

Modelo de Gestión

# **Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIP)**

Agosto 2016



## PRÓLOGO

Nuestro país ha tenido significativos avances en el ámbito de la salud mental en los últimos 25 años, que lo sitúan en un lugar destacado en América Latina. No obstante, las brechas existentes muestran que necesitamos seguir avanzando, tanto en mejorar la oferta, como en la calidad de los servicios entregados.

El eje del progreso experimentado es el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000, donde se hace una apuesta por el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, que contempla la desconcentración, diversificación y territorialización de la oferta. Su objetivo es la integración social y el desarrollo de proyectos de vida con sentido por parte de las personas afectadas por enfermedades mentales, y por tanto prescribe que todas las acciones del sistema sanitario y social cautelen el pleno respeto a sus derechos, superando, entre otras, la barrera del estigma y la discriminación.

En el momento actual, el sistema sanitario chileno enfrenta entre otros desafíos la actualización de su red de hospitales, proceso que debe incluir las unidades de hospitalización para personas con trastornos psiquiátricos agudos, permitiéndoles acceder al conjunto de las prestaciones y recursos disponibles en el nivel terciario de atención en todas las áreas de la medicina.

En este proceso de actualización, el Modelo de Gestión para las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría asume un cambio de nomenclatura que identifica el actual perfil de las personas atendidas en esta unidad y pone el énfasis en el cuidado clínico intensivo que esta población debe recibir.

El quehacer de estas Unidades solo se requiere cuando la atención de la persona, por su condición de salud mental, no puede brindarse en la comunidad, requiriéndose un cuidado de alta intensidad y con un nivel mayor de protección en un período de tiempo acotado. Estas unidades, además, exigen de equipos con altas competencias técnicas.

La Unidad de Hospitalización en Cuidados Intensivos en Psiquiatría contribuye a la continuidad de la atención en una red territorial integrada, como un dispositivo de apoyo al rol central que cumple el Centro de Salud Mental Comunitaria - conformado por equipos transdisciplinarios de psiquiatría comunitaria - o a otros dispositivos ambulatorios donde estos aún no se han desarrollado.

El propósito de contar con un Modelo de Gestión para estas Unidades, es superar la heterogeneidad observada a nivel país en relación a criterios de ingreso, egreso, procesos clínicos y de gestión de cuidado que se brindan, entre otros; a objeto de contar con pautas estandarizadas que permitan implementar procesos de mejora continua y enfrentar de mejor manera la atención de las personas hospitalizadas. Así mismo, busca estandarizar aspectos estructurales y del recurso humano que trabaja en ellas, evitando dejar a discreción, elementos que son esenciales para un óptimo ambiente terapéutico, e incorporando estos criterios en los proyectos de normalización de la red hospitalaria. Todo lo anterior a fin de superar la brecha de acceso para población adulta y particularmente para población adolescente, mitigando así las desigualdades observadas a nivel nacional.

Este Modelo de Gestión, es producto del arduo trabajo de muchos/as profesionales y técnicos de los distintos equipos clínicos del país que generosamente comprometieron su esfuerzo en esta tarea, y que sin duda significa una contribución relevante para avanzar en una mejor salud mental de la población beneficiaria.

Gracias a cada una de ellas y cada uno de ellos.

**Dra. Gisela Alarcón Rojas**

Subsecretaria de Redes Asistenciales

# TABLA DE CONTENIDOS

<b>PRIMERA PARTE: Antecedentes y Contexto</b>	<b>6</b>
<b>1. Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental</b>	<b>7</b>
<b>2. Justificación del Modelo de Gestión para UHCIP</b>	<b>9</b>
<b>3. Síntesis del Marco Legal</b>	<b>11</b>
3.1. Marco jurídico internacional	11
3.2. Marco jurídico nacional	13
<b>4. Situación de las Unidades de Hospitalización de Corta Estadía</b>	<b>14</b>
<b>5. Situación Red de Atención a Personas en Conflicto con la Justicia</b>	<b>16</b>
5.1. Macro red de psiquiatría forense para población adulta	16
5.2. Respuesta de Salud a la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente.	17
<b>6. Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental</b>	<b>19</b>
<b>SEGUNDA PARTE: Modelo de Gestión Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente.</b>	<b>20</b>
<b>1. Definición</b>	<b>21</b>
<b>2. Visión y Misión</b>	<b>22</b>
<b>3. Objetivos de la Unidad</b>	<b>23</b>
<b>4. Organigrama Funcional</b>	<b>24</b>
<b>5. Cobertura Territorial</b>	<b>25</b>
<b>6. Articulación con la Red</b>	<b>25</b>
6.1. Principales relaciones funcionales de estas unidades (red de salud mental, salud general, servicios de apoyo)	26
6.2. Flujograma de atención en hospitalización	28
<b>7. Perfil Usuarios y Usuarías</b>	<b>29</b>
7.1. En población adulta	29
7.2. En población infanto adolescente	29
<b>8. Fuentes de Demanda para Ingreso</b>	<b>29</b>
8.1. En población adulta	29
8.2. En población infanto adolescente	29
<b>9. Criterios Clínicos de Ingreso</b>	<b>30</b>
<b>10. Criterios de Exclusión</b>	<b>30</b>
<b>11. Principios y Funciones de la Unidad de Cuidados Intensivos en Psiquiatría</b>	<b>31</b>
11.1. Principios de la práctica	31
11.2. Funciones administrativas	31
11.3. Funciones clínicas	32
11.4. Función de investigación y docencia	33
<b>12. Componentes de la Atención Integral del Día Cama en Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría</b>	<b>34</b>
<b>13. Ambiente Terapéutico</b>	<b>35</b>
13.1. Ubicación y espacio físico de la unidad	36

13.1.1. De su estructura física	36
13.1.2. Características de los recintos. Criterios constructivos	41
13.1.3. Definición de espacios de unidades de hospitalización. Programa Médico Arquitectónico (PMA)	42
13.1.4. Insumos y fármacos	43
13.2. Recurso Humano y Equipo	43
13.2.1. Trabajo en equipo y clima laboral	43
13.2.2. Competencias de los recursos humanos	44
13.2.3. Autocuidado del equipo	45
13.2.4. Requerimiento de recurso humano para esta unidad	47
13.3. Ambiente relacional	49
13.4. Dinámica de funcionamiento de la unidad	50
<b>14. Gestión de Procesos Clínicos</b>	<b>54</b>
14.1. Proceso de ingreso: flujograma de ingreso	54
14.1.1. Recepción del usuario/a	55
14.1.2. El proceso clínico de ingreso	59
14.1.3. Ingreso de enfermería	60
14.1.4 Ingreso por equipo	62
14.2. Tratamiento	64
14.2.1. Evaluación diagnóstica integral	64
14.2.2. Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI). Flujograma	66
14.2.3 Intervenciones terapéuticas	72
14.3. Gestión del cuidado	76
14.4. Proceso de Egreso	79
14.4.1. Plan de egreso	80
14.4.2. Criterios generales de egreso	80
14.4.3. Derivación asistida	82
14.4.4. Procedimientos clínicos-administrativos del alta	83
<b>15. Plan de Monitoreo</b>	<b>84</b>
<b>16. Profesionales que elaboraron documento</b>	<b>88</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>100</b>
Anexo 1. Marco Legal Completo	100
Anexo 2. Dispositivos de Salud Mental en el Sector Público Chileno	130
Anexo 3. Número de camas de Red de Psiquiatría Forense	131
Anexo 4. Criterios Constructivos	131
Anexo 5. Definición de espacios UHCIP. Adulto, 24 plazas	135
Anexo 6. Definición de espacios UHCIP. Infante adolescente, 10 Plazas	140
Anexo 7. Equipamiento UHCIP. Adulto, 24 plazas	144
Anexo 8. Equipamiento UHCIP. Infante adolescente, 10 plazas	151
Anexo 9. Requerimiento de recursos humanos del equipo	157
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>170</b>

## **PRIMERA PARTE: ANTECEDENTES Y CONTEXTO**

# 1. MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

La salud y la enfermedad son fenómenos que contienen dimensiones individuales y colectivas, son un producto biopsicosocial [1] resultado de complejas interacciones entre procesos biológicos, económicos, sociales y culturales, que se dan en una sociedad, comunidad y familia en un determinado momento.

Esto significa que la salud se encuentra determinada en gran medida por condicionantes sociales, tales como: el trabajo, la cultura, la educación, el género, la etnia, entre otros, pero también influidos por la territorialidad, el clima, los recursos naturales disponibles, es decir a las condiciones socio económicas, y estrechamente vinculada a los modos de vida humana. Además, la salud está determinada por las interacciones que se producen como resultado de las políticas de Estado, con responsabilidad de todas las instituciones y organizaciones públicas y privadas.

Un concepto de salud construido a partir de los determinantes sociales [2] permite comprender fenómenos como la desigual distribución de las enfermedades y la consecuente inequidad en el acceso a los servicios para la mantención y restablecimiento de la salud en sociedades diversas; constituyendo una herramienta útil para identificar los segmentos y actores sociales que detentan la responsabilidad en el proceso de génesis, resolución y atención a problemáticas de salud en una comunidad. Permite, a su vez, identificar cómo operan estos determinantes en el proceso de salud-enfermedad en diversos grupos y territorios, cuestionando el paradigma que sostiene que la responsabilidad única recae sobre el sector salud o, en su defecto, sobre las personas usuarias del sistema (enfoque de factores de riesgo).

En un ámbito más operacional se hace necesario orientar las prácticas de acción e intervención, en función del ejercicio y pleno resguardo de los derechos de acceso a la salud, que permitan el logro de un óptimo estado de salud y bienestar emocional con pleno derecho a la integración social, el control del uso de los servicios disponibles, acorde con las necesidades y problemas de salud, que en un momento determinado, tengan las personas o comunidades.

Bajo este marco conceptual de salud, el modelo comunitario se sustenta en un enfoque de derechos humanos y de determinantes sociales, cuyo fin, es favorecer el bienestar físico y emocional de las personas, familias y comunidad. Además, se orienta a asegurar y facilitar el pleno acceso a tratamiento oportuno de las personas que en un momento de su ciclo vital desarrollan una enfermedad mental [3].

El Modelo Comunitario establece la visión multidimensional y biopsicosocial de las personas e implica la provisión continua y coherente de acciones dirigidas a las personas, su familia, y su comunidad. Para elevar el nivel de salud de la población, y en específico de salud mental, se requiere reducir la pobreza y modificar simultáneamente otras condiciones psicosociales. No es suficiente la creación de nuevos servicios, sino que se requieren Políticas de Estado orientadas a superar las causas de la mayor carga psicosocial producto de las inequidades y desigualdades, no solo de ingresos económicos, sino fundamentalmente de oportunidades.

El Plan Nacional de Salud Mental [3] constituyó un aporte en el esfuerzo por mejorar el nivel de bienestar psicosocial de las personas, familias, grupos y comunidades, en el campo de las políticas sociales. **Para ello, propuso el desarrollo a nivel país de un Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.**

Este Modelo representa algo más que un cambio de técnicas, es un cambio de paradigma que implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten. Implica un modelo de salud pública que trascienda la mera asistencia clínica, centrada en la persona enferma como asiento individual de patología, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas, y en la comunidad misma, a fin de modificar los factores que predisponen a la enfermedad y posibilitar más bienestar o al menos la información necesaria para una vida más saludable [4].

Esto implica, por un lado, la creación y desarrollo de una red de dispositivos asistenciales integrados en la comunidad, con corresponsabilidad entre el sector salud, la sociedad y otros sectores, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en plena concordancia con el modelo de salud familiar. Esto supone:

- Integrar el conjunto de dispositivos en el sistema sanitario general, en el nivel que corresponda a cada uno, y particularmente que tenga una ordenación coherente con el quehacer y las funciones del nivel primario de atención de salud.
- Priorizar la atención ambulatoria y poner énfasis en la permanencia de las personas en su entorno de vida habitual. Esto implica desplegar el mayor número posible de dispositivos en la comunidad, favoreciendo por un lado, la integración en la estructura de la población, y por otro, la accesibilidad por parte de usuarios/as.
- Desarrollar estructuras de coordinación territorial que permitan la actuación integrada del conjunto de dispositivos existentes en un mismo espacio geográfico poblacional y garantizar la continuidad en la atención de las personas con enfermedades mentales.
- Descentralizar, diversificar y territorializar la oferta asistencial, adaptarla a las necesidades de las personas, familias y comunidades, considerando sus particularidades; articulando esta oferta con los niveles de complejidad y especialización. Con redes sociales territoriales, más allá de las imprescindibles redes institucionales, y propiciar la integralidad de la política social, sanitaria y no sanitaria, para promover la autonomía, la calidad de vida y el desarrollo integral de las personas y las comunidades, factores críticos para lograr este continuo de intervención, desde lo promocional a la reinserción social[5].
- Desconcentrar los recursos financieros y humanos.
- Adecuar las competencias de los recursos humanos al perfil y necesidades de usuarios y usuarias potenciales y demandantes, fomentando la conformación de equipos interdisciplinarios.

## 2. JUSTIFICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN PARA UHCIP

Las actuales características demográficas y epidemiológicas, junto a los acelerados cambios de los estilos de vida, explican que las condiciones de riesgo psicosociales y las enfermedades mentales hayan llegado a ser, junto a los accidentes y las enfermedades crónicas, uno de los grandes desafíos sanitarios del presente [3][6]. En Chile, representan el 15% de los años de vida perdidos por todas las enfermedades. Si bien, esta cifra es alta, por sí sola no logra dimensionar el gran costo emocional, familiar y social que significa una enfermedad mental, siendo este aún más crítico al abordar la enfermedad mental infanto-adolescente, donde las repercusiones en el entorno familiar, comunitario y de la propia persona afectada, son aún mucho más profundas [6][7].

En el contexto del Plan Nacional [3], la implementación de una red de servicios de salud mental requiere que cada Servicio de Salud, disponga de un plan estratégico de desarrollo alineado con la Estrategia Nacional de Salud que, atendiendo a las características demográficas, epidemiológicas, y de los dispositivos de salud disponibles, establezca las necesidades de recursos humanos, terapéuticos, financieros y de infraestructura, y un cronograma para la puesta en marcha de sus componentes prioritarios [8], asegurando que las acciones de salud mental se desarrollen en un espacio territorial cercano al domicilio de las personas.

### De UHCE a UHCIP

Uno de los dispositivos clave de la red planteada por dicho plan fueron las Unidades de Hospitalización de Corta Estadía (UHCE) para personas con enfermedades mentales que requerían de cuidados hospitalarios por su gravedad. Al momento de la elaboración de este documento, la evidencia disponible, sumada a la experiencia acumulada en nuestro país, hacen **ineludible modificar la nomenclatura** asociada al desarrollo de estos dispositivos, buscando una mayor claridad de su rol, tanto al interior del hospital general, como en su interacción con otros dispositivos del territorio.

La Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), sin constituir el eje articulador de esta red, es un dispositivo importante de apoyo a la atención clínica ambulatoria, debiendo mantener una estrecha coordinación con los centros comunitarios de salud mental y el resto de la red de servicios, así como con la totalidad de los servicios disponibles en el Hospital General que debe incluirlas. Parte fundamental de la atención de la UHCIP considera el cuidado de la salud integral de la población usuaria, por lo que es esencial la integración armónica con todas las especialidades médicas y disciplinas que se desempeñan en el hospital.

La hospitalización cerrada aún no está disponible en algunas localidades del país, ni en instancias públicas ni privadas, lo que genera una pérdida de una atención oportuna, eficaz, y eficiente de las personas que lo requieren. Siendo esto más crítico para la población infanto adolescente que en muchas situaciones, son hospitalizados en unidades pediátricas.

Un aspecto relevante es la necesidad de estandarizar los criterios de ingreso y egreso, procesos clínicos y gestión del cuidado de esta unidad clínica, a objeto de contar con pautas homogéneas que permitan enfrentar de mejor manera las hospitalizaciones indicadas, tanto desde la Red de Salud, como desde la Autoridad Sanitaria y los Tribunales, asegurando el pleno resguardo de los derechos humanos consagrados en las convenciones internacionales y en el marco jurídico nacional. Esto resulta especialmente relevante para la población infanto adolescente, donde los usuarios/as son derivados desde diversas instancias como la Red de Salud, Justicia, convenios con SENDA y SENAME. En la actualidad, cada dispositivo ha establecido distintos criterios locales, generando dificultades en la coordinación de la Red de Salud y su interacción con el intersector.

La insuficiente oferta de servicios de hospitalización para la población infanto adolescente a nivel nacional, se traduce en largos períodos de espera para acceder a algún cupo en la red nacional, situación que se complejiza aún más, atendiendo las tasas ascendentes de suicidio adolescente [9]. Cuando es posible la hospitalización, se presentan altos costos económicos, emocionales y sociales para el usuario y su familia; a la vez que se desvincula al equipo local de la situación y el seguimiento clínico del usuario/a.

Dada la brecha existente, se requiere comprar servicios a clínicas privadas, tanto para población adulta, como infanto adolescente lo que conlleva un alto costo para el sistema público.

Se suma a todo lo anterior la ausencia de definición de aspectos estructurales y de estándares del recurso humano que trabaja en estas unidades, dejando a la discreción, elementos que son esenciales para un óptimo ambiente terapéutico.

Esto se traduce en las siguientes consecuencias:

- Amplia variabilidad en relación a los valores y principios fundamentales establecidos en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y las Garantías Explícitas en Salud (GES) establecidas para salud mental, que garantizan acceso universal a prestaciones integrales en los ámbitos geográficos, sociales y económicos, así como, con los convenios en materia de derechos de los niñas, niños y adolescentes del país [3] [10].
- Los usuarios/as y familiares del sistema deben sufrir desarraigo geográfico, social y económico; en contraste con lo que el modelo busca.
- La permanente vulneración a los derechos fundamentales de la población infanto adolescente, expresados en los acuerdos y tratados internacionales firmados por Chile [10].
- Elevados niveles de insatisfacción usuaria con las redes de salud y por ende, una desconfianza en la capacidad para responder a las necesidades clínicas de la población beneficiaria.

De acuerdo a lo expuesto, es altamente necesario contar con un modelo de gestión para la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, tanto para personas adultas, como para adolescentes, con procesos homogenizados para su funcionamiento, fácilmente evaluables y eficientemente articulados en una red de dispositivos de salud mental, asegurando una óptima calidad de atención que favorezca la apropiada continuidad de los cuidados.

## 3. SÍNTESIS DEL MARCO LEGAL (ANEXO 1)

La incorporación de enfoque en derechos humanos como un componente esencial en el ámbito de la salud mental, en los últimos años ha sido consagrada en varios documentos oficiales de las Naciones Unidas y La Organización Mundial de la Salud. Los DDHH en salud mental constituyen principios orientadores de los procesos de promoción de la salud y la generación del bienestar social.

Desde el paradigma comunitario existe una sensibilización cada vez mayor a nivel de la sociedad y el Estado, a la integración social plena y a la no discriminación de esta población. Sin perjuicio de lo anterior, aun cuando existen leyes nacionales, que intentan corregir la trasgresión histórica de los derechos humanos de las personas afectadas por una enfermedad mental, persisten vacíos legales que aún no permiten el pleno resguardo y ejercicio de sus derechos.

A nivel internacional existe consenso en que todas las personas (niños, niñas, adolescentes y personas adultas) con una condición de enfermedad mental y/o discapacidad mental, enfrentan grandes dificultades, impactando en primer término a la familia y en segundo término a las diversas instituciones públicas y privadas, involucradas en la recuperación de su condición de salud, su tratamiento integral y su integración, en un marco estricto de derechos humanos.

Para que las personas con enfermedad mental, alcancen una mejor calidad de vida, es necesario el pleno ejercicio y resguardo de sus derechos: a la vida, salud, privacidad, no discriminación por etnia, género y orientación sexual, vivienda, trabajo, educación, participación, protección contra la tortura y tratos degradantes, y la libertad de creencias, reunión y desplazamiento.

A continuación se mencionan los principales cuerpos legales, normativos y regulatorios que deben estar en la base de la implementación y funcionamiento de estas unidades de hospitalización psiquiátrica. En el Anexo 1 se detallan los principales articulados de cada una de estas normas:

### 3.1. Marco jurídico internacional

- Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación [11].
- Normativa ONU:
  - Declaración Universal de Derechos Humanos [12].
  - Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos [13].
  - Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad [14].
  - Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental [15].
  - Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [16].
  - Hacia una sociedad para todos: Estrategia a largo plazo para promover la aplicación del Programa de Acción Mundial para los impedidos hasta el año 2000 y años posteriores [17].
  - Declaración de los Derechos del Retrasado Mental [18].
  - Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [19].

- Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social [20].
  - Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) [21].
  - Convención de Derechos Humanos de los Niños [22].
  - La Observación General N° 4 del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre “La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño” [23].
  - La Observación General N° 9 del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre “Los derechos de los niños con discapacidad” [24].
  - La Observación General N° 10 del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre “Los derechos del niño en la justicia de menores” [25].
  - La Observación General N° 12 del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre “El derecho del niño a ser escuchado” [26].
  - La Observación General N° 14 del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre “El derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)” [27].
  - Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad y Expresión de Género [28].
  - La Observación General N° 15 del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre “El derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)”.
  - La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de Naciones Unidas [29].
- Normativa OEA:
    - Convención Americana sobre derechos humanos suscrita en la conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos [30].
    - Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, “Protocolo de San Salvador” [31].
    - Recomendación de la comisión interamericana de derechos humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental [32].
    - Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad [33].
- Organización Internacional del Trabajo /OIT:
    - Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas) núm. 159, y la Recomendación N° 168 [34].

### 3.2. Marco jurídico nacional

- Constitución Política de la República [35].
- Código Civil [36].
- Código Penal [37].
- Código Procesal Penal [38].
- Código Sanitario [39].
- Ley Nº 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su Atención de Salud [40].
- Ley Nº 20.609 Establece Medidas Contra la Discriminación [41].
- Ley Nº 20.422 Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad [42].
- Ley Nº 20.332 sobre Producción, Elaboración y Comercialización de Alkoholes Etílicos, Bebidas Alcohólicas y Vinagres [43].
- Ley Nº 20.000 que Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas [44].
- Ley Nº 20.084 Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal [45].

El país cuenta además con instrumentos regulatorios estandarizados para facilitar la implementación de la legislación relativa a salud mental, entre los cuales, se encuentran los siguientes:

- Reglamentos específicos para las leyes mencionadas.
- Reglamento de centros de tratamientos y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas [46].
- Reglamento para la Internación de Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan [47].
- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría [3].
- Programa Nacional de Prevención de Suicidio. Orientaciones para su implementación [48].
- Norma técnica de contención en psiquiatría [49].
- Norma técnica para el tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental.
- Norma técnica sobre hogares protegidos [50].
- Norma técnica sobre residencias protegidas.
- Norma técnica para el uso clínico de clozapina [51].
- Norma técnica de terapia electroconvulsivante [52].
- Orientaciones Técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría [53].
- Norma Técnica Rehabilitación Psicosocial para Personas Adultas con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad [54].
- Orientaciones Técnicas Tratamiento del Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros Trastornos Mentales de Salud mental en Adolescentes Infractores de Ley [55].

- Norma Técnica N° 85. Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas y otros Trastornos Mentales Usuarios del Servicio Nacional de Menores [56].
- Orientación para la Atención de Población Infantil y Adolescente con Vulneración de Derechos e Infractores de Ley Penal con trastornos mentales, incluyendo consumo de alcohol y drogas [57].

## 4. SITUACIÓN DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTADÍA [58]

La dotación de profesionales y técnicos ha observado una disminución relativa para el número de camas existentes al año 2012, aumentando el número de camas por jornada de 44 horas semanales de profesionales no psiquiatras y técnicos de 0,8 a 1,0. Un hecho similar ha ocurrido con los profesionales psiquiatras, aumentando el número de camas por jornada de 22 horas de psiquiatra de 4,1 a 5,8.

El porcentaje de unidades que realizan actividades con grupos de usuarios/as ha disminuido de 44,4% a 32,3% y con grupos de familiares de 61,1% a 22,6%.

La proporción de ingresos, a través de servicios de urgencia se han triplicado, llegando a 30,8% del total de ingresos.

Las medidas forzadas en relación con la hospitalización han aumentado entre los años 2004 y 2012.

Los ingresos administrativos (hospitalizaciones involuntarias autorizadas por las SEREMIS de Salud) se han cuadruplicado y durante el año 2012 representaron el 6,6% de los ingresos, mientras que los ingresos por orden judicial se duplicaron, con un 5,4% para el 2012. Además, también hubo un incremento en el uso de la contención y/o aislamiento, de 17,8% del total personas hospitalizadas en el 2004 a 26,1% en el 2012.

Los tres diagnósticos más frecuentes en las personas que se hospitalizaron en estas unidades de hospitales generales en el año 2012 son esquizofrenia y trastornos delirantes (33,7% de todos los diagnósticos), trastornos afectivos (21,9%) y trastornos por consumo de sustancias (16,2%). Los principales cambios entre el 2004 y 2012 son el aumento de frecuencia de los casos con esquizofrenia (de 27,4% a 33,7%) y la disminución de los trastornos afectivos (de 26,5% a 21,9%) y trastornos de la personalidad (de 11,2% a 7,6%).

En comparación con el estudio WHO-AIMS del año 2004, el número de Servicios de Salud (SS) que tienen Unidades de Corta Estadía para personas adultas (en hospitales generales) ha aumentado de 18 a 23.

A su vez, desde el 2004 los servicios de psiquiatría de corta estadía para adolescentes (en hospitales generales) han aumentado de 2 a 8 con una mediana de 8.756,2 adolescentes beneficiarios por cama por Servicio de Salud, pero aún falta que 19 Servicios de Salud implementen unidades de hospitalización.

El porcentaje de mujeres hospitalizadas es de 52%, en relación a los hombres.

El promedio de días de estadía entre los distintos Servicios de Salud va de 9 a 44 días, con una mediana de 15,5 días.

Las variaciones en los Servicios de Salud en ingresos de tipo judicial o de tipo administrativo o involuntario van, desde algunos SS que no presentan ni uno ni otro de este tipo de ingresos, hasta un Servicios de Salud cuyos ingresos judiciales representan el 44% del total y otro Servicio de Salud cuyos ingresos involuntarios representan el 18% del total de ingresos.

Situación similar se observa con la contención física y/o aislamiento durante la hospitalización, con Servicios de Salud que informan no haber utilizado ninguna de las dos en el año 2012, hasta servicios que la utilizan en más del 70% de las personas que se hospitalizaron en ese año.

### **Recursos Humanos**

Las diferencias de recursos profesionales entre las unidades clínicas de hospitalización en hospitales generales y hospitales psiquiátricos han aumentado entre los años 2004 y 2012, ya que en los primeros, el número de psiquiatras por cama aumentó de 0,09 el 2004 a 0,21 el 2012 y el de enfermeras de 0,07 a 0,21, mientras que el número de estos profesionales en los hospitales psiquiátricos se mantuvo en el mismo nivel por cama en este período. De manera similar, otros profesionales de salud mental de los servicios de psiquiatría de hospitales generales aumentaron de 0,06 por cama el 2004 a 0,27 el 2012 y en los hospitales psiquiátricos el aumento fue de 0,05 a 0,11.

El año 2008 se detiene el Programa de Monitoreo y Mejora Continua de Calidad a Nivel Nacional de dispositivos de la Red de Salud Mental.

Resulta fundamental para modificar esta realidad actualizar la nomenclatura de estas unidades, en adelante Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), que pone el énfasis en la naturaleza de los cuidados intensivos que se proveen en estos dispositivos, algo esencial al considerar la realidad de los recursos humanos y las prestaciones disponibles, así como el nivel de desarrollo actual de la red nacional de dispositivos de salud mental comunitaria.

## 5. SITUACIÓN RED DE ATENCIÓN A PERSONAS EN CONFLICTO CON LA JUSTICIA (ANEXO 3)

A fines de 1998, con participación de los Ministerios de Justicia y Salud, Gendarmería de Chile, el Servicio Médico Legal y los Servicios de Salud, se da inicio al Sistema Nacional de Psiquiatría Forense como una respuesta a los requerimientos del sector Justicia para la aplicación del Código Procesal Penal en cuanto a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, de toda persona en conflicto con la ley.

La Norma Técnica para la organización de una Red Servicios de Salud Mental y Psiquiatría [8], indica que el Sistema de Psiquiatría Forense debiera contar, al menos, con los siguientes dispositivos:

- Unidad de Psiquiatría Forense de Alta Complejidad de Referencia Nacional.
- Unidades de Psiquiatría Forense de Mediana Complejidad de Referencia Regional.
- Hogares y Residencias Protegidas en cada Servicio de Salud.
- Programa de Psiquiatría Forense Ambulatorio en la Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría de los Servicios de Salud del país.

### 5.1. Macro red de psiquiatría forense para población adulta

Red de referencia nacional, cuyas unidades tienen por objetivo dar respuesta a la aplicación de medidas de seguridad impuestas a aquellas personas declaradas inimputables, clasificadas en:

- **Unidad de alta complejidad forense.** Dispositivo de salud destinado a personas que revisten especial complejidad en virtud de su condición clínico-psicopatológica y/o por el delito cometido. Su alta complejidad psico-patológica le confiere un alto grado de peligrosidad. En este contexto, las personas usuarias requieren disponer de recursos físicos y terapéuticos de mayor complejidad e intensidad, en recintos con entornos de alta seguridad.

Actualmente una unidad de este tipo se encuentra ubicada en el Hospital P. Pinnel, de Putaendo, V Región, con 20 camas.

- **Unidad de mediana complejidad forense.** Dispositivos de salud destinados a personas cuya psicopatología es altamente compleja, que puede responder o no a las terapias convencionales, y que hayan cometido delitos graves. Se cuenta actualmente con 123 camas en todo el país: 60 en el Hospital P. Pinnel, 40 en el Instituto Psiquiátrico J. Horwitz de Santiago, y 23 camas en Hospital Grand Benavente de Concepción. Se relaciona en red, vía derivaciones y contra derivaciones, con la Unidad de Alta Complejidad Forense.
- **Residencias Forenses (Baja complejidad).** Dispositivos de salud destinados a aquellas personas estabilizadas que han tenido conflicto con la justicia, que no tienen red familiar ni social y se encuentran en condiciones clínicas y sociales para vivir en comunidad. Requiere de personal técnico paramédico en turnos para apoyar su convivencia diaria.

Como parte de la Macro Red de Psiquiatría Forense se han venido desarrollando otro tipo de unidades de mayor complejidad, debido a la necesidad de contar con mayores condiciones de seguridad para el personal de salud y para la atención de personas imputadas y condenadas. El funcionamiento de estos nuevos dispositivos requiere un marco legal distinto al vigente, por ello el Ministerio de Salud

junto al Ministerio de Justicia, han solicitado modificaciones al Código Procesal Penal, las que se encuentran actualmente en trámite legislativo en la Cámara de Diputados. Las nuevas unidades son:

- **Unidad de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI).** Son unidades de hospitalización psiquiátrica ubicadas al interior de hospitales generales o psiquiátricos, que evalúan a personas adultas imputadas de delito de acuerdo al Código Procesal Penal, con el fin de realizar una evaluación pericial y eventuales tratamientos especializados que solo pueden efectuarse en un régimen de hospitalización completa, o que representan un peligro para sí mismos o para terceros. Se considera un tiempo de hospitalización de 30 días, prorrogables por requerimiento de tribunales en lo penal. Hoy existen 3 Unidades de Evaluación de Personas Imputadas: Aconcagua (Putendo), Metropolitano Norte (I. Horwitz) y Araucanía Sur (Temuco). El ingreso se realiza mediante orden judicial.
- **Unidades Psiquiátricas Forenses Transitorias (UPFT).** Son unidades de hospitalización psiquiátrica ubicadas al interior de los recintos penitenciarios que funcionan en estrecha relación con la Institución de Gendarmería. Evalúan u otorgan atención psiquiátrica a aquellas personas adultas internadas en estos recintos en calidad de condenadas o imputadas de acuerdo al Código de Reforma Procesal Penal. Realizan evaluaciones periciales en el caso de las personas imputadas o eventuales tratamientos especializados que solo pueden efectuarse en un régimen de hospitalización completa. Consideran un tiempo máximo de hospitalización de 15 días, pudiendo extenderse hasta 30 días por una vez. Hoy existen dos UPFT: Arica (14 camas) y Valparaíso (13 camas). Además existe una unidad intrapenitenciaria con menor dotación de camas (6 camas) y personal en el recinto penitenciario de la ciudad de Punta Arenas. El ingreso es solo por orden judicial y son de referencia nacional, mientras no se implementen el resto de las unidades proyectadas y requeridas.

## 5.2. Respuesta de Salud a la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente.

Con la entrada en vigencia de la Ley 20.084 sobre Responsabilidad Penal Adolescente [45], surge la necesidad de dar respuesta a las obligaciones que emanan de ella, en relación a los requerimientos de atención de salud de la población adolescente sancionada por esta ley, tanto para quienes se encuentren en medio libre, como para aquellos con internación provisoria y/o condenas a cumplir en centros penitenciarios cerrados.

La situación de la red de atención de salud mental para población infanto-adolescente hasta ese momento era precaria, y en el ámbito de la hospitalización contaba solo con 17 camas de referencia nacional ubicadas en el Hospital Roberto del Río en Santiago.

En este contexto, comienza un proceso progresivo de aumento de la oferta de atención de salud mental para población general infanto-adolescente (sin conflicto con la justicia) y para adolescentes con infracción a la Ley 20.084, con sanciones, tanto en medio libre, como privativa de libertad. Este último grupo, presenta en su mayoría perfiles de alta complejidad psicosocial, caracterizados por mayor compromiso delictivo, mayor prevalencia de trastornos de salud mental y presencia de policonsumo de sustancias de larga data [59]. Generalmente es una población de adolescentes que tienen larga historia de conflicto con la justicia, con antecedentes de maltrato y/o violencia intrafamiliar y con conductas secundarias a experiencias de encarcelamiento.

- **Unidad Corta Estadía para Adolescentes en Medio Privativo de Libertad.** En el año 2007, tras la puesta en marcha de la Ley 20.084, MINSAL en colaboración con SENDA y el Servicio Nacional de Menores (SENAME) proyectaron la instalación de 5 unidades de hospitalización

de corta estadía en medio privativo de libertad, de referencia nacional, las que se ubicarían en Iquique, Limache, Coronel, Valdivia y Til-Til. En la actualidad, se han implementado las unidades de Iquique (6 camas), Coronel (5 camas), Valdivia (5 camas) y Til-Til (10 camas). La proyectada en Limache no se ha implementado por problemas de infraestructura. Estas unidades se financian principalmente por Convenios con SENDA, en el marco del Convenio de Colaboración SENDA - MINSAL - SENAME - GENCHI, donde se establece que:

- La infraestructura y equipamiento es de responsabilidad de SENAME;
  - GENCHI es responsable de la seguridad perimetral de los CIP-CRC y el traslado de los y las jóvenes en conflicto con la justicia a cualquier evento fuera de los centros;
  - SENDA financia recursos humanos (excepto cuartos turnos), equipamiento, gastos operacionales y asociados a actividades, contra presentación de proyecto del Servicio de Salud respectivo;
  - MINSAL financia recursos humanos en cuartos turnos (Enfermería, Técnicos Paramédicos y auxiliares), además de ser responsable de la provisión de exámenes y medicamentos.
- **Unidad Corta Estadía para Adolescentes en Medio Libre.** En el marco del mismo Convenio de Colaboración Técnica entre SENDA - MINSAL - SENAME - GENCHI, se han establecido convenios con algunos Servicios de Salud que cuentan con estas unidades, a fin de poder dar respuesta a población adolescente con infracción de ley, que cumplen condena en medio libre, y que requieran acceso a plazas en unidades de hospitalización cerrada.

Dichas UHCE, en general se encuentran ubicadas en hospitales generales (a excepción de la que está en el Instituto Psiquiátrico Horwitz de la región Metropolitana) y son:

- UHCE del SS Iquique, ubicada en Hospital Dr. E. Torres Galdames, que cuenta con 19 camas en total;
- UHCE del I. Psiquiátrico Dr. J. Horwitz B., adscrita al Servicio de Salud Metropolitano Norte, con 20 camas para adolescentes hombres, encontrándose pendiente la habilitación para adolescentes mujeres;
- UHCE del SS Metropolitano Sur-Oriente, ubicada en el Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río, con 12 camas;
- UHCE del SS Talcahuano con 6 camas, en Hospital Penco-Lirquén;
- UHCE del SS Araucanía Sur con 8 camas, en Hospital Nodo de Nueva Imperial;
- UHCE del SS Magallanes con 9 camas, en Hospital Clínico de Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria.

## 6. DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL [60]

El Informe del Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental recopiló información para determinar en qué medida el Estado chileno respeta y protege debidamente los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas [21]. Se resumen a continuación sus principales resultados:

Ausencia de reconocimiento legal de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental.

Ley 18.600 permite interdicción sin debido proceso.

Los servicios cumplen de forma insuficiente estándares respecto a entrega de información a los usuarios/as sobre sus derechos, participación de los usuarios en las decisiones sobre su tratamiento y acceso a información de sus fichas clínicas (puede negársele a criterio médico).

En el área de la hospitalización y el tratamiento involuntario no se cumple plenamente con las normativas internacionales, ya que no se contempla la existencia de organismos autónomos que autoricen y supervisen los procedimientos involuntarios y ofrezcan mecanismos expeditos de apelación (Ley 20.584).

Insuficiente reconocimiento del derecho exclusivo de la personas con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles, tales como, psicocirugía y esterilización (ninguna otra persona debería sustituirla en estas decisiones). Un 26,1% de usuarios/as recibieron contención física y/o aislamiento en hospitales generales y un 57,9% en hospitales psiquiátricos (WHO-AIMS 2012) (Artículo 15 de la CDPD).

Aún persisten 441 personas en largas estadías de hospitales psiquiátricos y 1.542 niños/as y personas adultas con discapacidad intelectual recluidos en instituciones con financiamiento de SENAME (Artículo 19 de la CDPD).

El informe concluye que pese a los importantes avances logrados con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, Chile no ha logrado instalar adecuadamente un modelo de atención de salud mental comunitario, respetuoso de los derechos y que pueda apoyar a las personas con discapacidad mental en sus procesos de inclusión social. El bajo presupuesto destinado a salud mental (menor al promedio de países de similares ingresos) es el principal factor contribuyente de las insuficiencias observadas en cobertura, calidad de atención y equidad.

## **SEGUNDA PARTE: MODELO DE GESTIÓN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA PARA POBLACIÓN ADULTA E INFANTO ADOLESCENTE.**

## 1. DEFINICIÓN

La Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) es la unidad encargada de proveer cuidados intensivos en Salud Mental y Psiquiatría, tanto a población adulta como infante adolescente, que dada su situación de salud requieren de procedimientos de profundización diagnóstica, evaluación, estabilización o tratamiento en un ambiente terapéutico seguro, o que en algún momento de su enfermedad presentan descompensación de su cuadro clínico, constituyendo un riesgo para sí mismos o para terceros (incluso vital).

Se proporciona atención integral de alta intensidad con cuidados de enfermería durante las 24 horas, por un período no superior a 60 días. La atención es efectuada en un estricto marco de respeto a los derechos humanos, adscrito al modelo de salud mental comunitaria, por un equipo interdisciplinario con altas competencias técnicas y humanas.

Su característica diferencial con otros dispositivos de la red de atención de Salud Mental reside en la existencia de gestión de cuidados de enfermería continuados durante todo el tiempo de hospitalización [62]. Dado el perfil de usuarios/as de estas unidades se requieren de cuidados clínicos y de enfermería de alta complejidad, con una alta supervisión de su condición de salud, así como intervenciones psicoterapéuticas integrales de alta intensidad. Todo lo anterior con una amplia evaluación de recursos comunitarios y de servicios públicos para dar continuidad a los objetivos terapéuticos planteados durante la hospitalización, que deben estar armónicamente articulados con los objetivos de los dispositivos ambulatorios correspondientes.

La atención a personas con patologías psiquiátricas en un estado de crisis y agudo constituye un desafío constante en el manejo clínico para el equipo, en términos de calidad de la atención y la seguridad, tanto para las personas hospitalizadas como para el personal. Esta condición ha llevado a definir una limitación respecto de la cantidad máxima de camas por unidad. Así, para las **UHCIP para población general mayor de 18 años**, la evidencia disponible permite sugerir que las unidades cuenten con un número máximo de 20 camas, lo que permite el desarrollo de un ambiente terapéutico adecuado y favorece el manejo clínico de la unidad. Sin embargo, dada la realidad nacional en relación a la brecha de camas para hospitalización psiquiátrica, el comité de expertos que participó en la elaboración del presente documento ha planteado como límite máximo tolerable 24 camas, organizadas por género y tramos etarios, siempre y cuando las condiciones locales (infraestructura, recursos humanos) así lo permitan.

En las **UHCIP infante-adolescente, menores de 17 años 11 meses y 29 días, para población general (no privativo de libertad)**, se define una dotación máxima de 10 camas. Cuando la brecha supere el estándar de la unidad, se sugiere la coexistencia de más de una unidad hospitalaria, evitando la expansión del número de camas por unidad por sobre el límite antes planteado.

Para casos excepcionales en que se requiera hospitalización para menores de 10 años, se sugiere evaluar clínicamente caso a caso, para flexibilizar los criterios y, de acuerdo a realidad local, hospitalizar en servicio de pediatría o en esta unidad.

Si bien la UHCIP no ocupa el centro de la red comunitaria de salud mental, es uno de los dispositivos claves para apoyar a los Centros Comunitarios de Salud Mental en la necesidad de hospitalización breve y resolutive. Por dicho motivo se encuentra integrada al resto de los dispositivos de la red comunitaria, con los cuales debe existir una óptima articulación y coordinación.

Para la adecuada planificación sanitaria del país, estas unidades debieran estar incluidas en los diseños y construcciones de todos los hospitales generales, y estar integradas en el edificio principal de los hospitales generales de alta y mediana complejidad. Su funcionamiento se articula tanto con la red territorial de salud mental, como con otros servicios clínicos y unidades de apoyo del hospital donde se encuentra ubicada, considerando las necesidades particulares de este grupo de beneficiarios

Los cuidados que se brindan en esta unidad deben sustentarse en un marco de ejercicio de derechos humanos, rescatando las potencialidades de las personas. A partir de ellas, se pueden desarrollar capacidades y fortalezas que les permitan superar las dificultades y las crisis asociadas al proceso de enfermedad, para lo cual resulta fundamental fomentar la autonomía y autorresponsabilidad de la persona hospitalizada frente a su propio proceso de salud; y considerar el trabajo con la familia y/o adulto(s) significativo(s), así como la persona que disponga del cuidado personal en el caso de los niños, niñas o adolescentes. Considerando además que, debido al padecimiento de una enfermedad mental, el juicio y conciencia de enfermedad puede verse afectado en forma transitoria, es necesario en caso de riesgo vital generar instancias de protección del derecho a la vida de los usuarios/as.

Las Unidades de Hospitalización de Corta Estadía existentes en los hospitales psiquiátricos deben ser reemplazadas progresivamente por UHCIP instaladas en hospitales generales. Es responsabilidad de los gestores locales de la red sanitaria (direcciones de Servicios de Salud), programar su traslado o reemplazo por una UHCIP en un hospital general del territorio. La existencia actual de Unidades de Hospitalización de Corta Estadía en los hospitales psiquiátricos no constituye fundamento para excluir las UHCIP de los hospitales generales en sus procesos de construcción, reposición o normalización. En casos especiales, como las unidades ubicadas en centros privativos de libertad (SENAME), se acepta una edificación independiente, en articulación con el área de salud de la cual depende.

## 2. VISIÓN Y MISIÓN

### Visión

Ser una Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para la atención de población adulta e infanto adolescente, parte de la red territorial de salud, con cultura de calidad, que brinda una atención integral centrada en las personas, con pleno respeto y ejercicio de sus derechos.

### Misión

Brindar atención integral de calidad, de alta intensidad y especialización, en un marco de ejercicio de derechos humanos, a personas que presentan una descompensación de una enfermedad mental, y se encuentran en una condición crítica de salud que no puede ser resuelta en la red de servicios de salud mental ambulatoria. La atención debe considerar su edad, género, etnia y condición sociocultural, y será otorgada por un equipo interdisciplinario con altas competencias, en un ambiente clínico altamente estructurado, y en coordinación e integración con una red de dispositivos desarrollados en concordancia con el Modelo de Salud Mental Comunitario.

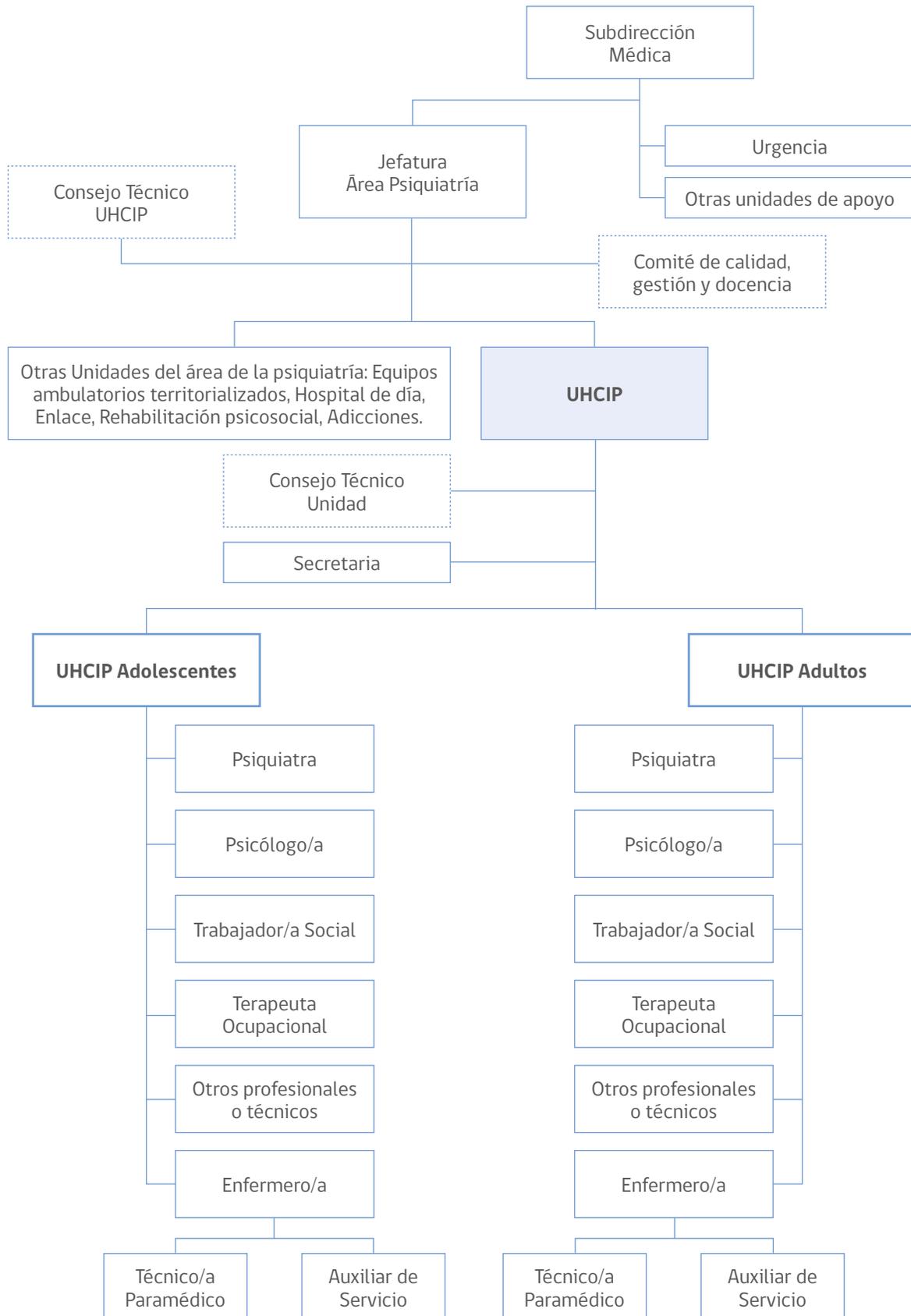
### 3. OBJETIVOS DE LA UNIDAD

Realizar diagnóstico y tratamiento integral a personas que presentan descompensación severa de su trastorno mental, se encuentran en una condición crítica de su estado de salud, con riesgo vital, por suicidalidad o conductas auto o hetero agresivas, o bien, que requieren de estudios diagnósticos o manejo, que no puedan ser realizados de forma ambulatoria.

Desarrollar un plan individual de tratamiento integral, basado en un diagnóstico multiaxial de la condición de salud, que considere los factores biológicos, psicológicos y determinantes sociales.

Contribuir a la continuidad del tratamiento y seguimiento de la persona post alta en la red de salud, considerando el aporte de los recursos comunitarios y de otros sectores del Estado.

## 4. ORGANIGRAMA FUNCIONAL



Esta unidad requiere para su óptimo funcionamiento, el apoyo de otros servicios y/o unidades del hospital, tales como imagenología, laboratorio, Unidades de rehabilitación física, como también del apoyo de otras unidades de hospitalización como medicina general, cirugía, traumatología, oftalmología, ginecología y maternidad, entre otras. Estos apoyos e interacciones se sostienen en la necesidad de una atención integral a las personas hospitalizadas.

Así mismo requiere del apoyo de servicios básicos como aseo, lavandería, alimentación y otros, que son fundamentales para el adecuado funcionamiento de una unidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría.

## 5. COBERTURA TERRITORIAL

Definida en relación a la población adscrita al Servicio de Salud correspondiente; y a su diseño de red asistencial.

## 6. ARTICULACIÓN CON LA RED

La Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría pertenece y participa en el Consejo Técnico de Salud Mental, que convoca y conduce el Servicio de Salud como gestor de la red, que es la herramienta de articulación de la red de salud mental. Estas actividades de coordinación deben tener tiempo protegido para ello, potenciando su relevancia para la construcción del trabajo en Red. En esta instancia es esencial la participación activa del equipo de la unidad, tanto un espacio de coordinación con la Red, como de participación en la construcción de las decisiones que se definan en el consejo.

Se articulan y coordinan con todos los dispositivos componentes de la red de servicios de salud mental de un territorio, debiendo estar alineadas con la red asistencial general, con el propósito de favorecer un abordaje integral y efectivo de la situación de salud de los usuarios y usuarias, y los determinantes sociales relacionados a esta.

La organización funcional de estas unidades, se rige por las normativas generales dadas por la dirección del hospital del cual forman parte, el que a su vez es regulado por las normativas y leyes que rigen el funcionamiento del Estado y en particular la ley N°20584 [40]. En lo que refiere a hospitalización psiquiátrica, es regulada por el Reglamento N° 570 [63]. Con relación a la hospitalización involuntaria, quien supervisa el cumplimiento de la normativa y procedimientos vigentes actualmente es la SEREMI de Salud [64].

No obstante lo anterior, los procesos de gestión y organización deben ser coherentes con la realidad regional, territorial y grupos de atención, sin contravenir el marco general regulatorio, sino por el contrario, enriqueciéndolo con estrategias más costo-efectivas en el uso de los recursos, para mejorar la satisfacción de la población usuaria y así, responder a sus necesidades y expectativas sanitarias. Tal es el caso de las recomendaciones dadas por los procesos de mejora continua de la atención, que contribuyen a optimizar el desempeño organizacional.

Las unidades deben estar coordinadas con el resto de los establecimientos de la red asistencial, con los recursos y programas de otros sectores del Estado, a través de un sistema de referencia y contra referencia y derivación asistida intersectorial, basado en criterios clínicos y protocolos vigentes, que

deben explicitarse en un documento formal conocido y utilizado por todos los equipos responsables de la atención. La derivación debe ser realizada por un profesional psiquiatra de la red pública, a través del mecanismo de interconsulta vigente para el servicio de salud. Además, la derivación desde el servicio de urgencia del Hospital en que se encuentra la UHCIP debiese ser cursada por un/a profesional psiquiatra cuando existan en dicha unidad.

La hospitalización administrativa de personas en forma involuntaria se rige por normativa vigente [64].

### **6.1. Principales relaciones funcionales de estas unidades (red de salud mental, salud general, servicios de apoyo)**

Deben existir protocolos de coordinación establecidos con las distintas unidades clínicas sin discriminación en su acceso de los y las usuarias hospitalizadas en esta unidad, en todas las unidades intra y extra hospitalarias:

#### **Red Interna**

Servicios de hospitalización médico-quirúrgica y obstetricia, de modo de permitir la derivación oportuna de personas entre ambos y facilitar la interconsulta, entre psiquiatras y otros especialistas.

- CDT, CRS (con equipos de salud mental organizados territorialmente).
- Unidades de mediana estadía.
- Hospital de día, para personas adultas (Ubicados también en la comunidad).
- Hospital de día para población adolescente (Ubicados también en la comunidad).
- Hospital de día para adicciones (Ubicados también en la comunidad).
- Servicios de medicina física y rehabilitación.
- Servicios de ginecología.
- Medicina interna.
- Unidades de tratamiento intensivo.
- Pabellón.
- Unidades medico quirúrgica.
- Odontología y nutrición.
- Laboratorio clínico, imagenología, anatomía patológica.
- Servicios de orientación médica y estadísticas.
- Unidades para la provisión de insumos, materiales, y servicios generales, como esterilización, farmacia, laboratorio, lavandería, alimentación, disposición de residuos sólidos.
- Centrales de energía, servicios sanitarios, mantención.
- Unidades de transporte, relacionado con el traslado de las personas.
- Servicio de Urgencia.

En relación con las unidades, ubicadas al interior de centros privativos de libertad para adolescentes infractores de ley y su funcionamiento administrativo, el Gestor de Red del Servicio de Salud

asegurará el acceso a todos los servicios de apoyo clínico necesarios para su atención integral. Esto significa que, tanto los procedimientos de acceso a los diversos servicios deben estar definidos y establecidos, a través de protocolos, cuya aplicación será evaluada y auditada periódicamente. Estos harán referencia a los mecanismos de coordinación, de traslados y de utilización de estos servicios, que la red de atención de salud pone a su disposición.

Además el Gestor de Red deberá participar en las mesas regionales del Convenio MINSAL - SENDA - SENAME y GENCHI, con el objeto de facilitar la coordinación entre los actores que integran este dispositivo.

### **Red Externa**

Establecer mecanismos formales de coordinación y articulación con todas instancias territoriales, que favorezcan la continuidad de la atención en su dimensión sanitaria y social.

#### **Nivel primario de atención**

- Centros de salud de atención primaria y postas rurales.
- Centro de Salud Familiar
- Consultorio General Urbano
- Consultorio General Rural
- Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)
- Servicio de Atención Primaria de Urgencia
- Hospital Comunitario.

#### **Nivel secundario de atención**

- Centros de tratamiento residencial para personas con adicción severa a alcohol o drogas.
- Hospitales de día.
- Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM).

El COSAM está constituido por un equipo interdisciplinario que otorga atención de salud mental especializada, cercana a su entorno familiar y social. El desarrollo de las redes territoriales de salud mental, es la base de toda la atención ambulatoria especializada en salud mental.

Es responsable de un área territorial y de una determinada población beneficiaria, debiendo ejercer la labor asistencial directa, funciones de capacitación y asesoría hacia los dispositivos del nivel primario, a la comunidad organizada, establecer vínculos intersectoriales y actuar como centros formadores de nuevos profesionales y técnicos en salud mental.

Así también, la red de servicios de salud mental de cada Servicio de Salud cuenta con recursos comunitarios, orientados a contribuir a la rehabilitación e inclusión social y laboral, como las que se señalan a continuación:

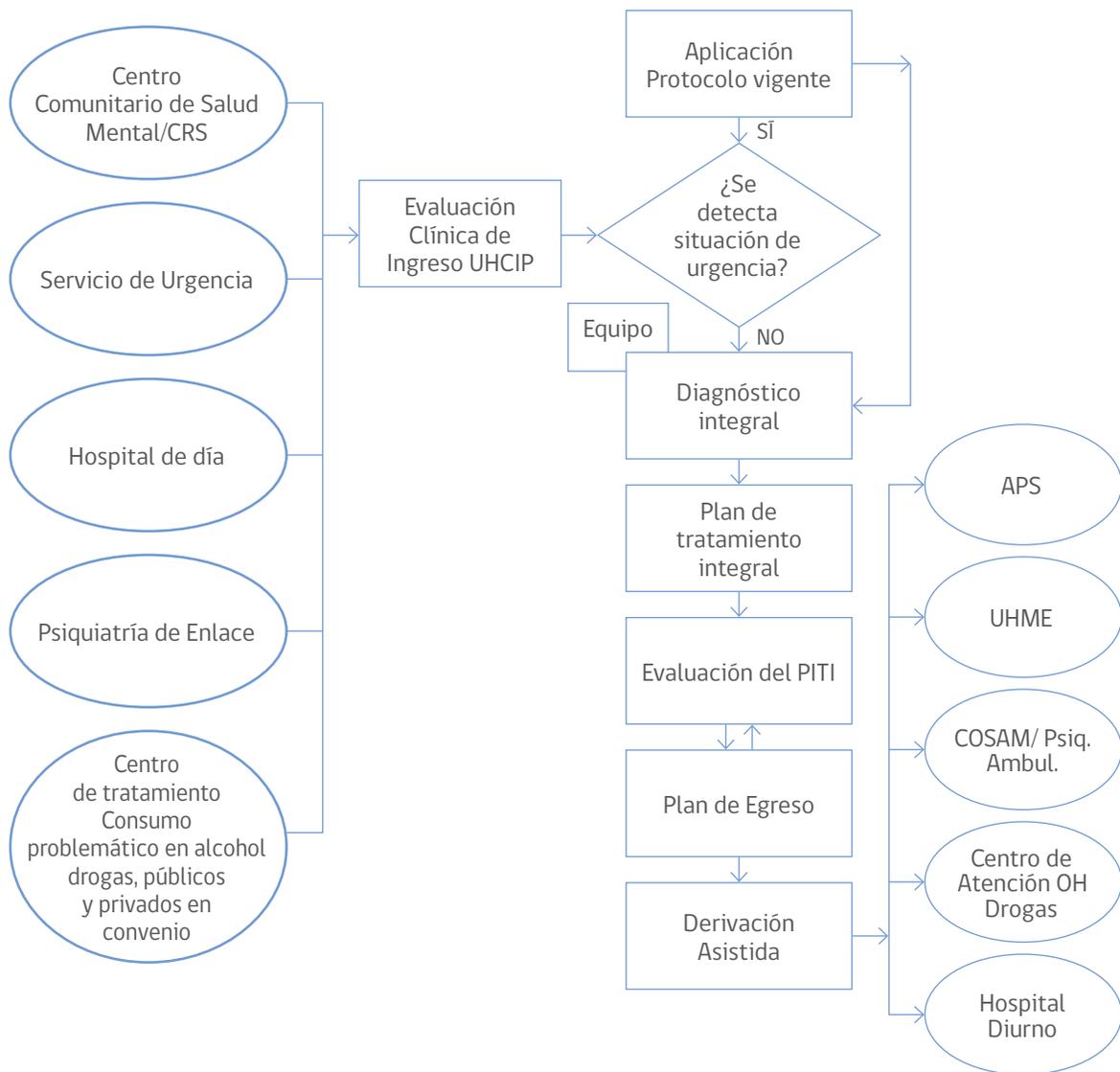
- Hogares y residencias protegidas (residencias para personas con discapacidad de causa psíquica).
- Centros o unidades de rehabilitación psicosocial (para personas con discapacidad psíquica).
- Talleres familiares.

- Talleres laborales protegidos.
- Centros diurnos.

El funcionamiento adecuado de la red de servicios de salud mental requiere además, de la existencia de una gama diversa de instancias formales de participación de usuarios, de familiares y de otros miembros de la comunidad, tales como consejos o comités, con el objeto de asegurar el resguardo del ejercicio y respeto de sus derechos, la calidad de los servicios prestados, y la colaboración entre los usuarios, familiares, profesionales y técnicos.

Las agrupaciones de usuarios y familiares no solo se constituyen en agentes reguladores, sino también, en proveedores de servicios, especialmente en el ámbito de programas de atención, alternativas residenciales, centros diurnos, clubes de integración social, y grupos de autoayuda.

## 6.2. Flujograma de atención en hospitalización



## 7. PERFIL USUARIOS Y USUARIAS

### 7.1. En población adulta

Personas de 18 años y más, de diversos géneros y orientación sexual, que presentan descompensación severa de un trastorno mental, con riesgo vital, de auto o hetero agresión, o bien que requieren estudios diagnósticos o intervenciones que no puedan ser realizadas de forma ambulatoria, que se encuentran con un alto estado de vulnerabilidad y desprotección en relación a su entorno [65], lo que hace necesario un abordaje terapéutico en condiciones de seguridad y de protección, tanto para la propia persona afectada, como para terceros.

### 7.2. En población infanto adolescente

Personas entre 10 y 17 años 11 meses de edad, que presentan trastornos mentales o conductuales severos, cuya condición clínica, evolución de la enfermedad, discapacidad, alta vulnerabilidad psicosocial, daño severo y/o refractariedad a tratamiento farmacológico, hacen necesario un abordaje terapéutico en condiciones de mayor seguridad y de protección, tanto para el propio niño, niña, o adolescente, como para terceros. Dada la heterogeneidad en el desarrollo del ciclo vital o curso de vida de niños, niñas y adolescentes, las estrategias de intervención deben apuntar a optimizar los resultados terapéuticos y disminuir los riesgos que la hospitalización implica.

Excepcionalmente se hospitalizarán menores de 10 años solicitando la evaluación clínica caso a caso, para flexibilizar los criterios y -de acuerdo a la realidad local- hospitalizar en servicio de pediatría o en esta unidad.

## 8. FUENTES DE DEMANDA PARA INGRESO

### 8.1. En población adulta

Las personas pueden ser derivadas desde los siguientes dispositivos de la red territorial pública:

- Centros y dispositivos comunitarios de salud mental, unidades de atención ambulatoria de psiquiatría de hospitales generales o desde una consultoría.
- Hospitales de día.
- Servicios de urgencia.
- Psiquiatría de enlace y psiquiatras de otros servicios clínicos.
- Centros de tratamiento para consumo problemático de sustancias, con convenios que así lo permitan.
- SEREMI (en el caso de hospitalizaciones involuntarias).

### 8.2. En población infanto adolescente

- Centros comunitarios de salud mental, unidades de atención ambulatoria de psiquiatría de hospitales generales o desde una consultoría.
- Hospitales de día adulto e infanto adolescente.

- Servicio de urgencia.
- Otros servicios clínicos del hospital.
- Centros de tratamiento para consumo problemático de sustancias, con convenios que así lo permitan.
- Unidad de mediana estadía adulto e infante adolescente.
- APS con derivación asistida a Centro Comunitario de Salud Mental más cercano (en caso de no contar con COSAM en el territorio donde reside).
- Equipos de Asesoría Clínica del SENAME (en coordinación con Servicios de Urgencia, COSAM u Hospital de Día)

## 9. CRITERIOS CLÍNICOS DE INGRESO

Trastorno mental en etapa en condición de crisis que no pueda ser tratado en forma ambulatoria (esquizofrenia, trastornos del ánimo, trastornos por dependencia a sustancias, trastornos orgánicos y de personalidad, entre otros).

Con conductas y /o alteraciones psicopatológicas que impliquen riesgo vital, por ejemplo suicidalidad, conductas de auto o hetero agresión secundarias a la enfermedad mental, crisis de agitación psicomotora, estupor o catatonia.

En ambas situaciones se hace complejo un abordaje ambulatorio, por lo que se requiere cuidados de 24 horas en forma temporal.

## 10. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No corresponde el ingreso a la UHCIP de personas que, aun siendo portadoras de un trastorno mental, tengan la necesidad prioritaria de un tratamiento por otra condición médica, debiendo dicha necesidad ser resuelta en el servicio clínico correspondiente. Del mismo modo, si una persona ingresada en UHCIP presenta una enfermedad sobrevenida no psiquiátrica que exceda las capacidades de la unidad y que requiera de otro soporte clínico, ello deberá ser provisto en el servicio clínico que corresponda. En ambos casos, se deberá proveer la función de enlace clínico psiquiátrico pertinente.

Las personas imputadas con indicación de hospitalización provisional en razón de sospecha de enfermedad mental con fines periciales y de tratamiento, aquellas que hayan resultado declaradas inimputables a causa de su enfermedad mental y peligrosidad, y en las cuales se haya dictado medidas de seguridad de permanencia en un servicio de psiquiatría forense en tanto persistan las razones que la hicieron necesaria, así como aquellas condenadas a medidas de reclusión que presenten una condición mental que amerite hospitalización psiquiátrica, deberán ser atendidas en los dispositivos propios de la Red Nacional de Psiquiatría Forense.

# 11. PRINCIPIOS Y FUNCIONES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA [66][67][68]

## 11.1. Principios de la práctica

- Respeto irrestricto con el marco legal que sustenta el cuidado y tratamiento (rehabilitación).
- Aplicación del modelo comunitario de atención de salud mental en la atención.
- Garantizar el resguardo y ejercicio de los derechos humanos de la población usuaria.

## 11.2. Funciones administrativas

Desarrollar una planificación actualizada y alineada con la planificación estratégica del hospital que debe incluir:

- Organigrama funcional (roles y funciones).
- Objetivos.
- Actividades.
- Recursos asociados.
- Evaluación integral.
- Participar en los consejos técnicos de salud mental convocado por el Servicio de Salud para favorecer, el tránsito por la red y la continuidad del tratamiento, contribuyendo a resolver situaciones que afecten la oportunidad y calidad de la atención.
- Participar en el Consejo Técnico del Servicio Clínico de Psiquiatría al cual pertenecen.
- Mantener coordinación con otros servicios de apoyo del hospital, a través de protocolos.
- Desarrollar procesos de mejora continua de calidad de atención, alineados con la unidad de calidad del hospital y el comité de ética local.
- Desarrollar un plan de mejoramiento de las áreas deficitarias.
- Contar con un plan y protocolo de prevención, y monitoreo para eventos adversos y centinelas.
- Contar con un Protocolo de ingreso y egreso de personas hospitalizadas en UHCIP, aprobado por la Unidad de Calidad del Hospital
- Contar con protocolos relacionados con la seguridad del usuario/a y con el manejo de conductas perturbadoras y violentas al interior de la unidad.
- Contar con un protocolo para manejo de agitación psicomotora.
- Instalar y mantener las competencias del equipo que permitan asegurar la calidad de la atención de la población beneficiaria.
- Tener y mantener condiciones de infraestructura que permitan contribuir al desarrollo de un ambiente terapéutico.
- Mantener mecanismos de coordinación efectiva con el resto de dispositivos de la red de salud que corresponda, a través de protocolos, que contribuyan a la continuidad de tratamiento posterior al alta (Centro Comunitario de Salud Mental, Hospital de Día u otro).

- Generar reuniones clínicas, con los equipos y residencias de la oferta de la red SENAME (Protección de Derechos y Justicia Juvenil y equipos de asesorías clínicas), para apoyar procesos intrahospitalarios y, una vez generada el alta médica, para la continuidad del tratamiento.
- Desarrollar procesos de derivación asistida con el equipo territorial, tanto de ingreso como de egreso.
- Mantener mecanismos de coordinación con: Seremi de Salud, Justicia (SENAME GENCHI), en función de emisión de resoluciones de hospitalizaciones administrativas – judiciales, y con Municipalidades, en función de la consecución de ayudas sociales eventuales.
- Mantener mecanismos de supervisión y monitoreo de procesos asistenciales y administrativos que se desarrollan al interior de la unidad.
- Contar con un programa de difusión y práctica de los derechos y deberes de las personas hospitalizadas.
- Mantener sistema de registro actualizado: ingresos, egresos, prolongación estadía y rehospitalización.
- Establecer un sistema de visitas de familiares.
- Programar y calendarizar reuniones clínicas del equipo de la unidad.
- Programar y ejecutar reuniones del equipo con fines organizacionales y funcionales de la unidad.
- Mantener un nivel de coordinación y articulación con el equipo de salud territorial, a objeto de procurar la continuidad de atención, y flujo de información sobre la evaluación de la persona, identificación de recursos y dificultades.

### 11.3. Funciones clínicas

- Brindar atención y cuidados con estándares de calidad a personas en condición de crisis y/o episodio agudo de una enfermedad mental, desde el momento de su ingreso, hasta la plena transferencia al equipo que continuará su plan de atención.
- Designar un/a profesional de referencia (o referente técnico) para toda persona ingresada a la unidad, con el fin de: facilitar el vínculo usuario/a – equipo – familia – persona adulta responsable o cuidador/a, mejorar la adherencia al tratamiento y resguardar su reinserción a la comunidad de origen. Constancia por escrito de ello en la ficha clínica y lugar visible para la persona hospitalizada y su familia o persona adulta responsable (de los equipos y residencias de la oferta de la red SENAME).
- Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona ingresada, considerando la etapa del ciclo vital, género, etnia, condiciones psicosociales, discapacidad, situación familiar y otras redes de apoyo y su condición general de salud.
- Elaborar y otorgar un plan individual de tratamiento integral, a personas hospitalizadas, en concordancia con los objetivos terapéuticos y el plan individual del equipo derivador.
- Brindar soporte psicosocial a familiares o persona adulta responsable (entrega de información, psicoeducación, facilitar participación y entrenamiento en autogestión).
- Elaborar y desarrollar un Plan de Egreso Individual, en el contexto de la red territorial existente, coordinado con el dispositivo derivador.

- Considerando que el Enlace Psiquiátrico es un área en desarrollo dentro de los Hospitales Generales del país, de modo transitorio, si no existe aún una unidad dedicada a este fin, estas funciones podrán ser asumidas por el equipo de la unidad de hospitalización, considerando esto como una medida excepcional y tomando en cuenta la disposición del equipo a ello, destinando horas protegidas para dicha labor, siempre y cuando no se perjudique la atención de las personas hospitalizadas en la unidad.
- Realizar reuniones clínicas al menos una vez a la semana con el fin, de evaluar el estado, evolución y actividades de los usuarios/as. Evaluación de ingresos, análisis de propuestas de alta que incluyan las medidas terapéuticas que se proponen para la continuidad asistencial, análisis de las dificultades encontradas y evaluación del cumplimiento del Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI), desde los distintos profesionales y técnicos que intervienen.
- Generar reuniones de coordinación, con los equipos y residencias de la oferta de la red SENAME (Protección de Derechos y Justicia Juvenil), para apoyar procesos intrahospitalarios y una vez generada el alta médica, para la continuidad del tratamiento.
- Establecer un programa de transición de la población infanto adolescente atendida en UHCIP a unidades hospitalización adulta, en caso de que el/a usuario/a se encuentre en una edad de transición (cumpliendo los 18 años durante su hospitalización), y las unidades al interior del Hospital consideren que ello es imprescindible. De lo contrario, se sugiere favorecer la conclusión del proceso de hospitalización en la unidad de origen.
- Establecer protocolos de referencia y contra-referencia con la medicina de los pueblos originarios. Construcción colectiva de criterios de discernimiento para la derivación de usuarios/as hacia medicina originaria.

#### 11.4. Función de investigación y docencia

- Realizar docencia e investigación de acuerdo al marco regulatorio vigente.
- Participar de la construcción de una Red Nacional de Unidades de Hospitalización, con el objetivo de poder llevar un registro nacional de las personas que están recibiendo atención en nuestro sistema público de Salud, en concordancia con el marco regulatorio.

## 12. COMPONENTES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL DÍA CAMA EN HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA [69]

Evaluación de la condición de salud general e implementación de las acciones que el diagnóstico amerite, a saber:

- Evaluación y tratamiento por médico psiquiatra.
- Exámenes de laboratorio.
- Terapia farmacológica.
- Terapia electroconvulsiva (De uso excepcional en población infanto adolescente).
- Terapia de desintoxicación de alcohol y drogas.
- Psicoeducación (individual y familiar).
- Atención psicológica individual, grupal y/o familiar.
- Gestión del cuidado por enfermería.
- Terapia ocupacional.
- Intervenciones psicosociales individuales y/o grupales.
- Interconsultas necesarias que permitan un abordaje integral como: apoyo nutricional, kinésico, de matrona, y otras especialidades médicas en caso que se requieran.
- Reuniones de coordinación, en los casos que corresponda, con profesionales de la red SENAME (ambulatorio y residencial).
- Visita del equipo al lugar de residencia de la persona: su hogar, institución SENAME, comunidad terapéutica, hogar o residencia protegida.

## 13. AMBIENTE TERAPÉUTICO [70]

Se define como un espacio capaz de contener, otorgar significado a las experiencias y conductas de la persona hospitalizada, posibilitar el cambio y la aplicación de todas las medidas terapéuticas necesarias.

Se entiende como un entorno dinámico, estructurado y de seguridad, en el cual se trabaja con la persona hospitalizada y su familia, proporcionando un "espacio de seguridad", una atmósfera no punitiva, donde se prodigan cuidados y tratamientos terapéuticos intensivos y personalizados para que las personas se establezcan psicopatológicamente.

Un ambiente seguro y acogedor favorece un contacto terapéutico que aumenta el compromiso de las personas atendidas y sus familias con su tratamiento; mejora la satisfacción y los resultados en salud. Para esto, se debe cumplir con las características necesarias del ambiente terapéutico, tales como, preservar la individualidad y mantener confianza en la persona atendida, fomentar las buenas conductas, potenciar la responsabilidad e iniciativa de los usuarios/as y proporcionar actividades adecuadas a su condición de salud durante el día. Permite además, organizar el funcionamiento de la unidad, estructurar el tiempo y asegurar la predicción y seguridad en el ambiente.

La organización del ambiente terapéutico debe permitir lograr los objetivos definidos para el usuario/a y necesidades del grupo hospitalizado. Además, requiere de normas de funcionamiento, aplicación de protocolos y planes de cuidados para cada persona hospitalizada, desde la articulación de las competencias de cada profesión.

El ambiente terapéutico es el elemento clave de seguridad, el cual incorpora también la estructura física y el equipamiento.

Los criterios de calidad para el ambiente terapéutico deben [71]:

- Ser pensados y planificados para proporcionar seguridad contra el peligro físico y el trauma emocional, cubriendo las necesidades físicas y de privacidad.
- Promover la interacción y la comunicación entre los usuarios/as y el personal.
- Entregar a las personas hospitalizadas información de las expectativas de su comportamiento, incluyendo las normas de la unidad.
- Proporcionar un marco coherente y consistente, reflejando aspectos de una sociedad democrática, donde todas las personas son tratadas como iguales.
- Respetar la dignidad de las personas.
- Transmitir una actitud receptiva y de optimismo. Los conflictos entre los integrantes del equipo deben ser manejados de manera eficiente, resguardando en todo momento el ambiente terapéutico y el bien superior de las personas hospitalizadas.
- Permitir la evaluación continua del progreso de las personas, con modificaciones en el tratamiento y las intervenciones del equipo, según pertinencia.

El ambiente terapéutico se configura en relación a cuatro dimensiones [72]:

- (13.1) La ubicación y espacio físico de la unidad.
- (13.2) Los recursos humanos y trabajo en equipo.
- (13.3) El ambiente relacional.
- (13.4) La dinámica de funcionamiento de la unidad.

El momento del ingreso es el punto de partida para la instauración del proceso terapéutico adecuado, cuyas dimensiones son fundamentales en el ambiente terapéutico. Debiendo contar con una estructura que considere en profundidad las cuatro dimensiones enunciadas.

### 13.1. Ubicación y espacio físico de la unidad [73]

Estas unidades deben ser servicios clínicos dentro de un sistema de organización estructural y funcional hospitalario definido. Esta situación garantiza el acceso a todos los servicios de apoyo (imagenología, esterilización, cuidados perinatales para hijos de mujeres hospitalizadas, laboratorio, etc.) que requieren para su adecuado funcionamiento, así como servicios de apoyo en el ámbito de la alimentación, lavandería, etc.

Tanto su funcionamiento administrativo, como funcional deberá regirse por los mismos procedimientos de gestión del establecimiento, incluida la ficha clínica, que debe constituir un instrumento único de atención, que tiene todos los resguardos legales de seguridad, privacidad y confidencialidad estipulados. En el caso de la salud mental, la confidencialidad es relevante en el resguardo de los derechos del usuario o usuaria [40].

Las unidades de hospitalización cerrada para adolescentes en situación de privación de libertad, ubicadas al interior de los centros privativos de libertad, de responsabilidad en su administración del SENAME, y de dependencia técnica del Servicio de Salud respectivo, tienen características de infraestructura específicas que serán abordadas en un documento específico.

#### 13.1.1. De su estructura física

En la atención de personas con enfermedad mental, la planta física adquiere especial relevancia, por cuanto, consolida y potencia el ambiente terapéutico requerido para superar su condición de crisis. Es importante tener en consideración que el tipo de perfil del usuario/a de salud mental y las atenciones clínicas y psicosociales entregadas, no obedece a las de otras unidades de hospitalización (médico quirúrgico, maternidad, UPC, pediatría, adulto, etc.), siendo el concepto de cama hospitalaria absolutamente distinto. Las diferencias están dadas por lo siguiente:

- La persona hospitalizada en esta unidad circula libremente por espacios y horarios definidos para ello. Esto significa que pasa la mayor parte del día en pie y vestido, no se encuentra en cama, sino integrado a actividades terapéuticas y de la vida diaria, de acuerdo a su condición clínica. Las actividades que se desarrollan en esta unidad son: clínicas, psicosociales, recreativas, deportivas, con y sin familiares, con apoyo terapéutico y supervisión permanente. Todas ellas facilitan a la persona hospitalizada, superada la crisis, reconectarse con su entorno inmediato y ubicarse en el tiempo y espacio.
- Las personas en una condición de agitación psicomotora reciben contención bajo estricto protocolo vigente [49].
- Las personas que requieran tratamiento médico por otros cuadros somáticos complejos y que requieran manejo de otra especialidad, deben ser trasladados donde corresponda, de acuerdo a normativa interna vigente. El equipo debe concentrarse en la atención de personas que ingresan en estado agudo de su enfermedad.
- En estas unidades, los usuarios/as están en condiciones de circular por la unidad la mayor parte del tiempo y realizar diversas actividades terapéuticas haciendo uso de su tiempo, a fin de

conectarse con el mundo exterior. Todo esto, en el contexto de su tratamiento, forma parte del proceso de salida de la crisis y futura reinserción, por lo que, el espacio debe acoger y reflejar estas condicionantes funcionales y de procesos terapéuticos especiales.

- Su estructura debe considerar espacios flexibles (más privados o menos privados, personalizados) de libre circulación, de recreación y deportivos, además de los terapéuticos. Todo lo anterior, acorde a la condición de género, edad, condición psicopatológica y conductual.

El principal objetivo es implementar un espacio integral, en el cual se conjuguen todos los elementos necesarios para entregar este tipo de atención. Respecto de estos espacios se deben considerar varios aspectos importantes, que generan un cambio conceptual en el diseño. Estos aspectos tienen que ver con la definición de los espacios, su grado de accesibilidad, humanización, medidas de seguridad, iluminación, climatización, mobiliario, quincallería, dimensiones, distanciamientos, desniveles, revestimientos, circulaciones, y de integración con el resto del establecimiento hospitalario (accesos, circulaciones, patios, etc.)

La estructura debe ofrecer:

- Condiciones que propicien la circulación de las personas hospitalizadas (salas multiuso, acceso a patios interiores y/o exteriores recreativos, contemplativos, otros.)
- Accesibilidad universal.
- Espacios para una comunicación informal entre usuarios/as y familiares o visitas.
- Condiciones de evacuación de acuerdo a normas de seguridad preestablecidas.
- Un ambiente tranquilizador, que facilite el desarrollo de actividades de interacción entre lo psicosocial y lo biomédico.
- Espacios que permitan procedimientos clínicos y terapéuticos seguros, que resguarden la privacidad del usuario/ dada la vulnerabilidad a la que está expuesta por su situación de ingreso.

Lo anterior contribuye a:

- No estigmatizar al usuario/a, pues se trata de un servicio más, que ofrece el hospital a su población beneficiaria.
- Facilitar una mejor interacción de personas con enfermedad mental con el personal del hospital.
- Mostrar a la familia, personas adultas responsables/cuidadores que se trata de un problema médico.
- Facilitar la interacción y acceso al resto de los servicios clínicos, a los servicios de apoyo técnico y de abastecimiento.

**Para la estructura física en general de esta unidad se debe tener en cuenta los siguientes criterios:**

- a. Acceso universal.** Este concepto ampliamente difundido dice relación con el conjunto de características que debe disponer un entorno urbano, edificación, producto, servicio o medio de comunicación para ser utilizado en condiciones de comodidad, seguridad, igualdad y autonomía por todas las personas, incluso para quienes tengan capacidades motrices o sensoriales diferentes y considera como requisito fundamental de diseño la seguridad. \* Manual de Accesibilidad Universal [74].

- b. Acceso a la Unidad de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.** Debe considerar los mismos criterios que se aplican al resto del establecimiento hospitalario: acceso diferenciado de las personas y del personal, contemplar en el diseño arquitectónico accesos diferenciados para recibir aquellas personas en fase aguda de descompensación, de modo de hacer más expedito el proceso de ingreso y acogida y no exponer a situaciones generadoras de stress y tensión a los usuarios/as y/o ya hospitalizados. Debe considerar acceso y señalética plenamente identificables.
- c. Luminosidad.** Dice relación con la luz natural o artificial apropiada para las actividades físicas con implementos. Se debe cuidar de no generar exceso de brillos, reflejos, resplandores en los materiales o implementos que se utilicen, en pisos y en equipos o equipamiento. Sin lámparas colgantes y con luz artificial regulable.
- d. Humanización del espacio.** Dice relación con vincular el interior y lo que sucede en él, con el exterior, ya sea a través de ventanales que permitan observar un jardín (jardín de la unidad), fuente de agua, etc., mientras la persona se encuentra en tratamiento (espacios para actividades deportivas como el trote al exterior, trotadora y bicicleta estática, mesa de pin-pon, taca-taca, TV, paneles para diario mural, pizarras acrílicas, equipos de música, acceso a teléfono, acceso a periódicos, revistas e información sobre salud y seguridad social, reloj etc.) de modo de favorecer la conexión con el entorno y el desarrollo psicosocial. Se puede considerar en esta área un ambiente tranquilizador, paredes y cielos rasos deben ser en colores pasteles y con adecuada luz natural.
- e. Climatización.** Dice relación con los recambios aire/hora necesarios para que las actividades se puedan generar de manera normal, sin grandes fluctuaciones de temperatura por apertura de ventanas (especialmente relevante debido a que si está ubicada en un 2º nivel, se debe evitar la apertura o bien contemplar las medidas de seguridad para impedir accidentes o la salida de usuarios por ellas) o puertas, que impidan la saturación del aire interior de los recintos y la condensación de ventanales y muros, para evitar que baje la calidad y confort del ambiente de terapia. Considerar espacio para fumadores en población adulta [75].
- f. Muros y tabiquería.** En general, se recomienda el uso de revestimientos resistentes a ciclos de lavado permanente y al roce. En los boxes de atención, comedor y recintos de trabajo administrativo, se empleará óleo sintético. En salas de procedimientos clínicos de preferencia esmalte sintético. En cuanto al revestimiento de paredes no es aconsejable la utilización de materiales cuya composición sea de yeso/cartón, se recomienda muros monolíticos de hormigón, fibrocemento, etc. que soporten el alto impacto de golpes. El acceso o registro a instalaciones como; informática, desagües, agua potable, electricidad o cualquier tipo de shaft debe ser por el exterior del edificio o con registros internos en recintos donde haya control por parte del personal, no en pasillos interiores.
- g. Revestimientos de piso.** Los conceptos a aplicar en esta área dicen relación con su resistencia a cargas (instalación de equipo pesado), deben ser agradables y acogedores (trabajo en colchoneta, bailes, ejercicios de relajación, que soporten equipos pesados y móviles), seguros (antideslizantes), deben considerar cierto grado de amortiguación para evitar daños al realizar actividades y deben ser incombustibles. En relación a los revestimientos, es importante que cuando exista más de un revestimiento de piso no existan diferencias de nivel superior a 5mm. Deben ser absolutamente antideslizantes, incluso con agua en su superficie.
- h. Cielos.** En general se recomienda el uso de materiales que sean resistentes a ciclos periódicos de limpieza, seguros y de fácil mantenimiento. Los recintos, en su totalidad, tendrán cielos que

permitan su limpieza, solo se aceptarán cielos enlucidos de hormigón o cielos monolíticos, ni porosos ni con uniones.

- i. **Quincallería.** Esta debe permitir la apertura de manera rápida y fácil. No se recomiendan: manillas de pomo ni manillas de palanca o barra, todas deben ser de cerrojo de seguridad, en el caso que sea posible solo se dejará una pieza de metal que no sobresalga del plomo de la puerta, es decir, bajo relieve, para el agarre de la misma. Puertas de box y salas de atención clínica deben abrirse hacia afuera. Puertas de baño deben tener cerradura externa para manejo por enfermería. Los tipos de cerrojo; de seguridad (con llave), digital o de tarjeta, dependiendo de la seguridad y la dinámica interna de la unidad.
- j. **Puertas.** Las puertas deberán facilitar la accesibilidad y el aislamiento, tanto acústico como visual de los diferentes espacios. Se recomienda la utilización de puertas de abatir con acabados resistentes al roce y al impacto, fácilmente lavables. Pueden ser de correderas, abatibles o de vaivén. La instalación de alguna de ellas dependerá del nivel de seguridad y comodidad de acuerdo a la actividad que en el recinto se desarrolle. Todas deben abrir hacia fuera, es decir, hacia los pasillos. Las puertas deben contar con un ancho libre de 90 cm., con mirilla a una altura de 95 cm. Las puertas no llevan celosías de ningún tipo, de necesitar tiraje, será suficiente dejar una ranura mayor entre puerta y piso.
- k. **Ventanas.** Los espacios interiores deberán contar con elementos de protección solar y visual. Si la unidad se encuentra en el primer nivel, las ventanas de recintos que requieran cierta intimidad, deberán ser traslúcidos o contar con elementos de protección como film. Los vidrios que se coloquen en puertas de entrada y de acceso del usuario/a deberán ser laminados o templados. Las ventanas de recintos ubicados en segundo piso o superiores deberán disponer de elementos de protección que eviten caídas (barandas, antepechos, etc.) con sistema de bloqueos parciales de ventanas, o ser de una superficie o tamaño tal que no permita la salida de un niño o adulto por ella. Utilizar material irrompible e inastillable que remplace al vidrio en todas las ventanas y ventanillas de las puertas, al igual que el usado en sala espejo o espejos de la unidad.
- l. **Artefactos sanitarios.** Las duchas, WC, lavamanos y todo lo que tenga que ver con artefactos sanitarios, tanto para funcionarios/as, como para las personas hospitalizadas deberán ser de estándar anti accidentes de auto y/o heteroagresión y antivandálico, no se hará la diferencia debido a que cualquier instalación pudiera ser utilizada momentáneamente por una persona hospitalizada (por reparaciones o mantenimiento preventivo).
- m. **Concepto de hospital seguro.** Este tema en particular tiene varias aristas a considerar en una Unidad de Salud Mental, implica seguridad en el amplio sentido de la palabra, aplicable a usuarios/as, familiares y funcionarios. Algunos elementos básicos de la cultura de seguridad de la persona hospitalizada que debe impregnar a toda la organización sanitaria en la gestión de riesgos son: reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar, compartir información sobre eventos adversos, entender que los errores están relacionados principalmente con el sistema en el que se trabaja (situación, estructura y funcionalidad de la organización), promover la comunicación, detectar precozmente las causas de errores y riesgos y diseñar planes de actuación para prevenir su recurrencia, entender que la seguridad de las personas hospitalizadas, debe formar parte de las estrategias, objetivos y líneas de trabajo.

La seguridad radica en:

- Garantizar la disminución a la exposición de riesgos intrínsecos a la terapia como caídas, golpes, descompensación, peleas entre usuarios, etc. Ello implica información permanen-

te a la persona hospitalizada y a sus visitas sobre la prohibición de ingreso de elementos que constituyen riesgo al interior de la unidad (corto punzantes, encendedores, palillos, espejos, envases de vidrios etc.)

- Manejo seguro de equipos e implementos en su mantención, disposición espacial, almacenamiento e instalación.
  - Ingreso de medicamentos no indicados o sin conocimiento del personal.
  - Vías expeditas para evacuar y áreas de seguridad externas en caso de evacuación. Por esta razón, se sugiere que esta unidad debe estar ubicada en un primer piso.
- n. Privacidad.** Dice relación con las actividades o terapias que se realizan con cada persona. En algunos casos, la persona requerirá desvestirse para realizar su terapia, este acto debe ser resguardado, y debe ser respetada la dignidad de la persona (terapia electro convulsiva, procedimiento clínico).
- o. Circulaciones.** Se refiere al tipo de circulación más pertinente para una unidad de salud mental, estas deben ser simples, lo más directa y racionales posibles. Los pasillos deben tener un ancho mínimo de 150 cms. pudiendo llegar a 240 cms. Evitar espacios ciegos y usar espejos convexos (no de vidrio).
- p. Concepto de Mobiliario Interior.** Debe ser adecuado para el uso de cualquier persona, y en todos los espacios, tanto terapéuticos como administrativos, debe acoger las diferentes discapacidades y tipos de usuarios. Debe ser ergonómico: silla de ruedas, bastón, muletas, etc. Y debe cumplir conceptos de seguridad como: afianzado a piso, muro y cielo.
- q. Mobiliario y máquinas de ejercicios exteriores (patio o jardines, dependiendo del clima).** En áreas exteriores como patios o jardines es importante considerar, implementos para la contemplación y las actividades deportivas, de ahí que todo elemento que se desee instalar exteriormente debe cumplir con las siguientes características, ser resistente a altos impactos, estar fijado o afianzado a radier o pollos de hormigón. Se sugiere conjuntos de mesas y asientos, banquetas, escaños, mesitas, segregadores, alcorques, papeleros, etc., de hormigón monolítico.
- r. Señalización.** Esta debe ser clara en tamaño y utilizar simbología universal, de un color que contraste con la superficie donde será instalada, de acabado mate, sin brillo y firmemente afianzada a la estructura.
- s. Barandas y pasamanos.** Este tema es extremadamente sensible para esta unidad. Se sugiere no utilizar barandas que puedan ser usadas para auto agredirse (colgarse de ellas o saltar por sobre ellas de un nivel a otro). De existir una escalera al interior de la unidad se sugiere que sea un muro monolítico (hormigón o tabiquería resistente al impacto) de piso a cielo.
- t. Estacionamientos.** Aparte de lo que se indica en la Ordenanza General de Urbanismo y Construcción, es importante considerar que el trayecto entre el estacionamiento para personas con discapacidad y el acceso principal al edificio o unidad deben estar libres de obstáculos, se sugiere rampa y el uso de un pavimento lo más liso y antideslizante posible. Se debe considerar tope para vehículos, señalización en piso, etc.

### 13.1.2. Características de los recintos. Criterios constructivos (Anexo 4)

Los recintos deben reunir las siguientes condiciones:

- Las salas o dormitorios generales tendrán un máximo de 2 camas cada uno, dispuestas de manera que faciliten la evacuación.
- Contarán con gases clínicos: las salas de cuidados especiales, de procedimientos y de terapia electroconvulsiva.
- Todos los espacios tienen dimensiones estándares y acordes a la cantidad de camas.
- La organización de las camas debe ser flexible de acuerdo al tipo de demanda de las personas hospitalizadas (mujeres, hombres, infante-adolescente, tercera edad, homosexuales, transexuales, lesbianas, etc.). Los espacios contarán con closets y velador en obra para el resguardo de las pertenencias personales básicas.
- No se recomienda limitar (cerrar con llave los recintos) el uso de los dormitorios o los espacios, estos deben estar disponibles durante el día, pues se emplearán para actividades terapéuticas o para requerimiento de las personas hospitalizadas, dado su estado de ánimo, o bien, por los efectos propios de los fármacos.
- En las salas de cuidados especiales se efectuarán acciones ante episodios críticos (auto agresión, descompensaciones) manteniendo la privacidad de la persona y resguardando el clima de tranquilidad y seguridad.
- Los baños se desarrollarán como núcleo de baño para hombres y mujeres, los que incluirán cubículo de ducha, WC, lavamanos. Adicionalmente se incluyen 2 baños universales completos en caso de personas en silla de ruedas o algún tipo de dificultad en su movilidad. Además se define un recinto de balneoterapia para usuarios/as que requieran de aseo en tina. Todas las áreas de baño de usuarios/as contarán con agua caliente.
- Respecto de la estética exterior de la unidad, deberá seguir las líneas arquitectónicas del resto del establecimiento hospitalario (colores, calidad en los estándares espaciales y estructurales, climatización, etc.)
- En los dormitorios la instalación de enchufes, solo estará permitida si el sistema es invulnerable o no manipulable por las personas hospitalizadas (enchufes de seguridad, con acceso restringido).
- Todos los recintos administrativos tendrán botón de pánico o en su defecto algún sistema inalámbrico que cumpla igual función.
- En recintos administrativos y clínicos, tanto el mobiliario, como las instalaciones de red, voz, datos y eléctricas, se deberá propiciar que el personal de la unidad tenga el control de la puerta de acceso al recinto (en casos de agitación).
- El sistema de cámara solo estará permitido en pasillos de la Unidad de Cuidados Intensivos en Psiquiatría y espacios exteriores a la unidad de salud mental (patios, accesos y salidas a la unidad) y estará conectado al sistema de CCTV centralizado del hospital.
- Respecto de instalaciones como red húmeda, esta deberá ser instalada en los muros perimetrales de la unidad, por su parte exterior, con señalización de acuerdo a norma. Respecto de los extintores se recomienda que estos estén en el interior de un recinto, en un gabinete, en recintos que cuenten con presencia permanente de funcionarios de la unidad. No pueden estar en pasillo o espacios de uso común o solitario.

- Los registros de alcantarillado y agua potable deberán ser exteriores o perimetrales al edificio que albergue la Unidad de Cuidados Intensivos en Psiquiatría o en su defecto, todas las rejillas, escotillas, registros en cielos o muros deberán tener cerrojos, candados y fijaciones de seguridad.
- No se recomienda la instalación de guardapolvos, muros, cantoneras, puesto que todos estos elementos serian potenciales armas o herramientas de autoagresión.
- Cierres de puertas de boxes, dormitorios, y baños de usuarios/as deben tener un sistema que permita accionar su apertura por el personal de turno desde el exterior, en caso de emergencia. Por ningún motivo se podrá usar barras de fierro que crucen la puerta.
- Las bajadas de agua lluvia en espacios exteriores como patios y jardines, y por el exterior de los muros perimetrales de la unidad, deberán estar cubiertas, no a la vista, debido a que los elementos que la sujetan (collarines) pueden ser extraídos y utilizados como elementos cortantes.

### **13.1.3. Definición de espacios de unidades de hospitalización. Programa Médico Arquitectónico (PMA)**

El programa médico arquitectónico es el listado de recintos a través del cual se dimensiona una unidad clínica específica, en este caso, una Unidad de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Adultos e Infante Adolescentes. La UHCIP está conformada por:

- Administración.
- Área medico clínica.
- Área terapias grupales.
- Hospitalización.
- Áreas de apoyo.

#### **Anexos con detalle de áreas y sus recintos específicos.**

- Definición de espacios Unidad Hospitalización Cuidados Intensivos, personas adultas, 24 plazas (Anexo 5).
- Definición de espacios Unidad Hospitalización Cuidados Intensivos, infante adolescente, 10 plazas (Anexo 6).
- Equipamiento Unidades de adulto (Anexo 7).
- Equipamiento Unidades de adolescente (Anexo 8).

### 13.1.4. Insumos y fármacos

En relación a insumos clínicos como: guantes, pecheras, sondas, material esterilizado, de aseo e higiene, de papelería y elementos para desarrollar actividades de terapia ocupacional y socio recreativas descritas en anexos respectivos; se recomienda que cada unidad tenga asignado un ítem presupuestario para ello, de acuerdo a la dotación de camas de la unidad respectiva.

Debe existir disponibilidad de fármacos, según orientaciones técnicas protocolos y guías clínicas vigentes del Ministerio de Salud, de acuerdo a las necesidades del tratamiento integral de cada persona hospitalizada y asegurando la continuidad del tratamiento una vez egresado de la unidad.

## 13.2. Recurso Humano y Equipo

### 13.2.1. Trabajo en equipo y clima laboral

La atención integral en esta unidad se centra en una atención realizada en equipo. Este estará conformado por profesionales y técnicos/as del área de las ciencias biológicas sociales, con un abordaje del quehacer en donde confluyan distintas perspectivas, conformando así un “equipo terapéutico interdisciplinario”.

#### **Interdisciplinariedad [76][69]**

Es la participación y confluencia de varias disciplinas, que guía el funcionamiento de los equipos de atención, con el fin de satisfacer los requerimientos de usuarios y usuarias hospitalizados en estas unidades. Basan su trabajo en la cooperación entre sus integrantes, conjugando estrategias de intervención que se irán desarrollando en función de las necesidades del usuario/a durante el curso de la hospitalización.

La interdisciplinariedad supone la combinación y la complementariedad entre profesionales, administrativos, técnicos, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio que forman parte de este equipo, ofreciendo un programa terapéutico basado en el concepto de integralidad de la atención.

El “hacer interdisciplinariamente” se puede resumir en los siguientes puntos:

- Es la confluencia de distintos modelos teóricos, que permiten enriquecer la intervención terapéutica en el marco del modelo comunitario y potenciar el desarrollo de los integrantes del equipo.
- La intersección de los conocimientos debe generar un nuevo saber, y no solamente la suma de saberes o de actuaciones individuales.
- Significa tener claro los límites del saber de cada integrante del equipo y el respeto de los campos de conocimiento de cada uno.
- Supone interactuar sobre una realidad determinada con distintas perspectivas y disciplinas.
- Significa un actuar consecuente si se comprende la salud mental desde una perspectiva biopsicosocial.
- Significa que cada equipo debe ir construyendo sus formas de funcionamiento interdisciplinario.
- El trabajo en equipo facilita la supervisión y consulta entre los/as diferentes integrantes del mismo, lo que repercute en una atención con altos estándares de calidad y en resultados esperados.

- Este trabajo en equipo disminuye los aspectos subjetivos que cada profesional aporta a la relación (juicios de valor, estado de ánimo) y que pueden influir en la relación con el usuario/a, siendo indispensable que sea controlada esta variable. Así mismo, se evitan actitudes rígidas o estereotipadas hacia la persona atendida.
- Es fundamental para un buen resultado la existencia de una visión, objetivos, metas comunes y cohesión entre los integrantes del equipo. El equipo necesita una organización que articule la tarea para realizar el objetivo común, de tal manera que toda modificación en un elemento de la organización, implica necesariamente una modificación para todos los demás.

Características identificadas por equipos con buenos resultados:

- Cada integrante del equipo debe tener una comprensión clara de las metas y objetivos de la unidad y del plan de tratamiento de cada persona hospitalizada.
- Existen roles, funciones y responsabilidades claramente definidas para la atención, con la flexibilidad requerida, centrada en las necesidades dinámicas de las personas.
- Debe existir una combinación y complementariedad de las capacidades individuales para obtener buenos resultados. Existe intercambio de experiencias, conocimientos, habilidades y destrezas, lo que potencia el crecimiento personal y grupal.
- Debe existir confianza entre los/las integrantes del equipo.
- Debe considerar directrices claras sobre quién estará involucrado en el cuidado de la persona atendida, basado en las necesidades del/la usuario/a en relación a su ciclo vital, su género, etnia, condicionantes sociales y su estado de salud.
- El equipo debe trabajar con un enfoque de calidad.
- El interés del equipo, supera los intereses particulares.
- La efectividad del equipo está en relación con su capacidad y su habilidad de autogestión.
- El trabajo en equipo supone la existencia de un plan o programa de trabajo, ejecutado y evaluado en conjunto, siendo este un punto cardinal para el alcance de los objetivos.

### 13.2.2. Competencias de los recursos humanos

Favorecen los buenos resultados:

- Reuniones de revisión clínica al menos una vez a la semana.
- Asambleas quincenales/mensuales que incluya a representante de usuarios/as internos y externos de la unidad y de defensa del paciente, para evaluar el funcionamiento de la unidad.
- Revisión periódica planificada del funcionamiento del equipo.
- Que cada usuario/a tenga una/un referente técnico, con quien interactúa y comparte más cercanamente su plan de tratamiento, facilitando así su participación activa en su proceso de hospitalización.
- Procedimientos claros para cuando los integrantes del equipo no están de acuerdo, posiblemente involucrando un facilitador externo.
- El fortalecimiento de las competencias del equipo.
- Actividades de autocuidado del equipo.

- Protocolo interno de resolución de contingencias.
- La atención en una Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría es exigente y estresante por la condición de salud de las personas ingresadas y las consecuencias que ello provoca en su sistema familiar, lo que hace esencial que el recurso humano esté adecuadamente entrenado. La atención que se brinda está basada en evidencia, siendo importante que el equipo se encuentre al día en sus conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para proporcionar atención de alta calidad.

### **Competencias del equipo**

- Trabajo comunitario.
- Trabajo interdisciplinario.
- Alta motivación al servicio público.
- Manejo de personas afectadas por episodios de enfermedad psiquiátrica, cuya intensidad y complejidad ha requerido manejo en hospitalización cerrada.
- Capacidad para generar buenas relaciones interpersonales.
- Iniciativa, compromiso y responsabilidad.
- Manejar y resolver adecuadamente situaciones de conflicto.
- Mantener el nivel de competencias del personal a través de procesos de capacitación programada que respondan a las necesidades de la unidad, del equipo, en coherencia con las necesidades de la población atendida.
- Todo el personal debe asistir a un mínimo obligatorio de dos días, cada 6 meses para mantenerse actualizado/a en las mejores prácticas.
- Los nuevos integrantes del equipo deben tener un proceso de inducción planificado en la unidad, que permita una comprensión general de su funcionamiento.
- El personal debe ser capaz de mostrar las competencias adecuadas para su trabajo/papel dentro de los 6 meses de unirse al equipo. La supervisión asegura que estas competencias puedan ser demostradas por profesionales y técnicos.
- El entrenamiento debe estar incorporado en la planificación regular anual para todo el personal, que permita comprender la enfermedad en un contexto de determinantes sociales y que conduzca a la comprensión y la sensibilidad para la atención de personas con necesidades étnicas, culturales y de género.
- Manejar conocimientos sobre derechos y principios éticos en la atención de personas con enfermedad mental y discapacidad.

### **13.2.3. Autocuidado del equipo**

Un aspecto relevante a abordar es la prevención del “Síndrome de Burnout” [77][78] en equipos que trabajan con personas con enfermedad mental en situación de crisis y de riesgo vital con auto o heteroagresión. Este síndrome es la resultante de un estado prolongado de estrés laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la que el eje del trabajo es el apoyo y la ayuda ante los problemas.

Estos equipos, por las características y naturaleza de las intervenciones que realizan, tienen altas probabilidades de presentar burnout por lo que deben incorporar programas de autocuidado en forma planificada, y con el estímulo y apoyo de las autoridades respectivas.

Si bien el auto cuidado es un tema importante para todos los equipos del área de la salud, se hace imprescindible abordarlo en profundidad en estos equipos. En este sentido, es necesario que se reconozcan como **“equipos en riesgo”**. Además, es importante identificar factores protectores para el equipo en forma temprana a fin de tomar precauciones frente a situaciones de riesgo de manera oportuna.

### **Estrategias de autocuidado [69]**

Un buen clima laboral, es funcionar dentro de un ambiente de trabajo que facilite el desarrollo personal y grupal, posibilitando la comunicación y las relaciones humanas, a través de:

- Disponer de tiempo para programar, evaluar, analizar temas atinentes y estudiar colectivamente.
- El que todos o la mayor parte de los integrantes del equipo sientan que sus objetivos individuales son coherentes con los del equipo.
- Que se manejen adecuadamente al interior del equipo: las comunicaciones, la asertividad, la transparencia, la confianza, la lealtad, las emociones.
- Que el equipo esté completo, es decir, que estén todos sus integrantes para evitar la sobrecarga de trabajo.
- Capacitaciones para incrementar la seguridad personal en el desempeño de tareas.
- Desarrollo de habilidades para incrementar los niveles de desempeño y manejar conflictos grupales.
- Supervisión externa, cuando no sea posible resolver problemas que interfieran en el trabajo.
- Grupos y espacios de autocuidado.

### **Promoción de espacios para el autocuidado.**

El autocuidado se instala como un hábito en la medida que nos comprometamos, individual, colectiva e institucionalmente, a hacernos cargo de nosotros/as mismos/as para cuidarnos y protegernos.

**Espacios de autocuidado individual.** Cada persona puede desarrollar la capacidad o habilidad de generar conductas para el auto cuidado. Algunas estrategias individuales son:

- Registrar oportunamente los malestares físicos y psicológicos, es decir, darnos cuenta cuando debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño o debemos atender los dolores que nos produce una posición incómoda.
- Una estrategia de gran ayuda para quienes se encuentran con una fuerte carga emocional, es el “vaciamiento y descompresión”. Debe hacerse entre pares, entre personas que no necesitan explicaciones porque están al tanto del tipo de problemas y, por lo tanto, pueden contener el relato de la situación conflictiva.
- Mantenimiento de áreas libres de contaminación. Se refiere a la necesidad de evitar la contaminación de los espacios de distracción por temas relacionados con la temática del trabajo.

- Evitar la saturación de las redes personales, es decir, no contaminar a la familia, amigos, etc. con temas propios del trabajo, para lo cual, no están preparados. Detectar precozmente dobles intervenciones.

**Espacios grupales de auto cuidado de responsabilidad institucional.** Son los que permiten crear y asegurar condiciones que comuniquen un mensaje de preocupación y cuidado de la institución por sus equipos de trabajo. Considera:

- Espacios formales para el vaciamiento y descompresión de los equipos en relación con los casos y temáticas recibidas, donde el equipo tenga la oportunidad de hablar sobre las situaciones vividas durante su jornada laboral.
- Espacios de conversación libre que favorezcan las relaciones de confianza entre miembros del equipo.
- Generar espacios protegidos para la explicitación y resolución de problemas y conflictos surgidos al interior de los equipos.
- Establecer rituales de incorporación y de despedida. Los rituales facilitan la integración de nuevos miembros al equipo, ayudándoles a entender la cultura de la organización.

Desde el punto de vista de las dimensiones de la calidad, un equipo que trabaja bien logra potenciar las siguientes dimensiones: efectividad, eficacia, eficiencia, seguridad, competencia profesional y continuidad.

#### 13.2.4. Requerimiento de recurso humano para esta unidad

El personal que se desempeña en estas unidades debe contar con contrato laboral que le permita acceder a seguridad laboral, social y previsional, a objeto de responder adecuadamente a los riesgos a los cuales están expuestos.

La estabilidad del contrato laboral otorga mayor protección al trabajador/a, pero también incide en la seguridad y calidad de atención de la población usuaria.

#### Metodología “costeo por actividades”

El cálculo de recursos humanos se realizó utilizando la metodología **de costeo por actividades**, la que corresponde a un método utilizado en ingeniería para definir los costos de productos y servicios, en base a la cuantificación de las actividades productivas, operativas y administrativas necesarias para la generación de un producto. La aplicación de esta metodología para la construcción de estándares de recursos humanos es en base a las acciones que cada uno de ellos ejecuta en relación a las personas, para lograr los objetivos terapéuticos del dispositivo, permite dimensionar los recursos humanos requeridos, desde una perspectiva de procesos clínicos centrados en la persona atendida.

Para lograr dimensionar los recursos humanos, fue necesario definir actividades que se realizan en los diferentes procesos asistenciales de la unidad, e ir identificando el tiempo asignado de los/las diferentes profesionales, técnicos y auxiliares de servicio a cada una de ellas. Las horas destinadas por cada recurso humano se clasificaron en 2 categorías:

- a. Horas clínicas: son las horas que necesita el equipo de “x” profesionales, para llevar a cabo las actividades, que por definición, dependen del número de usuarios de la unidad.
- b. Horas fijas: Son las horas que se necesitan por profesional, para llevar a cabo las actividades, que por definición, no dependen del número de usuarios/as de la unidad.

En base a esta metodología se hace una propuesta del número de jornadas necesarias de cada uno de los/las integrantes del equipo interdisciplinario que componen la unidad. A continuación se indica el resumen de la estimación del recurso humano, y en el Anexo 9 se puede encontrar la tabla completa de actividades de cada uno de los/las profesionales, técnicos y auxiliares que forman parte de la unidad.

### Resumen de estimación recurso humano de Unidad de 24 camas para personas adultas

<b>Número de personas hospitalizadas</b>	<b>24</b>
<b>Ingresos semanales</b>	<b>4</b>

Equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos en Psiquiatría	Estándar de jornada horaria definida	Horas fijas (independientes del número de personas hospitalizadas, por profesional)	Disponibilidad horas clínicas (por profesional)	Horas clínicas (variable por número de personas hospitalizadas, por equipo)	Propuesta de jornadas por profesional
Psiquiatra	22 horas	4,75	17	82	4 jornadas de 22 Horas
Psicólogo(a)	22 horas	4,5	18	35	2 jornadas de 22 Horas
Trabajador(a) social	22 horas	4,5	18	50	3 jornadas de 22 Horas
Terapeuta ocupacional	44 horas	32	12	24	2 jornadas de 44 Horas
Enfermero(a) supervisor	44 horas	47	-	-	1 jornadas de 44 Horas
Enfermero(a) clínico en 4° turno	44 horas	54	120	120	4 jornadas de 44 Horas
Técnico en terapia ocupacional	44 horas	34,5	10	15	1 jornada de 44 Horas
Auxiliar de servicio en 4° turno	44 horas	350	-	-	8 jornadas de 44 Horas
Técnico paramédico en 4° turno	44 horas	0	-	-	20 jornadas de 44 Horas
Técnico en rehabilitación	44 horas	98	-	38	4 jornadas de 44 Horas
Jefe de unidad	11 horas	11	-	-	1 jornada de 11 Horas
Secretaria	44 horas	44	-	-	1 jornada de 44 Horas

Equipo TEC		
Psiquiatra Especializado en TEC	11 horas	Las horas 11 horas están incorporadas en el cálculo de horas de Psiquiatra.
Anestesiista TEC	11 horas	Las horas destinadas de Médico Anestesiista deben estar contabilizadas en las horas de Pabellón.
Técnico en Anestesia	11 horas	Las horas 11 horas están incorporadas en el cálculo de horas de Técnico Paramédico en 4° Turno
Técnico en Recuperación	11 horas	Las horas 11 horas están incorporadas en el cálculo de horas de Técnico Paramédico en 4° Turno
Enfermero TEC (idealmente, función que podría cumplir EU Supervisora)	11 horas	Las horas 11 horas están incorporadas en el cálculo de horas de Enfermero(a) Supervisor(a)

## Resumen de estimación recurso humano de Unidad de 10 camas para personas adolescentes

Número de adolescentes hospitalizados	10
Ingresos Semanales	2

Equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos en Psiquiatría	Estándar de jornada horaria definida	Horas fijas (independientes del número de personas hospitalizadas, por profesional)	Disponibilidad horas clínicas (por profesional)	Horas clínicas (variable por número de personas hospitalizadas, por equipo)	Propuesta de jornadas por profesional
Psiquiatra	22 horas	4,75	17	43	2 Jornadas de 22 Horas
Psicólogo(a)	22 horas	4,5	18	40	3 Jornadas de 22 Horas
Trabajador(a) Social	22 horas	4,5	18	21	2 Jornadas de 22 Horas
Terapeuta Ocupacional	44 horas	32	12	10	1 Jornadas de 44 Horas
Enfermero(a) Supervisor(a)	44 horas	44	-	-	1 Jornadas de 44 Horas
Enfermero(a) Clínico en 4º Turno	44 horas	54	51	51	4 Jornadas de 44 Horas
Psicopedagogo(a)	22 horas	11	11	9	1 Jornada de 22 Horas
Profesor(a) Educación Física	22 horas	8	14	7	1 Jornada de 22 Horas
Técnico en Terapia Ocupacional	44 horas	34,5	10	7	1 Jornada de 44 Horas
Auxiliar de Servicio en 4º Turno	44 horas	350	-	-	8 Jornadas de 44 Horas
Técnico Paramédico en 4º Turno	44 horas	0	-	-	12 Jornadas de 44 Horas
Técnico en Rehabilitación	44 horas	49	-	23	2 Jornadas de 44 Horas
Jefe de Unidad	11 horas	11	-	-	1 Jornada de 11 Horas
Secretaria	44 horas	44	-	-	1 Jornada de 44 Horas

### 13.3. Ambiente relacional [70]

Como se ha señalado anteriormente, en estas unidades la atención se da en un contexto de alta intensidad y conmoción, tanto para las personas hospitalizadas, como para el equipo, donde la seguridad siempre está en tensión.

Las experiencias satisfactorias de las personas atendidas durante la hospitalización suelen ser el resultado de un buen clima emocional y de relaciones terapéuticas positivas. Este clima emocional incluye aspectos como sentirse cuidada/o, segura/o, ser tratado con honestidad, respeto y dignidad, sosteniendo una comunicación simétrica con el equipo.

Estrategias que favorecen un ambiente relacional positivo:

- Tener en cuenta la valoración subjetiva que las personas y sus familias realizan sobre el tratamiento y el trato del equipo. Esta evaluación será recogida durante la hospitalización (asambleas, entrevistas individuales, reuniones de equipo, entre otras) y al egreso (instrumento de satisfacción usuaria).
- Fomentar la formación permanente en el desarrollo de habilidades terapéuticas del equipo.
- Establecer un vínculo terapéutico (relación sólida y de confianza) que proporcione seguridad.
- Todos los miembros del equipo deben otorgar atención empática, sin juzgar, ni perder la sensibilidad al dolor psíquico de la persona hospitalizada y de su familia.
- Realizar un uso apropiado del lenguaje, comprensible, respetuoso, no emplear un lenguaje peyorativo y no utilizar la coacción como método persuasivo, como tampoco tener actitudes y lenguaje infantilizador.
- Centrarse en los recursos internos de la persona y potenciar su responsabilidad, el papel activo en su recuperación y la toma de control de su propia vida.
- En la atención de adolescentes es de particular importancia lograr un trato que equilibre las necesidades de cuidado con las necesidades de autonomía progresiva, propias de esta etapa del desarrollo.
- Vigilancia especial sobre conductas seductoras y erotizadas que deben ser manejadas adecuadamente por el equipo de la unidad. Prevenir conductas de riesgo en relación a comportamientos hipersexualizados que pueden darse especialmente en el contexto de la adolescencia o víctimas de vivencias abusivas en el plano sexual.
- Mantener a los usuarios/as vinculados con su familia o adultos responsables evitando el desarraigo familiar (roles familiares). Si no existiesen o estos vínculos estuviesen alterados, evaluar la pertinencia de su restitución en consenso con el usuario/a, como parte de su proceso de atención.
- Integrar progresivamente a los usuarios/as a las acciones comunitarias (roles sociales) [69]. Para ello, los permisos de incorporación progresiva de la persona a su hogar constituyen una valiosa estrategia terapéutica.
- Incluir acceso a facilitador intercultural en caso de ser requerido.

### 13.4. Dinámica de funcionamiento de la unidad

La dinámica de funcionamiento es el eje central del ambiente terapéutico considera todo el quehacer, desde el momento de acogida de la persona hospitalizada, hasta su egreso e incluso más allá, incorporando la continuidad y la coordinación intra y extra sectorial.

Toda persona hospitalizada en estas unidades requiere de un ambiente lo menos restrictivo posible de sus derechos y libertades personales. Corresponderá al médico tratante decidir técnicamente la elección del medio que resulte más adecuado [63].

Toda restricción debe ser aplicada sobre la base de un fundamento sólido, responsablemente formulado y relacionado estrictamente con la situación actual de la persona hospitalizada. De ningún modo podrá basarse en la costumbre, el uso habitual, la condición pasada de la persona o la comodidad del personal.

En este mismo sentido, las personas hospitalizadas deben ejercer sus derechos ciudadanos si su condición clínica lo permite, acceder a una libertad de movimientos y comunicación con el exterior. De acuerdo a su nivel de autonomía y estabilidad psicopatológica los usuarios/as pueden salir de la unidad, previa valoración del equipo clínico y autorizados por su médico tratante, acompañados o solos.

En concordancia con el tratamiento programado debe brindárseles asesorías de orden legal o económico y el apoyo espiritual que requieran de los ministros de los credos religiosos que profesen. Las perturbaciones o amenazas que se generen para los usuarios y que les impidan o dificulten el goce de estos derechos, los habilitarán para entablar las reclamaciones [47][40]. Algunas consideraciones al respecto:

- Que existan procedimientos escritos y difundidos sobre salidas, acceso, contacto con familia y amistades, horario de visita y acceso al teléfono.
- Que haya protocolos para prevenir conductas o actitudes racistas, abusos o acoso sexual.
- Que estén **especificadas las normas** de funcionamiento de las unidades o dispositivos.
- Que exista cultura de participación y de aceptación por parte del/la adolescente.
- Que se planifique la presentación a la persona o personas, con quién se va a compartir habitación y/o dispositivo.
- Que exista información comprensible sobre enfermedad-trastornos, síntomas, servicios y tratamientos, con el objetivo de poder ser facilitados a personas hospitalizadas, familiares y/o adultos responsables.
- Que se informe a las personas hospitalizadas y familiares sobre sus derechos en relación a las decisiones de su tratamiento, y que esta información sea recordada con cierta frecuencia.
- Que se disponga de un plano de la unidad en un lugar visible y de señalización clara dentro de la misma.
- **La persona atendida, su familia y/o adultos responsables deben de recibir información** durante la fase de acogida acerca de: motivo del ingreso y tipo de ingreso (voluntario o involuntario y lo que implica); funcionamiento de la unidad, tanto verbalmente como por escrito; horarios de la unidad (descanso, comidas, visitas, consultas con personal facultativo, etc.); oferta de actividades terapéuticas (horarios y explicación de las mismas); normas, derechos y deberes, dirigido tanto a las personas hospitalizadas, como a familiares y/o persona adulta responsable.
- Todos los integrantes del equipo deben portar visiblemente su credencial de identificación.
- Reuniones de coordinación con SENDA, relevante en el desarrollo de intervenciones de calidad.
- Un sistema de gestión de reclamos y necesidades especiales conectados con la OIRS del establecimiento.
- Información sobre la ubicación geográfica y plano de la unidad o dispositivo, direcciones y teléfonos de interés.
- Recomendable tener catastro visible de asociaciones de personas usuarias y de familiares.
- Explicitar normas de funcionamiento con el objetivo de regular las relaciones, tareas y horarios entre todas las personas miembros de la unidad. Deben estar expuestas para su consulta por parte de los y las profesionales e incluir normas sobre los siguientes aspectos: trato, convivencia, actividades, salidas, permisos terapéuticos, teléfono, TV, tabaco, visitas, objetos personales, administración económica, horario de habitaciones y régimen de visitas.

- Se recomienda revisar anualmente las normas al interior del equipo, de ser posible, con el grupo de usuarios/as. En concreto, en las UHCIP se recomienda considerar la necesidad de una atención individualizada y sensible a las necesidades específicas de cada persona para establecer la organización. Para ello habrá que estudiar la posibilidad de implantación de un modelo con espacios diferenciados, teniendo en cuenta las modificaciones estructurales y las necesidades de recursos humanos.
- Se debe considerar la opinión de usuarios y familiares a través de estudios, encuestas de satisfacción, reclamaciones, buzones de sugerencias.
- Se recomienda ofertar y planificar actividades en horario de mañana, tarde y fines de semana, considerando los horarios de visitas de cada lugar.
- Fomentar la implicación activa de las personas atendidas, acordando y consensuando las actividades en el plan individual de tratamiento integral, en el funcionamiento de la unidad, disponiendo espacios de asamblea para la discusión y la toma de decisiones compartidas.
- Integrar las actividades en los planes y programas de tratamiento llevados a cabo en la unidad, a través de planificación y seguimiento en las reuniones de equipo.
- Desarrollar actividades que tengan sentido terapéutico para los/as usuarias. Para ello habrá que tener en cuenta su opinión a la hora de programar la oferta de actividades y evaluar las mismas.
- Desarrollar actividades relacionadas con la salud general de las personas en todas las áreas abordando, como mínimo, las siguientes áreas: dietas y alimentación saludable, actividad física, deshabituación tabáquica, abuso de sustancias y salud sexual.
- Garantizar el apoyo logístico para adquirir el material y los medios para llevar a cabo las actividades.
- Asignar profesionales de referencia para realizar el “acompañamiento terapéutico” a cada persona hospitalizada. Esto implica hacerse cargo de la valoración, seguimiento y continuidad de cuidados de la persona hospitalizada. De esta manera se fomenta la transmisión efectiva de la información, acerca de sus derechos, deberes, objetivos de la atención etc., y queda expresa su visión en el plan de tratamiento.
- Asegurar que las/ los profesionales, técnicos y auxiliares cuenten con condiciones mínimas de resguardo de su integridad en el trabajo.
- En relación a situaciones que pudiesen ser constitutivas de delito, al interior de la unidad, se debe actuar en base al Estatuto Administrativo [79] Título III, Artículo 61, letra K: “Denunciar ante el Ministerio Público, o ante la policía si no hubiere fiscalía en el lugar en que el funcionario presta servicios, con la debida prontitud, los crímenes o simples delitos y a la autoridad competente los hechos de carácter irregular de que tome conocimiento en el ejercicio de su cargo”. Como lo expresa, el Código Procesal Penal [38] en su Artículo 175 “Están obligados a denunciar: d) Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud, y los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas, que notaren en una persona o en un cadáver señales de envenenamiento o de otro delito”. Esta obligación es personal y no delegable; cada profesional técnico o funcionario debe actuar en consonancia con la Ley y el respeto a los derechos de las personas.

- En las UHCIP está permitido fumar en horas y espacios [75] definidos para ello (sala de fumadores, patio). Las personas no pueden disponer de encendedores ni fósforos, teniendo que solicitar fuego al personal. Durante el tiempo que esté permitido fumar deben tener supervisión por parte el personal.
- Debe estar definida y socializada la modalidad de uso del teléfono de los usuarios/as, cuyas restricciones deben ser fundadas y no producto de la costumbre o la comodidad de los funcionarios del servicio. El bien mayor a cautelar, es el respeto y bienestar de las personas hospitalizadas, dentro de su plan individual de tratamiento integral (PITI).

### **Sistema de visitas**

Cada establecimiento organizará su funcionamiento en el sistema de visitas de la forma que mejor se adecue al cumplimiento de su objetivo, de tal manera que permita a la persona decidir acerca de si las recibe o no, de la periodicidad, o bien, si las discrimina o incluso rechaza. Ninguna persona hospitalizada será privada de este derecho a menos que así haya sido establecido por el médico tratante y conste en su hoja o ficha de tratamiento. En el caso que esta situación sea reiterada, contrariando la voluntad de la persona, se podrá someter el caso a la resolución del director, el que podrá resolver por sí mismo o asesorado en la forma establecida en el reglamento [63].

En caso de población infanto adolescente, con el fin de no transgredir convenciones internacionales sobre derechos de los niños, la restricción de visitas se debe informar al tribunal de familia respectivo.

Se debe facilitar la compañía de familiares y amigos cercanos durante la hospitalización y con ocasión de acciones ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación interna de cada establecimiento, la que en ningún caso podrá restringir este derecho de la persona más allá de lo que requiera su beneficio clínico. Asimismo, toda persona que lo solicite tiene derecho a recibir, oportunamente y en conformidad a la ley, consejería y asistencia religiosa o espiritual [40][80].

La visita diaria de familiares o amigos considera hasta 6 horas diarias; en casos excepcionales puede ser modificada por razones terapéuticas. En estas circunstancias debe existir indicación médica fundada que establezca restricciones relacionadas con las necesidades del usuario/a y de los familiares. El horario puede ser continuado o parcelado, de acuerdo a los programas implementados por cada hospital.

### **Gestión recursos humanos externos de apoyo**

El personal externo a la unidad, es esencial para la buena atención y el tratamiento, pero no necesariamente puede tener conciencia de la seguridad y protección de los usuarios/as atendidos en esta unidad. Es por ello que se recomienda:

- Dar completa inducción y capacitación al personal en relación con un entorno seguro.
- Dar un paquete de información general sobre la unidad a todo el personal de apoyo.
- Dar orientación sobre buenas prácticas.

## 14. GESTIÓN DE PROCESOS CLÍNICOS

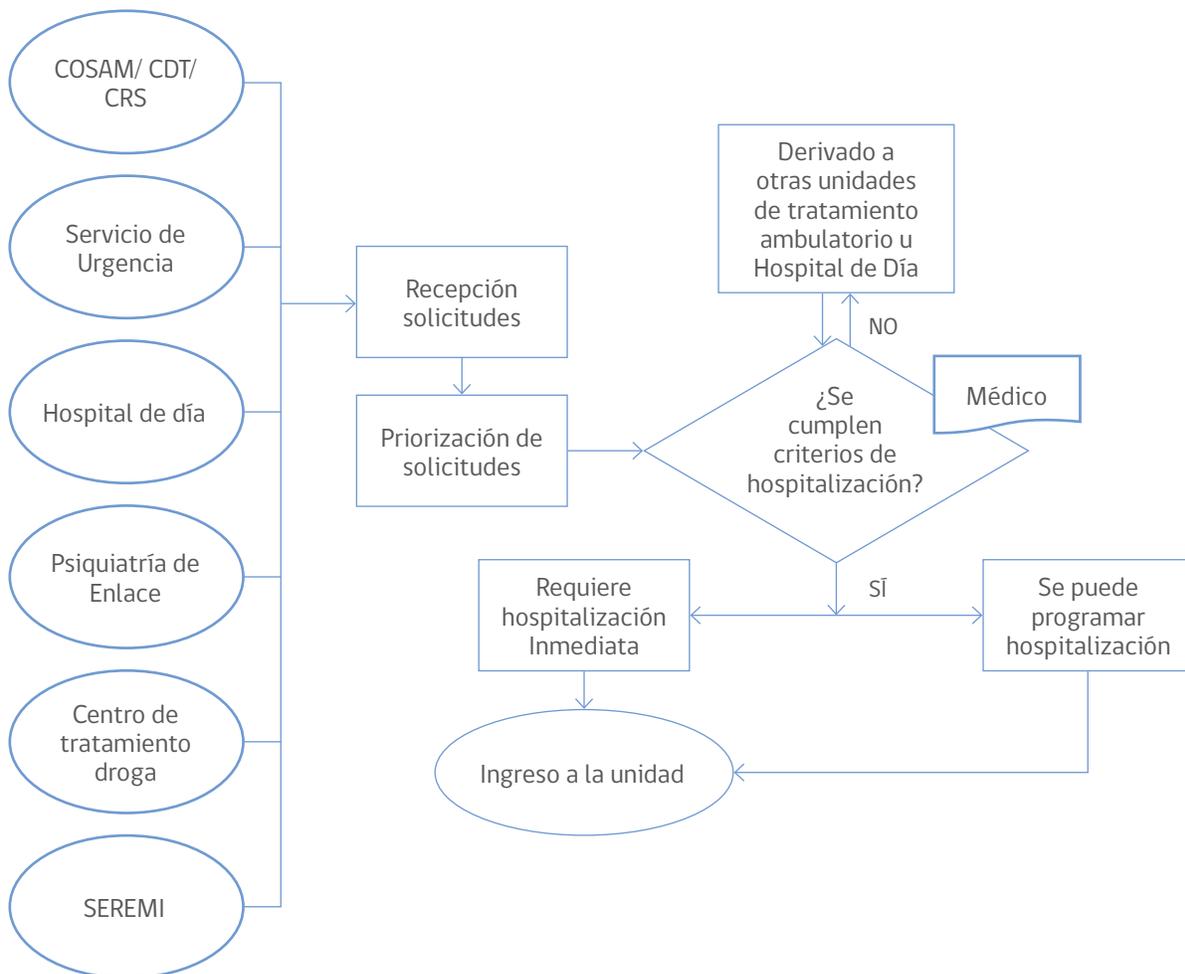
La oferta y planificación de las actividades requiere la estructuración del tiempo, lo que es fundamental en el proceso de recuperación de la condición de salud que motivó la hospitalización.

Considera:

- Proceso de ingreso.
- Tratamiento.
- Gestión del cuidado.
- Proceso de egreso.

### 14.1. Proceso de ingreso: flujograma de ingreso

Se inicia desde el momento en que el médico psiquiatra indica la hospitalización, y comprende los trámites para la asignación de cama y vínculos iniciales con el equipo de la unidad.



### 14.1.1. Recepción del usuario/a

Desde el ámbito de la voluntariedad, existen dos formas de ingreso; voluntaria e involuntaria, esta última puede ser de urgencia, administrativa o judicial [81][63].

**a. En el caso del ingreso voluntario.** La persona decide libremente y sin coacción su ingreso a un servicio de psiquiatría con fines de estudio diagnóstico y/o para recibir tratamiento que no pueda ser efectuado de forma ambulatoria. Este carácter voluntario se incumple cuando se impone o no se brinda el tiempo necesario para que la persona pueda reflexionar y tomar una decisión. Además, se debe brindar la posibilidad de una segunda opinión médica o asesoramiento de una persona experta en la materia.

**Consentimiento informado.** Se entiende por consentimiento informado la aceptación firmada por el usuario/a, que tenga la capacidad para hacerlo, para ser ingresado en la unidad, así como para ser objeto de acciones médicas con fines de estudio diagnóstico y terapéutico.

Para ser válido, el consentimiento debe satisfacer los siguientes criterios (Principio EM 11):

- La persona que otorga su consentimiento debe tener capacidad para hacerlo; la capacidad se presume, a menos que se demuestre lo contrario.
- El consentimiento debe ser obtenido libremente, sin amenazas ni inducciones impropias.
- La información relevante debe proporcionarse de manera apropiada y adecuada. Debe proporcionarse información sobre el propósito, método, duración estimada y beneficios esperados del tratamiento propuesto.
- Deben discutirse adecuadamente con la persona los posibles dolores o molestias, y los riesgos del tratamiento propuesto.
- Deben ofrecerse alternativas, si éstas existieran, de acuerdo con las buenas prácticas clínicas. Deben discutirse y ofrecerse formas alternativas de tratamiento, especialmente aquellas que sean menos intrusivas.
- La información debe proporcionarse en un lenguaje y formas que resulten comprensibles para la persona.
- El usuario debe tener el derecho de negarse a recibir tratamiento, o de abandonarlo.
- Deben explicársele las consecuencias de negarse a recibir tratamiento, que pueden incluir el egreso del hospital.
- El consentimiento debe ser documentado en la ficha clínica de la persona, con la firma del usuario y el médico responsable de la hospitalización.

El derecho a consentir el tratamiento implica el derecho a negarse a recibir tratamiento. Si se considera que el usuario tiene discernimiento suficiente para consentir, también debe respetarse su negativa.

De ningún modo se puede condicionar la oferta terapéutica a la aceptación de la hospitalización, debiendo en caso de negativa ofrecerse otras alternativas que resulten adecuadas para el usuario. El consentimiento carece de valor sin la información previa pertinente.

Se debe contar con un formato único para toda la red pública de salud mental. En caso de que el médico tratante evalúe que no hospitalizar al usuario/a implica un riesgo real inminente para este o para terceros, ante el rechazo de la indicación por parte del paciente se debe considerar un ingreso

involuntario según la normativa vigente. Del mismo modo, si una persona que haya ingresado en forma voluntaria solicita su alta y el médico tratante evalúa que ello constituye un riesgo real e inminente para sí o para terceros, deberá iniciarse la tramitación de una hospitalización administrativa.

En el caso de las personas que no tienen discernimiento a causa de su condición mental pero que no resisten la indicación de hospitalización (no protestantes), se las debe considerar como voluntarias pero aplicarles la salvaguardia de revisión periódica de su capacidad de consentimiento.

**Consentimiento población menor de 18 años.** Para los tratamientos de problemas o trastornos mentales, además del consentimiento expreso del niño/a o adolescente [22], se deberá contar con el consentimiento informado y por escrito por parte de su representante legal, adulto o institución responsable de su cuidado [40].

En los casos en que de la voluntad expresada por el niño/a o adolescente, se genere un conflicto con él o los representantes legales, el médico tratante deberá elevar el caso al Comité de Ética de la institución asistencial, para que emita su opinión, conforme lo establece el artículo 17° de la ley N° 20.584 [45].

Durante las acciones vinculadas a la atención de salud de la población infante adolescente, con enfermedad mental, con o sin discapacidad intelectual o emocional, les serán aplicables todos los derechos y deberes, y además se tendrán las siguientes consideraciones específicas:

- Ser tratado con dignidad y respeto en todo momento, resguardando su desarrollo evolutivo e integración social.
- La información entregada a los niños/as y adolescentes debe ser oportuna y comprensible de acuerdo a su desarrollo evolutivo, capacidad intelectual, emocional y etnia. En aquellos casos, en que el niño/a no pueda comprender la información diagnóstica o de tratamiento, esta deberá ser entregada al representante legal o la persona a cuyo cuidado esté.
- El representante legal o la persona que esté al cuidado del niño/niña y adolescente será informado respecto del diagnóstico, tratamiento, y su responsabilidad respecto de este.
- La información sensible entregada por los niños/niñas y adolescentes en el contexto de la atención de salud mental, será confidencial con excepción de que revista riesgo vital o de vulneración de sus derechos.
- En caso de niños, niñas o adolescentes que no sepan leer o tengan un deficiente nivel cognitivo, serán informados oralmente y/o gráficamente de manera clara. Si no comprenden el idioma oficial o si requieren un lenguaje especial, se recurrirá a un intérprete.
- Toda situación que pudiere constituir vulneración de derechos fundamentales o maltrato a niños o adolescentes detectadas en la atención de salud mental y psiquiatría, deben ser denunciadas de inmediato, según lo dispuesto en el artículo 175, letra D del Código Procesal Penal [37].
- Durante la hospitalización en estas unidades psiquiátricas de niños/as y adolescentes deberá facilitarse y promoverse la compañía de adultos responsables, familiares o amigos a fin de favorecer la recuperación, a través de los vínculos significativos de los niños, en la medida que no se contrapongan con las decisiones clínicas y de protección de sus derechos.
- En aquellos casos en que tales visitas y contactos con algún familiar sean considerados no adecuados por el equipo tratante en atención a la existencia de situaciones de maltrato, abuso o similares, comprobados o presuntos, ellas podrán ser restringidas, pospuestas o prohibidas, previa información al tribunal de familia.

**b. Ingreso Involuntario.** Según lo establecido en la Ley 20.584 [40], se puede hospitalizar involuntariamente a una persona, siempre que se reúnan las siguientes condiciones:

- Certificación de un médico cirujano que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental;
- Que el estado de la persona comporte un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;
- Que la hospitalización tenga exclusivamente una finalidad terapéutica;
- Que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados;
- Que el parecer de la persona atendida haya sido tenido en consideración. De no ser posible esto último, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y, en ausencia de ambos, de la persona más vinculada a él por razón familiar o de hecho.

**Ingreso involuntario [63] de urgencia.** La hospitalización de urgencia no voluntaria es la dispuesta por profesional médico, atendiendo a que la persona se encuentra en una situación de crisis que implica riesgos para sí mismo o terceros, y que no es posible contar con su consentimiento informado para ser tratado en régimen de hospitalización. Deberá regirse por la última disposición legal o legislación vigente, que al momento de la elaboración de este documento es el Decreto Supremo N° 570.<sup>1</sup>

La hospitalización de urgencia no voluntaria solo podrá extenderse por un período máximo de 72 horas, con el exclusivo objeto de realizar la observación indispensable para elaborar un diagnóstico médico psiquiátrico, o bien para superar la crisis en la que se encuentra la persona, al cabo de lo cual se determinará la indicación de tratamiento.

Tras cumplir las 72 horas de observación, si el tratamiento ha producido algún cambio favorable en la condición de la persona (en términos de dejar de constituir una condición de riesgo inminente real para sí o para terceros), se evaluará su alta o la continuidad del tratamiento hospitalizado en régimen voluntario.

Si por el contrario, las características clínicas del caso no se han modificado, persistiendo el riesgo ya descrito, y sin que la persona conceda su consentimiento para continuar el tratamiento en régimen de hospitalización, el médico tratante procederá a elevar los antecedentes a la autoridad sanitaria correspondiente. Esta deberá resolver su hospitalización administrativa, en un plazo máximo de 48 horas. Si la deniega se determinará su alta, comunicando la situación al representante legal o a la persona que actuará como su apoderado.

**Ingreso involuntario administrativo.** Se considerará una hospitalización administrativa aquella que ha sido determinada por la Autoridad Sanitaria, a partir de la indicación de un médico tratante, y en respuesta a la iniciativa de la familia, de cualquier miembro de la comunidad, de la autoridad policial, con el fin de hospitalizar en un centro asistencial a una persona afectada por un trastorno mental, cuya conducta constituye un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros.

Una persona puede ser objeto de hospitalización involuntaria siempre que se reúnan todas las condiciones siguientes:

<sup>1</sup> Será responsabilidad de los equipos consultar y conocer la última legislación o normativa vigente a este respecto.

- Certificación de un médico que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental;
- Que el estado de la misma comporte un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;
- Que la hospitalización tenga exclusivamente una finalidad terapéutica;
- Que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados;
- Que el parecer de la persona atendida haya sido tenido en consideración. De no ser posible esto último, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y, en ausencia de ambos, de la persona más vinculada a él por razón familiar o de hecho.

Toda hospitalización involuntaria deberá ser comunicada a la Secretaría Regional Ministerial de Salud y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental.

La hospitalización administrativa deberá ser reevaluada cada 15 días con la opinión de otro médico que cumpla con las características de un médico tratante e informada a la autoridad sanitaria que la ordenó hasta la proposición de alta, la que también deberá ser materia de resolución de la autoridad sanitaria que ordenó la hospitalización involuntaria.

**Traslado administrativo.** Para efectos de cumplir la solicitud establecida por un médico que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental, la Autoridad Sanitaria Regional podrá autorizar el traslado administrativo de la persona para que sea evaluada por un médico con especialización en psiquiatría.

En el caso de que la persona no consienta a su traslado, el apremio físico a que deba ser sometido será el mínimo indispensable para el efecto de ser conducido al establecimiento asistencial. El cuidado de la persona y de su conducta disruptiva, si se presenta, será acordado en cada caso entre la autoridad policial y/o de salud presentes, aplicando un criterio de colaboración eficaz y de salvaguardia de la integridad física y psíquica del supuesto enfermo y de los terceros que puedan verse severamente afectados, todo ello conforme a la reglamentación especial que regula la materia.

En todo caso, el auxilio de la fuerza pública deberá ser siempre proporcionado en la oportunidad que lo solicite la autoridad sanitaria, en conformidad con el artículo 8° del Código Sanitario.

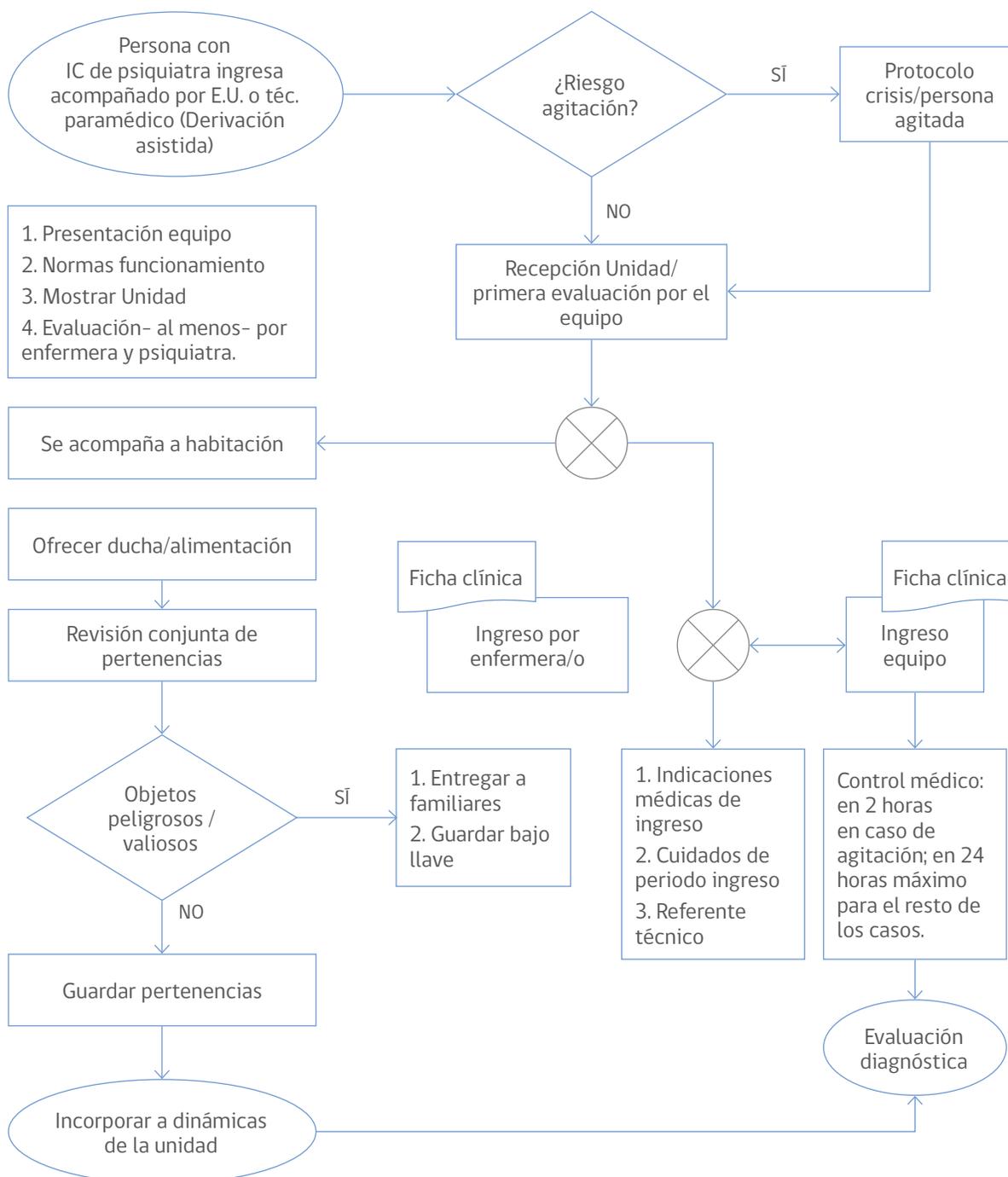
Si el traslado es realizado por personal y vehículos dependientes de un centro asistencial o de instituciones encargadas del transporte de personas, los procedimientos de contención que deban utilizarse se ajustarán a los criterios señalados en la reglamentación aludida y deberán contar con protocolos locales que los respalden.

- Definir el equipo que apoya el traslado de la persona, considerando que debería ser personal especializado y capacitado en proceso de contención en crisis tanto farmacológica como mecánica.
- Definir responsabilidades y acciones, tanto para el equipo de salud que solicita la hospitalización no voluntaria, como para el equipo de la unidad de hospitalización que recepciona la solicitud, desde la autoridad sanitaria.
- Entrega de orientaciones generales para la elaboración de protocolos locales, que estén en conocimiento de los equipos de la red asistencial.
- Entrega de orientaciones generales para la elaboración de protocolos locales, que estén en conocimiento de los equipos de salud de la red asistencial.

**Ingreso involuntario judicial.** La hospitalización judicial es aquella dispuesta por resolución de un Tribunal de Justicia y el alta será decretada por el Juez respectivo, en acuerdo y consideración de la evolución clínica del caso, informada oportunamente por el equipo tratante.

### 14.1.2. El proceso clínico de ingreso

#### Flujograma



**Aspectos generales de ingreso.** El personal que realiza la recepción en la unidad debe estar entrenado en reconocimiento de una situación de crisis, y facilitar el proceso de ingreso cumpliendo criterios de calidad, como buen trato, respeto por la privacidad, dignidad, acogida a la persona y sus familiares o persona adulta responsable, entrega de información administrativa pertinente a esta etapa, tanto al usuario/a, como a su familia.

Se debe iniciar la recolección de la información básica de individualización en un instrumento de ingreso estandarizado y consignarse en el instrumento de registro formal de ingreso de la unidad identificando fecha, hora, profesional responsable y condiciones generales de ingreso.

Este proceso debe ser realizado en un contexto de privacidad, donde participan integrantes del equipo profesional y técnico, quienes tienen como función acoger al usuario/a, evaluar su condición clínica inicial, indicar tratamiento inicial, desplegar los recursos y acciones necesarios para resguardar la seguridad de usuario/a y del equipo si la situación lo amerita.

Este proceso requiere como mínimo la participación de un médico, enfermero/a y técnico/a paramédico. Debe incluir una evaluación de las condiciones generales del o la usuario/a, realizar anamnesis remota y reciente, examen físico y mental, neurológico, músculo esquelético, gastrointestinal, infecciones (VIH, ETS, cáncer, diabetes).

### 14.1.3. Ingreso de enfermería

**Objetivo.** Contar con un procedimiento que defina las actividades de enfermería a realizar con la persona ingresada a la unidad.

**Responsables.** Enfermero/a clínico/a. Se sugiere acompañamiento por técnico/a paramédico/a.

#### **Procedimiento.**

1. Acogida de la persona en el proceso hospitalización y su familia o persona adulta responsable. Iniciar establecimiento del vínculo terapéutico. En lo posible, que la recepción sea realizada por el/la referente técnico que acompañará su proceso de atención en la unidad, si esto no es posible por su hora de ingreso o por no estar en turno en ese momento, se le informará al usuario/a y sus familiares o acompañantes o persona adulta responsable.
2. Aplicar plan atención enfermería de ingreso.
3. De acuerdo a condiciones del usuario/a se buscará el mejor momento para presentación del staff profesional, técnico y administrativo, y de las otras personas hospitalizadas. Se hará una entrevista de acogida y evaluación, y su acompañamiento hasta la acomodación completa y segura en la unidad.
4. Orientar a la persona hospitalizada, familiares o acompañantes con información verbal y escrita sobre el funcionamiento de la unidad (horarios, actividades, rutinas, medidas de seguridad, recomendaciones, información clínica, etc.) Se deben clarificar aquellos aspectos que queden insuficientemente comprendidos o generen interrogantes. Orientar sobre las instalaciones.
5. Se deberá entregar información respecto a la planta física y los flujos de tránsito dentro de la unidad.

6. Se identificará al/a la médico tratante y al referente técnico, para que la persona ingresada y su familia puedan tener claridad de los canales de comunicación con ellos.
7. Asignar cama según las necesidades asistenciales de la persona.
8. Revisar minuciosamente todas las pertenencias del usuario/a en presencia de familiares, generando un inventario de pertenencias del usuario/a. Aquellos objetos que revistan un riesgo para el usuario/a o terceros, así como los objetos de valor, deberán ser entregados a su familia o en su defecto quedarán resguardadas en mueble con llave, dispuesto para este efecto.
9. Para aquellas pertenencias permitidas, debe haber un sistema de guardarropía y útiles personales adecuado, establecido y conocido por los familiares y el usuario/a, desde su ingreso.
10. Realizar registro exhaustivo de sus pertenencias en la Hoja de ingreso de enfermería.
11. Colocar brazalete según Protocolo de Identificación (GCL).
12. Solicitar útiles de aseo y ropa según la dependencia de la persona.
13. Entrevista de Enfermería a usuario/a, y familiar o acompañante adulto responsable, detectando las necesidades de la persona hospitalizada, para la aplicación del proceso de enfermería.
14. Examen físico general y segmentario, valoración psicosocial, mental.
15. Recopilación de información objetiva.
16. Realizar examen físico completo y registrar en hoja de ingreso.
17. Monitorización de signos vitales: presión arterial, temperatura, saturación, frecuencia cardíaca.
18. Pesar.
19. Cumplimiento y ejecución de indicaciones médicas de ingreso: toma de exámenes, gestión de interconsultas, administración de tratamientos indicados.
20. Evaluar estado neurológico.
21. Nivel de conciencia.
22. Tamaño, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.
23. Observar si hay temblores.
24. Observar si hay trastornos visuales.
25. Comprobar nivel de orientación.
26. Comprobar el reflejo tusígeno.
27. Vigilar reflejo corneal.
28. Evaluar memoria.
29. Aplicar escala de Downton (Riesgo de Caída).
30. Aplicar escala de Braden (Riesgo de UPP).
31. Recopilación de información subjetiva: social, emocional, cognitiva.
32. Cumplimiento y ejecución de indicaciones médicas de ingreso: toma de exámenes, gestión de interconsultas, administración de tratamientos indicados.

33. Hemoglucotest (en personas diabéticas).
34. Toma de electrocardiograma.
35. Toma de exámenes de rutina. (Hemograma, Uremia, Glicemia, Orina Completa)
36. Toma de exámenes indicados por especialista.
37. Administración de medicamentos, según prescripción médica de ingreso, respetando siempre los 6 exactos; paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, horario correcto y registro correcto.
38. Durante todo el proceso de ingreso de la persona, el enfermero/a debe valorar la necesidad de activar el Protocolo de Contención Física para personas con Agitación Psicomotora.
39. En el caso que se evalúe que la persona se encuentra en un estado de agitación psicomotora, o en alguna condición que pudiese poner en riesgo su integridad física o la del equipo, según lo definido por el equipo en la entrevista de ingreso, se tomarán las medidas de cuidado personalizado, protección y de seguridad para disminuir y eliminar el riesgo. Se debe desplegar el protocolo de manejo de paciente agitado. Este protocolo debe ser elaborado de acuerdo a la normativa vigente [82] con pleno respeto a los derechos del usuario/a, y cabal cumplimiento de las normativas vigentes en el país.
40. Debe solicitarse la alimentación asegurándose que el usuario/a la reciba de acuerdo a su condición clínica.

#### 14.1.4 Ingreso por equipo

1. Recepción y estudio de antecedentes aportados por profesional derivador.
2. Anamnesis remota y reciente con usuario/a y/o los familiares.
3. Examen mental.
4. Evaluación del consumo de drogas, tipo de drogas, nivel de consumo, historia de consumo, patrón de consumo, sentido del consumo.
5. Examen físico.
6. Exploración situación social.
7. Exploración situación familiar.
8. Discusión del caso en equipo, definición de cumplimiento de criterios para la hospitalización. En caso de ingreso a la unidad, se asignará médico tratante y referente técnico. Definir indicación de permisos, llamadas y visitas de acuerdo a la condición clínica de la persona hospitalizada y su familia.
9. En caso que la persona no cumpla criterios de hospitalización, se procederá a su derivación al dispositivo ambulatorio que corresponda (equipo derivador).
10. Firma del consentimiento informado de hospitalización por parte del usuario/a y su familia. En caso de que el usuario/a rechace la indicación y que su condición clínica lo requiera, se procederá a cursar la hospitalización involuntaria de acuerdo a la normativa vigente. En caso de rechazo a la indicación de hospitalización en personas que no cumplan criterios de hospitalización involuntaria, se procederá a su derivación al dispositivo ambulatorio que corresponda (equipo derivador).

11. Solicitud de exámenes de ingreso, según sea necesario (imágenes, laboratorio).
12. Establecer plan inicial de tratamiento, con indicaciones médicas de ingreso, y determinar el nivel de riesgo del usuario/a (suicida, agitación, salida no autorizada de la unidad) de acuerdo a protocolos vigentes; cursar las interconsultas pertinentes, entre otros.
13. Entregar información en lenguaje simple y adecuado a la condición clínica de la persona hospitalizada al usuario/a, y su familia o adulto responsable respecto a la hospitalización. Entregar información sobre permisos, llamadas y visitas de acuerdo a la condición clínica del usuario/a y su familia.
14. Re-evaluación de la condición clínica del usuario/a por psiquiatra: en 2 horas en caso de usuarios agitados, y dentro de las 24 horas siguientes para el resto de los casos.

**Ingreso en horario inhábil.** Considerando la realidad nacional, es imprescindible definir mecanismos atingentes a cada servicio de salud, considerando sus particularidades, que permitan el ingreso de personas en horario inhábil, resguardando los criterios de calidad de oportunidad y disponibilidad de la atención. Para ello, la evaluación mínima de ingreso debe incluir una evaluación médica general por el equipo de urgencias médicas generales, una evaluación psiquiátrica de ingreso (presencial), la definición de un plan de tratamiento inicial y la entrega de información respectiva a usuario/a y familiares. Debe definir además los riesgos que correspondan (suicida, agitación, salida no autorizada de la unidad), aplicando los protocolos vigentes en cada unidad, y considerando la situación de la unidad al momento del ingreso (características de los usuarios/as ya ingresados, disponibilidad de salas de observación, dotación real del personal en ese momento). Lo anterior supone que debe haber un diálogo entre el médico que indica la hospitalización y el enfermero/a de turno de la unidad.

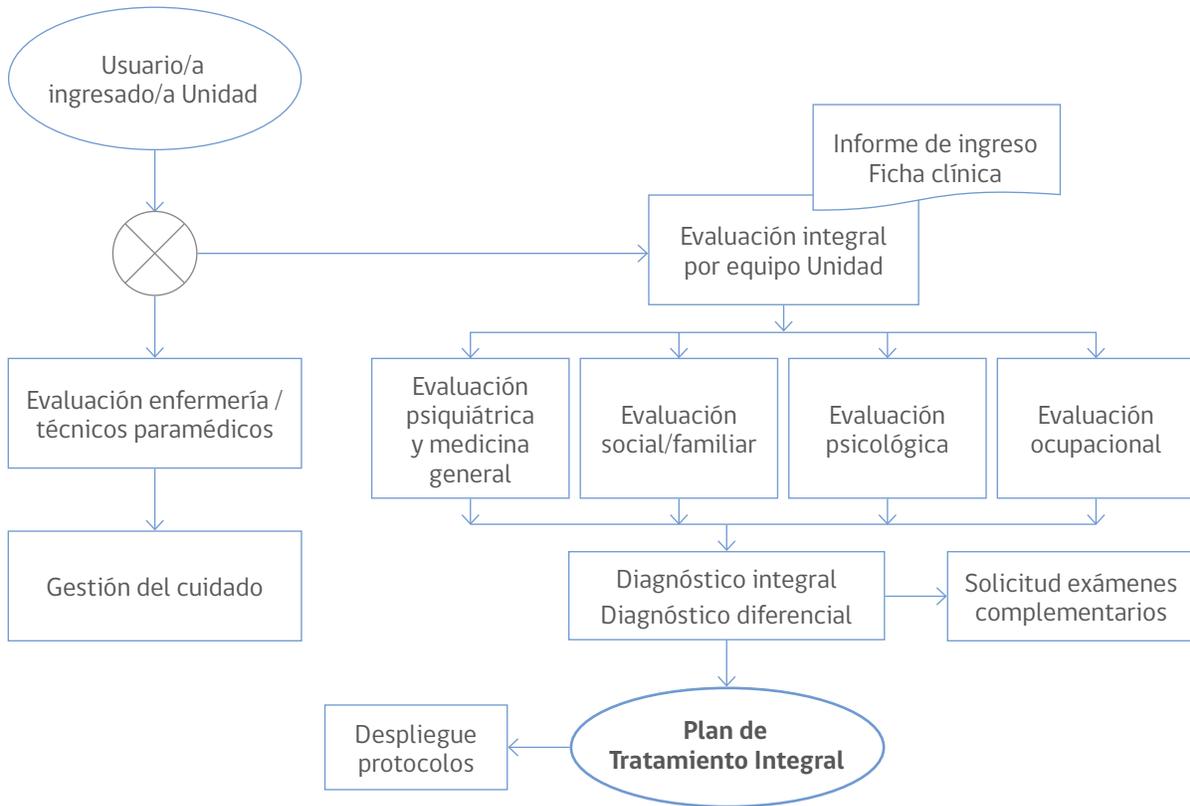
La modalidad de ingreso debe cumplir con la normativa vigente en caso de que se trate de hospitalizaciones de urgencia. La evaluación inicial debe ser realizada en un espacio adecuado para ello, contando con la presencia, al menos, de un médico psiquiatra (que se mantenga disponible durante el horario inhábil para re-evaluaciones presenciales en caso de que el usuario/a lo requiera) y de una enfermera/o capacitada/o en salud mental. El equipo de apoyo debe considerar la presencia de técnicos paramédicos capacitados en manejo de agitación psicomotora [49], recursos físicos y farmacológicos necesarios (sala cuidados especiales y mecanismos de contención física de acuerdo a protocolos vigentes).

Se debe considerar la obtención del consentimiento informado, según lo descrito anteriormente.

Se debe asegurar un correcto registro de la información clínica así como la adecuada transmisión de información al equipo de la unidad, a través de una entrega de turno médico.

## 14.2. Tratamiento

### 14.2.1. Evaluación diagnóstica integral



La evaluación diagnóstica integral es un proceso de estudio realizado por el equipo y que incluye los ámbitos individual (salud general y de salud mental), familiar y social que influyen en la condición de su salud mental, la evolución de su enfermedad, la adherencia al tratamiento y su inserción familiar y social.

Se inicia desde el primer día de ingreso a la unidad de hospitalización, su duración dependerá del cuadro clínico que presente el usuario. No obstante, es recomendable que no exceda de una semana.

**Evaluación clínica (médico y enfermería).** Considera el diagnóstico clínico integral (bio-psicosocial) y otras acciones como las siguientes:

- Diagnóstico clínico psicopatológico, diferencial y de posibles comorbilidades físicas.
- Ajustes de tratamiento farmacológico (estas pueden variar a las indicadas al ingreso).
- Solicitud de exámenes para diagnóstico diferencial si corresponde.
- Nuevas solicitudes de interconsulta pertinentes (neurología, medicina general, endocrinología, otros).
- Re-evaluación de enfermería.

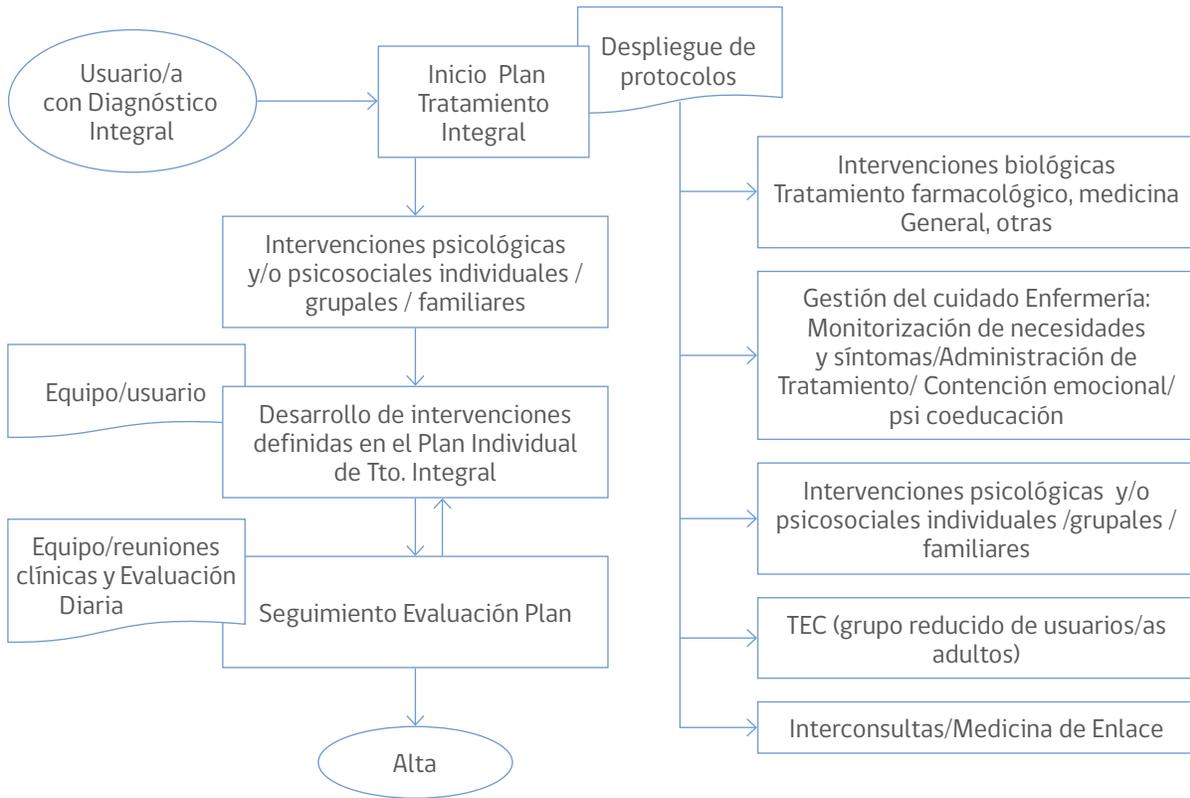
**Evaluación psicológica.** Considera evaluar las siguientes áreas:

- Evaluación psicodiagnóstica en las áreas de funcionamiento cognitivo, organicidad, personalidad, emocional, conductual, a través de test y/o instrumentos psicológicos validados, teniendo como base el desarrollo evolutivo, género y su alta complejidad psicosocial, que permita definir un plan terapéutico específico y priorizar las intervenciones para la compensación actual y posteriores articulaciones con servicios extra hospitalarios para una posterior terapia ambulatoria.
- Evaluación subjetiva de daño emocional. Evaluación de situaciones traumáticas recientes o remotas relacionadas con el episodio agudo actual para su elaboración emocional y preparación, a fin de realizar, de forma posterior, proceso de reparación de daño.
- Aplicación al ingreso y egreso del usuario/a Escalas de evaluación psicopatológicas y de calidad de vida que permitan evaluar cambios de su condición clínica y psicosocial al egreso de la UHCIP.

**Evaluación psicosocial.** Debe abarcar las áreas siguientes:

- Evaluación de la situación socio-familiar de la persona, identificando necesidades de intervención social con el usuario y/o su familia a objeto de incluir estos objetivos en el Plan Individual de Tratamiento Integral del usuario/a. Dicha evaluación incluye aspectos de diversos ámbitos: educacional, situación económica, vivienda, uso de redes, situación laboral, situación familiar, necesidad de orientación legal, situación previsional, pertinencia cultural, entre otros.
- La evaluación psicosocial incluye entrevistas con el usuario/a, con su familia y con otros miembros de la comunidad (vecinos, equipos de salud, cuidadores, o adultos responsables de los equipos SENAME, en los casos que corresponda). Esta actividad puede requerir la realización de visitas domiciliarias para completar evaluación.
- Contempla además la evaluación de aspectos socio-ocupacional y escolar de la persona, a objeto de identificar necesidades de intervención que favorezcan su pronta rehabilitación.

### 14.2.2. Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI). Flujograma [83] [69]



El PITI se basa en el diagnóstico integral realizado por el equipo, y por lo tanto, es coherente con la información recogida en las distintas áreas biopsicosociales de la fase diagnóstica.

En este plan deben quedar plenamente identificados y registrados los objetivos terapéuticos logrados por el/la usuario/a y su familia o cuidadores, que como parte de la elaboración de este, deben tener pleno conocimiento de los objetivos terapéuticos a ser alcanzados, de las actividades y estrategias que se concertarán para su cumplimiento.

Los objetivos terapéuticos son personalizados, definidos para cada usuario/a de acuerdo al resultado de la evaluación integral realizada en el diagnóstico, y a la condición que motivó su ingreso a la unidad de hospitalización.

Debe quedar registro de los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con el usuario y su familia.

El PITI facilita la conducción y orientación del proceso terapéutico del o la usuaria y su familia, por lo cual debe tener las siguientes características:

- Ser elaborado y desarrollado por los integrantes del equipo.
- Debe ser consensuado con él o la usuaria y su familia enfatizando la participación activa en su elaboración y ejecución. Establecer, en conjunto con el usuario/a metas terapéuticas en función del Plan de Tratamiento Integral Individual propuesto.
- Consentimiento informado.

- Flexible en cuanto a que las evaluaciones periódicas identifiquen situaciones particulares del desarrollo del tratamiento, que indiquen al equipo modificar, ajustar o cambiar modalidades de intervenciones.
- Debe estar registrado en la ficha clínica, así como las principales actividades que se realizan para su cumplimiento.

En su formulación debe incorporarse al usuario/a y su familia. Debe incluir la especificación de:

- Los objetivos terapéuticos.
- Las estrategias de intervención y actividades a realizar.
- La asignación de responsabilidades.
- Los plazos estimados.
- Los mecanismos y criterios de monitoreo del plan.

A modo de ejemplo, se presentan algunos de los objetivos que podría considerar el PITI:

### Tabla: Ejemplo Objetivos PITI

#### Objetivos Generales de Hospitalización

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	ESTRATEGIA/ ACTIVIDAD	RESPONSABLES
Compensar cuadro clínico, a través de estabilización sintomática y conductual.	Farmacoterapia	Psiquiatra
	Intervención psicológica	Psicólogo/a
	Manejo de enfermería	Equipo enfermería
	Intervención psicosocial (Individual, grupal, familiar)	Terapeuta ocupacional Trabajador/a social Psicólogo/a
Profundizar diagnóstico (Diagnóstico Clínico Psicopatológico y Diferencial)	Evaluación psiquiátrica	Psiquiatra
	Solicitud de exámenes, interconsultas pertinentes (neurología, medicina, endocrinología, otros)	Psiquiatra
	Psicodiagnóstico (aplicación de test psicológicos de personalidad, organicidad y/o inteligencia )	Psicólogo/a
Realizar tratamiento que no puede realizarse de forma ambulatoria.	Farmacoterapia	Psiquiatra/otros especialistas
	Manejo de efectos colaterales del fármaco	Psiquiatra
	Manejo de Enfermería	Equipo enfermería
Realizar de Terapia Electro Convulsiva (TEC)	Terapia electro convulsiva (TEC)	Psiquiatra / anestesista/ enfermera/o
Objetivar presencia de pensamientos obsesivos o alucinaciones auditivas o alucinaciones visuales o ideación suicida o auto recriminaciones.	Uso de herramientas de objetivación.	Equipo enfermería

### Objetivos a Nivel Psicológico

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	ESTRATEGIA/ ACTIVIDAD	RESPONSABLES
Realizar psicodiagnóstico	Entrevista clínica Aplicación de tests psicológicos de personalidad, organicidad y/o inteligencia	Psicóloga/o
Otorgar contención emocional	Intervención psicológica individual	Psicóloga/o
Entrenar en destrezas de comunicación, manejo de emociones y conflictos.	Intervención psicológica individual	Psicóloga/o
Apoyar al sujeto a desarrollar estrategias de afrontamientos personales (esfuerzos cognitivos y conductuales) frente al estrés que le provoca el trastorno.	Intervención psicológica individual	Psicóloga/o
Redefinir con la persona su proyecto de vida de acuerdo a expectativas realistas.	Intervención psicológica individual	Psicóloga/o
Contribuir al desarrollo en la persona de recursos y habilidades para enfrentar el futuro.	Intervención psicológica individual	Psicóloga/o
Ayudar al usuario/a aceptar su enfermedad	Intervención psicológica individual	Psicóloga/o
Ayudar al usuario/a reconocer síntomas y signos de descompensación.	Intervención psicológica individual	Psicóloga/o
Contribuir a que el usuario/a identifique estrategias para manejar situaciones ambientales que le generan estrés.	Intervención psicológica individual	Psicóloga/o

## Objetivos a Nivel Social y Familiar

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	ESTRATEGIA/ ACTIVIDAD	RESPONSABLES
Fortalecer redes sociales de apoyo.	Búsqueda y coordinación de redes sociales	Trabajador/a social
	Entrevista a red de apoyo	
Favorecer el desarrollo de factores protectores en el sistema familiar.	Evaluación familiar	Dupla psicosocial
	Intervención familiar	
Mejorar la capacidad de la familia para cuidar de la persona y de sí misma.	Psicoeducación	Dupla psicosocial
	Evaluación familiar	
	Intervención familiar	
	Motivación para participación en grupos de usuarios y familiares	
Estimular la utilización de los recursos con que cuenta la familia para enfrentar la enfermedad.	Intervención familiar	Dupla psicosocial
Disminuir la ansiedad e incertidumbre de una situación de crisis familiar, como es el surgimiento de una enfermedad mental.	Intervención familiar en crisis	Dupla psicosocial
Entregar información oportuna y precisa a la familia respecto de la enfermedad y alternativas de tratamiento.	Psicoeducación	Equipo clínico
Abordar con la familia aspectos de la dinámica familiar asociados a la enfermedad mental.	Intervención familiar (roles, resolución de problemas, estilos de comunicación, límites, manejo de crisis, manejo de la crítica, expectativas familiares, sobre involucramiento, autocuidado del cuidador, etc.)	Dupla psicosocial
Promover una relación de colaboración entre el equipo tratante y la familia.	Intervención familiar	Dupla psicosocial
Abordar con la familia estrategias prácticas que le ayuden en su relación con la persona que tiene la enfermedad mental.	Intervención familiar	Dupla psicosocial
Conocer situación socio-habitacional y familiar.	Visita domiciliaria	Trabajador/a social

Orientar y entregar Información respecto a: recursos y programas sociales y comunitarios, aspectos legales, económicos, entre otros.	Entrevista individual	Trabajador/a social
	Entrevista familiar	
Detección de situaciones negligencia o abuso.	Entrevista individual	Equipo Clínico
	Entrevista familiar	Equipo Clínico
	Visita domiciliaria	Trabajador/a social
Postular a hogar y/o residencia protegida (según corresponda) a usuarios/as con insuficiente soporte familiar o que no están en condiciones de vivir de forma independiente y requieren un lugar de acogida.	Elaboración de informe social	Trabajador/a social
Postular a comunidad terapéutica a usuario que presenta dependencia a drogas.	Elaboración de Informe de postulación a comunidad terapéutica	Trabajador/a social
Coordinar entrevistas con los equipos de SENAME	Roles, resolución de problemas, estilos de comunicación, límites, manejo de crisis, expectativas	Trabajador/a social

### Objetivos Terapia Ocupacional

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	ESTRATEGIA/ ACTIVIDAD	RESPONSABLES
Estructurar rutina que promueva estado de recuperación (AVD, uso del tiempo libre, actividades significativas).	Actividades de terapia ocupacional grupal e individual	Terapeuta ocupacional Equipo clínico
	Psicoeducación usuario/a y su familia	
Reforzar habilidades de comunicación e interacción.	Actividades de terapia ocupacional grupal e individual	Terapeuta ocupacional Equipo clínico
	Psicoeducación usuario/a y su familia	
Incentivar incorporación de hábitos saludables.	Actividades de terapia ocupacional grupal e individual	Terapeuta ocupacional Equipo clínico
	Psicoeducación usuario/a y su familia adultos responsables o cuidadores de la red SENAME	
Recuperar y mantener competencias y habilidades sociales, cognitivas y motoras.	Actividades de terapia ocupacional grupal e individual.	Terapeuta ocupacional Equipo clínico
	Psicoeducación usuario y su familia	
Promover la recuperación de roles en los ámbitos: familiar, social, educacional y laboral.	Actividades de terapia ocupacional grupal e individual	Terapeuta ocupacional Equipo clínico
	Psicoeducación usuario/a y su familia	

## Objetivos Cuidados de Enfermería

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	ESTRATEGIA/ ACTIVIDAD	RESPONSABLES
Realizar gestión del cuidado	Manejo general del cuidado de la persona hospitalizada (curaciones, instalación de vías venosas, prevención de caídas, etc.)	Equipo enfermería
Profundizar diagnóstico (Diagnóstico clínico psicopatológico y diferencial)	Procedimientos e intervenciones de toma de exámenes y gestión de interconsultas indicadas por el médico.	Equipo enfermería
Conocer el grado de discapacidad que presenta el usuario	Aplicación de test	Equipo enfermería
Contener al usuario/a en fase de descompensación, a fin de evitar auto y/o hetero agresión.	Aplicación de técnicas de contención verbal, farmacológica y mecánica.	Equipo enfermería
Fomentar adherencia al tratamiento	Administración de fármacos Psicoeducación al usuario/a y su familia	Equipo enfermería

## Objetivos Usuarios/as en Desintoxicación

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	ESTRATEGIA/ ACTIVIDAD	RESPONSABLES
Desintoxicar y manejar síndrome de abstinencia a usuario que presenta dependencia.	Farmacoterapia	Psiquiatra
	Manejo enfermería	Equipo enfermería
	Intervención psicológica	Psicólogo
	Intervención psicosocial (individual, grupal, familiar)	Terapeuta ocupacional / Trabajador/a social/ Psicólogo/Técnico en rehabilitación
Compensar comorbilidad psiquiátrica asociada a la dependencia.	Farmacoterapia	Psiquiatra
	Manejo enfermería	Equipo enfermería
	Intervención psicológica	Psicólogo
	Intervención psicosocial (individual, grupal, familiar)	Terapeuta ocupacional / Trabajador/a social/ Psicólogo/Técnico en rehabilitación
Favorecer adquisición de conciencia de enfermedad.	Entrevistas individuales / psicoeducación	Equipo clínico
Promover el reconocimiento de factores de riesgo asociados al consumo y estrategias de prevención de recaídas.	Entrevistas individuales / psicoeducación	Equipo clínico
Motivar la adherencia y continuidad del tratamiento ambulatorio.	Entrevistas motivacionales	Equipo clínico

Postular a comunidad terapéutica.	Elaboración y envío de Informe de postulación a comunidad terapéutica	Referente técnico Médico tratante Trabajador/a social Terapeuta ocupacional
Derivar a Programa Ambulatorio Intensivo.	Elaboración de interconsulta	Médico tratante
Establecer coordinación para trabajo complementario intersectorial en los casos que corresponda (población infanto-adolescente atendida por la red SENAME, SENDA u otro).	Consideración del equipo psicosocial intersectorial para la elaboración y ejecución del PITI	Médico tratante Referente técnico Trabajador/a social

### 14.2.3 Intervenciones terapéuticas

Las intervenciones realizadas en el espacio clínico cerrado, ofrecen la oportunidad de estabilizar a la persona en sus componentes cognitivos, emocionales, conductuales y psiquiátricos e interactuar con la familia en el contexto de la crisis.

El énfasis de la hospitalización es la estabilización de la situación aguda, por lo que las actividades son de resolución de corto plazo. Este tiempo de estabilización dará además la posibilidad de identificar y potenciar recursos internos (individuales) y externos (familia y entorno) de la persona, por cuanto, permite intervenir las causas, evaluar los factores que influyen en el desencadenamiento de la crisis (causas posibles de no adherencia, dinámicas familiares, situaciones de duelo, entre otras), con el fin de planificar en conjunto una apropiada continuidad del tratamiento.

#### a. Intervenciones biológicas

- Alimentación adecuada, según evaluación del estado de salud general, y considerando comorbilidades (diabetes, dislipidemia, etc.)
- Cuidados generales, de acuerdo a las necesidades de la persona, con enfoque de salud integral.
- Farmacoterapia basadas en los protocolos y guías clínicas vigentes. Debe estar disponible en el sistema público de tal modo que esté garantizada su continuidad, una vez que la persona sea dada de alta. Los efectos secundarios de los medicamentos administrados deben ser vigilados de cerca.
- La terapia electro convulsiva, TEC [52], cuando sea estrictamente necesaria, se debe realizar de acuerdo al protocolo vigente por el Ministerio de Salud.
- Interconsultas necesarias que permitan un abordaje integral como apoyo nutricional, kinésico, odontológicas, de matrona y otras especialidades médicas (neurología, medicina interna, etc.), en caso que se requieran.

#### b. Intervenciones psicosociales individuales, familiares y grupales

Son todas aquellas intervenciones que favorecen el desarrollo de la autonomía, y están orientadas al mejor desempeño de roles sociales de la persona, potenciando un pleno ejercicio de la ciudadanía.

- **Actividades de la vida diaria** que permiten la ejecución de tareas y prácticas que se llevan a cabo de manera diaria. Comprenden: **habilidades básicas o de autocuidado** (aseo personal, higiene y limpieza, aspecto físico, vestuario, hábitos y conductas saludables); **habilidades instrumentales** (Cuidado y aseo del hogar, preparación de alimentos y alimentación, administración del dinero y abastecimiento, uso de servicios públicos, ejercicio de derechos y beneficios sociales (sufragios, pensiones, etc.), gestión de asuntos de índole personal, movilización y transporte, recreación y uso del tiempo libre).
- **Intervenciones psicoeducativas individuales y familiares, o con persona adulta responsable.** La conciencia de presentar un trastorno mental está mediada por factores culturales propios de la historia y/o el contexto social del usuario/a, por lo que, la psicoeducación incorpora temas relacionados con la vida diaria como la comunicación interpersonal, las relaciones, hacer frente a la estigmatización y el manejo del estrés, relaciones familiares y manejo en el ámbito residencial en los casos que corresponda, considerando su contexto social, género y cultural. Las intervenciones psicoeducativas favorecen que quienes participan logren:
  - Incorporar conocimientos respecto del trastorno mental.
  - Aprender a identificar la sintomatología propia del trastorno y a detectar precozmente su aparición.
  - Comunicarse adecuadamente con un tercero para pedir ayuda oportuna.
  - Comprender y ejecutar todas las indicaciones que le han sido entregadas en términos de pautas conductuales, psicoterapia, prescripciones farmacológicas y continuidad del tratamiento.

Se ha demostrado que la educación acerca de la enfermedad mejora la adherencia al tratamiento y el pronóstico. La información respecto a la enfermedad facilita la aceptación de la enfermedad y cumple un rol preventivo respecto a nuevas crisis o descompensaciones. De ahí que la psicoeducación debe ser un elemento presente durante todo el proceso de hospitalización.

- **Asamblea:** Espacio de trabajo grupal, que se realiza con frecuencia semanal, con la participación activa de todos los usuarios/as hospitalizados. Su objetivo es generar un espacio para expresar, acoger opiniones y sugerencias de las personas, en relación a su proceso de hospitalización, evaluando el estado individual y grupal, así como el grado de satisfacción usuaria por la atención recibida. Además, permite reforzar el encuadre terapéutico, acoger sugerencias de las personas para la realización de actividades, discutir las normas necesarias para el buen funcionamiento de la unidad y otras regulaciones locales, y trabajar en torno a los derechos y deberes de las personas hospitalizadas.
- **Intervenciones familiares:** La familia es universalmente señalada como el contexto más significativo de las personas. Durante el proceso de hospitalización, el trabajo con la familia es un elemento clave a fin de alcanzar los objetivos terapéuticos y lograr la pronta reinserción del usuario en los ámbitos: familiar, laboral, educacional, social, etc.

La descompensación y agudización que dio origen a la hospitalización del usuario, genera un impacto importante en su familia, situación que demandará una actitud de acogida, contención y apoyo, especialmente a quien asume un rol más protagónico en el cuidado del usuario/a (cuidador/a principal). En este sentido, parece fundamental integrar a la familia en los procesos de atención, ofrecerles información apropiada respecto a las características de la patología, su tratamiento y los cuidados específicos que requiere la persona.

Además, resulta esencial definir necesidad de intervenciones familiares más específicas en el Plan Individual de Tratamiento Integral de la persona, orientadas a que la familia pueda aceptar la enfermedad, aprender a ejercer el cuidado, y a actuar ante las emergencias y descompensaciones, con el fin de responder adecuadamente a las exigencias y demandas que la enfermedad le impone.

En general, la evidencia confirma la importancia de que la intervención tome en cuenta las dificultades de la familia en el manejo de la enfermedad, y los ayude a desarrollar estrategias más adecuadas. Durante la hospitalización, y especialmente en el curso de los primeros días, la atención de la familia implica, la mayoría de las veces, intervenciones en crisis, cuyo propósito es disminuir la ansiedad e incertidumbre del grupo familiar. Esta intervención comprende, tanto la contención emocional de los integrantes de la familia, como la evaluación de las necesidades familiares inmediatas y el apoyo para conseguir ayuda [84].

La intervención familiar pretende impulsar al usuario/a y su familia a participar activamente en el proceso de recuperación, motivando el uso de sus propios recursos para el establecimiento de acuerdos a nivel familiar que mejoren su forma de enfrentar la enfermedad. Así mismo, es importante destacar que los objetivos deberán definirse en conjunto con la persona hospitalizada y su familia.

Algunos ejemplos de objetivos de intervención familiar:

- Que la familia y el usuario o cuidador/a identifiquen dificultades o situaciones que amenazan la estabilidad del usuario que padece la enfermedad.
  - Que cada miembro de la familia identifique consecuencias individuales y familiares asociadas a la enfermedad.
  - Buscar estrategias de afrontamiento a las principales dificultades planteadas por la familia o cuidador/a.
  - Enfatizar la importancia de la prevención de nuevas descompensaciones.
  - Que cada miembro de la familia identifique estrategias colaborativas: ¿cómo puedo ayudar?
  - Que la familia o cuidador/a cuente con mayor información respecto a la enfermedad.
- **Visita Domiciliaria:** La presente actividad permitirá profundizar la evaluación socio-familiar, así como realizar intervenciones familiares en el domicilio del usuario/a. La visita domiciliaria es especialmente importante porque permite al equipo conocer a la familia en sus reales condiciones de vida y observar la interacción familiar existente. Por otra parte, permite conocer a los miembros de la familia que tienen dificultades para llegar a la unidad de hospitalización, ya sea por dificultades de desplazamiento o por otros motivos. Por último, es una herramienta muy valiosa al momento de diseñar e implementar el egreso de la persona, ya sea a su casa o a otras soluciones habitacionales (residencia u hogar protegido). Puede ser efectuada por cualquier miembro del equipo profesional, aportando los antecedentes recopilados al trabajo integral del equipo.

Ejemplos de Objetivos:

- Conocer y evaluar la situación socio habitacional del usuario y su grupo familiar.
- Obtener, verificar y ampliar información valiosa para la intervención respecto al usuario y su grupo familiar.

- Conocer el ambiente social y comunitario en el cual está inserto el usuario y su grupo familiar, identificando factores de riesgo y factores protectores.
- Realizar sesión de intervención familiar en domicilio del usuario.
- **Intervenciones para reforzar habilidades sociales:** Orientadas a potenciar conductas que posibilitan un adecuado funcionamiento en las relaciones interpersonales e incluyen los aspectos afectivos, cognitivos y volitivos. Se concretan en capacidades de comunicación verbal y no verbal, autocontrol y control de impulsos según las pautas sociales, ejecución de tareas colaborativas, entre otras. Para su ejecución, se pueden realizar actividades recreativas, lúdicas, de entrenamiento en manualidades específicas, actividades deportivas y en instancias individuales.
- **Intervenciones sociales:** Son aquellas acciones que implican un contacto directo del equipo con la red social de la persona hospitalizada, con el propósito de desarrollarla operativamente en función de los problemas y necesidades de ella. Se constituye en un proceso de movilización de personas, ya sea para fomentar nuevos vínculos o para, como es más común, fortalecer las relaciones interpersonales que ya existen con el usuario, en función de la problemática de este [54]. El equipo debe obtener los detalles de la familia y las circunstancias socializantes de la admisión, por lo cual, los y las trabajadoras/es sociales tienen una participación activa en el trabajo interdisciplinario, apoyando en mantener vínculos sociales con la comunidad en general, fomentando las visitas y actividades apropiadas.

Los objetivos se definen en virtud de los resultados obtenidos de la evaluación social, incluye intervenciones a nivel individual, familiar o grupal, a través de diversas actividades como: entrevistas, confección de informes sociales, psicoeducación, fortalecimiento de redes, postulación a subsidios y/o recursos de apoyo, coordinación con intersector, orientación, visita domiciliaria, entre otras.

Algunos ejemplos de objetivos:

- Contribuir al fortalecimiento de redes familiares y sociales de apoyo.
- Orientar y entregar información respecto a: recursos, programas sociales y comunitarios, aspectos legales, económicos, entre otros.
- Establecer coordinación con la red de salud (COSAM, SEREMI, hospital de día, APS, red de drogas, entre otras).
- Coordinación con intersector (tribunales, vivienda, educación, red de oferta SENAME y equipo de asesorías clínicas, centro de la mujer, IPS, FONASA, AFP, municipio, entre otros).
- Postular a hogar y/o residencia protegida (según corresponda) a usuarios con insuficiente soporte familiar o que no están en condiciones de vivir de forma independiente y requieren un lugar de acogida.

### 14.3. Gestión del cuidado

La gestión del cuidado, función inherente al cargo de enfermera/o, es fundamental para el control de la calidad y la eficiencia en la atención de enfermería. Se define “gestión del cuidado” como lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para la persona hospitalizada.

La “gestión del cuidado” representa el conocimiento abstracto de la profesión de enfermería y su capacidad para resolver problemas de forma discrecional. La “gestión del cuidado” interviene las variables críticas de la atención en salud en general y de la enfermería con conocimientos, reflexión y creatividad, en especial el acceso, oportunidad, seguridad, calidad y reducción de costos.

A partir del modelo de gestión de atención, se obtiene la información necesaria para realizar una propuesta de plan de cuidados, en coordinación con el PITI y el resto de las intervenciones profesionales.

La primera herramienta con la que trabaja la enfermería en Salud Mental es la relación y el vínculo terapéutico, para que esa relación contribuya a los cuidados efectivos del usuario/a, de una manera oportuna, segura y con calidad, basados en la normativa vigente. Así, la base de cualquier intervención en enfermería es una relación terapéutica, basada en la clasificación de dependencia y riesgo de este tipo de personas hospitalizadas.

Objetivo: Estandarizar la ejecución de las prácticas clínicas en la gestión del cuidado de enfermería que se realizan en esta unidad, con la finalidad de otorgar a los usuarios/as una atención integral, de calidad y segura.

Responsables: enfermero/a clínico/a, enfermero/a supervisor/a.

Responsabilidades:

- Programar, ejecutar y evaluar actividades de cuidados de enfermería derivados de los protocolos de atención, según criterios diagnósticos psiquiátricos.
- Asegurar una atención oportuna y eficaz a través de una adecuada utilización del recurso humano, según carga de trabajo y categoría de complejidad.
- Mantener evaluaciones periódicas de los factores de riesgo que deriven de las características psicopatológicas de las personas hospitalizadas.
- Coordinar las acciones de enfermería con otros servicios clínicos, unidades de apoyo y dispositivos de la red.

Acciones y procedimientos de enfermería clínica:

- Valoración completa al ingreso de cada persona, evaluación psicopatológica (examen mental), física y psicosocial.
- Realizar evaluación periódica de las personas hospitalizadas en base a categorización clínica de riesgo/dependencia (formulario CUDYR-Salud Mental).
- Valorar y realizar examen físico diariamente a la persona hospitalizada, realizar procedimientos técnicos-invasivos, según necesidades.
- Realizar evaluación de riesgo de caídas y riesgo de UPP (escala de Downton, escala de Braden) para cada persona hospitalizada en la unidad.
- Planificación de la atención de enfermería.

- Programación de actividades de técnicos paramédicos (clínica, AVD, rehabilitación).
- Preparar, administrar y registrar tratamiento farmacológico en horario diurno y nocturno.
- Realizar tarjeteros de indicaciones farmacológicas.
- Entrega de información y/o entrevista a familiares durante horario de visita.
- Evaluación y cuidados de enfermería del usuario /a con patología medico/quirúrgica asociada.
- Evaluación, intervención y registro de atención de enfermería periódicos, en horarios diurno y nocturno. Registro de evaluación e intervenciones en ficha clínica e instrumentos ad hoc.
- Supervisar cumplimiento de normas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud (I.A.A.S), y protocolos institucionales de calidad en la atención.
- Toma de exámenes solicitados (exámenes de laboratorio, electrocardiograma, etc.)
- Registro de novedades administrativas-técnicas o situaciones especiales de las personas hospitalizadas en libro de entrega de turno.
- Realizar listado de personas hospitalizadas cada día.
- Supervisión de tareas asignadas al equipo de enfermería.
- Altas programadas: Retiro de medicamentos desde farmacia, psicoeducación a familiar responsable, coordinar asistencia a control post-alta y tramitar interconsulta en dispositivo ambulatorio de la red de salud mental.
- Preparación y asistencia de personas con indicación de terapia electroconvulsiva.
- Liderazgo, participación directa y supervisión continua en procedimiento de contención física (uso de protocolo de contención física institucional).
- Participación en reuniones clínicas multidisciplinares programadas.
- Entregar plan terapéutico que surge de la reunión clínica de cada persona hospitalizada a enfermero/a que recibe turno.
- Participar en conjunto con enfermero/a supervisor/a en la evaluación y coordinación de personas derivadas por psiquiatría de enlace
- Asumir liderazgo en situaciones de emergencia y catástrofe.
- Recepción/entrega de turnos: equipo de enfermería (enfermero/a, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio) al principio/fin de cada jornada. Registrar novedades en libro de entrega de turno.
- Ingreso de usuarios/as y familia, proceso de inducción a la unidad para las personas que ingresen: Presentarse a sí mismo/a y al resto del equipo con el usuario/a y su familia.
- Informar al usuario/a y su familia acerca del funcionamiento de la unidad, reglamento interno y horarios de visitas. Informar acerca de los beneficios y riesgos asociados a la hospitalización en psiquiatría.
- Coordinar la realización de interconsultas programadas por médico tratante.
- Supervisar y procurar el traslado de personas fuera de la unidad para exámenes e intervenciones que sean indicadas.
- Valorar riesgo de caídas, riesgo de úlceras por presión, según pautas y protocolos establecidos.
- Valorar tres aspectos fundamentales para prevenir eventos adversos: agitación psicomotora, suicidalidad, reacciones adversas a medicamentos.

- Vigilancia de eventos adversos.
- Evaluar disposición de usuario/a, a permanecer en la unidad.
- Entregar tratamiento farmacológico, a través de las siguientes actividades aplicando siempre los 6 exactos: usuario/a correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, horario, correcto y registro correcto.
- Plena identificación de la persona a quien se le va administrar el o los fármacos
- Preparación y administración de medicamentos por las diferentes vías, derivados de las indicaciones médicas en forma diaria y habitual, así como, también aquellos administrados en situaciones críticas.
- Desarrollar estrategias y acciones para la adherencia farmacológica, a través de talleres, información, educación para la salud, ya sea individual o grupal. Establecimiento de mecanismos de supervisión.
- Administración y supervisión de protocolos de control de fármacos que implica la identificación de efectos secundarios, los que varían de persona a persona.
- Orientar sobre retiro de medicamentos y su administración en alta.
- Desarrollo de protocolos específicos: Manejo de crisis, contención mecánica, terapia electroconvulsiva (TEC), prevención de conductas suicidas y otros.
- Aplicación del proceso de atención de enfermería protocolizado en el establecimiento, el que asegura en sus diferentes etapas la identificación de signos y síntomas asociados y/o diferentes de la patología de base.
- Participar en urgencias/emergencias médicas de la persona hospitalizada, notificando a médico residente o de turno, siguiendo protocolos de atención establecidos.
- Tomar muestras de exámenes de laboratorio según competencias, indicación y/o necesidades de la persona, basándose en las precauciones universales.
- Participar de las reuniones clínicas aportando desde el rol de enfermería al plan de acción terapéutico acordado por el equipo.

**Educativos:**

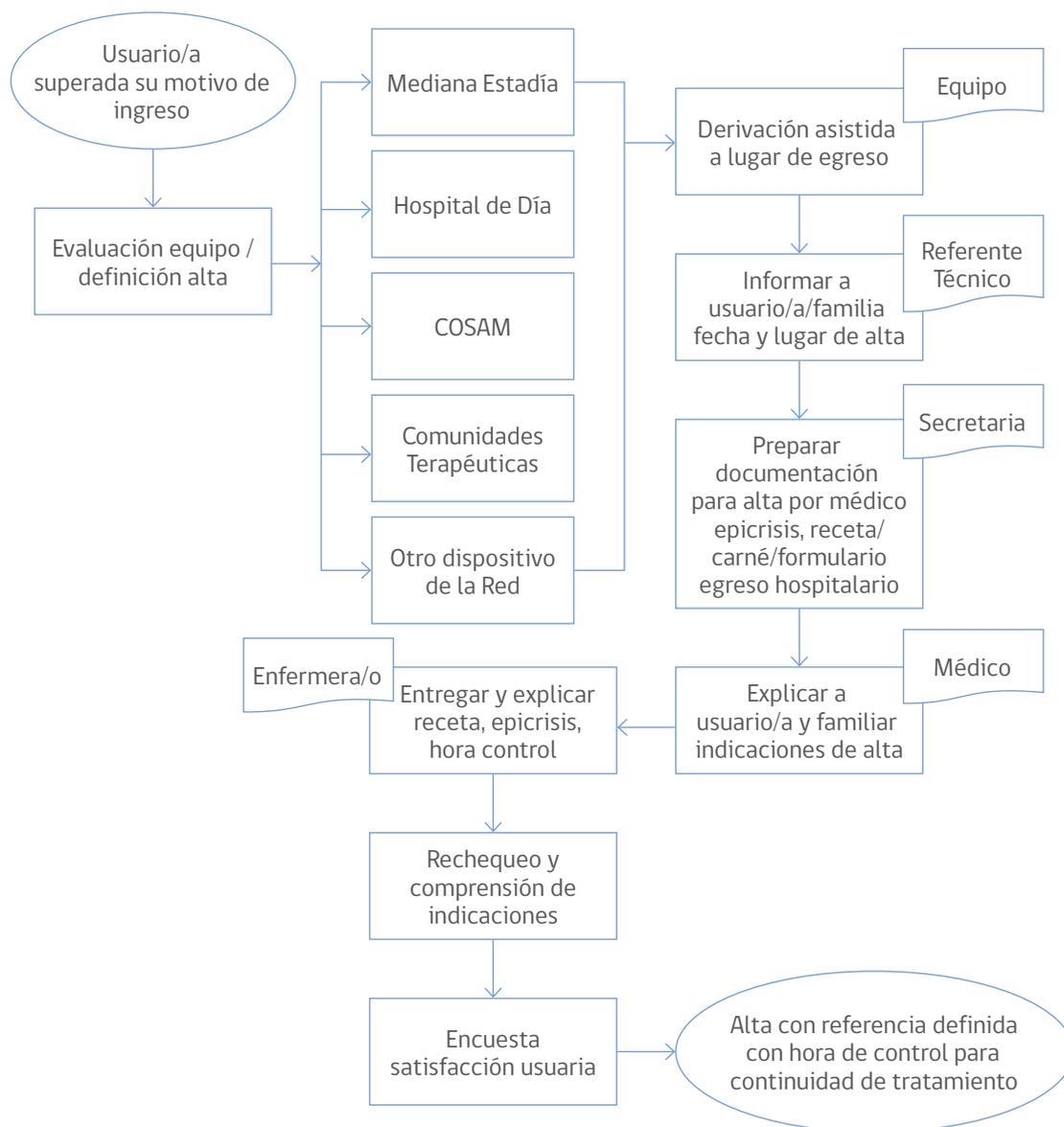
- Notificar-informar al usuario/a, si su estado de consciencia o cognitivo lo permite, respecto a la atención que se le entregará y educar a él y a su familia o tutores respecto a su patología y farmacoterapia según corresponda.
- Difundir y capacitar a la persona hospitalizada, profesional, técnico, auxiliar y administrativo respecto a los protocolos de gestión para entregar una atención de calidad al paciente hospitalizado.

**Administrativos:**

- Gestionar la realización de exámenes solicitados por el o los médicos tratantes.
- Articular los cuidados del usuario/a que dependen de otros profesionales de salud.
- Gestionar traslados del paciente a otros servicios clínicos y/o a otros recintos hospitalarios según necesidad e indicación médica y protocolos institucionales.
- Realizar entrega de turno, al principio y fin de cada turno, según protocolo del servicio, necesidades de la persona y criterio del personal de enfermería.

## 14.4. Proceso de Egreso

### Flujograma de egreso



#### 14.4.1. Plan de egreso

La adherencia terapéutica y la continuidad de cuidados son 2 aspectos estrechamente relacionados entre sí para un tratamiento efectivo, eficaz, y un mejor pronóstico de la condición de salud de las personas hospitalizadas en esta unidad, orientado a una reinserción estable y satisfactoria en su familia y su comunidad, con la meta final de la recuperación o construcción de un proyecto de vida.

Uno de los principales desafíos en estos casos es lograr la continuidad de cuidados, es decir, que los diversos recursos sanitarios y sociales actúen concertada y eficazmente para generar una estrategia terapéutica. A este proceso se llama plan de egreso, estrategia capaz de minimizar los abandonos terapéuticos, rescatar precozmente a quienes han abandonado, contribuir a la eventual recuperación de las redes naturales de apoyo y apuntar a la rehabilitación psicosocial y reinserción social del usuario.

El plan de egreso es fruto de una construcción colaborativa de todo el equipo tratante, el usuario/a, su familia, el dispositivo derivador, y el dispositivo al que se deriva (COSAM, hospital de día, unidad de rehabilitación psicosocial, unidad de hospitalización de mediana estadía) que dará continuidad a su tratamiento ambulatorio. Este proceso es imprescindible, y considera el alta médica, la derivación asistida al centro ambulatorio responsable de la continuidad del tratamiento a su egreso, así como la reincorporación progresiva del usuario a su comunidad.

Puede ocurrir que el egreso de la persona hospitalizada sea en forma gradual y progresiva, antes que ocurra el alta clínica definitiva. Es decir que salga un o dos días o solo durante el día o los fines de semana, para ir evaluando su integración familiar, bajar el nivel ansiedad de la familia, mejorar el vínculo familiar con un fin terapéutico. Este egreso gradual implica la reserva de la cama utilizada por esta persona.

#### 14.4.2. Criterios generales de egreso

- **Alta clínica:**
  - Será indicada cuando el equipo evalúe el cumplimiento de los objetivos terapéuticos del PITI y se haya logrado la estabilización del usuario/a y/o la resolución del criterio clínico que generó el ingreso o,
  - Cuando deba ser trasladado/a a otro servicio clínico o dispositivo de la red de salud, por razones clínicas o administrativas.
- **Alta administrativa:** El alta administrativa será indicada por el/la médico tratante (o residente según corresponda) en los siguientes casos, siempre que la conducta que motive la consideración del alta no sea atribuible estrictamente a su condición clínica, y considerando necesariamente el otorgamiento de una alternativa terapéutica asegurando la continuidad de los cuidados tras el alta, por ejemplo:
  - Transgresión de las normas internas establecidas, previamente conocidas y consentidas por el/la usuario/a, de acuerdo al reglamento interno.
  - Usuario/a y/o su apoderado rechaza/n continuar con el proceso de hospitalización, y no existen criterios clínicos para solicitar hospitalización involuntaria administrativa a la autoridad sanitaria, siempre que no constituya riesgo para sí o para los demás.

- **Alta médica:** Es un acto médico que marca el término de la etapa de hospitalización dentro del plan de tratamiento, ordenada por el/la médico tratante, cuando las circunstancias que hicieron necesaria dicha hospitalización han sido superadas, y la persona hospitalizada puede continuar su recuperación en forma ambulatoria y/o pasar a la etapa de rehabilitación psicosocial.

El alta podrá también otorgarse condicionada al cumplimiento de los procedimientos que establezca el/la médico tratante, que deberán cumplirse por parte de la persona hospitalizada, su representante legal y/o la persona que actúa como su apoderado/a en la relación con el equipo tratante y el establecimiento que lo acoge y, que en caso de no cumplirse harán procedente su revocación.

Toda la información sobre el alta y la condicionalidad impuesta para su otorgamiento, si correspondiere, deberán quedar registradas en la ficha clínica del usuario/a y un informe escrito [63], que tiene los siguientes criterios de calidad:

1. Estar escrito electrónicamente.
2. Constar los datos del médico responsable del alta.
3. Registrar información de la persona hospitalizada.
4. Contener un resumen de la historia clínica y exploración de la persona hospitalizada.
5. Consignar fecha de hospitalización.
6. Consignar resumen de las actividades asistenciales realizadas.
7. Consignar diagnóstico principal.
8. Consignar otros diagnósticos.
9. Consignar medicina de enlace si corresponde.
10. Consignar recomendaciones terapéuticas al alta.

**Recursos para el alta médica [85].** Se debe estudiar los recursos que la persona tendrá a su disposición una vez que recibe el alta médica. Se incluye el sistema de apoyo actual disponible o potencialmente disponible para la persona. Entre las personas que proporcionan la ayuda informal se incluye a la familia, adultos responsables, amistades, vecinos, compañeros de trabajo. La ayuda formal está dada por los/las profesionales de ayuda sanitaria o de asistencia social o profesionales de la red SENAME en los casos que corresponda. Además de evaluar el tipo de apoyo es necesario estimar si la familia, adultos responsables o amigos están dispuestos y preparados para proporcionar la ayuda una vez ocurrida el alta.

El apoyo puede ser: emocional, en actividades básicas de la vida diaria, ayuda en el cuidado de los hijos/as, apoyo en crisis y supervisión en el bien y seguridad de la persona

El proceso de egreso de personas de la unidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría, superado el motivo de hospitalización, incorpora los siguientes aspectos y está registrado en la ficha [86]:

- Continuidad del cuidado en la atención ambulatoria.
- Evaluación de las condiciones socio ambientales del usuario, de la familia, residencia o comunidad de origen.

- Evaluación de los recursos y potencialidades con que cuenta el/la usuario/a para mantener los logros alcanzados.
- Evaluación de la comprensión de la información entregada al usuario/a, familiares o personas adultas responsables respecto de su egreso. Esto implica garantizar que las personas reciban la información adecuadamente, se entregue la información en un lenguaje claro, coloquial y comprensible, esto es parte del proceso de buen trato a usuario/a, evitando tecnicismos.

### 14.4.3. Derivación asistida

La derivación asistida es otro elemento importante del plan de egreso, y es entendida como el contacto personal de intercambio efectivo y asertivo de información de objetivos y estrategias a desarrollar en el tratamiento conjunto con el usuario/a egresado/a, desde la hospitalización en UHCIP.

La derivación asistida resulta efectiva solo si existe un espacio asertivo en el intercambio de la información respecto del tratamiento del usuario/a entre el equipo de la unidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría y el equipo que se hará cargo de la continuidad de la atención del usuario.

Esto significa que:

- a. Las diferencias de opinión entre los equipos son expresadas abiertamente en un contexto de mutuo respeto y validación de la praxis.
- b. La responsabilidad técnica de manejo es compartida; sin embargo, la responsabilidad clínica y administrativa corresponde al equipo derivador mientras la persona aún no ingresa formalmente al dispositivo de atención que lo recibirá. Lo anterior, sin perjuicio que el dispositivo receptor se involucre y participe activamente del proceso terapéutico del usuario al interior de la unidad, integración que debe ser facilitada por ambos equipos.
- c. Los espacios de intercambio de información son formales y de mutuo acuerdo respecto a fechas y horario.
- d. Es relevante incorporar información relativa a todas las áreas del tratamiento recibido, así como las particularidades en el manejo global y consideraciones respecto al desarrollo del vínculo terapéutico.
- e. Los cambios respecto a indicaciones (de cualquier disciplina) en el espacio de traspaso del usuario deben ser consensuados e informados oportunamente entre los equipos y al usuario y familiar responsable.
- f. En niños/as o adolescentes que al momento del alta se reintegran a un espacio residencial, debe haber una derivación asistida, según corresponda en la red de SENAME, con el fin de asegurar el adecuado cuidado y continuidad del tratamiento. Esto, independiente de su derivación asistida al centro comunitario de salud mental donde se refiera para la continuidad de su atención en el sistema de salud.

### Derivación asistida desde la unidad de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría [87]:

- Derivación al hospital de día:

Acompañamiento terapéutico de acercamiento progresivo, desde cuidados intensivos a hospital de día, explicándole previamente los objetivos de su derivación y las condiciones del nuevo tratamiento a recibir. Se debe incluir los tiempos estimativos para el logro de algunos objetivos y también para la realización de las actividades y tareas.

Asimismo, se realiza una presentación personalizada de algunos de los miembros estables del equipo de hospital de día, siendo también este acompañamiento un espacio de contención frente a eventuales dificultades emocionales que la persona pueda presentar en este nuevo escenario de transición, realizado por un/una profesional del equipo psicosocial de la UHCIP.

Desarrollo de estrategias de intervención conjunta, que faciliten una continuidad de cuidados, considerando todos aquellos aspectos bio-médicos, sociales, familiares, y conductuales-afectivos del usuario.

- Derivación al centro comunitario de salud mental (equipo de psiquiatría comunitaria territorializado):

En este caso, previo al alta, la derivación asistida se realiza a través de una presentación del caso por parte del médico tratante y/u otro profesional de la Unidad de Cuidados Intensivos en Psiquiatría al equipo del centro comunitario de salud mental, en cuyo territorio reside o está inscrito el usuario/a, en espacio de reunión predefinido por el equipo ambulatorio para ello.

Se debe aportar información relativa a todas las áreas del tratamiento recibido por la persona, así como, las particularidades en el manejo global. Los cambios respecto a indicaciones (de cualquier disciplina) en el espacio de traspaso de la persona, deben ser consensuados e informados oportunamente entre los equipos y al usuario/a y familiar responsable.

El centro debe entregar una hora de control. La responsabilidad clínica y administrativa corresponde al equipo derivador mientras el usuario/a aún no ingresa formalmente al dispositivo de atención al cual fue derivado.

#### 14.4.4. Procedimientos clínicos-administrativos del alta

- Completar ficha estadística, registro de la fecha y diagnóstico del alta, según clasificación internacional de enfermedades vigente en el MINSAL.
- Entrega de documento de epicrisis al usuario/a.
- Entrega de carné de alta al usuario/a.
- Retiro de pertenencias por parte del usuario/a.
- Entrega de la derivación al servicio correspondiente al usuario/a.
- Entrega o tramitación de las interconsultas que el usuario/a requiera por su condición de salud general, ya sea a atención primaria o de especialidad.
- Entrega de receta hasta primer control post alta.
- Psicoeducación al usuario/a y su familia respecto de los cuidados post alta.
- Entrega de hora de control post alta.

## 15. PLAN DE MONITOREO

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad
Estructura	Alineación del sistema	La unidad cuenta con servicios de apoyo intrahospitalario para el diagnóstico y tratamiento integral y el acceso a ellos está claramente especificado y descrito en los documentos de organización estructural y funcional de la unidad.	Si / No	Documentos de organización hospitalaria	Anual
Estructura	Seguridad	% de recursos humanos de la Unidad que recibe capacitación formal al año	$N^{\circ}$ de recursos humanos de la unidad que recibe capacitación formal al año * 100 / $N^{\circ}$ total de RRHH de la unidad	Registros de personal	Anual
Estructura	Alineación del sistema	Existencia de mecanismos de derivación explícitos (referencia y contra referencia).	Existencia de mecanismos de derivación explícitos (referencia y contra referencia)	Si No	Anual
Estructura	Alineación del sistema seguridad	La unidad cuenta con protocolos de manejo de emergencias médicas y de desastres claramente especificados y descrito en los documentos de organización estructural y funcional de la unidad y alineados con políticas de seguridad del establecimiento.	Protocolo disponible	Si No	Según vigencia

Estructura	Alineación con el sistema de seguridad	Existencia de protocolo institucional de criterios de ingreso egreso y derivación de personas con intento suicida.	Protocolo disponible	Si No	Según vigencia de protocolo
Estructura	Seguridad Derechos	Protocolo de contención psicomotora.	Protocolo disponible	Si No	Según vigencia de protocolo
Estructura	Derechos	La unidad cuenta con protocolos de gestiones ciudadanas alineadas con el establecimiento (ley deberes y derechos).	Protocolo de gestión ciudadana 1-Gestión de reclamos y sugerencia 2.- solicitud necesidades especiales	Si No	Según vigencia de protocolo
Proceso	Efectividad	% d objetivos cumplidos del Plan Individual de Tratamiento Integral	Nº objetivos definidos en PITI *100/ Nº objetivos cumplidos.	Ficha clínica	Semestral
Proceso	Accesibilidad	% de personas que ingresan procedentes de los dispositivos de la red territorial	Número personas que ingresan procedentes de los dispositivos de la red territorial *100/Total de personas ingresadas	Ficha clínica, BD ingresos, o libro de registro	Anual
Proceso	Seguridad Efectividad	% de personas egresadas con plan de egreso.	Número de personas egresadas con plan de egreso. *100/ Total de personas egresadas.	Epicrisis Ficha clínica	Anual
Proceso	Derechos del usuario	% personas hospitalizadas que tienen consentimiento informado firmado	Nº personas hospitalizadas que tienen consentimiento informado firmado *100/ total personas hospitalizadas	Ficha clínica	Semestral

Proceso		% de personas hospitalizadas con Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI)	Nº de personas hospitalizadas con PITI evaluado en el período*100/ Nº total de personas hospitalizadas en el periodo.	Ficha clínica	Semestral
Proceso	Efectividad	% personas que tienen con Plan Individual de Tratamiento Integral	Nº personas que tienen con Plan Individual de Tratamiento Integral *100/ Total personas hospitalizadas	Ficha clínica	Anual
Proceso		La unidad recoge resultados de encuesta satisfacción usuaria y desarrolla plan de mejora	Plan de mejora	Si No	Anual
Proceso	Efectividad	% de personas que se evaluó su proceso de mejoría con instrumentos estandarizados	Nº de personas que se evaluó su proceso de mejoría con instrumentos *100/ Total personas hospitalizadas	Registro ficha clínica	Semestral
Eventos críticos	Seguridad	Nº eventos críticos ocurridos en la unidad (Suicidio autoagresión o agresión a terceros)	Nº eventos críticos ocurridos en la unidad		Cada vez que ocurra
Proceso	Eficiencia	Documento de resultado de satisfacción usuaria	Si No	Documento disponible	Anual
Resultado	eficiencia	Promedio de días de estada.	Total de días camas ocupadas en el semestre *100/ Total personas egresadas	Registros unidad	Semestral
Proceso	Efectividad	% de personas que tiene plan de egreso	Nº de personas que tiene plan de egreso *100/ total personas hospitalizadas en el periodo	Ficha clínica	Anual

Resultado		% de personas con re hospitalización antes de 6 meses de egresadas de la unidad	Nº personas con re hospitalización en 6 meses de egresadas de la unidad *100 /Nº total de personas de hospitalizadas en la unidad.	Registros ingresos	Anual
Resultado		% de personas egresadas que tuvieron evaluación de satisfacción usuaria.	Nº de personas egresadas que tuvieron evaluación de satisfacción usuaria*100/ Nº total personas egresadas.	Encuestas contestadas Registro egresos	Anual
Proceso		% de reclamos de personas hospitalizadas o sus familiares	Nº reclamos recibidos *100/ Total personas hospitalizadas	Registro libro reclamos cartas recibidas	Semestral
Resultado		% personas reingresadas antes de 6 meses del alta de su última hospitalización	Nº de personas reingresadas antes de 6 meses *100/ Total personas ingresadas	Registro Unidad	Anual

## 16. PROFESIONALES QUE ELABORARON DOCUMENTO

Profesionales Mesa de Trabajo				
Nombre	Título o profesión Grados académicos	Cargo actual	Área de desempeño	Institución
Alvarado Andrade, Roxana	Psicóloga. Magister © en psicología clínica.	Profesional equipo Unidad Salud Mental.	Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Álvarez Fernandez, Juan	Ingeniero biomédico.	Profesional.	Unidad de Estudios Pre- Inversionales / Equipamiento Médico.	Ministerio de Salud
Ávila Benavides, Karin	Psicóloga Clínica. Magister en psicoterapia familiar.	Encargada del Programa de Salud Mental.	Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Barraza Vicencio, Javier	Terapeuta ocupacional.	Profesional.	Unidad de Hospitalización Corta Estadía en Medio Privativo de Libertad.	Servicio de Salud Iquique.
Bustamante Santibañez, Mónica	Ingeniera biomédica.	Profesional.	Unidad de Estudios Pre- Inversionales / Equipamiento Médico	Ministerio de Salud
Calisaya Ilaja, Daniela	Enfermera.	Enfermera.	Unidad de Hospitalización Corta Estadía en Medio Privativo de Libertad.	Servicio de Salud Iquique.
Cerda Lucero, Alicia	Arquitecta.	Profesional de Estudios de pre inversión hospitalaria.	División Inversiones	Ministerio de Salud
Chacón Sandoval, Susana	Psicóloga.	Profesional equipo Unidad Salud Mental.	Unidad de Salud Mental, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Cordova Miranda, Gilberto	Psicólogo.	Profesional.	Unidad de Hospitalización Corta Estadía en Medio Privativo de Libertad.	Servicio de Salud Iquique.
Cuadra, Viviana	Médica psiquiatra.	Profesional Unidad de Hospitalización Corta Estadía.	Unidad de Hospitalización Corta Estadía Hospital Rancagua	Hospital Rancagua
Díaz Álvarez, Luz	Técnico en rehabilitación.	Técnico en rehabilitación.	Unidad de Hospitalización Corta Estadía en Medio Privativo de Libertad.	Servicio de Salud Iquique.

Díaz Calderón, Rodrigo	Ingeniero comercial.	Profesional equipo Unidad Salud Mental.	Unidad de Salud Mental, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Minsal
Díaz Valenzuela, Gabriel Humberto	Médico psiquiatra infante adolescente.	Médico psiquiatra.	Policlínico de Psiquiatría Infante adolescente	Hospital Regional Talca
Enríquez González, Claudia	Trabajadora social.	Coordinadora.	Unidad de Hospitalización Corta Estadía Medio Privativo de Libertad.	Servicio de Salud Iquique.
Figueroa Edwards, Dominga	Médica cirujana, psiquiatra infantil, terapeuta familiar.	Jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital Roberto del Río.	Salud Mental Infante Adolescente.	Hospital Roberto del Río
González Gallinato, Carola	Antropóloga.	Profesional equipo Departamento de Protección de Derechos SENAME.	Departamento de Protección de Derechos	Sename
Guajardo N., Sylvia	Enfermera.	Servicio de Salud Mental del Hospital Roberto del Río.	Salud Mental Infante Adolescente.	Hospital Roberto del Río
Henríquez Galindo, Sergio	Licenciado en ciencias jurídicas y sociales. Magíster en derechos de la infancia, la adolescencia y la familia, Diplomado en reforma procesal penal y Diplomado en justicia penal de los adolescentes.	Puentes consultores.	Experto en Derechos de la infancia adolescencia	Puentes consultores
Hernández Gutiérrez, Mónica	Trabajadora social.	Profesional.	Unidad de Hospitalización Corta Estadía en Medio Privativo de Libertad.	Servicio de Salud Iquique.
Iriarte Ramírez, Verónica	Ingeniera biomédica.	Profesional.	Unidad de Estudios Pre- Inversionales / Equipamiento Médico	Ministerio de Salud
Jeria Durán, Álvaro	Médico psiquiatra. Máster © en salud mental y políticas públicas.	Jefe Unidad de Corta Estadía 2.	Corta Estadía	Hospital Sótero del Río.
Jiménez Olave, Aner	Psicólogo.	Profesional de línea.	Departamento de Justicia Juvenil	SENAME
Lancellotti Lagunas, Nora	Enfermera.	Profesional.	Unidad de Hospitalización Corta Estadía en Medio Privativo de Libertad.	Servicio de Salud Iquique.

Mancilla Nova, Javier	Enfermero.	Enfermero Clínico.	Unid Hospitalización Corta Estadía Psiquiátrica Adultos.	Hospital Barros Luco
Molina Mena, Daniel	Psicólogo.	Profesional Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.	Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Morales García, Marcelo	Enfermero.	Enfermero.	Unidad de Hospitalización Corta Estadía en Medio Privativo de Libertad.	Servicio de Salud Iquique.
Narváez Espinoza, Patricia	Enfermera y Matrona. Diplomada en gestión de calidad.	Profesional equipo Unidad Salud Mental. Coordinadora mesa de trabajo.	Unidad Salud Mental Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Órdenes Piña, Giselle	Licenciada en ciencias de la ocupación humana, Terapeuta ocupacional.	Coordinadora de Terapeutas Ocupacionales, Servicio de Psiquiatría, HCSBA. Terapeuta de la Unidad de Corta Estadía, HCSBA.	Unidad de Hospitalización Corta Estadía San Borja Arriarán	Hospital San Borja Arriaran Servicio de Salud Metropolitano Sur
Ortíz Araya, Ana María	Terapeuta ocupacional.	Encargada de Calidad y Unidad de apoyo a la Gestión, Atención pacientes hospitalizados, Coordinadora psicosocial Corta Estadía, Gestión Calidad, Investigación.	Servicio Psiquiatría.	Hospital Barros Luco. Servicio de Salud Metropolitano Sur.
Potthoff Cárdenas, María Soledad	Médica psiquiatra adulto.	Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital Regional Talca.	Administración Atención de Pacientes ambulatorios y hospitalizados	Hospital Regional Talca
Prieto Gajardo, Sebastián	Médico psiquiatra.	Unidad Hospitalización Corta Estadía, HCSBA.	Unidad Hospitalización Corta Estadía Hospital San Borja Arriaran	Hospital San Borja Arriaran
Rojas Moreno, Irma	Enfermera.	Departamento de Salud Mental.	DIPRECE.	Subsecretaría Salud Pública. Ministerio de Salud

Rojas Varela, Miguel	Integrante de comisión de protección de derechos de las personas con enfermedades mentales.	Comisión de Protección de derechos de las personas con enfermedades mentales.	Gabinete Ministra.	Ministerio de Salud.
Rosentraub Grinberg, Nelson	Médico psiquiatra.	Profesional.	Unidad de Hospitalización Corta Estadía en Medio Privativo de Libertad.	Servicio de Salud Iquique.
Salinas Gallegos, Felipe	Psicólogo.	Profesional equipo Unidad de Salud Mental.	Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
San Martín Beltrán, Luis	Médica psiquiatra infanto adolescente.	Jefe UHCE Penco Lirquén.	Salud Mental Infanto Adolescente.	Hospital Penco Lirquén
Santander Cortez, Ximena	Psicóloga.	Profesional equipo Unidad Salud Mental.	Unidad Salud Mental, División de gestión de procesos asistenciales integrados.	Ministerio de Salud.
Sepúlveda Jara, Rafael	Médico psiquiatra.	Jefe Unidad Salud Mental, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Unidad Salud Mental, División de Gestión de Procesos Asistenciales Integrados.	Subsecretaría Redes Asistenciales. Ministerio De Salud
Soto Guajardo, Claudia	Trabajadora social. Máster en terapia familiar sistémica.	Directora Administrativa Unidad de Corta Estadía 2.	Unidad Corta Estadía Adulto II Hospital Sótero del Río.	Hospital Sótero del Río. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Valdés Pérez, Ana	Médica psiquiatra.	Asesora de Salud Mental		Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
Vergara Navarrete, Natalia	Enfermera.	Coordinadora Salud Nacional.	Departamento de Justicia Juvenil, Departamento de Protección de Derechos.	SENAME

Profesionales que colaboraron en la revisión de este documento				
Nombre	Título o profesión Grados académicos	Cargo actual	Área de desempeño	Institución
Adasme Silva, Michelle María	Trabajadora social.	Asesora en gestión de la Red Asistencial de Salud Mental	Asesoría Clínica.	SENAME. Dirección Regional Metropolitana
Álvarez Sirón, Luis Daniel	Enfermero.	Encargado USM.	Servicio de Salud.	Servicio de Salud Magallanes.
Blecher González, Jonny	Médico psiquiatra.			Servicio de Salud Biobío
Bravo Núñez, Claudia Andrea	Trabajadora social.	Asesora de Programa de Salud Mental	Unidad Salud Mental.	Servicio de Salud Talcahuano.
Briceño Poblete, Norma	Psicóloga.	Equipo Unidad de Hospitalización Corta Estadía Infanto Adolescente	Hospital Torres Galdámez.	Servicio de Salud Iquique.
Brito Jiménez, Edy	Terapeuta ocupacional.	Unidad Hospitalización Corta Estadía.	Hospital Nueva Imperial.	Servicio de Salud Araucanía Sur.
Calfueque Nesbet, Daniel	Enfermero.	Profesional Unidad Hospitalización Corta Estadía psiquiátrica infanto adolescente, Hospital Puerto Montt	Unidad Hospitalización Corta Estadía Psiquiátrica Infanto Adolescente.	Hospital Puerto Montt. Servicio de Salud Reloncaví.
Canales Sepúlveda, Ana María	Enfermera.	Enfermera Clínica UHCE Coronel.	UHCE CIP CRC Coronel.	Servicio de Psiquiatría HGGB.
Carrasco Ulloa, Vicente	Médico psiquiatra.	Jefe Unidad Salud Mental.	Servicio de Salud Antofagasta.	Servicio de Salud Antofagasta.
Carrillo Bestagno, Gisela	Psicóloga Infanto Juvenil, Psicóloga. Magíster en psicología comunitaria, Especialista en Psicoterapia, Postítulo en intervención psicoterapéutica en niños y adolescentes, Diplomada en tratamiento y rehabilitación de adicciones para población general.	Coordinadora Unidad de Hospitalización de Corta Estadía para Adolescentes.	Unidad de Hospitalización de Corta Estadía para Adolescentes, Hospital Penco Lirquén.	Hospital Penco Lirquén Servicio de Salud Talcahuano.

Concha Huilcaman, Marco Antonio	Médico psiquiatra.	Profesional Unidad Hospitalización Corta Estadía Hospital Penco Lirquén	Hospital Penco Lirquén	Servicio de Salud Talcahuano
Contreras Vásquez, Luis	Enfermero.	Unidad Hospitalización Corta Estadía.	Servicio Psiquiatría.	Hospital Barros Luco. Servicio de Salud Metropolitano Sur.
CORFADICH.				Corporación de usuarios, familiares y amigos de personas con discapacidad psíquica de Chile. CORFADICH.
Díaz Álvarez, Luz	Técnica en rehabilitación. Diploma en adicciones con mención en tratamiento. Diplomada en administración de empresas con mención en RRHH.	Profesional Equipo Unidad Corta Estadía Medio Privativo. Encargada SISTRAT	Unidad Corta Estadía Medio Privativo de Libertad.	Servicio de Salud Iquique
Fuentealba Herrera, Ricardo	Médico psiquiatra.	Profesional Unidad Hospitalización Corta Estadía Psiquiátrica Hospital Puerto Montt.	Unidad Hospitalización Corta Estadía Psiquiátrica Hospital Infanto Adolescente Puerto Montt.	Hospital Puerto Montt.
Fuenzalida Catalán, Paulina	Psicóloga infanto juvenil.	Profesional.	Departamento de Justicia Juvenil.	SENAME.
Gallardo Gallegos, Gabriela	Enfermera.	Equipo Unidad de Hospitalización Corta Estadía Infanto Adolescente.	Hospital Torres Galdámez.	Servicio de Salud Iquique.
Godoy Cartagena, Patricia	Enfermera.	Coordinadora Nacional de Salud.	Unidad de Salud, Dirección Nacional.	SENAME.
Gómez Chamorro, Mauricio	Médico psiquiatra.	Jefe Departamento de Salud Mental.	Dpto. Salud Mental Subsecretaría Salud Pública.	Ministerio de Salud.

Gontier Bertiola, Javier	Psicólogo.	Encargado de la Unidad de Salud Mental y Psiquiatría ambulatoria del Hospital Penco Lirquen.	Unidad de Salud Mental y Psiquiatría ambulatoria del Hospital Penco Lirquen.	Hospital Penco Lirquen.
González Gallinato, Carola	Antropóloga.	Profesional.	Departamento de Protección y Restitución de Derechos.	SENAME.
Gordillo Álvarez, Alex	Orientador familiar.	Equipo Unidad de Hospitalización Corta Estadía Infante Adolescente.	Hospital Torres Galdámez.	Servicio de salud Iquique.
Herrera Díaz, Jovita	Trabajadora social.	Profesional Unidad de Hospitalización Corta Estadía Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.	Salud Mental y Psiquiatría Infante Adolescente.	Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.
Hidalgo Torres, Muriel Nicole	Psicóloga.	Asesora de Programa de Salud Mental.	Unidad de Salud Mental.	Servicio de Salud Talcahuano.
Huaiquilaf Rodríguez, Viviana	Profesora de educación intercultural.	Referente PESPI.	Interculturalidad, Sub Departamento APS.	Servicio de Salud Valdivia.
Ibarra Quijada, Pablo	Psicólogo. Magister en neurociencias.	Referente Convenio SENDA II, Unidad Salud Mental.	Gestión en Salud Mental.	Servicio de Salud Valdivia.
Jiménez Olave, Aner	Psicólogo.	Profesional.	Departamento de Justicia Juvenil.	SENAME.
Junes Guzman, Sabha	Médica psiquiatra	Unidad de Corta Estadía	Hospital Puerto Montt	Unidad de Corta Estadía Hospital Puerto Montt
Lora Lezaeta, Rocío	Médica psiquiatra.	Jefa del servicio de Salud Mental y Psiquiatría.	Hospital Sótero del Río.	Hospital Sótero del Río.
Luza Gómez, Javier	Médico psiquiatra infante adolescente.	Profesional Unidad Hospitalización Corta Estadía Psiquiátrica Hospital Puerto Montt.	Unidad Hospitalización Corta Estadía Psiquiátrica Hospital infante adolescente Puerto Montt.	Hospital Puerto Montt.

Mackay Phillips, Leslie John	Psicólogo.	Asesora clínica.	Asesoría Clínica a población con alta vulnerabilidad psicosocial y problemáticas de salud mental.	SENAME. Dirección Regional Metropolitana.
Malebrán Calderón, Ángela	Médica familiar, Magister en salud pública.	Jefa del Departamento de Información y Planificación (IPE).	Información y Planificación.	Hospital Sótero del Río.
Marcos Vásquez, María José	Psicóloga.	Profesional Unidad Hospitalización Corta Estadía Psiquiátrica Hospital Puerto Montt.	Unidad Hospitalización Corta Estadía Psiquiátrica Hospital infanto adolescente Puerto Montt.	Hospital Puerto Montt.
Martínez Riedberger, Marlene	Médica psiquiatra infanto juvenil.	Unidad Hospitalización Corta Estadía Hospital Nueva Imperial.	Hospital Nueva Imperial.	Servicio de Salud. Araucanía Sur
Martínez Silva, René Miguel	Ingeniero industrial.	Asesor externo Unidad Salud Mental.	Club pacientes psiquiátricos.	Servicio de Salud Magallanes.
Meza Abarca, Patricio Andrés	Psicólogo.	Coordinador Equipo de Asesorías Clínicas Región Metropolitana.	Asesoría clínica a población con alta vulnerabilidad psicosocial y problemáticas de salud mental.	SENAME, Dirección Regional Metropolitana.
Miranda Forcael, Rodrigo	Psicólogo.	Encargado Salud Mental.	Encargado Salud Mental Servicio Salud Ñuble.	Servicio Salud Ñuble.
Mosca Arestizabal, Juan	Médico psiquiatra.	Unidad Hospitalización Medio Privativo de Libertad Tiltil.	Centro Privativo Libertad Tiltil.	Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Naranjo Díaz, Rodrigo Antonio	Trabajador social. Especialización en mediación y peritaje forense, Diplomado en políticas públicas.	Coordinador de Redes.	Salud Mental Desintoxicación y Tratamiento para Adolescentes con Trastorno Conductual Severo. Unidad de Corta Estadía Hospitalaria.	Servicio de Psiquiatría Forense Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Neira Herrera, Millaray	Trabajadora social.	Equipo Unidad de Hospitalización Corta Estadía Infanto Adolescente.	Hospital Torres Galdámez.	Servicio de Salud Iquique.
Ojeda Alvarado, Dennise Vanessa	Enfermera.	Enfermera Unidad Hospitalización Corta Estadía Infanto Adolescente.	Hospital Clínico Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria.	Servicio de Salud Magallanes.
Ortiz Torres, Vilma	Médica psiquiatra.	Jefa Unidad de Salud Mental Hospital El Carmen de Maipú.	Hospital El Carmen.	Servicio de Salud Metropolitano Central.
Palma Barriga, Gonzalo Andrés	Enfermero.	Supervisor Unidad hospitalización Corta Estadía Adulto.	Unidad Hospitalización Corta Estadía Adulto.	Servicio de Salud Magallanes.
Pedrero Urrutia, Rosa Eliana	Enfermera.	Enfermera Clínica UHCE Coronel.	UHCE CIP CRC Coronel	Servicio de Psiquiatría HGGB.
Pérez Ojeda, Carolina	Médica psiquiatra.	Jefa Unidad de Estimulación Cerebral, CASR.	Unidad Hospitalización Corta Estadía.	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
Pinto Villalobos, Romanet	Terapeuta ocupacional.	Profesional Unidad Hospitalización Corta Estadía Psiquiátrica Hospital Puerto Montt.	Unidad Hospitalización Corta Estadía Psiquiátrica Hospital Puerto Montt.	Servicio de Salud Reloncaví.
Pizarro Alvarado, Susan Paula	Asistente social.	Asesora en gestión de la red asistencial de salud mental.	Asesoría Clínica a población con alta vulnerabilidad psicosocial y problemáticas de salud mental.	SENAME. Dirección Regional Metropolitana.
Rivas Mendoza, Daniela	Enfermera.	Unidad Hospitalización Corta Estadía Hospital Nueva Imperial.	Hospital Nueva Imperial.	Servicio de Salud Araucanía Sur.
Rivera Mayorga, Nieves	Arquitecta.	Profesional de la Unidad de Preinversión y PME.	Unidad de Preinversiones y Puesta en Marcha.	Servicio de Salud Valdivia.

Saavedra Fuentes, Mirta	Enfermera.	Enfermera Unidad Hospitalización Corta Estadía Infanto Adolescente.	Hospital Torres Galdámez.	Servicio de Salud Iquique.
Salazar Zúñiga, Gastón Adolfo	Trabajador social.	Asesor de programa de Salud Mental.	Unidad de Salud Mental.	Servicio de Salud Talcahuano.
Salgado, Maria	Trabajadora social, Licenciada en trabajo social.	Equipo Unidad de Hospitalización Corta Estadía Infanto Adolescente.	Hospital Torres Galdámez.	Servicio de Salud Iquique.
San Martín Beltrán, Adriana	Médica psiquiatra.	Jefa de Unidad de Salud Mental.	Unidad de Salud Mental.	Servicio de Salud Talcahuano.
Sánchez Binder, Jacqueline	Médica psiquiatra.	Jefa Unidad de Hospitalización Corta Estadía.	Hospital Castro.	Hospital de Castro. Servicio de Salud Chiloé.
Sepúlveda Dellepiane, Margarita	Enfermera.	Unidad Arquitectura.	División de Inversiones.	Ministerio de Salud.
Silva Godoy, Viviana	Trabajadora social.	Unidad Salud Mental Servicio de Salud Valparaíso.	Servicio de Salud Viña Quillota.	Servicio de Salud Viña Quillota.
Solar López, Tania	Psicóloga, Magister en antropología social.	Profesional de apoyo a la gestión, referente Convenio SENDA I.	Gestión en Salud Mental.	Servicio de Salud Valdivia.
Solari Puebla, Mariela	Psicóloga.	Enfermera Unidad hospitalización Corta Estadía.	Unidad Hospitalización Corta Estadía.	Hospital Nueva Imperial.
Tapia Cárdenas, Carolina Andrea	Enfermera y Matrona. Magister en psicología, mención psicología de la salud.	Enfermera Clínica UHCE Coronel.	UHCE CIP CRC Coronel.	Servicio de Psiquiatría HGGB.
Tirado Silva, Juan Esteban	Psicólogo.	Jefe Unidad Salud Mental.	Servicio de Salud Viña Quillota.	Servicio de Salud Viña Quillota.
Torres Binelli, Alejandra	Terapeuta ocupacional.	Profesional Unidad de Hospitalización Corta Estadía Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.	Salud Mental y Psiquiatría Infanto Adolescente.	Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Ulloa Bravo, Felipe Antonio	Trabajador social. Diplomado en adolescencia problemática y modelos de intervención, Postítulo en VIF.	Coordinador UHCE Coronel.	UHCE CIP CRC Coronel.	Servicio de Psiquiatría HGGB.
Ulloa Carrasco, Daniela	Terapeuta ocupacional.	Referente Salud Mental APS y Rehabilitación Psicosocial.	Gestión en Salud Mental.	Servicio de Salud Valdivia.
Ulloa Jaramillo, Hans	Terapeuta ocupacional.	Coordinador (hasta 31 enero) del Hospital de Día Valdivia. Intervención clínica en el Centro de Salud Mental Comunitaria Schneider.	Atención en Salud Mental.	Servicio de Salud Valdivia.
Valenzuela Gacitúa, Macarena	Trabajadora social.	Equipo Unidad de Hospitalización Corta Estadía Infante Adolescente.	Hospital Torres Galdámez.	Servicio de Salud Iquique.
Vargas Vargas, Rodrigo	Enfermero.	Equipo Unidad Hospitalización en medio Privativo de Libertad.	Unidad Hospitalización en medio Privativo de Libertad Tiltil.	Servicio de Salud Metropolitano Norte.
Vergara Cangas, Patricia Ximena	Psicóloga.	Asesora de Programa de Salud Mental.	Unidad de Salud Mental.	Servicio de Salud Talcahuano.
Vergara Ramírez, Sergio Andrés	Médico psiquiatra adultos.	Jefe Unidad de Corta Estadía Hospital Regional de Talca.	Atención Ambulatoria y Hospitalaria.	Hospital Regional de Talca.
Yensen Mujica, Daniela Alejandra	Terapeuta ocupacional.	Coordinadora Unidad hospitalización Corta Estadía Infante Adolescente.	Hospital Clínico Magallanes Dr. Lautaro Navarro Avaria.	Servicio Salud Magallanes.

Equipo Editor				
Nombre	Título o profesión Grados académicos	Cargo actual	Área de desempeño	Institución
Carniglia, Claudia	Terapeuta ocupacional.	Encargada de Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Sur.	Servicio de Salud Metropolitano Sur.	Servicio de Salud Metropolitano Sur.
Estrada Jopia, Carla Julieta	Periodista	Editora general documento.	Servicios comunicacionales y de edición.	Profesional externa.
Jeria Durán, Álvaro	Médico Psiquiatra. Máster® en salud mental y políticas públicas.	Jefe Unidad de Corta Estadía 2.	Corta Estadía.	Hospital Sótero del Río.
Narváez Espinoza, Patricia	Enfermera y Matrona. Diplomada en gestión de calidad.	Profesional Unidad de Salud Mental Redes Asistenciales.  Coordinadora mesa de trabajo	Unidad Salud Mental División de Gestión de la Red Asistencial.	Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Ortíz Araya, Ana María	Terapeuta ocupacional.	Encargada de Calidad y Unidad de apoyo a la Gestión Atención Pacientes Hospitalizados, Coordinadora psicosocial Corta Estadía, Gestión Calidad, Investigación.	Servicio Psiquiatría.	Hospital Barros Luco Servicio de Salud Metropolitano Sur.
Sepúlveda Jara, Rafael	Médico psiquiatra.	Jefe Unidad Salud Mental MINSAL	Unidad Salud Mental División de Gestión de la Red Asistencial.	Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Soto Guajardo, Claudia	Trabajadora social. Máster en terapia familiar sistémica.	Trabajadora Social-Directora Administrativa Unidad de Corta Estadía 2.	Unidad Corta Estadía Adulto II Hospital Sótero del Río.	Hospital Sótero del Río. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

# ANEXOS

## Anexo 1. Marco Legal Completo

### Descripción de los principales cuerpos legales y normativos relacionados con las personas con enfermedad mental y/o con discapacidad mental

#### 1. Marco Jurídico Internacional

En el marco jurídico internacional, existen cuerpos normativos que están dirigidos específicamente a población con enfermedad mental y/o discapacidad. Entre ellos se encuentran:

##### 1.1. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación

Este documento forma parte del Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, elaboradas el año 2003, y proporcionan información práctica para ayudar a los países a mejorar la salud mental de sus respectivas poblaciones.

Al efecto, este instrumento plantea que la legislación sobre salud mental es necesaria para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, ya que son un sector vulnerable de la sociedad y se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y la marginación en todas las sociedades, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos. Puede además proporcionar un marco legal para abordar asuntos clave como la integración en la comunidad de personas con trastornos mentales, la prestación de una atención de calidad, la accesibilidad a dichos cuidados, la protección de los derechos civiles y la protección y promoción de derechos en otras áreas clave, como la vivienda, la educación y el empleo. La legislación también juega un papel importante a la hora de promover la salud mental y la prevención de trastornos mentales. La legislación sobre salud mental es más que una legislación sobre cuidados y tratamientos, y por lo tanto no se limita sólo a regular la forma en que se prestan dichos tratamientos en las instituciones sanitarias.

Plantea elementos básicos y procedimientos necesarios para elaborar legislación en salud mental, sobre la base de que "Todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de salud mental. Estas personas deberían asimismo estar protegidas frente a cualquier tipo de discriminación o tratamiento inhumano."

##### 1.2. Normativa ONU

###### a. *Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH, Naciones Unidas en 1948)*

Los 30 artículos de la DUDH son aplicables a las personas con enfermedad mental, al igual que a cualquier otro ser humano, aunque en ninguno de ellos se menciona específicamente la salud mental, ni la situación de las personas con discapacidades. A continuación se enumeran algunos de los enunciados de la DUDH que han sido más frecuentemente invocados en situaciones de trasgresión de DDHH de personas con enfermedades mentales:

- Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (artículo 1).
- Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (artículo 2).

- Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona (artículo 3).
- Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (artículo 5).
- Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación (artículo 7).
- Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado (artículo 9).
- Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación (artículo 12).
- Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social (artículo 22).
- Toda persona tiene derecho al trabajo (artículo 23).
- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez (artículo 25).
- Toda persona tiene derecho a la educación (artículo 26).
- Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad (artículo 27).

#### **b. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**

El PIDCP, profundiza los derechos civiles y políticos consagrados en la DUDH. Especialmente relevantes para las personas con enfermedades mentales, son aquellos que se refieren a libertades, tratos igualitarios, privacidad y la protección contra la discriminación, detenciones y maltratos.

Así por ejemplo, el Artículo 7 ha sido frecuentemente invocado en situaciones de DDHH de personas con discapacidad mental. En este artículo, se repite la afirmación de la DUDH, "nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes", pero se agrega un acápite sobre aspectos de salud, "en particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos".

Este tratado declara en su artículo 16 que "todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica".

Las personas con discapacidad mental pueden, en general, ejercer estos derechos, salvo las limitaciones legales, que deben ser específicas y justificadas.

Entre los derechos asegurados en este cuerpo normativo, podemos señalar: la no discriminación; igualdad ante la ley; igualdad ante la Justicia; derecho a un tribunal independiente y a un debido proceso; libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; libertad de expresión; derecho de asociación; derecho al matrimonio; etc.

**c. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad**

Aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1993. Aunque no se trata de un instrumento jurídicamente vinculante, las Normas Uniformes representan el firme compromiso moral y político de los gobiernos respecto de la adopción de medidas encaminadas a lograr la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Son un instrumento para la formulación de políticas y sirven de base para la cooperación técnica y económica.

Consisten en 22 normas que resumen el mensaje del Programa de Acción Mundial e incorporan la perspectiva de derechos humanos que se ha desarrollado a lo largo del decenio. Están divididas en cuatro capítulos y abarcan todos los aspectos de la vida de las personas con discapacidad:

- Requisitos para la igualdad de participación
- Esferas previstas para la igualdad de participación
- Medidas de ejecución
- Mecanismo de supervisión

La finalidad de estas normas es garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás. En todas las sociedades del mundo hay todavía obstáculos que impiden que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos y libertades y dificultan su plena participación en las actividades de sus respectivas sociedades. Es responsabilidad de los Estados adoptar medidas adecuadas para eliminar esos obstáculos. Las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan deben desempeñar una función activa como copartícipes en ese proceso.

**d. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, PPEM (Naciones Unidas, 1991).**

Si bien aisladamente no son obligatorios de aplicar por los Estados Miembros, representan estándares para interpretar los Pactos PIDCP y PIDESC, los que si son obligatorios para los Miembros que lo ratificaron (como es el caso de Chile).

Considerando la importancia que han tenido estos principios para la formulación y aplicación de leyes de salud mental en numerosos países, a continuación se muestra un resumen de ellos con extractos textuales:

**Principio 1. Libertades fundamentales y derechos básicos**

- Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.
- Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.
- No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos reconocidos en la DUDH, PIDCP, PIDESC y otros instrumentos pertinentes.

- Cuando una corte u otro tribunal competente determinen que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas para asegurar la protección de sus intereses.

**e. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.**

Su propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad y se establece la obligatoriedad de adoptar medidas para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud, particularmente:

- Proporcionar a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

**f. Resolución y decisión aprobada sobre la base de los informes del Comité de Asuntos Sociales "Prevención de la incapacitación y rehabilitación de los incapacitados" Resolución 1921 (LVIII) del Consejo Económico y Social de 6 de mayo de 1975.**

Recomienda una interacción entre programas y actividades de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de manera de obtener una acción coordinada que mejore la integración de los "incapacitados" en la comunidad.

Solicita a los gobiernos que:

- Tomen progresivamente medidas legislativas para facilitar la pronta identificación y prevención de la incapacidad y la efectiva organización de servicios para los incapacitados
- Incorporen en sus planes de desarrollo medidas para establecer servicios apropiados o para mejorar los existentes, en especial para mejorar la integración de los incapacitados en la comunidad mediante la coordinación de los programas y actividades de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales
- Procuren garantizar a todas las categorías de incapacitados — físicos, sensoriales o mentales — el cuidado, la educación, el entrenamiento, la orientación profesional y el trabajo adecuados, así como los beneficios de la seguridad social.

**g. Hacia una sociedad para todos: Estrategia a largo plazo para promover la aplicación del Programa de Acción Mundial para los impedidos hasta el año 2000 y años posteriores.**

En este instrumento se integra a las organizaciones de personas con discapacidad en el proceso de formulación y revisión de políticas referidas a ellos a nivel de organizaciones internacionales, así como en la evaluación de los resultados obtenidos con estas políticas.

Específicamente, se invita a las organizaciones internacionales a que celebren consultas con las organizaciones de discapacitados cuando se emprenda la formulación o revisión de una amplia gama de políticas, programas y actividades socioeconómicas, como las conferencias internacionales o los aniversarios y las conmemoraciones especiales.

Debe procurarse la participación oportuna de las organizaciones de discapacitados en la selección de los indicadores adecuados que se utilizarán para medir el progreso o los obstáculos experimentados, en el análisis de las conclusiones y en la interpretación de los resultados.

**h. Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. Proclamada por la Asamblea General en su resolución 2856 (XXVI), del 20 de diciembre de 1971.**

Pide que se adopten medidas en el plano nacional o internacional que sirvan de base y de referencia común para la protección de estos derechos:

1. El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos.
2. El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.
3. El retrasado mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil.

4. De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.
5. El retrasado mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuanto esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes.
6. El retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.
7. Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores.

**i. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.**

Se consagran una serie de derechos relativos al trabajo, estudio, cultura, protección social y salud, similares a la DUDH y todos ellos relevantes para las personas con enfermedades mentales. En este pacto, sí se establece el derecho a la salud mental y obliga a los Estados signatarios a adoptar medidas a fin de asegurarlo en plenitud. Es así como en el Artículo 12 se señala:

Se establece la regla del salario igual por trabajo igual (asegurando equiparidad entre hombres y mujeres, condiciones de higiene en el lugar de trabajo, promoción en el empleo y descanso).

“Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

“Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para... la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

El artículo quinto establece la prohibición de restricciones, limitaciones o menoscabos a los derechos reconocidos en el Pacto, no existiendo interpretación que pueda respaldar estas conculcaciones.

**j. Declaración sobre el progreso y el desarrollo en lo social.**

Reconoce el derecho de toda persona a trabajar en la forma libremente escogida o aceptada, debiendo los Estados adoptar medidas que garanticen el ejercicio de este derecho.

**k. Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) (Asamblea General de las Naciones Unidas 1979).**

Es considerada como una declaración internacional de los derechos de las mujeres. Compuesta por un preámbulo y 30 artículos, define lo que constituye la discriminación contra las mujeres y establece una agenda para que las administraciones nacionales terminen con dicha discriminación.

Esta convención define la discriminación contra las mujeres como "... cualquier distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera."

Aceptando la convención, los Estados se comprometen a adoptar una serie de medidas tendientes a eliminar toda forma de discriminación contra la mujer, incluyendo:

- Incorporar el principio de igualdad de hombres y mujeres en su sistema legal, abolir todas las leyes discriminatorias y adoptar las adecuadas para prohibir la discriminación contra la mujer.
- Establecer tribunales y otras instituciones públicas para asegurar la efectiva protección de las mujeres contra la discriminación.
- Asegura la eliminación de todos los actos de discriminación contra mujeres por parte de personas, organizaciones o empresas.

Esta convención es el único tratado de derechos humanos que afirma los derechos de salud sexual y reproductiva en las mujeres y señala la cultura y la tradición como las fuerzas influyentes que moldean los roles del género y las relaciones familiares, no menor a la hora de abordar el temas de los derechos humanos en las mujeres que presentan una enfermedad mental y/o discapacidad mental.

**l. Convención de Derechos Humanos de los Niños (Naciones Unidas 1989).**

Comprende el rango de edad hasta menor de 18 años.

Artículo 3º

- En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.
- Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.
- Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

#### Artículo 4º

- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

#### Artículo 5º

- Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

#### Artículo 12º

- Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.

Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

#### Artículo 16º

- Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.
- El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

#### Artículo 24º

- Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud

#### Artículo 30º

- En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.

### 1.3. Normativa OEA

- a. ***Convención Americana sobre derechos humanos suscrita en la conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos. Suscrita en la Conferencia especializada interamericana sobre Derechos Humanos celebrada en San José, Costa Rica, 7 al 22 de noviembre de 1969.***

Se establece en esta Convención un inventario de derechos asegurados en forma amplia a todas las personas sin discriminación, remarcando esto como principio rector: protección de la honra y dignidad; libertad de conciencia y religión; libertad de pensamiento y expresión; libertad de asociación; protección a la familia; derecho a la Nacionalidad; derecho a la Propiedad Privada; derecho de Circulación y de Residencia; derechos Políticos; Igualdad ante la Ley

Contempla la proscripción de cualquier trato atentatorio a la dignidad humana, incluyendo la tortura, la servidumbre y la privación arbitraria de la libertad, los cuales también se pueden entender referidos a las personas con discapacidad de causa psíquica.

Artículo 5: "Derecho a la Integridad Personal"

1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano".

Artículo 7: "Derecho a la Libertad Personal"

1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales.
2. Nadie puede ser privado de su libertad física, salvo por las causas y en las condiciones fijadas de antemano por las Constituciones Políticas de los Estados Partes o por las leyes dictadas conforme a ellas.
3. Nadie puede ser sometido a detención o encarcelamiento arbitrarios.
4. Toda persona detenida o retenida debe ser informada de las razones de su detención y notificada, sin demora, del cargo o cargos formulados contra ella.

Artículo 11: "Protección de la Honra y de la Dignidad"

1. Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad.
2. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación.
3. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.

- b. ***Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador" 17 de noviembre de 1988.***

En este Protocolo se hace una referencia expresa a las personas con "disminución de sus capacidades físicas o mentales", consagrándose respecto de ellas el derecho a una atención espe-

cial (que se traduciría por ejemplo en medidas de acción positiva). Los Estados parte se comprometen a estimular la formación de organizaciones sociales que ayuden a desarrollarse a las personas con discapacidad. Con esto se les está además reconociendo el importante papel que tienen estas organizaciones en el pleno desarrollo e integración de este grupo de personas.

#### Artículo 18: "Protección de los Minusválidos"

Toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Con tal fin, los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito y en especial a:

- a. Ejecutar programas específicos destinados a proporcionar a los minusválidos los recursos y el ambiente necesario para alcanzar ese objetivo...;
  - b. Proporcionar formación especial a los familiares de los minusválidos a fin de ayudarlos a resolver los problemas de convivencia y convertirlos en agentes activos del desarrollo físico, mental y emocional de éstos;
  - c. Incluir de manera prioritaria en sus planes de desarrollo urbano la consideración de soluciones a los requerimientos específicos generados por las necesidades de este grupo;
  - d. Estimular la formación de organizaciones sociales en las que los minusválidos puedan desarrollar una vida plena.
- c. *Recomendación de la comisión interamericana de derechos humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental. Aprobado por la Comisión en su 111º período extraordinario de sesiones, el 4 de abril de 2001.***

Apunta esencialmente a tomar medidas concretas para superar la discriminación y estigmatización de las personas con discapacidad mental, tales como la concientización y la educación, tanto directamente por el Estado como a través de la sociedad civil.

Recomienda a los Estados establecer mecanismos de concientización, educación pública (preparación y divulgación de material educativo, tales como folletos, afiches, videos, etc.) y acciones tendientes a combatir la estigmatización y discriminación de las personas con discapacidad mental, a través de organizaciones estatales y ONG, de conformidad con los estándares internacionales y normas convencionales que protegen a estas personas.

Asimismo mediante la legislación y planes nacionales se debe promover la organización de servicios comunitarios que favorezcan la integración así como la participación de organizaciones de usuarios y familiares en la rehabilitación de las personas con enfermedad mental.

También se dirige una recomendación a las asociaciones de usuarios y familiares de personas con discapacidad mental así como a las ONG, para que participen directamente en el proceso de promoción de derechos humanos de estos, y para que se coordinen con las entidades gubernamentales relacionadas con la materia.

**d. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA 1999, entró en vigencia el 2001).**

Al igual que otras convenciones, este instrumento legal tiene carácter de obligatorio para los países que lo han ratificado.

Sus objetivos son “la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad”, abarcando todas las actividades de los seres humanos, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración.

El término “discriminación contra las personas con discapacidad” significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un Estado parte a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia.

**e. Compromiso de Panamá con las personas con discapacidad en el continente americano. Aprobada en la sexta sesión plenaria, celebrada el 5 de junio de 1996. AG/RES. 1369 (XX-VI-0/96).**

Señala que el actuar de los Estados se orientará a una mayor integración y aseguramiento de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

La Asamblea General:

1. Declara su compromiso de intensificar los esfuerzos en favor de las personas con discapacidad.
2. Manifiesta su más firme y decidido compromiso con la defensa y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad y la necesidad de que se mejoren los servicios y se ofrezcan mayores oportunidades para las personas con discapacidad en el continente americano.
3. Recomienda a los Estados miembros que dentro de sus posibilidades, intensifiquen sus esfuerzos a fin de crear oportunidades equitativas para las personas con discapacidad en los servicios de salud, educación y capacitación, así como oportunidades de empleo y de vida independiente y, en general, facilidades para que se integren y contribuyan plenamente a la sociedad en forma productiva.

## 1.4. Organización Internacional del Trabajo /OIT

### a. *Principios aplicables a la adaptación y la readaptación profesionales de las personas con discapacidad.*

- Igualdad de Oportunidades, teniendo en cuenta las particularidades de las distintas discapacidades, como también las especificidades de los ámbitos urbanos y rurales.
- Igualdad de Trato, teniendo en cuenta las particularidades de las distintas discapacidades.
- No discriminación.

#### Directrices Operativas:

- El objetivo de la adaptación y la readaptación profesionales de las personas con discapacidad, es permitir que una persona en dicha condición obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo, promoviendo su integración o reintegración en la sociedad. Las medidas en esta esfera, deben quedar al alcance de todas las personas con discapacidad.
- Para dichos efectos se deben utilizar los servicios existentes de orientación y formación profesional, colocación, empleo y afines destinados a los trabajadores en general.
- El acceso al empleo de una persona con discapacidad debería corresponder a su elección y aptitudes individuales

#### Medidas de Acción Positiva Específicas:

- Medidas apropiadas para crear oportunidades de empleo en el mercado regular de empleo, incluidos incentivos económicos para alentar a los empleadores a proporcionar formación y empleo subsiguiente a las personas con discapacidad, así como a adaptar, dentro de límites razonables, los lugares de trabajo, la estructuración de las tareas, las herramientas, la maquinaria y la organización del trabajo para facilitar tal formación y empleo;
- Ayuda gubernamental adecuada para establecer diversos tipos de empleo protegido, para las personas con discapacidad que no tengan acceso a los empleos no protegidos;
- Fomento de la cooperación entre talleres protegidos y talleres de producción en materia de organización y de gestión, a fin de mejorar la situación de empleo de sus trabajadores con discapacidad y, siempre que sea posible, ayudarlos a prepararse para el trabajo en condiciones normales
- Fomento del establecimiento y desarrollo de cooperativas por personas con discapacidad y para ellas, las cuales, cuando sea apropiado, estarían abiertas a los trabajadores en general
- Ayuda gubernamental apropiada con objeto de promover la creación y el desarrollo por personas con discapacidad y para ellas de pequeñas empresas y talleres de producción o cooperativos o de otro tipo (eventualmente abiertos a los demás trabajadores en general), siempre que tales empresas y talleres se ajusten a normas mínimas preestablecidas.

## 2. Marco Jurídico Nacional

### 2.1. Constitución Política de la República

La actual Constitución Política de la República de Chile, aprobada por DTO 1150, Interior, publicado el 24.10.1980, no efectúa enunciado expreso sobre personas con discapacidad, enfermedades mentales ni expresión análoga, como lo hacen otras Constituciones en el mundo.

Por su parte, en relación a lo señalado en el marco jurídico internacional, de vital importancia es el artículo 5 de la Constitución Política de la República, el cual señala: "El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentran vigentes".

Junto con lo anterior, es importante destacar otros preceptos de nuestra carta fundamental.

Artículo 19. La Constitución asegura a todas las personas:

- 1º. El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona
- 2º. La igualdad ante la ley.
- 3º. La igual protección de la ley en el ejercicio de sus derechos.
- 4º El respeto y protección a la vida privada y a la honra de la persona y su familia.
- 7º. El derecho a la libertad personal y a la seguridad individual. En consecuencia:
  - a. Toda persona tiene derecho de residir y permanecer en cualquier lugar de la República, trasladarse de uno a otro y entrar y salir de su territorio, a condición de que se guarden las normas establecidas en la ley y salvo siempre el perjuicio de terceros;
  - b. Nadie puede ser privado de su libertad personal ni ésta restringida sino en los casos y en la forma determinados por la Constitución y las leyes.
- 9º. El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

## 2.2. Código Civil

Art. 26. Llamase infante o niño todo el que no ha cumplido siete años; impúber, el varón que no ha cumplido catorce años y la mujer que no ha cumplido doce; adulto, el que ha dejado de ser impúber; mayor de edad, o simplemente mayor, el que ha cumplido dieciocho años; y menor de edad, o simplemente menor, el que no ha llegado a cumplirlos.

Art. 43 Son representantes legales de una persona el padre o la madre, el adoptante y su tutor o curador.

Art. 342. Están sujetos a curaduría general los menores adultos; los que por prodigalidad o demencia han sido puestos en entredicho de administrar sus bienes; y los sordomudos que no pueden darse a entender claramente.

Reglas Especiales Relativas a la Curaduría del Demente.

Art. 456. El adulto que se halla en un estado habitual de demencia, deberá ser privado de la administración de sus bienes, aunque tenga intervalos lúcidos.

La curaduría del demente puede ser testamentaria, legítima o dativa.

Art. 457. Cuando el niño demente haya llegado a la pubertad, podrá el padre de familia seguir cuidando de su persona y bienes hasta la mayor edad; llegada la cual deberá precisamente provocar el juicio de interdicción.

Art. 458. El tutor del pupilo demente no podrá después ejercer la curaduría sin que preceda interdicción judicial, excepto por el tiempo que fuere necesario para provocar la interdicción.

Lo mismo será necesario cuando sobreviene la demencia al menor que está bajo curaduría.

Art. 459. Podrán provocar la interdicción del demente las mismas personas que pueden provocar la del disipador.

Deberá provocarla el curador del menor a quien sobreviene la demencia durante la curaduría.

Pero si la locura fuere furiosa, o si el loco causare notable incomodidad a los habitantes, podrá también el procurador de ciudad o cualquiera del pueblo provocar la interdicción.

Art. 460. El juez se informará de la vida anterior y conducta habitual del supuesto demente, y oirá el dictamen de facultativos de su confianza sobre la existencia y naturaleza de la demencia.

Art. 461. Las disposiciones de los artículos 446, 447 y 449 se extienden al caso de demencia.

Art. 462. Se deferirá la curaduría del demente:

1. A su cónyuge no divorciado, sin perjuicio de lo dispuesto en el Art. 503;
2. A sus descendientes;
3. A sus ascendientes, pero el padre o madre cuya paternidad o maternidad haya sido determinada judicialmente contra su oposición o que esté casado con un tercero no podrá ejercer el cargo;
4. A sus hermanos, y
5. A otros colaterales hasta en el cuarto grado.

El juez elegirá en cada clase de las designadas en los números 2, 3, 4 y 5, la persona o personas que más idóneas le parecieren.

A falta de todas las personas antedichas tendrá lugar la curaduría dativa.

Art. 463. La mujer curadora de su marido demente, tendrá la administración de la sociedad conyugal.

Si por su menor edad u otro impedimento no se le defiriere la curaduría de su marido demente, podrá a su arbitrio, luego que cese el impedimento, pedir esta curaduría o la separación de bienes.

Art. 464. Si se nombraren dos o más curadores al demente, podrá confiarse el cuidado inmediato de la persona a uno de ellos, dejando a los otros la administración de los bienes.

El cuidado inmediato de la persona del demente no se encomendará a persona alguna que sea llamada a heredarle, a no ser su padre o madre, o su cónyuge.

Art. 465. Los actos y contratos del demente, posteriores al decreto de interdicción, serán nulos; aunque se alegue haberse ejecutado o celebrado en un intervalo lúcido.

Y por el contrario, los actos y contratos ejecutados o celebrados sin previa interdicción, serán válidos; a menos de probarse que el que los ejecutó o celebró estaba entonces demente.

Art. 466. El demente no será privado de su libertad personal, sino en los casos en que sea de temer que usando de ella se dañe a sí mismo, o cause peligro o notable incomodidad a otros.

Ni podrá ser trasladado a una casa de locos, ni encerrado, ni atado, sino momentáneamente, mientras a solicitud del curador, o de cualquiera persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas.

Art. 467. Los frutos de sus bienes, y en caso necesario, y con autorización judicial, los capitales, se emplearán principalmente en aliviar su condición y en procurar su restablecimiento.

Art. 468. El demente podrá ser rehabilitado para la administración de sus bienes si apareciere que ha recobrado permanentemente la razón; y podrá también ser inhabilitado de con justa causa.

Se observará en estos casos lo prevenido en los artículos 454 y 455.

Art. 497. Son incapaces de toda tutela o curaduría:

3. Los dementes, aunque no estén bajo interdicción

### 2.3. Código Penal

Art. 10. Están exentos de responsabilidad criminal:

1º El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón.<sup>1</sup>

Art. 352. El que abandonare a su cónyuge o a un ascendiente o descendiente, legítimo o ilegítimo, enfermo o imposibilitado, si el abandonado sufre lesiones graves o muriere a consecuencia del abandono, será castigado con presidio mayor en su grado mínimo.

## 2.4. Código Procesal Penal

Art. 455. Procedencia de la aplicación de medidas de seguridad. En el proceso penal sólo podrá aplicarse una medida de seguridad al enajenado mental que hubiere realizado un hecho típico y antijurídico y siempre que existieren antecedentes calificados que permitieren presumir que atentará contra sí mismo o contra otras personas.

Art. 457. Clases de medidas de seguridad. Podrán imponerse al enajenado mental, según la gravedad del caso, la internación en un establecimiento psiquiátrico o su custodia y tratamiento.

En ningún caso la medida de seguridad podrá llevarse a cabo en un establecimiento carcelario. Si la persona se encontrare recluida, será trasladada a una institución especializada para realizar la custodia, tratamiento o la internación. Si no lo hubiere en el lugar, se habilitará un recinto especial en el hospital público más cercano.

La internación se efectuará en la forma y condiciones que se establecieron en la sentencia que impone la medida. Cuando la sentencia dispusiere la medida de custodia y tratamiento, fijará las condiciones de éstos y se entregará al enajenado mental a su familia, a su guardador, o a alguna institución pública o particular de beneficencia, socorro o caridad.

Art. 458. Imputado enajenado mental. Cuando en el curso del procedimiento aparecieren antecedentes que permitieren presumir la inimputabilidad por enajenación mental del imputado, el ministerio público o juez de garantía, de oficio o a petición de parte, solicitará el informe psiquiátrico correspondiente, explicitando la conducta punible que se investiga en relación a éste.

El juez ordenará la suspensión del procedimiento hasta tanto no se remitiere el informe requerido, sin perjuicio de continuarse respecto de los demás coimputados, si los hubiere.

Art. 459. Designación de curador. Existiendo antecedentes acerca de la enajenación mental del imputado, sus derechos serán ejercidos por un curador ad litem designado al efecto.

Art. 463. Reglas especiales relativas a la aplicación de medidas de seguridad. Cuando se proceda en conformidad a las normas de este Párrafo, se aplicarán las siguientes reglas especiales:

- a. El procedimiento no se podrá seguir conjuntamente contra sujetos enajenados mentales y otros que no lo fueren;
- b. El juicio se realizará a puerta cerrada, sin la presencia del enajenado mental, cuando su estado imposibilite la audiencia, y
- c. La sentencia absolverá si no se constatare la existencia de un hecho típico y antijurídico o la participación del imputado en él, o, en caso contrario, podrá imponer al inimputable una medida de seguridad.

Art. 464. Internación provisional del imputado. Durante el procedimiento el tribunal podrá ordenar, a petición de alguno de los intervinientes, la internación provisional del imputado en un establecimiento asistencial, cuando concurrieren los requisitos señalados en los artículos 140 y 141, y el informe psiquiátrico practicado al imputado señalare que éste sufre una grave alteración o insuficiencia en sus facultades mentales que hicieren temer que atentará contra sí o contra otras personas.

Se aplicarán, en lo que fueren pertinentes, las normas contenidas en los párrafos 4º, 5º y 6º del Título V del Libro Primero

Art. 465. Imputado que cae en enajenación mental. Si, después de iniciado el procedimiento, el imputado cayere en enajenación mental, el juez de garantía decretará, a petición del fiscal o de cualquiera de los intervinientes, previo informe psiquiátrico, el sobreseimiento temporal del procedimiento hasta que desapareciere la incapacidad del imputado o el sobreseimiento definitivo si se tratare de una enajenación mental incurable.

La regla anterior sólo se aplicará cuando no procediere la terminación del procedimiento por cualquier otra causa.

Si en el momento de caer en enajenación el imputado se hubiere formalizado la investigación o se hubiere deducido acusación en su contra, y se estimare que corresponde adoptar una medida de seguridad, se aplicará lo dispuesto en el Párrafo 2º de este Título.

## 2.5. Código Sanitario

Libro VII De la Observación y Reclusión de los Enfermos Mentales, de Los Alcohólicos y de los que Presenten Estado de Dependencia de otras Drogas y Substancias.

Artículo 1º.- El Código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes.

Art. 130º.- El Director General de Salud, resolverá sobre la observación de los enfermos mentales, de los que presentan dependencias de drogas u otras sustancias, de los alcohólicos y de las personas presuntivamente afectadas por estas alteraciones, así como sobre su internación, permanencia y salida de los establecimientos públicos o particulares destinados a ese objeto. Estos establecimientos cumplirán con los requisitos que señala el reglamento.

Artículo 131º.- La internación de las personas a que se refiere el artículo anterior, puede ser voluntaria, administrativa, judicial o de urgencia. El Reglamento establecerá las condiciones de estos tipos de internación.

Artículo 132º.- En los casos de ingreso voluntario la salida del establecimiento se efectuará por indicación médica o a pedido del enfermo, siempre que, la autoridad sanitaria estime que éste puede vivir fuera del establecimiento sin constituir un peligro para él o para los demás.

La salida de las personas internadas por resolución administrativa será decretada por el Director General de Salud, aun cuando se trate de un enfermo hospitalizado en un establecimiento particular. El Director General podrá autorizar su salida o solicitud escrita de los familiares o de los representantes legales y bajo la responsabilidad de éstos, para su atención domiciliaria, previa autorización médica y siempre que se garantice el control y vigilancia del enfermo en términos que no constituya peligro para sí ni para terceros.

Los enfermos mentales, los que dependen de drogas u otras sustancias y los alcohólicos ingresados por orden judicial saldrán cuando lo decrete el Juez respectivo.

Artículo 133º.- Los Directores de establecimientos especializados de atención psiquiátrica serán curadores provisorios de los bienes de los enfermos hospitalizados en ellos que carecieren

de curador o no estén sometidos a patria potestad o potestad marital, mientras permanezcan internados o no se les designe curador de acuerdo a las normas del derecho común.

Para ejercer esta curaduría los funcionarios antes indicados no necesitarán de discernimiento, ni estarán obligados a rendir fianza ni hacer inventario. En lo demás se regirán por las disposiciones del derecho común.

En el ejercicio de esta curaduría el Director del establecimiento gozará del privilegio de pobreza en las actuaciones judiciales y extrajudiciales que realice y no percibirá retribución alguna, sin perjuicio de los derechos que correspondan al Servicio Nacional de Salud en conformidad al arancel que se dicte de acuerdo con el presente Código.

Art. 134. Los registros, libros, fichas clínicas y documentos de los establecimientos mencionados en el artículo 130° tendrán el carácter de reservado, salvo para las autoridades judiciales, del Ministerio Público y para el Servicio Nacional de Salud.

Sólo el Director del Establecimiento en caso de los establecimientos públicos, y el Director o el médico tratante, en el caso de los establecimientos privados podrán dar certificados sobre la permanencia de los enfermos en los establecimientos psiquiátricos, la naturaleza de su enfermedad o cualquiera otra materia relacionada con su hospitalización. Este certificado sólo podrán solicitarlo los enfermos, sus representantes legales o las autoridades judiciales o penales. (LEY 19806 Art. 40 D.O. 31.05.2002)

## **2.6. Ley N° 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su Atención de Salud (13 abril 2012)**

Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la constitución y las leyes.

La atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad.

Artículo 7°.- En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.

Artículo 10.- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información a que se refiere el inciso anterior será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados en el inciso precedente.

Artículo 13.- La ficha clínica permanecerá por un período de al menos quince años en poder del prestador, quien será responsable de la reserva de su contenido. Un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud establecerá la forma y las condiciones bajo las cuales los prestadores almacenarán las fichas, así como las normas necesarias para su administración, adecuada protección y eliminación.

Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona.

Sin perjuicio de lo anterior, la información contenida en la ficha, copia de la misma o parte de ella, será entregada, total o parcialmente, a solicitud expresa de las personas y organismos que se indican a continuación, en los casos, forma y condiciones que se señalan:

- a. Al titular de la ficha clínica, a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.
- b. A un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario.
- c. A los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.
- d. A los fiscales del Ministerio Público y a los abogados, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.

Artículo 14.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10

Artículo 24.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 15 de esta ley, si la persona no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad, las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, tales como la esterilización con fines contraceptivos, psicocirugía, u otro de carácter irreversible, deberán contar con el informe favorable del Comité de Ética del establecimiento.

Artículo 25.- Una persona puede ser objeto de hospitalización involuntaria siempre que se reúnan todas las condiciones siguientes:

- a. Certificación de un médico cirujano que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental;

- b. Que el estado de la misma comporte un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;
- c. Que la hospitalización tenga exclusivamente una finalidad terapéutica;
- d. Que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados, y
- e. Que el parecer de la persona atendida haya sido tenido en consideración. De no ser posible esto último, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y, en ausencia de ambos, de la persona más vinculada a él por razón familiar o de hecho.

Artículo 26.-El empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención física y farmacológica deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona objeto de tales medidas, las cuales sólo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva y que la necesidad de su aplicación fuere proporcional en relación a la conducta gravemente perturbadora o agresiva.

Estas excepcionales medidas se aplicarán exclusivamente por el tiempo estrictamente necesario para conseguir el objetivo terapéutico, debiendo utilizarse los medios humanos suficientes y los medios materiales que eviten cualquier tipo de daño. Durante el empleo de las mismas, la persona con discapacidad psíquica o intelectual tendrá garantizada la supervisión médica permanente.

Todo lo actuado con motivo del empleo del aislamiento o la sujeción deberá constar por escrito en la ficha clínica. Además de lo anterior, se comunicará el empleo de estos medios a la Autoridad Sanitaria Regional, a cuya disposición estará toda la documentación respectiva.

Artículo 28.- Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica.

En los casos en que se realice investigación científica con participación de personas con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ético científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, además de la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal.

En contra de las actuaciones de los prestadores y la Autoridad Sanitaria en relación a investigación científica, podrá presentarse un reclamo a la Comisión Regional indicada en el artículo siguiente que corresponda, a fin de que ésta revise los procedimientos en cuestión.

Artículo 29.- Sin perjuicio de las facultades de los tribunales ordinarios de justicia, el Ministerio de Salud deberá asegurar la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de Comisiones Regionales de Protección, una en cada región del país, cuya función principal será velar por la protección de derechos y defensoría de las personas con discapacidad psíquica o intelectual en la atención de salud entregada por los prestadores públicos o privados, sea en las modalidades de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalaria o de urgencia. Serán atribuciones de la Comisión Nacional:

- a. Promover, proteger y defender los derechos humanos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual cuando éstos sean o puedan ser vulnerados.

- b. Proponer al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, directrices técnicas y normativas complementarias con el fin de garantizar la aplicación de la presente ley para promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual.
- c. Coordinar y velar por el buen funcionamiento de las Comisiones Regionales.
- d. Proponer a la Subsecretaría de Salud Pública la vinculación y coordinación de la Comisión con otros organismos públicos y privados de derechos humanos.
- e. Revisar los reclamos contra lo obrado por las Comisiones Regionales.
- f. Revisar las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles.
- g. Revisar hechos que involucren vulneración de derechos de las personas y muertes ocurridas durante la hospitalización psiquiátrica.

Serán funciones de las Comisiones Regionales:

- a. Efectuar visitas y supervisar las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y aplicación de tratamientos a personas con discapacidad psíquica o intelectual.
- b. Revisar las actuaciones de los prestadores públicos y privados en relación a las hospitalizaciones involuntarias y a las medidas o tratamientos que priven a la persona de desplazamiento o restrinjan temporalmente su contacto con otras personas, y controlar dichas actuaciones, medidas y tratamientos periódicamente.
- c. Revisar los reclamos que los usuarios y cualquier otra persona en su nombre realicen sobre vulneración de derechos vinculados a la atención en salud.
- d. Emitir recomendaciones a la Autoridad Sanitaria sobre los casos y situaciones sometidos a su conocimiento o revisión.
- e. Recomendar a los prestadores institucionales e individuales la adopción de las medidas adecuadas para evitar, impedir o poner término a la vulneración de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.
- f. Cumplir y ejecutar las directrices técnicas emitidas por el Ministerio de Salud.

La Comisión Nacional estará conformada por las siguientes personas, quienes se desempeñarán ad honorem:

- a. Dos miembros de asociaciones gremiales de profesionales del área de la salud, que sean representativos del área de la salud mental.
- b. Un miembro de la asociación gremial de abogados que cuente con el mayor número de adherentes.
- c. Dos miembros de sociedades científicas del área de la salud mental.
- d. Dos representantes de asociaciones de usuarios de la salud mental.
- e. Dos representantes de asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual.
- f. Un representante de la Autoridad Sanitaria.

La Comisión tendrá una Secretaría Ejecutiva, que coordinará su funcionamiento y cumplirá los acuerdos que aquella adopte y estará conformada por el personal que al efecto asigne el Ministerio de Salud.

En la conformación de las Comisiones Regionales el Ministerio de Salud procurará una integración con similares características, de acuerdo a la realidad local de la respectiva Región.

Un reglamento señalará la manera en que se designarán dichas personas y las normas necesarias para el adecuado funcionamiento de las Comisiones indicadas en este artículo.

En contra de las acciones efectuadas por los prestadores institucionales e individuales, o por la autoridad sanitaria, las personas con discapacidad psíquica o intelectual afectadas, sus representantes y cualquiera a su nombre podrán recurrir directamente a la Corte de Apelaciones del domicilio del afectado para el resguardo de sus derechos. La Comisión Nacional o las Comisiones Regionales podrán informar a la Corte de Apelaciones del lugar en que tengan su asiento, de los casos de que tomen conocimiento en el ejercicio de sus funciones, y entregarle todos los antecedentes para que ésta restablezca el imperio del derecho.

Las acciones ante las Cortes de Apelaciones se tramitarán de acuerdo a las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

## **2.7. Ley N° 20.609 Establece Medidas Contra la Discriminación, del año 2010**

Artículo 2º.- Definición de discriminación arbitraria. Para los efectos de esta ley, se entiende por discriminación arbitraria toda distinción, exclusión o restricción que carezca de justificación razonable, efectuada por agentes del Estado o particulares, y que cause privación, perturbación o amenaza en el ejercicio legítimo de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de la República o en los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, en particular cuando se funden en motivos tales como la raza o etnia, la nacionalidad, la situación socioeconómica, el idioma, la ideología u opinión política, la religión o creencia, la sindicación o participación en organizaciones gremiales o la falta de ellas, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el estado civil, la edad, la filiación, la apariencia personal y la enfermedad o discapacidad.

## **2.8. Ley N° 20.422 Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (2010)**

Artículo 7.- De la igualdad de oportunidades Se entiende por igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, la ausencia de discriminación por razón de discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, educativa, laboral, económica, cultural y social.

Artículo 9.- El Estado adoptará las medidas necesarias para asegurar a las mujeres con discapacidad y a las personas con discapacidad mental, sea por causa psíquica o intelectual, el pleno goce y ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad con las demás, en especial lo referente a su dignidad, el derecho a constituir y ser parte de una familia, su sexualidad y salud reproductiva.

Asimismo, el Estado adoptará las acciones conducentes a asegurar a los niños con discapacidad el pleno goce y ejercicio de sus derechos, en especial el respeto a su dignidad, el derecho a ser parte de una familia y a mantener su fertilidad, en condiciones de igualdad con las demás personas.

De igual modo, el Estado adoptará las medidas necesarias para evitar las situaciones de violencia, abuso y discriminación de que puedan ser víctimas las mujeres y niños con discapacidad y las personas con discapacidad mental, en razón de su condición.

Artículo 10.- En toda actividad relacionada con niños con discapacidad, se considerará en forma primordial la protección de sus intereses superiores

### **2.9. Ley N° 20.000 que Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (2005)**

Artículo 50.- Los que consumieren alguna de las drogas o sustancias estupefacientes o sicotrópicas de que hace mención el artículo 1º, en lugares públicos o abiertos al público, tales como calles, caminos, plazas, teatros, cines, hoteles, cafés, restaurantes, bares, estadios, centros de baile o de música; o en establecimientos educacionales o de capacitación, serán sancionados con alguna de las siguientes penas:

Asistencia obligatoria a programas de prevención hasta por sesenta días, o tratamiento o rehabilitación en su caso por un período de hasta ciento ochenta días en instituciones autorizadas por el Servicio de Salud competente. Para estos efectos, el Ministerio de Salud o el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol deberán asignar preferentemente los recursos que se requieran.

Artículo 53.- Las disposiciones de este Título se aplicarán también al menor de dieciocho años, el que será puesto a disposición del juez de menores correspondiente. El juez, prescindiendo de la declaración de haber obrado o no con discernimiento respecto del que tuviere más de dieciséis años, podrá imponer al menor alguna de las medidas establecidas en la ley N° 16.618 o de las siguientes, según estimare más apropiado para su rehabilitación: a) asistencia obligatoria a programas de prevención, hasta por sesenta días, o tratamiento o rehabilitación, en su caso, por un período de hasta ciento ochenta días, en instituciones consideradas idóneas por el Servicio de Salud de la ciudad asiento de la Corte de Apelaciones respectiva. Esta medida se cumplirá, en lo posible, sin afectar la jornada escolar o laboral del infractor.

### **2.10. Ley N° 19.966 Establece un Régimen de Garantías en Salud (2004)**

Existen actualmente 80 condiciones de salud incluidas, cuatro de ellas correspondientes a condiciones o patologías de salud mental (esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial y dependencia a drogas y alcohol, y trastorno bipolar).

### **2.11. Ley N° 20084 Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal**

Se aplica a población adolescente mayor de 14 años y menor de 18 años.

Artículo 2º.- Interés superior adolescente. En todas las actuaciones judiciales o administrativas relativas a los procedimientos, sanciones y medidas aplicables a los adolescentes infractores de la ley penal, se deberá tener en consideración el interés superior del adolescente, que se expresa en el reconocimiento y respeto de sus derechos. En la aplicación de la presente ley, las autoridades tendrán en consideración todos los derechos y garantías que les son reconocidos en la Constitución, en las leyes, en la Convención sobre los Derechos del Niño y en los demás instrumentos internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes.

Artículo 7º.- Sanción accesoria. El juez estará facultado para establecer, como sanción accesoria a las previstas en el artículo 6º de esta ley y siempre que sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente, la obligación de someterlo a tratamientos de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol.

Artículo 17.- Internación en régimen cerrado con programa de reinserción social. La internación en régimen cerrado con programa de reinserción social importará la privación de libertad en un centro especializado para adolescentes, bajo un régimen orientado al cumplimiento de los objetivos previstos en el artículo 20 de esta ley. En virtud de ello, dicho régimen considerará necesariamente la plena garantía de la continuidad de sus estudios básicos, medios y especializados, incluyendo su reinserción escolar, en el caso de haber desertado del sistema escolar formal, y la participación en actividades de carácter socioeducativo, de formación, de preparación para la vida laboral y de desarrollo personal. Además, deberá asegurar el tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas para quienes lo requieran y accedan a ello.

## 2.12. Ley N° 19925 Sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas

Artículo 1º.- Esta ley regula el expendio de bebidas alcohólicas; las medidas de prevención y rehabilitación del alcoholismo, y las sanciones y los procedimientos aplicables a quienes infrinjan las disposiciones pertinentes

Artículo 26.- Lo dispuesto en el artículo precedente también tendrá lugar respecto de quienes fueren sorprendidos en la vía pública o en lugares de libre acceso al público en manifiesto estado de ebriedad.

En este caso, si una persona hubiere incurrido en dicha conducta más de tres veces en un mismo año, Carabineros denunciará el hecho al juez de policía local correspondiente. Este podrá imponer, en una audiencia que se citará al efecto, alguna de las siguientes medidas:

1º. Seguir alguno de los programas a que se refiere el artículo 33 o un tratamiento médico, psicológico o de alguna otra naturaleza, destinado a la rehabilitación, y

2º. Internarse en un establecimiento hospitalario o comunidad terapéutica que cuente con programas para el tratamiento del alcoholismo, de conformidad a lo dispuesto en los artículos 33 a 38.

Para resolver, el juez de policía local podrá requerir los informes y diligencias que estime convenientes, a efectos de determinar el diagnóstico de habitualidad de ingesta alcohólica.

En su resolución, el juez precisará la duración de la medida, que no podrá exceder de noventa días, renovable, por una vez, por un período similar.

Las resoluciones que apliquen estas medidas serán apelables de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32 de la ley N° 18.287.

Artículo 33.- En todos los Servicios de Salud del país habrá un programa de tratamiento y rehabilitación para personas que presentan un consumo perjudicial de alcohol y dependencia del mismo, los que incluirán atención ambulatoria en todos los establecimientos de salud de nivel primario, sean dependientes de los municipios o de los Servicios de Salud y atención especializada ambulatoria o en régimen de internación.

En estos programas podrán participar complementaria y coordinadamente, Municipalidades, iglesias, instituciones públicas y personas jurídicas de derecho privado, las que también podrán ejecutarlos, todo ello, bajo las normas, fiscalización y certificación del Ministerio de Salud.

En los programas de tratamiento y rehabilitación para bebedores problemas y alcohólicos, deberán establecerse actividades especiales para los menores de dieciocho años.

El reglamento, expedido por intermedio del Ministerio de Salud, determinará las acciones de reeducación preventiva, tratamiento médico o rehabilitación psicosocial, que serán aplicables en cada caso, así como los procedimientos, plazos y entidades responsables de llevarlas a cabo y su adecuada y oportuna comunicación al juez que ordenó la medida.

Artículo 34.- Deberán asistir a dichos programas las personas a que se refiere el artículo 26 y los reincidentes en la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol o en estado de ebriedad.

Lo anterior, salvo que el juez, en su sentencia, resuelva imponerles la medida de seguir otro tratamiento médico, psicológico o de otra naturaleza, destinado a la rehabilitación.

En todo caso, se aplicará lo dispuesto en los incisos tercero, cuarto y quinto del referido artículo 26.

Artículo 35.- En las mismas condiciones, el juez de policía local también podrá ordenar la asistencia a esos programas de tratamiento y rehabilitación del cónyuge o del padre o la madre de familia que habitualmente se encontrare bajo la influencia del alcohol, de modo que no le sea posible administrar correctamente sus negocios o sustentar a su cónyuge e hijos.

Esta medida se dispondrá a petición de cualquiera de los miembros mayores de su familia, oyendo personalmente al interesado y a sus parientes.

Artículo 36.- El juez podrá ordenar la medida de internación no voluntaria, en una unidad de hospitalización del Servicio de Salud correspondiente o en otro establecimiento hospitalario o comunidad terapéutica que proporcione tratamiento para bebedores problemas y alcohólicos, respecto de las personas aludidas en los artículos 34 y 35, en los términos descritos en esas disposiciones y en los incisos tercero, cuarto y quinto del artículo 26.

Artículo 37.- Antes de terminar el período de atención establecido, el Director del Servicio de Salud o su delegado enviará al juez y a la familia del paciente un informe sobre el resultado del tratamiento o internación. En ese informe podrá proponer el término anticipado de la medida o su prórroga, por razones fundadas. En este último caso, el juez podrá extenderla hasta completar ciento ochenta días.

Artículo 38.- A petición de cualquiera de los miembros de la familia del paciente, podrá nombrársele un curador por el tiempo que dure la hospitalización. Los demás tendrán por curador al director del hospital.

Artículo 57.- Del total de las sumas que ingresen por concepto de multas aplicadas por infracción a las disposiciones de esta ley, el 40% se destinará a los Servicios de Salud para el financiamiento y desarrollo de los programas de rehabilitación de personas alcohólicas, y el 60%, a las municipalidades, para la fiscalización de dichas infracciones y para el desarrollo de los programas de prevención y rehabilitación de personas alcohólicas.

Además de los cuerpos legales mencionados, se cuenta con instrumentos regulatorios específicos del Ministerio de Salud, para facilitar la implementación de la legislación relativa a salud mental, entre los cuales se encuentran los siguientes:

**a. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000).**

Tiene como propósito "Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común."

Incluye:

- Un modelo de acción, con valores y principios (biopsicosocial, desarrollo humano, participativo, alta calidad, comunitario).
- Un programa que especifica prioridades y actividades (en atención primaria, de especialidad y urgencia).
- Una red articulada de servicios de salud mental y psiquiatría, con dispositivos comunitarios, ambulatorios y hospitalarios.
- El rol protagónico de las organizaciones de usuarios y familiares.
- Mecanismos de financiamiento para el sistema público de salud, con costeo de las actividades prioritarias.
- Trabajo con otros sectores.
- Instrumentos de regulación para garantizar estándares de calidad.

Incorpora una Norma Técnica para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría, que establece:

- Los Servicios de Salud deberán constituir y desarrollar formalmente una red de servicios de salud mental y psiquiatría en su territorio, la que debe dar forma a un modelo de atención comunitario, en el que un conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, aborden en forma coordinada e integrada, los problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas de la población existentes en un área geográfica determinada.
- La red de servicios de salud mental y psiquiatría de cada Servicio de Salud incluirá, como mínimo, los siguientes componentes estructurales específicos de salud mental y psiquiatría: Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), para áreas con población de alrededor de 50.000 habitantes; Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria, ubicada en un Centro de Referencia de Salud (CRS), Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT) u Hospital General tipo 1 ó 2; Servicio Clínico de Psiquiatría de Corta Estadía (hospitalización no superior a 60 días), ubicado en un Hospital General tipo 1 ó 2; Hospital de Día, adosado y con dependencia administrativa de una Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria o de un Servicio Clínico de Psiquiatría.
- Los Servicios de Psiquiatría de Corta Estadía para el manejo de episodios agudos y actividades de psiquiatría de enlace y psicología de la salud con otros Servicios Clínicos. Reciben pacientes derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y

de otros servicios clínicos del hospital general. Estándar Nacional de Referencia: 1 cama por cada 5.000 a 7.000 adultos beneficiarios. Todos los Hospitales tipo 1 del país deben contar con estos Servicios de Psiquiatría.

**b. *Reglamento para Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y Sobre los Establecimientos que la Proporcionan (Nº 570 de 1998).***

Este reglamento se refiere exclusivamente a los establecimientos de hospitalización psiquiátrica, sean públicos o privados, destinados a otorgar tratamiento curativo o de rehabilitación, a través de un régimen de residencia total o parcial, así como a la organización e infraestructura de estos locales, todo ello con miras a garantizar a los pacientes una adecuada atención de salud.

Regula el ingreso, permanencia y egreso desde estos establecimientos, de las personas que sufren enfermedades mentales.

Una versión actualizada se encuentra en tramitación para su aprobación y formalización.

**c. *Norma Técnica Básica de Autorización Sanitaria para Establecimientos de Salud de Atención Cerrada.***

Las Entidades o Establecimientos de Salud de Atención Cerrada son instituciones asistenciales que otorgan prestaciones de salud en régimen continuado de atención (24 horas) y que deben contar con recursos organizados de infraestructura, equipamiento y personal necesarios para su funcionamiento permanente.

Esta norma técnica se aplicará a todos los hospitales, clínicas y demás establecimientos de salud en que se preste atención cerrada adulta y/o pediátrica para ejecutar fundamentalmente acciones de recuperación y rehabilitación a personas enfermas, a excepción de: residencias protegidas, hogares protegidos, comunidades terapéuticas en modalidad residencial, establecimientos de larga estadía para personas adultas mayores en las que se aplicarán orientaciones formuladas específicamente para este tipo de establecimientos.

Debe ser aplicada en conjunto con las correspondientes Normas Técnicas Específicas y/o Anexos que corresponda de acuerdo a las características de cada Establecimiento (Hospitalización Psiquiatría de corta y mediana estadía (Reglamento Nº 570/98).

Establece requisitos generales para los establecimientos en:

- Infraestructura (Accesibilidad, Condiciones Seguridad General, Recintos Generales, Sitios de Elaboración de Alimentos, Aseo, Recinto Disposición Residuos Sólidos del Establecimiento).
- Organización (Asignación Funciones Y Responsabilidades, Reglamentación Interna/ Manual Normas Y Procedimientos, Sistema de Registros, Documentación Reglamentaria)
- Recursos Humanos (Habilitación Profesional Y Técnica, Director Técnico del Establecimiento).

Establece además requisitos específicos para Unidades de Hospitalización:

- Infraestructura (Planta Física; Modulo Básico de Hospitalización; Estación de Enfermería; Trabajo Limpio; Trabajo Sucio; Ase de Chatas, Recintos Generales).
- Equipamiento (Básico; Equipos de Resucitación Cardiopulmonar).

#### **d. Orientaciones Técnico Administrativas Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta y Mediana Estadía**

Objetivos del Documento: Ser una guía para los equipos técnicos y directivos de las unidades clínicas de hospitalización cerrada y para los gestores de la red asistencial territorial.

Están dirigidas principalmente, al equipo de Salud que trabaja en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estadía y de Mediana Estadía, con el propósito de:

- Ofrecer a los profesionales y directivos, estrategias de gestión clínica que contribuyan a optimizar los recursos existentes, asignándolos en forma eficiente y utilizándolos para alcanzar el impacto esperado
- Ofrecer a los equipos, recomendaciones que contribuyan; en conjunto con otros documentos regulatorios, continuar mejorando la calidad de la atención brindada, en estas Unidades.
- Ofrecer una herramienta técnico - administrativa al equipo responsable para brindar atención en estas unidades a personas con trastornos mentales.
- Incorporar criterios y estándares de calidad de atención, en aspectos de estructura, procesos y resultados, que permitan la mejora continua de la calidad de la atención.

Contiene:

##### 1. Definiciones y Marco Legal, donde se diferencian:

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Corta Estadía para personas de 20 años y más.
- Unidad de hospitalización psiquiátrica de corta estadía para adolescentes en hospital general (población general de adolescentes, más adolescentes infractores de ley [20.084] con sanciones en medio libre).
- Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría Adolescente en Centros Privativos de Libertad.
- Unidad de Hospitalización de Mediana Estadía para Población General, de 20 años y más.
- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Mediana Estadía Adolescentes.

Se describe además el perfil clínico y psicosocial de los usuarios/as de las distintas unidades.

Incluye un listado de documentos regulatorios vigentes.

##### 2. Aspectos Generales para la implementación de Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, establece:

- Coeficientes técnicos y estándares para Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Corta y Mediana Estadía, según población beneficiaria.
- Requisitos generales de la planta física (ubicación, estructura, características de las habitaciones y de los recintos).
- Requisitos del equipamiento y medidas de protección.

##### 3. Estructura y Organización, donde se describe:

- La relación de estas unidades con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría y con la Red Asistencial.

- Las relaciones funcionales de estas unidades con servicios o unidades intra-hospitalarias.
- La relación de estas unidades con las necesidades de cada grupo.
- Los lineamientos de la estructura organizacional para evaluar el desempeño de estas unidades en los diferentes ámbitos.

4. Procedimientos y Actividades Estandarizadas, donde se establecen:

- Criterios de Ingreso
- Objetivos de la atención en cada una de estas unidades
- Proceso de evaluación diagnóstica integral
- Plan Individual de tratamiento integral
- Plan de egreso
- Medidas de contención
- Criterios para terapia electroconvulsiva

5. Trabajo en Equipo y Auto cuidado, donde se plantean:

- Definición de trabajo en equipo
- Riesgos específicos para el personal que trabaja en estas unidades
- Estrategias de autocuidado
- Competencias técnicas necesarias

**e. Guía Planificación y Diseño Unidades Hospitalización Corta Estadía Servicio Psiquiatría**

Como complemento al Reglamento 570, en esta Guía se desarrollan los aspectos referidos a planta física y equipamiento de las Unidades de Hospitalización Corta Estadía, Servicio Psiquiatría. Define:

- Criterios de Localización a nivel de Red Asistencial.
- Criterios de Localización a nivel del Establecimiento.
- Criterios de Organización Interna de la UHCIP.
- Criterios de Diseño Planta Física.
- Caracterización Planta Física.
- Criterios de Construcción.

**f. Norma Técnica N° 85 para el Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol - Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental.**

Regula la atención clínica que se otorga a los adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol /drogas y otros trastornos de salud mental, asimismo entrega orientaciones a los equipos clínicos y técnicos de CONACE y SENAME y otras instituciones involucradas, para lograr los objetivos terapéuticos en las/los adolescentes infractores de ley (la obligatoriedad de sus disposiciones afecta solamente a los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud).

## Comentario final a Anexo 1

Sin perjuicio de la normativa vigente, existen omisiones en la legislación chilena para el ejercicio de los derechos de las personas con enfermedades y/o discapacidad mental, así como, vacíos e inconsistencias legales que afectan la atención de estas personas en lo relativo a:

- Acceso a la atención de salud mental, incluyendo el acceso a la atención menos restrictiva.
- Mecanismos para implementar las disposiciones de la legislación de salud mental.

Así, el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental [60], ha señalado que si bien existen leyes sobre varios aspectos de salud mental, muchas de ellas no cumplen con los estándares internacionales que han fijado especialmente Naciones Unidas y la Organización Mundial de Salud. A continuación se enumeran algunos ejemplos de esta situación:

1. La ley 20.422 no reconoce el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental. En cambio la Convención ONU de Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por Chile en el año 2008, reconoce este derecho.
2. La ley 18.600 permite con facilidad declarar la interdicción de una persona con discapacidad mental y nombrar un curador para que maneje sus bienes. Sin embargo, la Convención ONU reconoce el derecho de estas personas a ser propietarias y controlar sus asuntos económicos (con el apoyo de la(s) persona(s) que la persona con discapacidad mental designe).
3. La ley 20.584 establece que el derecho de las personas con discapacidad mental a leer la información de su ficha clínica puede ser negado a criterio del médico tratante, en contraposición con el estándar de la OMS que señala que este derecho debe ejercerse siempre.
4. La ley 20.584 no contempla la creación de una autoridad independiente para supervisar las hospitalizaciones involuntarias y otras restricciones de derechos ni establece mecanismos de apelación, a diferencia del estándar OMS que contempla ambos aspectos y especifica que dicha autoridad debe ser un organismo de supervisión judicial o cuasi-judicial.
5. La ley 20.584 no reconoce en plenitud el derecho de las personas con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (como es el caso de la esterilización y psicocirugía) porque permite que en ciertas circunstancias otras personas tomen dicha decisión. El estándar de la OMS es que solamente la persona con discapacidad mental puede dar el consentimiento, y si no tuviera la capacidad para hacerlo, no se puede efectuar un procedimiento irreversible.

## Anexo 2. Dispositivos de Salud Mental en el Sector Público Chileno

Comparación entre los años 2004 y 2012.

NÚMERO TOTAL DE DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL EXISTENTES EN EL SECTOR PÚBLICO CHILENO		
Dispositivos	Año 2004	Año 2012
Centros APS con atención de salud mental	472	832
Postas rurales con atención de salud mental	*	723
Centros de salud mental comunitarios	38	89
Unidades de psiquiatría ambulatoria	58	53
Hospitales de día adultos	40	44 (737 Plazas)
Hospitales de día Adolescentes		6 (90 plazas)
Unidades Cortas Estadías de adultos en hospitales generales	17	24 (491plazas)
Unidades Cortas Estadías adolescentes hospitales generales	1	10 (90plazas)
Unidades Cortas Estadías adolescentes en centros privativos de libertad (SENAME)	0	3 (23 plazas)
Centros diurnos	25**	53 (1310 plazas)
Hospitales psiquiátricos	4	4
Unidades Cortas Estadías de adultos en Hospitales psiquiátricos	4	(326 plazas corta estadía)
Hogares protegidos	87 (712 plazas)	156 (1269 plazas)
Residencias protegidas	25	48 (579 plazas)

FUENTE: Unidad de Salud Mental, Dpto. de Gestión de Procesos Clínicos Integrados, División de Gestión de la Red asistencial, Ministerio de Salud de Chile.

### Anexo 3. Número de camas de Red de Psiquiatría Forense

Servicio Salud	NÚMERO DE CAMAS RED DE PSIQUIATRÍA FORENSE					
	UEPI	Mediana Complejidad Adultos	UHCE Adolescente CIP	Mediana Complejidad Adolescente	Alta Complejidad	En proceso de implementación 2014
Arica						12 (UPFT)
Iquique			8			
Antofagasta						
Atacama						
Coquimbo						
Valparaíso						13 (UPFT)
Viña del Mar						8 (UHCE CIP Limache)
Aconcagua	20	60			20	
O'Higgins						
Maule						
Ñuble						
Concepción		23				8 (UHCE CIP Coronel)
Arauco						
Talcahuano						
Biobío						
Araucan. Norte						
Araucan. Sur	8					
Valdivia			5			
Osorno						
Reloncaví						
Chiloé						
Aysén						
Magallanes	6					
M. Norte	40	40	10	16 (UDAC)		46
M. Central						
M. Sur						
M. Oriente						
M. Occidente						
M. Sur Oriente						
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>74</b>	<b>123</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>79</b>

FUENTE: Unidad de Salud Mental, Dpto. de Gestión de Procesos Clínicos Integrados, División de Gestión de la Red asistencial, Ministerio de Salud de Chile.

### Anexo 4. Criterios Constructivos

MATERIALES O ELEMENTOS CONSTRUCTIVOS		
Elementos constructivos	Material recomendado	Observación
Pavimentos	Baldosa micro vibrada	Los pavimentos en unidades de salud mental deben cumplir al menos tres condiciones: que sean ignífugos, es decir, no combustibles; monolíticos es decir, que no sean desmontables (piso flotantes o de madera) y que sean antideslizantes, para impedir la caída de funcionarios, pacientes y familiares.
	Losa afinada	
	PVC continuo de alto tránsito	
Muros perimetrales del edificio	Hormigón	Deben tener las siguientes características: que sean ignífugos, es decir, no combustibles; de alta resistencia al impacto y monolíticos, es decir, que no sean desmontable, horadables o perforables (no considerar placas de madera, yeso cartón, albañilería, fibrocemento, etc.)
Muros y tabiques interiores	Hormigón	Deben tener las siguientes características: que sean ignífugos, es decir, no combustibles; y resistentes a golpes, este último punto es de mucha importancia, puesto que se debe evitar que los pacientes utilicen material para auto inferirse heridas o herir a terceros, deben ser materiales de construcción anti vandálicos.
	Fibrocemento de 8 mm	
Guardapolvo o cornisas	Metálico	No considerar guardapolvos de ningún material (metálico, PVC, poliestireno o madera) debido a que son elementos que pueden ser extraídos por los pacientes y ser transformados en elementos de auto agredirse o para agredir a terceros.
	PVC	
	Poliestireno	
	Madera	
Cielos	Losa hormigón	Deben cumplir las siguientes características: que sean ignífugos, es decir, no combustibles; resistentes a golpes; no desmontables, es decir, absolutamente anti vandálicos. Es por ello que quedan excluidos de ser utilizados los cielos de placa o cielos falsos de vulcanita o poliestireno.
Puertas principales, salas multipropósito, comedor, estar, salas de hospitalización, box, baños, etc.	Madera	Las puertas deben impedir que sean extraídas, de alta resistencia al impacto, con revestimiento de Vinil Acrílico de alto impacto, alta densidad, resistente a altas temperaturas o pintura ignífugas, en resumen anti vandálicas. De tener algún porcentaje de su superficie traslucida o transparente esta debe ser un vidrio blindado, con film por ambas caras o en su defecto policarbonato de 8mm. Queda excluido de estas unidades el vidrio simple. Todas las puertas deben abrir por el exterior de los recintos, para tener acceso a estos en caso de emergencia.
Puertas de evacuación	Metálicas	Su ubicación deberá ser tal que quede a resguardo y control de los encargados y funcionarios de la unidad y alejadas de las áreas de trabajo terapéutico. Sus especificaciones de acuerdo a las indicaciones del fabricante (estándar).
Marcos de puertas	Acero	Los marcos de estas deben ser metálicos fijados a muro de hormigón. Anti vandálicas. De vaivén o de instalación normal.
	Aluminio	
Cerraduras de puertas		Considerar cerradura embutidas de seguridad. No considerar cerraduras sobrepuestas.

Ventanas , protecciones y vidrios	Metálica	Los marcos de estas deben ser metálicos, fijados a muro. Todo tipo de protección debe ser por el exterior del edificios y deber ser fijado a muro perimetral de manera vertical. Las dimensiones de las ventanas de estas unidades de salud deben ser de dimensiones que no superen los 30cm., para el caso de las ventanas de muros perimetrales del edificio (evitar fugas) lo que no es aplicable a ventanales que den a patios interiores de la unidad. Los vidrios deben ser laminados, templados o inastillables o en su defecto policarbonato monolítico de 6mm. Se descarta vidrios simples.
	Con Protección	
Artefactos sanitarios	Anti vandálicos	Los artefactos deben contar con las siguientes características, alta resistencia al impacto e incombustible. Se considera WC y lavamanos.
	Acero de inoxidable	
	Acero de resina	
Portarollos, jaboneras, espejos, cortinas	De PVC	Todos los accesorios de baños deben ser anti vandálicos. Los espejos que se utilicen serán de Acero Inoxidable Brillante (Calibre 20). El porta rollo será Jumbo y que será instalado fuera de la cabina de WC. Las cortinas de ducha irán sujetas directamente a cielo y su resistencia a peso será mínima.
	Anti vandálicos	
Revestimiento en baños	Pintura Sintética	La instalación de cerámicas no es recomendada por sus características de baja resistencia a impacto, por ello solo se recomienda pintura.
	Esmalte al agua	
Celosías de ventilación	Afianzadas con tornillos inviolables	
	Acero inoxidable	
Pinturas	Sintéticos	
	Esmalte al agua	
Mobiliario urbano o exterior	Hormigón granítico	Todo tipo de mobiliario debe estar afianzado o fijado a superficie de piso o muro, según corresponda, para que esta sea inamovible. Las características de estos deben impedir su manipulación o deformación. Deben ser mobiliarios resistentes, de alto impacto a golpes e ignífugos.
	Hormigón visto	
	Metálico	
Mobiliario interior aéreo	Fijados a muros de hormigón.	Mobiliario de almacenamiento de insumos clínicos, instrumental y fármacos con cerradura con llave.
	Fijado a estructura de tabique	
	Ignífugo	
Camas	Hormigón	Las camas deben permitir abordar al paciente desde sus 3 costados, debe ser de material ignífugo.
	Metálicas	
Closet	Hormigón	En dormitorio se considera closet en obra (hormigón) con repisas, puertas sin manillas, solo con un sacado en su borde.
Casilleros	Hormigón	En obra. Medios casilleros con chapa con sistema de moneda u otro que cumpla con normas de seguridad.
Techumbres	Planchas de acero	

INSTALACIONES	
Tipo instalación	Observación
Griferías	Anti vandálicas.
Llaves de paso	Para cada recinto y controladas por personal desde fuera del recinto que atiende.
Piletas y desagües de baño	Pileta debe considerar rejilla protección a partir de plancha de acero inoxidable de 5 mm de espesor, afianzada con tornillos inviolables o anti vandálica.
Climatización	Esta debe ser embutida en cielo.
Instalaciones eléctricas	No se considera enchufes en dormitorios, estas deben ser todas embutidos.
Teléfonos	De existir un teléfono para el uso de los pacientes este debe estar ubicado en la estación de enfermería. Las características de este serán: panel de acero inoxidable de calibre pesado, un teclado de tonos táctil de metal, un cable blindado, un auricular de servicio pesado. Transmisor y receptor con conexiones selladas, conectores de tope rellenos de gel y placa de circuito selladas.
Televisor	La instalación de un televisor puede ser fijado a altura suficiente que impida la extracción de este, con una placa de protección de policarbonato traslúcido o en su defecto embuto a muro.
Luminarias	Embutidas
	Anti vandálicas
Tecnovigilancia o circuito de cámara.	Para resguardar los derechos de los pacientes no está permitida la instalación de cámaras. Se sugiere un espejo panorámico de seguridad (de estacionamientos) de acero inoxidable.
Red húmeda y seca	Considerar ubicación de gabinetes en zonas restringidas a personas hospitalizadas.
Extintores	En gabinetes de PVC con sistema de cierre plástico.
Bajadas de aguas lluvias	No considerar en patios de unidades de salud mental infante adolescente.

## Anexo 5. Definición de espacios UHCIP. Adulto, 24 plazas

UNIDADES HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA 24 PLAZAS ADULTO (MÁXIMO)					
Áreas	Descripción actividades asignadas a recintos	Criterios definición m <sup>2</sup> e instalaciones	Nº recintos	Sup. Recinto	Total
<b>ADMINISTRACIÓN</b>					<b>50</b>
Espera adulto		Enchufes, voz y datos (para instalación de TV para pasar cápsulas de Salud Mental).	1	30	30
Recepción	Recepción y coordinación de usuarios y familiares.	Punto de red, voz y datos. Botón de pánico.	1	10	10
Baños públicos		1 baño universal de 4m <sup>2</sup> , 1 baño mujeres de 3m <sup>2</sup> , 1 baño hombres 3m <sup>2</sup> .	1	10	10
<b>ÁREA MÉDICO-TÉCNICA</b>					<b>186</b>
Oficina jefatura	Actividades administrativas	Escritorio, sillas, repisero. Punto red voz y datos. Botón de pánico.	1	9	9
Oficina enfermera/o	Actividades administrativas	Escritorio, sillas, repisero. Punto red voz y datos. Botón de pánico.	1	9	9
Oficina otros profesionales	Sala de elaboración informe, peritajes, espacio de trabajo administrativo para becados.	Escritorio, sillas, repisero. Punto red voz y datos.	1	12	12
Sala de reuniones	Reuniones del equipo de trabajo	Punto de red, voz y datos.	1	25	25
Sala de entrevista	Primera entrevista a la persona hospitalizada, su familia, más profesionales del equipo (3 a 4).	Punto de red, voz y datos. Botón de pánico.	1	15	15
Oficina trabajador/a social	Ingreso y ficha de paciente.	Punto de red, voz y datos. Botón de pánico.	2	6	12
Box atención	Trabajo de terapia psicológica o psiquiátrica individual.	Punto de red, voz y datos. Botón de pánico. Sin camilla.	6	9	54
Box multipropósito	Revisión físico-clínica del paciente.	Punto de red, voz y datos. Botón de pánico. Con camilla.	2	12	24

Sala entrevista paciente	Terapia para un máximo de 2 usuarios, más terapeuta.	Son dos recintos separados por tabique mixto, es decir, tabique con antepecho opaco de 0,50 mts. de altura y el resto del tabique con vidrio espejo templado o inastillable. Punto de red voz y datos (Telemedicina o video conferencias).	1	9	9
Sala seguimiento a la entrevista (sala espejo)	Seguimiento y visualización de la entrevista o terapia de profesionales del área.		1	15	15
Área lockers familiares		Empotrado, tamaño cartera tipo supermercado con llave.	1	2	2
<b>ÁREA TERAPIAS GRUPALES</b>					<b>188</b>
Sala de estimulación cognitiva	Mesas, sillas, escritorios.	Sala para trabajo cognitivo con equipamiento (dosier de artículos pedagógicos, etc.)	1	12	12
Sala Multiuso	<b>Sala Multipropósito 1:</b> Trabajo grupal de validación, organización interna, de convivencia, normativa y protocolos internos, trabajo de manualidades, con la totalidad de personas hospitalizadas, más terapeutas. <b>Sala Multipropósito 2:</b> Trabajo o talleres de música, pintura, baile, ejercicios físicos de relajación, terapias grupales.	Closet para guardar materiales y bodega de implementos (con chapa exterior), computador, colchonetas para relajación, 4 mesas 0.80 x 0.80 para 4 personas, 24 sillas. Punto de red, voz y datos.	2	45	90
Sala taller computación	Mesones perimetrales empotrados para 6 computadores.	5 sillas + 1 silla terapeuta.	1	9	9
Comedor - Estar	Actividades de aprendizaje de vida diaria.	Equipamiento completo, mesas, sillas, sillones, pizarra. TV, DVD, equipo audio, data.	1	45	45

Actividades de la vida diaria (Kitchenette - Repostero)	Actividades de aprendizaje de vida diaria en los procesos de servir y preparar alimentos. Todas las comidas son con la totalidad de los pacientes.	Mesón, espacio para carros de transporte de alimentos, microondas, hervidor, contenedor desechos orgánicos, depósito lavado profundo. El diseño del recinto puede considerar el que este se conecte en mayor o menor medida en relación a la actividad a desarrollar (pasamuros amplio y puerta con conexión directa a comedor)	1	12	12
Patio para actividades al aire libre	Estar exterior, fumar, actividades recreativas (pingpong, taca taca).	Debe contar con cobertizo o techo, para uso en condiciones climáticas lluviosas. Por ser área exterior cubierta, solo se contabiliza la mitad de la superficie, mobiliario, equipamiento deportivo, etc.	1	40	20
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>					<b>408</b>
Estación enfermería			1	10	10
Área limpia			1	6	6
Área sucia			1	4	4
Bodega insumos clínicos			1	6	6
Residuos sólidos transitorios			1	4	4
Sala de procedimientos	Aplicación de tratamiento inyectable antipsicóticos, toma de exámenes de sangre y de orina, monitor de signos vitales, mesa mayo. Conexión a gases clínicos.	Camilla, mesones, área limpia, área sucia 18m <sup>2</sup> , baño 3m <sup>2</sup> + bodega de 4m <sup>2</sup> (equipo de terapia electroconvulsiva, monitores, etc.)	1	18	18
Sala de terapia electroconvulsiva + área de recuperación (2 camillas)	Monitor de signos vitales, mesa mayo. Conexión a gases clínicos.	Camilla, mesones, área limpia, área sucia 18m <sup>2</sup> , baño 3m + bodega de equipo 4m <sup>2</sup> (equipo de TEC, monitores, etc.)	1	30	30

Sala de cuidados especiales		Cama articulada, recinto de lavachata debe quedar cercano, debe poseer revestimiento acolchado liso y con conexión a gases medicinales.	2	12	24
Baños usuarias mujeres		Baño incluye, ducha, WC, lavamano (2 duchas, 2 lavamanos, 2 WC + espacio circulación y espacio para vestirse)	1	22	22
Baños usuarios hombres		Baño incluye, ducha, WC, lavamano (2 duchas, 2 lavamanos, 2 WC + espacio circulación y espacio para vestirse)	1	22	22
Sala hospitalización 2 camas		2 camas	12	20	240
Baño universal mujeres		Baño incluye, ducha, WC, lavamano, espacio silla ruedas.	1	5	5
Baño universal hombres		Baño incluye, ducha, WC, lavamano, espacio silla ruedas.	1	5	5
Balneoterapia (baño asistido)	Es para el aseo de personas con problemas de movilidad permanente o transitoria y que requiere de la asistencia de 1 o 2 profesionales (personas con necesidades especiales, tercera edad, etc.)	Para el baño de paciente con 2 operadores, tina, WC, lavamanos.	1	9	9
Área casilleros personas hospitalizadas	Para guardar las pertenencias de cada usuario hospitalizado (ropa, artículos de aseo) con control o supervisión de terapeutas y clínicos.	En obra. Contabilizar un casillero por persona hospitalizada. Los casilleros o lockers deben ir fijos a piso y muros. Debe contar con cierre ya sea de candado, clave o moneda (sistema de supermercado).	1	3	3
<b>ÁREA APOYO</b>					<b>42</b>
Estacionamiento silla de ruedas	Para guardar equipamiento necesario de traslado de pacientes.	3 sillas de ruedas plegadas	1	1	1

Bodega de ropa general			1	6	6
Bodega insumos generales	Para el almacenamiento de papelería, artículos de escritorio.		1	2	2
Estar equipo	Espacio para colación y descanso	Incluye mesa + sillón o berger + kitchenette (microondas u horno eléctrico, hervidor y loza).	1	12	12
Baños funcionarias mujeres			2	3	3
Baños funcionarios hombres			2	3	3
Lavachatas		Cercano a sala de cuidados especiales	1	5	5
Aseo			1	4	4
Tableros generales			1	6	6

<b>SUPERFICIE NETA</b>		874
<b>JARDINES</b>		0
<b>Circulaciones y muros 45%</b>		393,3
<b>SUPERFICIE SUBTOTAL</b>		1267,3
<b>ESTACIONAMIENTOS GENERALES</b>	Según Plan Regulador Comunal (en promedio es 1 cada 80m <sup>2</sup> )	350
<b>ESTACIONAMIENTO AMBULANCIA</b>	1	24
<b>SUPERFICIE TOTAL</b>		1641,3

## Anexo 6. Definición de espacios UHCIP. Infante adolescente, 10 Plazas

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN CUIDADOS INTENSIVOS 10 PLAZAS ADOLESCENTE (MÁXIMO)					
Áreas	Descripción actividades asignadas a recintos	Criterios definición m <sup>2</sup> e instalaciones	Nº recintos	Sup. Recinto	Total
<b>ADMINISTRACIÓN</b>					<b>35</b>
Espera familiares		Enchufes, voz y datos (para instalación de TV para pasar cápsulas de Salud Mental )	1	15	15
Recepción	Recepción y coordinación de usuarios y familiares.	Mesón de atención para un máximo de 2 personas. Punto de red, voz y datos. Botón de pánico.	1	10	10
Baños públicos		1 Baño universal de 4m <sup>2</sup> , 1 baño mujeres de 3m <sup>2</sup> , 1 baño hombres 3m <sup>2</sup> .	1	10	10
<b>AREA MÉDICO-TÉCNICA</b>					<b>130</b>
Oficina jefatura	Actividades administrativas	Escritorio, sillas, repisero.	1	9	9
Oficina coordinación enfermería	Actividades administrativas	Escritorio, sillas, repisero.	1	9	9
Oficina otros profesionales	Sala de informe compartida entre diversos profesionales y/o técnicos, peritajes, espacio de trabajo administrativo para los becados.	Mesones, punto de red voz y datos al menos para cuatro computadores.	1	12	12
Sala de reuniones	Reuniones del equipo de trabajo.	Mesa de reuniones para 15 personas, data, punto de red, voz y datos.	1	25	25
Sala de entrevista	Primera entrevista al usuario/a, su familia más profesionales del equipo (3 a 4).	Escritorio, sillas, punto de red, voz y datos. Botón de pánico.	1	15	15
Oficina trabajador/a social	Ingreso y ficha de persona hospitalizada.	Escritorio, sillas, punto de red, voz y datos. Botón de pánico.	1	6	6
Box atención	Trabajo de terapia psicológica o psiquiátrica individual.	Incluye escritorio, sillas, lavamanos, camilla, botón de pánico.	2	9	18
Box examen físico	Examen físico-clínico de la persona hospitalizada.	Punto de red, voz y datos. Botón de pánico. Con camilla.	1	12	12
Sala entrevista adolescente hospitalizado/a.	Terapia de personas hospitalizadas.	Son dos recintos separados por tabique mixto, es decir, tabique con antepecho opaco de 0.50 mts. de altura y el resto del tabique con vidrio espejo templado o inastillable. Punto de red voz y datos (Telemedicina o video conferencias).	1	9	9

Sala seguimiento a la entrevista (sala espejo).	Seguimiento y visualización de la entrevista o terapia de profesionales del área.		1	15	15
<b>ÁREA TERAPIAS GRUPALES</b>					<b>156</b>
Sala de estimulación cognitiva.	Mesas, sillas, escritorios.	Sala para trabajo cognitivo con equipamiento (dosier de artículos pedagógicos, etc.)	1	12	12
Sala multiuso	<p><b>Sala Multipropósito 1:</b> Trabajo grupal de validación, organización interna, de convivencia, normativa y protocolos internos, trabajo de manualidades, con la totalidad de las personas hospitalizadas, más terapeutas.</p> <p><b>Sala Multipropósito 2:</b> Trabajo o talleres de música, pintura, baile, ejercicios físicos de relajación, terapias grupales. Salas contiguas con tabique móvil para generar un solo gran espacio (75 m<sup>2</sup>).</p>	Closet para guardar materiales y bodega de implementos (con chapa exterior), computador, colchonetas para relajación, 4 mesas 0.80 x 0.80 para 4 personas, 10 sillas.	2	35	70
Sala de computación	Mesón empotrado y 5 sillas (4 adolescentes + 1 terapeuta).	Para 4 computadores.	1	9	9
Comedor - Estar	Actividades de aprendizaje de vida diaria.	Equipamiento completo, mesas, sillas, sillones pizarra. TV, DVD, equipo audio, data.	1	35	35
Actividades de la vida diaria (Kitchenette - Repostero)	Actividades de aprendizaje de la vida diaria en los procesos de servir y preparar alimentos. Todas las comidas son con la totalidad de adolescentes hospitalizados/as. Mesones con puerta y llave.	Mesón, espacio para carros de transporte de alimentos, microondas, hervidor, contenedor desechos orgánicos, depósito lavado profundo. El diseño del recinto puede considerar el que este se conecte en mayor o menor medida en relación a la actividad a desarrollar (pasamuros amplio y puerta con conexión directa a comedor).	1	9	9

Patio para actividades al aire libre	Estar exterior, actividades recreativas (pingpong, taca taca).	Debe contar con cobertizo o techo, para uso en condiciones climáticas lluviosas. Por ser área exterior cubierta, solo se contabiliza la mitad de la superficie. Espacio definido para trabajo en grupos de personas hospitalizadas no con la totalidad de ellos. Mobiliario fijo, equipamiento deportivo, etc.	1	40	20
Área locker visitas y familiares		Empotrado, en obra, tamaño cartera tipo supermercado con chapa con llave o moneda.	1	1	1
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>					<b>225</b>
Estación enfermería			1	10	10
Área limpia			1	6	6
Área sucia			1	4	4
Bodega insumos clínicos			1	6	6
Residuos sólidos transitorios			1	4	4
Sala de procedimientos	Aplicación de tratamiento inyectable, antipsicóticos, toma de exámenes de sangre y de orina, monitor de signos vitales, mesa mayo. Conexión a gases clínicos.	Camilla, mesones, área limpia, área sucia 18m <sup>2</sup> , baño 3m <sup>2</sup> + bodega de equipo 4m <sup>2</sup> (equipo de anestesia, equipo de electro convulsiva, monitores, etc.)	1	18	18
Baños adolescentes hospitalizadas		Baño incluye, ducha, WC, lavamano (1 duchas, 1 lavamanos, 1 WC + espacio circulación y espacio para vestirse).	1	22	22
Baños adolescentes hospitalizados		Baño incluye, ducha, WC, lavamano (1 duchas, 1 lavamanos, 1 WC + espacio circulación y espacio para vestirse).	1	22	22
Habitaciones 2 camas			5	20	100
Sala cuidados especiales 1 cama		Cama articulada. Debe quedar cercana al recinto de lavachata, debe poseer revestimiento acolchado y con conexión a gases medicinales.	1	12	12
Baños universales		Baño incluye, ducha, WC, lavamano, espacio para silla de ruedas.	2	5	10

Balneoterapia (baño asistido)	Higiene de adolescentes hospitalizados/as con problemas de movilidad permanente o transitoria y que requiere de la asistencia de 1 o 2 integrantes del equipo (personas con necesidades especiales, tercera edad, etc.)	Para el baño de paciente con 2 operadores, tina, WC, lavamanos.	1	9	9
Área casilleros adolescentes hospitalizados/as	Para guardar las pertenencias personales (ropa, artículos de aseo) con control o supervisión de terapeutas o clínicos.	Contabilizar un casillero por persona. Los casilleros o lockers deben ir fijos a piso y muros. Debe contar con cierre ya sea de candado, clave o moneda (sistema de supermercado).	1	2	2
ÁREA APOYO					48
Estacionamiento silla de ruedas	Para guardar equipamiento necesario para traslado de personas hospitalizadas.	Espacio para 3 sillas de ruedas plegadas	1	1	1
Bodega insumos			1	6	6
Bodega ropa general			1	4	4
Estar del equipo	Espacio para colación y descanso.	Incluye mesa + sillón o berger + kitchenette + microondas u horno eléctrico + hervidor, loza.	1	10	10
Baños funcionarias mujeres			2	3	6
Baños funcionarios hombres			2	3	6
Lavachatas		Cercano a sala de cuidados especiales	1	5	5
Aseo			1	4	4
Tableros generales			1	6	6

<b>SUPERFICIE NETA</b>		<b>594</b>
<b>JARDINES</b>		<b>0</b>
<b>Circulaciones y muros 45%</b>		<b>267</b>
<b>SUPERFICIE SUBTOTAL</b>		<b>861</b>
<b>ESTACIONAMIENTOS GENERALES</b>	Según Plan Regulador Comunal (en promedio es 1 cada 80m <sup>2</sup> )	<b>350</b>
<b>ESTACIONAMIENTO AMBULANCIA</b>	1	<b>24</b>
<b>SUPERFICIE TOTAL</b>		<b>1235</b>

## Anexo 7. Equipamiento Unidad Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría. Adulto, 24 plazas

EQUIPAMIENTO PARA UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA					
		Recinto	Equipo/ Equipamiento	Cantidad	Observaciones
Administración	Espera Familiares	Espera familiares	Banquetas	20	En obra
		Espera familiares	Televisión	1	Con soporte
	Recepción	Recepción	Mesón	1	De atención, en obra
		Recepción	Estante	1	Estante en obra con llave
		Recepción	Silla de visita	2	
Área médico técnica	Oficina jefatura	Oficina jefatura	Escritorio	1	
		Oficina jefatura	Silla ergonómica	1	
		Oficina jefatura	Silla de visita	2	
		Oficina jefatura	Pizarra acrílica	1	
		Oficina jefatura	Estante biblioteca	1	
	Oficina enfermera/o	Oficina enfermera/o	Escritorio	1	
		Oficina enfermera/o	Silla ergonómica	1	
		Oficina enfermera/o	Silla de visita	2	
		Oficina enfermera/o	Pizarra acrílica	1	
		Oficina enfermera/o	Estante biblioteca	1	
	Oficina otros profesionales	Oficina otros profesionales	Mesón	1	Empotrado en obra, 4 puestos
		Oficina otros profesionales	Silla ergonómica	4	
		Oficina otros profesionales	Estante colgante	4	En obra
	Sala de entrevista	Sala de entrevista	Mesa redonda	1	Mesa redonda de reuniones
		Sala de entrevista	Sillón 3 cuerpos	1	
		Sala de entrevista	Sillas de visita	4	Con apoya brazos
		Sala de entrevista	Pizarra acrílica	1	
	Oficina trabajador/a social	Oficina trabajador/a social	Escritorio	1	
		Oficina trabajador/a social	Silla ergonómica	1	
		Oficina trabajador/a social	Silla de visita	2	
Oficina trabajador/a social		Estante biblioteca	1		

Área médico técnica	Box examen físico	Box atención	Escritorio	1		
		Box atención	Silla ergonómica	1		
		Box atención	Silla de visita	2		
		Box atención	Estante colgante	1	En obra	
		Box atención	Camilla	1		
	Box atención	Box atención	Escritorio	1		
		Box atención	Silla ergonómica	1		
		Box atención	Silla de visita	2		
		Box atención	Estante colgante	1	En obra	
		Box atención	Berger	2		
	Sala de espejo	Sala entrevista persona hospitalizada	Sillones 1 cuerpo	4	Nunca estarán más de 2 personas atendidas en esta sala, 2 sillones para el equipo clínico, 1 para paciente, 1 para acompañante.	
		Sala de seguimiento a la entrevista	Escritorio mural	1		
		Sala de seguimiento a la entrevista	Silla ergonómica	1		
		Sala de seguimiento a la entrevista	Sillas apilables	10		
		Sala de seguimiento a la entrevista	Estante	1		
		Sala de seguimiento a la entrevista	Pizarra acrílica	1		
		Sala de reunión	Sala de reunión	Mesa de reunión	1	
	Sala de reunión	Sala de reunión	Pizarra acrílica	1		
		Sala de reunión	Sillas de reunión	15		
	Área lockers familiares	Área lockers familiares	Lockers	24	Empotrado, tamaño cartera tipo supermercado con llave, bolsos medianos y carteras.	
	Áreas terapias grupales	Sala de estimulación	Sala de estimulación	Escritorio mural	1	
			Sala de estimulación	Silla ergonómica	1	
			Sala de estimulación	Sillas apilables	12	
Sala de estimulación			Mesa redonda	1		
Sala de estimulación			Set estimulación cognitiva adulto	2	Set de al menos 6 tipos de actividades distintas.	
Sala de estimulación			Mueble estante	1	Con llave	

Áreas terapias grupales	Sala multiuso 1	Sala multiuso 1	Set de terapia artística	1	Guitarras, palos de agua, flautas, taller pintura (evaluar en cada proyecto).
		Sala multiuso 1	Sillón 3 cuerpos	3	
		Sala multiuso 1	Mesa de ping pong	1	
		Sala multiuso 1	Taca Taca	1	
		Sala multiuso 1	Sillas apilables	15	
		Sala multiuso 1	Colchonetas	10	
		Sala multiuso 1	Juegos de salón	4	Pictograma, craneun, ajedrez, scrable, la carrera del saber, etc.
		Sala multiuso 1	Pizarra acrílica	1	
		Sala multiuso 1	Pizarra corcho	1	
		Sala multiuso 2	Radio	1	
		Sala multiuso 2	Televisión	1	Con soporte
		Sala multiuso 2	DVD	1	
		Sala multiuso 2	Trotadora	1	
		Sala multiuso 2	Bicicleta estática	1	
		Sala multiuso 2	Sillas apilables	15	
		Sala multiuso 2	Colchonetas	10	
		Sala multiuso 2	Balones terapéuticos	10	
		Sala multiuso 2	Pizarra acrílica	1	
		Sala multiuso 2	Pizarra corcho	1	
	Taller de computación	Taller de computación	Mesón	1	Empotrado en obra, 4 puestos.
		Taller de computación	Sillas ergonómicas	4	
		Taller de computación	Pizarra acrílica	1	
		Taller de computación	Pizarra corcho	1	
		Taller de computación	Software de entrenamiento cognitivo	4	

Áreas terapias grupales	Comedor-Estar	Comedor-Estar	Sillones 2 cuerpos	2	Sillón tipo living
		Comedor-Estar	Mesas casino		Redonda. Debe considerar a las personas hospitalizadas y al personal.
		Comedor-Estar	Silla casino	35	Debe considerar a los usuarios y visitas. Apilables. Cantidad aproximada: N° de usuarios *3
		Comedor-Estar	Televisor 42"	1	Con soporte
		Comedor-Estar	Equipo de audio	1	
		Comedor-Estar	DVD	1	
		Comedor-Estar	Karaoke	1	
		Comedor-Estar	Material de psicoeducación	1	
		Comedor-Estar	Mueble biblioteca	1	Con selección de libros y revistas, empotrado.
	Actividad Vida Diaria (AVD)	Kitchenette (repostero)	Mueble kitchenette	1	Mesón empotrado con llave (acero inoxidable, ventaja para talleres de gastronomía simple), en obra.
		Kitchenette (repostero)	Refrigerador doméstico	1	
		Kitchenette (repostero)	Microondas y/u horno eléctrico	1	De acuerdo a lo que prepararán los pacientes.
		Kitchenette (repostero)	Set utensilios de cocina	1	Definir según proyecto.
		Kitchenette (repostero)	Mesón de apoyo	1	Mesón empotrado con llave.
		Kitchenette (repostero)	Hervidor	1	
	Patio para actividades al aire libre	Patio para actividades al aire libre	Bicicleta estática	1	Revisar ubicación final de acuerdo al proyecto.
		Patio para actividades al aire libre	Trotadora	1	
		Patio para actividades al aire libre	Banquetas		En obra
	Área lockers familiares	Área lockers familiares	Lockers	24	Empotrado, tamaño tipo supermercado con chapa de llave o moneda.

Hospitalización	Estación de enfermería	Estación de enfermería	Mesón de estación de enfermería	1	
		Estación de enfermería	Sillas ergonómicas	2	
	Área limpia	Área se almacenamiento de medicamentos	Frigobar con sensor de temperatura externo.	1	Para guardar medicamentos, 80 lt. aprox. con llave
		Área se almacenamiento de medicamentos	Mueble farmacia	1	Mueble en obra con llave
		Área se almacenamiento de medicamentos	Mesón de trabajo	1	Mesón de trabajo en obra
	Área sucia	Área sucia	Mesón	1	Mesón con lavado profundo en obra
	Sala de procedimiento	Sala de procedimiento	Balanza adulto con tallímetro	1	
		Sala de procedimiento	Camilla de transporte	1	
		Sala de procedimiento	Escabel	1	
		Sala de procedimiento	Carro de curación	1	
		Sala de procedimiento	Carro de procedimientos	1	
		Sala de procedimiento	Carro de dosis unitaria	1	
		Sala de procedimiento	Mesón área limpia/ área sucia	1	
		Sala de procedimiento	Electrocardiógrafo 3 canales	1	
		Sala de procedimiento	Bomba de infusión volumétrica	1	
		Sala de procedimiento	Monitor presión arterial con oximetría	1	
		Sala de procedimiento	Negatoscopio	1	
		Sala de procedimiento	Mesa mayo	1	
		Sala de procedimiento	Lámpara de examen	1	
		Sala de procedimiento	Oto-oftalmoscopio	1	
Sala de procedimiento		Mesón administrativo	1	En obra	
Sala de procedimiento		Piso taburete	1		
Sala de procedimiento		Set de instrumental de curación	3		
Sala de procedimiento		Set de instrumental de sutura	3		

Hospitalización	Sala de terapia electroconvulsiva + Área de recuperación (2 camillas)	Sala de terapia electroconvulsiva + Área de recuperación (2 camillas).	Equipo de terapia electroconvulsiva	1	
		Sala de terapia electroconvulsiva + Área de recuperación (2 camillas)	Modelo 1	Ventilador mecánico de transporte	1
				Monitor ECG baja complejidad con capnografía.	1
			Modelo 2	Máquina de anestesia básica con monitor ECG Baja complejidad con análisis de gases	1
		Sala de terapia electroconvulsiva + Área de recuperación (2 camillas)	Monitor presión arterial con oximetría	2	
		Sala de terapia electroconvulsiva + Área de recuperación (2 camillas)	Torniquete eléctrico	1	
		Sala de terapia electroconvulsiva + Área de recuperación (2 camillas)	Carro de curación	1	
		Sala de terapia electroconvulsiva + Área de recuperación (2 camillas)	Camilla de transporte	3	Hidráulica. Sube, baja, incluye portasuero, con freno y ruedas de 6". 1 para sala electroconvulsiva y 2 para sala de recuperación.
		Sala de terapia electroconvulsiva + Área de recuperación (2 camillas)	Escabel	3	
		Sala de terapia electroconvulsiva + Área de recuperación (2 camillas)	Carro de paro completo	1	
		Sala de terapia electroconvulsiva + Área de recuperación (2 camillas)	Mesa Mayo	1	
		Sala de terapia electroconvulsiva + Área de recuperación (2 camillas)	Mesón área limpia/ área sucia	1	Puerta con llave y superficie lavable

Hospitalización	Sala cuidados especiales (2 recintos)	Habitación 1 cama	Catre clínico mecánico empotrado	1	Debe quedar cercano al recinto de lavachata, la sala de cuidados especiales debe poseer revestimiento acolchado y con conexión a gases medicinales. El catre, además de empotrado a baja altura para evitar caídas, debe ser en lo posible acolchado completamente.
		Habitación 1 cama	Closet en obra empotrado	1	
	Habitación 2 camas (12 recintos)	Habitación 2 camas	Catre clínico mecánico	2	
		Habitación 2 camas	Closet en obra empotrado	2	Empotrado
		Habitación 2 camas	Cuna lactante	1	En bodega
	Balneoterapia (baño asistido)	Balneoterapia (baño asistido)	Tina empotrada en obra	1	Con acceso por tres costados y con sistema antideslizante
	Área casillero persona hospitalizada	Área casillero persona hospitalizada	Lockers	24	Empotrado, de un cuerpo, con sistema de seguridad, con llave.
Área de apoyo	Estacionamiento de silla de rueda	Estacionamiento de silla de rueda	Silla de ruedas	3	
	Estar equipo	Estar equipo	Mesa de comer	1	De acuerdo a RRHH
		Estar equipo	Silla de visita	4	De acuerdo a RRHH
		Estar equipo	Sillón 2 cuerpos	1	Considerar hervidor microondas, frigobar, vajilla, y cubiertos
	Lavachata	Lavachata	Mobiliario y frutillar	1	Debe quedar cercano a recinto de Sala de Cuidados Especiales

**Notas:**

- 1) Todos los recintos debe haber un botón de pánico.
- 2) El Equipamiento computacional es parte de TICS.
- 3) Cada habitación debe contar con regulación de luz.
- 4) El equipamiento que forma parte del estar equipo: hervidor, microonda, televisor y frigobar.

## Anexo 8. Equipamiento Unidad Hospitalización Cuidados Intensivos en Psiquiatría. Infante adolescente, 10 plazas

EQUIPAMIENTO PARA UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PSIQUIATRÍA					
		Recinto	Equipo/ Equipamiento	Cantidad	Observaciones
Administración	Espera familiares	Espera familiares	Banquetas	15	En obra
		Espera familiares	Televisión	1	Con soporte
	Recepción	Recepción	Mesón	1	De atención, en obra
		Recepción	Silla de visita	2	
		Recepción	Estante en obra	1	Estante en obra con llave
Recepción	Silla ergonómica	2			
Área médico técnica	Oficina jefatura	Oficina jefatura	Escritorio	1	
		Oficina jefatura	Silla ergonómica	1	
		Oficina jefatura	Silla de visita	2	
		Oficina jefatura	Pizarra acrílica	1	
		Oficina jefatura	Estante biblioteca	1	
	Oficina enfermera/o	Oficina enfermera/o	Escritorio	1	
		Oficina enfermera/o	Silla ergonómica	1	
		Oficina enfermera/o	Silla de visita	2	
		Oficina enfermera/o	Pizarra acrílica	1	
		Oficina enfermera/o	Estante biblioteca	1	
	Oficina otros profesionales	Oficina otros profesionales	Mesón	1	Empotrado en obra, 4 puestos
		Oficina otros profesionales	Silla ergonómica	4	
		Oficina otros profesionales	Estante colgante	4	En obra
	Sala de entrevista	Sala de entrevista	Mesa redonda	1	Mesa redonda de reuniones
		Sala de entrevista	Sillón 3 cuerpos	1	
		Sala de entrevista	Sillas de visita	4	Con apoya brazos
		Sala de entrevista	Pizarra acrílica	1	
	Oficina trabajador/a social	Oficina trabajador/a social	Escritorio	1	
		Oficina trabajador/a social	Silla ergonómica	1	
		Oficina trabajador/a social	Silla de visita	2	
Oficina trabajador/a social		Estante biblioteca	1		

Área médico técnica	Box examen físico (1 recinto)	Box atención	Escritorio	1	
		Box atención	Silla ergonómica	1	
		Box atención	Silla de visita	2	
		Box atención	Estante colgante	1	En obra
		Box atención	Camilla	1	
	Box atención (2 recintos)	Box atención	Escritorio	1	
		Box atención	Silla ergonómica	1	
		Box atención	Silla de visita	3	Asisten ambos padres
		Box atención	Estante colgante	1	En obra
		Box atención	Berger	2	
	Sala de espejo	Sala entrevista paciente	Sillones 1 cuerpo	4	Nunca estarán más de 2 adolescentes en esta sala, 1 para el clínico, 1 para el adolescente y 2 sillones para los acompañantes.
		Sala de seguimiento a la entrevista	Escritorio mural	1	
		Sala de seguimiento a la entrevista	Silla ergonómica	1	
		Sala de seguimiento a la entrevista	Sillas apilables	10	Con apoya brazos
		Sala de seguimiento a la entrevista	Estante	1	
		Sala de seguimiento a la entrevista	Pizarra acrílica	1	
	Sala de reunión	Sala de reunión	Mesa de reunión	1	
		Sala de reunión	Pizarra acrílica	1	
		Sala de reunión	Sillas de reunión	15	
	Área lockers familiares	Área lockers familiares	Lockers	24	Empotrado, tamaño tipo supermercado con chapa de llave o moneda.
Áreas terapias grupales	Sala de estimulación cognitiva	Sala de estimulación cognitiva	Escritorio mural	1	
		Sala de estimulación cognitiva	Silla ergonómica	1	
		Sala de estimulación cognitiva	Sillas apilables	12	
		Sala de estimulación cognitiva	Mesa redonda	1	
		Sala de estimulación cognitiva	Set estimulación cognitiva adulto	2	Set de al menos 6 tipos de actividades distintas
		Sala de estimulación cognitiva	Mueble estante	1	Con llave

Áreas terapias grupales	Sala multiuso 1	Sala multiuso 1	Set de terapia artística	1	Guitarras, palos de agua, flautas, taller de pintura.
		Sala multiuso 1	Sillón 3 cuerpos	3	
		Sala multiuso 1	Mesa de ping pong	1	
		Sala multiuso 1	Taca Taca	1	
		Sala multiuso 1	Sillas apilables	15	
		Sala multiuso 1	Colchonetas	10	
		Sala multiuso 1	Juegos de salón	4	Pictograma, craneun, ajedrez, scrable, la carrera del saber, etc.
		Sala multiuso 1	Pizarra acrílica	1	
		Sala multiuso 1	Pizarra corcho	1	
		Sala multiuso 2	Radio	1	
		Sala multiuso 2	Televisión	1	Con soporte
		Sala multiuso 2	DVD	1	
		Sala multiuso 2	Trotadora	1	
		Sala multiuso 2	Bicicleta estática	1	
		Sala multiuso 2	Sillas apilables	15	
		Sala multiuso 2	Colchonetas	10	
		Sala multiuso 2	Balones terapéuticos	10	
		Sala multiuso 2	Pizarra acrílica	1	
		Sala multiuso 2	Pizarra corcho	1	
		Taller de computación	Taller de computación	Mesón	4
	Taller de computación		Sillas ergonómicas	5	
	Taller de computación		Pizarra acrílica	1	
	Taller de computación		Pizarra corcho	1	
	Taller de computación		Software de entrenamiento cognitivo	4	
	Comedor-Estar	Comedor-Estar	Sillones 2 cuerpos	2	Sillón tipo living
		Comedor-Estar	Mesas casino		Redonda. Debe considerar a los usuarios y al personal.
		Comedor-Estar	Silla casino	35	Debe considerar a los usuarios y al personal. Apilables. Aproximadamente N° de usuarios* 3
		Comedor-Estar	Televisor 42"	1	Con soporte
		Comedor-Estar	Equipo de audio	1	
		Comedor-Estar	DVD	1	
		Comedor-Estar	Karaoke	1	
		Comedor-Estar	Material de psicoeducación	1	
Comedor-Estar		Mueble biblioteca	1	Con selección de libros y revistas, empotrado	

Áreas terapias grupales	Actividad Vida Diaria (AVD)	Kitchenette (repostero)	Mueble kitchenette	1	Mesón empotrado con llave (acero inoxidable, ventaja para talleres de gastronomía simple).
		Kitchenette (repostero)	Refrigerador	1	
		Kitchenette (repostero)	Microondas y/u horno eléctrico	1	De acuerdo a lo que prepararán los pacientes
		Kitchenette (repostero)	Set utensilios de cocina	1	Definir según proyecto
		Kitchenette (repostero)	Mesón	1	Empotrado con llave
		Kitchenette (repostero)	Hervidor	1	
	Patio para actividades al aire libre	Patio para actividades al aire libre	Bicicleta estática	1	Revisar ubicación final de acuerdo al proyecto
		Patio para actividades al aire libre	Trotadora	1	
		Patio para actividades al aire libre	Banquetas		En obra
	Área lockers familiares	Área lockers familiares	Lockers	24	Empotrado, tamaño tipo supermercado con llave, bolsos medianos y carteras.
	Hospitalización	Estación de enfermería	Estación de enfermería	Mesón de estación de enfermería	1
Estación de enfermería			Sillas ergonómicas	2	
Área limpia		Área se almacenamiento de medicamentos	Frigobar con sensor de temperatura externo	1	Para guardar medicamentos, 80 lt. aprox. con llave
		Área se almacenamiento de medicamentos	Mueble farmacia	1	En obra con llave
		Área se almacenamiento de medicamentos	Mesón de trabajo	1	Mesón de trabajo en obra
Área sucia		Área sucia	Mesón	1	Mesón con lavado profundo en obra

Hospitalización	Sala de procedimiento	Sala de procedimiento	Balanza adulto con tallímetro	1	
		Sala de procedimiento	Camilla de transporte	1	
		Sala de procedimiento	Escabel	1	
		Sala de procedimiento	Carro de curación	1	
		Sala de procedimiento	Carro de procedimientos	1	
		Sala de procedimiento	Carro de dosis unitaria	1	
		Sala de procedimiento	Mesón área limpia/ área sucia	1	
		Sala de procedimiento	Bomba de infusión volumétrica	1	
		Sala de procedimiento	Electrocardiógrafo 3 canales	1	
		Sala de procedimiento	Monitor presión arterial con oximetría	1	
		Sala de procedimiento	Negatoscopio	1	
		Sala de procedimiento	Mesa mayo	1	
		Sala de procedimiento	Lámpara de examen	1	
		Sala de procedimiento	Oto-oftalmoscopio	1	
		Sala de procedimiento	Mesón administrativo	1	Mesón administrativo en obra
		Sala de procedimiento	Piso taburete	1	
		Sala de procedimiento	Set de instrumental de curación	3	
		Sala de procedimiento	Set de instrumental de sutura	3	
	Sala cuidados especiales (1 recinto)	Habitación 1 cama	Catre clínico mecánico empotrado	1	Debe quedar cercano al recinto de lavachata, la sala de cuidados especiales debe poseer revestimiento acolchado y con conexión a gases medicinales. El catre, además de empotrado a baja altura para evitar caídas, debe ser en lo posible, acolchado completamente.
		Habitación 1 cama	Closet en obra empotrado	1	
	Habitación 2 camas (5 recintos)	Habitación 2 camas	Catre clínico mecánico	2	
		Habitación 2 camas	Closet empotrado	2	Empotrado en obra
		Habitación 2 camas	Cuna lactante	1	En bodega

Hospitalización	Balneoterapia (baño asistido)	Balneoterapia (baño asistido)	Tina empotrada en obra	1	Con acceso por tres costados y con sistema antideslizante
	Área casillero persona hospitalizada	Área casillero persona hospitalizada	Lockers	10	De un cuerpo empotrado, con llave tipo supermercado, con sistema de seguridad.
Área de apoyo	Estacionamiento de silla de rueda	Estacionamiento de silla de rueda	Silla de ruedas	3	
	Estar equipo	Estar equipo	Mesa de comer	1	De acuerdo a RRHH
		Estar equipo	Silla de visita	4	De acuerdo a RRHH
		Estar equipo	Sillón 2 cuerpos	1	
		Estar equipo	Mueble kitchenette	1	En obra, considerar en su implementación hervidor, microondas, frigobar, vajilla y cubiertos.
Lavachata	Lavachata	Mobiliario	1	Debe quedar cercano a recinto de Sala de Cuidados Especiales	
<p><b>Notas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Todos los recintos debe haber un botón de pánico.</li> <li>2) El Equipamiento computacional es parte de TICS.</li> <li>3) Cada habitación debe contar con regulación de luz.</li> <li>4) El equipamiento que forma parte del estar equipo: hervidor, microonda, televisor y frigobar.</li> </ol>					

## Anexo 9. Requerimiento de recursos humanos del equipo

### Psiquiatra

<b>RR.HH. PSIQUIATRA</b>	
Número personas hospitalizadas	24
Ingresos Semanales	4

Actividades Psiquiatra	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Clínicas (variable por número de pacientes, por equipo )</b>			
Evaluación de Ingreso	1,5	6	Incluye entrevista con usuario y su familia para 4 ingresos semanales
Control diario de paciente hospitalizado	0,25	30	Incluye evaluación diaria de 15 minutos de los 24 pacientes
Entrevistas Familiares	1	6	Incluye entrevistas familiares de 6 pacientes semanales
Labores Administrativas: Solicitud y Evaluación de Exámenes / Coordinación con otras especialidades del Hospital/ Elaboración de Interconsultas/ Elaboración de Informes/ Registro en Ficha Clínica	0,25	30	Incluye labores administrativas diarias de 15 minutos de los 24 pacientes
Participación en procedimiento de Terapia Electroconvulsiva	0,33	10	10 Procedimientos de Terapia Electroconvulsiva diarios, 3 veces por semana.
<b>Total Horas Clínicas Psiquiatra</b>			<b>81,50</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Triaje de Ingresos	0,25	0,25	15 Minutos para revisión de Triaje semanales
Reunión Clínica de Equipo	2	2	2 Horas de reunión, en la cual participan 4 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 4 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas.	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 4 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 4 profesionales
<b>Total Horas Fijas Psiquiatra</b>			<b>4,75</b>
<b>Jornadas Necesarias de Psiquiatra (en jornadas de 22 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 22 horas</b>
	<b>4,75</b>	<b>17,25</b>	<b>4</b>
<b>Propuesta</b>	<b>4 Jornadas de 22 Horas</b>		

**Psicólogo/a**

<b>RR.HH. PSICÓLOGO(A)</b>	
Número personas hospitalizadas	24
Ingresos semanales	4

<b>Actividades Psicólogo(a)</b>	<b>Rendimiento Equipo (Nº Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Clínicas (variable por número de pacientes, por equipo )</b>			
Evaluación de ingreso	1,5	3	Incluye entrevista con usuario y su familia para 2 ingresos semanales
Intervención psicológica individual	0,75	13,5	Incluye atención de 6 pacientes, 3 veces a la semana por 45 minutos
Entrevistas familiares	1	6	Incluye entrevistas familiares de 6 pacientes semanales
Actividades rol referente técnico	0,25	3	Incluye atención de 12 pacientes, 2 veces a la semana por 15 minutos
Psicodiagnóstico	2	6	Incluye atención de 3 pacientes a la semana, considerando 2 horas de aplicación, tabulación e informe
Intervención psicosocial grupal (asamblea, psicoeducación grupal usuarios y familiares, estimulación cognitiva)	1,5	3	Incluye atención de 24 pacientes, 2 veces a la semana
<b>Total horas clínicas psicólogo(a)</b>			<b>34,5</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Reunión clínica de equipo	2	2	2 horas de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Reunión técnica de equipo	1	1	1 hora de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1	1 hora de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 2 profesionales
<b>Total horas fijas psicólogo(a)</b>			<b>4,5</b>
<b>Jornadas necesarias de psicólogo(a) (en jornadas de 22 horas)</b>	<b>Horas fijas</b>	<b>Horas clínicas</b>	<b>Número de jornadas de 22 horas</b>
	4,5	17,5	2
<b>Propuesta</b>	<b>2 jornadas de 22 horas</b>		

**Trabajador(a) Social**

<b>RR.HH. TRABAJADOR(A) SOCIAL</b>	
Número personas hospitalizadas	24
Ingresos semanales	4

<b>Actividades Trabajador(a) Social</b>	<b>Rendimiento Equipo (N° Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Clínicas (variable por número de pacientes, por equipo )</b>			
Evaluación de Ingreso	1,5	3	Incluye entrevista con usuario y su familia para 2 ingresos semanales
Intervención Social Individual	0,5	12	Incluye atención de 24 pacientes por 30 minutos
Entrevistas Familiares	1	6	Incluye entrevistas familiares de 6 pacientes semanales
Actividades Rol Referente Técnico	0,25	6	Incluye atención de 12 pacientes, 2 veces a la semana por 15 minutos
Labores Administrativas: Elaboración de Informes, certificados y documentos de derivación; notificaciones y prolongación de Internación administrativa; Coordinación y Gestión de Redes, Derivación Asistida para continuidad del Tratamiento.	0,5	12	Incluye atención de 24 pacientes, 1 vez a la semana por 30 minutos
Visita Domiciliaria	2	8	Incluye 1 visita domiciliaria por cada 6 pacientes
Intervención Psicosocial Grupal (Asamblea, psicoeducación grupal usuarios y familiares, estimulación cognitiva)	1,5	3	Incluye atención de 24 pacientes, 2 veces a la semana
<b>Total Horas Clínicas Trabajador(a) Social</b>			<b>50</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Reunión Clínica de Equipo	2	2	2 Horas de reunión, en la cual participan 3 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 3 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 3 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 3 profesionales
<b>Total Horas Fijas Trabajador(a) Social</b>			<b>4,5</b>
<b>Jornadas Necesarias de Trabajador(a) Social (en jornadas de 22 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 22 horas</b>
	4,5	17,5	3
<b>Propuesta</b>	<b>3 Jornadas de 22 Horas</b>		

## Terapeuta Ocupacional

RR.HH. TERAPEUTA OCUPACIONAL	
Número personas hospitalizadas	24
Ingresos Semanales	4

Actividades Terapeuta Ocupacional	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Clínicas (variable por número de pacientes, por equipo )</b>			
Evaluación de Ingreso	1,5	3	Incluye entrevista con usuario y su familia para 2 ingresos semanales
Intervención y/o Evaluación Individual	1	6	Incluye atención de 6 pacientes por 1 hora a la semana
Actividades Rol Referente Técnico	0,25	6	Incluye atención de 12 pacientes, 2 veces a la semana por 15 minutos
Intervención Psicosocial Grupal (Asamblea, psicoeducación grupal usuarios y familiares, estimulación cognitiva)	1,5	9	Incluye atención de 24 pacientes, 3 veces a la semana
<b>Total Horas Clínicas Terapeuta Ocupacional</b>			<b>24</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Labores Administrativas	2,5	2,5	Incluye 2,5 horas para labores administrativas
Activación y Actividades Diaria	5	25,0	Incluye 5 horas diarias 5 días de la semana
Reunión Clínica de Equipo	2	2,0	2 Horas de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 2 profesionales
<b>Total Horas Fijas Terapeuta Ocupacional</b>			<b>32</b>
<b>Jornadas Necesarias de Terapeuta Ocupacional (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	32	12	2
<b>Propuesta</b>	<b>2 Jornadas de 44 Horas</b>		

**Enfermero/a Supervisor/a**

<b>RR.HH. ENFERMERO(A) SUPERVISOR</b>	
Número de personas hospitalizadas	24
Ingresos Semanales	4

<b>Actividades Enfermero(a) Supervisor(a)</b>	<b>Rendimiento Equipo (N° Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Inducción y Capacitación de técnicos Paramédicos y Auxiliares	2,5	2,5	Incluye 1 capacitación semanal de 2,5 horas
Administración de recursos e insumos clínicos	1,5	7,5	Incluye administración diaria de recursos por 5 días de la semana
Gestión y supervisión del personal a su cargo	1,5	7,5	Incluye la administración del personal diaria por 5 días de la semana
Labores Administrativas	1,5	7,5	Incluye 1,5 horas diarias de labores administrativas
Reunión Clínica de Equipo	2	2,0	2 Horas de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 1 profesionales
Base de Datos Unidad / Elaboración de Estadística	2	2,0	Incluye 2 horas diarias de estadísticas 1 vez a la semana
Gestión de Interconsulta (registro IC recepcionadas, priorización con equipo, contacto con derivador, citación usuario y apoderado, solicitud de fichas clínicas, registro base de datos)	1	5,0	Incluye gestión de interconsulta de 1 hora diaria los 5 días de la semana
Reunión Técnico administrativa con personal de enfermería	1	1,0	1 Hora de reunión técnico administrativa, 1 vez a la semana
Reuniones de red territorial y de participación de familiares	1,5	1,5	1,5 Horas de reunión de red territorial, 1 vez a la semana
Elaboración, actualización y evaluación de protocolos clínicos	0,5	2,5	30 minutos diarios de protocolos clínicos por 5 días en la semana
Participación en procedimiento de Terapia Electroconvulsiva	0,2	5,8	10 Procedimientos de Terapia Electroconvulsiva diarios, 3 veces por semana.
<b>Total Horas Fijas Enfermero(a) Supervisor(a)</b>			<b>47</b>
<b>Jornadas Necesarias de Enfermero(a) Supervisor(a) (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	<b>47</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornada de 44 Horas</b>		

**Enfermero(a) Clínico en 4° Turno**

<b>RR.HH. ENFERMERO(A) CLÍNICO EN 4° TURNO</b>	
Número de personas hospitalizadas	24
Ingresos Semanales	4

<b>Actividades Enfermero(a) Clínico en 4° Turno</b>	<b>Rendimiento Equipo (N° Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Clínicas (variable por número de pacientes, por equipo )</b>			
Evaluación de Ingreso	1,5	6	Incluye entrevista con usuario y su familia para 4 ingresos semanales
Evaluación Individual Enfermería	3,5	84	Incluye atención de 24 pacientes por 30 minutos diarios(15 minutos por cada turno), 7 días a la semana
Procedimientos e intervenciones de atención de enfermería (toma de exámenes, curaciones, instalación de vías venosas, etc.)	0,5	6	Incluye atención de 12 pacientes, 1 vez a la semana por 30 minutos
Contención del usuario: verbal, ambiental, farmacológica y mecánica	1	24	Incluye atención de 12 pacientes, 1 vez a la semana por 60 minutos(contención verbal: 20min + contención ambiental: 15min + contención farmacológica: 5min + contención física: 20min)
<b>Total Horas Clínicas Enfermero(a) Clínico en 4° Turno</b>			<b>120</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Liderar y participar en la entrega de turno y recepción de turno en conjunto con el equipo de enfermería	1	7,0	Incluye 30 minutos al inicio y término de cada turno
Intervención psicosocial grupal y Psicoeducación	1	3,0	Incluye intervención grupal de 1 Hora, 3 veces en la semana
Gestión y supervisión del personal a su cargo	2	14,0	Incluye gestión del personal de 2 horas, 7 veces en la semana
Labores Administrativas	2	14,0	Incluye 14 horas para labores administrativas, 2 horas diarias por 7 días
Reunión Clínica de Equipo	2	2,0	2 Horas de reunión, en la cual participan 4 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 4 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 4 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 4 profesionales
Participación en asambleas	1	1,0	Incluye participación en asamblea una vez por semana
Programar, ejecutar y evaluar actividades de cuidados de enfermería derivados de los protocolos de atención	2	10,0	Incluye la organización de los protocolos de atención 5 días a la semana
<b>Total Horas Fijas Enfermero(a) Clínico en 4° Turno</b>			<b>54</b>
<b>Jornadas Necesarias de Enfermero(a) Clínico en 4° Turno (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	<b>54</b>	<b>120</b>	<b>4</b>
<b>Propuesta</b>		<b>4 Jornadas de 44 Horas</b>	

## Técnico en Terapia Ocupacional

RR.HH. TÉCNICO EN TERAPIA OCUPACIONAL	
Número personas hospitalizadas	24
Ingresos Semanales	4

Actividades Técnico en Terapia Ocupacional	Rendimiento Equipo (N° Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Clínicas (variable por número de pacientes, por equipo )</b>			
Evaluación de Ingreso	1,5	6	Incluye entrevista con usuario y su familia para 4 ingresos semanales
Intervención Psicosocial Grupal (Asamblea, psicoeducación grupal usuarios y familiares, estimulación cognitiva)	1,5	9	Incluye atención de 2 pacientes, 3 veces a la semana
<b>Total Horas Clínicas Técnico en Terapia Ocupacional</b>			<b>15</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Activación y Actividades Diaria	5	25,0	Incluye 5 horas diarias 5 días de la semana
Reunión Clínica de Equipo	2	2,0	2 Horas de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 1 profesionales
Administración de recursos e insumos clínicos	1	5,0	Incluye 1 hora para administración por 5 días a la semana
<b>Total Horas Fijas Técnico en Terapia Ocupacional</b>			<b>35</b>
<b>Jornadas Necesarias de Técnico en Terapia Ocupacional (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	34,5	9,5	1
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornada de 44 Horas</b>		

**Auxiliar de Servicio en 4° Turno**

<b>RR.HH. AUXILIAR DE SERVICIO</b>	
Número personas hospitalizadas	24
Ingresos Semanales	4

<b>Actividades Auxiliar de Servicio en 4° Turno</b>	<b>Rendimiento Equipo (N° Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Realiza labores asistenciales a solicitud de la enfermera o el técnico paramédico (incluye traslado de pacientes a exámenes y procedimientos, entre otros).	6	42,0	El cálculo debe ser considerado para los 7 días de la semana (1 turno de día y 1 de noche) en un dispositivo de atención cerrada
Colabora en recepción de pacientes a la unidad, Ficha Clínica, medicamentos e inventario de ropas.	3	21,0	El cálculo debe ser considerado para los 7 días de la semana (1 turno de día y 1 de noche) en un dispositivo de atención cerrada
Mantiene orden de Fichas Clínicas y registros de la unidad.	2	14,0	
Acompaña al profesional en actividades de terapia ocupacional.	6	42,0	
Realiza contención verbal a los usuarios.	2	14,0	
Apoya contención física y/o farmacológica en pacientes agitados según indicación médica.	2	14,0	
Aseo y orden de la Clínica.	1	7,0	Los 7 días a la semana, 1 vez por turno, 20 min de duración
Saca basuras y corto punzante	1	7,0	
Realizar trámites administrativos fuera de la unidad	2	14,0	
Actividades de autocuidado del equipo	2	14,0	
Aseo y orden la Unidad	4	28,0	
Aseo terminal de sala	7	49,0	Considerando aseo terminal de 14 salas proyectadas
Mantener stock de aseo	2	14,0	
Retiro y entrega de ropa limpia y sucia	2	14,0	
Colabora en observación de personas en crisis	2	14,0	
Preparación y control de visitas de familiares a pacientes	4	28,0	Considera visitas diarias de familiares a pacientes, de 14 a 18 hrs.
Acompaña pacientes a exámenes	2	14,0	
<b>Total Horas Fijas Auxiliar de Servicio en 4° Turno</b>			<b>350</b>
<b>Jornadas Necesarias de Auxiliar de Servicio en 4° Turno(en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	<b>350</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>Propuesta</b>	<b>8 Jornadas de 44 Horas</b>		

**Técnico Paramédico/a en 4° Turno**

<b>RR.HH. TÉCNICO/A PARAMÉDICO/A</b>	
Número de personas hospitalizadas	24
Ingresos Semanales	4

<b>Actividades Técnico Paramédico en 4° Turno</b>	<b>Rendimiento Equipo (N° Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Clínicas (variable por número de pacientes, por equipo )</b>			
Participa en recepción y entrega de turno	2	67	Considerar sistema de turnos de 12hrs con atención 7 días a la semana. (4 técnicos si es 1 por cada 5 pacientes)
Realiza actividades de enfermería a pacientes asignados.	4	134	
Mantiene orden de Fichas Clínicas y registros de la unidad.	1	34	
Funciones administrativas (fuera del registro en ficha y libro; registro de recetas, medicamentos, interconsultas, exámenes)	1	34	
Acompaña al profesional en actividades de terapia ocupacional.	4	134	
Realiza contención verbal a los usuarios.	1	34	
Apoya contención física y/o farmacológica en pacientes agitados según indicación médica.	1	34	
Velar por el cumplimiento de las indicaciones de Enfermería en ausencia de la Enfermera	1	34	
Registra novedades de pacientes y de la Unidad en libro de Novedades de acuerdo a pauta establecida.	1	34	Se considera registro en ficha de todos los pacientes, en forma diaria, estimando 10 minutos para cada uno
Informa a Enfermera, Médico y/o de urgencia de las novedades ocurridas durante la ausencia de la enfermera de la unidad, en relación a usuarios y personal.	1	34	No solo en ausencia de enfermera
Informa a la Enfermera de la unidad de las novedades de pacientes y del servicio en forma oportuna.	1	34	
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	17	
Supervisa y asiste alimentación de personas hospitalizadas (24 horas)	1	34	
Supervisa y asiste administración de fármacos orales (24 horas)	1	34	
Vigila condición de la persona (24 horas)	2	67	Al menos 2 horas por turno dedicadas a supervisión de forma exclusiva
Apoya traslado de la persona a exámenes u otras unidades	0,5	17	
Retiro de stock de fármacos de Unidad de Farmacia	0,3	10	
Cuidado de pacientes en crisis (punto fijo?)	2	67	
Participación en procedimiento de Terapia Electroconvulsiva	0,66	19	10 Procedimientos de Terapia Electroconvulsiva diarios, 3 veces por semana.
<b>Total Horas Clínicas Técnico Paramédico en 4° Turno</b>			<b>869</b>
<b>Jornadas Necesarias de Técnico Paramédico en 4° Turno (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	<b>0</b>	<b>869</b>	<b>20</b>
<b>Propuesta</b>	<b>20 Jornadas de 44 Horas</b>		

**Técnico en Rehabilitación**

<b>RR.HH. TECNICO REHABILITACIÓN</b>	
Número de personas hospitalizadas	24
Ingresos Semanales	4

<b>Actividades Técnico Rehabilitación</b>	<b>Rendimiento Equipo (Nº Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Clínicas (variable por número de pacientes, por equipo )</b>			
Realizar actividades y talleres psicoeducativos, revisando temáticas acordes y coherentes con los objetivos de la unidad, tales como la problematización y psicoeducación del consumo, factores de riesgo y protección, etc.	1	18	Diaria, al menos dos espacios durante el desarrollo de la rutina establecida cotidianamente.
Acompañar al adolescente en tareas de autocuidado, promoviendo así la incorporación de hábitos (higiene, alimentación, cuidado personal y cuidado de los espacios) y, por otro lado, intencionar el desarrollo del uso de tiempo libre y ocio. (modelamiento)		0	Diaria, cada vez que sea necesario. Promoción, refuerzo y apoyo constante durante las horas que los jóvenes se encuentren en vigilia.
Contener verbalmente a los adolescentes ante situaciones de conflicto interpersonal, familiar y/o relacional con el equipo de la unidad, o bien ante la presencia de sintomatología de abstinencia.	0,25	5	Diaria, cada vez que sea necesario con los distintos adolescentes.
Mediación y resolución alternativa de conflictos en el grupo de pares, y supervisión de conductas auto o hetero agresivas.		0	Diaria, cada vez que sea necesario. Promoción, refuerzo y apoyo constante durante las horas que los jóvenes se encuentren en vigilia.
Realización de encuadre, inducción y presentación de la unidad a los usuarios que ingresan al proceso de desintoxicación.	0,75	3	Semanal.
Establecimiento de vínculo significativo, (partiendo por el conocimiento de la historia de vida del usuario a partir de una interacción que permita la contención afectiva y el establecimiento de límites) y la realización de un tamizaje del consumo de drogas.	0,5	12	Diario.
<b>Total Horas Clínicas Técnico en Rehabilitación</b>			<b>38</b>

<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Registro de actividades grupales desarrolladas en el día (intervenciones individuales, entrega de turno, entre otras) y, por otro lado, registro de pertenencias al ingreso y egreso de cada paciente.	2	14,0	Diaria, actividad realizada de preferencia en los espacios donde no existen actividades programadas. 1 Hora por adolescente al ingreso y 1 hora por adolescente al egreso. El registro de actividades se desarrolla en poco más de una hora.
Participación en espacios de reunión clínica y coordinación u orientación en la implementación de los lineamientos terapéuticos.	4	12,0	Semanal. 4 horas semanales. (deben participar en una reunión clínica semanal de 2 horas y dentro de la semana se revisa la evolución conductual y las herramientas de manejo diferenciado a implementar con pacientes)
Preparación de Talleres y Material lúdico.	4	72,0	Diaria.
<b>Total Horas Fijas Técnico en Rehabilitación</b>			<b>98</b>
<b>Jornadas Necesarias de Técnico en Rehabilitación (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	98	38	4
<b>Propuesta</b>	<b>4 Jornadas de 44 Horas</b>		

### Jefe de Unidad

<b>RR.HH. JEFE DE UNIDAD</b>	
Número de personas hospitalizadas	24
Ingresos Semanales	4

<b>Actividades Jefe de Unidad</b>	<b>Rendimiento Equipo (Nº Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Coordinación y Manejo RRHH	1	3,0	
Capacitación del Equipo	1	3,0	
Reuniones de coordinación con otros servicios, Trabajo en Red	2	2,0	
Asamblea e intervenciones grupales	1,5	1,5	
Calidad	1,5	1,5	
<b>Total Horas Fijas Jefe de Unidad</b>			<b>11</b>
<b>Jornadas Necesarias de Jefe de Unidad (en jornadas de 11 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 11 horas</b>
	11	0	1
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornada de 11 Horas</b>		

**Secretaria**

<b>RR.HH. SECRETARIA</b>	
Número de personas hospitalizadas	24
Ingresos Semanales	4

Actividades Secretaria	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Recepción de usuarios, familiares y funcionarios que visiten la Unidad			
Mantener orden de documentación			
Atención del teléfono con recado por escrito de llamadas (quién, hora, recado, número telefónico), llamadas fuera del servicio, etc.			
Coordinación administrativa con otras unidades del Servicio			
Revisar agenda sobre reuniones y actividades propias de la Unidad			
Transcribir memos, Providencias, informes, certificados de la Unidad			
Entregar correspondencia a diario			
Actividades de autocuidado del equipo			
<b>Total Horas Fijas Secretaria</b>			<b>44</b>
<b>Jornadas Necesarias de Secretaria (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	44	0	1
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornada de 44 Horas</b>		

## Terapia Electroconvulsiva

RR.HH. TEC	
Número de personas hospitalizadas	24
Ingresos Semanales	4

Recursos Humanos Necesarios para TEC	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Fijas (independientes del Número de Pacientes, Por profesional)</b>			
Psiquiatra Especializado en TEC	11		Las horas 11 horas están incorporadas en el cálculo de horas de Psiquiatra.
Anestesista TEC	11		Las horas destinadas de Médico Anestesista deben estar contabilizadas en las horas de Pabellón.
Técnico en Anestesia	11		Las horas 11 horas están incorporadas en el cálculo de horas de Técnico Paramédico en 4º Turno
Técnico en Recuperación	11		Las horas 11 horas están incorporadas en el cálculo de horas de Técnico Paramédico en 4º Turno
Enfermero TEC (idealmente, función que podría cumplir EU Supervisora)	11		Las horas 11 horas están incorporadas en el cálculo de horas de Enfermero(a) Supervisor(a)
<b>Total Horas Fijas TEC</b>			<b>11</b>
Jornadas Necesarias de RRHH para TEC (en jornadas de 11 horas)	Horas Fijas	Horas Clínicas	Número de Jornadas de 11 horas
	11	0	1
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornada de 11 Horas</b>		

## Recurso Humano de Unidad de 10 camas para personas adolescentes

### Psiquiatra

RR.HH. PSIQUIATRA	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

Actividades Psiquiatra	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Clínicas (variable por número de adolescentes por equipo)</b>			
Evaluación de Ingreso	1,5	3	Incluye entrevista con adolescente y su familia para 2 ingresos semanales
Control diario de adolescente hospitalizado	0,5	25	Incluye evaluación diaria de 30 minutos de los 10 adolescentes
Entrevistas Familiares	1	2	Incluye entrevistas familiares de 2 adolescentes semanales
Labores Administrativas: Solicitud y Evaluación de Exámenes / Coordinación con otras especialidades del Hospital/ Elaboración de Interconsultas/ Elaboración de Informes/ Registro en Ficha Clínica	0,25	12,5	Incluye labores administrativas diarias de 15 minutos de los 10 adolescentes
<b>Total Horas Clínicas Psiquiatra</b>			<b>42,50</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Triage de Ingresos	0,25	0,25	15 Minutos para revisión de Triage semanales
Reunión Clínica de Equipo	2	2	2 Horas de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas.	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 2 profesionales
<b>Total Horas Fijas Psiquiatra</b>			<b>4,75</b>
<b>Jornadas Necesarias de Psiquiatra (en jornadas de 22 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 22 horas</b>
	4,75	17,25	2
<b>Propuesta</b>	<b>2 Jornadas de 22 Horas</b>		

**Psicólogo/a**

<b>RR.HH. PSICOLOGO(A)</b>	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

Actividades Psicólogo(a)	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Clínicas (variable por número de adolescentes por equipo)</b>			
Evaluación de Ingreso	1,5	3	Incluye entrevista con adolescente y su familia para 2 ingresos semanales
Intervención Psicológica Individual	0,75	22,5	Incluye atención de 10 adolescentes, 3 veces a la semana por 45 minutos
Entrevistas Familiares	1	2	Incluye entrevistas familiares de 2 adolescentes semanales
Actividades Rol Referente Técnico	0,5	5	Incluye atención de 5 adolescentes, 2 veces a la semana por 30 minutos
Psicodiagnóstico	2	4	Incluye atención de 2 adolescentes a la semana, considerando 2 horas de aplicación, tabulación e informe
Intervención Psicosocial Grupal (Asamblea, psicoeducación grupal usuarios y familiares, estimulación cognitiva)	1,5	3	Incluye atención de 10 adolescentes, 2 veces a la semana
<b>Total Horas Clínicas Psicólogo(a)</b>		<b>39,5</b>	
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Reunión Clínica de Equipo	2	2	2 Horas de reunión, en la cual participan 3 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 3 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 3 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 3 profesionales
<b>Total Horas Fijas Psicólogo(a)</b>		<b>4,5</b>	
<b>Jornadas Necesarias de Psicólogo(a) (en jornadas de 22 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 22 horas</b>
	4,5	17,5	3
<b>Propuesta</b>	<b>3 Jornadas de 22 Horas</b>		

**Trabajador(a) Social**

<b>RR.HH. TRABAJADOR(A) SOCIAL</b>	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

<b>Actividades Trabajador(a) Social</b>	<b>Rendimiento Equipo (Nº Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Clínicas (variable por número de adolescentes por equipo)</b>			
Evaluación de Ingreso	1,5	1,5	Incluye entrevista con adolescente y su familia para 1 ingresos semanales
Intervención Social Individual	0,5	5	Incluye atención de 10 adolescentes por 30 minutos
Entrevistas Familiares	1	2,5	Incluye entrevistas familiares de 2 adolescentes semanales
Actividades Rol Referente Técnico	0,25	2,5	Incluye atención de 5 adolescentes, 2 veces a la semana por 15 minutos
Labores Administrativas: Elaboración de Informes, certificados y documentos de derivación; notificaciones y prolongación de Internación administrativa; Coordinación y Gestión de Redes, Derivación Asistida para continuidad del Tratamiento.	0,5	5	Incluye atención de 10 adolescentes, 1 vez a la semana por 30 minutos
Visita Domiciliaria	2	3,3	Incluye 1 visita domiciliaria por cada 6 adolescentes
Intervención Psicosocial Grupal (Asamblea, psicoeducación grupal usuarios y familiares, estimulación cognitiva)	1,5	1,25	Incluye atención de 10 adolescentes, 2 veces a la semana
<b>Total Horas Clínicas Trabajador(a) Social</b>			<b>21,1</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Reunión Clínica de Equipo	2	2	2 Horas de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 2 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 2 profesionales
<b>Total Horas Fijas Trabajador(a) Social</b>			<b>4,5</b>
<b>Jornadas Necesarias de Trabajador(a) Social (en jornadas de 22 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 22 horas</b>
	4,5	17,5	2
<b>Propuesta</b>	<b>2 Jornadas de 22 Horas</b>		

## Terapeuta Ocupacional

RR.HH. TERAPEUTA OCUPACIONAL	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

Actividades Terapeuta Ocupacional	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Clínicas (variable por número de adolescentes por equipo)</b>			
Evaluación de Ingreso	1,5	2	Incluye entrevista con adolescentes y su familia para 1 ingresos semanales
Intervención y/o Evaluación Individual	1	3	Incluye atención de 2 adolescentes por 1 hora a la semana
Actividades Rol Referente Técnico	0,25	3	Incluye atención de 5 adolescentes, 2 veces a la semana por 15 minutos
Intervención Psicosocial Grupal (Asamblea, psicoeducación grupal usuarios y familiares, estimulación cognitiva)	1,5	4	Incluye atención de 10 adolescentes, 3 veces a la semana
<b>Total Horas Clínicas Terapeuta Ocupacional</b>		<b>10</b>	
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Labores Administrativas	2,5	2,5	Incluye 2,5 horas para labores administrativas
Activación y Actividades Diaria	5	25	Incluye 5 horas diarias 5 días de la semana
Reunión Clínica de Equipo	2	2	2 Horas de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1	1 Hora de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 1 profesionales
<b>Total Horas Fijas Terapeuta Ocupacional</b>		<b>32</b>	
<b>Jornadas Necesarias de Terapeuta Ocupacional (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	32	12	1
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornadas de 44 Horas</b>		

**Enfermero/a Supervisor/a**

<b>RR.HH. ENFERMERO(A) SUPERVISOR</b>	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

<b>Actividades Enfermero(a) Supervisor(a)</b>	<b>Rendimiento Equipo (Nº Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Inducción y Capacitación de técnicos Paramédicos y Auxiliares	2,5	2,5	Incluye 1 capacitación semanal de 2,5 horas
Administración de recursos e insumos clínicos	1,5	7,5	Incluye administración diaria de recursos por 5 días de la semana
Gestión y supervisión del personal a su cargo	1,5	7,5	Incluye la administración del personal diaria por 5 días de la semana
Labores Administrativas	1,5	7,5	Incluye 1,5 horas diarias de labores administrativas
Reunión Clínica de Equipo	2	2,0	2 Horas de reunión, en la cual participan 1 profesional
Reunión Técnica de Equipo	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 1 profesional
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 1 profesional
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participa 1 profesional
Base de Datos Unidad / Elaboración de Estadística	2	2,0	Incluye 2 horas diarias de estadísticas 1 vez a la semana
Gestión de Interconsulta (registro IC recepcionadas, priorización con equipo, contacto con derivador, citación usuario y apoderado, solicitud de fichas clínicas, registro base de datos)	1	5,0	Incluye gestión de interconsulta de 1 hora diaria los 5 días de la semana
Reunión Técnico administrativa con personal de enfermería	1	1,0	1 Hora de reunión técnico administrativa, 1 vez a la semana
Reuniones de red territorial y de participación de familiares	1,5	1,5	1,5 Horas de reunión de red territorial, 1 vez a la semana
Elaboración, actualización y evaluación de protocolos clínicos	0,5	2,5	30 minutos diarios de protocolos clínicos por 5 días en la semana
Participación en procedimiento de Terapia Electroconvulsiva	0,2	2,4	10 Procedimientos de Terapia Electroconvulsiva diarios, 3 veces por semana.
<b>Total Horas Fijas Enfermero(a) Supervisor(a)</b>			<b>44</b>
<b>Jornadas Necesarias de Enfermero(a) Supervisor(a) (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornadas de 44 Horas</b>		

## Enfermero(a) Clínico en 4° Turno

RR.HH. ENFERMERO(A) CLÍNICO EN 4° TURNO	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

Actividades Enfermero(a) Clínico en 4° Turno	Rendimiento Equipo (N° Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Clínicas (variable por número de adolescentes por equipo)</b>			
Evaluación de Ingreso	1,5	3	Incluye entrevista con adolescente y su familia para 2 ingresos semanales
Evaluación Individual Enfermería	3,5	35	Incluye atención de 10 adolescentes por 30 minutos diarios(15 minutos por cada turno), 7 días a la semana
Procedimientos e intervenciones de atención de enfermería (toma de exámenes, curaciones, instalación de vías venosas, etc.)	0,5	3	Incluye atención de 5 adolescentes, 1 vez a la semana por 30 minutos
Contención del usuario: verbal, ambiental, farmacológica y mecánica	1	10	Incluye atención de 5 adolescentes, 1 vez a la semana por 60 minutos(contención verbal: 20min + contención ambiental: 15min + contención farmacológica: 5min + contención física: 20min)
<b>Total Horas Clínicas Enfermero(a) Clínico en 4° Turno</b>		<b>51</b>	
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Liderar y participar en la entrega de turno y recepción de turno en conjunto con el equipo de enfermería	1	7,0	Incluye 30 minutos al inicio y término de cada turno
Intervención psicosocial grupal y Psicoeducación	1	3,0	Incluye intervención grupal de 1 Hora, 3 veces en la semana
Gestión y supervisión del personal a su cargo	2	14,0	Incluye gestión del personal de 2 horas, 7 veces en la semana
Labores Administrativas	2	14,0	Incluye 14 horas para labores administrativas, 2 horas diarias por 7 días
Reunión Clínica de Equipo	2	2,0	2 Horas de reunión, en la cual participan 4 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 4 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 4 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 4 profesionales
Participación en asambleas	1	1,0	Incluye participación en asamblea una vez por semana
Programar, ejecutar y evaluar actividades de cuidados de enfermería derivados de los protocolos de atención	2	10,0	Incluye la organización de los protocolos de atención 5 días a la semana
<b>Total Horas Fijas Enfermero(a) Clínico en 4° Turno</b>		<b>54</b>	
<b>Jornadas Necesarias de Enfermero(a) Clínico en 4° Turno (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	<b>54</b>	<b>51</b>	<b>4</b>
<b>Propuesta</b>	<b>4 Jornadas de 44 Horas</b>		

**Psicopedagogo(a)**

RR.HH. PSICOPEDAGOGO(A)	
Número de adolescentes	10

Actividades Psicopedagogo(a)	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Clínicas (variable por número de adolescentes por equipo)</b>			
Evaluación de Ingreso	0,3	0,6	
Intervención Individual	0,3	3	
Intervención Psicosocial Grupal (Asamblea, psicoeducación grupal usuarios y familiares, estimulación cognitiva)	1	5	
<b>Total Horas Clínicas Pedagogo(a)</b>			<b>8,6</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Trabajo Administrativo		5	Elaboración de Informes, trabajo en red, organización de biblioteca
Reunión Clínica de Equipo		3	
Reunión Administrativa de Equipo		2	
Actividades de autocuidado del equipo		1	
<b>Total Horas Fijas Pedagogo(a)</b>			<b>11</b>
<b>Jornadas Necesarias de Pedagogo(a) (en jornadas de 22 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 22 horas</b>
	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>1</b>
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornada de 22 Horas</b>		

**Profesor(a) de Educación Física**

RR.HH. PROFESOR(A)	
Número de adolescentes	10

Actividades Profesor(a) de Educación Física	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Clínicas (variable por número de adolescentes por equipo)</b>			
Participar en el Diseño de Plan de Tratamiento individual por usuario, como en la categorización de usuarios según etapa de tratamientos/objetivos.	1	2	1 hora por adolescente para 2 ingresos a la semana
Generación de rutina de actividades individualizadas	0,5	2,5	
Taller de actividad deportiva	1	2	
<b>Total Horas Clínicas Profesor(a)</b>			<b>6,5</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Reunión Clínica Técnica de Equipo	2	2	1 reunión semanal
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1 reunión semanal
Labores Administrativas: Elaboración de Informes, certificados y documentos de derivación; notificaciones y prolongación de Internación administrativa; Coordinación y Gestión de Redes, Derivación Asistida para continuidad del Tratamiento.	0,5	0,5	
Evaluaciones periódicas de cumplimiento PITI, cumplimiento de registros, y evaluación de altas terapéuticas.	1,5	1,5	
Taller deportivo grupal	2	2	
Actividades de autocuidado del equipo	0,2	1	
<b>Total Horas Fijas Profesor(a)</b>			<b>8</b>
<b>Jornadas Necesarias de Profesor(a) (en jornadas de 22 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 22 horas</b>
	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>1</b>
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornada de 22 Horas</b>		

### Técnico en Terapia Ocupacional

RR.HH. TECNICO EN TERAPIA OCUPACIONAL	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

Actividades Técnico en Terapia Ocupacional	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Clínicas (variable por número de adolescentes por equipo)</b>			
Evaluación de Ingreso	1,5	3	Incluye entrevista con usuario y su familia para 2 ingresos semanales
Intervención Psicosocial Grupal (Asamblea, psicoeducación grupal usuarios y familiares, estimulación cognitiva)	1,5	4	Incluye atención de 1 pacientes, 3 veces a la semana
<b>Total Horas Clínicas Técnico en Terapia Ocupacional</b>			<b>7</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Activación y Actividades Diaria	5	25,0	Incluye 5 horas diarias 5 días de la semana
Reunión Clínica de Equipo	2	2,0	2 Horas de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Reunión Técnica de Equipo	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Participación en reuniones del Servicio, con presentaciones periódicas en las mismas	1	1,0	1 Hora de reunión, en la cual participan 1 profesionales
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	0,5	30 Minutos de actividades de autocuidado semanales, en la cual participan 1 profesionales
Administración de recursos e insumos clínicos	1	5,0	Incluye 1 hora para administración por 5 días a la semana
<b>Total Horas Fijas Técnico en Terapia Ocupacional</b>			<b>35</b>
<b>Jornadas Necesarias de Técnico en Terapia Ocupacional (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	<b>34,5</b>	<b>9,5</b>	<b>1</b>
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornada de 44 Horas</b>		

## Auxiliar de Servicio en 4° Turno

RR.HH. AUXILIAR DE SERVICIO	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

Actividades Auxiliar de Servicio en 4° Turno	Rendimiento Equipo (N° Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes Por profesional)</b>			
Realiza labores asistenciales a solicitud de la enfermera o el técnico paramédico (incluye traslado de pacientes a exámenes y procedimientos, entre otros).	6	42,0	el cálculo debe ser considerado para los 7 días de la semana (1 turno de día y 1 de noche) en un dispositivo de atención cerrada
Colabora en recepción de pacientes a la unidad, Ficha Clínica, medicamentos e inventario de ropas.	3	21,0	el cálculo debe ser considerado para los 7 días de la semana (1 turno de día y 1 de noche) en un dispositivo de atención cerrada
Mantiene orden de Fichas Clínicas y registros de la unidad.	2	14,0	
Acompaña al profesional en actividades de terapia ocupacional.	6	42,0	
Realiza contención verbal a los usuarios.	2	14,0	
Apoya contención física y/o farmacológica en pacientes agitados según indicación médica.	2	14,0	
Aseo y orden de la Clínica.	1	7,0	los 7 días a la semana, 1 vez por turno, 20 min de duración
Saca basuras y corto punzante	1	7,0	
Realizar trámites administrativos fuera de la unidad	2	14,0	
Actividades de autocuidado del equipo	2	14,0	
Aseo y orden la Unidad	4	28,0	
Aseo terminal de sala	7	49,0	considerando aseo terminal de 14 salas proyectadas
Mantener stock de aseo	2	14,0	
Retiro y entrega de ropa limpia y sucia	2	14,0	
Colabora en observación de personas en crisis	2	14,0	
Preparación y control de visitas de familiares a pacientes	4	28,0	considera visitas diarias de familiares a pacientes, de 14 a 18 hrs
Acompaña pacientes a exámenes	2	14,0	
<b>Total Horas Fijas Auxiliar de Servicio en 4° Turno</b>			<b>350</b>
<b>Jornadas Necesarias de Auxiliar de Servicio en 4° Turno(en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	<b>350</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>Propuesta</b>	<b>8 Jornadas de 44 Horas</b>		

**Técnico Paramédico/a en 4° Turno**

<b>RR.HH. TÉCNICO PARAMÉDICO</b>	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

<b>Actividades Técnico Paramédico/a en 4° Turno</b>	<b>Rendimiento Equipo (N° Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Clínicas (Según Número de adolescentes Por Equipo)</b>			
Participa en recepción y entrega de turno	2	28	Considerar sistema de turnos de 12hrs con atención 7 días a la semana. (4 técnicos si es 1 por cada 5 adolescentes)
Realiza actividades de enfermería a pacientes asignados.	4	56	
Mantiene orden de Fichas Clínicas y registros de la unidad.	1	14	
Funciones administrativas (fuera del registro en ficha y libro; registro de recetas, medicamentos, interconsultas, exámenes)	1	14	
Acompaña al profesional en actividades de terapia ocupacional.	4	56	
Realiza contención verbal a los usuarios.	1	14	
Apoya contención física y/o farmacológica en pacientes agitados según indicación médica.	1	14	
Velar por el cumplimiento de las indicaciones de Enfermería en ausencia de la Enfermera	1	14	
Registra novedades de pacientes y de la Unidad en libro de Novedades de acuerdo a pauta establecida.	1	14	Se considera registro en ficha de todos los adolescentes en forma diaria, estimando 10 minutos para cada uno
Informa a Enfermera, Médico y/o de urgencia de las novedades ocurridas durante la ausencia de la enfermera de la unidad, en relación a usuarios y personal.	1	14	No solo en ausencia de enfermera
Informa a la Enfermera de la unidad de las novedades de pacientes y del servicio en forma oportuna.	1	14	
Actividades de autocuidado del equipo	0,5	7	
Supervisa y asiste alimentación de personas hospitalizadas (24 horas)	1	14	
Supervisa y asiste administración de fármacos orales (24 horas)	1	14	

Vigila condición de la persona (24 horas)	2	140	Al menos 2 horas por turno dedicadas a supervisión de forma exclusiva
Apoya traslado de la persona a exámenes u otras unidades	0,5	35	
Retiro de stock de fármacos de Unidad de Farmacia	0,3	4	
Cuidado de pacientes en crisis	3	42	
<b>Total Horas Clínicas Técnico Paramédico en 4º Turno</b>			<b>508</b>
<b>Jornadas Necesarias de Técnico Paramédico en 4º Turno (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	<b>0</b>	<b>508</b>	<b>12</b>
<b>Propuesta</b>	<b>12 Jornadas de 44 Horas</b>		

### Técnico en Rehabilitación

<b>RR.HH. TÉCNICO REHABILITACIÓN</b>	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

<b>Actividades Técnico en Rehabilitación</b>	<b>Rendimiento Equipo (Nº Horas)</b>	<b>Total Horas Semanales</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Horas Clínicas (variable por número de adolescentes por equipo)</b>			
Realizar actividades y talleres psicoeducativos, revisando temáticas acordes y coherentes con los objetivos de la unidad, tales como la problematización y psicoeducación del consumo, factores de riesgo y protección, etc.	1	8	Diaria, al menos dos espacios durante el desarrollo de la rutina establecida cotidianamente.
Acompañar al adolescente en tareas de autocuidado, promoviendo así la incorporación de hábitos (higiene, alimentación, cuidado personal y cuidado de los espacios) y, por otro lado, intencionar el desarrollo del uso de tiempo libre y ocio. (modelamiento)	1	8	Diaria, cada vez que sea necesario. Promoción, refuerzo y apoyo constante durante las horas que los jóvenes se encuentren en vigilia.
Contener verbalmente a los adolescentes ante situaciones de conflicto interpersonal, familiar y/o relacional con el equipo de la unidad, o bien ante la presencia de sintomatología de abstinencia.	0,25	2	Diaria, cada vez que sea necesario con los distintos adolescentes.
Mediación y resolución alternativa de conflictos en el grupo de pares, y supervisión de conductas auto o hetero agresivas.		0	Diaria, cada vez que sea necesario. Promoción, refuerzo y apoyo constante durante las horas que los jóvenes se encuentren en vigilia.

Realización de encuadre, inducción y presentación de la unidad a los usuarios que ingresan al proceso de desintoxicación.	0,75	2	Semanal.
Establecimiento de vínculo significativo, (partiendo por el conocimiento de la historia de vida del usuario a partir de una interacción que permita la contención afectiva y el establecimiento de límites) y la realización de un tamizaje del consumo de drogas.	0,5	5	Diario.
<b>Total Horas Clínicas Técnico en Rehabilitación</b>			<b>23</b>
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Registro de actividades grupales desarrolladas en el día (intervenciones individuales, entrega de turno, entre otras) y, por otro lado, registro de pertenencias al ingreso y egreso de cada paciente.	2	14,0	Diaria, actividad realizada de preferencia en los espacios donde no existen actividades programadas. 1 Hora por adolescente al ingreso y 1 hora por adolescente al egreso. El registro de actividades se desarrolla en poco más de una hora.
Participación en espacios de reunión clínica y coordinación u orientación en la implementación de los lineamientos terapéuticos.	4	5,0	Semanal. 4 horas semanales. (deben participar en una reunión clínica semanal de 2 horas y dentro de la semana se revisa la evolución conductual y las herramientas de manejo diferenciado a implementar con pacientes)
Preparación de Talleres y Material lúdico.	4	30,0	Diaria.
<b>Total Horas Fijas Técnico en Rehabilitación</b>			<b>49</b>
<b>Jornadas Necesarias de Técnico en Rehabilitación (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	<b>49</b>	<b>24</b>	<b>2</b>
<b>Propuesta</b>	<b>2 Jornadas de 44 Horas</b>		

## Jefe de Unidad

RR.HH. JEFE DE UNIDAD	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

Actividades Jefe de Unidad	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Coordinación y Manejo RRHH	1	3,0	
Capacitación del Equipo	1	3,0	
Reuniones de coordinación con otros servicios, Trabajo en Red	2	2,0	
Asamblea e intervenciones grupales	1,5	1,5	
Calidad	1,5	1,5	
<b>Total Horas Fijas Jefe de Unidad</b>			<b>11</b>
<b>Jornadas Necesarias de Jefe de Unidad (en jornadas de 11 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 11 horas</b>
	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornada de 11 Horas</b>		

## Secretaria

RR.HH. SECRETARIA	
Número de personas hospitalizadas	10
Ingresos Semanales	2

Actividades Secretaria	Rendimiento Equipo (Nº Horas)	Total Horas Semanales	Observaciones
<b>Horas Fijas (independientes del Número de adolescentes por profesional)</b>			
Recepción de usuarios, familiares y funcionarios que visiten la Unidad			
Mantener orden de documentación			
Manejo del teléfono con recado por escrito de llamadas (quién, hora, recado, número telefónico), llamadas fuera del servicio, etc.			
Coordinación administrativa con otras unidades del Servicio			
Revisar agenda sobre reuniones y actividades propias de la Unidad			
Transcribir memos, Providencias, informes, certificados de la Unidad			
Entregar correspondencia a diario			
Actividades de autocuidado del equipo			
<b>Total Horas Fijas Secretaria</b>			<b>44</b>
<b>Jornadas Necesarias de Secretaria (en jornadas de 44 horas)</b>	<b>Horas Fijas</b>	<b>Horas Clínicas</b>	<b>Número de Jornadas de 44 horas</b>
	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
<b>Propuesta</b>	<b>1 Jornada de 44 Horas</b>		

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Las referencias bibliográficas de este documento fueron elaboradas gracias al programa Zotero, un gestor de referencias bibliográficas que, mediante una base de datos, entrega y organiza de manera automática las fuentes referenciadas.

- [1] Esteban Hadjez Berríos, "Overcoming the biopsychosocial approach to make way for the social and economic health determinants in the family health model", 2013.
- [2] Helen Restrepo, "La Promoción de la Salud y la Prevención de Riesgos y de Enfermedades: Un debate presente".
- [3] Ministerio de Salud, "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría." 2000.
- [4] Manuel Desviat, "Vigencia del Modelo Comunitario en Salud Mental: Teoría y Práctica," Rev GPU 2007 3 1 88-96, 2007.
- [5] Dr. Rafael Sepúlveda, "Psiquiatría Comunitaria: una definición posible," SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: Coloquio "Salud Mental y Comunidad", CENDA U. Mayor /Hospital Barros Luco, Agosto de 2009.
- [6] B. V. P., Pedro Rioseco S, Sandra Saldivia B, Robert Kohn, Silverio Torres P and Pedro Rioseco S, Sandra Saldivia B, Robert Kohn, Silverio Torres P, "Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (DSM-III-R/CID)," Rev Méd Chile V130 N5, Mayo 2002.
- [7] MINSAL, Las Enfermedades Mentales en Chile: Magnitud y Consecuencias. 1999.
- [8] MINSAL, "Norma Técnica No 35 (Resolución Exenta No 802 del 9 de abril de 1999)." Abril de 1999.
- [9] MINSAL, "Situación Actual del Suicidio Adolescente en Chile, con perspectiva de género." Diciembre de 2013.
- [10] Naciones Unidas, "Convención Derechos del Niño." 1989.
- [11] OMS, "Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación." 2006.
- [12] Naciones Unidas, "Declaración Universal de Derechos Humanos." 1948.
- [13] Naciones Unidas, "Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos." 1976.
- [14] Naciones Unidas, "Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad." 1969.
- [15] Naciones Unidas, "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental." 1991.
- [16] Naciones Unidas, "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad." 2006.
- [17] Naciones Unidas, "Hacia una Sociedad para Todos: Estrategia a largo plazo para promover la aplicación del Programa de Acción Mundial para los Impedidos hasta el Año 2000 y Años Posteriores." 1993.
- [18] Naciones Unidas, "Declaración de los Derechos del Retrasado Mental." 1971.

- [19] Naciones Unidas, "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales." 1966.
- [20] Naciones Unidas, "Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social." 1969.
- [21] Naciones Unidas, "Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)." 1979.
- [22] UNICEF, "Convención sobre Derechos de los Niños." 2006.
- [23] Naciones Unidas, "Observación General No. 4, Comité de los Derechos Niño, La salud y el Desarrollo de los Adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño." 2003.
- [24] Naciones Unidas y Comité Derechos del Niño, "Convención sobre Derechos del Niños Observación General No 9 (2006)" <http://unicef.cl/web/observaciones-generales-del-comite/>, 2006.
- [25] Naciones Unidas, Comité Derechos del Niño, "Observación General No 10 Los niños indígenas y sus derechos en virtud de la Convención," <http://unicef.cl/web/observaciones-generales-del-comite/>, 2007.
- [26] Naciones Unidas, "Observación General No 12 Convención Derechos del Niño" <http://unicef.cl/web/observaciones-generales-del-comite/>, 2009.
- [27] Naciones Unidas, "Observación General No 14 (2013) Sobre el Derecho del Niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)\*." 2013.
- [28] Asamblea General A GENERA, "Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad y Expresión de Género." 6 junio 2013.
- [29] Organización de las Naciones Unidas, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 2005.
- [30] Naciones Unidas, "Convención Interamericana sobre Derechos Humanos Pacto de San José." 1969.
- [31] OEA, "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 'Protocolo de San Salvador'" 1988.
- [32] OEA, "Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental." 1990.
- [33] OEA, "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad." 2002.
- [34] OIT, "Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo (personas inválidas)." 2008.
- [35] Ministerio del Interior, "Constitución Política de la República de Chile." 1980.
- [36] Ministerio de Justicia, "Código Civil de Chile. Actualizado al año 2000."
- [37] Ministerio de Justicia, "Código Penal." 1874.
- [38] Ministerio Justicia, "Código Procesal Penal; Ley No. 19.696." 2000.
- [39] Ministerio de Salud, "Código Sanitario Decreto Fuerza Ley No725." 1967.

- [40] Ministerio de Salud, "Ley No 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación a las Acciones Vinculadas a su Atención de Salud." 2012.
- [41] Ministerio Secretaría General de Gobierno, "Ley No 20.609 Establece Medidas Contra la Discriminación." 2012.
- [42] Ministerio de Planificación, "Ley No 20.422 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad." 2010.
- [43] Ministerio de Agricultura, "Modifica La Ley N° 18.455, Sobre Producción, Elaboración y Comercialización de Alcoholes Etilicos, Bebidas Alcohólicas y Vinagres, para Adecuar sus Disposiciones a Compromisos Internacionales Adquiridos por Chile y Perfeccionar sus Mecanismos de Fiscalización." 2009.
- [44] Ministerio del Interior, "Ley No 2000 Sustituye Ley No 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas." 2005.
- [45] Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control Enfermedades, y Departamento Salud Mental, "Norma Técnica Rehabilitación Psicosocial para Personas Adultas con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad." Septiembre de 2006.
- [46] Ministerio de Justicia, "Ley No. 20.084 Establece un Sistema de Responsabilidad de los Adolescentes por Infracciones a la Ley Penal." 2005.
- [47] MINSAL, "Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y Drogas." 2009.
- [48] MINSAL, "Decreto 570 Aprueba Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y Sobre los Establecimientos que la proporcionan." 2000.
- [49] MINSAL, "Programa Nacional de Prevención de Suicidio." Octubre de 2013.
- [50] MINSAL, "Norma Técnica General N° 65 Contención en Psiquiatría." 17 Septiembre de 2003.
- [51] MINSAL, Unidad Salud Mental, "Norma Técnica sobre Hogares Protegidos." 2000.
- [52] MINSAL, "Uso Clínico de la Clozapina. Programa Nacional de Antipsicóticos Atípicos." 2000.
- [53] MINSAL, "Norma Técnica Terapia Electroconvulsivante Modificada Normas Técnicas y Metodología de aplicación." 2000.
- [54] MINSAL, Unidad Salud Mental L, "Orientaciones Técnicas para el Funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría." 2002.
- [55] MINSAL, "Orientaciones Técnicas Tratamiento del Consumo Problemático y otros Trastornos de Salud Mental en Adolescentes Infractores de Ley." 2003.
- [56] MINSAL, "Norma No 85 Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley, con consumo problemático de Alcohol-drogas y otros Trastornos Mentales." 2006.
- [57] MINSAL, "Orientación para la Atención de Población Infantil y Adolescente con Vulneración de Derechos e Infractores de Ley Penal con Trastornos Mentales, incluyendo Consumo de Alcohol y Drogas." 2007.

- [58] Ministerio de Salud and Dr. Alberto Minoletti, "Evaluación de Sistemas de Salud Mental en Chile: Informe Final WHO AIMS." 2014.
- [59] MINJUV, "Diagnóstico de la Situación Actual de la Atención en Salud Mental y Psiquiatría para la Población Adolescente que cumplen condena en CIP-CRC." 2012.
- [60] Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental, "Informe sobre Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile." 2014.
- [61] Manuel Desviat, Ana Montero, "Reseña de 'Acciones de Salud Mental en la Comunidad.'" Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012.
- [62] MINSAL, Reglamento para internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. DTO. N° 570/98. 1998.
- [63] MINSAL, "Circular A15 No13." 2007.
- [64] OMS, "Informe Mundial sobre Salud en el Mundo : Salud Mental Nuevos Conocimientos y Esperanzas." 2001.
- [65] Dr. Stephen Pereira, and Colum Clinton, "Mental Health Policy Implementation Guide." 2002.
- [66] The, Australasian, Health, Facility, Guidelines, and (AusHFGs), "Australasian Health Facility Guidelines." 2013.
- [67] Division of behavioral health, Bureau of Clinical Services, and Ministry of health, "In Patient Ward (Wing-5) Admission Procedures & Guidelines." 2006.
- [68] MINSAL, "Orientaciones Técnicas de Hospitalización Corta y Mediana Estadía." 2007.
- [69] Servicio Andaluz de Salud and Consejería de Salud, "Ambiente Terapéutico en Salud Mental Análisis de Situación y Recomendaciones para Unidades de Hospitalización."
- [70] Joint Comission international, "Estándares para la Acreditación de Hospitales de la Joint Commission International." 2011.
- [71] Servicio Andaluz de Salud and Consejería de Salud, Ambiente Terapéutico en Salud Mental.
- [72] MINSAL, "Guía de Diseño y Planificación Unidades de Hospitalización Corta Estadía Psiquiátrica." 2001.
- [73] Corporación Ciudad Accesible and Boudeguer & Squella ARQ, "Ciudades y Espacios para Todos. Manual de Accesibilidad Universal. Corporación Ciudad Accesible."
- [74] Ministerio de Salud, Ley No. 20.660 modifica ley 19.419 en materia de ambientes libres de Humo de Tabaco. 2013.
- [75] Raquel García and López, "Salud Mental Comunitaria ¿Una Tarea Interdisciplinar?," 2004.
- [76] Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli, "Job Bernuot," Annu. Rev. Psychol. Vol 52 397-422. 2001.
- [77] Michael P and Arnold B, Burnaout and Work and Psychological Perpective. 2014.
- [78] Ministerio de Interior, N o 20.205, 24 Julio de 2007.

- [79] MINSAL, "Orientaciones Técnicas El 'Hospital Amigo', Estrategia Programática del MINSAL." 2006.
- [80] D. de S. M. y T., Organización OMS, Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra, Suiza, 2006.
- [81] MINSAL, Norma técnica "Medidas de Contención para Personas con Enfermedad Mental en Episodio de Agitación Psicomotora", 2003.
- [82] Soto C., Jeria A., Trebilcock, "Manual Organizacional Unidad de Hospitalización Corta Estadía Adultos II, Hospital Sótero del Río. 2011." 2011.
- [83] Loubat O., and M y Cuturrufo, N., "Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento," Rev.Chil.Neuro-Psiquiat, 2007.
- [84] Ontario Hospital Association, "Inter RAI Manual Versión 1.0 Documento original." Canadá, 2001.
- [85] Ministerio de Salud, "Instrumento de Evaluación de Criterios y Estándares de Calidad en Unidades de Hospitalización Psiquiátricas de Corta Estadía." 2007.
- [86] Complejo Asistencial Barros Luco, "Protocolo de Derivación Asistida." 2013.

## Otra Bibliografía Revisada

- Australasian Health, Facility Guidelines, Part B – Health Facility Briefing and Planning 137 – Mental Health Intensive Care Unit Revision 1.09, Diciembre 2013.
- José Aguilar, Iñaki Aguirre, William Morantes, Yasmín Espinoza, Metodología para la Elaboración de un Modelo de Gestión en una Institución. República Venezolana: Fundacite-Mérida Interciencia, VOL. 27 Nº 6, Junio de 2002
- Antonio Bulbena Vilarrasa, Perspectivas de la Hospitalización Psiquiátrica 12º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2011, disponible: [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
- Consejo Asesor de Salud Mental de Euskadi, Estrategia de salud Mental de la CAPV, Gobierno Vasco, 2010.
- Corporación Ciudad Accesible, “Guía de Consulta Accesibilidad Universal”, 2014. Disponible en <http://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2011/08/Gu%C3%ADa-de-Accesibilidad-Universal-2014.pdf>
- Hospital General de México, Organismo Descentralizado, Manual de Procedimientos Servicio de Salud Mental, 2011.
- Ley Nº 18695 – Ley Orgánica de Municipalidades, 2006. Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=251693>
- Ministerio de Salud Circular C13 Nº10- Normas para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud Infecciones Asociadas a modificaciones estructurales y otras actividades que general polvo ambiental en establecimientos hospitalarios, 2012. Disponible en <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/circ%20roles%20sicars.pdf>
- Ministerio de Salud Título: Decreto Nº 594 Aprueba Reglamento Sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los lugares de Trabajo, 2000. Disponible en [http://sitios.upla.cl/cphs/documentos/DTO-594\\_29-ABR-2000.pdf](http://sitios.upla.cl/cphs/documentos/DTO-594_29-ABR-2000.pdf)
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Dirección General de Programas de Salud, Dirección Salud Mental, Normas y Procedimientos en la Atención de Salud Mental, 2011.
- Ministerio de Salud, Chile, Reglamento de Hospitales y Clínicas del Ministerio de Salud y sus modificaciones. DTO. Nº 161/82. 1982.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Isabel Martínez Benlloch. U de Valencia, Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud, Modulo 2: Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud, 2006. Disponible en [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/presentacion\\_PFFPGS.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/presentacion_PFFPGS.pdf)
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Chile, Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones, actualizada al 08 de Abril por Ley Nº20.791, publicada en el Diario Oficial, 29 de Octubre del 2014.
- National Mental Health: Implementation Guideline for Public Mental Health Service and Private Hospitals Australian Government, 2010.
- OPS/OMS 146.A Sesión Del Comité Ejecutivo Plan de Acción de Hospitales Seguros para 2015. Informe Final Washington, D.C., EUA, del 21 al 25 de junio del 2010. Disponible en <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CE146FR-s.pdf>
- OPS/OMS Fundamentos para la Mitigación de Desastres en Establecimientos de Salud. Serie Mitigación de Desastres Washington DC, 2000.

- Stephen Pereira and Colum Clinton on behalf of the PICU/Low Secure Practice Development Mental Health Policy Implementation Guide National: Minimum Standards for General Adult Services in Psychiatric Intensive Care Units (PICU), 2002.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social Dirección General de Salud Mental, Normas Nacionales para la atención en Salud Mental, 2004.
- Servicio de Salud Talcahuano, Modelo de Gestión Centro de Responsabilidad de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Las Higueras, 2011.
- Superintendencia de Salud, Chile, Manual Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta, 2009. Disponible en [http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-4530\\_Manual\\_AA\\_pdf.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-4530_Manual_AA_pdf.pdf)
- Superintendencia de Salud, Chile, Manual Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención, 2009. Disponible en [http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-4530\\_Manual\\_AC\\_pdf.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf)
- Superintendencia de Salud, Chile, Manual del Estándar General de Acreditación para prestadores institucionales destinados al otorgamiento de Servicios de Imagenología Superintendencia de Salud. Disponible en [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7137\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7137_recurso_1.pdf)
- Graham Thornicroft and Michele Tansella, Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care overview of systematic evidence. *British Journal Of Psychiatry*, 2004.
- Graham Thornicroft, Michele Tansella and Ann Law, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK Department of Medicine and Public Health, Section of Psychiatry and Clinical Psychology, University of Verona, Italy Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *Forum: Steps, Challenges And Mistakes To Avoid In The Implementation Of Community Mental Health Care (World Psychiatry 2008;7:87-92)*, 2008.
- World Health Organization, *Improving Health Systems and Services For Mental Health* 2009.





MINISTERIO DE SALUD  
GABINETE DE LA MINISTRA  
DIVISIÓN JURÍDICA

APRUEBA MODELO DE GESTIÓN DE  
UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE  
CUIDADOS INTENSIVOS EN  
PSIQUIATRÍA PARA POBLACIÓN  
ADULTA E INFANTE ADOLESCENTE  
(UHCIPI)

GAR / CCC / IV / JH / PNM / EAR / PMT

1035

EXENTA N°

SANTIAGO, 15 SET. 2016

**VISTO:** Lo solicitado mediante memorándum C26 N° 62 de 2016, de la División de Gestión de la Red Asistencial; lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en el decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, de 2000, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, orgánica constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la ley N° 19.880, que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en la resolución N° 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón; y

**CONSIDERANDO:**

- 1.- Que, al Ministerio de Salud, le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.
- 2.- Que, junto con lo señalado en el considerando anterior, al Ministerio de Salud le corresponde ejercer la rectoría del sector salud, y en dicho ejercicio, debe dirigir y orientar las actividades de los organismos públicos relativas a la entrega de las acciones de salud que requiere la población.
- 3.- Que, existe la necesidad de contar con un Modelo de Gestión para las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, tanto para personas Adultas como Infante Adolescentes.
- 4.- Que, dada la necesidad expuesta en el considerando anterior, mediante la resolución exenta N° 417, de 5 de febrero de 2016, del Ministerio de Salud, se aprobó el texto del Modelo de Gestión de Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infante Adolescente (UHCIPI).
- 5.- Que, mediante el memorando C26 N° 62, de 2016, del Jefe de la División de Gestión de la Red Asistencial, se solicitó modificar el texto del Modelo de Gestión en comento, toda vez que por una omisión involuntaria, no se integró en él la referencia al recurso humano para el funcionamiento de las Unidades de Hospitalización Infante Adolescente, haciéndose referencia solamente a las Unidades de Hospitalización de población Adulta.

6.- Que, dado que se modificará el documento en comento, sólo en aquello relativo a incorporar al recurso humano para el funcionamiento de las Unidades de Hospitalización Infanto Adolescente, en pos de una mayor claridad y sistematización, se optará por refundir su texto en un nuevo escrito.

7.- Que, en mérito de lo expuesto, dicto la siguiente:

#### RESOLUCIÓN:

1º.- **APRÚEBASE**, el texto del Modelo de Gestión de Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIPI).

2º.- El documento que se aprueba en virtud de este acto administrativo, consta de 212 páginas, cuyo original, visado por la Subsecretaria de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder del Jefe de la División de Gestión de la Red Asistencial, donde todas sus copias, deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3º.- **DERÓGASE**, a contar de la total tramitación de este acto administrativo, la resolución exenta N° 417, de 5 de febrero de 2016, del Ministerio de Salud.

4º.- **REMÍTASE**, una vez afinada su tramitación, un ejemplar del Modelo de Gestión de Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIPI), a los Servicios de Salud del país.

#### ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

  
DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER  
MINISTRA DE SALUD

#### DISTRIBUCIÓN:

- Jefe de Gabinete Ministra de Salud.
- Jefe de Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Jefe de la División de Gestión de la Red Asistencial.
- Servicios de Salud del país.
- División Jurídica.
- Oficina de Partes.

*Handwritten mark or signature.*