



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

40 anos
NOVA

MEDICAL
SCHOOL
FACULDADE
DE CIÊNCIAS
MÉDICAS

Salud Mental en Nivel Primario de Atención en el contexto del Modelo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitario en el Area Occidente de Santiago, Chile

Diagnóstico de Situación, Desafíos y Recomendaciones

***MSc Thesis in Mental Health Policy and Services by Ms. Daniela Rivera Espinoza
Supervised by Prof. José Miguel Caldas de Almeida***

Nova Medical School, Nova University of Lisbon Portugal

***In collaboration with World Health Organization, Department of Mental Health and
Substance Dependence***

Marzo, 2018

TABLA DE CONTENIDOS

Agradecimientos	3
Abstract (Inglés)	4
Resumen (Español)	5
Resumo (Portugués)	6
<u>Resumen Ejecutivo</u>	7
Propósito	7
Método	9
Resultados	15
Discusión	16
Recomendaciones	
<u>Introducción y contexto</u>	
Breve mirada al Sistema de Salud en Chile	22
Territorio del Sistema de Salud Occidente	25
Población del Servicio de Salud Occidente	26
La Red Asistencial Salud Occidente	27
Atención Primaria y Modelo de Salud Familiar	29
Salud Mental en Chile	31
Red de Salud Mental en el territorio del Servicio de Salud Occidente	37
<u>Objetivos</u>	43
<u>Metodología</u>	44
<u>Análisis de Resultados</u>	45
<u>Discusión y Recomendaciones</u>	78

Agradecimientos

Quisiera expresar mi más sincera gratitud a todos aquellos que me motivaron a emprender mi camino profesional en el ámbito de la salud mental, no sólo ha sido un descubrimiento intelectual, sino también profundamente emocional y de crecimiento personal permanente. La gestión y la mirada de organización de servicios llegó casi sin darme cuenta y gracias al impulso del Dr. Rafael Sepúlveda, a quien le agradezco su confianza y empuje constante. En este camino, he visualizado la importancia de poder cultivar las dos caras de la moneda, la clínica y la gestión. Agradecer también al Dr. Ruben Alvarado y al Dr. Alberto Minoletti, quienes siempre han sido unos visionarios y entusiastas de la salud mental comunitaria. El Dr. Alvarado, además, tuvo la amabilidad de apoyarme en lo relacionado al uso y aplicación del instrumento EVARED para fines descriptivos, muchas gracias por su generosidad y aliento.

Me es imposible no agradecer a mis compañeros de la sexta versión del Master in Mental Health Policy and Services en la Universidad Nova de Lisboa, con quienes compartimos experiencias y también un profundo cariño que nos mantiene en contacto hasta el día de hoy. Así también, a todos aquellos quienes hicieron posible el inicio de este Master desde personas en Barcelona hasta Chile aportando con las ganas, la compañía, la energía, las traducciones, los datos y hasta las transferencias electrónicas, sin duda estos cierres de etapa nunca se logran en soledad.

Agradecer a los profesores Dr. José Miguel Caldas de Almeida, mi supervisor de tesis, y Dra. Gracia Cardoso, coordinadora de Master. Ha sido un placer aprender de su experiencia y haber podido compartir el proceso de trabajo en las intensas semanas en Lisboa. Gracias por su paciencia, comprensión y entusiasmo, siempre buscando que cada uno de nosotros lograra el mejor resultado posible, siempre pensando en las personas que eventualmente pudiéramos ayudar.

Agradecer al equipo de Salud Mental del Servicio de Salud Occidente, nos hemos acompañado en un año duro e intenso, me han permitido aprender de la gestión en la vida real y no ha sido fácil. En particular, gracias a Camila Vidal por su apoyo moral y último empuje en la recolección de datos cuando ya estaba contra el temido deadline.

Finalmente, agradecer a mi familia, mis abuelos, tías y primas; en especial a mi madre y mi hermana que me han acompañado incondicionalmente en todas las situaciones posibles y a quienes espero poder invitar a una tremenda celebración al cerrar este capítulo de mi vida profesional. Las quiero mucho.

Sinceramente,

*Daniela Rivera Espinoza
Danielariverae@gmail.com*

Abstract (English)

Psychiatric reform experiences have been highlighted during last decades due to its capacity to mark a development path for mental health that is more inclusive and integrated in the context of the community mental health model. Within these experiences with global impact we can find countries such as England or Italy, and important developments in Latin America and the Caribbean such as Brazil, Argentina (Rio Negro) and Chile. In the case of Chile, although the installation of community mental health does not have frontiers of reform as in the mentioned experiences, a differentiating element is distinguished: the integration of mental health in primary care. Primary health care in Chile has had a great development since Caracas Declaration and from there it intends to integrate, not without difficulties, mental health in general health, a pattern that will be reproduced in the following levels of care to achieve an adequate transit and continuity of care for people within the health care network. This work aims to characterize the presence of mental health in the primary care level in the western sector of Santiago de Chile. To this end, a compilation of bibliographic data has been carried out, accompanied by the application of EVARED instrument version 2016, a tool developed and validated by the University of Chile. In parallel, some relevant aspects of mental health in primary care were obtained from the national statistical program (REM¹). The information collected aims to provide a state of mental health at the primary care level in a territorial area of Santiago with a wide geographic dispersion, massive populations, groups of significant social vulnerability and high dependency rates of the public health system. The main points addressed in this thesis examine advances in the area and at the same time seeks to propose new challenges and opportunities to improve access and quality of mental health care. In addition, it provides a critical view of the barriers detected in the health system that surround and restrict the current and future development of mental health networks, as well as the improvement of community-based services in primary care for most vulnerable people in our society.

Key words

Mental health, Organization of mental health services, Primary care, Family health model, integration of mental health, community mental health model, Chile.

-
1. REM: Monthly Statistical Summaries (REM) correspond to a national statistical information system. The system constitutes the official source for capturing the basic data that are required for central and local management. This information allows to know health activities granted to the population within public system of care.

Resumen (Spanish)

En los procesos de reforma psiquiátrica en el mundo se han destacado experiencias que han marcado un camino de desarrollo para la salud mental más inclusiva e integrada en el contexto del modelo de salud mental comunitario. A las experiencias con impacto global como las registradas en Inglaterra o Italia, se suman algunas experiencias en América Latina y el Caribe como Brasil, Argentina (Río Negro) y Chile. En el caso chileno, si bien la instalación de la salud mental comunitaria no alcanza ribetes de reforma como en las experiencias mencionadas, sí se distingue un elemento diferenciador: la integración de la salud mental en la atención primaria de salud. La atención primaria de salud en Chile ha tenido gran desarrollo desde la Declaración de Caracas y desde allí pretende integrar, no exento de dificultades, la salud mental a la salud general, patrón que se reproducirá en los siguientes niveles de atención con miras a un adecuado tránsito y continuidad de cuidado de las personas en la red de salud. Este trabajo pretende caracterizar la presencia de la salud mental en el nivel primario de atención en el sector occidente de Santiago, Chile. Para ello se ha realizado una recogida de datos bibliográficos para contexto, acompañados de la aplicación del instrumento EVARED versión 2016, herramienta desarrollada y validada por la Universidad de Chile. Paralelamente, se reunió información contenida en el programa estadístico nacional (REM¹) con aspectos relevantes de la salud mental en el nivel de atención estudiado. La información recabada persigue otorgar un estado de situación de la salud mental en el nivel primario en un área territorial de Santiago con amplia dispersión geográfica, poblaciones populosas, grupos de vulnerabilidad social importantes y altos índices de dependencia del Sistema Público de Salud. Las principales aristas abordadas en esta tesis examinan los avances en la materia y al mismo tiempo se busca proponer nuevos desafíos y oportunidades de crecimiento para mejorar el acceso y calidad a la atención de salud mental. Esta tesis apunta tanto a las brechas en la provisión de servicios así como a las oportunidades. Además, aporta una mirada crítica de los barreras detectadas en el sistema de salud que rodean y restringen el desarrollo actual y potencialmente futuro de las redes de salud mental, así como la mejora de los servicios basados en la comunidad en la atención primaria para las personas más vulnerables de nuestra sociedad.

Palabras clave

salud mental, organización de servicios, atención primaria, modelo de salud familiar, integración salud mental, salud mental comunitaria Chile.

-
1. REM: Los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) corresponden a un sistema de información estadística de carácter nacional, constituyen la fuente oficial para la captación de los datos básicos que son requeridos para la gestión central y local, permitiendo conocer las atenciones y actividades de salud otorgadas a la población en los establecimientos de la Red Asistencial.

Resumo (Português)

Nos processos de reforma psiquiátrica a nível mundial destacaram-se experiências que construíram um caminho de desenvolvimento na saúde mental mais inclusivo e integrado no contexto do modelo de saúde mental de base comunitária. Às experiências de impacto global como as registradas em Inglaterra e na Itália, somam-se algumas experiências na América Latina e Caribe, as do Brasil, Argentina (Rio Negro) e Chile. No caso chileno, ainda que a implementação de uma saúde mental de base comunitária não tenha o mesmo alcance que o das experiências de reforma mencionadas, encontra-se um elemento diferenciador: a integração da saúde mental nos cuidados primários de saúde. No Chile, os cuidados primários de saúde desenvolveram-se muito desde a Declaração de Caracas e, apesar das dificuldades encontradas, procurou-se desde então integrar a saúde mental nos cuidados primários; padrão que se veio a reproduzir nos seguintes níveis de cuidados do modo a desenvolver um percurso e continuidade adequados nos cuidados prestados às pessoas pela rede de serviços. Este trabalho tem como objetivo caracterizar a presença da saúde mental no nível de cuidados primários no setor ocidental de Santiago, no Chile. Para tal, foi feita uma colheita de dados bibliográficos para a devida contextualização e foi conduzida a aplicação do instrumento EVARED, versão 2016, que é uma ferramenta desenvolvida e validada na Universidade do Chile. Paralelamente, foram reunidas informações presentes no programa estatístico nacional (REM)¹ sobre aspectos relevantes da saúde mental no nível de cuidados estudado. As informações colhidas visam apresentar o estado atual da saúde mental no nível primário numa área territorial de Santiago caracterizada por ampla dispersão geográfica, povoações populosas, com grupos de importante vulnerabilidade social e com altos índices de dependência do Sistema Público de Saúde. As principais questões abordadas nesta tese examinam os avanços nessas questões e, ao mesmo tempo, buscam propor novos desafios e oportunidades de crescimento para melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde mental. Esta tese indica as oportunidades e as brechas na prestação de serviços. Além disso, apresenta uma visão crítica das barreiras detectadas no sistema de saúde que entram e restringem o desenvolvimento atual e potencialmente futuro das redes de saúde mental, bem como a melhoria dos serviços de base comunitária na atenção primária para as pessoas mais vulneráveis da nossa sociedade.

Palavras-chave

Saúde mental, organização de serviços, cuidados primários, modelo de saúde familiar, integração da saúde mental, saúde mental comunitária Chile.

-
1. REM: Os Resumos Estatísticos Mensais (REM) são um sistema de informações estatísticas de caráter nacional e constituem a fonte oficial para a captação dos dados básicos que são necessários para a gestão central e local, permitindo conhecer as atenções e atividades de saúde oferecidas à população nos serviços da Rede Assistencial.

Resumen Ejecutivo

Propósito

Este trabajo pretende llamar la atención de los tomadores de decisión local, especialmente en el nivel de la mesogestión del área occidente de Santiago y las comunas que lo componen. Se busca visualizar la situación actual del abordaje de la salud mental en la atención primaria, puerta de entrada a las redes de servicios de salud, y la necesidad de apoyar su completo desarrollo e integración a la salud general. Secundariamente, este trabajo viene a constituirse como una herramienta local para favorecer la gestión de recursos, así como relevar el tema para impulsar su priorización. Se pretende también entregar recomendaciones de desarrollo para continuar con la profundización e instalación de prestaciones de salud mental integral, cercana a las personas, en contexto del modelo de salud mental y psiquiatría comunitario. El siguiente informe contempla un diagnóstico de aspectos destacados de la presencia de la salud mental en las redes de atención primaria de salud en el área Occidente de Santiago de Chile, esto es, un conjunto de servicios que se ofrecen a la población beneficiaria del sistema público de salud, los recursos con los que se cuenta para ello y su comunicación con la red ambulatoria de especialidad en psiquiatría con enfoque territorial.

Método

Trabajo de corte descriptivo. Los métodos utilizados para consolidar información relevante de salud mental en atención primaria fueron diversos. Inicialmente se aplicó el instrumento EVARED versión 2016 desarrollado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile¹. El objetivo de esta herramienta es recoger información sobre elementos centrales del modelo comunitario a modo de caracterizar la organización de las redes de salud mental en los tres niveles de atención. Se ha utilizado la primera parte, redes en atención primaria, compuesta de cuatro ámbitos. Las encuestas fueron enviadas en formato electrónico a los encargados de salud mental de los 32 centros de salud familiar² que componen el territorio del Servicio de Salud Occidente³. El proceso de solicitud y recogida de datos se realizó durante el segundo semestre del 2017 vía electrónica y fue apoyado por un ordinario oficial del Servicio de Salud enviado a las comunas que componen su territorio. De los centros encuestados, se obtuvo respuesta de 30, los que finalmente fueron considerados para los resultados. Las respuestas se obtuvieron también vía electrónica y se confirmó la información entregada vía telefónica cuando fue pertinente.

1. Instrumento desarrollado por Prof. Rubén Alvarado, psiquiatra y académico de salud pública de la Universidad de Chile. El instrumento consta de tres partes. La primera parte recoge información de atención primaria y es la que se ha utilizado en este trabajo.

2. Centro de Salud Familiar (CESFAM): Centros que proporcionan cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud; atienden en forma ambulatoria. Enfatizan la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, da importancia a la participación comunitaria, trabaja con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital.

3. Un Servicio de Salud, tiene por rol generar una adecuada articulación y apoyo al desarrollo y gestión de la red asistencial correspondiente. El Servicio de Salud Occidente corresponde a uno de los 29 Servicios de Salud en el país, ubicado en la zona Occidente de Santiago, Región Metropolitana, Chile. Su territorio se encuentra compuesto por diversas comunas (división administrativa menor y básica del país).

Tabla 1: Información recogida en el marco de aplicación EVARED v. 2016. Sección 1 del instrumento: Caracterización del la red de salud mental en el nivel primario de salud. (Anexo 1)

<p>Ambito 1: Caracterización de la red de salud mental y aspectos organizacionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de los dispositivos de salud mental. Indicando cuál de ellos desarrolla funciones de atención ambulatoria especializada de salud mental, rehabilitación psicosocial y/o hospitalización diurna. • Existencia de Encargado salud mental en el centro • Flujo de derivación de un usuario desde el nivel primario de atención a su referente en nivel de atención secundaria. Trazadora: Primer episodio esquizofrenia.
<p>Ambito 2: Accesibilidad desde centro de atención primaria a atención ambulatoria especializada en su territorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo estimado de transporte caminando • Tiempo estimado de transporte por locomoción colectiva • Cuál y cuantos medios son necesarios para llegar desde el centro de nivel primario al centro de especialidad del nivel secundario (trazadora:Esquizofrenia primer episodio). • Dinero requerido
<p>Ambito 3: Caracterización de los centros de APS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si se realizó dispensación y/o control de antipsicóticos • Realización de consultoría psiquiátrica en el CESFAM • Frecuencia de la consultoría • Realización de la consultoría siempre por el mismo psiquiatra interconsultor • Seguimiento del caso referido al especialista por el mismo psiquiatra interconsultor
<p>Ambito 4: Consejos Técnicos de la Red</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realización periódica de los consejos técnicos de la red • Si se realizó una planificación y evaluación de las actividades realizadas en los consejos técnicos de la red. • Planificación de reuniones extrasectoriales en beneficio de las personas con diagnóstico de EQZ² • Si en dichas reuniones participaron representantes de los usuarios o familiares y si su participación fue con voz y voto.

1. APS: Centro de Atención Primaria de Salud 2. EQZ: Esquizofrenia

Posteriormente, para complementar la información anterior, se realizó recogida de datos de salud mental en atención primaria disponibles en las plataformas estadísticas REM¹ e información consolidada por la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Para el apartado de recursos humanos de salud mental disponibles en atención primaria fue necesario solicitar información complementaria a los centros a través de una planilla estándar.

Algunos de los aspectos recogidos en REM están también contenidos en la herramienta generada por la OMS “Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental” y conocido más frecuentemente por la sigla en inglés WHO-AIMS (también llamado OMS-IESM), la cual ha sido utilizada internacionalmente hace más de una década². Este instrumento fue aplicado en Chile el año 2012, contando hoy con el segundo informe de junio 2014. Esto permitiría, para algunos ítems, generar comparaciones con lo medido a nivel nacional el año 2012.

Los aspectos recogidos en el registro estadístico mensual (REM) abarcan las siguientes áreas:

Tabla 2: Aspectos recogidos de REM e Información de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud.

Población bajo control de salud mental y cobertura	Movilidad de la población bajo control Razón Ingreso vs. Altas
Recurso Humano disponible en APS ⁽³⁾	Concentración de atenciones por profesionales
Medicamentos disponibles en atención primaria.	Reuniones con organizaciones de usuarios y familiares
Capacitaciones personal APS ⁽³⁾	

Resultados

El territorio del Servicio Occidente cuenta con 15 comunas distribuidas en 3 provincias y una población cercana al millón de habitantes. La red de salud mental se inserta en la red de salud general. La red de salud mental ha sido dividida el 2017 en 4 micro áreas de desarrollo debido a sus características territoriales pero también a aspectos diferenciadores en brechas y oportunidades. Estas microareas se corresponden con las provincias y serán detalladas más adelante. El resumen de resultados no considera la division por microareas.

Parte 1: EVARED Versión 2016.

Del total de centros de atención primaria, 30 contestaron la encuesta EVARED v2016. El resumen de resultados por ámbitos es el siguiente:

-
1. REM: Los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) corresponden a un sistema de información estadística de carácter nacional, constituyen la fuente oficial para la captación de los datos básicos que son requeridos para la gestión central y local, permitiendo conocer las atenciones y actividades de salud otorgadas a la población en los establecimientos de la Red Asistencial.
 2. “Sistema de Salud Mental en Chile. WHO AIMS”, segundo informe. Junio 2014. Ministerio de Salud, Chile.
 3. APS: Centro de Atención Primaria de Salud.

Ambito 1: Caracterización de la red de salud mental y aspectos organizacionales

<p>Listado de los dispositivos de salud mental. Indicando cuál de ellos desarrolla funciones de atención ambulatoria especializada de salud mental, rehabilitación psicosocial y/o hospitalización diurna.</p>	<p>La red de salud mental de Santiago Occidente se organiza en 34 centros de atención primaria¹). Para atención en salud mental del nivel secundario, la red cuenta con diferentes centros de diversa dependencia administrativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nueve centros comunitarios de salud mental -Un centro de referencia en salud² (CRS) -Cuatro Hospitales generales con prestaciones ambulatorias de salud mental variables. -Un Hospital de día Infante Juvenil -Un hospital general con servicio de hospitalización para población infante adolescente y adultos. <p>La red incluye cinco hogares y nueve residencias protegidas. No existen centros exclusivos de rehabilitación psicosocial, este ámbito está inserto dentro de las prestaciones de los Centros de Salud Mental Comunitario, y CRS.</p>
<p>Existencia de Encargado salud mental en el centro de atención primaria</p>	<p>Todos cuentan con un profesional con funciones de encargado de salud mental</p>
<p>Flujo de derivación de un usuario desde atención primaria de salud¹ a su referente en nivel de atención secundaria para primer episodio esquizofrenia</p>	<p>Al explorar las comunicaciones con el nivel secundario para la prestación esquizofrenia primer episodio GES³ (trazadora para este ámbito), la mayoría de ellos debe derivar al hospital general, pues los centros de salud mental comunitarios no cuentan con esta prestación, a excepción de uno. La lejanía con el dispositivo de referencia supone una barrera para el avance en integración de la salud mental en red.</p>

Ambito 2: Accesibilidad desde APS a atención ambulatoria especializada en su territorio

<p>Tiempo estimado de transporte caminando.</p> <p>Tiempo estimado de transporte por locomoción colectiva.</p> <p>Cuál y cuantos medios son necesarios para llegar desde APS al centro secundario.</p> <p>Dinero requerido</p>	<p>En relación a la accesibilidad desde los centros de atención primaria al dispositivo que brinda la atención para esquizofrenia primer episodio, los tiempos de traslado en locomoción colectiva fluctúan entre 15 y 90 minutos. Sólo un Centro describió la ruta a pie, la cual tomaría 4 minutos, esto coincide con el único centro de salud mental comunitaria que atiende esta patología en régimen GES. A todos los centros es posible llegar utilizando un medio de transporte y el costo fluctúa entre 1 y 3,28 dólares para un tramo. Los mayores tiempos de traslado y costos se corresponden con el área más alejada, la provincia de Melipilla.</p>
--	--

1. Predominantemente CESFAM. No considera otros centros que proveen prestaciones en nivel primario. Los cuales serán detallados más adelante.
2. Centro de Referencia en Salud (CRS): Centro ambulatorio inserto en las comunidades. Cuenta con prestaciones de especialidad. En salud mental su modelo de trabajo es cercano al biomédico más que al comunitario.
3. GES: Régimen de Garantías Explícitas en Salud, está vigente desde el 1 de julio de 2005. Son beneficiarios los cotizantes o afiliados al sistema público y privado. Para patologías determinadas otorga las siguientes garantías: Acceso: Obligación del sistema público y privado de asegurar las prestaciones de salud, Oportunidad en la atención: establece un plazo máximo para la atención, Calidad: prestador registrado o acreditado, protección financiera: pago compartido (co pago) y protegido por el asegurador. Las personas con diagnóstico de esquizofrenia previo al 2005 son catalogados como esquizofrenia no GES y no son consideradas como trazadoras en EVARED v2016.

Ambito 3: Caracterización de los centros de atención primaria.

Dispensación y/o control de antipsicóticos	La mayoría de los centros declaran despachar antipsicóticos. Sólo 4 centros mencionan que no cuentan con esta prestación. Los antipsicóticos más despachados son: clorpromazina, haloperidol y risperidona.
Realización de consultoría psiquiátrica ¹ en el centro de atención del nivel primario.	La mayoría de los centros declara realizar consultorías psiquiátricas en adultos. Sólo 6 centros de atención primaria encuestados no realizan. Los centros que no cuentan con consultoría cuentan con hospital general como red de nivel secundario (atención ambulatoria de especialidad) y en todos los casos, este centro hospitalario está alejado del nodo de nivel primario. Es importante destacar que no todas las consultorías realizadas cumplen los criterios de calidad ¹ desarrollados por el Ministerio de Salud. Las consultorías para población infanto juvenil son irregulares debido, entre otros, a la menor disponibilidad de psiquiatras infanto juveniles.
Frecuencia de la consultoría	La mayoría de los centros declaran realizar la consultoría de manera mensual entre marzo y diciembre, diferenciadas entre adultos e infanto juveniles, cuando estas últimas ocurren. Sin embargo, varios de ellos las implementaron por primera vez de manera regular durante el 2017 y en algunos centros aún se reúnen en el centro de atención secundario.
Realización de la consultoría siempre por el mismo psiquiatra interconsultor	En este ítem las respuestas son diversas. 15 centros declaran que mantienen el mismo psiquiatra interconsultor. 9 centros tienen dificultades en la constancia de los psiquiatras interconsultores.
Seguimiento del caso referido al especialista por el mismo psiquiatra interconsultor	15 centros identifican que el seguimiento de los casos derivados se realiza por el mismo psiquiatra interconsultor. En 9 centros la continuidad de la atención la realiza otro médico psiquiatra.

-
1. Consultoría: Se define como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad ambulatoria en salud mental (en este caso, indistintamente nivel secundario) y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales⁽²⁾. El año 2016 el Ministerio de Salud publicó Orientaciones Técnicas para una consultoría de calidad, características que serán detalladas más adelante.

Ambito 4: Consejos Técnicos de la Red¹ de Salud Mental

Realización periódica de los consejos técnicos de la red	La mayoría de los centros de atención primaria identifican la realización periódica de los consejos técnicos de la red desde el 2017.
Si se realizó una planificación y evaluación de las actividades realizadas en los consejos técnicos de la red.	Sí se realiza, desde el 2017.
Planificación de reuniones extrasectoriales en beneficio de las personas con diagnóstico de EQZ	Sólo dos centros de atención primaria reconocieron haber realizado reuniones con el intersector en beneficio de las personas con esquizofrenia.
Si en dichas reuniones participaron representantes de los usuarios o familiares y si su participación fue con voz y voto.	No participaron usuarios ni familiares en las reuniones o consejos técnicos de la red.

Parte 2: Caracterización de salud mental en centros de salud familiar con datos del registro estadístico mensual (REM) e información otorgada por la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud.

Población bajo control de salud mental y cobertura	La población inscrita por centro va desde 4.856 personas en el CESFAM de María Pinto (Provincia más alejada y con población rural) y 60.581 en Pudahuel Estrella (Provincia de Santiago, una de las comunas más populosas de la capital). El porcentaje de personas bajo control del total de personas inscritas en el centro de salud fluctúa entre un 1,18% en centro Pudahuel La Estrella y un 7,1% en centro Andes. Al considerar el IAAPS ⁽²⁾ cuyo corte mínimo 2017 es 17% de población bajo control se observa un porcentaje de cumplimiento mínimo.
--	--

1. 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 este. 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, representantes de usuarios y familiares y referentes del servicio regional ministerial. 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⁽³⁾.
2. IAAPS: El “Índice De Actividad De La Atención Primaria”, establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona aplicando rebajas presupuestarias ante los incumplimientos. Las prestaciones que evalúa se definen en el Decreto N° 154 (2017) el cual determina el aporte estatal a municipalidades y es firmado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Desarrollo Regional. Meta N° 12. Cobertura Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años. Fuente: Orientaciones Técnicas IAAPS, MINSAL. Chile

<p>Movilidad de la población bajo control Razón Ingreso vs. Altas⁽¹⁾</p>	<p>La razón ingresos vs altas fluctúa entre un 0,34 en CESFAM² Cerro Navia, a 11,6 en CESFAM Andes. Ambos datos dan cuenta de una situación posiblemente irregular desde la gestión. En el primer caso se ha registrado un egreso masivo de población bajo control. En el segundo, la razón nos indica que por cada 11,6 ingresos se produce 1 alta lo que se corresponde con la mayor población bajo control identificada en el territorio para un centro de atención primaria, probablemente con tendencia a la cronicidad.</p>
<p>Recurso Humano disponible en atención primaria de salud</p>	<p>El número de médicos y horas destinadas a salud mental es irregular e insuficiente.</p> <p>El número promedio de psicólogo/a por centro es de 3,36, fluctuando entre 1 y 6. En el Informe WHO AIMS 2014 se estableció que existía un promedio de 2,9 psicólogos por CESFAM.</p> <p>El promedio de horas semanales de psicólogo/a por centro es de 126,5 horas. En el Informe WHO AIMS 2014 se registró un promedio de 94,7 horas semanales por centro. Lo cual, con ciertas limitantes, posicionaría el territorio con un promedio mayor al nacional para estos ítems.</p> <p>El número promedio de trabajadores sociales por centro es de 2 profesionales y el promedio de horas por semana corresponde a 27, 11 horas.</p> <p>La presencia de terapeuta ocupacional es escasa y solo se reporta en 4 centros, en uno de ellos con jornada completa y en 3 con jornada parcial.</p> <p>Se reportan técnicos en rehabilitación en 3 centros y sólo en un centro se reporta la presencia de un agente comunitario³.</p>

1. Razón ideal: 1 : 1. Por cada 1 ingreso se produce 1 alta. Se refiere a la movilidad de la población bajo control.
2. Centro de Salud Familiar (CESFAM): Centros que proporcionan cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud; atienden en forma ambulatoria. Enfatizan la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, da importancia a la participación comunitaria, trabaja con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital.
3. Los agentes de salud comunitarios proporcionan educación sanitaria y referencias para una amplia gama de servicios. Proporcionan apoyo y asistencia a las comunidades, familias e individuos con medidas preventivas y de salud para mejorar el acceso a salud curativa y a los servicios sociales. Crean un puente entre los proveedores de salud, servicios sociales y comunitarios; y las comunidades que pudieran tener dificultades para acceder a estos servicios.

<p>Concentración de atenciones por profesionales⁽¹⁾</p>	<p>La concentración de atenciones registrada como prestaciones de salud mental es baja. Varios centros registran menos de 1 atención anual de médico por persona bajo control, siendo el máximo 4 atenciones anuales. El promedio de todos los centros es de 1,34 atenciones de médico anuales por persona bajo control de salud mental. Lo cual es parece insuficiente.</p> <p>En el caso de las atenciones por psicólogo se registran un promedio de 2 atenciones anuales por psicólogo por paciente. Fluctuando entre 6 atenciones y menos de 1 al año por persona bajo control de salud mental.</p> <p>El registro de atenciones por trabajador/a social es aún menor consignándose una concentración menor al 1 en todos los centros que presentaban este registro. 8 centros no poseen registro de estas atenciones.</p> <p>Las atenciones por terapeuta ocupacional y enfermera son esporádicas e irregulares.</p>
--	---

<p>Medicamentos disponibles en atención primaria.</p>	<p>El Ministerio de Salud cuenta con un arsenal farmacológico de atención primaria obligatorio, el cual incluye medicamentos antipsicóticos, antidepresivos de primera línea de tratamiento y benzodiazepinas.</p> <p>Para complementar lo anterior, el Ministerio de Salud ha promovido el traslado de fármacos más complejos desde atención secundaria (de hospitales) a centros de atención primaria cuando el paciente esté compensado. Este recurso no ha sido utilizado aún en el área de salud mental del territorio del Servicio Occidente.</p>
---	---

1. Concentración de atenciones: Número de veces que se ha atendido a una persona bajo control al año. Se calcula en base al número total de prestaciones registradas divididas por el número de personas bajo control. Lo esperado para el nivel primario de atención es alrededor de 4 atenciones al año por profesional, aunque puede variar dependiendo de la severidad, complejidad y vulnerabilidad de cada caso.

Reuniones con organizaciones de usuarios y familiares	En atención primaria sólo 6 centros registran la reuniones con usuarios y familiares.
Capacitaciones del personal de atención primaria	Las capacitaciones realizadas desde el Servicio de Salud se han ejecutado en el marco de la estrategia MhGap durante los años 2016 y 2017. En esta estrategia se ha priorizado el entrenamiento de personal sanitario que no trabaja habitualmente la temática de salud mental (ejemplo: matronas o enfermeras). Paralelamente algunas comunas realizan capacitaciones locales.

Discusión

Es conocida la lucha permanente de las personas afectadas por problemas de salud mental, profesionales, agentes internacionales y de abogacía para impulsar el desarrollo de la salud mental en el mundo, sobretodo en el marco del modelo comunitario. En Chile, este impulso no ha cesado desde el retorno a la democracia en la década del 90. El sistema de salud en Chile, centrado en la atención primaria, promueve el abordaje cercano de las problemáticas de salud de las personas, de una manera integral y oportuna. En el ámbito de la salud mental la apuesta es grande y compleja, a la par del crecimiento de la atención primaria, se espera impulsar el avance concomitante de la salud mental en este nivel de atención, a modo de poder desarrollar desde la base una red de salud mental inserta en la salud general en todos los niveles de atención. Este proceso a nivel nacional ha tenido un desarrollo dispar. A la luz de los resultados obtenidos con este trabajo, el territorio Occidente de Santiago presenta ciertas ventajas como la territorialidad, el despliegue de centros de atención primaria, la presencia de centros de salud mental comunitario y otros de respuesta de nivel secundario, el acceso a servicios de hospitalización en hospital general, el impulso a la normalización de las consultorías como estrategia de articulación del nivel primario y secundario, la presencia de un recurso humano permanente y la disponibilidad farmacológica, entre otros. Sin embargo, es necesario reducir las brechas, que se concentran principalmente en la fragmentación de la red y en la escasa disponibilidad de recursos, las que asociados a debilidades en la gestión estratégica y falta de abogacía arrojan cifras poco favorables en cuanto a población bajo control, concentración de atenciones o movilidad de la población por la red que sin duda perjudican la calidad de las prestaciones otorgadas.

A nivel nacional durante el último período se ha desarrollado un trabajo intenso a nivel ministerial para intencionar y dirigir el desarrollo de las redes de salud mental con estándares claros y fundamentos sólidos. Es todo un desafío para la gestión sanitaria en esta zona de Santiago, el convencer a los trabajadores sanitarios, comprometer a las autoridades locales, innovar en nuevas estrategias y sumar esfuerzos para potenciar cada uno de los elementos necesarios para continuar co construyendo redes de atención en salud mental integral.

Recomendaciones para la Red de Salud Mental

En la tarea permanente de evaluar el desarrollo de la red e implementar estrategias de avance, es fundamental considerar todas las oportunidades disponibles. Algunas vías de desarrollo pueden depender de áreas ajenas a la salud mental pero complementarias, otras requerirán de una fuerte abogacía a nivel local, regional o nacional. El espectro de oportunidades en una red tan diversa, requiere no sólo de la participación de los profesionales dedicados directamente a la gestión, sino también del alineamiento, iniciativa y compromiso de los equipos clínicos, organizaciones de usuarios y familiares, sociedad civil, tomadores de decisión, entre otros.

Con la información recogida es posible aproximarse a recomendaciones para continuar con el fortalecimiento de la red de salud mental en su conjunto, con énfasis en los dispositivos de nivel primario y secundario:

- **Divulgación, comprensión, abogacía e internalización del Modelo de Salud Mental**

Comunitario: En todo orden de cosas, para el avance en una temática determinada no debemos perder oportunidad en conversar con las personas del territorio sobre su concepción de salud mental y cómo les gustaría o se imaginan un desarrollo adecuado en el marco de la salud pública. Desde la convicción personal y absoluta de que el modelo de salud mental comunitario engloba todas las aristas necesarias del tema, es que me parece una tarea constante socializar en qué consiste esta forma de hacer las cosas en salud mental, pues a pesar de los años que ha invertido el nivel central en introducirlo en salud, la realidad es que los equipos clínicos y nosotros mismos, las personas “de a pie” para las que pretendemos conquistar este avance, están (o estamos) aún muy alejados del concepto. Peor aún, es observado como una amenaza a modos de trabajo instalados, una brecha más de acceso o la desaparición del nivel de hospitalización. Estas ideas preconcebidas deben ser conversadas en todas las instancias posibles, levantar soluciones desde la base, identificar oportunidades, remar constantemente contra la desesperanza aprendida que se instala en diversos quehaceres o en nosotros también como personas consultantes.

La tarea es titánica si se piensa en la extensión de la red, pero como la unión hace la fuerza, las redes de salud mental no terminan en los límites del territorio. Una oportunidad a potenciar es la asociación con equipos de trabajo de mayor avance en la materia, Sociedades o Fundaciones afines, profesionales sensibilizados o agentes Ministeriales o de la Organización Panamericana de la Salud que concurran a las diferentes instancias de intercambio con las personas del área.

La normalización de la red de salud mental se ve favorecida por el reciente lanzamiento del Plan Nacional de Salud Mental 2017 -2025 y sus diversos Modelos de Gestión, documentos que en forma inédita para el país pretenden delinear con mayor profundidad las acciones necesarias para el avance homogéneo del Modelo de Salud Mental Comunitario a lo largo del país¹⁻².

1. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Ministerio de Salud. República de Chile.

2. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. Ministerio de Salud, República de Chile. 2017

- **Servicio de Salud – Departamento de Salud Mental:** A nivel de mesogestión, la labor del Servicio de Salud es promover la correcta articulación de la red, así como resguardar e impulsar su desarrollo. En esta tarea es crucial contar con un equipo unificado y coordinado en pro de un objetivo político-técnico correctamente delineado. Se hace necesario no sólo mantener una Unidad, como existe hoy, sino también avanzar hacia un Departamento de Salud Mental que sea capaz de ejercer una clara gobernanza y posicionar la temática en todas las áreas requeridas, con enfoque de curso de vida. La figura de Departamento presenta ventajas comparativas frente a la organización de Unidad, principalmente al aumentar su capacidad de decisión, reducir intermediarios innecesarios y visibilizar el tema a este nivel de gestión; administrativamente permite una organización más resolutive al no depender de otros Departamentos. No debe ser olvidado que la organización de un Departamento, independiente de su temática, conlleva inherentemente un riesgo paradójico de perder la transversalidad, esto debe estar sobre la mesa y debería quedar suficientemente resguardado en la visión, misión y protocolos de funcionamiento de este. Los profesionales que compongan el Departamento deben ser suficientes en número, los cuales a lo menos deben corresponder al número de microáreas (cuatro en este caso) y considerar recurso humano de apoyo administrativo, idealmente un administrador público que co dirija aspectos financieros, legales y de gestión documental. Parece necesario que los profesionales del Departamento se organicen por microareas, en donde cada uno de ellos lidere los avances de un territorio e impulse la coherencia de la red tanto interna como externa. Paralelamente, los profesionales del área de la salud mental referentes técnicos del Departamento, no deben perder su rol de referente técnico y optimizar su tiempo en función de esta labor y no funciones administrativas las cuales pueden apoyar mas no tomar completamente. Para ser referente técnico deben estar suficientemente capacitados y con trayectorias funcionarias que les permitan posicionarse no sólo desde la gestión sino también desde su experiencia clínica con los usuarios, equipos y comunidades. Lo anterior es importante, pues de otro modo no es posible guiar y anticipar las vivencias de los equipos clínicos en cuanto a sus requerimientos de gestión.

Específicamente, para gerenciar aspectos de salud mental en nivel primario se requiere un trabajo conjunto y organizado con la Subdirección de Atención Primaria y los diferentes programas del Ciclo Vital, así como el permanente intercambio y abogacía directa con los equipos Directivos de las Municipalidades de quienes dependen los centros de atención primaria.

Es un rol fundamental de un Departamento de Salud Mental potenciar la sinergia en el trabajo entre atención primaria y su centro de salud mental comunitario correspondiente, pues de este modo se facilita el abordaje de la salud mental en el nivel primario.

La conformación de Departamentos de Salud Mental se sugiere en los recientes lineamientos ministeriales.

- **Servicio de Salud – Financiamiento:** Si bien la financiación es un tema sensible en materias de salud, es necesario recalcar y recordar que la inversión seria en salud mental, tanto a nivel promocional como de tratamiento y rehabilitación, puede impactar fuertemente a la salud general de la población, desde allí el lema de lucha de la OMS “No hay salud sin salud mental”. Para mejorar las redes, promover salud y acercar las atenciones de salud mental a las personas, es requisito aumentar la inversión en salud mental a través

de las vías existentes y detectar oportunidades de expansión cada nuevo año presupuestario. En una lógica de recursos limitados, es imprescindible revisar periódicamente la distribución presupuestaria actual en cada nivel y nodo de atención puesto que será necesario clarificar lo destinado a hospitales a medida que se fortalezcan los Centros de Salud Mental Comunitarios y otros dispositivos ambulatorios territorializados. En esta misma lógica, el financiamiento debería considerar completar las prestaciones que hoy no se realizan en los Centros Comunitarios, como por ejemplo las garantías GES, que tienen alta demanda de la población pero que sin embargo en gran medida aún están instaladas solamente en Hospitales u centros similares.

Dada la dependencia Municipal de los Centros Comunitarios la instalación de un centro de costos ayudaría a definir de mejor manera brechas y mejor utilización de recursos.

A nivel nacional, es prioritario realizar un cambio de modelo de financiamiento desde uno centrado en las prestaciones con modelo biomédico, a uno más amplio y en línea con el abordaje integral que requieren las personas con dolencias de salud mental y que de cuenta de las labores hoy realizadas por los equipos clínicos y no suficientemente cubiertas.

- **Fortalecimiento del Modelo de Gestión Territorial con la creación de Consejos Técnicos de Salud Mental por microáreas:** Ampliar y mejorar las coberturas de salud mental en todos los ámbitos no puede realizarse sólo desde los equipos de macro o mesogestión, es fundamental la participación de la comunidad empoderada, de organización de usuarios y familiares y de los diversos equipos clínicos. Desde el Servicio de Salud se debe resguardar y potenciar espacios de intercambio técnico con miras a la gestión territorial. Si bien el año 2017 se han levantado Consejos Técnicos por microáreas, su instalación aún es débil, con participación activa dispar de los equipos clínicos y sin asistencia de equipos de alcohol y drogas y representantes de usuarios y familiares. Parece necesario reforzar en todos los niveles el rol e importancia de estas instancias y comprenderlas como espacios de toma de decisión local que tendrán impacto tanto en la mesogestión, como en la microgestión al aumentar la comunicación, abordaje y resolutivez en un territorio determinado.
- **Fortalecer la Salud Mental en Atención Primaria:** A la luz de los resultados de este levantamiento, se puede establecer que la instalación de las atenciones en salud mental en el nivel primario, el recurso humano y las estrategias instaladas, como consultorías, aún se encuentran en etapa de desarrollo incipiente. A fin de avanzar en estos aspectos, es necesario primero participar activamente en las programaciones anuales de actividad de los equipos de atención primaria en cada Municipio. Este proceso debe ser apoyado por la Subdirección de Atención Primaria y su ejecución y cumplimiento monitoreado y acompañado por el Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud siguiendo la lógica de organización por microáreas. La instalación de las atenciones de salud mental integral y por equipos multidisciplinarios, permitirá mejorar la calidad de las acciones realizadas, conformándose como una real alternativa de prevención, promoción, tratamiento o acompañamiento al sufrimiento psíquico de las personas. De este modo se espera que las acciones tengan mayor impacto sanitario y en lo particular cumplan un rol en el bienestar de las personas. Paralelamente, la abogacía con los tomadores de decisión Municipal debe ser fuerte, claro y sostenido, con levantamiento de planes de mejora concretos y continuos de resolución de brechas con recursos compartidos.

Es necesario constituir un apoyo a la microgestión que sea permanente y directo a los equipos clínicos de los CESFAM desde el Servicio de Salud y en alianza con los municipios. Se debe realizar un acompañamiento directo a cada equipo de CESFAM para socializar y comprender el estado de situación en terreno. Desde allí, promover su priorización a nivel local.

- **Desarrollo de los Centros de Salud Mental Comunitario:** Estos Centros, en conjunto con la atención primaria, están pensados para atender a la totalidad de las personas que requieran apoyo en salud mental con un abordaje integral. Los Centros Comunitarios de Salud Mental se levantan como el nodo en el que se instalan equipos multidisciplinarios fuertemente preparados para atender a aquellas personas con problemas de salud mental severos en contexto ambulatorio, convirtiéndose en uno de los pilares centrales de la red. Los nueve centros de salud mental del territorio descrito tienen diversas dependencias y financiamientos. Es necesario pensar y avanzar a una red de salud mental en donde la totalidad de los Centros dependan técnico-administrativamente del Servicio de Salud, abriendo posibilidades de desarrollo con recursos directos y gestión integrada, delineando el crecimiento fuera de la lógica Municipal, la cual es dispar entre las comunas y con mayores riesgos de precariedad. Desde estos Centros nace el apoyo directo a los equipos de atención primaria que realizan promoción y atienden a personas con problemáticas leves a moderadas de salud mental. Las consultorías son fundamentales tanto para el apoyo clínico, como de transferencias de herramientas técnicas. Como ya se ha descrito previamente son insuficientes en el territorio. Los motivos de la implementación parcial de las consultorías son variados, entre ellos, la falta de recurso humano psiquiatra, falta de espacios adecuados, insuficiente voluntad política local para la estrategia (habitualmente Municipal en donde compite por recursos con innumerables temáticas), entre otras. La postulación a fondos de desarrollo regional o a fondos Ministeriales se alzan como alternativas para la reposición y/o instalación de nuevos Centros de Salud Mental Comunitarios.
- **Normalización de la Red de Salud Mental:** Se requiere avanzar en diversas áreas operativas. Como se ha mencionado previamente, reforzar los Centros de Salud Mental Comunitarios como el resolutor de especialidad y los Centros de atención primaria con abordaje de salud mental integral. Para lograr lo anterior, se necesita instalar y mejorar la tecnología de los centros (puntos de red, computadores en línea, sistemas informáticos y fichas electrónicas). Paralelamente, revisar arsenales farmacológicos y botiquines con resolución sanitaria. Impulsar el traslado territorial de medicamentos para mejorar el tránsito y tratamiento de pacientes estables en atención primaria. Finalmente, normalizar los flujos de derivación, que sean revisados, zanjados y socializados por canales oficiales.
- **Desarrollo de Consultorías de Salud Mental:** Es necesario continuar potenciando la ejecución de consultorías de calidad que se ajusten a las orientaciones técnicas vigentes, tanto en frecuencia como en modelo de intervención. El tránsito desde consultorías netamente clínicas a instancias de intercambio clínico y participación de las personas en sus planes de tratamiento es fundamental en el abordaje integral. Del mismo modo se debe avanzar en que los equipos de consultorías sean permanentes en su apoyo a cada CESFAM de modo que se empapen de la realidad local, generen lazos de colaboración cada vez más

profundos con los equipos de la atención primaria y se integren con mayor facilidad. Una estrategia para lograr la continuidad de los equipos de consultorías es territorializar los equipos clínicos en los COSAM correspondientes; de este modo cada subequipo podría abarcar mejor poblaciones acotadas.

- **Instaurar el uso de Planes de Cuidado Integral:** Con atenciones de salud mental esporádicas o con dificultades para el seguimiento ideal en cuanto a periodicidad, es fácil perder los objetivos terapéuticos y extender la vinculación de las personas con el Centro de Salud apareciendo el fenómeno de “crónicos ambulatorios”, personas que tal vez podrían haber sido dadas de alta o referidas a otro nivel de atención para un abordaje distinto y oportuno según sus necesidades. La instalación de la práctica de desarrollar Planes de Cuidado Integral co construidos con las personas, busca establecer objetivos claros de abordaje y plazos estimados para trabajarlos. Estos planes tienen la finalidad de aumentar el nivel de participación de las personas en la recuperación de su salud y evitar la presencia de “personas crónicos ambulatorios”.
- **Direccionamiento del Recurso Médico Psiquiatra:** Se debe intencionar desde el Servicio de Salud que los médicos psiquiatras contratados por el estado concurren prioritariamente a cubrir la brecha en los Centros de Salud Mental Comunitario. De este modo, es posible alinear esta intervención con el desarrollo de estos centros a modo de optimizar su funcionamiento en red y el apoyo directo a la atención primaria.
- **Apoyo a la formación continua en Salud Mental, para equipos de Atención Primaria:** A través de estrategia de la Organización Mundial de la Salud mhGAP (Mental Health Global Action Plan) y Programa de Detección, Intervención y Referencia (DIR) asistida alcohol y drogas. Para ambas estrategias se propone la conformación de Equipos de Entrenadores que se potencien, apoyen y reconozcan como tales, de modo que se comprometan con la capacitación continua de sus colegas. Estas capacitaciones deberían avanzar a instancias de aprendizaje por grupos pequeños a fin de incorporar de mejor manera los tópicos abordados.
- **Promover las asociaciones de usuarios y familiares:** Es crucial promover la participación social en su conjunto, el empoderamiento en cuanto a derechos sociales y el reconocimiento por parte de las personas de la responsabilidad que tienen sobre sus vidas y las formas de intervenir que existen para impactar en los modos de administrar la salud en sus comunidades.
- **Telemedicina aplicada a la Salud Mental:** Potenciar un proyecto incipiente que se enmarca en la estrategia nacional de telemedicina. Vincula a través de tecnologías de la información el Hospital de Curacaví (como centro de atención primaria) y el Hospital Félix Bulnes Cerda, el Hospital General que acoge a los Servicios de Hospitalización de la especialidad. El objetivo es realizar consultorías de calidad a través de Teleconsultorías a los territorios que hoy carecen de esta herramienta.

Se requiere obtener un modelaje de la experiencia para luego replicarla desde los Centros de Salud Mental Comunitarios a los Centros de atención primaria territorialmente más alejados.

- **Alineación estratégica con los nuevos Proyectos Hospitalarios:** Se encuentran en marcha tres proyectos hospitalarios en el territorio y los tres incluyen Servicios de Hospitalización en Salud Mental. Es necesario vincularlos desde los cimientos con la red de salud mental ambulatoria, a modo de resguardar la coherencia, reforzar las redes ambulatorias de los territorios involucrados y evitar mayor fragmentación. De este modo se espera que a futuro, en unos 10 años, cada provincia cuente con una red de salud mental completa, integrada y resolutive.
- **Ley de Salud Mental:** Si bien excede los alcances de esta tesis, es necesario mencionar que el país necesita tener una ley de salud mental de calidad, que resguarde la salud mental en todos sus ámbitos, sobre todo aquel asociado a la participación y respeto de los derechos humanos. Una ley fuerte y suficientemente constituida potenciaría el desarrollo de las redes y podría eventualmente proteger la temática de los vaivenes económicos y políticos.

Introducción y contexto

A modo de contextualizar el presente trabajo, se presenta en esta sección los elementos macros del Sistema de Salud en Chile y del Modelo de Atención de Salud Mental sobre el cual se desarrollará la discusión y análisis final de resultados.

Breve Mirada al Sistema de Salud en Chile

Durante la primera mitad del siglo pasado se puede hablar de la época fundacional del Sistema de Salud chileno donde la acción benefactora estatal es un concepto de gobierno en que el Estado juega un rol clave en la protección y promoción del bienestar social, médico y económico de la población nacional, basándose en principios como la igualdad y la distribución equitativa de recursos, generando condiciones mínimas de bienestar y responsabilizándose por los indigentes. Es en este escenario donde se cimientan los primeros logros sanitarios del país y que se consolidaran con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) el año 1952, tratando de seguir la lógica ya generada apenas 4 años antes en Inglaterra (Modelo Beveridge), destacándose de esta manera lo pionero que ha sido el Estado chileno en la generación de políticas públicas en salud. Los modelos orientadores se basaron en el estado sanitario y perfil epidemiológico que tenía el país, por lo cual su profundidad e impacto se ve a lo largo de los años en las áreas que se priorizaron, reflejado en los buenos indicadores sanitarios que han caracterizado a Chile ⁽²³⁾

Indicadores Sanitarios Básicos Chile 1925 – 2005

Salud Materno - Infantil	Año 1925	Año 1975	Año 1985	Año 1995	Año 2005
Atención Profesional del Parto (%)	10%	85%	91%	98%	99,8%
Tasa de Natalidad (1.000 hab.)	40	26	21,7	19,7	14,2
Desnutrición < 5 años (%)	45%	11%	9,3%	3,5%	< 1%
Tasa de Mortalidad Materna (10.000 nv)	40	13	5,0	3,1	1,9
Tasa de Mortalidad Infantil (1.000 nv)	250	55	19,5	11,1	7,8
Salud Ambiental y Desarrollo Urbano					
Agua Potable Urbana (%)	20%	77,4%	95,2%	98,6%	99,8%
Sistema de Alcantarillado Urbano (%)	10%	43,5%	75,1%	89,4%	95,1%

Fuente: Documentos y Material Patrimonial del Museo Nacional de Medicina Dr. Enrique Laval, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Datos de Salud OPS, Series de Indicadores y Estadísticas de Salud. DEIS, MINSAL, Informes de Gestión SISS.

El Sistema de Salud chileno es mixto, se organiza en un sector público y otro privado. Cada trabajador, técnicamente, puede elegir a cual de los dos sistemas se incorpora. Toda persona afiliada al Sistema de Salud debe pagar mensualmente un monto en dinero para apoyar al financiamiento del sistema.

Las cotizaciones en el sector público corresponden al 7% del ingreso total del trabajador, exceptuando a aquellos beneficiarios carentes de recursos, o en condición de indigencia, los cuales no pagan. En el sector privado, las cotizaciones varían dependiendo de las coberturas ofrecidas, aunque habitualmente son mayores a lo establecido por el seguro público, lo cual limita el acceso de gran parte de la población a esta modalidad. Ambos sistemas entregan atenciones de salud y administran su financiamiento. El sector público, además, cumple la labor de supervisión de las actividades en ambos sectores. Para los fines de este trabajo, nos centraremos en el sector público de salud, en donde se atiende el 80% de la población del país.

Desde el punto de vista administrativo la red asistencial del sector público de salud cuenta con un sector municipalizado y otro dependiente de entidades llamadas Servicios de Salud¹. Los Servicios de Salud tienen entre sus funciones el asesoramiento técnico y supervisiones de los dispositivos municipales, pero no poseen injerencia directa. Esta doble administración se instauró en el país en el año 1981 cuando el gobierno de la época inició un proceso de traspaso de la gestión administrativa de los establecimientos de nivel primario a los municipios, dejando la dependencia de los establecimientos hospitalarios y similares a los Servicios de Salud. Las autoridades fundamentaron la medida diciendo que se pretendía acercar la toma de decisiones al nivel local, adecuar los programas de salud a las necesidades reales de la población, flexibilizar la gestión del recurso humano, fomentar la participación de la comunidad en el cuidado de la salud, movilizar recursos financieros hacia el sector salud proveniente de los municipios y estimular el trabajo intersectorial⁽⁴⁾. Los centros de salud primario que participaron de este estudio son predominantemente de dependencia municipal, excepto uno. Esto supone diversas formas de gestión administrativa y de recursos asociados.

Una Municipalidad es una corporación autónoma de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, a la cual le corresponde la administración de una comuna² y cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de su territorio.

La Municipalidad está constituida por un Alcalde y un Consejo Comunal quienes lideran por un periodo de 4 años, renovable. La Municipalidad es asesorada por un Consejo Comunal de organizaciones de la sociedad civil (COSOC), integrado por representantes organizaciones comunales importantes.

La Municipalidad es la encargada de los servicios básicos de educación y salud de la comuna. Se rigen por la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades (Ley 18.695), aunque en noviembre de 2011 el ejecutivo presentó un proyecto sobre desmunicipalización que promete cambiar la forma de administración de los establecimientos públicos de educación.

Actualmente a nivel país existen 346 comunas con sus respectivas Municipalidades.

-
1. Un Servicio de Salud, tiene por rol generar una adecuada articulación y apoyo al desarrollo y gestión de la red asistencial correspondiente. Uno de ellos es el Servicio de Salud Occidente, cuyo territorio es objeto de este levantamiento, corresponde a uno de los 29 Servicios de Salud en el país, ubicado en la zona Occidente de Santiago, Región Metropolitana, Chile.
 2. Comuna: Subdivisión administrativa menor que corresponde a una zona urbana, rural, o mixta.

El rol del Servicio de Salud, representado en su Dirección, es el de articulación y apoyo al desarrollo y gestión de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas⁽⁵⁾. Los Servicios de Salud fueron creados en agosto de 1979. Chile cuenta actualmente con 29 de ellos, distribuidos, entre otras variables, según las regiones del país.

Entre los 29 Servicios de Salud de nuestro país, se encuentra el Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOC), el cual es un organismo estatal, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Depende del Ministerio de Salud (MINSAL), para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes generales está sujeto en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones definidas en Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, del Ministerio de Salud⁽⁶⁾. El Servicio Occidente tiene a su cargo aproximadamente a un millón de personas beneficiarias del sistema público y atiende a más de tres millones de pacientes al año, coordina la red de salud del territorio el cual cuenta con más de 1400 camas distribuidas en 6 centros hospitalarios.

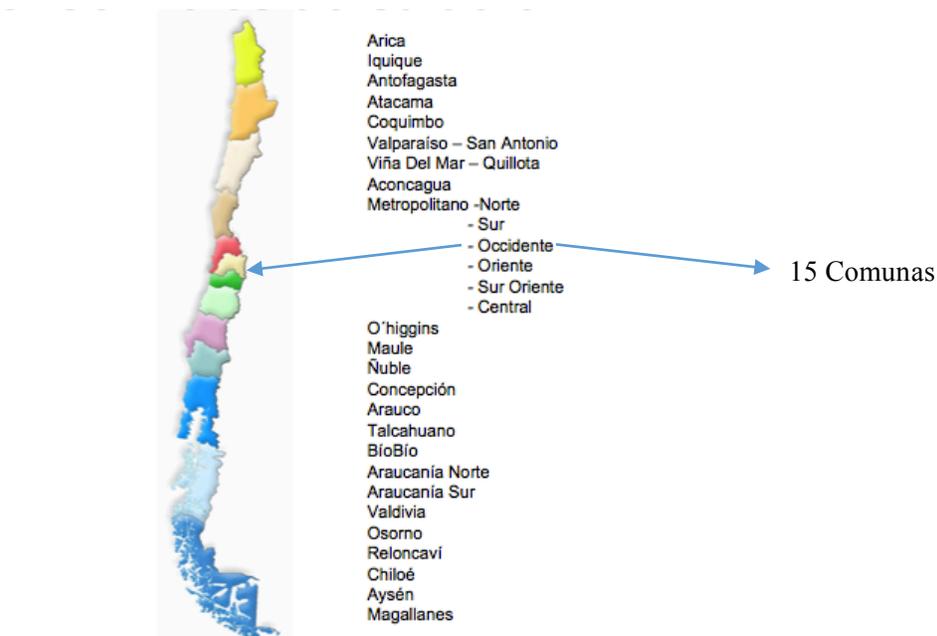


Figura 1: Servicios de Salud del País distribuidos según regiones de Chile

En el ámbito de la salud mental, todos los Servicios de Salud deberían contar con Unidades o Departamentos de Salud Mental en donde profesionales del área resguarden la adecuada articulación y gestión de la red, así como identificar oportunidades de crecimiento y afrontar las brechas y dificultades detectadas. En la práctica, no todos los Servicios cuentan con equipos fortalecidos de salud mental en este nivel de mesogestión. El Servicio de Salud Occidente conformó su Unidad de Salud Mental recientemente en el año 2017, aunque previamente contaba con un equipo de profesionales con una lógica organizacional distinta y mayormente enfocada en temáticas de funcionamiento administrativo.

El territorio del Servicio de Salud Occidente

El área de influencia del Servicio de Salud Metropolitano Occidente corresponde a una de las más extensas de la Región Metropolitana, con 4.877,7 km², equivalentes a cerca de un tercio de la superficie total de la Región Metropolitana, con un alto predominio rural (95% del total) y donde un 70% de la población se concentra en las comunas de Pudahuel, Cerro Navia, Quinta Normal, Lo Prado y Renca, todas pertenecientes a la Provincia de Santiago. El resto de la población reside en las 10 comunas del sector poniente de la Región Metropolitana que conforman las provincias de Talagante y Melipilla⁽⁶⁾.



Figura 2: Mapa de la Región Metropolitana, Santiago de Chile. En gris oscuro el área del Servicio de Salud Occidente. Se identifican las Provincias de Melipilla (comunas: San Pedro, Alhué, Melipilla, María Pinto y Curacaví) y Talagante (comunas: El Monte, Talagante, Peñafloj, Padre Hurtado, Isla de Maipo) ambas de predominio rural. Finalmente, al centro, las comunas de la Provincia de Santiago que pertenecen al Servicio Occidente (Quinta Normal, Renca, Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado), este territorio posee una alta densidad poblacional y vulnerabilidad social.

Dado lo extenso del territorio, para efectos de gestión se ha dividido la red general de salud en tres polos de desarrollo o microareas que se corresponden con las Provincias. Particularmente, la red de salud mental ha sido dividida en cuatro microareas, considerando la alta densidad poblacional de la Provincia de Santiago.

- ◆ Microarea 1 Comunas Quinta Normal – Renca : Provincia de Santiago.
- ◆ Microarea 2 Comunas Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado : Provincia de Santiago
- ◆ Microarea 3 Comunas Provincia de Talagante
- ◆ Microarea 4 Comunas Provincia de Melipilla

La población del Servicio de Salud Occidente

La población total estimada para el año 2017, asciende a 1.256.278 personas, que se distribuye en 626.390 hombres y 629.888 mujeres, lo que representa un leve predominio de la población femenina con un 50,15%, secundario a la mayor longevidad de las mujeres.

Tabla 3: Población Total Estimada por Edad y Género, Servicio de Salud Metropolitano Occidente, año 2017

Género	Total	Edad (años)		
		0-14	15-64	65 y más
Hombres	626.390	135.138	436.257	54.995
Mujeres	629.888	129.363	433.435	67.090
Total	1.256.278	264.501	869.692	122.085
Porcentaje	100,00%	21,05%	69,23%	9,72%

Fuente: INE Estimaciones y Proyecciones de Población, Base Censo año 2002

De esta población total, los beneficiarios del sistema público son aquellos que cotizan en el FONASA¹ y/o se encuentran inscritos en los establecimientos de atención primaria (APS).

Tabla 4: Población Inscrita en los centros de atención primaria por Edad y Género, Servicio de Salud Metropolitano Occidente, año 2017

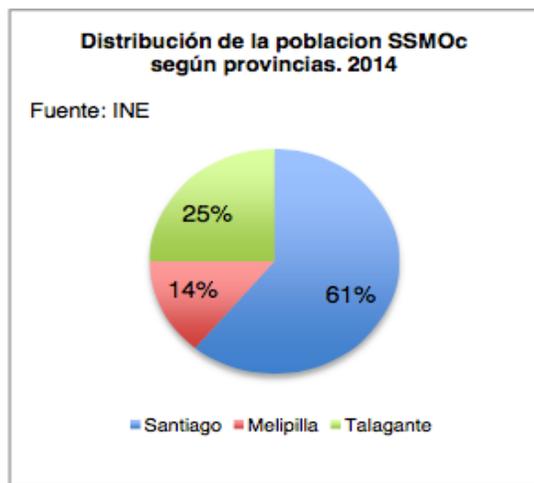
Género	Total	Edad (años)		
		0-14	15-64	65 y más
Hombres	489.039	105.740	328.615	54.684
Mujeres	549.812	101.386	374.937	73.489
Total	1.038.851	207.126	703.552	128.173
Porcentaje	100,00%	19,94%	67,72%	12,34%

La relación entre la población total y la inscrita es de 83%, considerándose uno de los Servicios de Salud con mayor proporción de población beneficiaria del sistema público. A nivel nacional esta proporción corresponde a un 76%.

La mayor diferencia de proporción corresponde a la población adulta de 65 y más años, que de una proporción de 9,7% se incrementa a un 12,34%, situación que se expresa en mayores requerimientos sanitarios por parte de los usuarios en las redes públicas⁽⁶⁾.

1. FONASA: El Fondo Nacional de Salud (Fonasa), creado en 1979 por el Decreto Ley N° 2763,² es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud en Chile siendo una de sus funciones financiar las prestaciones de salud de sus beneficiarios (el 7% de los ingresos impositivos en salud). El Fonasa es parte integrante del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se relaciona con el poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud.² Está supervisado y controlado por la Superintendencia de Salud

Figura 3: Distribución de la Población del Servicio Occidente. Extraído de Estudio de Red de Salud Mental Occidente. 2015.



INE: Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.

La Red Asistencial del Servicio de Salud Occidente

La conformación de la red asistencial de cada Servicio de Salud, contempla al “conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos de atención primaria de salud (aunque sean de dependencia municipal) de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población”⁽⁶⁾.

Para el caso del Servicio de Salud Occidente, la organización y disposición de establecimientos de salud en red considera los siguientes:

- 1) Un nivel primario, constituido por:
 - 32 Centros de Salud Familiar (CESFAM) → Centro de este análisis.
 - 18 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)
 - 1 Hospital Comunitario que cuenta con un Servicio de Urgencia
 - 17 Postas de Salud Rural (PSR)
 - 23 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)
 - 3 Servicios de Urgencia de alta resolutiveidad (SAR)
 - 6 Servicios de Atención de Urgencia Rural (SUR)

- 2) Un nivel secundario de mediana complejidad, constituido por:
- 1 Centro de Referencia en Salud (CRS) Dr. Salvador Allende G, que cuenta con un Servicio de Urgencia de Alta Resolución.
 - 9 Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) – (Municipales)
 - 1 Hospital de día de Salud Mental Infanto Juvenil
 - 3 Consultorios Adosados de Especialidades de los Hospitales Talagante, Melipilla y Peñaflo.
- 3) Un nivel terciario conformado por:
- 1 Hospital de Alta complejidad que cuenta con un Servicio de Urgencia de Atención de Adultos: Hospital San Juan de Dios
 - 1 Centro Diagnostico Terapéutico, dependiente del Hospital San Juan de Dios
 - 1 Hospital de Alta complejidad que cuenta con un Servicio de Urgencia de Atención de Niños: Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes Cerda con su Consultorio adosado de Especialidades
 - 1 Establecimiento de Alta complejidad de carácter específico: Instituto Traumatológico con su Consultorio adosado de Especialidades y un Servicio de Urgencia de adultos para esa especialidad.

En el marco amplio de la salud general, podemos distinguir de los establecimientos mencionados aquellos que prestan algún tipo de atención en salud mental, ellos son:

32 Centros de Salud Familiar
18 Centros Comunitarios de Salud Familiar
1 Hospital Comunitario
1 Centro de Referencia en Salud – CRS Salvador Allende G.
9 Centros de Salud Mental Comunitario - COSAM
1 Hospital de día de Salud Mental
2 Consultorios adosados de especialidades en Hospitales Provinciales
2 Hospitales de alta complejidad.

La red del Servicio Occidente de Santiago cuenta con 11.723 personas trabajadoras, de los cuales 6.835 lo hacen en los establecimientos asistenciales dependientes, 318 personas en la Dirección del Servicio y 4.570 en los establecimientos de atención primaria⁽⁶⁾.

Atención Primaria de Salud y Modelo de Salud Familiar

Dado que este trabajo está focalizado en la presencia de salud mental en la atención primaria, parece prudente profundizar en este nivel de atención.

La atención primaria de salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte íntegramente, tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad; representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria.

Establecimientos que brindan servicios de atención primaria⁽⁷⁾:

- *Hospitales de Baja Complejidad en transformación a Hospitales Comunitarios*: El Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC), es un establecimiento que forma parte de la estrategia de atención primaria, entendida como la manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención. Se encuentran en pequeñas localidades y dependen de los Servicios de Salud.
- *Consultorios Generales*: Son los establecimientos esenciales para dar la Atención primaria de salud; corresponde al que tiene por objeto satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel primario y que cuenta con todas las características de infraestructura, recursos humanos y equipamientos necesarios para dar una atención integral a su población a cargo. Podrán ser urbanos o rurales según se ubiquen en localidades de iguales características. Realizan actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación, en los distintos aspectos de la salud familiar e individual, que abarcan todo el ciclo vital, que consideran las características de las diversas comunidades donde se insertan, y para realizar sus actividades trabajan considerando los determinantes sociales de la salud de dichas comunidades y brindan sus prestaciones con pertinencia cultural.
- *Centro de Salud Familiar - CESFAM*: Corresponden a consultorios que han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario (Modelo de Salud Familiar). La certificación se obtiene mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes desarrollarán competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo. Éstos, han sido certificados periódicamente mediante instrumentos de medición especialmente formulados para su evaluación en las diversas áreas de desarrollo propuestas. Estos Centros están pensados para abarcar poblaciones de entre 20.000 a 25.000 habitantes. Cuentan, entre sus estrategias, el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias; su programación se hace sectorizadamente, se trabaja con familias con enfoque biopsicosocial, se fomenta el autocuidado y los estilos de vida saludable, las acciones son participativas en todas sus etapas, la atención está en medicina basada en evidencia y se apoya en

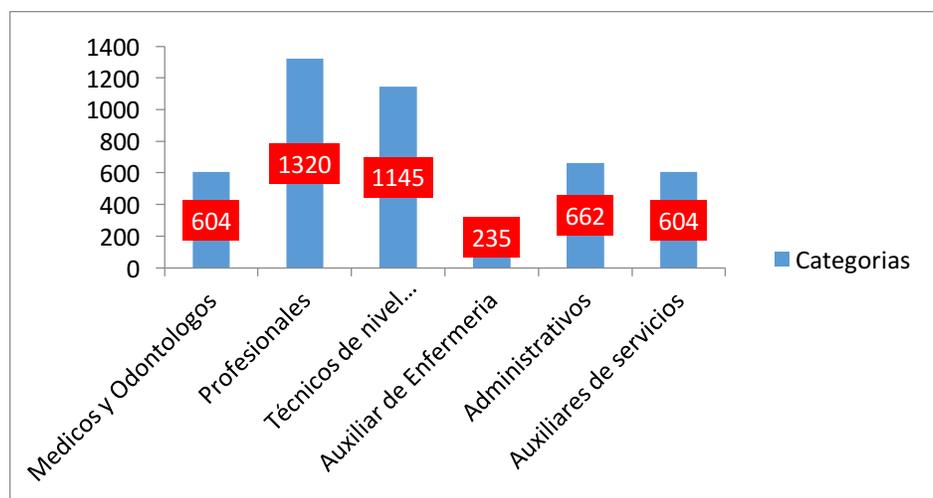
guías y protocolos, se buscan resultados sanitarios, con permanente mejora de coberturas y compensaciones, disminuyendo agudizaciones o agravamientos de patologías crónicas, disminuyendo hospitalizaciones evitables, disminuyendo daños a las familias producidas por disfunciones tales como violencia intrafamiliar, alcoholismo y/o drogadicción, mediante la aplicación de estrategias antropológicas y sociológicamente aceptables en el trabajo multisectorial.

Dado lo amplio e integral del abordaje de casos esperado en estos centros, es que se definió como foco estos nodos de atención para el levantamiento del estado de situación de la salud mental en atención primaria presentado en este documento.

- *Postas de Salud Rurales:* Las Postas de Salud Rural tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través de un conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las enfermedades y el auto cuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos así como su acceso al sistema de protección social.
- *Centros Comunitarios de Salud Familiar - CECOSF:* No son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio o CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo.
- *Estaciones Médico Rurales:* Corresponden a estrategias de trabajo. Esta estrategia está en disminución como consecuencia de la reducción en la ruralidad del país.

En cuanto al recurso humano con que cuentan los equipos de atención primaria podemos identificar que están conformados por 6 tipos de trabajadores de la salud, definidos por ley en categorías, que representan a: profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares. El gráfico 1 muestra la distribución de esas categorías en la red de salud primaria del Servicio Occidente.

Gráfico 1: Distribución de las categorías de la Ley 19.378, Red Occidente, año 2017⁽⁶⁾



Hemos presentado una mirada general de aspectos organizacionales y territoriales del sistema de salud chileno y una caracterización de la Red de Salud Occidente. A continuación, focalizaremos en la presencia de la salud mental en el sistema de salud chileno y en la Red de Salud Occidente.

Salud Mental en Chile

La solución de los problemas de salud mental constituye indiscutiblemente una tarea cada vez más importante de la salud pública en el mundo. Se calcula que 450 millones de personas sufren actualmente de trastornos mentales⁽⁹⁾.

El impacto del deterioro de la salud mental es incuantificable, genera altos índices de sufrimiento personal, familiar y comunitario que impactan en la salud física, en el trabajo, en el ámbito académico y recreacional. El principal causante de años de vida saludable perdidos corresponde a condiciones de salud mental, lo cual lo constituye como un problema de salud pública. Se calcula que el gasto ocasionado por estos trastornos puede equivaler a 3–4% del producto nacional bruto de los países desarrollados^(10,11). En Chile, la prevalencia en la vida de los principales trastornos mentales es de 36% y los más frecuentes son la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia del alcohol (6,4%)^(12,13).

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”⁽⁸⁾. Es necesario, entonces, que las políticas públicas en salud mental se fortalezcan, con base en los marcos legales pertinentes, intervengan en las características del entorno, se instale en las comunidades y se empape de su cultura y contexto social, así como se convierta en un integrante transversal de la salud general en todos sus niveles de atención.

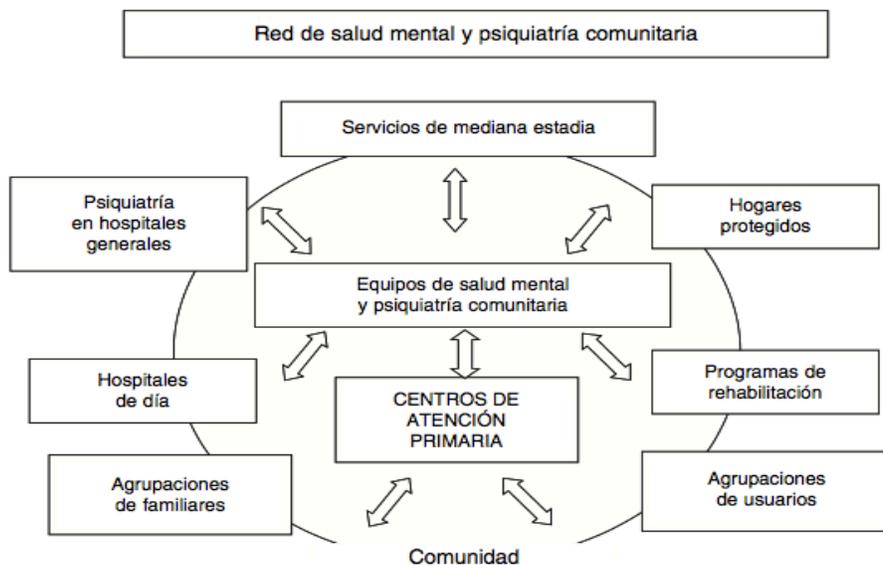
Desde 1990, el sistema público de salud chileno ha logrado grandes avances en materia de salud mental. Este desarrollo sentó sus bases en los progresos que, a nivel internacional como nacional, se han dado en materia de derechos humanos y a partir de los cuales se comenzó a tomar conciencia de la desprotección de las personas con necesidades de salud mental y del imperativo de desarrollar servicios basados en criterios sanitarios y sociales apropiados⁽³⁾. Esta situación requirió necesariamente de una conducta activa por parte del Estado, lo que en Chile se tradujo en el laventamiento de estrategias de salud pública en donde se apuesta fuertemente por el modelo comunitario de salud mental. Estas estrategias se agrupan en dos planes nacionales de salud mental y psiquiatría puestos en marcha por el Ministerio de Salud en los años 1993 y 2000⁽¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁾. A lo anterior, se suma recientemente el tercer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025, el cual busca profundizar y mejorar el modelo ya instalado.

El primer plan introdujo las primeras prácticas innovadoras de priorización de ciertos temas relevantes de salud mental. El primer acercamiento sentó las bases para formular el segundo plan, que estableció un modelo más elaborado, en donde se plantea por primera vez una red de atención y programas de actividades. Estas directrices señalan el modo más adecuado de abordaje y las redes sanitarias necesarias para llevar a cabo la atención de salud de los problemas priorizados⁽¹⁶⁾. Tempranamente en los años 90, y de la mano de la Declaración de Caracas, Chile apostó también, y paralelamente, por la consolidación del modelo de atención primaria, estableciendo que en estos

centros se realizarían atenciones integrales con alto impacto sanitario. De este modo, se establece a la atención primaria como puerta de entrada a la red sanitaria, incluyendo condiciones de salud mental, lo cual otorgó los cimientos para el inicio de la integración de la salud mental a la salud general.

El plan aplicado en el año 2000 reflejaba las principales líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *Informe sobre la salud en el mundo* en el año 2001⁽¹⁶⁾. Entre esas líneas de acción se encuentran el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud generales y la creación de vínculos intersectoriales. Estos programas tienen un enfoque biopsicosocial y dan prioridad a las acciones preventivas y de intervención temprana dirigidas a mejorar continuamente la calidad de la atención, con la participación activa de los usuarios, sus familiares y organizaciones locales⁽¹⁶⁾. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría hace hincapié en el enfoque comunitario de los problemas de salud mental⁽¹⁶⁾. El hito marcado por el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000, permitió mejorar sustancialmente la oferta de servicios del país, incidiendo en el aumento de las coberturas y en la calidad de la atención brindada, llevando a Chile a una posición de avanzada en la Región de Latinoamérica y El Caribe⁽³⁾.

Figura 4: Esquema de la red de salud mental y psiquiatría. Chile, 2004. Extraído de “Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de Experiencia”. Dr. Alberto Minoletti.



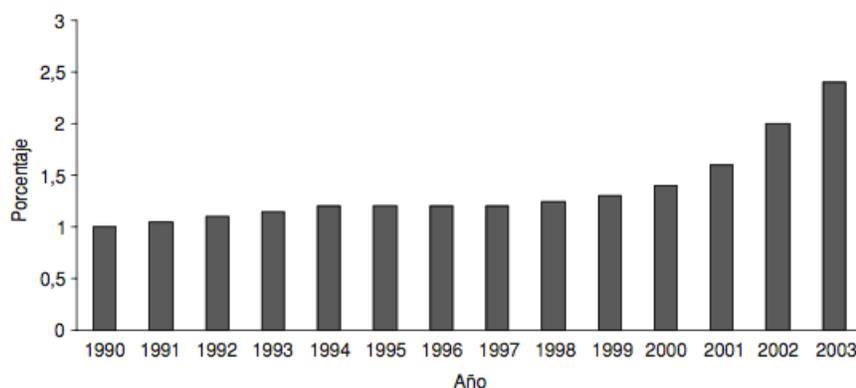
Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

En la figura 4 es posible observar la propuesta del Plan Nacional del año 2000, el cual posiciona el modelo comunitario como el sistema organizacional de servicios de salud mental escogido por Chile como el gold standard. Esta red se instala en un territorio determinado y pone en el centro,

en un corazón dividido y sinérgico, a la atención primaria de salud y su centro de atención de especialidad comunitaria correspondiente (centro de atención secundaria ambulatorio). Ambos centros, se articulan entre sí a través de estrategias definidas y actuarían como coordinadores y articuladores de los otros dispositivos que componen la red de salud mental del territorio.

La propuesta del año 2000 contemplaba un plan de aumento progresivo del financiamiento para salud mental y de manera secundaria la re-orientación de los fondos existentes. El plan proponía incrementar el presupuesto destinado a la salud mental entre 0,5 y 1,0% anual a partir del presupuesto general de salud, de manera que el aumento pudiera alcanzar el 5% de dicho presupuesto en 5–10 años ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, propuesta que no fue posible ejecutar. El presupuesto actual de salud mental alcanza aproximadamente al 2,8% del presupuesto nacional de salud. El máximo porcentaje de presupuesto alcanzado fue 3,2% el año 2008.

Figura 5: Porcentaje del presupuesto del sector público de salud destinado a la salud mental. Chile, 1990–2003. Extraído de “Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de Experiencia”. Dr. Alberto Minoletti.



Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

El nuevo Plan Nacional 2017-2025 tiene como objetivo central el 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⁽³⁾. Se espera que las estrategias de este Plan “permitan superar la fragmentación de la oferta de servicios que en la actualidad presenta la red, como también integrar y articular esta red temática de salud mental con la red de salud general del sistema de salud público, se suma el establecer una nueva forma de relación con los 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” ⁽³⁾. En términos presupuestarios, nuevamente refuerza la necesidad de aumentar a un 6 a 7 % del presupuesto nacional en salud al 2025.

Gracias a las políticas aprobadas por el Estado para la salud mental, en Chile se ha venido adoptando paulatinamente el modelo comunitario. El Plan Nacional 2017-2025 avanza en el enfoque de derechos, clarifica aspectos organizacionales de la red, tiende a la mejora continua de la calidad más que solamente el acceso y marca un precedente en cuanto a los estándares mínimos, intencionando la reducción de la diversidad en los dispositivos disponibles y promoviendo la integración por sobre la fragmentación de servicios. Recalca el modelo de salud mental

comunitario como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto desde el punto de vista ético como terapéutico⁽¹⁶⁾. La determinación del país en la instalación completa del modelo comunitario de salud mental se basa en las observaciones e investigaciones relacionadas a la génesis de los trastornos psiquiátricos en donde los factores biológicos explican solo parcialmente la etiopatogenia, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes o vulnerabilidades⁽¹⁷⁾.

El concepto de modelo comunitario de atención en salud mental cubre dos aspectos complementarios entre sí: los procesos de atención a personas con problemas o trastornos de salud mental, los cuales se desarrollan en cada uno de los dispositivos de la red; y la organización de la red de dispositivos sanitarios, que provee la base institucional para realizar la atención en salud mental⁽²⁰⁾.

a) Modelo Comunitario de Atención a Personas con Problemas o Trastornos de Salud Mental

Los principales principios sobre el modelo comunitario de atención en salud mental que se han descrito en la literatura y en documentos de políticas del Ministerio de Salud⁽²¹⁾ son⁽²⁰⁾:

- Atención en espacios comunitarios (hogar, barrio, lugar de estudio y trabajo, etc.) y con participación de recursos de la comunidad (familia, vecinos, profesor, agentes de salud, religiosos, laborales, deportivos, culturales, etc.).
- Atención orientada no solo al alivio de síntomas, sino que a la “recuperación”, en donde la persona tenga oportunidades de vivir una vida significativa, satisfactoria y con propósito, como también de ser un miembro valioso de la comunidad.
- Apoyo al ejercicio de los derechos humanos de las personas con enfermedades y/o discapacidades mentales en los dispositivos de salud/salud mental y en la comunidad.
- Predisposición a escuchar a las personas y a sus familiares, para aprender de ellos y actuar de acuerdo a lo que ellos comunican acerca de lo que es importante para cada individuo.
- Reconocimiento que cada individuo es un experto en su propia vida y que la “recuperación” consiste en trabajar en alianza con las personas y sus familias para prestar apoyo de una manera que tenga sentido para ellos.
- Apoyo y empoderamiento de las personas para que tomen sus propias decisiones acerca de cómo quieren vivir su vida.
- Planes de “recuperación” individuales, conducidos por los usuarios, que incluyen tratamiento, rehabilitación psicosocial y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios, y que contribuyen a la capacidad para vivir con independencia en la comunidad.
- Apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica de los usuarios y existencia de procedimientos y resguardos para evitar la detención y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado.
- Apoyo a los usuarios para el acceso a un lugar donde vivir y contar con los recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad, para acceder a oportunidades de educación y empleo, y para participar en organizaciones y actividades políticas, sociales, culturales, religiosas y de recreación.

b) Modelo Comunitario de Organización de la Red de Atención en Salud Mental

Se requiere de una red de servicios comunitarios de salud mental para responder a las necesidades de la población de un territorio determinado. Esta red se debe caracterizar por la equidad en la disponibilidad de servicios de salud mental y en el acceso adecuado para toda la población beneficiaria del sistema público ⁽²⁰⁾.

- La atención primaria como el principal proveedor de servicios de salud mental: la mayoría de las personas con problemas y trastornos de salud mental son atendidas en APS.
- El centro de salud mental comunitaria como el dispositivo que atiende a la población con trastornos mentales más graves en la red de salud mental, el cual además mantiene una relación de cooperación con la APS y coordina la utilización de cuidados diurnos y de 24 horas.
- Integración y/o articulación de la salud mental con instancias fuera del sistema de salud (educación, vivienda, empleo, justicia, bienestar social, etc.).
- Sectorización de los dispositivos y de los equipos en territorios pequeños.
- Red balanceada y coordinada de dispositivos sanitarios que entregan servicios de salud mental comunitarios, ambulatorios, diurnos, residenciales y hospitalarios.
- Continuidad de la atención dentro de un dispositivo y entre diferentes dispositivos.
- Utilización de los dispositivos y las intervenciones menos restrictivas para los usuarios.
- Eficiencia en la utilización de los recursos de la red, de modo de utilizar los dispositivos y las intervenciones de menor costo para lograr los resultados esperados.
- Definición de los roles y funciones de los distintos dispositivos de la red por el colectivo de dispositivos y no por un dispositivo en forma aislada
- Dispositivos que cuenten con personal que posea competencias suficientemente diversas para proporcionar intervenciones y apoyo a los usuarios y a sus familias, con el fin de promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad.
- Incorporación de usuarios y personas de la comunidad en la planificación y evaluación de la red de atención, y además como prestadores de servicios.

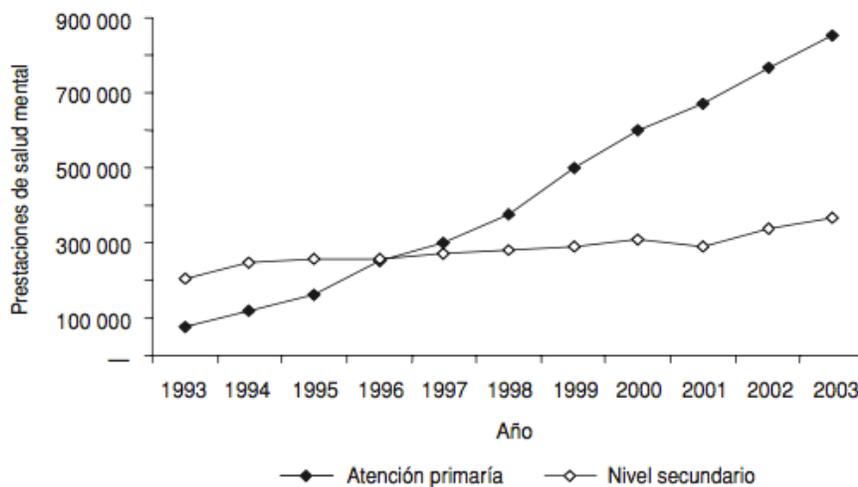
El desarrollo del modelo de atención comunitario permite que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica en forma coordinada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades y necesidades de cada género y grupo sociocultural. Según este modelo, el eje del apoyo organizativo es el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria ⁽¹⁶⁾.

La red de salud mental y psiquiatría funciona por territorios y tiene bajo su responsabilidad la atención de los usuarios del sistema de seguridad pública de salud. Este modelo cumple con las recomendaciones de la OMS para la organización de los servicios de salud mental. Además, se reconoce que la salud es un derecho humano básico y busca lograr una mayor equidad en el acceso a los servicios, una mayor calidad en la atención sanitaria, y la desconcentración y descentralización de los servicios de salud y de la toma de decisiones. Esta forma de abordar los problemas de salud mental favorece especialmente las acciones de promoción y prevención y el fortalecimiento de la atención primaria, con una buena capacidad resolutiva enfocada en las

personas, las familias y las comunidades ⁽¹⁶⁾.

Con el paso de los años esta estrategia ha permitido liberar recursos en los niveles de mayor complejidad de salud mental y ha ayudado a revertir la tendencia histórica de concentrar la atención de psiquiatría en los servicios especializados del nivel secundario. El aumento relativo de las actividades de salud mental ha sido mayor en el nivel primario que en el especializado ⁽¹⁶⁾.

Figura 5. Número de prestaciones de salud mental del sector público, según el nivel de atención. Chile, 1993–2003. Extraído de “Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de Experiencia”. Dr. Alberto Minoletti.



Fuente: Ministerio de Salud, Chile.

Una tarea pendiente a nivel país es trabajar en una ley de salud mental que permita garantizar los derechos de las personas que tienen un trastorno psiquiátrico, del mismo modo sería posible otorgar mayor sustento jurídico al Plan Nacional y consolidar definitivamente la salud mental en el país.

Red de Salud Mental en el territorio del Servicio de Salud Occidente

La estrategia de Salud Mental del Servicio de Salud Occidente está enmarcada en el contexto del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y a su vez alineado con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y el Modelo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Lo anterior, en la lógica de la atención de salud como un proceso continuo, integral e integrado, que enfatiza acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y que resuelve las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades a las que atiende, priorizando la estancia y/o cercanía a sus territorios, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen algún problema de salud mental.

En el territorio se releva el trabajo en red, por lo cual se prioriza la mayor resolución ambulatoria de los problemas de salud mental y la integración de la psiquiatría a la salud general, para así evitar la fragmentación, la pérdida de la continuidad del cuidado, el estigma, entre otros elementos.

La red de salud mental del Servicio Occidente cuenta con los siguientes dispositivos:

Figura 6: Dispositivos de la red de salud mental del Servicio de Salud Occidente⁽⁶⁾



-HFBC: Hospital Félix Bulnes Cerda. Centro de alta especialidad

-Centro de Salud Mental Integral: Centro que alberga al Hospital de día Infanto Adolescente.

-CRS: Centro de Referencia en Salud

-SM Integral: Salud Mental Integral.

-DIR: Programa Detección Intervención y Referencia OH y drogas

-TGD: Trastornos generalizados del desarrollo

-HSJD: Hospital San Juan de Dios. Centro de alta especialidad.

Si consideramos solo los dispositivos nucleares de la los niveles primario, secundario y terciario, la red de salud mental se organiza de la siguiente manera:

Figura 7: Distribución de la Red de Atención de Salud Mental Occidente. Extraído de Diseño de la Red de Salud Mental Occidente. 2015

*Distribución de la Red de Atención de Salud Mental
Servicio de Salud Metropolitano Occidente 2014*

Provincia	Comuna	Nivel Primario	Nivel Secundario	Nivel Terciario
Santiago	Quinta Normal	Red APS	COSAM Quinta Normal	(Hospital San Juan de Dios) ²⁰ Hospital Félix Bulnes ²¹
	Pudahuel		COSAM Pudahuel COSAM Pudahuel (CODESAM) CRS Salvador Allende	
	Renca		COSAM Renca	
	Lo Prado		COSAM Lo Prado	
	Cerro Navia		COSAM Cerro Navia	
Melipilla	Alhue	Red APS		
	Curacaví			
	María Pinto			
	San Pedro			
	Melipilla		COSAM Melipilla / Hospital de Melipilla	
Talagante	Isla de Maipo	Red APS	Van a Talagante	
	El Monte		Van a Talagante	
	Padre Hurtado		Va a Peñaflo	
	Peñaflo		COSAM Peñaflo/ Hospital de Peñaflo	
	Talagante		COSAM Talagante / Hospital de Talagante	

Fuente: Elaboración Propia

*En Melipilla el nivel secundario incluye a COSAM Melipilla y Hospital Melipilla para todas las comunas de la Provincia.

La salud mental en la atención primaria se aborda a través de un programa transversal, como un aspecto imprescindible de la salud general, en un enfoque de atención centrado en la persona y la comunidad donde ésta vive. Establece mecanismos formales de coordinación y articulación con otras instancias territoriales, que favorecen la continuidad de la atención en su dimensión sanitaria y social. Cuenta con equipos de atención “de cabecera” que responden integralmente a las necesidades de las personas atendidas, los cuales refuerzan su capacidad resolutoria en salud mental a través de capacitaciones, consultorías con integrantes de equipos de especialidad y a través de la incorporación de psicólogos en todos los equipos y en las rondas a Postas Rurales ⁽²⁰⁾.

Los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC o COSAM) están constituidos por un equipo interdisciplinario, que otorga atención de salud mental especializada inserta en la comunidad, cercana a su entorno familiar, social. El Centro de Salud Mental Comunitaria es responsable de un área territorial y de una determinada población beneficiaria, debiendo ejercer además de la labor

asistencial directa, funciones de coordinación y asesoría hacia los dispositivos del nivel primario, trabajo conjunto con la comunidad organizada y con instancias intersectoriales, así como constituirse en centro formador de profesionales y técnicos en salud mental. Se establece que por cada 50.000 habitantes debería existir un Centro de Salud Mental Comunitario, situación que está lejos de concretarse. La mayoría de los centros del territorio de Salud Occidente acogen poblaciones cercanas a los 100.000 habitantes.

El Centro de Salud Mental Comunitaria es el dispositivo de mayor complejidad en salud mental y psiquiatría ambulatoria en el territorio, y debe organizar la atención de las personas con trastornos de mayor gravedad y discapacidad a través de planes de atención individuales para cada persona, formulados, implementados y evaluados en forma conjunta con los usuarios, cumpliendo con los principios de universalidad, accesibilidad, equidad, calidad y continuidad de la atención y de respeto de los derechos de los usuarios.

Los Hospitales mencionados y el CRS mantienen prestaciones de atención ambulatoria de especialidad, lo cual supone en la actualidad que las personas que posean condiciones de nivel secundario podrían ser derivadas a estos centros hospitalarios. Esta situación se mantiene, entre otras cosas, por una cartera de servicios aún insuficiente en los centros de salud mental comunitarios.

Si bien aún existen Unidades Clínicas de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria, ubicadas en Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Hospital General de mediana y alta complejidad, Hospital Psiquiátrico, éstas deberían reconvertirse en Centros de Salud Mental Comunitaria, acorde al Modelo propuesto por el Plan Nacional en un mediano plazo.

El mapa de derivación entre nivel primario y secundario involucra a los establecimientos de atención primaria, los centros de salud mental comunitarios, CRS y hospitales que mantienen prestaciones de atención ambulatoria.

Figura 8: Distribución de la Red de Atención de Salud Mental Occidente. Extraído de Diseño de la Red de Salud Mental Occidente. 2015

*Red de Derivación de APS Salud Mental y Especialidad Psiquiatría
Por Comuna como área de influencia.
Servicio de Salud Metropolitana Occidente 2014*

Provincia	Comuna Nivel APS/	Establecimiento Receptor Nivel Secundario:
Santiago	Quinta Normal	COSAM Quinta Normal
	Pudahuel ²²	COSAM Municipal de Pudahuel CODESAM Pudahuel (CRS Salvador Allende)
	Renca	COSAM Renca
	Lo Prado	COSAM Lo Prado (CRS Salvador Allende)
	Cerro Navia	COSAM Cerro Navia (CRS Salvador Allende)
Melipilla	Curacaví	Hospital Félix Bulnes
	Alhue	COSAM Melipilla / Hospital de Melipilla
	María Pinto	
	San Pedro	
	Melipilla	
Talagante	Isla de Maipo	COSAM Talagante / Hospital Talagante
	El Monte	
	Talagante	
	Peñaflor:	COSAM Peñaflor / Hospital Peñaflor
	Padre Hurtado	

Fuente: Elaboración propia en base a documentos SSMOcc.

En relación a la distribución por comunas por área de influencia, hay que especificar en términos concretos, que es mucho más variable y compleja la lógica de derivaciones y la pertinencia territorial, ya que si bien tanto los COSAM como los Hospitales brindan atención especializada, muchas veces el flujo no es expedito. En primer lugar, es difícil establecer el flujo de derivación desde un centro de nivel primario a otro de nivel secundario utilizando el factor de la severidad o complejidad, pues en la realidad el centro de referencia varía en base al diagnóstico, lo cual mantiene un grado de fragmentación basal (Ejemplo: los trastornos que corresponden al GES acuden a un centro de nivel secundario y las patologías no GES a otros, lo cual además es variable dependiendo de cada Provincia – microarea o comuna).

En la figura 9 de Organización óptima de servicios de salud mental propuesta por la Organización Mundial de la Salud e impulsada en el modelo chileno, es esperable que las personas transiten de un nivel a otro en un sistema intercomunicado y con los recursos necesarios según las características instaladas en cada nodo de atención. La dificultad surge cuando algún nodo de la red no logra cumplir cabalmente su rol y las personas deben “saltar” niveles para obtener la atención requerida. A mayor insuficiencia de los nodos basales, mayor concentración de personas en la cúspide de la pirámide, en un nivel de atención que no se corresponde con las necesidades ni es posible potenciar el abordaje integral con enfoque comunitario.



Figura 9: Organización Óptima de Servicios de Salud Mental.OMS

Otra situación compleja es la relacionada a la articulación de la red; es en este caso que uno esperaría que desde el nivel secundario se derivase al terciario, pero en la práctica sucede que si el COSAM no puede resolver debe remitir nuevamente a la atención primaria y desde allí volver a derivar a un nivel más complejo sea este el CRS o el Hospital ⁽²³⁾. Lo anterior debido a un retraso en la instalación de tecnología para la derivación vía web, entre otros. Otro factor a considerar es la falta de validación de los equipos clínicos de los COSAM del área ante los equipos hospitalarios. Por otra parte, desde la APS en algunas comunas (Pudahuel, Cerro Navia y Lo Prado) es posible referir indistintamente al Centro de Referencia en Salud (CRS) o COSAM. Esto asociado a una duplicidad en gran parte de la cartera de prestaciones. Una situación similar ocurre entre COSAM Melipilla y Hospital de Melipilla cuyas carteras de prestaciones son complementarias, no así el trabajo de los equipos.

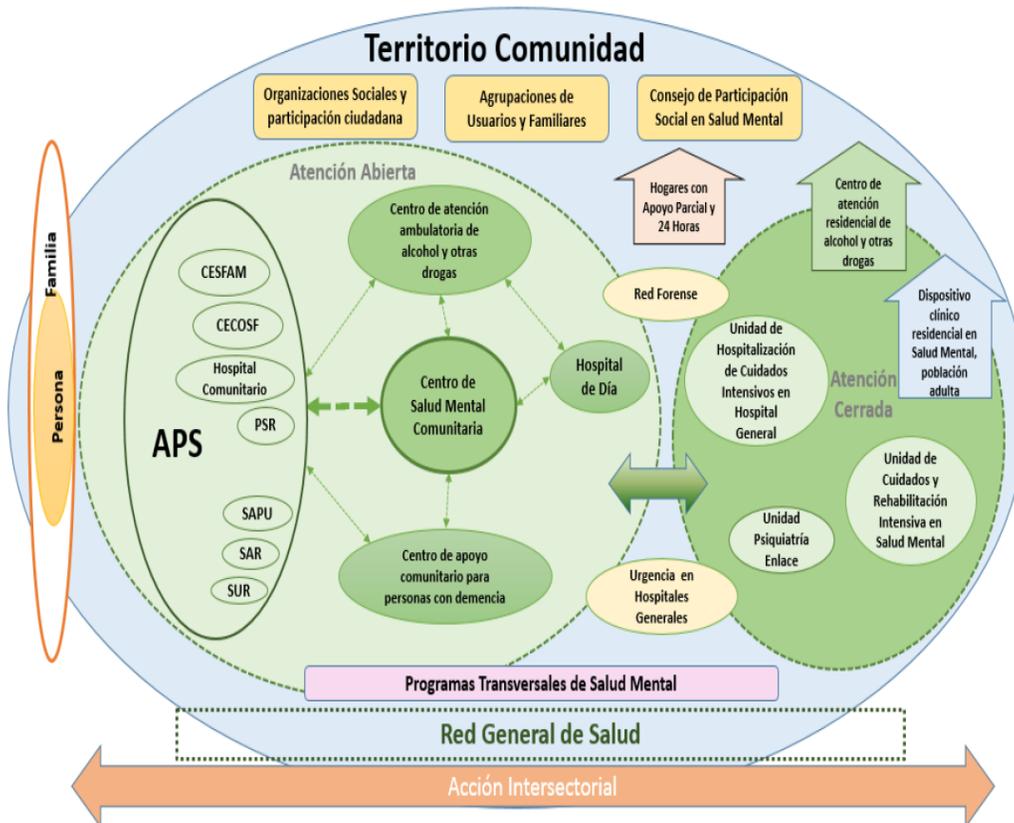
Es posible observar también irregularidades en la red por razones geográficas como en el caso del Hospital de Curacaví, dispositivo que cuenta con atención primaria y que puede derivar directamente al Hospital Base por inexistencia de nodo intermedio.

Todas estas situaciones fragmentan la red y evitan un desarrollo coherente a futuro si no se realiza una intervención previa. A modo de ordenar el esquema geográfico, se esperaría al menos contar con un COSAM por comuna y delimitar el rol de este centro, reforzarlos y validarlos, evitando compartir prestaciones con otros nodos del mismo nivel de atención.

Podemos comprender, según la información otorgada previamente que la conformación territorial de los dispositivos de salud mental no se ajustan necesariamente a lo propuesto por el Plan Nacional, toda vez que en él existe un llamado a la coherencia y a la reducción al mínimo de la fragmentación de los servicios. Esta situación puede relacionarse con lo amplio de la red del Servicio Occidente asociado a la falta de planificación estratégica de una red con amplios requerimientos y recursos limitados.

La situación aquí expuesta, de acceso directo a atención hospitalaria desde la APS, la falta de vinculación permanente y estable con un COSAM comunal con canasta completa de prestaciones y tecnología suficiente, o la poca claridad del rol entre CRS y COSAM han permeado a la atención primaria, que como veremos más adelante, parece no avanzar tan rápidamente en la instalación de la salud mental transversal y de calidad en los centros de salud primario.

El desafío propuesto por el Modelo de Red Temática de Salud Mental Comunitaria 2017 es aún mayor, pues supone un nivel de desarrollo e integración mayor al alcanzado en este territorio e invita a la red sanitaria a transitar de una jerarquía de niveles de atención a una poliarquía de tránsito en base a severidad, complejidad y vulnerabilidad, en donde ningún nivel es mayor resolutor que otro sino que se ajustan a las necesidades de las personas, territorios y comunidades y de despliegan en comunicación fluida y constante. Del mismo modo, amplía los nodos de atención esperados en una red territorial. Lo anterior se observa en el siguiente diagrama extraído del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental³:



Objetivos

Objetivo General

- Generar un diagnóstico de situación del despliegue de la salud mental en el nivel primario de atención, específicamente en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) del territorio del Servicio de Salud Occidente de Santiago, Chile.

Objetivos Secundarios

- Visualizar las brechas de funcionamiento de la salud mental en el nivel primario de salud del Servicio de Salud Occidente.
- Construir un banco de datos que permita apoyar el trabajo en micro y mesogestión del área comprendida del Servicio de Salud Occidente.
- Contar con un respaldo concreto de información que permita facilitar la abogacía con los tomadores de decisión locales en pro del desarrollo de la salud mental comunitaria en el nivel primario de salud.
- Generar un análisis del estado de situación y las variables involucradas.
- Levantar recomendaciones para optimizar las prestaciones de salud mental en el nivel primario de salud del Servicio de Salud Occidente.

Metodología

Trabajo descriptivo. Fueron considerados los 32 Centros de salud familiar (CESFAM), pertenecientes al nivel primario de atención del territorio definido como el área de influencia del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, el cual contempla quince comunas del sector poniente de la Región Metropolitana (R.M), pertenecientes a las provincias de Santiago, Talagante y Melipilla. Geopolíticamente consta de un área urbana compuesta por 5 comunas de la provincia de Santiago: *Quinta Normal, Pudahuel, Renca, Lo Prado y Cerro Navia*, y de un área rural con 5 comunas pertenecientes a la provincia de Melipilla: *Alhué, Curacaví, María Pinto, San Pedro y Melipilla*, y 5 comunas de la provincia de Talagante: *Isla de Maipo, El Monte, Padre Hurtado, Peñaflor y Talagante*.

Como método de recolección de datos se utilizó una encuesta en formato electrónico, la cual fue enviada vía mail. Paralelamente, se reforzó la solicitud con un ordinario oficial emanado desde el Servicio de Salud. El instrumento fue enviado a los 32 centros identificados. La encuesta fue contestada por los encargados de salud mental de cada dispositivo. Se obtuvieron respuestas de 30 centros. Se contactó telefónicamente a los encargados de salud mental cuando fue necesario clarificar algún aspecto.

El instrumento utilizado para la recogida de datos corresponde a EVARED versión 2016. Este instrumento fue construido especialmente para Chile con el objetivo de reflejar la estructura y funcionamiento de las redes de atención de salud mental creadas en base al modelo comunitario de atención propuesto en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Si bien el EVARED consta de tres partes, se utilizará la primera sección que evalúa el despliegue de la salud mental en el nivel primario.

En una segunda instancia se utilizó el sistema de registro nacional REM (registro estadístico mensual), plataforma oficial para recoger datos de funcionamiento y ejecución de prestaciones desde los dispositivos de salud. Fueron extraídos del sistema de registro aspectos relevantes en el marco de la atención de salud mental en el nivel primario de salud. También se utilizó información consolidada por la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud y en el caso del recurso humano a diciembre de 2017 se solicitó información adicional a los centros.

Tabla 5: Aspectos recogidos de REM e Información de la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud.

Población bajo control de salud mental y cobertura	Movilidad de la población bajo control Razón Ingreso vs. Altas
Recurso Humano disponible en APS	Concentración de atenciones por profesionales
Medicamentos disponibles en atención primaria.	Reuniones con organizaciones de usuarios y familiares
Capacitaciones personal APS	

Análisis de Resultados

Parte 1: Resultados De Aplicación EVARED versión 2016. Datos recogidos 2017

Aspecto 1: Caracterización de la red de salud mental y aspectos organizacionales

1. Listado de los dispositivos de salud mental. Indicando cuál de ellos desarrolla funciones de atención ambulatoria especializada de salud mental, rehabilitación psicosocial y/o hospitalización diurna.

Centro con atención ambulatoria de especialidad	Ubicación en el territorio	Alcance Territorial	Adecuación Territorial
COSAM Quinta Normal	Quinta Normal	Quinta Normal	Sí, excede población. Cartera de prestaciones incompleta
COSAM Pudahuel*	Pudahuel	Pudahuel	Sí, excede población. Cartera de prestaciones incompleta
CODESAM*	Pudahuel	Pudahuel	Sí, excede población. Cartera de prestaciones incompleta Prestador privado licitado
COSAM Lo Prado	Lo Prado	Lo Prado	Sí, excede población. Cartera de prestaciones incompleta
COSAM Cerro Navia	Cerro Navia	Cerro Navia	Sí, excede población. Cartera de prestaciones incompleta
CRS	Pudahuel	Lo Prado Pudahuel Cerro navia	No. Duplicidad de funciones con COSAM. Modelo de trabajo predominio biológico.
COSAM Peñaflor	Peñaflor	Peñaflor Isla de Maipo** El Monte** Talagante** Padre Hurtado**	Sí para Peñaflor. Excede población tanto en Peñaflor como con las otras comunas. Cartera de servicios completa.

COSAM Talagante	Talagante	Talagante	Sí, excede población, Cartera de prestaciones incompleta
COSAM Melipilla	Melipilla	Melipilla María Pinto Alhué San Pedro	Sí, para Melipilla. Excede población tanto en Melipilla como con las otras comunas. Cartera de servicios incompleta.
Hospital de día Infanto Juvenil	Pudahuel	Todas las comunas del Servicio	Sí para la Provincia de Santiago. No para las Provincias de Melipilla y Talagante
Hospital de Melipilla	Melipilla	Sólo Adultos Melipilla** San Pedro** María Pinto** Alhué**	No. Cartera de prestaciones incompleta
Hospital de Peñaflor	Peñaflor	Sólo adultos Peñaflor	No. Cartera de prestaciones incompleta
Hospital San Juan de Dios	Santiago	Sólo atenciones de Infanto adolescente de las comunas de Quinta Normal, Melipilla, San Pedro, Alhué, María Pinto.	No. Cartera de prestaciones incompleta
Hospital Félix Bulnes	Quinta Normal	Todas las comunas del Servicio.	No

*Estos centros han dividido su territorio en Pudahuel norte y sur.

**Sólo para atención de patologías GES.

La red territorial no cuenta con Hospital de día para adultos o centro específico de rehabilitación psicosocial. La rehabilitación se incluye dentro del plan integral de tratamiento que debe ser llevada a cabo por cada dispositivo de nivel secundario ambulatorio. La prestación rehabilitación se considera dentro de los mecanismo de pago existentes, sin embargo, el valor no es significativo, siendo poco atractivo su desarrollo desde el punto de vista financiero.

Todos los centros comunitarios comparten cartera de servicios con algún otro dispositivo: Hospital o CRS.

Como ya se ha mencionado previamente en el apartado de contexto, el Plan Nacional de Salud Mental promueve que la atención ambulatoria de especialidad sea otorgada por centros de salud mental comunitarios que mantengan contacto, articulación y apoyo permanente al trabajo de la salud mental en los centros de atención primaria. Con el primer y segundo Plan Nacional se

promovió el desarrollo de los COSAM de dependencia municipal y a través de adjudicación de proyectos de diversa índole, puesto que no se contaba con un Modelo de Gestión o lineamientos organizacionales claros y precisos. De este modo, algunas comunas desarrollaron proyectos con alta tecnología, amplia cartera de servicios y suficientes recursos profesionales a fin de desplegar un modelo de atención integral y comunitario, desde el inicio. Sin embargo, también existen a lo largo del país COSAM con diferentes grados de desarrollo clínico, organizacional, de recursos humanos y de profundidad de instalación del modelo comunitario. En el último Plan Nacional se ha consignado la necesidad avanzar desde esta realidad diversa al fortalecimiento de los COSAM, los cuales pasan a llamarse Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), de dependencia de los Servicios de Salud, a modo de influir directamente en su gestión y movilizar con mayor facilidad recursos necesarios, al integrarlos como parte de la red de establecimientos de dependencia directa. De este modo, se proyecta que los territorios en donde se encuentran COSAM con desarrollo incompleto o en lugares en donde no existe uno de estos centros, se puedan desarrollar los CSMC que faciliten y fortalezcan la red temática de salud mental comunitaria.

En el territorio del Servicio de Salud Occidente de los 9 COSAM, 8 tienen cartera de prestaciones incompletas. El COSAM Peñaflor ha completado su cartera de prestaciones recientemente y no exento de dificultades. Los 9 centros exceden la población que deberían tener asignada, la mayoría duplica esta cifra, que fue definida en el último Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental⁽³⁾ en 1 CSMC por cada 50.000 habitantes.

Esta realidad de los CSMC mantiene las prestaciones ambulatorias de especialidad en centros hospitalarios, la mayoría alejados de los centros de atención primaria. Con excepción del Hospital Félix Bulnes, los demás centros hospitalarios tampoco cuentan con cartera completa de prestaciones. El Plan Nacional impulsa el traslado de estos policlínicos hospitalarios a los centros comunitarios, lo que requiere imprescindiblemente del mayor desarrollo de los Centros de Salud Mental Comunitarios, ya sean los antiguos COSAM o la instalación de nuevos CSMC.

Singular es la situación producida entre los COSAM de Pudahuel, Cerro Navia y Lo Pardo con el Centro de Referencia en Salud (CRS), pues comparten carteras de prestaciones en varios diagnósticos lo que dificulta el establecimiento de límites entre ambos.

La existencia de esta amplia red es reflejo de años de voluntades y determinación en los tomadores de decisión locales, quienes a pesar de la adversidad territorial han logrado avanzar en la red de salud mental Occidente. Esta conformación esbozada por niveles de atención se verá beneficiada del nuevo impulso reformador del nuevo Plan Nacional y del Modelo de Gestión de la Red Temática 2017, pues ambos ponen el énfasis en los estándares necesarios para evitar la fragmentación territorial.

2. Existencia de un Encargado de Salud Mental en cada centro de atención primaria.

Los 30 Centros de Atención Primaria que completaron la encuesta cuentan con un encargado de salud mental.

El encargado de salud mental es un profesional psicosocial o médico general que apoya la organización interna de la atención de salud mental, promueve el vínculo con su centro de atención secundaria y facilita la capacitación continua del personal de salud general en temáticas de salud mental, entre otros, aparte de ejercer su labor clínica.

La existencia de los encargados de salud mental en los centros de atención primaria facilita la coordinación territorial, enriquece el intercambio con otros nodos de atención y mantiene al centro conectado estratégicamente con el Consejo Técnico de la Red y otras instancias de coordinación con la red de salud y el intersector. La existencia del encargado de salud mental supone una oportunidad para el mejoramiento de la gestión si se dan las condiciones y lineamientos apropiados para su labor.

3. Flujo de derivación de un usuario desde APS a su referente en nivel de atención secundaria para primer episodio esquizofrenia.

El instrumento EVARED, propone para este ítem contar con una patología trazadora: esquizofrenia, primer episodio. Se hace el alcance del primer episodio debido a que el sistema de financiamiento GES⁽¹⁾ priorizó el estudio diagnóstico de esta patología y su posterior tratamiento desde el 1 de julio del año 2005, generando así prestaciones para personas con el diagnóstico esquizofrenia antes del año 2005 y posterior. Esto ha generado que no todas las personas con el diagnóstico de esquizofrenia reciban la atención en el mismo lugar. Se espera que con el correr de los años mayor proporción de la población que cuente con el diagnóstico tenga las prestaciones garantizadas por el sistema GES.

1. GES: Régimen de Garantías Explícitas en Salud, está vigente desde el 1 de julio de 2005. Son beneficiarios los cotizantes o afiliados al sistema público y privado. Para patologías determinadas otorga las siguientes garantías: Acceso: Obligación del sistema público y privado de asegurar las prestaciones de salud, Oportunidad en la atención: establece un plazo máximo para la atención, Calidad: prestador registrado o acreditado, protección financiera: pago compartido (co pago) y protegido por el asegurador. Las personas con diagnóstico de esquizofrenia previo al 2005 son catalogados como esquizofrenia no GES y no son consideradas como trazadoras en EVARED v2016.

Tabla 1: Centros de atención primaria (APS) clasificados por comuna y microarea a la que pertenecen. Centro de atención de especialidad ambulatoria que les corresponde para personas con sospecha o diagnóstico de esquizofrenia primer episodio (GES). 2017

- ◆ Microarea 1 Comunas Quinta Normal – Renca : Provincia de Santiago.
- ◆ Microarea 2 Comunas Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado : Provincia de Santiago
- ◆ Microarea 3 Comunas Provincia de Talagante
- ◆ Microarea 4 Comunas Provincia de Melipilla

Centro de Atención Primaria (APS)	Comuna	Centro de Atención de Especialidad Ambulatoria EQZ GES	Corresponde a Centro de Salud Mental Comunitario
ANDES	Quinta Normal	FELIX BULNES	NO
LO FRANCO	Quinta Normal	FELIX BULNES	NO
GARIN	Quinta Normal	FELIX BULNES	NO
RENCA	Renca	FELIX BULNES	NO
HERNAN URZUA	Renca	FELIX BULNES	NO
HUAMACHUCO	Renca	FELIX BULNES	NO
BICENTENARIO	Renca	FELIX BULNES	NO
DR. AVENDAÑO	Lo Prado	CRS	NO
YAZIGI	Lo Prado	CRS	NO
PABLO NERUDA	Lo Prado	CRS	NO
SANTA ANITA	Lo Prado	CRS	NO
SILVA HENRIQUEZ	Pudahuel	CRS	NO
ESTRELLA	Pudahuel	CRS	NO
VIOLETA PARRA	Pudahuel	CRS	NO
STEEGER	Cerro Navia	CRS	NO
ALBERTZ	Cerro Navia	CRS	NO
LO AMOR	Cerro Navia	CRS	NO
CERRO NAVIA	Cerro Navia	CRS	NO
PEÑAFLORES	Peñaflor	COSAM PEÑAFLORES	SI
ALBERTO ALLENDE	Talagante	COSAM PEÑAFLORES	SI
MONCKEBERG	Peñaflor	COSAM PEÑAFLORES	SI
JUAN PABLO II	Padre Hurtado	COSAM PEÑAFLORES	SI
ISLA DE MAIPO	Isla de Maipo	COSAM PEÑAFLORES	SI
EL MONTE	El Monte	COSAM PEÑAFLORES	SI
SAN MANUEL	Melipilla	HOSPITAL MELIPILLA	NO
BORIS SOLER	Melipilla	HOSPITAL MELIPILLA	NO
ELGUETA	Melipilla	HOSPITAL MELIPILLA	NO
CGR SAN PEDRO	San Pedro	HOSPITAL MELIPILLA	NO
VILLA ALHUE	Alhue	HOSPITAL MELIPILLA	NO
ADRIANA MADRID	María Pinto	HOSPITAL MELIPILLA	NO

(*Centros de Salud que participaron de la encuesta. N total: 32 centros. Participantes: 30)

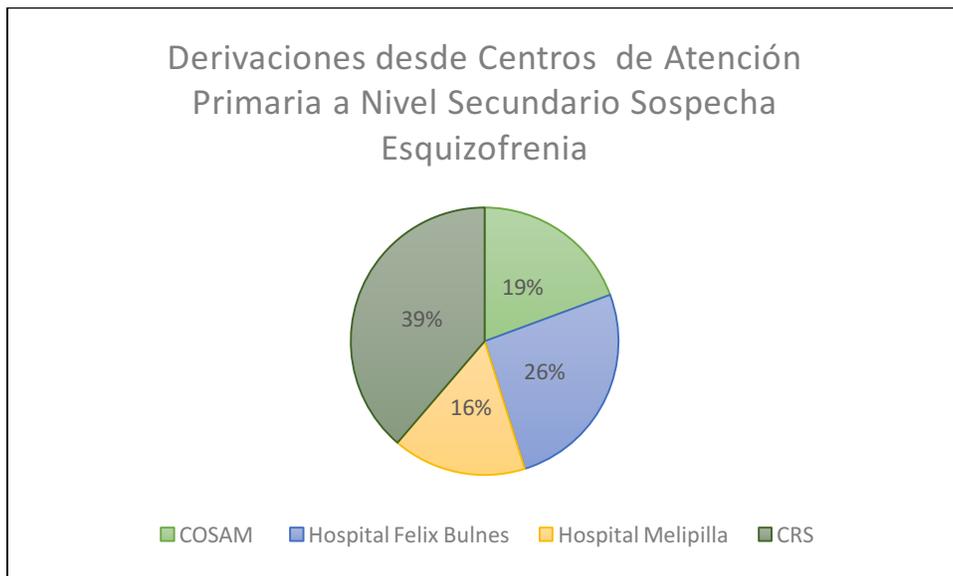


Gráfico 2: Distribución de centros derivadores de atención de especialidad ambulatoria para Esquizofrenia primer episodio desde centros de atención primaria.

En el marco del modelo de salud mental comunitario es esperable que los COSAM sean los referentes ambulatorios de especialidad en el territorio y cuenten con una oferta completa de prestaciones. Sin embargo, como se puede observar en el gráfico 2, solo el 19% de los CESFAM cuenta con un COSAM como su red de derivación de especialidad ambulatoria para la prestación esquizofrenia (microarea 3). Del total de CESFAM, sólo dos cuentan con un COSAM en su comuna que otorgue la prestación trazadora.

Aspecto 2: Accesibilidad desde Atención Primaria a Atención ambulatoria especializada en el territorio.

El modelo de salud familiar y el modelo de salud mental y psiquiatría comunitario comparten, entre otros, un cimiento común: la territorialidad. Este aspecto es crucial a la hora de organizar una red de servicios integrada, coherente y cercana a su población objetivo.

En términos ideales, se espera que cada centro de salud familiar de una comuna, esté fuertemente vinculado y en coordinación directa con un centro de salud mental comunitaria en el mismo territorio comunal que cuente con los recursos, experiencia y tecnología para dar respuesta a los requerimientos de la especialidad desde un enfoque clínico, con prácticas basadas en la evidencia y en un marco de respeto de los derechos humanos. Esta atención se espera sea entregada por equipos multidisciplinarios buscando siempre la integralidad de la atención con miras a la mejor recuperación posible.

La situación del territorio occidente de Santiago es diversa y ya ha sido presentada en la conformación de la red. Esta variabilidad está dada, entre otros aspectos, por la existencia de tres provincias en el territorio, cada una con un desarrollo propio.

Como ya se presentó previamente, sólo un COSAM es centro de referencia para esquizofrenia y aún se mantienen otros centros como CRS u hospitales como nodos de resolución de atención secundaria. Esto supone que el acceso, distancias y tiempos de desplazamiento pueden verse afectados, sobretodo en un territorio tan extenso como el del Servicio Occidente.

En este aspecto EVARED mide los siguientes ítems:

- Tiempo estimado de transporte caminando
- Tiempo estimado de transporte por locomoción colectiva
- Cuál y cuantos medios son necesarios para llegar desde APS al centro secundario
- Dinero requerido (para un tramo)

Tabla 2: Accesibilidad desde atención primaria a atención secundaria –especialidad psiquiatría.

- ◆ Microarea Quinta Normal – Renca : Provincia de Santiago.
- ◆ Microarea Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado : Provincia de Santiago
- ◆ Microarea Provincia de Talagante
- ◆ Microarea Provincia de Melipilla

CENTRO ATENCION PRIMARIA (APS)	CENTRO ATENCION DE ESPECIALIDAD AMBULATORIA EQZ GES	CORRESPONDE A CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO	CORRESPONDE A COMUNA DE ORIGEN	Tiempo estimado transporte caminando desde Centro APS a secundario (minutos)	Tiempo estimado transporte locomoción colectiva (minutos)	Cuál y cuántos médicos son necesarios para llegar desde APS a Centro Secundario	Dinero requerido (un tramo)
ANDES	FELIX BULNES	NO	SI	-	45	1 – BUS	1 USD
LO FRANCO	FELIX BULNES	NO	SI	-	15	1-BUS	1 USD
GARIN	FELIX BULNES	NO	SI	-	35	1-BUS	1 USD
RENCA	FELIX BULNES	NO	NO	-	15	1-BUS	1 USD
HERNAN URZUA	FELIX BULNES	NO	NO	-	30	1-BUS	1 USD
HUAMACHUCO	FELIX BULNES	NO	NO	-	45	1-BUS	1 USD
BICENTENARIO	FELIX BULNES	NO	NO	-	30	1-BUS	1 USD
DR. AVENDAÑO	CRS	NO	NO	-	15	1-BUS	1 USD
YAZIGI	CRS	NO	NO	37	20	1-BUS	1 USD
PABLO NERUDA	CRS	NO	NO	40	15	1-BUS	1 USD
SANTA ANITA	CRS	NO	NO	-	20	1-BUS	1 USD
RAUL SILVA HENRIQUEZ	CRS	NO	SI	60	25	1-BUS	1 USD
ESTRELLA	CRS	NO	SI	30	20	1-BUS	1 USD
VIOLETA PARRA	CRS	NO	SI	-	25	1-BUS	1 USD
STEEGER	CRS	NO	NO	-	27	1-BUS	1 USD
ALBERTZ	CRS	NO	NO	-	45	1-BUS	1 USD
LO AMOR	CRS	NO	NO	-	27	1-BUS	1 USD
CERRO NAVIA	CRS	NO	NO	-	33	1-BUS	1 USD
PEÑAFLOR	COSAM PEÑAFLOR	SI	SI	-	40	1-BUS	0,8 USD
ALBERTO ALLENDE	COSAM PEÑAFLOR	SI	NO	-	30	1-BUS	2 USD
MONCKEBERG	COSAM PEÑAFLOR	SI	SI	4	-	-	-
JUAN PABLO II	COSAM PEÑAFLOR	SI	NO	-	50	1-BUS	1 USD
ISLA DE MAIPO	COSAM PEÑAFLOR	SI	NO	-	50	2-BUS	2 USD
EL MONTE	COSAM PEÑAFLOR	SI	NO	-	60	1-BUS	1,5 USD

SAN MANUEL	HOSPITAL MELIPILLA	NO	SI	-	45	1-BUS	1,5 USD
BORIS SOLER	HOSPITAL MELIPILLA	NO	SI	10	20	1-BUS	0,7 USD
ELGUETA	HOSPITAL MELIPILLA	NO	SI	-	45	1-BUS	0,7 USD
CGR SAN PEDRO	HOSPITAL MELIPILLA	NO	NO	-	60	1-BUS	3,28 USD
VILLA ALHUE	HOSPITAL MELIPILLA	NO	NO		90	1-BUS	2,5 USD
ADRIANA MADRID	HOSPITAL MELIPILLA	NO	NO	-	60	1-BUS	1,3 USD

(*Centros de Salud que participaron de la encuesta. N total: 32 centros. Participantes: 30)

En general podemos observar que es posible acceder a los centros de atención secundaria en tiempos que varían entre 4 minutos caminando y 90 minutos en bus. En la totalidad de los casos es posible llegar a través de un medio de transporte directo, evitando trasbordos. Los valores mínimos de desplazamiento fluctúan entre aproximadamente 1 USD y 3,5 USD para un tramo.

En la mayoría de las rutas se describieron diferentes vías y tipos de transporte disponibles, así como diversos valores. En estos casos, se ha considerado el medio más masivo y accesible. Los otros medios de transporte descritos fueron taxi o colectivo (vehículo pequeño compartido con ruta definida) y metro en el caso de acudir a Centro de Referencia en Salud (CRS). En el caso de metro, el costo no se modifica de manera significativa. El uso de colectivo o taxi varía, siendo el gasto mínimo aproximado a 3 USD pudiendo subir a 10 USD al interior de la Provincia de Santiago. Los taxis no fueron descritos como medios frecuentes de uso en las Provincias de Melipilla y Talagante, dado, entre otras variables, a las mayores distancias comprometidas, la disponibilidad y el costo.

Varios de los establecimientos encuestados no respondieron el ítem “tiempo de traslado caminando” podemos hipotetizar que esto se podría deber a que el porcentaje de pacientes que acceden por esta vía es menor dado el desarrollo actual de las redes de transporte.

Aspecto 3: Caracterización de los centros de atención primaria

El tercer aspecto del EVARED involucra algunos elementos centrales del desempeño de la salud mental en atención primaria tales como:

- Si se realizó dispensación y/o control de antipsicóticos
- Realización de consultoría psiquiátrica en el CESFAM
- Frecuencia de la consultoría
- Realización de la consultoría siempre por el mismo psiquiatra interconsultor
- Seguimiento del caso referido al especialista por el mismo psiquiatra interconsultor

Dispensación de antipsicóticos

El modelo comunitario de salud mental y psiquiatría pone énfasis en el tránsito de los pacientes por la red de salud mental integrada en la salud general, el cual está determinado por la severidad, complejidad y vulnerabilidad de cada caso y no por el diagnóstico que posee una persona. En este sentido, es esperable que la atención primaria de salud cuente con antipsicóticos en su arsenal de farmacia y estos se utilicen en aquellos casos que sean derivados a este nivel de atención debidamente compensados para continuar allí su seguimiento. Las personas usuarias de antipsicóticos en nivel primario también se ven beneficiadas de la articulación efectiva de su centro de salud con el dispositivo de nivel secundario a través de instancias de aseguramiento de la continuidad de cuidado tales como las consultorías.

Tabla 3: Dispensación de antipsicóticos en dispositivos de atención primaria (APS) 2017

- ◆ Microarea Quinta Normal – Renca : Provincia de Santiago.
- ◆ Microarea Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado : Provincia de Santiago
- ◆ Microarea Provincia de Talagante
- ◆ Microarea Provincia de Melipilla

CENTRO ATENCION PRIMARIA (APS)	DISPENSACION DE ANTIPSICOTICOS
ANDES	SI
LO FRANCO	SI
GARIN	SI
RENCA	SI
HERNAN URZUA	SI
HUAMACHUCO	SI
BICENTENARIO	NO
DR. AVENDAÑO	SI
YAZIGI	SI
PABLO NERUDA	SI
SANTA ANITA	SI
RAUL SILVA HENRIQUEZ	SI
ESTRELLA	SI
VIOLETA PARRA	SI

STEEGER	SI
ALBERTZ	SI
LO AMOR	SI
CERRO NAVIA	SI
PEÑAFLORES	NO
ALBERTO ALLENDE	SI
MONCKEBERG	SI
JUAN PABLO II	SI
ISLA DE MAIPO	NO
EL MONTE	SI
SAN MANUEL	NO
BORIS SOLER	SI
ELGUETA	SI
CGR SAN PEDRO	SI*
VILLA ALHUE	SI
ADRIANA MADRID	SI

*Incluye usuarios con modecate en coordinación con COSAM Melipilla, el más cercano.
En general los antipsicóticos disponibles en atención primaria son clorpromazina, haloperidol y risperidona.

Consultorías:

Durante el año 2016 el Ministerio de Salud formalizó las Orientaciones Técnicas de Consultoría¹. En ellas se las promueve como una estrategia plenamente vigente para optimizar el quehacer en la atención de personas con problemas de salud mental en el nivel primario de atención.

La Consultoría incluye tres componentes:

- i. Supervisión y apoyo del equipo Consultor al equipo Consultante respecto a un caso clínico.
- ii. Capacitación respecto a situaciones clínicas, a partir de los casos que se abordan en conjunto, considerando que la complejidad no está determinada solo por el diagnóstico médico psiquiátrico.
- iii. Coordinación clínica y administrativa respecto a continuidad de cuidados de pacientes y al funcionamiento del programa en el territorio.

A través de estos componentes incide directamente en:

- i. La integración de la salud mental al sistema sanitario general, promoviendo y reforzando el papel fundamental del nivel primario, y su estrecha relación con el nivel especializado ambulatorio.
- ii. La generación de estructuras de coordinación territorial que permitan la actuación integrada del conjunto de dispositivos existentes en un mismo ámbito territorial/poblacional.
- iii. Brindar posibilidades concretas de garantizar la continuidad en la atención a cualquier problema de salud mental de la población usuaria en el territorio.

En EVARED, los puntos consultados sobre las consultorías son los siguientes:

- Realización de consultoría psiquiátrica en el CESFAM
- Frecuencia de la consultoría
- Realización de la consultoría siempre por el mismo psiquiatra interconsultor
- Seguimiento del caso referido al especialista por el mismo psiquiatra interconsultor

1. República de Chile. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. Ministerio de Salud; 2016.

Tabla 4: Consultorías realizadas en atención primaria año 2017

- ◆ Microarea Quinta Normal – Renca : Provincia de Santiago.
- ◆ Microarea Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado : Provincia de Santiago
- ◆ Microarea Provincia de Talagante
- ◆ Microarea Provincia de Melipilla

CENTRO ATENCION PRIMARIA (APS)	ATENCION SECUNDARIA NO GES CORRESPONDE A CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO	CORRESPONDE A COMUNA DE ORIGEN	REALIZACION DE CONSULTORIAS	FRECUENCIA DE CONSULTORIAS ADULTOS	REALIZACION DE LA CONSULTORIA SIEMPRE POR EL MISMO PSIQUIATRA INTERCONSULTOR	SEGUIMIENTO POR MISMO PSIQUIATRA INTERCONSULTOR
ANDES	SI	SI	SI	Trimestral	NO	NO
LO FRANCO	SI	SI	SI	Mensual	SI	SI
GARIN	SI	SI	SI	Mensual	SI	SI
RENCA	SI	SI	SI	Mensual	NO	SI
HERNAN URZUA	SI	SI	SI	Mensual	NO	SI
HUAMACHUCO	SI	SI	SI	Mensual	NO	SI
BICENTENARIO	SI	SI	SI	Mensual	SI	NO
DR. AVENDAÑO	SI	SI	SI	Mensual*	NO	SI
YAZIGI	SI	SI	SI	Mensual*	NO	SI
PABLO NERUDA	SI	SI	SI	Mensual*	SI	NO
SANTA ANITA	SI	SI	SI	Mensual*	SI	NO
RAUL SILVA HENRIQUEZ	SI	SI	SI	Trimestral	NO	NO
ESTRELLA	SI	SI	SI	Trimestral	SI	NO
VIOLETA PARRA	SI	SI	SI	Trimestral	NO	SI
STEEGER	SI	SI	SI	Mensual**	SI	SI
ALBERTZ	SI	SI	SI	Mensual**	SI	SI
LO AMOR	SI	SI	SI	Mensual**	SI	SI
CERRO NAVIA	SI	SI	SI	Mensual**	SI	SI
PEÑAFLORES	SI	SI	SI	BiMensual	SI	NO
ALBERTO ALLENDE	SI	SI	SI	Mensual***	SI	NO
MONCKEBERG	SI	SI	SI	Mensual	NO	NO
JUAN PABLO II	NO	NO	NO	-	-	-
ISLA DE MAIPO	NO	NO	NO	-	-	-
EL MONTE	NO	NO	NO	-	-	-

SAN MANUEL	SI	SI	NO	-	-	-
BORIS SOLER	SI	SI	SI	Trimestral***	SI	SI
ELGUETA	SI	SI	SI	Trimestral***	SI	SI
CGR SAN PEDRO	NO	NO	NO	-	-	-
VILLA ALHUE	NO	NO	SI****	2 veces al mes	SI	SI
ADRIANA MADRID	NO	NO	NO	-	-	-

*La consultoría con criterios de calidad promovida por el Ministerio de Salud en su Orientación Técnica del año 2016 aún se encuentra en instalación en este territorio. Comunas como Lo Prado, han informado consultorías mensuales, sin embargo la modalidad de ejecución de las consultorías corresponde a una reunión que se convoca en dependencias del centro de atención secundaria (COSAM) y a ella asisten simultáneamente representantes de los equipos de atención primaria. Se presentan dos pacientes por CESFAM por consultoría en modalidad revisión de historia clínica, no presencial, en un lapso de tiempo de 2,5 horas. Asimismo, en esta misma comuna, se declara que no ha sido posible que participe un equipo estable desde atención primaria y rara vez acude el médico tratante de APS.

**Instalación durante 2017. Previamente ocurrían cada 4 meses y solo para población adulta.

***Modalidad Reunión Clínica.

****Por psiquiatra extrasistema

Las consultorías registradas corresponden a las de personas adultas en atención de salud, Las consultorías infanto juveniles tienden a la irregularidad. Destacan los centros de la comuna de Renca que las describen de frecuencia mensual y Pudahuel donde se describen bimensuales.

Si evaluamos por microarea podemos observar lo siguiente:

- ◆ Microarea Quinta Normal – Renca (Provincia de Santiago): En este territorio cada comuna cuenta con un COSAM. Esta estructura facilita la generación de las consultorías, las que ocurren en el 100% de los CESFAM, la mayoría mensuales. Aún es necesario profundizar en la continuidad del psiquiatra interconsultor.
- ◆ Microarea Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado (Provincia de Santiago): Todas las comunas cuentan con un COSAM por comuna y en el caso de Pudahuel, con dos COSAM. Todos los CESFAM realizan consultorías, la mayoría mensualmente. Sin embargo, en esta microarea existen COSAM que no realizan la consultoría en los CESFAM sino que reúnen a los equipos de atención primaria en dependencias del centro secundario. Si consideramos esta última instancia como consultoría, el 100% de los CESFAM tendrían algún tipo de articulación con los COSAM de su comuna. Es necesario avanzar a consultorías de calidad según lo descrito en las Orientaciones Técnicas vigentes.
- ◆ Microarea Provincia de Talagante: En este territorio existen dos COSAM, uno en Talagante que presta servicios a la comuna de Talagante y otro en Peñaflor, el cual presta servicios con toda su cartera a la comuna de Peñaflor y cubre las patologías GES de las comunas de El Monte, Padre Hurtado, Isla de Maipo y Talagante (a excepción de Trastorno afectivo bipolar). COSAM

Talagante declara realizar consultoría de manera mensual al único CESFAM de su territorio, pero esta consultoría se realiza en modalidad reunión clínica, alejándose de los criterios de calidad. El COSAM Peñaflor realiza consultorías a los dos CESFAM de la comuna de Peñaflor de manera mensual o bimensual. Ambos COSAM deben avanzar en la continuidad del tratamiento con el psiquiatra interconsultor. Las tres comunas restantes de esta microarea no tienen acceso a consultoría.

El porcentaje de cobertura de la consultoría en esta microarea alcanza el 50% de los CESFAM.

- ◆ Microarea Provincia de Melipilla: En esta microarea sólo existe un COSAM que se emplaza en la comuna de Melipilla. Allí se realizan consultorías trimestrales en dos de los tres CESFAM. En las comunas aledañas de Alhué, María Pinto y San Pedro, las tres de alta ruralidad, no se realizan consultorías. El porcentaje de cobertura de la consultoría en esta microarea alcanza el 50% de los CESFAM.

Aspecto 4: Caracterización del Consejo Técnico de la Red.

En este ítem EVARED considera:

- Realización periódica de los consejos técnicos de la red
- Si se realizó una planificación y evaluación de las actividades realizadas en los consejos técnicos de la red.
- Planificación de reuniones extrasectoriales en beneficio de las personas con diagnóstico de EQZ
- Si en dichas reuniones participaron representantes de los usuarios o familiares y si su participación fue con voz y voto.

El Consejo Técnico de salud mental es una instancia de mesogestión, responsabilidad de los Servicios de Salud, conducida por el equipo de la Unidad o 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. 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 ⁽³⁾.

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 ⁽³⁾.

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 ⁽³⁾.

El Consejo trasciende ampliamente de ser un espacio infomativo, debe ser una instancia de construcción de opinión técnica, elaboración de acuerdos y protocolos, 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 ⁽³⁾.

En el área occidente de Santiago hasta el año 2016 se realizaron Consejos Técnicos ampliados a los cuales estaban convocados los Directores de los distintos nodos de la red de 15 comunas que conforman el área del Servicio de Salud.

Desde el año 2017 los Consejos Técnicos se organizan por microareas, de este modo cada año se planifica un encuentro por microarea cada mes (2017) o cada mes y medio (2018) para priorizar la gestión territorial efectiva y dos encuentros ampliados para planificar y socializar líneas generales de trabajo, así como promover la coherencia en la red en su conjunto. El mismo año se generan instancias de evaluación de su funcionamiento.

Tabla 5: Consejos Técnicos de la Red de Salud Mental 2017

-  Microarea Quinta Normal – Renca : Provincia de Santiago.
-  Microarea Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado : Provincia de Santiago
-  Microarea Provincia de Talagante
-  Microarea Provincia de Melipilla

CENTRO ATENCION PRIMARIA (APS)	REALIZACION DE REUNIONES PERIODICAS DEL CONSEJO TECNICO DE LA RED	FRECUENCIA DE CONSEJO TECNICO 2016	FRECUENCIA DE CONSEJO TECNICO 2017	REALIZACION DE REUNIONES DE PLANIFICACION Y EVALUACION DEL CONSEJO TECNICO 2017	REPRESENTANTE DE USUARIOS O FAMILIARES
ANDES	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
LO FRANCO	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
hiñGARIN	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
RENCA	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
HERNAN URZUA	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
HUAMACHU CO	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
BICENTENA RIO	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
DR. AVENDAÑO	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
YAZIGI	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
PABLO NERUDA	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
SANTA ANITA	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
RAUL SILVA HENRIQUEZ	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
ESTRELLA	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
VIOLETA PARRA	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
STEEGER	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
ALBERTZ	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
LO AMOR	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
CERRO NAVIA	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
PEÑAFLOR	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
ALBERTO ALLENDE	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
MONCKEBE RG	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO

JUAN PABLO II	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
ISLA DE MAIPO	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
EL MONTE	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
SAN MANUEL	SI	NO PARTICIPO	MENSUAL	SI	NO
BORIS SOLER	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
ELGUETA	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
CGR SAN PEDRO	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
VILLA ALHUE	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO
ADRIANA MADRID	SI	BIANUAL	MENSUAL	SI	NO

Es posible observar en la tabla que durante el año 2017 ha existido una normalización del funcionamiento de los Consejos Técnicos. En ellos se ha incluido a representantes de los CESFAM, lo cual queda evidenciado en el paralelo de consultorías entre el año 2016 y 2017. En las respuestas de los centros de atención primaria se destaca la calendarización impulsada el año 2017.

Los centros encuestados declaran que se ha realizado una planificación y evaluación de los temas desarrollados en los consejos técnicos mas no de las actividades. La planificación se concentran al inicio y finales de cada año, ocurriendo por primera vez en el cierre del trabajo anual por microareas el año 2017. La participación de la atención primaria en los consejos técnicos fue incorporandose gradualmente durante el 2017, concretandose en la mayoría de las microareas el segundo semestre.

Un aspecto a mejorar en los Consejos Técnicos es la falta de presencia de representantes de usuarios y familiares resguardando que su participación sea plena, con voz y voto.

Destacar que no se realizaron reuniones con instituciones intersectoriales para organizar actividades que vayan en beneficio de las personas con esquizofrenia en el marco de las actividades del Servicio de Salud. Sólo un centro declaró haber realizado encuentros intersectoriales para beneficiar a las personas con diagnóstico de esquizofrenia, en específico COSAM Quinta Normal organizó a nivel communal el día de la salud mental y actividades de promoción de derechos de usuarios, tema presentado por ellos mismos a la comunidad el año 2017, pero esta actividad no nace desde los equipos de atención primaria.

Parte 2: Caracterización De Salud Mental En Centros De Salud Familiar Con Datos Del Registro Estadístico Mensual (REM) y de la Unidad de Salud Mental del Servicio Occidente.

A modo de complementar la información obtenida con la aplicación del instrumento EVARED versión 2017, se han recogido datos disponibles en la plataforma del registro estadístico mensual y consolidados de la Unidad de Salud Mental.

Area 1: Población bajo control de salud mental

- ◆ Microarea Quinta Normal – Renca : Provincia de Santiago.
- ◆ Microarea Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado : Provincia de Santiago
- ◆ Microarea Provincia de Talagante
- ◆ Microarea Provincia de Melipilla

Establecimientos	Población inscrita por centro	Población bajo control	Porcentaje población bajo control del total de población por centro
CESFAM Andes	20585	1464	7.11
CESFAM Lo Franco	28115	1128	4.01
CESFAM Garin	27793	1095	3.93
Consultorio Renca	52344	2883	5.50
Consultorio Hernán Urzúa	27921	1194	4.27
Consultorio Huamachuco	15379	629	4.08
Consultorio Bicentenario	20620	924	4.48
CESFAM Avendaño	28048	1638	5.83
CESFAM Yazigi	36561	1064	2.91
CESFAM Pablo Neruda	28538	1207	4.22
Consultorio Santa Anita	35285	1695	4.80
CESFAM C. R. S. H	23649	1359	5.74
Consultorio Pudahuel La Estrella	60581	715	1.18
CESFAM Gustavo Molina	36253	2142	5.90
Consultorio Pudahuel Poniente	38925	1721	4.42
CESFAM Violeta Parra	46340	1912	4.12
CESFAM Steeger	37404	1443	3.85
CESFAM Albertz	33296	1840	5.52
CESFAM Lo Amor	18158	872	4.80
CESFAM Cerro Navia	31493	1226	3.89

CESFAM Peñaflo	36479	852	2.33
CESFAM Monckeberg	39540	1648	4.16
CESFAM Juan Pablo II P.H	45294	1605	3.54
CESFAM Alberto Allende Jones	54831	1152	2.10
CESFAM Isla de Maipo	27189	560	2.05
CESFAM El Monte	29213	655	2.24
CESFAM San Manuel	8836	284	3.21
CESFAM Boris	30409	1321	4.34
CESFAM Elgueta	45887	1738	3.78
CESFAM San Pedro	8589	376	4.37
CESFAM Villa Alhué	5998	294	4.90
CESFAM María Pinto	4856	309	6.36

La población inscrita por centro varía desde 4.856 personas en el CESFAM María Pinto y 60.581 en Pudahuel Estrella. Es necesario recordar que los Centros están pensados para poblaciones máximas de entre 20.000 a 25.000 habitantes. 23 centros de los 32 exceden la población recomendada, lo que corresponde a un 72 % de los centros de atención primaria.

El porcentaje de personas bajo control de salud mental del total de personas inscritas en el centro de salud fluctúa entre un 1,18% en centro Pudahuel La Estrella y un 7,1% en centro Andes.

Para efectos de estandarizar la población bajo control a nivel nacional, el Ministerio de Salud mide el IAAPS. El “Índice De Actividad De La Atención Primaria” - IAAPS, establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona aplicando rebajas presupuestarias ante los incumplimientos. En la meta N° 12 se solicita cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años. Se ha establecido a nivel nacional un piso del 17%.

Los resultados a diciembre 2017 por comuna son los siguientes:

COMUNA	META N° 12	Cumplimiento
Quinta Normal	17.99%	18.83%
Renca	19.25%	21.03%
Lo Prado	16.00%	20.04%
Pudahuel	17.52%	17.25%
Cerro Navia	18.00%	19.97%
Peñaflo	17.06%	15.56%
Talagante	14.00%	11.77%
Padre Hurtado	17.22%	17.40%
Isla de Maipo	22.99%	20.89%
El Monte	14.00%	10.40%
Alhué	17.54%	24.91%
María Pinto	18.00%	18.49%
San Pedro	16.99%	13.73%
Melipilla	19.00%	19.34%

En la tabla de IAAPS podemos observar que las metas varían dependiendo de la cobertura de años anteriores. En relación a su histórico, comunas del área urbana como rural tienen dificultades para lograr la meta estimada, sobre todo la provincia de Talagante, con coberturas muy bajas cercanas al 10% en Talagante y el Monte.

Area 2: Movilidad de la población bajo control

El tránsito por la red según severidad, complejidad y vulnerabilidad, junto a la búsqueda permanente de la mejor salud y recuperación posible es uno de los pilares del modelo de salud mental comunitario. Este tránsito supone que en un determinado momento un gran porcentaje de los usuarios, sobre todo en el nivel primario, alcanzará un punto de recuperación en donde sea posible generar un alta clínica o una derivación a un centro de mayor complejidad.

La razón entre los ingresos y los egresos de la población bajo control nos da cuenta de esta movilidad y señala algunos nodos de atención en los cuales puede existir la necesidad de promover mayor tránsito y/o detectar las causas del cese de este flujo, corriendo el riesgo de generar un patrón similar al de los “crónicos ambulatorios” observados en hospitales.

Tabla: Razón ingresos/egresos de salud mental en los centros de atención primaria del área Occidente de Santiago. Datos REM 2017.

-  Microarea Quinta Normal – Renca : Provincia de Santiago.
-  Microarea Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado : Provincia de Santiago
-  Microarea Provincia de Talagante
-  Microarea Provincia de Melipilla

Establecimientos	Población bajo control	Ingresos	Egresos	Razon I v/s E
CESFAM Andes	1464	70	6	11.6
CESFAM Lo Franco	1128	386	251	1.53
CESFAM Garin	1095	551	255	2.16
Consultorio Renca	2883	1198	1077	1.11
Consultorio Hernán Urzúa	1194	953	387	2.46
Consultorio Huamachuco	629	514	451	1.13
Consultorio Bicentenario	924	667	317	2.1
CESFAM Avendaño	1638	522	57	9.15
CESFAM Yazigi	1064	855	704	1.21
CESFAM Pablo Neruda	1207	467	50	9.34
Consultorio Santa Anita	1695	554	53	10.45
CESFAM C. R. S. H	1359	256	79	3.24
Consultorio Pudahuel La Estrella	715	1281	331	3.87
CESFAM Gustavo Molina	2142	698	135	5.17
Consultorio Pudahuel Poniente	1721	1128	422	2.67
CESFAM Violeta Parra	1912	621	136	4.56
CESFAM Steeger	1443	484	62	7.8
CESFAM Albertz	1840	301	208	1.44
CESFAM Lo Amor	872	474	88	5.38
CESFAM Cerro Navia	1226	374	1069	0.34

CESFAM Peñaflo	852	913	50	18.26
CESFAM Monckeberg	1648	1428	762	1.87
CESFAM Juan Pablo II P.H	1605	1460	703	2.07
CESFAM Alberto Allende Jones	1152	596	118	5.05
CESFAM Isla de Maipo	560	301	34	8.85
CESFAM El Monte	655	1000	248	4.03
CESFAM San Manuel	284	190	40	4.75
CESFAM Boris	1321	1060	337	3.14
CESFAM Elgueta	1738	1475	358	4
CESFAM San Pedro	376	410	29	14.13
CESFAM Villa Alhué	294	338	51	6.62
CESFAM María Pinto	309	289	101	2.86

La razón ingresos vs altas fluctúa entre un 0,34 en CESFAM Cerro Navia, a 14,13 en CESFAM San Pedro. Ambos datos dan cuenta de una situación posiblemente irregular desde la gestión. En el primer caso se ha registrado un egreso masivo de población bajo control. En el segundo, la razón nos indica que por cada 14,13 ingresos se produce 1 alta lo que se corresponde con la mayor población bajo control identificada en el territorio para un centro de atención primaria, probablemente con tendencia a la cronicidad. La mayor parte de los centros en todas las microareas presenta una razón elevada, con un promedio de 5,73, es decir por cada 5 ingresos se produce 1 alta. Es necesario poder revisar los procesos internos de los centros a fin de despejar este indicador. Una hipótesis es la acumulación de los registros de personas que ya habrían abandonado tratamiento.

Area 3: Recurso Humano disponible en Centros de Atención Primaria.

Según el modelo de salud familiar cada uno de estos centros de atención primaria debe tener su territorio sectorizado y cada sector debe contar con los profesionales suficientes para constituir equipos multidisciplinarios que den respuesta a las necesidades de la población

El recurso humano disponible en atención primaria por centro fue particularmente difícil de conseguir. De las comunas consultadas se obtuvieron respuestas de 21 de ellas, algunas parciales. Las que no contestaron fueron las comunas de Isla de Maipo, Cerro Navia y Melipilla y los CESFAM Pablo Neruda y Santa Anita de la comuna de Lo Prado.

Las atenciones por médico en atención primaria tienen un rendimiento de 30 minutos por paciente y se diferencian de horas destinadas a otras horas de salud, son horas “protegidas”. Las horas por profesionales se distribuyen de manera anticipada en una programación anual general que realizan las comunas y sus centros de atención primaria. No existe un estándar de horas protegidas para salud mental, es a criterio de la gestión local.

Tabla: Horas médicas destinadas a salud mental en centros de atención primaria

- ◆ Microarea Quinta Normal – Renca : Provincia de Santiago.
- ◆ Microarea Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado : Provincia de Santiago
- ◆ Microarea Provincia de Talagante
- ◆ Microarea Provincia de Melipilla

Nombre del establecimiento	Total de profesionales Médicos	Nº total horas Médico en SM semanales
CESFAM Andes	10	71
CESFAM Lo Franco	8	17
CESFAM Garín	13	20,5
Consultorio Renca	3	44
Consultorio Dr. H. Urzua	5	17
Consultorio Huamachuco	6	36
Consultorio Bicentenario	2	17
CESFAM Avendaño	10	37
CESFAM Yazigi	12	35
CESFAM Pablo Neruda	N/C	N/C
Consultorio Santa Anita	N/C	N/C
CESFAM C Raúl Silva H	2	16
Pudahuel La Estrella	4	66
CESFAM Gustavo Molina	4	16
Pudahuel Poniente	2	12
CESFAM Violeta Parra	3	19
CESFAM Stegger	N/C	N/C

CESFAM Albertz	N/C	N/C
CESFAM Lo Amor	N/C	N/C
CESFAM Cerro Navia	N/C	N/C
CESFAM Peñaflor	6	37.3
CESFAM Monckeberg	No tiene	0
CESFAM Juan Pablo II	14	38.5
CESFAM Dr. Allende Jones	17	51.6
CESFAM Isla de Maipo	N/C	N/C
Consultorio El Monte	4	35
CESFAM San Manuel	N/C	N/C
CESFAM Boris Soler	N/C	N/C
CESFAM Elgueta	N/C	N/C
CESFAM San Pedro	3	2.1
CESFAM Alhué	4	8
CESFAM Adriana Madrid	4	22

N/C: No Contesta. SM: Salud Mental

La tabla presentada presenta errores en la información entregada, no pudo ser corroborada con los registros disponibles, además de la evidente falta de respuesta por parte de los dispositivos. Sin embargo, ha parecido prudente dejarla en este documento, a fin de establecer la diversidad de realidades que viven los distintos centros, y dejar en evidencia uno de los nodos críticos más profundos a la hora de posicionar la salud mental en la atención de salud primaria: el recurso humano, especialmente el recurso humano médico.

El primer inconveniente al momento de recabar la información se encuentra al consultar sobre el número total de médicos del centro. Dado que no todos los centros se ajustan fielmente al modelo de salud familiar, algunos encargados de salud mental contestaron con el total de los médicos del establecimiento y otros con el total de médicos que realizan atenciones de salud mental. Es una modalidad aún existente en los centros de atención primaria la destinación de atenciones de salud mental a médicos “inclinados al área” y es aún permitido que médicos “no alineados con la salud mental” se nieguen a realizar las atenciones, lo cual va en contra del modelo de salud familiar instaurado en el país. Así mismo, no todos los centros cuentan con horas protegidas de consultas de salud mental, sino que muchas situaciones son resueltas en las llamadas horas de morbilidad que corresponden a atenciones que se solicitan según demanda con un rendimiento de 12 minutos para cada consulta. Las consultas de morbilidad están pensadas para situaciones agudas de baja gravedad (ejemplo: estados gripales) sin embargo debido, entre otras cosas, a la alta demanda de horas médicas, recurso humano limitado, entre otras variables, han pasado a resolver inadecuadamente otras consultas como las de salud mental. Esta modalidad de atención de salud mental en horas de morbilidad según demanda impide un adecuado enfrentamiento terapéutico, atenta contra la continuidad de cuidado y se aleja de una atención de calidad. Es necesario un mayor impulso a nivel Ministerial para lograr un mayor equilibrio a este respecto.

En relación a las horas médico semanales, algunos contestaron efectivamente con las horas programadas, otros centros agregaron las horas registradas en morbilidad. Ninguno de los dos datos es fidedigno, sobre todo si consideramos que otra práctica habitual de los centros es

redestinar las consultas de salud mental ante el apremio de otras necesidades como por ejemplo: las campañas de invierno, en donde aumenta considerablemente la demanda de la población por enfermedades respiratorias.

Es posible desprender entonces, más allá del detalle numérico, la alta necesidad de concientizar sobre la irregularidad de las atenciones de salud mental por médico en los centros de atención primaria, a fin de tomar decisiones de fondo que incluyan la reducción del estigma contra la salud mental por parte de médicos generales, sensibilizar al recurso humano, aumentar los recursos disponibles y mejorar la gestión. Esta última iniciativa sin duda debe ser impulsada y resguardada por el Ministerio de Salud, a fin de entregar las herramientas necesarias para corregir esta situación desde la gestión local. Recaltar que la municipalización de la atención primaria, mantiene a los centros de atención primaria autónomos de los Servicios de Salud, quienes mantienen una labor de abogacía, asesoría y supervisión.

Tabla: Horas psicólogo/a destinadas a salud mental en centros de atención primaria

-  Microarea Quinta Normal – Renca : Provincia de Santiago.
-  Microarea Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado : Provincia de Santiago
-  Microarea Provincia de Talagante
-  Microarea Provincia de Melipilla

Nombre del establecimiento	Total de profesionales Psicólogo/a	Nº total horas Psicólogo/a
CESFAM Andes	4	176
CESFAM Lo Franco	4	154
CESFAM Garín	4	77.4
Consultorio Renca	4	165
Dr. Hernán Urzua	3	132
Consultorio Huamachuco	2	66
Consultorio Bicentenario	2	88
CESFAM Avendaño	3	88
CESFAM Yazigi	3	82
CESFAM Pablo Neruda	N/C	N/C
Consultorio Santa Anita	N/C	N/C
CESFAM C. Raúl Silva H.	2	88
Pudahuel La Estrella	5	187
CESFAM Gustavo Molina	3	132
Pudahuel Poniente	3	110
CESFAM Violeta Parra	3	110
CESFAM Stegger	N/C	N/C
CESFAM Albertz	N/C	N/C
CESFAM Lo Amor	N/C	N/C
CESFAM Cerro Navia	N/C	N/C

CESFAM Peñaflor	3	132
CESFAM Monckeberg	4	176
CESFAM Juan Pablo II	6	264
CESFAM Dr. Allende J.	5	113.7
CESFAM Isla de Maipo	N/C	N/C
Consultorio El Monte	5	201
CESFAM San Manuel	N/C	N/C
CESFAM Boris Soler	N/C	N/C
CESFAM Elgueta	N/C	N/C
CESFAM San Pedro	2	66
CESFAM Alhué	1	44
CESFAM Adriana Madrid	3	132

N/C: No contesta

El número promedio de psicólogo/a por centro es de 3,36, fluctuando entre 1 en la zona rural de Alhué y 6 en Padre Hurtado, de las provincias de Melipilla y Talagante respectivamente. El número de profesionales no necesariamente corresponde con jornadas completas de trabajo. En el Informe WHO AIMS 2014 se estableció un promedio nacional de 2,9 psicólogos por CESFAM.

El promedio de horas semanales de psicólogo/a por centro es de 126,5 horas. En el Informe WHO AIMS 2014 se registró un promedio nacional de 94,7 horas semanales por centro.

El número promedio de trabajadores sociales por centro es de 2 profesionales y el promedio de horas por semana corresponde a 27, 11 horas.

La presencia de terapeuta ocupacional es escasa y solo se reporta en 4 centros, en uno de ellos con jornada completa y en 3 centros con jornada parcial.

Se reportan técnicos en rehabilitación en 3 centros y solo en un centro se reporta la presencia de un agente comunitario¹.

-
1. Los agentes de salud comunitarios proporcionan educación sanitaria y referencias para una amplia gama de servicios. Proporcionan apoyo y asistencia a las comunidades, familias e individuos con medidas preventivas y de salud para mejorar el acceso a salud curativa y a los servicios sociales. Crean un puente entre los proveedores de salud, servicios sociales y comunitarios; y las comunidades que pudieran tener dificultades para acceder a estos servicios.

Area 4: Concentración de atenciones por profesionales

Tabla: Concentración de atenciones de salud mental en los centros de atención primaria del área occidente de Santiago. Datos REM año 2017.

-  Microarea Quinta Normal – Renca : Provincia de Santiago.
-  Microarea Pudahuel – Cerro Navia – Lo Prado : Provincia de Santiago
-  Microarea Provincia de Talagante
-  Microarea Provincia de Melipilla

Establecimientos	Consultas SM Médico	Población bajo control	Concentración de atenciones médico
CESFAM Andes	958	1464	0.65
CESFAM Lo Franco	1028	1128	0.91
CESFAM Garin	843	1095	0.76
Consultorio Renca	2206	2883	0.76
Consultorio Hernán Urzúa	1966	1194	1.64
Consultorio Huamachuco	1538	629	2.44
Consultorio Bicentenario	1411	924	1.52
CESFAM Avendaño	1817	1638	1.10
CESFAM Yazigi	2236	1064	2.10
CESFAM Pablo Neruda	2901	1207	2.40
Consultorio Santa Anita	907	1695	0.53
CESFAM C. R. S. H	722	1359	0.53
Pudahuel La Estrella	4430	715	6.19
CESFAM Gustavo Molina	1036	2142	0.48
Consultorio Pudahuel Poniente	1238	1721	0.71
CESFAM Violeta Parra	481	1912	0.25
CESFAM Steeger	959	1443	0.66
CESFAM Albertz	1556	1840	0.84
CESFAM Lo Amor	964	872	1.10
CESFAM Cerro Navia	1730	1226	1.41
CESFAM Peñaflor	1517	852	1.78
CESFAM Monckeberg	1291	1648	0.78
CESFAM Juan Pablo II P.H	3227	1605	2.01
CESFAM Alberto Allende J.	1635	1152	1.41
CESFAM Isla de Maipo	998	560	1.78
CESFAM El Monte	2867	655	4.37
CESFAM San Manuel	189	284	0.66
CESFAM Boris	779	1321	0.58
CESFAM Elgueta	934	1738	0.53
CESFAM San Pedro	33	376	0.08
CESFAM Villa Alhué	342	294	1.16
CESFAM María Pinto	229	309	0.74

Establecimientos	Población bajo control	Consultas SM Psicólogo	Concentración atenciones Psicologo
CESFAM Andes	1464	4178	2.85
CESFAM Lo Franco	1128	1487	1.31
CESFAM Garin	1095	1619	1.47
Consultorio Renca	2883	3870	1.34
Consultorio Hernán Urzúa	1194	3441	2.88
Consultorio Huamachuco	629	596	0.94
Consultorio Bicentenario	924	1836	1.98
CESFAM Avendaño	1638	3449	2.10
CESFAM Yazigi	1064	1450	1.36
CESFAM Pablo Neruda	1207	1721	1.42
Consultorio Santa Anita	1695	767	0.45
CESFAM C. R. S. H	1359	2038	1.49
Consultorio Pudahuel La Estrella	715	3704	5.18
CESFAM Gustavo Molina	2142	1575	0.73
Consultorio Pudahuel Poniente	1721	1315	0.76
CESFAM Violeta Parra	1912	2385	1.24
CESFAM Steeger	1443	2790	1.93
CESFAM Albertz	1840	2529	1.37
CESFAM Lo Amor	872	1391	1.59
CESFAM Cerro Navia	1226	2466	2.01
CESFAM Peñaflo	852	2565	3.01
CESFAM Monckeberg	1648	2547	1.54
CESFAM Juan Pablo II P.H	1605	4076	2.53
CESFAM Alberto Allende Jones	1152	2950	2.56
CESFAM Isla de Maipo	560	695	1.24
CESFAM El Monte	655	4235	6.46
CESFAM San Manuel	284	198	0.69
CESFAM Boris	1321	1131	0.85
CESFAM Elgueta	1738	1503	0.86
CESFAM San Pedro	376	869	2.31
CESFAM Villa Alhué	294	832	2.82
CESFAM María Pinto	309	1345	4.35

Establecimientos	Población bajo control	Consulta SM T.S	Concentración de atenciones T.S
CESFAM Andes	1464	350	0.23
CESFAM Lo Franco	1128	NO	N/R
CESFAM Garin	1095	14	0.01
Consultorio Renca	2883	NO	N/R
Consultorio Hernán Urzúa	1194	367	0.30
Consultorio Huamachuco	629	305	0.48
Consultorio Bicentenario	924	NO	N/R
CESFAM Avendaño	1638	44	0.02
CESFAM Yazigi	1064	NO	N/R
CESFAM Pablo Neruda	1207	118	0.09
Consultorio Santa Anita	1695	NO	N/R
CESFAM C. R. S. H	1359	34	0.02
Consultorio Pudahuel La Estrella	715	64	0.08
CESFAM Gustavo Molina	2142	77	0.03
Consultorio Pudahuel Poniente	1721	115	0.06
CESFAM Violeta Parra	1912	NO	N/R
CESFAM Steeger	1443	112	0.07
CESFAM Albertz	1840	1110	0.60
CESFAM Lo Amor	872	326	0.37
CESFAM Cerro Navia	1226	272	0.22
CESFAM Peñaflor	852	60	0.07
CESFAM Monckeberg	1648	NO	N/R
CESFAM Juan Pablo II P.H	1605	1448	0.90
CESFAM Alberto Allende Jones	1152	772	0.67
CESFAM Isla de Maipo	560	208	0.37
CESFAM El Monte	655	170	0.25
CESFAM San Manuel	284	NO	N/R
CESFAM Boris	1321	24	0.018
CESFAM Elgueta	1738	651	0.37
CESFAM San Pedro	376	NO	N/R
CESFAM Villa Alhué	294	114	0.38
CESFAM María Pinto	309	75	0.24

*N/R : No registra prestaciones de trabajador/a social salud mental

La concentración de atenciones registrada como prestaciones de salud mental es baja. Varios centros registran menos de 1 atención anual por médico por persona bajo control, siendo el máximo 4 atenciones anuales. El promedio de todos los centros es de 1,34 atenciones de médico anuales por persona bajo control de salud mental. Lo cual es a todas luces insuficiente.

En el caso de las atenciones por psicólogo se registran un promedio de 2 atenciones anuales por psicólogo por paciente. Fluctuando entre 6 atenciones y menos de 1 al año por persona bajo control de salud mental.

El registro de atenciones por trabajador/a social es aún menor consignándose una concentración menor al 1 en todos los centros que presentaban este registro. 8 centros no poseen registro de estas atenciones.

Las atenciones por terapeuta ocupacional y enfermera son esporádicas e irregulares.

Area 5: Fármacos de salud mental disponibles en atención primaria

El Ministerio de Salud cuenta con un arsenal farmacológico de atención primaria obligatorio, el cual incluye medicamentos antipsicóticos, antidepresivos de primera línea de tratamiento y benzodiazepinas.

Para complementar lo anterior, el Ministerio de Salud ha promovido el traslado de fármacos más complejos desde atención secundaria (de hospitales) a centros de atención primaria cuando el paciente esté compensado. Este recurso no ha sido utilizado aún en el área de salud mental del territorio del Servicio Occidente.

Area 6: Trabajo con organizaciones de usuarios y familiares

El trabajo con organizaciones de usuarios y familiares sólo es reportado por 6 centros de atención primaria durante el año 2017. Estos son:

- 1) CESFAM Steeger: 7 reuniones con un total de 10 participantes
- 2) CESFAM Huamachuco: 2 reuniones con un total de 24 participantes
- 3) CESFAM Adriana Madrid: 2 reuniones con un total de 16 participantes
- 4) CESFAM San Pedro: 5 reuniones
- 5) CESFAM El Monte: 2 reuniones con un total de 5 participantes
- 6) CESFAM Juan Pablo II: 20 reuniones con un total de 108 participantes

Queda en evidencia la necesidad de aumentar la participación efectiva de las comunidades en temáticas de salud mental, sobretodo cuando son de interés directo.

Area 7: Capacitación del recurso humano

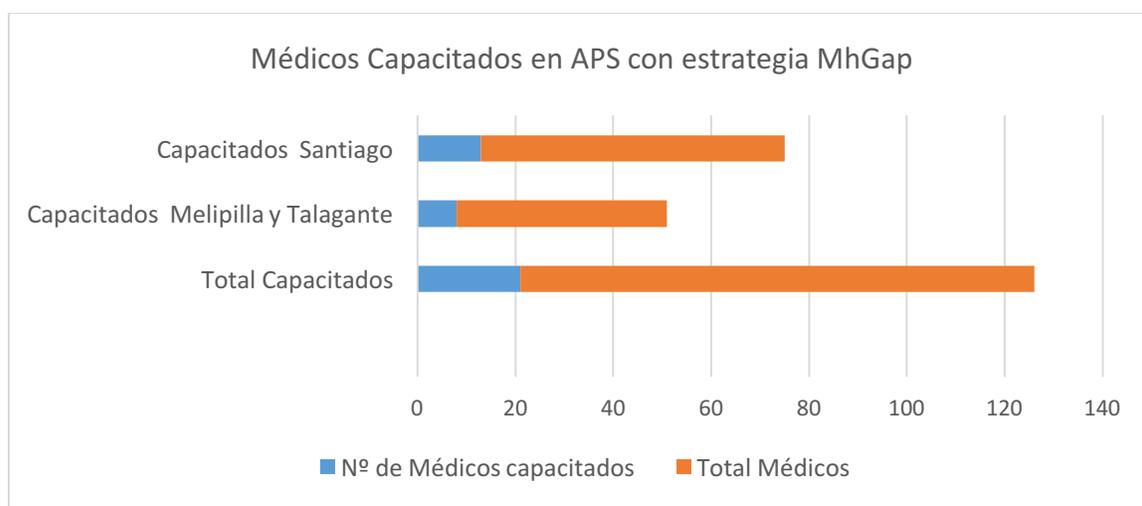
Dado que la atención en el nivel primario se ha definido como la puerta de entrada al sistema sanitario chileno, es que en él confluyen pacientes con diversas patologías, siendo las enfermedades somáticas las más relevadas, validadas y acogidas.

El Chile, se han desarrollado programas específicos que organizan y delimitan los abordajes de temas como: salud maternofetal, programa cardiovascular, programa adulto mayor, programa del niños sano, entre otros. Estos programas cuentan con indicadores y metas conocidos, además de gozar con amplia tradición sanitaria y aceptación en el sistema. Es en este contexto que las temáticas de salud mental tienden a ser difíciles de abordar, con diversas barreras para su instalación y una de ellas es la necesidad sentida de los equipos por la capacitación continua. Dificultan también este ámbito, la alta rotación médica y la aún poca sensibilidad de los profesionales hacia la salud mental, lo cual promueve la existencia de “médicos de salud mental”, profesionales médicos generales más afines con el área a quien se les concentra la atención de estos pacientes. En la misma línea, también se concentra la atención en psicólogos de APS exclusivamente. Ambas realidades rompen la integralidad propuesta por el modelo de salud familiar generando mayor fragmentación en la atención y pudieran limitar el acceso oportuno a atenciones de salud mental.

Para la capacitación, Chile ha priorizado la Estrategia MhGap a modo de relevar las temáticas de salud mental en el nivel primario de salud para todos los profesionales, no sólo los ligados a salud mental y así complementar otras vías de aprendizaje y sensibilización ya existentes pero menos conocidas.

El paquete del mhGAP consiste en un conjunto de intervenciones para la prevención y el tratamiento de cada una de estas condiciones prioritarias, basándose en la evidencia disponible sobre la eficacia y factibilidad del mejoramiento a mayor escala de estas intervenciones. El mhGAP proporciona un modelo para un conjunto o paquete de intervenciones que será preciso adaptar a los países, o a regiones dentro de los países, teniendo en cuenta el contexto local ⁽²⁴⁾.

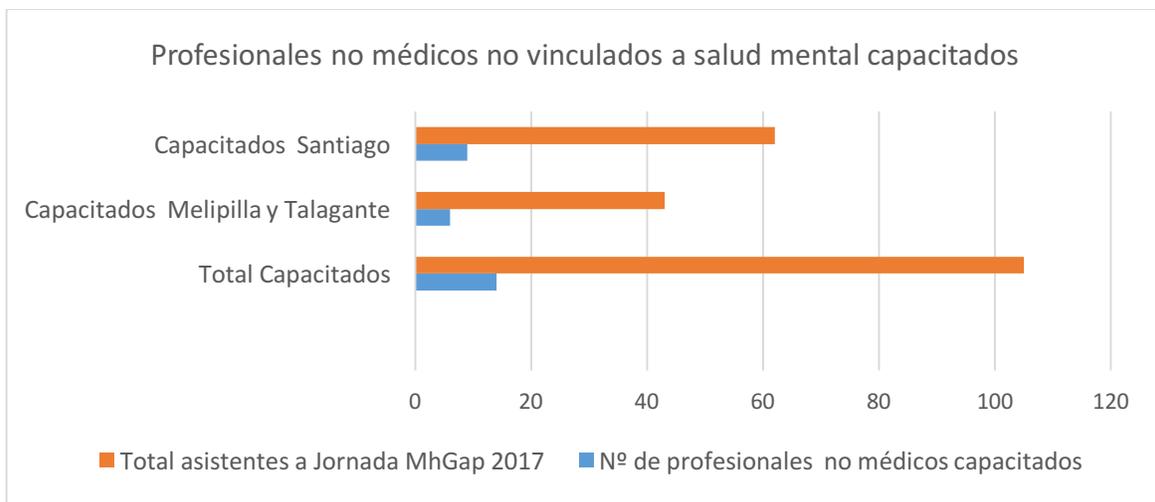
Gráfico 3: Médicos capacitados con estrategia MhGap 2017



En la provincia de Santiago de un total de 62 médicos se capacitaron 13, lo cual corresponde al 20,9%. En las provincias de Melipilla y Talagante de un total de 43 médicos se capacitaron 8, lo cual corresponde a un 18,6% de los médicos trabajando en APS en estas provincias. De este modo el total de médicos capacitados por la estrategia MhGap durante el 2017 corresponde es de 21 profesionales, lo cual corresponde al 20% del total.

De los asistentes a la Jornada MhGap 2017 la distribución de profesionales no médicos y no vinculados a salud mental capacitados son:

Grafico : Profesionales no médicos y no vinculados a salud mental capacitados en Jornada MhGap 2017



En la provincia de Santiago, de un total de 62 profesionales asistentes a la Jornada MhGap, se pesquisaron 9 profesionales no médicos y no vinculados a salud mental, lo que corresponde al 14,5%. En las provincias de Melipilla y Talagante de 43 profesioanles que participaron en la Jornada, 6 profesionales no médicos y no vinculados a salud mental se capacitaron, lo que corresponde al 13,9% de los asistentes. En total de 105 asistentes un 14, 28% correspondían a profesionales no médicos no vinculados a salud mental.

Discusión

En el desarrollo de la salud mental en Chile, la integración de los nodos de atención en una red temática territorial coordinada e integral es fundamental. En este contexto los dispositivos de atención primaria y los centros de salud mental comunitaria son el centro de este sistema.

La realidad observada en el Servicio de Salud Occidente presenta oportunidades y brechas fácilmente identificables.

Dentro de las oportunidades, la división territorial por microareas supone la posibilidad de dar mayor coherencia a la red de cada subterritorio, reforzando los cimientos para profundizar en la descentralización de los servicios, sobre todo en las Provincias de Melipilla y Talagante. Esta subdivisión territorial permite también visualizar con mayor claridad la fragmentación existente hoy en día en cuanto a canastas de prestaciones y funciones de cada nodo, lo que indudablemente debería facilitar la normalización de estas en un mediano plazo.

Es también una oportunidad el mayor alineamiento estratégico generado desde la Unidad de Salud Mental, esto puede reflejarse en el levantamiento de los Consejos Técnicos con la integración de la atención primaria en ellos y el nuevo impulso que han tenido las consultorías al reforzarse durante el último año.

En cuanto a la atención primaria, el modelo organizacional que sitúa a la salud mental dentro de ella en línea transversal ya es una oportunidad. Así también la presencia de gestores locales como los encargados de salud mental en cada centro de atención primaria su motivación y constancia.

La disponibilidad de medicamentos de primera línea de tratamiento en los centros es una fortaleza, toda vez que provee herramientas concretas para el abordaje oportuno de trastornos de salud mental incipientes.

La apuesta de capacitaciones centradas en el Modelo MhGap parece ser una buena alternativa, dado que este programa está validado a nivel internacional y posee un programa semi estructurado que resguarda los temas a presentar y los modos de exposición, además de generar un banco de entrenadores locales que puedan generar réplicas localmente. Entre los asistentes ha existido alto interés de profesionales no vinculados a la salud mental.

Las brechas detectadas tienen que ver principalmente con el fraccionamiento de la red, la débil presencia de la salud mental en atención primaria, centros de salud mental insuficientes en número pero también en canastas de prestaciones y recursos asociados que les permitan ser nodos que se articulen efectivamente con los otros niveles y ser referente local de especialidad y en el apoyo a la salud mental en la atención primaria. Este proceso, aún en desarrollo, ha mantenido las atenciones ambulatorias de especialidad centralizadas en hospitales generales alejados de la atención primaria, lo cual es posible tenga un rol importante en el insuficiente despliegue de la salud mental en el primer nivel de atención.

Es necesario subrayar la presencia de la salud mental en estos centros, ganar espacios y validaciones, a modo de permitir que tomen el mismo protagonismo que otras líneas de trabajo históricas en la salud primaria de Chile, tales como el control materno fetal y los controles cardiovasculares. En el territorio Occidente parece aún insuficiente la instalación de la salud mental en la salud general en este nivel de atención, situación que queda reflejada en las bajas concentraciones de atenciones de las personas, poblaciones bajo control con escasa movilidad,

vínculos variables con la atención de especialidad y el escaso trabajo realizado desde allí con intersector para temáticas de salud mental clásicas como la esquizofrenia.

Llama la atención también el tímido impulso para trabajar en gestión con agrupaciones de usuarios y familiares, los cuales sólo son mencionados en dos oportunidades. Las reuniones de trabajo con ellos desde el punto de vista clínico sólo han ocurrido en 6 de los 30 centros encuestados.

A nivel nacional durante el último período se ha desarrollado un trabajo intenso a nivel ministerial para intencionar y dirigir el desarrollo de las redes de salud mental con estándares claros y fundamentos sólidos. Es todo un desafío para la gestión sanitaria en esta zona de Santiago, el convencer a los trabajadores sanitarios, comprometer a las autoridades locales, innovar en nuevas estrategias y sumar esfuerzos para potenciar cada uno de los elementos necesarios para continuar co construyendo redes de atención en salud mental integral.

Recomendaciones para la Red de Salud Mental

En la tarea permanente de evaluar el desarrollo de la red e implementar estrategias de avance, es fundamental considerar todas las oportunidades disponibles. Algunas vías de desarrollo pueden depender de áreas ajenas a la salud mental pero complementarias, otras requerirán de una fuerte abogacía a nivel local, regional o nacional. El espectro de oportunidades en una red tan diversa, requiere no sólo de la participación de los profesionales dedicados directamente a la gestión, sino también del alineamiento, iniciativa y compromiso de los equipos clínicos, organizaciones de usuarios y familiares, sociedad civil, tomadores de decisión, entre otros.

Con la información recogida es posible aproximarse a recomendaciones para continuar con el fortalecimiento de la red de salud mental en su conjunto, con énfasis en los dispositivos de nivel primario y secundario:

- **Divulgación, comprensión, abogacía e internalización del Modelo de Salud Mental**

Comunitario: En todo orden de cosas, para el avance en una temática determinada no debemos perder oportunidad en conversar con las personas del territorio sobre su concepción de salud mental y cómo les gustaría o se imaginan un desarrollo adecuado en el marco de la salud pública. Desde la convicción personal y absoluta de que el modelo de salud mental comunitario engloba todas las aristas necesarias del tema, es que me parece una tarea constante socializar en qué consiste esta forma de hacer las cosas en salud mental, pues a pesar de los años que ha invertido el nivel central en introducirlo en salud, la realidad es que los equipos clínicos y nosotros mismos, las personas “de a pie” para las que pretendemos conquistar este avance, están (o estamos) aún muy alejados del concepto. Peor aún, es observado como una amenaza a modos de trabajo instalados, una brecha más de acceso o la desaparición del nivel de hospitalización. Estas ideas preconcebidas deben ser conversadas en todas las instancias posibles, levantar soluciones desde la base, identificar oportunidades, remar constantemente contra la desesperanza aprendida que se instala en diversos quehaceres o en nosotros también como personas consultantes.

La tarea es titánica si se piensa en la extensión de la red, pero como la unión hace la fuerza, las redes de salud mental no terminan en los límites del territorio. Una oportunidad a potenciar es la asociación con equipos de trabajo de mayor avance en la materia, Sociedades o Fundaciones afines, profesionales sensibilizados o agentes Ministeriales o de la Organización Panamericana de la Salud que concurran a las diferentes instancias de intercambio con las personas del área.

La normalización de la red de salud mental se ve favorecida por el reciente lanzamiento del Plan Nacional de Salud Mental 2017 -2025 y sus diversos Modelos de Gestión, documentos que en forma inédita para el país pretenden delinear con mayor profundidad las acciones necesarias para el avance homogéneo del Modelo de Salud Mental Comunitario a lo largo del país¹⁻².

3. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Ministerio de Salud. República de Chile.

4. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. Ministerio de Salud, República de Chile. 2017

- **Servicio de Salud – Departamento de Salud Mental:** A nivel de mesogestión, la labor del Servicio de Salud es promover la correcta articulación de la red, así como resguardar e impulsar su desarrollo. En esta tarea es crucial contar con un equipo unificado y coordinado en pro de un objetivo político-técnico correctamente delineado. Se hace necesario no sólo mantener una Unidad, como existe hoy, sino también avanzar hacia un Departamento de Salud Mental que sea capaz de ejercer una clara gobernanza y posicionar la temática en todas las áreas requeridas, con enfoque de curso de vida. La figura de Departamento presenta ventajas comparativas frente a la organización de Unidad, principalmente al aumentar su capacidad de decisión, reducir intermediarios innecesarios y visibilizar el tema a este nivel de gestión; administrativamente permite una organización más resolutive al no depender de otros Departamentos. No debe ser olvidado que la organización de un Departamento, independiente de su temática, conlleva inherentemente un riesgo paradójico de perder la transversalidad, esto debe estar sobre la mesa y debería quedar suficientemente resguardado en la visión, misión y protocolos de funcionamiento de este. Los profesionales que compongan el Departamento deben ser suficientes en número, los cuales a lo menos deben corresponder al número de microáreas (cuatro en este caso) y considerar recurso humano de apoyo administrativo, idealmente un administrador público que co dirija aspectos financieros, legales y de gestión documental. Parece necesario que los profesionales del Departamento se organicen por microareas, en donde cada uno de ellos lidere los avances de un territorio e impulse la coherencia de la red tanto interna como externa. Paralelamente, los profesionales del área de la salud mental referentes técnicos del Departamento, no deben perder su rol de referente técnico y optimizar su tiempo en función de esta labor y no funciones administrativas las cuales pueden apoyar mas no tomar completamente. Para ser referente técnico deben estar suficientemente capacitados y con trayectorias funcionarias que les permitan posicionarse no sólo desde la gestión sino también desde su experiencia clínica con los usuarios, equipos y comunidades. Lo anterior es importante, pues de otro modo no es posible guiar y anticipar las vivencias de los equipos clínicos en cuanto a sus requerimientos de gestión.
Específicamente, para gerenciar aspectos de salud mental en nivel primario se requiere un trabajo conjunto y organizado con la Subdirección de Atención Primaria y los diferentes programas del Ciclo Vital, así como el permanente intercambio y abogacía directa con los equipos Directivos de las Municipalidades de quienes dependen los centros de atención primaria.
Es un rol fundamental de un Departamento de Salud Mental potenciar la sinergia en el trabajo entre atención primaria y su centro de salud mental comunitario correspondiente, pues de este modo se facilita el abordaje de la salud mental en el nivel primario.
La conformación de Departamentos de Salud Mental se sugiere en los recientes lineamientos ministeriales.

- **Servicio de Salud – Financiamiento:** Si bien la financiación es un tema sensible en materias de salud, es necesario recalcar y recordar que la inversión seria en salud mental, tanto a nivel promocional como de tratamiento y rehabilitación, puede impactar fuertemente a la salud general de la población, desde allí el lema de lucha de la OMS “No hay salud sin salud mental”. Para mejorar las redes, promover salud y acercar las atenciones de salud mental a las personas, es requisito aumentar la inversión en salud mental a través

de las vías existentes y detectar oportunidades de expansión cada nuevo año presupuestario. En una lógica de recursos limitados, es imprescindible revisar periódicamente la distribución presupuestaria actual en cada nivel y nodo de atención puesto que será necesario clarificar lo destinado a hospitales a medida que se fortalezcan los Centros de Salud Mental Comunitarios y otros dispositivos ambulatorios territorializados. En esta misma lógica, el financiamiento debería considerar completar las prestaciones que hoy no se realizan en los Centros Comunitarios, como por ejemplo las garantías GES, que tienen alta demanda de la población pero que sin embargo en gran medida aún están instaladas solamente en Hospitales u centros similares.

Dada la dependencia Municipal de los Centros Comunitarios la instalación de un centro de costos ayudaría a definir de mejor manera brechas y mejor utilización de recursos.

A nivel nacional, es prioritario realizar un cambio de modelo de financiamiento desde uno centrado en las prestaciones con modelo biomédico, a uno más amplio y en línea con el abordaje integral que requieren las personas con dolencias de salud mental y que de cuenta de las labores hoy realizadas por los equipos clínicos y no suficientemente cubiertas.

- **Fortalecimiento del Modelo de Gestión Territorial con la creación de Consejos Técnicos de Salud Mental por microareas:** Ampliar y mejorar las coberturas de salud mental en todos los ámbitos no puede realizarse sólo desde los equipos de macro o mesogestión, es fundamental la participación de la comunidad empoderada, de organización de usuarios y familiares y de los diversos equipos clínicos. Desde el Servicio de Salud se debe resguardar y potenciar espacios de intercambio técnico con miras a la gestión territorial. Si bien el año 2017 se han levantado Consejos Técnicos por microáreas, su instalación aún es débil, con participación activa dispar de los equipos clínicos y sin asistencia de equipos de alcohol y drogas y representantes de usuarios y familiares. Parece necesario reforzar en todos los niveles el rol e importancia de estas instancias y comprenderlas como espacios de toma de decisión local que tendrán impacto tanto en la mesogestión, como en la microgestión al aumentar la comunicación, abordaje y resolutivez en un territorio determinado.
- **Fortalecer la Salud Mental en Atención Primaria:** A la luz de los resultados de este levantamiento, se puede establecer que la instalación de las atenciones en salud mental en el nivel primario, el recurso humano y las estrategias instaladas, como consultorías, aún se encuentran en etapa de desarrollo incipiente. A fin de avanzar en estos aspectos, es necesario primero participar activamente en las programaciones anuales de actividad de los equipos de atención primaria en cada Municipio. Este proceso debe ser apoyado por la Subdirección de Atención Primaria y su ejecución y cumplimiento monitoreado y acompañado por el Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud siguiendo la lógica de organización por microáreas. La instalación de las atenciones de salud mental integral y por equipos multidisciplinarios, permitirá mejorar la calidad de las acciones realizadas, conformándose como una real alternativa de prevención, promoción, tratamiento o acompañamiento al sufrimiento psíquico de las personas. De este modo se espera que las acciones tengan mayor impacto sanitario y en lo particular cumplan un rol en el bienestar de las personas. Paralelamente, la abogacía con los tomadores de decisión Municipal debe ser fuerte, claro y sostenido, con levantamiento de planes de mejora concretos y continuos de resolución de brechas con recursos compartidos.

Es necesario constituir un apoyo a la microgestión que sea permanente y directo a los equipos clínicos de los CESFAM desde el Servicio de Salud y en alianza con los municipios. Se debe realizar un acompañamiento directo a cada equipo de CESFAM para socializar y comprender el estado de situación en terreno. Desde allí, promover su priorización a nivel local.

- **Desarrollo de los Centros de Salud Mental Comunitario:** Estos Centros, en conjunto con la atención primaria, están pensados para atender a la totalidad de las personas que requieran apoyo en salud mental con un abordaje integral. Los Centros Comunitarios de Salud Mental se levantan como el nodo en el que se instalan equipos multidisciplinarios fuertemente preparados para atender a aquellas personas con problemas de salud mental severos en contexto ambulatorio, convirtiéndose en uno de los pilares centrales de la red. Los nueve centros de salud mental del territorio descrito tienen diversas dependencias y financiamientos. Es necesario pensar y avanzar a una red de salud mental en donde la totalidad de los Centros dependan técnico-administrativamente del Servicio de Salud, abriendo posibilidades de desarrollo con recursos directos y gestión integrada, delineando el crecimiento fuera de la lógica Municipal, la cual es dispar entre las comunas y con mayores riesgos de precariedad. Desde estos Centros nace el apoyo directo a los equipos de atención primaria que realizan promoción y atienden a personas con problemáticas leves a moderadas de salud mental. Las consultorías son fundamentales tanto para el apoyo clínico, como de transferencias de herramientas técnicas. Como ya se ha descrito previamente son insuficientes en el territorio. Los motivos de la implementación parcial de las consultorías son variados, entre ellos, la falta de recurso humano psiquiatra, falta de espacios adecuados, insuficiente voluntad política local para la estrategia (habitualmente Municipal en donde compite por recursos con innumerables temáticas), entre otras. La postulación a fondos de desarrollo regional o a fondos Ministeriales se alzan como alternativas para la reposición y/o instalación de nuevos Centros de Salud Mental Comunitarios.
- **Normalización de la Red de Salud Mental:** Se requiere avanzar en diversas áreas operativas. Como se ha mencionado previamente, reforzar los Centros de Salud Mental Comunitarios como el resolutor de especialidad y los Centros de atención primaria con abordaje de salud mental integral. Para lograr lo anterior, se necesita instalar y mejorar la tecnología de los centros (puntos de red, computadores en línea, sistemas informáticos y fichas electrónicas). Paralelamente, revisar arsenales farmacológicos y botiquines con resolución sanitaria. Impulsar el traslado territorial de medicamentos para mejorar el tránsito y tratamiento de pacientes estables en atención primaria. Finalmente, normalizar los flujos de derivación, que sean revisados, zanjados y socializados por canales oficiales.
- **Desarrollo de Consultorías de Salud Mental:** Es necesario continuar potenciando la ejecución de consultorías de calidad que se ajusten a las orientaciones técnicas vigentes, tanto en frecuencia como en modelo de intervención. El tránsito desde consultorías netamente clínicas a instancias de intercambio clínico y participación de las personas en sus planes de tratamiento es fundamental en el abordaje integral. Del mismo modo se debe avanzar en que los equipos de consultorías sean permanentes en su apoyo a cada CESFAM de modo que se empapen de la realidad local, generen lazos de colaboración cada vez más

profundos con los equipos de la atención primaria y se integren con mayor facilidad. Una estrategia para lograr la continuidad de los equipos de consultorías es territorializar los equipos clínicos en los COSAM correspondientes; de este modo cada subequipo podría abarcar mejor poblaciones acotadas.

- **Instaurar el uso de Planes de Cuidado Integral:** Con atenciones de salud mental esporádicas o con dificultades para el seguimiento ideal en cuanto a periodicidad, es fácil perder los objetivos terapéuticos y extender la vinculación de las personas con el Centro de Salud apareciendo el fenómeno de “crónicos ambulatorios”, personas que tal vez podrían haber sido dadas de alta o referidas a otro nivel de atención para un abordaje distinto y oportuno según sus necesidades. La instalación de la práctica de desarrollar Planes de Cuidado Integral co construidos con las personas, busca establecer objetivos claros de abordaje y plazos estimados para trabajarlos. Estos planes tienen la finalidad de aumentar el nivel de participación de las personas en la recuperación de su salud y evitar la presencia de “personas crónicos ambulatorios”.
- **Direccionamiento del Recurso Médico Psiquiatra:** Se debe intencionar desde el Servicio de Salud que los médicos psiquiatras contratados por el estado concurren prioritariamente a cubrir la brecha en los Centros de Salud Mental Comunitario. De este modo, es posible alinear esta intervención con el desarrollo de estos centros a modo de optimizar su funcionamiento en red y el apoyo directo a la atención primaria.
- **Apoyo a la formación continua en Salud Mental, para equipos de Atención Primaria:** A través de estrategia de la Organización Mundial de la Salud mhGAP (Mental Health Global Action Plan) y Programa de Detección, Intervención y Referencia (DIR) asistida alcohol y drogas. Para ambas estrategias se propone la conformación de Equipos de Entrenadores que se potencien, apoyen y reconozcan como tales, de modo que se comprometan con la capacitación continua de sus colegas. Estas capacitaciones deberían avanzar a instancias de aprendizaje por grupos pequeños a fin de incorporar de mejor manera los tópicos abordados.
- **Promover las asociaciones de usuarios y familiares:** Es crucial promover la participación social en su conjunto, el empoderamiento en cuanto a derechos sociales y el reconocimiento por parte de las personas de la responsabilidad que tienen sobre sus vidas y las formas de intervenir que existen para impactar en los modos de administrar la salud en sus comunidades.
- **Telemedicina aplicada a la Salud Mental:** Potenciar un proyecto incipiente que se enmarca en la estrategia nacional de telemedicina. Vincula a través de tecnologías de la información el Hospital de Curacaví (como centro de atención primaria) y el Hospital Félix Bulnes Cerda, el Hospital General que acoge a los Servicios de Hospitalización de la especialidad. El objetivo es realizar consultorías de calidad a través de Teleconsultorías a los territorios que hoy carecen de esta herramienta.

Se requiere obtener un modelaje de la experiencia para luego replicarla desde los Centros de Salud Mental Comunitarios a los Centros de atención primaria territorialmente más alejados.

- **Alineamiento estratégico con los nuevos Proyectos Hospitalarios:** Se encuentran en marcha tres proyectos hospitalarios en el territorio y los tres incluyen Servicios de Hospitalización en Salud Mental. Es necesario vincularlos desde los cimientos con la red de salud mental ambulatoria, a modo de resguardar la coherencia, reforzar las redes ambulatorias de los territorios involucrados y evitar mayor fragmentación. De este modo se espera que a futuro, en unos 10 años, cada provincia cuente con una red de salud mental completa, integrada y resolutive.
- **Ley de Salud Mental:** Si bien excede los alcances de esta tesis, es necesario mencionar que el país necesita tener una ley de salud mental de calidad, que resguarde la salud mental en todos sus ámbitos, sobre todo aquel asociado a la participación y respeto de los derechos humanos. Una ley fuerte y suficientemente constituida potenciaría el desarrollo de las redes y podría eventualmente proteger la temática de los vaivenes económicos y políticos.

Conclusiones

La salud mental es un problema creciente de salud pública y debe ser abordada con prioridad por los distintos países. En Chile, el impulso se ha dado en la línea del modelo de salud mental comunitario, que tiene entre sus elementos centrales la integración de la salud mental a la salud general a modo de reducir el estigma y asegurar un abordaje integral de las personas y sus familias. Este proceso no ha sido fácil ni está cercano a terminar. El mayor desafío es el alineamiento estratégico de todos los que inciden de una u otra forma en el desarrollo de la salud mental, no solo desde la organización de servicios, sino también desde la academia, las organizaciones no gubernamentales, las familias y comunidades. La apuesta de Chile es potente y clara y sin duda con la ayuda de todos será posible avanzar en el camino y ritmo correctos.

Anexo 1

Sección 1 EVARED version 2016.

Caracterización de Redes de Servicio de Salud Mental en Chile, 2017

El objetivo del presente instrumento es contar con la información para caracterizar las redes territoriales de atención en salud mental (por Servicio de Salud) y posteriormente construir un consolidado nacional.

El instrumento consta de una encuesta que busca describir la red con sus componentes y los flujos de derivación para una persona con primer episodio de esquizofrenia, conocer parámetros de accesibilidad de la población a los dispositivos de salud mental, la participación de los centros de atención primaria y el funcionamiento del Consejo Técnico de la Red.

A continuación se presenta la información solicitada:

1. Caracterización de la red de salud mental:

- Listado de los dispositivos de su servicio, identificando cuál de ellos desarrollan funciones de atención ambulatoria especializada en salud mental, rehabilitación psicosocial y/o hospitalización diurna.
- Listado de encargados de los dispositivos, que fueron identificados en el punto anterior, con su nombre, correo electrónico y teléfono.
- Flujo de derivación desde cada Centro de Atención Primaria (APS) a su nivel secundario correspondiente para atención ambulatoria especializada en salud mental, rehabilitación psicosocial y hospitalización diurna, para personas con un primer episodio de esquizofrenia (patología GES).

2. Caracterización de la accesibilidad a los servicios de atención ambulatoria especializada en salud mental, rehabilitación psicosocial y hospitalización diurna:

Este es un aspecto crucial de la evaluación, y probablemente demandará contactos previos con los encargados de salud mental en las comunas o establecimientos de atención primaria (APS).

Se le solicitará información respecto al tiempo, transporte y dinero que gasta una persona en llegar desde un Centro APS determinado al dispositivo correspondiente para su atención ambulatoria especializada en salud mental, rehabilitación psicosocial y hospitalización diurna.

En particular para cada Centro APS de su servicio y para las tres funciones se necesitará:

- Tiempo promedio (en minutos) que demora una persona en llegar al dispositivo correspondiente. Esto puede incluir: caminata, transporte y otros medios para desplazarse.
Se incluirán todos los que corresponda en cada caso. Lo primero es: cuánto demora caminando desde el Centro APS para acceder al primer medio de transporte que lo llevará al dispositivo correspondiente.
- Cuál y cuántos medios de transporte son necesarios para llegar desde el Centro APS al dispositivo correspondiente.
- Tiempo (en minutos) que demora una persona desde que toma el medio de transporte hasta que desciende de él (si son más de uno, la suma de los tiempos).
- Tiempo (en minutos) que demora una persona desde que desciende del medio de transporte a que llegue al dispositivo correspondiente.
- Dinero que gasta en total la persona en llegar desde el Centro APS al dispositivo correspondiente.

3. Caracterización de los Centros APS

Para cada centro de atención primaria de su servicio se le solicitará la siguiente información respecto al funcionamiento durante el año:

- Si se realizó dispensación y/o control de Antipsicóticos.
- Si se realizó consultoría psiquiátrica.
- Frecuencia con qué se realizó esta consultoría psiquiátrica.
- Si la consultoría siempre fue realizada por el mismo psiquiatra.
- Si los pacientes derivados al especialista fueron vistos por el psiquiatra consultor.

4. Caracterización del Consejo Técnico de la Red

De acuerdo al funcionamiento del Consejo Técnico de Red durante el último año se le solicitará la siguiente información:

- Si se realizaron reuniones periódicas del Consejo Técnico de la Red.
- Si se planificaron reuniones con instituciones extra-sectoriales para organizar actividades que vayan en beneficio de personas con esquizofrenia.
- Si las actividades planificadas se realizaron y qué actividades se realizaron.
- Si se realizaron reuniones de planificación y evaluación de las actividades desarrolladas por el Consejo Técnico.
- Si en dichas reuniones participaron representantes de los usuarios y si su participación fue con voz y voto.
- Si en dichas reuniones participaron representantes de familiares de usuarios y si su participación fue con voz y voto.

Bibliografía

1. “Sistema de Salud Mental en Chile. WHO AIMS”, segundo informe. Junio 2014. Ministerio de Salud, Chile.
2. “Orientaciones Técnicas de Consultoría de Salud Mental” Ministerio de Salud, Chile. 2016
3. “Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud”. Ministerio de Salud, Chile. 2017
4. Cifuentes. A. “La Salud en Chile, Atención Primaria de Salud en Chile”, 2012. <https://apschile.wordpress.com/2012/06/04/la-salud-en-chile-6-2/>
5. Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión. Gobierno de Chile.
6. Balance de la Gestión Sanitaria del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Página 2, Santiago, Chile
7. Atención Primaria de Salud en Chile. Casiopea, Registro documental Pontificia Universidad Católica de Valparaíso [https://wiki.ead.pucv.cl/Atenci%C3%B3n Primaria de Salud en Chile](https://wiki.ead.pucv.cl/Atenci%C3%B3n%20Primaria%20de%20Salud%20en%20Chile)
8. 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.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
10. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. Ginebra: OMS; 2004.
11. Concha M, Aguilera X, Gonzáles C, Rodríguez L, Bedregal P, Muñoz Y, et al. Estudio de costo-efectividad de intervenciones para los principales problemas de salud pública. Santiago: Ministerio de Salud; 1993.
12. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (SSM-IIIR/ CIDI) (ECCP). Rev Med Chile. 2002;130: 527–36.
13. Barrientos M, Aguilera X, Salas J. La carga de enfermedad en Chile. Santiago: Ministerio de Salud; 1996.
14. República de Chile, Ministerio de Salud. Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Santiago: Ministerio de Salud; 1993.
15. Alarcón RD, Aguilar-Gaxiola SA. Mental health policy developments in Latin America. Bull World Health Organ. 2000;78(4):483–90.

16. Minoletti, A, Zaccaria, A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 18(4/5), 2005
17. World Health Organization. Core health indicators 2003. Geneva: WHO; 2004.
18. World Health Organization. Mental health financing. Geneva: WHO; 2003.
19. Saldivia S, Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Torres S. Use of mental health services in Chile. *Psych Serv.* 2004; 55:71–6.
20. Modelo de Gestión Hospitales de Día. Servicio de Salud Occidente. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. Universidad de Chile. 2015
21. Desviat M, Moreno A. Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En Desviat M, Moreno A (eds.). *Acciones de salud mental en la comunidad.* Latorre Literaria. Madrid, 2012
22. Thornicroft 2009, , Gobierno Australiano 2010, WHO 2012, Minsal 2000, OMS 2001
23. Diseño Modelo de Red de Salud Mental Servicio de Salud Occidente. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. Universidad de Chile. 2015
24. MhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. OMS. 2008
25. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Ministerio de Salud. Chile. 2017

