecha de trastornos mentales.
	Control preventivo de salud integral ginecológica.
	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.
	Control de salud sexual en personas que ejercen comercio sexual.
	Aplicación de Escala Edimburgo (EPDS) en mujeres que tienen un hijo/a de 2 meses y 6 meses de vida.
	Intervenciones preventivas en drogas y alcohol: tamizaje e intervención breve.
Salud de las personas adultas mayores, familia y cuidadoras/es:	Controles de Salud (EMPAM) con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, incluye: Aplicación de escala Yesavage para detección de la depresión en adultos mayores, AUDIT, y Minimental abreviado para evaluar deterioro cognitivo.
	Control de seguimiento con EMPAM a personas de 65 años y más, autovalentes en riesgo, y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses de realizado control de salud.
	Aplicación de instrumentos de tamizaje para trastornos por deterioro cognitivo y funcionalidad, que favorezcan detección temprana de demencia.
	Sesiones Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
	Visitas domiciliarias a familias con persona de 65 años y más con dependencia severa.
	Visitas domiciliarias a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial.
	Aplicación de AUDIT por patrón de consumo de alcohol y derivar si corresponde.
	Actividades del programa "Más adultos mayores autovalentes".

f. Organización de actividades de atención y cuidados.

La organización para la atención debe responder a las necesidades de salud mental de las personas, familias y comunidades, adaptándose a las realidades locales, a través de procesos inclusivos, asegurando el acceso oportuno, tratamiento efectivo y la continuidad de cuidados de la población general y grupos específicos, a través de procesos de participación social y en consideración de las características territoriales.

Una adecuada planificación y programación en red es clave para ofrecer una atención oportuna, integral y de óptima calidad a la persona y su familia, permitiendo que profesionales y técnicos tengan el tiempo requerido. La atención no programada se caracteriza por la fragmentación de la información e insuficiente priorización de las necesidades de las personas usuarias [114]. Un mayor desarrollo de estas acciones se encuentra en los documentos técnicos anuales Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, que desde 2015 emite anualmente la Subsecretaría de Redes Asistenciales-Minsal, en las cuales se incluyen las actividades de salud mental.

Es importante entender que todas las actividades del equipo y cada uno de sus miembros deben incluirse en la Programación. Esto incluye las Reuniones de Equipo, las Consultorías de Salud Mental en Atención Primaria, las Visitas Domiciliarias, etc. Todas ellas están incluidas en estos documentos técnicos recién mencionados. Una Programación restringida a la producción de Consultas y Controles no cumple criterios mínimos de calidad y solo puede tener consecuencias negativas para las personas usuarias y los equipos de trabajo.

Esta organización debe incorporar elementos como:

- Agenda (manual o electrónica)
- Organizador diario
- Ficha clínica, con resguardo de datos clínicos.
- Características locales (población urbana, rural)
- Acceso de información de exámenes de laboratorio e imagenología
- Articulación con oficinas de red (gestores de referencias y contrarreferencias)
- Un mecanismo para que la comunidad pueda solicitar atención a distancia, mediante la utilización de tecnologías de la información u otros sistemas de comunicación, o bien, de forma presencial en el mismo nodo de atención.
- En los casos de hospitalización se debe considerar información días cama, ingreso y egreso hospitalario.

A su vez, es importante que una vez que la persona y su familia sean atendidas en un nodo o punto, debe contar con la siguiente información:

- Su próxima citación y atención,
- Con qué integrante(s) del equipo le corresponde,
- Qué día, hora y dónde será su próxima atención,
- En los casos de haber estado hospitalizada/o debe contar con epicrisis y carné de alta.

Todos los nodos y puntos de la red deben contar con sistemas de información para la solicitud y entrega de horas a las personas atendidas, de forma de asegurar la continuidad de los cuidados. Esta función no debe recaer exclusivamente en el personal administrativo, quien se encarga generalmente de asignarlos, requiriendo además de una supervisión de un(a) profesional con competencias en este ámbito.

Todo el equipo de salud debe conocer y mantenerse informado sobre estos mecanismos a fin de ofrecer información certera y útil a quien solicita dichas horas.

Toda persona usuaria que acude a un nodo o punto de atención de la Red Temática de Salud Mental

y cuyo ingreso a este no se realice, porque no esté indicado técnicamente, debe encontrar siempre una contención adecuada y orientación efectiva para ser atendida en forma oportuna y en el lugar donde corresponda. Cada persona debe ser evaluada de acuerdo al riesgo que presente y realizar las gestiones de red para responder adecuadamente según las necesidades.

En cualquier caso, todos los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental deben procurar que las personas matengan o establezcan un vínculo activo con la Atención Primaria de Salud, ya que esta constituye un soporte principal e indispensable para su bienestar.

En el caso de los Centros de Salud Mental Comunitaria, en su rol de nodo intercomunicador, puede recibir referencias y contrarreferencias desde Atención Primaria y otros nodos y puntos de atención, para organizar la atención del nivel de especialidad dentro de la Red Temática de Salud Mental.

El sistema de acceso de las personas a un nodo o punto de atención debe realizarse según "protocolos de referencia y contrarreferencia", los cuales deben ser elaborados de acuerdo a elementos de priorización y criterios clínicos elaborados, consensuados y conocidos por toda la red, reduciendo al mínimo el tiempo de resolución de la interconsulta. Lo anterior, implica desarrollar estrategias locales para resolver la condición de espera de las personas y poder brindar estrategias de atención y cuidados compartidas durante este proceso de derivación asistida.

La información de la interconsulta debe contener con claridad los siguientes aspectos: nombres (civil y social), edad, género, diagnóstico, antecedentes, evaluación de pertinencia de la derivación y priorización del ingreso según estado de salud de la persona, a excepción de situaciones de urgencia.

g. Plan de Cuidados Integrales (PCI)

A nivel de microgestión o gestión clínica, resulta fundamental para dar respuesta de forma eficiente y eficaz a los problemas y las enfermedades mentales de las personas usuarias de la red, la elaboración de su respectivo Plan de Cuidados Integrales (PCI).

Este es un instrumento que explicita un diseño estratégico de intervención para cada persona usuaria, elaborado en base al motivo de consulta y a la evaluación y diagnóstico integral realizado por el equipo tratante, incorporando en su construcción a la persona, familia, red de apoyo.

En la elaboración del PCI debe tenerse en cuenta el conjunto de los riesgos y problemas de salud de las personas y los factores que influyen en estos. Conocido son los altos niveles de comorbilidad entre enfermedades de salud mental y enfermedades "físicas", el impacto que unas y otras tienen respecto al curso y pronóstico mutuo, así como la baja tasa de detección y de intervención efectiva en estas comorbilidades por parte de los equipos de salud [147].

Un elemento cardinal para la elaboración, evaluación y redefinición periódica del PCI, que tenga la Recuperación como su objetivo substantivo, es el acuerdo entre la voluntad de la persona usuaria y el equipo tratante.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes es indispensable considerar su voluntad o asentimiento de acuerdo a su etapa de desarrollo, su proceso de autonomía progresiva, sus intereses y motivaciones, incorporando la opinión o autorización de sus padres o adultos responsables de su cuidado, según corresponda.

En este Plan deben identificarse y registrarse tanto objetivos terapéuticos, viables y medibles, como actividades y estrategias definidas para los ámbitos individual, familiar y sociocomunitario. Del mismo modo, se debe considerar una programación de actividades, que incluya metas y plazos a cumplir.

Aunque la construcción conjunta y consensuada de los objetivos supone un acuerdo con la persona usuaria (y su familia y grupo de apoyo), el conocimiento de estos objetivos y la participación en sus logros es una necesidad que debe traducirse en una formulación explícita de estos acuerdos, expresado en un contrato terapeutico y, cuando corresponda, según la ley 20.584, en un consentimiento informado.

El Plan constituye una integralidad plena de sentido, basada en las necesidades de las personas y un accionar transdiciplinario, de ningún modo es la sumatoria de perspectivas de distintos profesionales, a la que la persona usuaria y su familia adhiere formalmente. Prácticas de esta naturaleza desvirtúan drásticamente los principios del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y constituyen finalmente barreras para el logro de la Recuperación y la inclusión sociocomunitaria.

El Plan no solo requiere la participación de todos los miembros del equipo tratante en su formulación, sino que debe ser el instrumento que efectivamente guíe y articule sinérgicamente sus contribuciones, no reduciéndose a una formalidad irrelevante en la realidad operativa.

Deben asignarse responsabilidades claras y precisas respecto al rol de cada uno de los miembros del equipo en relación a los objetivos terapéuticos y las actividades definidas. Sin perjuicio de lo anterior, debe definirse de entre ellos a uno/a para cumplir la función de gestor/a terapéutico/a.

El/la gestor/a terapéutico/a es responsable de la coordinación de las acciones y el cumplimiento de los plazos establecidos en el Plan, además de interlocutor/a principal con la persona usuaria y su familia respecto la elaboración y evaluación conjunta del Plan de Cuidados Integrales (en adelante e indistintamente PCI) y del Plan de egreso y apoyo post egreso.

El Plan de egreso y apoyo post egreso es un componente relevante del PCI y busca asegurar la mantención de los logros terapéuticos y la adherencia de la persona usuaria al proceso de atención después que ha terminado su atención en alguno de los puntos o nodos de la red. Incluye la Derivación Asistida[18] y otras acciones que aseguren la continuidad de cuidados.

Se debe evaluar la ejecución del PCI de manera periódica y los resultados a corto, mediano y largo plazo. Este proceso implicará con toda probabilidad ajustes y modificaciones, fundadas en la experiencia concreta de atención y cuidados de cada persona usuaria y de los cambios que los mismos resultados obtenidos introducen en el contexto.

Debe, además, estar registrado íntegramente en la ficha clínica de la persona, tanto el Plan de Cuidados Integrales, como cada una de las acciones realizadas.

Recapitulando, el PCI debe incluir al menos, la especificación de:

- Objetivos terapéuticos.
- Estrategias de intervención y actividades a realizar.
- Asignación de responsabilidades, incluidas las del gestor/a terapéutico/a.
- Plazos estimados.
- Mecanismos y criterios de monitoreo del plan.

[18] La Derivación Asistida es descrita en el próximo apartado.

Este Modelo de Gestión sustituye el concepto de Plan de Tratamiento Integral (PTI) y Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI) por el de Plan de Cuidados Integrales (PCI). Esta opción técnica releva el concepto de "cuidados" por sobre el de "tratamiento", ya que el PCI aporta una visión amplia del proceso de atención y cuidado que apunta a la Recuperación y la inclusión sociocomunitaria.

h. Gestor/a terapéutico/a

Aunque existe acuerdo respecto a los beneficios de organizar el trabajo terapéutico sobre la base del Plan de Cuidados Integrales (PCI), su implementación efectiva en las redes de salud mental de nuestro país ha resultado difícil y solo es una realidad en unos pocos nodos y puntos de atención.

La definición de la figura del gestor/a terapéutico/a es un recurso que personaliza la relación del usuario/a con el equipo a cargo de su atención y cuidado. Este gestor/a terapéutico/a tiene como responsabilidades participar y coordinar la formulación del PCI, supervisar sus avances y pendientes, coordinar su reformulación y promover que al interior del equipo cada uno de los integrantes cumpla las tareas definidas respecto a la persona usuaria que el/ella "representa".

Al ingreso de la persona a un nodo o punto de atención, el equipo de salud define uno de sus integrantes como gestor/a terapéutico/a para ella. Este será el/la interlocutor/a principal con la persona y su familia, resguardará la efectiva participación de la persona usuaria y la acompañará en todo el proceso de atención y cuidado, apuntando permanentemente a los objetivos de máxima autonomía, Recuperación e inclusión sociocomunitaria.

Uno de los roles primordiales del gestor/a terapéutico/a es colaborar con la persona usuaria en la construcción de su proyecto de vida, eje central de su Recuperación, teniendo en consideración los principios bioéticos y apoyándola activamente en su ejercicio de derechos.

Entre las actividades que realiza de acuerdo al Plan de Cuidados Integrales (PCI) de cada persona se encuentran:

Apoyo, acompañamiento y asesoramiento a la persona, familia y/o red, fomentando la antonomía de la persona.

Promoción de adherencia terapéutica.

Detección y anticipación ante situaciones de crisis.

Orientación a actividades y acciones planteadas en el PCI.

Presentación de avances y condición de salud de la persona en reunión del equipo.

Interlocución con la familia y otras personas relacionadas, según pertinencia.

Apoyo en el proceso de coordinación de la persona usuaria con programas del intersector y/o la comunidad para la inclusión sociocomunitaria.

Coordinación con otros nodos o puntos de atención para la derivación asistida.

En los nodos y puntos de atención de especialidad, cada miembro del equipo puede cumplir esta función con un máximo de 20 personas usuarias. En el caso que hay un número superior de personas usuarias que requieren ser cubiertos por esta estrategia, se deberá privilegiar aquellas en los cuales este rol es de mayor impacto.

Actualmente en APS, algunas de estas funciones se están efectuando a través del Programa de Acompañamiento Psicosocial y/o Estudio de Familia, en donde el/la gestor/a terapéutico/a es definido por el equipo de sector, por lo tanto, esta actividad es siempre realizada por un miembro de este equipo y es financiada.

i. Derivación Asistida

Es un proceso de contactos personales, de intercambio de objetivos y estrategias a desarrollar en conjunto entre el equipo derivador y el equipo que recibe a la persona para asegurar una óptima atención y continuidad de cuidados. La derivación asistida resulta efectiva, sí y solo sí, existe un espacio efectivo y asertivo en el intercambio de la información respecto del proceso de atención de la persona usuaria. Las diferencias de opinión son expresadas abiertamente en un contexto de mutuo respeto y validación de la praxis.

La responsabilidad técnica de manejo es compartida entre los equipos, sin embargo, la responsabilidad clínica y administrativa corresponde al equipo derivador mientras la persona usuaria aún no ingresa formalmente a la nueva atención, nodo o punto de atención.

Los espacios de intercambio de información son formales y de mutuo acuerdo respecto a fechas y horarios. Para ello considera, medios de contacto telefónico, correos electrónicos y reuniones entre equipos para asegurar la continuidad de cuidados y atención de la persona referida.

Es relevante incorporar información relativa a todas las áreas del proceso de atención recibido por la persona usuaria, así como de las particularidades en el manejo global y consideraciones respecto al desarrollo del vínculo terapéutico.

Los cambios respecto a indicaciones (de cualquier disciplina), en el espacio de traspaso de la persona usuaria, deben ser consensuadas e informadas oportunamente entre los equipos y a la persona usuaria y familiar responsable.

Algunos requerimientos en este proceso son:

1. Acompañamiento terapéutico de acercamiento progresivo al nodo o punto de atención al cual será derivada la persona, explicándole previamente los objetivos de su derivación y las condiciones de la nueva atención a recibir[19]. A su vez, el agente derivador que acompaña a la persona realiza una presentación personalizada de algunos de los miembros estables del equipo del nuevo nodo o punto de atención, lo que posibilita un espacio de contención frente a eventuales dificultades emocionales que la persona pueda presentar en este nuevo escenario.
2. Desarrollo de estrategias de intervención conjunta que faciliten una continuidad de cuidados, considerando todos aquellos aspectos bio-médicos, sociales, familiares y conductuales-afectivos de la persona usuaria.
3. Acompañamiento personalizado de alta frecuencia en una primera etapa, para luego ir chequeando empíricamente la capacidad de ajuste y adaptación de la persona usuaria, en base a la reducción progresiva de este acompañamiento. Su intensidad dependerá de las características individuales de cada persona y de las realidades locales de cada territorio.

[19] En todos los casos se debe considerar la voluntad de la persona para ser derivada a otro nodo o punto de la red, para su continuidad de atención. En el caso específico de derivaciones que se realicen a puntos de la red de atención cerrada, se debe considerar la firma del formulario de consentimiento informado [148].

4. Entrega de información comprensible, escrita y verbal a la persona y su familia sobre los detalles de la derivación: dónde, cuándo y quién otorgará la atención, considerando las características culturales y de curso de vida de las personas.
5. El apoyo post egreso de la persona para asegurar la continuidad de su cuidado y atención en el sistema de red integrado.
6. En caso de no estar asegurada la continuidad de la atención en el otro nodo o punto de atención, se deben realizar acciones en el tiempo estimado para que no se produzca una discontinuidad, debiendo quedar establecido en la ficha clínica.
7. El equipo derivador debe informar sobre situaciones que puedan provocar un abandono de tratamiento que impiden la continuidad en otro nodo o punto de la red.
8. Envío de información al equipo de atención (nodo/punto) que recibe a la persona. El documento de contrarreferencia (epicrisis, IC de acuerdo al nodo/punto) debe contar, al menos, con la siguiente información:

- Identificación de la persona: nombre, RUT, edad, dirección, teléfono, Centro de APS.
- Identificación de la red de apoyo: nombre, teléfono de contacto.
- Identificación del nodo o punto de atención al que se contrarrefiere (incluir dirección, teléfono y persona a contactar).
- Diagnóstico integral (informe que incluya ámbito psicosocial, funcional, entre otros)
- Resultados de las intervenciones realizadas.
- Sugerencias sobre Plan de Cuidados Integrales para el nodo o punto de atención al cual es referida la persona.
- Datos del médico especialista que contrarrefiere y gestor/a terapéutico: nombre, RUT y especialidad.
- Fecha del informe, fecha de ingreso y fecha de alta.

A objeto de velar por el cumplimiento del proceso de derivación asistida tanto por parte del equipo derivador como el equipo que recepciona, se sugiere la aplicación de una pauta de cotejo (Anexo N°3), la cual debe ser llenada en forma simultánea por ambos equipos al momento de realizar derivación presencial. El documento debe quedar en la ficha clínica de la persona. Lo anterior permitirá realizar monitoreo de calidad del proceso e implementar las mejoras respectivas. En este proceso se deben adoptar medidas que resguarden los datos sensibles de la persona usuaria.

j. Referencia y Contrarreferencia

El proceso de referencia y contrarreferencia forma parte de la continuidad de cuidados de una persona en su tránsito por la red de atención. Implica actividades administrativas y asistenciales para el traspaso de información entre los nodos y puntos de atención, con la finalidad de responder a las necesidades de atención y cuidados de una persona y su familia.

La referencia requiere que el nodo o punto de atención haya realizado un proceso de evaluación y/o atención a la persona, familia y/o red de apoyo, acorde al nivel de resolutividad que le corresponde (Atención Primaria, CSMC, Hospital de Día u otro) previo a su derivación, la que debe contener, al menos, una hipótesis diagnóstica, los antecedentes clínicos y psicosociales del contexto.

Las personas que se encuentren en situación de urgencia con riesgo vital deben ser derivadas al nodo o punto de atención correspondiente de acuerdo a la condición de riesgo que presenten y criterios de territorialidad. Dadas las carateristicas de esta atención, no es exigible necesariamente la información completa, aunque siempre es deseable.

La red debe contar con procesos de referencia y contrarreferencia basado en criterios y definiciones claras de pertinencia de derivación, los cuales deben estar socializados en esta. Los tiempos de respuesta y asignación de horas dependerán de la condición clínica de la persona, de su contexto, curso de vida y no deberían superar los 7 días o según GES.

Sin perjuicio de lo anterior, se pueden identificar dos tipos de no pertinencia:

- No pertinencia por no cumplir los criterios definidos en las instrucciones de derivación.
- No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de inclusión o exclusión de cada nodo o punto de atención.

El proceso de referencia se realiza a través de un procedimiento formal basado en un instructivo, cuyo instrumento es el documento de interconsulta manual o el sistema online de responsabilidad del médico tratante y con co-responsabilidad administrativa de quien esté asignado para el proceso que implica su derivación. A esta interconsulta se debe sumar, al menos la epicrisis, si es egreso hospitalario e informes de egreso en atención abierta.

El documento de solicitud de interconsulta (SIC) debe ser enviado formalmente (SOME, Unidades de admisión, registro clínico electrónico, oficina de red) e ingresada en los sistemas de registro electrónico vigente para estos procesos (RAYEN, TrackCare, SIGGES, RNLE) en los plazos que se encuentran determinados para ello. Cada centro derivador es responsable del ingreso y registro de las SIC que emite.

No obstante, se deberán identificar los vacíos que puedan provocarse en el flujo de las solicitudes de interconsulta, procurando soluciones expeditas que no generen retraso en el proceso de derivación e incremento en los tiempos de respuesta.

Paralelamente a la tramitación de la SIC, cada nodo o punto de atención de la red debe contar con un gestor de demanda quien establece las coordinaciones necesarias con el nodo o punto de atención de referencia, mediante contacto telefónico o correo electrónico, para el seguimiento de la hora de atención y otros asuntos que sean pertinentes. Asimismo, la Atención Primaria debe enviar información oportuna y clara de la persona/familia que será derivada e ingresada al nodo de especialidad, con el fin de facilitar el acceso – considerando distancia, transporte, costos, entre otros aspectos, y evitar el ausentismo.

En el intertanto, la persona mantendrá sus controles en el nodo o punto de atención que realiza la referencia hasta que su atención se haga efectiva en el lugar al cual fue referido. Esto quiere decir que, durante ese periodo, la persona sigue siendo población bajo control del centro derivador, correspondiéndole recibir todas las acciones clínicas y administrativas que se requieran (controles, continuidad de tratamiento farmacológico, rescate, etc).

La contrarreferencia se realiza con el objetivo de asegurar el seguimiento y la continuidad de atención y cuidados que se requieran. Este proceso es realizado a través de un procedimiento materializado en un documento manual o digital, cuya emisión es responsabilidad del profesional médico con co-responsabilidad administrativa de quien haya sido asignado para realizar el proceso que implica su efectiva contra derivación al lugar indicado.

El sistema de referencia y contrarreferencia debe cumplir con los siguientes requisitos de calidad:

- La asignación de horas para el ingreso no debe superar los 7 días.
- Existen criterios de priorización de ingreso definidos y conocidos por la red.
- Existen procedimientos de referencia y contrarreferencia, con flujos locales de procesos de atención y cuidados, discutidos, consensuados y conocidos por toda la red.
- Toda persona referida a otro nodo o punto de atención es enviada a través de un proceso de derivación asistida.
- Existen "protocolos de referencia y contrarreferencia" construidos con comunidades de pueblos indígenas o poblaciones específicas como SENAME entre otros.
- Los profesionales que realizan consultorías deben tener horas asignadas y protegidas para la atención de personas pertenecientes a grupos más vulnerables o alejados territorialmente, a fin de que se garantice el acceso a la atención, en caso de no ser posible la atención en su territorio. Esto permite reducir o eliminar barreras de acceso.

k. Agente comunitario en salud mental

Es un miembro voluntario de la comunidad que es elegido por esta o identificado como tal por los equipos de salud. Está capacitado para orientar en prevención y promoción de prácticas de salud mental a las personas, familias y comunidades, a través del trabajo con organizaciones locales y en coordinación con los equipos de salud mental. Al ser una labor sin vinculación contractual con los nodos y puntos de atención de salud mental, facilita que esta persona cumpla un rol distinto al institucional, favoreciendo su cercanía con la comunidad, su reconocimiento y liderazgo.

l. Gestor/a comunitario/a en salud mental

En APS, más allá de la histórica labor de los agentes comunitarios de salud mental, se ha incorporado una nueva figura a partir de los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CESCOF), el Programa de Acompañamiento Psicosocial de la Atención Primaria de Salud, Programa Demencia, y otras estrategias con población migrante e intercultural, son los Gestores Comunitarios, miembros de la comunidad que perciben ingresos por sus labores comunitarias.

Sus actividades son participar en la definición y ejecución de tareas relativas a la promoción, prevención y atención en salud, como parte del equipo de salud, incluyendo: la articulación con el intersector y la comunidad; el fomento de la participación ciudadana; el apoyo en la generación de iniciativas para la comunidad y participación en fondos concursables, y la educación en salud. Si bien, puede tener un enfasis en algunas temáticas en particular (salud mental, inmigrantes, interculturalidad, demencia, etc) son todos Gestores Comunitarios transversales de la APS.

m. Comité de ingreso a atención cerrada

Es una instancia de coordinación y de toma de decisiones compartida dentro de la Red Temática de Salud Mental, para optimizar el uso de los recursos de atención cerrada (camas, cupos, plazas) y asegurar la continuidad del proceso de atención y cuidados de las personas usuarias que transitan por ella, tanto las que se priorizan como aquellas que se difieren transitoriamente en su ingreso.

Para cada punto de atención que dispone recursos escasos funcionará un Comité de este tipo, que se relacionará directamente con el equipo del Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud, constituido por el equipo de ese punto de atención y los representantes de los equipos de los puntos de atención que lo demandan en su red territorial. Su periodicidad de funcionamiento puede ser acordada por cada Servicio de Salud en los Consejos Técnicos de Salud Mental de acuerdo a las necesidades de la red. Aunque su puesta en práctica puede resultar difícil, la existencia de instancias de discusión y toma de decisiones en conjunto se constituye habitualmente en una oportunidad para las redes que trabajan de este modo.

Las dificultades transitorias para que la creación y funcionamiento de este tipo de Comité, no deben constituirse en un obstáculo para el ingreso oportuno de las personas que requieren este recurso. En este caso, se aplicarán los criterios previamente consensuados por la Red o el Comité.

El funcionamiento de los comités busca generar aprendizajes colectivos y toma de decisiones democráticas, promoviendo el incremento del capital social y técnico en las redes, y de ningún modo, puede consitituirse en instancias burocráticas carentes de sentido.

En algunos casos, el Comité de ingreso ha funcionado como una instancia permanente de coordinación entre un punto de atención cerrada y la red de atención abierta de su territorio. Bajo esta modalidad, también se revisan los casos que se encuentran en proceso de atención cerrada, para cuando se produzca el egreso poner en práctica las estrategias de continuidad de cuidados más apropiada, favoreciendo intervenciones transdiciplinarias ejecutadas en conjunto por diferentes equipos. Esta forma de trabajo favorece la construcción de una identidad colectiva de la red territorial.

10.2.3. Desarrollo de programas transversales.

A continuación, se mencionan 3 programas transversales a la Red Temática de Salud Mental en la Red de Salud General, que no constituyen nodos ni puntos de atención, pero que deben estar implementados en todas las redes territoriales, dado el impacto que tienen las temáticas que cada uno de estos programas abordan, en las personas, familias y comunidades.

a. Programa Nacional de Prevención de Suicidio.

A partir del año 2007 y siguiendo las orientaciones de la OMS en relación a la prevención de la conducta suicida, el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, diseñó un Programa Nacional de Prevención del Suicidio, considerando los siguientes puntos:

- Ser construido sobre la base de las particularidades locales.
- Ser permanente en el tiempo.
- Convocar al mayor número de sectores posibles.
- Incorporar tanto al sector público de salud como al privado.
- Incluir los tópicos que han mostrado mayor efectividad.

Los 6 componentes incluidos en el Programa para ser desarrollados en cada Región son:

1. **Sistema de vigilancia de la conducta suicida.** Permite monitorear los suicidios consumados y los intentos de suicidio, como también identificar los factores de riesgo específicos asociados a estos para la definición de estrategias locales de intervención.

   Se trata de un sistema de registro localizado en cada SEREMI de Salud que permite elaborar perfiles de riesgo regionales a fin de orientar los planes regionales intersectoriales de prevención de la conducta suicida.

   El sistema de vigilancia está instalado completamente en 8 SEREMI de Salud (Arica, Antofagasta, Coquimbo, O'Higgins, Los Ríos, Los Lagos, Aysén, Magallanes). En las Regiones de Valparaíso y Bío Bío está instalado solo en 2 provincias, producto de la extensión y complejidad de estas. Maule y Copiapó iniciaron la implementación del sistema durante el segundo semestre de 2016. Las regiones de Tarapacá, Metropolitana y Araucanía no han iniciado su implementación.

2. **Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio,** elaborado por una mesa intersectorial en la Región que involucre a la mayor cantidad posible de sectores y que se nutra de la información generada por el Sistema de Vigilancia.

   10 de las 15 regiones cuentan con una mesa regional intersectorial de prevención del suicidio funcionando regularmente (Arica, Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Los Ríos, Los Lagos, Aysén) 6 de las cuales tienen un plan regional elaborado y en ejecución (Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Los Ríos, Aysén) y otras 2 regiones están en proceso de elaboración de un plan regional (Tarapacá y Los Lagos).

3. **Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud** en detección y manejo del riesgo suicida, mediante capacitación en servicio, difusión de herramientas e instrumentos técnicos y trabajo con los organismos formadores para que incluyan estas materias en las mallas curriculares de pre y posgrado.

   Todas las regiones han realizado capacitación en la temática a funcionarios del sistema público de salud, con énfasis en los equipos de atención primaria y equipos de especialidad en salud mental. El número total de funcionarios que han recibido algún tipo de capacitación presencial en la temática asciende a 3.900 personas, de las cuales 550 se han capacitado durante el presente año.

Paralelamente, desde el año 2012 se incorporó al sistema de capacitación virtual del Ministerio de Salud, una cápsula auto formativa en prevención del suicidio, en la cual se habían inscrito más de 4.025 funcionarios junio de 2016.

4. **Programas preventivos en los establecimientos educacionales** para apoyar el desarrollo de las mejores condiciones posibles para la educación de niños, niñas y adolescentes, con intervenciones que apunten a fortalecer la autoestima, el desarrollo de habilidades para la vida y a adquirir herramientas para un buen manejo de crisis y una sana toma de decisión.

   9 regiones han realizado acciones específicas con el sector educación para la prevención del suicidio en el ámbito escolar (Arica, Antofagasta, Coquimbo, Metropolitana, O'Higgins, Bío Bío, Araucanía, Los Lagos y Aysén). Además, se destacan actividades de capacitación a docentes y paradocentes de los establecimientos educacionales, la formación de monitores entre los estudiantes, elaboración de planes de trabajo con los establecimientos seleccionados, realización de talleres con los estudiantes.

5. **Sistemas de ayuda en situaciones de crisis** que incluye la implementación de una línea telefónica de ayuda, una página de ayuda en Internet y un programa de intervención en crisis en cada Servicio de Salud que, entre otros, asegure el seguimiento de las personas que han realizado intentos de suicidio.

   5 regiones han desarrollado algún tipo de sistema de ayuda en crisis (Coquimbo, Metropolitana, O'Higgins, Los Ríos, Aysén).

   A nivel central se trabaja con el equipo del Programa de Asistencia Remota en Salud para generar una respuesta coordinada a las personas que consultan y apoyo a los funcionarios del sistema público que necesiten consultar procedimientos o pautas de acción.

6. Finalmente, el programa incluye un componente relacionado con la **cobertura mediática** y el papel que los medios de comunicación pueden desempeñar en la prevención del suicidio, considerando la influencia que estos tienen en las actitudes, creencias y comportamiento de la comunidad.

   6 regiones informan algún trabajo con los medios de comunicación de masas (Coquimbo, Valparaíso, O'Higgins, Los Ríos, Aysén y Magallanes), principalmente reuniones de coordinación con los medios regionales, además de capacitación a periodistas, redactores y editores.

Por tratarse de un Programa Preventivo, se definió que su instalación estaría centrada en las 15 SEREMI de Salud del país y se haría de forma paulatina, dependiendo de los recursos que se pudiesen asignar a la temática. Los avances en la instalación del programa siguen siendo muy heterogéneos en las distintas regiones, siendo la falta de recursos la principal causa. La gran mayoría de las SEREMI están haciendo esfuerzos para instalar el Sistema de vigilancia de la conducta suicida, elemento básico para orientar adecuadamente las acciones.

b. Acciones de Atención Clínica Integral e Intensiva de Salud Mental en Domicilio

El acceso oportuno, la resolutividad, la continuidad de cuidados y la adherencia a los procesos terapéuticos son problemas transversales en el área de la salud mental. Cuando estas condiciones no se dan, se afectan los resultados terapéuticos, empeora el curso y pronóstico, y se amplían los riesgos de discapacidad.

Cuando una persona presenta una situación de crisis o descompensación aguda se requieren cuidados intensivos. Habitualmente, se piensa que estos únicamente pueden proveerse mediante la hospitalizacion cerrada (UHCIP), la que brinda la posibilidad de proporcionar estos cuidados en un contexto de contención estructurado y con acceso a servicios hospitalarios complementarios.

Sin embargo, existen personas que requiriendo tratamiento intensivo no están dispuestas a ingresar a una UHCIP, y no cumplen con las condiciones para ser atendidas en Hospital de Día, pero sí aceptan la posibilidad de un tratamiento intensivo sin la disminución de libertades tales como rutinas diarias, obligación de permenencia en la unidad de hospitalización, acceso limitado a familiares y relaciones sociales, entre otras.

También debe tenerse en cuenta que un sistema de atención en salud mental que cautela el respeto a los derechos de las personas debe garantizar la existencia de oferta de prestaciones que impliquen un mínimo de restricciones personales, por lo que el uso de UHCIP debe reducirse a casos en que constituye una estricta necesidad.

Esto plantea la necesidad de que una red de servicios de salud mental se adecúe a las necesidades y perfil de demanda de las personas usuarias, incluyendo Acciones de Atención Intensiva en Salud Mental en Domicilio.

Para que este servicio pueda materializarse es necesario que el sistema de apoyo primario o que convive con la persona usuaria cuente con características que permitan su coparticipación indispensable en este tipo de atención y que el lugar de residencia cumpla condiciones de seguridad. En cualquier caso, la puesta en práctica de esta estrategia requiere una adecuada evaluación de riesgos y beneficios que garantice que la seguridad de la persona usuaria y su familia estarán cauteladas.

Este tipo de servicios resulta más aceptable para muchas personas, porque produce menos estigma respecto a su situación. Además, debe tenerse en cuenta que una familia o sistema de apoyo primario que se involucra junto con el equipo de salud en esta estrategia de atención, durante el proceso desarrolla experiencias y competencias relevantes que pueden ser un factor diferencial positivo respecto al control oportuno de eventuales crisis futuras, mejorando la continuidad de cuidados, la adherencia terapéutica y el curso y pronóstico de la enfermedad.

Se ha optado por no usar la denominación "hospitalización domiciliaria en psiquiatría", porque esta estrategia podría ser utilizada por distintos nodos y puntos de atención de la red temática de salud mental, tales como Centros de Salud Mental Comunitaria y Hospitales de Día, además de equipos UHCIP, a diferencia de la "hospitalización domiciliaria", que actualmente es concebida en la red general de salud como una prestación que solo es parte de la cartera de servicios de los hospitales.

Las Acciones de Atención Intensiva en Salud Mental en Domicilio constituyen una estrategia de Cuidados Compartidos en la red temática de salud mental, en la cual el equipo de especialidad en salud mental trabaja en articulación con el equipo de sector del Centro de Atención Primaria en el cual está inscrita la persona usuaria. Si bien ambos equipos participan en la construcción del Plan de Cuidados Integrales (PCI), la ejecución de este servicio es responsabilidad del equipo de especialidad con el apoyo de APS.

Evidencia que respalda los cuidados intensivos en domicilio

1. La evidencia muestra que como estrategia de tratamiento en el área de la salud mental se asocia una significativa reducción en los porcentajes de ingresos psiquiátricos hospitalarios, alcanzando esta reducción el 37,5% de los ingresos. Además, se ha visto que la intervención en crisis mediante tratamiento intensivo domiciliario reduce el nivel de sobrecarga familiar ante la enfermedad mental aguda, siendo una forma satisfactoria de asistencia tanto para las personas, como para las familias. [151]
2. Revisión sistemática Cochrane, evidencia como una estrategia terapéutica viable y efectiva para alrededor del 55% de las personas usuarias que de otro modo deberían ser ingresados en una unidad de hospitalización cerrada agudo convencional, demostrando su costo efectividad.
3. Thornicroft y Tansella, tanto la evidencia científica disponible, como la experiencia clínica acumulada hasta el momento, demuestran que las estrategias de provisión de cuidados intensivos y agudos para las enfermedades mentales graves que es posible desarrollar en el nivel hospitalario y en la comunidad no son incompatibles. [152]

Definición	Es una estrategia enfocada a proporcionar, en el domicilio, diagnóstico y tratamiento de salud mental a través de un proceso de atención y cuidados intensivo, periódico y protocolizado. Se prestará de forma transitoria a personas en situación de crisis o descompensación aguda de su enfermedad mental, sin riesgo vital, que cuentan con red de apoyo que permita realizar el proceso terapéutico en coordinación entre el nivel de especialidad en salud mental y la atención primaria, con el acuerdo y la activa participación de la familia o grupo primario de apoyo. Esta modalidad de atención intensiva tendrá la duración estrictamente necesaria para superar la situación de crisis o descompensación aguda y deberá articularse la continuidad de atención y cuidados con el resto de los recursos y modalidades de intervención disponibles en la red. Estas acciones deben proporcionar una respuesta clínica precoz, eficaz y rápida, accesible cuando se requiera[20], ejecutada por profesionales y técnicos competetentes, articulados en un equipo transdisciplinario para atender a la persona usuaria que requiere esta foma de atención. Para cada persona usuaria incluida en esta modalidad de atención, uno de los miembros del equipo a cargo deberá asumir la función de gestor/a terapéutico/a de modo de preservar la integralidad y continuidad de la atención y cuidado. Este proceso deberá alinearse estratégicamente con el Plan de Cuidado Integral elaborado exprofeso o actualizando un plan preexistente. Es una estrategia integradora, compatible con los nodos y puntos de atención existentes de la Red Temática de Salud Mental y que busca la utilización eficiente de los recursos disponibles para la mejor atención y cuidado de estas personas y sus familias en el mejor lugar posible.

[20] Puede implicar diversas modalidades que amplíen la disponibilidad en jornada administrativa habitual, por ejemplo: jornada extendida por 12 horas, atención de 24 horas, atención articulada formalmente con atención de urgencia en salud mental, etc.

Población objetivo	Personas beneficiarias del sistema de salud público, que presentan una situación de crisis emocional o descompensación aguda de su enfermedad mental, sin riesgo vital, que requieren atención y cuidados intensivos de forma transitoria. Para estas personas, el apoyo clínico integral en salud mental en el domicilio resulta una alternativa viable y preferible considerando los siguientes requisitos: 1. Persona y familia o grupo de apoyo primario que estén dispuestos a recibir apoyo clínico integral de salud mental en domicilio. 2. Persona que cuente con familiar o acompañante que pueda hacerse cargo de su cuidado durante el periodo de hospitalización. 3. Condiciones de seguridad adecuadas para la persona usuaria y familia en el domicilio en que se dispensarán los cuidados. 4. Persona y familia estén bajo la responsabilidad territorial del equipo que brinda el servicio. **Perfiles de persona usuaria:** - Persona en situación de crisis o descompensación aguda de su enfermedad que se niega a acudir a un nodo de atención. - Persona con enfermedad mental grave con historia de descompensaciones frecuentes, que abandona el proceso de atención y que no logra ser reincorporado pese a reiterados intentos de rescate. - Persona con enfermedad mental grave que tras la compensación efectuada en UHCIP se evalúa con alto riesgo de abandono inmediato del proceso de atención en la transición hospital domicilio. - Persona con enfermedad mental grave que acepta el ingreso a UHCIP solo para el control de la sintomatología crítica, pero que requiere continuidad de atención intensiva para complementar los resultados terapéuticos necesarios para asegurar su estabilización y no se encuentra en condiciones de asistir a Hospital de Día.
Objetivo General	Proporcionar en el domicilio, diagnóstico y tratamiento de salud mental a persona en situación de crisis o descompensación aguda de su enfermedad, sin riesgo vital, través de un proceso de atención y cuidados intensivo, periódico y protocolizado, por personal competente.
Objetivos Específicos	Proporcionar en el domicilio una respuesta clínica precoz, eficaz y rápida, accesible cuando se requiera[21], ejecutada por un equipo transdisciplinario. Otorgar atención y cuidados intensivos de forma transitoria para superar la situación de crisis emocional o descompensación aguda de la enfermedad mental. Ofrecer a la persona y su familia una alternativa de hospitalización, apoyo en domicilio, distinta a la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intesivos en Psiquiatría (UHCIP). Acortar tiempo de hospitalización para el control de sintomatología crítica, requiriendo continuidad de atención intensiva para complementar los resultados terapéuticos. Desarrollar en la familia o grupo primario de apoyo experiencias y competencias relevantes para el control oportuno de eventuales crisis futuras.

[21] Puede implicar diversas modalidades que amplíen la disponibilidad en jornada administrativa habitual, por ejemplo: jornada extendida de 12 horas, atención de 24 horas, atención articulada formalmente con atención de urgencia en salud mental, etc.

Vinculación técnica y administrativa	Centro de Salud Mental Comunitaria u Hospital de Día. En caso de pertinencia de acuerdo a realidad de cada red y orientaciones técnicas vigentes, puede depender de otro nodo o punto de atención del nivel de especialidad de salud mental. Ministerio de Salud.
Equipo técnico	Compuesto por Enfermera(o), Médico psiquiatra y/o general, Psicólogo(a), Terapeuta Ocupacional, Trabajador(a) social, Técnico Paramédico.
Criterios de exclusion	▪ Persona y familia que no cumpla con los requisitos definidos en la Población Objetivo. ▪ Persona con riesgo elevado de suicidio o heteroagresividad. ▪ Persona que requiera contención física o farmacológica para su seguridad y del entorno que se brinda en UHCIP. ▪ Persona que presente otra patología de salud que requiera atención y cuidado necesariamente en ambiente hospitalario.
Acciones	Actividades
Atención y cuidados intensivos.	Intervención en crisis. Evaluación inicial para construir o adecuar el Plan de Cuidados Integrales (PCI), considerando los recursos de apoyo social. Cuidados de enfermería (constantes vitales, dietas alimenticias, control de peso, higiene, toma de exámenes). Administración, supervisión y educación del uso de psicofármacos, y seguimientos farmacológicos diversos (H.T.A., diabetes, etc.). Promover el uso de los recursos personales y familiares para el cuidado y la adherencia al proceso de atención.
Desarrollo de estrategias de apoyo social	Identificar necesidades de apoyo a los familiares y grupo primario que actúan como cuidadores y vincularlos con los recursos de la comunidad. Identificar y vincular con recursos comunitarios e institucionales intersectoriales, relevantes según el Plan de Cuidados Integrales (PCI), favoreciendo el espacio local. Realizar acciones que favorezcan la permanencia de la persona en su entorno, evitando el desarriago y reduciendo la estigmatización.
Vinculación con la Red Temática de Salud Mental y la red general de salud.	Construir consensuadamente con la persona, familia o grupo primario de apoyo, un plan de acción que permita prevenir e intervenir oportunamentente en eventuales crisis futuras, y conocer los nodos y puntos de atención de la red a los que corresponde vincularse para la continuidad de atención y cuidados. Efectuar acciones de articulación con el equipo de sector del Centro de Atención Primaria para mantener controles de salud al día, toma de muestras en el domicilio, entrega de fármacos, entre otros. Establecer acciones de articulación con los nodos y puntos de atención de especialidad de la Red Temática de Salud Mental para mantener información actualizada sobre las personas ingresadas en el programa y sus eventuales necesidades de atención.

c. Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo. Emergencias, desastres y catástrofes [150]

La intervención en salud mental en situaciones de emergencia y desastre se basa en los principios y planteamientos del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Por tanto, se espera que en los Servicios de Salud que han desarrollado su Red fundamentados en estos Modelos, con atributos tales como: centrada en las necesidades de salud mental de las personas, familias y comunidades, gestión territorial, oferta de atención preferentemente ambulatoria y descentralizada, nivel primario resolutivo en salud mental, gestión para la continuidad de cuidados, sistema de gobernanza participativo y coordinación intersectorial, puedan brindar una mejor respuesta a las necesidades de su población cuando ocurren emergencias o desastres.

Del mismo modo, se espera en estas situaciones que se puedan integrar las nuevas actividades -basadas en las necesidades surgidas en la población- a los servicios existentes, y no crear servicios de salud mental separados. Esto facilita que las personas, familias y comunidades, puedan acceder a un abordaje integrador, con mirada territorial y sustentable en el tiempo.

En muchas ocasiones, la emergencia o el desastre brindan la oportunidad de inyectar nuevos recursos y reforzar los servicios de salud mental, para prácticas innovadoras, e incluso en algunos casos, ser el motor de transformación para la generación de nuevos nodos y puntos de atención que aún no lograban ser desarrollados en la Red. Por tanto, en ese momento es fundamental que el Servicio de Salud cuente con su Diseño de Red actualizado de acuerdo a los planteamientos del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental y con capacidad de gestión para convertir la crisis en oportunidad de mejora.

La historia de Chile muestra un importante número de situaciones de emergencias y desastres vinculados en su mayoría a amenazas de origen natural (terremotos, erupciones volcánicas, crecimiento de caudales de río y aluviones, entre otros) a las que se puede ver enfrentada la Red. El nivel de afectación de cada evento varía según el tipo de emergencia, los sectores geográficos y poblacionales impactados, la vulnerabiilidad social y las formas en que las personas han podido enfrentar dichos sucesos, entre otras variables.

En los casos de mayor afectación con resultados de pérdida de vidas y bienes materiales, ha sido necesario establecer un sistema de apoyo a los afectados que, ya a partir del terremoto del año 1960 en Valdivia, menciona entre sus documentos históricos, la necesidad de acciones de profesionales de la salud y de la salud mental para asistencia de las personas afectadas.

Todas estas experiencias han derivado en diversas estrategias y acciones de apoyo de la salud mental de la población en situaciones de emergencias y desastres, desarrolladas por organismos estatales como por organizaciones de la sociedad civil, las que, desde el terremoto del 2010, se comienzan a revisar en el contexto de las instancias de coordinación que se establecen a nivel nacional e internacional, con el apoyo del gobierno del Japón.

Se inició así un trabajo colaborativo de diferentes sectores del Estado, en conjunto con la cooperación Japonesa, para la construcción de un Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo para Chile, el que se ha definido como un marco referencial, bajo una lógica de mejora continua, que oriente el quehacer de salud mental a instituciones, organismos de respuesta, comunidad científica, tomadores de decisión y población general para generar acciones de prevención, respuesta y Recuperación de personas y comunidades afectadas por emergencias y desastres. Se encuentra actualmente en proceso de revisión final.

En el contexto de este Modelo de Protección, se plantea que las situaciones de emergencia y desastres pueden impactar diferentes ámbitos de la vida de las personas y comunidades. Por ejemplo, los desastres comparten tres características claves de los eventos potencialmente traumáticos a gran escala: amenazan la integridad y la vida de un gran número de personas [153]; afectan los procesos sociales causando la interrupción de los servicios, las redes de apoyo y la pérdida de recursos comunitarios, entre otros [154]; y por último, involucran consecuencias secundarias en la salud mental y física entre los afectados [153].

No obstante, la mayoría de las personas afronta bien un desastre [155] y tenderán a una recuperación natural y espontánea tras el evento potencialmente traumático [156]. Asimismo, generará un conjunto de respuestas esperables que no necesariamente constituyen una patología, como por ejemplo, signos y síntomas de ansiedad, estrés, quejas somáticas, pesadillas y estados de ánimo depresivo [157]. Una proporción menor de personas podrían desarrollar algunos trastornos mentales como trastorno de estrés agudo, consumo problemático de alcohol y drogas, deterioro funcional, depresión y trastorno estrés post traumático (TEPT) [158] [159]. La complejidad de sus efectos variará de acuerdo a las condiciones previas, tales como: nivel de preparación ante emergencias, características del territorio, de la comunidad, de las personas afectadas con sus respectivos determinantes sociales de la salud y curso de vida. Asimismo, el impacto dependerá de la oportuna satisfacción de las necesidades de las personas afectadas, tanto en la fase de respuesta como en la de Recuperación.

La protección de la salud mental de la población en situaciones de emergencias y desastres es un ámbito que, por sus particularidades de multicausalidad y complejidad, requiere ser abordado por una diversidad de actores, que en nuestro país se encuentran representados por el Sistema Nacional de Protección Civil (SNPC)[22]. Dada la especificidad de esta temática, la referencia técnica de la materia es ejercida por el Ministerio de Salud, mientras que el liderazgo de coordinación es desempeñado por la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI), junto con otros actores del SNPC que juegan un rol relevante en esta materia. Este Sistema tiene por objetivo proporcionar protección a las personas, sus bienes y el ambiente ante situaciones de emergencias, desastre o catástrofe [160].

El propósito del Modelo de Protección es proteger la salud mental de la población en todo el ciclo del manejo del riesgo (en sus fases de Prevención, Respuesta y Recuperación), mediante la disposición de lineamientos y orientaciones que apuntan a la promoción y fortalecimiento de las capacidades de todos los actores pertenecientes al Sistema Nacional de Protección Civil. Para lo cual, se basa en los siguientes Principios y Enfoques:

[22] El Sistema Nacional de Protección Civil Chileno (SNPC) es el conjunto de organismos, servicios e instituciones, tanto de carácter público como privado, incluyendo a las entidades de carácter voluntario y a la comunidad organizada que, por mandato, capacidad, competencia, interés o vocación, se articulan para la gestión del riesgo de desastres.

Tabla 15. Principios y Enfoques del Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo.

PRINCIPIOS DEL MODELO DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA GESTIÓN DEL RIESGO		
Derechos humanos y equidad	Uso escalonado de recursos	Ayuda Mutua
Ante todo, no dañar	Participación	Intersectorialidad
Prevención		
Enfoques del Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo		
Determinantes Sociales de la Salud	Curso de Vida	Comunitario

Para lograr el propósito del Modelo, se incorporan diversos actores participantes del Sistema Nacional de Protección Civil, entendiendo que la responsabilidad por el cuidado y la protección de la salud mental de la población no es algo privativo o exclusivo de los equipos de Salud, sino que es transversal a los Sectores del Estado y las comunidades. Responder adecuadamente para proteger y cuidar la salud mental implica, por ejemplo, actividades de prevención, disponer de adecuadas redes que permitan establecer lazos de comunicación, entrega de información fidedigna de lo que ocurre en la zona afectada, recuperar rápidamente la conectividad de caminos, disponibilidad de refugios, alimentos y agua, etc. Por tanto, es clave el trabajo comunitario e intersectorial.

El Modelo plantea Ejes Estratégicos que deben abordarse en el ámbito de la salud mental en la gestión del riesgo. A saber:

Tabla 16. Ejes Estratégicos del Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo.

EJES ESTRATÉGICOS DEL MODELO DE PROTECCIÓN		
Lineamientos técnicos para la intervención.	Continuidad de funcionamiento institucional.	Gestión de la información.
Trabajo con grupos específicos.	Fortalecimiento Comunitario.	Educación para la protección de la salud mental en la Gestión del Riesgo de Desastres.
Protección y cuidado de la salud mental de las personas que colaboran en la Gestión del Riesgo de Desastres.	Comunicación Social en la Gestión del Riesgo de Desastres.	Coordinación del SNPC en la salud mental en la Gestión del Riesgo de Desastres.

Estos planteamientos del Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo son coherentes con los principios, enfoques, objetivos y demás contenidos centrales del Modelo de Gestión de la Red Temática en Salud Mental. Los equipos de salud ubicados en todos los niveles de gestión (micro, meso y macro gestión) tienen un rol fundamental en las Fases de Prevención, Respuesta y Recuperación del Ciclo del Riesgo, con el fin de promover el bienestar y responder a las necesidades de Recuperación e inclusión sociocomunitaria de las personas, en un trabajo coordinado con el intersector y la comunidad, asegurando una atención con estándares de calidad.

A continuación, se describen Actividades Claves a nivel de meso y microgestión para ser llevadas a cabo en las distintas Fases de Ciclo del Riesgo en Emergencias y Desastres, con el fin de orientar el quehacer de los Servicios de Salud y sus respectivas redes en la temática de Salud Mental, adecuándolas según sus realidades locales y características de cada evento.

Tabla 17. Actividades claves a nivel de Mesogestión (Servicio de Salud) en las Fases de Prevención, Respuesta y Recuperación.

	FASES		
	PREVENCIÓN	**RESPUESTA**	**RECUPERACIÓN**
Objetivos por Fases (Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo).	Fortalecer las capacidades psicosociales para enfrentar de mejor manera la respuesta y la Recuperación ante eventos potencialmente traumáticos mediante acciones y estrategias previas que favorezcan la reducción de los factores de vulnerabilidad y promuevan la resiliencia individual y comunitaria.	Reducir el impacto de emergencias y desastres en las personas y en las comunidades mediante el desarrollo de actividades que son consideradas una necesidad inmediata apenas ocurrido el evento.	Aportar a la reconstrucción del tejido social y mitigar el impacto en la salud mental de la población.
	Participar activamente en las acciones de coordinación intersectorial, de comunicación social y Plan Regional de Gestión del Riesgo de SEREMI Salud.	Apoyar acciones intersectoriales y de comunicación social, así como otras líneas de trabajo del Plan Regional de Gestión del Riesgo de SEREMI Salud.	Impulsar acciones de participación social que permitan fomentar la preservación de la memoria histórica, colectiva, de la emergencia o desastre vivida por la comunidad.

Actividades claves a nivel de Mesogestión (Servicio de Salud)	Participar activamente en las actividades de Fase de Prevención del Plan de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres del Servicio de Salud, asegurando la incorporación de la temática de Salud Mental en forma coherente con los planteamientos de los Modelos de Gestión y Orientaciones vigentes.	Efectuar acciones de Respuesta de acuerdo al Plan de Gestión del Riesgo del Servicio de Salud y SEREMI de Salud, asegurando el acceso oportuno, la atención efectiva y la continuidad de cuidados de su población a cargo.	Reforzar estrategias de articulación en Red para el acceso oportuno, atención efectiva y continuidad de cuidados de su población a cargo, ya sea sectoriales, intersectoriales y con la comunidad.
	Realizar acciones que promuevan activamente la organización y participación de las personas usuarias y familiares en las redes comunitarias, y su rol como contraparte en la Red Temática de Salud Mental, abordando la Gestión del Riesgo.	Realizar diagnóstico del estado de la Red Temática de Salud Mental, con participación social y relevando necesidades en salud mental surgidas o incrementadas con la emergencia o desastre. Solicitar a la Red la aplicación del EDAN (Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades) de Salud Mental y Comunitaria, coordinado por APS y Centro de Salud Mental Comunitaria, para su posterior consolidación por el Servicio de Salud.	Actualizar su Diseño de Red de acuerdo a los planteamientos del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, cuando la emergencia o el desastre lo requieran para responder a las necesidades de la población, transformando la crisis en oportunidad de mejora.
	Incorporar la temática de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres en los Consejos Técnicos de Salud Mental y otras instancias participativas, articulándose con el/ la Coordinador/a de Emergencias y Desastres del Servicio de Salud y cuando corresponda, de la SEREMI de Salud.	Sobre la base del diagnóstico efectuado, definir líneas de acción a incorporar en el plan de respuesta sectorial, que sean coherentes con los Modelos de Atención, considerando las necesidades y características de la población a cargo, incluidos grupos específicos.	Mantener la integración de los servicios existentes con las nuevas actividades de salud mental y recursos surgidos en la emergencia o desastre y que requieren mantenerse de acuerdo a las necesidades de la población.

Actividades claves a nivel de Mesogestión (Servicio de Salud)	Conformación de Equipos de Apoyo a la Respuesta en Salud Mental (ARSAM).	Activación interna o externa de Equipo/s ARSAM (Apoyo a la Respuesta en Salud Mental) en conjunto con Gestor/a de Red y Coordinador/a de Emergencias y Desastres.	Mantener acciones de protección de la salud mental de los equipos de la Red, incluido el Servicio de Salud, que han participado en la emergencia o desastre.
	Realizar las gestiones para que el personal de la red asistencial se encuentre capacitado en el ámbito de la protección de salud mental, tanto competencias transversales como específicas, según corresponda.	Gestionar recursos como el refuerzo del personal que trabaja en salud mental cuando la emergencia o desastre lo requiera, manteniendo integración con los servicios existentes y coordinación con nivel central.	Efectuar acciones que permitan incorporar los aprendizajes y las buenas prácticas surgidas en la emergencia o desastre, en la Red Temática de Salud Mental.
	Desarrollar en el proceso de Rediseño de la Red Temática de Salud Mental, estrategias de gestión del riesgo para afrontar situaciones de emergencias y desastres.	Colaborar en las acciones que protejan y cuiden la salud mental de las personas que colaboran en la Gestión del Riesgo de Desastres, principalmente, equipos de salud.	Actualizar la temática de Salud Mental en el Plan de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres del Servicio de Salud, en base a la situación de emergencia o desastre vivido, asegurando una participación social.
	Participar en simulacros y simulaciones sectoriales e intersectoriales velando por la incorporación de los componentes psicosociales y de salud mental en la preparación ante emergencias y desastres.	Generar reportes sistemáticos que sean parte del reporte integral del Servicio de Salud.	Generar sistematización del proceso vivido a partir de la situación de emergencia o desastre.
	Participar activamente en las acciones de coordinación intersectorial, de comunicación social y Plan Regional de Gestión del Riesgo de SEREMI Salud.	Apoyar acciones intersectoriales y de comunicación social, así como otras líneas de trabajo del Plan Regional de Gestión del Riesgo de SEREMI Salud.	Impulsar acciones de participación social que permitan fomentar la preservación de la memoria histórica, colectiva, de la emergencia o desastre vivida por la comunidad.

Tabla 18. Actividades claves a nivel de Microgestión (nodos y puntos de atención de la Red) en las Fases de Prevención, Respuesta y Recuperación

	FASES		
	PREVENCIÓN	**RESPUESTA**	**RECUPERACIÓN**
Objetivos por Fases (Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo).	Fortalecer las capacidades psicosociales para enfrentar de mejor manera la respuesta y la Recuperación ante eventos potencialmente traumáticos mediante acciones y estrategias previas que favorezcan la reducción de los factores de vulnerabilidad y promuevan la resiliencia individual y comunitaria.	Reducir el impacto de emergencias y desastres en las personas y en las comunidades mediante el desarrollo de actividades que son consideradas una necesidad inmediata apenas ocurrido el evento.	Aportar a la reconstrucción del tejido social y mitigar el impacto en la salud mental de la población.
Actividades claves a nivel de Microgestión (nodos y puntos de atención de la Red).	Desarrollar acciones de salud mental en la Fase de Prevención de acuerdo al Plan de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres del Servicio de Salud, articulando de forma coherente con los planes locales basados en diagnósticos comunitarios.	Efectuar acciones de Respuesta de acuerdo al Plan de Gestión del Riesgo del Servicio de Salud y SEREMI de Salud, asegurando el acceso oportuno, la atención efectiva y la continuidad de cuidados de su población a cargo.	Reforzar estrategias de articulación locales para el acceso oportuno, atención efectiva y continuidad de cuidados de su población a cargo, ya sea sectoriales, intersectoriales y con la comunidad.
	Designar a un referente de salud mental en emergencias y desastres para cada punto o nodo de atención de la Red Temática de Salud Mental.	Realizar la aplicación del EDAN (evaluación de daños y análisis de necesidades) de Salud Mental y Comunitaria, coordinado por APS y Centro de Salud Mental Comunitaria, y enviar a equipo gestor del Servicio de Salud.	Mantener la integración de los servicios existentes con las nuevas actividades de salud mental y recursos surgidos en la emergencia o desastre y que requieren mantenerse de acuerdo a las necesidades de la población.
	Efectuar liderazgo técnico en mesas comunales intersectoriales de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres o incorporación de la temática en las mesas o redes de trabajo ya existentes, con énfasis en la Prevención.	Efectuar liderazgo técnico en mesas comunales de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres o incorporación de la temática en otras instancias intersectoriales como COE.	Mantener acciones de protección de la salud mental de los equipos de salud que han participado en la emergencia o desastre.
	Realizar acciones que promuevan activamente la organización y participación de las personas usuarias y familiares en las redes comunitarias, y su rol como contraparte en las instancias institucionales de Participación Social abordando la Gestión del Riesgo.	Definir Plan de Acción de acuerdo al diagnóstico efectuado y los Modelos de Atención vigentes, con énfasis en el fomento de resiliencia y apoyo psicosocial, considerando características de la población a cargo, incluidos grupos específicos.	Acompañamiento psicosocial activo a la comunidad para detectar necesidades en salud mental e ir construyendo conjuntamente acciones para su resolución.

	Participar activamente en los Consejos Técnicos de Salud Mental y otras instancias participativas que aborden la gestión del riesgo en emergencias y desastres.	Gestionar la integración local de las nuevas actividades de salud mental y recursos surgidos en la emergencia o desastre, de acuerdo a las necesidades de la población, a los servicios existentes.	Efectuar acciones con participación social que permitan incorporar los aprendizajes y las buenas prácticas surgidas en la emergencia o desastre.
	Capacitarse en temáticas de protección de la salud mental en la gestión del riesgo en emergencias y desastres.	Mantener coordinación estrecha con equipo gestor del Servicio de Salud para acciones de protección de salud mental de los equipos de salud intervinientes en la emergencia o desastre.	Actualizar la temática de Salud Mental en los planes locales de gestión del riesgo en emergencias y desastres, en base a la situación de emergencia o desastre vivido, asegurando una participación social.
	Capacitarse para conformar Equipos de Apoyo a la Respuesta en Salud Mental (ARSAM), de acuerdo a plan del equipo gestor del Servicio de Salud.	Incorporarse a los Equipo/s ARSAM (Apoyo a la Respuesta en Salud Mental), de acuerdo a plan del equipo gestor del Servicio de Salud.	Generar sistematización de la experiencia y reconocimiento de aprendizajes a partir de la situación de emergencia o desastre.
	Capacitar agentes comunitarios en salud mental, Primera Ayuda Psicológica y salud mental en la gestión del riesgo de emergencias y desastres.	Generar reportes sistemáticos de la situación articulados en Red.	Capacitarse para conformar Equipos de Apoyo a la Respuesta en Salud Mental (ARSAM), de acuerdo a plan del equipo gestor del Servicio de Salud.
	Participar en acciones de preparación comunitaria ante emergencias y desastres.	Efectuar acciones de participación social coherentes con el Plan de Acción definido.	

11. Descripción de los nodos y puntos de atención de la Red Temática Salud Mental: atención abierta y cerrada.

Solo con fines metodológicos, se describen sintéticamente los nodos y los puntos de atención para facilitar la identificación de su estructura y principales funciones a cumplir en la red. La vinculación entre ellos se da a partir de estrategias transversales, específicas para cada uno, guías, protocolos de atención y sistemas de apoyo (sistema de información, servicios farmacéuticos, y el sistema de referencia y contrarreferencia).

Se entenderá por atención abierta como aquella donde la persona puede recibir atención ambulatoria en horario diurno, va desde la atención primaria hasta la especialidad (incluyendo hospital de día); y por atención cerrada a la hospitalización, ya sea en domicilio como en unidades sanitarias.

11.1. Atención abierta: Atención Primaria (APS)

Es el nodo articulador del sistema de atención de la red de salud general [114] que otorga atención de salud mental a personas con enfermedad mental estabilizada o de menor gravedad. Por tanto, es parte de la Red Temática de Salud Mental.

Este nivel de atención al estar instalado en la comunidad es el más cercano al territorio y a la población beneficiaria.

A continuación, se detalla el flujograma de Atención de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud.

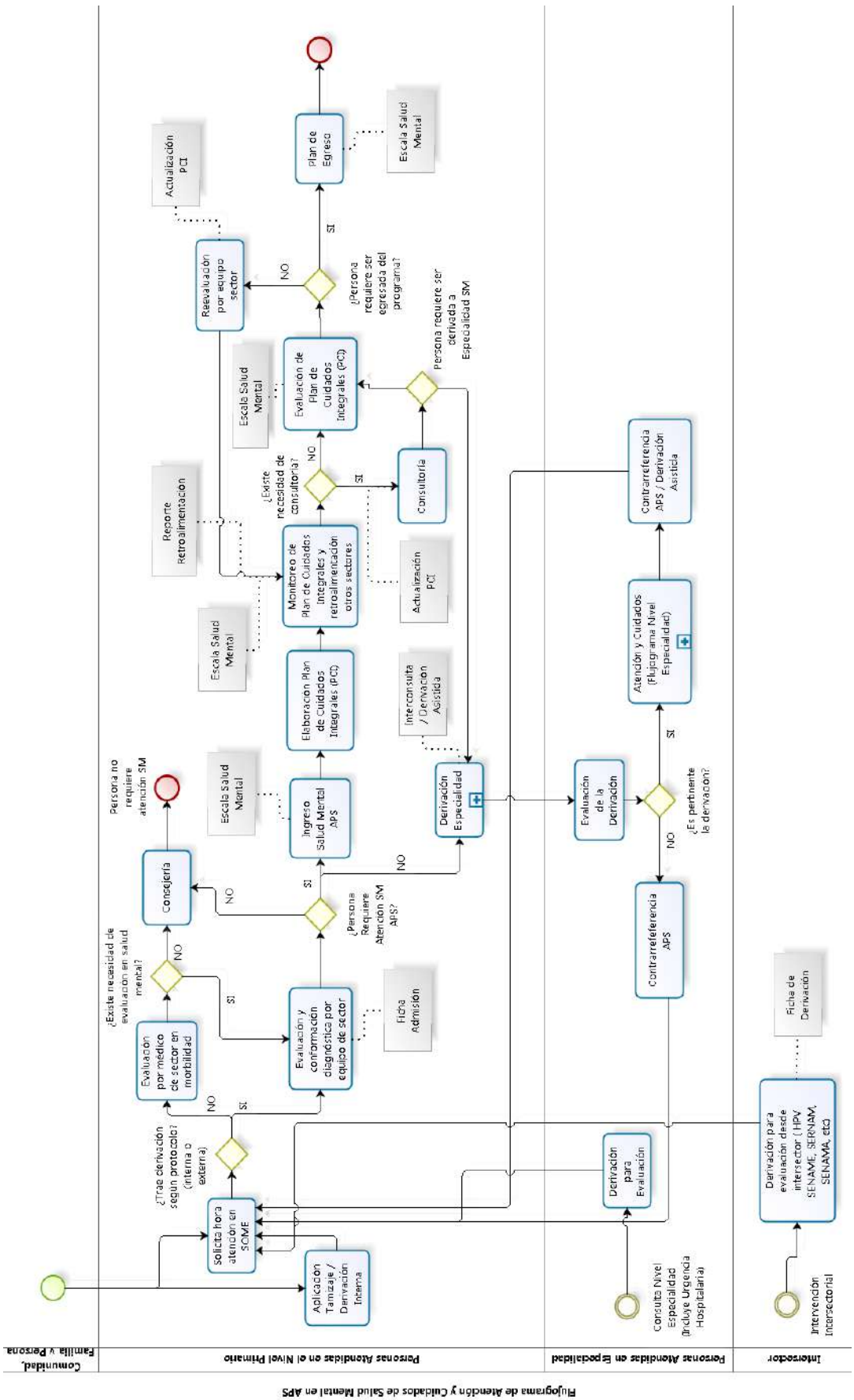


Figura 13. Flujograma de Atención de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud

A. Centro de Salud Familiar, CESFAM

CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) [136] EN LA RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL	
Definición	Es un nodo de la red general que tiene como misión prestar servicios de salud mental en la Atención Primaria de Salud, con el propósito de contribuir a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades y de resolver los problemas y necesidades de salud de la población beneficiaria inscrita en cada centro. Esta población está sectorizada, y de acuerdo a su localización geográfica, puede ser urbana o rural. Este nodo provee cuidados básicos en salud que incluyen acciones ambulatorias, de baja densidad tecnológica y con alta complejidad sociocultural, en los ejes de promoción, prevención, tratamiento integral, cuidados domiciliarios y rehabilitación psicosocial en salud. Estas actividades deben ser ejecutadas por todos los integrantes de los equipos de salud, organizados en equipos de sector. Estos equipos deben realizan acciones con su población a cargo, considerando las particularidades de los pueblos indígenas y su cosmovisión, como también las de grupos específicos como: migrantes, LGTBI, niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos, entre otros. Las acciones de salud mental forman parte del cuidado de salud integral, por lo que el CESFAM, para efectos de la red temática de salud mental, actúa como un nodo fundamental de esta.
Población objetivo	Toda persona, familia y comunidad beneficiaria e inscrita en el Centro de Salud Familiar, de acuerdo a su territorio y particularidades. En relación a salud mental, las acciones de promoción y prevención con la población objetivo son tan relevantes como las acciones de tratamiento integral, en todo el continuo del curso de vida.
Acciones	Actividades
Desarrollar acciones de promoción incorporando la perspectiva de salud mental	‣ Incorporar la salud mental en los planes comunales de promoción de salud. ‣ Incorporar a actores de salud mental en el Consejo de Desarrollo Local. ‣ Participar en mesa intersectorial de salud mental. ‣ Participar en actividades intersectoriales. ‣ Coordinar acciones ocupacionales con instancias comunales o intersectoriales. (laboral, educacional, entre otros). ‣ Utilizar medios de comunicación masivos nacionales, locales y comunitarios. Ejecutar actividades, de forma permanente y continua con la comunidad, como: ‣ Educación en temáticas de salud mental, a través del curso de vida (resolución no violenta de conflictos, habilidades para la vida). ‣ Participación comunitaria (ejercicio de ciudadanía). ‣ Educación de dinámicas relacionales favorables. ‣ Promoción de modos de vida saludable (laboral, educacional, comunitaria, entre otros). ‣ Participación en ferias saludables, carnavales, entre otros. ‣ Celebración del día/semana de la salud mental. ‣ Talleres que favorezcan el desarrollo de la infancia. ‣ Talleres de gestantes, enfocados en estrategias que favorezcan salud mental. ‣ Talleres de actividad física.

Desarrollar acciones de prevención en Salud Mental	Actividades preventivas de acuerdo a la realidad local y sus determinantes sociales como, por ejemplo: • Talleres de prevención de violencia de género y maltrato, ITS y otros. • Prevención de suicidio. • Prevención de enfermedades de salud mental, con foco en estigma. • Actividades preventivas y de detección temprana en consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. • Actividades preventivas de salud mental escolar. • Detección y primera respuesta en violencia. • Talleres de prevención de violencia escolar. • Guías anticipatorias de prevención de enfermedades de salud mental, crisis normativas y no normativas. • Educación a grupos de riesgo de salud mental. • Educación sobre temáticas de salud mental al intersector (educación, trabajo, justicia, y otros). • Consejería en salud mental. • Educación de salud mental en talleres de enfermedades crónicas. • Consejería de crisis normativas y no normativas. • Participar en mesas de trabajos preventivas con la red intersectorial (SENDA, SENAME, educación y otros). • Taller de gestante y de prevención de la depresión post parto. • Control de salud, con aplicación de instrumentos de acuerdo a curso de vida (EPSA, Edimburgo, ASSIST, EMPA, EMPAM, Yesavage, Golberg, entre otros), abordando sus resultados. • Talleres de estimulación cognitiva • Visita domiciliaria con enfoque preventivo. • Talleres de actividad física.

Desarrollar acciones de atención y cuidados de salud mental por curso de vida.	Actividades de salud general con componente de salud mental: • Indicadores de riesgo para la salud mental en controles de los programas del CESFAM como atención de salud infantil, adolescente, mujer, adulto y del adulto mayor, cardiovascular, odontológico, y atención para poblaciones específicas (LGTBI, migrantes, población infantil vulnerada en sus derechos, otros). • Atención de las consecuencias en violencia de género, violencia escolar, maltrato y abuso infantil, violencia al adulto mayor, consumo perjudicial de alcohol y otras drogas, entre otros. Atenciones individuales y grupales de estimulación cognitiva y funcional en personas con demencia, de afrontamiento y cuidado para familiares/cuidadores de personas con demencia. Actividades de Atención Integral en salud mental para todo el curso de vida, de acuerdo a orientaciones para APS: • Evaluación Integral en salud mental. • Primera respuesta de salud mental. • Diagnóstico integral de salud mental, considerando psicodiagnóstico. • Tratamiento integral (Plan de Cuidados Integrales). • Intervención en contextos comunitarios. • Intervención de Salud Mental en domicilio. • Intervención psicosocial individual, grupal y comunitaria. • Visita domiciliaria integral. • Visita en otros espacios (escolar, laboral). • Derivación asistida. • Plan de egreso del motivo de consulta. • Seguimiento y rescate. Se debe considerar además atenciones en domicilio para personas y cuidadores de familias con postrados; Apoyo clínico integral de psiquiatría en domicilio, a nivel de especialidad; cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos (por ejemplo, dolor crónico), y otros. En relación al Apoyo clínico integral de psiquiatría en domicilio, este se realiza de manera coordinada e integrada con el equipo de especialidad, para aquellas acciones de apoyo en salud general.
Entregar apoyo técnico a grupos de autoayuda.	• Apoyar técnicamente en la formación y continuidad de grupos de autoayuda. • Realizar acciones que fortalezcan la asociatividad de los grupos de autoayuda. • Trabajar en conjunto con grupo de autoayuda, de acuerdo a planificación. • Participar en reuniones y talleres convocados por el grupo de autoayuda, de acuerdo a sus requerimientos y necesidades. • Realizar actividades promocionales y preventivas en colaboración con grupos de autoayuda.
Realizar procesos de referencia y contrarreferencia con otros nodos y puntos de la red e intersector si corresponde	• Derivar asistidamente, según procedimiento vigente, con el nodo de referencia del nivel de especialidad. • Dar continuidad al PCI de la persona en el marco de los acuerdos establecidos en el proceso de contrarreferencia. • Identificar nudos críticos y definir estrategias en conjunto con el nivel de especialidad para su resolución.
Realizar Consultorías en conjunto con el nivel de especialidad.	• Realizar consultorías, de acuerdo a Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. 2016.Mantener vínculo eficaz con el proceso terapéutico de continuidad de las personas referidas al nivel de especialidad, para ejecutar las acciones relevantes de cuidados integrales incluidos en su PCI (coordinación entre ambos niveles de atención).

Optimizar la continuidad de cuidados.	‣ Ejecutar acciones establecidas en el PCI, en forma integrada con el nivel que corresponda cuando se requiera y de acuerdo a las necesidades de la persona. ‣ Establecer vínculo con la atención cerrada de salud general de su territorio.
Proveer la atención integral en salud general a las personas con problema de salud mental.	‣ Detectar los riesgos y problemas de salud general de todas las personas en atención de salud mental, de acuerdo al curso de vida, e incorporando los programas e intervenciones de cuidados integrales de salud, que permitan la resolución. ‣ Vincular activamente a las personas a la oferta programática general de APS más pertinentes, de acuerdo a los resultados de los controles de salud. ‣ Detectar las dificultades de acceso de la población en su territorio.
Desarrollar estrategias de vínculo y coordinación con el Consejo de Desarrollo Local	‣ Participar en reuniones de los Consejos de Desarrollo Local, de acuerdo a convocatoria. ‣ Realizar acciones incluidas en el plan de trabajo de los Consejos de Desarrollo Local. ‣ Participar como equipo del centro, de acuerdo a necesidades en el ámbito de salud mental planteadas por el Consejo.

B. Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC)

HOSPITALES DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD (HFC)[161] EN LA RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL	
Definición	Estos hospitales organizan su atención de salud para acercar la atención hospitalaria a la comunidad y a los domicilios de la población usuaria. Su eje de atención es el cuidado integral de la salud de la población de un territorio, contribuyendo a la continuidad del cuidado en la red asistencial y al desarrollo social de las comunidades. Su accionar se basa en el Modelo de Atención integral con enfoque familiar y comunitario, con principios del enfoque sistémico. Estos hospitales permiten que se mantenga una relación de continuidad del equipo de salud con su población a cargo para manejar los factores determinantes de la salud, potenciar factores protectores, crear las condiciones para una efectiva promoción de la salud y responder, de manera contextualizada e integrada, a las necesidades de salud de la población. Además, brindan una amplia gama de servicios de baja complejidad de atención ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad; todo ello desde la perspectiva de las necesidades de la comunidad. Las acciones de salud mental forman parte del cuidado de salud integral que brindan.
Población objetivo	Toda persona, familia o comunidad perteneciente y adscrita al establecimiento, beneficiarias de FONASA. Estos centros cumplen una doble función en relación a la población y el territorio, según la realidad local.[23]

[23] **Doble función HFC:** En comunas en que la APS está representada sólo por postas de Salud Rural (PSR), los HFC son los referentes para esta población, cuando se requiere de mayor capacidad resolutiva, atención de urgencia y derivaciones a la red asistencial.
‣ En comunas donde no hay administración de salud municipalizada, los HFC son el único prestador de ese territorio.
‣ En comunas donde coexiste el HFC con Centros de salud urbanos y/o rurales (CES o CESFAM), es altamente probable que, la población del área urbana cercana al hospital use de manera distinta el establecimiento, en comparación al resto de la comuna, especialmente cuando se trata de población rural.
‣ Además, en cualquiera de los casos anteriores la población usuaria podría sobrepasar incluso los límites administrativos de la comuna en que se encuentra inserto el hospital.

ACCIONES	ACTIVIDADES
Otorgar atención (abierta, cerrada y de urgencia) y tratamiento en Salud Mental a la comunidad.	Atención Abierta: • Evaluación integral en salud mental. • Diagnóstico integral de salud mental, considerando psicodiagnóstico. • Atención y cuidados de acuerdo a Plan de Cuidados Integrales. • Intervención en contextos comunitarios. • Intervención de Salud Mental en domicilio. • Intervención psicosocial individual, grupal, comunitaria. • Visita domiciliaria integral. • Visita de salud mental en otros espacios (escolar, laboral u otros). • Derivación asistida. • Plan de egreso del motivo de consulta. • Seguimiento y rescate. • Primera respuesta en Maltrato y Abuso Sexual. Atención cerrada: • Disponibilidad de cama para salud mental de acuerdo a criterios de hospitalización de baja complejidad (según su organización definida). • Atención y cuidados de acuerdo a Plan de Cuidados Integrales. • Establecer estándares de cuidado y tiempos de estadía, al tratarse de un establecimiento de carácter transitorio. Atención de Urgencia: *Se describe en apartado Atención de Urgencia de Salud Mental en la Red.
Realizar Consultorías en conjunto con el nivel de especialidad.	Consultorías o tele consultorías de acuerdo a Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. Mantener vínculo eficaz con el proceso terapéutico de las personas referidas que continúa en el nivel de especialidad, para ejecutar las acciones relevantes de cuidados integrales incluidos en su PCI (coordinación entre ambos niveles de atención).
Desarrollar acciones de promoción en salud mental para la población.	Incorporar la salud mental en los planes comunales de promoción de salud. Incorporar a actores de salud mental en el Consejo de Desarrollo Local. Participar en mesa intersectorial de salud mental. Participar en actividades intersectoriales. Coordinar acciones ocupacionales con instancias comunales o intersectoriales. (laboral, educacional, entre otros). Utilizar medios de comunicación masivos nacionales, locales y comunitarios. Ejecutar actividades planificadas, de forma permanente y continua con la comunidad.

Desarrollar y coordinar acciones de prevención en salud mental para la población a cargo.	Actividades preventivas de acuerdo a la realidad local y sus determinantes sociales, por ejemplo: Talleres de prevención de la violencia de género y el maltrato. Prevención del suicidio. Prevención de enfermedades de salud mental, con foco en estigma. Actividades preventivas y de detección precoz en consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Actividades preventivas de salud mental escolar. Detección y primera respuesta en violencia. Talleres de prevención de violencia escolar. Educación a grupos de riesgo en salud mental. Educación sobre temáticas de salud mental al intersector (educación, trabajo, justicia, y otros). Consejería en salud mental. Educación de salud mental en talleres de enfermedades crónicas. Consejería de crisis normativas y no normativas. Participar en mesas de trabajo preventivo con la red intersectorial (SENDA, SENAME, educación y otros). Taller de gestantes, prevención de depresión post parto. Control de salud con aplicación de instrumentos, de acuerdo a curso de vida (EPSA, Edimburgo, ASSIST, EMPA, EMPAM, Yesavage, Golberg, entre otros), abordando sus resultados. Visita domiciliaria con enfoque preventivo.
Establecer mecanismos formales y permanentes de comunicación con la comunidad y el intersector.	Participar en mesas intersectoriales que convoque la comunidad. Participar y coordinar con consejos de desarrollo de salud local. Mantener comunicación efectiva con las organizaciones, agrupaciones, instituciones y organizaciones de la comuna. Establecer coordinación para la intervención con poblaciones específicas, como pueblos indígenas, LGTBI y otros, de acuerdo al territorio.
Desarrollar acciones que permitan la continuidad de la farmacoterapia en salud mental para la comunidad.	Gestionar con otros niveles de atención o Servicio de Salud, de acuerdo a cada territorio, el acceso a fármacos que no estén incluidos en la Atención Primaria.
Asegurar acceso a sistemas de apoyo diagnóstico.	Coordinar con niveles de atención de mediana y alta complejidad, el acceso a sistemas de apoyo diagnóstico según requerimiento.
Desarrollar estrategias de articulación para la continuidad del cuidado en personas que requieren de tratamiento en salud mental de mayor densidad tecnológica.	Articulación con la Red Temática de Salud Mental, de acuerdo a procedimientos establecidos. Derivación a los nodos y puntos de la red de mayor densidad tecnológica, de mediana y alta complejidad, de acuerdo a las necesidades de salud mental de cada persona, considerando además la distancia, tiempos y otros factores para facilitar el acceso a la atención.

C. Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)

CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR (CECOSF) EN LA RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL	
Definición	Estos centros dependen de un Centro de Salud de Atención Primaria (CESFAM) y su propósito es la mantención de la salud de la población, principalmente, mediante el desarrollo de acciones preventivas y promocionales con enfoque familiar y comunitario, en consideración del contexto y la complejidad sociocultural de las personas. La atención de salud brindada en los CECOSF se complementa con la del Centro de Salud de base. Sus acciones priorizan los componentes que contribuyen a mejorar el acceso, oportunidad y la resolución de los problemas de salud de su comunidad, para así mejorar la calidad de vida de las personas. Estas acciones son acordadas entre la comunidad y el centro, en coordinación con la red asistencial. La cartera de servicios del CECOSF se define y acuerda con la comunidad en una mesa de trabajo conjunta. Dicha cartera debe estar en un lugar visible para la comunidad.
Población objetivo	Toda persona, familia y comunidad inscrita en el Centro de Atención Primaria de referencia y que, por su territorio, este asignado a un CECOSF.
ACCIONES	**ACTIVIDADES**
Fortalecer el trabajo complementario de CECOSF con el Centro de Salud base.	‘ Participar en las actividades promocionales de salud mental que realice el Centro del cual depende el CECOSF, con participación activa de la comunidad. ‘ Participar de las actividades preventivas de salud mental que realice el Centro de Salud del cual depende CECOSF. ‘ Participar en actividades recreativas, culturales, sociales en coordinación con el Centro de Salud de base. ‘ Participar en actividades complementarias, operativos y otros, que realice el Centro de Salud en el territorio que abarca CECOSF dirigidas a la comunidad de dicho sector.
Fortalecer el trabajo coordinado y participativo entre la comunidad y el equipo de salud del CECOSF.	‘ Participar en actividades planificadas con el Consejo de Desarrollo Local incluyendo temáticas de salud mental. ‘ Participar en reuniones convocadas por el intersector. ‘ Participar en instancias de participación con las juntas de vecinos, organizaciones locales y/o agrupaciones de la comunidad a cargo. ‘ Responsabilizar a la comunidad para que participe en el quehacer del Centro, mediante el desarrollo de actividades comunitarias. ‘ Mantener el Centro disponible y accesible para actividades propias de la comunidad, por ejemplo, como espacio de acogida dirigido a los adolescente y jóvenes u otros grupos que no cuentan con espacios comunitarios, etc.
Desarrollar acciones de promoción, prevención para mejorar la salud de la población del territorio.	Realizar actividades promocionales y preventivas como, por ejemplo: ‘ Ferias saludables en el territorio a cargo de CECOSF. ‘ Actividades de educación para la comunidad, juntas de vecinos, escuelas y liceos del sector. ‘ Actividades de prevención y detección precoz de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. ‘ Actividades de promoción de estilos de vida saludable que favorezcan la salud mental y el autocuidado. ‘ Actividades preventivas promocionales de Salud Mental en el sector. ‘ EMPA y EMPAM con derivación, cuando es pertinente, a la Red de Salud Mental del Centro del cual depende.

Gestionar la continuidad de cuidados en la comunidad.	' Identificar los recursos comunitarios disponibles en el territorio para el apoyo y Recuperación de la salud mental de las personas. ' Elaborar y difundir procedimientos de acción con la comunidad, para enfrentar situaciones de salud mental en las personas que lo requieran. ' Constituirse en un espacio de coordinación y de trabajo colaborativo con la comunidad.

D. Postas de Salud Rural (PSR)

POSTAS DE SALUD RURAL (PSR) [162] EN LA RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL	
Definición	Son nodos de la red de atención de salud general, cuyo propósito es contribuir a satisfacer las necesidades de salud de las comunidades rurales, a través de un conjunto de acciones que incluyen la atención, promoción, prevención de las enfermedades y el autocuidado de la salud; favoreciendo el desarrollo de las personas, familias y comunidades con pertinencia cultural, en el ejercicio de sus derechos, así como su acceso al sistema de protección social. La atención en salud mental se realiza a través de un sistema de rondas, donde acude el equipo con una periodicidad que depende de las definiciones locales presupuestarias, características geográficas y climáticas. Es una estrategia que, desde el punto de vista de salud pública, logró abordar el vacío de cobertura que había para esta población. Este nodo es de baja densidad tecnológica en salud mental y las situaciones que no pueden ser resueltas en este nivel son referidas, de acuerdo a los procedimientos locales, a nodos de especialidad, o bien estos nodos, en coordinación con la red de salud general, definen estrategias para responder a las necesidades de esta población en el territorio o lo más cercano a este, a fin de superar los vacíos de cobertura y dificultades de acceso. Las Postas de Salud Rural cuentan con un técnico paramédico residente, disponible en forma permanente e inmediata, y con un sistema de comunicación radial con su centro de referencia para solicitar asistencia en caso de presentarse problemas de salud de urgencia que escapen a su capacidad resolutiva. Todas las acciones de la PSR son supervisadas y complementadas por el equipo de salud del centro de atención de base, el que asiste periódicamente al establecimiento para realizar las acciones definidas en el Plan de Salud Familiar. Dicho centro de referencia podrá ser un Centro de Salud o un Hospital de Baja Complejidad.
Población objetivo	Toda persona, familia o comunidad perteneciente e inscrita a una población rural de hasta 2.000 habitantes, concentrada o dispersa, a una distancia máxima de dos horas y media por el medio habitual de transporte (a pie, auto, caballo, u otro) hacia la Posta de Salud Rural.

ACCIONES	ACTIVIDADES
Acercar la atención en Salud Mental a la población rural.	▪ Técnico paramédico permanente, con competencias para la pesquisa de situaciones de riesgo ante necesidad de salud mental. ▪ Ronda médica integrada por un equipo mínimo que incluye médico, enfermera/o, psicólogo/a, trabajador/a social, técnico paramédico u otro específico definido por el equipo, para evaluar a las personas que requieran atención de salud mental. ▪ Ronda médica con la frecuencia mínima estimada de visitas de 2 veces al mes. ▪ Planificación de actividades a realizar en el Plan de Salud Familiar del centro del cual dependen.
Desarrollar acciones de promoción en salud mental para la población rural, considerando características propias del territorio como la interculturalidad.	▪ Plan comunal de promoción de salud del centro del cual depende la posta rural, con actividades del componente de salud mental que se realizarán en las rondas rurales. ▪ Educación de estilos de vida saludables que favorezcan la salud mental. ▪ Ferias saludables con la temática de salud mental a realizar con la comunidad rural.
Desarrollar y coordinar acciones de prevención en salud mental para la población rural, considerando características propias del territorio como la interculturalidad.	▪ Incorporar al plan comunal del centro del cual depende la posta rural, actividades con enfoque en prevención de salud mental a realizar en la posta rural, como, por ejemplo: ▪ Talleres de prevención de suicidio. ▪ Talleres de prevención de violencia. ▪ Realizar actividades comunitarias que impulsen el desarrollo de las comunidades rurales e indígenas y la asociatividad de la localidad en que está inserto. ▪ Actividades preventivas en consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. ▪ Talleres de prevención de violencia escolar. ▪ Realizar control del niño sano y lactancia, con evaluación de apego y estilos de crianza. ▪ Psicoeducación a grupos de riesgo de salud mental. ▪ Talleres sobre temáticas de salud mental al intersector (educación, trabajo, jurídica, y otros). ▪ Consejería de salud mental en ronda. ▪ Talleres de prevención de depresión post parto. ▪ Control de salud con aplicación de instrumentos, de acuerdo a curso de vida (EPSA, Edimburgo, ASSIST, EMPA, EMPAM, yesavage, golberg, entre otros) abordando sus resultados.
Otorgar atención y tratamiento en las rondas a las personas con necesidades de salud mental.	▪ Atención a la persona con necesidad de salud mental, considerando su curso de vida. ▪ Registros estadísticos diarios y estadísticas mensuales correspondientes. ▪ Realizar consejerías individuales y familiares. ▪ Visitas Domiciliarias Integrales con foco en la salud mental.
Acceso y disponibilidad a farmacoterapia de salud mental (asistencia farmacéutica rural).	▪ Ronda rural con indicación de farmacoterapia y dispensación del fármaco. ▪ Tratamiento farmacológico controlado a través de cajas que aseguren el almacenamiento adecuado para ser entregado en el nodo de salud más cercano a la población rural y asegurar la adherencia al tratamiento. ▪ Ronda rural de educación y monitoreo acerca de tratamiento farmacológico indicado. ▪ Seguimiento por parte del paramédico a cargo de las personas con farmacoterapia en salud mental y entrega de información al equipo del centro del cual depende.

Proponer estrategias de articulación para la continuidad del cuidado en personas que requieren de tratamiento en salud mental de mayor densidad tecnológica.	▪ Articulación con la Red de Salud Mental de acuerdo a procedimientos establecidos. ▪ Derivación a los nodos de la red de mayor densidad tecnológica de acuerdo a la necesidad de la persona, considerando la distancia, tiempos y otros factores para facilitar el acceso a la atención.
Incorporar mecanismos efectivos de participación, donde la comunidad, en un rol activo, es agente de cambio de la condición de salud mental de sus miembros.	▪ Articulación con los Consejos Rurales de Salud, incluyendo las juntas de vecinos, organizaciones locales y/o agrupaciones de la comunidad para abordar acciones de salud mental con un enfoque intercultural, acorde a las características de la comunidad. ▪ Incorporar acciones colaborativas de salud mental con agentes sanadores locales y tradicionales de salud, especialmente los pertenecientes a comunidades indígenas.
Desarrollar estrategias de articulación con el intersector del territorio rural.	▪ Participar en actividades relacionadas a salud mental, convocadas por el intersector del territorio rural. ▪ Incorporarse al plan de consultorías del centro de dependencia.

Tabla 19. Descripción de las prestaciones en salud mental en APS.

PRESTACIONES APS	PROFESIONALES QUE PUEDEN REALIZAR LA PRESTACIÓN	DEFINICIÓN	CONCENTRACIÓN	RENDIMIENTO
Consulta de Salud Mental APS	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnicos afines.	Es la intervención ambulatoria individual realizada por el profesional de salud capacitado. Esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores, o personas con factores de riesgo de desarrollar enfermedad mental. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica. Ingresos por equipo, controles, evaluaciones de egreso, seguimiento.	6-8	30-40 minutos
Intervención Psicosocial APS (grupal)	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.	Es la intervención terapéutica realizada por integrantes del equipo de salud general, con un grupo de entre dos y doce personas. Su objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar de la persona y de sí misma, apoyo para la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral.	4-6	60-90 minutos

Consejería salud mental APS (Individual/ Grupal)	Cualquier miembro del equipo de salud	Relación de ayuda, entrega de información y educación que puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un espacio de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral. Esta intervención está dirigida a la población general y debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona. Pueden ser: Informativas, familiares, intervenciones en crisis, Intervenciones breves y motivacionales (Alcohol y drogas)	1-2	20-30 minutos
Intervención comunitaria en establecimientos educacionales APS (Grupal)	Cualquier miembro del equipo de salud	Es la intervención realizada por integrantes del equipo de salud general, con un grupo de entre dos y doce profesores y/o alumnos. Su objetivo es entregar apoyo en las temáticas de salud mental en el contexto escolar.	4	60-90 minutos

Visita Domiciliaria Integral APS	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.	Una estrategia de entrega de servicios de salud Integral con foco promocional y preventivo (prevención primaria, secundaria y terciaria) realizada en el domicilio, dirigida a las personas y sus familias en riesgo biopsicosocial, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia para favorecer el desarrollo biopsicosocial saludable. Incluye la promoción de mejores condiciones biológicas ambientales y relacionales. Y se inserta en un el marco de un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son evaluados durante el proceso de atención, son construidos entre el equipo de salud y la familia y/o cuidadores y realizados por profesionales y o técnicos con las competencias requeridas. Evaluación complementaria al ingreso, controles, evaluaciones de egreso y seguimiento	1-2	60 minutos (Sin considerar traslado)
Colaboración con grupos de autoayuda (Grupal)	Cualquier miembro del equipo de salud	Fomentar el desarrollo de grupos de autoayuda en la comunidad y en los grupos de usuarios de APS, así como efectuar acompañamiento de los grupos ya formados. Pueden abordar contenidos preventivos de problemas de salud mental, así como también promoción.	Según la coordinación local con el grupo de autoayuda	30-60 minutos

Consultorías en la APS desde el equipo especialidad de salud mental	Médico APS, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnicos afines. Y equipo de especialidad.	Se define como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o enfermedades mentales, de acuerdo a orientaciones técnicas y normativa vigente. Esta actividad se debe realizar preferentemente de manera presencial y excepcionalmente por telemedicina, cumpliendo con los criterios y normas establecidos. Coordinación entre niveles para mayor integración (RISS)	Al menos una mensual, adulto y otra infanto adolescente a partir de la coordinación local.	240 minutos

A continuación, se definen algunas estrategias factibles de aplicar en las redes territoriales para asegurar la continuidad de la atención en la Atención Primaria – eje articulador de la red de salud general con la Red Temática de Salud Mental– pudiendo identificarse otras estrategias posibles de aplicar a nivel local.

Tabla 20. Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado en APS y Requisitos de calidad

ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO[163]	REQUISITO DE CALIDAD
Identificar las necesidades de salud mental de la comunidad, a través de diagnósticos participativos comunales y rurales actualizados.	▪ Existe diagnóstico participativo comunal y de salud rural actualizado. ▪ En los diagnósticos realizados, están incorporadas las necesidades de salud mental expresadas por la comunidad. ▪ Existe constancia de la participación activa de la comunidad tanto a nivel comunal como rural. ▪ Existe plan de salud trianual, elaborado en conjunto con la comunidad, que considera el trabajo comunitario de la posta en Salud Mental. ▪ Existe plan de monitoreo de la programación con implementación de planes de mejoras.
Desarrollar planes participativos de promoción y prevención en salud mental.	▪ Existe plan comunal de promoción de salud, de acuerdo a normativa vigente, con componente temático de salud mental. ▪ Existe plan de salud comunal, de acuerdo a normativa vigente, con componentes de la temática de salud mental en lo preventivo promocional. ▪ Existe evaluación anual de ambos planes. ▪ Existe constancia del trabajo comunitario que incluya la facilitación de diálogos ciudadanos, talleres promocionales, visitas domiciliarias, creación de asociaciones de usuarios o comités locales, de acuerdo a las necesidades de salud mental de la población. ▪ Los talleres de promoción y prevención incluyen a los grupos de poblaciones específicas LGTBI.
Implementar en todas las redes territoriales el sistema de consultorías, de acuerdo a las orientaciones vigentes.	▪ Todos los Centros de Salud Mental Comunitaria deben tener asignado un territorio concordado con la Atención Primaria de Salud. ▪ Existencia de un coordinador/a de consultorías por territorio y sector del centro de Atención Primaria de Salud y en cada Centro de Salud Mental Comunitaria. ▪ Existencia de planificación de las consultorías en salud mental. ▪ Participan siempre en la Consultoría, el psiquiatra consultor y el médico tratante de Atención Primaria de Salud y, al menos, un integrante del equipo consultor, distinto del psiquiatra, y dos integrantes del equipo consultante. ▪ Se realiza una evaluación del cumplimiento del plan anual de consultorías.

Establecer sistema de asignación de horas de control y seguimiento de la población atendida en salud mental que asegure la continuidad de la atención y cuidado.	▪ Existencia de un sistema que permite que la persona tenga asegurado el día, la hora y el profesional/técnico que lo/la atenderá en su próxima cita. ▪ Toda persona que no asista a sus citas programadas recibe acciones de rescate como llamada telefónica, correo, visita domiciliaria, mensajes de radio, entre otros; de acuerdo a procedimientos de rescate de cada centro. ▪ Toda persona que es contrarreferida desde el nivel de especialidad, tiene asegurada la continuidad de su atención a través de una derivación asistida y un sistema de asignación de horas.
Instalar la gestión del cuidado de atención de las personas con necesidades de salud mental en el CESFAM, CECOSF, PSR para lograr la adherencia al tratamiento.	▪ Se encuentra organizada la gestión del cuidado de las personas con enfermedad mental en CESFAM-CECOSF-PSR. ▪ La gestión del cuidado está organizada en función de las necesidades de las personas y del curso de vida de estas.
Implementar planes integrados en Programa de Apoyo Clínico Integral de Salud Mental en Domicilio entre el Centro de Salud Mental Comunitaria o de especialidad, y la Atención Primaria.	▪ Existe un plan integrado, para personas que, por su condición de salud mental, se encuentran con Programa de Apoyo Clínico Integral de Salud Mental en Domicilio y que requieren de acciones de salud general a ser realizadas por la Atención Primaria.
Organizar el sistema de atención para personas con enfermedad mental estabilizada.	▪ Las personas con enfermedad mental estabilizada mantienen atención y cuidados en la Atención Primaria de Salud de su territorio.
Establecer un arsenal farmacológico en Atención Primaria que asegure la continuidad de atención.	▪ Está asegurada la continuidad de tratamiento farmacológico en el nivel primario. ▪ Existe un arsenal farmacológico definido y disponible en el nivel primario.
Establecer un sistema de atención integrada con la Atención Primaria de Salud y otros nodos de la red.	▪ Los equipos de atención de personas en condición de gravedad, complejidad y vulnerabilidad pertenecientes a distintos nodos definen un PCI en forma conjunta. ▪ La APS participa activa y permanente de en reuniones de Consejo Técnico.
Establecer un sistema de capacitación continua para la integración de la salud mental en la salud general.	▪ Existe un plan de capacitación continua para equipos de salud general. ▪ Existe un plan de capacitación en promoción y prevención de salud mental para todo el equipo de salud de CECOSF- CESFAM- PSR. ▪ La temática de ejercicio pleno de derechos, prevención del estigma y discriminación en personas con enfermedad mental está incorporada en los planes de capacitación.
Instalar la Telemedicina entre el equipo de especialidad y la APS.	▪ Existen mecanismos de colaboración a distancia entre el equipo de especialidad y la APS. ▪ Existen procesos de evaluación de esta instalación.
Instalar la derivación asistida en salud mental entre los centros Atención Primaria de Salud y otros nodos y puntos de la red.	▪ Existen procedimientos de derivación de personas con necesidades de salud mental para su atención en el Centro de Salud Familiar que dependa CECOSF y PSR. ▪ Existen mecanismos de gestión de consultas para evaluar la pertinencia de la derivación de personas con necesidad de atención de salud mental.

E. Urgencias SAR, SAPU, SUR

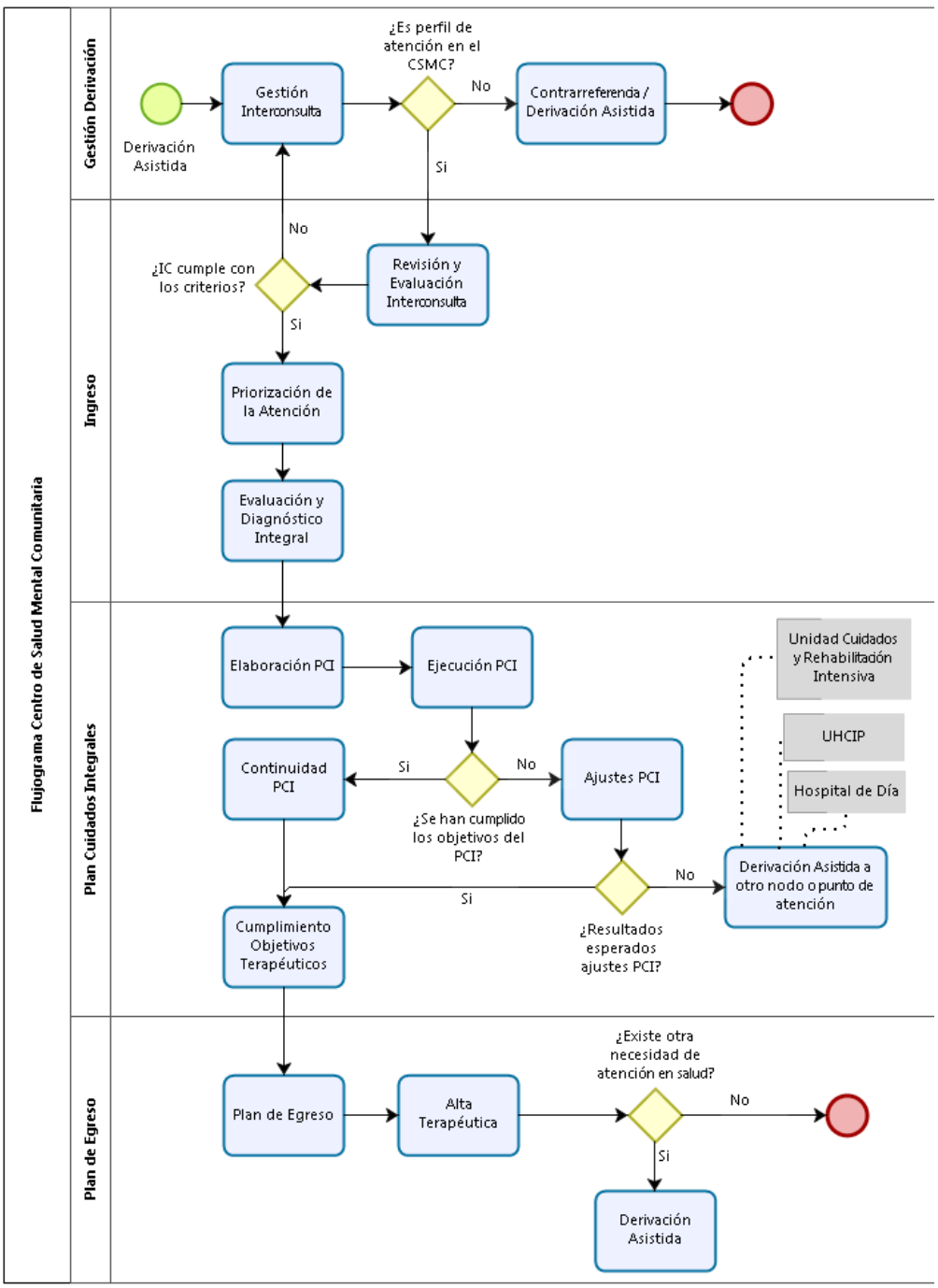
A continuación, se definen los servicios de urgencia como parte de la Sub red de Urgencia. Posteriormente, se desarrollan mayores contenidos en apartado "Atención de Urgencia de Salud Mental".

Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) [164]	
Definición SAR	Es un servicio de Atención Primaria de urgencia de alta resolutividad, que incorpora las urgencias de salud mental y que cuenta con mayor densidad tecnológica que los SAPU. Se encarga de entregar atención oportuna, resolutiva y de calidad a la población a cargo, en horario no hábil, complementando el funcionamiento del CESFAM. De esta forma, se evita que esta población concurra a un Servicio de Emergencia Hospitalaria. Cuando la condición de salud mental de la persona consultante excede la capacidad resolutiva de este nodo, recibe una primera acogida y contención, para luego ser derivada al Servicio de Urgencia pertinente.
Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) [165]	
Definición SAPU	Es un establecimiento de salud que ofrece atención a las necesidades de urgencia/emergencia de baja complejidad, cumpliendo funciones en horario no hábil. Se emplaza adosado a un Centro de Salud de Atención Primaria y su dependencia técnica y administrativamente es del CESFAM, o en su defecto, de quien la autoridad sanitaria local determine. El SAPU es un componente de la Sub red de Urgencia y como tal, tiene la obligación de asegurar a la población el acceso inmediato a la atención médica, resolviendo los problemas de salud pertinentes a su capacidad resolutiva y/o derivando a las personas cuya condición de salud mental no pueda ser resuelta a ese nivel.
Servicio de Urgencia Rural (SUR) [166]	
Definición SUR	Es un Servicio de Urgencia Rural que realiza sus actividades en los Consultorios Generales Rurales (CGR), en comunas que no cuentan con hospitales de baja complejidad. Aborda la resolución de problemas urgentes de salud de grupos cuya accesibilidad a los centros de atención es limitada por razones geográficas, dispersión poblacional y/o de distancia a los centros con mejor resolutividad en salud. Para su instalación se considera la dispersión, el tamaño, el número de población, y la geografía de las comunas y localidades rurales, lo que determina el nivel de complejidad a resolver en ellos. Así mismo, considera la disponibilidad de profesionales médicos y otros profesionales y técnicos paramédicos entrenados en atención de urgencias. El desarrollo de los SUR acoge lo prescrito por el Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario, y se alinea con la política de Atención Primaria.
Población objetivo SAPU/SAR/SUR	Toda persona, familia y comunidad que requiere atención de urgencia por causa o motivo relacionado a salud mental, cuya atención deba ser oportuna, eficaz y pertinente, o bien que, por su gravedad o riesgo vital, se le otorgue una adecuada acogida para ser derivada al servicio que corresponda.

11.2. Atención abierta: Especialidad

A. Centro de Salud Mental Comunitaria

Figura 14. Flujograma de Atención en el Centro de Salud Mental Comunitaria



CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA (CSMC)[24]	
Definición	Es el nodo de atención ambulatoria especializada que resuelve las demandas de salud mental de las personas que habitan en un territorio específico. Estos centros otorgan servicios de alta densidad tecnológica para garantizar resolutividad. La atención que brindan es de carácter temporal en la trayectoria de las personas en la red. **Es un nodo de atención estratégico intercomunicador con la Atención Primaria y con puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental y otras especialidades, de manera de asegurar la continuidad e integralidad de la atención.** Esta atención especializada es realizada de acuerdo a la condición de salud mental de cada persona. Para esto, el CSMC se coordina integradamente con los otros nodos y puntos de atención de la red, y actúa en colaboración con la red comunitaria e intersectorial local. Cuenta con un equipo transdisciplinario con altas competencias técnicas, formado en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria, capaz de responder con eficacia y eficiencia a la necesidad de recuperar, rehabilitar y contribuir a la inclusión sociocomunitaria de las personas, familias y comunidades atendidas. Se espera que los servicios de psiquiatría ambulatoria que aún funcionan en Hospitales, CDT, CRS, migren hacia Centros de Salud Mental Comunitaria ubicados en los territorios asignados.
Población Objetivo	Personas y sus familias beneficiarias y asignadas a un territorio que, en algún momento del curso de vida y evolución de su enfermedad, presentan una condición de salud mental con características de gravedad, en el caso de algunas personas usuarias asociadas a vulnerabilidad y complejidad, que requieren atención y cuidados con alta intensidad y densidad tecnológica en salud mental, de forma temporal y ambulatoria.
Vinculación administrativa	Servicio de Salud.
Vinculación Técnica	Ministerio de Salud
Criterios para determinar la oferta	Deberán instalarse CSMC en cada uno de los territorios definidos en el diseño de la red de cada Servicio de Salud. Para definir su cantidad, emplazamiento y los recursos con que debe contar para su instalación en cada Servicio de Salud, además del número de la población beneficiaria es necesario considerar en los análisis, variables tales como: determinantes sociales, epidemiología territorial, conectividad, dispersión geográfica, barreras de acceso, entre otras. Una de particular importancia es el tiempo de desplazamiento de las personas usuarias y sus familias, entre su lugar de residencia y el nodo de atención, ya que debe asegurarse el acceso oportuno en cada territorio definido por el diseño de la red del Servicio de Salud. En términos cuantitativos, a partir del análisis de la estructura actual de las redes de derivación en el sistema público y buscando asegurar la disponibilidad de este recurso dentro de la red de cada Servicio de Salud del país, se recomienda que exista 1 Centro de Salud Mental Comunitaria tipo por cada 50.000 beneficiarios. En los lugares que este criterio poblacional no permita la instalación de Centros de Salud Mental Comunitaria, pero el diseño de red si lo estime pertinente según el análisis de las variables descritas inicialmente, se debe considerar la instalación del Centro, adecuando los requerimientos de recursos humanos e infraestructura definidos en modelo de gestión respectivo.

[24] Mayor desarrollo en el Modelo de Gestión de Centros de Salud Mental Comunitaria.

Canasta de prestaciones.	Descrita en el modelo de gestión de este nodo.
Acciones	**Actividades**
Brindar atención clínica especializada a través de acciones para el cuidado y la atención integral de la población objetivo.	' Realizar proceso de admisión, ingreso clínico, diagnóstico y elaborar PCI. ' Ejecutar PCI a través de la cartera de prestaciones definidas. ' Realizar acciones de rescate por inasistencia. ' Elaborar plan de egreso y realizar derivación asistida. ' Derivar asistidamente a otros nodos. ' Realizar visita integral en salud mental domiciliaria, incluyendo ámbitos distintos al domicilio, como el laboral, educacional, entre otros; de acuerdo a los objetivos terapéuticos. ' Mantener contacto periódico con las personas, sus familiares o cuidadores para informar y recabar información acerca del proceso de tratamiento, orientar y realizar recomendaciones, cuando amerite. ' Implicar a la red sociofamiliar como agentes colaboradores en todo el proceso de atención y cuidado, cuando amerite. ' Psicoeducar a las personas cuidadoras, así como también prevenir y manejar la sobrecarga del cuidador/ora. ' Potenciar el servicio de ingresos temporales en residencias para personas con enfermedad mental en situación de severidad, complejidad y vulnerabilidad social, como apoyo a personas cuidadoras, cuando esto se amerite. ' Realizar acciones de coordinación con otros nodos de la red para brindar una atención integrada. ' Realizar reuniones clínicas semanales con el equipo. ' Realizar intervención en crisis.
Desarrollar actividades de promoción en el territorio.	' Participar en actividades incluidas en el plan comunal de promoción de salud con Atención Primaria. ' Participar en actividades de promoción que la comunidad organice y convoque. ' Impulsar actividades en conjunto con la comunidad que favorezcan la inclusión social de la población bajo control. ' Realizar acciones de estilos de vida saludable en las personas usuarias en el ámbito de la salud general y mental.
Desarrollar consultorías con los equipos de atención primaria del sector, de acuerdo a las Orientaciones técnicas: Consultorías en Salud Mental, 2016.	' Planificar consultorías en conjunto con la Atención Primaria de Salud. ' Ejecutar consultorías planificadas. ' Evaluar consultorías realizadas. ' Realizar seguimiento de personas que han recibido las consultorías. ' Realizar autoevaluación de los requisitos de calidad de consultorías, en conjunto con Atención Primaria de Salud.

Organizar la atención para disminuir barreras de acceso y asegurar la oportunidad y la continuidad de cuidados.	▪ Identificar población objetivo considerando diagnóstico territorial. ▪ Organizar y planificar la atención del centro, con apoyo del Servicio de Salud para optimizar el acceso en zonas aisladas. ▪ Planificar el uso y optimización de los recursos con el apoyo del Servicio de Salud o el Departamento de Salud Municipal, dependiendo del caso. ▪ Coordinarse con otras instancias locales que faciliten espacios para realizar la atención. ▪ Atender población objetivo. ▪ Participar en la elaboración de procedimientos de coordinación de los CSMC con los centros de Atención Primaria de Salud en las zonas rurales mediante procedimientos de intercomunicación reglados: consulta telefónica, interconsulta no presencial, teleasistencia. ▪ Evaluar proceso organizado y planificado de atención en zonas de difícil acceso y generar mecanismos de mejora continua.
Participar en instancias de articulación de la red local, como asambleas comunales, mesas intersectoriales o de poblaciones específicas.	▪ Realizar catastro de la red comunitaria del territorio y tomar contacto planificado con ésta. ▪ Planificar internamente reuniones de articulación con instancias de la red comunitaria. ▪ Participar en instancias de la red comunitaria. ▪ Evaluar participación y ejecutar acciones que surjan de esta articulación.
Realizar contrarreferencia asistida a la Atención Primaria de Salud, una vez logrados los criterios clínicos de su atención.	▪ Establecer, adaptar y utilizar "protocolos de contrarreferencia" asistida que incluyan las indicaciones en todos los ámbitos abordados en el PCI. ▪ Participar en asambleas, talleres, reuniones, jornadas, y otros, para difundirlos . ▪ Capacitación al equipo APS en protocolos y procedimientos.
Establecer servicios farmacéuticos acorde a las necesidades de su población.	▪ Participar en el comité de Farmacia y Terapéutica con el fin de resguardar que el arsenal farmacológico esté en concordancia con las necesidades de su población. ▪ Realizar una correcta planificación de las compras y contar con stock de seguridad necesarios para asegurar la entrega oportuna de medicamentos a la población. ▪ Contar con un área destinada a mantener los medicamentos en forma y condiciones adecuadas para conservar sus características y calidad. ▪ Implementar un sistema de gestión de inventario para una adecuada gestión de almacenamiento. ▪ Implementar estrategias que permitan medir el uso del stock almacenado. ▪ Desarrollar sistemas de dispensación que permitan dar seguridad en la entrega, conservar la calidad de los fármacos, contribuir en el cumplimiento de la farmacoterapia de personas usuarias y brindar la información necesaria para el cumplimiento de la indicación médica. ▪ Realizar asesoría y capacitación al equipo y comunidad en el uso de los medicamentos. ▪ Establecer mecanismos de seguimiento farmacoterapéutico y farmacovigilancia. ▪ Conciliar el uso de medicamentos con los otros nodos y puntos de atención de la red.
Desarrollar atención y cuidados de salud mental transitorios en el domicilio de la persona.	▪ Efectuar Programa de Atención Clínica Integral e Intensiva de Salud Mental en Domicilio a personas usuarias que lo requieran de acuerdo a criterios definidos para ello. ▪ Integración con la red de salud, intersectorial y comunitaria.

Tabla 21. Centro de Salud Mental Comunitaria: Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad

ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO	REQUISITO DE CALIDAD
Implementar en todas las redes territoriales el sistema de consultorías de acuerdo a las orientaciones vigentes.	Todos los Centros de Salud Mental Comunitaria deben tener asignado un territorio concordado con la Atención Primaria de Salud. Existe un coordinador/a de consultorías por territorio y sector del centro de Atención Primaria de Salud y en cada Centro de Salud Mental Comunitaria. Existe planificación anual de las consultorías en salud mental de acuerdo a normativas vigentes. Participan siempre en la consultoría: el psiquiatra consultor y el médico tratante de la Atención Primaria de Salud y, al menos, un integrante del equipo consultor distinto del psiquiatra y dos miembros del equipo consultante. Las personas en condición de mayor severidad /complejidad reciben una atención integrada por parte de los equipos pertinentes.
Incorporar la telemedicina para la continuidad del cuidado y la atención oportuna.	Existen procedimientos de telemedicina que permiten usar este recurso para ampliar la oferta y el acceso a las prestaciones de salud mental para poblaciones de difícil acceso, que no inhiben ni sustituyen el desarrollo adecuado de acciones presenciales. Existe planificación anual de las actividades de telemedicina.
Establecer un sistema de asignación de horas de control y seguimiento de la población atendida, que aseguren la continuidad de la atención y cuidado.[25]	Existe un sistema que permita que la persona tenga asegurado el día, la hora y el profesional/técnico que le atenderá en su próxima cita. Toda persona/familia ingresada y atendida tiene registrado en un carné el día, la hora y el profesional con quien tendrá su próxima atención. Toda persona que no asista a sus citas programadas recibe acciones de rescate (llamada telefónica, correo, visita domiciliaria, mensajes de radio, entre otros) de acuerdo a procedimiento de atención y realidad local. El/la enfermero/a coordinador/a u otro profesional con competencia, gestiona situaciones de urgencia en el CSMC o en la comunidad.
Impulsar o fortalecer la gestión del cuidado de atención de las personas en el CSMC.	Existe programa de gestión del cuidado. El programa de gestión de cuidados es desarrollado por enfermera/o. Se cumple estándar de rendimiento de 3 personas por hora para la atención de seguimiento.
Impulsar la movilidad de los equipos de los CSMC hacia zonas geográficas y comunidades que presentan barreras de acceso.	Las comunidades con barreras de acceso reciben la atención en su territorio en forma regular, por parte del equipo del CSMC. El equipo móvil elabora esquema terapéutico y de acompañamiento en conjunto con el equipo de cabecera. Se resguarda el acceso y disponibilidad de fármacos, ya sea por prescripción del especialista o despacho remoto de los fármacos.

[25] *Es responsabilidad del centro de Atención Primaria de Salud y del Centro de Salud Mental Comunitaria asignar la hora del ingreso y de cada atención que recibirá la persona/familia. No es responsabilidad de las personas ir en busca de horas de atención.

Impulsar la creación de un Consejo Consultivo ciudadano del centro de usuarios y familiares.	Existe un consejo consultivo de usuarios y familiares que cuenta con un plan de trabajo conjunto.
Implementar un Programa de Apoyo Clínico Integral de Salud Mental en Domicilio, de acuerdo a realidades locales.	Existe un Programa de Apoyo Clínico Integral de Salud Mental en Domicilio con criterios consensuados con la red y orientaciones técnicas vigentes. Existen equipos capacitados y competentes para brindar este apoyo clínico integral.

Tabla 22. Recurso Humano del Centro de Salud Mental Comunitaria[26]

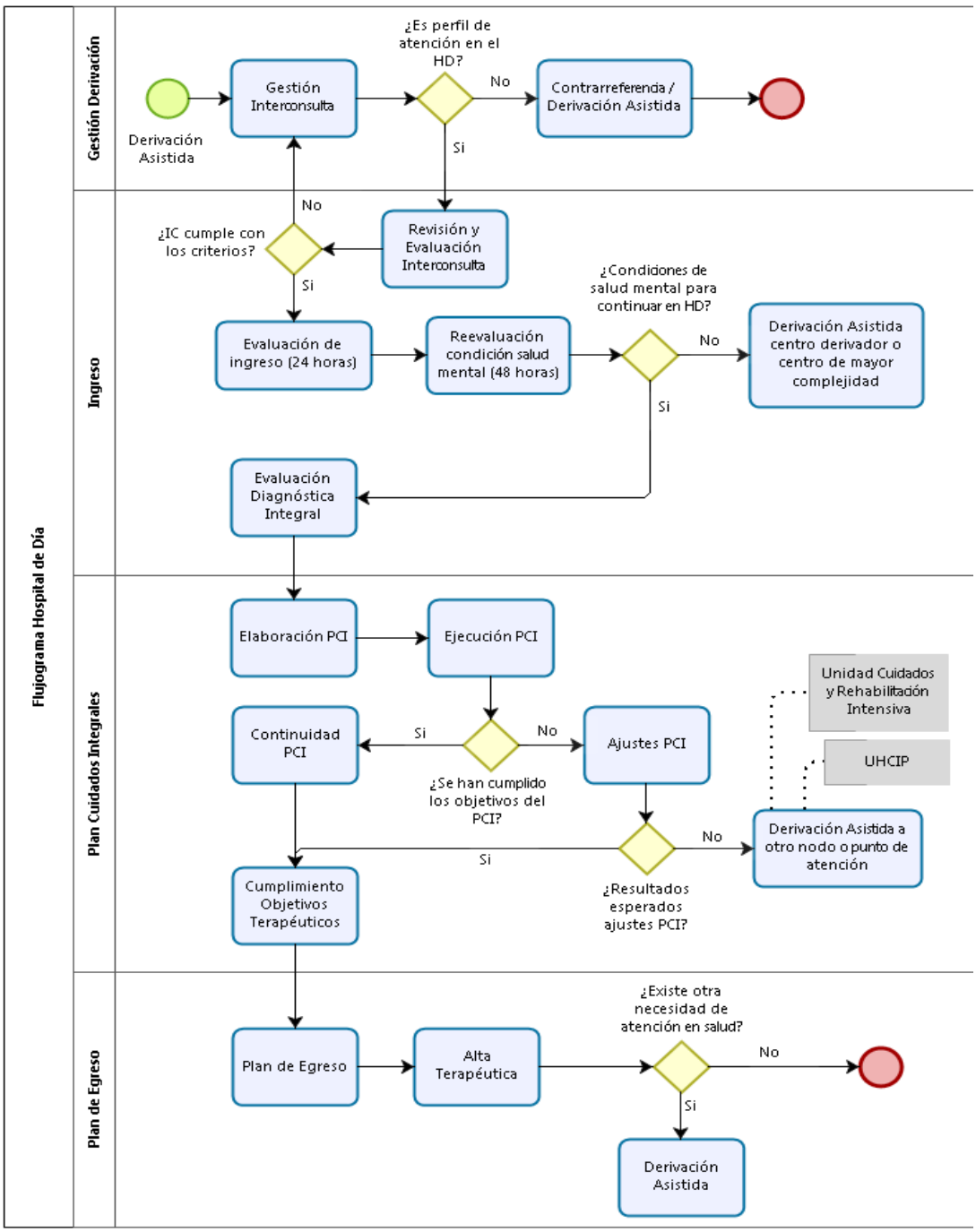
Recurso Humano Clínico Comunitario del Centro de Salud Mental Comunitaria	N° de Jornadas Semanales
Horas Médicas	
Psiquiatra Adulto	132 horas semanales
Psiquiatra Infanto Adolescente	66 horas semanales
Químico Farmacéutico	44 horas semanales
Subtotal Horas Médicas	**242 horas semanales**
Profesionales	
Psicólogo(a)	10 Jornadas de 44 horas
Trabajador(a) Social	9 Jornadas de 44 horas
Terapeuta Ocupacional	7 Jornadas de 44 horas
Enfermera(o)	5 Jornadas de 44 horas
Psicopedagogo(a)	1 Jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Profesionales	**32 cargos**
Técnicos	
Técnico en Rehabilitación	6 Jornadas de 44 horas
Técnico Social	5 Jornadas de 44 horas
Técnico Enfermería	2 Jornadas de 44 horas
Técnico en Farmacia	1 Jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Técnicos	**14 cargos**

Recurso Humano de Gestión del Centro de Salud Mental Comunitaria	N° de Jornadas Semanales
Profesionales	
Director(a)	1 Jornada de 44 horas
Subdirector(a) de Gestión Clínica Comunitaria	1 Jornada de 44 horas
Subdirector(a) de Gestión Organizacional y Administrativa	1 Jornada de 44 horas
Referente de Finanzas y Recursos Humanos	1 Jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Profesionales	**4 cargos**
Administrativos	
Secretaría (OFA Dirección)	1 Jornada de 44 horas
Admisión y Atención al usuario (OFA Equipo Asistencial)	2 Jornadas de 44 horas
Oficina Información, Reclamos y Sugerencias (OFA OIRS)	1 Jornada de 44 horas
Sistema de Orientación Médica y Estadística (OFA Estadística SOME)	1 Jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Administrativos	**5 cargos**
Auxiliares	
De Aseo	3 Jornadas de 44 horas
De Estafeta	1 Jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Auxiliares	**4 cargos**

[26] El cálculo del RRHH fue hecho en base a las necesidades de 50 mil beneficiarios, determinantes sociales, epidemiología territorial, conectividad, dispersión geográfica, barreras de acceso, entre otras. Una de particular importancia es el tiempo de desplazamiento de las personas usuarias y sus familias entre su lugar de residencia y el nodo de atención, ya que debe asegurarse el acceso oportuno en cada territorio, definido por el diseño de la red del Servicio de Salud.

B. Hospital de Día

Figura 15. Flujograma de Atención en el Hospital de Día



HOSPITAL DE DÍA	
Definición	Es un punto de atención de hospitalización diurna, especializada, integrada a la red temática de salud mental, que brinda atención a personas adultas y adolescentes, cuya severidad de su condición clínica hace necesario un abordaje terapéutico intensivo con alta densidad tecnológica, de forma temporal. El abordaje terapéutico se realiza en consideración del curso de vida, contexto cultural, orientación sexual, identidad y expresión de género de cada persona. Otorga atención integral por parte de un equipo transdisciplinario que busca estabilizar la condición clínica de las personas, brindar apoyo a la familia y/o red de apoyo, contribuyendo a la Recuperación e inclusión de estas en su entorno social, familiar, comunitario, cultural y geográfico. Está situado en la comunidad (cercano al Centro de Salud Mental Comunitaria). Podría encontrarse adosado a un hospital general u otro dispositivo sanitario, según criterios locales de territorialización y accesibilidad, en función de las distancias, transporte público, organización y funcionamiento de la red local de salud. Esta ubicación ha de facilitar el acceso diario de las personas y su red de apoyo, además propiciar una relación fluida y preferente con las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, los Centros de Salud Mental Comunitaria y la red de salud general. Cabe señalar que, este punto de atención no es homologable a Centros de Día o Unidades de Rehabilitación.
Población objetivo	**Población adulta** Personas beneficiarias FONASA con enfermedad mental y en una condición clínica de gravedad, con voluntariedad para tratamiento, que pueda adaptarse a actividades de grupo y con independencia suficiente en actividades de la vida diaria básicas. Estas personas no deben presentar alto riesgo de auto y hetero agresividad, y su estado de salud debe permitirle beneficiarse por una intervención ambulatoria especializada e intensiva. Es necesario que cuente con red de apoyo. **Población Adolescentes** Personas beneficiarias FONASA mayores de 10 años y menores a 18 años (excepcionalmente de 8 y 9 años) con enfermedad mental en condición de gravedad, con voluntariedad según autonomía progresiva y la autorización que corresponda, y a quienes su proceso de Recuperación les permita participar de actividades grupales. Estas personas deben tener independencia suficiente para realizar actividades básicas de la vida diaria, no deben presentar alto riesgo de auto y hetero agresividad, y su estado de salud debe permitirles beneficiarse por una intervención ambulatoria especializada e intensiva.
Vinculación administrativa	Servicio de Salud, CSMC (dependiendo de la realidad local)

Vinculación Técnica	Ministerio de Salud
Criterios para determinar la oferta	Deberán instalarse Hospitales de Día en cada uno de los territorios definidos en el diseño de la red de cada Servicio de Salud. Para definir el número de plazas a implementar en cada Servicio de Salud es necesario considerar en los análisis, variables tales como: determinantes sociales, epidemiología territorial, conectividad, dispersión geográfica, barreras de acceso, entre otras. Una de particular importancia es el tiempo de desplazamiento de las personas usuarias y sus familias, entre su lugar de residencia y el punto de atención, ya que debe asegurarse el acceso oportuno en cada territorio definido por el diseño de la red del Servicio de Salud. El Hospital de Día para población adulta debe tener 20 plazas (con un mínimo de 10) y para población adolescente 12 plazas (con un mínimo de 6). En términos cuantitativos, a partir del análisis de la estructura actual de las redes de derivación en el sistema público y buscando asegurar la disponibilidad de este recurso dentro de la red de cada Servicio de Salud del país, se recomienda que exista 1 plaza de Hospital de Día para población adulta por cada 3.500 personas mayores de 18 años y 1 plaza de Hospital de Día para población adolescente por cada 2.500 adolescentes entre 10 y 17 años. En los lugares que este criterio poblacional no permita la instalación de hospitales de día, pero el diseño de red si lo estime pertinente según el análisis de las variables descritas inicialmente, se debe considerar la instalación de los hospitales de día mínimos descritos, vale decir, un hospital de día de 10 plazas para población adulta y un hospital de día de 6 plazas para población adolescente, adecuando los requerimientos de recursos humanos e infraestructura definidos en modelo de gestión respectivo.
Cartera de prestaciones	Definidas en el Modelo de Gestión de Hospitales de Día

ACCIONES	ACTIVIDADES
Otorgar atención y continuidad de cuidado especializado integral.	▪ Realizar proceso de admisión para ingreso de la persona. ▪ Realizar evaluación por médico psiquiatra y otro profesional a las 24 y 48 horas (día hábil) de ser ingresada la persona, para identificar factores de riesgo, diagnóstico diferencial y derivación, si es pertinente. ▪ Consignar y ejecutar indicaciones médicas para estabilizar la sintomatología aguda y evaluar pertinencia de derivación a hospitalización cerrada (fármacos, psicosociales, exámenes de apoyo, otras especialidades). ▪ Informar sobre el funcionamiento del centro, deberes, derechos e información clínica a la persona y su red de apoyo, según pertinencia. ▪ Asignar Gestor(a) terapéutico(a) e informar a la persona. ▪ Realizar evaluación integral por todo el equipo en sus distintas áreas. ▪ Elaborar, ejecutar y evaluar PCI en conjunto con la persona, familia y/o red de apoyo. ▪ Realizar intervención en crisis. ▪ Realizar visita integral en salud mental, en el ámbito familiar, laboral, escolar, entre otros, de acuerdo a objetivos terapéuticos del PCI. ▪ Realizar acciones de coordinación con otros nodos de la red para brindar una atención integrada. ▪ Definir con la persona, su familia y comunidad acciones de prevención de recaídas, e identificar e intervenir situaciones desencadenantes. ▪ Efectuar rescate de personas inasistentes mediante contacto telefónico o visita domiciliaria de salud mental de acuerdo a procedimiento y realidad local. ▪ Evaluar la necesidad de derivación a otro punto de atención de la red o al Programa de Atención Clínica Integral e Intensiva de Salud Mental en Domicilio. ▪ Elaborar Plan de Egreso y ejecutar egreso progresivo asegurando el seguimiento de la persona. ▪ Derivar asistidamente a otros nodos de la red mediante procedimientos establecidos. ▪ Coordinar con instancias residenciales la posibilidad de ingresos temporales a residencias para personas con enfermedad mentales en situación de severidad, complejidad de larga data y vulnerabilidad social, como apoyo a las personas cuidadoras.
Favorecer la reincorporación a su vida cotidiana (laboral, escolar, familiar, etc.)	▪ Visita integral de salud mental al contexto comunitario (domicilio, escolar, laboral productivo, etc.). ▪ Establecer un sistema de asistencia flexible al Hospital de Día, para mantener o reincorporar a las personas a la actividad escolar o laboral. ▪ Acompañamiento terapéutico en actividades de la vida diaria y comunitaria.
Brindar apoyo a la familia y/o red de apoyo para el cuidado de la persona.	▪ Realizar consejería y psicoeducación a la familia y/o red de apoyo respecto al cuidado de la persona en su lugar de residencia. ▪ Elaborar con la familia y/o red de apoyo acciones de acompañamiento de la persona incluidas en su PCI ▪ Entregar indicaciones a la familia para su propio cuidado. ▪ Incorporar a su entorno sociofamiliar y cuidadores como agentes colaboradores en todo el proceso de atención y cuidado. ▪ Psicoeducar a las personas cuidadoras en prevención y manejo de situaciones de sobrecarga. ▪ Trabajar el entorno familiar, social, laboral o escolar, según acciones definidas en PCI ara la prevención de recaídas.

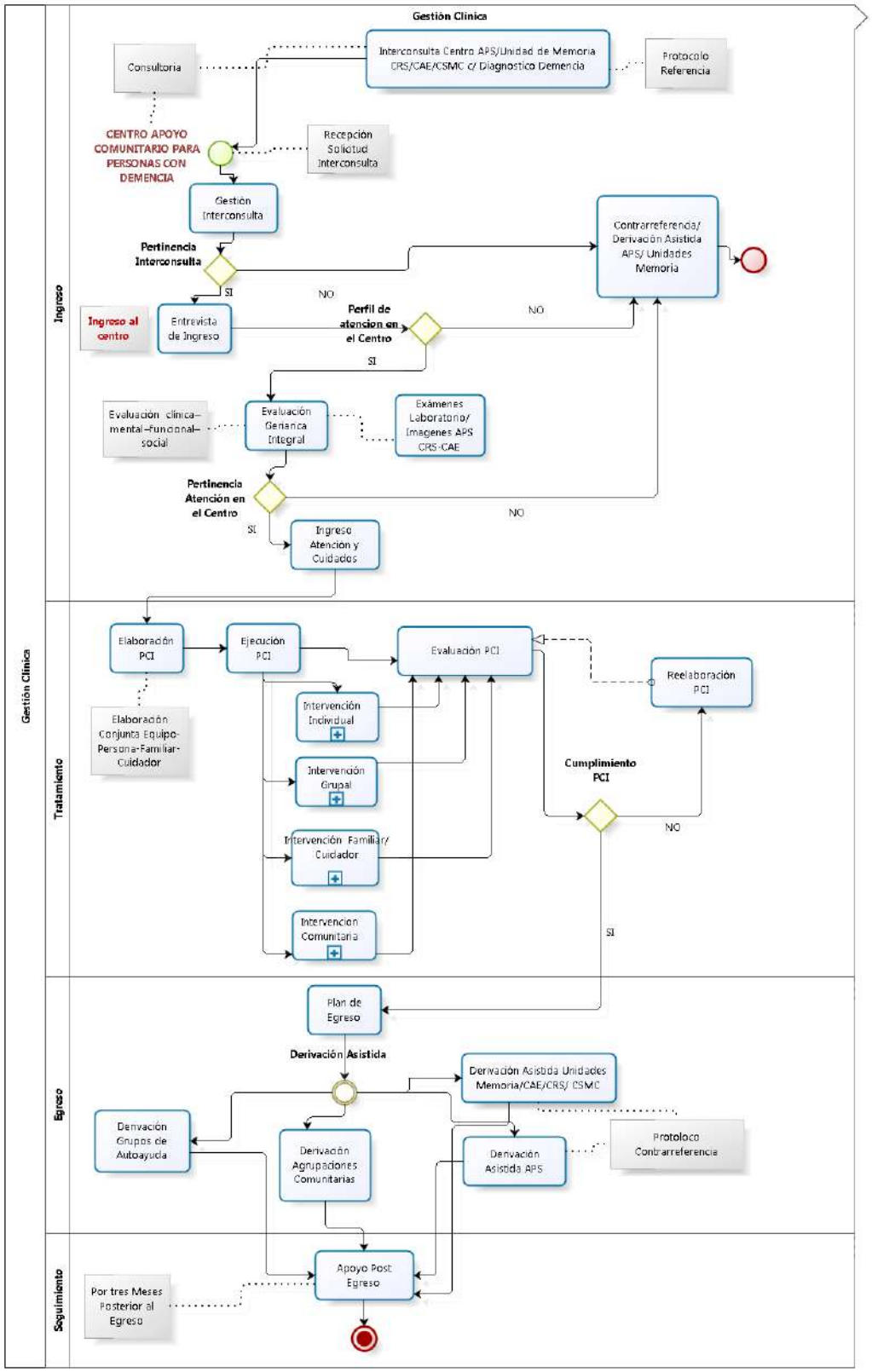
Articular la atención y el cuidado con otros nodos y puntos de la red	▪ Utilizar sistemas de referencia y contrarreferencia definidos. ▪ Realizar derivación asistida. ▪ Coordinar con la red de salud general para accesos a otros tratamientos y servicios de apoyo, de acuerdo a necesidades específicas de la persona señalada en PCI. ▪ Incorporar la telemedicina como apoyo tecnológico en el abordaje clínico y de gestión.
Coordinar acciones con la comunidad e intersector para la inclusión social de la persona, acorde a PCI.	▪ Mantener catastros actualizados de recursos comunitarios disponibles. ▪ Identificar y utilizar recursos comunitarios y de apoyo social en el territorio. ▪ Coordinación con grupos de autoayuda. ▪ Participar en actividades que convoque la comunidad. ▪ Realizar reuniones de coordinación con el intersector, particularmente con población vulnerable.
Velar por el acceso de las personas a servicios farmacéuticos (botiquín).	▪ Recibir supervisión del químico/a farmacéutico/a para que el botiquín cumpla con normativas vigentes sobre servicios farmacéuticos (disponibilidad, almacenamiento, dispensación de fármacos). ▪ Realizar acciones para asegurar la adherencia al tratamiento. ▪ Establecer un sistema la farmacovigilancia de acuerdo a normativas.
Desarrollar acciones para potenciar competencias en el equipo.	▪ Realizar reuniones clínicas semanales para el equipo. ▪ Realizar acciones para el cuidado del equipo con espacios protegidos para ello. ▪ Identificar necesidades de capacitación para el equipo y presentarlas al Servicio de Salud, incluyendo formación en atención de poblaciones específicas. ▪ Participar de instancias de supervisión o reuniones clínicas, a través de modalidades presenciales o remotas con otros centros del país.

Tabla 23. Hospital de Día: Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad

ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO	REQUISITO DE CALIDAD
Establecer sistema de atención integrada con el Centro de Salud Mental Comunitaria.	' Las personas en condición de mayor severidad/ complejidad reciben una atención integrada entre los equipos y documentado en ficha clínica. ' Está incorporada la telemedicina para el abordaje de población con dificultades de acceso.
Establecer sistema de atención integrada con Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.	' Las personas en condición de mayor severidad/ complejidad reciben una atención integrada entre los equipos y documentado en ficha clínica.
Participar en Consejo técnico de la red de salud mental.	' Existe constancia que el Hospital de día participa en todas las reuniones del Consejo Técnico.
Instalar mecanismos para asegurar la disponibilidad de fármacos acorde al PCI.	' Instalar Botiquín de acuerdo a normativas vigentes. ' El botiquín cuenta con todos los fármacos requeridos para la continuidad de atención. ' Se realizan gestiones de coordinación y entrega de fármacos en forma remota, independiente de que el fármaco este disponible en el dispositivo o no, asegurando su entrega.
Establecer mecanismos de articulación con el intersector para atención de poblaciones específicas.	' Existe procedimiento de articulación con el intersector. ' Las instancias pertinentes (SENAME, SENDA u otro) son parte de la elaboración del PCI. ' El equipo participa en reuniones que convoca el intersector.

C. Centro de Apoyo Comunitario para personas con demencia

Figura 16. Flujograma de Atención del Centro de Apoyo Comunitario para personas con demencia



CENTRO DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA	
Definición	Punto de atención integrado en la Red Temática de Salud Mental, que otorga atención ambulatoria integral, enfocado específicamente en las personas con demencia en sus etapas iniciales – demencia leve y moderada – y a su entorno más cercano. Tiene un carácter intensivo y transitorio con la finalidad de intervenir de manera precoz y retrasar la evolución de la enfermedad, adaptando a la persona y a su entorno al impacto de esta enfermedad. Así también, busca mantener la funcionalidad e inclusión social de la persona, en el mayor grado y tiempo posible. Estas acciones son realizadas por un equipo transdisciplinario con competencia en el abordaje integral de esta población objetivo, interviniendo con las personas usuarias, sus cuidadoras/es, comunidad y red socio sanitaria e intersectorial. Este dispositivo se articula con el resto de los establecimientos de la red sanitaria, para que las personas con demencia accedan oportuna y equitativamente a la oferta de servicios de la red y a la continuidad de cuidados, de acuerdo a sus necesidades específicas de atención.
Población Objetivo	Personas de 60 años y más, beneficiarios de FONASA, que presentan demencia leve y moderada, que residan en un territorio adscrito a un Centro de Salud Mental Comunitaria u otro nodo de especialidad en Salud Mental, cuando corresponda. Según evaluación del equipo de cada centro, se podrán ingresar personas menores de 60 años que presenten demencia leve y moderada.
Vinculación administrativa	Servicio de Salud, CSMC.[27] (dependiendo de la realidad local).
Vinculación Técnica	Ministerio de Salud
Criterios para determinar la oferta	Este punto de atención debe estar presente en todos los Servicios de Salud y, progresivamente, en cada uno de los territorios definidos en su diseño de red, según corresponda de acuerdo a su nivel de resolutividad, Modelo de Gestión u orientaciones específicas para éste. Para definir el número de Centros a implementar en cada Servicio de Salud es necesario considerar en los análisis, variables tales como: determinantes sociales, epidemiología territorial asociada a población mayor de 60 años, conectividad, dispersión geográfica, barreras de acceso, entre otras. Una de particular importancia es el tiempo de desplazamiento de las personas usuarias y sus familias, entre su lugar de residencia y el nodo de atención, ya que debe asegurarse el acceso oportuno en cada territorio definido por el diseño de la red del Servicio de Salud.
Canasta de prestaciones	Definidas en las Orientaciones técnicas para los Centro de Apoyo Comunitario para personas con demencia[28].
Acciones	Actividades

[27] Los Centros de Salud Mental Comunitaria por definición dependen de los Servicios de Salud, y cuando estos no existan en el territorio, el Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia dependerá del nodo de especialidad que se defina localmente.

[28] Actualmente en proceso de actualización.

Otorgar atención y cuidados a personas con demencia.	▪ Realizar evaluación geriátrica Integral de las personas ingresadas al dispositivo por el equipo profesional. ▪ Elaborar, ejecutar y evaluar Plan de Cuidado Integrales, a través de cartera de prestaciones definida. ▪ Realizar acciones en conjunto con familiares/cuidadores y comunidad de acuerdo a PCI. ▪ Realizar intervenciones de terapia ocupacional para fortalecer actividades de la vida diaria básicas e instrumentales y habilidades sociales. ▪ Realizar control de salud integral. ▪ Gestionar y/o entregar orientación para la obtención de beneficios sociales. ▪ Realizar visitas domiciliarias. ▪ Ejecutar acciones para la participación en la comunidad. ▪ Psicoeducar a persona, familia/cuidador. ▪ Elaborar y ejecutar plan de egreso. ▪ Elaboración de Informes de evaluación de personas atendidas. ▪ Realizar consultoría en conjunto con el equipo del Centro de Salud Mental Comunitaria u otro que corresponda.
Brindar apoyo a familiares/cuidadores.	▪ Identificar y fortalecer red de apoyo familiar y comunitaria. ▪ Realizar evaluación de la condición social y competencias de familiares y/o cuidadores, mediante la valoración geriátrica integral y entrevistas. ▪ Identificar las principales problemáticas cotidianas de convivencia de las personas con demencia y sus familias. ▪ Incorporar estrategias de intervención con la familia, red de apoyo y/o cuidadoras/es en el plan de tratamiento integral de la persona. ▪ Educar en estrategias de afrontamiento, autocuidado y psicoeducación en familiares/cuidadores. ▪ Desarrollar talleres que potencien habilidades de cuidado y acompañamiento de familiares/cuidadores de las personas con demencia. ▪ Desarrollar talleres de autocuidado para familiares/cuidadores. ▪ Gestionar y/o entregar orientación para la obtención de beneficios sociales.

Desarrollar acciones para el funcionamiento del punto de atención en la red.	• Realizar planificación anual del dispositivo. • Programar y ejecutar reuniones clínicas. • Participar en reuniones técnicas de equipo del Centro de Salud Mental Comunitaria y del Centro de Atención Primaria correspondiente. • Aplicar sistemas de referencia y contarreferencia existente en la red de salud. • Participar en procesos evaluación y de mejora continua de calidad de atención del dispositivo en coordinación con el Centro de Salud Mental Comunitario al que pertenecen. • Generar o adecuar procedimientos de control de riesgos y seguridad. • Aplicar normas y medidas que permitan asegurar la calidad de la atención de las personas. • Mantener y fortalecer las competencias del equipo del dispositivo. • Participar en procesos de supervisión del Servicio de Salud. • Realizar monitoreo de la atención del Centro. • Gestionar condiciones de infraestructura y suministros que permitan contribuir al adecuado funcionamiento del Centro. • Mantener los registros actualizados y completos de sus actividades en ficha clínica. • Utilizar sistema de registro estadístico estandarizado (REM del DEIS). • Emitir informe cuali-cuantitativo de evaluación anual del funcionamiento del dispositivo. • Mantener mecanismos de coordinación efectiva y derivación asistida con la red de salud pública de atención primaria y nivel de especialidad. • Cumplir "protocolos de referencia y contarreferencia" con la red de salud y con la medicina de los pueblos indígenas. • Establecer líneas de capacitación que permitan actualizar el conocimiento sobre atención de personas con demencia. • Participar en reuniones del Consejo Técnico de la Red de Salud Mental organizadas por la dirección del Servicio de Salud.
Desarrollar mecanismos de articulación con la comunidad e intersector.	• Difundir el quehacer del Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia con la comunidad. • Realizar difusión de los derechos y deberes de las personas ingresadas. • Elaborar y difundir material educativo para el cuidado y prevención de salud para personas con demencia. • Elaborar y ejecutar un plan de acciones de prevención de la demencia en el contexto comunitario. • Formar a agentes comunitarios y organizaciones de salud y socio comunitarias. • Mantener coordinación y apoyar a agrupaciones de usuarios y familiares de personas con demencia. • Realizar jornadas psicoeducativas con grupos de autoayuda, agrupaciones de familiares, organizaciones de salud u organizaciones sociocomunitarias sobre temáticas a fines. • Participación en ferias de servicios u otras instancias de difusión organizadas por la red de salud de la comuna o territorio en que se inserte este centro. • Promover la conformación y funcionamiento de grupos de autoayuda.
Desarrollar acciones de investigación y docencia.	• Aplicar normativas vigentes para el desarrollo de investigaciones. • Realizar docencia de acuerdo a relación asistencial docente (RAD) establecidos por el Servicio de Salud.

Tabla 24. Centro de apoyo comunitario para personas con demencia: estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad

ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO	REQUISITOS DE CALIDAD
Fortalecer la atención de personas con demencia en las consultorías realizadas por el Centro de Salud Mental Comunitaria a la Atención Primaria.	▪ La Atención Primaria incorpora consultorías a personas con demencia. ▪ La consultoría se realiza de acuerdo a normativa vigente.
Instalar mecanismos que faciliten el acceso a otras especialidades en la red de salud general.	▪ Se aplica "protocolo de referencia y contrarreferencia" a otras especialidades de la red de salud general, de acuerdo a territorio. ▪ Existe derivación asistida a otras especialidades y queda registro en ficha clínica.
Definir referente del Centro y de Atención Primaria para la continuidad de cuidados.	▪ Están definido los referentes del Centro de Atención Primaria y del dispositivo. ▪ Existe mecanismo de comunicación efectiva entre los referentes.

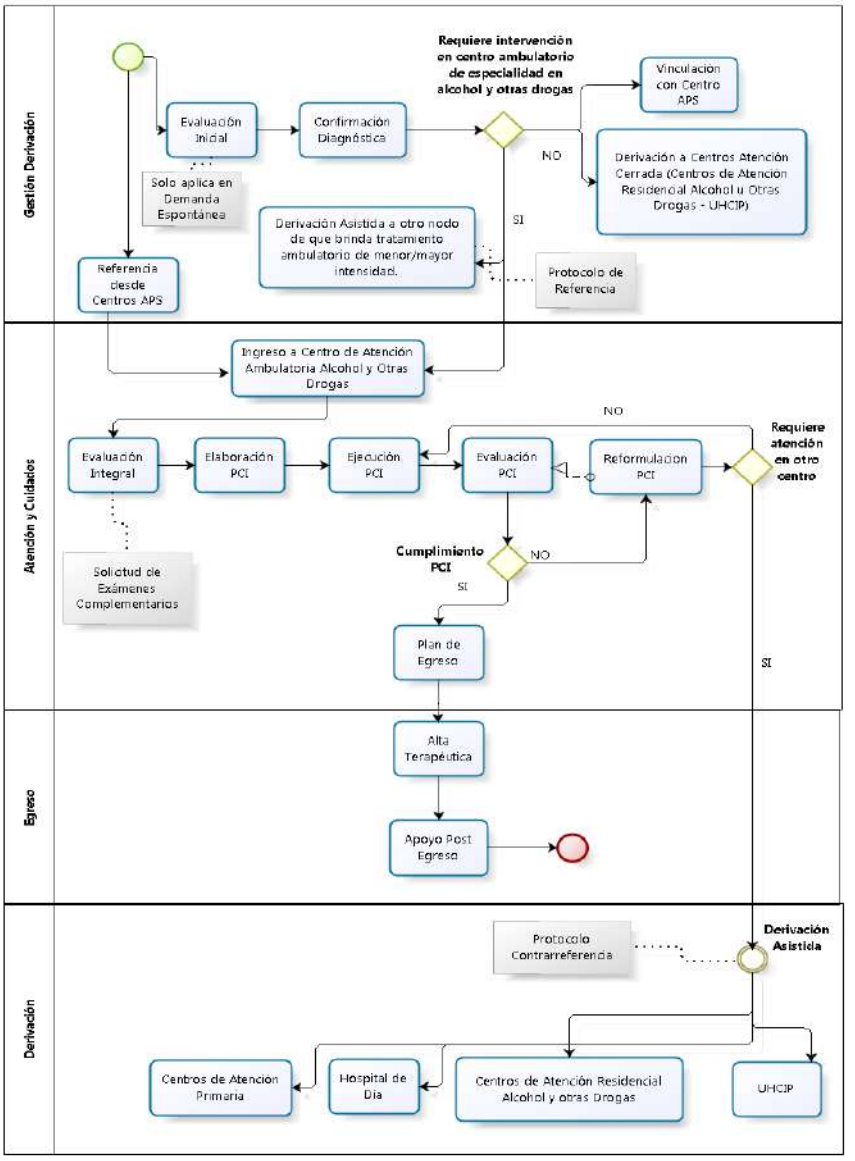
Tabla 25. Recurso Humano del Centro de Apoyo Comunitario para personas con demencia

RECURSO HUMANO CENTRO DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA	N° DE JORNADAS SEMANALES
Horas Médicas	
Médico Geriatra o Médico de Familia	**22 horas semanales**
Psiquiatra Adulto	**11 horas semanales**
Subtotal Horas Médicas	**33 horas semanales**
Profesionales	
Coordinador(a)	**1 Jornada de 44 horas**
Psicólogo(a)	**1 Jornada de 44 horas**
Trabajador(a) Social	**1 Jornada de 44 horas**
Terapeuta Ocupacional	**3 Jornadas de 44 horas**
Kinesiólogo(a)	**1 Jornada de 44 horas**
Subtotal Cargos Profesionales	**7 cargos**
Técnicos	
Técnico Enfermería	**2 Jornadas de 44 horas**
Subtotal Cargos Técnicos	**2 cargos**
Administrativos	
Secretaría	**1 Jornada de 44 horas**

Subtotal Cargos Administrativos	**1 cargo**
Auxiliares	
Auxiliar de Apoyo a adultos mayores	**1 Jornada de 44 horas**
Auxiliar de Servicios	**1 Jornada de 44 horas**
Subtotal Cargos Auxiliares	**2 cargos**

D. Centro de Atención Ambulatoria para personas con consumo problemático alcohol y otras drogas (Centro de tratamiento)[29]

Figura 17. Flujograma del Centro de Atención Ambulatoria para personas con consumo problemático alcohol y otras drogas (Centro de tratamiento)



[29] En la red, la atención a personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas debe darse, -en forma integrada a la atención general de salud y según la capacidad resolutiva-, en todos los nodos y puntos de atención. Este acápite (punto D), se refiere a los Centros de Tratamiento Ambulatorio para Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas existentes al 2016, de los cuales, los de dependencia pública, deben propender a la integración progresiva en los Centros de Salud Mental Comunitaria adecuadamente instalados y provistos.

CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA PARA PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CENTRO DE TRATAMIENTO)	
Definición	Es un punto de atención que brinda atención ambulatoria a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia al alcohol y otras drogas; con dependencia administrativa pública o privada, financiado con recursos públicos[30]. Trabaja integrado a la red de salud general y de salud mental e intersectorial, para responder apropiada y oportunamente al conjunto de necesidades de cada persona, efectuando los procesos de referencia, contrarreferencia y derivación asistida que permitan garantizar la continuidad de la atención e integralidad de los cuidados; según la condición de salud y salud mental de la persona atendida, en colaboración con la red comunitaria e intersectorial local. Esta integración requiere ser garantizada a través de procedimientos locales efectivos. Cuenta con un equipo transdisciplinario con competencias en salud mental y en intervención con personas que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas. Este equipo entrega un abordaje integral a la población objetivo definida[31], interviniendo con las personas usuarias, sus cuidadoras/es, comunidad y red socio sanitaria e intersectorial. Debe cumplir con los aspectos especificados en el Decreto Nº 4 de reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas, promulgado por el Ministerio de Salud en el año 2009 y estarán sujetos a las Normas Técnicas y orientaciones que se elaboren en el marco de los convenios entre MINSAL y SENDA, junto con otros organismos del Estado.
Población Objetivo	Personas beneficiarias de FONASA[32] [33] que presenten diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/u otras drogas, con un compromiso biopsicosocial moderado a severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica (la que debe estar estabilizada) y que residen en la jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente. Cada red podrá definir, en base a las necesidades y especificidades de su población, qué centros o programas dan atención a la población general y cuáles a poblaciones específicas, tales como personas en situación de calle, mujeres, niños y niñas, adolescentes, personas que han cometido infracción de ley, entre otras.
Vinculación administrativa	Pública Servicios de Salud, Municipios, entre otros) o Privada, con financiamiento público (en el marco de los convenios en que participa SENDA y MINSAL).
Vinculación Técnica	Servicios de Salud – SENDA – MINSAL.
Criterios para determinar la oferta	Este punto de atención debe estar presente en todos los Servicios de Salud en coordinación con SENDA regional y, progresivamente, en cada uno de los territorios definidos en su diseño de red, según corresponda de acuerdo a su nivel de resolutividad, Modelo de Gestión u orientaciones específicas para éste. Para definir el número de Centros a implementar en cada Servicio de Salud es necesario considerar en el análisis, variables tales como: determinantes sociales, epidemiología territorial asociada a la población, definiciones estratégicas a nivel nacional, conectividad, dispersión geográfica, barreras de acceso, entre otras. Una de particular importancia es el tiempo de desplazamiento de las personas usuarias y sus familias, entre su lugar de residencia y el punto de atención, ya que debe asegurarse el acceso oportuno en cada territorio definido por el diseño de la red del Servicio de Salud.

[30] Se debe tener en cuenta que existen también centros de administración privada en convenio con SENDA, los que deben considerarse parte de la red, toda vez que se enmarcan en Convenio Intersectorial MINSAL-SENDA.

[31] Población objetivo deberá estar definida por la Red Temática de Salud Mental de cada Servicio de Salud en coordinación con el SENDA Regional correspondiente.

[32] En el caso de adolescentes y jóvenes que ingresan al sistema judicial por la Ley 20.084 (de Responsabilidad Penal Adolescente) y adultos condenados en el marco de la Ley 20.603 (que establece medidas alternativas a las penas privativas o restrictivas de libertad), podrían no ser población FONASA y por Ley debe atenderse igualmente.

[33] Puede haber programas o centros de la red pública o privados, que reciben financiamiento público de SENDA, y en el marco de esos convenios podrían dar cobertura a población que no Fonasa (ej. Programas para población infanto-adolescente general).

ACCIONES	ACTIVIDADES
Otorgar atención y cuidados a personas que presentan diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/u otras drogas.	▪ Realizar Evaluación inicial si corresponde. ▪ Vincularse con los centros de atención primaria correspondientes. ▪ Realizar proceso de admisión, ingreso clínico, diagnóstico integral o actualización diagnóstica según corresponda, evaluando salud mental y física, funcionamiento, estructura y apoyo familiar, funcionamiento social, motivación al cambio, factores que inciden o mantienen el consumo, elementos protectores y de vulnerabilidad, necesidades de integración social, entre otros[34]. ▪ Elaborar, ejecutar y evaluar con la persona usuaria su Plan de Cuidados Integrales (PCI), que considere también acciones con familiares/cuidadores y comunidad. ▪ Llevar a cabo y/o coordinar con el resto de los nodos o puntos de la red, la realización de controles de salud integral de las personas ingresadas. ▪ Ejecutar acciones para facilitar la inclusión de la persona con su comunidad. ▪ Realizar acciones de coordinación con otros nodos o puntos de la red para brindar una atención integrada, de acuerdo al PCI. ▪ Realizar reuniones clínicas semanales con equipo para el análisis de procesos terapéuticos de las personas que están en tratamiento. ▪ Realizar acciones de intervención en crisis, en caso de que se requiera. ▪ Realizar acciones de prevención de recaídas, gestión de riesgos, motivacionales, entre otras, fundamentales para esta condición de salud. ▪ Elaborar plan de egreso y realizar derivación asistida cuando corresponda. ▪ Realizar seguimiento del proceso de cambio posterior al egreso.
Desarrollar intervenciones con familiares/cuidadores.	▪ Identificar y fortalecer la red de apoyo familiar y comunitaria. ▪ Evaluar la condición social y competencias de familiares y/o cuidadores. ▪ Incorporar intervenciones con familiares/cuidadoras/es y red de apoyo en el PCI de la persona. ▪ Psicoeducar a familiares/cuidadores en estrategias de afrontamiento y autocuidado. ▪ Desarrollar estrategias que potencien habilidades relacionales para la mantención de los logros alcanzados por las personas en tratamiento.

[34] La canasta de prestaciones se define en las orientaciones técnicas para el funcionamiento del nodo, las cuales variarán en frecuencia y cantidad, de acuerdo a las necesidades de la persona usuaria. Entre las prestaciones definidas para estos nodos se encuentran: consulta de salud mental, consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta psicológica, intervención psicosocial de grupo, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde. Estas prestaciones pueden ser realizadas en el centro de tratamiento o en terreno, dependiendo de las necesidades y características de la persona usuaria.

Desarrollar acciones para el funcionamiento del dispositivo en la red.	▪ Realizar planificación anual del centro. ▪ Programar y ejecutar reuniones clínicas. ▪ Aplicar "protocolos de referencia y contrarreferencia" existente en la red de salud. ▪ Aplicar "protocolos de referencia y contrarreferencia" con la medicina de los pueblos indígenas. ▪ Desarrollar procesos de evaluación y mejora continua de calidad de la atención, en coordinación con la red temática de salud mental. ▪ Desarrollar y/o adecuar procedimientos de control de riesgos y seguridad. ▪ Aplicar procedimientos que permitan asegurar la calidad de la atención de las personas. ▪ Mantener y fortalecer las competencias del equipo. ▪ Participar en procesos de asesoría, evaluación y supervisión del Servicio de Salud y/o SENDA. ▪ Gestionar condiciones de infraestructura y suministros que permitan contribuir al adecuado funcionamiento del nodo. ▪ Mantener los registros actualizados y completos en cada ficha clínica. ▪ Utilizar sistema de registro estadístico estandarizado (REM del DEIS-SISTRAT). ▪ Emitir informe cuali-cuantitativo de evaluación anual del funcionamiento del nodo. ▪ Mantener mecanismos de coordinación efectiva y derivación asistida con la red de salud pública de atención primaria y nivel de especialidad, para la continuidad de los cuidados. ▪ Desarrollar e implementar planes de capacitación continua para la actualización permanente del equipo para la atención de personas que presentan consumo problemático de alcohol y/u otras drogas. ▪ Participar en reuniones del Consejo Técnico de la Red de Salud Mental y Reuniones de Mesas Técnicas de alcohol y otras drogas. ▪ Elaborar y desarrollar planes de autocuidado del equipo del centro.
Desarrollar mecanismos de articulación con la comunidad e intersector en la temática de alcohol y otras drogas.	▪ Planificar y participar en reuniones de articulación con instancias de la red comunitaria de alcohol y otras drogas. ▪ Colaborar en la elaboración y difusión de material educativo para el cuidado y prevención de consumo de alcohol y otras drogas. ▪ Colaborar y participar en la ejecución de acciones de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el contexto comunitario, cuando corresponda. ▪ Mantener coordinación efectiva con programas de la red SENAME, GENCHI, MDS, SERNAMEG, SENAMA, SENADIS u otros para la atención con planes de intervención integrados. ▪ Promover la conformación y funcionamiento de grupos de autoayuda. ▪ Mantener coordinación y apoyar a agrupaciones de usuarios y familiares de personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas. ▪ Realizar jornadas psicoeducativas con grupos de autoayuda, agrupaciones de familiares, organizaciones de salud u organizaciones sociocomunitaria sobre temáticas de alcohol y otras drogas.
Desarrollar acciones de investigación y docencia.	▪ Aplicar normativas vigentes para desarrollo de investigaciones. ▪ Llevar a cabo investigaciones y difundir resultados en la red y congresos/seminarios, entre otras instancias. ▪ Realizar actividades de docencia de acuerdo a convenio docente asistencial establecidos por el Servicio de Salud.

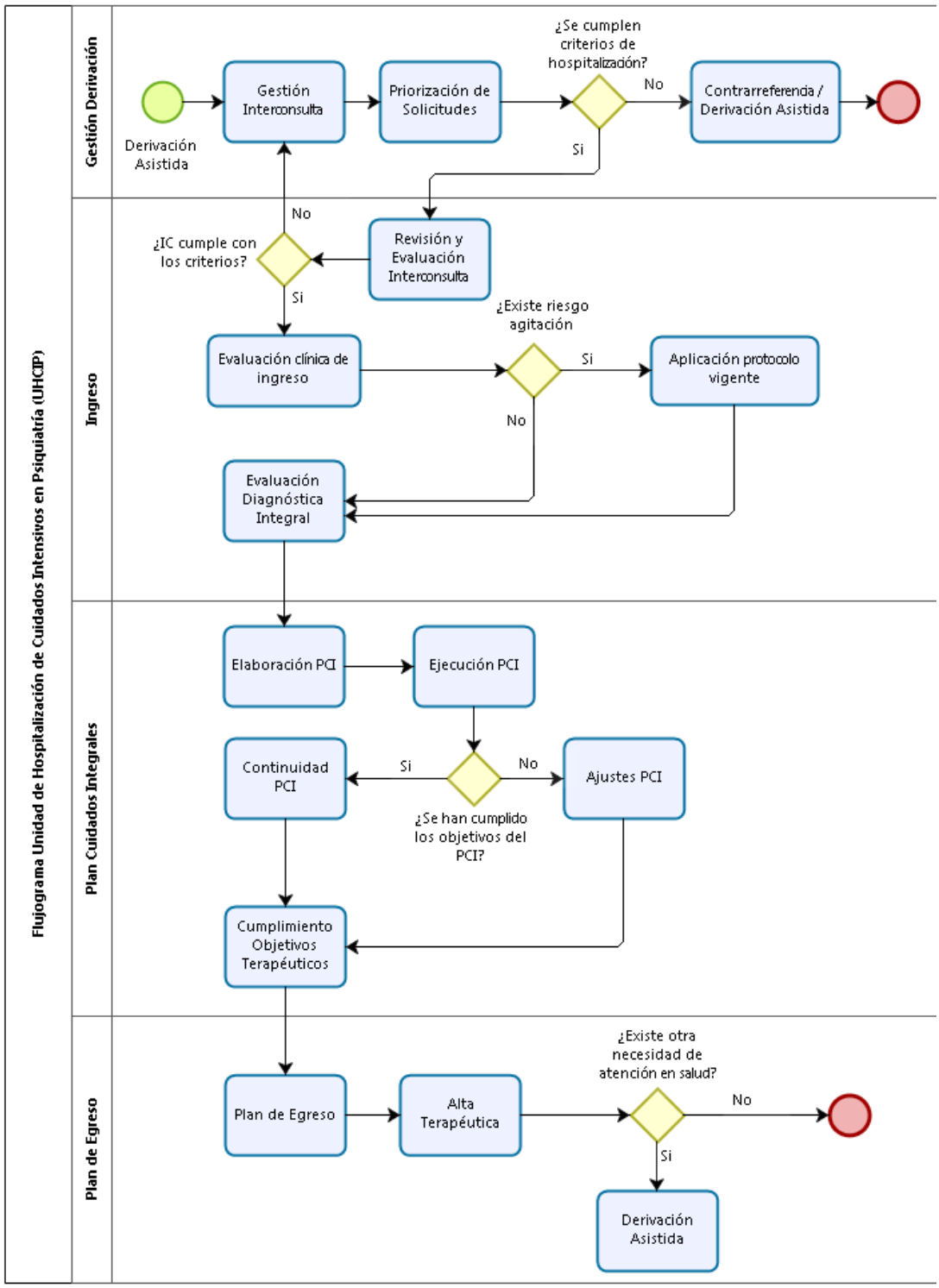
Tabla 26. Centro de Atención Ambulatoria para personas con consumo problemático alcohol y otras drogas (Centro de tratamiento)

ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO.	REQUISITOS DE CALIDAD
Coordinación con establecimientos de Atención Primaria para la realización de Consultorías en el ámbito de alcohol y otras drogas.	' La Atención Primaria incorpora Consultorías respecto a personas con consumo de alcohol y otras drogas. ' La Consultoría se realiza de acuerdo a normativa vigente.
Instalar mecanismos que faciliten el acceso a otras especialidades en la red de salud general.	' Se aplica "protocolo de referencia y contrarreferencia" a otras especialidades de la red de salud general de acuerdo a territorio. ' Existe derivación asistida a otras especialidades y queda registro en ficha clínica.
Definir referente del dispositivo y de Atención Primaria para la continuidad de atención.	' Están definidos los referentes del Centro de Atención Primaria y del nodo. ' Existe mecanismos de comunicación efectiva entre los referentes socializados en la red.
Establecer estándares de información y sistema de registros integrados para la adecuada gestión de los procesos terapéuticos de las personas.[35]	' Existe documento donde está definida la información crítica. ' La información crítica puede ser expeditamente compartida entre sistemas de información de las distintas entidades, acorde a las normativas vigentes. ' Existen bases de datos integradas.
Desarrollar planes integrados con el intersector cuando la gravedad/complejidad/ vulnerabilidad de las personas usuarias lo requieran.	' Existe plan de intervención integrados con el intersector.

[35] Con resguardo de la confidencialidad, de acuerdo a ley vigente.

11.3 Atención Cerrada

A. Unidad de Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatrïa. UHCIP[36]



[36] También se consideran en la derivación, los Centros Residenciales de Consumo de Alcohol y otras Drogas.

Figura 18. Flujograma de Atención en Unidad de Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría. UHCIP

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA. UHCIP	
Definición	Unidad encargada de proveer cuidados intensivos en Salud Mental y Psiquiatría en el contexto de una hospitalización cerrada. Proporciona atención integral de alta intensidad con cuidados de enfermería durante las 24 horas, por un período no superior a 60 días. La atención es efectuada por un equipo transdisciplinario con altas competencias técnicas y humanas, en un estricto marco de respeto a los derechos humanos, considerando el contexto cultural de origen, orientación sexual e identidad de género de las presonas ingresadas a la unidad. Dado el perfil de las personas usuarias de estas unidades se requiere de cuidados clínicos y de enfermería de alta intensidad durante todo el tiempo de hospitalización, con supervisión permanente de su condición de salud, así como intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas que permitan la superación del cuadro que motivó el ingreso.
Población objetivo	Personas que, dada su situación de salud, requieren de procedimientos de profundización diagnóstica, evaluación, estabilización o tratamiento en un ambiente terapéutico seguro, o que en algún momento de su enfermedad presentan descompensación de su cuadro clínico, constituyendo un riesgo para sí mismos o para terceros (incluso vital). La población objetivo se divide en dos grupos que reciben atención en unidades diferenciadas: Personas de 18 años y más Adolescente de 10 a 17 años 11 meses 29 días
Vinculación administrativa	Hospital general de mediana y alta complejidad.
Vinculación técnica	Hospital general de mediana y alta complejidad - Ministerio de Salud

Criterios para determinar la oferta	Las Unidades de Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría deben estar incluidas en todos los Hospitales Generales de Mediana y Alta Complejidad, de acuerdo al diseño de la red local de salud menta y debe garantizar el acceso a hospitalización en el territorio del Servicio de Salud. Esto es válido incluso en aquellos Servicios de Salud en que aún subsisten camas para personas con cuadros agudos en hospitales psiquiátricos. Para definir el número de camas a implementar en cada Servicio de Salud es necesario considerar en los análisis, variables tales como: determinantes sociales, epidemiología territorial, conectividad, dispersión geográfica, barreras de acceso, entre otras. Una variable de particular importancia es el tiempo de desplazamiento de las personas usuarias y sus familias, entre su lugar de residencia y el punto de atención, ya que debe asegurarse el acceso oportuno en cada territorio definido por el diseño de la red del Servicio de Salud. Para asegurar el adecuado funcionamiento de cada UHCIP, la unidad para población adulta debe tener 20 camas (con un mínimo de 10 y un máximo de 24) y la de población adolescente debe tener 10 camas (con un mínimo de 6 y un máximo de 12). En términos cuantitativos, a partir del análisis de la estructura actual de las redes de derivación en el sistema público y buscando asegurar la disponibilidad de este recurso dentro de la red de cada Servicio de Salud del país, se recomienda que exista 1 cama de hospitalización para población adulta por cada 7.000 personas mayores de 18 años y 1 cama de hospitalización para población adolescente por cada 4.000 adolescentes entre 10 y 17 años. En los lugares que este criterio poblacional no permita la instalación de estas unidades, pero el diseño de red si lo estime pertinente según el análisis de las variables descritas inicialmente, se debe considerar la instalación de las unidades con la mínima dtación de camas descrita, vale decir, una unidad de 10 camas para población adulta y una unidad de 6 camas para población adolescente, adecuando los requerimientos de recursos humanos e infraestructura definidos en modelo de gestión respectivo. En el caso que el número de camas requerido sea superior al máximo recomendado para cada unidad, deberá habilitarse más de una unidad.
Cartera de prestaciones	Definidas en modelo de gestión de este punto de atención.
Acciones	Actividades
Evaluación, diagnóstico y tratamiento integral de la persona ingresada, considerando la etapa del curso de vida, determinantes sociales y su condición general de salud.	Evaluar a las personas ingresadas. Solicitar exámenes específicos para diagnóstico diferencial. Elaborar, desarrollar y evaluar un Plan de Cuidados Integrales (PCI). Brindar soporte psicosocial a su red socio familiar o cuidador/a (entrega de información, psicoeducación, facilitar participación y entrenamiento en autogestión). Realizar reuniones clínicas, al menos, una vez a la semana a fin de evaluar el estado, evolución y actividades de las personas usuarias. Elaborar y desarrollar un Plan de Egreso Individual, en el contexto de la red territorial sectorial e intersectorial (Ej: Sename) existente, coordinado con el dispositivo derivador a través del gestor terapéutico. Emitir informes sobre situación de salud de la persona ingresada a solicitud de instancias judiciales.
Mantener mecanismos de coordinación efectiva con la Red de Salud territorial que corresponda.	Participar de reuniones de Consejo Técnico de la Red Temática de Salud Mental. Participar en jornadas de trabajo de la Red. Elaborar procedimientos, con el fin de contribuir a la continuidad del cuidado y la atención, posterior al egreso.

Establecer estrategias de articulación con instancias intersectoriales (SENAME, SENDA, tribunales, y otros).	Elaborar instructivos de articulación entre las distintas instancias intersectoriales Sostener reuniones de coordinación con las distintas instancias u organismos intersectoriales. Evaluar los procedimientos de articulación y generar procesos de mejora. Participar de mesas de trabajo intersectorial de acuerdo a realidad local.
Mantener sistemas de coordinación con otros servicios de apoyo del hospital.	Elaborar y aplicar procedimientos de trabajo con servicios de apoyo del Hospital donde está inserta la Unidad (laboratorio, imagenología, servicios generales, central de alimentación). Elaborar y aplicar potocolos de trabajo con la red de salud local para el traslado de personas hacia la unidad de hospitalización, considerando las situaciones de agitación.
Establecer y desarrollar procesos de mejora continua.	Participar en proceso de evaluación de mejora continua de la calidad de la atención diseñado por la red.
Desarrollar docencia e investigación de acuerdo al marco regulatorio vigente.	Incorporar en la planificación anual los tiempos asignados a docencia en la unidad.

Tabla 27. Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría. UHCIP: Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad.

ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO.	REQUISITOS DE CALIDAD.
Establecer mecanismos de articulación con la red de salud general.	Existe procedimiento establecido de articulación con la red de salud general.
Establecer mecanismos de articulación con otras instancias de la red institucional (SENAME, SENDA y otros).	Existe procedimiento escrito y difundido formalmente a la red de salud y a las instancias intersectoriales públicas y privadas. Se revisa con los equipos de la red los eventos de reingreso de personas a la UHCIP. Se cumple procedimiento definido.
Establecer sistema de atención integrada con otros nodos y puntos de atención, enfocado en las personas en condición de gravedad, complejidad y vulnerabilidad, refractarias a modalidades de atención habituales.	Las personas en condición de mayor gravedad / complejidad reciben una atención integrada entre los equipos, documentado en ficha clínica.
Establecer mecanismos de articulación con la Unidad de Enlace y otros servicios clínicos.	Se aplica procedimiento establecido de articulación.
Participar en Consejo Técnico de Salud Mental.	Existe constancia que esta unidad participa en todas las reuniones del Consejo Técnico.

Tabla 28. Recurso Humano Población Adulta, Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.

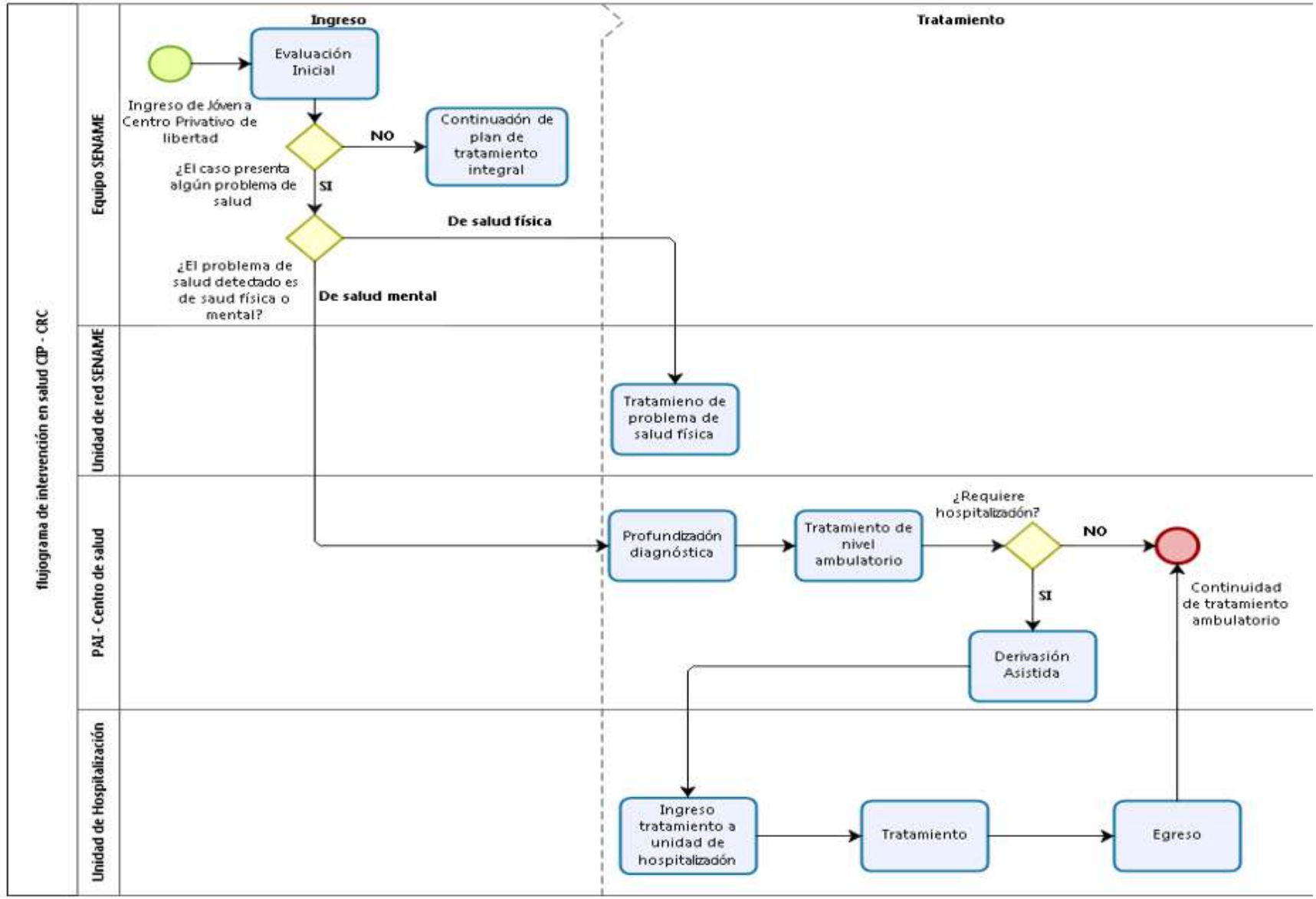
RECURSO HUMANO UNIDAD HOSPITALIZACIÓN CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA ADULTA DE 24 CAMAS	N° DE JORNADAS SEMANALES
Horas Médicas	
Psiquiatra Adulto	88 horas semanales
Psiquiatra Adulto (Jefe de Unidad)	11 horas semanales
Subtotal Horas Médicas	99 horas semanales
Profesionales	
Psicólogo(a)	1 Jornada de 44 horas
Trabajador(a) Social	1 Jornada de 44 horas y 1 Jornada de 22 horas
Terapeuta Ocupacional	2 Jornadas de 44 horas
Enfermera(o) Diurno(a)	1 Jornada de 44 horas
Enfermero(a) Clínico en 4° Turno	4 Jornadas de 44 horas
Subtotal Cargos Profesionales	10 cargos
Técnicos	
Técnico en Terapia Ocupacional	1 Jornada de 44 horas
Técnico en Rehabilitación	4 Jornadas de 44 horas
Técnico Paramédico en 4° Turno	20 Jornadas de 44 horas
Subtotal Cargos Técnicos	25 cargos
Administrativos	
Secretaría	1 Jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Administrativos	1 cargo
Auxiliares	
Auxiliar de Servicio en 4° Turno	8 Jornadas de 44 horas
Subtotal Cargos Auxiliares	8 cargos

Tabla 29. Recurso Humano Población Infanto Adolescente, Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.

Recurso Humano Unidad Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría Infanto Adolescente de 10 camas	N° de Jornadas Semanales
Horas Médicas	
Psiquiatra Infanto Adolescente	44 horas semanales
Psiquiatra Infanto Adolescente (Jefe de Unidad)	11 horas semanales
Subtotal Horas Médicas	**55 horas semanales**
Profesionales	
Psicólogo(a)	1 Jornada de 44 horas y 1 Jornada de 22 horas
Trabajador(a) Social	1 Jornada de 44 horas
Terapeuta Ocupacional	1 Jornada de 44 horas
Enfermera(o) Diurno(a)	1 Jornada de 44 horas
Enfermero(a) Clínico en 4° Turno	4 Jornadas de 44 horas
Psicopedagogo(a)	1 Jornada de 22 horas
Profesor(a) Educación Física	1 Jornada de 22 horas
Subtotal Cargos Profesionales	**10 cargos**
Técnicos	
Técnico en Terapia Ocupacional	1 Jornada de 44 horas
Técnico en Rehabilitación	2 Jornadas de 44 horas
Técnico Paramédico en 4° Turno	12 Jornadas de 44 horas
Subtotal Cargos Técnicos	**15 cargos**
Administrativos	
Secretaría	1 Jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Administrativos	**1 cargo**
Auxiliares	
Auxiliar de Servicio en 4º Turno	8 Jornadas de 44 horas
Subtotal Cargos Auxiliares	**8 cargos**

B. Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Centros Privativos de Libertad, población adolescente

Figura 19. Flujograma de Atención en la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Centros Privativos de Libertad, población adolescente



UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA EN CENTROS PRIVATIVOS DE LIBERTAD. POBLACIÓN ADOLESCENTE	
Definición	Es una unidad clínica de hospitalización psiquiátrica cerrada, ubicada al interior recintos privativos de libertad, que brinda atención integral con alta densidad e intensidad tecnológica y con cuidados de enfermería durante las 24 horas, por un período no superior a 60 días, dirigida a adolescentes y jóvenes. La atención es efectuada por un equipo transdisciplinario con altas competencias técnicas y humanas, en un estricto marco de respeto a los derechos humanos, considerando el contexto cultural de orígen, orientación sexual e identidad de género de las presonas igresadas a la unidad.
Población objetivo	Adolescentes y jóvenes que se encuentran en fase de ejecución de medidas o sanciones en privación de libertad, que cursan una enfermedad mental y presentan una descompensación aguda de su cuadro clínico, constituyendo un riesgo para sí mismos o para terceros, por lo que requieren de estabilización y tratamiento en un ambiente terapéutico seguro. Circunstancialmente, estos adolescentes y jóvenes pueden requerir de hospitalización para realizarse diagnósticos diferenciales y ajustes al plan terapéutico, para desintoxicación y manejo del síndrome de abstinencia integral.
Vinculación administrativa	Hospital General al cual está adscrita.
Vinculación Técnica	Hospital General al cual está adscrita – Ministerio de Salud
Cartera de prestaciones	De acuerdo a modelo de gestión a construir para este punto de atención.
Acciones	**Actividades**
Realizar proceso de admisión.	‘ Realizar ingresos según instrucciones.
Realizar evaluación y diagnóstico integral del/ la adolescente y jóvenes ingresados (por todo el equipo).	‘ Evaluar a adolescentes y jóvenes ingresadas/os. ‘ Aplicar test u otras herramientas de diagnóstico y evaluación. ‘ Evaluar todas las áreas definidas y dejar registro de ello. ‘ Solicitar exámenes e interconsultas a otras especialidades de apoyo diagnóstico si corresponde. ‘ Realizar diagnóstico diferencial (solicitar exámenes específicos para diagnóstico diferenciado).
Elaborar y desarrollar un Plan de Cuidados Integrales (PCI) con adolescentes y/o jóvenes hospitalizados/as, en concordancia con los objetivos terapéuticos y el plan individual del equipo derivador.	‘ Elaborar, desarrollar y evaluar un Plan de Cuidados Integrales (PCI). ‘ Realizar reuniones clínicas, al menos una vez a la semana con el fin de evaluar el estado, evolución y actividades de los adolescentes y jóvenes, con resguardo de la confidencialidad, de acuerdo a normativa vigente. ‘ Análisis de las dificultades encontradas y evaluación del cumplimiento del PCI, por los distintos profesionales y técnicos que intervienen. ‘ Realizar interconsulta si es pertinente ‘ Coordinar participación de equipos SENAME, SENDA, PAI.
Brindar atención y cuidados con estándares de calidad a adolescentes en condición de crisis y/o episodio agudo de una enfermedad mental.	‘ Aplicar procedimientos de intervención en crisis de acuerdo a normativa vigente. ‘ Aplicar procedimientos de manejo de conductas perturbadoras de acuerdo a normativa vigente. ‘ Evaluar actuación después de cada situación de crisis de adolescentes y jóvenes hospitalizados.

Elaborar Plan de Egreso	' Elaborar y desarrollar un Plan de Egreso Individual, en el contexto de la red territorial existente, coordinado con el dispositivo derivador. ' Realizar análisis de propuestas de alta con equipo SENAME/SENDA que incluya las medidas terapéuticas que se proponen para la continuidad del cuidado y la atención. ' Realizar una derivación asistida al equipo ambulatorio. ' Ejecutar alta clínica y médica.
Brindar soporte psicosocial a familiares o persona adulta responsable, en relación a los elementos desencadenantes de crisis y su superación.	' Entregar información, psicoeducación, facilitar participación y entrenamiento en cuidado. ' Establecer reuniones con profesional responsable del SENAME y SENDA. ' Participación de equipos SENAME- SENDA en la construcción del PCI y su ejecución. ' Participación de equipos SENAME- SENDA en el plan de egreso.

Tabla 30. Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Centros Privativos de Libertad. Población Adolescente: Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad

Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado.	Requisitos de calidad
Establecer reuniones planificadas con equipo responsable SENAME y SENDA.	' Existe agenda y horas protegidas para realización de reuniones con SENDA y SENAME. ' Acordar participación en construcción PCI y su ejecución. ' Planificar reuniones clínicas conjuntas y evaluaciones.
Establecer sistema de atención integrada con equipos de atención ambulatoria del SENAME y SENDA.	' Todos los/las adolescentes y jóvenes atendidos/as reciben una atención integrada entre los equipos de la Unidad, SENAME y SENDA.
Establecer mecanismo de supervisión sistemática por parte del Servicio de Salud.	' Supervisiones efectuadas de acuerdo al cronograma definido y con informe emitido.

Tabla 31. Recurso Humano de la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Centros Privativos de libertad. Población Adolescente.

Recurso Humano Unidad Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Privativo Infanto Adolescente de 10 camas	N° de Jornadas Semanales
Horas Médicas	
Psiquiatra Infanto Adolescente	44 horas semanales
Médico General	11 horas semanales
Subtotal Horas Médicas	**55 horas semanales**
Profesionales	
Coordinador(a)	1 Jornada de 44 horas
Psicólogo(a)	1 Jornada de 44 horas
Trabajador(a) Social	2 Jornadas de 44 horas
Terapeuta Ocupacional	1 Jornada de 44 horas
Enfermero(a) Clínico en 4° Turno	4 Jornadas de 44 horas
Psicopedagogo(a)	1 Jornada de 22 horas
Profesor(a) Educación Física	1 Jornada de 22 horas
Subtotal Cargos Profesionales	**10 cargos**
Técnicos	
Técnico en Rehabilitación en 4° Turno	4 Jornadas de 44 horas
Técnico Paramédico en 4° Turno	16 Jornadas de 44 horas
Subtotal Cargos Técnicos	**20 cargos**
Administrativos	
Secretaría	1 Jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Administrativos	**1 cargo**
Auxiliares	
Auxiliar de Servicio en 4º Turno	4 Jornadas de 44 horas
Subtotal Cargos Auxiliares	**4 cargos**

C. Unidad de Psiquiatría de Enlace, Psicología de la Salud y Medicina Psicosomática.

UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE, PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y MEDICINA PSICOSOMÁTICA	
Definición	La atención integral de salud incluye dimensiones psicológicas, emocionales y psicosociales no necesariamente vinculadas a una enfermedad mental, pero que influyen en el curso y pronóstico de problemas de salud general. El desarrollo de los recursos de salud mental y de apoyo psicocial es muy incipiente en los hospitales generales de nuestro país, lo que no permite responder a las necesidades de las personas usuarias y de los equipos que las atienden. La modalidad que ha existido hasta la fecha ha sido la implantación de algunos recursos profesionales en servicios que han logrado apoyo para hacerlo, sin embargo, esta estrategia es subóptima y debe ser sustituida por la generación de Unidades de Psiquiatría de Enlace, Psicología de la Salud y Medicina Psicosomática, que permitan abordar de forma estratégica y progresiva esta necesidad que no pertenece a ningún servicio en particular, sino que es del hospital en su conjunto. La Unidad de Psiquiatría de Enlace, Psicología de la Salud y Medicina Psicosomática es una unidad clínica que tiene como función brindar atención psiquiátrica y psicológica a personas con un problema de salud de gravedad que no corresponde a una enfermedad mental. También, atiende a personas que presenten una enfermedad mental específica previa y/o relacionada con su padecimiento físico, que se encuentren hospitalizadas o en tratamiento ambulatorio de especialidad, bajo la responsabilidad de servicios clínicos distintos al de psiquiatría. Su objetivo es participar en el proceso de atención integral de la persona, en conjunto con el equipo tratante del Servicio que atiende su problema de salud principal, evaluando la presencia de enfermedad mental, realizando diagnóstico diferencial y efectuando un abordaje terapéutico en conjunto con el equipo tratante, en respuesta a las necesidades de salud mental de la persona, a fin de favorecer un mejor curso y pronóstico de la enfermedad principal. Asimismo, tiene la finalidad de proporcionar transferencia técnica y orientación psicosocial desde esta especialidad hacia los equipos tratantes. Su quehacer, implica un abordaje terapéutico con la persona, familia, red de apoyo y equipo tratante, considerando su contexto sociocultural, orientación sexual e identidad de género. La intervención de esta Unidad considera actividades asistenciales, docentes e investigadoras por parte de los profesionales de esta unidad, en colaboración con los servicios clínicos de hospitales generales. Esta Unidad cuenta con un equipo profesional entrenado para abordar los fenómenos psíquicos presentes en las personas como expresión sintomática, o bien, que se presentan como factores que inciden en la evolución, tratamiento y rehabilitación de una enfermedad física.
Población objetivo	Población de niños, niñas, adolescentes, mujeres y hombres adultos y adultos mayores, en las siguientes situaciones de salud: 1) cuyo problema de salud principal actual es de gravedad y no corresponde a una enfermedad mental; 2) personas que presentan una enfermedad mental específica previa y/o relacionada con su padecer físico; 3) condición de salud mental que surge en relación a los diagnósticos y tratamientos médicos.Estas personas pueden encontrarse hospitalizadas o en tratamiento ambulatorio, bajo la responsabilidad de servicios clínicos distintos al de psiquiatría.
Vinculación administrativa	Servicio Clínico de Psiquiatría de Hospital General de Mediana y Alta Complejidad.
Vinculación Técnica	Servicio Clínico de Psiquiatría de Hospital General de Mediana y Alta Complejidad - Ministerio de Salud

Criterios para determinar la oferta	Deben estar incluidas en todos los Hospitales Generales de Mediana y Alta Complejidad, de acuerdo al diseño de la red local de salud mental.
Equipo técnico de la unidad	Conformado al menos por: Área infanto adolescente: Dos psiquiatras para niños/as y adolescentes de 22 hrs.c/u Un/a enfermera/o 44 Hrs. Un/a psicóloga/o infantil 44 Hrs. Un/a trabajador/a social 44Hrs. **Área adulto:** • Dos psiquiatras para Adultos de 22 hrs.c/u • Un/a psicólogo/a 44Hrs. • Un/a enfermera/o 44 Hrs. • Un/a trabajador/a social 44Hrs. **Área Administrativa:** • Un/a Administrativo/a 44 horas. La dotación por sobre este mínimo dependerá de la demanda generada en su operación, tomando en cuenta los aspectos cuantitativos de la demanda de enlace psiquiátrico (N° de servicios clínicos, dotación total de camas del Hospital) y cualitativos (población con tratamientos de largas permanencias, por ejemplo).
Acciones	**Actividades**
Recepcionar y analizar la interconsulta de parte de servicios clínicos.	• Recepcionar la interconsulta de enlace. • Analizar los antecedentes entregados en la interconsulta. • Solicitar mayor información si se requiere. • Identificar el momento adecuado para intervenir. • Coordinar atención de la unidad de psiquiatría de enlace al servicio clínico que lo solicita. (indicar fecha y hora).
Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona.	• Evaluar a la persona de manera integral, en conjunto con las diferentes disciplinas clínicas intervinientes. • Revisión del historial clínico de la persona. • Evaluar riesgos y posible intervención en crisis o indicar traslado según pertinencia. • Solicitar exámenes de apoyo diagnóstico. • Solicitar exámenes específicos para diagnóstico diferenciado.
Incorporar acciones en el Plan de Cuidados Integrales del equipo tratante del servicio clínico.	• Incorporar indicaciones al plan de cuidados integrales en conjunto con el equipo clínico tratante. • Ejecutar acciones descritas en el plan de intervención. • Seguimiento a la ejecución de las indicaciones. • Indicar tratamiento farmacológico si es pertinente. • Seguimiento del tratamiento farmacológico por parte del equipo de enfermería. • Informar sobre eventos adversos a consecuencia de la farmacoterapia.
Brindar atención y cuidados con estándares de calidad.	• Aplicar procedimientos de intervención en crisis de acuerdo a normativa vigente. • Aplicar procedimientos de contención de acuerdo a normativa vigente.

Establecer un trabajo colaborativo con las distintas áreas y servicios clínicos.	' Participación de reuniones clínicas en otros servicios. ' Mantener comunicación constante y fluida con los equipos clínicos. ' Mantener un sistema de interconsulta.
Establecer un sistema de coordinación con hospitales de baja complejidad.	' Brindar atención en servicios clínicos de estos hospitales. ' Incorporar telemedicina en salud mental, para lugares más apartados. ' Mantener un sistema de interconsulta.
Definir plan de egreso en conjunto con el equipo clínico tratante.	' Elaborar y desarrollar un plan de egreso, en conjunto con el equipo clínico, coordinado con el dispositivo derivador para la continuidad del cuidado. ' Indicar el alta en lo referido a salud mental, si corresponde. ' Realizar derivación asistida a la Red Temática de Salud Mental, si corresponde. ' Indicar traslasdo a UHCIP, si corresponde. ' Realizar seguimiento de la derivación.
Transferencia técnica a los equipos de servicios clínicos en el abordaje de patologías psiquiátricas por causas físicas en las camas de su dependencia.	' Realizar socialización y sensibilización de enfermedades de salud mental en el contexto de la enfermedad de origen. ' Realizar capacitación en detección y pesquisa de enfermedades de salud mental. ' Realizar capacitación en intervención en crisis y manejo de eventos adversos, de acuerdo a normativas vigentes. ' Capacitación en abordaje de duelo por pérdidas ocurridas con la enfermedad o como consecuencia de esta, incluso el enfrentamiento con la muerte.
Instalar competencias del área psicosocial en los equipos tratantes.	' Entrenar al equipo clínico para que otorgue adecuada acogida a familiares y red de apoyo de la persona usuaria. ' Entregar información, psicoeducación, facilitar participación y entrenamiento en cuidado. ' Entrenar al equipo clínico en Determinantes Sociales de la Salud (Género) y en Derechos Humanos.
Brindar soporte psicosocial a familiares o persona significativa y/o adulta responsable de la persona, en relación a los elementos desencadenantes de crisis y superación de ella.	' Psicoeducación a familiares y red de apoyo, en la comprensión y el manejo de la enfermedad de la persona usuaria. ' Educar a la familia y red de apoyo de la persona usuaria en identificar factores detonantes de crisis. ' Otros, de acuerdo a necesidades específicas de cada persona.

Tabla 32. Criterios de calidad de la interconsulta de Enlace (referencia).

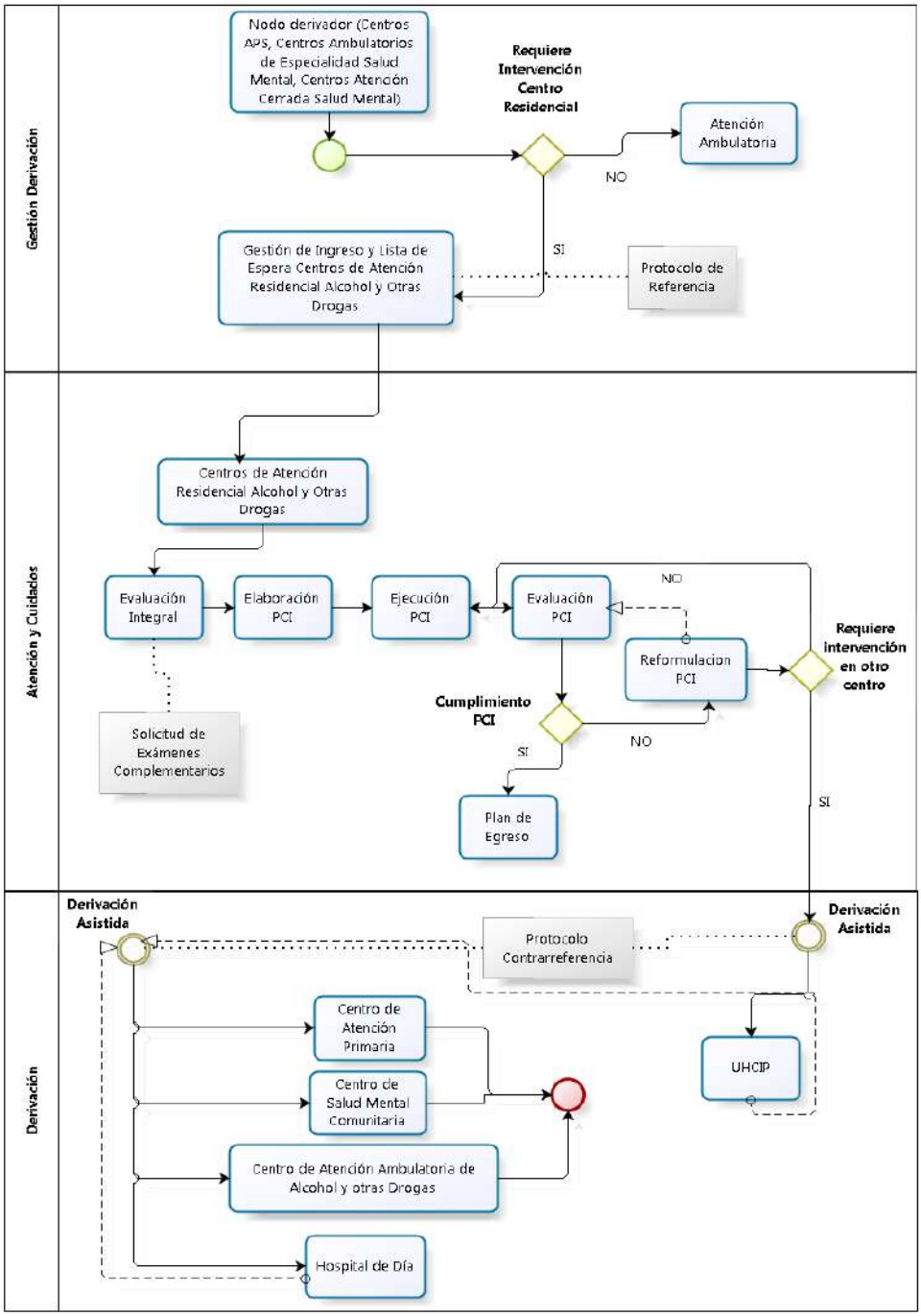
CRITERIOS DE CALIDAD DE LA INTERCONSULTA DE ENLACE (REFERENCIA)
El motivo de interconsulta está claramente especificado e incluye: • Motivo de solicitud de interconsulta a psiquiatría de enlace. • Diagnóstico médico que motiva la hospitalización. • Hipótesis diagnóstica psiquiátrica, al menos sindromática. • Descripción de los síntomas y signos principales. • Tratamiento farmacológico actual y tratamientos previos con sus respectivos resultados. • Intervención en crisis recibida durante su hospitalización. • Antecedentes de historia clínica psiquiátrica anterior con identificación de dispositivo si existe. • Informar red de apoyo efectiva y especificar contactos telefónicos.
Establecer, claramente, la urgencia de la atención: emergencia, urgencia o rutina.
Informar previamente a la persona usuaria y, si es posible y autorizado por ella, en su caso, a los familiares y/o red de apoyo sobre la visita psiquiátrica.
Referir precozmente, en cuanto se detecte la necesidad.
Identificar claramente el servicio clínico y al profesional que emite la interconsulta para devolver información o planificar tratamiento.
Identificar claramente la localización de la persona usuaria dentro del hospital.
Registrar en la ficha clínica lo indicado en la hoja de interconsulta.
Informar al personal de enfermería sobre la interconsulta y las preguntas que se requieren resolver.

Tabla 33. Criterios de calidad del proceso de respuesta a la interconsulta de Enlace.

CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROCESO DE RESPUESTA A LA INTERCONSULTA
1. Clarificar diagnóstico y comunicarlo eficientemente al equipo tratante.
2. Revisar la historia y la información disponible. Recolectar la que sea necesaria.
3. Establecer y concordar con el equipo derivador, el grado de urgencia de la atención de la persona.
4. Consignar indicaciones de la especialidad para ser incluidas en el plan de tratamiento del servicio clínico.
5. Promover activamente la integralidad del tratamiento de la persona, complementando las acciones y sin sustituir al equipo tratante.
6. Transferencia técnica al equipo tratante.
7. Establecer contacto personal con el médico responsable de la persona usuaria, especialmente si las indicaciones son cruciales o controvertidas.
8. Seguir a la persona usuaria durante su hospitalización y hacer las indicaciones para el control ambulatorio.
9. Registro claro de acciones en la ficha clínica.

D. Centro de Atención Residencial para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (Centro de tratamiento residencial)

Figura 20. Flujograma del Centro de Atención Residencial para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (centro de tratamiento residencial).



CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CENTRO DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL)	
Definición	Punto de atención que brinda tratamiento y rehabilitación en modalidad de residencial a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia al alcohol y otras drogas; con dependencia administrativa pública o privada, financiado con recursos públicos. Su trabajo se encuentra integrado a la red de salud general y de salud mental e intersectorial, para responder apropiada y oportunamente al conjunto de necesidades de cada persona, efectuando los procesos de referencia, contrarreferencia y derivación asistida que permitan garantizar la continuidad de la atención e integralidad de los cuidados, a través de procedimientos locales efectivos. Cuenta con un equipo transdisciplinario que entrega un abordaje integral a la población objetivo definida[37] , el que posee competencias en salud mental y en la intervención con personas que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas. Estos centros deben cumplir con los aspectos especificados en el Decreto Nº 4 de reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas, promulgado por el Ministerio de Salud en el año 2009 y estarán sujetos a las Normas Técnicas y orientaciones que se elaboren en el marco de los convenios entre MINSAL y SENDA, junto con otros organismos del Estado. Deben contar con infraestructura y equipamiento adecuados para el número de personas usuarias a atender, garantizando condiciones para el buen desarrollo de las intervenciones individuales, familiares, grupales, como contar con espacios de descanso y recreación. Asimismo, debe contar con servicios de hotelería pertinentes a las necesidades de las personas en este tipo de tratamiento (dormitorios confortables, alimentación balanceada y suficiente, ambientes calefaccionados y con ventilación, disponibilidad de agua caliente para el aseo personal, entre otros).
Población Objetivo[38]	Personas beneficiarias de FONASA[39] [40] que habitan en la jurisdicción del Servicio de Salud correspondiente, que presenten diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/u otras drogas, con un compromiso biopsicosocial severo, con o sin comorbilidad psiquiátrica (la que debe estar estabilizada), que presentan en un momento de su trayectoria la necesidad de cuidado residencial. Cada red podrá definir, en base a las necesidades y especificidades de su población, cuáles centros o programas podrían brindar atención a poblaciones tales como: personas en situación de calle, mujeres, niños y niñas, adolescentes, personas que han cometido infracción de ley, entre otras).
Vinculación administrativa	Pública (Servicios de Salud, Municipios, entre otros) o Privada con financiamiento público (en el marco de los convenios en que participa SENDA y MINSAL).
Vinculación Técnica	Servicios de Salud – MINSAL – SENDA.

[37] **Población objetivo** deberá estar definida por la Organización de Red Temática de Salud Mental de cada Servicio de Salud en coordinación con el SENDA Regional correspondiente.

[38] **Población objetivo** deberá estar definida por la Organización de Red Temática de Salud Mental de cada Servicio de Salud en coordinación con el SENDA Regional correspondiente.

[39] En el caso de adolescentes y jóvenes que han ingresado al sistema judicial por la Ley 20.084 (de Responsabilidad Penal Adolescente) y adultos condenados en el marco de la Ley 20.603 (que establece medidas alternativas a las penas privativas o restrictivas de libertad), podrían no ser población FONASA y por Ley debe atenderse igual.

[40] Puede haber programas o centros de la red pública o privados, que reciben financiamiento público de SENDA, y en el marco de esos convenios podrían dar cobertura a población que no es Fonasa (ej. Programas para población infanto-adolescente general).

Criterios para determinar la oferta	Este punto de atención debe estar presente en todos los Servicios de Salud en coordinación con SENDA regional y, progresivamente, en cada uno de los territorios definidos en su diseño de red, según corresponda de acuerdo a su nivel de resolutividad, Modelo de Gestión u orientaciones específicas para éste. Para definir el número de Centros a implementar en cada Servicio de Salud es necesario considerar en los análisis, variables tales como: determinantes sociales, epidemiología territorial asociada a la población, definiciones estratégicas a nivel nacional, conectividad, dispersión geográfica, barreras de acceso, entre otras. Una de particular importancia es el tiempo de desplazamiento de las personas usuarias y sus familias, entre su lugar de residencia y el nodo de atención, ya que debe asegurarse el acceso oportuno en cada territorio definido por el diseño de la red del Servicio de Salud.
Acciones	**Actividades**
Otorgar atención y cuidados a personas que presentan diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/u otras drogas.	▪ Realizar evaluación de ingreso de la salud mental y física, funcionamiento, estructura y apoyo familiar, funcionamiento social, factores que inciden o mantienen el consumo, elementos protectores y de vulnerabilidad, necesidades de integración social, entre otros. ▪ Realizar entrevista de motivación al cambio, en los casos que sea necesario ▪ Realizar diagnóstico integral o actualización diagnóstica, según corresponda. ▪ Elaborar, ejecutar y evaluar con la persona usuaria su Plan de Cuidados Integrales (PCI), que considere también acciones con familiares/cuidadores y comunidad. ▪ Ejecutar acciones para facilitar la inclusión de las personas con su comunidad. ▪ Realizar acciones de intervención en crisis, cuando se requiera. ▪ Realizar acciones de prevención de recaídas, gestión de riesgos, motivacionales, entre otras fundamentales para esta condición de salud. ▪ Elaborar y ejecutar plan de egreso. ▪ Realizar derivación asistida a un nodo de mayor o menor complejidad según corresponda. ▪ Realizar seguimiento posterior al egreso.
Vincular con otros nodos y puntos de atención de la red para la continuidad de cuidados.	▪ Derivar y apoyar a las personas para realizar sus controles de salud en Atención Primaria, acorde a su curso de vida. ▪ Derivar y apoyar el ingreso de las personas a programas específicos en el Centro de Atención Primaria correspondiente. ▪ Derivar y apoyar a las personas para su atención en otros nodos de la red de salud mental y de la red general de salud, según sus necesidades. ▪ Aplicar procedimientos establecidos de referencia y contrarreferencia a otras especialidades de la red de salud general. ▪ Derivar de forma asistida a otras especialidades y registrarlo en ficha clínica.
Desarrollar intervenciones con familiares/cuidadores.	▪ Realizar acciones para fortalecer la red de apoyo familiar y comunitaria. ▪ Psicoeducar a familiares/cuidadores en estrategias de afrontamiento, autocuidado, prevención de recaídas, entre otros. ▪ Desarrollar estrategias que potencien habilidades relacionales para la mantención los logros alcanzados por las personas en tratamiento.

Desarrollar acciones para el funcionamiento del nodo en la red.	▪ Realizar planificación anual del centro. ▪ Programar y ejecutar reuniones clínicas. ▪ Aplicar "protocolo de referencia y contrarreferencia" existente en la red de salud. ▪ Participar en procesos de asesoría, evaluación y supervisión del Servicio de Salud y/o SENDA. ▪ Gestionar recursos técnicos, administrativos y financieros para el adecuado funcionamiento del nodo. ▪ Utilizar sistema de registro estadístico estandarizado (REM del DEIS-SISTRAT). ▪ Emitir informe cuali-cuantitativo de evaluación anual del funcionamiento del dispositivo. ▪ Establecer mecanismos de coordinación para la continuidad de cuidados e inclusión social. ▪ Participar en reuniones del Consejo Técnico de la Red de Salud Mental y Reuniones de Mesas Técnicas de alcohol y otras drogas. ▪ Mantener y fortalecer las competencias del equipo. ▪ Elaborar y desarrollar planes de autocuidado del equipo del centro.
Desarrollar procesos de evaluación y mejora continua de calidad de la atención.	▪ Desarrollar y/o adecuar procedimientos de control de riesgos y seguridad. ▪ Aplicar procedimientos que permitan asegurar la calidad de la atención de las personas. ▪ Mantener los registros actualizados y completos en cada ficha clínica. ▪ Desarrollar e implementar planes de capacitación continua para fortalecer competencias del equipo en la atención de personas que presentan consumo problemático de alcohol y/u otras drogas. ▪ Elaborar y desarrollar planes de autocuidado del equipo del centro.
Desarrollar mecanismos de articulación con la comunidad e intersector en la temática de alcohol y otras drogas.	▪ Planificar y participar en reuniones de articulación con instancias de la red comunitaria de alcohol y otras drogas. ▪ Aplicar y difundir material educativo para el cuidado y prevención de consumo de alcohol y otras drogas. ▪ Colaborar y participar en la ejecución de acciones de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el contexto comunitario, cuando corresponda. ▪ Realizar acciones de coordinación con programas de la red de SENAME, GENCHI, MIDESO, SENAMA u otros para la atención con planes de intervención integrados. ▪ Apoyar en la formación de grupos de autoayuda. ▪ Apoyar a agrupaciones de usuarios y familiares de personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas. ▪ Realizar jornadas psicoeducativas con grupos de autoayuda, agrupaciones de familiares, organizaciones de salud u organizaciones socio comunitarias sobre temáticas de alcohol y otras drogas. ▪ Elaborar planes de intervención integrados entre distintas instituciones, con objetivos de intervención y acciones comunes.

Tabla 34. Centro de Atención Residencial para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (centro de tratamiento residencial). Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado y Requisitos de calidad.

ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO	REQUISITOS DE CALIDAD
Definir referente, del punto de atención del Centro de Salud Mental Comunitaria y del Centro de Atención Primaria para la continuidad de atención.	Están definidos los referentes del Centro de Atención Primaria y de los nodos y puntos de atención de especialidad que corresponden. Existe mecanismo de comunicación efectiva entre los referentes el cual esta socializado en la red.
Establecer estándares de información y sistema de registros integrados.	Existen mecanismos de coordinación y de obtención de información, para tener bases de datos integradas y no repetir ni omitir información relevante. Estan definidos estándares minimos de información.
Desarrollar planes integrados con el intersector cuando la complejidad de las personas usuarias lo requieran.	Existe plan de Intervención integrado con el intersector cuando la complejidad de las personas usuarias lo requieran.

12. Provisión de servicios para la atención y cuidados en población con necesidades específicas asociadas a su discapacidad de origen mental

Para llevar a cabo una transformación de los servicios de salud mental hacia el paradigma de Recovery, además del apoyo institucional, hace falta la habilitación de las personas que utilizan los servicios para ser protagonistas en su propio proceso. Los cambios, no solo deben esperarse en los propios afectados, sino también en las instituciones y equipos que deban trabajar en instalar una práctica basada en el recovery [106].

Si bien, la rehabilitación psicosocial ha supuesto un gran avance en la atención brindada a las personas en situación de discapacidad como consecuencia de una enfermedad mental de larga data, es necesario prestar una constante atención a todo el proceso de atención, para no caer en situaciones como la cronificación, la exclusión social y la institucionalización. En este sentido, no basta con la creación de un mayor número de puntos de atención asistenciales, sino en instalar una nueva mirada que incorpore la atención orientada a la Recuperación en todo el proceso de atención, mejore las políticas públicas de salud mental, logre un cambio en las respuestas de los ciudadanos ante el problema y consiga proporcionar una mayor atención a las familias de los afectados y a su red social.

Esto requiere de equipos formados que trabajen con las personas bajo el modelo de Recovery, incorporando como elemento central, la Rehabilitación Psicosocial Basada en la Comunidad (RBC) [167]. La evidencia resalta las ventajas presentadas por la RBC en relación a la eficacia y eficiencia de los resultados esperados, en contraste con la atención que se otorga exclusivamente en ámbitos hospitalarios. Estas ventajas se manifiestan en variados ámbitos: la salud física; el funcionamiento cognitivo; el funcionamiento social; la participación en actividades comunitarias; la disminución de recaídas y de reingresos; la integración a su familia o red de apoyo; el uso de servicios sanitarios; la satisfacción de las personas usuarias y el costo económico [167].

Los servicios y apoyos de la RBC son flexibles e individualizados y su duración se relaciona con los avances de cada persona, ajustándose al curso de vida, nivel de funcionalidad y dependencia, propiciando que las personas logren mantenerse independientes en la mayor medida posible, econó-

micamente productivos, acceder a servicios educativos, sociales, y desempeñar diferentes roles en la vida. Del mismo modo, considera que los resultados de la Recuperación son personales y únicos.

En esta lógica, la Recuperación de las personas será entendida como un proceso continuo, evolutivo y no lineal que supone el desarrollo de la autonomía personal, el desempeño de roles socialmente valiosos y la mantención de relaciones socioafectivas significativas, en una convivencia con los síntomas que permita a la persona un nivel de inclusión sociocomunitaria suficiente para desarrollar una vida relativamente satisfactoria [106]. Asimismo, esto implica un proceso personal y un significado a nivel subjetivo que permite la construcción de un proyecto de vida satisfactorio positivo a pesar de la enfermedad mental, así como también asumir la gestión y el manejo adecuado de la propia enfermedad para reducir el impacto de los síntomas y discapacidades persistentes, alcanzar roles y metas personales socialmente valorables, más allá del rol de persona enferma y/o usuaria de servicios de salud mental.

Para esto, un paso es eliminar las restricciones arbitrarias de financiación que actualmente se aplican a los apoyos comunitarios en salud mental. Dentro del marco de la discapacidad, es igual de contraproducente para la inclusión sociocomunitaria no incorporar a las personas con enfermedad mental en trabajos que provee la comunidad, a que las personas con problemas de movilidad no puedan acceder a espacios públicos por barreras de acceso arquitectónico, por ejemplo. Las personas con discapacidad producto de una enfermedad mental, tienen distintas necesidades de apoyo, al igual que las personas con discapacidades físicas, a quienes nuestras sociedades han prometido los recursos, oportunidades y adaptaciones necesarias para permitirles vivir de la forma más independiente posible [168].

Para el logro de la Recuperación, los sistemas de servicios en salud mental deben estructurarse de manera que los servicios tengan una serie de componentes que incidan sobre la deficiencia, la desventaja y la discapacidad [105]. Esta estructuración implica la puesta en marcha de un sistema global en el que se prestan una variedad de servicios, cada uno de los cuales contribuye de diferente manera a esa Recuperación.

Desde este punto de vista, es necesario que el Estado proporcione a las personas en situación de discapacidad de origen mental, un sistema de apoyos graduados que, en un trabajo mancomunado e intersectorial, cubra las necesidades de inclusión sociocomunitaria de cada una de estas personas, en las áreas que se requiera. Estos apoyos deben ser entregados en los contextos naturales, en los que se desarrollan los distintos ámbitos de la vida de las personas (en el trabajo, en el hogar, en el club deportivo, etc.) y durante el tiempo que sea necesario.

Es así como, la Recuperación en la comunidad demanda la articulación en red con otros servicios que otorguen las condiciones básicas que requieren las personas para su bienestar: trabajo, vivienda, educación, lazos afectivos, relaciones sociales, etc, considerando cómo cada persona comprende y vive su enfermedad, y cuál es el significado que da a la Recuperación; propiciando el ejercicio de derechos, cuya ausencia o insuficiencia contribuye al malestar subjetivo y a generar enfermedades mentales.

Esto conlleva diversificar la oferta de servicios de apoyos y cuidados, diseñando un modelo que incorpore el componente clínico; de rehabilitación y Recuperación en forma integrada, donde confluya el quehacer de instancias comunitarias y otros sectores del Estado para lograr un resultado eficiente y eficaz, evitando que la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades de inclusión sociocomunitaria de estas personas quede únicamente en el sector salud. En este contexto, se presenta el desafío de poner a disposición servicios insertos en la comunidad, proveyendo los apoyos y cuidados pertinentes a las personas, de acuerdo a sus grados de funcionalidad y necesidades específicas de atención.

La materialización de esta línea requiere una inversión compartida y colaborativa con una voluntad política mancomunada entre los distintos sectores – Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, Servicio Nacional de la Discapacidad, Ministerio de Vivienda y Urbanismo; Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo – por mencionar algunas de las carteras del Estado que deben incorporar en sus agendas, políticas inclusivas para todas las personas en situación de discapacidad.

El desafío para nuestro país es desarrollar la cantidad adecuada de recursos en esta área, y lograr que todos los que existen en la actualidad y los que se incorporen en el futuro, se orienten con los criterios del recovery. Esto implica identificar los distintos perfiles de personas con discapacidad de origen mental que requieren diferentes grados de apoyo y cuidados para cubrir sus necesidades en rehabilitación psicosocial y alcanzar su inclusión sociocomunitaria.

Los puntos de atención y espacios residenciales existentes para personas en situación de discapacidad producto de una enfermedad mental son:

Hogares Protegidos: vivienda y soporte social para personas con discapacidad de origen mental e insuficiente o nula red de apoyo.

Residencias Protegidas: vivienda y soporte socialpara personas con discapacidad severa de origen mental y con mayores niveles de dependencia. Poseen un mayor grado de complejidad técnica y psicosocial.

El siguiente cuadro menciona los distintos puntos de atención y espacios residenciales proyectados en la red, dirigidos a personas en situación de discapacidad producto de una enfermedad mental, con distintas necesidades de apoyos y cuidados, y que hoy no se encuentran disponibles, pero que deben ser incorporadas en las políticas públicas de los próximos años.

Tabla 35. Puntos de Atención y espacios residenciales para personas en situación de discapacidad producto de una enfermedad mental, con distintas necesidades de apoyos y cuidados.

1	Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental, Población Adulta.
2	Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental, Población Adolescente.
3	Residencias de Cuidados Permanentes en Salud Mental Población Adulta
4	Hogares con Apoyo (parcial/ 24 horas) Población Adulta

Para los nodos y puntos enumerados deben desarrollarse los respectivos Modelos de Gestión, por lo tanto, los contenidos enunciados para estos a continuación son una propuesta para su desarrollo.

A. Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental, Población Adulta

UNIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN INTENSIVA EN SALUD MENTAL, POBLACIÓN ADULTA	
Definición.	Esta Unidad es un punto de atención de especialidad cerrada, ubicada en el territorio, para un máximo de 15 plazas. Brinda atención las 24 horas, a población adulta que presenta enfermedad mental grave, refractaria a distintos abordajes terapéuticos y en situación de complejidad, lo que hace que estas personas requieran de rehabilitación intensiva como parte de su proceso de Recuperación e inclusión sociocomunitaria. En esta Unidad se otorgan cuidados y rehabilitación intensiva, procurando satisfacer las necesidades especificas, vinculadas al curso de vida, condición de salud y requerimientos particulares de cada persona. Se recomienda que el tiempo de permanencia en esta unidad vaya de tres meses a un máximo de un año. Excepcionalmente, la duración en esta unidad podría prolongarse hasta un máximo de dos años, con consulta de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, o de su expresión en el nivel Regional. Durante el proceso de Recuperación, estas personas deben ser integradas progresivamente a sus familias (cuando corresponda) y/o red de apoyo para alcanzar su inclusión sociocomunitaria. En esta Unidad se busca que la persona logre una estabilización integral, mejore su grado de funcionalidad global, promoviendo la autonomía y teniendo como fin la Recuperación y la inclusión sociocomunitaria. Su trabajo se ejecuta en un marco de ejercicio de derechos y de respeto del contexto cultural, orientación sexual, identidad y expresión de género de las personas que ingresen. Dado que su principal propósito es la inclusión sociocomunitaria, la localización adecuada para estas unidades es en la comunidad, aunque su vinculación administrativa pueda ser de un servicio de psiquiatría de un hospital general. Actualmente en Chile, aún vive un número importante de personas en los cuatro hospitales psiquiátricos existentes, a quienes es necesario desinstitucionalizar a través de un proceso técnico adecuado. En tres de estos hospitales, existen Unidades denominadas de Mediana Estadía (UME). El objetivo de su creación fue focalizar el trabajo terapéutico sobre grupos específicos de personas usuarias para evitar las hospitalizaciones reiteradas de algunas de ellas y para permitir el egreso permanente de otras. Hoy en día, las UME muestran distintos estándares de funcionamiento, por lo cual es necesario clarificar sus funciones en la red, alinear su modelo de atención con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y dotarlas adecuadamente para cumplir las funciones definidas. Esto hace imprescindible su reconversión a Unidades de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental para que, finalmente, terminen localizándose fuera de los hospitales psiquiátricos, en la red comunitaria. Esto, de ningún modo significa un simple cambio de denominación, sino que implica un proceso de definición técnica, cuyo resultado previsible es que algunas personas usuarias que actualmente permanecen en las UME cumplen los criterios para egresar hacia puntos de atención residenciales fuera de los hospitales (actualmente, Hogares y Residencias Protegidas), con distintas necesidades de apoyo, y otras que requieren acceder a Unidades de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental para avanzar hacia su inclusión sociocomunitaria.

Población objetivo.	Personas mayores de 18 años que presentan una enfermedad mental grave, refractaria a distintos abordajes terapéuticos y en situación de complejidad. Habitualmente, se trata de personas que viven en condiciones de alta vulnerabilidad social, lo que incrementa su exclusión. Pueden presentar discapacidad moderada o severa en su funcionalidad, con conductas que interfieren en su vida cotidiana y causan dificultades en su convivencia social, pudiendo generar conductas de riesgos no vitales para sí y para otros, lo que impide que, en el periodo actual, su proceso de atención y cuidados se realice en forma ambulatoria o en modalidad domiciliaria. Esta población requiere de intervenciones intensivas, integrales y más prolongadas que las ofrecidas por la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos Psiquiátricos (UHCIP). Aunque, de ningún modo, el diagnóstico nosológico por si mismo determina el lugar de atención de las personas en la red, el perfil de personas usuarias descrito para este punto de atención se asocia habitualmente a personas que presentan una evolución prologada de los siguientes cuadros nosológicos: esquizofrenia, retardo mental, trastorno esquizoafectivo con importante deterioro cognitivo, trastorno mental de base orgánica, trastornos del espectro autista y trastornos de personalidad severos.
Objetivo general.	Brindar cuidados y rehabilitación intensiva en atención cerrada, a personas con enfermedad mental grave que han mostrado refractariedad a distintos abordajes terapéuticos y que requieren de intervenciones clínicas por un tiempo prolongado para alcanzar un nivel de funcionamiento que facilite su inclusión sociocomunitaria, mejore su calidad de vida y permita la continuidad del cuidado en otros nodos y puntos de atención de la red.
Objetivos específicos.	‘ Lograr la estabilización integral de la persona. ‘ Mejorar el grado de funcionalidad global de la persona, promoviendo la autonomía e inclusión sociocomunitaria. ‘ Promover activamente el protagonismo de las personas usuarias en su proceso de Recuperación y construcción de su proyecto de vida, a pesar de la enfermedad. ‘ Desarrollar estrategias para favorecer la adherencia al proceso de atención tanto para las personas usuarias como su familia y red de apoyo. ‘ Incluir en el proceso de atención acciones de prevención e intervenciones para la reducción del estigma y autoestigma. ‘ Brindar atención y cuidados con estándares de calidad a las personas y sus familias, desde el ingreso y hasta la plena transferencia al equipo que continuará su plan de atención.
Vinculación técnica y administrativa.	Hospitales generales de alta y mediana complejidad u otro, según realidad local. En el caso de aquellas Unidades de Cuidados y Rehabiltacion Intensiva en Salud Mental resultante de la reconversión de las actuales Unidades de Mediana Estadía, podrán continuar dependiendo transitoriamente de sus hospitales de origen. Ministerio de Salud.
Criterios para determinar la oferta	Esta Unidad debe estar presente en las redes de todos los Servicios de Salud y, progresivamente, en cada uno de los territorios definidos en su diseño de red, con su respectivo Modelo de Gestión u orientaciones específicas, considerando las siguientes variables: determinantes sociales de salud, epidemiología territorial, conectividad, dispersión georgráfica, barreras de acceso, entre otras. Posee particular importancia considerar el tiempo de desplazamiento entre lugar de residencia y punto de atención, ya que debe asegurarse el acceso oportuno.
Recurso humano en la Unidad.	A definir en el Modelo de Gestión para esta Unidad.

Acciones.	Actividades principales.
Efectuar el proceso de admisión.	▪ Socializar en la red los criterios de inclusión de la unidad, requisitos de acceso, documentación clínica y administrativa necesaria para postulación. ▪ Efectuar proceso de derivación asistida. ▪ Participar en Comité de ingreso a atención cerrada. ▪ Comunicar a los equipos derivadores acerca de las personas usuarias con ingreso aceptado y los requerimientos de presentación en la unidad (horario, vestuario, útiles de aseo personal, otros). ▪ Obtener consentimiento informado para ingreso a Unidad.
Entregar atención, cuidados y rehabilitación intensiva	▪ Realizar el proceso de ingreso, que incluye el encuentro de derivación asistida con el equipo derivador. ▪ Designar a gestor/a terapéutico/a. ▪ Realizar evaluación integral y diagnóstico diferencial. ▪ Desarrollar un Plan de Cuidados Integrales (PCI). ▪ Realizar acciones de prevención e intervención para la reducción del estigma y autoestigma. ▪ Identificar y vincular los recursos familiares y comunitarios del contexto de vida habitual de la persona. ▪ Realizar acciones sectoriales e intersectoriales que favorezcan la inclusión sociocomunitaria en el territorio. ▪ Elaborar y desarrollar un Plan de Egreso individualizado, que incluya la derivación asistida a otro nodo o punto de atención.
Mantener mecanismos de coordinación efectiva con la Red de Salud territorial que corresponda.	▪ Coordinar con la Atención Primaria de Salud, acciones complementarias para brindar soporte integral a la persona, familia o red de apoyo, según PCI. ▪ Mantener coordinación expedita con los equipos de otros nodos y puntos de atención de la red para asegurar la continuidad de cuidados. ▪ Establecer mecanismos de coordinación con otras especialidades de salud. ▪ Participar en el Consejo Técnico de la Red Temática de Salud Mental. ▪ Fomentar la participación del equipo y personas usuarias en el Consejo de Participación Social en Salud Mental del Servicio de Salud. ▪ Orientar a las personas usuarias y sus familias sobre otras instancias de participación social. ▪ Participar en jornadas de trabajo de la Red Temática de Salud Mental. ▪ Elaborar instructivos para asegurar la continuidad del cuidado.
Establecer estrategias de articulación con otras instancias intersectoriales y comunitarias	▪ Establecer coordinación con la red intersectorial pública y privada: Justicia, Trabajo, Vivienda, Educación, ONGs, Municipalidades, entre otros, para favorecer la inclusión sociocomunitaria de las personas usuarias de la Unidad. ▪ Incorporar a las personas usuarias en la definición, gestión y participación de actividades desarrolladas en la comunidad. ▪ Desarrollar estrategias de sensibilización y reducción de estigma con el intersector y la comunidad.

Desarrollar docencia e investigación, de acuerdo al marco regulatorio vigente.	▪ Incorporar en la planificación anual los tiempos asignados a docencia y la supervisión docente asistencial en la Unidad, de acuerdo a los convenios docentes asistenciales aprobados por el Servicio de Salud. ▪ Participar activa y críticamente en la elaboración del perfil de competencias y contenidos que se entregarán a los profesionales en formación de postgrado y alumnos de pregrado que roten por la Unidad. ▪ Identificar brechas de competencias y conocimientos del propio equipo y planificar procesos de resolución de estas, en el marco de la relación docente asistencial. ▪ Supervisar que las acciones docente asistenciales se otorguen en el marco del Enfoque de Ejercicio de Derechos. ▪ Implementar estudios de resultados de los procesos terapéuticos que permitan levantar evidencia para mejorar la atención, en el marco de la Red Temática de Salud Mental.
Desarrollar mecanismos de gestión técnico-administrativa de la Unidad.	▪ Mantener una organización técnico-administrativa alineada con las regulaciones vigentes. ▪ Mantener coordinación con otros servicios de apoyo del hospital de dependencia, a través de procedimientos internos, tales como: farmacia, laboratorio, servicios generales, alimentación, abastecimiento y contabilidad, equipos de alta resolutividad, entre otros. ▪ Desarrollar procesos de mejora continua de la calidad de la atención, alineados con la legislación vigente. ▪ Establecer sistemas de supervisión de normas relacionadas a la seguridad de las personas, tales como: de contención por agitación motora; de prevención y notificación de eventos adversos y centinelas; de emergencias y desastres; y de riesgo vital, entre otros. ▪ Establecer mecanismos para el desarrollo de competencias técnicas del equipo. ▪ Gestionar los recursos necesarios para la implementación y mantención del ambiente terapéutico. ▪ Mantener sistema de registro actualizado de: ingresos, egresos, prolongación de estadía, re-hospitalización, rechazos de continuidad de hospitalización, entre otros, que permita la evaluación periódica de la unidad. ▪ Establecer y supervisar sistema de visitas de familiares u otra red de apoyo. ▪ Programar y calendarizar reuniones clínicas. ▪ Programar y ejecutar reuniones del equipo con fines organizacionales y funcionales de la unidad.

B. Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental, Población Adolescente.

UNIDAD DE CUIDADOS Y REHABILITACIÓN INTENSIVA EN SALUD MENTAL, POBLACIÓN ADOLESCENTE.	
Definición	Esta Unidad es un punto de atención de especialidad cerrada, ubicada en el territorio, para un máximo de 10 plazas. Brinda atención las 24 horas, a población adolescente entre 10 y 17 años, 11 meses y 29 días que presenta enfermedad mental grave, refractaria a distintos abordajes terapéuticos y en situación de complejidad, lo que hace que estas personas requieran de rehabilitación intensiva como parte de su proceso de Recuperación e inclusión sociocomunitaria. Esta población requiere intervenciones focalizadas, personalizadas y prolongadas, consensuadas con la persona usuaria, para el logro de la estabilización del cuadro clínico y el desarrollo de habilidades psicosociales que permitan su Recuperación e inclusión sociocomunitaria. Brinda cuidados integrales, considerando necesidades específicas acorde al enfoque de curso de vida y de autonomía progresiva y requerimientos particulares de cada persona, se recomienda que el tiempo de permanencia no exceda un año. Esta Unidad no cumple una función residencial, sino que se trata de una Unidad Clínica centrada fundamentalmente en la rehabilitación psicosocial, la Recuperación y la inclusión sociocomunitaria. Su diseño arquitectónico, su equipamiento y sus rutinas de trabajo deben estar supeditados a esta función primordial. Cuenta con un equipo transdisciplinario altamente especializado para brindar atención y cuidados integrales a la población adolescente, hombres y mujeres, con consideración de su curso de vida, contexto cultural, determinantes sociales, orientación sexual, identidad y expresión de género. La experiencia muestra la necesidad de implementar espacios diferenciados en dos rangos etarios de 10 a 14 y de 15 a 17 años, con el fin de responder a las necesidades específicas de cada grupo y evitar exponer a situaciones de riesgo al grupo de menor edad. Debe preferirse siempre las intervenciones menos restrictivas y administrar con criterios de equidad y salud pública los recursos existentes y crear condiciones para crear aquellos aún no disponibles. El ambiente terapéutico en esta Unidad es fundamental, requiriéndose el cumplimiento de características estructurales, funcionales, relacionales, así como de una dotación y competencias del recurso humano que aseguren los resultados esperados, con acciones acordes al curso de vida y las necesidades de cada adolescente. En estas unidades se apunta al desarrollo de la autonomía progresiva, el resguardo de la integridad y el ejercicio de derechos de esta población, garantizando la protección, tanto de la población atendida como del equipo. El equipo debe tener una activa relación con la Red General de Salud, Red Temática de Salud Mental y con el intersector y la comunidad, ya que este es un factor crítico para articular la continuidad de cuidados y permitir una inclusión sociocomunitaria efectiva y sustentable.

Población objetivo	Adolescentes, hombres y mujeres, de 10 a 17 años, 11 meses y 29 días que presentan enfermedad mental grave, que han mostrado refractariedad a distintos abordajes terapéuticos y requieren rehabilitación intensiva en atención cerrada. Este perfil de adolescentes en su mayoría presenta condicionantes sociales adversos desde la infancia, como antecedentes de traumatización temprana por maltrato y/o abuso sexual reiterado, consumo de sustancias, desescolarización temprana. De ningún modo, el diagnóstico nosológico determina el lugar de atención de las personas en la red, sino sus necesidades específicas y los recursos disponibles.
Criterios para determinar la oferta	Esta Unidad debe considerarse en el diseño de red de todos los Servicios de Salud y, progresivamente, en cada uno de los territorios definidos en la red, Modelo de Gestión u orientaciones específicas, considerando las siguientes variables: determinantes sociales de salud, epidemiología territorial, conectividad, dispersión geográfica, barreras de acceso, entre otras. Posee particular importancia el tiempo de desplazamiento entre lugar de residencia y punto de atención, ya que debe asegurarse el acceso oportuno y vinculación con familia y/o red de apoyo.
Objetivo general	Brindar cuidados y rehabilitación intensiva en atención cerrada, a adolescentes con enfermedad mental grave, que ha presentado refractariedad a distintos abordajes terapéuticos, que requieren de intervenciones clínicas por un tiempo prolongado para alcanzar un nivel de funcionamiento que facilite la inclusión sociocomunitaria, mejore la calidad de vida y permita la continuidad del cuidado en la red sanitaria, intersector, familia y comunidad.
Objetivos específicos	Organizar el funcionamiento de la unidad para asegurar la no vulneración de derechos de las personas adolescentes durante su permanencia en ella. Mejorar la funcionalidad global del adolescente, promoviendo la autonomía progresiva. Promover activamente el protagonismo del adolescente en su proceso de Recuperación y en la construcción de su proyecto de vida, apuntando a su inclusión sociociocomunitaria. Desarrollar estrategias para favorecer la adherencia al proceso de atención tanto para los adolescentes como su familia y/o red de apoyo. Incluir en el proceso de atención acciones de prevención e intervención para la reducción del estigma y autoestigma. Brindar atención y cuidados con estándares de calidad a las personas adolescentes y sus familias, desde el momento de su ingreso hasta la plena transferencia a la red sanitaria, intersector, familia y comunidad que continuará su plan de cuidados.
Recurso Humano en la Unidad	Definido en el Modelo de Gestión a elaborar para esta Unidad.
Acciones	**Actividades**
Efectuar el proceso de admisión.	‘ Socializar en la red los criterios de inclusión de la unidad, requisitos de acceso, documentación clínica y administrativa necesaria para postulación. ‘ Efectuar proceso de derivación asistida. ‘ Participar en Comité de ingreso a atención cerrada. ‘ Comunicar a los equipos derivadores acerca de las personas usuarias con ingreso aceptado y los requerimientos de presentación en la unidad (horario, vestuario, útiles de aseo personal, otros). ‘ Obtener asentimiento informado para ingreso a Unidad y autorizaciones que correspondan.

Entregar atención, cuidados y rehabilitación intensiva	' Realizar el proceso de ingreso, que incluye el encuentro de derivación asistida con el equipo derivador. ' Designar a gestor/a terapéutico/a. ' Realizar evaluación integral y diagnóstico diferencial que identifique las necesidades de los/las adolescentes, familias y/o su entorno sociocomunitario, identificando los factores de riesgo y protectores. ' Desarrollar un Plan de Cuidados Integrales (PCI) que incorpore intervenciones de acuerdo a curso de vida y autonomía progresiva, dirigido a la Recuperación y construcción del proyecto de vida de la persona adolescente. ' Favorecer el desarrollo integral de las personas adolescentes a través de un ambiente terapéutico. ' Implementar acciones de promoción, prevención de la salud y autocuidado. ' Desarrollar estrategias de detección precoz de enfermedades mentales asociadas o conductas de riesgo. ' Realizar acciones de prevención e intervención para la reducción del estigma y autoestigma. ' Identificar y vincular los recursos familiares y comunitarios del contexto de vida de la persona que favorezcan su Recuperación e inclusión sociocomunitaria. ' Fomentar la participación de las personas usuarias en el Consejo de Participación Social en Salud Mental del Servicio de Salud. ' Orientar a las personas usuarias y sus familias sobre otras instancias de participación social. ' Realizar acciones sectoriales e intersectoriales que favorezcan el desarrollo de roles sociales e inclusión sociocomunitaria en el territorio. ' Incorporar a las personas adolescentes en la definición, gestión y participación de actividades intersectoriales y aquellas desarrolladas en la comunidad. ' Elaborar y desarrollar un Plan de Egreso individualizado, que incluya la derivación asistida a otro nodo o punto de atención.
Mantener mecanismos de coordinación efectiva con la Red General de Salud y Red Temática de Salud Mental territorial.	' Coordinar con la Atención Primaria de Salud acciones complementarias para brindar soporte integral a la persona, familia o red de apoyo, según PCI. ' Mantener coordinación expedita con los equipos de otros nodos y puntos de atención de la red para asegurar la continuidad de cuidados. ' Establecer mecanismos de coordinación con otras especialidades de salud. ' Participar en el Consejo Técnico de la Red Temática de Salud Mental y Consejo de Participación Social en Salud Mental del Servicio de Salud. ' Participar en jornadas de trabajo de la Red Temática de Salud Mental.
Establecer estrategias de articulación con instancias intersectoriales y comunitarias	' Establecer mecanismos de coordinación con la red intersectorial pública y privada para favorecer la inclusión sociocomunitaria de las personas adolescentes de la Unidad. ' Desarrollar estrategias de sensibilización y reducción de estigma con el intersector y la comunidad.

Desarrollar docencia e investigación de acuerdo al marco regulatorio vigente.	▪ Incorporar en la planificación anual los tiempos asignados a docencia y la supervisión docente asistencial en la Unidad, de acuerdo a los convenios docentes asistenciales aprobados por el Servicio de Salud y por procedimiento definido para proceso de acreditación. ▪ Participar activa y críticamente en la elaboración del perfil de competencias y contenidos que se entregarán a los profesionales en formación de postgrado y alumnos de pregrado que roten por la Unidad. ▪ Identificar brechas de competencias y conocimientos del propio equipo y planificar procesos de resolución de estas en el marco de la relación docente asistencial. ▪ Supervisar que las acciones docente asistenciales se otorguen en el marco del Enfoque de Ejercicio de Derechos. ▪ Implementar estudios de resultados de los procesos terapéuticos que permitan levantar evidencia para mejorar la atención, en el marco de la Red Temática de Salud Mental.
Desarrollar mecanismos de gestión técnico-administrativa de la unidad.	▪ Mantener una organización técnico-administrativa alineada con las regulaciones vigentes. ▪ Mantener coordinación con Sistemas de Apoyo y Sistemas Logísticos del hospital de dependencia, a través de procedimientosinternos. ▪ Desarrollar procesos de mejora continua de la calidad de la atención, alineados con la legislación vigente. ▪ Establecer sistemas de supervisión de procedimientos relacionados a la seguridad de las personas, de acuerdo a legislación vigente. ▪ Establecer mecanismos para el desarrollo de competencias técnicas del equipo. ▪ Gestionar los recursos necesarios para la implementación y mantención del ambiente terapéutico e inclusión sociocomunitaria. ▪ Mantener sistema de registro actualizado de: ingresos, egresos, prolongación de estadía, eventos críticos y centinelas, re hospitalización, entre otros, que permita la evaluación periódica de la unidad. ▪ Establecer y supervisar sistema de visitas de familiares u otra red de apoyo. ▪ Programar y calendarizar reuniones clínicas. ▪ Programar y ejecutar reuniones del equipo con fines organizacionales y funcionales de la unidad.

C. Dispositivo de Apoyo Clínico Residencial en Salud Mental, población adulta.

DISPOSITIVO DE APOYO CLÍNICO RESIDENCIAL EN SALUD MENTAL, POBLACIÓN ADULTA.	
Definición.	Son puntos de atención y cuidados[41] en salud mental, que tienen un componente principalmente clínico y complementariamente residencial, para personas con enfermedad mental grave, limitaciones en la funcionalidad y alto grado de dependencia, por lo que requieren cuidados las 24 horas. A fin de garantizar un apoyo cercano y atingente a las necesidades de cada residente, se recomienda que el máximo de personas que puede vivir en este dispositivo es de 15. La población objetivo la constituyen hombres y mujeres, de 18 años y más, en consideración del curso de vida, contexto cultural, orientación sexual, identidad y expresión de género de cada persona. El ambiente terapéutico de estos puntos de atención debe propiciar el bienestar, la seguridad y el resguardo de la condición de salud integral, desde un enfoque de derechos, considerando las preferencias e intereses de las personas en los procesos de la vida cotidiana y su participación sociocomunitaria. Los equipos de trabajo deben ser competentes en: brindar cuidados clínicos de calidad; manejo y resolución de conflictos en el contexto de la convivencia; apoyo y contención personalizada; y en desarrollo de la funcionalidad, autonomía y participación sociocomunitaria. Este dispositivo debe mantener una coordinación activa y expedita con los centros de Atención Primaria y Centro de Salud Mental Comunitaria[42] del territorio.
Población objetivo.	Personas de 18 años y más, hombres y mujeres, que presentan una enfermedad mental grave, con trastornos conductuales, discapacidad severa y alto grado de dependencia y disfuncionalidad, por lo que requieren de apoyos permanentes para desarrollar actividades básicas de la vida cotidiana. Este perfil no se limita solamente a la esfera de la psicosis, e incluye a personas con discapacidad cognitiva, trastorno mental de base orgánica y trastornos generalizados del desarrollo que cumplen el perfil recién descrito.
Justificación.	Estos puntos de atención se hacen cargo de las necesidades de atención y cuidados en salud mental de personas con discapacidad, disfuncionalidad severa y trastornos conductuales que, en muchos casos, se encuentran o han estado institucionalizadas en largas estadías psiquiátricas, en residencias clandestinas, o bien se encuentran en situación de calle. En general, las personas con este perfil tienen necesidades de cuidados y apoyo psicosocial que superan las posibilidades de que sean provistas por su grupo de apoyo primario o familia, más aún, cuando en muchos casos estas presentan situación de pobreza y vulnerabilidad. Por su elevado nivel de discapacidad y disfuncionalidad, estas personas son excluidas y estigmatizadas tanto por su entorno cercano como por parte de los mismos equipos de salud, estando expuestas permanentemente a que se vulneren sus derechos y se les niegue el acceso a recursos sanitarios, intersectoriales y comunitarios en su territorio. Habitualmente, la situación de estas personas tensiona el sistema de salud por la falta de respuesta a sus necesidades de salud mental en las redes existentes, lo que hace imprescindible el desarrollo de estos puntos de atención.
Vinculación técnica y administrativa	Ministerio de Salud y Servicios de Salud, respectivamente.
Objetivo general.	Brindar atención y cuidados integrales de salud mental y, complementariamente, apoyo residencial para personas con enfermedad mental grave, limitaciones en la funcionalidad y alto grado de dependencia, de modo de asegurar la calidad de vida y el resguardo de sus derechos e integridad.

[41] Se elaborará el Modelo de Gestión respecto a este dispositivo.

[42] En aquellos territorios que aún no cuentan con Centro de Salud Mental Comunitaria esta cordinación deberá hacerse con el equipo ambulatorio de especialidad de salud mental, el que de acuerdo a las orientaciones del Modelo de Gestión de Red Temática de Salud Mental debe estar territorializado.

Objetivos específicos	▪ Brindar atención y cuidados integrales personalizados las 24 horas, en el contexto de un Plan de Cuidados Integrales de salud y salud mental. ▪ Estructurar un ambiente terapéutico que respete las preferencias personales, promueva la autonomía, bienestar y ejercicio de derechos de las personas. ▪ Articular la continuidad de cuidados, a través de mecanismos permanentes e integrados de coordinación con la red de salud general, la red de salud mental del territorio y con el intersector. ▪ Abogar activamente por el acceso equitativo a los servicios de la red de salud y el intersector. ▪ Impulsar acciones con los recursos territoriales disponibles que favorezcan, en algún grado, la inclusión sociocomunitaria de estas personas. ▪ Promover el eventual egreso a la comunidad.
Recurso humano.	A definir en Modelo de Gestión para estos dispositivos.

D. Hogares con apoyo[43]

Los Hogares con apoyo parcial o 24 horas surgen como una propuesta alternativa a los actuales Hogares y Residencias Protegidas, en el contexto del diseño de un **Sistema Intersectorial de Apoyos Graduados para personas en situación de discapacidad de origen mental.**

En agosto del 2014 se constituye la mesa técnica desde la cual se construye esta propuesta, contando con la participación de representantes del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU), Ministerio de Desarrollo Social (MDS), Ministerio de Salud (MINSAL), incorporándose también el Ministerio de Bienes Nacionales.

En base al principio esencial de la "intersectorialidad" consignado en la Norma sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (Ley Nº 20.422) y considerando la propuesta de enfoque de "pisos de protección social" que realiza la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entendidos como "un conjunto integrado de políticas sociales diseñados para garantizar a toda persona la seguridad básica de los ingresos y el acceso a los servicios sociales esenciales"; el acceso a estos servicios incluye garantías de acceso universal y asequibilidad en los ámbitos de la salud, agua y el saneamiento, educación, seguridad alimentaria, vivienda y otras esferas definidas en las prioridades nacionales [169].

En concordancia con lo anterior, la propuesta busca articular la oferta de los diversos sectores para que, en forma conjunta, complementaria y sinérgica se propicie un sistema de cuidados y apoyos graduados a personas en situación de discapacidad de origen mental, que les permita integrarse a la comunidad, mejorar su calidad de vida y desarrollar una vida lo más independiente posible, desde un enfoque de derechos.

El Sistema intersectorial de Apoyos graduados a personas en situación de discapacidad de origen mental tiene como objetivo impulsar cambios en la política pública, que permitan dar cuenta integralmente de las necesidades de las personas en situación de discapacidad de origen mental, involucrando a los distintos sectores del estado en sus ámbitos de competencia, contribuyendo a generar garantías que permitan el bienestar de las personas en situación de discapacidad, el ejercicio de derechos y la inclusión sociocomunitaria.

El Sistema de Apoyos Graduados contempla desarrollar acciones en distintos niveles, de manera que la población objetivo varía según cada estrategia a implementar.

[43] Se refiere a los actualmente denominados Hogares Protegidos y Residencias Protegidas.

En términos generales se pueden distinguir cuatro poblaciones:

- **Población general,** cuando se desarrollen acciones dirigidas a reducir barreras actitudinales, el estigma y discriminación a personas con trastornos mentales;
- **Familia con personas en situación de discapacidad,** a través de acciones que favorezcan y apoyen su rol como principal red de apoyo social para su familiar en situación de discapacidad;
- **Personas en situación de discapacidad de origen mental (psíquica y/o intelectual), con distintos niveles de dependencia y necesidades de apoyo,** en la medida en que se realicen acciones orientadas a su rehabilitación, Recuperación y a otorgar apoyo social, entendido como las acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerido por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria y/o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar barreras de comunicación, acceder a la oferta de servicios públicos, todo ello para promover una mayor autonomía.

Asimismo, se establecen líneas de apoyo transversales, orientadas a satisfacer necesidades de toda la población en situación de discapacidad de origen mental; y estrategias graduadas de apoyo residencial, de acuerdo a las necesidades de población.

Las líneas transversales son las siguientes[44]:

- Servicios de apoyo social individuales y colectivos
- Atención de salud
- Acceso a oportunidades de participación social, trabajo, educación, recreación, etc.
- Servicios de apoyo legal
- Apoyo a la vivienda

Por su parte, a continuación, se enumera las Estrategias Residenciales específicas definidas en el Sistema de Apoyos Graduados, según características de la población objetivo[45]:

1. Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental, Población Adulta.[46]
2. Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental, Población Adolescente.[47]
3. Residencias de Cuidados Permanentes en Salud Mental Población Adulta.[48]
4. Hogares con Apoyo (parcial/24 horas) Población Adulta.
5. Apoyo a la vida independiente.[49]

En el marco del Sistema de Apoyos Graduados que se encuentra en desarrollo se reemplazará la denominación actual de Hogares Protegidos y Residencias Protegidas por la de Hogares con Apoyo. El cambio de denominación responde a la necesidad de superar las prácticas asistencialistas y paternalistas vinculadas al calificativo "protegido" para diferenciar los distintos grados de apoyo

[44] Veáse en detalle el contenido de cada una de estas líneas, en el documento: Propuesta: Sistema Intersectorial de Apoyos Graduados para Personas en Situación de Discapacidad de Origen Mental. Documento de Trabajo. Ministerio de Salud, 2015

[45] Idem anterior.

[46] Descrito en la letra A de este mismo apartado.

[47] Descrito en la letra B de este mismo apartado.

[48] Descrito en la letra C de este mismo apartado.

[49] Se trata de un subsidio de arriendo o subsidio preferencial para la adquisición de una vivienda propia para personas con discapacidad mental, en condiciones de vivir en forma independiente y con capacidad de generar ingresos propios. Veáse más en: Propuesta: Sistema Intersectorial de Apoyos Graduados para Personas en Situación de Discapacidad de Origen Mental. Documento de Trabajo. Ministerio de Salud, 2015.

que las personas en situación de discapacidad de origen mental requieren, según sus necesidades particulares.

Con el objeto de diferenciar los grados de apoyo que existen en los actuales Hogares Protegidos y Residencias Protegidas, se distinguirán dos tipos de Hogares con Apoyo: los que cuentan con apoyo parcial y los con apoyo 24 horas.

Hogares con apoyo [127]	
Definición	Espacio residencial para personas de 18 años y más en situación de discapacidad de origen mental, que requieren apoyo para vivir en la comunidad y que no cuentan con redes de apoyo eficientes. Deben estar ubicados en lugares que faciliten el acceso a centros de salud, cívicos, comerciales, áreas verdes, y no deben estar al interior de instituciones. Esta alternativa residencial debe proveer un espacio óptimo para satisfacer las necesidades habitacionales de estas personas, como también brindar apoyo personalizado y condiciones de seguridad, contribuyendo al desarrollo de habilidades para el desempeño en la vida cotidiana y la inclusión sociocomunitaria. Los Hogares con Apoyo no son puntos de atención sanitarios ni de rehabilitación psicosocial, más bien, su existencia en la actualidad suple un déficit en la política de servicios sociales de apoyo a las personas en situación de discapacidad de origen mental. En concordancia con esto, las necesidades de salud y salud mental de estas personas deben ser satisfechas en la Red Temática de Salud Mental y la Red General de Salud del territorio. Debe propenderse a que las personas resuelvan sus necesidades habitacionales usando la oferta de la política social. Por lo que no debe entenderse mecánicamente que su permanencia en estos Hogares es definitiva. En los Hogares con Apoyo se deben considerar las preferencias personales de los residentes en decisiones cotidianas, favorecer su autonomía y ejercicio de derechos. Se debe contar con el personal suficiente para asegurar el apoyo personalizado necesario requerido por cada uno de los residentes, de acuerdo a sus características y necesidades, considerando el curso de vida, contexto cultural, orientación sexual, identidad y expresión de género de cada una de las personas residentes. Se recomienda que el número de residentes, en el caso de los Hogares con Apoyo (parcial) fluctúe entre 4 y 6 personas, mientras que para los Hogares con Apoyo (24 horas) vaya de 8 a 10. En cualquier caso, deben operar cautelando que existan condiciones de seguridad, privacidad, no hacinamiento y se asegure el apoyo personalizado necesario requerido por cada uno de los residentes.
Población objetivo	**Hogar con Apoyo (parcial):** Personas de 18 años y más, hombres y mujeres, en situación de discapacidad de origen mental y dependencia leve a moderada, sin desajustes conductuales severos y sin red de apoyo social efectiva (familiar o comunitaria) Son personas que requieren apoyo para vivir en la comunidad y que no cuentan con redes de apoyo eficientes. Considera la posibilidad de apoyo social graduado desde algunos días a la semana, algunas horas al día, hasta 24 horas al día, dependiendo de los requerimientos de sus residentes. Si bien, los requerimientos de apoyo social pueden ser permanentes, los residentes están en condiciones de permanecer sin apoyo por periodos acotados de tiempo (mientras el monitor realiza actividades fuera de la casa, por ejemplo). **Hogar con Apoyo (24 horas):** Personas de 18 años y más, hombres y mujeres, en situación de discapacidad de origen mental y dependencia moderada a severa, sin desajustes conductuales severos. Son personas que requieren de la permanencia de un monitor las 24 hrs. del día y no cuentan con redes de apoyo eficientes. Para ambos tipos de hogar, los residentes no presentan en la actualidad problemas asociados al consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Objetivo General	Brindar un espacio residencial para personas en situación de discapacidad de origen mental, que requieren apoyos graduados y personalizados, en condiciones de seguridad y de resguardo de sus derechos.
Objetivos Específicos	▪ Asegurar la satisfacción de las necesidades de apoyo residencial y el bienestar de las personas. ▪ Asegurar el respeto de las preferencias personales. ▪ Promover la autonomía de las personas. ▪ Apoyar el desempeño de las personas en actividades de la vida diaria. ▪ Promover la participación de las personas en su entorno comunitario. ▪ Promover estilos de vida y convivencia saludable. ▪ Apoyar a las personas en el uso de recursos comunitarios que contribuyan al desarrollo y refuerzo de habilidades sociales, ocupacionales, de la creatividad y expresión. ▪ Apoyar a las personas en el uso de recursos sociales que propendan a resolver sus necesidades habitacionales usando la oferta de la política social.
Características Específicas	Al tratarse de un Sistema Intersectorial, se espera que, con el desarrollo de esta propuesta, todos los sectores del Estado involucrados contribuyan a la inclusión sociocomunitaria de estas personas, desde el ámbito de acción y responsabilidad que les compete en esta materia. [102] **Apoyos sociales para Hogar con Apoyo (Parcial):** deben ser definidos según necesidades específicas de los residentes. Por ejemplo: apoyo de algunas horas al día por parte de 1 monitor para el grupo, apoyo 24 hrs. al día por parte de 1 monitor para el grupo. **Apoyos sociales para Hogar con Apoyo (24 horas):** deben ser definidos según necesidades específicas de los residentes. Por ejemplo: apoyo por parte de 1 monitor por cada 4 residentes 24 hrs. al día, apoyo por parte de 1 monitor por cada 3 residentes 24 hrs. al día, apoyo por parte de 1 monitor por cada 2 residentes 24 hrs. al día Vivienda: Ministerio de Vivienda y Urbanismo/Ministerio de Bienes Nacionales. **Gastos Operacionales y de puesta en marcha (equipamiento):** Ministerio de Desarrollo Social **Otros apoyos transversales:** Según necesidad de los beneficiarios y las definiciones establecidas en tabla anterior.

13. Sub Red de Psiquiatría Forense

La responsabilidad del sector Salud sobre la población específica conformada por personas imputadas, condenadas y bajo la Ley 20.084 sobre Responsabilidad Penal Adolescente, ha seguido un camino de paulatina mejora en la provisión de servicios de atención adecuados y pertinentes, para las personas con problemas de salud mental.

En este contexto, se han constituído instancias de coordinación nacional y regional que han permitido visibilizar las necesidades de esta población y buscar los acuerdos intersectoriales para mejorar la calidad, pertinencia e impacto de las atenciones, a través de la búsqueda de diseños programáticos y financiamiento complementario.

Es así como en el año 2007 comienza su trabajo la mesa intersectorial del Convenio MINSAL-SENAME-SENDA-GENCHI para la implementacipon del "Programa de tratamiento Intregral de Adolescentes y Jovenes ingresados al sistema Penal por ley 20.084, con consumo problemático de Alcohol, Drogas y otros trastornos de Salud Mental".

El año 2012 se constituye la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense [170], instancia que tiene por objetivo asesorar al Ministerio de Justicia y al Ministerio de Salud en aspectos relacionados al Código Procesal Penal –en los títulos VII y VIII del libro cuarto- en relación a los procedimientos de medidas de seguridad y cautelares aplicables a las personas con enfermedad mental.Por otro lado, durante el año 2015, el Ministerio de Salud convocó a una comisión interministerial con el objetivo de generar propuestas de trabajo para mejorar el acceso a atención y cuidados de salud para personas privadas de libertad, en los mismos términos que cualquier ciudadano. Esta comisión culminó con la firma de un Convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia, Gendarmería de Chile, Superintendencia de Salud y FONASA [171].

Si bien es cierto estas instancias y convenios han significado un avance en cuanto señalan la responsabilidad del Estado sobre las condiciones de salud general y salud mental de las personas privadas de libertad, hasta el momentono se ha generado consenso intersectorial, sustentado técnicamente y expresado en decisiones políticas de Estado, que clarifique las responsabilidades del sector Justicia - Sename, Servicio Médico Legal y Gendarmería- y del sector Salud, con respecto a algunos aspectos claves tales como:

- La necesaria distinción de responsabilidades sobre la función pericial y la función sanitaria para la población privada de libertad. Este acuerdo resulta indispensable para el adecuado desarrollo de la respuesta sectorial de atención de salud mental, por un lado, y de la respuesta del SML en lo pericial, por otro, en un marco de respeto a los derechos humanos de estas personas y al cumplimiento de la ley.
- La construcción de una oferta específica para población adolescente y jóvenes con procesos judiciales por Ley 20.084, que requieren espacios, diferenciados de la población adulta, para el cumplimiento de sentencias de medidas de seguridad cuando son declarados inimputables debido a un trastorno mental.

Por último, en lo que concierne al diseño de respuestas en concordancia con las necesidades regionales y locales, es necesario proyectar y desarrollar los siguientes ámbitos:

Localización de las unidades forenses: la actual ubicación, distribución nacional y la dependencia técnico- administrativa de estas unidades, muchas de ellas vinculadas a hospitales psiquiátricos, correspondió al momento técnico y político en que el país se encontraba. Hoy, es un imperativo

ético y técnico actualizar el trabajo de esta sub red y sus puntos de atención, revisando la evidencia, la experiencia internacional y las orientaciones del Plan Nacional de Salud Mental y del Modelo de Gestión de Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, para construir una propuesta técnica actualizada de una política pública integrada, donde concurran todos los sectores y actores involucrados (Justicia, Desarrollo Social, Vivienda, Educación, Trabajo, Salud, Interior, etc.).

Acceso a la atención de salud mental en recintos penitenciarios, otorgada por equipos del ámbito público de Salud, deben realizar atención y cuidados que permitan mejorar la condición de salud mental y el pronóstico de rehabilitación.

Continuidad de cuidados de la población privada de libertad. Uno de los desafíos de la red de salud general es facilitar el acceso a la atención y cuidados de salud integral, a todas aquellas personas a las que se le otorga libertad por el cumplimiento de condenas o por haber accedido a beneficios carcelarios, permitiéndoles la continuidad de los tratamientos ya iniciados, reduciendo la suspensión de fármacos y sus efectos, generando la vinculación a la red comunitaria, entre otros aspectos relacionados a las necesidades de salud de las personas.

A continuación, se presenta cada unidad. Es imprescindible que todas cuenten con modelos de gestión actualizados para regular su funcionamiento.

UNIDAD DE PSIQUIATRÍA FORENSE DE ALTA COMPLEJIDAD	
Definición	Punto de atención de referencia nacional para el tratamiento psiquiátrico integral de personas mayores de 18 años, que presentan una enfermedad mental con riesgo para si mismo o para otros. La atención y el cuidado de estas personas requieren de un equipo transdisciplinario con alta competencia técnica en virtud de la condición clínico-psicopatológica y/o peligrosidad conductual, razón por la que un tribunal penal ha dictado sentencia de medida de seguridad para su internación[50]. Sus objetivos terapéuticos incluyen el tratamiento integral, considerando la rehabilitación psicosocial y la reinserción social. Su infraestructura fue diseñada especialmente para responder a las necesidades de salud de esta población, cumpliendo con estándares de seguridad y el apoyo de personal de gendarmería.
Población objetivo	Hombres y mujeres, mayores de 18 años, considerando su contexto cultural, orientación sexual e identidad género, que presentan una enfermedad mental con alta complejidad psicopatológica y conductual, con riesgo para si mismo o para otros, que cumplen una sentencia de Medida de Seguridad de internación decretada por un tribunal penal.
Vinculación administrativa y técnica	Actualmente esta unidad depende del Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel.
Acciones	**Actividades**
Otorgar atención y cuidados integrales de salud	Evaluación y tratamiento, por parte del equipo de salud integral. Estabilizar condición de salud mental que presente la persona. Elaborar y ejecutar un Plan de Cuidados Integrales (PCI). Solicitar antecedentes médicos previos de las personas a establecimientos de salud tratante (cuando se requiera). Administrar el tratamiento farmacológico diseñado por el equipo tratante de salud general. Fortalecer la adherencia a tratamiento. Aplicar normas para reacciones adversas a los fármacos. Realizar derivaciones, interconsultas y exámenes que se precisen. Realizar intervención en crisis, de acuerdo a normativa vigente. Realizar acciones de gestión del cuidado de enfermería. Realizar apoyo psicológico y psicoterapia (de acuerdo a PCI) Realizar acciones de vinculación familiar por parte de Trabajador(a) Social Realizar actividad física guiada por profesor(a) de educación física. Realizar acciones que fortalezcan la funcionalidad de las personas por parte de Terapeuta Ocupacional. Aplicación de procedimientos de seguridad y cuidados de acuerdo a normativas vigentes.

[50] De acuerdo a los artículos 455 y 457 del Codigo Procesal Penal, las Medidas de Seguridad corresponden a lo siguiente: Artículo 455.- Procedencia de la aplicación de medidas de seguridad. En el proceso penal sólo podrá aplicarse una medida de seguridad al enajenado mental que hubiere realizado un hecho típico y antijurídico y siempre que existieren antecedentes calificados que permitieren presumir que atentará contra sí mismo o contra otras personas. Artículo 457.- Clases de medidas de seguridad. Podrán imponerse al enajenado mental, según la gravedad del caso, la internación en un establecimiento psiquiátrico o su custodia y tratamiento. En ningún caso la medida de seguridad podrá llevarse a cabo en un establecimiento carcelario.

Otorgar apoyo residencial, las 24 horas.	Proveer de un ambiente terapéutico adecuado, resguardando los derechos y la seguridad de las personas. Gestionar servicios de apoyo, como: central de alimentación. Realizar actividades recreativas y formativas por parte de Monitores Motivar la participación a talleres que cuenta la unidad, de acuerdo al interés de las personas usuarias.
Desarrollar acciones de rehabilitación y reinserción social.	Promover estilos de sana convivencia, en un marco de derechos. Realizar acciones que desarrollen autonomía para el desempeño en la vida cotidiana. Mantener rutinas de aseo personal, alimentación, uso de vestuario, uso de transporte, asistencia a controles de salud, entre otros, respetando el derecho de las personas. Educar sobre técnicas de afrontamiento, solución de problemas y manejo del estrés. Realizar acciones de Psicoeducación a las personas acerca de su enfermedad mental. Generar y/o mantener la vinculación con redes de apoyo social y/o familiar, acorde a PCI. Realizar acciones para desarrollar y fortalecer el proyecto de vida de cada persona, acorde a curso de vida y PCI. Trabajar los recursos personales, sociales y comunitarios de cada persona, para su integración a la unidad y su posterior reinserción social. Realizar visitas domiciliarias integrales a familiares o red de apoyo, de acuerdo a PCI. Realizar actividades que promuevan la rehabilitación enfocada al reforzamiento de Actividades de la Vida Diaria (AVD). Realizar actividades vinculación y relación con el exterior (visitas de familiares y red de apoyo, uso de radio - televisión, teléfono, revistas, diarios de acuerdo a funcionamiento de la unidad)
Asegurar la continuidad de cuidados de las personas en la red de salud.	Mantener controles médicos y tratamientos de las personas en la red de salud, fuera de la unidad. Gestionar controles y retiro de medicamentos, oportunamente, en otros nodos de la red de salud. Gestionar derivación a otro nivel de atención en salud, para diagnóstico o tratamiento y hospitalización de acuerdo a las necesidades de salud de las personas.
Mantener coordinación con Tribunales, desde el ingreso y hasta el egreso de las personas.	Realizar y emitir informes a Tribunales penales, según requerimiento. Asistir a audiencias citadas por el Tribunal. Recepcionar solicitudes de Tribunales. Coordinar visitas semestrales del Ministerio Público. Coordinar visita trimestral con Fiscalía de la Corte de Apelaciones correspondiente al territorio. Asistir a reuniones mensuales con Defensoría Penal Pública. Realizar derivaciones asistidas a otras Unidades Forenses o a nodos y/o puntos de atención de la Red de Salud Mental. Aplicar medidas para el cumplimiento de condiciones de seguridad de las personas usuarias y los equipos de salud. Desarrollar acciones de capacitación entre ambas instituciones, con respecto a temas comunes que tengan relación con el funcionamiento interno en la Unidad Forense.

UNIDAD DE PSIQUIATRÍA FORENSE DE MEDIANA COMPLEJIDAD	
Definición	Punto de atención que brindan atención temporal a personas mayores de 18 años, declaradas inimputables por la justicia en causas penales y que quedan sujetas a una medida de seguridad de internación que, por su condición psicopatológica y de perturbación conductual, revisten riesgo. Estas personas requieren atención y cuidado con intervenciones intensivas y prolongadas que permitan mantener la estabilización de su condición de salud mental, aseguren la continuidad del tratamiento psiquiátrico y profundicen el proceso de rehabilitación psicosocial con proyección al egreso y a la reinserción definitiva en la comunidad. En esta unidad, las personas esperan el cumplimiento de la medida de seguridad de internación y/o la reinserción a su familia, disponibilidad de una residencia forense, o dispositivo comunitario para su egreso. La existencia de esta unidad permite asegurar la atención y la continuidad de cuidados, que aborda desde la más alta a la menor complejidad[51] psicopatológica de las personas usuarias, en el marco de las medidas judiciales aplicadas y de las sugerencias específicas de tratamiento realizadas por los equipos tratantes.
Población objetivo	Hombres y mujeres, mayores de 18 años, considerando contexto cultural y género, que presentan una enfermedad de salud mental, que se encuentren compensados o parcialmente compensados al momento de su traslado, que presentan una disminución de sus conductas de peligro para sí mismo o terceros. Estas personas declaradas inimputables por la justicia en causas penales deben tener su medida de seguridad de internación activa al momento del traslado y durante toda su permanencia en el dispositivo, pudiendo ser derivados desde la Unidad de Alta Complejidad Forense o Tribunales penales.
Vinculación administrativa y técnica	Hospital de alta complejidad y/o de especialidad Ministerio de Salud
Acciones	**Actividades**
Otorgar atención y cuidados integrales de salud	Elaborar y ejecutar un Plan de Cuidados Integrales (PCI). Solicitar antecedentes médicos previos de las personas a establecimientos de salud tratante (cuando se requiera). Administrar el tratamiento farmacológico diseñado por el equipo tratante de salud mental y/o salud general, en el caso de contar con otras patologías. Fortalecer la adherencia al tratamiento. Monitorización de los efectos de los fármacos. Realizar derivaciones, interconsultas y exámenes que se precisen. Realizar acciones de gestión del cuidado de enfermería. Realizar apoyo psicológico y psicoterapia (de acuerdo a PCI) Realizar acciones de vinculación familiar por parte de Trabajador(a) Social Realizar actividad física guiada por profesor(a) de educación física. Realizar acciones que fortalezcan la funcionalidad de las personas por parte de Terapeuta Ocupacional. Aplicación de procedimientos de seguridad y cuidados de acuerdo a normativas vigentes.
Otorgar apoyo residencial, las 24 horas.	Proveer de un ambiente terapéutico adecuado, resguardando los derechos y seguridad de las personas. Gestionar servicios de apoyo, como: central de alimentación. Realizar actividades recreativas y formativas por parte de Monitores Motivar la participación a talleres que cuenta la unidad, de acuerdo al interés de las personas usuarias.

[51] La continuidad de cuidados es acorde a las necesidades y condición de salud mental de las personas.

Desarrollar acciones de rehabilitación y reinserción social.	Promover estilos de sana convivencia, en un marco de derechos. Realizar acciones que desarrollen la autonomía de cada una de las personas para su desempeño en la vida cotidiana. Mantener rutinas de aseo personal, alimentación, uso de vestuario, uso de transporte, asistencia a controles de salud, entre otros, respetando los derechos de las personas. Educar sobre técnicas de afrontamiento, solución de problemas y manejo del estrés. Psicoeducar a las personas acerca de su enfermedad mental. Generar y/o mantener la vinculación con redes de apoyo social y/o familiar, acorde al PCI. Realizar acciones para desarrollar y fortalecer el proyecto de vida de cada persona, acorde a curso de vida y PCI. Trabajar los recursos personales, sociales y comunitarios de cada persona, para su integración a la unidad y su posterior reinserción social. Realizar visitas domiciliarias integrales, de acuerdo al PCI. Realizar actividades que promuevan la rehabilitación enfocada al reforzamiento de Actividades de la Vida Diaria (AVD). Realizar actividades de vinculación y relación con el exterior (visitas de familiares y red de apoyo, uso de radio - televisión, teléfono, revistas, diarios de acuerdo a funcionamiento de la unidad)
Asegurar la continuidad de cuidados de las personas en la red de salud.	Gestionar y mantener controles, tratamientos médicos y retiro de medicamentos oportunamente, en otros nodos de la red de salud. Gestionar derivación a otro nivel de atención en salud, para diagnóstico o tratamiento y hospitalización de acuerdo a las necesidades de salud de las personas.
Mantener coordinación con Tribunales, desde el ingreso y hasta el egreso de las personas.	Realizar y emitir informes a Tribunales Penales, según requerimiento. Asistir a audiencias citadas por el Tribunal Recepcionar solicitudes de Tribunales. Realizar derivaciones asistidas a otras Unidades Forenses o a nodos y/o puntos de atención de la Red de salud mental. Aplicar procedimientos para el cumplimiento de las condiciones de seguridad de las personas usuarias y los equipos de salud, de acuerdo a las normativas de las respectivas instituciones. Desarrollar acciones de capacitación entre ambas instituciones, con respecto a temas comunes que tengan relación con el funcionamiento interno en la Unidad Forense. Coordinar reuniones con defensoría. Ejercer funciones como curador ad-litem.

RESIDENCIA FORENSE	
Definición	Dispositivo residencial para personas con enfermedad mental, que cumplen una medida de seguridad de custodia y tratamiento y/o que han cumplido una medida de internación en un recinto hospitalario. Las personas que ingresan a estos puntos de atención han disminuido su peligrosidad y conservan las habilidades psíquicas, cognitivas y funcionales que les permiten vivir de manera independiente. Por lo tanto, su permanencia en una unidad hospitalaria forense implicaría un mayor deterioro de sus capacidades sociales y laborales. Estas personas requieren de un ambiente terapéutico residencial que otorgue la seguridad y cuidado necesario para realizar la transición a una vida independiente en forma adecuada, requiriéndose que estos puntos de atención ejecuten acciones de complejidad técnica y psicosocial acorde a la condición de salud mental y penal de las personas usuarias, promoviendo su reinserción e inclusión en la comunidad.
Población objetivo	Hombres y mujeres que presentan enfermedad mental, mayores de 18 años, considerando su contexto cultural y género que: • Al momento del traslado, no presenten conductas que representen un peligro para sí mismos o terceros y que su comportamiento sea predecible y manejable por el personal a cargo. • Personas que han sido declaradas inimputables y/o han cumplido parte de la sentencia de medida de seguridad de internación en unidades de alta o mediana complejidad forense, que no tienen red familiar ni social y se encuentran en condiciones clínicas y sociales para vivir en comunidad. • Personas que pueden cumplir una sentencia de medida de seguridad de custodia y tratamiento en una Residencia por orden de tribunal ya que cuentan con una evaluación clínica favorable para la vida en una residencia, debiendo ser egresados al terminar dicha sentencia. • No presenten problemas actuales asociados al abuso de consumo de alcohol y sustancia psicoactivas. • Tengan autorización judicial para ser trasladadas al dispositivo forense, es decir, que el tribunal a cargo de la causa haya manifestado su conformidad con la solicitud del equipo tratante y conozca las condiciones en que se va a seguir desarrollando el cumplimiento de la Medida de Seguridad impuesta.
Vinculación administrativa	Servicio de Salud, Hospital de alta o mediana complejidad, Hospital Psiquiátrico.
Vinculación Técnica	Ministerio de Salud
Acciones	**Actividades**
Desarrollar estrategias para promover estilos de convivencia saludable dentro y fuera del dispositivo, que consideren los intereses y el pleno respeto a los derechos de las personas.	Instalar rutinas de funcionamiento como: aseo personal, alimentación, uso de vestuario, uso de transporte, asistencia a controles de salud, entre otros. Realizar actividad para la gestión adecuada del uso del dinero. Asistir a aquellas personas que requieran apoyo en las diferentes actividades instrumentales de la vida diaria. Contar con espacio que regulen la convivencia de la residencia (consensuar normas de convivencia, roles, funciones de las personas entre otros) Vincular a las personas con el entorno próximo para su incorporación a actividades propuestas en la comunidad, de acuerdo a preferencias y necesidades. Participar en acciones de sensibilización y antiestigma en la comunidad tales como asistir a reuniones de juntas de vecinos, agrupaciones u otros.

Apoyar en la ejecución del plan de tratamiento integral elaborado por el equipo tratante del nodo de la red donde mantienen su atención de salud mental.	Ejecutar estrategias indicadas por el Plan de Cuidados Inetgrales (PCI) relacionadas con: intervención en crisis, de afrontamiento, solución de problemas y manejo del estrés. Participar como red de apoyo en el proceso de atención de los residentes. Llevar a cabo las indicaciones dadas por el equipo tratante de acuerdo al PCI desarrollado para cada una de dichas personas. Asegurar que las personas se encuentren inscritas en el centro de salud de atención primaria acorde al territorio que corresponde a la residencia. Administrar el tratamiento farmacológico indicado por el equipo tratante de salud mental y/o salud general. Informar a equipo tratante y hacer seguimiento de efectos adversos de los fármacos. Coordinar asistencia a horas médicas y exámenes. Coordinar traslado a audiencias en tribunales.
Garantizar el apoyo residencial que asegure el bienestar de las personas.	Contar con seguridad requerida para el resguardo de la integridad de cada persona. Distribuir el uso de espacios y habitaciones de manera consensuada con los residentes.
Fomentar la participación de las personas usuarias en actividades de rehabilitación, recreativas y de participación social en la comunidad.	Identificar y trabajar con los recursos disponibles en la comunidad. Realizar acciones de sensibilización en la comunidad para la no discriminación de las personas con discapacidad mental. Realizar actividades de rehabilitación tanto dentro de la residencia (dormitorio, cocina, comedor, patio, etc.) como en instancias de la comunidad (calle, plaza, negocio, iglesia, etc.). Generar o restablecer vinculación de las personas con redes de apoyo familiar, social y comunitario. Realizar actividades que promuevan un proyecto de vida, acorde a los intereses de la persona, su curso de vida y objetivos terapéuticos del PCI. Identificar recursos personales, sociales y comunitarios tanto para la integración de estas personas a la residencia como para su reinserción social. Orientar el manejo del tiempo libre de acuedo a las preferencias de las personas.

UNIDAD DE EVALUACION DE PACIENTES IMPUTADOS (U.E.P.I.)	
Definición	Punto de atención clínico-forense de hospitalización cerrada, transitoria dependiente de un establecimiento hospitalario de la Red Pública de Salud y/o del Servicio de Salud. Se destinan a la evaluación pericial y eventual estabilización de la enfermedad de salud mental (cuando corresponda) de personas que presentan una enfermedad mental o se sospecha de ella, habiendo sido imputadas por un delito en los Tribunales de Justicia en lo Penal y cuya evaluación pericial no puede ocurrir de forma ambulatoria. En este contexto, se hace necesario su evaluación pericial y cuidado, para que el tribunal pueda dictaminar la condición de imputabilidad o inimputabilidad.
Población objetivo	Hombres y mujeres, mayores de 18 años, imputados por un delito de causa penal que pueden presentar una enfermedad mental severa y compleja, o se sospecha que la tienen, con grave alteración o insuficiencia en sus facultades mentales, representando un eventual riesgo para sí o para terceros. En este contexto, se requiere realizar una evaluación clínica en modalidad de atención cerrada para la emisión de un informe pericial hacia el tribunal penal competente que permita certificar la presencia de una enfermedad mental y dictaminar la condición de imputabilidad o inimputabilidad de la persona. Estas personas cuentan con orden de internación judicial emitida por un Tribunal de Justicia en lo Penal, en condición de medida cautelar mientras dura el proceso judicial.
Vinculación administrativa	Hospital de Alta Complejidad y/o Hospital de Especialidad, Servicio de Salud.

Vinculación Técnica	Ministerio de Salud
Acciones	**Actividades**
Desarrollar acciones de evaluación pericial para determinar la presencia o ausencia de enfermedad mental que guarde relación con el delito.	Realizar observación clínica a las personas de manera permanente, durante el tiempo de hospitalización. Realizar supervisión de manera directa por parte del personal clínico, mediante sistema de vigilancia centralizado. Realizar entrevistas de evaluación y aplicación de instrumentos por el equipo profesional como parte del proceso pericial. . Realizar entrevista(s) y, con la asesoría del recinto hospitalario del que dependen, el estudio jurídico del caso. Realizar visita domiciliaria integral y/o solicitud de informe del lugar residencia de familia.
Desarrollar acciones de coordinación con los Juzgados de Garantía, Fiscalía, Defensoría Penal y Gendarmería, para dar respuesta a la solicitud de tribunales.	Aplicar procedimientos para el cumplimiento de las condiciones de seguridad de las personas, los equipos de salud y personal de GENCHI, de acuerdo a las normativas de las respectivas instituciones. Coordinar visitas con Ministerio Público. Coordinar visitas semanales de Juzgado de Garantía. Emitir informes de evaluación de las personas usuarias a los Tribunales Penales. Realizar capacitaciones entre las instituciones con respecto a temas que tengan relación con el funcionamiento interno en la Unidad Forense. Coordinar con la Defensoría y/o Fiscalía las acciones y estrategias necesarias para el adecuado proceso de egreso y continuidad de tratamiento de las personas. Diseñar y/o aplicar procedimientos de intervención en crisis y de contención, de acuerdo a normativas vigentes. Aplicar procedimientos de traslados.
Iniciar tratamiento de las personas ingresadas a la unidad para la compensación de su cuadro agudo, cuando corresponda.	Realizar consulta de psiquiatra para la confirmación diagnóstica e iniciar tratamiento, cuando la persona ingresa con cuadro agudo o descompensado. Realizar y gestionar solicitud de exámenes. Realizar intervención en crisis (cuando se requiera). Realizar gestión del cuidado de enfermería. Administrar el tratamiento farmacológico. Notificar los efectos adversos de los fármacos, de acuerdo a normativas vigentes. Derivar a Médico General cuando corresponda. Solicitar antecedentes médicos previos de las personas a establecimientos de salud tratante (cuando se requiera). Gestionar servicios de apoyo diagnóstico y de tratamiento u Hospitalización Generar y/o mantener la vinculación con redes de apoyo social y/o familiar para el efectivo tratamiento de la persona usuaria.

UNIDAD PSIQUIATRICA FORENSE TRANSITORIA (U.P.F.T.)	
Definición	Unidad Clínica Forense de atención cerrada y ambulatoria, ubicada al interior de recintos penitenciarios. Estas unidades cuentan con custodia y resguardo perimetral a cargo de Gendarmería. Estos puntos de atención están dirigidos a personas mayores de 18 años, que presentan una enfermedad mental o se sospecha de ella, que han sido imputadas e internadas provisioriamente o para evaluar a personas condenadas que se sospecha de enfermedad mental, para dicha evaluación las personas usuarias deberan ser ingresados a la unidad en calidad de internación provisional. Su función es la realización de evaluaciones que permitan descartar o no, la presencia de una enfermedad mental y emitir los informes periciales psiquiátricos que ordene el juez con competencia en lo penal.
Población objetivo	Personas mayores de 18 años, de las que se sospecha o presentan una enfermedad mental. Estas personas son imputadas por un delito y se encuentran con orden de internación provisoria emanada de un tribunal penal, o bien condenadas -conforme el artículo 482- pudiéndoseles reemplazar el cumplimiento de la pena privativa o restrictiva de la libertad por una medida de seguridad.
Vinculación administrativa	Hospital o dirección de Servicio de Salud
Vinculación Técnica	Hospital o dirección de Servicio de Salud
Acciones	**Actividades**
Otorgar atención y tratamiento de las personas usuarias para estabilizar el cuadro agudo debido a su condición de salud mental, cuando corresponda.	Realizar consulta de psiquiatra para determinar diagnóstico e iniciar tratamiento cuando la persona ingresa con cuadro agudo o descompensado. Realizar ingreso clínico de Enfermería. Realizar atención clínica ambulatoria de carácter psiquiátrico y psicológico. Programar las actividades recreativas diarias. Iniciar tratamiento médico según indicaciones. Administrar el tratamiento farmacológico. Realizar solicitud de exámenes. Realizar seguimiento de efectos adversos de los fármacos y notificar según normativas vigentes. Realizar intervención en crisis por parte del equipo (cuando se requiera). Solicitar antecedentes médicos previos de las personas a establecimientos de salud tratante (cuando se requiera). Elaborar y ejecutar Plan de tratamiento integral. Realizar gestión del cuidado de enfermería.
Otorgar atención médica ambulatoria de carácter psiquiátrico y psicológico a personas condenadas que cumplen sentencia en recinto penal donde se encuentra esta Unidad	Realizar consulta de psiquiatra para determinar diagnóstico y tratamiento. Realizar farmacovigilancia y aplicar protocolos y normas vigentes. Realizar solicitud de exámenes e imágenes según necesidad. Realizar seguimiento de los efectos adversos de los fármacos. Realizar intervención en crisis Realizar atención psicológica. Realizar psicoterapia en casos específicos. Realizar informes médicos y psicológicos. Elaborar y ejecutar Plan de Cuidados Integrales. Realizar gestión del cuidado de enfermería-

Desarrollar proceso de evaluación y emitir los informes periciales psiquiátricos a solicitud de un Tribunal Penal.	Realizar observación clínica a las personas de manera permanente, durante el tiempo de hospitalización. Realizar entrevistas de evaluación y aplicación de instrumentos por el equipo profesional como parte del proceso pericial. Realizar informe clínico por parte de personal de enfermería para insumar la pericia realizada por los peritos. Realizar supervisión de la Unidad de manera directa, por parte del personal clínico, mediante sistema de vigilancia centralizado. Registrar en ficha clínica la atención de cada persona ingresada. Sugerir las opciones de tratamiento, de acuerdo a la condición de salud de las personas. Coordinar con defensoría y tribunales el proceso de egreso de las personas para asegurar la continuidad del tratamiento en el lugar donde esta seguirá cumpliendo condena o donde cumpla sentencia de medida de seguridad.
Desarrollar estrategias de coordinación con los Juzgados de Garantía, Defensoría Penal y Gendarmería de Chile, para el oportuno ingreso y egreso de las personas.	Generar y aplicar instrucciones para el cumplimiento de las condiciones de seguridad de las personas, los equipos de salud y personal de GENCHI, de acuerdo a las normativas de las respectivas instituciones. Emitir informes de evaluación de las personas usuarias a los tribunales penales. Realizar capacitación entre instituciones con respecto a temas comunes, que tengan relación con el funcionamiento interno en la Unidad Forense. Mantener coordinación con la defensoría para llevar a cabo las acciones y estrategias necesarias para cumplir con un adecuado proceso de egreso y continuidad de tratamiento de las personas. Aplicar procedimientos de intervención en crisis y de contención. Aplicar procedimientos de traslados. Participar en reuniones de la Comisión Regional de Psiquiatría Forense. Participar en reuniones de coordinación con el intersector y justicia según se estima pertinente. Coordinar visitas semanales de Juez de Garantía. Coordinar visitas semestrales de Ministerio Público.

14. Atención de Urgencia de Salud Mental en la Red General de Salud

14.1. Consideraciones para la atención de urgencia de salud mental

Se considera una urgencia en salud mental cualquier alteración emocional y de la conducta que puede producir daños a terceros o a sí mismo/a, por lo cual requiere de una intervención inmediata y eficaz por parte del equipo de salud dirigida a aliviar dicha situación. Esta alteración del afecto, pensamiento o conducta es en tal grado disruptivo que la persona misma, la familia o comunidad considera que requiere atención inmediata [172].

Desde la perspectiva de la provisión de servicios, en la demanda de atención de urgencia de salud mental en la red pública de salud en Chile, se puede distinguir dos componentes: la urgencia genuina y las demandas de atención de urgencia que derivan de las insuficiencias del sistema habitual de atención en salud.

La urgencia genuina es aquella que en los más diversos contextos requiere para su resolución la intervención de personal de salud capacitado para hacerlo. Las urgencias más comunes son:

- Agitación psicomotora grave.
- Intento suicida o ideación suicida con indicadores de alto riesgo.
- Estupor.
- Síndrome de abstinencia o intoxicación por alcohol u otras drogas.
- Sintomatología ansiosa aguda y severa.
- Conductas que evidencian un comportamiento profundamente desorganizado.

La aproximación a la persona en urgencia psiquiátrica es en principio similar a la de cualquier urgencia médica. Aunque la urgencia demanda atención pronta, hay que ser cuidadoso y conservadores ante la sospecha de un cuadro orgánico; igualmente en algunas urgencias de etiología psicología es pertinente obtener toda la información posible pues podría ser dificil su consecución ulterior. El médico debe realizar una rápida evaluación mental y proceder al examen físico recordando que muchas enfermedades organicas tienen una expresión psicológica [172].

La demanda de atención extrema en salud mental la constituye el intento suicida y el suicidio consumado. Este se define como un problema sanitario casi completamente prevenible, en la medida que exista oportunidad de atención y un adecuado manejo de la persona en situación de riesgo y su familia. La descripción y sintomatología de este problema de salud mental es abordado en profundidad en las guías y protocolos vigentes.

El resto de la demanda de atención de urgencia, la que deriva de la insuficiencia del sistema habitual de atención en salud, podría ser resuelto por redes territoriales dotadas de un nivel adecuado de competencias, que actúen efectivamente como red, incluyendo dos estrategias de gestión claves: territorialización de la atención ambulatoria de especialidad en salud mental y articulación efectiva entre el nivel primario de atención y esta. Según resultados de investigaciones efectuadas en nuestro país, la demanda de atención de urgencia psiquiátrica se redujo en 21.02% en un periodo de 6 años cuando estas dos estrategias fueron aplicadas consistentemente en el territorio de un Servicio de Salud [173].

Este segundo componente de la demanda de la atención de urgencia en salud mental, la que deriva de las insuficiencias del sistema habitual de atención, hace evidente el imperativo técnico y ético de lograr un funcionamiento articulado y eficiente de los puntos y nodos de atención de la red general de salud y la Red Temática de Salud Mental. Este funcionamiento óptimo evita el impacto negativo en la calidad de vida de las personas usuarias y sus familias, que resulta de los esfuerzos por demandar la atención de urgencia prevenible.

La detección precoz de situaciones de riesgo en las personas debe propiciar una respuesta asistencial inmediata. La atención comprende actividades de control y seguimiento, con la frecuencia que se requiera en cada situación, como así también la derivación asistida a nodos o puntos de atención de la red.

La fragmentación del trabajo entre la atención primaria y el nivel de especialidad en salud mental ambulatoria es un problema fundamental para los resultados de la Red Temática de Salud Mental. Este aspecto del funcionamiento de los sistemas de salud es de preocupación internacional para los gestores sanitarios, tal como lo demuestra el amplio artículo al respecto en el clásico texto Companion to Primary Care Mental Health editado en conjunto por la Asociacion Mundial de Médicos de Familia (WONCA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) [174]. En Chile, una de las estrategias para esta articulación es la Consultoría en Salud Mental que debe implementarse en toda la red del país, estableciéndose los documentos normativos, así como recursos de capacitación para lograr su implementación con los criterios de calidad que se consideran críticos para optimizar su impacto sanitario.[52]

[52] Las Consultorías en Salud Mental fueron incluidas ya en el Plan Nacional de Salud Mental 2001 y con posterioridad, se describen en detalle en los documentos técnicos: Orientaciones en Salud Mental para la Atención Primaria; Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2016, 2017 y 2018; Orientaciones Técnicas Consultorías en Salud Mental; Cápsula educativa Consultorías en Salud Mental (plataforma SIAD), y también en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.

Si la red general de salud funciona de acuerdo a los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, será capaz de evitar, prevenir e intervenir tempranamente en el proceso que podría llevar a una persona a una crisis o descompensación aguda, evitando que se constituya en una urgencia en salud mental. Para cumplir adecuadamente este rol, se necesita que los equipos tengan las competencias pertinentes y que funcionen articuladamente en red.

Es una responsabilidad de los/las Gestores en los distintos niveles de gestión, partiendo por los Jefes de Sector en los CESFAM, que los equipos de atención cuenten con las competencias y funcionen en red.

Así como se ha señalado que la Red General de Salud tiene una ineludible responsabilidad en evitar, prevenir e intervenir tempranamente en una situación de crisis emocional o descompensación aguda, cuando esta ya se ha producido, el conjunto de la red de urgencia tienen un papel protagónico, desde el SAPU hasta la atención psiquiátrica en la urgencia general o la atención en la urgencia psiquiátrica, y cada uno de los puntos de atención y nodos de esta red de urgencia deben contar con las competencias para ejercer con propiedad la máxima capacidad resolutiva que la poblacion a su cargo requiere.

Dentro de la población a cargo de la Atención Primaria de Salud, están los niños, niñas, adolescentes y jóvenes bajo protección del Estado a través del SENAME y Organismos Colaboradores. Entre estos, se ha hecho evidente una mayor demanda de atención de salud y de urgencia en salud mental de aquellos que se encuentran en cuidado residencial.

Estos niños, niñas, adolescentes y jóvenes muchas veces han sido víctima de discriminación negativa en su acceso a las prestaciones de salud, situación sobre la que se ha tomado conciencia y se han generado iniciativas concretas para transfomarla en discriminación positiva y actuar en forma efectiva sobre los factores de riesgo que determinan la perpetuación de los problemas que afectan particularmente a esta población.

El Sector Salud ha puesto en marcha múltiples iniciativas para abordar los requerimientos en salud de esta población, entre ellos, se ha dado inicio a un Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en Salud Mental para Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con Vulneración de Derechos y/o Sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. Esto implica asegurar su vinculación al sistema habitual de atención sanitaria e intervenir los contextos de vida para reducir los riesgos de salud evitables y tratar oportunamente los problemas y enfermedades, así como desarrollar un fuerte componente intersectorial de gestión de casos. Lo anterior, debiera traducirse en una reducción de las situaciones de crisis emocional o descompensaciones agudas que derivan en demanda de atención de urgencia en salud mental.

La atención recurrente de un niño, niña, adolescente o joven de este grupo de población a cargo, en cualquier punto o nodo de atención de la red de urgencia, debiera impulsar al equipo de urgencia a articularse en forma concertada con los recursos de la red con el fin de intervenir los factores precipitantes de sus crisis y garantizar la continuidad del cuidado.[53]

Por otra parte, respecto al traslado de las personas que se encuentran afectadas por una situación de crisis o descompensación que requiere atención de urgencia, debe ser efectuado en condiciones que respeten plenamente sus derechos humanos. Este imperativo puede entrar en conflicto con la falta de voluntariedad que la persona puede tener en ese momento, la que podría eventualmente

[53] Ver Lineamientos para la Puesta en Marcha del Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en Salud Mental para Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con Vulneración de Derechos y/o Sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. [175]

relacionarse con compromiso de conciencia de base emocional u orgánica, u otra sintomatología que puede afectarla. Esto implica necesariamente una compleja coordinación de la red sanitaria, que incorpore aspectos legales, de orden público y de derechos de las personas.

Esta coordinación requiere la confluencia y participación de actores como: el personal de salud, la familia, las fuerzas de orden público, tribunales, entre otros, con el resguardo de los derechos e integridad tanto de la persona en crisis como las que se encuentran presente en la situación, incluyendo a quienes brindan la atención de emergencia. En la actualidad, la insuficiente coordinación entre estos actores, la discriminación resultante del estigma y la falta de procedimientos que permitan abordar apropiadamente los riesgos derivados de la situación, llevan a la postergación de la atención en momentos cruciales, e incluso a malos tratos hacia las personas que presentan crisis emocional o descompensación aguda de su enfermedad mental, especialmente si existe agitación psicomotora.

Por lo anterior, las condiciones para la atención y el traslado junto con requerir procedimientos, también demanda competencias técnicas en las personas encargadas de efectuarlas. Estas competencias incluyen un fundamental aspecto relacional que se traduce en una reducción al mínimo de la sujeción física, dando protagonismo a la contención verbal. La falta de estas no da pie para negarse a efectuarlos, ni justifica que este se haga de manera inadecuada, si no por el contrario, obliga a generar las instancias para que se adquieran.

La red de cada Servicio de Salud debe organizar la atención de urgencia en salud mental de acuerdo a su realidad, procurando que esta se dé en el lugar más cercano al que viven las personas, cumpliendo con los criterios técnicos y de respeto a los derechos humanos, promoviendo activamente el desarrollo de competencias, de "protocolos de atención y derivación", y mecanismos de continuidad de cuidados que aseguren una adecuada satisfacción de las necesidades de las personas usuarias a su cargo, superando definitivamente la virtual denegación de atención, el maltrato al que muchas veces estas se han visto sometidas, y la discontinuidad del cuidado posterior a la atención de urgencia.

14.2. Atención de urgencia de salud mental en la Red: población objetivo, fuentes de demanda y objetivos

Población objetivo.	Personas beneficiarias del sistema de salud público, que presentan una situación de crisis emocional o descompensación aguda de su enfermedad mental, que superan las capacidades de contención y manejo de su entorno y/o del equipo de sector de su Centro de Atención Primaria o de otro nodo o punto de la red en que se encuentre en proceso de atención, convirtiéndose en una demanda de atención de urgencia en salud mental. *De acuerdo a la Ley de Urgencias, en el caso de ser una urgencia vital, las personas pueden acceder a cualquier prestador de salud que se encuentre en las cercanías del lugar de ocurrencia del evento. **Perfiles de personas usuarias:** • Persona en situación de crisis emocional o descompensación aguda con antecedentes de enfermedad mental en situación de no adherencia terapéutica o abandono de tratamiento. • Persona en situación de crisis emocional o descompensación aguda con antecedentes de salud mental en proceso de atención actual, pese a lo cual no logra mantener el control conductual. • Persona en situación de crisis emocional o descompensación aguda sin antecedentes de salud mental, originada en una reacción adaptativa a un evento vital estresante que supera sus recursos personales y de apoyo. • Persona que presenta intento suicida o ideación suicida con indicadores de alto riesgo. • Persona que presenta intoxicación o un síndrome de abstinencia por consumo de sustancias con síntomas severos. • Persona con trastorno conductual severo de etiología desconocida. • Persona con descompensación aguda sin antecedentes de salud mental, cuyos síntomas pueden originarse en el debut clínico de una enfermedad mental, la que podría o no haber presentado previamente una evolución larvada. • Persona que presenta descompensación conductual o síntomas psiquiátricos severos originados en enfermedad somática (por ejemplo, delirium u otras formas de compromiso orgánico cerebral agudo).
Fuentes de demanda.	• La propia persona • El entorno familiar: llamadas desde el domicilio. Asiste familiar a algún punto de atención o detección en visitas domiciliarias. • La comunidad en ámbitos sociales, de recreación, o en el ámbito laboral. • El médico y equipo tratante. • El juez. • Las fuerzas de orden y seguridad. • En nodos y/o puntos de atención de la red de salud ambulatorios: Atención Primaria, Centros de Salud Mental Comunitaria, Hospital de Sía, Servicios de Urgencia SAPU, SAR, SUR, HFC, SAMU en Hospitales, centros de tratamientos de especialidad de alcohol y otras drogas, y otras especialidades. • En Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.
Objetivo general de la atención de urgencia en salud mental.	Otorgar atención oportuna, equitativa y eficaz a las personas que requieren una atención de urgencia de salud mental en la red de salud general y/o en la Red Temática de Salud Mental, asegurando la integridad de la persona en crisis y su entorno, y la continuidad del cuidado en otros nodos o puntos de la red, de acuerdo a la condición clínica de la persona.

Objetivos específicos de la atención de urgencia en salud mental.	▪ Estabilizar a la persona en su condición de salud mental y/o general. ▪ Aplicar medidas de manejo de la crisis de acuerdo a normas determinadas para la contención emocional, ambiental, farmacológica y mecánica de la agitación psicomotora. ▪ Prevenir eventos adversos, aplicando medidas de seguridad y protección a la persona en crisis y su entorno. ▪ Identificar factores precipitantes y resolverlos en la medida de lo posible. ▪ Garantizar la seguridad de las personas usuarias y funcionarios en los procesos de contención. ▪ Identificar y contactar red de apoyo en la medida de lo posible. ▪ Asegurar la continuidad del cuidado en otros nodos o puntos de la red, de acuerdo a la condición clínica de la persona.

14.3. Funciones y actividades de la atención de urgencia de salud mental en la red[54]

FUNCIONES	ACTIVIDADES
Valorar la situación y los riesgos asociados. Diagnóstico clínico y situacional.	Realizar evaluación integral[54]: ▪ Determinar origen de la atención de urgencia. ▪ Evaluar síntomas y signos presentes. ▪ Evaluar las funciones físicas y mentales. ▪ Clarificar la posibilidad de consumo de tóxicos y sus características. ▪ Dimensionar la gravedad y riesgo vital en que se encuentra la persona consultante, para establecer un diagnóstico y proceder al tipo de abordaje más adecuado. ▪ Valorar los riesgos asociados a la situación de crisis. ▪ Identificar los factores desencadenantes, los factores de protección del medio, y los recursos de la persona disponibles para hacerse cargo de sí mismo y afrontar las presiones del entorno. ▪ Evaluar indicadores de Peligrosidad [176]. ▪ Historia previa de violencia. ▪ Atracción por armas, juegos violentos o artes marciales. ▪ Presencia de fantasías agresivas. ▪ Abuso de alcohol y drogas. ▪ Delirios de daño y perjuicio. ▪ Actitud amenazante. ▪ Carencia de efectividad del tratamiento.

[54] La evaluación integral permite definir el lugar donde continuará la atención, la cual podría ser en atención primaria, en atención de especialidad de salud mental abierta o cerrada; o en unidades de hospitalización de salud general, como medicina general o pediatría, UTI, UCI.

Efectuar estabilización de la condición clínica de la persona	• Aplicar medidas de contención. • Indicar medidas de sostén vital. • Indicar medidas de protección y apoyo de la persona en crisis. • Apoyo, indicación, administración y evaluación de la respuesta al tratamiento farmacológico. • Solicitar exámenes si es pertinente. • Efectuar interconsulta a otras especialidades. • Informar a la persona y/o familiares sobre condición actual, pronóstico y alternativas de continuidad de cuidados. • Estabilizar a la persona en crisis. • Derivar a a otro nodo o punto de atención según necesidades de atención de la persona. • Efectuar informe de la atención recibida.
Coordinar la continuidad de cuidados con el nodo o punto que corresponda de acuerdo a la condición clínica de la persona	• Concertar la continuidad de cuidados con el nodo o punto de atención que corresponda de acuerdo a la condición clínica de la persona, antes del alta de la atención de urgencia. • Referencia y/o contrarreferencia, a través de protocolos definidos a nivel local. • Orientar a la persona y familia para asegurar la continuidad de cuidados, manejo de crisis y uso de apoyos sociales. • Indicar traslado si es pertinente.

14.4. Actividades de la atención de urgencia de salud mental, según nodo y punto de atención

ACTIVIDADES	APS		CSMC, HOSPITAL DE DÍA Y CENTROS DE TRATAMIENTO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	UNIDADES DE EMERGENCIA HOSPITALARIAS (UEH) HOSPITALES ALTA, MEDIANA Y BAJA COMPLEJIDAD
	CESFAM, CECOSF, PSR	SAPU, SAMU, SAR		
Realizar acogida a la persona y familia, o red de apoyo acompañante.	Sí	Sí	Sí	Sí
Identificar factores desencadenantes en el proceso de atención y cuidados en la red.	Sí	Sí	Sí	Sí
Realizar evaluación integral de la persona en situación de crisis y riesgo vital asociado.	Sí	Sí	Sí	Sí
Realizar priorización según categorización.	No	Sí	No	Sí

Medidas de contención (emocional, ambiental, farmacológica, física) según corresponda, de acuerdo al nivel de complejidad de la atención.	Sí	Sí	Sí	Sí
Medidas de sostén vital según corresponda, de acuerdo al nivel de complejidad de la atención.	No	Sí	No	Sí
Medidas de protección y apoyo de la persona en crisis según corresponda, de acuerdo al nivel de complejidad de la atención.	Sí	Sí	Sí	Sí
Apoyo, indicación, administración y evaluación de la respuesta al tratamiento farmacológico.	Sí	Sí	Sí	Sí
Solicitar exámenes si es pertinente.	Sí	Sí	Sí	Sí
Efectuar interconsulta a otras especialidades.	Sí	Sí	Sí	Sí
Informar a la persona y/o familiares sobre: condición actual, pronóstisco y alternativas de continuidad de cuidados.	Sí	Sí	Sí	Sí
Estabilizar a la persona en crisis.	Sí	Sí	Sí	Sí
Derivar a otro nodo o puntos de atención según necesidades de las personas.	Sí	Sí	Sí	Sí
Efectuar informe de la atención recibida.	Sí	Sí	Sí	Sí
Concertar la continuidad de cuidados con el nodo o punto de atención que corresponda de acuerdo a la condición clínica de la persona, antes del alta de la atención de urgencia.	Sí	Sí	Sí	Sí

Referencia y/o contra-rreferencia, a través de procedimientos defini-dos a nivel local.	Sí	Sí	Sí	Sí
Orientar a la persona y familia para asegurar la continuidad de cuida-dos, manejo de crisis y uso de apoyos sociales.	Sí	Sí	Sí	Sí
Indicar traslado si es pertinente.	Sí	Sí	Sí	Sí
Efectuar traslado de acuerdo a necesidades de la persona y norma-tiva vigente.	No	Sí	No	Sí

14.5. Consideraciones para el traslado de urgencia en salud mental

- Previo al traslado se ha de realizar una valoración e intervención. No proceder al traslado hasta encontrarse la persona en condiciones de resguardo, seguridad y estabilidad fisiológica.
- Durante todo el proceso se debe resguardar los derechos y la seguridad de la persona.
- La mayor parte de las personas que necesitan atención de urgencia por salud mental se desplazan a los servicios utilizando recursos propios con o sin acompañamiento de familiares o la comunidad.
- En caso de requerirse traslado en ambulancia, efectuar coordinación con la red de urgencia respectiva, así como también con el centro regulador SAMU u otro de acuerdo a la realidad local, si la condición de salud lo amerita.
- El medio de transporte debe ser adecuado a la condición de salud de la persona:
    a. Gravedad y situación de salud de la persona.
    b. Necesidad de sedación farmacológica.
    c. Necesidad de contención física.
    d. Distancia y tiempo de traslado.

Los servicios de urgencia designan al equipo necesario y pertinente para el traslado, ya sea con recursos locales, al menos debe contemplar personal médico y personal de enfermería.

También, el traslado se puede realizar con el dispositivo de la red de urgencia especialista en transporte críticos de urgencia:

SAMU

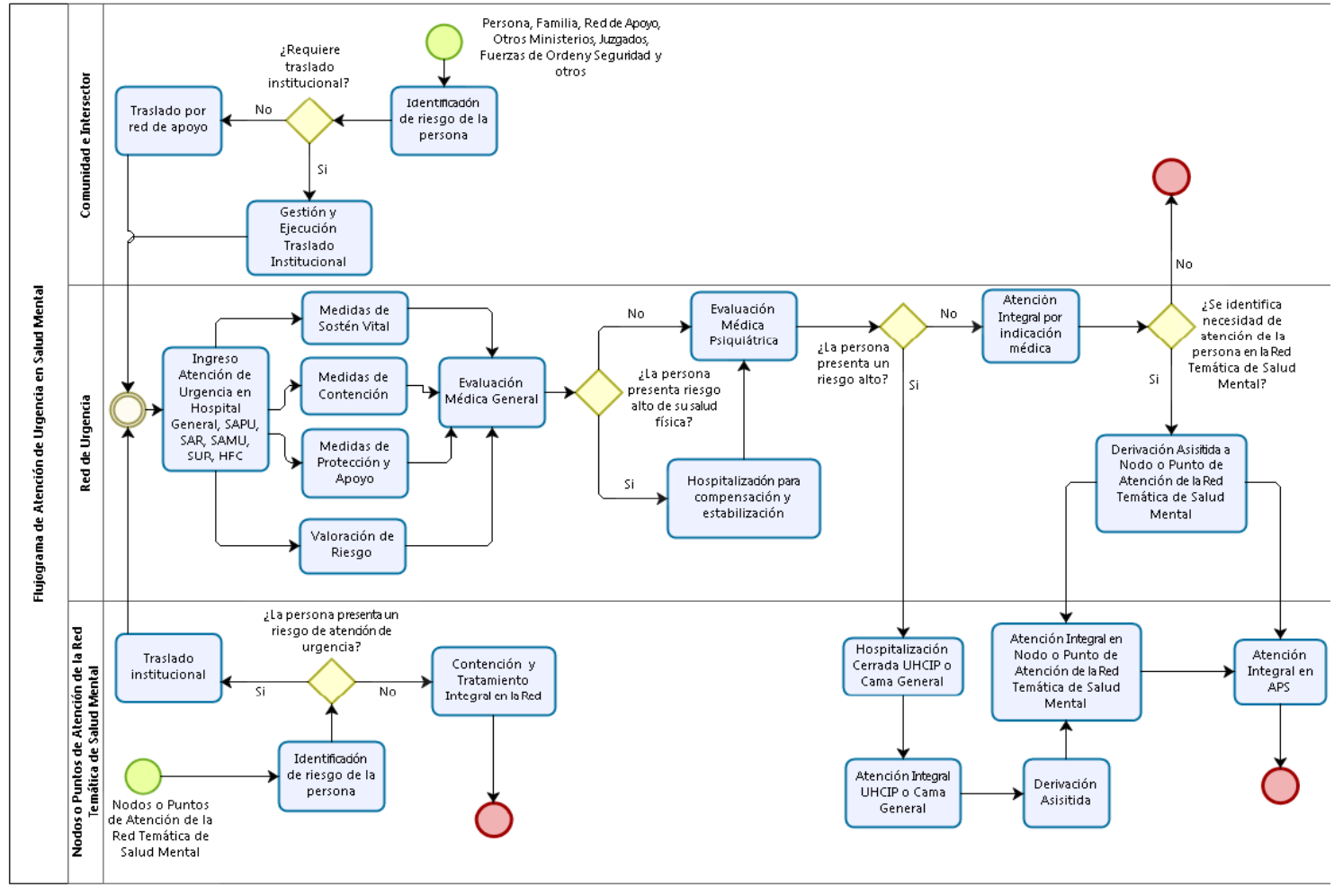
- El acompañamiento familiar durante el traslado de una persona con enfermedad mental o en situación de crisis emocional, suele ser beneficioso, salvo en aquellos casos en los que la persona rechaza expresamente el acompañamiento o en los que la presencia del familiar durante el traslado supone una fuente de estrés para la persona o el familiar.
    a. La decisión la toma la persona usuaria junto a sus familiares, asesorados por el personal de salud.
    b. Debe ajustarse a las normativas existentes al respecto: ej. Número máximo de personas que pueden ir en la ambulancia.
- En algunos traslados puede ser necesaria la solicitud de intervención de la fuerza de orden y seguridad.
    a. Acompañando el vehículo sanitario con su propio vehículo.
    b. Acompañando a la persona en el vehículo sanitario en situaciones de riesgo.
    c. Trasladando a la persona en su propio vehículo en situaciones de riesgo acompañados por personal de orden y seguridad.
- Se registra el traslado, las medidas empleadas y los incidentes durante el mismo.

14.6. Estrategias de articulación en la red en atención de urgencia de salud mental. Criterios de calidad

ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN EN LA RED	CRITERIOS DE CALIDAD
Las unidades de emergencia hospitalaria, SAMU, SAPU, SAR, SUR, HFC son parte y participan en el consejo técnico de la red.	Las unidades de emergencia hospitalaria, SAMU, SAPU, SAR, SUR, HFC participan en consejos técnicos de la red.
Instalar en los equipos de los nodos y puntos de atención de la red competencias para primeros auxilios psicológicos.	‣ Los primeros auxilios psicológicos están incorporados en los planes de capacitación de cada nodo o punto de atención. ‣ Se aplican procedimientos estandarizados en atención de primeros auxilios psicológicos.
Instalar en los equipos de los nodos y puntos de atención de la red, competencias para asegurar la continuidad de cuidados.	‣ Se aplican procedimientos estandarizados para asegurar la continuidad de cuidados de las personas atendidas por urgencia en salud mental.
Estandarizar y socializar el sistema de traslado en atención de urgencia de salud mental.	La indicación de traslado para valoración psiquiátrica se realiza de acuerdo a la condición de la persona, según procedimientos locales y normativa vigente. Se utiliza el medio de transporte más adecuado de acuerdo a la condición de la persona y realidad local. El traslado considera la necesidad de acompañamiento por parte del equipo de salud, según la condición de salud mental de la persona, incluyendo la sedación farmacológica y/o patología orgánica concomitante. Se realiza coordinación de traslado con fuerzas de orden y seguridad, con el debido resguardo de los derechos de las personas, cuando se constata la oposición de la persona a ser asistida o trasladada y existe real riesgo para él o para otros.
Entregar información escrita completa de la atención de urgencia recibida entre cada nodo o punto de atención que participan en la atención de urgencia	La información escrita de traslado incluye: ‣ Motivo de la intervención y condición de salud de la persona. ‣ Pauta de sedación empleada. ‣ Participación o no de fuerzas de orden y seguridad. ‣ Medidas de contención empleadas. ‣ Medio de traslado.
Sensibilizar a la comunidad para evitar estigma de personas con enfermedad de salud mental y situación de crisis.	‣ Los Centros de Atención Primaria y Centros de Salud Mental Comunitaria realizan acciones de sensibilización en la comunidad para disminuir estigma.
Desarrollar acciones de educación al intersector, a familiares y personas usuarias, para que estos puedan identificar desencadenantes de situaciones de crisis.	‣ Los Centros de Atención Primaria y Centro de Salud Mental Comunitaria realizan capacitación al intersector y a agrupaciones de familiares y personas usuarias sobre desencadenantes de situaciones de crisis y factores protectores.
Desarrollar formación en atención de crisis de salud mental a los equipos de urgencia.	‣ Los equipos de urgencia reciben formación en atención de crisis en salud mental.
Desarrollar mecanismos que permitan el traspaso de información desde la red de urgencia a los distintos nodos o puntos de atención para la continuidad de cuidados, de acuerdo a las necesidades de las personas.	‣ Existe procedimiento de derivación de personas atendidas por salud mental en la red de urgencias, que permite asegurar la continuidad de atención en los distintos nodos o puntos de atención, de acuerdo a las necesidades de las personas.

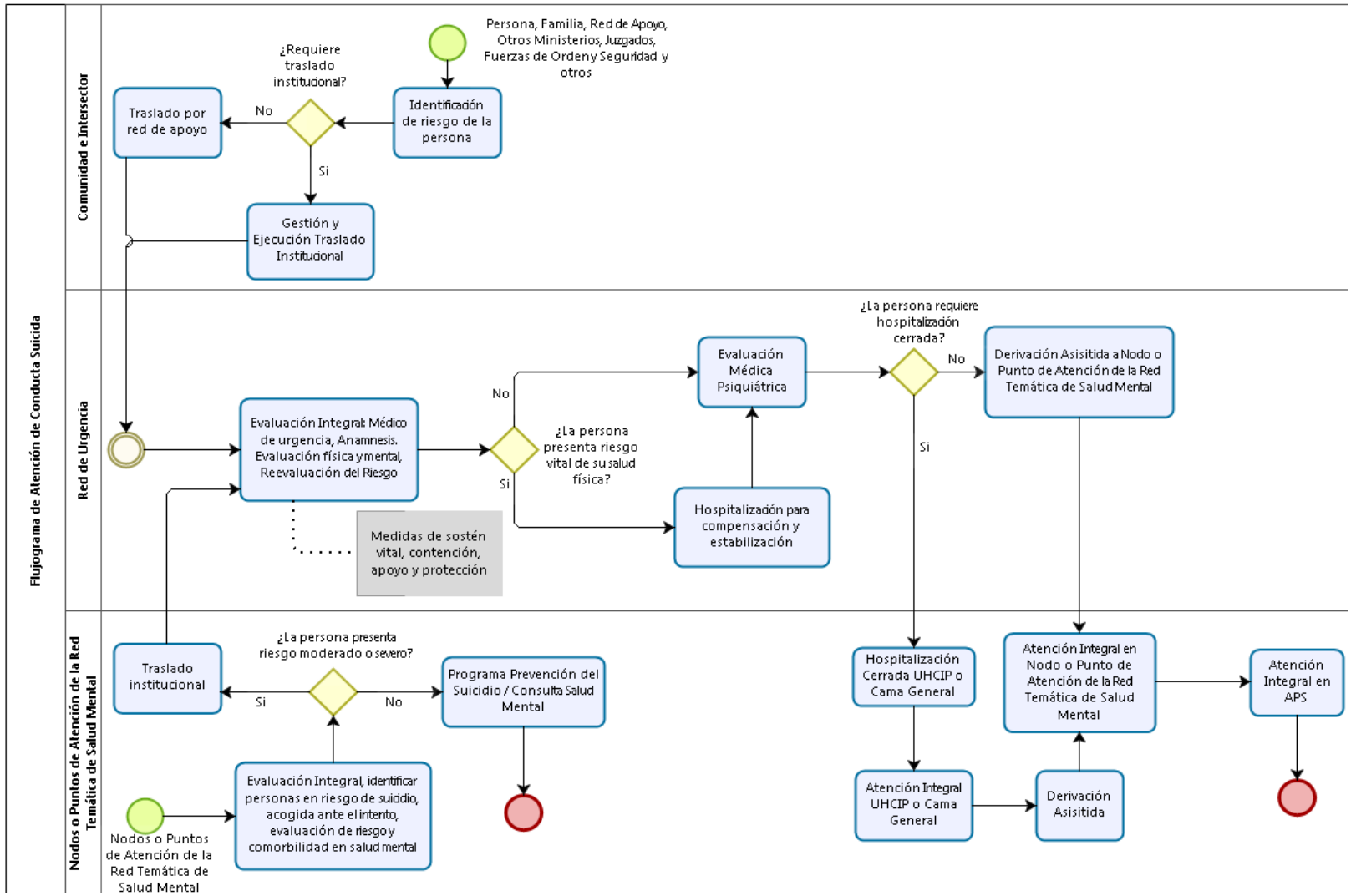
A. Flujograma de Atención de Urgencia en Salud Mental

Figura 21. Flujograma de Atención de Urgencia en Salud Mental



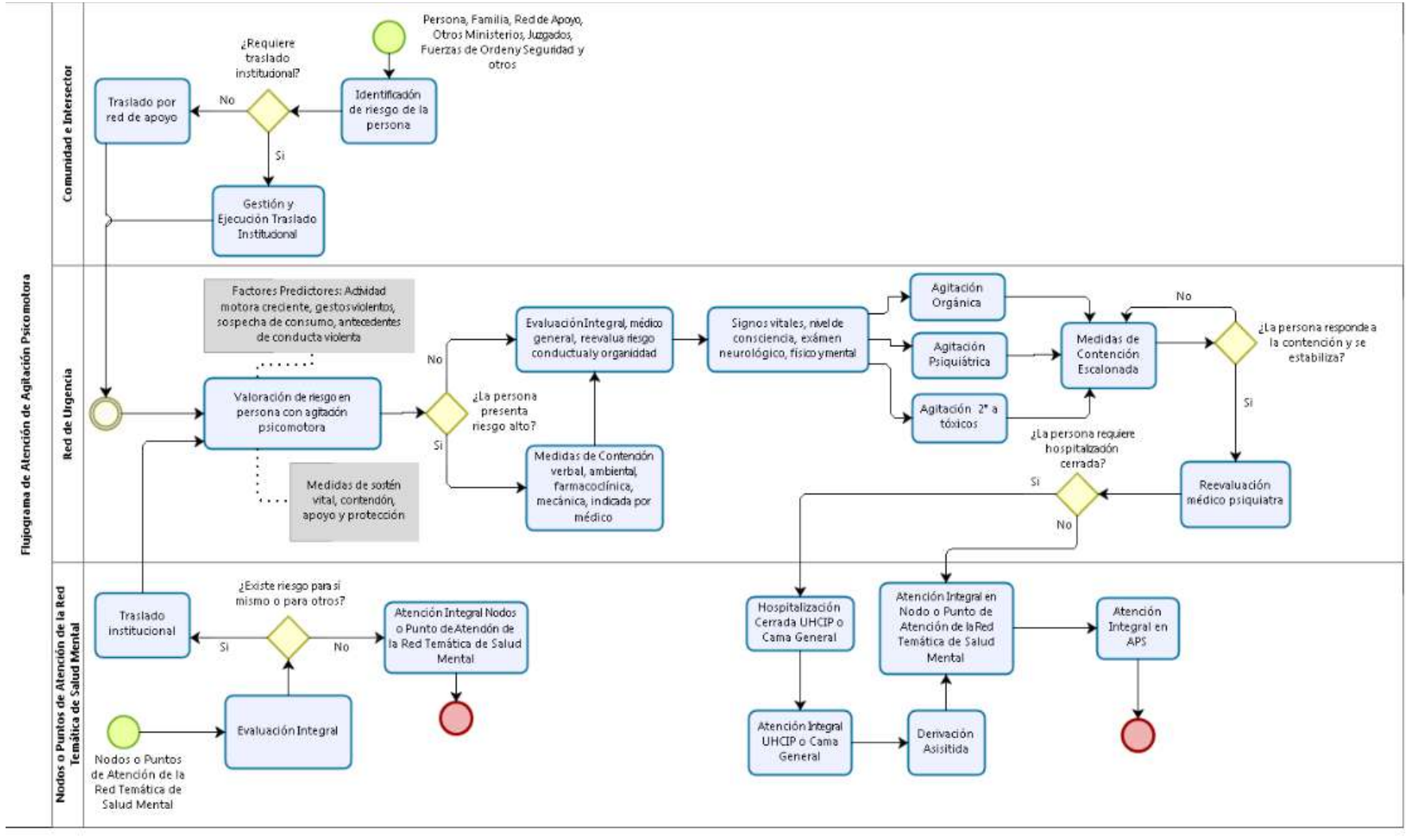
B. Flujo de Atención de Conducta Suicida

Figura 22. Flujo de Atención de Conducta Suicida (Urgencia)



C. Flujo de Atención de Agitación Psicomotora

Figura 23. Flujo de Atención de Agitación Psicomotora (Urgencia)



15. Estrategias de articulación de la Red Temática de Salud Mental y requisitos de calidad.

15.1. Estrategias transversales a todos los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental

N°	Estrategias de articulación para la continuidad del cuidado.	Requisito de calidad
1	**Establecer un sistema de asignación de horas ingreso, control, coordinación, confirmación y seguimiento de la población atendida en la red que asegure la continuidad de cuidado.**	Toda persona en proceso de atención y cuidado tiene un carné con información sobre su día, hora e integrante del equipo que le atenderá en su próxima actividad (control, taller, consulta, visita, otros). Existen y se aplican procedimientos de recepción y acogida en cada uno de los nodos y puntos de atención, los que deben ser conocidos y validados en toda la red. El sistema de asignación de horas es supervisado en su funcionamiento al menos cada 6 meses.
2	**Instalar Consejos Técnicos, de acuerdo a la Red Territorial de cada Servicio de Salud.**	▪ Existe y funcionan Consejos Técnicos con reuniones mensuales, donde existe una sola red territorial, establecido por resolución exenta. ▪ Existe y funcionan Consejos Técnicos con reuniones trimestrales por red territorial, donde existe más de una red territorial, establecido por resolución exenta. ▪ El funcionamiento y organización de todos los nodos y puntos de atención son socializados en reuniones de Consejo Técnico de la red, y se deja constancia en Acta de Reunión. ▪ Los flujos de atención son conocidos y evaluados por todos los equipos de la Red Temática a través de los Consejos Técnicos y por medios de comunicación internos de la red. ▪ Existe participación de todos los nodos y puntos de la red temática de acuerdo a su territorio incluidos los centros de tratamientos de alcohol y otras drogas (privados o públicos) en convenio con los Servicios de Salud o SENDA. ▪ Participan en consejos técnicos representantes de personas usuarias y familiares. ▪ La red identifica eventos adversos e incidentes críticos por mal funcionamiento y aplican planes de mejora. ▪ La red identifica nudos críticos en el sistema de referencia y contrarreferencia y realiza propuestas de intervención.
3	**Desarrollar anualmente planes locales de trabajo intersectorial para la atención de poblaciones específicas.**	▪ Existe un plan de trabajo anual diseñado y evaluado por representantes de instituciones participantes, y cuenta con resolución exenta del Servicio de Salud. ▪ Se realizan Diagnósticos Participativos elaborados con participación de poblaciones específicas.
4	**Incorporar tecnologías de información y comunicación únicas para la red.**	▪ Los equipos tienen acceso a tecnologías de información/comunicación y están capacitados para su uso. ▪ Se aplica sistema de telemedicina donde está incorporada la tele consultoría. ▪ Existe sistema informatizado de referencia y contrarreferencia.

5	**Implementar cuidados integrados de acuerdo a guías de práctica clínica actualizadas que incorporen la atención abierta y cerrada.**	▪ Los equipos se capacitan de forma continua, en las guías de práctica clínica de cuidados integrados y las aplican. ▪ Existen acciones de intercambio de buenas prácticas al menos una vez al año ▪ Existe un plan de actualización de competencias de los equipos de la red. ▪ Está incorporada la medicina complementaria aplicada a la intervención terapéutica, de acuerdo a normativa ministerial.
6	**Incorporar la gestión del cuidado de las personas en cada nodo y punto de atención, integrado al quehacer del equipo.**	▪ Todos los nodos y puntos de atención tienen asignados recursos de enfermería para la gestión de cuidados.
7	**Implementar proceso de derivación asistida en todos los nodos y puntos de atención de la red.**	▪ Existen y se aplican procedimientos de derivación asistida, con flujos locales de proceso de atención y cuidado conocidos por toda la red. ▪ Existe registro de derivación asistida en la ficha clínica. ▪ Existen y se utilizan "protocolos de referencia y contrarreferencia" para poblaciones específicas. ▪ Se realiza al menos una vez al año evaluación del proceso de derivación asistida.
8	**Instalar la figura del gestor/a terapéutico/a en cada nodo y punto de atención.**	▪ Toda persona atendida en un nodo o punto de la red tiene asignada a una persona como gestor/a terapéutico/a. ▪ Existe registro de asignación de gestor/a terapéutico/a en la ficha clínica y es informado a persona usuaria, familia y/o red de apoyo.
9	**Desarrollar en todos los equipos de la red, cultura de satisfacción usuaria y buen trato en la atención de las personas, familias y comunidad.**	▪ Todos los equipos reciben, al menos una vez al año, una actualización en buen trato en la atención de las personas. ▪ La red cuenta con mecanismos que aseguren a la persona y familia el ejercicio del derecho de presentar solicitudes ciudadanas, de acuerdo a normativa vigente. ▪ Se aplican mecanismos de evaluación de satisfacción usuaria y se incorporan sus resultados al proceso de mejora continua.
10	**Implementar sistemas de atención integral estandarizados.**	▪ Se disponen y aplican instrumentos de evaluación estandarizados y validados en el país. ▪ Se elabora y ejecuta el Plan de Cuidados Integrales con registro en ficha clínica. ▪ Los equipos están capacitados en aplicación de instrumentos, acorde a las necesidades de la población a atender. ▪ Los nodos y puntos de atención cuentan con equipos suficientes en competencias y cantidad, de acuerdo a las necesidades de la población a atender.
11	**Implementar acciones que aseguren el acceso a atención de poblaciones de zonas aisladas y/o con dispersión geográfica.**	▪ La Red cuenta con mecanismos que aseguren el acceso a la atención para personas, familias y comunidades aisladas y/o con dispersión geográfica.
12	**Desarrollar acciones de detección y continuidad de cuidado para población con consumo perjudicial de alcohol y otras drogas.**	▪ Existen procedimientos de acciones de detección, acogida, evaluación inicial y derivación asistida en cada nodo y punto de la red. ▪ Existen profesionales y técnicos con competencias generales y específicas para la atención en alcohol y otras drogas

15.2. Estrategias de articulación diferenciadas para grupos poblacionales específicos

ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS	REQUISITOS DE CALIDAD
Población de mujeres embarazadas, puérperas o en periodo de lactancia	
Desarrollar y reforzar acciones para la pesquisa, atención, derivación y apoyo post egreso, de mujeres embarazadas, puérperas o en periodo de lactancia con riesgo o presencia de enfermedad mental.	' Existe instructivo de atención socializado en la red. ' Los equipos de salud cuentan con competencias para detección precoz y abordaje integral de mujeres embarazadas, puérperas o en periodo de lactancia con problemas o enfermedad mental, con enfoque de género. ' Los equipos de salud cuentan con competencias para detección precoz y abordaje integral de mujeres con consumo riesgoso y/o problemático de alcohol y otras drogas. ' Existe sistema de registro y seguimiento de mujeres embarazadas, puérperas o en periodo de lactancia con enfermedad mental.
Desarrollar y reforzar acciones para la atención, acompañamiento psicosocial, referencia y contrarreferencia; y seguimiento de adolescentes y adultas que se acojan a la Ley 21.030.	' Existe procedimiento de referencia, contrarreferencia y atención socializado en la red. ' Los equipos de la red de salud cuentan con competencias para la atención oportuna, pertinente y de calidad, de acuerdo a la normativa vigente, para adolescentes y adultas que se acojan a la Ley 21.030. ' Existe sistema de registro y seguimiento de adolescentes y mujeres que se acojan a la Ley 21.030. ' Existen estrategias de articulación con la red intersectorial para asegurar la continuidad de cuidados y el apoyo a los proyectos de vida adolescentes y adultas que se acojan a la Ley 21.030

Población de niñas, niños, adolescentes y jóvenes (NNAJ) con vulneración de derechos y/o con infracción a la ley	
Desarrollar mecanismos de articulación efectiva para asegurar el acceso oportuno a la atención y cuidados en salud, con enfoque de equidad, de la población vinculada a la red SENAME en programas de protección y/o programas de justicia juvenil. **Implementar acciones de capacitación para los equipos de salud mental que permitan fortalecer las competencias de atención de población infanto adolescente con vulneración de derechos o vinculados a programas de justicia juvenil.** **Desarrollar acciones de atención y cuidados desde la atención primaria y nivel de especialidad en salud mental, al interior de los centros privativos de libertad insertos en sus territorios.**	' Se aplican procedimiento de articulación entre los nodos de atención de la red y los equipos de la red de atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes bajo el sistema de protección y justicia juvenil. ' Existe un proceso de atención coordinada entre equipos de la red SENAME y Salud (incluyendo en éstos a los equipos con financiamiento SENDA). ' Funcionan mesas o instancias intersectoriales de coordinación territorial para favorecer el acceso a atención de salud de niños, niñas, adolescentes vulnerados en sus derechos. ' Existe un único referente de los programas del sistema de protección o justicia juvenil por cada NNAJ y un gestor terapéutico del equipo de salud, para la coordinación de la atención integral de cada niño, niña, adolescente y joven. ' Existe un plan de trabajo anual de Atención Primaria y de nivel de especialidad ambulatoria en salud mental que incluya acciones de salud integral en territorios que tienen incorporado programas residenciales y se coordinan con estos. ' Existen equipos de salud capacitados en atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos o vinculados a programas de justicia juvenil. ' Existe en el plan de capacitación de los nodos y puntos de atención para mejorar competencias de los equipos en la atención de niños niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos o vinculados a programas de justicia juvenil. ' Equipo de salud de atención primaria y de especialidad en salud mental atienden en dependencias de los centros privativos de libertad. ' Existe plan de trabajo anual y calendarización en atención primaria y nivel de especialidad en salud mental de las visitas a los centros privativos de libertad. ' Existen reuniones al menos bimensuales calendarizadas en las que participan los equipos de atención primaria, el nivel de especialidad en salud mental y del centro privativo de libertad.

Población adulta privada de libertad (en recintos penales y con beneficios carcelarios en medio libre) de acuerdo a las propuestas del Informe de la Comisión Asistencial Población Privada de Libertad [171]	
Elaborar estrategias integradas con financiamiento intersectorial compartido para la atención de salud mental de las personas adultas privadas de libertad que permitan acceso oportuno y pertinente a atenciones de salud. **Desarrollar mecanismos de articulación efectiva para asegurar el acceso oportuno y equitativo a la atención y cuidados en salud mental acorde a las necesidades de salud las personas pivadas de libertad.** **Implementar capacitación en los equipos de salud mental para fortalecer las competencias de atención de población adulta privada de libertad para optimizar y facilitar el acceso a la atención.** **Incorporar a las personas privadas de libertad como parte de poblaciones a cargo, por las redes asistenciales, para otorgar atención y cuidados, que surjan de sus requerimientos y teniendo como puerta de entrada a la APS [36].**	' Existe estrategia integrada validada por los distintos sectores involucrados. ' Existe y se aplican mecanismos de articulación entre los nodos de atención de la red y los establecimientos penales existentes en el territorio, para la oportuna atención, traslados y acciones de seguridad por parte de GENCHI, conforme a la normativa vigente. ' Existe proceso de atención integrada entre equipos de la red de Salud y los equipos de reinserción y de salud de GENCHI. ' Existe un plan de trabajo anual de Atención Primaria y de nivel de especialidad ambulatoria en salud mental con los equipos de reinserción y de salud de GENCHI para favorecer la continuidad de atención de las personas que quedan en libertad y presentan una enfermedad mental. ' Existen Residencias Forenses en cada uno de los Servicios de Salud que permite la reintegración de las personas egresadas de unidades forenses, con enfermedades de salud mental en sus redes territoriales de origen. ' Se establece plan anual de atención a personas privadas de libertad. ' Equipo de salud capacitado para atención población adulta privada de libertad. ' Existe en el plan de capacitación de los nodos formación en atención para población adulta privada de libertad. ' Equipo de salud de atención primaria y de especialidad en salud mental atienden en modalidad de rondas, al interior de los recintos penales, según territorios. ' Existe plan de trabajo anual y calendarización en atención primaria y nivel de especialidad en salud mental de las visitas a los recintos penitenciarios.
Población migrante y refugiada	
Definir plan de acción anticipatoria para la gestión de accesibilidad a traductores y/o facilitadores culturales para la atención de salud mental y apoyo social. **Implementar acciones de formación del Equipo de Salud Mental (ej. Curso cápsula de autoaprendizaje: Migración, interculturalidad, Salud y Derechos Humanos).** **Incorporar el ciclo migratorio a la atención clínica (origen-transito-destino-retorno).** **Desarrollar Planes de Cuidados Integrales con pertinencia cultural.** **Incorporar la temática de Migración y Salud desde el enfoque preventivo y de cohesión social, en los Consejos Técnicos y otras instancias de salud mental.**	' Existe Plan de Acción del Servicio de Salud y evaluación anual del cumplimiento. ' Al menos 2 personas de cada equipo reciben la formación. ' Existe procedimiento atención de acuerdo al ciclo migratorio. ' El Plan de Cuidados Integrales considera pertinencia cultural en su elaboración y desarrollo. ' Se aborda la temática de migración en el Consejo Técnico de Salud Mental del Servicio de Salud, con registro de ello en acta.

Pueblos Indígenas	
Disponer de registro de pertenencia a pueblos indígenas en las fichas clínicas. **Incorporar Planes de Cuidados Integrales instancias de Recuperación con pertinencia cultural.** **Incorporar facilitadores interculturales en la Red Temática de Salud Mental.** **Incorporar los saberes y conocimientos culturales de pueblos indígenas, como factor protector de la salud en la atención brindada.**	' Todas las personas y sus familias con pertenencia a pueblo originario tienen registro de ello en su ficha clínica. ' El Plan de Cuidados Integrales considera pertinencia cultural en su elaboración y desarrollo. ' Existe disponibilidad de facilitadores/as interculturales en las consultorías de salud mental y en la atención. ' Está incorporado el uso de tratamientos de medicina ancestral de los pueblos indígenas. ' Los equipos tienen formación en salud intercultural. ' Los equipos de salud mental participan en forma permanente en las mesas de salud intercultural, tanto comunales como regionales.
Población LGTBI[55]	
Capacitar y sensibilizar a equipos de salud mental en la atención poblaciones LGTBI. **Incorporar el lenguaje social que permita la detección activa de la identidad de género con preguntas que no condicionen la respuesta culturalmente aceptada. (ej.: ¿Tiene pareja?, en lugar de ¿Tiene marido?)** **Utilizar nombre social, implementando en Circular nº 21 del Ministerio de Salud, tanto en la atención abierta, como en la asignación de camas en atención cerrada.** **Instalar cápsula de capacitación.**	' Los equipos de salud mental están capacitados en la atención de esta población. ' Circular 21 del Ministerio de Salud implementada. ' Cápsula de sensibilización instalada.

POBLACIÓN CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y/O SITUACIÓN DE ALTA VULNERABILDAD	
Establecer sistema de articulación con intersector y organizaciones sociales para detección y rescate de personas, a lo largo del curso de vida, con enfermedad mental en situación de calle. Coordinación con el sector e intersector para provisión de servicios y apoyo al ejercicio de derechos para personas mayores de 18 años que presentan una enfermedad mental grave, de larga data con trastornos conductuales, discapacidad moderada a severa, y alto grado de dependencia y disfuncionalidad.	' El equipo gestor de salud mental del Servicio de Salud se articula en forma sectorial e intersectorial para dar respuesta a las necesidades de salud mental de esta población. ' Los equipos de APS y especialidad, los dispositivos residenciales y otros nodos y puntos de atención de la red de salud, se articulan para definir el Plan de Cuidados Integrales para estas personas y las responsabilidades de cada uno en este. ' Se asigna en forma pertinente un/a gestor/a terapéutico/a en cada caso particular ' El dispositivo clínico residencial en salud mental para adultos está instalado y se coordina con el sector e intersector. ' Existen procesos de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos de Rehabilitación (población adulta y adolescente) en conjunto con los equipos de Centros de Salud Mental Comunitaria y coordinado con el intersector. ' Los equipos de la red aplican estrategias y técnicas de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) considerando las necesidades de personas usuarias.

[55] LGTBI: Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales.

16. Sistemas de Apoyo de las Redes de Atención en Salud

Los sistemas de apoyo son los lugares institucionales de las redes en donde se prestan servicios comunes a todos los puntos de atención en salud, en los campos de apoyo diagnóstico y terapéutico, de los sistemas farmacéuticos y de los sistemas de información en salud [132].

16.1. Sistema de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

Este sistema envuelve los servicios de diagnóstico por imágenes, los servicios de medicina nuclear diagnóstica y terapéutica, la electrofisiología diagnóstica y terapéutica, las endoscopias, la hemodinámica y la patología clínica (anatomía patológica, genética, bioquímica, hematología, inmunología y microbilogia y parasitología).

El diagnóstico por imágenes constituye un eje fundamental en el proceso diagnóstico para otorgar salud integral a las personas. En salud mental, existe un número importante de personas que requieren diagnósticos por imágenes para descartar o confirmar patologías de causa orgánica. Los exámenes de laboratorio son escenciales además en el control de algunos tratamientos farmacológicos por ejemplo los hemogramas cuando se utiliza clozapina o niveles plasmáticos en personas en tratamiento con estabilizadores del ánimo, entre otros.

Para poder responder a estas demandas, se debe organizar la atención tendiente a lograr una eficiente coordinación para la realización de exámenes, procedimientos, controles y consultas con los distintos especialistas y establecimientos de la red de salud general que pudieran requerirse. Por una parte, para dar un enfoque transdisciplinario a la atención y el cuidado, y por otra, para otorgar horas en forma coordinada, a fin de evitar viajes recurrentes de la persona que requiere atención, lo que es particularmente relevante a considerar con la población rural y aquellas comunidades de alta vulnerabilidad social y/o de difícil acceso y traslado a los centros de salud urbanos.

Estrategias de coordinación con Sistema de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico

- Utilizar procedimientos de la red local de salud para acceso a Sistema de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, tanto para la solicitud de horas como para la entrega de resultados.
- Informar a personas usuarias, familia y/o red de apoyo, sobre procedimientos y/ o exámenes a realizar, preparación previa, efectos colaterales si existiesen, fecha, hora y lugar donde se efectuará el procedimiento. En caso de procedimientos invasivos, firma de consentimiento informado.
- Organizar los procesos de toma de exámenes y procedimientos con asignación de horas por el sistema.
- Establecer un software para asignación de horas que considere horas para casos de urgencia.

16.2. Servicios Farmacéuticos

Los Servicios Farmacéuticos se plantean como un conjunto de servicios orientados para entregar un soporte fármaco terapéutico integral a las personas. Estos servicios buscan dar respuesta para el acceso oportuno de la demanda y necesidades de las personas, sus familias y la comunidad.

La eficacia de estos servicios se relaciona con la conducción de un/a profesional Químico/a Farmacéutico/a y el apoyo de técnicos en farmacia. Este personal, debe tener responsabilidad técnica y administrativa sobre insumos y fármacos, especialmente, por aquellos medicamentos sujetos a control legal.

Con el fin de garantizar la atención de salud mental en la red, debe existir una coordinación preliminar con todos los actores involucrados para gestionar la prestación y su registro, establecer el financiamiento de los fármacos, definir a los responsables de la emisión de recetas y la continuidad del tratamiento.

Los/as profesionales Químicos Farmacéuticos (QF) tienen un rol fundamental en el control de los tratamientos farmacológicos de las personas con enfermedad mental. Su presencia en los establecimientos representa una oportunidad de incorporación al equipo de salud de los centros asistenciales, para apoyar en funciones relativas a la Atención Farmacéutica y al Seguimiento Farmacoterapéutico junto a otras actividades que colaboran a una correcta gestión del medicamento.

A. Arsenales Farmacológicos

El Comité de Farmacia y Terapéutica es el organismo técnico-asesor en materias relativas a la selección, disponibilidad, uso y utilización de medicamentos e insumos terapéuticos en los establecimientos de la red asistencial de salud pública definido según la Norma General Técnica N°113.

Por tanto, este Comité será el encargado de proponer el Arsenal Farmacológico para el establecimiento de la red de salud de su jurisdicción.

Las siguientes estrategias apoyan a la correcta gestión del Comité:

- Mantener un plan de vigilancia del funcionamiento de otros Comités de Farmacia y Terapéutica constituidos a nivel de los establecimientos prestadores de servicios de salud de la red.
- La difusión de los Arsenales Farmacoterapéuticos de los diversos establecimientos de la red.
- Los Arsenales ya existentes deben mantener una coherencia para efectos de la derivación de las personas entre los diferentes niveles de atención.
- En el caso de los establecimientos de Atención Primaria de Salud, los Arsenales serán regulados por el Comité de Farmacia y Terapéutica del Servicio de Salud al cual corresponde.

B. Dispensación

La atención de la persona en el establecimiento de salud generalmente finaliza con la dispensación de medicamentos. Por tal razón es necesario desarrollar sistemas de dispensación que permitan dar seguridad en la entrega, conservar la calidad de los fármacos, contribuir en el cumplimiento de la farmacoterapia de personas usuarias y brindar la información necesaria para el cumplimiento de la indicación médica.

El personal de farmacia debe informar y orientar a las personas usuarias sobre la administración, dosis y uso adecuado del medicamento, así como sobre su interacción con otros medicamentos o alimentos, reacciones adversas y condiciones de conservación; y si es posible, debe proporcionar información adicional como fichas informativas, folletos, trípticos, etc.

Las estrategias consideradas como buenas prácticas de dispensación de medicamentos son las siguientes.

- Lectura crítica de la prescripción.
- Revisar si están completos todos los datos mínimos de la receta para identificar a la persona usuaria, la prescripción/patología y al prescriptor.
- Revisar si el medicamento corresponde al diagnóstico.

- Revisar si la dosis corresponde a las características de la persona usuaria.
- El tiempo del tratamiento corresponde a la patología.
- Verificar que la persona usuaria ha entendido las indicaciones.
- En la dispensación de medicamentos sujetos a control legal se debe cumplir con los requisitos generales de la receta, debiendo someterse a las disposiciones contenidas en el Reglamento de Estupefacientes, Reglamento de Productos Psicotrópicos y demás disposiciones sobre la materia. (Decreto Supremo N° 404 de 1983 del MINSAL, Reglamento de estupefacientes y Decreto Supremo N° 405 de 1983 del MINSAL, Reglamento de Psicotrópicos).

Por tanto:

- La dispensación de medicamentos a las personas se debe efectuar según las normativas existentes para estos establecimientos.
- En este proceso administrativo, el responsable debe entregar las indicaciones y medicamentos a la persona usuaria si está en condiciones de recibirla, si no a la familia y/o red de apoyo.

C. Atención Farmacéutica [177] [179] [179] [180] [181] [182] [183] [184] [185] [186]

El profesional químico farmacéutico puede realizar funciones relativas a la atención farmacéutica (AF). Esta se define como un sistema centrado en las personas, estableciendo como objetivo general la búsqueda, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos, para tratar de alcanzar los resultados de salud esperados, y mantener o mejorar la calidad de vida del paciente.

La Atención Farmacéutica incluye las siguientes funciones:

C.1. Seguimiento Farmacoterapéutico

Corresponde a la práctica clínica que pretende evaluar y monitorizar la terapia farmacológica del usuario de manera continua. Considera establecer un vínculo entre la persona usuaria y el Químico Farmacéutico entregándole herramientas educativas y buscando mejorar los resultados clínicos de la farmacoterapia, tomando siempre las decisiones en conjunto con este.

Requiere acciones adicionales a la práctica habitual del Químico Farmacéutico como son monitorizar valores clínicos, exámenes de laboratorio y otras herramientas de medición dependiendo del caso; educación en salud, entrevista clínica y trabajo interdisciplinario, con el equipo de salud mental.

Considera la revisión exhaustiva de la terapia farmacológica, trabajando de manera directa y en conjunto con el equipo clínico para aportar información relativa al seguimiento de cada persona usuaria, así como proponer y recomendar cambios en los esquemas terapéuticos que pudieran ser requeridos.

Esta función está orientada hacia aquellas personas usuarias con mayor grado de descompensación, o con alto riesgo asociado a su terapia farmacológica: Polifarmacia, multimorbilidad, entre otros.

C.2. Asesoría y capacitación al equipo

Considerando el amplio conocimiento del Químico Farmacéutico sobre el uso de medicamentos, en cuanto a indicaciones, toxicidad, interacciones, posología y reacciones adversas asociadas, se considera el profesional idóneo para realizar capacitaciones y actualizaciones al equipo de salud y a la comunidad.

C.3. Farmacovigilancia

Se define como un conjunto de actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos asociados al uso de los medicamentos.

En este aspecto el profesional Químico Farmacéutico adopta un rol dentro del equipo de salud, desarrollando una Farmacovigilancia activa que permite la detección precoz de efectos secundarios y/o reacciones adversas a medicamentos.

El Instituto de Salud Pública de Chile, mediante el Programa Nacional de Farmacovigilancia, utiliza la notificación espontánea, que consiste en comunicar al profesional de la salud, centro asistencial o titulares de registro sanitario, las sospechas de reacciones adversas a medicamentos de las que éste toma conocimiento, incluidos la dependencia, el abuso, el mal uso y la falta de eficacia.

Estas actividades se encuentran en las disposiciones de la Norma General Técnica N° 140 sobre el Sistema Nacional de Farmacovigilancia de Productos Farmacéuticos de Uso Humano.

C.4. Conciliación de tratamientos entre los niveles de atención

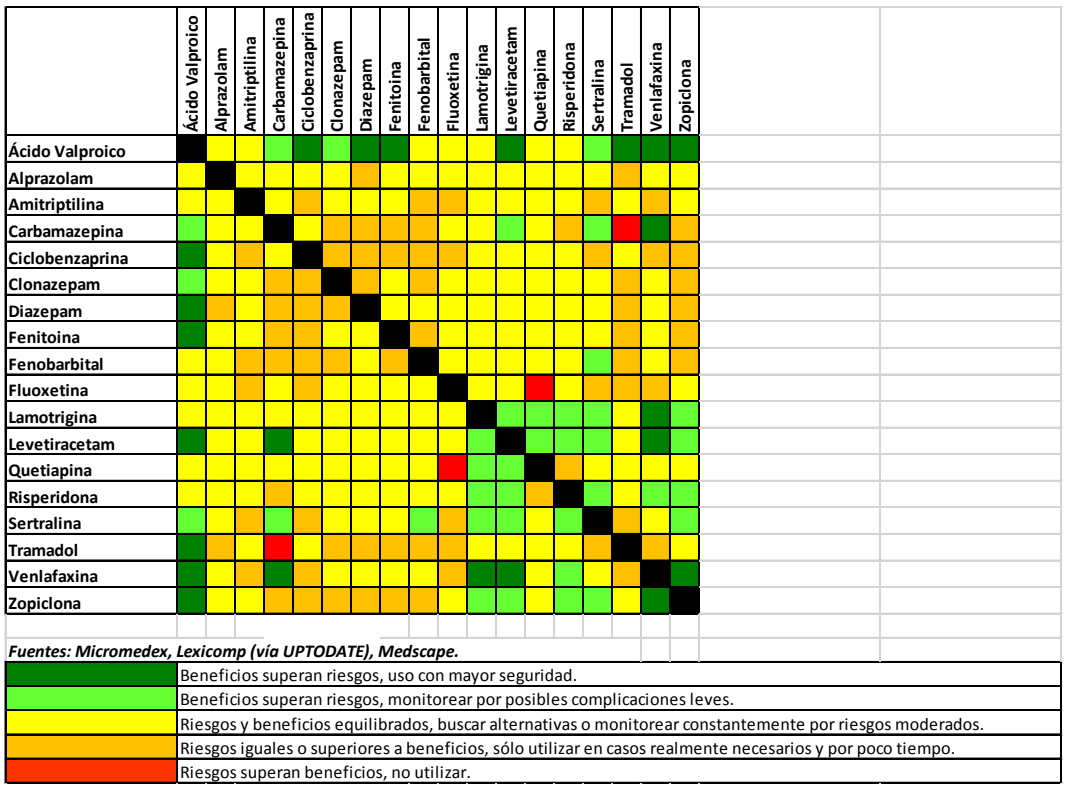
Las transiciones entre los distintos nodos y puntos de atención de la red son periodos de alta vulnerabilidad para que existan errores entre los fármacos prescritos a la persona usuaria.

La conciliación de medicamentos es el proceso formal, que consiste en comparar los fármacos de uso habitual con los prescritos después de una transición asistencial, con el objetivo de analizar y resolver discrepancias. Es necesario considerar omisiones, duplicidades, posibles interacciones y contraindicaciones. Los errores que sean detectados, si procede, deben ser corregidos y los cambios realizados tienen que ser registrados y comunicados a las personas.

Se recomienda un abordaje sistemático dentro de las organizaciones, asignando un profesional responsable que realice la conciliación de medicamentos en un plazo preestablecido. La unidad de farmacia de los centros de salud, en caso de contar con un Químico Farmacéutico, puede participar en la conciliación de tratamiento.

Este gráfico muestra como la interacción de medicamentos utilizados en patologías de salud mental debe ser monitorizada por el profesional Químico Farmacéutico junto al equipo de salud para conciliar beneficios y riesgos en su uso.

Figura 24. Interacción de medicamentos utilizados en patologías de salud mental



Fuente: QF Francisco Martínez Mardones. Corporación Municipal de Puente Alto.

16.3. Sistema de Información

Los sistemas de información en salud han sido considerados como herramientas importantes para el diagnóstico de situaciones de salud con miras a la producción de intervenciones sobre las necesidades de la población. Los sistemas de información en salud constituyen un esfuerzo integrado para colectar, procesar, reportar y usar información y conocimiento para influenciar las políticas, los programas y la investigación [187].

Estos sistemas de información en salud comprenden: los determinantes sociales de las salud y los ambientes contextuales y legales en los cuales los sistemas de salud operan; los insumos de los sistemas de atención en salud y los procesos relacionados a ellos, incluyendo la política y la organización, la infraestructura sanitaria, los recursos humanos y financieros; el desempeño de los sistemas de atención en salud; los resultados en términos de mortalidad, carga de enfermedades, bienestar y estado de salud; y la equidad en salud [132] [188].

Permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información en salud mental de las personas usuarias de la red. Favorece la comunicación entre los distintos nodos y puntos de atención de la red para la entrega de información clínica en el proceso de referencia y contrarreferencia, integrando la información clínica, las intervenciones y acciones realizadas con las personas, familias y comunidades en el proceso de atención con el objetivo de respaldar la toma de decisiones para articular un proceso de atención y cuidados integrado. Además, permite realizar la evaluación del impacto de las acciones de salud. Es responsabilidad del nivel central impulsar sistemas de información alineados con el sistema general de información.

Este sistema sirve de soporte para el proceso diagnóstico, la emisión de alertas y recordatorios, para elaborar el Plan de Cuidados Integrales, la Recuperación de la información, la gestión de procesos clínicos comunitarios, la coordinación con la red y la investigación. En resumen, es esencial para una buena gestión.

También, favorece una organización de todos los nodos y puntos de atención del sistema para beneficio de la población usuaria, en tanto permite identificar y superar los nudos críticos en la atención de las personas, a partir de variables de calidad de la atención como: accesibilidad, oportunidad, equidad y continuidad de cuidados.

El sistema de información debe contener los siguientes datos:

- Todos los nodos y puntos de atención que componen la red territorial.
- Los nombres de los gestores de horas o de demanda de cada nodo y punto de atención.
- Información sobre los datos para el contacto con cada institución (dirección, teléfono, correo electrónico, página web).
- Las formas de entrada y circulación por la red, criterios de pertinencia (horarios y modalidad de atención de cada nodo y punto de atención).
- Información de la población de acuerdo al territorio.

16.3.1. Actores y sus necesidades informativas en salud mental

Actores	Necesidades informativas
Personas usuarias con necesidades de atención y cuidados en salud mental	• Información de buena calidad, accesible y comprensible, sobre las estructuras y los procesos de atención y cuidados, y las alternativas existentes. • Privacidad. • Confidencialidad. • Resultados.
Familias y/o grupo primario de apoyo de personas usuarias con necesidades de atención y cuidados en salud mental	• Información de buena calidad, accesible y comprensible, sobre las estructuras y los procesos de atención y cuidados, y las alternativas existentes. • Información sobre roles de la familia y/o red de apoyo en el proceso de atención y cuidados. • Información sobre alternativas de apoyo a la familia y/o grupo primario. • Información sobre los recursos de apoyo disponible para la continuidad de cuidados y la inclusión sociocomunitaria. • Resultados.
Equipos transdisciplinarios	• Plan de Cuidados Integrales (PCI). • Informes clínicos, epicrisis. • Guías terapéuticas. • Procesos de referencia y contrarreferencia. • Recursos disponibles para la atención.

Planificadores, administradores y gestores políticos	• Política y planes de salud mental actuales. • Modelos de gestión de red, de nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental. • Diagnósticos comunitarios y de red local actualizados. • Necesidades de servicios para la población. • Recursos disponibles y brechas para la atención. • Resultados e impacto sanitario.
Intersector	• Ministerios de Educación, Desarrollo Social, Deporte, Vivienda, Justicia y otras instancias del Estado como SENAMA, SENAME, etc.
ONGs	• Áreas de solapamiento potencial o colaboración con el sector público. • Política y planes de salud mental actuales.
Comunidad	• Modelo de Atención Integral en Salud, Familia y Comunitaria. • Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. • Legislación en salud. • Redes de atención disponibles. • Recursos sociocomunitarios. • Promoción y prevención en salud mental. • Impacto del estigma y autoestigma. • Otros de acuerdo a realidades locales.

Fuente: adaptación de tabla extraída del documento: OMS, Sistemas de Información de Salud Mental (2010) [188].

16.3.2. Criterios de calidad que deben cumplir estos Sistemas de Información en Salud Mental (SISM):

- Que sea una fuente de información precisa y consistente.
- Que ayude a una planificación coherente.
- Que permita la implementación y posterior evaluación de una política.
- Que ayude a los equipos de atención a registrar y supervisar las necesidades de cada persona.
- Que permita informar acerca de las intervenciones integrales que se emplean y su seguimiento, pudiendo así vincularse a la mejora constante de la calidad de la atención entregada.
- Que permita la medición de indicadores.
- Que permita la evaluación de recursos empleados en un determinado nodo y punto de atención.
- Que facilite los procesos de evaluación.
- Que permita a los gestores y equipos de atención tomar decisiones más informadas para mejorar la calidad de la atención.
- Que resguarde la confidencialidad.
- Que permita mantener registros actualizados de las personas en control activo e inasistentes, de manera de realizar el rescate respectivo para asegurar la continuidad del cuidado.
- Que permita desarrollar estrategias locales para disminuir la pérdida de horas.
- Que permita conocer la producción y el rendimiento de cada nodo y punto de atención, cada profesional/técnico, la cantidad de horas programadas, la cantidad de personas programadas para ser atendidas por demanda espontánea, los retrasos en las horas, planificación de vacaciones, etc.

Fuente: adaptación de tabla extraída del documento: OMS, Sistemas de Información de Salud Mental (2010) [188]

16.3.3. Estrategias y criterios de calidad de los sistemas de apoyo

ESTRATEGIAS	CRITERIOS DE CALIDAD
Involucrar a la persona y a sus familiares en la educación sobre el sistema de asignación y utilización de horas en todos los nodos de la red.	• Existen mecanismos de difusión (ej: cartilla) sobre el sistema de asignación y utilización de horas, accesible a las personas, familias y comunidades. • Existe señalética de todos los nodos y puntos de atención que componen un territorio.
Usar sistema de mensajes o alarmas que llegan a quienes solicitaron horas, con uno o dos días de anticipación, para evitar la inasistencia de la persona, familia y/o red de apoyo.	• Existe sistema de mensajería que avise a las personas acerca de su próxima hora de atención.
Entregar atención de especialidades cuando el nodo está geográficamente distante de su red directa.	• Existe atención a distancia por Telemedicina.
Estandarizar procedimientos de Farmacia para resguardar la seguridad de las personas usuarias.	• Existe documento donde se describe: almacenamiento, rotulación, prescripción, solicitud de medicamentos, dispensación, devolución de medicamentos y notificación de eventos adversos. • Existe procedimiento local de entrega de fármacos a los distintos nodos de la red. • Los equipos reciben actualización de información en esta área.
Asegurar stock mínimo de Farmacia por nodo de atención.	• Existencia de sistema de reposición de stock mínimo en unidad de farmacia.
Definir la adquisición de fármacos, de acuerdo a normas técnicas vigentes.	• Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos.

16.3.4. Salud Responde

Es un servicio de apoyo que se ofrece a toda la ciudadanía, que entrega de información, orientación, educación, asistencia, apoyo y contención en materias de salud, a través de una atención telefónica oportuna, equitativa y de calidad, las 24 horas del día y todos los días del año.

Contempla 5 líneas de atención telefónica (línea administrativa de información general y específica en salud, lineas de información en salud atendida por profesionales no médicos, línea de información en salud por profesionales médicos y la una línea de información en salud mental), divididas de acuerdo al tipo de información que entregan, donde participan médicos, enfermeras, matronas, odontólogos, kinesiólogos y psicólogos.

En el ámbito de la Salud mental, su objetivo es desplegar una primera respuesta de orientación y psicoeducación a la población general, brindar contención o primeros auxilios psicológicos a personas con necesidades de atención en salud mental en situación de crisis, reforzar la adherencia a tratamiento y colaborar en el apoyo o revinculación de personas que se encuentran en procesos de atención y cuidados.

La línea de salud mental, que cuenta con profesionales capacitados en este ámbito, desarrolla una serie de acciones que apoyan a la Red Temática de Salud Mental en la entrega de información, y coordinación para el acceso a la red y apoyo en los procesos de atención y cuidados de las personas con alguna necesidad de salud mental. Entre estas acciones se encuentran:

Brindar contención o primeros auxilios psicológicos en emergencia y desastres, intervención en crisis, cuadros de descompensación de patología de salud mental, entre otros.

Entregar psicoeducación y consejería en temáticas asociadas a salud mental, tales como: trastornos del ánimo o afectivos, sintomatología ansiosa, trastornos de personalidad, consumo problemático de alcohol y otras drogas, entre otros.

Promover y/o reforzar la vinculación/adherencia de las personas usuaria con la Red Temática de Salud Mental.

- Brindar primeros auxilios psicológicos a personas con ideación o gesto suicida, además de derivación y coordinación con SAMU, Carabineros de Chile y Seremi de Salud, mediante una notificación de evaluación de riesgo como parte del Programa Nacional de Prevención del Suicidio.
- Realizar apoyo a la continuidad de cuidados de personas y cuidadores ingresados al Plan Nacional de Demencia.
- Realizar consejería y apoyo post egreso a personas ingresadas en el programa de cesación tabáquica.
- Entregar orientación especializada en GES Salud Mental, Hospitalización administrativa, VIH, entre otros.
- Orientar e información a profesionales de la salud en la temática de Salud Mental.

Para lograr un funcionamiento adecuado, se requiere la coordinación de este programa con los referentes técnicos de salud mental a nivel de la dirección del Servicio de Salud, para que mediante esta articulación se logre elaborar un flujo de información expedito que permita dar una respuesta oportuna y pertinente a las necesidades de las personas usuarias. Esta articulación debe definirse en el marco de los flujos de referencia y contrarreferencia establecidos en el proceso de diseño/rediseño de la red.

17. Sistemas Logísticos de las Redes de Atención en Salud [132]

Los sistemas logísticos son soluciones tecnológicas, fuertemente anclados en las tecnologías de la información que garantizan una organización racional de los flujos de información, productos y personas en las redes de atención de servicios de salud, permitiendo un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia e intercambios eficientes de productos e informaciones, en todos los nodos y puntos de atención de salud y sistema de apoyo en estas redes.

Los principales sistemas logísticos de las redes de atención de servicios de salud son: la tarjeta de identificación de las personas usuarias, la ficha clínica, los sistemas de acceso regulado a la atención de salud y los sistemas de transporte en salud [132]. Estos sistemas logísticos en salud mental permiten a los equipos en la red identificar a personas usuarias, contribuyen en forma significativa a garantizar el acceso, en forma equitativa, transparente y segura, a la atención y cuidados en el tránsito de las personas en la Red Temática de Salud Mental y de Salud General.

La tarjeta de identificación es el instrumento que permite asignar un número de identidad único a cada persona que utiliza el sistema de atención en salud. Esta tarjeta posibilita la vinculación de los procedimientos ejecutados a la persona usuaria, al miembro del equipo que los realizó y también al nodo o punto de atención donde fueron llevados a cabo. Lo fundamental es que la tarjeta permita la identificación incuestionable de su portador en cualquier punto de la red [132]. En nuestro país aun no existe una tarjeta nacional de salud, por lo que lo más utilizado es el RUT para articular las atenciones en salud.

La ficha clínica es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada persona. Podrá configurarse de manera electrónica, en papel o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación y confidencialidad de los datos, así como la autenticidad de su contenido y de los cambios efectuados en ella. Toda la información que surja tanto de la ficha clínica como de los estudios y otros documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2º de la ley Nº 19.628 y el Artículo 12, de la Ley 20.584 [148].

La misma ley 20. 584, señala acerca de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual: la reserva de la información que el profesional tratante debe mantener frente a la persona usuaria o la restricción al acceso por parte del titular a los contenidos de su ficha clínica, en razón de los efectos negativos que esa información pudiera tener en su estado mental, obliga al profesional a informar al representante legal de la persona usuaria o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, las razones médicas que justifican tal reserva o restricción [148].

Los sistemas de acceso regulado a la atención de salud están constituidos por estructuras operacionales que median una oferta determinada y una demanda por servicios de salud, de manera que el acceso sea racionalizado de acuerdo con grados de riesgos y normas definidas en protocolos de atención de salud y flujos asistenciales. Estos tienen los siguientes objetivos:

- Organizar el acceso en forma equitativa, transparente y con seguridad.
- Organizar el acceso con foco en la persona usuaria.

- Desarrollar y mantener actualizados los procedimientos de atención de salud organizadores del proceso de regulación del acceso.
- Instrumentalizar y control financiero.
- Configurar la oferta por nodo o punto de atención.
- Permitir la jerarquización entre las centrales de regulación.
- Interactuar con otras fuentes o bases de datos.
- Generar informes operacionales y de gestión.

Los sistemas de transporte en salud tienen como objetivo estructurar los flujos de personas y de productos en las redes de atención de servicios de salud. Estos sistemas deben transportar a las personas usuarias en busca de atención en salud, pero también garantizar el movimiento adecuado de material biológico, de residuos de los servicios y equipos de salud.

El transporte en salud es central para el acceso de las personas a los servicios prestados en las redes de atención de servicios de salud, siendo considerada una de las principales barreras para el acceso de las personas usuarias a los servicios. El transporte de personas puede ser de urgencia y emergencia o transporte electivo. El apoyo de transporte en salud mental es un factor muy relevante en el manejo de las urgencias en cualquier nodo o punto de atención.

18. Evaluación y Monitoreo

18.1. Definiciones

La evaluación es el proceso que busca contrastar los resultados reales de los planes estratégicos y operativos con lo que se planificó en el momento de su diseño. Es la apreciación sistemática, continua y objetiva de un programa, modelo o política -en proceso de implementación o con su instalación lograda-, de su diseño, su puesta en práctica y sus resultados.

Está dirigida a analizar lo que se ha conseguido y cuáles han sido los factores de éxito o fracaso, y puede originar ajustes o correcciones a los planes de implementación.

El propósito es determinar la pertinencia y el logro de los objetivos, así como la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad. Deberá proporcionar información creíble y útil que permita incorporar las enseñanzas aprendidas en el proceso de toma de decisiones.

Se identifican dos momentos:

a) Evaluación de proceso: con esta se determina el nivel de implementación de un programa o modelo, incluyendo los obstáculos y facilitadores de su implementación. Permite evaluar sí el programa/modelo y las actividades programadas e implementadas cumplieron sus objetivos. Sus resultados pueden generar redefiniciones del proceso de implementación.

b) Evaluación de resultado: esta determina los cambios y/o efectos que tuvo el programa, modelo/actividades en las poblaciones objetivo.

El monitoreo es la acción que permite desarrollar un seguimiento sistemático y permanente sobre la implementación y ejecución de actividades y el uso de los recursos. Es una función dirigida a supervisar y controlar qué tipo de servicios se prestan, la forma y la cantidad en que se producen (calidad y volumen de producción), dónde y quién los ha recibido. A diferencia de la evaluación, el monitoreo es el seguimiento que se realiza durante la ejecución de las acciones y constituye un insumo indispensable para la gestión estratégica, operativa y la toma de decisiones.

Monitoreo de proceso: supervisa y controla la forma en que se han ejecutado las acciones, se han utilizado los recursos y se han cumplido las metas previstas en el plan de implementación.

Monitoreo de resultado: desarrolla un seguimiento de los resultados de la implementación y ejecución del programa/modelo y actividad en la población objetivo.

Tanto la evaluación como el monitoreo deben realizarse de forma objetiva, basados en evidencia, con datos confiables y en forma oportuna. Esta evaluación forma parte del proceso de aprendizaje colectivo para lograr sistematizar las experiencias exitosas y no replicar los errores.

En relación al proceso de evaluación y monitoreo, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, señala como objetivo estratégico Numero 2 "Implementar el proceso de Mejora Continua de la Calidad, inserto en la gestión organizacional de los nodos y puntos de atención de la Red Tematica de Salud Mental, con la participación de personas usuarias, en relación al respeto y ejercicio de sus derechos, asi como también en el desarrollo de propuestas de mejora ". Algunas estrategias mencionadas para su logro son:

- Definiendo y monitoreando estándares específicos para Salud Mental, que complementen los sistemas de acreditación, evaluando aspectos de estructura, procesos y resultados, e incluyendo en este proceso la opinión y los requerimientos de las personas usuarias.
- Materializando los estándares de calidad, a través de instrumentos estandarizados de monitoreo y evaluación continua para evaluar y asesorar a los nodos y puntos de atención que brindan atención en salud mental, considerando el punto geográfico donde estos se ubican.
- Incluyendo los resultados de las evaluaciones en los objetivos de la planificación estratégica de los Servicios de Salud.
- Manteniendo actualizados los documentos técnicos que orientan la práctica clínica en base a evidencias científicas y experiencias locales efectivas y considerando determinantes sociales.
- Incorporando en el desarrollo de guías de práctica clínica, orientaciones y normas técnicas, estándares de evaluación de calidad, e indicadores de procesos y resultados.
- Incluyendo horas a los equipos de reunión clínica para evaluación y retroalimentación de la práctica, propiciando la gestión clínica, con resguardo de datos sensibles.
- Contando con horas de Recurso Humano para coordinar y gestionar la calidad en cada Servicio de Salud.

18.2. Plan de monitoreo de la Red Temática de Salud Mental. Mesogestión

TIPO INDICADOR	DIMENSIÓN DE CALIDAD QUE MIDE	NOMBRE INDICADOR NACIONAL	FORMATO	FUENTE DE DATO	PERIODICIDAD
1. Estructura	Acceso, oportunidad, eficiencia, continuidad de atención.	% de nodos y puntos de atención implementados de acuerdo al diseño de red del Servicio de Salud actualizado.	N° de nodos y puntos de atención implementados *100/ Total de nodos y puntos de atención definidos en el diseño	Addendum al Diseño de Red del Servicio de Salud. Nuevos addendum según modificaciones del Diseño de Red.	2018 Según modificaciones del Diseño de Red de cada Servicio de Salud.
2. Procesos	Articulacion de la red	% de consejos técnicos realizados anualmente	Número de consejos técnicos realizados anualmente * 100 / Numero consejos técnicos planificados anualmente	Planificación anual Actas de Consejos técnicos	anual
3. Estructura	Oportunidad de atención, accesibilidad, continuidad de la atención.	% de areas territoriales que cuenta con el Programa de Apoyo Clínico Integral de Salud Mental en Domicilio de acuerdo al Modelo de Gestión instalado	Numero de areas territoriales que cuenta con el Programa de Apoyo Clínico Integral de Salud Mental en Domicilio de acuerdo al Modelo de Gestión instalado *100 / total areas territoriales	Informe de la implementación del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental del Servicio de Salud.	Anual
4. Estructura	Alineación del sistema, Seguridad Oportunidad de atención	% de areas territoriales que cuenta con el Programa Nacional Prevención Suicidio instalado	Numero de areas territoriales que cuenta con el Programa Nacional Prevención Suicidio instalado *100/ total areas territoriales	Evaluacion anual del Programa Nacional Prevención Suicidio en el Servicio de Salud	Anual
5. Estructura	Alineación del sistema, Seguridad.	El Servicio de Salud capacita a los equipos y comunidad sobre Plan de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres que integra salud mental .	Si---- No---	Registros de capacitación a equipos de SM y comunidad	Anual

6. Estructura	Accesibilidad	% de establecimientos con organización de la atención territorializada, según determinantes sociales y curso de vida.	N° de establecimientos con atención territorializada según determinantes sociales y curso de vida *100/ N° total de establecimientos del Servicio de Salud.	Informe por establecimiento	Anual
7. Resultados	Eficiencia y equidad	Tasa de personas atendidas en consultoría población infanto adolescente.	N° personas menores de 18 años atendidas en consultoría/ población beneficiaria menor de 18 años*1000	Informe Servicio REM.	Anual
8. Resultado	Eficiencia	Tasa de egreso de hospitalización cerrada (UHCIP) total del Servicio y analizada por centro de APS de origen	N° de egresos registrados en hospitalización cerrada/ población beneficiaria por centro de APS mayor de 18 años*1000	REM, registros UHCIP	Anual
9. Resultado	Accesibilidad	Promedio de días de espera para acceder a los distintos nodos y/o puntos de atencion	La suma de los días de espera para acceder a los distintos nodos y/o puntos de atencion / por el n° de personas derivadas para atención.	Registros del servicio de Salud y de nodos y puntos de atencion. REM	Semestral
10. Resultado	Eficacia	% de personas egresadas por alta terapéutica en atención ambulatoria, según rango etario y sexo.	N° de personas egresadas por alta terapéutica en atención ambulatoria, según rango etario y sexo *100/ total de personas atendidas en el periodo evaluado.	DEIS REM (incorporarlos)	Anual
11. Resultado	Eficacia	% de personas contrarreferidas para continuidad de cuidado desde el Centros de Salud Mental Comunitaria a APS, según rango etario y sexo.	N° de personas contrarreferidas para continuidad de cuidado desde Centros de Salud Mental Comunitaria a APS, según rango etario y sexo *100/ Total personas referidas de APS a Centros de Salud Mental Comunitaria.	REM DEIS (incorporarlos)	Anual

12. Resultados	Eficiencia	Tasa anual de personas con re hospitalizaciones cerradas población mayor de 18 años, según sexo, analizadas por centro de APS de origen	N° de personas mayores de 18 años con rehospitalizaciones antes de 6 meses/ población beneficiaria mayor de 18 años*1000	REM DEIS (incorporarlos) Registros de UHCIP	Anual
13. Resultados	Eficiencia	Tasa anual de personas con re hospitalizaciones cerradas población menor de 18 años, según sexo, analizadas por centro de APS de origen.	N° de personas menores de 18 años con re hospitalizaciones antes de 6 meses según sexo/ población beneficiaria menor de 18 años según sexo*1000	REM DEIS (incorporarlos)	Anual
14. Resultados	Alineamiento del sistema Seguridad Oportunidad de la atencion	% de consultorias evaluadas con Pauta de cotejo definida en Orientacion Tecnica: Consultorías en Salud Mental de 2016, con 12 o mas criterios cumplidos.	Numero de consultorias evaluadas con Pauta de cotejo definida en Orientacion Tecnica con 12 o mas criterios cumplidos *100/ Total de consultorias evaluadas con Pauta de cotejo definida en Orientacion	Informes de Evaluacion	anual

18.3. Requisitos de calidad para evaluar Funcionamiento de la Red Temática de Salud Mental.

COMPONENTE	REQUISITOS DE CALIDAD DE RED	SI	NO
Organización de la Atención de Salud Mental	El Servicio de Salud tiene un diseño de la red actualizado, de acuerdo al Modelo de Gestión de Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud y alineado con el Plan Nacional de Salud Mental vigente.		
	Existe un equipo gestor para salud mental formalmente constituido en la Dirección del Servicio de Salud (Departamento de Salud Mental).		
	La provisión de servicios es preferentemente ambulatoria. Los recursos y el diseño de las intervenciones están organizadas en torno a las necesidades de salud mental de las personas, familias y comunidades, y adaptadas a las realidades locales.		
	La provisión de servicios de salud mental está organizada por áreas territoriales y articuladas con la Red General de Salud.		
	La provisión de servicios esta organizada en todos los nodos y puntos de atención, de acuerdo a Enfoques de Curso de Vida, Equidad y Determinantes Sociales.		
	Existen procedimientos en la red para asegurar el acceso oportuno, el tratamiento efectivo y la continuidad de cuidados en salud mental para población general y grupos específicos.		
	La Red Temática de Salud mental tiene implementadas estrategias intersectoriales de promoción y prevención centradas en las personas usuarias, familias y comunidades, considerando su realidad territorial, cultural, de género y curso de vida.		
Organización de la Atención de Salud Mental	El Servicio de Salud tiene implementadas en su red estrategias de detección precoz e intervención temprana de enfermedades mentales.		
	La Red Temática de Salud Mental utiliza estrategias multisectoriales para promover la salud mental, prevenir las enfermedades mentales y reducir la estigmatización, la discriminación y las violaciones de derechos humanos.		
	La Red Temática de Salud mental aplica estrategias integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio, como personas LGTB, los jóvenes u otros grupos vulnerables de cualquier edad, en función del contexto local.		
	La Atención Primaria resuelve la mayoría de las necesidades de salud mental de la población, con eficacia y eficiencia, y se articula con otros nodos y puntos de atención de la red para aquellos procesos que requieren de una mayor densidad tecnológica.		
	La red cuenta con "protocolos de referencia y contrarreferencia" basados en criterios y definiciones claras de pertinencia, de derivación, los que deben estar socializados.		
	Los tiempos de respuesta en la red están definidos, de acuerdo a la condición clínica de la persona, su contexto, curso de vida o según los plazos establecidos en las GES y la asignación de horas no supera los 7 días en la respuesta;		

Organización de la Atención de Salud Mental	Existen procedimientos locales articulados en la red que permiten resolver oportuna y anticipadamente las situaciones de crisis, urgencias y emergencias en salud mental de las personas que lo requieran.		
	Se aplican estrategias transversales de articulación que aseguran la continuidad de la atención de las personas que utilizan la Red Temática de Salud Mental en cada territorio definido.		
	Existen procesos de acompañamiento técnico continuo desde el Servicio de Salud en la instalación de nuevos nodos o puntos de atención.		
	Los documentos técnicos que orientan la práctica clínica deben estar actualizados, socializados y disponibles en la red.		
	Los requisitos de calidad que permitan desarrollar un proceso de mejora continua de la atención y cuidados, y del nivel de funcionamiento de la red, se encuentran definidos y socializados.		
	Existe un plan anual de monitoreo para evaluar el funcionamiento de la red.		
	Se utilizan estándares específicos para Salud Mental, que complementen los sistemas de acreditación, evaluando aspectos de estructura, procesos y resultados, e incluyendo en este proceso la opinión y los requerimientos de las personas usuarias.		
	El Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres, está implementado y socializado en la red.		
	Existe y funciona regularmente un comité articulador de continuidad de cuidados, liderado por el equipo gestor de salud mental del Servicio de Salud (Departamento de Salud Mental), quien convoca la participación de los distintos equipos de los nodos y puntos de atención de la red.		
	La Red Temática de Salud Mental se articula con el intersector para desarrollar en las personas y comunidades más capacidad de resolver las situaciones de sobrecarga sin enfermedad, sanas.		
	Se proporciona a las personas usuarias, sus familiares y/o red de apoyo, información de recursos de la comunidad que puedan ser utilizados complementariamente en la atención brindada en la red.		

Organización de la atención para poblaciones específicas.	Se aplican mecanismos de articulación entre los nodos y puntos de atención y la red SENAME.		
	Existen procedimientos de atención integrada entre equipo SENAME y Salud Mental.		
	Funcionan periódicamente mesas territoriales para la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes vulnerados en sus derechos.		
	Existen procedimientos de derivación asistida con las comunidades de pueblos indígenas o poblaciones específicas.		
	Todas las personas y sus familias con pertenencia a pueblos indígenas tienen registro de ello en su ficha clínica.		
	El Plan de Cuidados Integrales considera pertinencia cultural en su elaboración y desarrollo.		
	Existen facilitadores interculturales en la red, accesibles para los equipos de Salud Mental.		
	Existe difusión (ej: cartillas) de la organización de la atención para poblaciones específicas accesible a las personas, familias y comunidades.		
Provisión de Servicios	Los modelos de gestión de todos los nodos y puntos de atención en salud mental son conocidos y aplicados en la red.		
	Todos los nodos y puntos de atención cuentan con recursos humanos suficientes y competentes (en base a criterios establecidos en los Modelos de Gestión) para resolver y satisfacer las necesidades de salud mental de las personas, familias y comunidades.		
	Los flujos de atención son conocidos por todos los equipos de la red temática, a través de mecanismos de difusión establecidos por cada territorio.		
	Todos los nodos y puntos de atención cuentan con recurso de enfermería para la gestión de cuidados.		
	Los equipos utilizan guías de cuidados integrales e integrados con pertinencia cultural y basada en evidencia.		
	Las personas con mayor gravedad, complejidad y vulnerabilidad reciben una atención integrada entre los equipos.		
	Existen mecanismos para inclusión sociocomunitaria para personas con mayor gravedad, complejidad y vulnerabilidad.		
	Cada nodo y punto de atención de la Red Temática de Salud Mental tiene documento de organización, alineado con normativa vigente.		
	Toda persona ingresada cuenta con un Plan de Cuidado Integral registrado en ficha clínica.		
	Toda persona ingresada en un nodo o punto de atención de la red tiene asignado un/a gestor/a terapéutico/a y existe registro de ello en la ficha clínica, lo que es informado a la persona usuaria y familia.		

Provisión de Servicios	Existe plan de egreso que contempla el seguimiento y continuidad de cuidados de las personas usuarias.		
	Se planifican, ejecutan y evalúan las consultorías de salud mental, acorde a la normativa vigente.		
	Se aplica sistema de telemedicina en salud mental, de acuerdo a criterios de calidad.		
	Existen acciones de implantación de las guías clínicas adecuadas a realidad del Servicio de Salud.		
	Existen instancias periódicas de intercambio de buenas prácticas en la red.		
	Existe procedimiento de derivación de personas atendidas por salud mental en la red de urgencias, que permite asegurar la continuidad de atención en los distintos nodos o puntos de atención, de acuerdo a las necesidades de las personas.		
	Toda persona egresada de los nodos y puntos de atención es referida, a través de un proceso de derivación asistida registrado en la ficha clínica.		
	Existen Unidades de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental tanto para población adulta como para adolescente, integrada a la Red Temática de Salud Mental y Salud General.		
	Existe en el nodo o punto de atención procedimiento interno de resolución de contingencias.		
	Existe un Programa de Atención Clínica Integral e Intensiva de Salud Mental en Domicilio con criterios consensuados con la red, resguardando la seguridad de la población usuaria y de los equipos.		
Sistema de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Existen procedimientos de la red local de salud para acceso a Sistema de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico tanto para la solicitud de horas como para la entrega de resultados.		
	Se informa a personas usuarias, familia y/o red de apoyo, sobre procedimientos y/ o exámenes a realizar, preparación previa, efectos colaterales si existiesen, fecha, hora y lugar donde se efectuará el procedimiento. Se registra en ficha clínica.		
	Las personas con necesidades de salud mental tienen acceso equitativo a exámenes y procedimientos de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.		
	La red asegura el acceso y disponibilidad de farmacoterapia prescrita para cada persona en cada territorio definido.		
	Existe documento donde se describe: almacenamiento, rotulación, prescripción, solicitud de medicamentos, dispensación, devolución de medicamentos y notificación de eventos adversos.		
	Existe sistema que asegure la entrega de tratamiento farmacológico, cuando la persona justifica su ausencia.		
	Existen mecanismos de dispensación farmacéutica en zonas con barreras geográficas de acceso y rurales.		
	Existe un sistema de reposición de stock mínimo en todos los nodos y puntos de atención de la red.		

Sistema de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos.		
	Existe un sistema de información en salud mental a nivel de Servicio de Salud alineada con los Modelos de Gestión y Plan Nacional de Salud Mental.		
	Existen mecanismos de difusión (Ej: cartilla,) sobre el sistema de asignación y utilización de horas, accesible a las personas, familias y comunidades.		
	Existe señalética de todos los nodos y puntos de atención que componen un territorio.		

COMPONENTE	REQUISITOS DE CALIDAD DE RED	SI	NO
Sistemas logísticos	El sistema de acceso regulado a la atención de salud mental en la red se realiza de acuerdo con los grados de riesgos y normas definidas en procedimientos de atención de salud y flujos asistenciales.		
	La ficha clínica única es utilizada de acuerdo a normativas vigentes (Ley 20.584 de deberes y derechos y otras pertinentes).		
	Existen procesos de registro de la ficha clínica por estratificación de riesgos, garantizando la entrada de los datos, la integridad de los datos y el mantenimiento del sistema		
	La indicación de traslado para valoración psiquiátrica se realiza de acuerdo a la condición de la persona, según mecanismos de la red local		
Consejos Técnicos en Salud Mental	Toda red territorial tiene su consejo técnico creado por resolución exenta, incluido los centros de atención de alcohol y otras drogas (centros de tratamiento).		
	Existe y se encuentra funcionando el consejo técnico de salud mental del Servicio de Salud, de acuerdo a criterios definidos en Modelo de Gestión y Plan Nacional de Salud Mental vigente.		
	Participan en consejos técnicos representante de usuarios y familiares.		
	Existe una evaluación anual de la aplicación de los flujos de atención, o bien, esta se aplica en forma inmediata frente a evento adverso de mal funcionamiento. Se aplican planes de mejora.		
Consejo de Participación Social en Salud Mental	Existen y funcionan procesos de participación social que consideran las características culturales y territoriales al interior de la Red Temática de Salud Mental.		
	El consejo de Participación Social en Salud Mental constituye un espacio de articulación en salud mental con el intersector en su expresión local y funciona al menos una vez al mes.		

Trabajo Intersectorial	Existe un plan de trabajo anual diseñado y evaluado por representantes de instituciones participantes y cuenta con resolución exenta del Servicio de Salud. Existen y están socializados vínculos de colaboración con el intersector, actores locales, usuarios y familiares del territorio, favoreciendo el cuidado de la salud mental individual y colectiva. Esta incorporado en los planes anuales intersectoriales el mundo del trabajo, como sector relevante para la promoción, prevención y protección de la salud mental. Esta incorporado en los planes anuales intersectoriales el sector educativo, la promoción, prevención y protección de la salud mental escolar.		
Satisfacción usuaria y buen trato	Todos los equipos reciben, al menos una vez al año, una actualización en el tema de buen trato y humanización de la atención acorde a legislaciones y convenciones vigentes.		
	La red cuenta con mecanismos que aseguren a la persona y familia el derecho de presentar solicitudes ciudadanas, se trate de reclamos, felicitaciones y sugerencias, de acuerdo a reglamentación vigente.		
	Existe evaluación de Satisfacción Usuaria, al menos una vez al año.		

TERCERA PARTE: REDISEÑO DE LA RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL

1. Diseño/Rediseño de la Red Temática de Salud Mental

Con el fin de implementar en forma eficiente el Modelo de Gestión para el funcionamiento de la Red Temática de Salud Mental, se inició un trabajo con una metodología participativa, a través de la conformación de mesas con los equipos técnicos, personas usuarias y familiares, profesionales de las unidades de salud mental de los Servicios de Salud y de los nodos y puntos de atención, representantes del intersector, Directores y Subdirectores de Servicios de Salud, jefaturas y otros equipos del Ministerio de Salud. Estos, con su visión y experiencias contribuyeron a la elaboración de este documento a través de distintas instancias de participación, tales como: coloquios, video conferencias, y jornadas a nivel de los Servicios de Salud y a nivel nacional, para consensuar la identificación de nodos críticos, brechas y fortalezas del quehacer actual de la red como base para definir un modelo de gestión.

Esta estrategia metodológica permitió la sensibilización para la construcción del modelo, la que tuvo como objetivo intencionar un proceso de revisión y cambio de los paradigmas personales y colectivos del "quehacer" de salud mental, de equipos y personas.

Se identifican dos hitos en el proceso:

1. Conformación de las distintas mesas de trabajo a nivel nacional como proceso participativo, deliberativo y democrático, de carácter presencial. A estas se convoca a actores claves de la Red e intersector, familiares y personas usuarias, para elaborar los distintos modelos de gestión. Estos a su vez, en varios Servicios de Salud, generan espacios locales de participación que van aportando a los documentos en elaboración. Se efectúan videoconferencias con todos los Servicios de Salud del país.
2. Realización de la Jornada Nacional de Salud Mental (octubre de 2016) con participación de los/las gestores/as de todos los Servicios de Salud del país e integrantes de las mesas, personas usuarias y familiares. En este contexto, se logró recoger -en talleres participativos- insumos técnicos para conformar el proceso inicial de implementación de los Modelos de Gestión en Salud Mental, con pronunciamiento en los siguientes ámbitos: Gestión de Personas, Gestión Estructural, Gestión de Procesos, Gestión Estratégica y Gestión Tecnológica. Estos se resumen a continuación:

Tabla 36. Actividades claves y ámbitos de gestión para el proceso de implementación de los Modelos de Gestión en Salud Mental

ÁMBITO DE LA GESTIÓN	ACTIVIDADES CLAVES
Gestión de Personas	Desarrollar equipos de trabajo que lleven a cabo los/las gestores/as del cambio respaldados por los directivos, Unidades y Departamentos.
	Identificar nuevos liderazgos y líderes naturales que faciliten el cambio.
	Socializar desde el MINSAL el modelo de gestión.
	Capacitar a personas usuarias y equipo directivo.
	Construir proyecto colectivo.
	Desarrollar habilidades blandas.
	Capacitar para el trabajo comunitario.
	Cambiar desde discurso institucional
	Realizar pasantías con los equipos que ya tienen el modelo instalado.
	Facilitar los diálogos ciudadanos.
	Capacitar y nivelar a líderes en el proceso implementación del modelo de gestion.
	Legitimar la experiencia de los equipos.
	Formar recurso humano en pregrado.
	Aplicar Selección por competencias definidas en modelo de gestion.
	Incorporar sociólogos y antropólogos para trabajo territorial con competencias definidas en modelo de gestión, de acuerdo a recursos disponibles.
	Efectuar campañas de sensibilización intersectorial.
Gestión Estructural	Redefinir organigrama del Servicio de Salud, acorde al modelo con claridad de dependencias, en conformidad con la normativa vigente.
	Incorporar a Gestores en salud mental en organigrama del Servicio de Salud
	Definir que los Centros de Salud Mental Comunitaria dependan del Servicio de Salud.
	Crear Departamentos de Salud Mental en los Servicios de Salud.
	Cuando los haya, fortalecer los Departamentos de Salud Mental del Servicio de Salud en base a los criterios establecidos en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.
	Incorporar a Equipo Gestor de Salud Mental del Servicio de Salud en el proceso de Diseño /Rediseño de la Red.
Gestión de Procesos	Revisar y actualizar flujos y procedimientos considerando requerimientos del modelo de gestión.
	Identificar nodos críticos y hacer procesos de mejora.
	Establecer procesos formales de relación al interior de la red.
	Fortalecer los Consejos Técnicos de Salud Mental de la red.
	Identificar brechas de necesidades de atención en salud mental.

Gestión Estratégica	Socializar el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en universidades, colegios e instituciones para generar cambios.
	Monitorizar el proceso de Diseño/ rediseño de la Red
	Utilizar consejos técnicos de Salud Mental ampliados como mecanismo de difusión.
	Efectuar jornadas de la red, coloquios, jornadas temáticas, video conferencias, etc.
	Incorporar compromisos de gestión en el quehacer de los Servicios de Salud.
	Promover la participación activa de las familias y personas usuarias en el proceso de implemetacion del modelo.
	Promover en las autoridades del sector salud y del intersector el conocimiento del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental y el apoyo a su implementación.
	Definir polos de desarrollo del proceso de implementación del modelo.
	Desarrollar política local del modelo de gestión.
	Alineación del MINSAL con Servicios de Salud y el Nivel Primario.
	Realizar Asesoría técnica a Servicios de Salud en la implementación del modelo.
	Incorporar este proceso al plan de las RISS de los Servicios de Salud.
	Desarrollar jornadas de buenas prácticas.
	Participar en Planificación estratégica a nivel de los Servicios de Salud.
	Fortalecer los Departamentos de Salud Mental.
	Jornadas de Salud Mental dirigida a directores y sub directores médicos de los Servicios de Salud para socializar Modelo de Gestión y comprometerlos en el proceso de implementación.
	Desarrollar un modelo de financiamiento coherente con el modelo de gestión de la Red Temática de Salud Mental.
	Efectuar campañas de difusión y sensibilización del modelo comunitario.
	Efectuar trabajo intersectorial para potenciar inclusión sociocomunitaria.
	Incluir a la comunidad en procesos de diseño/rediseño de la red.
	Aplicar mapas de procesos con directrices claras, responsables y tareas.
	Desarrollar instancias de socialización para ejecutar los procesos.
	Utilizar Plan comunicacional del MINSAL para difusión del modelo.
	Generar equipo de acompañamiento en la gestión del cambio desde el nivel central y de los servicios de salud.
	Aplicar procesos de evaluación que propongan planes de mejora continúa.

Gestión Tecnológica	Instalar un software con indicadores.
	Alinear los sistemas de información con las necesidades del modelo (DEIS, SIGGES, RAYEN y otros)
	Instalar un software único que permita comunicación y articulación en la red y entre los nodos y puntos de atención de la Red.
	Implementar un software desde el nivel central y el Servicio de Salud que permita realizar seguimiento y monitoreo de los procesos locales de implementación.
	Desarrollar sistemas integrados que dialoguen informáticamente.
	Preparar material audiovisual por ejemplo para promoción y prevención, campañas antiestigma y solicitudes ciudadanas de información.
	Instalar ficha electrónica.
	Realizar estudios actualizados de evidencia en salud mental.
	Construir en forma colectiva instrumentos de gestión.

A continuación, se entregarán algunos lineamientos generales sobre el Diseño/ Rediseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, sin embargo, se hace imprescindible que en los Servicios de Salud este proceso sea implementado en base a las particularidades territoriales de cada uno, potenciando y validando los liderazgos locales, con el propósito de impulsar la motivación individual y colectiva que asegure la adhesión, las voluntades activas y el compromiso con los nuevos valores y los objetivos estratégicos de la gestión, para el éxito en la implementación de los cambios y el funcionamiento de la Red.

El proceso de Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud se basa en el Modelo de Atención Integral de Salud, entendiendo la atención de salud como un proceso continuo, que se preocupa de la persona antes de la enfermedad, que fomenta la corresponsabilidad y entrega herramientas para su autocuidado y que, en caso de enfermar, la acoge, trata y rehabilita. La Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud incorpora, además, el Modelo de Atención Comunitario en Salud Mental. La red de cada Servicio de Salud incluye al conjunto de nodos y puntos de atención que forman parte del Servicio, la Atención Primaria de Salud y otras instituciones de salud públicas o privadas que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para otorgar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud mental de la población.

1.1. Elementos para el Rediseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud.

El Modelo de Gestión en la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud propone la operación del conjunto de nodos y puntos de atención, de diferentes niveles de atención, interrelacionados por una serie de procedimientos y estilos de trabajo acordados y validados entre los integrantes, que permiten el tránsito en la red de las personas usuarias, familia y / o red de apoyo, de acuerdo al flujo determinado para sus necesidades de salud mental, asegurando la continuidad de atención. La Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud debe articularse con el intersector para lograr la Recuperación e inclusión socio comunitaria de las personas usuarias

Para una eficiente y atingente implementación de este Modelo de Gestión se hace imprescindible el Rediseño de la Red considerando los enfoques, estrategias, visión y misión, principios, atributos, objetivos, niveles de gestión y provisión de servicios, entre otros contenidos desarrollados en capítulos anteriores.

A continuación, se plantean directrices generales para la organización de la Red, elementos para el Diseño/Rediseño de la Red y responsabilidades en el Proceso de Rediseño de la Red. El Rediseño de la Red Temática de Salud Mental plantea el desarrollo de tres etapas: planificación, implementación y evaluación. Estas etapas están en un proceso continuo y se retroalimentan entre si, permitiendo el Diseño/ Rediseño de la Red y a la vez aseguran la organización de procesos asistenciales claves en esta.

Figura 25. Diagrama Proceso de Diseño/ Rediseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud [131]

1.1.1 Planificación

Diagnóstico de la Red

Para llevar a cabo el proceso de rediseño es necesario comparar la red en su situación actual con la situación propuesta por este Modelo de Gestión, a partir de lo cual surgirán brechas en aspectos estructurales, funcionales y de sentido, las que deben ser identificadas claramente para poder planificar su progresiva y sistemática resolución. Sus resultados se expresarán en términos cuanti y cualitativos.

Este diagnóstico está condicionado por el entorno en que funciona la Red Temática de Salud Mental, el perfil de salud de la población y comunidad usuaria y las necesidades percibidas por ellos mismos, como puntos a resolver por la red.

En el área geográfica de un Servicio de Salud pueden existir varios territorios y distintas comunidades, de acuerdo a sus características sociodemográficas y epidemiológicas, lo que requiere de una organización adecuada en cantidad y tipo de servicios para satisfacer las necesidades de las diversas comunidades identificadas. Por ejemplo, una medida es subdividir el área geográfica, territorializando por puntos cardinales (Norte, Sur, Este u Oeste), pero también puede ser por zonas, por ejemplo, "zona cordillerana", "zona de la costa", etc. Lo importante es la plena identificación de sus características, particularidades y necesidades.

Cabe recordar que, a diferencia de grupos de la población general, las necesidades asistenciales de las personas con enfermedades mentales graves y complejas no son siempre percibidas por la opinión pública como una prioridad asistencial. El estigma, la dificultad de comprensión y la falta de compromiso por parte de los propios profesionales, también constituyen elementos fundamentales a considerar al realizar el diagnóstico.

El Sistema de Salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad del servicio, del uso eficiente de los recursos, así como también permitir que las personas ejerzan ciudadanía expresando sus preferencias y expectativas respecto del Sistema. Es necesario incorporar mecanismos de participación social en el rediseño y evaluación de la red del Servicio de Salud. Para conocer las necesidades de la comunidad, se pueden utilizar distintas herramientas, tales como los diagnósticos participativos, asambleas, diálogos comunitarios, consejos consultivos, entre otros. Rediseñar la red a través de un proceso participativo crea capital social, incrementa el involucramiento de los participantes con los resultados del Diseño/Rediseño, valida y legitima los procesos y los liderazgos, los cuales son aspectos fundamentales para el éxito en la implementación de los cambios y el funcionamiento de la Red.

Caracterización de la demanda

CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA
▪ Descripción del tamaño de poblacional: definición de sectores geográficos (accesibilidad) del Servicio de Salud con sus poblaciones jurisdiccionales. ▪ Caracterización poblacional de sectores geográficos identificados: grupos de riesgo, edad, distribución por sexo, género, nivel socioeconómico, seguro de salud, cultura, etnia y variaciones estacionales por migración o población flotante. ▪ Proyección de crecimiento poblacional: mediano y largo plazo, 5 y 10 años.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

- Factores condicionantes de salud: demográficos, geográficos, ambientales, culturales, étnicos, género, diversidad sexual, socioeconómicos y educacionales.
- Daño en salud: áreas geográficas con población y comunidad con mayor concentración de problemas de salud general y salud mental, grupos poblacionales de mayor riesgo y tendencias de mediano y largo plazo.
- Problemas de salud prioritarios: jerarquización de los problemas identificados.

DEMANDA EXPLICITADA

Incluir aquella demanda para la cual la red no tiene capacidad de oferta, como son las listas de espera y el rechazo – número de personas, tiempo de espera, cantidad de prestaciones, especialidades, diagnósticos específicos y el origen de la demanda de atención – para que, al momento de rediseñar la red, se considere el acceso y la oportunidad.

- Prestaciones de salud entregadas: producción realizada.
- Listas de espera: número de personas, tiempo de espera, cantidad de prestaciones, especialidades, diagnósticos específicos y origen de la solicitud de atención.

Comparar la demanda y la oferta, identificando las diferencias y estableciendo los vínculos o derivaciones entre establecimientos, puntos de atención y sus carteras de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población del área de influencia.

DEMANDA OCULTA

Estimación de la demanda no identificada por el sistema de salud formal, por falta de oferta o inaccesibilidad de las comunidades a la oferta. Identificar los lugares y espacios geográficos, territoriales y las necesidades de salud mental de esas comunidades que quedan sin resolver. Es importante la detección de grupos en alto riesgo de exclusión sanitaria y social. Puede ser necesario realizar estudios que permitan determinar una oferta diferenciada.

Resultado: El desarrollo de todos los elementos descritos evidencia la demanda estimada.

Identificación de la oferta

DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA

Cuantificar los recursos en salud mental: sanitarios y no sanitarios; públicos, convenios y privados. Identificar la disponibilidad de los recursos. Esto considera la caracterización de los distintos tipos de nodos de la red, clasificados por nivel de complejidad técnica y capacidad resolutiva existente, a través de un diagnóstico cuantitativo y cualitativo de la estructura y el equipamiento de los nodos, determinando su estado y condiciones de operación, detectando los posibles nodos críticos y planteando las estrategias de solución.
La prestación final es la resultante última del proceso productivo de cada nodo de atención de la red temática de salud mental tanto para la atención cerrada como para la abierta.
La prestación intermedia guarda relación con los procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico (aplicación de tests, imagenología, laboratorio).
Caracterización de los nodos de atención: Nivel de densidad tecnológica, capacidad resolutiva, estructura, equipamiento y sus condiciones de operación.
Recursos humanos: dotación y composición por estamento y especialidad médica.
Producción: prestaciones intermedias y finales.

ANÁLISIS DE LA OFERTA

Aplicar estándares de rendimiento: relacionando recursos existentes (humanos, físicos, financieros) y producción de servicios.
Optimización de la oferta: corrección de la productividad, identificación de nodos críticos y estrategias de solución.

Resultado: El desarrollo de todos los elementos descritos da como resultado la cartera de servicios optimizada por centros de atención y establecimiento.

Pasos para el Diseño/ Rediseño de la Red en Salud Mental

1. **Comparación entre la Demanda Caracterizada y la Oferta Optimizada,** cuyo resultado será la identificación de brechas de atención en Salud Mental. Por ejemplo, se pueden identificar la insuficiente oferta en hospitalizaciones de día, hospitalizaciones en cuidados intensivos en psiquiatría, en Centros de Salud Mental Comunitaria, las necesidades residenciales, entre otras. Así también, se pueden identificar necesidades de recursos humanos e incorporarlas en las necesidades priorizadas de inversión en proyectos futuros y/o incorporar en proyectos ya aprobados.
2. **Identificar las opciones de solución a necesidades de salud mental sin resolver,** tales como redefinir niveles de complejidad, identificando capacidad resolutiva, articulando algunas acciones con el intersector, estableciendo flujos de derivación al interior de la red entre otras.
3. **Realizar Mapa de Derivación de la Red Temática de Salud Mental en la Red de Salud General** del Servicio de Salud, determinando vínculos o derivaciones entre nodos y puntos de atención. Los vínculos se construyen para resolver problemas de salud mental, determinando la definición de derivaciones específicas entre nodos y puntos de la red. Implica el análisis de la dinámica de funcionamiento entre los componentes de la red temática de Salud Mental, configurando un sistema de Referencia y Contrarreferencia.

Se deben identificar cada uno de los nodos de la red, la población del área de análisis, la capacidad resolutiva a través de la cartera de prestaciones, los mecanismos de comunicación entre los nodos, los instrumentos de derivación y el sistema de evaluación.

La articulación entre los nodos de atención se basa en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, representado en un Mapa de Derivación, que incluye los ámbitos de localización geográfica de los componentes de la red y un esquema de distribución funcional de estos (incluida la red intersectorial). La Consultoría en Salud Mental cuyo impacto sanitario es más amplio que el sistema de referencia y contrarreferencia, es una estrategia de articulación validada para favorecer la efectividad en este ámbito.

El Diseño/ Rediseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red de Salud General es la articulación de sus componentes de acuerdo a los antecedentes de demanda caracterizada y oferta optimizada, estableciendo la complementariedad de las Carteras de Servicios o suplencia de las mismas, entre los distintos niveles de atención, de la misma o distinta complejidad técnica, construyendo las derivaciones entre nodos y puntos de atención, diagramadas en un Mapa de Derivación.

El siguiente cuadro resume el proceso diagnóstico.

Figura 26. Pasos para el proceso de Diseño/Rediseño de la Red Asistencial [131].

1.1.2 Implementación del Diseño/ Rediseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud

A continuación, se señalan los siguientes elementos [131] que facilitan el proceso de implementación del de Diseño/ Rediseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud:

Proceso participativo: Se debe realizar el Diseño/ Rediseño dentro de un proceso participativo, lo que permitirá su validación y legitimización por parte de los involucrados (directivos, equipos, personas usuarias). Se debe reconocer a las personas como usuarios/as y ciudadanos a los cuales se debe dar cuenta de la calidad, efectividad, y oportunidad del servicio, así como el uso adecuado de los recursos y permitir la expresión de preferencias y expectativas respecto del Sistema de Salud. También es importante la corresponsabilidad de las personas usuarias, familias y comunidad en la promoción y prevención en salud mental.

Gestionar los cambios: El equipo del Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud debe prepararse para gestionar los cambios que se requieren, esclareciendo la percepción de problemas y la necesidad de cambios para construir la imagen futura. Es posible que se requiera una redistribución de recursos humanos, implementar consultorías en atención primaria o desplazar recursos a otros puntos de la red. Se debe considerar los eventos en el contexto de emergencia y desastres. Se requiere relevar los crecimientos personales y grupales, revisar, desarrollar y optimizar funciones entre otros.

Proceso de Articulación: Se deben establecer vínculos, articulación, coordinaciones y negociaciones con distintas instancias de la Red Asistencial, Red Social e Intersectorial para garantizar la continuidad y fluidez del proceso clínico asistencial, de acuerdo a demandas y ofertas que están reguladas normativamente, adecuadas a las realidades locales.

Lenguaje Común de Acuerdos: En la red deben existir reglas claras y consensuadas que permitan disminuir la variabilidad de interpretaciones, sobre todo considerando que el funcionamiento en red establece procesos que trascienden a a cada una de las instituciones. Para ello se requiere de procedimientos de derivación actualizados, mapas de derivación, Guías de Practica Clínica, entre otros.

Validación Conjunta: Es importante la validación de cada una de las etapas del Diseño/ Rediseño de la Red en instancias de participación, como por ejemplo en Consejos Consultivos o Consejos Técnicos de Salud Mental.

Sistema de Información: Toda la información del proceso Diseño/ Rediseño, implementación y evaluación de la funcionalidad de la red debe mantenerse consolidada, integrada y actualizada, a fin de que apoye la planificación, organización, dirección y control de la misma. La información debe estar disponible para la red, sus areas funcionales y según lo requiera el SEREMI u otro organismo.

Proceso de implementación de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud Diseñada o Rediseñada

Una vez construido el Diseño/ Rediseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, corresponde elaborar el Plan de Implementación que considere todos los aspectos descritos en puntos anteriores y los siguientes:

- Este proceso se realiza bajo la responsabilidad del Director del Servicio de Salud respectivo, en su rol de Gestor de Red, y con el liderazgo del Departamento de Salud Mental. Deben estar involucrados el conjunto de nodos y puntos de atención del Servicio de Salud, además del intersector, las organizaciones de personas usuarias, familiares y la comunidad organizada.
- Es conveniente asignar y/o consensuar roles y responsabilidades dentro de los participantes del proceso de manera de compartir las tareas.
- Se sugiere elaborar un Cronograma de Trabajo para comprometer resultados o productos intermedios y finales, facilitando el monitoreo.
- Consensuar y socializar el Mapa de Derivación de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, diferenciando nodos y puntos de atención según grados de resolutividad.
- Establecer claramente y socializar el Sistema de Referencia y Contrareferencia en la red.
- Socializar el resultado de análisis realizados al contrastar demanda con oferta disponible, y su representación en Mapa de Derivación, debiendo ser validado por toda la red asistencial.
- Contar con un sistema de información que mantenga la información actualizada, consolidada, integrada y que vele por la calidad de los registros.
- Se debe contar con horas protegidas para la gestión de los posibles cambios, esclareciendo nodos críticos y las estrategias de solución, para construir la imagen futura entre todos los participantes de la red.
- Validación del Diseño/ Rediseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, asì construido, en una instancia formal y representativa.

1.1.3 Evaluación de la Funcionalidad de la Red [131]

La evaluación puede estar enfocada en cada etapa del proceso, sin embargo, su fin es la Evaluación de la Funcionalidad de la Red para retroalimentar y mejorar el Diseño/ Rediseño de la esta. El resultado es una carta de navegación de la red.

Este proceso se inicia en la etapa de planificación, es permanente y retroalimenta todo el proceso en cada una de sus partes. Los principales ámbitos a evaluar son: Acceso, Oportunidad, Calidad, Atención Integral, Resolutividad y Satisfacción Usuaria.

En la segunda fase del proceso de evaluación se aplica la siguiente metodología para evaluar los ámbitos relevantes en la funcionalidad de la red:

a. Definir dimensiones de Evaluación de funcionalidad: Impacto, resultado, proceso.
b. Construcción de indicadores de Evaluación, que deben ser acordes a los definidos en puntos anteriores. Los aspectos a considerar en cada indicador son: Eficacia, Calidad, Eficiencia y Economía.
c. Considerar factores externos que podrían afectar el logro de los resultados esperados para detectarlos a tiempo, adecuarse al contexto y aplicar estrategias de solución intermedia. Realizar ajustes necesarios al instrumento de medición si corresponde.

1.2 Directrices Generales para la Organización de la Red Temática de Salud Mental a Nivel de Mesogestión (Servicio de Salud)

- Los Servicios de Salud deben contar con un Departamento de Salud Mental que apoye al Gestor/a de la Red en materias de salud mental de acuerdo a los planteamientos de este Modelo de Gestión de Red, Modelos de Gestión de cada nodo o punto de atención y legislación vigente.
- La Red Temática de Salud Mental en cada Servicio de Salud debe desarrollarse hasta lograr ser autosuficiente y comprehensiva para resolver el conjunto de necesidades de su población a cargo.
- Debe estructurarse por territorios[56], bajo un enfoque de equidad.
- Las actividades de la red deben incluir la protección, la promoción y acciones anti estigma, y anti-autoestigma, y el respeto de los derechos de las personas con necesidades de atención en salud mental.
- La Atención Primaria provee, integra y coordina la atención y el cuidado de la salud, resolviendo la mayoría de las necesidades de salud mental de la población, con eficacia y eficiencia. Se articula con otros nodos de la red para aquellos procesos que requieren de una mayor densidad tecnológica.
- El Centro de Salud Mental Comunitaria es el nodo de atención que coordina el nivel de especialidad en salud mental y como tal, se articula con la Atención Primaria de Salud.
- Las funciones y actividades deben estar integradas en una programación compartida, cuyos objetivos, tareas y resultados estén definidos. Esta programación es construida con la participación de los equipos de cada nodo y punto de atención y de las personas usuarias.

[56] Territorio: "El territorio puede ser entendido como un constructo social históricamente construido, -que le confiere un tejido social único-, dotado de una determinada base de recursos naturales, ciertos modos de producción, consumo e intercambio y una red de instituciones y formas de organización que se encargan de darle cohesión al resto de elementos".[130]

- La organización de la red debe estar estructurada desde las dimensiones universales de la gestión de calidad de la atención.
- Debe existir un plan de desarrollo de la red, cuya evaluación y actualización sea, al menos, cada tres años.
- Debe desarrollar estrategias de articulación para la atención y continuidad de cuidados de las personas con necesidades de atención de salud mental en la red.
- La Mesogestión debe liderar la formación continua y actualizada del recurso humano, considerando en profundidad los desafíos sanitarios que derivan de las características de su población a cargo.
- La red en forma transversal incorpora en sus procesos de atención y gestión la participación social. El funcionamiento de la red se rige por la normativa vigente.
- Establece un sistema de comunicación en toda la red con reglas explícitas y conocidas por todos sus integrantes, a través de procedimientos, Mapas de Derivación y Guías de Práctica Clínica, como elementos principales, sin perjuicio que se utilicen otro tipo de instrucciones.
- El funcionamiento de la red debe estar articulado con el intersector.
- Es fundamental establecer la capacidad resolutiva, de acuerdo a las funciones de cada nodo de atención.

1.3 Responsabilidades en el Proceso de Diseño/Rediseño de la Red

NIVEL MACROGESTIÓN: MINSAL, SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES	NIVEL MESOGESTIÓN: SERVICIO DE SALUD	NIVEL MICROGESTIÓN: EQUIPOS DE ATENCIÓN
Definir Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, acorde al Modelo de Atención Integral en Salud y al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.	Implementar el Modelo de Gestión y articular la operación de la red. Identificar brechas. Rediseñar la organización de los servicios acorde a realidad local.	Participar en formulación del Modelo de Gestión. Aplicar el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud
Conducir proceso de Diseño/ Rediseño a nivel ministerial e intersectorial.	Conducir proceso de Diseño /Rediseño a nivel de Servicio de Salud e intersector.	Aplicar estrategias de gestión para el Diseño/ Rediseño
Definir Modelos de Gestión de los nodos y puntos de atención de la red.	Conducir la implementación de modelos de gestión en los nodos de atención de la red.	Aplicar modelos de gestión de los nodos y puntos de atención diseñados.
Definir y dirigir procesos de evaluación a nivel nacional.	Conducir procesos de mejora continua. Supervisar procesos de gestión de recursos humanos, administrativos, clínicos y financieros. Definir planes de monitoreo de la red y realizar monitoreo.	Participar en procesos de mejora continua (autoevaluación y evaluación cruzada con otros nodos o puntos de atención).
Evaluar implementación del Modelo de Gestión diseñado a nivel nacional.	Evaluar implementación del Modelo de Gestión diseñado a nivel de Servicio de Salud.	Participar en procesos de autoevaluación sobre la implementación del modelo.

Asegurar que el proceso de diseño, implementación y evaluación del Modelo de Gestión sea participativo.	Definir estrategias que aseguren la participación de los nodos y puntos de la red, de las personas usuarias y familiares.	Participar en los procesos de Diseño/ Rediseño Propiciar la participación de personas usuarias y familiares.
Establecer vínculos que permitan la coordinación y negociación con distintos actores, sectoriales e intersectoriales.	Establecer vínculos que permitan la articulación, coordinación y negociación con distintos actores, sectoriales e intersectoriales.	Establecer vínculos con la comunidad. Establecer estrategias que garanticen la continuidad y fluidez del proceso clínico asistencial.

1.4 Liderazgo en el proceso de Diseño/ rediseño la Red Temática de Salud Mental

El liderazgo es un elemento estratégico para la implantación del cambio organizacional. Los líderes generan el efecto de modelaje, que favorece la credibilidad y la adhesión voluntaria de la masa crítica. Del mismo modo, un/a buen/a líder debe intentar mitigar el grado de resistencia esperable y fortalecer a aquellas personas que adhieren al proceso de cambio:

- Propiciando la participación de las personas en todas las etapas del proceso de Gestión del Cambio.
- Posibilitando la capacitación de los equipos en herramientas de gestión clínica y gestión integral.
- Implantando un sistema de reforzamiento positivo, validando y difundiendo las mejores prácticas, facilitando los espacios en que los equipos de trabajo se retroalimentan mutuamente recogiendo las experiencias de otros.
- Promoviendo la motivación al cambio, disminuyendo resistencias a este, articulando a los equipos para su implementación.
- Contribuyendo a rediseñar la misión, visión y planificación estratégica de la organización y asignando a los responsables de la conducción.
- Utilizando en todo el proceso de socialización, motivación y aprendizaje de las personas, metodologías participativas.
- Utilizando las herramientas disponibles para el Diseño/ rediseño de la Red.

1.5 Requisitos para favorecer el involucramiento de las personas en el proceso de Diseño/ Rediseño de la Red

- Información permanente sobre el proceso, los problemas y áreas de mejora.
- Comunicación de las metas esperadas.
- Desarrollar mecanismos de motivación al proceso.
- Participación del equipo y actores claves desde el diagnóstico.
- Disposición a recibir críticas.
- Provisión de ayuda y apoyos necesarios.
- **Factores importantes para el éxito de la implementación lo constituyen:**
  - Apoyo de la autoridad político al más alto nivel.
  - Liderazgo gerencial.
  - Apoyo administrativo.
  - Soporte financiero sostenible.
  - Identificación previa de posibles problemas, con alternativas de solución.
  - Capacitación de los gestores de salud para el logro de nuevas competencias.
  - Participación activa del equipo local de implementación, en la gestión del proceso.
  - Acceso a la documentación necesaria.
  - Considerar apoyo de agente del cambio externo.
  - Acompañamiento y seguimiento técnico permanente.
  - Plataforma previa de información.

Participantes en la Elaboración del Documento

1.1. Mesa de Trabajo Modelo de Gestión de la Red Temática Salud Mental en la Red General de Salud

NOMBRE	PROFESIÓN/ OCUPACIÓN	ÁREA DE DESEMPEÑO	INSTITUCIÓN/ ORGANIZACIÓN
Felipe Allende	Psiquiatra	COSAM San Ramón	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Roxana Alvarado Andrade	Psicóloga	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Alvaro Aravena	Psiquiatra	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Aconcagua
Karin Avila	Profesional	Encargada de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Eduardo Bartolomé Bachelet	Médico familiar	Subdirector Médico	Servicio de Salud Metropolitano Central
Julián Caipa	Psiquiatra	Jefe Salud Mental del Hospital Regional de Coyhaique	Servicio de Salud Aysén
Alvaro Campos Muñoz	Psicólogo	Referente de Salud Mental, Departamento Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria, Subsecretaria Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Claudia Carnigilia Tobar	Terapeuta Ocupacional	Encargada de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Vicente Carrasco Ulloa	Psiquiatra	Jefe Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Antofagasta
Alberto Carvajal	Representante usuarios y familiares	CORFAUSAM	CORFAUSAM
César Castro	Psiquiatra	Jefe Unidad Salud Mental	Servicio de Salud O´Higgins
Susana Chacón Sandoval	Psicóloga	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Martín Cordero	Psiquiatra	Programa de Apoyo a Víctimas	Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Angélica Dazkalakis Riquelme	Asistente Social	Encargada de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Rodrigo Diaz Calderón	Ingeniero Comercial	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud

Javiera Erazo Leiva	Psicóloga	Depto. De Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Ministerio de Salud
Carla Estrada Jopia	Periodista	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Nicolás Fierro Jordán	Terapeuta Ocupacional	Hospital Barros Luco en Comisión de Servicio Unidad Salud Mental.	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Claudia Figueroa	Asistente Social	Depto. Gestión Procesos Asistenciales Integrados, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Susana Fuentealba Cofré	Enfermera	Coordinación Red de Urgencia. Departamento de Procesos Clínicos Integrados, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Eduardo González	Psicólogo	Referente Salud Mental	Servicio de Salud O´Higgins
Mauricio Gómez Chamorro	Psiquiatra	Jefe Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Ministerio de Salud
Carlos Graves	Representante usuarios y familiares	CORFAUSAM	CORFAUSAM
Macarena Gré Briones	Psicóloga	Unidad de Género, Gabinete Ministra	Ministerio de Salud
Felipe Guitierrez Muñoz	Psicólogo	Director COSAM La Florida	Servicio de Salud SurOriente
Carolina Hernández	Profesional	Encargada de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Fabiola Jaramillo	Psiquiatra	Subdirectora de Gestión Asistencial	Servicio de Salud Del Reloncaví
Rosa Levi Adrián	Psicóloga	Encargada Salud Mental	Servicio de Salud Coquimbo
Patricia Martinoli	Profesional	Comisión Nacional de Protección (CONAPPREM)	Ministerio de Salud
Natalia Méndez	Profesional	Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel	Servicio de Salud Aconcagua
María Isabel Muñoz Gallardo	Asistente Social	Encargada Salud Mental	Servicio de Salud Aysén

Patricia Narváez Espinoza	Enfermera y Matrona	Departamento salud mental DIPRECE Subsecretaría de Salud Pública Coordinadora Técnica mesa de trabajo	Ministerio de Salud
Vilma Olave Garrido	Médico familiar	Directora	Servicio de Salud Aconcagua
Marta Oliva Zuñiga	Profesional	Área Tratamiento, SENDA	Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Marcela Ormazábal Lefihual	Psicóloga	Encargada de Salud Mental	Servicio de Salud Maule
Ana María Ortiz	Terapeuta Ocupacional	Unidad Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría, Hospital Barros Luco	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Danilo Ríos	Sociólogo	Departamento de Apoyo a la Gestión	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Daniela Rivera	Psiquiatra	Encargada de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Miguel Rojas	Representante usuarios y familiares	Presidente CORFAUSAM	CORFAUSAM
Henry Román	Profesional	Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel	Servicio de Salud Aconcagua
Margarita Sáez	Antropóloga	Jefa Departamento Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad División de Políticas Públicas Saludables y Promoción	Ministerio de Salud
Felipe Salinas Gallegos	Psicólogo	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Ximena Santander Cortez	Psicóloga	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Rafael Sepúlveda Jara	Psiquiatra	Jefe Unidad de Salud Mental, División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Viviana Silva Godoy	Asistente Social	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota
Cristián Silva Valdebenito	Psicólogo	Director Hospital de Día Alsino	Servicio de Salud Sur-Oriente
Gonzalo Soto Brandt	Psicólogo	Referente de Salud Mental, Departamento Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria, Subsecretaria Redes Asistenciales	Ministerio de Salud

Juan PabloTagle	Profesional	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Juan Esteban Tirado Silva	Psicólogo	Jefe Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota
Ana Valdés Pérez	Psiquiatra	Encargada de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Claudia Valenzuela Azocar	Asistente Social	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Viviana Velásquez Clavijo	Psicóloga	Encargada de Salud Mental	Servicio de Salud Biobío
Ana María Vera	Profesional	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Coquimbo
Cecilia Vera Superbi	Médico Psiquiatra	Jefa Servicio Salud Mental	Unidad de Salud Mental Hospital San Luis de Buin
Guillermo Vergara Harris	Psiquiatra	Jefe Servicio Psiquiatía, Hospital El Pino	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Marcela Villagrán Rivera.	Profesional	Encargada de Salud Mental	Servicio de Salud Osorno

1.2. Equipo Responsable: Unidad Salud Mental, Minsal

NOMBRE	PROFESIÓN/ OCUPACIÓN	ÁREA DE DESEMPEÑO	INSTITUCIÓN/ ORGANIZACIÓN
Roxana Alvarado Andrade	Psicóloga	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Susana Chacón Sandoval	Psicóloga	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Coordinadora Técnica mesa de trabajo.	Ministerio de Salud
Rodrigo Diaz Calderón	Ingeniero Comercial	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Carla Estrada Jopia	Periodista	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Patricia Narváez Espinoza	Enfermera y Matrona	Departamento Salud Mental DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública, en comisión de servicio en Unidad Salud Mental, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Coordinadora técnica mesa de trabajo.	Ministerio de Salud

Mónica Saldías, Vergara	Secretaria	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Felipe Salinas Gallegos	Psicólogo	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Ximena Santander Cortéz	Psicóloga	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Coordinadora Técnica mesa de trabajo	Ministerio de Salud
Rafael Sepúlveda Jara	Psiquiatra	Jefe Unidad de Salud Mental, División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Claudia Valenzuela Azócar	Asistente Social	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud

1.3 Colaboradores en la redacción y edición

NOMBRE	PROFESIÓN/ OCUPACIÓN	ÁREA DE DESEMPEÑO	INSTITUCIÓN/ ORGANIZACIÓN
Alvaro Aravena	Psiquiatra	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Aconcagua
Alvaro Campos	Psicólogo	Referente de Salud Mental, Departamento Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria, Subsecretaria Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Javiera Erazo	Psicóloga	Depto. de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Ministerio de Salud
Nicolás Fierro	Terapeuta Ocupacional	Hospital Barros Luco en Comisión de Servicio Unidad de Salud Mental.	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Mauricio Gómez	Psiquiatra	Jefe Depto. de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública.	Ministerio de Salud
Felipe Gutiérrez	Psicólogo	Director COSAM La Florida	Servicio de Salud SurOriente
Macarena Gré	Psicóloga	Unidad de Género, Gabinete Ministra	Ministerio de Salud
Carolina Hernández	Profesional	Encargada de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Fabiola Jaramillo	Psiquiatra	Subdirectora de Gestión Asistencial	Servicio de Salud del Reloncaví

Natalia Mendez	Psicóloga	Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel	Servicio de Salud Aconcagua
Ana María Ortiz	Terapeuta Ocupacional	Unidad Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría, Hospital Barros Luco, SSMS, en comisión de servicio en Unidad Salud Mental, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Servicio de Salud Metropolitano Sur/ Ministerio de Salud
Sebastián Prieto	Psiquiatra	Director CESAM Tierras Blancas y Referente Salud Mental	Servicio de Salud Coquimbo
Danilo Ríos	Sociólogo	Departamento de Apoyo a la Gestión	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Cristián Silva	Psicólogo	Director Hospital de Día Alsino	Servicio de Salud SurOriente
Viviana Silva	Trabajadora Social	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota
Gonzalo Soto	Psicólogo	Referente de Salud Mental, Departamento Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria, Subsecretaria Redes Asistenciales	Ministerio de Salud

1.4. Colaboradores en áreas específicas

NOMBRE	PROFESIÓN/ OCUPACIÓN	ÁREA DE DESEMPEÑO	INSTITUCIÓN/ ORGANIZACIÓN
Javier Aguirre	Médico	Médico Jefe SAMU Asesor de Red de Urgencia – INRED Encargado de Emergencias y desastres	Servicio de Salud Coquimbo.
Lenka Alfaro	Trabajadora Social	Encargada de Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Coquimbo
Paz Anguita Hernández	Psicóloga y Trabajadora Social	Profesional del Depto. Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres, Gabinete Ministra.	Ministerio de Salud
Roberto Araneda Ortega	Enfermero	Coordinador SAMU Nacional	DIGERA, MINSAL
Nathan Arenas	Psiquiatra	Jefe del Sistema Forense del Hospital Philippe Pinel	Servicio de Salud Aconcagua
Sandra Arévalo	Médico	Coordinadora de ambulancias	Corporación de Salud Municipal Puente Alto
Eduardo Artiga	Terapeuta Ocupacional	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Elizabeth Brito Perez	Logopeda	Unidad de Diseño de Programas Sociales	Ministerio de Desarrollo Social
Carolina Carvallo	Psicóloga	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Karina Castillo Arias	Química Farmacéutica	Profesional Departamento Modelo de APS, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Matilde Curiante	Trabajadora Social	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Manuel Desviat Muñoz	Psiquiatra	Académico de la UNED. Director de Atopos, salud mental, comunidad y cultura.	Universidad Nacional de Educación a Distancia, España
Gabriel Díaz	Psiquiatra Infanto Juvenil	Hospital Regional de Talca	Servicio de Salud Maule
Felipe Farfán	Médico General	Subdirector médico, Hospital Comunitario de Curepto	Servicio de Salud Maule
Susana Fuentealba	Enfermera	Profesional departamento GES	DIGERA, MINSAL
Ximena Grove Maureira	Médico Cirujano Emergenciologa	Referente Técnico, Coordinación Nacional SAMU	DIGERA, Minsal
Marie Josette Iribarne	Ingeniera Comercial	Profesional DIPOL	Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL

Alvaro Jeria	Psiquiatra	Jefe Unidad de Hospitalización en Cuidados Intensivos en Psiquiatría N° 2, Complejo Asistencial Sotero del Río	Servicio de Salud Metropolitano Sur – Oriente
Andrea López	Química Farmacéutica	Unidad de Fármacos e Insumos, Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
María José López	Psicóloga	Jefa Unidad Mediana Estadía, Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel	Servicio de Salud Aconcagua
Carlos Madariaga Araya	Psiquiatra	Unidad de Salud Mental.	Escuela de Salud Pública.
Christian Magnan	Abogado	Sistema Forense del Hospital Philippe Pinel	Servicio de Salud Aconcagua
Alberto Minoletti Scaramelli	Psiquiatra	Unidad de Salud Mental.	Escuela de Salud Pública.
Sandra Moglia Contreras	Psiquiatra	Jefa del Centro de responsabilidad de Psiquiatría Forense del I. José Horwitz.	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Francisco Muñoz	Psicólogo	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Jaime Neira	Médico	Subdirector Médico	Servicio de Salud Araucanía Sur.
Julián Palma	Psicólogo	Director CEIF Puente Alto	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Manuel Parra Garrido	Psiquiatra, especialista medicina del trabajo	Servicio de Psiquiatría, Hospital San Borja Arriarán	Servicio de Salud Metropolitano Central.
Nelson Pérez	Médico Psiquiatra	COSAM Concepción	Servicio de Salud Concepción
Andrea Poblete	Médico	Subdirectora Médica CRS Cordillera,	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Rodrigo Portilla	Psicóloga	Jefe Área Tratamiento, SENDA	Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Claudia Quinteros	Psicóloga	Profesional Área Tratamiento, SENDA	Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Jorge Ramírez Flores	Médico salubrista	Unidad de Salud Mental.	Escuela de Salud Pública.
Jaime Retamal	Psiquiatra	Director Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel	Servicio de Salud Aconcagua
Pablo Romero	Sociólogo	Referente Salud Mental	Servicio de Salud O´Higgins
Nicole Saint – Jean	Psicóloga	Asesora Técnica en Salud Mental	Corporación Municipal La Florida

Lorena Salas Barría	Química Farmacéutica	Unidad de Fármacos e Insumos, Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Alejandro San Martín	Psiquiatra de urgencias	Hospital Barros Luco	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Luis San Martín	Psiquiatra Infanto-juvenil	Jefe, Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría de Adolescentes	Servicio de Salud Talcahuano
Hilda Sánchez	Terapeuta Ocupacional	Coordinadora y Subjefe Servicio de Salud Mental, Hospital y CRS El Pino.	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Olga Toro Devia	Psicóloga	Unidad de Salud Mental.	Escuela de Salud Pública.
Vania Yutronic	Psicóloga	Depto. Modelo de Atención, División de Atención Primaria	Ministerio de Salud
Pedro Zitko Melo	Médico epidemiólogo	Unidad de Estudios, Hospital Barros Luco.	Servicio de Salud Metropolitano Sur.
Equipo de la Unidad de Evaluacion de Personas Imputadas		Unidad de Evaluacion de Personas Imputadas (UEPI) de Temuco	Servicio de Salud Araucanía Sur
Equipo de la Unidad Psiquiátrica Forense Transitoria		Unidad Psiquiátrica Forense Transitoria (UPFT) Arica	Servicio de Salud Arica

1.5. Participantes del coloquio nacional descentralizado sobre el Modelo de Gestión de Red Temática de Salud Mental (9 de Marzo de 2017)

SERVICIO DE SALUD: ARICA			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Alexias Gac Peña	Técnico en Rehabilitación	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Amalia Fuentes Peralta	Trabajadora Social	CESFAM Iris Veliz Hume	DISAM
Andrea Muñoz Vicencio	Psicóloga	CESFAM Eugenio Petruccelli Astudillo	DISAM
Annelise Núñez	Representante de usuarios	Agrupación de Usuarios "Delfines del Sol"	ESSMA Sur
Carla Quiroz Aravena	Psicóloga / Coordinadora	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Carlos Loza Flores	Matrón / Encargado CHCC	Departamento de Coordinación de Redes	Servicio de Salud Arica
Carlos Supanta Condore	Médico	CESFAM Víctor Bertín Soto	DISAM
Claudia Rocha Pérez	Psicóloga	CESFAM Víctor Bertín Soto	DISAM
Claudio Toro Herrera	Trabajador Social	CSMC Norte	Servicio de Salud Arica
Dulia Farías Montaño	Representante de usuarios	CORFAUSAM	CORFAUSAM
Erna Neumann García	Psicóloga / Coordinadora	CSMC Norte	Servicio de Salud Arica
Fanny Aniñir Hernández	Psicóloga	CESFAM Remigio Sapunar Marín	DISAM
Fanny Alanoca Muñoz	Trabajadora Social	DAEM	DAEM
Gloria Migueles Jiménez	Terapeuta Ocupacional	Sociedades Científicas	Comisión regional de Protección
Jeannette Moreau Rodríguez	Psicóloga	CESFAM Amador Neghme	DISAM
Johana Amaro Imaña	Psicóloga	CESFAM Eugenio Petrucelli Astudillo	DISAM
Karin Basualto Herrera	Psicóloga / Gestor VIS	Servicio de Salud Arica	Servicio de Salud Arica

María Cayupi Zegarra	Psicóloga	CESFAM Amador Neghme	DISAM
María José Gómez	Psicóloga	CESFAM Remigio Sapunar Marín	DISAM
Marisol Cárdenas Alcayaga	Trabajadora Social	CESFAM Amador Neghme	DISAM
Marcela Velásquez	Nutricionista / Encargada programa DIR	Departamento de Coordinación de Redes	Servicio de Salud Arica
Marcela Vergara Pino	Psicóloga	CESFAM Iris Veliz Hume	DISAM
Marlyn López Campusano	Psicóloga	Programa Salud Mental	SEREMI de Salud Arica
Michelle Ibergaray Pérez	Psicóloga	Junaeb	Junaeb
Myriam Segovia Álvarez	Psicóloga	Jefa (s) Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Arica
Miriam Vásquez Farías	Representante de usuarios	Agrupación de Usuarios "Delfines del Sol"	ESSMA Sur
Norka Vela Jara	Enfermera	Hospital de Día	Servicio de Salud Arica
Pablo Martínez	Psicólogo	Posta de Salud Rural Codpa	Municipalidad de Camarones
Patricia Cid Albornoz	Psicóloga	Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Arica
Patricia Román Stagnaro	Psicóloga	CESFAM Víctor Bertín Soto	DISAM
Pía Álvarez Álvarez	Terapeuta Ocupacional	Docencia	Universidad Santo Tomas
Selva Meza Molina	Psicóloga	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Soledad Durán Chávez	Psicóloga	CECOF Cerro de la Cruz	DISAM
Viviana Giu Vergara	Enfermera	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Yazmín Halabi del Carpio	Enfermera/Coordinadora	UPFT	Servicio de Salud Arica
Zvi Tacussis Oblitas	Psicólogo	Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Arica
SERVICIO DE SALUD: IQUIQUE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Adrian Torrico R.	Psicólogo	Departamento Salud Mental	Servicio Salud Iquique

Alex Cáceres T.	Psicólogo	Departamento Salud Mental	Servicio Salud Iquique
Claudio Barraza C.	Psicólogo	Departamento Salud Mental	Servicio Salud Iquique
Christian Cortez L	Terapeuta Ocupacional	Discapacidad	Senadis
Fabián Vicentelo B.	Psicólogo	CGU Héctor Reyno Alto Hospicio	Servicio Salud Iquique
Fabiola Ibañez C.	Socióloga	Referente Técnica Tratamiento	Senda
Francisca Ríos M.	Trabajadora Social	UHCIP Adolescente Medio Privativo	Servicio Salud Iquique
Gilberto Córdova M.	Psicólogo	UHCIP Adolescente Medio Privativo	Servicio Salud Iquique
Jeannette Ponce G.	Consejera Técnico	Tribunales de Familia	Tribunales de Familia
Jesús Mesías S.	Dirigente Vecinal		Junta de Vecinos
Jorge Sarmiento G.	Psicólogo	UHCE Psiquiatría Adulto	Hospital Ernesto Torres Galdámez
José Vergara O.	Psicólogo	Cosam Enrique Paris	Servicio Salud Iquique
Juan Francia R.	Seremi salud	Salud Mental	SEREMI Salud
Julia Gandarillas G.		SERMANEG	SERMANEG
Marcos Rojas A.	Psicólogo	Referente APS Salud Mental Iquique	Cormudesi
Mariela Romero R.	Ingeniera Comercial	Departamento Salud Mental	Servicio Salud Iquique
Natalia Giménez G.	Terapeuta Ocupacional	Centro Diurno-Casa Club	Hospital Ernesto Torres Galdámez
Nury Espejo T.	Psicóloga	Cosam Salvador Allende	Servicio Salud Iquique
Paola Muzatto N.	Psicóloga	Académica	Universidad de Tarapacá
Roberto Silva C.	Monitor	Hospital de Día Adulto	Hospital Ernesto Torres Galdámez
Rodolfo Sepulveda M.	Psicólogo	Hospital de Día Adolescente	Servicio Salud Iquique
Rosa Hernández V	Psicóloga	SERMANEG	SERMANEG
Solange Ramos D.	Dirigente Social	Club de Rehabilitación	Comunidad Organizada
Vicente Salinas	Médico Cirujano	CGU Héctor Reyno Alto Hospicio	Servicio Salud Iquique

Víctor Miranda	Monitor	Cosam Jorge Seguel	Servicio Salud Iquique
Yerko Matthews	Trabajador Social	Cosam Salvador Allende	Servicio Salud Iquique
SERVICIO DE SALUD: ANTOFAGASTA			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Andrés Poblete	Psicólogo	Unidad Salud Mental	Servicio Salud Antofagasta
Carmen Pizarro	Asistente Social	Pai Cosam Sur	Servicio Salud Antofagasta
Claudia Fernández	Referente Técnico	CMDS Antofagasta	Municipio Antofagasta.
Cristóbal Cárcamo	Psicólogo	Unidad Salud Mental	Servicio Salud Antofagasta
Ema Rosales	Asistente Social	Depto. Atención Primaria	Servicio Salud Antofagasta
Juan Astudillo	Psicólogo	Salud Mental	Seremi Salud
Karen Fierro	Psicóloga	Cosam Calama	Hospital Calama.
Makarena Fernández	Asistente Social	PAI San Pedro de Atacama	CESFAM San Pedro Atacama.
Paulina Vargas	Psicóloga	Programa Salud Mental Integral	Hospital Taltal
Pedro Olivares	Psicólogo	Salud Mental integral	Hospital Tocopilla.
Roberto Cortes	Psicólogo	COMDES Calama	Municipio Calama.
Roberto Jachura	Téc. Rehabilitación	PAI Cosam Central	Servicio Salud Antofagasta
Sonia Alegría	Psicóloga	PRAIS	Servicio Salud Antofagasta
SERVICIO DE SALUD: ATACAMA			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Alejandra Loyola Silva	Psicóloga/ Asesora Salud Mental	Gestión Servicio de Salud	Servicio de Salud Atacama
Beatriz Bañados Espinoza	Psicóloga/ Asesora Salud Mental	Gestión Servicio de Salud	Servicio de Salud Atacama
Carla Tapia	Asistente Social	Atención APS- Equipo Salud	Hospital Comunitario de Huasco
María Isabel Mórales	Asistente Social	Atención APS- Equipo Salud	Hospital Comunitario de Huasco

Marcelo Revuelta Alfaro	Psiquiatra/ Asesor Salud Mental	Atención nivel secundario – Gestión Servicio de Salud	Hospital regional de Copiapó y Servicio de Salud Atacama
Paulina Pérez	Psicóloga	Atención APS – Equipo Salud	CESFAM Rosario Corvalan-Caldera
Paulina Scola	Psicóloga	Atención APS- Equipo de Salud	CESFAM Rosario Corvalan-Caldera
SERVICIO DE SALUD: COQUIMBO			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Eduardo Aguirre	Psicólogo	Encargado Comunal programa Salud Mental	Comuna La Serena
Lenka Alfaro Pizarro	Asistente Social	Unidad Salud Mental	D.S.S.C.
Javier Alvarez	Psicólogo	Programa Salud Mental Integral	DESAM Salamanca
Oscar Carvajal León	Psicólogo	Programa Salud Mental Integral	DESAM Combarbala
Alejandra Chala	Enfermera	Coordinadora subrogante CESAM	CESAM Punta Mira
Luis Cid Saso	Psicólogo	Encargado técnico	DESAM Coquimbo
Angela Durán V.	Asistente Social	Programa Salud Mental Integral	DESAM Los Vilos
Andrea Fredes	Psicóloga	Programa Salud Mental Integral	CESFAM Tongoy
Karina Guzmán S.	Psicóloga	Programa Salud Mental Integral	Hospital Andacollo
María Carolina Hanckes	Médico	Jefe Programa Salud Mental Integral	Hospital Andacollo
Rodrigo Irribaren	Psiquiatra	Coordinador CESAM	CESAM Las Compañías
Maritza Jamett	Terapeuta Ocupacional	Coordinadora Hospital Día Adulto	Hospital Coquimbo
Lissette Landeberger	Psicóloga	Programa Salud Mental Integral	CESFAM Pedro Aguirre Cerda
Rosa Levi Adrián	Psicóloga	Unidad Salud Mental	D.S.S.C.
Norma Luz Mohor	Profesora	Unidad Salud Mental	D.S.S.C.
Jean Montecinos Bugueño	Psicólogo	Coordinador CESAM	CESAM Punta Mira

Patricia Paz S.	Enfermera	Coordinadora área Infanto juvenil	Hospital San Pablo Coquimbo
Cecilia Ponce Salinas	Psicóloga	Equipo Infanto CESAM	CESAM Illapel
Sebastián Prieto	Psiquiatra	Unidad Salud Mental	D.S.S.C.
Daniel Rojas V.	Psicólogo	Programa Salud Mental Integral	DESAM Los Vilos
Carolina Rojo Martínez	Asistente Social	Coordinadora subrogante CESAM	CESAM Illapel
Jocelyn Tabilo Ángel	Trabajadora Social	Coordinadora subrogante CESAM	CESAM Las Compañías
Karol Vicencio Cortés	Psicóloga	Hospital Día	Hospital Coquimbo
María Olga Zenteno	Psicóloga	Coordinadora subrogante CESAM	CESAM Tierras Blancas
SERVICIO DE SALUD: VIÑA DEL MAR – QUILLOTA			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Alejandra Jaramillo Martínez	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Dr. Jorge Kaplán Viña del Mar
Ana González Gómez	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Iván Manríquez Quilpué
Ana María Dagnino	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	Hospital Dr. Mario Sánchez La Calera
Andrea Abarca Flores	Psicóloga	Directora	PROSAIN
Andrés Martínez Monsálvez	Psicólogo	Director CTR Peñablanca	Hospital de Peñablanca, Villa Alemana
Blanca Quiroz C	Psicóloga	Area de Salud CMVM	CMVM Viña del Mar
Carla Leiva M.	Psicóloga	Coordinadora Hospital de Día Quilpué	Hospital de Quilpué
Carla Zubicueta Jil	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Hijuelas
Camila Yañez Gómez	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM San Pedro, Quillota
Cyntia Tapia Durán	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Artificio, La Calera

Daniela Carroza Meneses	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Raúl Sánchez, La Ligua
Daniela Godoy Aracena	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Eduardo Frei, Villa Alemana
Danilo Bermúdez Caneo	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental Integral APS	Hospital Adriana Cousiño, Quintero
Emilio Inostroza O.	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental Integral APS	CES El Belloto, Quilpué
Enzo Dodero Barría	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Manuel Lucero, Olmué
Evelyne Zuñiga Jara	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Juan Bautista Bravo Vega, Villa Alemana
Felipe Altamirano Aravena	Terapeuta Ocupacional	Director (s)	CESAM La Calera
Francisca García Yañez	Médico	Jefa Programa Salud Mental Integral APS	Hospital Santo Tomás, Limache
Francisca Valenzuela N.	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Catapilco, Zapallar
Gabriela Delgado J.	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Villa Alemana
Gabriela Ordoñez Vega	Asistente Social	Directora	CESAM Concón
Germán Martínez Salgado	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Nogales
Hugo Ortega Gómez	Médico Psiquiatra	Jefe Unidad Clínica de Salud Mental	Hospital de Quilpué
Ignacio Lino Castro	Médico Psiquiatra	Jefe Unidad Clínica de Salud Mental	Hospital San Martín, Quillota
Ignacio Peña Lang	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental Integral APS	DESAM Cabildo
Juan Esteban Tirado Silva	Psicólogo	Jefe Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota
Leonardo Figueroa P.	Psicólogo	Coordinador PAI	PAIC Petorca, La Ligua
Luis Larenas Rojas	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental Integral APS	DESAM Petorca

Marco Peralta C.	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Artificio, La Calera
María Fernanda Muñoz Pérez	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Hijuelas
María Jose Morales A.	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	Hospital Dr. Víctor Möll, Cabildo
Morín Vegas Moya	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	PSR Loncura, Quintero
Oscar Alvarado A.	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental Integral APS	CES Raúl Silva Henríquez, Quillota
Paola Contreras H.	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Brígida Zavala, Viña del Mar
Paola Febre Hernández	Asistente Social	Coordinadora	CTA Adolescentes PROSAIN, Quillota
Paula Rossel F.	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Aviador Acevedo, Quilpué
Paulina Muñoz Seguel	Médico Psiquiatra	Jefa Unidad Clínica de Salud Mental	Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar
Pía Salinas M.	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Zapallar
Quitze Canut de Bon	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Concón
Ramón Aguilar Ruiz	Asistente Social	Coordinador CTA Peñablanca	Hospital de Peñablanca, Villa Alemana
Rodolfo Pérez de Arce	Psicólogo	Director	CTA y CTR Adolescentes, Quilpué
Romina Ahumada Vega	Asistente Social	Encargada Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM Puchuncaví
Víctor Bascuñán M.	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental Integral APS	CESFAM El Melón, Nogales
Viviana Méndez Ortiz	Psicóloga	Directora CESAM Limache	Limache

Viviana Silva Godoy	Asistente Social	Asesora Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Viña del Mar -Quillota
Yasna Febre Hernández	Psicóloga	Coordinadora CTA Adolescentes Hospital Fricke	Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar

SERVICIO DE SALUD: ACONCAGUA			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Ingrid Herrera Celedón.	Terapéuta Ocupacional	Salud Mental Infanto-Adolescente	Cesam
Daniela Pallero Valdebenito	Psicologa	Encargada Salud Mental - Psicóloga Sector Cesfam	Cesfam Panquehue
María Patricia Fuentes Beltrán.	Enfermera	Transversal Cesam	Cesam
Mariannela Zuñiga Villar	Asistente Social	Asistente Social. Salud Mental Infanto-Adolescente	Cesam
María Paulina Herrera	Psicologa	Encargada (S) Salud Mental Cesfam	Cesfam Cordillera Andina, Los Andes
María Ines Lazo Lazo	Asistente Social	Trabajo Social Hospital	Hospital San Camilo De San Felipe
Luis Soto Parra	Psicologo	Psicólogo Apoyo Salud Mental Hospital	Hospital San Francisco De Llay Llay
María Beatriz Errecarte Viera	Enfermera	Enfermera - Referente Notificación Intentos Suicidio	Hospital San Antonio De Putaendo
Alvaro Aravena Molina	Medico Psiquiátra	Salud Mental Servicio De Salud	Direccion Servicio De Salud Aconcagua
Carolina Villaseca Lucero	Psicologa	Salud Mental Servicio De Salud	Direccion Servicio De Salud Aconcagua
Mario Labrin Canessa	Asistente Social	Coordinador Centro Demencia	Cesam

Matias Herrera Severin	Psicologo	Salud Mental Infanto-Adolescente	Cesam
Catherine Bertucci Núñez	Psicologa	Psicóloga Sector Cesfam	Cesfam Segismundo Iturra De San Felipe
Lina Montenegro Montt	Enfermera	Enfermera	Hospital Dr. Philippe Pinel De Putaendo
Carlos Pizarro García	Enfermero	Coordinador Territorio San Felipe Programas Oh-D	Cesam
Ornella Bazurro Villalón	Psicóloga	Salud Mental Adulto	Cesam
Ana Arcos Vargas	Médico Psiquiátra	Salud Mental Infanto-Adolescente	Cesam
Simón Medina	Médico	Médico Sector Cesfam	Cesfam Llay-Llay
Loreto Flores Romero	Terapéuta Ocupacional	Salud Mental Adulto	Cesam
Sebastián Bonilla Marín	Psicólogo	Salud Mental Adulto	Cesam
Cecilia Lühr Silva	Asistente Social	Psiquiatría Forense	Hospital Dr. Philippe Pinel De Putaendo
Karen Lazo Águila	Terapéuta Ocupacional	Psiquiatría Forense Plan Ambulatorio Básico Convenio Senda-Ssa	Hospital Dr. Philippe Pinel De Putaendo
Carla Contreras Oyaneder	Asistente Social	Salud Mental Adulto Programas Oh-D	Cesam
Carolina Olate Nuñez	Terapéuta Ocupacional	Coordinadora Sector Los Andes	Cesam
Christie Silva Pulgar	Psicóloga	Encargada Salud Mental Directora (S) Cesfam	Cesfam Dr. Eduaro Raggio L., Catemu
Alejandro Escudero Madrid	Asistente Social	Encargado Unidad Relaciones Laborales	Direccion Servicio De Salud Aconcagua
Henry Román Escobar	Terapéuta Ocupacional	Jefe Ume	Hospital Dr. Philippe Pinel De Putaendo

SERVICIO DE SALUD: MAULE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Belen Navarro Ahumada	Asistente social	Atención primaria	Depto. Salud Sagrada Familia
Camila Aravena Muñoz	Asistente social	Psiquiatría	Hospital Regional de Talca
Catalina Hernandez González	Medica	Atención primaria, Parral	Depto. Salud Parral
Daniela Torres	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Lontue
Lucia Paola Albornoz Figueroa	Asistente social	Salud Mental	Cosam Talca
Marcela Ormazabal	Psicóloga	Salud Mental	Dirección Servicio de Salud
Mauricio Lara Chacón	Psicólogo	Salud Mental	Hospital De San Javier
Paola Rivas Aburto	Psicóloga	Atención primaria	CESFAM Maule
Patricia Diaz Rivas	Asistente Social	Salud Mental	Cosam Linares
Sylvia Alvarez Villegas	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Pelarco
Soraya Herrera H.	Psicologa	Atención Primaria	Depto Salud Molina
Servicio de Salud: Ñuble			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Carla Hernández V.	Terapeuta Ocupacional	Psiquiatría	COSAM San Carlos
Carla Vásquez H.	Médico Etapas de Destinación y Formación	Salud Mental	CESFAM Sta. Clara
Carlos Parra D.	Médico Psiquiatra	Coordinador Crae Psiquiatría	Hospital Herminda Martín
Carolina Bruna R.	T. Social	Salud Mental	CESFAM Los Volcanes
Carolina Márquez E	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Coihueco
Carolina Parra D.	T. Social	Psiquiatría	Cosam Cadem
Claudia Quezada N	Médico Psiquiatra	Jefe Programa Sm	Direccion Servicio de Salud Ñuble
Claudio Nuñez	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM San Ramón Non
Damary Pacheco G.	Psicóloga	Salud Mental	Hospital El Carmen
Daniel Gutierrez P.	Psicólogo	Salud Mental	Hospital Yungay
Daniel Navarrete B.	Médico Psiquiatra	Jefe UHCIP Chillán	Hospital Herminda Martin
Denise Muñoz C.	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Pemuco

Diego Hernandez M.	Psicólogo	Psiquiatría	Cosam San Carlos
Dorka Vergara M.	Enfermera	Psiquiatría	Hospital de Día Chillán
Guillermo Opazo L	Médico Etapas de Destinación y Formación	Salud Mental	CESFAM Violeta Parra
Guillermo Vigneau P.	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM Ninhue
Ignacio Valderrama M.	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM Quillón
Juan Francisco Torres	Trabajador Social	Salud Mental	Hospital Quirihue
Lorena Polanco G.	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Duran Trujillo
Lorena Yáñez N.	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Federico Puga
Maria Angelica Rodríguez	Trabajadora Social	Salud Mental	Hospital Coelemu
Maria Quijada	Trabajadora Social	Psiquiatría	Cosam Chillan
Matías Rebolledo A.	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM Sta. Clara
Nicol Navarrete R.	Psicóloga	Asesor Programa Sm	Dirección Servicio de Salud Ñuble
Nicolás Martínez N.	Psicólogo	Salud Mental	Hospital San Carlos
Patricia Pacheco	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Isabel Riquelme
Paula Bustamante S.	Enfermera	Psiquiatría	Cosam San Carlos
Paulina Guenante I.	T. Social	Salud Mental	Departamento de Salud Municipal Coelemu
Ricardo Morales Ll.	Médico Psiquiatra	Asesor Prog Sm	Dirección Servicio de Salud Ñuble
Rodrigo Navarrete R	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM Campanario
Romina Ortiz S.	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Portezuelo
Ruth Sepulveda M.	Trabajadora Social	Salud Mental	CESFAM Luis Montecinos
Sebastian Ramos	Trabajador Social	Salud Mental	CESFAM Ultra Estación
Solange Carlsson S.	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Pinto
Tamara Ferrada L.	Psicóloga	Salud Mental	Hospital Bulnes
Valeria Henriquez M.	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Ñipas
Wladimir Godoy C.	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM San Gregorio
Ximena Marín A.	Medico	Salud Mental	CESFAM Sol De Oriente
Yohanna Crisostomo R.	Trabajador Social	Psiquiatría	Cosam San Carlos

SERVICIO DE SALUD: BIOBÍO			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Ruth Acuña	Dueña de Casa	Agrupación Autoayuda	Agrupación Sendero de Luz
Ana Aluin Vergara	Costurera	Confección	CECOF Galvarino
Carolina Alvarez	Psicóloga	Salud Mental	Departamento de salud municipal Quilaco
Alicia Alvear Pavés	Representante	Agrupación Autoayuda	Pioneros de la Salud, HFC Santa Bárbara
Helga Arce Herrera	Psicóloga	Salud Mental	Hospital de la Familia y Comunidad Yumbel
Sara Arévalo	Dueña de Casa	Agrupación Autoayuda	Corazón Abierto
Alicia Arroyo	Persona usuaria	Salud Mental	Hospital de la Familia y Comunidad Santa Bárbara
Emelina Bahamondes	Psicóloga	Psicosocial	Hospital de la Familia y Comunidad Santa Bárbara
Solange Balboa Bravo	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Sur
Camila Balboa Jara	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Canteras
Camila Barrales	Psicóloga	DSM Laja	Departamento de salud municipal Laja
Alvaro Basualto Bustamante	Asesor Salud Mental	DSSBB	DSSBB
María Briones Díaz	Programa postrado de Santa Bárbara	Presidenta	HFC Santa Bárbara
Carmen Gloria Beltrán	Presidenta Agrupación	Autoayuda	Agrupación Kumedungu
Nadia Caripan	Psicóloga	Salud Mental	Departamendo de salud municipal Nacimiento
Daniela Catalán	Terapeuta Ocupacional	Unidad Adicciones	CAVRR
Sandra Chávez Flores	Técnica Social	Psicosocial	Hospital de la Familia y Comunidad Santa Bárbara
Tania Cid	Psicóloga	CECOSF Galvarino	CECOSF Galvarino
Paulina Cid	Asistente Social	CESFAM Nororiente	CESFAM Nororiente

Rufina Cid Cifuentes	Dueña de Casa	Tesorera Agrupación	Agrupación Sendero de Luz, CESFAM Nororiente
Rosa Concha Valdebenito	Paramédico	Colaboradora	Comité Amigos Renacer, Tucapel
Ulises Contreras Pino	Psicólogo	Salud Mental	Hospital de la Familia y Comunidad Huépil
Roberto Del Rio	Psicólogo	Corta Estadía Infantil	CAVRR
Katherine Díaz	Psiquiatra	Infanto-Juvenil	COSAM
Rosemerie Enríquez González	Psicóloga	Clínico Comunitario	CESFAM Nuevo Horizonte
Adriana Escobar	Presidenta	Agrupación Autoayuda	Agrupación Armonía, Yumbel
Nilda Fernández	Vicepresidenta	Agrupación Autoayuda	Agrupación Caricias de Pincel, Santa Fe
Paulina Flores Valenzuela	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Nuevo Horizonte
Constanza Fuentes Wegner	Asesora S.M.	Dirección Servicio de Salud Bio Bio	Dirección Servicio de Salud Bio Bio
Sylvana González	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Sur
Mónica González	Dueña de Casa	Socia Agrupación	Agrupación Sendero de Luz, CESFAM Nororiente
Martina Gottschalk	Psicóloga	CESFAM Nuevo Horizonte	CESFAM Nuevo Horizonte
María Hernández	Dueña de Casa	Agrupación Santa Bárbara	HGC Santa Bárbara
Ketty Jara Ch.	Enfermera	Corta Estadía	CAVRR
Moisés Jara Matamala	psicólogo	Salud Mental	CESFAM Antuco
Pilar Jiménez	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Monte Águila
Rosa López	Botiquín	Amipar/CDT	CECOSF Galvarino
Carolina Merino	Psicóloga	Corta Estadía	CAVRR
Zaida Montero	Psicóloga	Salud Mental	HFC Nacimiento
Gonzalo Mora Valdebenito	Asesor S. M.	DSSBB	DSSBB
Ivania Mundaca Llanos	Psicóloga	Jefa Prosam	CESFAM San Rosendo
Paola Muñoz Otarola	Psicóloga	Salud Mental	CAVRR
Hortensia Pantoja	Dueña de Casa	Presidenta Comité Tucapel	Comité Amigos Renacer

Eaglaee Parra	Asistente Social	Salud Mental	CAVRR
María Soledad Pérez D.	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Negrete
Pamela Piggot N.	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental	CAVRR
Johana Quezada Grandón	Secretaria	Agrupación Autoayuda	Agrupación Caricias de Pincel, Santa Fe
María Rivas	Taller Las Ramitas	Agrupación Autoayuda	Agrupación Las Ramitas
Daniela Rodríguez	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM 02 de Septiembre
Gloria Ruiz Salas	Tesorera	Agrupación Autoayuda	Agrupación Armonía, Yumbel
Ingrid Saldaña Araya	Asistente Social	Salud Mental	CAVRR
Gertrudis Sandoval	Dueña de Casa	Agrupación Autoayuda	Corazón Abierto
Deisy Solar	Asistente Social	CESFAM Canteras	CESFAM Canteras
Cristina Soza Navarro	Psicóloga	CESFAM Norte	CESFAM Norte
Aurora Suazo	Representante	Consejo de Desarrollo	HFC Santa Bárbara
Carla Tapia	Asistente Social	Infantil	Salud Mental
Jessica Urrutia Mallet	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Quilleco
Gino Valdebenito Vita	Trabajador Social	Psicosocial	HFC Santa Bárbara
Viviana Velasquez Clavijo	Asesora S. M.	DSSBB	DSSBB
Luis Verdugo	Presidente	Agrupación Autoayuda	Casa Rukalaf
Gladys Villarroel Espinoza	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental	CAVRR
Elda Yanqui	Directora agrupación	Agrupación Autoayuda	Casa Rukalaf
Nancy Zapata	Administradora agrupación	Cosam Antumapu	Agrupación Esperanza
SERVICIO DE SALUD: CONCEPCIÓN			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Ana Carroza Cancino	Psiquiatra		Cosam San Pedro De La Paz
Andrea Burgos Avila	Trabajo Social		Cosam Coronel
Angel Avila Manzano	Terapeuta Ocupacional		Servicio Psiquiatria H.G.G.B.
Alejandra Arriagada Fuentealba	Trabajadora Social	Encargado Centro Terapéutico Anun	Centro Terapeutico Anun, Municipalidad De Coronel

Alejandra Muñoz Escobar	Psicóloga	Programa Salud Mental	Das Florida
Alejandra Soto Mendoza	Psicóloga	Encargado Cosam Coronel	Cosam Coronel
Alejandra Rizik Hasbun	Psicóloga	Programa Salud Mental	Cesfam San Pedro De La Costa
Aldo Piumarta Bravo	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental	Cesfam Juan Cartes
Bárbara Águila Torres	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam O`Higgins
Carla Iturra Molina	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam Juan Soto Fernández
Carlos Cortes Castillo	Psicologo		Centro Rehabilitación Capef
Carolina Cruces Pereira	Psicóloga		Cosam Lota
Carolina González Vásquez	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam Nonguen
Carolina Mercado Fajardo	Asistente Social	Encargada Hospital De Dáa	Hospital De Día, Hospital Guillermo Grant Benavente
Carolina Perez Fierro	Asistente Social		Hogar Protegido Nonguen
Carolina Vargas Castillo	Asistente Social	Dpto. Gestión Y Articulación De La Red	D. Servicio De Salud Concepción
Carmen Vergara Lopez	Psicologa		Cosam Coronel
Caroll Suazo Fritz	Psicóloga		Cesfam Juna Cartes
Cecilia Fernández Cabalin	Psicóloga	Dpto. Gestión Y Articulación De La Red	D. Servicio De Salud Concepción
Claudia Ruminot Chávez	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam Santa Sabina
Claudia Bello Chauriye	Psicologa		Cesfam Pedro De Valdivia
Claudio Rodríguez Cáceres	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental	Cesfam Lorenzo Arenas

Constanza Gutierrez Soto	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam Pinares
Constanza Perez	Psicologa		Cesfam Boca Sur
Consuelo Martínez Salinas	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam Pedro De Valdivia
Corina Soria Lagos	Educadora		Cosam Lota, Hospital Lota
Cristian Arriagada Osorio	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental	Hospital Lota
Daniel Muñoz Jerez	Psicologo		Hospital Dia H.G.G.B.
Daniela Monsalve Contreras			Agrupación "Reluze", Cosam Lota
Daisy Ebner Gerschberg	Psiquiatra	Encargada Programa Salud Mental	D. Servicio De Salud Concepción
Diego Velasquez Hidalgo			Agrupacion Asperger Concepcion
Doris Rojas Cabezas	Enfermera		D. Servicio De Salud Concepción
Ester Fuentes Ibarra	Enfermera		D. Servicio De Salud Concepción
Eugenio Oliva Luengo			Agrupación "Reluze", Cosam Lota
Eugenio Rioseco Medina	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental	Cesfam Chiguayante
Francisco Puentes Aceitón	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental	Cesfam Loma Colorada
Felipe Gangas Mardones	Terapeuta Ocupacional		Cosam San Pedro De La Paz
Felipe Ulloa Bravo	Asistente Social		Servicio Psiquiatria H.G.G.B.
Fernanda Alarcon Diaz	Trabajadora Social		Cosam Lota
Gabriel Lagos Muñoz	Psicólogo	Encargado Cosam San Pedro De La Paz	Cosam San Pedro De La Paz
Gabriel Obregón Duran	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental	Cesfam Juan Cartes

Gerardo Barra Henriquez	Psicólogo	Encargado (S) Centro Terapéutico Anun	Centro Terapéutico Anun, Municipalidad De Coronel
Gonzalo Ampuero Alvarado	Terapeuta Ocupacional		Servicio Psiquiatria H.G.G.B.
Gloria Salazar Bustos	Psicóloga	Programa Prais	Programa Prais, D. Servicio De Salud Concepción
Gloria Paredes Villegas	Ingeniero Comercial		D. Servicio De Salud Concepción
Hans Romero Cuevas	Terapeuta Ocupacional	Centro Salud Mental Comunitaria San Pedro De La Paz	Cosam San Pedro De La Paz, Municipalidad San Pedro De La Paz
Henry Contreras Lobos	Trabajador Social		Cosam Coronel
Ingrid Collipal Osses	Asistente Social		Cesfam Pinares
Ingrid Gomez Monsalves	Enfermera		D. Servicio De Salud Concepción
Irma Alarcon Quijada	Quimico Farmaceutico		Servicio Psiquiatria H.G.G.B.
Javiera Esquivel Martinez	Médico	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam Boca Sur
Jose Abarca Aguilar			Agrupación "Los De Repente", Cosam Lota
Javiera Rozas Cartes	Psicologa		Cesfam Victor Manuel Fernández
Javiera Muñoz Hidalgo	Psicóloga	Encargada Salud Mental	Das Santa Juana
Jessica Delgado Beltran	Asistente Social		Cesfam Santa Sabina
Jimena Ramirez Guardia	Asistente Social		Hospital Dia H.G.G.B.
Joselyn Montoya Leal	Psicóloga		Hospital Santa Juana
Jorge Campos Garcia	Psicólogo		Cesfam San Pedro De La Costa
Juan Carlos Barahona Matus	Asistente Social	Encargado (S) Centro Salud Mental Comunitaria Lota	Cosam Lota, Hospital Lota
Julieta Valenzuela Diaz	Psiquiatra		Hospital De Dia H.G.G.B.

Karen Bermedo Ormeño	Asistente Social		Servicio Psiquiatria H.G.G.B.
Karima Chacur Kiss	Psicóloga	Encargada (S) Hospital De Día	Hospital Día, Hospital Guillermo Grant Benavente
Karla Meinas Campos	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam Tucapel
Lorena Jiménez Fredez	Enfermera	Dpto. Gestión Y Articulación De La Red	D. Servicio De Salud Concepción
Lorena Salazar Rojas	Médico De Familia	Programa Salud Mental	Cesfam Victor Manuel Fernández
Luis Torres Reyes	Tens		Hogar Protegido Nonguen
Mara Suazo Coloma	Psicóloga		Cesfam San Pedro
Marcela Saez Lagos	Asistente Social	Encargada Salud Mental	Hospital Santa Juana
Mario Villarroel Alvarez	Cuidador		Hogar Protegido Calidad De Vida Coronel
Marcelino Flores Saldaña	Psicólogo		Centro Terapéutico Anun, Municipalidad De Coronel
Marcia Medina Pizarro	Asistente Social		Cesfam Pinares
M. Antonieta Melita			Agrupacion Asperger
Mario Valdivia Peralta	Psiquiatra Infanto Adolescente		Servicio Psiquiatria H.G.G.B.
M. Alejandra Donoso Stevens	Psicologa		Cesfam Boca Sur
M. Carolina Vargas Castillo	Asistente Social		D. Servicio De Salud Concepción
M. Eugenia Steffens Aburto	Enfermera		Servicio Psiquiatria H.G.G.B.
M. Teresa Anabalon Mellado	Psicologa		Cesfam Lorenzo Arenas
Maria Francisca Vera Elso	Asistente Social	Dpto. Atención Primaria De Salud	D. Servicio De Salud Concepción
M. De Los Angeles Vaccaro Huespe	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam Lagunillas
Maria Isabel Las Heras Martin	Enfermera		Hospital Dia H.G.G.B
Marie Christel Schweitzer Cadegan	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam Chiguayante

Mario Valdivia Peralta	Médico Psiquiatra		Servicio Psiquiatría, Hospital Guillermo Grant Benavente
Marlene Luengo Gallegos	Enfermera	Dpto. De Información De Salud	D. Servicio De Salud Concepción
Michael Soto Beltrán	Asistente Social	Centro Salud Mental Comunitaria San Pedro De La Paz	Cosam San Pedro De La Paz, Municipalidad San Pedro De La Paz
Nataly Guajardo Maureira	Psicóloga		Cesfam Yobilo
Naysa González Henriquez	Asistente Social	Dpto. Gestión Y Articulación De La Red	D. Servicio De Salud Concepción
Nelson Pérez Teran	Médico Psiquiatra	Encargado Centros Ambulatorios De Salud Mental	Hospital Guillermo Grant Benavente
Paola Ojeda Hinojoza	Asistente Social	Encargada Centro Salud Mental Comunitaria Concepción	Cosam Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente
Pamela Arteaga Flores	Quimico Farmaceutico		D. Servicio De Salud Concepción
Pamela Hernandez Gutierrez	Psiquiatra		Cosam San Pedro De La Paz
Patricia Tapia Navarrete	Nutricionista	Dpto. De Información De Salud	D. Servicio De Salud Concepción
Patricio Pizarro Bergeon	Psicologo		Cosam Concepción.H.G.G.B.
Pilar Castro Jaramillo	Psicologa		Cesfam Juan Soto Fernández
Paola Oñate Zuñiga	Psiquiatra Infanto Adolescente		Centro Salud Mental Infanto Adolescente H.G.G.B.
Rayen Valdebenito Diaz	Psicóloga	Programa Salud Mental	Cesfam O`Higgins
Romina Suazo Castro	Psicologa		Centro Terapéutico Anun
Rocio Guerra Ojeda	Enfermera	Salud Mental Infanto Adolescente	Centro Ambulatorio Salud Mental Infanto Adolescente, Hospital Guillermo Grant Benavente

Rosa Maria Rojas Garcia	Asistente Social	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam Hualqui
Sandra Bahamondes Araneda	Asistente Social	Dpto. Gestión Y Articulación De La Red	D. Servicio De Salud Concepción
Sandra Olate Alarcón	Asistente Social	Encargada Programa Salud Mental	Das Florida
Samuel Obreque Del Río	Médico		Cesfam Chiguayante
Sofia Norambuena Molina	Enfermera		Residencia Protegida Nuestro Lugar San Pedro De La Paz
Susana Pino Aguilera	Enfermera		Servicio Psiquiatría, Hospital Guillermo Grant Benavente
Vanesa Saez Riquelme	Asistente Social		Cesfam Lagunillas
Valeria Muñoz Rodriguez	Psicóloga		Cesfam Juan Carlos Pinto
Valeria Hernandez Peine	Asistente Social		Servicio Psiquiatria H.G.G.B.
Virginia Merino Velozo	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	Cesfam V. Manuel Fernández
Viviana Cantín Caro	Asistente Social	Dpto. Gestión Y Articulación De La Red	D. Servicio De Salud Concepción
Waleska Irribarra Vivanco	Asistente Social		Cesfam O´Higgins
Ximena Hernandez Carrasco	Psiquiatra		Servicio Psiquiatria H.G.G.B.
SERVICIO DE SALUD: ARAUCO			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Andrea Altamirano Arriagada	Asistente Social	COSAM Lebu	Hospital Lebu
Ayleen Bocaz Ruiz	Enfermera	Hospital de Día	Hospital Cañete
Bruno Rivera Salazar	Psicólogo	COSAM Arauco	Hospital Arauco
Carla Blanco Mansilla	Trabajadora Social	Dirección Servicio de Salud	Dirección Servicio de Salud
Claudia Luengo Cuevas	Asistente Social	COSAM Lebu	Hospital Lebu
Dayana Morales Correa	Terapeuta Ocupacional	COSAM Lebu	Hospital Lebu
Gabriela Aravena Yañez	Enfermera	Dirección Servicio de Salud	Dirección Servicio de Salud

Gonzalo Missene Sáez	Psicólogo	Hospital de Día	Hospital Cañete
Irene Manríquez Velozo	Técnico Paramédico	COSAM Arauco	Hospital Arauco
Jonathan Mendoza Inzunza	Enfermero	COSAM Cañete	Hospital Cañete
Karin Aguayo Riquelme	Asistente Social	COSAM Arauco	Hospital Arauco
Katherine Escobar Gomez	Asistente Social	Hospital de Día	Hospital Cañete
Katherine Muñoz Fuentes	Enfermera	COSAM Lebu	Hospital Lebu
Lilian Merino Hinojosa	Psiquiatra Adulto	COSAM Lebu	Hospital Lebu
Marcos Jerez Chacón	Psiquiatra Adulto	COSAM Arauco	Hospital Arauco
Maria Garcia Riffo	Terapeuta Ocupacional	COSAM Arauco	Hospital Arauco
Mariela Lozano Canales	Enfermera	Unidad Hospitalización Cuidados intensivos Psiquiátricos	Hospital Cañete
Mario Sepúlveda Vergara	Psiquiatra Adulto	Hospital de día	Hospital Cañete
Marjorie Cofre Bizama	Psicóloga	COSAM Cañete	Hospital Cañete
Natalia Tapia Sobarzo	Terapeuta Ocupacional	COSAM Cañete	Hospital Cañete
Pablo Monsálvez Flores	Psicólogo	COSAM Lebu	Hospital Lebu
Pablo Tapia Urrutia	Psiquiatra Adulto	Unidad Hospitalización Cuidados intensivos Psiquiatría	Hospital Cañete
Paola Reyes Cea	Psicóloga	COSAM Lebu	Hospital Lebu
Paulina Parra Alarcón	Asistente Social	COSAM Cañete	Hospital Cañete
Robinson Cardenas Aguilar	TENS	Hospital de Día	Hospital Cañete
Susana Fredez Fernández	Asistente Social	Dirección Servicio de Salud	Dirección Servicio de Salud
Susana Sáez Sandoval	Técnico Paramédico	COSAM Arauco	Hospital Arauco
Tania Etchepare Ibarra	Psiquiatra Infanto Adolescente	COSAM Arauco	Hospital Arauco
Valentina Rossel Burgos	Psicóloga	COSAM Lebu	Hospital Lebu
Victoria Toro Jano	Psiquiatra Infanto adolescente	COSAM Cañete	Hospital Cañete
Yesica Castillo Villa	Psicóloga	COSAM Arauco	Hospital Arauco
SERVICIO DE SALUD: TALCAHUANO			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Adriana San Martin	Psiquiatra	Gestión Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano

Alejandro Parada	Nutricionista	Gps	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Carolina Cid	Asistente Social	Gestión Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Claudia Bravo	Asistente Social	Gestión Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Claudia Bravo Silva	Psicólogo	Atención primaria	CESFAM Dr. Alberto Reyes
Claudia Tapia	Médico	Residente Psiquiatría	Hospital Higueras
Claudio Jilberto	Kinesiólogo	Discapacidad	Senadis
Deisy Ayamante	Terapeuta Ocupacional	Unidad Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Elizabeth Luengo	Asistente Social	Infancia	Sename
Estrella Aviles	Trabajadora Social	Atención primaria	CESFAM L. Portus
Fernando Rojas	Enfermero	Depeis	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Francisca Corbalán	Médico	Residente Psiquiatría	Hospital Higueras
Frida Bahomondes	Médico	Residente Psiquiatría	Cosam Hualpén
Gabriela Astete	Psiquiatra	Hospital de Día	Hospital Penco Lirquén
Gisela Segura	Trabajadora Social	Hospital de Día	Hospital Penco Lirquén
Héctor Peña	Trabajador Social	Infanto Adolescente	Centro El Faro
Janny Herrera	Psicólogo	Atención primaria	CESFAM Dr. Alberto Reyes
Javier Gontier	Psicólogo	CDD	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Jose Franco	Psicólogo	Hospital Dia Adultos Higueras	Hospital Higueras
Juan Innacio Valenzuela	Psicólogo	APS	Cesfam Hualpencillo
Katherine Salgado Solar	Trabajadora Social	CD. Lus de Luna	Hospital Higueras
Leonardo Tapia	Terapeuta Ocupacional (En Práctica)	Umsm	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Maria Machuca	Presidente	Dirigente	Agrupación Sol Naciente
Mariana C.	Psicóloga	Salud Mental Infanto Juvenil	Hospital Higueras

Margarita Cortez	Médico	Residente Psiquiatría	Hospital Higueras
Mónica Torres	Técnica en enfermería	Administradora	Residencia Protegida
Morelia Ordenes	Presidente Coasam	Dirigente	Coasam
Mitzy Alvarez	Psicólogo	Tratamiento Senda	Senda
Moira Tomckowiack	Médico	Umsm	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Muriel Hidalgo	Psicólogo	Gestión Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Oscar Sanchez	Asistente Social	Ct. Casa Chica	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Pamela Sabag	Trabajador Social	Umsm	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Patricia Vergara	Psicólogo	Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Paula Veloso	Médico Psiquiatra	Psiquiatría Comunitaria	Hospital Tomé
Paulina Herrera	Terapeuta Ocupacional	Gestión Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Pavel Guiñez	Sociólogo	Partcipacion Social	Dssthno
Rafael Dresner	Psicólogo	Hospital Dia Adultos Higueras	Hospital Higueras
Rocio Balboa	Trabajadora Social	Especialidad Psiquiatria Ambulatoria	Hospital Penco Lirquen
Rossana Muñoz	Asistente Social	Prais	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Silvana Reyes	Ing. Administrativa	Area Administrativa	Residencia Protegida
Sergio Toledo	T Social	Salud Mental	CESFAM Lirquén
Tania Salvatierra	Pscólogo	Aps	Cesfam Talcahuano Sur
Tatiana Espinoza	Matrona	Gestión APS	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Teresa Carrasco	Enfermera	Ges Degemo	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Yalin Nuñez	Psicólogo	Salud Mental Infantil	Hospital de día Infanto Juvenil Thno
SERVICIO DE SALUD: ARAUCANÍA NORTE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Andres Santidrian Sime	Psicólogo	Salud mental	CESFAM renaico

Antonio Inzunza	Psicólogo	Salud mental	Departamento Salud Municipal Collipulli
Carmen Ponce	Trabajadora social	Servicio de psiquiatría Angol	Hospital de Angol
Cecilia Mella	Psicólogo	Psicóloga CESFAM	CESFAM Alemania
Cristian Schonthaler	Psicólogo	Encargado salud familiar	CESFAM Huequen
Dra. Burgos Castillo	Médico cirujano	Programa salud mental	Departamento Salud Municipal collipulli
Erika Osses	Psiquiatra	Psiquiatría adultos	Hospital victoria
Fabiola Figueroa	Psicóloga	Servicio de salud Araucanía norte	Servicio de salud Araucanía norte.
Fátima Ubilla	Psicóloga	Salud mental	CESFAM Ercilla
Jose Alarcón	Psicólogo	Referente salud mental	CESFAM piedra de Águila
Katherine López Silva	Trabajadora social	Salud mental	Hospital Lonquimay
Katya Eschmamn	Psicóloga	Salud mental	CESFAM ercilla
Macarena pichulman	Médico	Salud mental	Departamento Salud Municipal Puren
Maria José correa	Médico	Salud mental	Hospital Collipulli
Maria José Molina	Usuario	Salud Mental	Agrupación usuarios
Maria José Rodríguez	Psicóloga	Salud mental	Hospital Collipulli
Mario Vallejos	Terapeuta ocupacional	Psiquiatría infantil	Hospital Angol
Marcela Cuadra	Psicóloga	Salud mental	CESFAM Victoria
Marcela Figueroa	Enfermera	Servicio psiquiatría adulto	Hospital de Angol
Marjorie Rodríguez	Médico	Salud mental	Departamento Salud Municipal Puren
Nataly Ulloa torres	Trabajadora social	Salud mental	CESFAM los Sauces
Nicolas chanquey	Psicólogo	Salud mental	CESFAM Renaico
Pilar Higuera	Trabajadora social	Psiquiatría infantil	Hospital Angol
Soraya molina Arellano	Médico	Referente salud mental	CESFAM piedra de Águila
Valeska Avila muñoz	Psicóloga	Psicóloga	CESFAM Alemania

Viviana Sáez lobos	Psicóloga	Salud mental	Hospital Curacautín
Yerco castro	Presidente agrupación de usuarios y familiares	comunidad	Agrupación de usuarios y familiares
Yisley Henriquez H.	Usuaria red de salud		Agrupación usuarios
SERVICIO DE SALUD: ARAUCANÍA SUR			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Alex Escalona Pavez	Psicólogo	Referente Salud Mental Dssas	Depto. Aps y Redes Asistenciales Dirección Servicio de Salud Araucanía Sur
Camila Maldonado A.	Terapeuta Ocupacional.	Centro Integral de Rehabilitación Psicosocial	Centro Integral de Rehabilitación Psicosocial.
Carol Reyes	Psicóloga	Area Psicología	Cecosam Nueva Imperial
Carolina Lopez B	Coordinadora	Coordinación	Cecosam Padre Las Casas
Cecilia Jara	Asistente Social	Area Social	CESFAM
Claudia Herrera	Asistente Social	Policlínico	Hospital Hernán Henriquez Aravena
Daniela Gatica Miller	Psicóloga	Coordinadora	Hospital de Día Pitrufquen.
Daniela Silva	Psicóloga	Psicología	Hospital Puerto Saavedra.
Denisse Oliva F	Psiquiatra	Encargada Salud Mental	Cecosam Nueva Imperial- Servicio de Salud Araucanía Sur
Eduvina Hueraman	Usuaria	Cecosam Padre Las Casas	Cecosam Padre Las Casas
Isabel Antipan P.	Asistente Social	Corta Estadia	Hospital Hernán Henriquez Aravena
Marcela Elgueta H.	Psicóloga	Psicología	CESFAM Pueblo Nuevo
Maritza Ferreira M.	Usuaria	Cecosam Padre Las Casas	Cecosam Padre Las Casas
Marjorie Fuentes S	Psicóloga	Referente Salud Mental	Depto. APS y Redes Asistenciales Dirección Servicio de Salud Araucanía Sur

Miriam Triviño	Coordinadora	Coordinación	Hospital de Día Temuco
Nayade Altamirano	Trabajadora Social	Area Social	Cecosam Nueva Imperial
Nicole Nohuelchi	Terapeuta Ocupacional.	Cecosam	Cecosam Lautaro
Olimpia Rivas M	Terapeuta Ocupacional	Terapias	Hospital de Día Temuco
Patricia Valderrama	Asistente Social	Area Social	Cecosam Padre Las Casas
Priscila Roco C	Trabajadora Social	Area Social	Cecosam Lautaro
Silvana López Pérez	Trabajadora Social	Hogar Protegido	Las Araucarias
Viviana Torres Ll.	Terapeuta Ocupacional.	Corta Estadía	Hospital Hernán Henriquez Aravena
Ximena Fuentes C	Psicóloga	Psicología	CESFAM Labranza
Yenifer Benavides	Técnica superior en enfermería	Residencia	Residencia Protegida Forense
SERVICIO DE SALUD: VALDIVIA			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Alejandra Badilla	Asistente Social	CESFAM J. Sabat	Departamento de Salud Municipal Valdivia
Alejandra Rios	Psicóloga	CESFAM Panguipulli	Corporación Municipal
Alejandro Dalmazzo	Psicólogo	Cesfam Mariquina	Departamento de Salud Municipal Valdivia San José de la Mariquina
Alexandra Figueroa	Psicóloga	Sub Depto Salud Mental	Servicio Salud Valdivia
Alex Bratz	Médico	CESFAM Angachilla	Departamento de Salud Municipal Valdivia
Álvaro Pereira	Psicólogo	CESFAM J. Sabat	Departamento de Salud Municipal Valdivia
Andrea Santana	Enfermera-Referente	Sub Depto. Salud Mental	Servicio Salud Valdivia
Benjamín Téllez	Médico Psiquiatra	Hospital De Día	Servicio Salud Valdivia
Bianka Boettcher	Enfermera Jefa	Sub Depto. Salud Mental	Servicio Salud Valdivia

Camila Godoy	Enfermera	CESFAM Futrono	Departamento de Salud Municipal Valdivia Futrono
Carolina Zúñiga	Psicóloga	Cesfama Angachilla	Departamento de Salud Municipal Valdivia
Catherine Azocar	Trabajadora Social	MIDESO	MIDESO- Región De Los Ríos
Claudia Inostroza	Trabajadora Social	CESFAM Rural De Niebla	Departamento de Salud Municipal Valdivia
Cristian Gomez	Psicólogo	Municipalidad	La Unión
Daniela Zúñiga Roa	Trabajadora Social-Coordinadora	Cecosf Guacamayo	CESFAM Externo-Establecimiento Dependiente Servicio Salud
Diego León	Odontólogo	Referente Técnico	Servicio Salud Valdivia
Eduardo Fernández	Psicólogo- Jefe Unidad Salud Mental	CESFAM La Unión	Departamento de Salud Municipal
Elena Cárdenas	Asistente Social-Coordinadora De Sector	CESFAM Las Ánimas	Departamento de Salud Municipal
Elena Cárdenas Vergara	Asistente Social	CESFAM Las Ánimas	Servicio Salud Valdivia
Elena Contreras Soto	Asistente Social	Municipalidad De La Unión	Municipalidad De La Unión
Fabiola Riquelme	Terapeuta Ocupacional	CESFAM J. Sabat	Departamento de Salud Municipal Valdivia
Fernanda Herrera	Psicóloga	Cesamco Las Ánimas	Servicio Salud Valdivia
Ginette Cerna	Asistente Social	CESFAM Panguipulli	Corporación Municipal
Isabel Viertel	Terapeuta Ocupacional	CESFAM Externo	Establecimiento Dependiente Servicio Salud
Ivonne Arre	Psicóloga-Coordinadora	Hospital De Día	Servicio Salud Valdivia
Ivonne Ibañez	Gestora Comunitaria	CESFAM J. Sabat	Departamento de Salud Municipal Valdivia
Jorge Carranza	Psicólogo	CESFAM Los Lagos	Departamento de Salud Municipal Los Lagos

Karen Angulo	Psicóloga	CESFAM Futrono	Departamento de Salud Municipal Futrono
Karina Rivas	Psicóloga	Cecosf Máfil Alto	Departamento de Salud Municipal Mafil
Leila Silva	Psicóloga	Junaeb	Junaeb
Loreto Guzmán	Psicólogo	Seremi Salud	Seremi Región De Los Ríos
Loreto Mitre	Psicólogo	CESFAM Malalhue	Municipalidad Lanco
Marcela Barrientos	Enfermera	CESFAM Río Bueno	Departamento de Salud Municipal Río Bueno
Marlene Valenzuela Arias	Encargada Prog. Escuelas Saludables/ Aprendizaje	Junaeb	Junaeb, Región De Los Ríos
Mauricio Harros	Trabajador Social	Senda	Senda-Región De Los Ríos
Pamela Santibañez	Químico Farmacéutico	Sub Depto. Salud Mental	Servicio Salud Valdivia
Paula Herrera	Médico	CESFAM Externo	Servicio Salud Valdivia
Pedro Yusef Lincopán	Médico	CESFAM Las Ánimas	Departamento de Salud Municipal Valdivia
Rocío Bravo	Enfermera	Cesamco Schneider	Servicio Salud Valdivia
Rodolfo Guerrero	Trabajador Social	PRAIS	Servicio Salud Valdivia
Rodrigo Oyarzún	Psicólogo	Hospital Corral	Servicio Salud Valdivia
Sandra Gallardo	Ing. Comercial-Apoyo	Sub Depto. Salud Mental	Servicio Salud Valdivia
Soledad Casas	Enfermera-Referente Técnico	Sub Depto. Hospitales-Red de Urgencia	Servicio Salud Valdivia

Tania Solar	Referente Senda-Psicóloga	Sub Depto. Salud Mental	Servicio Salud Valdivia
Ulises Madrid	Trabajadora Social	Junaeb	Junaeb
Viviana Huaquilaf	Referente Programa especial de Salud y Pueblos Indígenas	Programa especial de Salud y Pueblos Indígenas	Servicio Salud Valdivia
SERVICIO DE SALUD: OSORNO			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Pablo Aravena Cereceda	Psiquiatra	Unidad De Salud Mental	Dirección De Servicio de Salud Osorno
Karin Avila Gibbs	Kinesióloga	Departamento de Atención Primaria	Dirección Servicio de Salud Osorno
Antonia Caifil Martinez	Terapeuta Ocupacional	Unidad De Salud Mental	Dirección de Servicio de Salud Osorno
Silvana Campos Sobarzo	Psicóloga	Atención primaria	CESFAM Bahía Mansa
Fernando Cañete Campos		Agrupación de usuarios	Agrupación Mis Manos Contigo
Marcela Cardenas Barrientos	Asistente social	Centro diurno rehabilitación	Centro Newen
Andrea Cardenas Conde	Psicóloga	Atención Primaria	Cesfam Pedro Jauregui
Allilen Casas Martinez	Psicóloga	Atención Primaria	Hospital Quilacahuin
Gerardo Catalán Tejeda	Orfebre	Centro de Recuperación	Centro Amore
Viviana Delgado Silva	Trabajadora Social	Atención de Especialidad	Unidad De Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
Jacqueline Del Rio Valdebenito	Trabajadora Social	Atención de Especialidad	Unidad De Atención Psiquiátrica Ambulatoria
Carolina Duarte Montiel	Psicóloga	Atención Primaria	Hospital Puerto Octay
Jorge Espinoza Vergara	Psicólogo	Unidad de Salud Mental	Dirección de Servicio De Salud Osorno
Alberto Fernández Marinovic	Psicólogo	Atención de Especialidad	Cosam Rahue
Alejandra García Flores	Asistente Social	Atencion de Especialidad	Cosam Oriente

Gerardo Garnica Soto		Agrupacion de Usuarios	Agrupacion Sol de Ideas
Alicia Gatica Carrasco	Asistente Social	Programa Ambulatorio Intensivo Para Adolescentes Infractores De Ley	Pai Newenche
Valeria Hettich Sepulveda	Psicóloga	Atención Primaria	CESFAM Purranque
Natalia Jara Lezama	Psicóloga	Atención Primaria	Cesfam Puaucho
Sandra Jeldres Sovier	Psicóloga	Atención Primaria	Hospital Misión San Juan
Cristián Jimenez Rojas	Psicólogo	Atención Primaria	Cesfam Rahue Alto
Leonardo Lafuente Astroza	Médico	Hospital	Hospital Purranque
Yesenia Lobo Perez	Psicóloga	Equipo rural	Departamento Salud Osorno
Aliny Lobo Sierra	Psicologa	Atención Primaria	Cesfam Ovejería
Mauricio Martinez Kraushaar	Psicólogo	Unidad de Salud Mental	Dirección de Servicio de Salud Osorno
David Martinez Rodriguez	Psicólogo	Hospital	Hospital Rio Negro
Lorena Milla Gonzalez	Psicóloga	Atención Primaria	CESFAM rio negro
Jorge Ovalle Muñoz	Psicólogo	Atención Primaria	Cesfam Entrelagos
Andrea Pérez Aros	Trabajadora Social	Unidad de Salud Mental	Dirección de Servicio de Salud Osorno
Claudia Rilling Hertel	Asistente social	Atención Primaria	CESFAM Purranque
Roxana Ríos Aburto	Monitora	Centro de Recuperación	Centro Amore
Mónica Rodríguez Oyarzo	Psicóloga	Programa Ambulatorio Para Personas En Situacion De Calle	Dirección de Servicio
Claudio Sánchez Ascencio		Agrupación de usuarios	Agrupación mis manos contigo
Cristián Schlegel	Enfermero	Centro de Apoyo Comunitario A Adultos Mayores Con Demencia	Centro Kumelen
Marcela Solis A.	Asistente Social	Atención Primaria	Hospital Purranque
Verena Soto Gonzalez	Asistente social	Atención Primaria	CESFAM entre lagos
Carolina Toledo Miranda	Psicóloga	Atención Primaria	Cesfam Quinto Centenario

Tania Toledo Molina	Psicóloga	Atención Primaria	CESFAM Marcelo Lopetegui
Carmen Gloria Vargas Carcamo		Agrupación de Usuarios	Agrupación Sol de Ideas
Vilma Vargas Eyzaguirre	Psicóloga	Atención primaria	CESFAM Pampa Alegre
Mónica Vidal Lobos	Técnico paramédico	Programa Ambulatorio Para Personas En Situacion De Calle	Dirección de Servicio
Marcela Villagran Rivera	Psicologa	Unidad de Salud Mental	Dirección de Servicio de Salud Osorno
Mariana Villalobos Vasquez	Médico	Atención Primaria	Cesfam Pedro Jauregui
David Villegas Villarroel	Medico	Atención Primaria	Hospital Quilacahuin
SERVICIO DE SALUD: RELONCAVÍ			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Alida Barria	Psicóloga	Encargada programa salud mental	CESFAM Frutillar
Andres Varela	Médico	Programa PRAIS	PRAIS Servicio de Salud Reloncaví
Alex Ojeda	Trabajador Social	Programa Adultos	Cosam Reloncaví
Bárbara Veliz	Psicóloga	Programa Salud Mental	Hospital Calmuco
Carolyn Carrasco	Trabajador Social	Servicio de psiquiatría infanto juvenil	Hospital Puerto Montt
Cinthia Chavez	Psicóloga	CESFAM	CESFAM Padre Hurtado
Claudio Flores	Psicólogo	Programa Salud Mental	Hospital Calbuco
Consuelo Escobar	Terapeuta Ocupacional	Programa salud Mental SS	Servicio Salud Reloncaví
Cristóbal Camplá	Psiquiatra	Programa salud Mental SS	Servicio Salud Reloncaví
Dania Oyarzo	Psicóloga	Programa salud mental	PRAIS Servicio de Salud Reloncaví
Daniel Alcozar	Psicólogo	Salud Mental	Equipo Rural
Hugo Gonzalez	Trabajador Social	CESFAM	CESFAM San Pablo

Jacqueline Aguila	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	CESFAM Los Volcanes
Johana Rubilar	Trabajadora Social	Rehabilitación	Hogar Protegido Calbuco
Jorge Navarrete	Trabajador Social	Servicio de Psiquiatria HPM	Hospital Puerto Montt
Karen Arriagada	Trabajadora Social	Rehabilitación	Hogar y Residencia Protegida
Marcela Perez	Psicóloga	CESFAM	CESFAM Alerce
Marcia Brevis	Psicóloga	Hospital programa Salud Mental	Hospital Chaitén
Mauricio Brantes	Médico	CESFAM	CESFAM Saa Pablo
Magdalena Espejo	Médico	CESFAM	Rio Negro Hornopiren
Marlene Soto	Trabajador Social	Programa salud Mental SS	Servicio Salud Reloncaví
Natalia Schwerter	Psicóloga	Hospital Diurna Infanto adolescente	Hospital de día Rallenmapu
Nataly Morel	Psicóloga	CESFAM	CESFAM Carmela Carvajal
Omar Inostroza	Psicólogo	CESFAM	CESFAM San Pablo
Oriana Bañares	Médico	CESFAM	CESFAM Techo para Todos
Paola Mella	Trabajador Social	Cosam gestión administrativa	Cosam Reloncaví
Paola Vasquez	Psicóloga	Programa salud Mental SS	Servicio Salud Reloncaví
Patricio Galaz	Médico	Programa salud Mental	Hospital Fresia
Paula Jiménez	Terapeuta Ocupacional	Programa Adulto	Cosam Puerto Montt
Roxana Tejeda	Psicóloga	CESFAM	CESFAM Frutilla
Sofía Vargas	Médico	Departamento de Salud Municipal	Departamento de Salud Municipal Cochamo
Tamara Hernandez	Trabajadora Social	CESFAM	CESFAM Los Muermos

Waleska Bucarey	Psicóloga	CESFAM	CESFAM Puerto Varas
Ximena Martinez	Psicóloga	Gestión administrativa en programa Salud Mental	Cosam Puerto Montt
SERVICIO DE SALUD: CHILOÉ			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Archivaldo Balladares	Enfermero	Unidad hospitalaria corta estadía y Hospital de día.	Hospital de Castro
Camila Brahm	Psicóloga	Especialidad Ambulatoria/ Psicología de la Salud.	Hospital de Castro
Erica González	Asistente Social	Especialidad Ambulatoria/ Dispositivos	Hospital de Castro, HDD.
Evelyn Alvarado	Psicóloga	Servicio de Salud	Servicio de Salud
Felipe Matamala	Médico APS	Atención primaria de salud	Hospital de Quellón
Jacqueline Sánchez	Médico psiquiatra	Servicio de Salud	Hospital de Castro/ Servicio de Salud
Mixsann Torres	Asistente Social	Servicio de Salud	Servicio de Salud
Yaniré Contreras	Psicóloga	Atención primaria de salud	CESFAM Dalcahue
SERVICIO DE SALUD: AYSÉN			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Carolina Ahumada S.	Psicóloga	Centro SM Comunitaria Coyhaique	Centro Salud Mental Comunitaria Coyhaique
Sebastián Etcheverry	Psicólogo	Psicólogo Salud Mental	Hospital Dr. Leopoldo Ortega Chile Chico
Carmen Fredes S.	Enfermera	Enfermera Supervisora Centro SM Comunitaria Coyhaique	Centro Salud Mental Comunitaria Coyhaique
Andrea Fuentes V.	Psicóloga	Centro SM Comunitaria Coyhaique	Centro Salud Mental Comunitaria Coyhaique
Yarana Gallardo C.	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental	C.T. y UHCE Coyhaique

Mabel Mardonez L.	Asistente Social	As. Social Salud Mental	CESFAM Alejandro Gutiérrez / Coyhaique
Carolina Mondaca B.	Asistente Social	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Aysén
María Isabel Muñoz G.	Asistente Social	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Aysén
Carolina Ortiz C.	Directora	Centro SM Comunitaria Coyhaique	Centro Salud Mental Comunitaria Coyhaique
Patricio Plata A.	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM Alejandro Gutiérrez / Coyhaique
Yared Schulz I.	Asistente Social	Referente Salud Mental	Seremi Salud
Paula Timmerman P.	Psicólogo	Psicólogo Salud Mental Hospital de Día Coyhaique	Hospital De Dia Coyhaique
Héctor Toloza V.	Asistente Social	Referente Salud Mental	Seremi Salud
SERVICIO DE SALUD: MAGALLANES			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Maribel Bustos	Asistente Social	Seremi de Salud	Seremi De Salud
Marcela Cárdenas Báez	Psicóloga	Pai Adulto Puerto Natales	Servicio De Salud Magallanes
Daniela Cárdenas Vera	Asistente Social	Quillagua, Puerto Natales	Servicio De Salud Magallanes
Carol Farías	Asistente Social	Dpto. Salud Mental	Servicio De Salud Magallanes
Marcela Gallardo	Asistente Social	Comité Regional del Adulto Mayor	Servicio De Salud Magallanes
Evelyn Lagos Gomez	Asistente Social	Comunidad San Juan	Servicio De Salud Magallanes
José Luis Mímica	Psicólogo	Programa Ambulatorio Básico	Servicio De Salud Magallanes
Alicia Oyarzo Cabero	Asistente Social	Programa Calle	Servicio De Salud Magallanes

Johana Rodríguez Vera	Enfermera	COSAM Adulto	Servicio De Salud Magallanes
Norma Sepúlveda Aguilar	Asistente Social	Programa Ambulatorio Básico	Servicio De Salud Magallanes
SERVICIO DE SALUD: METROPOLITANO NORTE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Ana María Pozo	Usuaria y Monitora	Monitora Confección Vestuario	Centro Rehabilitación y Reinserción Socio laboral Tiempos Buenos
Angélica Dazkalakis Riquelme	Asistente Social	Programa de Salud Mental	SSM Norte
Beatriz Opazo	Psicóloga	CESFAM Juan Antonio Ríos	APS comuna de Independencia
Carola Ampuero	Directora	Cosam comuna TilTil	Municipalidad de TilTil
Carolina Donckaster Horta	Psicóloga	CESFAM Symon Ojeda	APS comuna de Conchalí
Claudia Espinoza	Familiar y Presidenta organización de padres	Gestión y Participación de Familiares en Salud Mental	Centro de Rehabilitación para Niños y Jóvenes Autistas de la Agrupación de Padres de Niños Autistas - PANAUT
Danilo Pantescu	Usuario y Monitor	Centro Rehabilitación y Reinserción Socio laboral Tiempos Buenos	Agrupación de Personas con Discapacidad Psíquica Somos Capaces
Dominga Figueroa	Psiquiatra	Jefe Servicio Salud Mental Infanto Adolescente	Hospital Roberto del Río
Eleodoro Iñigo Oyarzún	Psicólogo	Programa de Salud Mental	SSM Norte
Ema Pichunante	Usuaria	Rehabilitación e inserción social y laboral	Hogar Protegido SSMN
Fernando Núñez	Psicólogo	CESFAM Lucas Sierra	APS comuna de Conchalí
Francisca Contreras	Psicóloga	CESFAM Cristo Vive	APS Recoleta
Francisco Aliaga	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Alcohol y Drogas	Cosam Lampa - Batuco

Horacio Veliz Fuentes	Psicólogo	Director Cosam comuna Quilicura	Dto. de Salud Municipalidad de Quilicura
Isabel Vargas	Familiar y Monitora	Capacitación en Centro de Rehabilitación y Reinserción Socio laboral Tiempos Buenos	Agrupación de Personas con Discapacidad Psíquica Somos Capaces
Juan Francisco Ruiz	Trabajador Social	Coordinador área Residencial	Fundación Rostros Nuevos
Lilian San Román	Psiquiatra	Directora	Instituto Psiquiátrico
Manuel Molina Rencoret	Psicóloga	Cosam Independencia	Dto. de Salud Municipalidad de Independencia
Matías Silva	Director	Cosam Colina	Municipalidad de Colina
Marco Barrientos Segura	Psicólogo	Gestión COSAM Salud Mental, Jefe Unidad de Modelo SF	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Maribel Ubilla	Enfermera	Salud Mental	Hospital Roberto del Río
Michel Pérez	Psicólogo	Cosam Huechuraba	Municipalidad de Huechuraba
Millaray Roque	Asistente Social	Salud Mental	Hospital Roberto del Río
Mónica Arce Pinto	Usuaria y Presidenta organización	Gestión y Organización de usuarios	Agrupación de Personas con Discapacidad Psíquica Somos Capaces
Omayra Albornoz Arancibia	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental	Hospital Roberto del Río
Pablo Ferreira Valenzuela	Psicólogo	Programa de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Pamela Pino	Psicóloga	Subdirectora	Cosam Lampa – Batuco
Paola Mateluna	Psicóloga	CESFAM Cruz Melo	APS comuna de Independencia
Paulina Lara	Psicóloga	Programa de Salud Mental para Personas con Vida de Calle	MIDESO – SSMN – Municipalidad de Recoleta
Patricio Labra	Psicólogo	CESFAM Alberto Bachelet	Comuna de Conchalí

Pedro Perez Estevez	Médico SF	Coordinador Salud Mental	Depto. Salud Municipalidad de Recoleta
Ruth Navarrete	Trabajadora comunitaria	Salud Mental	Programa Ecológico en Psiquiatría Comunitaria
Sol Badilla	Psicóloga	CESFAM Colina	APS comuna de Colina
Susan Muñoz	Asistente Social	CESFAM Dr. José Bauza Frau	APS comuna de Lampa
Verónica Solis	Psiquiatra	Subdirectora Médica	Instituto Psiquiátrico
Verónica Valderrama	Directora	Cosam comuna Conchalí	Municipalidad de Conchalí
Ximena González	Psicóloga	CESFAM Dr. Juan Petrinovic	APS comuna de Recoleta
Yanni Morales	Enfermera	Corta estadía Salud Mental Infanto adolescente	Hospital Roberto del Río
SERVICIO DE SALUD: METROPOLITANO SUR			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Adriana Gutierrez	Médico Psiquiatra Infantil	Salud Mental Infanto Adolescente	CDT Barros Luco
Ana Ferro Bozo	Trabajador/a Social	Directora COSAM	COSAM PAC
Ana María Hevia	Trabajador/a Social	Participación Social	Dirección SSMS
Ana Romero Ramírez	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Santa Laura
Angela Mora Vargas	Psicóloga	Salud Mental Infanto Adolescente	COSAM San Bernardo
Angélica Valenzuela H.	Médico Psiquiatra	Unidad Mediana Estadía	Hospital El Peral
Bárbara Caro S.	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Alto Jahuel
Blanca Villalobos	Agente Comunitaria		CESAM Lo Espejo
Bruno González	Orientador Familiar	Alcohol y Drogas	CESAM San Joaquín
Camilo Paillamán	Terapeuta Ocupacional	UHCIP	Hospital El Pino
Carolina Carvallo P.	Psicóloga	Asesora Salud Mental	Dirección SSMS
Carolina Vergara Zamorano	Terapeuta Ocupacional	Hospital de Día Adultos	Hospital El Pino
Cecilia Vera Supervi	Médico Psiquiatra	Jefe Servicio Salud Mental	Hospital San Luis de Buin y Paine
César Moya Pino	Trabajador/a Social	Salud Mental Infanto Adolescente	Hospital San Luis de Buin y Paine

Claudia Ambuchi Ramírez	Trabajador/a Social	Patología Dual	Hospital El Peral
Claudia Carniglia Tobar	Terapeuta Ocupacional	Asesora Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Metropolitano Sur
Claudia Godoy Lueiza	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Carol Urzúa
Daniel Dolmoun Kumok	Médico Psiquiatra	Subdirección Médica	Hospital El Peral
Daniela Jorquera Soto	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Calera de tango
Daniela Moya Duarte	Trabajador/a Social	Salud Mental APS	Centro Adolescentes Rucahueche
Daniela Yaksic Z.	Psicóloga	Salud Mental APS	Dirección de Salud El Bosque
Eduardo Muñoz	Representante	Organización de Usuarios	CORFAUSAM
Eduardo Toro	Representante	Organización de Familiares	CORFADICH
Eliana Suarez	Representante	Organización Comunitaria	Organización de usuarios, familiares y amigos del CESAM Lo Espejo Armonía y Esperanza.
Elizabeth Guzmán	Representante	Organización Comunitaria	Escuela de Títeres de Lo Espejo
Gianina Letelier Paredes	Trabajador/a Social	Salud Mental APS	CESFAM Haydeé López
Gonzalo Astudillo Marinado	Psicólogo	Salud Mental APS	CESFAM Maipo
Héctor Moncada H.	Psicólogo	Salud Mental APS	CESFAM Dr. Carlos Lorca
Hernán Garcés Farías	Enfermero	Director Hospital	Hospital El Peral
Hugo Lazo Pastore	Trabajador/a Social	Participación Social	Dirección SSMS
Jazmín Barrera Valdivieso	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Mario Salcedo
Jeannette Castro T.	Psicóloga	Asesora Salud Mental	Dirección SSMS
José Luis González Martinez	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Ambulatoria	Hospital San Luis de Buin y Paine
José Luis Obaid	Psicólogo	Salud Mental Adultos	Hospital El Pino
Jocelyn Ruiz Nuñez	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Recreo
Juan Salinas Véliz	Médico Psiquiatra	Jefe Psiquiatría Infantil	CDT Barros Luco

Karen Romero	Representante		COSOC (Consejo de Organizaciones de la Sociedad Civil)
Karen Shleyer Daza	Psicóloga	Salud Mental Adultos	CDT Barros Luco
Larissa Briones Mecias	Médico	Salud Mental APS	CESFAM Santa Anselma
Lorena Vera A.	Enfermera	Red de Urgencia	Dirección SSMS
Maite Carredano Navarrete	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Infanto Adolescente	CDT Barros Luco
María Eugenia Silva	Representante		COSOC (Consejo de Organizaciones de la Sociedad Civil)
María Teresa Iturrieta M.	Trabajador/a Social	Salud Mental APS	CESFAM Edgardo Enríquez F.
Marta Martínez Lizama	Psicóloga	Directora COSAM	COSAM El Bosque
Mario Miranda Parra	Representante		COSOC (Consejo de Organizaciones de la Sociedad Civil)
Mitzi Castro Pino	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Pueblo Lo Espejo
Molvert Charles	Representante		COSOC (Consejo de Organizaciones de la Sociedad Civil)
Nicole Díaz Contreras	Terapeuta Ocupacional	Coordinadora Hospital de Día Adolescente	Hospital Exequiel González Cortés
Nora Lorca Vasconcelo	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Padre Esteban Gumucio
Pablo Tabilo	Representante		COSOC (Consejo de Organizaciones de la Sociedad Civil)
Pamela Salgado O.	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Héctor García
Paula Cherres Villarroel	Médico	Salud Mental Infanto Adolescente	Hospital El Pino
Paula Sáenz B.	Terapeuta Ocupacional	Coordinadora Unidad Adicciones	Hospital Barros Luco
Paulina Lorca Ruiz	Terapeuta Ocupacional	Centro Demencias	Hospital El Pino
Paulo Rojo C.	Psicólogo	Alcohol y Drogas	COSAM PAC
Paz Donoso Aspeé	Terapeuta Ocupacional	Hospital de Día Adultos	Hospital Barros Luco
Rocío Aravena Aravena	Terapeuta Ocupacional	Asesora Salud Mental	Dirección SSMS

Rubén Borquez	Representante		COSOC (Consejo de Organizaciones de la Sociedad Civil)
Salvador Ormeño Ortega	Representante		COSOC (Consejo de Organizaciones de la Sociedad Civil)
Sergio Pizarro	Representante		CDL CESFAM Cóndores de Chile
Sonia Trucido	Agente Comunitaria		CESAM Lo Espejo
Tamara Palomino A.	Terapeuta Ocupacional	Psiquiatría Ambulatoria	Hospital El Pino
Tatiana Cid J.	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Raúl Brañes
Valeska Tapia Fara	Psicóloga	Salud Mental APS	Corporación Municipal Educación Y Salud San Bernardo
Verónica Arancibia	Representante		COSOC (Consejo de Organizaciones de la Sociedad Civil)
Verónica Aravena V.	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental APS	CESFAM Juan Pablo II
Verónica Barrón Reyes	Trabajador/a Social	Salud Mental Adultos	CESAM Lo Espejo
Valerie Villagrán Palma	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Santa Teresa
Vanessa Garrido Corvalán	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Julio A. Pinzón
Verónica Márquez P.	Terapeuta Ocupacional	Coordinación (S)	CESAM San Joaquín
Ximena Candia Corvalán	Psicóloga	Directora CESFAM	CESFAM San Joaquín
Yessica Villanueva Pineda	Trabajador/a Social	Directora	COSAM San Bernardo
SERVICIO DE SALUD: METROPOLITANO SUR ORIENTE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Alejandra Pezoa	Psicóloga	Coordinadora Ley de Alcoholes	COSAM La Florida
Alejandro Iglesias	Psicólogo	Coordinador Ley de Alcoholes	COSAM CEIF Puente Alto
Carla Avila	Psicóloga	Coordinadora de salud mental comunal	Corporación Municipal de Puente Alto
Carolina Ibáñez Malinarich	Psicóloga	Hospital de Día CRS Provincia Cordillera	CRS Provincia Cordillera

Claudia Muñoz	Psicóloga	Programa Adulto	COSAM La Bandera
Daniel Franz	Psicólogo	Residencial Femenina	Complejo Hospitalario San José de Maipo
Denisse Zúñiga	Trabajadora Social	Equipo Comunitario	COSAM La Florida
Eduardo Artiga	Asesor de Salud Mental	Servicio de Salud	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Eduardo Herrera	Psicólogo	Programa Ambulatorio	Cento de Referencia de Salud Provincia Cordillera
Esteban Encina	Psicólogo	Subdirector COSAM La Pintana	COSAM La Pintana
Evelyn Rojas Araya	Trabajadora Social	Programa Ambulatorio Infantil	Cento de Referencia de Salud Provincia Cordillera
Felipe Gutierrez	Psicólogo	Director COSAM	COSAM La Florida
Fernando Pino	Asistente Social	Subdirector COSAM	COSAM CEIF Puente Alto
Ignacio Molina	Usuario	Usuario	COSAM La Bandera
Jean Paul Fromin	Psicólogo	Director COSAM	COSAM Pirque
Julián Palma	Psicólogo	Director COSAM	COMSA CEIF Puente Alto
Karina Manchileo	Técnico en Rehabilitación	Programa de Adicciones	COSAM La Pintana
Manuela Obreque	Enfermera	Hospital de Día CRS Provincia Cordillera	CRS Provincia Cordillera
Matilde Curiante Jerez	Asesora de Salud Mental	Servicio de Salud	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Omar Rojas Soto	Profesor de Educación Física	Programa Adulto	COSAM La Bandera
Paulina Peña	Psicóloga	Programa Infanto – Adolescente	COSAM CEIF Puente Alto
SERVICIO DE SALUD: METROPOLITANO ORIENTE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Camilo Campos	Médico	Médico Atención primaria	CESFAM Cardenal Silva Henríquez
Carla Rey	Psicóloga	Dirección de salud	Corporación Municipal Peñalolén

Carlos Cárdenas	Subdirector COSAM	Salud Mental Atención Secundaria	COSAM Las Condes
Carolina Moraga	Trabajadora Social	Psiquiatría	Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador
Claudia Valverde	Psicóloga	Psicología Atención primaria	CESFAM Rosita Renard
Daniela Rojas	Trabajadora Social	Salud Mental Atención Secundaria	COSAM Lo Barnechea
Eduardo Aravena	Psicólogo	Psicología Atención primaria	CESFAM Vitacura
Erika González	Psicóloga	Salud Mental Atención Primaria	CESFAM Dr. Aníbal Ariztía
Felipe León	Psicólogo	Psicología Atención primaria	CESFAM La faena
Fernando Parada	Psicólogo	Psiquiatría	Hospital de Día Peñalolén
Isaac Castañeda	Psicólogo	Psicología Atención primaria	CESFAM Félix de Amesti
Ivanhy Ureta	Psiquiatra. Jefe Ambulatorio servicio de Psiquiatría	Psiquiatría	Servicio de Psiquiatría Hospital del salvador
Juan Pablo Tagle Rojas	Trabajador Social	Salud mental. Depto. Procesos Asistenciales	Servicio de salud metropolitano oriente
Karin Avila Benavides	Psicóloga	Salud mental. Depto. Procesos Asistenciales	Servicio de salud metropolitano oriente
Leticia Délano	Psicóloga	Psicología Atención primaria	CESFAM El Aguilucho
María Angélica González	Psicóloga. Directora COSAM	Salud Mental Atención Secundaria	COSAM La Reina
María José Sepúlveda	Enfermera	Psiquiatría	Hospital Luis Calvo Mackenna
Mauricio Yaquich	Trabajador social	Salud Mental Atención Secundaria	COSAM Providencia
Náyade Maturana	Trabajadora Social	Salud Mental Atención Secundaria	COSAM Ñuñoa
Pamela Cifuentes	Enfermera	Psiquiatría	Hospital Luis Calvo Mackenna
Paula Opazo	Psicóloga	Psiquiatría	Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador

Paulina Asenjo	Psicóloga	Salud Mental Atención Secundaria	COSAM Peñalolén
Paulina Gómez	Psicóloga	Salud Mental Atención Primaria	CESFAM Apoquindo
Priscilla Medina	Psicóloga	Salud Mental Atención Primaria	CESFAM Lo Barnechea
Ramón Urrutia	Psiquiatra	Psiquiatría	Servicio de Psiquiatría Hospital del Salvador
Roberto Fasani	Médico psiquiatra. Director COSAM	Salud Mental Atención Secundaria	COSAM Las Condes
Verónica del Río	Enfermera	Psiquiatría	Servicio de Psiquiatría Hospital del salvador
Víctor Muñoz	Psicólogo	Psicología Atención primaria	CESFAM Santa Julia
Zové Peters Nuñez	Psicóloga	Salud Mental Atención Secundaria	Centro de Referencia de Salud Cordillera
SERVICIO DE SALUD: METROPOLITANO OCCIDENTE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Valentina Abrego Calderón	Psicóloga	Atención primaria	CESFAM Alhue
Igor Alvarado	Psicólogo	Atención primaria	Psinapsis
Francisco Arancibia	Psicólogo	Sub Dirección	COSAM Lo Prado
Catalina Aranda	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Infantil	Centro de Referencia de Salud Salvador Allende G. Pudahuel
Carlos Aravena R.	Psicólogo	Coordinador TEA	COSAM Quinta Normal
Yasmin Barraza	Asistente Social	Salud Mental	CESFAM Andes
Maryorie Braniff	Psicóloga	Departamento APS	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Loreto Cáceres Opazo	Psicólogo	Directora	COSAM Municipal Pudahuel
Claudia Cárdenas	Psicóloga	Salud Mental Adolescente	CESFAM Lo Franco
Sonia Carrasco	Psicóloga	Salud Mental	Consultorio General Rural San Pedro

Lorena Carreño	Trabajadora Social	RII	COSAM Quinta Normal
Camila Castro	Psicóloga	Dirección	COSAM Quinta Normal
Mariela Cortes Soto	Psicóloga	Rehabilitación	COSAM Quinta Normal
Nelson Cuturrufo	Psiquiatra	Consultorio Adosado Especialidad	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda
María José Díaz	Medico Salubrista	Unidad de Estudios	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
María Paz Domnchi G.	Psicóloga	Neuropsiquiatría Infantil	Hospital San Juan de Dios
Fabiola Duque	Psicóloga	Ambulatorio Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda
Patricia Espinoza I.	Psicóloga	Coordinadora APS	COSAM
Enrique Fernando Cancec	Médico	Salud Mental	Centro de Referencia de Salud, Salvador Allende G. Pudahuel
Rosa Ferre	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Peñaflor
Carlos Gallardo	Médico	Departamento de Coordinación de la red DECOR	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Carmen Gloria Greve	Psicóloga	Dirección Ejecutiva	CODESAM Pudahuel
Jezabel González	Trabajadora Social	Salud Mental	Hospital Melipilla
Carolina Hernandez	Trabajadora Social	Asesora Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Daniel Hofstadt Rodríguez	Terapeuta Ocupacional	Subdirector Cosam Renca	COSAM Renca
Verónica Jara	Asistente Social	Cosam	COSAM Quinta Normal
Angely Jerez	Matrona	Dpto. Ciclo Vital	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Rommy Lindemann	Trabajadora Social	Psiquiatría Infantil	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda
Juan Maass	Psiquiatra	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Servicio de Psiquiatría
Josseline Maldonado	Administrativo	Psiquiatría Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda

Violena Millehual	Antropóloga	Unidad Salud y P.T.	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
María Paz Moreno	Psicóloga	Coordinadora Cosam	COSAM Municipal
Mónica Moreno	Psicóloga	Psiquiatría Adulto	Cosam Cerro Navia
Paula Mujica	Terapeuta Ocupacional	Cosam Codesam	COSAM Codesam Pudahuel
Narobie Muñoz Magna	Psicóloga	Atención primaria	CESFAM Maria Pinto
Nicole Olivares	Enfermera	Psiquiatría Supervisora	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda
Alvaro Orellana	Psicólogo	SENDA	Senda R.M.
Rodrigo Ortega	Psicólogo	Director	COSAM Cerro Navia
Carolina Oyarzo	Trabajadora Social	Hospital de Día	Centro de Referencia de Salud Salvador Allende G. Pudahuel
Marcela Páez C.	Asistente Social	Psiquiatría	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda
Valery Palma H.	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM
Paula Parada Carrasco	Medico EDF	Salud Mental	Consultorio General Rural San Pedro
Vanessa Parra	Asistente Social	Departamento de atención primaria	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Constanza Pavez	Trabajadora Social	Salud Mental	Hospital Curacaví
Claudia Pérez M	Medico	Ciclo Vital	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Mauricio Pérez	Trabajadora Social	Salud Mental	Consultorio General Rural San Pedro
Margarita Pino Contreras	Asistente Social	Salud Mental	CESFAM Isla Maipo
Vladimir Pizarro	Odontólogo	Director de Servicio	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Danilo Ríos	Sociólogo	Unidad de Estudios	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Daniela Rivera	Médico Psiquiatra	Encargada Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Andrea Saavedra	Psicóloga	Neuropsiquiatría Infantil	Hospital San Juan de Dios

Maritza Salazar Donoso	Trabajadora Social	Psiquiatría Infanto Adolescente	COSAM Cerro Navia
Adriana Sepúlveda	Psicóloga	Programa Adicciones	Centro de Referencia de Salud Salvador Allende G. Pudahuel
Loreto Silva Farías	Trabajadora Social	Salud Mental	CESFAM Alhue
Daniela Tapia	Terapeuta Ocupacional	Asesora Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Natacha Ulloa	Enfermera	Salud Mental Adulto	Centro de Referencia de Salud
Jorge Urbina González	Psicólogo	Asesor Técnico	CESFAM Talagante
Pablo Valdenegro	Psicólogo	Atención Directa	CESFAM Melipilla
Andrea Valdés	Asistente Social	Asistente Social	COSAM Lo Prado
Daniela Vargas	Enfermera	Hospital Dr. Félix Bulnes Cerda	Psiquiatría Ambulatoria
Ximena Vásquez	Psicóloga	CRS Infanto	Centro de Referencia de Salud Salvador Allende G. Pudahuel
Pietro Veloso Matta	Psicólogo	Salud Mental I-J y Adulto	COSAM Melipilla
Alicia Veloso	Psicóloga	Salud Mental OHP	COSAM Renca
Edwin Welf	Psicóloga	Programa Infantil - A	COSAM Renca
Priscila Yáñez R.	Trabajadora Social	Salud Mental	COSAM Islita

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eugênio Vilaça Mendes, "Las Redes de Atención de Salud." Organización Panamericana de la Salud, 2013.
2. Ley de Autoridad Sanitaria 19.937. 2004.
3. Naciones Unidas, "Declaración Universal de Derechos Humanos." 1948.
4. Hasen, Felipe, "Salud mental y exclusión social: reflexiones desde una estrategia política de la sanción, hacia la transformación institucional del enfoque comunitario.," EPSYS Rev. Psicol. Humanidades, 2012.
5. Acuña C. and Bolis M., "La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas." OPS, 2005.
6. Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales, "Salud Mental y Derechos Humanos: La Salud de Segunda Categoría." en Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile 2013, Santiago, Chile, Universidad Diego Portales, 2013.
7. Cea, Juan Carlos, "Ley de salud mental y Estado neoliberal. El desafío de la participación y la democratización desde un movimiento social por los derechos en salud mental." Observatorio de Derechos Humanos de las personas con Discapacidad Mental, Santiago, Chile, Oct. 2014.
8. Allen J., Balfour R., Bell R., and Marmot M., "Social determinants of mental health." International review of psychiatry, Vol. 26, no. 4, pp. 392 - 407, 2014.
9. Organización Mundial de la Salud, "Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado." 2004.
10. Word Health Organization, "Equity in Health Care." Geneva, WHO, 1996.
11. Ministerio de Salud, "Orientaciones para la Planificación y Programación en Red." 2018.
12. Ansoleaga E., Garrido P., Lucero C., Martínez C., et al, "Patología mental de origen laboral: Guía de orientación para el reintegro al trabajo." Universidad Diego Portales, ACHS. 2015.
13. Asociación Chilena de Seguridad, "Salud Mental Ocupacional." 2013.
14. Ministerio de Salud, Instituto de Seguridad Laboral y Dirección del Trabajo, "Primera Encuesta Nacional de Empleo, Salud, Trabajo y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile." 2010.
15. Ministerio de Salud, "Circular N°21 Reitera instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial." 2012.
16. Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad Alberto Hurtado, "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010." 2011.
17. Alvarado R. y Sanhueza G., "Necesidades clínicas y psicosociales en mujeres que ingresan al programa para el tratamiento integral de la depresión en atención primaria, en Chile." Psiquiatría y salud mental, vol. 22, no. 1-2, pp. 83 - 92, 2005.
18. Consejo Nacional de la Infancia, "Diversidad Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes. Propuestas Mesa Técnica." 2016.
19. Colombia Diversa, "Provisión de Servicios afirmativos de salud para personas LGBT." 2010.

20. Logie, C., "The Case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation.," Am J Public Health, vol. 102, no. 7, pp. 1243 - 6, 2012.
21. Meyer IH., Dietrich J., and Schwartz S, "Lifetime Prevalence of Mental Disorders and Suicide Attempts in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations.," Am J Public Health, vol. 98, no. 6, pp. 1004 - 6, 2008.
22. MOVILH, "Primera Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual, Derechos Humanos y Ley Antidiscriminación." 2013.
23. Tomicic A., Gálvez C., Quiroz C., Martínez C., Fontbona J., et al., "Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014).," Rev. Médica Chile. vol.144 no.6 Santiago jun. 2016.
24. U.S Departament of Health and Human Services, "Sexual Identity, Sex of Sexual Contacts, and Health-Risk Behaviors Among Students in Grades 9-12 — Youth Risk Behavior Surveillance, Selected Sites, United States, 2001 - 2009." 2011.
25. Ryan C., Russell S., Huebner D., Díaz R., and Sánchez J., "Family Acceptance in Adolescence and the Health of LGBT Young Adults." Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 2010.
26. Ministerio de Salud, "Situación Actual del Suicidio Adolescente en Chile, con perspectiva de género." Diciembre. 2013.
27. Ministerio de Salud, "Estudio Comparado de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile". Documento en edición." 2016.
28. Bustos B., "Informe II Jornada Nacional Salud Mental y Pueblos Indígenas." Ministerio de Salud, 2012.
29. Kirmayer L., Mac Donald M.E. y Brass G., "The Mental Health of Indigenous Peoples. Culture and mental Health Research Unit". Mc Gill University, 2000.
30. Ministerio de Salud, "Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Osorno." 2012.
31. Organización de Naciones Unidas, "Convención sobre el estatuto de los refugiados." 1951.
32. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, "Lineamientos para un programa de reasentamiento para refugiados sirios." 2016.
33. Ministerio de Desarrollo Social, "Orientaciones Técnicas Grupos Específicos: Personas en Situación de Calle." 2016.
34. Ministerio de Planificación Social, "En Chile todos contamos. Segundo Catastro Nacional Personas en Situación de Calle." 2011.
35. Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), "Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de Derechos Humanos." Santiago de Chile, 2013.
36. Ministerio de Salud, "Informe Comisión Asistencial Población Privada de Libertad." Santiago de Chile, 2015.
37. Escobar J., González B., Quiroz M. y Rodríguez G., "Decesos en el sistema penitenciario: Una descripción preliminar por tipo de muertes" Rev. Estud. Criminológicos Penit. GENCHI, 2008.

38. Organización Mundial de la Salud, "Prevención del suicidio en cárceles y prisiones." 2007.

39. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), "Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas." Washington, Organización de Estados Americanos., 2011.

40. Varela C., "Intentos de suicidio en la cárcel: una aproximación empírica. VII Congreso Nacional de Investigación sobre Violencia y Delincuencia.", Fundación Paz Ciudadana., vol. I. Santiago de Chile, 2012.

41. Organización de Naciones Unidas, "Declaración de Estambul sobre el Uso y los Efectos del Aislamiento Solitario. Relator Especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes." 2008.

42. Servicio Nacional de Menores, "Anuario Estadístico." Santiago de Chile, 2014.

43. Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato de la P. Universidad Católica de Chile (por encargo del Servicio Nacional de Menores), "Estudio relativo al diagnóstico en salud mental de niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del Programa Vida Nueva." Santiago de Chile, 2012.

44. Fundación San Carlos de Maipo, "Estudio de alternativas para la atención integral de la salud mental de niños, niñas y adolescentes con compromiso biopsicosocial severo." 2010.

45. Fundación Tierra de Esperanza, "Estudio de Caracterización de adolescentes infractores de Ley Consumidores de Drogas y Judicializados de la Provincia de Concepción, ingresados al Programa Ambulatorio Intensivo 'CreSer Concepción'." 2011.

46. Rioseco, P., Vicente, B., Saldivia, S., Cova, F., Melipillán, R. y Rubi, P., "Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes Infractores de Ley. Estudio Caso-Control. Prevalence of psychiatric disorder among juvenile offerders. Case-control study," Rev. Chil Neuro-Psiquiat 2009 vol. 47 no. 3 pp.190-200, 2009.

47. Observatorio Chileno de Drogas del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, "Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2011. 8º Básico a 4º Medio." SENDA, 2011.

48. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), "Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar. Principales Resultados Nacionales." Jul. 2014.

49. Ministerio de Salud y Pontificia Universidad Católica de Chile, "Servicio de digitación, construcción de base de datos y elaboración de informe de resultados de ficha CLAP, en el control de salud integral de adolescentes. Informe Final." Jul. 2012.

50. Organización Mundial de la Salud and Fundacao Calouste Gulbenkian, "Social determinants of mental health." 2014.

51. Jadresic Enrique, "Depresión perinatal: detección y tratamiento.," Rev. Médica Clínica Las Condes, vol. 25, no. 6, pp. 1019 - 1028, 2014.

52. Goodman SH., and Gotlib IH., "Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission.," Psychol. Rev., vol. 106, no. 3, pp. 458 - 490, 1999.

53. Sohr-Preston SL., Scaramella LV., "Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development.," LV Clin Child Fam Psychol Rev, vol. 9, no. 1, pp. 65 - 83, 2006.

54. Foster CJ., Garber J., and Durlak JA., "Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms.," J Abnorm Child Psychol, vol. 36, no. 4, pp. 527 - 537, 2008.

55. Stein A., Malmberg LE., Sylva, K., Barnes J., Leach, P. and FCCC team, "The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development.," Child Care Health Dev, vol. 34, no. 5, pp. 603 - 612, Sep. 2008.

56. Quevedo LA., Silva RA., Godoy R., Jansen K., Matos MB., Tavares Pinheiro KA., Pinheiro RT., "The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months.," Child Care Health Dev, vol. 38, no. 3, pp. 420 - 4, 2012.

57. Lefkovics E., Baji I., Rigó J., "Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment," Infant Ment Health J, vol. 35, no. 4, pp. 354 - 365, 2014.

58. Anoop S., et al, "Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: a community based case-control study from South India.," Arch Child, vol. 84, pp. 325 - 329, 2004.

59. Kingston Dawn, "The Effects of Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress on Child Development: A Systematic Review." Alberta Centre for Child, Family, and Community Research, 31-Mar-2011.

60. Kingston D., Tough S., Whitfield H., "Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress and Infant Development: A Systematic Review.," Child Psychiatry Hum. Dev., vol. 43, no. 5, p. 683, Oct. 2012.

61. Veena A. Satyanarayana, Ammu Lukose, "Maternal mental health in pregnancy and child behavior.," Indian J Psychiatry, vol. 53, no. 4, pp. 351 - 361, Dec. 2011.

62. Michael Weitzman, David G. Rosenthal, and Ying-Hua Liu, "Paternal Depressive Symptoms and Child Behavioral or Emotional Problems in the United States.," PEDIATRICS, vol. 128, no. 6, Dec. 2011.

63. Peter J. Cooper, et al, "Postnatal depression," BMJ, vol. 316, no. 7148, pp. 1884 - 1886, Jun. 1998.

64. Pilowsky DJ., Wickramaratne PJ., et al., "Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study," J Clin Psychiatry, vol. 67, no. 1, pp. 126 - 136, Jan. 2006.

65. Ali NS., Mahmud S., Khan A., Ali BS., "Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study.," BMC Psychiatry, vol. 13, no. 274, Oct. 2013.

66. Meiser S., Zietlow AL., Reck C., Träuble B., "The impact of postpartum depression and anxiety disorders on children's processing of facial emotional expressions at pre-school age." Arch Womens Ment Health, 03-Apr-2015.

67. Lynne Murray, Peter J. Cooper, "Effects of postnatal depression on infant development.," Arch Child, vol. 1997, no. 77, pp. 99 - 101, 1997.

68. UNICEF y Banco Interamericano del Desarrollo, "Chile: Lineamientos de política para la primera infancia (menor de 4 años). Resumen ejecutivo." Oct-2007.

69. Oladeji B., Adesola Makanjuola V., and Gureje O., "Family-related adverse childhood experiences as risk factors for psychiatric disorders in Nigeria.," Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci., vol. 193, no. 3, pp. 91 - 186, Mar. 2010.

70. Katie A. McLaughlin, and Ronald C. Kessler, "Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys.," Br. J. Psychiatry, vol. 197, no. 5, pp. 378 - 385, Oct. 2010.

71. Elizabeth R. Bell, , Daryl B. Greenfield, Rebecca J., Rebecca J. Bulotsky-Shearer, and Daryl B. Greenfield, "Classroom age composition and rates of change in school readiness for children enrolled in Head Start.," Early Child. Res. Q., vol. 28, no. 1, pp. 1 - 10, 2013.

72. Lori G. Irwin, Arjumand Siddiqi, and Clyde Hertzman, "Early Child Development : A Powerful Equalizer." 2007.

73. De la Barra Flora, "Actualización en el diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit atencional / hiperactividad.," Rev Med Clin Condes, vol. 16, no. 4, pp. 242 - 50, 2005.

74. De la Barra F., Vicente B., and Saldivia S., "Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile, estado actual.," Rev. Médica Clin. Las Condes, vol. 23, no. 5, pp. 521 - 529, 2012.

75. UNICEF Chile, "4to Estudio de Maltrato Infantil." UNICEF, 2012.

76. Benjamin Vicente, Robert Kohn, Pedro Rioseco, Sandra Saldivia, Itzhak Levav, and Silverio Torres, "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study," Am J Psychiatry, vol. 2006, no. 163, pp. 1362 - 1370, 2006.

77. Fondo Nacional de la Discapacidad, "Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile." 2005.

78. Organización de Naciones Unidas, CEPAL, "Observatorio Demográfico (ex Boletín Demográfico)." Disponible en: www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/agrupadores_xml/aes50.xml&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl. [Accessed: 19-Apr-2016].

79. Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, and Universidad Alberto Hurtado, "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010." 2011.

80. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), "Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores." 2009.

81. Ministerio de Salud, "Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en Atención Primaria." 2014.

82. Zitko P., Hernández D., and Gómez A., "Epidemiología.," in Prevención del Suicidio. Teoría y Práctica., A. Gómez, H. Silva, and R. Amón, Eds. 2016.

83. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de Salud, "Prevención de la Conducta Suicida." Washington, D.C., 2016.

84. Ministerio de Salud, "Programa Nacional de Prevención de Suicidio. Orientaciones para su implementación." 2013.

85. Ministerio de Salud, "Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género." 2013.

86. Florenzano UR., Valdés CM., Cáceres CE., Santander RS., Aspillaga HC., and Musalem AC., "Relation between suicidal ideation and parenting styles among a group of Chilean adolescents.," Rev. Médica Chile, vol. 139, no. 12, pp. 1529 - 33, Diciembre 2011.

87. Covarrubias T., et al., "Relación entre suicidio adolescente e inequidad socioeconómica en Chile", 2008. 2014.

88. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Health at a Glance 2011. Paris, OECD, 2011.

89. Ministerio de Salud, "Situación actual del suicidio adolescente en Chile." 2013.

90. Echávarri O., Maino M., Fischman R., Morales S., and Barros J., "Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente.," Temas de la Agenda Pública, Centro de Políticas Públicas UC., vol. 10, no. 79, Jun-2015.

91. Organización Mundial de la Salud, "Informe Mundial sobre Salud en el Mundo : Salud Mental Nuevos Conocimientos y Esperanzas." 2001.

92. Ministerio de Salud, "Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud." MINSAL - OPS, 2013.

93. Ministerio de Salud, "Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud." MINSAL - OPS, 2013.

94. Desviat M. and Moreno A., Eds., "Acciones de Salud Mental en la Comunidad." 2012.

95. Organización Mundial de la Salud, "Salud mental: fortalecer nuestra respuesta." Centro de Prensa OMS, 2014.

96. Bang C., "Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas," Psicoperspectivas, vol. 13, no. 2, pp. 109-120, May 2014.

97. Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE) and OPS/OMS, Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. 2015.

98. Ministerio de Salud, "Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025." 2017.

99. Alvarado R., Erazo C., and Poblete C., "¿Es factible y útil la detección precoz como estrategia salud publica para el primer episodio de psicosis?," Rev. Chil. Salud Publica, vol. Vol 10(3), pp. 158-163, 2006.

100. Ardila S., and Galende E., "El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria.," Salud Ment. Comunidad, pp. 39 - 50, 2011.

101. Joyce A., et al, "Continuity of Care in Mental Health Services: Toward Clarifying the Construct," Can J Psychiatry, vol. 49, no. 8, pp. 539 - 550.

102. Ministerio de Planificación, "Ley Nº 20.422 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad." 2010.

103. Figueroa, M. and Inostroza, H., Discapacidad y Salud Mental: una visión desde SENADIS. Santiago, Chile: SENADIS, 2015.

104. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, "Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF). Versión abreviada." OPS/OMS, 2001.

105. Ministerio de Salud, "Norma Técnica Rehabilitación Psicosocial para Personas Adultas con Trastornos Pisquiatricos Severos y Discapacidad." 2006.

106. Marta Rosillo Herrero, Mariano Hernández Monsalve and Simon Peter K. Smith, "La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar.," Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, vol. 33, no. 118, pp. 257-271, 2013.

107. Larry Davidson and Ángels González-Ibáñez, "La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental," No131 Madr., vol. vol.37, Jun. 2017.

108. Anthony W., "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s.," Psychosoc Rehabil J, vol. 16, no. 4, pp. 11 - 23, 1993.

109. Slade M., "Personal Recovery and Mental Illness. A guide for mental health professionals. Cambridge University Press." 2009.

110. Martinez V., et al, "La Gestión del Conocimiento en los Programas de Proximidad Comunitaria." Artículo en proceso de publicación.

111. Fuentes S., "Salud Mental y Vulnerabilidad. Curso I. Psicología y trabajo. Argentina." 2010.

112. Priebe S., Omer S., Giacco D., and Slade M., "Resource-oriented therapeutic models in psychiatry. A conceptual review," British Journal of Psychiatry, no. 204, pp. 256-261.

113. Martín Cordero, Salud mental y psiquiatría : el modelo gravitacional. Editorial Universidad de Santiago, 1998.

114. Eugênio Vilaça Mendes, "Las Redes de Atención de Salud." OPS, 2013.

115. Organización Panamericana de la Salud, "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, N. 4." 2010.

116. Ministerio de Salud, "Co-construcción de bienestar, calidad de vida y derechos en salud. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Avances y desafíos de su implementación en Chile." 2017.

117. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, "Plan de acción sobre salud mental 2013-2020." 2013.

118. Organización Mundial de la Salud, "Conjunto de Guías sobre Servicios y Politicas de Salud Mental. Política, Planes y Programas de Salud Mental (versión revisada)." Editores Médicos S.A EDIMSA, 2005.

119. Ministerio de Salud, "Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Anexo 2. Participación Ciudadana en Atención Primaria." 2017.

120. Organización Panamericana de la Salud, "Serie Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud." 2010.

121. Ministerio de Salud, "Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. Decreto N° 136/04." 2005.

122. Ministerio de Salud, "Procedimientos para evaluadores de criterios y estándares de calidad en salud mental." 2007.

123. Superintendencia de Salud, "Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atencion Cerrada." 2009.

124. Organización Mundial de la Salud, "Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social." 2012.

125. Organización Mundial de la Salud, "Conjunto de Guías sobre Servicios y Politicas de Salud Mental. Mejora de la Calidad de la Salud Mental." Editores Médicos, S.A. EDIMSA, 2007.

126. Ministerio de Salud, "Modelo de Gestión Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIP). Resolución Exenta n°417." 2016.

127. Ministerio de Salud, "Norma Técnica sobre Hogares Protegidos." 2006.

128. Ministerio de Justicia, Codigo de Procedimiento Penal. 1906.

129. Ministerio de Salud, "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría." 2000.

130. Sepúlveda S., "Gestión del desarrollo sostenible en territorios rurales: métodos para la planificación". San José, Costa Rica: C.R. : IICA, 2008.

131. Ministerio de Salud, "Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los Servicios de Salud: planificación, implementación y evaluación." 2012.

132. Organización Panamericana de la Salud, "Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas". OPS, 2010.

133. Ministerio de Salud, "Política de Salud y Pueblos Indígenas." 2da edición, 2016.

134. Verónica Aguirre Fonseca, "La figura del facilitador intercultural mapuche ¿hacia una verdadera interculturalidad en salud? Memoria para optar al título de la antropóloga social." Universidad de Chile, 2006.

135. Ministerio de Salud, Ley N° 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación a las Acciones Vinculadas a su Atención de Salud. 2012.

136. Ministerio de Salud, "Salud Mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones. Dirigido a los equipos de salud." Chile, 2015.

137. Quintana C., "El Síndrome de Burnout en Operadores y Equipos de Trabajo en Maltrato Infantil Grave," Psykhe, vol. 14, no. N° 1, pp. 55-68, 2005.

138. García R., "Salud Mental Comunitaria ¿una tarea interdisciplinar?," Cuad. Trab. Soc., vol. 17, pp. 273-287, 2004.

139. Leiter M., Bakker A., Maslach C., "Burnout and Work and Psychological Perspective." Psychology Press, 2014.

140. Maslach C., Wilmar B., Schaufeli, and Leiter M., "Job Burnout," Annu. Rev. Psychol., vol. 52, pp. 397-422, 2001.

141. Organización Mundial de la Salud, "Glosario de Promoción de la Salud." 1998.

142. Organización Mundial de la Salud, "Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado." 2004.

143. Organización Mundial de la Salud, "Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud Yakarta. República de Indonesia." 1997.

144. Organización Mundial de la Salud, "Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado." 2004.

145. Institute of Medicine (US) Committee on Prevention of Mental Disorders, "Reducing Risks for Mental Disorders. Frontiers for Preventive Intervention Research," National Academies Press (US), 1994.

146. Cook S., Leppo K., et al., "Health in all policies." Ministry of Social Affairs and Health. Finland., 2013.

147. Zitko P., Markkula N., Ramírez J., Pemjean A., and Borghero F., "Missed opportunities: treatment gaps in comorbid non-communicable diseases in the Chilean population.," En vía de publicación.

148. Ministerio de Salud, Ley Nº 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación a las Acciones Vinculadas a su Atención de Salud. 2012.

149. Ministerio de Salud, "Programa Nacional de Prevención de Suicidio. Orientaciones para su implementación." 2013.

150. Oficina Nacional de Emergencia (ONEMI), Ministerio de Salud, Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN), and Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA), "Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo. Emergencias, desastres y catástrofes. Documento en construcción." 2017.

151. Vázquez-Bourgon J., Salvador-Carulla L., and Vázquez-Barquero J, "Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves," Actas Esp Psiquiatr, vol. 40, no. 6, pp. 323-32, 2012.

152. Thornicroft G., "Balancing community-based and hospital-based mental health care," World Psychiatry, vol. 1, no. 2, pp. 84-90, 2002.

153. Neria Y., Nandi A., and Galea S., "Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review". Psychological medicine. 2008.

154. McFarlane AM., and Goodhew F., Anxiety disorders and PTSD. Cambridge University Press, 2009.

155. Norris FH., Tracy M., and Galea S., "Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress". Social science & medicine. 2009.

156. Bonanno GA., Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? American psychologist. 2004.

157. F. M. Norris FH, Watson PJ, Byrne CM, and Diaz E KK, "60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001.," 3, vol. 65, pp. 207-239, 2002.

158. Garfin, D. R et al., "Children's reactions to the 2010 Chilean earthquake: The role of trauma exposure, family context, and school-based mental health programming.," Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, vol. 6, no. (5), p. 563, 2014.

159. G. Goldmann, E S., "Mental health consequences of disasters.," Annual Review of Public Health, vol. 35, pp. 169-183, 2014.

160. Ministerio del Interior y Seguridad Pública, "Plan Nacional de Protección Civil." 2002.

161. Ministerio de Salud, "Marco referencial hospitales de la familia y comunidad." .

162. Ministerio de Salud, "Normas Técnicas Postas de Salud Rural." 2011.

163. Federación Mundial para la Salud Mental, "Salud Mental en la Atención Primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental." 2009.

164. Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social, "Guía para la Presentación de Proyectos: Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR)." Feb-2015.

165. Ministerio de Salud, "Manual administrativo para servicios de Atención Primaria de Urgencia."2016.

166. Ministerio de Salud, "Programa Servicio de Urgencia Rural (SUR)." 2016.

167. Cleaver S., Nixon S., "A scoping review of 10 years of published literature on community-based rehabilitation". 2014.

168. Deegan P.E., "The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives.," Psychiatric Rehabilitation Journal, vol. 15, no. 3, pp. 3-19, 1992.

169. Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, "Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva: Informe del Grupo consultivo presidido por Michelle Bachelet." 2011.

170. Ministerio de Justicia, Decreto 285 Comisión Nacional de Psiquiatría Forense. 2012.

171. Ministerio de Salud, "Informe Comisión Asistencial Población Privada de Libertad." 2015.

172. Pérez Romero G.E., "Capítulo 10. Urgencias en Psiquiatría, en Situaciones criticas en medicina de urgencia.", Acta Neurológica Colombiana. Salamandra. 2006.

173. Zitko P., Ramirez J., Markkula N., Norambuena P., Ortiz A.M., and Sepúlveda R., "Implementing a Community Model of Mental Health Care in Chile: Impact on Psychiatric Emergency Visits," 68, vol. 8, pp. 832-838, 2017.

174. World Organization of Family Doctors (Wonca) and Radcliffe Publishing, "Companion to Primary Care Mental Health". London, 2012.

175. Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud y SENDA, "Lineamientos para la Puesta en Marcha del Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en Salud Mental para Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con Vulneración de Derechos y/o Sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente. Documento en edición final." 2017.

176. Illanes E., "Urgencias con síntomas psiquiátricos. Material docente. Escuela de Medicina. Universidad Mayor." 2017.

177. Ministerio de Salud, "Norma General Técnica Nº 113, Sobre Organización Y Funcionamiento de los Comites de Farmacia Y Terapeutica Para la Red Asistencial de Salud Pública." 30-Jun-2009.

178. Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 466: Reglamento de farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos y sus modificaciones. (código sanitario). 1984.

179. Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 3: Reglamento del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de uso humano. 2010.

180. Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 404: Reglamento de estupefacientes. 1983.

181. Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 405: Reglamento de Psicotrópicos. 1983.

182. Ministerio de Salud, Decreto N° 867: Reglamento de la Ley N° 20.000, Que Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas y Sustituye la Ley N° 19.366. 2008.

183. Ministerio de Salud, "Norma General Técnica N°12 sobre la organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en la atención primaria." 31-Oct-1995.

184. Ministerio de Salud, "Norma General Técnica N°140 sobre Sistema Nacional de Farmacovigilancia de Productos Farmacéuticos de Uso Humano." Jun. 2012.

185. Ministerio de Salud, "Guía para la gestión del uso de Medicamentos." 2010.

186. Ministerio de Salud, "Norma Técnica N° 147. Buenas Prácticas de Almacenamiento." 2013.

187. AbouZahr C., Boerma T., "Health information systems: the foundations of public health," Bulletin of the World Health Organization, vol. 83, no. 8, p. 582, 2005.

188. Organización Mundial de la Salud, "Sistemas de Información de Salud Mental." 2010.

189. Ministerio de Salud, "Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y Drogas." 2009.

190. Ministerio de Salud, "Norma técnica para el registro de las listas de espera." 2011.

191. Ministerio de Salud, "Decreto 404 Reglamento de estupefacientes." 1984.

192. Ministerio de Salud, "Decreto 405 Reglamento de productos psicotrópicos." 1983.

OTRA BIBLIOGRAFÍA REVISADA

1. Generalitat Valenciana, "Salud mental y bioética. Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar" [online] España: Consellería de Sanitat, 2013. Disponible en: http://www.uv.es/gibuv/SaludMental_Bioetica.pdf
2. S. Fuentes, "Salud Mental y Vulnerabilidad." Curso l Psicología y Trabajo Social [online] Disponible en: http://www.ocw.unc.edu.ar/cea/psicologia-y-trabajo-social/actividades-y-materiales-1/salud-mental-y-vulnerabilidad
3. T. L. Beauchamp y J. F. Childress, "Principios de Ètica Biomédica" en Bioètica Debat, vol. 17, no. 64, pp. 1-7, 2011. [online] Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Producion_Animal/ProducciOn_Animal/Bioetica.pdf
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, "Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud." 2005.
5. D. Restrepo y J. Jaramillo, "Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública.," Rev Fac Nac Salud Pública Colomb., vol. 30, no. 2, pp. 202-211, 2012. [online] Disponible en: https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/10764/20779736
6. G. Jervis, "Manual crítico de psiquiatría." Barcelona: Anagrama, 1977.
7. A. Rogers y D. Pilgrim, "A sociology of the mental health and illness." (4th ed.). United Kingdom: McGraw Hill, 2010.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud, "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final" Journal SA, 2009. [online] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
9. M. Marmot, A. Pellegrini Filho, J. Vega, O. Solar, and K. Fortune, "Action on social determinants of health in the Americas," Rev. Panam. Salud Publica Pan Am. J. Public Health, vol. 34, no. 6, pp. 379-384, Dec. 2013.
10. L. Álvarez, "Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo," Rev. Gerenc. Políticas Salud, vol. 8, pp. 69-79. Bogota: Pontificia Universidad Javeriana, 2009. [online] Disponible en: http://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf
11. G. Ivbijaro, "Companion to Primary Care. Mental Health," London: WONCA and Radcliffe Publishing, 2012. [online] Disponible en: http://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol46Issue9/Ventres727
12. I. Montero, D. Aparicio, M. Gómez-Beneyto, and et al., "Género y salud mental en un mundo cambiante.," Gac. Sanit., vol. 18, no. 4, Barcelona, 2004. [online] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028
13. M. Weissman, R. Bland, RP Joyce, S. Newman, JE Wells, and HU Wittchen, "Sex differences in rates of depression: crossnational perspectives," J Affect Dis, vol. no. 29, pp. 77-84, 1993.
14. National Institute for Health and Care Excellence, "Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline." 2014. [online] Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/cg178

15. W. Bolton and K. Oatley, "A longitudinal study of social support and depression in unemployed men," Psychol Med, vol. 17, no. 2, pp. 453–60, 1987.

16. D. Dooley, R. Catalano and G. Wilson, "Depression and unemployment: Panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study," Am J Commun Psychol, vol. 22, no. 6, pp. 745–65, 1994. [online] Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/BF02521557

17. I. Karsten, E. Geithner, and K. Moser, "Latent Deprivation among People who Are Employed, Unemployed, or Out of the Labor Force.," J. Psychol., vol. 143, no. 5, pp. 477–91, 2009.

18. JB. Turner, "Economic Context and the Health Effects of Unemployment.," J. Health Soc. Behav., vol. 36, no. 3, pp. 213–29, 1995.

19. K. Glynn, H. Maclean, T. Forte, and M. Cohen, "The association between role overload and women's mental health.," J. Womens Health, vol. 18, no. 2, pp. 217–23, 2009.

20. M. Hamer, E. Stamatakis, and A. Steptoe, "Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey.," Br. J. Sports Med., vol. 43, no. 14, pp. 1111–4, 2009. [online] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18403415

21. A. Molarius et al., "Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors--a population-based study in Sweden.," BMC Public Health, vol. no. 9, p. 302, 2009.

22. SG. Bamberger et al., "Impact of organisational change on mental health: a systematic review.," Occup Env. Med, vol. 69, no. 8, pp. 592–8, 2012. [online] Disponible en: http://oem.bmj.com/content/69/8/592

23. JE. Ferrie, MJ. Shipley, SA. Stansfeld, and MG. Marmot, "Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study.," J. Epidemiol. Community Health, vol. 56, no. 6, pp. 450–4, 2002. [online] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732160/

24. Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, and Vahtera J, "Temporary employment and health: a review.," Int J Epidemiol, vol. 34, no. 3, pp. 610–22, 2005. [online] Disponible en: https://academic.oup.com/ije/article/34/3/610/682271/Temporary-employment-and-health-a-review

25. HD. Witte, "Review of the Literature and Exploration of Some Unresolved Issues," Eur. J. Work Organ. Psychol., vol. 8, no. 2, pp. 155–77, 1999.

26. MJ. Colligan, MJ. Smith, and JJ. Hurrell, "Occupational incidence rates of mental health disorders.," J. Human Stress, vol. 3, no. 3, pp. 34–9, 1977.

27. AH. de Lange, TW. Taris, MAJ. Kompier, ILD. Houtman, and PM. Bongers, "The relationships between work characteristics and mental health: Examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study.," Work Stress, vol. 18, no. 2, pp. 149–66, 2004.

28. CD. Fisher, "Social Support and Adjustment to Work: A Longitudinal Study.," J. Manag., vol. 11, no. 3, pp. 39–53, 1985. [online] Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/014920638501100304

29. RA. Karasek, "An Analysis of 19 International Case Studies of Stress Prevention Through Work Reorganization Using the Demand/Control Model.," Bull. Sci. Technol. Soc., vol. 24, no. 5, pp. 446–56, 2004.

30. B. Netterstrom et al., "The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression.," Epidemiol Rev, vol. 2008, no. 30, pp. 118-32, 2008. [online] Disponible en: https://academic.oup.com/epirev/article/30/1/118/622529/The-Relation-between-Work-related-Psychosocial

31. I. Niedhammer, M. Goldberg, A. Leclerc, I. Bugel, and S. David, "Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort.," Scand J Work Env. Health, vol. 24, no. 3, pp. 197-205, 1998.

32. J. Siegrist, "Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies.," Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, vol. 258, no. Suppl 5, pp. 115-9, 2008.

33. SA. Stansfeld, R. Fuhrer, MJ. Shipley, and MG. Marmot, "Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study.," Occup Env. Med, vol. 56, no. 5, pp. 302-7, 1999. [online] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757742/

34. SA. Stansfeld, FR. Rasul, J. Head, and Singleton N, "Occupation and mental health in a national UK survey.," Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, vol. 46, no. 2, pp. 101-10, 2011. [online] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034883/

35. T. Theorell et al., "A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms.," BMC Public Health, vol. 2015, no. 15, p. 738, 2015. [online] Disponible en: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4153-7

36. M. Virtanen et al., "Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data.," BMJ, vol. 2015, no. 350, p. g7772, 2015. [online] Disponible en: http://www.bmj.com/content/350/bmj.g7772.full

37. Ministerio de Salud, Departamento de Salud Ocupacional, "Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo." 2013. [online] Disponible en: http://web.minsal.cl/portal/url/item/e039772356757886e040010165014a72.pdf

38. KK. Kolappa, DC. Henderson, and SP. Kishore, "No physical health without mental health: lessons unlearned?," Bull. World Health Organ., vol. no. 91, p. 3-3A. 2013.

39. V. Ngo, et al, "Grand Challenges: Integrating Mental Health Care into the Non-Communicable Disease Agenda.," PLOS Med., vol. 10, no. 5, May 2013. [online] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653779/

40. MP. Cosgrove, LA. Sargeant, and SJ. Griffin, "Does depression increase the risk of developing type 2 diabetes?," Occup Med Lond, vol. 2008, no. 58, pp. 7-14, 2008.

41. JS. Gonzalez et al., "Symptoms of depression prospectively predict poorer self-care in patients with Type 2 diabetes.," Diabet Med, vol. 2008, no. 25, pp. 1102-7, 2008. [online] Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2008.02535.x/references;jsessionid=E11764866869A8D48F44D5FE8872A9C3.f03t03?globalMessage=0

42. MJ. Zvolensky, J. Bakhshaie, C. Sheffer, A. Perez, and RD. Goodwin, "Major depressive disorder and smoking relapse among adults in the United States: a 10-year, prospective investigation.," Psychiatry Res, vol. 226, no. 1, pp. 73-7, Mar. 2015.

43. K. Lasser, S. Woolhandler, D. Himmelstein, D. McCormick, and D. Bor, "Smoking and mental illness: a population-based prevalence study.," JAMA, vol. no. 284, pp. 2606-10, 2000.

44. B. Felker, KR. Bush, O. Harel, JB. Shofer, MM. Shores, and DH Au, "Added burden of mental disorders on health status among patients with chronic obstructive pulmonary disease.," Prim Care Companion J Clin Psychiatry, vol.no. 12, 2010.

45. MJ. Massie, "Prevalence of depression in patients with cancer.," J Natl Cancer Inst Monogr, vol. 2004, no. 32, pp. 57–71, 2004.

46. J. Giese-Davis, K. Collie, KM. Rancourt, E. Neri, HC. Kraemer, and D. Spiegel, "Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis.," J Clin Oncol, vol. no. 29, pp. 413–20, 2011. [online] Disponible en: http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2010.28.4455

47. R. Rugulies, "Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis.," Am J Prev Med, vol. no. 23, pp. 51–61, 2002.

48. MA. Whooley and JM. Wong, "Depression and Cardiovascular Disorders," Annu Rev Clin Psychol, vol. no. 9, pp. 327–54, 2013.

49. W. Whang et al., "Depressive symptoms and all-cause mortality in unstable angina pectoris (from the Coronary Psychosocial Evaluation Studies [COPES])." Am J Cardiol, vol. 2010, no. 106, pp. 1104–7, 2010. [online] Disponible en: http://www.ajconline.org/article/S0002-9149(10)01198-7/fulltext

50. H. Nabi et al., "Effects of depressive symptoms and coronary heart disease and their interactive associations on mortality in middle-aged adults: the Whitehall II cohort study.," Heart, vol. 96, no. 20, pp. 1645–50, Oct. 2010.

51. M. Mazza, M. Lotrionte, G. Biondi-Zoccai, A. Abbate, I. Sheiban, and E. Romagnoli, "Selective serotonin reuptake inhibitors provide significant lower re-hospitalization rates in patients recovering from acute coronary syndromes: evidence from a meta-analysis.," J Psychopharmacol, vol. no. 24, pp. 1785–92, 2010.

52. M. Prince et al., "No health without mental health.," Lancet, pp. 859–77, 2017. [online] Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607612380

53. SJ. Genuis and MG. Tymchak, "Approach to patients with unexplained multimorbidity with sensitivities.," Can. Fam. Physician, pp. 533–8, 2014. [online] Disponible en: http://www.cfp.ca/content/60/6/533

54. L. Gallego, P. Barreiro, and JJ. López-Ibor, "Diagnosis and Clinical Features of Major Neuropsychiatric Disorders in HIV Infection.," AIDS Rev, vol. no. 13, pp. 171–9, 2011.

55. Royal College of Psychiatrists, "Liaison psychiatry for every acute hospital: intergrated mental health and physical health care." 2013.

56. M. Parsonage, M. Fossey, and C. Tutty, "Liaison psychiatry in the modern NHS." Centre for mental health., 2012. [online] Disponible en: https://www.centreformentalhealth.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=90473f35-1f7b-4368-9d4a-26933cf5f62b

57. E. Jadresic, "Depresión perinatal: detección y tratamiento.," Rev. Médica Clínica Las Condes, vol. 25, no. 6, pp. 1019–1028, 2014. [online] Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/23-jadresic.pdf

58. SH. Goodman, and IH Gotlib, "Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission.," Psychol. Rev., vol. 106, no. 3, pp. 458–490, 1999.

59. SL. Sohr-Preston, LV. Scaramella., "Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development.," LV Clin Child Fam Psychol Rev, vol. 9, no. 1, pp. 65-83, 2006. [online] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6967867_Implications_of_Timing_of_Maternal_Depressive_Symptoms_for_Early_Cognitive_and_Language_Development

60. CJ. Foster, J. Garber, and JA. Durlak, "Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms.," J Abnorm Child Psychol, vol. 36, no. 4, pp. 527-537, 2008. [online] Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10802-007-9197-1

61. A. Stein, et al., "The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development.," Child Care Health Dev, vol. 34, no. 5, pp. 603-612, Sep. 2008.

62. LA. Quevedo et al. "The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months.," Child Care Health Dev, vol. 38, no. 3, pp. 420-4, 2012. [online] Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2011.01251.x/full

63. Lefkovics E, Baji, J. Rigó, "Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment," Infant Ment Health J, vol. 35, no. 4, pp. 354-365, 2014. [online] Disponible en: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/imhj.21450/full

64. S. Anoop S et al, "Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: a community based case-control study from South India.," Arch Child, vol. 84, pp. 325-329, 2004.

65. D. Kingston., "The Effects of Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress on Child Development: A Systematic Review." Alberta Centre for Child, Family, and Community Research, 2011. [online] Disponible en: https://policywise.com/wp-content/uploads/resources/2016/07/TheEffectsofPrenatalandPostpartumMaternalPsychologicalDistressonChildDevelopmentASystematicReviewpdf-Kingston-Dawn.pdf

66. D. Kingston et al, "Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress and Infant Development: A Systematic Review," Child Psychiatry Hum. Dev., vol. 43, no. 5, p. 683, Oct. 2012.

67. VA. Satyanarayana, A. Lukose, K.Srinivasan, "Maternal mental health in pregnancy and child behavior.," Indian J Psychiatry, vol. 53, no. 4, pp. 351-361, Dec. 2011. [online] Disponible en: http://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2011;volume=53;issue=4;spage=351;epage=361;aulast=Satyanarayana

68. M. Weitzman, DG. Rosenthal, and YH. Liu, "Paternal Depressive Symptoms and Child Behavioral or Emotional Problems in the United States.," PEDIATRICS, vol. 128, no. 6, Dec. 2011. [online] Disponible en: http://pediatrics.aappublications.org/content/128/6/1126

69. PJ. Cooper, et al, "Postnatal depression," BMJ, vol. 316, no. 7148, pp. 1884-1886, Jun. 1998. [online] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113362/

70. DJ. Pilowsky, PJ. Wickramaratne, et al., "Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study," J Clin Psychiatry, vol. 67, no. 1, pp. 126-136, Jan. 2006.

71. NS. Ali, S. Mahmud, A. Khan, BS. Ali, "Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study.," BMC Psychiatry, vol. 13, no. 274, Oct. 2013. [online] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3819469/

72. S. Meiser, AL. Zietlow, C. Reck, B. Träuble, "The impact of postpartum depression and anxiety disorders on children's processing of facial emotional expressions at pre-school age." Arch Womens Ment Health, 2015. [online] Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-015-0519-y

73. L. Murray, PJ Cooper, "Effects of postnatal depression on infant development.," Arch Child, vol. no. 77, pp. 99-101, 1997. [online] Disponible en: http://adc.bmj.com/content/77/2/99

74. B. Oladeji, et al "Family-related adverse childhood experiences as risk factors for psychiatric disorders in Nigeria.," Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci., vol. 193, no. 3, pp. 91-186, Mar. 2010.

75. C. Ronald et al, "Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys.," Br. J. Psychiatry, vol. 197, no. 5, pp. 378-385, Oct. 2010. [online] Disponible en: http://bjp.rcpsych.org/content/197/5/378.full

76. ER. Bell, et al, "Classroom age composition and rates of change in school readiness for children enrolled in Head Start.," Early Child. Res. Q., vol. 28, no. 1, pp. 1-10, 2013. [online] Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885200612000476

77. F. De la Barra, "Actualización en el diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit atencional / hiperactividad.," Rev Med Clin Condes, vol. 16, no. 4, pp. 242-50, 2005. [online] Disponible en: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_16_4/Actualizacion-TratamientoTrastornoAtencional.pdf

78. F. De la Barra et al, "Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile, estado actual.," Rev. Médica Clin. Las Condes, vol. 23, no. 5, pp. 521-529, 2012. [online] Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/2_Dra--Flora-de-la-Barra-M.-12.pdf

79. UNICEF, "4to Estudio de Maltrato Infantil," Santiago: 2012. [online] Disponible en: https://www.unicef.org/lac/Cuarto_estudio_maltrato_infantil_unicef.pdf

80. Ministerio de Salud, "Situación Actual del Suicidio Adolescente en Chile, con perspectiva de género," 2013. [online] Disponible en: http://bibliodiversa.todomejora.org/wp-content/uploads/2016/12/2-SituacionActualdelSuicidioAdolescente-con-persp-genero.pdf

81. P. Zitko et al, "Epidemiología en Prevención del Suicidio. Teoría y Práctica., Santiago de Chile, Editorial interamericana, 2017 en prensa.

82. UR. Florenzano, et al, "Relation between suicidal ideation and parenting styles among a group of Chilean adolescents.," Rev. Médica Chile, vol. 139, no. 12, pp. 1529-33, 2011.

83. Observatorio Chileno de Drogas, SENDA, "Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2011. 8o Básico a 4o Medio.", 2011. [online] Disponible en: http://docplayer.es/15457228-Observatorio-chileno-de-drogas-noveno-estudio-nacional-de-drogas-en-poblacion-escolar-de-chile-2011-8o-basico-a-4o-medio.html

84. SENDA, "Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar. Principales Resultados Nacionales," 2014. [online] Disponible en: http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2014/07/decimo-escolares-2013.pdf

85. B. Bustos, "Informe II Jornada Nacional Salud Mental y Pueblos Indígenas." 2012.

86. J. Vega, O. Solar, A. Irwin, "Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud: Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción." En: Determinantes Sociales de la Salud en Chile: En la Perspectiva de la equidad. 2005.

87. L. Kirmayer, ME. Mac Donald y GM. Brass, The Mental Health of Indigenous Peoples. Culture and mental Health Research Unit. Mc Gill University, 2000. [online] Disponible en: https://www.mcgill.ca/tcpsych/files/tcpsych/Report10.pdf

88. Ministerio de Salud, "Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Osorno," 2012. [online] Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20N%C2%B0%209%20OSORNO.pdf

89. G. Rojas, "Diagnóstico y Factibilidad Global para la Implementación de Políticas Globales de Salud Mental para Inmigrantes de la Zona Norte de la Región Metropolitana (comuna de independencia)." Organización Internacional para las Migraciones sede Chile - OIM, 2008. [online] Disponible en: http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b608460e04001011f01239d.pdf

90. SENAME, "Anuario Estadistico 2014." 2014. [online] Disponible en: http://www.sename.cl/anuario-estadistico2014/ANUARIO-2014.pdf

91. SENAME and Pontificia Universidad Católica, "Estudio Relativo al Diagnóstico en Salud Mental de Niños, Niñas Y Adolescentes Atendidos en el Marco del Programa Vida Nueva." 2012.

92. Fundación San Carlos de Maipo, "Estudio de Alternativas para la Atención Integral de la salud Mental de niños, niñas y adolescentes con Compromiso Biopsicosocial Severo." 2010.

93. Fundación Tierra de Esperanza, "Estudio de Caracterización de adolescentes infractores de Ley Consumidores de Drogas y Judicializados de la Provincia de Concepción, ingresados al Programa Ambulatorio Intensivo 'CreSer Concepción'." 2011.

94. P. Rioseco et al, "Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes Infractores de Ley. Estudio Caso-Control Prevalence of psychiatric disorder among juvenile offerders. Case-control study," REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 47 3 190-200, 2009. [online] Disponible en: http://www.academia.edu/25248638/Prevalencia_de_trastornos_psiqui%C3%A1tricos_en_adolescentes_infractores_de_ley_en_Chile

95. B. Vicente, M.D, et al, "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study," Am J Psychiatry, vol. no. 163, pp. 1362-1370, 2006. [online] Disponible en: http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.8.1362

96. Fondo Nacional de la Discapacidad, "Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile." 2005.

97. Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, and Universidad Alberto Hurtado, "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010." 2011. [online] Disponible en: http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf

98. MR. Alvarado and CG. Sanhueza, "Necesidades clínicas y psicosociales en mujeres que ingresan al programa para el tratamiento integral de la depresión en atención primaria, en Chile.," Psiquiatría y salud mental, vol. 22, no. 1-2, pp. 83-92, 2005.

99. Ministerio de Salud, Instituto de Seguridad Laboral, and Dirección del Trabajo, "Primera Encuesta Nacional de Empleo, Salud, Trabajo y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile." 2011. [online] Disponible en: http://www.isl.gob.cl/wp-content/uploads/2011/09/Informe-Final-ENETSInterinstitucional.pdf

100. Ansoleaga, E, Garrido, P., Lucero, C., Martínez, C., and et al., "Patología mental de origen laboral: Guía de orientación para el reintegro al trabajo." universidad Diego Portales, ACHS. [online] Disponible en: http://pepet.udp.cl/wp content/uploads/2015/10/guia_salud_laboral.pdf

101. Asociación Chilena de Seguridad, "Salud Mental Ocupacional." 2013.

102. Superintendencia de Seguridad Social, "Análisis de Licencias Médicas de Origen Común." 2015.

103. OECD, "Health at a Glance 2011," 2011. [online] Disponible en: https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf

104. O. Echávarri, et al, "Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente.," Temas de la Agenda Pública, Centro de Políticas Públicas UC., vol. 10, no. 79, 2015.

105. C. Logie, "The Case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation.," Am J Public Health, vol. 102, no. 7, pp. 1243–6, 2012.

106. IH. Meyer, J. Dietrich, and S. Schwartz, "Lifetime Prevalence of Mental Disorders and Suicide Attempts in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations.," Am J Public Health, vol. 98, no. 6, pp. 1004–6, 2008. [online] Disponible en: http://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2006.096826

107. MOVILH, "Primera Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual, Derechos Humanos y Ley Antidiscriminación." 2013. [online] Disponible en: http://docplayer.es/14099058-Primera-encuesta-nacional.html

108. A. Tomicic et al., "Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004–2014).," Aceptada Rev. Médica Chile ISI, 2016. [online] Disponible en: http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/viewFile/4475/2168

109. Ministerio de Desarrollo Social, Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental., "Orientaciones Técnicas grupos específicos: Personas en Situación de Calle." 2016.

110. Ministerio de Desarrollo Social, "En Chile todos contamos. Segundo Catastro Nacional Personas en situación de Calle." 2011. [online] Disponible en: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/plancalle/docs/En_Chile_Todos_Contamos.pdf

111. SENAMA, "Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores." 2009. [online] Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf

112. Ministerio de Salud, "Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en Atención Primaria." 2014.

113. OMS, "Informe Mundial sobre Salud en el Mundo: Salud Mental Nuevos Conocimientos y Esperanzas." 2001. [online] Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1

114. Ministerio de Salud, "Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los Servicios de Salud: planificación, implementación y evaluación." 2012.

115. HT. Hareven and KJ. Adams, "Aging and life course transitions: an interdisciplinary perspective.," Guilford Press N. Y., 1982.

116. Ministerio de Salud, "Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud," Serie de Cuadernos de Redes, vol. 18. [online] Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf

117. Institute of Medicine of the National Academies, Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, "Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce." Washington (DC): National Academies Press (US), 2008.

118. MC. Lu and N. Halfon, "Racial and ethnic disparities in birth outcomes: A lifecourse perspective. Maternal and Child Health." 2003.

119. Federación Mundial para la Salud Mental, "Salud Mental en la Atención Primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental." 2009.

120. JL. Haggerty, RJ. Reid, GK. Freeman, BH. Starfield, "Continuity of care: a multidisciplinary review," BMJ, vol. no. 327, pp. 1219-1221, 2003. [online] Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC274066/

121. C. Bang, "Estrategias Comunitarias en Promocion de Salud Mental. Construyendo una Trama Conceptual para el Abordaje de Problematicas Psicosociales Complejas.," Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad, vol. Vol 13, no. N°2, p. Pp. 109-120, Buenos Aires: 2014. [online] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242014000200011

122. M. Rosillo, M. Hernandez, and SK. Smith, "La Recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar.," Rev Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, vol. 33, no. 118, pp. 257-271, 2013. [online] Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n118/03.pdf

123. Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE) and OPS/OMS, "Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica," 2015.

124. Leppo, et al., "Health in all policies. Seizing opportunities, implementing policies". Finland, 2013. [online] Disponible en: http://searo.who.int/nepal/mediacentre/paho_hiap_book.pdf

125. Ley Nº 20.422 que establece "Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión

126. Social de Personas con Discapacidad". Santiago de Chile, 2010. [online] Disponible en: http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422

127. Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional de Discapacidad, "Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020.," 2013. [online] Disponible en: http://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2011/08/Politica-Nacional-para-la-Inclusion-Social-de-las-Personas-con-Discapacidad.pdf

128. J. Pino, M. Ceballos, "Terapia ocupacional comunitaria y rehabilitación basada en la comunidad: hacia una inclusión sociocomunitaria.," Rev. Chil. Ter. Ocupacional, vol. 15, no. 2, 2015. [online] Disponible en: http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/38167/39826

129. JC. González, A. Rodriguez, "Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención." Madrid, España: Comunidad de Madrid, 2002. [online] Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADERNO+TECNICO+17++REHAB+PSICOSOCIAL+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352887219295&ssbinary=true

130. M. Cordero, "Salud mental y psiquiatría: el modelo gravitacional.," Editorial Universidad de Santiago, 1998.

131. OPS, "Serie Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud." Washington, D.C., 2010. [online] Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/MET_GEST_PSS_INTRO_GENERL_2010SPA.pdf

132. JL. Orosco, "Ética y calidad en salud: un binomio inseparable," Acta Bioethica, vol. 17, no. 1, pp. 9-17, 2011. [online] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000100002

133. O. Domínguez, C. Manrique, "Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública," Acta Bioethica, vol. 17, no. 1, pp. 31-36, 2011. [online] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000100004

134. M. Herimaimz, F. Santander, "Bioética y salud mental," Zerb. Gizarte Zerb. Aldizkaria Rev. Serv. Soc., no. 38, p. 1, 2000.

135. Ministerio de Salud, "Norma Técnica para la organización de una red de servicios de salud mental y psiquiatría y orientaciones para su aplicación.," 1999.

136. Ministerio de Salud, "Orientaciones Técnico- Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental." 2015.

137. PS. Wang et al., "Treated and untreated prevalence of mental disorders: results from the World Health Organization World Mental Health surveys.," Oxf. Textb. Community Ment. Health, 2011.

138. Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, "Modelo de Gestión para Centros de Salud Mental Comunitaria y Hospitales de Día Adulto y Adolescente. Servicio de Salud Metropolitano Occidente." 2015.

139. Ministerio de Salud, "Orientaciones Ténicas para el Funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría." 2002.

140. Ministerio de Salud, "Modelo de Gestión Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIP). Resolución Exenta n°417.," 2016.

ANEXOS

Anexo N°1 Marco Normativo y otros instrumentos relevantes.

En marco internacional existen cuerpos normativos y recomendaciones de organismos internacionales, dirigidos específicamente a población con enfermedad mental y/o discapacidad, no obstante, también se encuentra comprendida cuando se refiere a todas las personas. Entre los documentos para destacar, se encuentran:

1.1 Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación

Este documento forma parte del Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, elaboradas el año 2003, y proporcionan información práctica para ayudar a los países a mejorar la salud mental de sus respectivas poblaciones.

Plantea que la legislación sobre salud mental es necesaria para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, ya que son un sector vulnerable de la sociedad y se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y la marginación en todas las sociedades, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos.

Plantea elementos básicos y procedimientos necesarios para elaborar legislación en salud mental, sobre la base de que "Todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de salud mental. Estas personas deberían asimismo estar protegidas frente a cualquier tipo de discriminación o tratamiento inhumano."

1.2 Normativa ONU:

a. Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH, Naciones Unidas en 1948)

Los 30 artículos de la DUDH son aplicables a las personas con enfermedad mental, al igual que a cualquier otro ser humano, aunque en ninguno de ellos se menciona específicamente la salud mental, ni la situación de las personas con discapacidades. A continuación, se enumeran algunos de los enunciados de la DUDH que han sido más frecuentemente invocados en situaciones de trasgresión de DDHH de personas con enfermedades mentales:

- Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (artículo 1).
- Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (artículo 2).
- Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (artículo 3).
- Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (artículo 5).
- Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación (artículo 7).
- Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado (artículo 9).
- Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación (artículo 12).

- Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social (artículo 22).
- Toda persona tiene derecho al trabajo (artículo 23).
- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez (artículo 25).
- Toda persona tiene derecho a la educación (artículo 26).

b. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

El PIDCP, profundiza los derechos civiles y políticos consagrados en la DUDH. Especialmente relevantes para las personas con enfermedades mentales, son aquellos que se refieren a libertades, tratos igualitarios, privacidad y la protección contra la discriminación, detenciones y maltratos.

Así, por ejemplo, el Artículo 7 ha sido frecuentemente invocado en situaciones de DDHH de personas con discapacidad mental. En este artículo, se repite la afirmación de la DUDH de que "nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes", pero se agrega un acápite sobre aspectos de salud: "en particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos".

c. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad

Aprobada por la resolución 48/96 de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1993. Aunque, en principio, no se trata de un instrumento jurídicamente vinculante, las Normas Uniformes representan el firme compromiso moral y político de los gobiernos respecto de la adopción de medidas encaminadas a lograr la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Son un instrumento para la formulación de políticas y sirven de base para la cooperación técnica y económica.

Consisten en 22 normas que resumen el mensaje del Programa de Acción Mundial e incorporan la perspectiva de derechos humanos que se ha desarrollado a lo largo del decenio.

La finalidad de estas Normas es garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás. Es responsabilidad de los Estados adoptar medidas adecuadas para eliminar esos obstáculos. Las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan deben desempeñar una función activa como copartícipes en ese proceso.

d. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental PPEM (Naciones Unidas 1991)

Si bien aisladamente no son obligatorios de aplicar por los Estados Miembros, representan estándares para interpretar los Pactos PIDCP y PIDESC, los que si son obligatorios para los Miembros que lo ratificaron (como es el caso de Chile).

Principio 1. Libertades fundamentales y derechos básicos

- Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.
- Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por

esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.

- No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos reconocidos en la DUDH, PIDCP, PIDESC y otros instrumentos pertinentes.
- Cuando una corte u otro tribunal competente determinen que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas para asegurar la protección de sus intereses.

e. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad

Su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente. Se incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

f. Hacia una sociedad para todos: Estrategia a largo plazo para promover la aplicación del Programa de Acción Mundial para los impedidos hasta el Año 2000 y Años Posteriores

En este instrumento se integra a las organizaciones de personas con discapacidad en el proceso de formulación y revisión de políticas referidas a ellos a nivel de organizaciones internacionales, así como en la evaluación de los resultados obtenidos con estas políticas

g. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturas

Este tratado declara que "todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Las personas con discapacidad mental pueden, en general, ejercer estos derechos, salvo las limitaciones legales, que deben ser específicas y justificadas.

Entre los derechos asegurados en este cuerpo normativo, podemos señalar: la no discriminación; igualdad ante la ley; igualdad ante la Justicia; derecho a un tribunal independiente y a un debido proceso; libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; libertad de expresión; derecho de asociación; derecho al matrimonio; etc.

En este Pacto, sí se establece el derecho a la salud mental y obliga a los Estados signatarios a adoptar medidas a fin de asegurarlo en plenitud. Es así como en el Artículo 12 se señala:

"1.Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"

"2.Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".

h. Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (Resolución 2542 (XXIV) 1969.

Reconoce el derecho de toda persona a trabajar en la forma libremente escogida o aceptada, debiendo los Estados adoptar medidas que garanticen el ejercicio de este derecho.

Se establece la regla del salario igual por trabajo igual (asegurando equiparidad entre hombres y mujeres, condiciones de higiene en el lugar de trabajo, promoción en el empleo y descanso)

i. Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) (Asamblea General de las Naciones Unidas 1979)

Es considerada como una declaración internacional de los derechos de las mujeres. Compuesta por un preámbulo y 30 artículos, define lo que constituye la discriminación contra las mujeres y establece una agenda para que las administraciones nacionales terminen con dicha discriminación.

Esta Convención define la discriminación contra las mujeres como "toda distinción, exclusión a restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera." (artículo 1).

Esta Convención en su preámbulo señala la cultura y la tradición como las fuerzas influyentes que moldean los roles del género y las relaciones familiares, lo que no es menor a la hora de abordar los temas de los derechos humanos en las mujeres que presentan una enfermedad mental y/o discapacidad mental. Además es el único tratado de derechos humanos que afirma aspectos de los derechos de salud sexual y reproductiva en las mujeres (artículo 12).

j. Convención sobre los derechos del niño (Naciones Unidas 1989)

Comprende el rango de edad hasta menor de 18 años

Artículo 3º

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.
2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.
3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Artículo 4º

- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

Artículo 5º

- Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

Artículo 12º

1. Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Artículo 16º

1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.
2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

Artículo 24º

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a. Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
b. Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud

Artículo 30º

- En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.

1.3 Normativa OEA:

a. Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental. Aprobado por la Comisión en su 111º período extraordinario de sesiones, el 4 de abril de 2001

Apunta esencialmente a tomar medidas concretas para superar la discriminación y estigmatización de las personas con discapacidad mental, tales como la concientización y la educación, tanto directamente por el Estado como a través de la sociedad civil

Recomienda a los Estados establecer mecanismos de concientización, educación pública (preparación y divulgación de material educativo, tales como folletos, afiches, videos, etc.) y acciones tendientes a combatir la estigmatización y discriminación de las personas con discapacidad mental, a través de organizaciones estatales y ONGs, de conformidad con los estándares internacionales y normas convencionales que protegen a estas personas.

Asimismo, mediante la legislación y planes nacionales se debe promover la organización de servicios comunitarios que favorezcan la integración, así como la participación de organizaciones de usuarios y familiares en la rehabilitación de las personas usuarias.

También se dirige una recomendación a las asociaciones de usuarios y familiares de personas con discapacidad mental, así como a las ONGs, para que participen directamente en el proceso de promoción de derechos humanos de estos, y para que se coordinen con las entidades gubernamentales relacionadas a la materia

b. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA 1999, entró en vigencia el 2001)

Al igual que otras convenciones, este instrumento legal tiene carácter de obligatorio para los países que lo han ratificado. Chile lo ratificó y promulgó ´por medio del Decreto N° 99/ 2002 del Ministerio de Relaciones Exteriores.

Sus objetivos son "la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad" (artículo 2), abarcando todas las actividades de los seres humanos, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración.

No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un Estado parte a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia. En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación. (artículo 1, numeral 2, letra b).

c. Compromiso de Panamá con las personas con discapacidad en el continente americano. Aprobada en la sexta sesión plenaria, celebrada el 5 de junio de 1996. AG/RES. 1369 (XXVI-O/96)

Señala que el actuar de los Estados se orientará a una mayor integración y aseguramiento de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

La Asamblea General:

1. Declara su compromiso de intensificar los esfuerzos en favor de las personas con discapacidad.
2. Manifiesta su más firme y decidido compromiso con la defensa y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad y la necesidad de que se mejoren los servicios y se ofrezcan mayores oportunidades para las personas con discapacidad en el continente americano.

3. Recomienda a los Estados miembros que, dentro de sus posibilidades, intensifiquen sus esfuerzos a fin de crear oportunidades equitativas para las personas con discapacidad en los servicios de salud, educación y capacitación, así como oportunidades de empleo y de vida independiente y, en general, facilidades para que se integren y contribuyan.

2. Marco Jurídico Nacional

2.1. Constitución Política de la República:

La actual Constitución Política de la República de Chile, aprobada por DTO 1150, Interior, publicado el 24.10.1980, no efectúa enunciado expreso sobre personas con discapacidad, enfermedades mentales ni expresión análoga, como lo hacen otras Constituciones en el mundo.

Artículo 19. La Constitución asegura a todas las personas:

1°. El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona

2°. La igualdad ante la ley.

3°. La igual protección de la ley en el ejercicio de sus derechos.

4° El respeto y protección a la vida privada y a la honra de la persona y su familia

7°. El derecho a la libertad personal y a la seguridad individual.

9°. El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado

2.2 Código Civil

Algunos artículos relevantes son: Art. 342. Referido a quienes están sujetos a curadurías; y el Título XXV del Libro I (artículos 45 y siguientes "De la curaduría del demente").

2.3 Código Penal

Algunos artículos relevantes son: Art. 10 referido a las exenciones de responsabilidad penal.
Art. 352. Que tipifica el delito de abandono.

2.4 Código Procesal Penal

Algunos artículos relevantes son: Libro Cuarto Título VII. Procedimiento para aplicación exclusiva de medidas de seguridad (Artículos 455 y siguientes).

2.5 Código Sanitario:

Libro VII De la Observación y Reclusión de los Enfermos Mentales, de Los Alcohólicos y de los que Presenten Estado de Dependencia de otras Drogas y Substancias.

Art. 130º.- El Director General de Salud, resolverá sobre la observación de los enfermos mentales, de los que presentan dependencias de drogas u otras substancias, de los alcohólicos y de las personas presuntivamente afectadas por estas alteraciones, así como sobre su internación, permanencia y salida de los establecimientos públicos o particulares destinados a ese objeto. Estos establecimientos cumplirán con los requisitos que señala el reglamento.

Artículo 131º. - La internación de las personas a que se refiere el artículo anterior, puede ser voluntaria, administrativa, judicial o de urgencia. El Reglamento establecerá las condiciones de estos tipos de internación.

Artículo 132º. - En los casos de ingreso voluntario la salida del establecimiento se efectuará por indicación médica o a pedido del enfermo, siempre que, la autoridad sanitaria estime que éste puede vivir fuera del establecimiento sin constituir un peligro para él o para los demás.

La salida de las personas internadas por resolución administrativa será decretada por el Director General de Salud, aun cuando se trate de un enfermo hospitalizado en un establecimiento particular.

Los enfermos mentales, los que dependen de drogas u otras substancias y los alcohólicos ingresados por orden judicial saldrán cuando lo decrete el Juez respectivo.

Artículo 133º. - Los Directores de establecimientos especializados de atención psiquiátrica serán curadores provisorios de los bienes de los enfermos hospitalizados en ellos que carecieren de curador o no estén sometidos a patria potestad o potestad marital, mientras permanezcan internados o no se les designe curador de acuerdo a las normas del derecho común.

Para ejercer esta curaduría los funcionarios antes indicados no necesitarán de discernimiento, ni estarán obligados a rendir fianza ni hacer inventario. En lo demás se regirán por las disposiciones del derecho común.

Art. 134. Los registros, libros, fichas clínicas y documentos de los establecimientos mencionados en el artículo 130º tendrán el carácter de reservado, salvo para las autoridades judiciales, del Ministerio Público y para el Servicio Nacional de Salud.

Solo el Director del Establecimiento en caso de los establecimientos públicos, y el Director o el médico tratante, en el caso de los establecimientos privados podrán dar certificados sobre la permanencia de los enfermos en los establecimientos psiquiátricos, la naturaleza de su enfermedad o cualquiera otra materia relacionada con su hospitalización. Este certificado sólo podrán solicitarlo los enfermos, sus representantes legales o las autoridades judiciales o penales. (LEY 19806 Art. 40 D.O. 31.05.2002)

Ley N° 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su Atención de Salud (13 abril 2012)

Artículo 2º.- Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la constitución y las leyes.

La atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad

Artículo 7º.- En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos indígenas; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.

Artículo 10.- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información a que se refiere el inciso anterior será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados en el inciso precedente. (...).

Artículo 13.- La ficha clínica permanecerá por un período de al menos quince años en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud establecerá la forma y las condiciones bajo las cuales los prestadores almacenarán las fichas, así como las normas necesarias para su administración, adecuada protección y eliminación.

Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona.

Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha, copia de la misma o parte de ella, será entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos que se indican a continuación, en los casos, forma y condiciones que se señalan:

a. Al titular de la ficha clínica, a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.
b. A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario.
c. A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.
d. A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.

Artículo 14.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10.(...).

Artículo 25.- Una persona puede ser objeto de hospitalización involuntaria siempre que se reúnan todas las condiciones siguientes:

a. Certificación de un médico cirujano que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental;
b. Que el estado del mismo comporte un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;
c. Que la hospitalización tenga exclusivamente una finalidad terapéutica;
d. Que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados, y
e. Que el parecer de la persona atendida haya sido tenido en consideración. De no ser posible esto último, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y, en ausencia de ambos, de la persona más vinculada a él por razón familiar o, de hecho.

Toda hospitalización involuntaria deberá ser comunicada a la Secretaría Regional Ministerial de Salud y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental indicada en el artículo 29 que correspondan.

La Autoridad Sanitaria Regional velará por el respeto de los derechos de las personas ingresadas en instituciones de salud mental, y autorizará el ingreso de todas las hospitalizaciones involuntarias que excedan de setenta y dos horas, de acuerdo a lo establecido en los artículos 130 y 131 del Código Sanitario.

Las Comisiones Regionales indicadas informarán de su revisión, conclusiones y recomendaciones al Secretario Regional Ministerial de Salud para que éste, si correspondiere, ejerza la facultad indicada en el artículo 132 del Código Sanitario. En el evento que dicha autoridad decida no ejercer esta facultad, la Comisión respectiva podrá presentar los antecedentes a la Corte de Apelaciones del lugar en que esté hospitalizado el paciente, para que ésta resuelva en definitiva, conforme al procedimiento aplicable a la acción constitucional de protección establecida en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, sin perjuicio de las demás acciones que correspondan.

Artículo 26.-El empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención física y farmacológica deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona objeto de tales medidas, las cuales sólo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva y que la necesidad de su aplicación fuere proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva.

Estas excepcionales medidas se aplicarán exclusivamente por el tiempo estrictamente necesario para conseguir el objetivo terapéutico, debiendo utilizarse los medios humanos suficientes y los medios materiales que eviten cualquier tipo de daño. Durante el empleo de las mismas, la persona con discapacidad psíquica o intelectual tendrá garantizada la supervisión médica permanente.

Todo lo actuado con motivo del empleo del aislamiento o la sujeción deberá constar por escrito en la ficha clínica. Además de lo anterior, se comunicará el empleo de estos medios a la Autoridad Sanitaria Regional, a cuya disposición estará toda la documentación respectiva.

2.7 Ley Nº 20.609 Establece Medidas Contra la Discriminación, del año 2010.

Artículo 2º.- Definición de discriminación arbitraria. Para los efectos de esta ley, se entiende por discriminación arbitraria toda distinción, exclusión o restricción que carezca de justificación razonable, efectuada por agentes del Estado o particulares, y que cause privación, perturbación o amenaza en el ejercicio legítimo de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de la República o en los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, en particular cuando se funden en motivos tales como la raza o etnia, la nacionalidad, la situación socioeconómica, el idioma, la ideología u opinión política, la religión o creencia, la sindicación o participación en organizaciones gremiales o la falta de ellas, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado civil, la edad, la filiación, la apariencia personal y la enfermedad o discapacidad.

2.8 Ley N° 20.422 Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, (2010)

Artículo 7.- Se entiende por igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, la ausencia de discriminación por razón de discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, educacional, laboral, económica, cultural y social.

Artículo 9.- El Estado adoptará las medidas necesarias para asegurar a las mujeres con discapacidad y a las personas con discapacidad mental, sea por causa psíquica o intelectual, el pleno goce y ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad con las demás, en especial lo referente a su dignidad, el derecho a constituir y ser parte de una familia, su sexualidad y salud reproductiva.

Asimismo, el Estado adoptará las acciones conducentes a asegurar a los niños con discapacidad el pleno goce y ejercicio de sus derechos, en especial el respeto a su dignidad, el derecho a ser parte de una familia y a mantener su fertilidad, en condiciones de igualdad con las demás personas.

De igual modo, el Estado adoptará las medidas necesarias para evitar las situaciones de violencia, abuso y discriminación de que puedan ser víctimas las mujeres y niños con discapacidad y las personas con discapacidad mental, en razón de su condición.

Artículo 10.- En toda actividad relacionada con niños con discapacidad, se considerará en forma primordial la protección de sus intereses superiores.

2.9 Ley Nº 20.000 que Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, (año 2005).

Artículo 50.- Los que consumieren alguna de las drogas o sustancias estupefacientes o sicotrópicas de que hace mención el artículo 1º, en lugares públicos o abiertos al público, tales como calles, caminos, plazas, teatros, cines, hoteles, cafés, restaurantes, bares, estadios, centros de baile o de música; o en establecimientos educacionales o de capacitación, serán sancionados con alguna de las siguientes penas:

a. Asistencia obligatoria a programas de prevención hasta por sesenta días, o tratamiento o rehabilitación en su caso por un período de hasta ciento ochenta días en instituciones autorizadas por el Servicio de Salud competente. Para estos efectos, el Ministerio de Salud o el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deberán asignar preferentemente los recursos que se requieran.

Artículo 53.- Las disposiciones de este Título se aplicarán también al menor de dieciocho años, el que será puesto a disposición del juez de menores correspondiente. El juez, prescindiendo de la declaración de haber obrado o no con discernimiento respecto del que tuviere más de dieciséis años, podrá imponer al menor alguna de las medidas establecidas en la ley Nº 16.618 o de las siguientes, según estimare más apropiado para su rehabilitación: a) asistencia obligatoria a programas de prevención, hasta por sesenta días, o tratamiento o rehabilitación, en su caso, por un período de hasta ciento ochenta días, en instituciones consideradas idóneas por el Servicio de Salud de la ciudad asiento de la Corte de Apelaciones respectiva. Esta medida se cumplirá, en lo posible, sin afectar la jornada escolar o laboral del infractor.

2.10 Ley Nº 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud (2004).

Existen actualmente 80 condiciones de salud incluidas, cuatro de ellas correspondientes a condiciones o patologías de salud mental (esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial y dependencia a drogas y alcohol, y trastorno bipolar).

2.11 Ley Nº 20.084 Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal

Se aplica a población adolescente mayor de 14 años y menor de 18 años

Artículo 2º.- Interés superior adolescente. En todas las actuaciones judiciales o administrativas relativas a los procedimientos, sanciones y medidas aplicables a los adolescentes infractores de la ley penal, se deberá tener en consideración el interés superior del adolescente, que se expresa en el reconocimiento y respeto de sus derechos.

En la aplicación de la presente ley, las autoridades tendrán en consideración todos los derechos y garantías que les son reconocidos en la Constitución, en las leyes, en la Convención sobre los Derechos del Niño y en los demás instrumentos internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes.

Artículo 7º.- Sanción accesoria. El juez estará facultado para establecer, como sanción accesoria a las previstas en el artículo 6º de esta ley y siempre que sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente, la obligación de someterlo a tratamientos de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol.

Artículo 17.- Internación en régimen cerrado con programa de reinserción social. La internación en régimen cerrado con programa de reinserción social importará la privación de libertad en un centro especializado para adolescentes, bajo un régimen orientado al cumplimiento de los objetivos previstos en el artículo 20 de esta ley.

En virtud de ello, dicho régimen considerará necesariamente la plena garantía de la continuidad de sus estudios básicos, medios y especializados, incluyendo su reinserción escolar, en el caso de haber desertado del sistema escolar formal, y la participación en actividades de carácter socioeducativo, de formación, de preparación para la vida laboral y de desarrollo personal. Además, deberá asegurar el tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas para quienes lo requieran y accedan a ello.

2.12. Ley Nº 19.925 Sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas

Artículo 1º.- Esta ley regula el expendio de bebidas alcohólicas; las medidas de prevención y rehabilitación del alcoholismo, y las sanciones y los procedimientos aplicables a quienes infrinjan las

disposiciones pertinentes.

Artículo 26.- Lo dispuesto en el artículo precedente también tendrá lugar respecto de quienes fueren sorprendidos en la vía pública o en lugares de libre acceso al público en manifiesto estado de ebriedad.

En este caso, si una persona hubiere incurrido en dicha conducta más de tres veces en un mismo año, Carabineros denunciará el hecho al juez de policía local correspondiente. Este podrá imponer, en una audiencia que se citará al efecto, alguna de las siguientes medidas:

1º. Seguir alguno de los programas a que se refiere el artículo 33 o un tratamiento médico, sicológico o de alguna otra naturaleza, destinado a la rehabilitación, y

2º. Internarse en un establecimiento hospitalario o comunidad terapéutica que cuente con programas para el tratamiento del alcoholismo, de conformidad a lo dispuesto en los artículos 33 a 38.

Para resolver, el juez de policía local podrá requerir los informes y diligencias que estime convenientes, a efectos de determinar el diagnóstico de habitualidad de ingesta alcohólica.

En su resolución, el juez precisará la duración de la medida, que no podrá exceder de noventa días, renovable, por una vez, por un período similar.

Las resoluciones que apliquen estas medidas serán apelables de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32 de la ley Nº 18.287.

Artículo 33.- En todos los Servicios de Salud del país habrá un programa de tratamiento y rehabilitación para personas que presentan un consumo perjudicial de alcohol y dependencia del mismo, los que incluirán atención ambulatoria en todos los establecimientos de salud de nivel primario, sean dependientes de los municipios o de los Servicios de Salud y atención especializada ambulatoria o en régimen de internación.

En estos programas podrán participar complementaria y coordinadamente, Municipalidades, iglesias, instituciones públicas y personas jurídicas de derecho privado, las que también podrán ejecutarlos, todo ello, bajo las normas, fiscalización y certificación del Ministerio de Salud.

En los programas de tratamiento y rehabilitación para bebedores problemas y alcohólicos, deberán establecerse actividades especiales para los menores de dieciocho años.

El reglamento, expedido por intermedio del Ministerio de Salud, determinará las acciones de reeducación preventiva, tratamiento médico o rehabilitación psicosocial, que serán aplicables en cada caso, así como los procedimientos, plazos y entidades responsables de llevarlas a cabo y su adecuada y oportuna comunicación al juez que ordenó la medida.

Artículo 34.-. Deberán asistir a dichos programas las personas a que se refiere el artículo 26 y los reincidentes en la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol o en estado de ebriedad.

Lo anterior, salvo que el juez, en su sentencia, resuelva imponerles la medida de seguir otro tratamiento médico, sicológico o de otra naturaleza, destinado a la rehabilitación.

En todo caso, se aplicará lo dispuesto en los incisos tercero, cuarto y quinto del referido artículo 26.

Artículo 35.- En las mismas condiciones, el juez de policía local también podrá ordenar la asistencia a esos programas de tratamiento y rehabilitación del cónyuge o del padre o la madre de familia que

habitualmente se encontrare bajo la influencia del alcohol, de modo que no le sea posible administrar correctamente sus negocios o sustentar a su cónyuge e hijos.

Esta medida se dispondrá a petición de cualquiera de los miembros mayores de su familia, oyendo personalmente al interesado y a sus parientes.

Artículo 36.- El juez podrá ordenar la medida de internación no voluntaria, en una unidad de hospitalización del Servicio de Salud correspondiente o en otro establecimiento hospitalario o comunidad terapéutica que proporcione tratamiento para bebedores problemas y alcohólicos, respecto de las personas aludidas en los artículos 34 y 35, en los términos descritos en esas disposiciones y en los incisos tercero, cuarto y quinto del artículo 26.

Artículo 37.- Antes de terminar el período de atención establecido, el Director del Servicio de Salud o su delegado enviará al juez y a la familia del paciente un informe sobre el resultado del tratamiento o internación. En ese informe podrá proponer el término anticipado de la medida o su prórroga, por razones fundadas. En este último caso, el juez podrá extenderla hasta completar ciento ochenta días.

Artículo 38.- A petición de cualquiera de los miembros de la familia del paciente, podrá nombrársele un curador por el tiempo que dure la hospitalización. Los demás tendrán por curador al director del hospital.

Artículo 57.- Del total de las sumas que ingresen por concepto de multas aplicadas por infracción a las disposiciones de esta ley, el 40% se destinará a los Servicios de Salud para el financiamiento y desarrollo de los programas de rehabilitación de personas alcohólicas, y el 60%, a las municipalidades, para la fiscalización de dichas infracciones y para el desarrollo de los programas de prevención y rehabilitación de personas alcohólicas.

Además de los cuerpos legales mencionados, se cuenta con instrumentos regulatorios específicos del Ministerio de Salud, para facilitar la implementación de la legislación relativa a salud mental, entre los cuales se encuentran los siguientes:

a. Plan Nacional de Salud Mental (2017-2025)

Tiene como propósito: "Contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario".

Incluye:

1. Valores y principios (Respeto y promoción de derechos humanos, La persona como ser integral e indivisible física y mentalmente, Equidad)

2. Situación actual, situación óptima deseada y un plan de acción con estrategias y metas para las siguientes líneas de acción:

- **Regulación y Derechos Humanos.** Establece la necesidad de una Ley de Salud Mental, y define la necesidad de otros instrumentos normativos o la actualización de los existentes para la protección de la salud mental de la población, el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales y la adecuada atención sanitaria de aquellos/as que padecen de problemas o trastornos de salud mental.

- **Provisión de Servicios de Salud Mental.** Define lineamientos y estrategias para una provisión de servicios adecuada, en línea con las necesidades de la población; articulando la oferta existente e incorporando oferta pertinente en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.
- **Financiación.** Establece estrategias para aumentar el marco presupuestario en salud mental en concordancia con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud.
- **Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación.** Define estrategias para mejorar los sistemas de registro e información en Salud Mental y la implementación de un sistema de evaluación y mejora continua de la calidad de las prestaciones. Establece la necesidad de fomentar, financiar y coordinar la investigación en Salud Mental para el diseño y evaluación de políticas públicas.
- **Recursos Humanos y Formación.** Aporta estrategias para la dotación clínica-asistencial, en gestión y salud pública; para la mejora de las condiciones de quienes trabajan en salud mental; y para el incremento de las competencias de los equipos, a fin de impactar la calidad de vida de las personas y la calidad de los tratamientos.
- **Participación.** Define estrategias para fortalecer la participación social efectiva sobre políticas, planes, programas e intervenciones de salud mental, por parte de la sociedad civil y la comunidad, con especial énfasis en usuarios y familiares.
- **Intersectorialidad.** Establece estrategias para la colaboración entre el sector salud, otros sectores del Estado y la Sociedad Civil para abordar la gestión intersectorial, dar respuestas a poblaciones específicas y enfrentar de manera conjunta temáticas comunes en el ámbito de la salud mental.

b. Reglamento para Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y Sobre los Establecimientos que la Proporcionan (Nº 570 de 1998)

Este reglamento se refiere exclusivamente a los establecimientos de hospitalización psiquiátrica, sean públicos o privados, destinados a otorgar tratamiento curativo o de rehabilitación, a través de un régimen de residencia total o parcial, así como a la organización e infraestructura de estos locales, todo ello con miras a garantizar a los pacientes una adecuada atención de salud.

Regula el ingreso, permanencia y egreso desde estos establecimientos, de las personas que sufren enfermedades mentales

Una versión actualizada se encuentra en tramitación para su aprobación y formalización

c. Norma Técnica Básica de Autorización Sanitaria para Establecimientos de Salud de Atención Cerrada

Las Entidades o Establecimientos de Salud de Atención Cerrada son instituciones asistenciales que otorgan prestaciones de salud en régimen continuado de atención (24 horas) y que deben contar con recursos organizados de infraestructura, equipamiento y personal necesario para su funcionamiento permanente.

Esta norma técnica se aplicará a todos los hospitales, clínicas y demás establecimientos de salud en que se preste atención cerrada adulta y/o pediátrica para ejecutar fundamentalmente acciones de recuperación y rehabilitación a personas enfermas, a excepción de: residencias protegidas, hogares protegidos, comunidades terapéuticas en modalidad residencial, establecimientos de larga estadía para adultos mayores en las que se aplicarán orientaciones formuladas específicamente para este tipo de establecimientos.

Debe ser aplicada en conjunto con las correspondientes Normas Técnicas Específicas y/o Anexos que corresponda de acuerdo a las características de cada Establecimiento (Hospitalización Psiquiatría de corta y mediana estadía (Reglamento Nº 570/98).

Establece requisitos generales para los establecimientos en:

- Infraestructura (Accesibilidad, Condiciones Seguridad General, Recintos Generales, Sitios de Elaboración de Alimentos, Aseo, Recinto Disposición Residuos Sólidos del Establecimiento)
- Organización (Asignación Funciones Y Responsabilidades, Reglamentación Interna/ Manual Normas Y Procedimientos, Sistema de Registros, Documentación Reglamentaria)
- Recursos Humanos (Habilitación Profesional Y Técnica, Director Técnico del Establecimiento).
- Establece además requisitos específicos para Unidades de Hospitalización:
- Infraestructura (Planta Física; Modulo Básico de Hospitalización; Estación de Enfermería; Trabajo Limpio; Trabajo Sucio; Ase de Chatas, Recintos Generales)
- Equipamiento (Básico; Equipos de Resucitación Cardiopulmonar)

d. Modelo de Gestión para el Funcionamiento de Unidades de Hospitalización Cuidados Intensivo en Psiquiatría Resolución exenta N° 1035 15 agosto 2016.

e. Norma Técnica Nº 85 para el Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental.

Regula la atención clínica que se otorga a los adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol /drogas y otros trastornos de salud mental, asimismo entrega orientaciones a los equipos clínicos y técnicos de CONACE y SENAME y otras instituciones involucradas, para lograr los objetivos terapéuticos en las/los adolescentes infractores de ley (la obligatoriedad de sus disposiciones afecta solamente a los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud).

f. Decreto 4, que aprueba reglamento de centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia a alcohol y/o drogas. [189]

Norma Técnica Básica de Autorización Sanitaria para Establecimientos de Salud de Atención Abierta

g. Norma Técnica para el registro de lista de espera [190]

h. DS 404, Reglamento de estupefacientes [191] y DS 405 Reglamento de productos psicotrópicos [192]

Anexo N°2. Nudos Críticos de la Red Temática Salud Mental

Se presentan a continuación distintos nudos críticos identificados en las redes de salud mental del país. Estas observaciones son la síntesis del trabajo desarrollado por una mesa convocada en el marco del trabajo de construcción de este Modelo de Gestión, de los insumos recogidos en la Jornada Nacional de Salud Mental en 2014 y aquellos que fueron recabados por los Servicios de Salud, SEREMIS y Organizaciones de usuarios, y constituyen las brechas que se pretenden subsanar por medio de la implementación del presente modelo propuesto.

Para simplificar su lectura, se organizaron a partir de Dimensiones de Calidad.

Dimensión: Accesibilidad

NUDO CRÍTICO	DESCRIPCIÓN DEL NUDO CRÍTICO
Concentración de la oferta de la atención.	En determinados territorios la oferta de servicios se encuentra centralizada en zonas urbanas, lo que trae consigo importantes dificultades para que las personas que habitan en localidades alejadas dispongan de una atención oportuna, o den continuidad y seguimiento a intervenciones ya iniciadas. Existen variables de tipo geográfico, económico y administrativo que generan inequidad en el acceso. Esta situación se da en el plano ambulatorio, en atención cerrada y en la oferta de dispositivos residenciales. Sumado a lo anterior, existe insuficiente apoyo logístico para la movilización y el traslado de la población hacia los nodos de atención, así como también para el traslado de los equipos de salud hacia estas zonas.
Heterogeneidad de la oferta.	Existe una oferta desigual en los distintos Servicios de Salud del país. Esto se relaciona con la inequidad en la disponibilidad de recursos y en la gestión, como también con la dificultad para estimar la cobertura de acuerdo a datos actualizados sobre prevalencias, necesidades en salud y otras características poblacionales (como variables demográficas, culturales, entre otras). Por otro lado, existen grupos de la población que no acceden a atención en salud y que no son pesquisados, ya que la lógica de financiamiento obliga a una priorización que excluye a poblaciones que no están visibilizadas.
Discriminación por diagnóstico para el acceso de atención, como, por ejemplo, para personas con consumo problemático de sustancias.	Particularmente, en la atención a personas con consumo problemático de sustancias, se estigmatiza y discrimina, lo que impide que esta población acceda a toda la oferta de servicios. Lo anterior, se agudiza aún más con algunas poblaciones específicas, como, por ejemplo, las personas adultas o adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas, y que además presentan conflictos con la justicia.
Baja pertinencia cultural de la oferta.	Resistencias e insuficiente valoración por parte de los equipos de salud a integrar diferentes elementos culturales a la atención de salud, imponiéndose la visión cultural de los equipos por sobre la visión de la población usuaria. De esta forma, persisten prácticas centradas en un enfoque biomédico, sin pertinencia cultural y escasa integración de estos elementos en los modelos de atención vigentes y en la formación de recursos humanos en salud. La predominancia del enfoque biomédico subvalora la cosmovisión de los pueblos indígenas, el contexto sociocultural de las poblaciones provenientes de zonas rurales, de los migrantes y de grupos pertenecientes a la diversidad sexual.

Dimensión Organizacional

NUDO CRÍTICO	DESCRIPCIÓN DEL NUDO CRÍTICO
Organización vertical de las acciones en salud.	Las acciones en salud son estructuradas desde los dispositivos de la red y no desde y con la población de un territorio. Se observa una tradición paternalista del sistema de salud, con pocas instancias de participación efectiva de la comunidad en la planificación en salud, lo que ocurre de igual forma en salud mental. La estructura, diseño y gestión en salud está marcada por sistema de financiamiento con consecuencias en la segmentación del acceso, centralización, formas de programación y evaluación cuantitativa; sin visualizar variables cualitativas, lo que limita la posibilidad para que se realicen acciones en salud mental comunitaria.
Insuficientes herramientas de gestión para favorecer la supervisión.	Mecanismos insuficientes de monitoreo o evaluación respecto al funcionamiento de la red que permitan identificar falencias o brechas, lo que tiene por consecuencia un desarrollo divergente en la implementación de redes de atención en salud mental en el territorio de los Servicios de Salud del país. Existe poca claridad acerca del presupuesto que se destina a salud mental en las unidades de los Servicios de Salud, lo que impacta en la organización de los recursos.
Rigidez en los procesos administrativos.	Sistemas de control horario, agenda electrónica o disponibilidad limitada de movilización, restringe la programación de actividades de acuerdo a las necesidades de las personas usuarias y dificulta la realización de trabajo con la comunidad.
Modelos organizacionales incongruentes con un Modelo de Atención con Enfoque Comunitario.	La programación de las acciones que desarrollan los establecimientos de salud, así como el registro de ellas, no da cuenta de un Modelo Comunitario de Atención, sino más bien privilegia una estructura basada en diagnósticos y cantidad de atenciones que no facilita el desarrollo de otras acciones. La organización se centra en la disponibilidad de recursos humanos, más que en las necesidades de las personas que deben ser atendidas. Asimismo, el trabajo en red no es prioritario y no existen indicadores que den cuenta del trabajo intersectorial.
Ausencia de un sistema de registro único.	Existencia de múltiples sistemas, entre ellos Rayén, Sidra, SISTRAT y RAS, que inciden en una mala calidad de los registros, impidiendo la estandarización. Además, al no contar con registros integrados, se obstaculiza la disponibilidad de la información de las personas usuarias en su tránsito por la red de atención.

Dimensión Recursos Humanos

NUDO CRÍTICO	DESCRIPCIÓN DEL NUDO CRÍTICO
Insuficientes recursos humanos disponibles en el sistema público de atención.	Persiste una importante brecha de recursos humanos en los distintos nodos de la red, tanto en los que dependen de los servicios como en los que dependen de los municipios. Esto se asocia a la calidad contractual y a bajos salarios, afectando la disponibilidad de la oferta de atención en los distintos componentes de la red, la que se asocia directamente al financiamiento y a la oferta de cargos que tienen los Servicios de Salud. Lo señalado, impide un acceso oportuno y equitativo a las atenciones de salud mental. Esta situación se refleja, especialmente, en la escasa oferta de equipos especializados para población infanto-adolescente.
Insuficientes incentivos para la contratación y permanencia del recurso humano en lugares alejados o de desempeño difícil.	La disponibilidad de personal para la atención en salud se ve limitada por los escasos incentivos para la contratación de recursos humanos en zonas extremas o de difícil acceso. De esta forma, estos recursos se concentran en las zonas urbanas, produciendo inequidad en el acceso a la atención oportuna de salud mental, para las personas que habitan en lugares alejados.
Formación profesional no alineada con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.	La formación profesional de pregrado y la línea de capacitación intrasistema no está alineada con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.
Inequidades para el recurso humano, según sistema de financiamiento (observable, por ejemplo, en la oferta de programas financiados por SENDA)	La ausencia de una política de desarrollo de RRHH que tiene condiciones diferenciales de contratación para profesionales y técnicos de la red, se concretiza en el traspaso financiero desde SENDA a los Servicios de Salud, incidiendo en la fragmentación de servicios, en dificultades para la continuidad de cuidados, alta rotación de profesionales y técnicos, dificultades en acceso a capacitaciones institucionales, entre otros.
Escasa valoración del cuidado de los equipos.	Insuficientes espacios de cuidado y prevención de los riesgos que conlleva el trabajo en salud mental para los equipos. Son insuficientes las orientaciones y planes de cuidado, no existiendo tiempos protegidos ni recursos específicos para la realización de estas actividades. En los dispositivos y nodos donde existen actividades de cuidado, estas son realizadas por los mismos integrantes de los equipos, lo que impide cumplir el propósito del cuidado.

Dimensión Equidad

NUDO CRÍTICO	DESCRIPCIÓN DEL NUDO CRÍTICO
Asignación de recursos con poca pertinencia territorial.	Esta asignación se efectúa de acuerdo al número de habitantes, sin considerar perfiles epidemiológicos, características del territorio y otras diferencias que tienen un costo diferencial sobre la atención en salud. Este criterio basado en el número de beneficiarios, es poco predictivo acerca de las necesidades de salud que un territorio presenta de acuerdo a grupos etarios, cultura, ubicación geográfica, etc. Esta situación puede ejemplificarse con un arancel FONASA único, que no considera el costo real de la atención en salud en zonas extremas.
Insuficiente cobertura para población infanto adolescente.	Existe una gran brecha, principalmente en regiones, de psiquiatras, profesionales y técnicos especializados en salud mental infanto-adolescente. Las estrategias actuales de atención continúan estructurándose desde un modelo de atención para población adulta, por lo que organización sanitaria no da cuenta de las necesidades de este grupo, incidiendo en un bajo acceso y en la continuidad de las intervenciones sobre esta población. Lo anterior, se agudiza en población infanto adolescente vulnerada en sus derechos, en conflicto con la justicia y con consumo problemático de alcohol y otras drogas.
Baja priorización para la atención de personas con patologías no GES.	Ante la insuficiencia de recursos disponibles, existe inequidad en el acceso a atención de personas con patologías no consideradas por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, lo que incrementa el tiempo de espera de atención y profundiza la inequidad.
Discriminación por diagnóstico.	Las personas con necesidades de salud mental en alcohol y otras drogas son discriminadas respecto de su atención en algunos nodos de la red de salud mental y en la red salud general. Lo que se agudiza aún más con algunas poblaciones específicas, como personas adultas o adolescentes con consumo problemático y conflicto con la justicia. La falta de herramientas técnicas en los equipos de salud, para el abordaje de problemáticas de salud asociadas al consumo de alcohol y otras drogas, constituye una barrera de acceso. Existen situaciones donde se discrimina o condiciona el acceso a un servicio necesario para esta población. Esto ocurre cuando la persona no presenta motivación para acceder a un programa de tratamiento estructurado, sin que se realicen las acciones pertinentes desde los equipos para aumentar la motivación de estas personas.
Baja cobertura de atención en salud mental a personas en situación de calle.	No hay una respuesta integrada de los sectores involucrados en esta problemática, lo que impide el acceso y continuidad de tratamiento de personas que no cuentan con red de apoyo y que son estigmatizadas en su atención en salud. Además, si estas personas presentan consumo problemático de sustancias, presentan doble discriminación y falta de modelos específicos para su atención.
Existencia de residencias informales para personas con enfermedad mental, sin supervisión por parte del sistema.	La escasa articulación intersectorial y la falta de recursos para proveer soluciones residenciales dignas e inclusivas, han llevado a la existencia de residencias informales que no cuentan con estándares de calidad mínimos para prestar estos servicios. Donde, además, existen prácticas de la vida cotidiana altamente institucionalizadas y con transgresión de derechos humanos.

Uso del diagnóstico nosológico como criterio exclusivo de derivación.	La persona usuaria es atendida en la red de salud mental en base a su diagnóstico, más que por la complejidad que esta presenta, en cuanto a sus necesidades. Se suelen adscribir ciertos diagnósticos a ciertos niveles de atención, como si la complejidad estuviera ligada solo al diagnóstico nosológico como entidad estática, y no al momento evolutivo de la condición clínica y los condicionantes individuales y del entorno que están interactuando e incidiendo positiva o negativamente en la evolución de la enfermedad de una persona en particular. Esto genera dificultades en el tránsito de las personas por la red asistencial, estancándolas en un nivel de atención e impidiendo su flujo de acuerdo a sus necesidades. Tal situación puede tener graves consecuencias para el funcionamiento de la red, el acceso a la atención y para la mejoría de las personas con enfermedad mental.

Dimensión Eficiencia

NUDO CRÍTICO	DESCRIPCIÓN DEL NUDO CRÍTICO
Insuficiente integración de las familias y de las organizaciones comunitarias como unidad de trabajo.	En general, no son lo suficientemente considerados como parte del Plan de Tratamiento, lo que incide en la adherencia y la continuidad del tratamiento. No se entrega adecuada formación psicoeducativa a las familias ni acompañamiento en actividades intra e intersectoriales.
Alta fragmentación de servicios.	Existe fragmentación en los servicios de salud general y mental respectivamente, lo que incide en la integralidad de la atención y en la continuidad de cuidados. Esto ocurre, por ejemplo, en las personas con problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas, los que acceden a atenciones brindadas en servicios fragmentados, principalmente por razones financieras, lo que dificulta la atención integral que requieren cuando presentan otros problemas de salud mental o física.
Participación restringida de profesionales médicos y no médicos de Atención Primaria de Salud en consultorías.	La demanda asistencial y las metas presentes en la atención primaria, sitúan a la consultoría en un lugar poco privilegiado en estos centros, restringiendo la participación de los profesionales en esta instancia, especialmente de los médicos. También se excluye al programa de atención por consumo problemático de sustancias de la participación en la consultoría.

Dimensión Competencia Profesional o Calidad Científico Técnica

NUDO CRÍTICO	DESCRIPCIÓN DEL NUDO CRÍTICO
Insuficiente formación en salud mental y otros temas específicos.	Los profesionales, técnicos y funcionarios de salud en general tienen insuficiente formación, incluyendo formación académica de pre y posgrado. Existe la necesidad de establecer contenidos mínimos en capacitaciones a funcionarios que aseguren calidad en la atención de salud mental, incluyendo el desarrollo de habilidades y competencias para la atención de grupos específicos, como, por ejemplo, personas que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Bajas competencias de los equipos en relación al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.	Existe predominio de equipos multidisciplinarios con un quehacer tradicional (segmentado, individualista y heterogéneo en su formación) en contraste con el quehacer de equipos transdisciplinarios en salud mental que contribuyen al tratamiento integral, más allá del diagnóstico nosológico. Esta situación se ve profundizada por la jerarquización de los equipos, los escasos espacios de coordinación entre sus miembros, la priorización y valorización de las actividades asistenciales directas por sobre otras acciones comunitarias.

Dimensión Satisfacción Usuario/a externo

NUDO CRÍTICO	DESCRIPCIÓN DEL NUDO CRÍTICO
Insuficiente participación de las personas usuarias y sus familiares en los dispositivos de salud.	La atención y relación con el usuario se establece, principalmente, a partir del diagnóstico y el problema de salud actual, sin considerar su participación como sujeto activo en el centro de salud del cual es usuario.
Baja incorporación de la comunidad en los diagnósticos locales de salud.	No se involucra a la comunidad en la elaboración de un diagnóstico en salud que permita valorar y responder las necesidades percibidas por la población usuaria.
Dificultad para el acceso a actividades educativas por parte de la población usuaria.	Ausencia de financiamiento para garantizar actividades de educación para la comunidad.
Insuficiente evaluación de la satisfacción usuaria.	No existen sistemas de evaluación estandarizados que permitan conocer la realidad en esta área. El sistema de gestión de reclamos y sugerencias a través de la OIRS no da cuenta esta temática, o no funciona adecuadamente. Los estudios sobre la satisfacción usuaria se realizan de forma dispar en los distintos Servicios de Salud del país. Los mecanismos de acceso de gestión de solicitudes ciudadanas (reclamos, sugerencias, felicitaciones) como parte del funcionamiento de OIRS, inhiben la participación de personas con discapacidad o con deprivación sociocultural (analfabetas) por ejemplo. No existen instrumentos adaptados para discapacidad sensorial, interculturalidad, barreras de idiomas, entre otros. Además, las respuestas a los reclamos en ocasiones no se traducen en un cambio sustancial de la situación que generó el reclamo.

Dimensión Oportunidad de la atención

NUDO CRÍTICO	DESCRIPCIÓN DEL NUDO CRÍTICO
Brechas de cobertura de los dispositivos dificultan la atención oportuna y la continuidad asistencial.	Esto tiene consecuencias directas sobre el estado de salud de las personas y se traduce en altos grados de insatisfacción usuaria al no resolverse la situación de salud, por lo que no se está respondiendo a la demanda. Esto, no solo incluye a nodos de atención, sino que a todo el abanico de servicios que están en la red. Esta situación se ve intensificada en la atención de personas con problemáticas de alcohol y otras drogas, donde no hay acciones de prevención y promoción, de bajo umbral, desarrollo de estrategias motivacionales, entre otras, en todos los territorios.

Baja resolutividad de atenciones de salud mental en servicios de urgencia.	Las atenciones de urgencia no consideran las problemáticas de salud mental como un problema más de salud. Por otro lado, no hay diferenciación o categorización de salud mental en el triage de urgencia, sumado a que no existe urgencia psiquiátrica disponible en todos los hospitales ni el personal cuenta con competencias para el abordaje de estos problemas. La atención de urgencia psiquiátrica se ha mantenido al margen del desarrollo de los servicios de urgencia, concentrando la atención en algunos pocos hospitales. A su vez estos servicios tienden a discriminar a personas con enfermedad mental y trastornos derivados del consumo problemático de sustancias.
Horario de atención no compatible con horarios ocupacionales o escolares de la población usuaria, según curso de vida.	La Red Pública de Salud no ofrece alternativas de atención para las personas que trabajan fuera del hogar.
Acceso a camas de hospitalización poco oportuno y poco expedito.	El escaso desarrollo de la red ambulatoria profundiza la demanda por camas de hospitalización, incrementando esta brecha. Por otro lado, existen dificultades relacionadas a la gestión de las camas disponibles y la exigencia de dar curso a hospitalizaciones no voluntarias. No existe desarrollo de una línea de hospitalización domiciliaria. Lo anterior conlleva la normalización de las listas de espera.
Excesiva utilización de la hospitalización administrativa.	La hospitalización administrativa se utiliza como forma de asegurar el ingreso de las personas usuarias a camas de hospitalización, sin respetar el sistema de gestión ya instalado en la red ni elaborar un plan terapéutico a largo plazo, más allá de la compensación del cuadro de base. Esto se intensifica en población infanto-adolescente con alta vulnerabilidad y/o con complejidades conductuales, donde se mal entiende que la hospitalización es la única alternativa de atención.
Existencia de listas de espera sin resolución oportuna.	Esto ocurre, en gran medida, por sistemas de referencia y contrarreferencia no operativos ni adecuados tanto por insuficiencia de recursos humanos como por problemas de gestión asociados a falta de criterios de priorización y presencia de mecanismos restrictivos y no inclusivos, que responden a las necesidades del establecimiento y no a la satisfacción de necesidades de la población.
Poco desarrollo de acciones de promoción, prevención y detección precoz de enfermedades mentales.	Recursos destinados principalmente a la actividad asistencial, en desmedro de aquellas acciones destinadas a la población general o grupos de riesgo.
Derivaciones a profesional psicólogo en la APS no pertinentes.	Esto se debe a criterios de derivación no socializados, escaso conocimiento en el área de salud mental o derivaciones sin aplicación de instrumentos estandarizados en los equipos de APS de salud general (enfermería, nutricionista, kinesiología, etc.), lo que genera gran número de ingresos de personas que no necesariamente requieren de atención individual o psicoterapia.

Dimensión Continuidad de la atención

NUDO CRÍTICO	DESCRIPCIÓN DEL NUDO CRÍTICO
Sistemas de información no integrados.	Registro clínico y estadístico entre los distintos niveles de atención que no permite el traspaso oportuno de información entre ellos, contribuyen a la perdida de registros e impactan sobre la continuidad asistencial.
Registros deficientes.	En cuanto al ingreso, tratamiento, alta y seguimiento de las personas usuarias
Fragmentación de la red de servicios de salud mental en los distintos niveles asistenciales.	Insuficiente definición de "protocolos de referencia y contrarreferencia" construidos en red, ausencia de reuniones de integración entre los distintos niveles de atención para abordar casos específicos. Por otro lado, ha existido una instalación heterogénea y deficiente de las consultorías como mecanismos de integración de la red, y una insuficiente implementación de procesos de derivación asistida y seguimiento de las personas usuarias de la red.
Fragmentación de la red de servicios de salud mental entre los dispositivos públicos y privados. Por ejemplo, en la atención de personas por consumo problemático de alcohol y otras drogas (Convenio SENDA-MINSAL)	Existe fragmentación de la red entre dispositivos públicos y privados que brindan servicios de atención a personas con consumo problemático de sustancias. Esto, como consecuencia de la existencia de diversos mecanismos financieros que dificultan la integración de dispositivos públicos y privados, tensionando la red.
Baja resolutividad en la APS.	La baja resolutividad produce bajos egresos y acumulación de personas bajo control. A esto, se suma el alto número de ingresos en salud mental, produciendo controles con largos intervalos de tiempo (1 mes o más) poco efectivos para la continuidad de la atención.
Insuficiente y deficiente coordinación intersectorial local y comunal.	Esta situación sobrecarga a los equipos y al mismo intrasector, en desmedro de la satisfacción de las necesidades de las personas, más allá de su problema de salud. Esto es particularmente crítico en población infanto adolescente.
Mecanismos administrativos poco eficientes para el tránsito de las personas usuarias en la red.	Esto queda en evidencia con los mecanismos de pago asociados a las Garantías Explícitas en Salud y la definición de arsenales farmacológicos estancos que no permiten la contrarreferencia de las personas hacia la Atención Primaria por motivos diagnósticos. En esta línea, los mecanismos de traslado de fármacos desde el nivel de especialidad a la Atención Primaria de Salud han tenido un desarrollo exiguo, pese a los beneficios que esto tiene sobre el acceso, la oportunidad y satisfacción usuaria.
Obstáculos para el flujo expedito de las personas que son derivadas a dispositivos de salud general o salud mental, desde dispositivos de tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas de administración privada con financiamiento público.	Existen obstáculos para el flujo expedito de las personas que son derivadas a dispositivos de salud general o salud mental desde dispositivos de tratamiento para consumo problemático de alcohol y otras drogas de administración privada con financiamiento público, en circunstancias de que estos son parte de la red pública de salud mental.

Dimensión Efectividad

NUDO CRÍTICO	DESCRIPCIÓN DEL NUDO CRÍTICO
Estándares para programación insuficientes y escasamente alineados con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.	Existe heterogeneidad en la programación de actividades. Los estándares están construidos a partir de la oferta de salud y no de las necesidades de las personas. Escaso tiempo para realizar las atenciones de salud mental (los tiempos asignados no consideran el registro en ficha)
Indicadores no alineados con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.	Indicadores no permiten medir acciones en salud mental comunitaria, al estar centrados en diagnósticos y cantidad de atenciones, dejando fuera indicadores que den cuenta de aspectos cualitativos, como la participación comunitaria. Mayor énfasis en la atención asistencial y no en acciones comunitarias. En Atención Primaria, la atención aún se encuentra centrada en la morbilidad con énfasis en el trabajo asistencial intrabox.
Insuficiente medición de resultados terapéuticos.	Escasa medición de resultados terapéuticos y poca actualización de resultados terapéuticos de acuerdo al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Los resultados esperados deben incluir medición de calidad de vida y satisfacción usuaria de la población atendida.
Insuficiente definición de estándares de efectividad clínica.	Estos estándares deben abordar, más allá de la cobertura, la calidad de la intervención, poniendo el énfasis en indicadores de impacto (como las altas clínicas y otros que midan la calidad del proceso, como variedad y frecuencia de las intervenciones). Actualmente, en Atención Primaria, se mide a través del IAAPS la población bajo control y se lleva un monitoreo sobre ingresos y egresos, sin embargo, no existe un monitoreo sobre el tipo de intervenciones que recibe la población atendida y de la frecuencia de las atenciones. En el nivel de especialidad existen insuficientes indicadores de evaluación, más allá que el cumplimiento de garantías.
Baja resolutividad de las atenciones en los distintos niveles de atención.	Esto se traduce en un bajo número de altas e intervenciones psicosociales y de rehabilitación, así como en una escasa referencia entre los distintos niveles asistenciales, lo cual institucionaliza la atención de las personas en un dispositivo.
Baja posibilidad de realizar investigación en APS que permita conocer factores que incidan en la efectividad.	La investigación no es parte de la programación de las actividades de la Atención Primaria, lo que dificulta la posibilidad de generar conocimientos específicos de los territorios que permitan profundizar en las necesidades de salud de la población.
Arsenales farmacológicos no actualizados y sistemas de despacho inadecuados o abastecidos intermitentemente.	Esto no asegura la continuidad de la prescripción en base a las necesidades de transito de una persona usuaria dentro de la red de atención.
Fármacos sin estudios de bioequivalencia.	Baja certeza de la efectividad del tratamiento farmacológico.

Desactualización conceptual y técnica en relación a la rehabilitación en personas con enfermedad mental.	La discapacidad se sigue asociando a determinados diagnósticos y no a la evaluación funcional de las personas usuarias. Existe una tendencia a dirigir las acciones de rehabilitación a personas en situación de discapacidad permanente, en desmedro de aquellas personas que presentan discapacidades transitorias. El desarrollo de programas de rehabilitación es insuficiente y tiende a la cronificación de las personas usuarias en los servicios, con escasos avances en términos de inclusión social. Esto se ve agravado por la insuficiente participación del intersector en la resolución de otras necesidades no sanitarias, pero esenciales, para alcanzar la inclusión en la comunidad y que sobrecargan la demanda del sector salud. Por otra parte, existen mecanismos de pago asociados a prestaciones específicas, sin medición de resultados en materia de rehabilitación.
Insuficiente implementación del Modelo de Salud Familiar en los equipos de Atención Primaria.	Aún es posible observar que los factores psicosociales no son abordados por el equipo de salud de cabecera y que predomina un enfoque de atención individual.
Las exigencias que imponen las Garantías Explícitas en Salud producen fragmentación de la atención integral de las personas.	Se prioriza la evaluación por médico especialista, privilegiando la atención de profesionales médicos y psicólogos que aborden patologías garantizadas. Esto fragmenta la atención de las personas, impidiendo su abordaje integral.
Persistencia de personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos.	Si bien, la institucionalización en hospitales se ha reducido en cerca de un 70%, persisten más de 400 personas en condiciones de institucionalización, aun cuando podría egresarse a un importante número de ellos. Esta situación se vincula al insuficiente desarrollo de dispositivos residenciales para perfiles de alta complejidad.
Alta concentración de camas de corta estadía en hospitales psiquiátricos.	Esto limita el acceso a servicios sin discriminación, integrados al conjunto de recursos de apoyo clínico y diagnóstico, y de especialidades, al igual que el resto de la población. Esta situación ha inhibido el desarrollo de unidades de corta estadía en hospitales generales, disponibles en los territorios de vida de las personas y donde estas puedan acceder a servicios para resolver el conjunto de sus necesidades de salud.
Insuficiente desarrollo de la psiquiatría de enlace.	Necesario para el abordaje de enfermedades mentales en personas con patologías somáticas y el adecuado manejo de estas enfermedades en personas con enfermedades mentales, especialmente en personas con patologías crónicas.

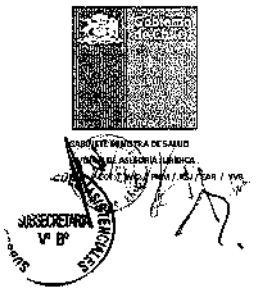
Dimensión Seguridad

NUDO CRÍTICO	DESCRIPCIÓN DEL NUDO CRÍTICO
Desactualización de la normativa en salud mental.	De acuerdo a las realidades locales y la evidencia disponible.
Poca consideración de los riesgos ocupacionales y psicosociales que corren los trabajadores de salud mental.	Esto implica capacitar respecto a las normativas y definir estrategias de prevención, protección y manejo de los riesgos ocupacionales, ya sea desde los departamentos de Salud Mental o de Salud Ocupacional de MINSAL y Servicios de Salud. Las condiciones de infraestructura no siempre garantizan la seguridad de los equipos, exponiéndolos a riesgos para su salud integral.
Uso excesivo de medidas de aislamiento y contención en la hospitalización.	Se detecta cerca de un 25% de personas usuarias que experimentan, al menos, una situación de aislamiento y/o contención en Unidades de Corta Estadía en Hospitales Generales. Este porcentaje se eleva a un 50% en UCE de hospitales psiquiátricos, muy por sobre la media de otros países.
Discontinuidad del programa de mejora continua.	Su discontinuidad ha afectado la permanente detección y abordaje de nudos críticos en forma oportuna, aspecto clave para la seguridad y la mejora en la atención de la población.
Ausencia de un sistema de seguimiento de los efectos adversos de los fármacos.	Su ausencia no permite identificar interacciones farmacológicas negativas oportunamente
Funcionamiento deficiente del sistema de asistencia farmacéutica.	Este sistema no responde eficientemente a las necesidades de la población con tratamiento farmacológico, lo que afecta la continuidad del tratamiento y su adherencia. Particularmente, se observan deficiencia en la asistencia farmacéutica para la población perteneciente a territorios rurales, la que tiene grandes dificultades para disponer de sus fármacos mensualmente.

Anexo N°3. Pauta de Cotejo para Supervisar Cumplimiento de Derivación Asistida

NOMBRE PERSONA DERIVADA	
Nombre del equipo que realiza derivación y persona que la realiza	
Nombre del equipo que recepciona derivación y persona que la realiza	
Fecha de aplicación pauta de cotejo	

ASPECTOS EVALUADOS	SI	NO
Equipo derivador informa a persona, familia y/o red de apoyo sobre proceso de derivación asistida y queda registro en ficha clínica.		
El informe de derivación incluye Identificación de la persona: nombre, Rut, edad, dirección, teléfono, centro de APS, identificación de la red de apoyo.		
El informe de derivación incluye diagnóstico integral, resultados de las intervenciones realizadas, plan de continuidad del cuidado y la atención, para el nodo o punto de atención al cual es referida la persona.		
Se realiza una vinculación y coordinación formal y efectiva con el nodo o punto de atención, al cual se deriva por medio de contacto telefónico, correos electrónicos y presenciales para presentar antecedentes.		
Se realizan reuniones entre equipos, para asegurar la continuidad de cuidados y atención de la persona referida.		
Los espacios de intercambio de información son formales y de mutuo acuerdo respecto a fechas y horario.		
Se desarrollan estrategias de intervención conjunta, que faciliten una continuidad de cuidados, considerando todos aquellos aspectos bio-médicos, sociales, familiares, y conductuales-afectivos de la persona usuaria.		
Equipo que recibirá a la persona referida informa sobre hora de ingreso e información sobre acceso a nodo o punto de atención y documentación requerida al equipo derivador.		
Equipo que recibirá a la persona referida informa sobre hora de ingreso e información sobre acceso a nodo o punto de atención a persona, familia y/o red apoyo.		
Se realiza acompañamiento progresivo a las personas que lo requieran.		
Se cumplen criterios de egreso definidos y conocidos por la red.		
Se cumplen criterios de ingreso definidos y conocidos por la red.		
Entre ambos equipos coordinan el seguimiento de la persona para asegurar la continuidad de su cuidado y atención en el sistema de red integrado.		
En caso de no estar asegurada la continuidad de la atención en el otro nodo o punto de atención, se realizan acciones en el tiempo estimado para que no se produzca una discontinuidad, debiendo quedar establecido en la ficha clínica.		



APRUEBA "MODELO DE GESTIÓN DE LA RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN LA RED GENERAL DE SALUD".

SANTIAGO, 06 MAR 2018

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 296 /

VISTO, lo dispuesto en los párrafos segundo y tercero del numeral 9 del artículo 19 de la Constitución Política; en el artículo 1, 7 y 8 del DFL Nº1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº2.763 de 1979 y de las leyes Nº18.933 y Nº18.469; en los artículos 5°, 6° letra b) y d), 25 letra f) y 28 del Decreto Supremo N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de esta Cartera de Estado; Ley Nº 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad; Ley Nº 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud; Ley N° 18.600 establece normas sobre deficientes mentales; Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad, promulgada por Decreto Supremo Nº 201/2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores; lo solicitado en Memorándum C-21/ N° 208 de 29 de diciembre de 2017 de la Jefa de División de Gestión de la Red Asistencial; y la Resolución Nº1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO,

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar las acciones.

2. Que, si bien desde 1990 el Sistema de Salud chileno ha logrado grandes avances en materia de salud mental, con enfoque de Derechos Humanos, existe un aumento de personas con enfermedades mentales en el país.

3. Que, se requiere un modelo que evite la fragmentación de la oferta de servicios, articule la red de salud mental con la de salud en general y establezca una nueva forma de relacionarse con los usuarios (as), sus familias y la comunidad.

4. Que, la reciente actualización del Plan de Salud Mental realizada en el año 2017, hace necesario revisar las prácticas instaladas, las formas de financiamiento y los modelos de atención que actualmente están ejecutándose para lograr resultados exitosos en las necesidades de salud mental de la población.

5. Que, por lo anteriormente señalado, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **APRUÉBASE** el documento denominado "Modelo de Gestión de la red Temática de Salud Mental en la red General de Salud", cuyo texto se adjunta y forma parte de la presente

resolución, el que consta de 352 páginas, todas ellas visadas por la Jefatura de la División de Gestión de la Red Asistencial.

2. **PUBLÍQUESE**, por el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el texto íntegro de "Modelo de Gestión de la red Temática de Salud Mental en la red General de Salud", y el de la presente resolución en el sitio www.minsal.cl, a contar de la total tramitación de esta última.

3. **REMÍTASE** un ejemplar de "Modelo de Gestión de la red Temática de Salud Mental en la red General de Salud", a los Servicios de Salud y a las Secretarías Regionales Ministeriales del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
MINISTRA

DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:
- Jefe de Gabinete Ministra de Salud
- Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud Pública
- Jefe de Gabinete Subsecretaria de Redes Asistenciales
- Directores de los Servicios de Salud del país
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del país
- Jefe de División Prevención y Control de Enfermedades
- Servicio Nacional de la Discapacidad
- División Jurídica
- Oficina de Partes