



**Ministerio de
Salud**

Gobierno de Chile

Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria 2018

Unidad de Salud Mental
División de Gestión de la Red Asistencial
Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

PRÓLOGO

La inclusión de la temática de salud mental en los programas de gobierno generados tras recuperar la democracia, se tradujeron en grandes avances para la salud mental chilena. La formulación de los documentos y orientaciones técnicas relacionados a ellos –particularmente los Planes de Salud Mental de 1993 y 2000–, es la expresión concreta de esta inclusión.

Tanto a nivel nacional como internacional se reconocen importantes logros, sin perjuicio de los cuales persisten insuficiencias que fundamentan la visión crítica que muchos actores tienen al respecto, en el marco de la ampliación de la demanda al ejercicio de derechos por las personas.

Entre los desafíos por resolver está el integrar la red temática de salud mental a la red general de salud, superando su fragmentación y mejorando sustancialmente la oportunidad, el acceso y la continuidad de la atención a las personas en la red. Esto se sustenta en las experiencias basadas en la evidencia y en las buenas prácticas en el desarrollo de los servicios, adaptándolas a la realidad de Chile.

En coherencia con el Modelo de Salud Mental Comunitaria, resulta insoslayable fortalecer la atención ambulatoria de especialidad en el territorio de vida de las personas, con equipos transdisciplinarios que, en su quehacer, se articulen de manera eficiente con la atención primaria y actúen en red con los demás dispositivos sanitarios; asimismo, que se vinculen activamente con el intersector a nivel central, regional y local. En este sentido, los Centros de Salud Mental Comunitaria tienen un rol clave en el Modelo de la Red Temática de Salud Mental, ya que constituyen un nodo de especialidad ambulatoria, articulador de toda la red en esta área.

Este modelo invita a la superación del rol y quehacer de los actuales COSAM e impulsa el desarrollo de **Centros de Salud Mental Comunitaria**, dependientes de los Servicios de Salud, con infraestructura, dotación y asignación financiera adecuada; cuyo funcionamiento se ajusta a estándares de calidad.

El propósito de este documento es ser una herramienta técnica para la implementación de nuevos Centros de Salud Mental Comunitaria y la transformación progresiva de los COSAM, según los nuevos estándares plasmados en este modelo. Su construcción ha sido el resultado de un proyecto colectivo que contó con amplia y representativa participación, generando transferencia técnica y aprendizajes que serán parte importante para el desempeño profesional de todos y todas quienes se involucraron activamente. Más allá del producto, este proceso de construcción debe llenarlos de orgullo.

Muchas gracias a todas y a todos quienes han contribuido a generar este Modelo de Gestión.

Dra. Patricia Navarrete Mella

Jefa División de Gestión de la Red Asistencial
Subsecretaría de Redes Asistenciales

CONTENIDO

Prólogo	2
Introducción	8
PRIMERA PARTE: ANTECEDENTES Y CONTEXTO	10
1. La salud mental desde un enfoque de ejercicio de derechos	11
2. Enfoque de determinantes sociales y equidad en salud mental	11
2.1. Población trabajadora	12
2.2. Mujeres y equidad de género	12
2.3. Diversidad sexual	12
2.4. Pueblos indígenas	13
2.5. Población inmigrante	14
2.6. Refugiados	14
2.7. Personas en situación de calle	15
2.8. Personas adultas privadas de libertad	15
2.9. Población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en protección de derechos por el Estado	16
2.10. Adolescentes y jóvenes en conflicto con la justicia	17
2.11 Población adolescente con consumo de alcohol y otras drogas	18
3. Enfoque de curso de vida y salud mental	19
3.1. Periodo prenatal	20
3.2. Infancia	20
3.3. Adolescencia	21
3.4. Personas adultas	22
3.5. Personas adultas mayores	22
3.6. Suicidio en el curso de vida	23
4. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental	24
5. Atención comunitaria en salud mental	26
5.1 Promoción de salud mental comunitaria	26
5.2 Prevención en salud mental comunitaria	26
5.3 Detección Precoz	27
5.4 Atención y cuidados en salud mental comunitaria	27
5.5 Continuidad de atención y cuidados en salud mental	28

5.6 Prevención de la discapacidad, rehabilitación psicosocial, Recuperación e inclusión sociocomunitaria	29
A. Rehabilitación psicosocial	30
B. Recuperación (Recovery)	31
C. Inclusión sociocomunitaria	32
5.7 Distinciones para el tránsito de las personas en la red: gravedad, complejidad y vulnerabilidad	33
6. Salud mental en las Redes Integradas de Servicios de Salud	34
6.1. Elementos constitutivos de las Redes Integradas de Servicios de Salud	36
6.2. Niveles de gestión	37
7. Calidad en la red	37
8. Análisis de la situación actual	39
8.1. Antecedentes históricos	39
8.2. Descripción cuantitativa	41
8.3. Identificación de los nudos críticos	44
9. Metodología para la elaboración del Modelo de Gestión de Centros de Salud Mental Comunitaria	46
SEGUNDA PARTE: MODELO DE GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA	49
1. Justificación del modelo de gestión del Centro de Salud Mental Comunitaria	50
2. Población objetivo	51
3. Visión	51
4. Misión	51
5. Definición	51
6. Objetivos	52
7. Diagrama de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud	53
8. Fuentes de demanda	54
9. Derivación de personas que requieren cuidados y atención de mayor densidad tecnológica	54
10. Organigrama del centro	55
11. Consejo de Participación Ciudadana del Centro	55
12. Áreas de gestión del Centro de Salud Mental Comunitaria	56
12.1. Comité técnico	56
12.2. Gestión directiva. Funciones	56
A. De la Dirección	57

B. De la Secretaría	58
C. De Calidad y seguridad de las personas	59
12.3. Subdirección de gestión administrativa y organizacional. Funciones.	60
A. De la Subdirección de gestión administrativa y organizacional	60
B. Del Servicio de orientación médica y estadística, SOME.	61
C. De la Oficina de información, reclamos y sugerencias, OIRS.	61
D. De la Gestión de recursos humanos	62
E. De la Gestión financiera	63
F. De la Gestión de operaciones	64
12.4. Subdirección de gestión clínica comunitaria. Funciones.	65
A. De la Subdirección de gestión clínica comunitaria	65
B. De la Gestión de promoción, prevención y detección precoz	69
C. De la Gestión de procesos clínicos	71
D. De la Gestión de sistemas de apoyo a la atención.	73
E. De la Gestión docente e investigación	74
13. Organización de la atención	75
13.1. Microgestión: Nodos y puntos de atención de la red	75
13.2. Áreas territoriales	75
13.3. Áreas de atención por curso de vida	76
13.4. Atención para grupos específicos	76
13.5. Atención por equipo transdisciplinario. Competencias, cuidado del equipo y estrategias	76
13.6. Organización de actividades promocionales y preventivas.	77
13.7. Organización de actividades de atención y cuidados	79
13.8. Plan de Cuidados Integrales, PCI	81
13.9. Gestor/a terapéutico/a	81
13.10. Derivación asistida	82
13.11. Referencia y contrarreferencia	83
13.12. Agente comunitario en salud mental	83
13.13. Gestor/a comunitario/a en salud mental	84
13.14. Comité de ingreso a atención cerrada	84
13.15. Desarrollo de programas transversales	84
14. Estrategias de articulación para la continuidad de cuidados	86
14.1. Estrategias transversales	86

14.2. Estrategias para grupos poblacionales específicos	88
14.3. Estrategias para el Centro de Salud Mental Comunitaria	92
15. Cartera de Prestaciones	93
16. Ambiente terapéutico	99
16.1. Ubicación y espacio físico de la atención del centro	99
A. De su estructura física	100
B. Características de los recintos. Criterios constructivos	103
C. Programa Médico Arquitectónico, PMA	103
D. Equipo y equipamiento	103
16.2. Dinámica de funcionamiento del centro	104
16.3. Ambiente relacional	105
16.4. Recurso humano y trabajo en equipo	106
A. Trabajo en equipo y clima laboral	106
B. Transdisciplinariedad	106
C. Competencias del recurso humano	107
D. Cuidado del equipo	108
E. Requerimiento de recursos humanos	110
17. Gestión de Procesos Clínicos	114
17.1. Proceso de ingreso	114
A. Gestión de demanda y validación de la solicitud de interconsulta	116
B. Evaluación clínica de ingreso	118
17.2. Proceso de Plan de Cuidados Integrales	122
A. Flujograma de Plan de Cuidados Integrales	122
B. Elaboración del Plan de Cuidados Integrales, PCI	123
C. Proceso de tratamiento y ajuste de PCI	124
D. Reevaluación y Ajuste de PCI	124
17.3. Proceso de egreso	125
A. Flujograma de egreso	125
B. Elaboración de plan de egreso	125
17.4. Gestión del cuidado	130
A. Gestión de demanda de la solicitud de interconsulta	130
B. Evaluación integral de ingreso	131
C. Desarrollo y ejecución del Plan de Cuidado Integral	132
D. Proceso de egreso	133

18. Sistemas de apoyo	134
18.1. Sistemas de apoyo diagnóstico y terapéutico	134
18.2. Servicios farmacéuticos	135
A. Arsenales farmacológicos	135
B. Dispensación	135
C. Atención farmacéutica	136
18.3. Sistemas de Información	137
A. Necesidades informativas en salud mental	138
B. Criterios de calidad que deben cumplir los Sistemas de Información en Salud Mental (SISM)	139
C. Estrategias y criterios de calidad de los sistemas de apoyo en el Centro de Salud Mental Comunitaria	140
18.4. Sistemas logísticos de las Redes de Atención en Salud	140
19. Requisitos de calidad de la aplicación del Modelo de Gestión	141
20. Plan de Monitoreo	144
Equipo Responsable del Documento. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud	146
Mesa de Trabajo	147
Colaboradores en la Redacción y Edición	150
Colaboradores en Áreas Específicas	151
Profesionales, técnicos y personas usuarias que revisaron el documento en Coloquio Nacional Descentralizado	152
Referencias Bibliográficas	189
Anexos	204
Anexo N°1. Análisis de los nudos críticos	204
Anexo N°2. Marco legal y normativo	217
Anexo N°3. Características de los recintos: criterios constructivos	223
Anexo N°4. Programa Médico Arquitectónico (PMA) del Centro	224
Anexo N°5. Equipo y equipamiento del centro	236
Anexo N°6. Recursos Humanos de un Centro de Salud Mental Comunitaria	255
Anexo N°7. Programa de Atención Clínica Integral e Intensiva de Salud Mental en Domicilio	277
Anexo N°8. Plan de Cuidado Integral, PCI	281
Anexo N°9. Pauta de cotejo para supervisar cumplimiento de derivación asistida	285

INTRODUCCIÓN

Con la recuperación de la democracia en Chile, en 1990, surgieron nuevas miradas de los procesos sociales, entre ellos los relacionados con la salud y la salud mental, redirigiendo el enfoque a los condicionantes de los procesos de salud-enfermedad, al respeto de los Derechos Humanos y en la última década, dando un fuerte énfasis en los determinantes sociales de la salud.

Asimismo, el año 1990 se llevó a cabo la Conferencia de Caracas, impulsada por la OPS/OMS, que finaliza en la “Declaración de Caracas” [1] – de la cual Chile fue parte – y donde se concluye la necesidad de reestructurar la atención de personas en situación de discapacidad mental; de revisar el rol hegemónico de los manicomios; la importancia de reconocer a la salud mental como un derecho humano; e impulsar el tratamiento de las personas aquejadas por enfermedades mentales en su medio comunitario.

Con la implementación de los Planes de Salud Mental de 1993 y 2000, se generaron avances significativos en salud mental en el área de la salud pública, los que se plasmaron en hechos concretos, tales como el fortalecimiento de la atención en unidades de psiquiatría dentro de hospitales generales a lo largo de todo el país, y la simultánea potenciación de la atención ambulatoria de las personas con enfermedad mental con la puesta en marcha de “Centros Comunitarios de Salud Mental” y “Hospitales de Día”.

La instalación de estos centros tuvo un impulso consistente durante la primera etapa de puesta en marcha del plan, disminuyendo su ritmo en etapas posteriores. En la actualidad, con respecto a su implementación a nivel nacional, se observan un número insuficiente de estos nodos, con diferencias en su distribución territorial y en su funcionamiento técnico – administrativo.

Si bien, el desarrollo de estos centros ha sido heterogéneo, cabe destacar que los equipos que trabajan en ellos a lo largo del país han mantenido el compromiso de brindar una atención de calidad, pese a las vicisitudes y dificultades identificadas en los nudos críticos.

En este periodo, el desafío se centra en la profundización del modelo comunitario, con un fortalecimiento del despliegue de la oferta de servicios de salud mental ambulatoria, con alta calidad técnica y centrada en las necesidades de las personas.

A través de procesos participativos con actores relevantes de la red –entre ellos personas usuarias, familiares, equipos clínicos y gestores– se han identificado las variables de calidad que presentan insuficiencias, las que requieren ser resueltas y abordadas con celeridad y voluntad política, a la luz de los conocimientos actuales. Así es como, el modelo de gestión que a continuación se despliega, permite fundamentar el funcionamiento de los Centros de Salud Mental Comunitaria, mediante el desarrollo de proyectos de inversión que prioricen el levantamiento de estos Centros y contribuyan a disminuir la gran brecha de atención ambulatoria aún existente en el país. En esta dirección, el avance en la implementación de Centros de Salud Mental Comunitaria es de crucial importancia para este Modelo.

Este modelo de gestión se basa en un enfoque centrado en el abordaje de los determinantes sociales y el Modelo de Atención de Salud Mental Comunitaria. Así también, promueve que los equipos de salud mental amplíen la comprensión de la enfermedad mental, incorporando acciones promocionales y preventivas a su quehacer.

Se requiere desarrollar un modelo de gestión que organice la atención y estandarice su funciona-

miento bajo los ejes y principios del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, de acuerdo a las necesidades de las personas, familias y comunidades, sin dejar de considerar las realidades territoriales, las variables culturales, étnicas y de género, en concordancia con el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, como parte de la red de salud general.

El documento consta de 2 partes. La primera se refiere a los antecedentes y al contexto actual, lo que funda la necesidad de transitar desde los actuales dispositivos de atención ambulatoria, -heterogéneos en sus recursos y sus capacidades resolutorias- hacia Centros de Salud Mental Comunitaria. La segunda parte establece las características de estos, delineando su quehacer y funcionamiento, como también desarrollando sistemáticamente el modelo de atención, la misión y la visión, los recursos y los procesos asistenciales, estructurales, entre otros aspectos claves.

El propósito de este modelo de gestión es avanzar en una respuesta sanitaria ambulatoria de especialidad en salud mental, a través del desarrollo de procesos de gestión que generen criterios y estándares de calidad en la atención, contribuyan a la profundización del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y permitan superar las inequidades, dando coherencia a la oferta que se entrega en estos centros, en un contexto de redes integradas.

Este documento técnico debe guiar el desarrollo y la normalización de la oferta de atención ambulatoria de especialidad en salud mental.

PRIMERA PARTE: ANTECEDENTES Y CONTEXTO

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

El respeto por los derechos humanos: “a la vida, salud, privacidad, no discriminación, vivienda, trabajo, educación, participación, protección contra la tortura y tratos degradantes, y la libertad de creencias, reunión y desplazamiento” es la base para que todas las personas puedan gozar de un nivel de salud que les permita desarrollarse en sociedad y experimentar el mayor bienestar y calidad de vida posible [2].

Las condiciones de vida de las personas con enfermedades mentales graves y persistentes, caracterizadas por el maltrato, la exclusión y las pocas posibilidades de incorporación a la vida social producto del estigma, constituyen una violación del derecho a desarrollarse y vivir plenamente [3]. Esto se traduce en dificultades para el acceso a servicios de salud y a beneficios sociales, tales como: educación, vivienda, trabajo, entre otros. Asimismo, estas personas “no en pocas ocasiones, son objetos de detenciones arbitrarias en establecimientos sanitarios o carcelarios e, incluso, llegan a ser víctimas de abuso físico, sexual y psicológico por diferentes instancias de la sociedad” [4].

Desde un enfoque de ejercicio de derechos, las políticas de salud no tan solo deben centrarse en el acceso a la atención de salud mental y al tratamiento de la enfermedad, sino también deben apuntar a impactar las condiciones y espacios de vida que propiciaron dicha enfermedad, y establecer mecanismos de participación para potenciar y generar las condiciones para el ejercicio de sus derechos.

2. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES Y EQUIDAD EN SALUD MENTAL

El enfoque de determinantes sociales de la salud considera que la salud de las personas está determinada en gran parte por las condiciones sociales en que estas viven y trabajan, son mediadas por los procesos de estratificación social, comienzan antes del nacimiento y se acumulan en el curso de vida. Con esto se releva el peso que tienen las influencias sociales y económicas que enmarcan y determinan las condiciones de vida, generando pobreza e inequidad.

Los determinantes sociales de la salud interactúan con las disposiciones genéticas presentes en cada sujeto, influenciándose mutuamente. Dentro de estos encontramos los determinantes estructurales (etnia, género, nivel de ingreso, nivel educacional, ocupación) y los determinantes intermedios (condiciones de vivienda y trabajo, acceso a servicios básicos y bienes de consumo); factores conductuales y biológicos (patrones de consumo alimentario, consumo de cigarro y alcohol, ejercicio, etc.); factores psicosociales (factores de estrés, escasa red social y de apoyo) y el acceso restringido a servicios sanitarios y sociales que pueden desencadenar la exposición a riesgos que tienen un impacto directo sobre la salud y calidad de vida de las personas [5].

Intervenir los determinantes sociales de la salud posibilita también actuar sobre las inequidades, promoviendo así un enfoque de Equidad en salud. Según la OMS, la equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediabiles en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”[6]. Avanzar hacia la equidad en salud, implica introducir cambios en los determinantes estructurales e intermedios.

A continuación, se revisa cómo los efectos de los determinantes sociales y las inequidades en salud tienen impacto en la salud mental de algunos grupos poblacionales.

2.1. Población trabajadora

En la actualidad parte importante de la población trabajadora se ve enfrentada a crecientes riesgos psicosociales relacionados con nuevas formas de organización de la producción y de las relaciones laborales. Las extensas jornadas laborales y los tiempos de traslado hacia los lugares de desempeño influyen directamente en la calidad de vida de las personas, reduciendo al mínimo la posibilidad de convivencia familiar, la crianza, el tiempo libre y las posibilidades de generar lazos sociales y una vida comunitaria plena.

La precarización del trabajo, reflejada en la pérdida de estabilidad laboral y una carga excesiva que no se traduce en un salario adecuado, tiempo libre u otro tipo de retribución, tensiona al trabajador emocional y cognitivamente, produciendo diversos malestares, estrés y enfermedades. Es relevante considerar que, además del deterioro de la salud mental de la persona trabajadora, la sobrecarga psíquica y física, en relación al cumplimiento de otros roles que se desempeñan en otros ámbitos de la vida, limita los tiempos de descanso, ocio y los destinados a la actividad física, entre otros importantes para mantener la salud mental [7]. En Chile, las enfermedades mentales asociadas al trabajo se han ido posicionando como la principal causa de ausentismo laboral [8].

2.2. Mujeres y equidad de género

Según la OPS, la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir que, mujeres y hombres en toda su diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables. La equidad de género en salud no es lo mismo que la igualdad, ya que no pretende establecer una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género [9].

Existen desigualdades en salud que no son explicables por las diferencias biológicas ligadas al sexo, más bien son atribuibles a la distinta exposición a riesgos entre mujeres y hombres; y ocurren por la diferente disponibilidad de recursos para mantenerse saludables. Es decir, sólo se explican por factores culturales relacionados con los roles y relaciones de género. La estrecha relación entre inequidades de género, etnia, pobreza, discriminación, violencia doméstica, abuso laboral, abuso sexual, morbilidad infantil, entre muchos otros problemas de salud, hace necesaria la inclusión de este determinante social en las orientaciones programáticas para la red asistencial, de manera de ofertar atenciones que vayan en la línea de disminuir las desigualdades injustas entre ambos sexos y favorezcan un acceso equitativo a las atenciones de salud mental en Centros de Salud Mental Comunitaria. Asimismo, es necesario comprender que las asimetrías de poder entre ambos sexos se traducen en relaciones de violencia que impactan mayoritariamente a mujeres y niñas, por lo tanto, se debe comprender y abordar este determinante social como parte de la complejidad y vulnerabilidad que vive esta población en las atenciones de salud mental.

2.3. Diversidad sexual [10]

Se puede hablar de diversidad sexual como un sector amplio y diverso de personas con orientaciones sexuales distintas a la heterosexual, o con identidades de género y de sexo que no son las esperadas socialmente [11], lo que produce inequidad, discriminación y exclusión. Incluir la diversidad sexual en la conceptualización del género contribuye a superar la mirada dicotómica polarizada de lo femenino/masculino o de mujer/hombre para avanzar a una perspectiva inclusiva que trascienda a las representaciones de las identidades de género que se han construido socialmente.

La población LGBTI se ha visto altamente afectada por problemas de salud mental relacionados con el estigma y la discriminación. Específicamente, el modelo de estrés en minorías [12] ha ofrecido una manera de comprender cómo la pertenencia a una minoría discriminada, deja expuesto al individuo a un entorno social hostil caracterizado por el prejuicio, el rechazo y la exclusión. Este entorno generaría problemas como depresión, abuso de sustancias, aislamiento social, conflicto con los pares y victimización, lo cual incrementaría los factores de riesgo individuales para el suicidio.

En este sentido, es importante que las atenciones de salud mental tengan como base el respeto por el derecho a la autodeterminación de las personas LGBTI y que estas tengan acceso a atenciones de salud mental, sin tratos discriminatorios por parte del sistema de salud. En esta línea, los Centros de Salud Mental Comunitaria deben capacitar y sensibilizar a equipos de salud mental en la atención poblaciones LGBTI, tanto en población adulta como infanto adolescente, incorporando el lenguaje social que permita la detección activa de la identidad de género. En tanto, las atenciones de salud mental del Centro de Salud Mental Comunitaria deben procurar la disminución de las inequidades, discriminación y exclusión que experimentan estos grupos con intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario, en coordinación con la Atención Primaria.

2.4. Pueblos indígenas [13]

El enfoque intercultural en los programas de salud en la Red Asistencial y en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, incorpora el reconocimiento y respeto a las particularidades culturales de la población indígena del país y utiliza espacios de participación con estas comunidades para abordar los problemas de salud que les atañen.

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

En estudios comparados sobre la situación de salud entre población indígena y no indígena realizados en nuestro país, han puesto en evidencia que los trastornos que más afectan a la población indígena están relacionados con depresión, suicidio y alcoholismo, lo que se explicaría por su exposición a condicionantes sociales, políticas, económicas y culturales particulares, diferentes a las de la población en general. [14] Los jóvenes pertenecientes a pueblos indígenas de Chile han sido expuestos a situaciones de discriminación sistemática, desarraigo familiar, territorial y falta de oportunidades laborales, entre otras vulneraciones que se pueden explicar por la destrucción del modo de vida tradicional de las comunidades, por enfermedades, genocidio, usurpación de territorios y represión de su lenguaje y cultura” [15].

Para la atención de esta población, los Centros de Salud Mental Comunitaria deben contar con equipos con formación en salud intercultural para desarrollar Planes de Cuidados Integrales con pertinencia cultural a lo largo de todo el curso de vida; asimismo, contar con facilitadores interculturales en la atención e incorporar los saberes y conocimientos culturales de pueblos indígenas, como factor protector de la salud mental en la atención brindada.

2.5. Población inmigrante

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

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

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

2.6. Refugiados

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

La Convención de Refugiados de 1951 explica que un refugiado es una persona que “debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país”. [16]

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

Así como las personas que son afectadas por una emergencia o desastre natural sufren la pérdida de seres queridos, de sus bienes materiales y el distanciamiento temporal o permanente de sus redes sociales, los refugiados se ven expuestos a las mismas pérdidas y por lo tanto a los mismos factores de riesgo. Si a ello sumamos los problemas que pueden significar los cambios culturales, de idioma y huso horario, entre otros, la posibilidad de sufrir enfermedades de salud mental es alta.

El Programa de Reasentamiento en Chile se inicia en el año 1999 con la firma de un “Acuerdo Marco” entre el Gobierno y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Su objetivo fundamental [17] es proporcionar a los refugiados la protección, seguridad y asistencia

para que puedan vivir en paz e insertarse en la sociedad chilena, para lo cual es necesario realizar los arreglos institucionales adecuados para su planificación, coordinación e implementación.

La población de refugiados y migrantes se distinguen, principalmente, porque los primeros se han visto obligados a trasladarse buscando asilo en otros países por el hecho de ver amenazada su vida, a diferencia de la población migrante que, por distintas circunstancias, decide trasladarse de país, principalmente, con la motivación de mejorar sus condiciones de vida. En ambos casos, el Centro de Salud Mental Comunitaria debe contar con profesionales capacitados en atención a las necesidades de estos grupos, en temas relacionados a Migración, Interculturalidad, Salud, Derechos Humanos, Trastorno por Estrés Post traumático, entre otros temas, que sirvan para el desarrollo de intervenciones con pertinencia cultural para niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores migrantes o refugiados. Asimismo, el Centro debe contar con planes de acción anticipatoria para la gestión de accesibilidad a traductores y/o mediadores culturales para la atención de salud mental y apoyo social de estos grupos. En la atención a esta población es fundamental la coordinación con la APS, el intersector y el trabajo comunitario constante para el logro de la inclusión sociocomunitaria de estas personas en nuevo contexto de vida.

2.7. Personas en situación de calle

La situación de calle configura un escenario que facilita el deterioro progresivo físico y mental de las personas, que se agudiza en la medida en que transcurre el tiempo viviendo en estas circunstancias y la exposición a múltiples factores de riesgo. A lo anterior, se suma que las estrategias de cuidado de la salud para esta población son postergadas hasta la presencia de alguna urgencia médica, en que acuden con patologías agravadas por distintos motivos, que son de compleja intervención y alto costo [18].

Según datos recogidos en 2011 en el “Segundo Catastro Nacional Personas en Situación de Calle”, [19], 1.886 personas (16,6%) reportó dificultad psiquiátrica, mental o intelectual, y el 40,5% presentan consumo de alcohol y el 19 % de drogas. Además, se reporta que un 19% de las personas catastradas participó en programas de tratamiento o rehabilitación para el consumo de alcohol y un 13% en programas de tratamiento para el consumo de drogas [19].

Los Centros de Salud Mental Comunitaria deben entregar atención a este grupo sin discriminación. Esta debe ser pertinente a sus motivaciones, necesidades y curso de vida, desplegando las estrategias y acciones que permitan el acercamiento de los equipos de atención a los contextos donde permanecen estas personas, para así lograr mayores niveles de adherencia a los procesos de atención y cuidados. Las acciones deben realizarse en coordinación con el resto de la red de salud para abordar de manera integral otras problemáticas que puedan presentar estas personas. Para ello, es importante desplegar una serie de estrategias comunitarias y de gestión terapéutica con los programas sociales que realizan intervenciones con personas en situación de calle, para coordinar planes de cuidados integrales comunes y el desarrollo de estrategias que aseguren la continuidad de atención y cuidados.

2.8. Personas adultas privadas de libertad [20] [21]

En los recintos penitenciarios se dan una serie de condiciones que afectan la salud mental y la salud general de las personas privadas de libertad, tales como el estrés producido por el impacto del encierro; la tensión propia de la vida en prisión; la violencia entre internos; el posible abuso de las figuras de autoridades; las adicciones a la droga o alcohol; las reiteradas agresiones físicas o sexuales

por parte de otros presos ante la inacción de las autoridades; la ruptura de las relaciones sociales y los lazos familiares o de pareja; el sentimiento de soledad, desesperanza y abandono; la impotencia y la desconfianza hacia el sistema judicial por las reiteradas e injustificadas demoras en los procesos; la perspectiva de una condena larga; la falta de intimidad; la conciencia del delito cometido; y el impacto que puede tener en una persona el ser expuesto públicamente como un delincuente.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es con frecuencia la causa individual más común de muerte en escenarios penitenciarios. [22] [23]

Según manifiesta la Declaración de Estambul, la reclusión en régimen de aislamiento reduce el contacto social a un nivel de estímulo social y psicológico que para muchos es insuficiente para mantener la salud y el bienestar. Y que cuando la presión psicológica se utiliza intencionadamente como parte de los regímenes de aislamiento, estas prácticas son coercitivas y pueden constituir tortura. [24]

El Estado tiene una posición de garante del respeto de los derechos de las personas privadas de libertad. En este sentido, se espera que las administraciones penitenciarias no solo sean responsables de prestar atención médica, sino que también cuenten con condiciones que promuevan el bienestar físico y mental tanto de las personas privadas de libertad como del personal. Para estos efectos, se debe proporcionar la revisión médica regular a las personas privadas de libertad, así como atención y tratamientos adecuados cuando se requieran¹.

Para estos efectos, se espera que los Centros de Salud Mental Comunitaria incorporen a las personas adultas privadas de libertad como parte de su población a cargo, y desarrollen un plan anual articulado con la APS para la planificación de rondas de atención al interior de los recintos penales, según requerimiento. Asimismo, el Centro de Salud Mental Comunitaria debe articularse con la Atención Primaria y los equipos de reinserción y de salud de GENCHI para favorecer la continuidad de atención de las personas que quedan en libertad y presentan una enfermedad mental.

2.9. Población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en protección de derechos por el Estado²

Según datos entregados por el SENAME [25], el área de Protección de Derechos, el año 2014, ingresó un total nacional de 111.440 niños, niñas y adolescentes. Dentro de las principales causas de ingreso a este sistema se encuentra que una amplia mayoría se produjo por la causal de abuso y/o maltrato (38,8%) cuya frecuencia la aproxima a casi a 2/5 del total de las razones de ingreso; en segundo lugar, se sitúa la solicitud de un diagnóstico (26,9%); y en tercer lugar, la inhabilidad de uno o ambos padres (11,9%).

¹ Las disposiciones vinculadas al servicio médico en las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de Reclusos, son las siguientes [20]:

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

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

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

² La función de protección de derechos por parte del Estado, actualmente la lleva a cabo el Servicio Nacional de Menores, SENAME.

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

Del total de la población ingresada por violencia, un 12,4% correspondiente a 7.861 casos fueron víctimas de abuso sexual. De estos, el 86,7% afectaron a niñas (6.813), concentrándose el más alto porcentaje de estas agresiones entre los 8 y 15 años de edad [25].

Considerando estos factores de vulnerabilidad, se han realizado estudios enfocados específicamente a esta población, buscando determinar la prevalencia de enfermedades mentales en este grupo de niños, niñas y adolescentes. De acuerdo a un estudio realizado en el marco del Programa Vida Nueva³ existe una prevalencia de 69,1% de trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes, siendo los más prevalentes el riesgo de suicidio (45,3%) y la dependencia de drogas (40%), seguidos por los trastornos de conducta (disocial 25,7% y negativista desafiante 23,5%).

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

Para dar una respuesta integrada a las necesidades de salud mental de esta población, los Centros de Salud Mental Comunitaria deben desarrollar mecanismos de articulación efectiva con los equipos de APS, de especialidad ambulatoria (incluyendo en éstos a los equipos en convenio con SENDA) y especialidad cerrada, para asegurar el acceso oportuno a la atención y cuidados en salud mental,

De igual forma se deben desarrollar acciones articuladas con los equipos vinculados a la red SENAME y que trabajan con los niños, niñas, adolescentes y jóvenes bajo el sistema de protección, para asegurar la continuidad de los cuidados.

Se espera que implementen acciones de capacitación para los equipos que permitan desarrollar y fortalecer las competencias de atención en salud mental para esta población, con enfoque de equidad.

2.10. Adolescentes y jóvenes en conflicto con la justicia

Un 2,6% de la población total de adolescentes, entre 15 y 19 años, se encuentra en situación de conflicto con la justicia. Un estudio realizado en este grupo [27] identificó que está integrado mayoritariamente por adolescentes hombres (92,31%), cuyas edades fluctúan entre 16 y 17 años, donde menos de la mitad vive con ambos padres.

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

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

Por último, en relación a la pertenencia a pueblos indígenas, este mismo estudio muestra que el 5,13% de los adolescentes y jóvenes proviene de comunidades mapuches [27].

³ Actualmente, el Programa 24 horas se enfoca en población con protección por vulneración de derechos [26]. Este estudio no es representativo del total de la población de niños, niñas y adolescentes bajo el sistema de protección de derechos del SENAME.

Algunos estudios [27][28] muestran una prevalencia de patologías mentales entre un 62 y 64% en adolescentes infractores de ley mostrando, además, alta comorbilidad de trastornos de conducta o disociales junto con patologías asociadas al consumo de sustancias y condiciones de alta vulnerabilidad social y económica.

Para responder efectivamente a las necesidades de salud mental de esta población, se requiere que los Centros de Salud Mental Comunitaria reconozcan a estos adolescentes y jóvenes como parte de su población a cargo, tanto los que se encuentran cumpliendo sanción en medio libre, como los que están en medio privativo de libertad.

Se debe brindar una respuesta integrada entre los Centros de Salud Mental Comunitaria, los equipos de APS y los equipos de la red de atención de adolescentes y jóvenes en conflicto con la justicia, incluyendo entre estos a los equipos en convenio con SENDA –públicos y privados–, a fin de asegurar el acceso oportuno a la atención y cuidados en salud mental de especialidad ambulatoria, con enfoque de equidad.

También se deben planificar acciones articuladas con APS y especialidad abierta (entre los que se incluyen a los equipos en convenio con SENDA) para brindar atención al interior de los centros privativos de libertad. De igual forma, al interior de estos, se deben articular acciones con los dispositivos de especialidad cerrada (UHCIP) en los casos que corresponde. En esta línea, se deben desarrollar protocolos de articulación entre los nodos y puntos de atención de la red, y acciones de atención y cuidados salud mental coordinadas al interior de los centros privativos de libertad, de acuerdo a requerimiento.

Asimismo, se deben implementar acciones de capacitación para los equipos de los Centros de Salud Mental Comunitaria que permitan desarrollar y fortalecer las competencias de atención en salud mental para esta población.

2.11 Población adolescente con consumo de alcohol y otras drogas

En cuanto al consumo de alcohol, un estudio en población escolar muestra que las ya altas tasas presentaron un leve aumento respecto al estudio anterior [29]. El consumo de los hombres varió de 34,6% a 35,6% entre 2011 y 2013, mientras que en las mujeres pasó de 34,9% a 35,7% en el mismo período.

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

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

En población adolescente de 4º medio, el consumo de cocaína presenta una mayor prevalencia con un 5,1% y la menor se registra en 8º Básico (2,6%). La mayor prevalencia se observa en establecimientos municipales (4,5%), seguidos de particulares pagados (3,2%) y subvencionados (3,1%) [30].

El sistema de salud chileno debe asumir las necesidades de salud del grupo adolescente y su familia, ya que aún presenta brechas en el abordaje efectivo de los condicionantes que modelan muchos de los hábitos y conductas de riesgo para este grupo. Si bien estos hábitos y conductas no causan morbilidad y mortalidad inmediata, el daño se evidenciará en la etapa adulta [31].

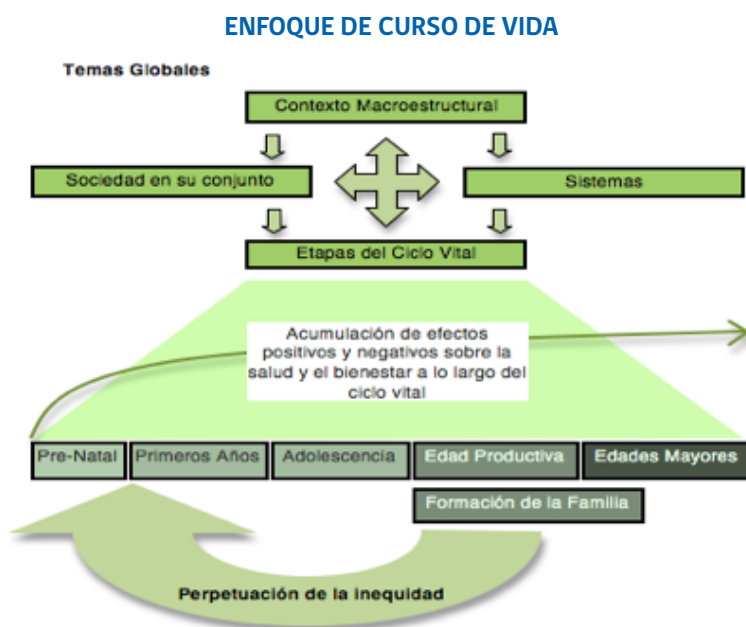
El Centro de Salud Mental Comunitaria cumple importante rol en la atención de esta población específica, debiendo articularse con los equipos de APS, equipos en convenio con SENDA y de especialidad cerrada, para brindar tratamientos oportunos, eficaces, acordes al perfil de los adolescentes y su entorno, articulando la red para la continuidad de los cuidados.

Debe tener equipo con habilidades y competencias específicas que le permitan abordar esta problemática en esta población, con énfasis en la capacidad de diagnósticos e intervenciones tempranas, apoyo a APS en las Consultorías en Mental, estrategias motivacionales con adolescentes, estrategias de atención y cuidados acordes a esta etapa de desarrollo, entre otras.

Por lo anterior, se deben implementar acciones de capacitación para los equipos de los Centros de Salud Mental Comunitaria que permitan desarrollar y fortalecer las competencias de atención en salud mental para esta población y de articulación intersectorial.

3. ENFOQUE DE CURSO DE VIDA Y SALUD MENTAL

El curso de vida explica que la acumulación de factores a largo plazo genera riesgos y un daño acumulativo que contribuyen a determinar la ausencia o presencia de una enfermedad mental, entre otros problemas de salud. Según este enfoque, invertir en acciones oportunas en cada etapa de la vida repercutirá en las siguientes, y el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en el período anterior [32].



Fuente: Adaptación de WHO, Social determinants of health [32].

3.1. Periodo prenatal

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

Los hijos/as de madres deprimidas tienen un mayor riesgo de tener bajo peso y retraso en el crecimiento [5]. En Chile, alrededor del 30% de las embarazadas sufre síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad. Si se consideran únicamente los trastornos depresivos que responden a criterios más estrictos, la prevalencia de depresión en este período es cercana al 10%. Entre los factores psicosociales de riesgo se encuentran: la historia previa de depresión, los eventos vitales adversos, la violencia intrafamiliar, el embarazo no deseado y la pobreza [33].

La depresión durante la gestación y el periodo posparto está asociada con problemas en los niños y niñas en variados aspectos del desarrollo.[34][35][36][37][38][39][40] Si bien, los efectos perjudiciales en el desarrollo de niños y niñas cuyas madres tienen depresión en la gestación o durante la etapa de postparto no son iguales, existe evidencia de que en ambos momentos se genera un efecto negativo en el desarrollo [41][42][43]. Asimismo, el riesgo de conductas suicidas en edades posteriores se duplica cuando el padre sufre de depresión, se triplica cuando es la madre la que la padece y se cuadruplica si ambos padres están deprimidos [44][45][34][46][47][48][49].

3.2. Infancia

Para que los niños y niñas desarrollen plenamente su potencial requieren satisfacer determinadas necesidades en cada una de las etapas de su crecimiento. Si ello no sucede, se pierde una ventana de oportunidad. El período más crítico lo constituyen los 3 primeros años de vida, etapa en la cual las distintas dimensiones del desarrollo del niño o niña están estrechamente relacionadas, de modo que la no satisfacción de una determinada necesidad impacta negativamente la satisfacción de las demás [50].

La fuerte interdependencia entre las distintas dimensiones del desarrollo (física, emocional, mental, social) implica que el apoyo al niño o niña necesariamente debe ser integral y acorde a las necesidades de la etapa en que se encuentra. Solo de esta forma es posible garantizar “equidad desde el principio”, entendiendo esto como: niños y niñas físicamente saludables, mentalmente alertas, emocionalmente seguros, socialmente competentes y capaces de aprender, independiente de su origen social, género y conformación de su hogar. El espacio cotidiano privilegiado de la infancia temprana es local: la familia y la comunidad (barrio) [50].

La negligencia física y emocional, el abuso y el crecer en la presencia de violencia doméstica pueden dañar a los niños y niñas. La evidencia actual señala que un mayor número de eventos adversos en la infancia se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades mentales en etapas posteriores de la vida [51][52]. El insuficiente apego y estimulación, la negligencia y otros conflictos afectan negativamente el comportamiento social futuro, los resultados educativos, la situación laboral, social y económica de las personas, impactando a la salud integral de estas y su entorno [5] [53] [54].

Estudios muestran que existen insuficiencias en el desarrollo infantil a temprana edad en niños y niñas de hogares que viven en condiciones de pobreza, el que se expresa en déficit en el desarrollo psicomotor, además de retrasos en el desarrollo del lenguaje⁴ [50].

El trastorno hiperquinético es de alta prevalencia en la población de niños y niñas preescolares (1% a 2%), escolares, adolescentes y población adulta. [55] Este trastorno genera una alta vulnerabilidad para el desarrollo normal de niños y niñas, produciendo distintos grados de discapacidad social que se agravan si el trastorno perdura en la adolescencia y la adultez. El rol de los factores psicosociales en la evolución y el pronóstico de este trastorno son relevantes, lo que hace necesario realizar el diagnóstico y un tratamiento multimodal que considere aspectos individuales, familiares y sociales. [55]

Finalmente, el estudio disponible sobre epidemiología psiquiátrica en niños, niñas y adolescentes [56] arroja que, en Chile, para el rango de edad entre 4 y 11 años, existe una prevalencia total del 27,8% (19,3% en niños y 25,8% en niñas) para cualquier enfermedad mental con discapacidad psicossocial. Este mismo estudio muestra que variables como: ser mujer, presencia de psicopatología en la familia, familias monoparentales, deserción escolar, antecedente de maltrato, haber sufrido abuso sexual, bajo nivel socioeconómico, disfunción familiar, entre otras, presentan una asociación significativa con alguna enfermedad mental.

3.3. Adolescencia

La adolescencia es, después de la infancia, la segunda etapa más vulnerable del ciclo vital, donde se produce el riesgo de adquirir la mayoría de los hábitos no saludables que tienen consecuencias negativas para la salud en las posteriores etapas de la vida, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas, sedentarismo, mal nutrición y actividad sexual sin protección [31]. En esta etapa, al igual que en la infancia, son los contextos familiares y escolares, los espacios protectores o de riesgo más importantes para la salud mental.

El 4to estudio realizado por UNICEF [57] muestra que el 71% de la población adolescente estudiada, recibe algún tipo de violencia de parte de su madre y/o padre. Un 51,5 % sufre algún tipo de violencia física y el 25,9% sufre violencia física grave. En el nivel socioeconómico bajo, un 10,8% de los niños y niñas declara haber sufrido abuso sexual, cifra superior al 6,7% que se da en el nivel medio y al 5,9% del nivel alto. A su vez, este estudio señala que del total de menores de edad que han sufrido abuso sexual, el 75% son mujeres. Un 40% de los niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual tienen padres que pelean hasta golpearse.

El estudio ya mencionado sobre epidemiología psiquiátrica en niños, niñas y adolescentes [56], señala que, para el grupo etario entre 12 y 18 años, existe una prevalencia de 16,5% para cualquier trastorno, siendo los más frecuentes los trastornos disruptivos (8,0%), los trastornos ansiosos (7,4%) y los trastornos depresivos (7,0%). El diagnóstico disruptivo más prevalente fue el Trastorno de Déficit Atencional/Hiperactividad, donde las diferencias de género no son significativas.

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

⁴ Para más información acerca de este estudio, remitirse al Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, apartado 3.2 Infancia, p. 33.

3.4 Personas adultas

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

El Estudio de Epidemiología Psiquiátrica de Vicente [58] mostró que un 31,5% de la población estudiada, de 15 años o más, había tenido un trastorno mental a lo largo de su vida, mientras que un 22,2% había tenido un trastorno en los últimos 6 meses⁵.

Por otra parte, el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad [59], establece que en Chile hay 348.057 personas en situación de discapacidad mental, es decir, un 2,2% de la población. Así también, este estudio muestra que la discapacidad es 4 veces más frecuente en la adultez que en niños/as y 14 veces más en población adulta mayor.

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

3.5 Personas adultas mayores

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

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

Los estudios muestran que el envejecimiento poblacional se caracteriza por la feminización de la vejez, dado que las mujeres viven en promedio seis años más que los hombres. De acuerdo a los datos del Observatorio Demográfico, INE-CEPAL [60], la esperanza de vida para las mujeres es de 82,8 años y para los hombres de 76,7 años (quinquenio del 2010 al 2015). El promedio para el total de la población es de 79,7 años, cifra que es superior al promedio de América Latina (74,3 años).

De acuerdo al estudio de prevalencia de trastornos mentales ya mencionado [58] las personas sobre 65 años tienen una prevalencia de trastornos mentales de 11,9% en el último año. En ellos predominan los trastornos por uso de sustancias (7,4%), los trastornos de ansiedad (4,4%) y los trastornos afectivos (3,7%). La Encuesta Nacional de Salud entregó cifras de síntomas depresivos en este rango de edad, de 11,2% en el último año, siendo estos 4 veces más frecuentes en mujeres (16,9%) que en hombres (4,1%) [61].

Las personas adultas mayores presentan una prevalencia de deterioro cognitivo de un 10,4%, siendo esta condición más frecuente en el grupo de 80 años y más (20,9%), sin diferencias significativas

⁵ Para más información acerca de este estudio, remitirse al Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, apartado 3.4 Personas Adultas, p. 34.

entre hombres y mujeres en esta dimensión. Esta encuesta refiere también que, a menor nivel educacional, la prevalencia del deterioro cognitivo aumenta.

Se estima que actualmente en Chile, el 1,06% de la población total del país presenta algún tipo de demencia⁶ [62]. Dentro de los subtipos de demencia, la denominada Enfermedad de Alzheimer, es la más frecuente en los grupos más envejecidos [63].

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

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

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

3.6 Suicidio en el curso de vida [64]

La conducta suicida y las muertes debidas a ella constituyen una creciente preocupación mundial. Cerca de 800.000 personas mueren anualmente por esta causa. Por cada muerte intencional se estima que hay 20 intentos de suicidio y que, alrededor de unas 50 personas están presentando ideación auto lítica. El 75% de suicidios se concentra en países de ingreso mediano y bajo [65].

A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años, precedida solo por los accidentes de tránsito. La tasa promedio mundial de suicidio es de 11,4 por 100.000 habitantes, siendo el doble en hombres que en mujeres. [65] En Chile esta relación ha sido en promedio de 5:1 con una tendencia a estrecharse en los últimos años, llegando a una relación de 4:1 en el año 2015.

Chile presentó un incremento progresivo en la tasa de suicidios en población general entre los años 2000 y 2008, subiendo de 9,6 por 100.000 habitantes a 12,9 por 100.000 habitantes. Desde entonces la tasa ha bajado gradualmente a una cifra similar a las del año 2000, llegando el año 2015 a 10,2 por 100.000. En población infanto adolescente se observó una curva similar⁷. Los adolescentes hombres son quienes registran una mayor tasa de suicidios consumados, 2 a 3 veces más que en adolescentes mujeres⁸ [66].

⁶ Para más información estadística acerca del deterioro cognitivo en adultos mayores, remitirse al Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, apartado 3.5 Personas Adultas Mayores, p. 35

⁷ Para mayor información estadística acerca del suicidio en el curso de vida, remitirse al Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, apartado 3.6 Suicidio en el Curso de Vida, p. 36.

⁸ Las cifras de suicidio en personas pertenecientes a pueblos indígenas son mayores a las del resto de la población del país. Esta situación se aborda en el punto 2. Enfoque de Determinantes Sociales y Equidad en Salud Mental, en el apartado d) dedicado a la situación de salud mental en pueblos indígenas.

Chile, con tasas de suicidio cercanas al promedio mundial, comparte preocupación por este fenómeno. El suicidio constituye una realidad que debe ser enfrentada en forma seria y consistente, por lo cual Chile se ha sumado a los países que han desarrollado estrategias nacionales, mediante el Programa Nacional de Prevención del Suicidio que se viene instalando en el país desde el año 2007 [67] y que incluye las estrategias más costo-efectivas que la experiencia mundial ha demostrado en la reducción del suicidio y se basa en las indicaciones de la OMS: identificar a la población en riesgo y ofrecerles atención de salud mental; disminuir el acceso a medios letales mediante programas regionales intersectoriales preventivos, y aumentar la pesquisa y primera respuesta a personas en riesgo suicida.

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

Si bien son las personas mayores las que presentan las mayores tasas de suicidio, en la población adolescente y de adultos jóvenes representan una de las principales causas de muerte. El suicidio es 7,1 veces más frecuente en adultos mayores hombres que en mujeres, según datos DEIS del año 2015 ⁹.

Entre los estudios con potencial importancia preventiva realizados en nuestro país, debe mencionarse el de Florenzano y colaboradores, efectuado en 2.300 escolares entre 13 y 20 años [68]. Este estudio realizado en tres regiones del país investiga la asociación entre estilos parentales e ideación suicida, concluyendo que los estilos parentales asociados a mayor ideación suicida se caracterizan por un elevado control psicológico, baja aceptación, baja amabilidad o pobre relación con el padre o la madre.

En lo referente a prevención del suicidio, urge prestar especial atención a la prevención y a mejorar el acceso a servicios de salud mental de forma oportuna, sobre todo en personas diagnosticadas con depresión u otras que presenten otras patologías y que vivan expuestas a riesgos que puedan llevar a conductas suicidas, prestando especial atención a la etapa del curso de vida y a otros factores contextuales determinantes de la salud de las personas, para intervenir de forma oportuna y adecuada.

4. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA Y MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

A partir de la reforma sanitaria del año 2005, la política pública en salud en nuestro país ha impulsado como eje central el desarrollo del **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria**. Este se entiende como un “modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna,

⁹ Idem anterior.

de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer – incluido el intersector – y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”(pp:12)[69].

PLAN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO



Fuente: Minsal, 2013. [70]

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

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

Este modelo se integra y complementa con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria que aborda los problemas de salud general, incluidos los problemas salud mental, abarcando todos sus ejes. Ambos modelos coexisten y se relacionan dinámicamente en el contexto de la

salud mental, reconociendo a las personas como parte de un grupo familiar y una comunidad, bajo los principios de integralidad, territorialización, ejercicio de los derechos humanos y continuidad de cuidados.

La atención comunitaria en salud mental se basa en la existencia de tres elementos centrales interrelacionados ¹⁰ [71]:

- a. **Trabajo en red.**
- b. **Abordaje de la psicopatología basada en una concepción de sujeto de relación.**
- c. **Gestión clínica.** Configura un espacio que integra las mejores prácticas clínicas con las mejores prácticas de gestión, dirigidas a la prestación de un servicio de calidad a las personas.

5. ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL

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

5.1 Promoción de salud mental comunitaria

Consiste en llevar a cabo políticas de desarrollo comunitario de amplio espectro, que generen entornos y condiciones de vida que resguarden el desarrollo integral de las personas, comunidades o barrios, para favorecer modos de vida saludables [72]. La promoción debe reconocer dimensiones previas a la emergencia de las enfermedades, para lo cual es esencial la participación de otros sectores del Estado: Educación, Trabajo, Justicia, Transporte, Medio Ambiente, Vivienda, Municipios, ONGs, entre otros actores que, con sus prácticas y políticas públicas, impactan en la calidad de vida de las personas y sus comunidades. Trabajar con ellos permitirá encauzar acciones intersectoriales que contribuyan a favorecer la salud mental de la población, resguardando no moldear, desde lo sanitario, la esencia de la comunidad.

En Salud Mental se deben promover “prácticas en salud basadas en lo relacional, en donde el acto de cuidar es tanto medio como fin en sí mismo” [73], siendo relevante la participación de la comunidad en la discusión y en la elaboración de políticas y prácticas de promoción en salud mental. De esta forma, la comunidad genera las herramientas necesarias para “la transformación hacia una comunidad más inclusiva; ya que, para que las personas con padecimientos mentales puedan ser asistidas en su comunidad, esta también debe estar preparada.”

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

5.2 Prevención en salud mental comunitaria

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

¹⁰ Estos tres elementos se encuentran desarrollados en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, punto 4. **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental**, p. 39.

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

Las estrategias preventivas deben identificar aquellos condicionantes que moldean los estilos de vida y producen crisis recurrentes asociadas a hábitos y conductas que predisponen la ocurrencia de enfermedades mentales en las personas. Esto supone buscar estrategias y acciones colectivas basadas en la intersectorialidad, que impacten en esos condicionantes del daño [74] "ISBN": "978-92-75-11857-3", "language": "Español", "author": [{"family": "", "given": "Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE)"}].

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

5.3 Detección Precoz

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 [75] plantea que en la APS las actividades de salud mental se organicen en 2 componentes: uno de acciones de promoción y prevención de la salud mental y el otro componente de detección precoz, diagnóstico y atención integral, accesible, oportuna y eficaz a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales. Enfatiza además el trabajo de detección precoz en poblaciones específicas, donde existen riesgos específicos ¹¹.

La OMS recomienda la capacitación a los equipos de Atención Primaria para desarrollar acciones de detección precoz en Salud Mental y el trabajo activo para que la comunidad genere conciencia de la importancia de esta, promoviendo así una activa colaboración entre ambas [76].

5.4 Atención y cuidados en salud mental comunitaria

Se centra en la persona que presenta un problema o enfermedad mental y su contexto, a fin de que esta mantenga o recupere su capacidad de relacionarse con los otros, le permita desarrollar un proyecto de vida y participar de la vida en comunidad. La atención y el cuidado contemplan el trabajo con la persona, su familia, red de apoyo y comunidad como parte fundamental del proceso de recuperación. Esto adquiere un profundo sentido terapéutico en tanto, lo primero que se ve afectado como consecuencia de la enfermedad mental son las condiciones subjetivas para vivir con los otros y soportar los conflictos de la vida en común, como también el desarrollo y la mantención de las habilidades para generar vínculos satisfactorios. [77]

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

¹¹ Este apartado se encuentra más desarrollado en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, punto 5. Atención comunitaria en salud mental, p. 40.

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

En este sentido, la atención y el cuidado debe incorporar una perspectiva rehabilitadora en la línea de la Recuperación¹². Los profesionales y los servicios deben pasar de la perspectiva centrada en el control de los síntomas y la conducta a una centrada en el desarrollo de un proyecto de vida, es decir, orientada a propiciar un cambio en las relaciones de ese sujeto con su entorno y sus condiciones sociales, adaptándose a las necesidades y tiempos de cada persona. Esto implica privilegiar la calidad de vida, por sobre la completa remisión de los síntomas.

Para incorporar a la atención y el cuidado las consideraciones señaladas, es necesario contar con servicios organizados en red “que faciliten la participación activa de la comunidad; la eliminación de la estigmatización y la discriminación; la mejora de la legislación y de las actitudes públicas con miras a eliminar barreras a la integración en la comunidad (...)” [71].

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

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

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

5.5 Continuidad de atención y cuidados en salud mental [71] [78]

La continuidad del cuidado es un proceso esencial y transversal de la atención comunitaria de salud mental y se define como el “proceso que involucra el movimiento sucesivo, ininterrumpido de usuarios/as entre los diversos elementos del sistema de provisión de servicios”[71]. Implica la relación de la persona, familia, red de apoyo y comunidad con el sistema de salud; el grado de cuidado individualizado; la accesibilidad; los vínculos entre servicios, la integralidad y la flexibilidad de la ubicación de los servicios.

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

La OPS define tres mecanismos que contribuyen a la continuidad del cuidado: a) compartir información sobre una persona (coordinación de la información); b) coordinar el cuidado entre los distintos niveles asistenciales (gestión integrada del cuidado); y c) regular el acceso a lo largo de la red de

¹² Usamos la palabra “Recuperación” para referirnos a un enfoque centrado en el desarrollo de un proyecto de vida, orientado a propiciar un cambio en las relaciones del sujeto con su entorno y sus condiciones sociales, que se adapta a las necesidades y tiempos de cada persona, denominado Recovery en idioma inglés. La escribimos con R mayúscula para evitar confundirla con la palabra “recuperación”: acción y efecto de recuperar o recuperarse, cuyo significado sólo cubre parcialmente las implicancias del término Recovery.

servicios (regulación del acceso). Todo esto, en el marco de una adecuada aplicación de las convenciones, tratados internacionales y legislación nacional en el ámbito de la salud mental.

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

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

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

En nuestro país, desde el año 2010, la Ley 20.422 establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, sea esta de cualquier origen, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad. [79]

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

En la aplicación de esta ley deberá darse cumplimiento a los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social ¹³.

El concepto de **discapacidad** se define “como un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de una persona, lo que se traduce como el resultado negativo de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, incorporando de esta forma las variables propias de los contextos sociales, culturales, económicos, espirituales, etc. (...)”[80]. Por otro lado, la **deficiencia** refiere a problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. Entendiendo el cuerpo como un todo; el cerebro y sus funciones están incluidos dentro de las funciones corporales [81].

La persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.[79]

La prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de su familia y de la sociedad en su conjunto. Las personas con discapacidad tienen derecho a que el proceso de rehabilitación integre y considere la participación de su familia o de quienes las tengan a su cuidado.[79]

¹³ Estos principios se encuentran desarrollados en este mismo apartado, en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, en la Red General de Salud.

Los factores ambientales se definen como el entorno físico, social y de actitudes en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. De acuerdo con la CIF, estos factores cambian drásticamente con las transiciones de las diversas fases del desarrollo asociados con los cambios en su competencia e independencia.

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

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

A. Rehabilitación psicosocial

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

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

Tradicionalmente, se ha intervenido para que las personas en situación de discapacidad de origen mental incrementen su autonomía y se adapten a su entorno. Sin embargo, la rehabilitación debe propiciar también la transformación de los espacios sociales o la creación de otros nuevos, donde no solo las personas con enfermedades mentales deban realizar cambios a nivel personal respetando la diversidad [82].

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

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

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

B. Recuperación (Recovery)

En los últimos decenios, la atención de salud mental basada en el Modelo Comunitario se ha visto beneficiada por la perspectiva de la Recuperación o “recovery”, que supone reconocer a la persona con enfermedad mental como verdadera protagonista de su proceso terapéutico y de crecimiento personal. [83] El recovery no es una terapia ni una intervención, sino un proceso personal, propio de cada individuo, de vivir la vida con el mayor sentido y realización, a pesar de la enfermedad mental.

Generalmente, se tiende a asumir que la Recuperación en relación con una enfermedad mental tiene el mismo significado que la recuperación en otras condiciones médicas, siendo entendida como “la ausencia de todos y cada uno de los síntomas y déficits”. Sin embargo, es importante comprender que no todas las personas con una enfermedad mental grave alcanzan un grado tan completo de recuperación en este sentido [84].

Lo señalado, implica reconocer otra forma de Recuperación en la cual las personas asumen un papel activo en la búsqueda de cómo vivir con una enfermedad mental grave, análoga a la forma en que las personas aprenden a vivir con otras enfermedades “crónicas”. Esta forma de “Recuperación” o “recovery”, considera que no necesariamente las personas deben ser curadas completamente de sus enfermedades para reclamar o acceder a una vida plena [84] [83].

Anthony (1993), entiende la Recuperación como “un proceso profundamente personal y único de cambiar nuestras actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria, esperanzadora y activa, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La Recuperación implica el desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la vida a medida que se crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” [85].

Los movimientos de Recuperación han subrayado que los efectos catastróficos de la enfermedad mental van más allá de la propia enfermedad, apuntando a la forma en que esta es vista socialmente, al estigma al que las personas con enfermedades mentales han sido sometidas tanto dentro como fuera de las instituciones [84].

El hecho de poner la responsabilidad por la Recuperación únicamente en la persona/individuo que vive una enfermedad mental, tiene consecuencias en la forma en que los equipos de salud y la misma sociedad se vincula con estas personas y en lo que espera de ellas, reproduciendo formas estigmatizantes. Las aprensiones que suelen surgir por parte de los equipos se traducen en obstáculos para la Recuperación y el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad producto de una enfermedad mental.

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

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

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

A pesar de que hay muchos valores asociados a los servicios orientados hacia la Recuperación, existen al menos cuatro valores clave que sostienen el proceso de recovery [83]: 1) *Orientación hacia la persona*; 2) *Implicación de la persona*; 3) *Autodeterminación*; 4) *Esperanza*.

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

C. Inclusión sociocomunitaria [86]

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

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

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

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

Los sistemas comunitarios de actuación proporcionan que las personas establezcan:

1. Vínculo con los demás y las cosas en un campo espacio temporal concreto, histórico, situado, de lugares, contextos y situaciones.
2. Pertenencia, identidad, protección, seguridad, afecto, valoración, reconocimiento, apoyo, compenetración personal.
3. Esquemas intencionales fijadores de sentido de sus actuaciones.
4. Sistemas de posibilidades para sus procesos de personalización y autoconfiguración.
5. Un campo concreto de rutinas, de usos y costumbres, saberes y valores.

6. Un campo práctico de convivencia con los demás, donde se vivencia y experimenta lo común y donde se participa en una comunidad.
7. Diversidad.

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

Por su parte, también se encuentra la capacidad de las instituciones para la inclusión de las personas, esto se expresa en: políticas públicas inclusivas que consideren el ejercicio de ciudadanía y un enfoque de derechos, con gestión inclusiva de la diversidad, con articulación institucional-comunitaria, con enfoque participativo, territorial, de género y de derechos humanos [86].

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

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

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

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

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

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

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

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

Por su parte, la *vulnerabilidad* es definida por Fuentes [87] como la posibilidad de que las personas desarrollen una enfermedad como resultado de un conjunto de aspectos individuales, colectivos y contextuales que acarrear mayor susceptibilidad a dicha enfermedad, junto con mayor o menor disponibilidad de recursos para protegerse; siendo esta vulnerabilidad situacional, variable y multidimensional. Incorpora tanto elementos individuales como los relacionados a la interacción con las características del contexto social, situaciones o condiciones sociales adversas; además de los recursos de los propios sujetos, grupos y comunidades para afrontarlos. Esta mirada enfatiza el modelo de atención que sostiene que la superación de la enfermedad debe realizarse dentro de la comunidad de la que el sujeto es parte, permitiendo dejar atrás la categoría estigmatizadora de “enfermo” que usualmente acompaña de por vida a las personas con enfermedades mentales. [88]

Por lo tanto, resulta relevante el concepto comprensivo y multidimensional de complejidad, que permite integrar la relación de gravedad con las variables de vulnerabilidad concomitantes, facilitando hacer distinciones tanto respecto al estado de salud de la persona usuaria como a los recursos y **densidad tecnológica**¹⁴ requerida.

6. SALUD MENTAL EN LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

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

A su vez, tradicionalmente, el sistema se ha organizado con una estructura jerárquica, definida por niveles de “complejidades” crecientes, y con relaciones de orden y grados de importancia entre los diferentes niveles. Esto tiene su origen en un concepto de complejidad distinto, hoy cuestionado, que establecía que la Atención Primaria de Salud es menos compleja que otros niveles. De esta forma, se subdimensiona el rol de la Atención Primaria de Salud y se sobrevaloran las prácticas que exigen mayor densidad tecnológica y que son ejercidas en los niveles de especialidad y atención cerrada[89]. Lo señalado, ha llevado a la fragmentación en la atención de las personas, perdiendo la integralidad y perpetuando barreras de acceso.

¹⁴ La densidad tecnológica guarda relación con las herramientas y recursos con que cuenta cada nivel de atención en salud y sus respectivos nodos para dar respuesta de calidad a las necesidades de atención de las personas, familias y comunidades. Esta definición comprende la tecnología sanitaria compuesta por el equipamiento, los medicamentos, los sistemas organizativos y de apoyo, como también las competencias y habilidades del recurso humano que las utiliza. De esta forma, la densidad tecnológica es, en definitiva, la aplicación del conocimiento organizado y sus destrezas, en la forma de medicamentos, dispositivos médicos, vacunas, aplicación de test, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema sanitario y mejorar la calidad de vida las personas, familias y comunidades [89]. La densidad tecnológica en salud mental incorpora todos los aspectos psicológicos, sociales y comunitarios que sustentan la atención y cuidados integrales en contexto del modelo comunitario.

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

Estas redes son definidas como organizaciones que agrupan un conjunto de servicios de atención en salud, vinculados entre sí por una misión única, por objetivos comunes y por una acción cooperativa e interdependiente, que permiten ofertar una atención continua e integral a determinada población, coordinada por la Atención Primaria de Salud – proporcionada en el momento oportuno, en el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada y con equidad – con responsabilidad sanitaria y económica, generando valor para la población[89].

En las Redes de Atención en Salud, la concepción de jerarquía es sustituida por la de poliarquía y el sistema se organiza en forma de una red horizontal de atención. Así, no hay una jerarquía entre los diferentes nodos y puntos de atención de salud, sino la conformación de una red horizontal de nodos y puntos de atención de distintas densidades tecnológicas y sus sistemas de apoyo, sin jerarquía entre ellos. Todos los nodos y puntos de atención de salud son igualmente importantes para el cumplimiento de los objetivos de las redes de atención de salud; apenas diferenciándose por las distintas densidades tecnológicas que los caracterizan, sin jerarquía entre ellos [89].

En estas redes poliárquicas, cada punto o nodo de atención está conectado a varios otros, lo que permite recorrer caminos diferentes entre los nodos. La Atención Primaria cumple una función preponderante, en tanto debe atender y resolver más del 85% de las necesidades de salud de las personas [89]. Es en este lugar donde se da la mayor parte de las atenciones y cuidados, y donde se ofertan, preferentemente, tecnologías de alta complejidad, como aquellas que apuntan a incidir en los cambios de comportamiento y modos de vida de las comunidades, en relación a la salud.

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

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

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

6.1. Elementos constitutivos de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Las Redes de Atención en Salud se sustentan en tres elementos constitutivos fundamentales: una población, un modelo de atención de salud y una estructura operacional [89].

A. La población y sus comunidades.

B. El Modelo de Atención de Salud.

C. Estructura operacional de las redes.

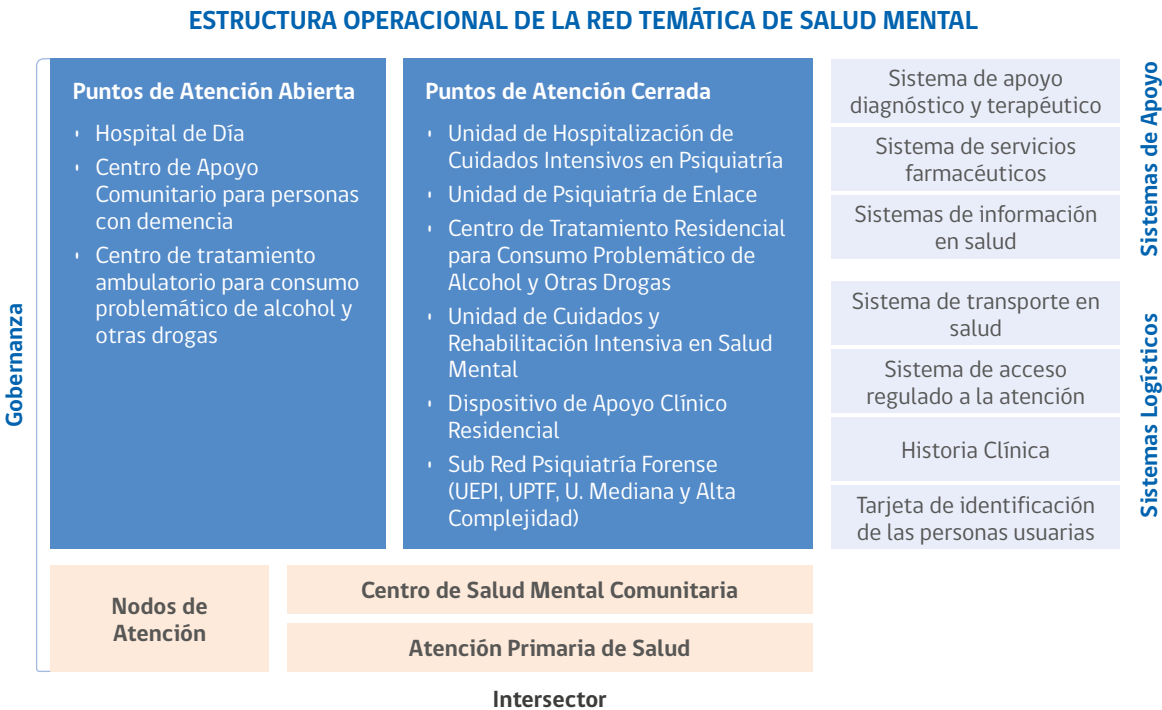
Esta estructura está constituida por los nodos de las redes y por las conexiones materiales e inma-
teriales que comunican esos diferentes nodos.

La estructura operacional de las Redes de Atención en Salud está compuesta por cinco componen-
tes¹⁵:

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

D. Estructura Operacional de la Red Temática de Salud Mental.

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



¹⁵ Para más información remitirse a este mismo apartado desarrollado con mayor detalle en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, en la Red General de Salud.

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

Los puntos de atención abierta y cerrada se diferencian por sus respectivas densidades tecnológicas, siendo estos últimos puntos de atención más densos tecnológicamente que los de atención abierta. No hay entre ellos relaciones de subordinación, ya que todos son igualmente importantes para alcanzar los objetivos en la atención de necesidades de la población. [89].

6.2. Niveles de gestión

En el plano organizativo se definen **3 niveles de gestión** [90]:

- **Macrogestión:** identificada con el rol rector de la autoridad sanitaria que determina las políticas de salud, armoniza los mecanismos, fuentes y agentes involucrados en la financiación y en la regulación de todos los aspectos relacionados a la salud.
- **Mesogestión:** incluye la gestión de redes a nivel de los Servicios de Salud, establecimientos de salud y subdivisiones organizacionales, en cuanto a red, para la producción de servicios que lleven a la mejora de la salud de la población. Se consideran gestores de red en los 29 Servicios de Salud.
- **Microgestión o gestión clínica:** se traduce en la prestación directa de atención y cuidados de salud a las personas, por parte del equipo de salud. Implica el proceso de toma de decisiones en la atención directa a las necesidades de salud de las personas y que arrojan resultados clínicos.

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

7. CALIDAD EN LA RED

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

Históricamente, las personas con necesidades de atención en salud mental han experimentado una baja calidad en los servicios que se le han otorgado, como también violaciones a sus derechos humanos. Los servicios de salud mental no han logrado integrar los tratamientos y prácticas basados en la evidencia, obteniendo resultados pobres en cuanto a la Recuperación e inclusión sociocomunitaria. El tratamiento ofrecido busca con frecuencia mantener a estas personas "bajo control", en lugar de potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida. Tampoco se les pide la opinión respecto a sus planes de atención o de Recuperación lo que, en muchos casos, significa que acaban recibiendo tratamiento en contra de su voluntad [91].

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

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

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

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

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

Asimismo, las políticas en salud mental pueden orientarse hacia la mejora de la calidad mediante las siguientes tareas [92]:

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

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

8. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

8.1. Antecedentes históricos

Reseñar la historia de los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM)¹⁶ es una tarea compleja, principalmente porque existen tantas versiones de esta historia como números de Centros. En este sentido, resulta relevante revisar el acaecer de las experiencias comunitarias primigenias, así como de los COSAM.

Chile posee una larga historia en cuanto a salud mental y comunidad se refiere, las primeras trazas de trabajo en salud mental comunitaria se sitúan en los principios de la década de 1960 con Martín Cordero y la experiencia en *Psiquiatría Comunitaria* en Temuco; con Mario Vidal y Fanny Pollarolo en el desarrollo de *Salud Mental Poblacional*; como también la experiencia de Juan Marconi, con el Programa de *Salud Mental Intracomunitaria*, iniciado en el año 1968 en la Población Santa Anselma en el área Sur de Santiago, en el cual participaron la Universidad de Chile, funcionarios del Servicio Nacional de Salud, organizaciones religiosas y la comunidad en general, con un modelo de delegación de funciones según el cual se realizaban acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, de los principales problemas pesquisados en el diagnóstico comunitario: alcoholismo, neurosis y problemas de aprendizaje en niños y niñas. Todas estas experiencias fueron eliminadas por la dictadura.

En 1982 se creó la Comisión Nacional para el Estudio del Problema del Alcoholismo y la Drogadicción en Jóvenes, que instruyó a los municipios de la Región Metropolitana a contratar equipos profesionales de salud mental, constituyendo los Centros de Adolescencia y Drogas con el objeto de intervenir en la prevención, tratamiento y rehabilitación de jóvenes con problemas de drogas. Estos equipos, instalados en los territorios, fueron forjando sus propias identidades, adoptaron diferentes enfoques y generaron sus propias prácticas, en base a esfuerzo, compromiso y creatividad, lo que determinó una gran heterogeneidad de modelos de funcionamiento, tanto en lo técnico como en lo administrativo.

La situación de la salud mental en Chile a principios de los 90 era precaria. La provisión de servicios en salud mental estaba cubierta, básicamente, por instituciones de carácter asilar, con alta ocupación de los sectores de “crónicos” que contaban con buena disponibilidad de recursos farmacológicos. Sin embargo, la provisión de servicios en los centros de orientación comunitaria, en la atención primaria y la oferta de programas de rehabilitación y de apoyo comunitario siguió siendo escasa.

Junto con el retorno de la democracia en 1990, surgen nuevas miradas de los procesos sociales, entre ellos, los relacionados con la Salud y, por ende, con la salud mental, redirigiendo el enfoque a los condicionantes de los procesos de salud-enfermedad, al respeto de los Derechos Humanos y en la última década, un fuerte énfasis en los determinantes sociales de la salud.

Asimismo, a nivel Latino-Americano, en noviembre del mismo año se lleva a cabo la Conferencia de Caracas, impulsada por la OPS/OMS, que finaliza en la “Declaración de Caracas” (de la que Chile se hace parte), donde se concluye la necesidad de reestructurar la atención de personas en situación de discapacidad psíquica, de revisar el rol hegemónico de los manicomios, la importancia de reconocer a la salud mental como un derechos humano, e impulsar el tratamiento de las personas aquejadas por enfermedades mentales en su medio comunitario.

¹⁶ Reciben diferentes nombres en el país: ESSMA, CESAM, CESAMCO, CECOSAM.

Lo anterior, se explicita en el Primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría lanzado en 1993, donde se manifiesta la intención de mejorar el acceso a tratamiento de las personas con problemas de salud mental. Esto se profundiza con el Segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, donde se releva la importancia de implementar un modelo ambulatorio comunitario, reconociendo la necesidad de que las intervenciones en salud mental recorran el espectro que va desde lo promocional hasta la rehabilitación de las personas, con un rol protagónico de la comunidad.

Desde ahí, aparece la implementación de los **Centro Comunitario de Salud Mental Familiar** como núcleo descentralizado de la atención especializada, más cercano a la gente, integrado con las organizaciones locales y redes comunitarias con mayor conocimiento de la realidad local y con la flexibilidad para adaptarse a estas realidades.

A fines de 1990, surge el “proyecto de red de centros comunitarios de salud mental familiar”, en un comienzo con financiamiento internacional (EEUU). Posteriormente, mediante alianzas con los municipios, se buscó reorientar los centros de adolescencia y drogas hacia los equipos de salud mental comunitarios, lo que se logró en varios casos, no obstante, en otros, estos centros fueron reconvertidos a Centros del SENAME y a dispositivos para el tratamiento de adicciones con financiamiento CONACE.

Las múltiples experiencias tienen en sus inicios un fuerte enfoque psicosocial, y la especialización de los dispositivos de salud mental se va dando en forma progresiva hacia un modelo interventivo psicosocial comunitario, incorporando posteriormente, el componente biomédico con la integración de psiquiatras tanto en el área infanto-adolescente como en el área adulta.

La heterogeneidad en la instalación o implementación de centros a nivel nacional y la profundización del modelo comunitario a partir de estos, posee múltiples explicaciones. Si se intentase establecer un elemento transversal a estos desarrollos, se podría decir que, en parte importante, este ha estado sujeto a una lógica de índole administrativa-financiera, en ocasiones dependiente de los diversos gobiernos municipales. Si bien, esto ha permitido que estos dispositivos se sostengan en el tiempo, en muchas ocasiones, ha sido en desmedro de los aspectos técnicos necesarios para el desarrollo de un modelo interventivo clínico-comunitario. En este sentido, el avance en la implementación del modelo ha dependido, básicamente, de: la capacidad local que han tenido los distintos equipos comunitarios para identificar y salvar nudos críticos; instalar en las agendas locales la problemática de salud mental logrando apoyos políticos en ocasiones inestables; del apoyo y la valoración que la red de Atención Primaria de Salud ha tenido de los equipos comunitarios, así como de la demanda de la comunidad por mejorar el acceso a salud mental.

8.2. Descripción cuantitativa

Al año 2016, existen 146 equipos de especialidad ambulatoria de Salud Mental en el país, distribuidos en 91 Centros Comunitarios de Salud Mental y 55 equipos en Centros Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Centros de Referencia de Salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría, como se muestra en la siguiente tabla:

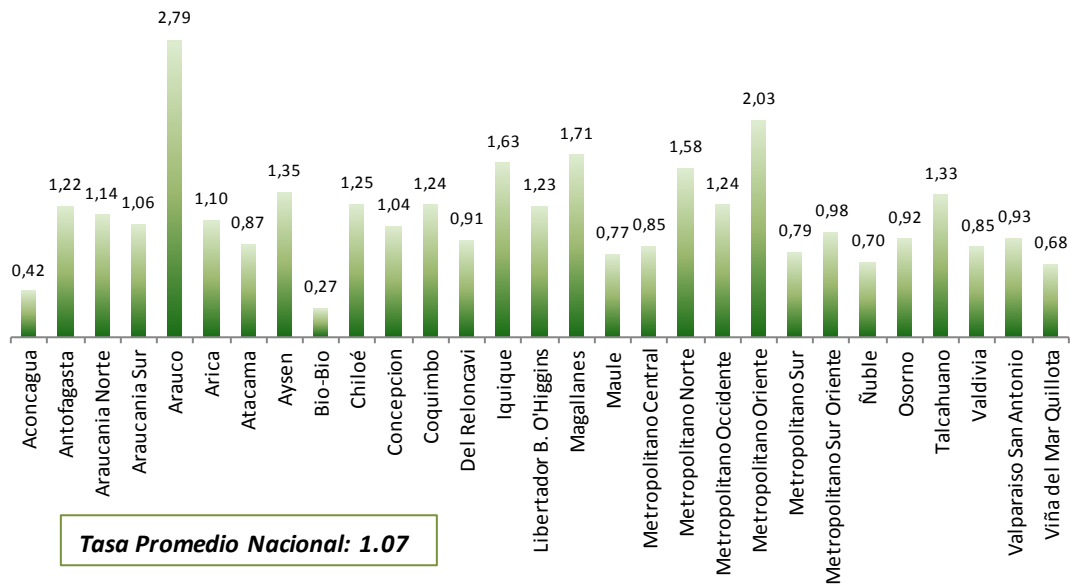
Equipos de Especialidad Ambulatoria de Salud Mental							
Servicio de Salud	N° Centros Comunitarios de Salud Mental Año 2016	N° Policlínicos, CAE, CDT o CRS Año 2016	Equipos de Especialidad Ambulatoria de Salud Mental	Servicio de Salud	N° Centros Comunitarios de Salud Mental Año 2016	N° Policlínicos, CAE, CDT o CRS Año 2016	Equipos de Especialidad Ambulatoria de Salud Mental
Arica	2	0	2	Araucanía Sur	4	3	7
Iquique	3	1	4	Araucanía Norte	0	2	2
Antofagasta	4	0	4	Del Reloncavi	2	1	3
Atacama	0	2	2	Chiloé	0	2	2
Coquimbo	5	3	8	Osorno	2	1	3
Viña del Mar Quillota	3	3	6	Valdivia	2	1	3
Valparaíso San Antonio	2	2	4	Aysén	0	1	1
Aconcagua	0	1	1	Magallanes	1	1	2
Libertador B. O'Higgins	5	3	8	Metropolitano Central	4	1	5
Maule	2	5	7	Metropolitano Norte	8	2	10
Concepción	4	1	5	Metropolitano Oriente	8	4	12
Talcahuano	1	3	4	Metropolitano Sur Oriente	8	3	11
Arauco	4	0	4	Metropolitano Sur	6	3	9
Bío-Bío	0	1	1	Metropolitano Occidente	9	4	13
Ñuble	2	1	3	Total	91	55	146

(*) El año 2016 se entregaron recursos para la implementación de 3 nuevos Centros Comunitarios de Salud Mental, bajo la medida presidencial de Potenciar la Red de Salud Mental Ambulatoria. Estos recursos fueron destinados a los Servicios de Salud Valparaíso - San Antonio, Aysén y Metropolitano Central.

Respecto a la especialidad ambulatoria de Salud Mental, existen solo 3 Servicios de Salud que realizan toda la atención de especialidad ambulatoria en los Centros Comunitarios de Salud Mental (Arica, Antofagasta y Arauco), y 4 Servicios de Salud que no poseen Centros Comunitarios de Salud Mental, por lo que los equipos ambulatorios de especialidad se encuentran en recintos hospitalarios (Atacama, Bío Bío, Araucanía Norte, Chiloé).

La distribución de la población en el territorio es disímil, lo que se ve claramente reflejado en la cantidad de población beneficiaria a la que deben responder los Servicios de Salud, contando con Servicios que tienen una población de 73.000 personas beneficiarias, hasta otros que tienen una población de 1.100.000 personas beneficiarias. Este es un aspecto relevante al momento de mostrar las realidades del país, siendo necesario establecer una medida estándar que permita comparar la instalación de los equipos ambulatorios en la Red. A continuación, se muestra gráficamente la Tasa de Equipos de Especialidad Ambulatoria de Salud Mental x 100.000 beneficiarios:

TASA DE EQUIPOS DE ESPECIALIDAD AMBULATORIA DE SALUD MENTAL X 100.000 BENEFICIARIOS



Se puede apreciar la gran variabilidad de los equipos en el país, desde Servicios de Salud que poseen casi 3 equipos por 100.000 personas beneficiarias, hasta otros que poseen menos de un tercio de un equipo por los mismos 100.000 beneficiarios. Vale la pena mencionar, que pueden existir equipos que se encuentren “territorializados” y que no necesariamente su realidad se vea reflejada en este análisis, como tampoco se analiza la composición de estos equipos, que presentan una heterogeneidad en el país.

Ahora bien, respecto a la población asignada a cada uno de estos equipos, la realidad es sumamente heterogénea, ya que existen Servicios de Salud que poseen sólo un equipo para abordar a toda su población asignada (Aconcagua o Bío Bío), y otros en los cuales se pueden observar equipos en cada comunidad, territorializados, y con una población asignada que permite un abordaje acorde al Modelo Comunitario (Arauco), como se aprecia en las siguientes tablas:

Servicio de Salud	Nombre	Comuna	Población a Cargo Aproximada
Arica	ESSMA Norte	Arica	90.000
	ESSMA Sur	Arica	90.000
Iquique	COSAM Dr. Salvador Allende	Iquique	75.000
	COSAM Dr. Jorge Seguel	Iquique	75.000
	COSAM Dr. Enrique Paris	Alto Hospicio	100.000
	Hospital de Iquique	Iquique	-
Antofagasta	COSAM Norte	Antofagasta	70.000
	COSAM Sur	Antofagasta	70.000
	COSAM Central	Antofagasta	70.000
	COSAM Calama	Calama	110.000
Atacama	Hospital de Vallenar	Vallenar	170.000
	Hospital de Copiapó	Copiapó	60.000
Coquimbo	CESAM Las Compañías	La Serena	80.000
	CESAM Tierras Blancas	Coquimbo	50.000
	CESAM Ovalle	Ovalle	30.000
	CESAM Punta Mira	Coquimbo	50.000
	CESAM Illapel (Año 2015)	Illapel	40.000
	Hospital de Coquimbo	Coquimbo	100.000
	Hospital de La Serena	La Serena	120.000
	Hospital de Ovalle	Ovalle	110.000
Viña del Mar Quillota	CESAM Con Con	Con Con	70.000
	CESAM Limache	Limache	50.000
	CESAM La Calera (Año 2015)	La Calera	70.000
	Hospital de Viña del Mar	Viña del Mar	240.000
	Hospital de Quilpué	Quilpué	210.000
Valparaíso San Antonio	Hospital de Quillota	Quillota	140.000
	COSAM Casa Azul	San Antonio	50.000
	COSAM 21 de Mayo	San Antonio	90.000
	Hospital Psiq. del Salvador	Valparaíso	270.000
Aconcagua	Hospital de Casablanca	Casablanca	20.000
	Hospital Psiq. Philippe Pinel	Putendo	240.000
O'Higgins	COSAM Doñihue	Doñihue	40.000
	COSAM Graneros	Graneros	40.000
	COSAM Rancagua 1	Rancagua	120.000
	COSAM Rancagua 2	Rancagua	110.000
	CESAM Santa Cruz	Santa Cruz	40.000
	Hospital de San Fernando	San Fernando	100.000
	Hospital de Santa Cruz	Santa Cruz	60.000
	Hospital de Rengo	Rengo	160.000

Servicio de Salud	Nombre	Comuna	Población a Cargo Aproximada
Maule	COSAM Linares	Linares	80.000
	COSAM Talca	Talca	100.000
	Hospital de Talca	Talca	220.000
	Hospital de Curicó	Curicó	240.000
	Hospital de Linares	Linares	180.000
	Hospital de Cauquenes	Cauquenes	50.000
Concepción	Hospital de Constitución	Constitución	40.000
	COSAM Concepción	Concepción	90.000
	COSAM Coronel	Coronel	80.000
	COSAM San Pedro de la Paz	San Pedro	90.000
	COSAM Lota	Lota	40.000
Talcahuano	Hospital de Concepción	Concepción	190.000
	COSAM Hualpén	Hualpén	80.000
	Hospital de Tomé	Tomé	50.000
	Hospital de Penco Lirquén	Penco	50.000
Arauco	Hospital Las Higueras	Talcahuano	120.000
	COSAM Arauco	Arauco	30.000
	COSAM Curanilahue	Curanilahue	30.000
	COSAM Cañete	Cañete	40.000
Bio Bio	COSAM Lebu	Lebu	40.000
	Hospital de Los Ángeles	Los Ángeles	370.000
Ñuble	COSAM Chillán	Chillán	60.000
	COSAM San Carlos	San Carlos	70.000
	Hospital de Chillán	Chillán	300.000
Araucanía Sur	CECOSAM Temuco	Temuco	60.000
	CECOSAM Padre Las Casas	Padre Las Casas	100.000
	CECOSAM Amanecer	Temuco	70.000
	CECOSAM Imperial	Nueva Imperial	80.000
	Hospital de Temuco	Temuco	170.000
	Hospital de Villarrica	Villarrica	100.000
	Hospital de Pitrufquén	Pitrufquén	80.000
Araucanía Norte	Hospital de Angol	Angol	90.000
	Hospital de Victoria	Victoria	90.000
Valdivia	CESAMCO Las Ánimas	Valdivia	50.000
	CESAMCO Schneider	Valdivia	60.000
	Hospital de Valdivia	Valdivia	220.000

Servicio de Salud	Nombre	Comuna	Población a Cargo Aproximada
Osorno	COSAM Oriente	Osorno	70.000
	COSAM Rahue (Año 2015)	Osorno	70.000
	Hospital de Osorno	Osorno	80.000
Reloncaví	COSAM Puerto Montt	Puerto Montt	90.000
	COSAM Reloncaví	Puerto Montt	90.000
	Hospital de Puerto Montt	Puerto Montt	150.000
Chiloé	Hospital de Castro	Castro	90.000
	Hospital de Ancud	Ancud	70.000
Aysén	Hospital de Coyhaique	Coyhaique	80.000
Magallanes	COSAM Miraflores	Punta Arenas	120.000
	Hospital de Punta Arenas	Punta Arenas	-
Metropolitano Central	COSAM Estación Central	Estación Central	60.000
	COSAM Maipú	Maipú	290.000
	COSAM Santiago	Santiago	190.000
	COSAM Cerrillos	Cerrillos	50.000
	Hospital San Borja Arriarán	Santiago	-
Metropolitano Norte	COSAM Colina	Colina	90.000
	COSAM Conchalí	Conchalí	130.000
	COSAM Huechuraba	Huechuraba	70.000
	COSAM Independencia	Independencia	50.000
	COSAM Lampa	Lampa	50.000
	COSAM Quilicura	Quilicura	130.000
	COSAM Recoleta	Recoleta	100.000
	COSAM Til Til	Til Til	10.000
	Hospital Psiquiátrico Horwitz	Recoleta	-
	Hospital Roberto del Río	Independencia	-
Metropolitano Occidente	COSAM Melipilla	Melipilla	70.000
	COSAM Talagante	Talagante	55.000
	COSAM Peñaflor	Peñaflor	75.000
	COSAM Pudahuel	Pudahuel	100.000
	CODESAM Pudahuel	Pudahuel	100.000
	COSAM Renca	Renca	120.000
	COSAM Quinta Normal	Quinta Normal	80.000
	COSAM Cerro Navia	Cerro Navia	100.000
	COSAM Lo Prado	Lo Prado	130.000
	Hospital Félix Bulnes	Providencia	110.000
	CRS Salvador Allende	Pudahuel	50.000
	Hospital San José de Melipilla	Melipilla	70.000
	Hospital San Juan de Dios	Quinta Normal	-

Servicio de Salud	Nombre	Comuna	Población a Cargo Aproximada
Metropolitano Oriente	COSAM Las Condes	Las Condes	70.000
	COSAM Lo Barnechea	Lo Barnechea	40.000
	COSAM Nuñoa	Nuñoa	75.000
	COSAM La Reina	La Reina	35.000
	COSAM Vitacura	Vitacura	20.000
	PROVISAM	Providencia	50.000
Metropolitano Sur Oriente	COSAM Macul	Macul	90.000
	COSAM Peñalolén	Peñalolén	110.000
	CRS Peñalolén	Peñalolén	110.000
	Hospital del Salvador	Providencia	-
	Hospital Luis Calvo Mackenna	Providencia	-
Metropolitano Sur	Instituto Geriátrico	Providencia	-
	COSAM La Bandera	San Ramón	40.000
	COSAM Rinconada	San Ramón	40.000
	COSAM La Granja	La Granja	120.000
	COSAM La Pintana	La Pintana	130.000
	COSAM La Florida	La Florida	140.000
	COSAM Puente Alto	Puente Alto	100.000
	COSAM CEIF Puente Alto	Puente Alto	100.000
	COSAM Pirque	Pirque	20.000
	Hospital Sótero del Río	Puente Alto	200.000
Metropolitano Sur	Hospital Padre Hurtado	San Ramón	100.000
	Hospital de La Florida	La Florida	140.000
	COSAM San Bernardo	San Bernardo	170.000
	COSAM Pedro Aguirre Cerda	Pedro Aguirre Cerda	100.000
	COSAM El Bosque	El Bosque	70.000
	CESAM San Joaquín	San Joaquín	90.000
	CESAM Lo Espejo	Lo Espejo	100.000
	COSAM Paine (Año 2015)	Paine	60.000
	Hospital Barros Luco	San Miguel	230.000
	Hospital El Pino	San Bernardo	100.000
Metropolitano Sur	Hospital de Buin	Buin	80.000

De los 91 Centros Comunitarios de Salud Mental que existen en el país al año 2016, el 49% tiene dependencia municipal (45 Centros), el 48% tiene dependencia de Servicio de Salud (44 Centros) y el 2% pertenece a privados (2 Centros).

Es importante señalar que de los 45 Centros Comunitarios de Salud Mental que tienen dependencia municipal, 40 de ellos se encuentran en la Región Metropolitana. Esto explica las enormes diferen-

cias que existen en comparación con las regiones, las que se observan en distintos roles y formas de funcionamiento y de financiamiento, en equipos con condiciones contractuales divergentes, impactando directamente en el tipo de atención que reciben las personas usuarias.

La mayor parte de los equipos de Salud Mental se desempeñan en la especialidad ambulatoria, con una distribución heterogénea en el país, la que presenta sus mayores brechas (por población) en los Servicios de Salud Metropolitano Occidente, Sur y Suroriente, Maule y Viña del Mar - Quillota.

Respecto a la distribución de los recursos humanos de especialidad ambulatoria entre los Centros Comunitarios de Salud Mental y los equipos de salud mental ubicados en CAE, CDT, CRS o Servicios de Psiquiatría, aún existe un alto porcentaje de recursos humanos que permanece en recintos hospitalarios: 55% de las horas de psiquiatra adulto, 54% de las horas de psiquiatra infanto adolescente, 62% de las horas de enfermero(a), 35% de las horas de psicóloga(o), 30% de las horas de trabajador(a) social, 35% de las horas de terapeuta ocupacional, 40% de las horas técnicas, 25% de las horas administrativas y 26% de las horas de auxiliares.

En cuanto al desarrollo de elementos del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, existen indicadores planteados por el Informe del Sistema de Salud Mental de Chile WHO AIMS del año 2014, que denotan una cantidad mayor de atenciones por persona, un tiempo de espera menor y un grado mayor de desarrollo del modelo en los Centros Comunitarios de Salud Mental en comparación con los CAE, CDT, CRS o Servicios de Psiquiatría. A continuación, se exponen algunos indicadores:

- El número promedio de atenciones por persona, al año, es mayor en los Centros Comunitarios de Salud Mental (9.8) que en CAE, CDT o CRS (6.4). También se aprecia una alta variación entre los distintos Servicios de Salud, encontrándose Servicios de Salud que tienen un promedio de atenciones por año de 13.2 como otros que tienen un promedio de atenciones por año de 4.7.[93]
- El número de días promedio de espera para primera consulta con psiquiatra es menor en los Centros Comunitarios de Salud Mental (35) en comparación con los CAE, CDT o CRS (42). También se aprecia una alta variación entre los distintos Servicios de Salud, encontrándose Servicios de Salud que tienen una espera promedio de 15 días, y otros que tienen una espera promedio de 129 días.[93]
- El porcentaje de personas con intervención psicosocial es mayor en los Centros Comunitarios de Salud Mental (84%) en comparación con los CAE, CDT o CRS (55%). También se aprecia una alta variación entre los distintos Servicios de Salud, encontrándose Servicios de Salud que realizan intervención psicosocial en menos del 10% de las personas usuarias, en comparación con otros que la entregan al 100% de las personas atendidas.
- Los Centros Comunitarios de Salud Mental realizan atenciones a personas usuarias en la comunidad con mayor frecuencia que los CAE, CDT o CRS. Es así como, el 56.1% de los Centros Comunitarios de Salud Mental otorga atenciones en la comunidad a más del 10% de sus personas usuarias, en comparación con un 16.3% que realizan los CAE, CDT o CRS.[93]

8.3. Identificación de los nudos críticos

Esta identificación se basó en el trabajo colectivo desarrollado en la Mesa Modelo de Gestión de los Centros de Salud Mental Comunitaria, sumado a los aportes enviados por equipos de los Servicios de Salud del país. A continuación, se despliegan nudos críticos y barreras que afectan el funcionamiento y desempeño de los COSAM, afectando la satisfacción de las necesidades de la población usuaria. El despliegue del análisis de estos nudos se encuentra en el Anexo N°2.

Los Nudos identificados son:

Marco conceptual del Modelo:

- Insuficiente desarrollo del marco conceptual

Marco Normativo:

- Ausencia Ley Salud Mental.
- Inconsistencia del Plan Nacional Salud Mental (2000) en relación al Modelo Comunitario.
- Normas, protocolos y guías clínicas no actualizadas
- Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes, entrapa los procesos de intervención en red, específicamente en torno a la confidencialidad de información la que no puede ser compartida con otras entidades.

Organizacional:

- Desigual distribución y ubicación de los centros.
- Inestabilidad organizacional en los Servicios de Salud.
- Desconocimiento de la población beneficiaria.
- Heterogeneidad en la dependencia administrativa.

Programación:

- Programación no basada en las necesidades de la población beneficiaria.
- Oferta programática desigual y desarticulada.

Funcionamiento y coordinación de la red:

- Dificultades en la implementación de Consultorías de Salud Mental.
- Funcionamiento ineficiente del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Insuficiente posicionamiento en la Red de salud mental.

Sistema de apoyo a procesos clínicos:

- Carencia de sistema de registro adecuado.
- Insuficiente sistema de asistencia farmacéutica.

Gobernanza:

- Insuficiente participación de las personas usuarias y sus familiares en la toma de decisiones.

Estructura y equipamiento:

- Insuficiente cantidad de centros
- Deficiente infraestructura y equipamiento.

Recurso Humano:

- Variabilidad de la calidad contractual en un mismo equipo.
- Insuficiente definición del perfil por competencia profesional

- Déficit de competencia de los equipos acorde al modelo.
- Déficit de capacitación, formación pregrado, polos docente asistenciales.
- La conformación de equipos no es acorde al modelo de atención.

Proceso de atención:

- Vacíos técnicos en relación a una mirada actualizada de la rehabilitación.
- Insuficiente actualización de los enfoques terapéuticos.

Financiamiento:

- Disparidad en el financiamiento.
- Sobrevalorización del financiamiento de acciones individuales intrabox.
- Altos costos de operación.

Intersectorialidad y comunidad:

- Procesos deficientes en el trabajo intersectorial con los servicios del Estado y ofertas de desarrollo local a nivel municipal.

9. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DE CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Al igual que el Modelo de Gestión la Red Temática de Salud Mental, la construcción de este modelo de gestión ha sido un proceso colectivo, basado en la convicción que se tiene desde la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, de que la participación es un elemento fundamental y de fondo en la generación de políticas públicas sustentables.

En el proceso de construcción de este modelo, se distinguen 7 fases, que en la práctica se superponen pero que, para efectos metodológicos, se describen separadamente. Cada una de estas fases ha requerido de una constante revisión de los avances discutidos en base a la evidencia y la experiencia de los/las participantes, a modo de hacer confluir las distintas de visiones, sus matices y de consensuar la mayor cantidad de voluntades posibles.

Fase I: Investigación

Revisión de la bibliografía y evidencia actualizada disponible, para la elaboración de una propuesta de marco teórico y conceptual que dé sustento al Modelo de Gestión, y permita identificar y definir las mejores formas de organización y presentación de la información que sea coherente con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Fase II: Conformación de una mesa de trabajo

Conformación de una mesa de trabajo para el Modelo de Gestión. En esta mesa participaron, de forma presencial, 20 personas en promedio, en cada reunión de trabajo.

Esta Mesa de trabajo funcionó con reuniones de carácter presencial y quincenal, conformada por representantes de:

- Centros de Salud Mental Comunitaria,
- Encargados de Salud Mental de los Servicios de Salud,
- Atención Primaria,
- Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos Psiquiatría (UHCIP),
- Departamento de Salud Mental (Subsecretaría de Salud Pública) y Unidad de Salud Mental (Subsecretaría de Redes Asistenciales),
- Representantes de la CORFAUSAM,
- Representantes de usuarios y familiares,
- División de Inversiones

La mesa de trabajo fue convocada formalmente por la autoridad respectiva y su objetivo fue discutir y consensuar aspectos relevantes del marco conceptual, en concordancia con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y los aspectos fundamentales a considerar en la construcción de un Modelo de Gestión. Así también, se presenta la metodología de trabajo y un cronograma definido para establecer reuniones que conduzcan a la elaboración de un documento base preliminar, que facilite la generación de una discusión a nivel nacional, a través de coloquios descentralizados en todos los Servicios de Salud del país.

Esta mesa de trabajo inició su funcionamiento en enero y culminó su quehacer en diciembre de 2016. A partir de reuniones quincenales, se fueron discutiendo y profundizando progresivamente los aspectos técnicos, administrativos y financieros del Modelo de Gestión en elaboración. Se generaron discusiones y acuerdos que, finalmente, quedaron plasmados en un primer documento borrador.

Las reuniones fueron registradas en actas, que fueron compartidas y validadas por sus participantes.

Fase III: Antecedentes y contexto. Construcción de marco conceptual e identificación de nudos críticos y de la situación actual de los Centros de Salud Mental Comunitaria

Junto con la elaboración del marco teórico conceptual, se levanta la situación actual de los Centros de Salud Mental Comunitaria a nivel nacional. Esta fase se trabaja a través de una plantilla construida en base a variables de calidad en salud, la que una vez trabajada por los equipos, es sistematizada y analizada de forma cualitativa y cuantitativa. Este trabajo permitió orientar qué respuestas, necesidades, expectativas y falencias debía resolver el Modelo de Gestión diseñado.

El primer documento borrador de avance fue presentado y compartido a través de una videoconferencia, el 10 de mayo de 2016, con la participación de personas usuarias, equipos y representantes de los Servicios de Salud del país, con el objetivo de revisar y reflexionar acerca de los contenidos del documento, los que en ese momento incorporaron aspectos relativos a los antecedentes y al contexto del modelo, como también los avances de la mesa con respecto a la visión, misión y objetivos del Modelo de Gestión. A su vez, se proyecta la continuidad que tendrá el trabajo para los meses posteriores.

Posteriormente, el 25 de Julio de 2016, se realiza una segunda videoconferencia donde se revisa el avance de la segunda parte del documento trabajado por las mesas. En esta etapa se define: la justificación del Modelo de Gestión del centro; la población objetivo; el organigrama; su descripción; las funciones del centro; la gestión organizacional y clínica; las estrategias de articulación y los flujos de atención y cuidado del centro.

Por último, se indica la metodología de trabajo para el coloquio nacional y sus objetivos.

La Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud realizó la sistematización de la gran cantidad de información producida a partir del coloquio, reorganizando los aportes para hacer más fácil su comprensión. Toda la información sistematizada fue finalmente validada por la mesa de trabajo.

Fase IV: Redacción de la segunda parte del Modelo de Gestión

Para la redacción de la segunda parte del documento, el Modelo de Gestión propiamente tal, la metodología consistió en conformar grupos redactores por temas específicos, los que fueron presentando sus avances a la totalidad de los integrantes de la mesa, a través de reuniones presenciales, a fin de facilitar la discusión, el diálogo, producir el consenso y su validación.

La redacción del Modelo de Gestión llevó a la revisión constante y colectiva de todos los contenidos del documento, produciéndose una construcción dinámica y compleja, dada la cantidad de experiencias que se vieron reflejadas en este proceso.

Fase V: Coloquio nacional descentralizado para la revisión del documento borrador

El 25 de agosto de 2016 se realizó un coloquio nacional descentralizado organizado por cada Servicio de Salud con su red, que contó con la participación de usuarios y familiares, a modo de discutir el modelo. Se apoyó este proceso con una presentación acerca de los avances del documento borrador, realizada por el Dr. Rafael Sepulveda, jefe de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Asimismo, se envía una pauta a los Servicios de Salud para facilitar la sistematización de las observaciones y sugerencias surgidas de la revisión y discusión del documento en cada coloquio realizado.

Los y las encargadas de salud mental de cada Servicio de Salud tuvieron la misión de sistematizar y consolidar los aportes emanados de sus respectivos coloquios en un solo documento. Todos estos aportes fueron revisados, reflexionados, discutidos y finalmente incorporados en el documento final.

Fase VI: Consulta pública

El documento borrador es publicado el día 10 de febrero de 2017 en el link de consultas públicas, disponible en la página web de Ministerio de Salud, cuyo plazo para la recepción de observaciones finalizó el 9 de marzo del 2017. Su objetivo fue contar con aportes de otros actores que puedan o no ser parte de la mesa de trabajo.

Fase VII: Consolidación de observaciones y documento final

Una vez recibidas todas las observaciones al documento, el equipo editor de la Unidad de Salud Mental incorpora las observaciones para dar lugar al documento final del Modelo de Gestión del Centro de Salud Mental Comunitaria. La versión final del documento será entregada al área jurídica del Ministerio de Salud para la obtención de su resolución jurídica y posterior difusión.

Durante todo este proceso de construcción se ha procurado la difusión de los avances y la retroalimentación constante de diversos actores relevantes para la elaboración de este documento.

SEGUNDA PARTE: MODELO DE GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

1. JUSTIFICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

A la luz de los antecedentes históricos expuestos en la primera parte y sus nudos críticos, es posible señalar que el desarrollo de estos centros ha sido heterogéneo a lo largo del territorio nacional, existiendo notables diferencias en su implementación.

Esto, en relación a las orientaciones para la instalación de estos Centros plasmadas en el Plan Nacional de Salud Mental (2000), el que deja abierta la posibilidad de que los equipos de especialidad ambulatoria puedan ser instalados, tanto a nivel hospitales como a nivel de la comunidad, generando una inconsistencia que obstaculizó el desarrollo del modelo comunitario y un débil posicionamiento de estos Centros en la red de salud. Lo señalado, produce: disparidad en la dependencia administrativa de los Centros; una frágil condición contractual y calidad del recurso humano – produciendo alta rotación en los equipos –; insuficiente reconocimiento de las prestaciones realizadas en el sistema de registro y un acceso a asistencia farmacéutica deficitario. A pesar de estas falencias, los distintos equipos de estos centros a lo largo del país mantienen los esfuerzos para brindar una atención de calidad y superar estos nudos críticos.

Por su parte, el marco normativo existente para Centros de Salud Mental Comunitaria [94] es insuficiente frente a los requerimientos de salud mental que en la actualidad presenta la población.

El despliegue de los centros de salud mental ha sido insuficiente en cantidad (91 centros, al año 2016) para dar una respuesta satisfactoria a la población en cuanto al acceso, oportunidad y calidad de la atención. Esto ha significado, por una parte, que la población se atienda en centros no vinculados a la comunidad (CDT, CAE, CRS, Policlínicos de Especialidades), y por otra, una sobredemanda dirigida a los Centros ya existentes, especialmente alta, de población infanto-adolescente que requiere de atención.

Ante esta situación, se requiere desarrollar un modelo de gestión que organice la atención y estandarice el funcionamiento de los Centros de Salud Mental Comunitaria, bajo los ejes y principios del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, el que tiene por centro responder a las necesidades de salud mental de las personas, familias y comunidades, sin dejar de considerar las realidades territoriales, las variables culturales, étnicas y de género, en coherencia con el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental como parte de la red de salud general.

Este modelo de gestión permite avanzar en una respuesta sanitaria ambulatoria de calidad en salud mental, a través del desarrollo de procesos de gestión que genere criterios y estándares de calidad en la atención, contribuyendo a la profundización del modelo y superando las inequidades en salud mental. Este modelo de gestión permite dar coherencia a la oferta que se entrega en los Centros de Salud Mental Comunitaria, en un contexto de redes integradas.

2. POBLACIÓN OBJETIVO

Personas y sus familias beneficiarias¹⁷ y asignadas a un territorio que, en algún momento del curso de vida y evolución de su enfermedad, presentan una condición de salud mental con características de gravedad, en el caso de algunas personas usuarias asociadas a vulnerabilidad y complejidad, que requieren atención y cuidados con alta intensidad y densidad tecnológica¹⁸ en salud mental, de forma temporal y ambulatoria. Esto incluye niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.

3. VISIÓN

Ser un nodo de atención ambulatoria en salud mental comunitaria de excelencia, reconocido por su territorio como referente en la atención de especialidad en la Red Temática de Salud Mental, activo en promover el bienestar de la comunidad e impulsando el ejercicio pleno de ciudadanía de las personas con enfermedad mental y sus familias.

4. MISIÓN

El Centro de Salud Mental Comunitaria contribuye a la resolución de las necesidades de salud mental de las personas que presentan una condición de salud mental con características de gravedad, en algunas ocasiones asociadas a vulnerabilidad y complejidad, que requieren una atención y cuidado integral especializado, sus familias y comunidades, con altos estándares de calidad, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. El trabajo es realizado por un equipo transdisciplinario¹⁹ con altas competencias técnicas, a fin de promover, prevenir, detectar precozmente, atender, rehabilitar, recuperar y contribuir a la inclusión sociocomunitaria, con la participación de la persona y su comunidad.

5. DEFINICIÓN

El Centro de Salud Mental Comunitaria es un establecimiento público de salud, ambulatorio, especializado e integrado a la red. Está constituido como un centro de costo²⁰, con dependencia administrativa del Servicio de Salud. Resuelve integralmente con los otros nodos y puntos de atención de la red, la condición de salud mental de su población objetivo, en colaboración con la red comunitaria e intersectorial local, a través de una atención integral e integrada con alta intensidad y densidad tecnológica. Considera a las personas, familias y comunidades de un territorio específico, como sujetos activos de su proceso de recuperación, en un marco de ejercicio de derechos y determinantes sociales.

¹⁷ Incluye población FONASA y PRAIS.

¹⁸ La densidad tecnológica guarda relación con las herramientas y recursos con que cuenta cada nivel de atención en salud y sus respectivos nodos para dar respuesta de calidad a las necesidades de atención de las personas, familias y comunidades. Esta definición comprende la tecnología sanitaria compuesta por el equipamiento, los medicamentos, los sistemas organizativos y de apoyo, como también las competencias y habilidades del recurso humano que las utiliza. De esta forma, la densidad tecnológica es, en definitiva, la aplicación del conocimiento organizado y sus destrezas, en la forma de medicamentos, dispositivos médicos, vacunas, aplicación de test, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema sanitario y mejorar la calidad de vida las personas familias y comunidades. [95]

¹⁹ La definición de Equipo Transdisciplinario se encuentra en punto 14. Organización de la Atención, número 6.

²⁰ Centro de costo: Centro de Responsabilidad del trabajo de costos, caracterizado por representar una actividad o servicio relativamente homogéneo, con una clara definición de autoridad y en el cual se acumulan gastos. Este sistema de contabilidad de costos tiene por objetivo clasificar, asignar, agregar y reportar los costos de los bienes o servicios que produce el Centro, permitiendo planificar y controlar sus recursos.

La atención otorgada en estos centros considera las particularidades de los grupos específicos que ahí se atiendan, respetando la orientación sexual, identidad de género y expresión de género de las personas; su pertenencia a pueblos originarios e identidad cultural; a niños, niñas y adolescentes del sistema de protección e infractores de ley; la condición de migrantes, refugiados, entre otros grupos específicos que reciban atención de salud mental en este nodo.

En relación a su población objetivo, es un punto de atención estratégico intercomunicador entre el primer nivel de atención y otros puntos de especialidad de la Red Temática de Salud Mental y de salud general, como también con instancias de la red intersectorial, de manera de asegurar la continuidad e integralidad de la atención.

Cuenta con un equipo transdisciplinario con altas competencias técnicas, cuyo quehacer se sustenta en un enfoque de calidad para responder a las necesidades de promoción, prevención, detección precoz, atención y cuidado, rehabilitación, recuperación y en la contribución a la inclusión sociocomunitaria de las personas, familias y comunidades.

El centro está inserto en la comunidad, la que presenta una serie de características: territoriales, ambientales, culturales, sociales, espirituales, económicas y epidemiológicas. De la interacción de esos factores emergen diversos grados de complejidad que determinan, en forma dinámica, el foco y la organización de la atención para satisfacer las necesidades de esas personas, familias y comunidades.

6. OBJETIVOS

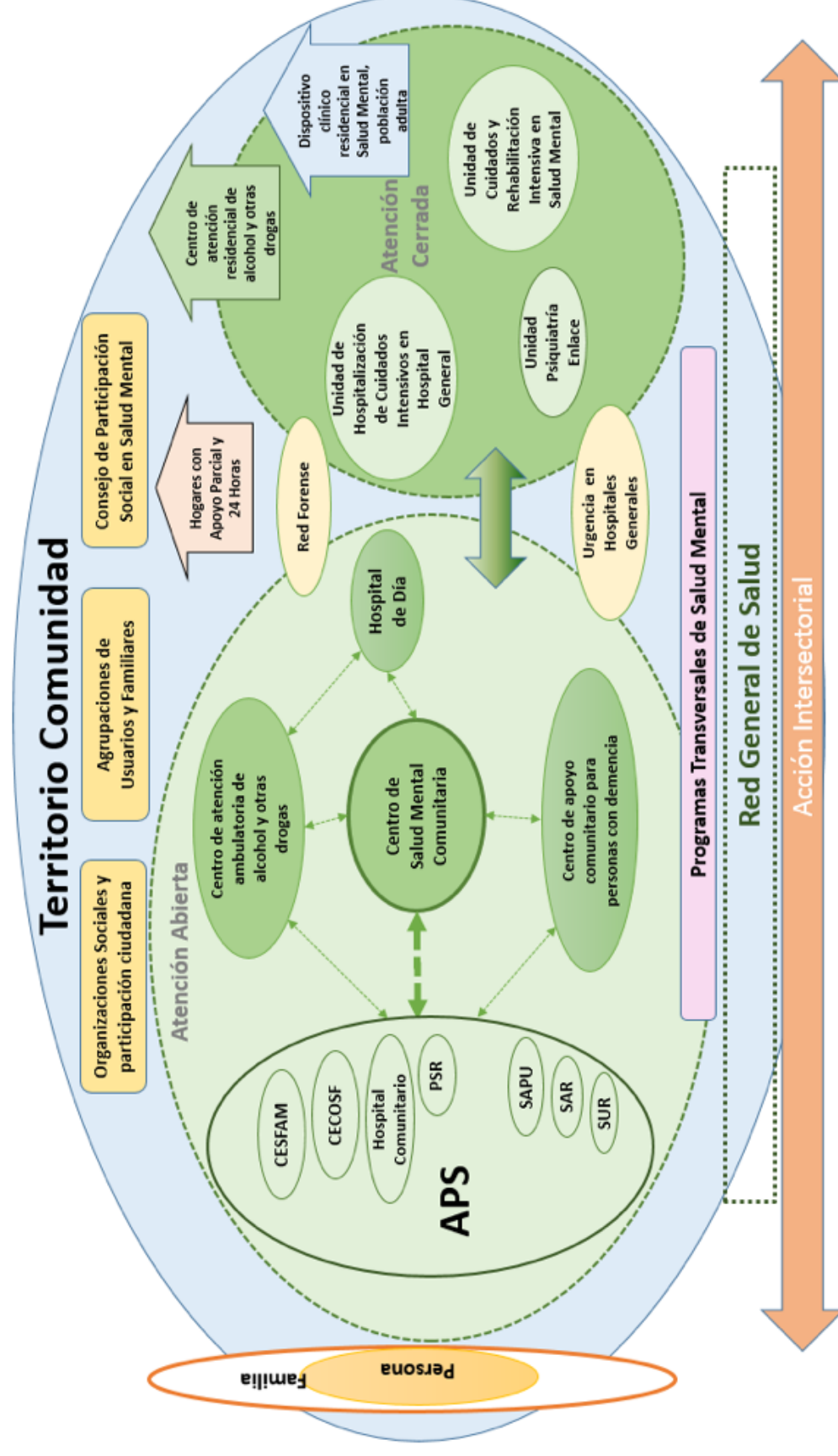
General

Otorgar una atención de calidad en salud mental ambulatoria especializada, a las personas que presenten una condición de gravedad, complejidad y vulnerabilidad, sus familias y comunidades. La atención se da en forma articulada e integrada con la Atención Primaria y otros puntos de la red para mejorar y recuperar la salud mental de las personas, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Específicos

1. Realizar procesos de atención integrales e integrados, considerando a las personas usuarias, familias y comunidad, como sujetos activos de su proceso de recuperación.
2. Promover, fomentar y fortalecer la participación de las personas usuarias, familiares y comunidad en el proceso de atención y cuidados, reforzando su inclusión sociocomunitaria y el ejercicio de ciudadanía.
3. Organizar la atención y acciones en red para responder a las necesidades de salud mental de poblaciones específicas identificadas en el territorio
4. Asegurar el acceso, la oportunidad, la continuidad de atención y el cuidado de las personas y sus familias en conjunto con el Servicio de Salud y la red, a través del trabajo colaborativo con el intersector y la comunidad.
5. Desarrollar y participar en acciones de promoción de salud mental comunitaria y prevención del daño, en conjunto con la Atención Primaria, la comunidad y el intersector.
6. Lograr la satisfacción de las necesidades y expectativas de la persona usuaria externo/a, a través de una atención basada en la mejora continua.
7. Contar con el recurso humano con las competencias requeridas, según el Modelo y acorde al perfil de la población objetivo.

7. DIAGRAMA DE LA RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN LA RED GENERAL DE SALUD



8. FUENTES DE DEMANDA

- Centros de Atención Primaria de Salud.
- Hospital de Día.
- Otros Centros de Salud Mental Comunitaria.
- Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.
- Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental.
- Red de Atención de Urgencia.
- Unidad de Psiquiatría de Enlace, Psicología de la Salud y Medicina Psicosomática.
- Tribunales de Justicia²¹.
- Centros de Atención –Ambulatoria y Cerrada– para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (Centros de Tratamiento).
- Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia.

9. DERIVACIÓN DE PERSONAS QUE REQUIEREN CUIDADOS Y ATENCIÓN DE MAYOR DENSIDAD TECNOLÓGICA

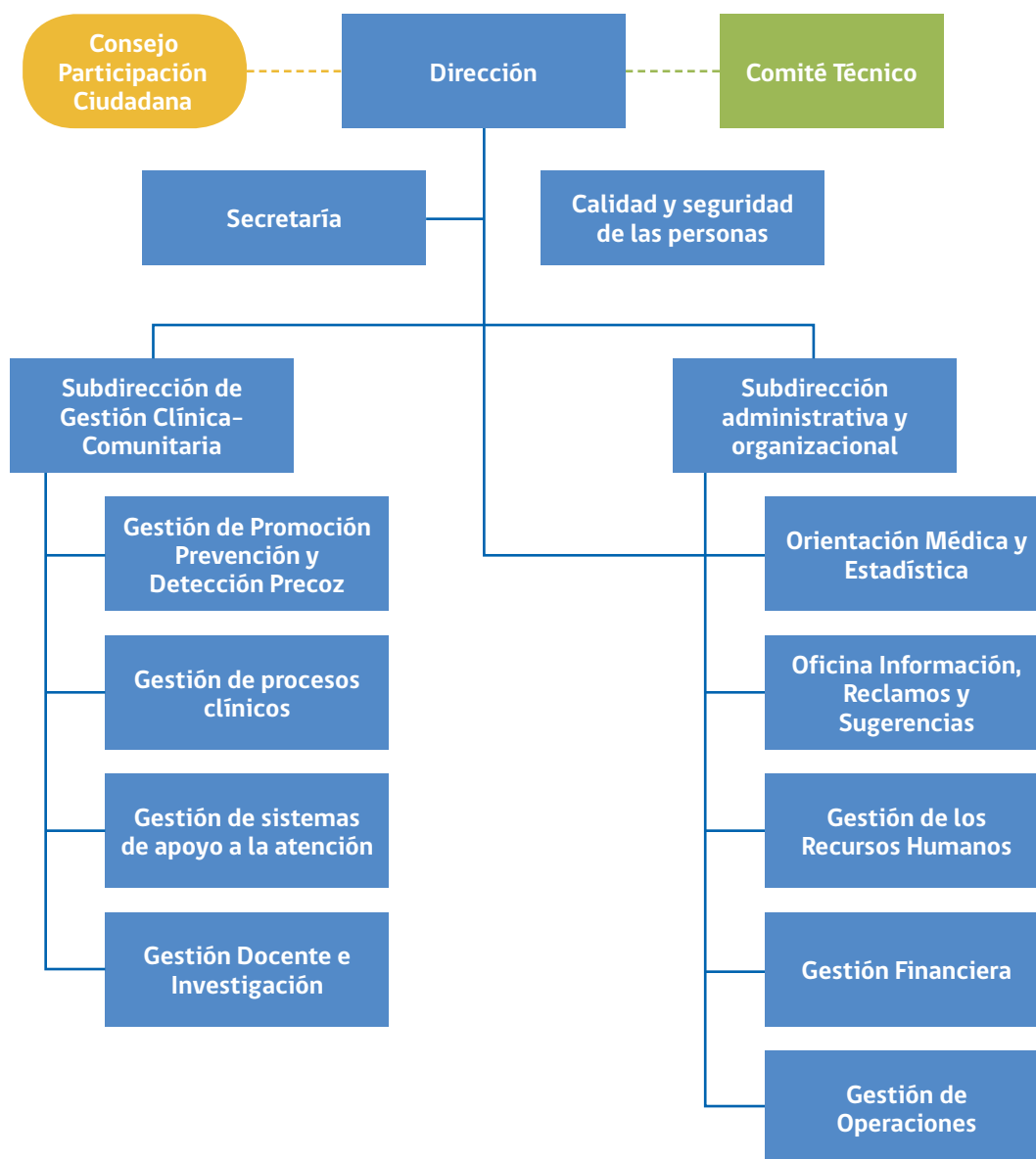
Existe un número de personas que, por su condición de salud mental, no pueden ser atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitaria y que deben ser derivadas asistidamente a otros puntos de atención de la red (Hospital de Día, Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, Servicio de Urgencia, otras Unidades Clínicas de Hospital General, Sub Red Forense²²) en articulación con el Centro de Salud de Atención Primaria.

Entre estas situaciones se encuentran aquellas personas con agitación psicomotora aguda, catatonía aguda, patologías médicas descompensadas que requieran manejo hospitalario, psicosis secundaria a patología médica, intoxicación grave por consumo perjudicial de alcohol y otras drogas, alto riesgo suicida, así como personas con trastorno de la conducta alimentaria en condición de riesgo vital.

²¹ Con respecto a las derivaciones desde los Tribunales de Justicia, son pertinentes aquellas basadas en criterios técnicos de diagnóstico y/o intervenciones terapéuticas dirigidas a personas que se encuentran dentro de la población asignada al Centro. Aquellas derivaciones relacionadas a peritajes no son pertinentes, ya que corresponden al ámbito de lo forense, cuya función no es parte del quehacer de este Centro ni es coherente con las competencias de sus profesionales y técnicos.

²² Se encuentra pendiente la elaboración del modelo de gestión para la sub red de psiquiatría forense, de responsabilidad intersectorial, que debe definir claramente las funciones del sector Salud y el sector Justicia (Servicio Médico Legal y Gendarmería de Chile) en estas materias, como también su forma de articulación. El Modelo a elaborar debe guardar coherencia con el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.

10. ORGANIGRAMA DEL CENTRO



11. CONSEJO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DEL CENTRO

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

El Consejo de **Participación Ciudadana** es una instancia conformada por representantes de la sociedad civil, personas usuarias y familiares de una comunidad determinada, que se relaciona con el Centro a través de un directorio representativo y elegido por sus integrantes, que cumplirá un rol consultivo, a partir de asambleas definidas de forma autónoma por el directorio o a petición del director del Centro.

Este Consejo tendrá su organización y planificación de actividades con sesiones del directorio mensuales y con asambleas ampliadas, según ellos determinen pertinente.

Integrantes

- Agrupaciones de usuarios y familiares.
- Representante de agentes comunitarios.
- Representante del o los municipios correspondientes.
- Líderes formales de la comunidad (directores de escuelas, representantes de las iglesias, dirigentes de organizaciones sociales, representantes de consejos consultivos o de desarrollo de salud de APS, representantes de las fuerzas de orden y seguridad, entre otros)
- Representantes del intersector que se vinculen con el centro (SENCE, FOSIS, OMIL, entre otros).
- Representantes de la red de infancia.
- Representantes del equipo del Centro.
- Todo miembro de la comunidad, red civil o colectivos vinculados al territorio, interesado en participar.

Objetivos

- Velar por el ejercicio de derechos y deberes de las personas atendidas en el Centro de Salud Mental Comunitaria del territorio.
- Participar en la planificación estratégica del Centro y evaluación de su ejecución.
- Colaborar en las actividades de participación comunitaria del Centro.
- Participar en la evaluación de la calidad de la atención brindada y el funcionamiento del Centro de Salud Mental Comunitaria y proponer medidas de solución.
- Sugerir medidas para mejorar la satisfacción de la población usuaria.
- Transmitir las necesidades de la población general, en cuanto a la atención de salud mental.
- Participar en el diagnóstico participativo comunitario.

12. ÁREAS DE GESTIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

A continuación, se describen las áreas definidas en el Organigrama:

12.1. Comité técnico

Está constituido por representantes de todas las áreas de gestión establecidas para el funcionamiento del Centro. Su función es asesorar a la dirección y colaborar en las decisiones que faciliten una óptima coordinación de las actividades y funciones del centro, con el propósito de que cumpla su misión y objetivos definidos para la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población usuaria. Además de las reuniones mensuales, deben programarse consejos técnicos del Centro con la participación programada de todos/as los/las profesionales y técnicos, al menos trimestralmente.

12.2. Gestión directiva. Funciones

Objetivo: Liderar procesos de gestión organizacional y administrativa, clínico comunitarias, de recursos humanos, financieros, operacionales, docentes y de investigación para que el nodo logre la satisfacción de las necesidades de salud de su población.

A. De la Dirección

Funciones	Actividades
Conducir el proceso de elaboración del Plan Estratégico y Plan Anual de actividades del Centro	1. Participar en la elaboración, implementación y evaluación del Plan Estratégico y Plan Anual de actividades del Centro, incorporando a la totalidad del equipo, a las personas usuarias, sus familias y red de apoyo y representantes de la comunidad. 2. Presentar y difundir el Plan Estratégico y Plan Anual de actividades del Centro a autoridades, comunidad e intersector. 3. Presentar la evaluación del Plan Anual de actividades del Centro a autoridades, comunidad e intersector. 4. Efectuar coordinación con instancias asesoras tales como el Consejo Ciudadano, Consejo Técnico, comité técnico, comités de calidad, docencia e investigación, entre otras. 5. Monitorear registros, producción y rendimiento. 6. Representar al centro en actividades comunitarias.
Organizar el funcionamiento interno del Centro, de acuerdo al modelo de gestión y normativas vigentes	1. Representar al Centro en instancias institucionales, sectoriales e intersectoriales formales. 2. Acordar y asignar los cometidos y tareas de sus dependencias. 3. Participar en la elaboración de las normas internas, manuales y protocolos de funcionamiento del Centro. 4. Supervisar la aplicación de las normativas vigentes en lo relativo a gestión clínica y gestión administrativa.
Resguardar el cumplimiento de las estrategias de articulación para la continuidad de cuidados en la Red	1. Participar en evaluaciones periódicas de las estrategias de articulación para la continuidad de cuidados, a través de jornadas y reuniones técnico-administrativas. 2. Analizar y resolver situaciones críticas identificadas por el equipo, las personas usuarias, familias y comunidad en el sistema de atención. 3. Conducir y participar en acciones de mejora continua. 4. Supervisar la aplicación del protocolo de referencia y contra referencia. 5. Velar por el acceso oportuno de las personas usuarias a sistemas de apoyo.
Conducir el proceso de formulación presupuestaria anual del Centro	1. Elaborar, junto al Área de Gestión Financiera, el presupuesto anual del Centro y presentarlo al Servicio de Salud. 2. Elaborar solicitudes presupuestarias al Servicio de Salud y ejecución de recursos del Centro. 3. Establecer y desarrollar un sistema de evaluación presupuestaria del centro y emitir informe junto al Área de Gestión Financiera.
Gestionar y supervisar el cumplimiento de las normas relativas a los convenios docentes asistenciales y de investigación	1. Participar en la elaboración de los convenios de colaboración docente-asistencial y de investigación en función de las normas vigentes y principios bioéticos. 2. Realizar seguimiento de los procesos de actividad docente e investigación realizadas en el centro. 3. Planificar las actividades docente-asistenciales para que no interfieran en el normal funcionamiento del centro. 4. Apoyar en la formación de profesionales y técnicos de las distintas disciplinas. 5. Evaluar periódicamente proceso docente asistencial.

Conducir la gestión del recurso humano del Centro	1. Participar en la elaboración de la descripción de funciones y perfil de competencias de los integrantes del equipo. 2. Incorporar en la planificación anual el calendario de autocuidado del equipo del Centro. 3. Elaborar, junto al Área de Gestión de Recursos Humanos, el plan de capacitación y formación continua del equipo del Centro. 4. Participar de procesos administrativos de la gestión del recurso humano: contratación del personal, designación de reemplazos, designación de comisiones de servicios y cometidos funcionales, gestión de los permisos y feriados legales, licencias, entre otros. 5. Realizar supervisión de sistemas de información para la gestión de los recursos humanos del Centro. 6. Evaluar individualmente a cada profesional, según normativa vigente. 7. Emitir y firmar calificaciones individuales.
Conducir el proceso de mejora continua de la calidad de la atención	1. Participar en los procesos de mejora continua alineados con normativa vigente. 2. Gestionar los procesos de evaluación de satisfacción usuaria. 3. Gestionar el proceso de autorización sanitaria y acreditación. 4. Aprobar anualmente plan de calidad institucional y su evaluación. 5. Gestionar los recursos necesarios para el desarrollo de plan de calidad institucional. 6. Planificar los procesos para la acreditación institucional. 7. Supervisar y controlar el cumplimiento de los requisitos estructurales de la autorización sanitaria.

B. De la Secretaría

Funciones	Actividades
Realizar una adecuada y oportuna gestión de la documentación del nodo	1. Organizar y actualizar los archivos de la documentación administrativa del Centro. 2. Elaborar memorándum, oficios, permisos administrativos, vacaciones y licencias médicas. 3. Recepcionar y tramitar entrega de correspondencia. 4. Mantener stock de materiales e insumos de oficina necesarios para la ejecución de las funciones del personal. 5. Otras actividades indicadas por la Dirección.
Coordinar la agenda de la Dirección	1. Organizar la agenda de la Dirección y de la coordinación administrativa del Centro. 2. Realizar coordinaciones administrativas con la Red de Salud e Intersectorial, en cuanto actividades de la Dirección o Subdirección. 3. Mantener una base de datos y sistemas de registro actualizados de la red de salud e intersectorial con los cuales el Centro se coordina.

C. De Calidad y seguridad de las personas

Funciones	Actividades
Coordinar y apoyar la ejecución del programa de calidad del centro	1. Designar a equipo de calidad para ser referente técnico. 2. Elaborar en forma participativa el programa de calidad para el centro. 3. Ejecutar programa de calidad de acuerdo a normativa vigente. 4. Realizar en conjunto con el equipo y la comunidad el programa de calidad del centro y para aprobación de la dirección. 5. Difundir y capacitar en los conceptos de acreditación, autorización sanitaria y mejora continua. 6. Preparar documentación requerida para solicitud de acreditación.
Proveer una atención que respete la dignidad de las personas y resguarde principios éticos esenciales en el trato que se les brinda	1. Difundir la cartilla de deberes y derechos a las personas que se atienden en el centro. 2. Gestionar solicitudes ciudadanas 3. Medir la percepción de las personas atendidas en el centro, sobre el respeto a sus derechos. 4. Supervisar el buen trato a las personas.
Informar a las personas sobre las características del tratamiento a recibir, incluyendo sus potenciales riesgos.	1. Supervisar el uso de consentimiento informado para aquellos casos que lo requieran, registrado en ficha clínica. 2. Definir en conjunto con el equipo, la información básica a entregar a las personas atendidas, registrado en ficha clínica.
Cautelar que las investigaciones que se realizan en el centro hayan sido evaluadas y aprobadas por el comité de ética del Servicio de Salud.	Supervisar las investigaciones realizadas en el centro resguarden el derecho al consentimiento, seguridad y a la confidencialidad de las personas atendidas.
Desarrollar actividades docentes en el centro que no afecten la seguridad y condiciones de trato de las personas.	1. Regular las actividades de pre grado y post grado mediante convenios docente asistenciales, explicitando la priorización de la actividad asistencial por sobre la actividad docente. 2. Definir y evaluar de actividades de pre grado y post grado. 3. Realizar supervisión que todos los procesos docentes resguarden los derechos de las personas considerando consentimientos, seguridad y confidencialidad.
Resguardar los principios éticos en la atención entregada a las personas.	Consultar al comité de ética del Servicio de Salud correspondiente frente a materias éticas que surgen como consecuencia de la labor asistencia.
Participar en Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres.	1. Aplicar protocolos institucionales vigentes y velar por el cumplimiento de estos. 2. Velar por la seguridad de las personas usuarias y equipo en situaciones de emergencias y desastres 3. Participar en la Gestión de evacuación y traslado de las personas usuarias en caso de ser necesario. 4. Participar en capacitaciones al equipo y a las personas usuarias sobre protocolos locales de emergencia y desastres.

12.3. Subdirección de gestión administrativa y organizacional. Funciones.

Objetivo: Organizar y administrar eficientemente el funcionamiento del Centro en función de las necesidades y características de su población objetivo, en conjunto con la red.

A. De la Subdirección de gestión administrativa y organizacional

Funciones del subdirector	Actividades
Supervisar el cumplimiento de las Normativas vigentes relativas a la gestión administrativa del Centro de Salud Mental Comunitaria.	1. Organizar internamente los procesos necesarios para el cumplimiento de las políticas y normativas vigentes. 2. Mantener a disposición del equipo, compartir anualmente y estudiar con el equipo, las políticas y normativas vigentes. 3. Participar en jornadas de capacitación y actualización de las políticas y normativas organizadas por el Servicio de Salud.
Supervisar el proceso financiero del Centro.	1. Participar en la presentación del presupuesto del Centro. 2. Autorizar el gasto regular del Centro. 3. Supervisar y realizar seguimiento de adquisiciones. 4. Ejecutar distribución y redistribución de fondos.
Supervisar y conducir la ejecución presupuestaria y mantener el equilibrio financiero.	1. Instalar y mantener actualizado mensualmente un flujo de caja del Centro. 2. Sostener reuniones con los equipos y la dirección para informar y coordinar los ingresos, gastos y la producción planificada del Centro. 3. Emitir informes respectivos.
Gestionar la provisión de insumos y medicamentos necesarios para el funcionamiento del centro	1. Participar en la proyección de los insumos y medicamentos anualmente. 2. Participar de los procesos de supervisión de la asistencia farmacéutica. 3. Sostener reuniones con el Servicio de Salud, y químico farmacéutico según pertinencia y realidad local.
Revisar y enviar registro estadístico y de información en salud consolidado.	Realizar supervisión de la sistematización de los registros estadísticos y de la información enviada.
Apoyar la gestión del centro para las acciones de gobernanza (participación ciudadana).	1. Participar en reuniones del Consejo de Participación Ciudadana. 2. Apoyar a las organizaciones de usuarios y familiares en sus requerimientos. 3. Apoyar la gestión para la realización de jornadas de usuarios y familiares. 4. Apoyar el desarrollo de los planes comunicacionales del centro.
Participar en Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres.	1. Aplicar protocolos institucionales vigentes y velar por el cumplimiento de estos. 2. Velar por la seguridad de las personas usuarias y equipo en situaciones de emergencias y desastres 3. Participar en la Gestión de evacuación y traslado de las personas usuarias en caso de ser necesario. 4. Participar en capacitaciones al equipo y a las personas usuarias sobre protocolos locales de emergencia y desastres.

B. Del Servicio de orientación médica y estadística, SOME. [96]

Funciones	Actividades
Gestionar la atención oportuna de las personas que concurran al centro. (Según normativas de funcionamiento vigente)	1. Efectuar recepción y admisión de las personas. 2. Entregar información a las personas usuarias. 3. Gestionar la agenda del Centro: horas de atención y la confirmación de estas, mantener actualizada la agenda del equipo (actividades comunitarias, visitas domiciliarias, atención en domicilio, reuniones de coordinación, entre otras, e informar cualquier situación que afecte la atención la persona 4. Efectuar la recaudación de los ingresos por concepto de la aplicación de los aranceles respectivos 5. Recoger, procesar, y consolidar la información que se genere en el centro (registros estadísticos REM)
Organizar el proceso de admisión al centro.	1. Acoger y orientar de forma respetuosa y eficiente a las personas, su familia y/o red de apoyo. 2. Realizar una eficiente admisión de las personas usuarias para la apertura de su ficha clínica y actualización de los datos de identificación. 3. Velar por la correcta gestión de las fichas clínicas de acuerdo a normativa vigente. 4. Resguardar la atención de las personas, coordinándose administrativamente con el resto de la Red para: Recepción de interconsultas y órdenes de atención, envío de documentos de referencia y contra referencia con la Red, y apoyo social según Plan de Cuidado Integral.

C. De la Oficina de información, reclamos y sugerencias, OIRS.

Funciones	Actividades
Gestionar solicitudes ciudadanas.	1. Informar a la persona, familia y/o red de apoyo sobre el funcionamiento del centro, prestación de servicios, plazos, requisitos, procedimientos y horarios de los distintos establecimientos de salud, así como de documentos requeridos para acceder de forma expedita y oportuna a las diversas prestaciones de salud. 2. Orientar a las personas en todas las materias relacionadas con los servicios del sector salud y en la competencia de otros organismos de la administración pública. 3. Recibir, gestionar y responder todas las solicitudes ciudadanas, reclamos, sugerencias y felicitaciones que guarden relación con la atención de salud, o con respecto a funcionarios(as) u otros agentes que afecten los intereses de la persona. Así mismo, estudiar las sugerencias que las personas usuarias presenten para mejorar la atención de salud en el establecimiento. 4. Participar en difusión de la Ley de Derechos y Deberes de las personas usuarias, en el establecimiento y en la comunidad. 5. Apoyar al personal administrativo encargado de atención y admisión.

D. De la Gestión de recursos humanos

Objetivo: Organizar el recurso humano y asegurar que este cuente con las competencias técnicas, de acuerdo a las necesidades de la población objetivo.

Funciones	Actividades
Administrar el recurso humano del Centro, de acuerdo a las políticas y normativas vigentes.	1. Implementar un sistema de contratación, remuneraciones, permisos, licencias médicas, de acuerdo a las políticas y normativas relativas a la gestión de los recursos humanos. 2. Desarrollar un sistema de información para la gestión del recurso humano del Centro.
Participar en descripción de las funciones y perfil de competencias de los/las integrantes del equipo, de acuerdo al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.	1. Conducir la elaboración del manual de descripción de funciones y perfil de competencias de todo el personal del centro. 2. Difundir y socializar manual de descripción de funciones y perfil de competencias. 3. Evaluar periódicamente la pertinencia de las descripciones de funciones y perfiles de competencias. 4. Participar en la definición de perfiles de competencias, de acuerdo a las necesidades de la población del Centro. 5. Elaborar y aplicar protocolo de inducción para profesionales y técnicos que se incorporan al centro. 6. Elaborar y poner en operación un Programa de Educación Continua, de ciclo anual, con objetivos destinados a mejorar las competencias transversales relacionadas con el modelo de atención en el equipo del Centro.
Planificar y participar en acciones de cuidado del equipo, tanto a nivel institucional como individual.	1. Gestionar la evaluación de clima laboral a través de metodologías validadas. 2. Elaborar y desarrollar programa anual de cuidado del equipo. 3. Difundir el proceso de mejora continua de la atención a todo el equipo, para fortalecer competencias y conocer los parámetros de desempeño esperados. 4. Evaluar resultados del plan de cuidado de equipo.
Aplicar sistema de evaluación y calificación de funcionarios/as.	Aplicar y desarrollar procesos de evaluación y calificación, según normativa e instrucciones vigentes, emitidas por el Servicio de Salud.
Gestionar en el Servicio de Salud el plan de capacitación y formación continua del recurso humano del Centro, para mantener competencias técnicas del equipo.	1. Identificar necesidad de actualización y capacitación de los integrantes del equipo 2. Gestionar plan de capacitación anual. 3. Planificar y coordinar pasantías, en colaboración con el Servicio de Salud, para adquirir nuevas herramientas y aprendizajes. 4. Coordinar transferencia de buenas prácticas (benchmarking) con otros nodos y puntos de atención y fuera del territorio o región. 5. Instalar y mantener reuniones del equipo que actualicen conocimientos y prácticas. 6. Gestionar permisos para formación y capacitación autofinanciadas en coordinación con el Servicio de Salud. 7. Generar instancias de formación y capacitación certificadas y atinentes a áreas de formación comunes requeridas para el funcionamiento del equipo y del centro.

Gestionar requerimientos de recurso humano al Servicio de Salud para cumplir con los estándares definidos por el modelo de gestión.	1. Emitir documento formal con requerimientos de recurso humano, apoyado por el Consejo Consultivo Ciudadano y de acuerdo a plazos definidos por el Servicio de Salud. 2. Coordinar estos requerimientos con el Servicio de Salud.
Participar en los procesos de selección del recurso humano del Centro.	1. Incorporar en planificación anual tiempo estimado destinado a esta función. 2. Participar en el proceso de selección del recurso humano en conjunto con el Servicio de Salud. 3. Participar en la selección de la terna de recurso humano.
Coordinar con área de Gestión Docente.	Incorporar las horas de formación docente asistencial a la planificación del Centro.

E. De la Gestión financiera

Objetivo: Lograr el funcionamiento óptimo del centro de costo para mantener un sistema eficiente de administración de los recursos financieros del Centro, a través de un equipo con especificidad en esta área.

Funciones	Actividades
Definir y presentar el presupuesto anual al Servicio de Salud, en conjunto con el equipo y el Consejo de Participación Ciudadana.	1. Informar al equipo y al Consejo de Participación Ciudadana, la calendarización presupuestaria del Servicio de Salud. 2. Proponer presupuesto de continuidad del Centro. 3. Proponer líneas o áreas de expansión priorizadas por el Centro. 4. Estimar el costo financiero de cada una de las líneas de expansión priorizadas. 5. Preparar documento de presentación del presupuesto y defensa de este frente al Servicio de Salud.
Gestionar presupuesto asignado al Centro.	1. Informar al equipo la asignación presupuestaria anual. 2. Planificar la distribución del presupuesto anual del Centro. 3. Gestionar y monitorear la ejecución presupuestaria del Centro. 4. Dar cuenta de la ejecución presupuestaria del Centro al equipo. 5. Redistribuir presupuesto de acuerdo a porcentajes de ejecución observados.
Evaluar la ejecución presupuestaria.	1. Evaluar y emitir, mensualmente, informe de ejecución presupuestaria del Centro. 2. Compartir informe emitido con el equipo. 3. Participar en procesos de auditoría presupuestaria dirigida por el Servicio de Salud. 4. Realizar cuenta pública del centro a la comunidad.
Supervisar los procesos de compra de insumos y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento del Centro.	1. Instalar y supervisar sistema gestión de insumos. 2. Autorizar la compra de insumos, equipamiento y gastos de mantención. 3. Realizar seguimiento de los procesos de compra y gastos de mantención. 4. Implementar un sistema de alerta presupuestaria que prevenga situaciones de inadecuada ejecución.

Generar y presentar propuestas técnicas y financieras para proyectos de inversión en el Centro, en colaboración con el Servicio de Salud.	1. Identificar necesidades de inversión en el Centro. 2. Elaborar y presentar proyectos de inversión, según plazos informados. 3. Ejecutar y evaluar proyectos de inversión.
Generar proyectos para postulación a fondos concursables sectoriales e intersectoriales.	1. Identificar áreas de necesidad para presentar proyectos en conjunto con equipo. 2. Elaborar y presentar proyecto. 3. Ejecutar y evaluar proyecto. 4. Gestionar respaldo institucional a los proyectos.

F. De la Gestión de operaciones

Objetivo: Asegurar el funcionamiento operativo del Centro a través de una administración eficiente, de acuerdo a las necesidades de la población usuaria y los equipos.

Funciones	Actividades
Gestionar las adquisiciones y el abastecimiento para la operación eficiente del Centro.	1. Identificar la necesidad de adquisiciones y abastecimiento. 2. Cotizar, licitar y adjudicar la compra de insumos y equipamiento de acuerdo a normativa vigente. 3. Realizar el seguimiento del proceso de adquisición y abastecimiento.
Implementar plan de mantenimiento de los recursos físicos y del equipamiento.	1. Elaborar y ejecutar un plan de mantenimiento. 2. Informar de la evaluación del plan de mantenimiento al equipo y Dirección del Centro. 3. Proponer mejoras al plan de mantenimiento, a la Dirección del Centro. 4. Mantener el óptimo funcionamiento del Centro en los ámbitos de aseo y equipamiento (equipos clínicos, informáticos, vehículos, red eléctrica, red de agua, calefacción, entre otros).
Administrar la seguridad y vigilancia del Centro.	1. Elaborar e implementar un sistema de seguridad y vigilancia del Centro. 2. Establecer plan conjunto de seguridad junto a la comunidad, seguridad ciudadana y Carabineros.
Gestionar el transporte del equipo para las acciones en el territorio.	1. Establecer mecanismos de transporte de los equipos, ya sean propios o por compra de servicios. 2. Definir criterios para contar con un medio de transporte. 3. Coordinar el traslado con áreas de gestión financiera y de recursos humanos (disponibilidad de recursos y respaldo administrativo).
Definir e implementar un sistema de traslado de las personas usuarias.	1. Establecer mecanismos de transporte de las personas usuarias y sus familias. 2. Coordinar el traslado con áreas de gestión financiera y de recursos humanos (disponibilidad de recursos y respaldo administrativo). 3. Financiar el traslado de las personas usuarias de zonas rurales y alta dispersión geográfica o acercar la atención del equipo en dichas zonas.
Participar en la gestión de las emergencias y desastres en el Centro.	1. Elaborar y mantener un plan de emergencias y desastres del centro (incendios, inundaciones, terremotos, entre otros.) 2. Coordinar con equipos de primera respuesta según pertinencia.

12.4. Subdirección de gestión clínica comunitaria. Funciones.

Objetivo: Coordinar y supervisar los procesos de atención integrales e integrados en una lógica de cuidados compartidos entre los distintos nodos de la red, considerando las necesidades y expectativas de las personas, familia y comunidad, como sujetos activos de su proceso de recuperación.

A. De la Subdirección de gestión clínica comunitaria

Funciones	Actividades
Colaborar en la elaboración de diagnósticos participativos de salud mental de la población.	1. Participar en conjunto con el primer nivel de atención en la definición de la metodología y periodicidad para realizar los diagnósticos participativos. 2. Participar en la identificación y caracterización de la población que demanda atención de forma territorializada. 3. Realizar instancias de socialización de los resultados del diagnóstico participativo. 4. Incorporar los resultados del diagnóstico de las necesidades de la comunidad en la elaboración del Plan Estratégico del Centro.
Mantener la información epidemiológica actualizada para la toma de decisiones clínicas, comunitarias y administrativas.	1. Mantener actualizada la situación epidemiológica, desagregada por sexo de la población asignada y sus comunidades de poblaciones específicas, con el fin de focalizar estrategias de acción y de atención particulares, y permitir un análisis en mayor profundidad de la información recabada. 2. Compartir información epidemiológica con la Red y el Servicio de Salud, al menos una vez al año y frente a contingencias, (enjambre suicidal, emergencias y desastres, entre otros), a fin de reorientar el quehacer del Centro y de la Red. 3. Difundir la información epidemiológica a actores relevantes en la red sectorial e intersectorial.
Organizar la atención en función de las necesidades y características de la población territorializada.	1. Participar en la elaboración y actualización del manual de organización de la atención en forma bianual. 2. Participar en la elaboración de mapas territoriales. 3. Definir y supervisar la aplicación de protocolos de ingreso, atención, egreso y seguimiento de la población atendida, consensuado con la Red. 4. Georreferenciar los recursos institucionales y comunitarios. 5. Organizar la atención del Centro que permita el desplazamiento a poblaciones específicas (población rural, SENAME, comunidades indígenas, escuelas, otros). 6. Establecer coordinación con equipos rurales para la optimización de recursos. 7. Participar en reuniones y mesas territoriales que permitan articular el trabajo con poblaciones específicas (Infancia, adolescencia, prevención de la violencia de género, personas adultas mayores, etc.). 8. Organizar procesos de apoyo (sistema online, fichas clínicas por sistema o manuales, dispensación de fármacos, otros). 9. Organizar y gestionar el recurso humano.
Implementar protocolos de atención del Ministerio de Salud y del Servicio de Salud, acorde a la realidad local.	1. Conducir el proceso de adaptación de protocolos nacionales a la realidad local. 2. Presentar y validar estos protocolos locales con la Red y la comunidad. 3. Supervisar la aplicación interna de estos protocolos.

Elaborar plan estratégico del Centro.	1. Elaborar plan estratégico a 4 años, en forma conjunta con la comunidad, autoridades y el intersector. 2. Evaluar anualmente el plan estratégico y reorientación de este, si es pertinente, en forma conjunta con la comunidad, autoridades y el intersector. 3. Ejecutar anualmente programación operativa del centro.
Elaborar el plan anual de actividades del Centro.	1. Identificar la demanda de la población objetivo. 2. Planificar las actividades en función del plan estratégico del Centro, de las necesidades de la Red y de los recursos disponibles, en conjunto con actores y organizaciones claves de la comunidad. 3. Organizar el recurso humano del Centro, para la atención clínica, las acciones comunitarias, el autocuidado y otras. 4. Organizar la atención de poblaciones específicas (población rural, SENAME, comunidades indígenas, escuelas, otros). 5. Calendarizar las actividades planificadas. 6. Planificar y realizar reuniones de gestión clínica y administrativa del equipo del Centro. 7. Evaluar el plan anual del Centro, con emisión de informe evaluativo presentado a las autoridades y la comunidad. 8. Difundir el plan anual en la red temática y disponible físicamente en el Centro. 9. Planificar y dirigir reuniones clínicas. 10. Planificar y dirigir reuniones técnicas, en función de la población atendida.
Planificar anualmente Consultorías, en conjunto con el nivel primario de atención.	1. Asignar tiempo para Consultorías, en la planificación y programación anual de actividades. 2. Definir un cronograma anual consensuado (fecha y hora) para la realización de Consultorías. 3. Definir en conjunto con la Atención Primaria, la población sujeta a ser beneficiaria de consultoría. 4. Designar referentes para la coordinación con Atención Primaria.
Participar en procesos de mejora continua liderados por el Servicio de Salud.	1. Realizar actividades para el cumplimiento de estándares del proceso de autorización sanitaria y acreditación. 2. Participar en capacitación de procesos de mejora continua para todos los funcionarios del centro. 3. Participar en procesos de evaluación de criterios y estándares de calidad del centro. 4. Elaborar en conjunto con equipo, protocolos de gestión clínica y administrativa. 5. Elaborar e implementar en conjunto con equipo, planes de mejora para superar deficiencias analizadas en los procesos de evaluación de mejora continua. 6. Supervisar la resolución de las solicitudes de reclamos y sugerencias ciudadanas, en un contexto de mejora continua de satisfacción de las necesidades de la población usuaria.
Efectuar supervisión técnica de las actividades contempladas en el marco de los convenios asistencial-docentes.	1. Evaluar técnicamente las actividades establecidas en los convenios. 2. Emitir informe de evaluación.

Cumplir con el marco normativo en salud.	1. Difundir y aplicar al interior del equipo y con la comunidad, las convenciones internacionales, leyes nacionales (Ley de derechos y deberes de las personas usuarias, solicitudes ciudadanas y reglamento interno, entre otras). 2. Supervisar cumplimiento de marco normativo en salud. 3. Participar en conjunto con el equipo, en la elaboración y aplicación del reglamento interno del Centro alineado con el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, que contenga lineamientos generales para su funcionamiento.
Implementar, supervisar y evaluar la atención y el cuidado, de acuerdo a estándares de calidad definidos.	1. Calendarizar instancias que permitan evaluar internamente la atención y el cuidado que entregan los equipos. 2. Planificar y ejecutar jornadas de calidad con temas específicos, por ejemplo, monitoreo, supervisión y continuidad de la atención, entre otros.
Mantener mecanismos de coordinación y comunicación con otros nodos y puntos de atención de la red de salud y la red temática, que aseguren la continuidad de cuidados y la integración de la atención.	1. Difundir al interior del equipo del Centro, las orientaciones y lineamientos establecidos por el Consejo Técnico de Salud Mental y los establecidos en el CIRA para la red asistencial a la cual pertenece el Centro. 2. Planificar el calendario semestral de reuniones de trabajo y coordinación. 3. Participar en la elaboración y actualización del catastro de la red asistencial. 4. Elaborar formatos de actas de coordinación. 5. Participar en las instancias de coordinación con otros puntos de atención para la planificación y ejecución de intervenciones clínicas de la población usuaria. 6. Participar en instancias de coordinación de la red (CIRA y reuniones de complementariedad). 7. Participar en los consejos técnicos de salud mental del Servicio de Salud. 8. Establecer coordinaciones permanentes con otros equipos de salud para la atención integrada de las personas usuarias y familias.
Aplicar sistema de referencia y contra referencia definido por la Red y evaluar su funcionamiento.	1. Definir los puntos de atención de la red temática o de la red de salud general involucrados en el proceso de atención de la población del territorio de referencia. 2. Participar en la elaboración de protocolos de referencia y contra referencia, que contenga: sistema de asignación de horas para la atención de población referida desde atención primaria y de otros puntos de atención; criterios de referencia; priorización y asignación de hora a consulta de ingreso; y profesional o profesionales que la realizarán, en función del ingreso oportuno, pertinencia y resolutiveidad de la necesidad de atención de la persona /familia. 3. Realizar evaluación del funcionamiento de sistema de referencia y contra referencia a través de jornadas planificadas del centro y en la red temática, al menos anualmente. 4. Aplicar protocolo de derivación asistida, consensuado con los distintos puntos de atención de la red. 5. Emitir informe de evaluación efectuada y presentarlo a las autoridades pertinentes y a la comunidad.
Implementar y evaluar el funcionamiento de sistemas de apoyo	1. Utilizar el sistema informatizado de solicitud y resultados de exámenes de laboratorio e imagenología, organizado en función de facilitar el acceso de la población, la optimización de recursos y una mejor atención. 2. Definir y aplicar protocolos con los sistemas de apoyo conocidos y consensuados en la red temática y en la red general. 3. Participar en evaluación de funcionamiento (a través de reuniones o jornadas) dejando constancia de resultados y de la resolución de los nudos críticos.

Impulsar la creación del Consejo de Participación Ciudadana de Salud Mental y apoyar su funcionamiento.	1. Elaborar y mantener catastro actualizado de líderes y organizaciones comunitarias del territorio. 2. Apoyar la constitución del Consejo de Participación Ciudadana: espacios de reuniones, materiales y otros. 3. Desarrollar en conjunto con el Consejo de Participación Ciudadana, el plan anual de trabajo que considere: periodicidad de reuniones, calendarización de actividades, evaluación de su funcionamiento, registros, actas, etc.
Mantener un sistema de adquisición, almacenamiento, dispensación y distribución de fármacos, considerando las características de la red local y la población a cargo, de acuerdo a normativa vigente.	1. Participar en la gestión para definir y adquirir arsenal farmacológico, acorde a la epidemiología local y en base a evidencia clínica actualizada. 2. Participar en la elaboración de protocolos e instructivos locales (aprobados por calidad) para asegurar la trazabilidad de los medicamentos (ingreso a unidad de farmacia, almacenamiento, dispensación y eliminación). 3. Colaborar en la gestión de la asistencia farmacéutica (en lo que al centro le compete) para evitar el desabastecimiento y asegurar la continuidad de tratamiento de las personas usuarias. 4. Designar a persona responsable de farmacovigilancia para pesquisar reacciones adversas a medicamentos que puedan presentar las personas del nodo, con la finalidad de dar una resolutivez técnico-administrativa a la situación clínica, además de participar con el reporte activo de RAMs al ISP, acorde a lo que establece la Decreto Supremo N°3 y la Norma Técnica 140.
Participar en Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres.	1. Aplicar protocolos institucionales vigentes y velar por el cumplimiento de estos. 2. Velar por la seguridad de las personas usuarias y equipo en situaciones de emergencias y desastres. 3. Participar en la Gestión de evacuación y traslado de las personas usuarias en caso de ser necesario. 4. Participar en capacitaciones al equipo y a las personas usuarias sobre protocolos locales de emergencia y desastres.
Definir y desarrollar acciones de trabajo intersectorial que permitan una resolución efectiva de la atención brindada.	1. Elaborar y mantener un catastro actualizado de instituciones que operan en el territorio. 2. Participar en reuniones y mesas territoriales que permitan articular el trabajo con poblaciones específicas (Infancia, adolescencia, prevención de violencia de género, personas adultas mayores, etc.). 3. Establecer e implementar estrategias de trabajo colaborativo con instituciones con las que se comparte la población objetivo. 4. Organizar con el intersector la atención de poblaciones y grupos específicos identificados, para mejorar el alcance del Centro.
Definir y aplicar plan de monitoreo del centro	1. Evaluar el cumplimiento de indicadores, según el plan de monitoreo del centro. 2. Emitir informe de evaluación del cumplimiento de indicadores (junto con la evaluación del plan anual del centro). 3. Identificar áreas críticas con umbral de cumplimiento bajo lo esperado. 4. Analizar e indicar medidas para resolver eventos críticos o adversos.
Promover difusión de derechos y deberes de las personas con enfermedades mentales.	1. Incorporar temáticas de ejercicio de deberes y derechos en reuniones, jornadas, talleres, asambleas. 2. Establecer mecanismos de difusión de deberes y derechos, a través de medios audiovisuales, de comunicación social y otros. 3. Desarrollar actividades con juntas de vecinos, clubes, organizaciones sociales y otras instancias.

Mantener coordinaciones efectivas con todos los nodos y puntos de atención de la red temática y la red general, pertinentes para resolver las necesidades de salud de las personas.	1. Establecer reuniones de coordinación para la atención integrada, incorporadas en la planificación anual con otros nodos y puntos de atención y el intersector. 2. Establecer mecanismos formales para realizar derivaciones y contra derivaciones asistidas y de seguimiento. 3. Participar en mesas intersectoriales e interinstitucionales que permitan resolver la atención de grupos específicos y que permitan asegurar la continuidad y efectividad del cuidado. 4. Establecer mecanismos de enlace formales, conocidos y consensuados que permitan un trabajo colaborativo con otras especialidades para mejorar la calidad de la atención.
---	--

B. De la Gestión de promoción, prevención y detección precoz

Objetivo: Organizar y desarrollar acciones de promoción y prevención y detección precoz en salud mental en conjunto con otros componentes de la red, la comunidad y el intersector.

Promoción	
Funciones	Actividades
Impulsar actividades de promoción de salud mental en la comunidad.	1. Gestionar en conjunto con las personas usuarias, la participación en ferias ciudadanas. 2. Participar en celebraciones comunitarias, carnavales, ferias comunitarias. 3. Organizar el día puertas abiertas del Centro de Salud Mental Comunitario. 4. Colaborar en actividades de promoción de deberes y derechos ciudadanos. 5. Apoyar la participación de las personas y familiares en actividades locales, regionales, nacionales.
Participar en actividades organizadas por la comunidad.	1. Participar en jornadas comunitarias. 2. Participar en diagnósticos participativos comunales. 3. Entregar apoyo logístico a las organizaciones de usuarios/as y de familiares para su participación en actividades comunitarias de las municipalidades, colegios, otras. 4. Apoyar las gestiones de usuarios y familiares, en trámites comunales.
Participar en actividades comunitarias organizadas por las personas usuarias, sus familiares u otras organizaciones civiles.	1. Participar en convocatorias que realicen las organizaciones de usuarios y familiares. 2. Destinar un espacio para el trabajo de las personas usuarias y familiares. 3. Participar en actividades sociales de las organizaciones 4. Participar en actividades convocadas por poblaciones específicas (inmigrantes, comunidades indígenas, grupos LGTBI²³, entre otros). 5. Sostener vínculos con comunidades indígenas, a través de reuniones y otras actividades. 6. Apoyar la organización de asambleas de usuarios y familiares, si estas solicitaran apoyo.

²³ Entregar indicaciones específicas y re - chequeo de ellas con la persona y familia.

Promover estilos de vida saludable.	1. Participar en actividades incluidas en los planes de salud comunal y apoyar a las personas usuarias para su participación en actividades deportivas (caminatas, carreras, Pilates, fútbol, música y baile entretenido, entre otros). 2. Apoyar a las personas usuarias y familiares, en la gestión para concursar a proyectos sociales, recreativos, deportivos, etc. 3. Apoyar campañas y ferias anti tabáquicas, anti alcohol, alimentación saludable y otros. 4. Apoyar las coordinaciones y gestiones en conjunto con las instancias locales, para la realización de actividades de recreación y deporte dirigidas a la participación de las personas y familias atendidas, identificando sus intereses en consideración del género y curso de vida. 5. Promover las relaciones igualitarias en las actividades comunitarias.
Prevención	
Funciones	Actividades
Coordinar las acciones de prevención en salud mental con otros programas sectoriales e intersectoriales.	1. Realizar reuniones con los encargados de programas preventivos de salud: campañas anti influenza, programa de inmunización en población adolescente, campaña anti VIH, prevención de embarazo, y prevención de consumo de alcohol y otras drogas. 2. Coordinar acciones para el acceso de adolescentes y sus familias a espacios amigables y consejerías. 3. Realizar acciones que faciliten el acceso de la población adolescente a programas de regulación de fecundidad.
Impulsar y desarrollar actividades de prevención en grupos de riesgo.	1. Realizar coordinaciones con instancias que trabajan con grupos de riesgo de población adolescente y con programas comunales que trabajan con población de riesgo en alcohol y otras drogas (SENDA, SENAME, u otra instancia vigente). 2. Gestionar actividades de inclusión de personas y familias con enfermedad mental y VIH positivo. 3. Desarrollar acciones coordinadas con otros sectores e instancias comunales para intervenciones de salud mental en población que se encuentra en situación de calle. 4. Realizar acciones de prevención coordinadas con otras instancias que trabajen con poblaciones específicas.
Impulsar acciones de prevención del estigma para poblaciones específicas.	1. Realizar jornadas de sensibilización con el intersector y la comunidad que favorezcan la inclusión. 2. Gestionar con el intersector e instancias comunales la incorporación ocupacional de las personas.
Detección Precoz	
Funciones	Actividades
Desarrollar estrategias orientadas a la detección precoz e intervención temprana de enfermedades mentales	1. Desarrollar en la red la capacidad de pesquisa, diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades mentales. 2. Capacitar a los equipos de Atención Primaria para desarrollar acciones de detección precoz en Salud Mental 3. Realizar jornadas de sensibilización con la comunidad para que esta genere conciencia de la importancia de la detección precoz e intervención temprana de enfermedades mentales 4. Implementar iniciativas de prevención y diagnóstico precoz de enfermedades mentales hacia grupos vulnerables

C. De la Gestión de procesos clínicos

Funciones	Descripción
Gestionar la demanda/evaluar priorización.	- Revisar interconsultas diariamente. - Evaluar la priorización, de acuerdo a protocolos de derivación establecidos. Resolver en 72 horas hábiles la referencia, realizando las acciones de coordinación para resolver dudas o consultas al nodo o punto de atención que realiza interconsulta. - Priorizar la atención, de acuerdo a criterios definidos en la red y consensuados con el centro. - Establecer un proceso de admisión e ingreso, en forma pertinente y oportuna, según criterios de gravedad, complejidad y vulnerabilidad. - Informar acerca de la priorización por sistema formal establecido, (telefónicamente y por correo, si correspondiere) acerca de las razones de la no pertinencia de la priorización y dar orientación, si fuese necesario, al profesional del nodo o punto de atención que corresponda, quien deberá informar a la brevedad a persona usuaria y/o su familia. - Evaluar la pertinencia de personas referidas desde Tribunales. De no ser pertinente, emitir informe, con copia al Servicio de Salud, explicitando las razones de la no pertinencia. - Definir e implementar flujos de atención para asignar actividades (ingreso, atención, derivación). - Evaluar continuamente el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia, en términos de acceso, atención oportuna y satisfacción de las necesidades de la persona derivada. - Asignar hora de ingreso, informando: día, hora, programa, lugar y profesional/les que brindarán primera atención. - Ingresar a la Plataforma del Sistema Informático de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES a las personas derivadas como GES).
Realizar entrevista al ingreso	- Aplicar protocolos para ingreso, atención, derivación y/o contra referencia de las interconsultas. - Organizar el ingreso. - Realizar acogida. - Revisar motivo de consulta y expectativas de la persona y familia. - Informar sobre el funcionamiento del centro. - Analizar el conjunto de problemas y las necesidades que la persona percibe asociadas a su motivo de consulta, así como los factores que influyen positiva y negativamente sobre él/ella. - Realizar diagnóstico inicial. - Detectar situaciones de riesgo (urgencia que ameriten de acciones inmediatas). - Evaluar plan de tratamiento en conjunto con la persona y familiar (en caso de existir). - Definir con la persona usuaria y familia el proceso de evaluación diagnóstica inicial. - Definir el plan inicial de tratamiento, consensuado y co-construido con la persona y familia. - Evaluar si requiere derivación a Hospital de día u hospitalización cerrada. - Evaluar necesidad de interconsulta a otras especialidades.

Realizar entrevista al ingreso	- Entregar indicaciones específicas y re – chequeo de ellas con la persona y familia. - Informar y consensuar con la persona y su familia, acerca de las actividades que se realizarán y la importancia de cada una de ellas. - Informar, de forma escrita y verbal, sobre la próxima atención, especificando día, hora, nombre del profesional y lugar donde esta se realizará (agendar y coordinar próximas horas en función del acceso, territorio de residencia, tiempo de desplazamiento de la familia, condiciones de salud de la persona y otros factores).
Funciones	Descripción
Efectuar diagnóstico	Realizar la evaluación integral de la persona y su familia, en un plazo no mayor a 7 días desde su ingreso al centro. Esta evaluación contempla el área física, mental y socio comunitaria, por lo que incluye evaluación médica, de enfermería, psicológica, social, comunitaria, escolar, laboral, ocupacional, familiar e intercultural, áreas que se profundizan en la descripción de las etapas del proceso clínico.
Elaborar o Actualizar Plan de Cuidado Integral (PCI) ²⁴	- Elaborar PCI en un plazo de 15 días desde el momento del ingreso, con definición de los objetivos terapéuticos, plazos y responsables. - Priorizar y organizar áreas de abordaje en conjunto con la persona y familia. - Definir indicadores de logro a mediano y largo plazo sobre los objetivos propuestos. - Realizar un Plan de Cuidado Integral en conjunto con la persona, su familia y/o red de apoyo.
Ejecutar y evaluar Plan de Cuidado integral (PCI)	- Desarrollar actividades planificadas en el PCI, aplicando guías clínicas y protocolos con regulación vigente, intervenciones psicosociales, familiares y comunitarias, individuales y grupales, acciones de promoción, salud general, rehabilitación, etc. - Coordinar atención con otros nodos de la red. - Coordinar con otros sectores sociales/ instituciones y organizaciones locales. - Evaluar periódicamente el PCI y el ajuste de objetivos e intervenciones según necesidad. - Evaluar PCI previo al plan de egreso. - Participar en reuniones de gestión clínica y administrativa para el abordaje de personas con situaciones de mayor complejidad.

²⁴ Plan de Cuidado Integral: Definido en Anexo N°8

Funciones	Descripción
Elaborar y ejecutar Plan de egreso.	▪ Efectuar reunión de equipo con la participación de la persona atendida, su familia o red de apoyo, profesionales de otro nodo u otra instancia, según corresponda. ▪ Activar recursos de la persona, su familia, comunidad, escuela y trabajo para su inclusión. ▪ Definir acciones para la continuidad de atención y cuidados. ▪ Definir acciones para el seguimiento. ▪ Definir fecha alta terapéutica. ▪ Realizar derivación asistida por gestor terapéutico²⁵. ▪ Coordinar fecha de control en el nodo o punto de atención donde se deriva. ▪ Entregar información completa, verbal y escrita, a la persona /familia según corresponda (indicaciones médicas, farmacológicas psicosociales, entre otras). ▪ Coordinar con el primer nivel de atención, visitas domiciliarias y de seguimiento. ▪ Establecer protocolo de contra referencia con el primer nivel de atención y con los otros nodos de la red. ▪ Realizar una actividad de cierre terapéutico.

D. De la Gestión de sistemas de apoyo a la atención.

Objetivo: Organizar internamente los sistemas de apoyo a la atención y alinearlos con los distintos niveles de la red.

Funciones	Actividades
Gestionar la coordinación para el acceso a exámenes de laboratorio e imagenología.	▪ Establecer protocolos y flujos con los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. ▪ Organizar la toma de muestras (pertinente) en el centro y su respectivo traslado. ▪ Evaluar la aplicación de estos protocolos. ▪ Identificar eventos críticos y resolverlos (uso de clozapina, entre otros).
Mantener sistema de asistencia farmacéutica.	▪ Actualizar el arsenal farmacológico autorizado y proponer al Director/a actualizaciones o modificaciones a dicho arsenal. ▪ Supervisar la adquisición, almacenamiento, disponibilidad y dispensación de fármacos, de acuerdo con protocolos establecidos y normativas vigentes. ▪ Realizar farmacovigilancia en lo que al centro le compete. ▪ Realizar supervisión de la dispensación de fármacos en otros puntos de la red territorial.

²⁵ Gestor/a terapéutico: Profesional del equipo asignado para ser el principal interlocutor/a con la persona y su familia. Acompaña desde el ingreso y durante todo el proceso de atención de la persona en el nodo, siendo parte de la devolución del proceso diagnóstico, de la elaboración del PCI (en base a propuesta de equipo y consensuada con la persona usuaria) y del plan de egreso. Mantiene un contacto permanente con la persona, su familia o red de apoyo, lo que facilita el vínculo de esta con el equipo. Permite un adecuado seguimiento del Plan de Cuidados Integrales, coordinando la realización y cumplimiento de todas las acciones y objetivos propuestos en este.

Entre las actividades que realiza se encuentran:

- Apoyo, acompañamiento y asesoramiento a la persona, familia y/o red.
- Seguimiento de adherencia al tratamiento.
- Detectar y anticiparse ante situaciones de crisis.
- Orientación a actividades grupales contempladas en el PCI.
- Entrevistas con la familia y otras personas relacionadas, según pertinencia
- Coordinación con otros nodos para la derivación asistida.

E. De la Gestión docente e investigación

Objetivo de la docencia: Colaborar en la formación de profesionales y técnicos de todas las disciplinas de la Red de Salud, en particular en el área de salud mental.

Objetivo de la investigación: Colaborar en la generación de conocimientos que contribuyan a mejorar el proceso de atención y cuidado de la población del Centro.

Funciones de la docencia	Actividades
Apoyar la formación de profesionales y técnicos de las distintas disciplinas en el centro, de acuerdo a normativa vigente.	- Planificar con la universidad, la estadía de médicos residentes en proceso de especialización en el área. - Planificar con la universidad e institutos técnicos, las pasantías y/o prácticas profesionales de alumnas/os de pregrado y postgrado de carreras de la salud general, salud mental y ciencias sociales. - Incorporar en la formación de técnicos paramédicos del sistema de salud, horas de pasantía en el centro. - Ofrecer pasantías profesionales e intercambios de buenas prácticas.
Apoyar a la red local sectorial e intersectorial en la capacitación de temáticas específicas, de acuerdo al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.	- Identificar necesidades de apoyo sectorial o en otros sectores. - Elaborar y aplicar, en conjunto con la red local sectorial e intersectorial, un Programa de Capacitación Anual en temas de salud mental y otros relacionados, que mejore las competencias y la calidad de las articulaciones entre los actores involucrados para beneficio de la población objetivo. - Desarrollar un plan de formación para agentes comunitarios.
Funciones de la investigación	Actividades
Desarrollar procesos de investigación que respondan a las necesidades de las comunidades y del centro, de acuerdo a la normativa vigente.	- Elaborar un diagnóstico respecto de las necesidades de investigación atinentes a las características de la comunidad asignada al centro. - Participar y seguir activamente los procesos de investigación del centro con las instituciones que los llevan a cabo. - Elaborar los protocolos de investigación a desarrollar al interior del centro, incluyendo su aplicación, de acuerdo con las necesidades de la comunidad. - Establecer alianzas con universidades para el desarrollo de investigación en el centro. - Elaborar convenios de investigación con instituciones públicas o privadas, que estén en concordancia con las normas vigentes y directrices ministeriales. - Diseñar proyectos concursables. - Realizar difusión en el equipo, la red y la comunidad de las investigaciones realizadas. - Establecer coordinación con Comité de Ética Científico del Servicio de Salud.

13. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

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

La Microgestión o gestión clínica corresponde al nivel de gestión de los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental, considera el trabajo intersectorial y participación de la comunidad.

FUNCIONES PRINCIPALES DE LA MICROGESTIÓN (NODOS Y PUNTOS DE ATENCIÓN DE LA RED).

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

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

13.2. Áreas territoriales

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

13.3. Áreas de atención por curso de vida

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

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

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN POR RANGOS ETARIOS Y CURSO DE VIDA.

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

13.4. Atención para grupos específicos

Es la identificación de grupos con características particulares tales como: vulnerabilidad social, vulneración de derechos, cosmovisión, religión, contexto cultural, pueblos indígenas [97], privados de libertad, migrantes, género, con mayor inequidad en la atención en salud, que hace necesario desarrollar estrategias diferenciadas para facilitar su acceso, oportunidad y calidad de la atención que estos reciben.

Debe considerarse la disponibilidad y acceso a facilitadores interculturales para pueblos indígenas, migrantes y refugiados. El facilitador intercultural es una persona perteneciente a comunidades específicas que mantiene fuerte vínculo y sustenta conocimiento integral de su comunidad, es elegido por la comunidad y es quien orienta, apoya y facilita la comunicación con los distintos servicios clínicos y la adecuación de estos a las características culturales de las personas atendidas [98] [99].

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

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

El equipo se constituye por profesionales y técnicos/as del área social, de la salud y de la administración, personal administrativo, auxiliar de servicio y otros, en cuyo quehacer confluyen distintas perspectivas para conformar un equipo transdisciplinario²⁶ con plena participación de las personas usuarias.

²⁶ La Transdisciplinariedad en Salud es entendida como la participación y confluencia de varias disciplinas, con sus respectivos modelos teóricos y perspectivas, que guían el funcionamiento de los equipos, con el fin de satisfacer los requerimientos de las personas usuarias en una red de atención. El quehacer se sustenta en el trabajo integrado, conjugando estrategias de intervención que se irán desarrollando en función de las necesidades de salud de las personas.

13.6. Organización de actividades promocionales y preventivas.

La promoción de la salud ha sido definida como acción y abogacía para abordar el campo completo de los determinantes de la salud que son modificables [100]. La promoción de la salud y la prevención son actividades que necesariamente se relacionan y sobreponen. La promoción se enfoca en los determinantes de la salud y la prevención se concentra en las causas de enfermedad [101].

Asimismo, el Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013–2020 de la OMS [102], plantea como tercer objetivo: “Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental” y describe para ello las siguientes acciones:

ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL, SEGÚN LA OMS.

Acciones	Opciones para la aplicación
Promoción de la salud mental y prevención de enfermedades: encabezar y coordinar una estrategia multisectorial que combine intervenciones universales y otras selectivas para promover la salud mental, prevenir las enfermedades mentales y reducir la estigmatización, la discriminación y las violaciones de derechos humanos; responda a las necesidades de grupos vulnerables específicos en todo el ciclo vital y esté integrada en las estrategias nacionales de salud mental y de fomento de la salud.	• Fomento de los conocimientos del público en salud mental para reducir la estigmatización, la discriminación y promover los derechos humanos. • Inclusión de la salud emocional y mental como parte de la atención pre y post natal. • Implementación de programas para la primera infancia que se ocupen del desarrollo cognitivo, motor, sensorial y psicosocial de niños y niñas, y que fomenten relaciones sanas entre padres e hijos. • Reducción de la exposición al uso nocivo de alcohol. • Implementación de intervenciones breves contra el consumo de sustancias peligrosas y nocivas. • Implementación de programas de prevención y control de la violencia doméstica, en particular la relacionada con el consumo de alcohol. • Provisión de servicios a personas que hayan sufrido eventos vitales adversos. • Protección contra el maltrato infantil. • Respuesta a las necesidades de niños y niñas con padres con enfermedades mentales crónicas en el contexto de la promoción y prevención. • Desarrollo de programas escolares de promoción y prevención. • Fomento de los programas de participación laboral y retorno al trabajo de los afectados por enfermedades mentales. • Fomento de condiciones de trabajo seguras y propicias prestando atención a las mejoras organizativas del entorno laboral. • Potenciación de los grupos de autoayuda, el apoyo social, las redes comunitarias y participación social. • Fomento de prácticas tradicionales basadas en la evidencia para la promoción y prevención. • Potenciación del uso de redes sociales para la promoción y prevención. • Formulación de políticas y medidas de protección a poblaciones vulnerables durante crisis económicas y financieras.

Prevención del suicidio: elaborar y aplicar estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio, como personas LGTB, los jóvenes u otros grupos vulnerables de cualquier edad, en función del contexto local.	• Sensibilización pública, política y mediática sobre la magnitud del problema y sobre la disponibilidad de estrategias de prevención eficaces. • Restricción del acceso de medios de autolesión y suicidio. • Promoción de una información responsable por parte de los medios con los casos de suicidio. • Promoción de iniciativas de prevención del suicidio en el lugar de trabajo. • Mejora de las respuestas del sistema de salud a las autolesiones y suicidios. • Evaluación y manejo de los casos de autolesión/suicidio y de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias asociados. • Optimización del apoyo psicosocial con los recursos comunitarios disponibles tanto para quienes hayan intentado suicidarse como para las familias de quienes se hayan suicidado.
---	---

El Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 plantea que la organización de los servicios de salud mental debe ser coherente con lo señalado por la OMS, respecto de articular la provisión de servicios de salud mental en torno al Modelo Comunitario de Salud. La Red Temática de Salud Mental como parte de la red de servicios sanitarios de Chile, se basa en tres principios irrenunciables: integralidad, continuidad de los cuidados y centro en la persona y su entorno, enfatizando la promoción y prevención y abordando los problemas de salud de las personas con un enfoque familiar y participativo. Señala que “todas las personas que lo necesiten tendrán acceso oportuno y de calidad a servicios en salud mental con acciones de promoción, prevención, atención y cuidados a lo largo del curso de vida”. [75]

**OBJETIVOS ESTRATÉGICOS RELACIONADOS CON LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL 2017–2025 [103]**

Objetivo estratégico	Estrategias	Metas
Promover la salud mental en la población general y grupos específicos	Reforzando y fortaleciendo estrategias de promoción de la salud mental en APS, en el marco del plan comunal de promoción. Promoviendo acciones de promoción de la salud mental en otros sectores y colaborando con ellas en el marco del plan comunal de promoción. Involucrando a los distintos nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental en las actividades del plan comunal de promoción. Potenciando la participación de la comunidad en los aspectos de salud mental del plan comunal de promoción. Incorporando gestores comunitarios a los centros de APS, para fortalecer el trabajo de articulación y desarrollo comunitario.	Al año 2025, el total de los nodos y puntos de atención ambulatoria incorporan la promoción de la salud mental y participan activamente en los planes comunales de promoción en el 75 % de las comunas.

Prevenir la aparición y promover la detección precoz de enfermedades mentales y minimizar los efectos negativos de ellas en la persona, su familia y comunidad.	Reforzando y fortaleciendo estrategias de prevención de enfermedades mentales con enfoques de curso de vida y de género, con énfasis en APS. Reforzando las acciones de prevención en colaboración con otras áreas de la salud y otros sectores. Desarrollando acciones de prevención de conductas de riesgo en salud mental, orientado hacia la población general. Actuando sobre los determinantes sociales en las comunidades. Difundiendo y apoyando el ejercicio de derechos de las personas con enfermedades mentales. Erradicando el estigma y la discriminación.	Al año 2020, un 50% de los Servicios de Salud tienen definidos e implementan un plan de difusión y apoyo al ejercicio de derechos y anti estigma. Al año 2020, al menos un 80% de los Servicios de Salud tienen definidas y desarrolladas estrategias para potenciar las organizaciones de usuarios y familiares. Al año 2025, al menos un 50 % de los Servicios de Salud tienen definidos e implementan planes de prevención integrados en el área de salud mental, donde se incorpore al intersector, a los distintos nodos y puntos de atención y a la comunidad.
Incorporar al mundo del trabajo como sector relevante para la promoción, prevención y protección de la salud mental.	Desarrollando en la red la capacidad de pesquisa, diagnóstico precoz, tratamiento e intervención de los problemas y enfermedades de salud mental de origen laboral, con especial foco en los trabajadores del sector informal y en los afiliados al Instituto de Seguridad Laboral de acuerdo a la ley 16.744. Facilitando el acceso y desarrollando iniciativas de prevención y diagnóstico precoz hacia grupos vulnerables desde la perspectiva laboral: desempleados y sus grupos familiares; familiares de personas con licencia por enfermedad mental, entre otros. Generando acciones de vinculación con empresas y trabajadores organizados para promoción y prevención en salud mental, incluyendo acciones contra el estigma.	Al año 2020, un 50% de los Servicios de Salud han incorporados pautas de acción específicas hacia grupos vulnerables desde la perspectiva laboral. Al año 2025, un 100% de los Servicios de Salud tienen la capacidad de realizar diagnóstico precoz, tratamiento e intervención de las enfermedades mentales de origen laboral.

13.7. Organización de actividades de atención y cuidados

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

Una adecuada planificación y programación en red es clave para ofrecer una atención oportuna, integral y de óptima calidad a la persona y su familia, permitiendo que profesionales y técnicos tengan el tiempo requerido. La atención no programada se caracteriza por la fragmentación de la información e insuficiente priorización de las necesidades de las personas usuarias [89]. Un mayor desarrollo de estas acciones se encuentra en los documentos técnicos anuales Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, que desde 2015 emite anualmente la Subsecretaría de Redes Asistenciales-Minsal, en las cuales se incluyen las actividades de salud mental.

Es importante entender que todas las actividades del equipo y cada uno de sus miembros deben incluirse en la programación. Esto incluye las reuniones de equipo, las consultorías de salud mental en Atención Primaria, las visitas domiciliarias, etc. Todas ellas están incluidas en estos documentos técnicos recién mencionados. Una programación restringida a la producción de consultas y controles no cumple criterios mínimos de calidad y sólo puede tener consecuencias negativas para las personas usuarias y los equipos de trabajo.

Esta organización debe incorporar elementos como:

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

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

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

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

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

Toda persona usuaria que acude a un nodo o punto de atención de la Red Temática de Salud Mental y cuyo ingreso a este no se realice, porque no esté indicado técnicamente, debe encontrar siempre una contención adecuada y orientación efectiva para ser atendida en forma oportuna y en el lugar donde corresponda. Cada persona debe ser evaluada de acuerdo al riesgo que presente y realizar las gestiones de red para responder adecuadamente según las necesidades.

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

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

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

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

13.8. Plan de Cuidados Integrales, PCI

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

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

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

Para más detalles sobre el PCI, referirse al punto 18.2 letra B de la segunda parte de este Modelo de Gestión.

Un modelo de PCI se encuentra en el Anexo N°8.

13.9. Gestor/a terapéutico/a

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

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

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

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

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

- Apoyo, acompañamiento y asesoramiento a la persona, familia y/o red, fomentando la autonomía de la persona.
- Promoción de adherencia terapéutica.
- Detección y anticipación ante situaciones de crisis.
- Orientación a actividades y acciones planteadas en el PCI.
- Presentación de avances y condición de salud de la persona en reunión del equipo.
- Interlocución con la familia y otras personas relacionadas, según pertinencia.
- Apoyo en el proceso de coordinación de la persona usuaria con programas del intersector y/o la comunidad para la inclusión sociocomunitaria.
- Coordinación con otros nodos o puntos de atención para la derivación asistida.

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

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

13.10. Derivación asistida

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

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

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

Es relevante incorporar información relativa a todas las áreas del proceso de atención recibido por la persona usuaria, así como de las particularidades en el manejo global y consideraciones respecto al desarrollo del vínculo terapéutico. Por su parte, cualquier cambio de indicaciones (de cualquier disciplina), en el espacio de traspaso de la persona usuaria, deben ser consensuado e informado

oportunamente entre los equipos y a la persona usuaria y familiar responsable.

Para más detalles sobre la derivación asistida, referirse a Gestión de procesos clínicos, Proceso de egreso, punto 18.3 letra B, de la segunda parte de este Modelo de Gestión.

Una pauta de cotejo de calidad de este proceso se encuentra en el Anexo N°9.

13.11. Referencia y contrarreferencia

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

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

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

La contrarreferencia, por su parte, se realiza con el objetivo de asegurar el seguimiento y la continuidad de atención y cuidados que se requieran. Este proceso es realizado a través de un protocolo materializado en un documento manual o digital, cuya emisión es responsabilidad del profesional médico con co-responsabilidad administrativa de quien haya sido asignado para realizar el proceso que implica su efectiva contra derivación al lugar indicado.

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

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

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

Para más detalles sobre la referencia y contrarreferencia, referirse a Gestión de procesos clínicos, Proceso de egreso, punto 18.3 letra B, de la segunda parte de este Modelo de Gestión.

13.12. Agente comunitario en salud mental

Es un miembro voluntario de la comunidad que es elegido por esta o identificado como tal por los equipos de salud. Está capacitado para orientar en prevención y promoción de prácticas de salud mental a las personas, familias y comunidades, a través del trabajo con organizaciones locales y en coordinación con los equipos de salud mental. Al ser una labor sin vinculación contractual con los nodos y puntos de atención de salud mental, facilita que esta persona cumpla un rol distinto al institucional, favoreciendo su cercanía con la comunidad, su reconocimiento y liderazgo.

13.13. Gestor/a comunitario/a en salud mental

En APS, más allá de la histórica labor de los agentes comunitarios de salud mental, se ha incorporado una nueva figura a partir de los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CESCOF), el Programa de Acompañamiento Psicosocial, Programa Demencia, y otras estrategias con población migrante e intercultural, son los Gestores Comunitarios, que perciben ingresos por sus labores comunitarias.

Sus funciones son participar en la definición y ejecución de tareas relativas a la promoción, prevención y atención en salud, como parte del equipo de salud, incluyendo: la articulación con el sector y la comunidad; el fomento de la participación ciudadana; el apoyo en la generación de iniciativas para la comunidad y participación en fondos concursables, y la educación en salud. Si bien, el gestor comunitario puede tener un énfasis en algunas temáticas en particular (salud mental, inmigrantes, interculturalidad, demencia, etc.) son todos Gestores Comunitarios Transversales de la APS.

13.14. Comité de ingreso a atención cerrada

Es una instancia de coordinación y de toma de decisiones compartida dentro de la Red Temática de Salud Mental, para optimizar el uso de los recursos de atención cerrada (camas, cupos, plazas) y asegurar la continuidad del proceso de atención y cuidados de las personas usuarias que transitan por ella, tanto las que se priorizan como aquellas que se difieren transitoriamente en su ingreso.

Para cada punto de atención que dispone recursos escasos funcionará un Comité de este tipo, bajo la supervisión del equipo del Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud, constituido por el equipo de ese punto de atención y los representantes de los equipos de los puntos de atención que lo demandan en su red territorial. Su periodicidad de funcionamiento puede ser acordada por cada Servicio de Salud en los Consejos Técnicos de Salud Mental de acuerdo a las necesidades de la red. Aunque su puesta en práctica puede resultar difícil, la existencia de instancias de discusión y toma de decisiones en conjunto se constituye habitualmente en una oportunidad para las redes que trabajan de este modo.

Las dificultades transitorias para que funcione este tipo de Comité, no deben constituirse en un obstáculo para el ingreso oportuno de las personas que requieren este recurso. En este caso, se aplicarán los criterios previamente consensuados por la Red o el Comité.

El funcionamiento de los comités busca generar aprendizajes colectivos y toma de decisiones democráticas, promoviendo el incremento del capital social y técnico en las redes, y de ningún modo, puede constituirse en instancias burocráticas carentes de sentido.

En algunos casos, el Comité de ingreso ha funcionado como una instancia permanente de coordinación entre un punto de atención cerrada y la red de atención abierta de su territorio. Bajo esta modalidad, también se revisan los casos que se encuentran en proceso de atención cerrada, para cuando se produzca el egreso poner en práctica las estrategias de continuidad de cuidados más apropiada, favoreciendo intervenciones transdisciplinarias ejecutadas en conjunto por diferentes equipos. Esta forma de trabajo favorece la construcción de una identidad colectiva de la red territorial.

13.15. Desarrollo de programas transversales

A continuación, se mencionan 3 programas transversales a la Red Temática de Salud Mental en la Red de Salud General, que no constituyen nodos ni puntos de atención, pero que deben estar implementados en todas las redes territoriales, dado el impacto que tienen las temáticas que cada uno de estos programas abordan, en las personas, familias y comunidades.

Existen 2 programas transversales acorde a lineamientos ministeriales, los cuales se describen a continuación.

Programas de salud mental transversales	
Programa Nacional de Prevención de Suicidio [104].	Programa que cuenta con 6 componentes: Sistema de vigilancia de la conducta suicida; Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio; Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud; Programas preventivos en los establecimientos educacionales; Sistemas de ayuda en situaciones de crisis; Cobertura mediática
Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres [105].	Documento en revisión final, de carácter intersectorial.

Actualmente, se encuentra en elaboración el Programa de Atención Clínica Integral e Intensiva de Salud Mental en Domicilio, un programa transversal a la especialidad en salud mental. Sus detalles, en el Anexo N°7.

14. ESTRATEGIAS DE ARTICULACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

14.1. Estrategias transversales

Estrategias aplicables a todos los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental.

Estrategias	Requisito de calidad
Establecer un sistema de asignación de horas ingreso, control, coordinación, confirmación y seguimiento de la población atendida en la red que asegure la continuidad de cuidado.	▪ Toda persona en proceso de atención y cuidado tiene un carné con información sobre su día, hora e integrante del equipo que le atenderá en su próxima actividad (control, taller, consulta, visita, otros). ▪ Existen y se aplican protocolos de recepción y acogida en cada uno de los nodos y puntos de atención, los que deben ser conocidos y validados en toda la red. ▪ El sistema de asignación de horas es supervisado en su funcionamiento al menos cada 6 meses.
Instalar Consejos Técnicos, de acuerdo a la Red Territorial de cada Servicio de Salud.	▪ Existe y funcionan Consejos Técnicos con reuniones mensuales, donde existe una sola red territorial, con resolución exenta. ▪ Existe y funcionan Consejos Técnicos con reuniones trimestrales por red territorial, donde existe más de una red territorial, con resolución exenta. ▪ El funcionamiento y organización de todos los nodos y puntos de atención son socializados en reuniones de Consejo Técnico de la red, y se deja constancia en Acta de Reunión. ▪ Los flujos de atención son conocidos y evaluados por todos los equipos de la Red Temática a través de los Consejos Técnicos y por medios de comunicación internos de la red. ▪ Existe participación de todos los nodos y puntos de la red temática de acuerdo a su territorio incluidos los centros de tratamientos de alcohol y otras drogas (privados o públicos) en convenio con los Servicios de Salud o SENDA. ▪ Participan en consejos técnicos representantes de personas usuarias y familiares. ▪ La red identifica eventos adversos e incidentes críticos por mal funcionamiento y aplican planes de mejora. ▪ La red identifica nudos críticos en el sistema de referencia y contrarreferencia y realiza propuestas de intervención.
Desarrollar anualmente planes locales de trabajo intersectorial para la atención de poblaciones específicas.	▪ Existe un plan de trabajo anual diseñado y evaluado por representantes de instituciones participantes, y cuenta con resolución exenta del Servicio de Salud. ▪ Se realizan Diagnósticos Participativos elaborados con participación de poblaciones específicas.
Incorporar tecnologías de información y comunicación únicas para la red.	▪ Los equipos tienen acceso a tecnologías de información/comunicación y están capacitados para su uso. ▪ Se aplica sistema de telemedicina donde está incorporada la tele consultoría. ▪ Existe sistema informatizado de referencia y contrarreferencia.

Implementar cuidados integrados de acuerdo a guías de práctica clínica actualizadas que incorporen la atención abierta y cerrada.	- Los equipos se capacitan de forma continua, en las guías de práctica clínica de cuidados integrados y las aplican. - Existen acciones de intercambio de buenas prácticas al menos una vez al año - Existe un plan de actualización de competencias de los equipos de la red. - Está incorporada la medicina complementaria aplicada a la intervención terapéutica, de acuerdo a normativa ministerial.
Incorporar la gestión del cuidado de las personas en cada nodo y punto de atención, integrado al quehacer del equipo.	Todos los nodos y puntos de atención tienen asignados recursos de enfermería para la gestión de cuidados.
Implementar proceso de derivación asistida en todos los nodos y puntos de atención de la red.	- Existen y se aplican protocolos de derivación asistida, con flujos locales de proceso de atención y cuidado conocidos por toda la red. - Existe registro de derivación asistida en la ficha clínica. - Existen y se utilizan protocolos de referencia y contrarreferencia para poblaciones específicas. - Se realiza al menos una vez al año evaluación del proceso de derivación asistida.
Instalar la figura del gestor/a terapéutico/a en cada nodo y punto de atención.	- Toda persona atendida en un nodo o punto de la red tiene asignada a una persona como gestor/a terapéutico/a. - Existe registro de asignación de gestor/a terapéutico/a en la ficha clínica y es informado a persona usuaria, familia y/o red de apoyo.
Desarrollar en todos los equipos de la red, cultura de satisfacción usuaria y buen trato en la atención de las personas, familias y comunidad.	- Todos los equipos reciben, al menos una vez al año, una actualización en buen trato en la atención de las personas. - La red cuenta con mecanismos que aseguren a la persona y familia el ejercicio del derecho de presentar solicitudes ciudadanas, de acuerdo a reglamentación vigente. - Se aplican mecanismos de evaluación de satisfacción usuaria y se incorporan sus resultados al proceso de mejora continua.
Implementar sistemas de atención integral estandarizados.	- Se disponen y aplican instrumentos de evaluación estandarizados y validados en el país. - Se elabora y ejecuta el Plan de Cuidados Integrales con registro en ficha clínica. - Los equipos están capacitados en aplicación de instrumentos, acorde a las necesidades de la población a atender. - Los nodos y puntos de atención cuentan con equipos suficientes en competencias y cantidad, de acuerdo a las necesidades de la población a atender.
Implementar acciones que aseguren el acceso a atención de poblaciones de zonas aisladas y/o con dispersión geográfica.	La Red cuenta con mecanismos que aseguren el acceso a la atención para personas, familias y comunidades aisladas y/o con dispersión geográfica.
Desarrollar acciones de detección y continuidad de cuidado para población con consumo perjudicial de alcohol y otras drogas.	- Existen protocolos de acciones de detección, acogida, evaluación inicial y derivación asistida en cada nodo y punto de la red. - Existen profesionales y técnicos con competencias generales y específicas para la atención en alcohol y otras drogas

14.2. Estrategias para grupos poblacionales específicos

Estrategias de articulación para la continuidad de cuidados	Requisitos de calidad
Población de mujeres embarazadas, puérperas o en periodo de lactancia	
Desarrollar y reforzar acciones para la pesquisa, atención, derivación y apoyo post egreso, de mujeres gestantes, puérperas o en periodo de lactancia con riesgo o presencia de enfermedad mental.	- Existe protocolo de atención socializado en la red. - Los equipos de salud cuentan con competencias para detección precoz y abordaje integral de mujeres gestantes, puérperas o en periodo de lactancia con problemas o enfermedad mental, con enfoque de género. - Los equipos de salud cuentan con competencias para detección precoz y abordaje integral de mujeres con consumo riesgoso y/o problemático de alcohol y otras drogas. - Existe sistema de registro y seguimiento de mujeres gestantes, puérperas o en periodo de lactancia con enfermedad mental.
Desarrollar y reforzar acciones para la atención, acompañamiento psicosocial, referencia y contrarreferencia; y seguimiento de adolescentes y adultas que se acogan a la Ley 21.030.	- Existe protocolo de referencia, contrarreferencia y atención socializado en la red. - Los equipos de la red de salud cuentan con competencias para la atención oportuna, pertinente y de calidad, de acuerdo a la normativa vigente, para adolescentes y adultas que se acogan a la Ley 21.030. - Existe sistema de registro y seguimiento de adolescentes y mujeres que se acogan a la Ley 21.030. - Existen estrategias de articulación con la red intersectorial para asegurar la continuidad de cuidados y el apoyo a los proyectos de vida adolescentes y adultas que se acogan a la Ley 21.030
Población de niñas, niños, adolescentes y jóvenes (NNAJ) con vulneración de derechos y/o con infracción a la ley	
Desarrollar mecanismos de articulación efectiva para asegurar el acceso oportuno a la atención y cuidados en salud, con enfoque de equidad, de la población vinculada a programas de protección y/o programas de justicia juvenil.	- Se aplican protocolos de articulación entre los nodos de atención de la red y los equipos de la red de atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes bajo el sistema de protección y justicia juvenil. - Existe un proceso de atención integrada entre equipos de la red SENAME y Salud (incluyendo en éstos a los equipos con financiamiento SENDA). - Funcionan mesas o instancias intersectoriales de coordinación territorial para favorecer el acceso a atención de salud de niños, niñas, adolescentes vulnerados en sus derechos. - Existe un único referente de los programas del sistema de protección o justicia juvenil por cada NNAJ y un gestor terapéutico del equipo de salud, para la coordinación de la atención integral de cada niño, niña, adolescente y joven. - Existe un plan de trabajo anual de Atención Primaria y de nivel de especialidad ambulatoria en salud mental que incluya acciones de salud integral en territorios que tienen incorporado programas residenciales y se coordinan con estos.

Implementar acciones de capacitación para los equipos de salud mental que permitan fortalecer las competencias de atención de población infanto adolescente con vulneración de derechos o vinculados a programas de justicia juvenil.	- Existen equipos de salud capacitados en atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos o vinculados a programas de justicia juvenil. - Existe en el plan de capacitación de los nodos y puntos de atención para mejorar competencias de los equipos en la atención de niños niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos o vinculados a programas de justicia juvenil.
Desarrollar acciones de atención y cuidados desde la atención primaria y nivel de especialidad en salud mental, al interior de los centros privativos de libertad insertos en sus territorios.	- Equipo de salud de atención primaria y de especialidad en salud mental atienden en dependencias de los centros privativos de libertad. - Existe plan de trabajo anual y calendarización en atención primaria y nivel de especialidad en salud mental de las visitas a los centros privativos de libertad. - Existen reuniones al menos bimensuales calendarizadas en las que participan los equipos de atención primaria, el nivel de especialidad en salud mental y del centro privativo de libertad.
Población adulta privada de libertad (en recintos penales y con beneficios carcelarios en medio libre) de acuerdo a las propuestas del Informe de la Comisión Asistencial Población Privada de Libertad [106]	
Elaborar políticas integradas con financiamiento intersectorial compartido para la atención de salud mental de las personas adultas privadas de libertad que permitan acceso oportuno y pertinente a atenciones de salud.	- Existe política integrada validada por los distintos sectores involucrados. - Existe y se aplican protocolos de articulación entre los nodos de atención de la red y los establecimientos penales existentes en el territorio, para la oportuna atención, traslados y acciones de seguridad por parte de GENCHI. - Existe proceso de atención integrada entre equipos de la red de Salud y los equipos de reinserción y de salud de GENCHI. - Existe un plan de trabajo anual de Atención Primaria y de nivel de especialidad ambulatoria en salud mental con los equipos de reinserción y de salud de GENCHI para favorecer la continuidad de atención de las personas que quedan en libertad y presentan una enfermedad mental. - Existen Residencias Forenses en cada uno de los Servicios de Salud que permite la reintegración de las personas egresadas de unidades forenses, con enfermedades de salud mental en sus redes territoriales de origen.
Desarrollar mecanismos de articulación efectiva para asegurar el acceso oportuno y equitativo a la atención y cuidados en salud mental acorde a las necesidades de salud las personas privadas de libertad. Implementar capacitación en los equipos de salud mental para fortalecer las competencias de atención de población adulta privada de libertad para optimizar y facilitar el acceso a la atención. Incorporar a las personas privadas de libertad como parte de poblaciones a cargo, por las redes asistenciales, para otorgar atención y cuidados, que surjan de sus requerimientos y teniendo como puerta de entrada a la APS [21].	- Se establece plan anual de atención a personas privadas de libertad. - Equipo de salud capacitado para atención población adulta privada de libertad. - Existe en el plan de capacitación de los nodos formación en atención para población adulta privada de libertad. - Equipo de salud de atención primaria y de especialidad en salud mental atienden en modalidad de rondas, al interior de los recintos penales, según territorios. - Existe plan de trabajo anual y calendarización en atención primaria y nivel de especialidad en salud mental de las visitas a los recintos penitenciarios.

Población migrante y refugiada	
Definir plan de acción anticipatoria para la gestión de accesibilidad a traductores y/o mediadores culturales para la atención de salud mental y apoyo social. Incorporar el ciclo migratorio a la atención clínica (origen-transito-destino-retorno).	Existe Plan de Acción del Servicio de Salud y evaluación anual del cumplimiento.
Implementar acciones de formación del Equipo de Salud Mental (ej. Curso cápsula de autoaprendizaje: Migración, interculturalidad, Salud y Derechos Humanos).	Al menos 2 personas de cada equipo reciben la formación.
Desarrollar Planes de Cuidados Integrales con pertinencia cultural. Incorporar la temática de Migración y Salud desde el enfoque preventivo y de cohesión social, en los Consejos Técnicos y otras instancias de salud mental.	- Existe protocolo atención de acuerdo al ciclo migratorio. - El Plan de Cuidados Integrales considera pertinencia cultural en su elaboración y desarrollo. - Se aborda la temática de migración en el Consejo Técnico de Salud Mental del Servicio de Salud, con registro de ello en acta.
Pueblos Indígenas	
Disponer de registro de pertenencia a pueblos indígenas en las fichas clínicas.	Todas las personas y sus familias con pertenencia a pueblo originario tienen registro de ello en su ficha clínica.
Incorporar a Planes de Cuidados Integrales instancias de Recuperación con pertinencia cultural.	El Plan de Cuidados Integrales considera pertinencia cultural en su elaboración y desarrollo.
Incorporar facilitadores interculturales en la Red Temática de Salud Mental. Incorporar los saberes y conocimientos culturales de pueblos indígenas, como factor protector de la salud en la atención brindada.	- Existe disponibilidad de facilitadores/as interculturales en las consultorías de salud mental y en la atención. - Está incorporado el uso de tratamientos de medicina ancestral de los pueblos indígenas. - Los equipos tienen formación en salud intercultural. - Los equipos de salud mental participan en forma permanente en las mesas de salud intercultural, tanto comunales como regionales.
Población LGTBI ²⁷	
Capacitar y sensibilizar a equipos de salud mental en la atención poblaciones LGTBI. Incorporar el lenguaje social que permita la detección activa de la identidad de género con preguntas que no condicionen la respuesta culturalmente aceptada. (ej.: ¿Tiene pareja?, en lugar de ¿Tiene marido?)	Los equipos de salud mental están capacitados en la atención de esta población.
Utilizar nombre social, implementando en Circular n° 21 del Ministerio de Salud, tanto en la atención abierta, como en la asignación de camas en atención cerrada.	Circular 21 del Ministerio de Salud implementada.
Instalar cápsula de capacitación.	Cápsula de sensibilización instalada.

²⁷ LGTBI: Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales.

Población con enfermedad mental grave y/o situación de alta vulnerabilidad	
Establecer sistema de articulación con intersector y organizaciones sociales para detección y rescate de personas, a lo largo del curso de vida, con enfermedad mental en situación de calle. Coordinación con el sector e intersector para provisión de servicios y apoyo al ejercicio de derechos para personas mayores de 18 años que presentan una enfermedad mental grave, de larga data con trastornos conductuales, discapacidad moderada a severa, y alto grado de dependencia y disfuncionalidad.	- El equipo gestor de salud mental del Servicio de Salud se articula en forma sectorial e intersectorial para dar respuesta a las necesidades de salud mental de esta población. - Los equipos de APS y especialidad, los dispositivos residenciales y otros nodos y puntos de atención de la red de salud, se articulan para definir el Plan de Cuidados Integrales para estas personas y las responsabilidades de cada uno en este. - Se asigna en forma pertinente un/a gestor/a terapéutico/a en cada caso particular - El dispositivo clínico residencial en salud mental para adultos está instalado y se coordina con el sector e intersector. - Existen procesos de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos de Rehabilitación (población adulta y adolescente) en conjunto con los equipos de Centros de Salud Mental Comunitaria y coordinado con el intersector. - Los equipos de la red aplican estrategias y técnicas de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) y de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) considerando las necesidades de personas usuarias.

14.3. Estrategias para el Centro de Salud Mental Comunitaria

Estrategias	Requisito de calidad
Implementar en todas las redes territoriales el sistema de consultoría, de acuerdo a la orientación técnica vigente.	- El Centro de Salud Mental Comunitaria tiene asignado Centros de Atención Primaria de Salud donde se realizan las consultorías. - Existe un coordinador/a de consultorías en cada Centro de Atención Primaria de Salud y Centro de Salud Mental Comunitaria. - Existe planificación anual de las consultorías en salud mental. - Participan siempre en la Consultoría, el psiquiatra consultor, el médico tratante de Atención Primaria de Salud y, al menos, un integrante del equipo consultor (distinto al psiquiatra) y dos integrantes del equipo consultante.
Implementar un programa de gestión del cuidado para la atención de personas usuarias en el CSMC.	- Existe un programa de gestión del cuidado acorde al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. - El programa de gestión del cuidado es desarrollado por enfermera/o.
Impulsar la movilidad de los equipos de los Centros hacia zonas geográficas y comunidades que presentan barreras de acceso.	- La atención del centro está organizada para cubrir las barreras de acceso geográficas y/o económicas de las personas. - Las comunidades reciben atención en sus territorios (rondas, telemedicina)
Impulsar la creación de un Consejo de Participación Ciudadana del Centro.	- Existe un Consejo de Participación Ciudadana adscrito al centro. - Al menos un representante del centro participa en las convocatorias del Consejo de Participación Ciudadana.
Implementar un Programa de Apoyo Clínico Integral de Psiquiatría en Domicilio, en el Centro.	- Existe un Programa de Apoyo Clínico Integral de Psiquiatría en Domicilio con criterios consensuados con la red. - El equipo del Centro se encuentra capacitado para brindar apoyo clínico integral en domicilio. - Todo el equipo cuenta con formación en el enfoque asertivo comunitario.
Establecer un sistema de atención integrada para población de mayor gravedad/ complejidad, con los centros de Atención Primaria y otros nodos y dispositivos de la Red.	Las personas en condición de mayor gravedad /complejidad reciben una atención integrada por parte de los equipos pertinentes.
Farmacia estandariza sus procedimientos para resguardar la seguridad de las personas y familias atendidas.	Existe documento donde se describe: almacenamiento, rotulación, prescripción, solicitud de medicamentos, dispensación, devolución de medicamentos y notificación de eventos adversos.
Implementar un sistema que asegure stock mínimo de fármacos para el Centro.	Existencia de un sistema de reposición de stock mínimo en la unidad de farmacia.
Definir una estructura organizacional de carácter técnico que defina la adquisición de medicamentos.	Se define la adquisición de acuerdo a normas técnicas vigentes.

15. CARTERA DE PRESTACIONES

Considerando que la red de salud mental se despliega tanto en atención primaria como en el nivel de especialidad, se define una cartera de prestaciones transversal para toda la red que oriente las prácticas y organización de los equipos, permita actualizar el sistema de registro e información y sirva de base para la negociación del financiamiento con la entidad que corresponda. Esto no excluye el hecho de que cada nodo, dispositivo o programa dé mayor énfasis a aquellas prestaciones que le sean más pertinentes, de acuerdo a su modelo de gestión específico y la red local.

Las prestaciones descritas a continuación son aplicables a toda persona, de acuerdo a sus necesidades particulares de atención en salud mental, por lo tanto, no se distinguen acciones específicas definidas en base a categorías diagnósticas (por ejemplo, no se distingue como prestación específica “consulta de salud mental en adicciones”).

Las actividades se definen en función de las necesidades de la persona y son parte de un Plan de Cuidado Integral que debe estar integrado en la ficha clínica.

Actividad	Profesional	Definición	Rendimiento
Consulta de Ingreso por Equipo Salud Mental²⁸	Médico Psiquiatra Médico General Psicólogo/a Enfermera /o Terapeuta Ocupacional Asistente Social Otros Profesionales	Actividad que permite recopilar la mayor cantidad de información y antecedentes de la persona ingresada, valorar su condición actual y la de su familia o cuidador/a para iniciar el proceso diagnóstico (anamnesis, examen físico y mental, hipótesis y confirmación diagnóstica, indicación terapéutica, solicitud de exámenes). Así también, en esta se definen las primeras medidas terapéuticas para el proceso de recuperación. Esta actividad es desarrollada por dos o más integrantes del equipo, uno de los cuales es el médico psiquiatra o general.	60 minutos
Consulta de Ingreso por Psiquiatra²⁹	Médico Psiquiatra	Actividad ejecutada por Médico psiquiatra para realizar diagnóstico inicial y eventual tratamiento de la persona. Incluye anamnesis, examen físico y mental, hipótesis diagnóstica, con o sin solicitud de exámenes, solicitud de interconsultas, indicación de tratamientos, prescripción de fármacos y/o referencias y su eventual derivación a otra especialidad o a otro nodo de la red para su evaluación por otros profesionales con el objetivo de formular un Plan de Cuidado Integral (PCI ³⁰). Además, incluye la emisión de licencias médicas en los casos que lo ameriten.	45 minutos

²⁸ La consulta de ingreso siempre es realizada con presencia del médico psiquiatra. No obstante, el modelo de gestión considera fundamental que esta actividad sea realizada por el equipo (por dos o más integrantes, uno de los cuales es el médico psiquiatra). Con respecto al registro de esta actividad, debe ser excluyente (es decir, registrándose en una sola actividad y no en ambas: Consulta de Ingreso por Equipo Salud Mental o Consulta de Ingreso por psiquiatra exclusivamente)

²⁹ Incluye los registros y llenado de formularios asociados a GES y otros que correspondan.

³⁰ **Plan de Cuidado Integral:** definido en Anexo N°8

Consulta de Ingreso por Médico General de Salud Mental	Médico General	Actividad ejecutada por Médico General de salud mental para realizar diagnóstico inicial y eventual tratamiento de la persona. Incluye anamnesis, examen físico y mental, hipótesis diagnóstica, con o sin solicitud de exámenes, solicitud de interconsultas, indicación de tratamientos, prescripción de fármacos y/o referencias y su eventual derivación a otra especialidad o a otro nodo de la red para su evaluación por otros profesionales con el objetivo de formular un Plan de Cuidado Integral (PCI). Además, incluye la emisión de licencias médicas cuando se amerite. Esta prestación es realizada solo cuando no existe dotación de horas psiquiátricas en forma transitoria.	45 minutos
Consulta de Salud Mental	Médico Psicólogo/a Enfermera /o Terapeuta Ocupacional Asistente Social Otros Profesionales	Son las atenciones posteriores al ingreso de la persona, sus familiares y/o red de apoyo, realizada por cualquiera de los integrantes del equipo en salud mental. Incluye evaluación clínica, examen físico y mental, profundización diagnóstica, control y seguimiento de indicaciones y evolución, refuerzo de adhesión al tratamiento, psicoeducación, indicación terapéutica, solicitud de exámenes, emisión de informes, apoyo emocional, educación para el autocuidado, rehabilitación psicosocial y todos los procedimientos clínicos definidos en el Plan de Cuidado Integral de la persona. Además, incluye la atención para dar respuesta a interconsultas ambulatorias específicas, contrarreferencia a atención primaria, indicación de derivación y alta. Todo lo anterior, se realiza de acuerdo a la especificidad de cada profesional.	30 minutos, 2 por hora.
Consulta por Psiquiatra	Médico Psiquiatra	Atención otorgada por médico psiquiatra a la persona, su familia o cuidadores, para la continuidad del diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad mental. Incluye examen físico y mental, respuesta de interconsultas, indicación y seguimiento de tratamientos, farmacoterapia, referencias, emisión de licencias médicas en los casos que lo amerite y alta médica. Esta consulta es preferentemente presencial y excepcionalmente por telemedicina, y esta no debe confundirse con los criterios para una consultoría.	30 minutos

Psicodiagnóstico	Psicólogo/a	Es la evaluación otorgada por psicóloga/o a la persona en atención, para elaborar una hipótesis diagnóstica, para aportar a la confirmación diagnóstica. Incluye entrevista clínica, aplicación de test psicológicos de personalidad, organicidad y/o inteligencia, su análisis y elaboración del informe correspondiente. La aplicación de los instrumentos utilizados, informes y protocolos (registrados en ficha clínica).	60 a 180 minutos, dependiendo de los test aplicados, con informe incluido. 8
Psicoterapia Individual	Psicólogo/a Médico Psiquiatra	Es la atención terapéutica otorgada, por psicólogo/a clínico/a o psiquiatra con formación certificada en psicoterapia, a personas con diagnóstico de enfermedad mental, según su plan de tratamiento integral, cuyo propósito es mejorar su condición de salud mental y calidad de vida, a través de la utilización de técnicas de enfoques psicoterapéuticos basados en evidencia validados por el Ministerio de Salud.	45 minutos
Psicoterapia Grupal	Psicólogo/a Médico Psiquiatra	Es la atención terapéutica especializada, otorgada por un/a profesional clínico con formación certificada en psicoterapia, a un grupo de 4 a 10 personas con diagnóstico de enfermedad mental, según plan de tratamiento integral. Dependiendo de las características y complejidad del grupo se realiza con o sin co-terapeuta, (profesional de salud mental con la misma formación).	120 minutos
Psicoterapia Familiar	Psicólogo/a Médico Psiquiatra	Es la atención terapéutica especializada otorgada por un/a profesional clínico con formación certificada en psicoterapia familiar, dirigida a integrantes del mismo grupo familiar de una persona con diagnóstico de enfermedad mental, según plan individual de cuidado integral. Dependiendo de las características y complejidad del grupo se realiza con o sin co-terapeuta, (profesional de salud mental con formación).	60 minutos
Intervención en Crisis	Médico Psiquiatra Médico General Psicólogo/a Enfermera /o Terapeuta Ocupacional Asistente Social Técnico Otros Profesionales	Intervención que puede ser realizada por uno o más integrantes del equipo de profesionales y técnicos del Centro, capacitados en ello, cuyo objetivo es estabilizar y contener emocionalmente a la persona en crisis durante su periodo de inestabilidad, previniendo riesgos para sí mismo y para otros. Esta intervención puede ser realizada en el centro o en otro lugar de la comunidad.	90 minutos (Incluye eventual traslado)

³¹ No se considera la concentración.

Intervención Psicosocial Grupal	Médico Psiquiatra Médico General Psicólogo/a Enfermera /o Terapeuta Ocupacional Asistente Social Técnico Otros Profesionales	Es una acción terapéutica realizada por integrantes del equipo con un grupo de entre dos y doce personas, de acuerdo a su curso de vida. Su objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el autocuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar de la persona, apoyo para la rehabilitación psicosocial e inclusión social, identificando y potenciando los recursos familiares. Incluye: psicoeducación, talleres de desarrollo de habilidades (comunicación asertiva, manejo del estrés, normas de crianza, desarrollo personal, resolución de conflictos, etc.), Actividades de entrenamiento de habilidades (conciencia de enfermedad y adhesión al tratamiento; cognitivas como, por ejemplo: atención, concentración, memoria y funciones superiores; para la vida diaria como, por ejemplo: autocuidado e instrumentales, sociales, ocupacionales y laborales). Actividades de entrenamiento en comportamientos de autoayuda y actividades de motivación para la participación social y comunitaria.	180 minutos
Visita Integral de salud mental	Médico Psiquiatra Médico General Psicólogo/a Enfermera /o Terapeuta Ocupacional Asistente Social Técnico Otros Profesionales	Actividad que se realiza en el ámbito laboral, educacional y comunitario por integrantes del equipo (atención cerrada o abierta), a personas en tratamiento por una enfermedad mental, sus familias y/o red de apoyo, con el propósito de: conocer, obtener, evaluar, verificar y ampliar información valiosa, identificando factores de riesgo y factores protectores orientados a la recuperación de la persona o para efectuar intervenciones terapéuticas en el contexto natural en que las personas se desenvuelven, de acuerdo a PCI. Incluye las acciones con el intersector relacionado con la persona y su familia.	120 minutos Considerando atención y traslado. De acuerdo a la realidad local puede extenderse hasta 180 minutos.
Visita Domiciliaria Integral	Médico Psiquiatra Médico General Psicólogo/a Enfermera /o Terapeuta Ocupacional Asistente Social Técnico Otros Profesionales	Actividad realizada en el lugar donde reside la persona, cuyo objetivo es conocer y evaluar la estructura, dinámica familiar, condiciones socio habitacionales e identificar factores de riesgo, desencadenantes y factores protectores, realizar intervenciones terapéuticas de acuerdo a PCI o realizar seguimiento posterior al alta.	120 minutos considera atención y traslado, donde de acuerdo a realidad local se puede extender a 180 minutos.

Consulta de salud mental por Enfermería	Enfermera/o	Es la atención integral brindada por profesionales de enfermería, en forma ambulatoria, a personas con enfermedad mental y sus familias, en el contexto del Plan de Cuidado Integral. Está orientado a la valoración y satisfacción de las necesidades relacionadas a: percepción/manejo de salud, nutricional metabólico, eliminación, actividad/ejercicio, sueño/descanso, cognitivo/perceptual, auto percepción /auto concepto, rol/relaciones, sexualidad/reproducción, adaptación/ tolerancia al estrés, valores/creencias. Incluye intervenciones que favorecen la conciencia de enfermedad a través de la adherencia al tratamiento farmacológico, a través del control y seguimiento de los efectos terapéuticos y reacciones adversas a los medicamentos. Los cuidados están presentes en los ámbitos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social de las personas.	30 minutos
Actividad Comunitaria	Médico Psiquiatra Médico General Psicólogo/a Enfermera /o Terapeuta Ocupacional Asistente Social Técnico Otros Profesionales	Actividades realizadas en la comunidad por integrantes del equipo de salud con el propósito de coordinarse con los distintos actores sociales de la comunidad, para identificar y abordar factores de riesgos, participar en actividades de promoción, prevención en salud mental, favorecer la inclusión social y comunitaria de las personas con enfermedad mental, identificar recursos comunitarios, disminuir estigma y favorecer la participación social en los ámbitos de interés de la persona, haciendo participe a la comunidad del proceso de recuperación de la persona y a mantener o evitar la pérdida de habilidades cognitivas, sociales, académicas y profesionales. Se trabaja sobre la base de lo definido en el Plan de Cuidado Integral para cada persona.	180 minutos
Actividades con organizaciones de usuarios y familiares	Médico Psiquiatra Médico General Psicólogo/A Enfermera /o Terapeuta Ocupacional Asistente Social Técnico Otros Profesionales Agente comunitario	Actividad realizada por integrantes del equipo de salud mental con organizaciones de usuarios y familiares de servicios de atención en salud mental con el propósito de intercambiar información en temáticas de salud mental, de acuerdo a sus necesidades y solicitudes. Coordinar iniciativas para apoyar la organización, potenciar procesos de inclusión social y orientar la gestión de proyectos específicos en salud mental.	120 minutos

Colaboración y formación con grupos de autoayuda	Médico Psiquiatra Médico General Psicólogo/a Enfermera /o Terapeuta Ocupacional Asistente Social Técnico Otros Profesionales Agente comunitario	Actividad de colaboración y trabajo con grupos de autoayuda vinculados o no al establecimiento, tanto en la formación como en la mantención de estos, de acuerdo a lo establecido en un plan de trabajo colaborativo definido en conjunto. El equipo, a su vez, puede derivar a posibles nuevos miembros.	120 minutos
Apoyo clínico integral en psiquiatría en domicilio	Equipos de CSMC, HD, UHCIP	Son los cuidados integrales que se otorgan de manera transitoria en el domicilio, a personas con enfermedad mental de alta severidad/ complejidad que pueden beneficiarse de esta modalidad de atención, realizando intervención clínica y apoyo a la familia en el cuidado y seguimiento de la persona por 24 horas. Pueden ser realizadas en forma integrada con la atención primaria, de acuerdo a Plan de Cuidado Integral del programa de apoyo integral en psiquiatría en domicilio.	
Toma de Muestra	Enfermera /o Técnico paramédico	Procedimiento realizado por Enfermera/o de acuerdo a normativa vigente, en exámenes tales como Hemoglucotest (en personas diabéticas), exámenes de rutina (Hemograma, Uremia, Glicemia, Orina Completa) y otros exámenes indicados por especialista.	Entre 10 y 15 minutos aproximadamente
Consultoría	Médico Psicólogo/a Enfermera /o Terapeuta Ocupacional Asistente Social Técnico Otros Profesionales	Se define como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de personas entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o enfermedades mentales, de acuerdo a orientaciones técnicas y normativa vigente. Esta actividad se debe realizar preferentemente de manera presencial y excepcionalmente por telemedicina, cumpliendo con los criterios y normas establecidos.	240 minutos, 180 de atención para un mínimo de 4 a 6 personas usuarias y 60 minutos de traslado.

16. AMBIENTE TERAPÉUTICO

En el ámbito de la atención ambulatoria, el ambiente terapéutico se relaciona con un espacio que tiene características que facilitan la relación entre equipo, la persona usuaria, familia y comunidad a la cual se le brinda atención. Asimismo, se relaciona con un espacio donde pueda brindarse una atención integral a las personas que posibilite la recuperación de su condición de salud, mediante la aplicación de todas las medidas terapéuticas necesarias trabajadas con la persona, su familia y la comunidad.

Por lo tanto, se trata de un entorno abierto y dinámico que en su organización y funcionamiento se extiende hacia la comunidad, con la cual se produce una interacción cercana, empática, afable y respetuosa, sustentada en el ejercicio de derechos de las personas, familias y comunidades.

Para esto, como en cualquier otro espacio de atención en salud mental, se debe cumplir con las características necesarias del ambiente terapéutico, tales como: preservar y respetar los espacios de individualidad e intimidad de las personas; mantener la confianza en la persona y familia atendida (tanto dentro y fuera del centro); resguardar la seguridad de las personas y equipos; fomentar conductas asertivas; potenciar la responsabilidad e iniciativa de las personas usuarios/as y su participación en actividades comunitarias de inclusión, adecuadas a su condición de salud.

Como parte importante del ambiente terapéutico están los aspectos estructurales que permiten organizar adecuadamente el funcionamiento del centro. Algunos criterios para lograr un ambiente terapéutico adecuado son los siguientes:

- Los aspectos estructurales deben ser pensados y planificados para una adecuada circulación interna.
- Considerar las características de la población adulta e infanto adolescente.
- Proporcionar seguridad.
- Su distribución debe promover la interacción y la comunicación entre las personas usuarias y el personal del centro.
- Proporcionar un marco coherente y consistente, reflejando aspectos de una comunidad democrática, donde todas las personas son tratadas como iguales.
- Respetar la dignidad de las personas y favorecer el buen trato.

Así, el ambiente terapéutico se configura en relación a cuatro dimensiones:

- Ubicación y espacio físico. (17.1)
- Recursos Humanos y trabajo en equipo. (17.2)
- El ambiente relacional. (17.3)
- La dinámica de funcionamiento. (17.4)

16.1. Ubicación y espacio físico de la atención del centro

En la definición de los criterios se considera que el establecimiento está inserto en la comunidad y no emplazado cerca o aledaño a un hospital, siendo la estrecha relación con la comunidad un elemento central a considerar en la definición de los criterios espaciales, funcionales y de seguridad, a fin de resguardar el ejercicio de los derechos de las personas.

El funcionamiento clínico y administrativo se rige por los mismos procedimientos de gestión de un establecimiento de salud general, de acuerdo a legislación vigente.

A. De su estructura física

En la atención de personas con enfermedad mental, la planta física adquiere especial relevancia, en tanto consolida y potencia el ambiente terapéutico requerido para la recuperación de cada persona. Es importante considerar que el perfil de la población usuaria de salud mental y las atenciones clínicas y psicosociales entregadas en este centro no obedece al definido para otros nodos o dispositivos, al tratarse este de un contexto ambulatorio y, por lo tanto, **siempre voluntario** (con algunas excepciones).

El ambiente terapéutico y su organización interna, se expresa de dos maneras:

1. La atención ambulatoria que se hace directamente en el Centro y desde el Centro (telemedicina);
2. Y la atención que se hace fuera del establecimiento, cuando se generan vínculos con otras áreas de salud de la red, como la salud rural (rondas a las comunidades con barreras de acceso), la atención domiciliaria, en consultorías, con redes intersectoriales y con la comunidad.

Por tanto, los espacios, su distribución y su organización deben considerar el criterio de flexibilidad, cuyo objetivo es generar un espacio integral para estas modalidades de funcionamiento, con apertura la comunidad. Además de considerar el resguardo de la privacidad en el trabajo terapéutico individual, colectivo o grupal.

Respecto de estos espacios, se deben considerar varios aspectos importantes en el diseño. Estos aspectos tienen que ver con la definición de: el grado de accesibilidad, humanización del espacio, medidas de seguridad, iluminación, climatización, mobiliario, quincallería, dimensiones, distanciamientos, desniveles, revestimientos, circulación interna (accesos, circulaciones, patios, etc.)

La estructura debe ofrecer:

- Condiciones que propicien la circulación de las personas.
- Accesibilidad universal.
- Espacios que permitan el acompañamiento de familiares o amigos.
- Condiciones de evacuación de acuerdo a normas de seguridad preestablecidas.
- Un ambiente tranquilizador.
- Espacios que permitan procedimientos terapéuticos seguros.
- Espacios que resguarden la privacidad de la persona atendida.

Lo anterior contribuye a:

- No estigmatizar a las personas.
- Facilitar una mejor interacción de las personas usuarias con el equipo.
- Mostrar a las familias, adultos responsables y/o cuidadores de las personas con enfermedad mental, que la salud mental es un problema de salud como cualquier otro.
- Facilitar la interacción y acceso al resto de los servicios clínicos, a los servicios de apoyo técnico y de abastecimiento.

Particular importancia adquiere el espacio físico en la población infantil y adolescente, tanto en condiciones de espacio, materiales de revestimiento, colores y equipamiento, que permitan una atención acogedora, lúdica y amable con este grupo etario, que naturalmente plasmará su identidad en este tipo de espacios (grafitis, murales, pinturas, esculturas, rayados, etc.)

Para la estructura física se deben tener en cuenta los siguientes criterios:

- a. **Acceso universal.** Este concepto hoy es parte de la Ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad y que 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 y autonomía por todas las personas, incluso para quienes tengan capacidades motrices o sensoriales diferentes, considerando como requisito fundamental de diseño la seguridad.
- b. **Acceso al centro.** El proceso de ingreso y acogida debe ser de tal forma, que no exponga a situaciones generadoras de stress y tensión a las personas. Debe considerar acceso y señalética plenamente identificables, además de contar con elementos arquitectónicos que entregue información clara para acceder al Centro.
- c. **Luminosidad.** Dice relación con la luz natural o artificial apropiada para las actividades terapéuticas y recreativas. Se debe cuidar el no generar exceso de brillos, reflejos y resplandores en los materiales. Esto evita el estrés ocular y sensorial de cualquier tipo. No se deben utilizar lámparas colgantes.
- d. **Humanización del espacio.** Dice relación con vincular el interior del espacio y lo que sucede en él, con el exterior, ya sea a través de ventanales que permitan observar un jardín, fuente de agua, etc. Para cumplir con este criterio hay que considerar el curso de vida de las personas atendidas.
- 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 o puertas que impidan la saturación del aire al interior de los recintos y la condensación de ventanales y muros. Una adecuada climatización contribuye a un ambiente terapéutico adecuado.
- 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 y recintos de trabajo administrativo se debe utilizar óleo sintético. En salas de procedimientos clínicos, se utiliza, de preferencia, esmalte sintético. En cuanto al revestimiento de paredes, no es aconsejable la utilización de materiales cuya composición sea de yeso/cartón. En cambio, se recomienda usar muros monolíticos de hormigón, fibrocemento, etc. El acceso o registro a instalaciones como; informática, desagües, agua potable, electricidad o cualquier tipo de shaft o closets técnicos, deben ser por el exterior del edificio.
- g. **Revestimientos de piso.** Los materiales por aplicar en esta área dicen relación con su capacidad de resistencia a cargas (que soporten la instalación de equipos pesados o móviles) para permitir el trabajo en colchoneta, bailes, ejercicios de relajación, entre otros; deben ser seguros (absolutamente antideslizantes, incluso con agua en su superficie, e incombustibles). Con relación a los revestimientos, es importante que cuando exista más de un revestimiento de piso no existan diferencias de nivel superior a 5mm.
- 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 aceptan cielos enlucidos de hormigón o cielos monolíticos. Queda descartados los porosos, con uniones e ignífugos.

- 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, de ser factible, 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. Las puertas de box y salas de atención deben abrirse hacia afuera. Los tipos de cerrojo pueden ser: de seguridad (con llave); digitales o de tarjeta. Los que se elijan, dependerán de la seguridad y dinámica del centro.
- j. **Puertas.** Las puertas deberán facilitar la accesibilidad y el aislamiento, acústico y visual de los diferentes espacios. Se recomienda la utilización de puertas de abatir con acabados resistentes al roce y al impacto, fácilmente lavables. Estas 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 se desarrolle en el recinto. Todas las puertas deben abrir hacia fuera, es decir, hacia los pasillos. Además, deben contar con un ancho libre de 90 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. Los vidrios que se coloquen en las puertas de entrada y de acceso de las personas, deben 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. Se debe utilizar material irrompible e inastillable que remplace al vidrio en todas las ventanas y ventanillas de las puertas.
- l. **Artefactos sanitarios.** Los WC, lavamanos y todo lo que tenga que ver con artefactos sanitarios, tanto para funcionarios/as como para las personas usuarias y acompañantes, deberán cumplir estándar anti accidentes de auto y/o heteroagresión.
- m. **Concepto de establecimiento seguro.** Implica seguridad en el amplio sentido de la palabra, aplicable a las personas usuarias, familiares y funcionarios, no solo en establecimientos de atención. Algunos elementos básicos de la cultura de seguridad deben impregnar a toda la organización sanitaria en la gestión de riesgos. Esto implica: 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; diseñar planes de actuación para prevenir su recurrencia; y entender que la seguridad de la persona usuaria debe formar parte de las estrategias, objetivos y líneas de trabajo.

La seguridad radica en:

- Garantizar la disminución en la exposición a riesgos intrínsecos como: caídas, golpes, descompensaciones, peleas entre personas usuarias, etc. Ello implica información permanente a la persona usuaria y familiares sobre la prohibición de ingreso de elementos y sustancias que constituyen riesgo al interior del Centro (objetos cortopunzantes, armas, drogas, etc.)
- El manejo seguro de equipos e implementos en su mantención, disposición espacial, almacenamiento e instalación.
- Vías expeditas para evacuar y áreas de seguridad externas en caso de evacuación.

- n. Circulaciones.** Se refiere al tipo de circulación más pertinente para un Centro de este tipo. Estas deben ser simples, lo más directa y racionales posibles. Los pasillos deben tener un ancho mínimo de 150 cm, pudiendo llegar a los 240 cm.
- o. Privacidad.** Dice relación con las actividades o terapias que se realizan con cada persona que resguarden y respeten su dignidad.
- p. Concepto de Mobiliario Interior.** Debe ser adecuado para el uso de cualquier persona, en todos los espacios, tanto terapéuticos como administrativos. Debe acoger las diferentes discapacidades y tipos de personas usuarias. Debe ser ergonómico: silla de ruedas, bastón, muletas, etc., y debe cumplir conceptos de seguridad como: afianzado a piso, muro y cielo.
- q. Mobiliario.** En áreas exteriores, como patios o jardines, es importante considerar implementos para la contemplación, de ahí que todo elemento que se desee instalar exteriormente debe cumplir con ser resistente a altos impactos y estar fijado o afianzado a radier o pollos de hormigón. Se sugiere instalar conjuntos de asientos, banquetas, segregadores, alcorques o pape-leros de hormigón monolítico.
- r. Señalización.** Esta debe utilizar simbología universal, ser clara en tamaño y 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 en salud mental. Se sugiere no utilizar barandas que puedan ser usadas para auto agredirse. De existir una escalera al interior del Centro, 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 centro deben estar libres de obstáculos. Las rampas y el pavimento deben ser lo más lisas y antideslizantes posibles. Se debe considerar tope para vehículos, señalización en piso, etc.

B. Características de los recintos. Criterios constructivos

Este apartado se encuentra detallado en el Anexo N°3.

C. Programa Médico Arquitectónico, PMA

El Programa Médico Arquitectónico es el listado de recintos, a través del cual se dimensiona una unidad de atención ambulatoria específica, en este caso, el Centro de Salud Mental Comunitaria.

Este apartado se encuentra detallado en el Anexo N°4.

D. Equipo y equipamiento

Este apartado se encuentra detallado en el Anexo N°5.

16.2. Dinámica de funcionamiento del centro

Es el eje central del ambiente terapéutico y considera todo el quehacer, abarcando desde el momento del ingreso de la persona usuaria, familia y/o red de apoyo al centro, hasta su egreso y/o derivación a otro nodo o punto de atención de la red – de especialidad o de atención primaria – para dar continuidad a la atención y los cuidados.

Toda persona, familia y/o red de apoyo atendida en el centro, requiere de un ambiente organizacional que resguarde el respeto a sus derechos y libertades personales.

Lo anterior, debe considerar:

- Procedimientos escritos y difundidos sobre la organización del trabajo y participación de la persona usuaria, familia y comunidad.
- Asegurar un contacto permanente (dirección, teléfono, correo y contar con autorización de visitas para la atención en domicilio).
- Protocolos para prevenir conductas discriminatorias o actitudes racistas, abusos o acoso sexual.
- Normas de funcionamiento socializadas.
- Organización y funcionamiento desde una cultura de participación y compromiso.
- Información disponible y comprensible sobre enfermedad-trastornos, síntomas, servicios y tratamientos.
- Información periódica a las personas y familias sobre sus derechos en relación a la toma de decisiones de su tratamiento.
- Disponer de un plano del centro en un lugar visible y de señalización clara dentro de la misma.
- **Entrega de información** (verbal y escrita) **a la persona usuaria, su familia y/o adultos responsables**, durante el proceso de acogida, acerca de: motivo del ingreso; funcionamiento del centro, horarios de atención del centro, la oferta de actividades terapéuticas; derechos y deberes, entre otros.
- Los integrantes del equipo portan visiblemente su credencial de identificación.
- Se realizan reuniones de coordinación con SENDA, SENAME y otros, para el desarrollo de intervenciones de calidad.
- Sistema de gestión de solicitudes ciudadanas y OIRS del establecimiento.
- Catastro disponible de asociaciones de personas usuarias y de familiares.
- Revisar anualmente el funcionamiento del centro con participación del Consejo de Participación Ciudadana y agrupaciones de usuarios/as y familiares.
- Considerar la opinión de las personas usuarias, familiares y la comunidad, a través de estudios y encuestas de satisfacción usuaria.
- Las personas, sus familias y/o red de apoyo participan en la elaboración, ejecución y evaluación del Plan de Cuidado Integral.
- Planificación de asambleas para la discusión y la toma de decisiones compartidas con las personas y la comunidad.
- Programar la oferta de actividades del PCI y evaluación de las mismas, considerando la motivación e interés de la persona.

- De acuerdo con el PCI, se desarrollan actividades (en el Centro o en espacios de la comunidad) relacionadas con la salud general de las personas, tales como: alimentación, actividad física, deshabituación tabáquica, abuso de sustancias, y salud sexual y reproductiva.
- Garantizar el financiamiento para la adquisición de insumos necesarios que permitan llevar a cabo las actividades.
- Asignar gestor/a terapéutico/a para realizar el “acompañamiento terapéutico” a cada persona y familia.
- Asegurar que los profesionales, técnicos y auxiliares cuenten con las condiciones de resguardo de su integridad.

16.3. Ambiente relacional

La atención que se brinda en este establecimiento se da en un contexto de alta intensidad y densidad tecnológica, donde el pilar de la tecnología se basa en el recurso humano y sus competencias.

Las experiencias de atención satisfactorias para las personas usuarias y sus familias son el resultado de un buen clima emocional y de relaciones terapéuticas positivas. Este clima emocional incluye aspectos como sentirse escuchado/a, comprendido/a, confiado/a, tratado/a con honestidad, respeto y dignidad, en el marco de comunicación simétrica con el equipo, donde el sujeto de atención es un agente activo en su proceso de recuperación.

Estrategias que favorecen un ambiente relacional positivo:

- Tener en cuenta la valoración subjetiva que las personas usuarias y sus familias realizan sobre el tratamiento y el trato del equipo. Esta evaluación será recogida durante asambleas, jornadas, entrevistas individuales, reuniones de equipo y al egreso (mediante aplicación de instrumento de satisfacción usuaria), entre otras instancias.
- Fomentar la formación permanente en el desarrollo de habilidades terapéuticas del equipo.
- Establecer un vínculo terapéutico (relación sólida y de confianza) que proporcione seguridad y garantice la adherencia al tratamiento.
- Todos los miembros del equipo deben otorgar una atención empática, desprejuiciada y abierta a escuchar lo que la persona tenga que decir acerca de su malestar o dolor psíquico.
- Realizar un uso apropiado del lenguaje, comprensible y respetuoso, sin que este sea peyorativo ni subestime del sufrimiento de quien requiere atención. Tampoco se debe utilizar la coacción como método persuasivo, ni menos tener actitudes o emplear un lenguaje infantilizador.
- Centrarse en los recursos internos de la persona y potenciar su responsabilidad, fomentando un papel activo de este en su proceso de recuperación y en 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.
- Incluir a la familia en el trabajo terapéutico, contribuyendo a fortalecer o reconstruir lazos afectivos a fin de evitar el desarraigo familiar, en la medida en que esto favorezca la recuperación de la persona. Es decir, si no existiesen o estos vínculos estuviesen alterados, evaluar la pertinencia de su restitución en consenso con la persona usuaria, como parte de su proceso de atención y cuidado.

- Mantener inclusión o incluir progresivamente a las personas usuarias a las acciones comunitarias (roles sociales), de acuerdo con las necesidades e intereses manifestados por la propia persona.
- Gestionar la disponibilidad de un facilitador/a intercultural, en caso de ser requerido.

16.4. Recurso humano y trabajo en equipo

A. Trabajo en equipo y clima laboral

La atención integral en este centro se basa en una actividad realizada en equipo, en conjunto con la persona usuaria, familia y la comunidad donde pertenece. Este equipo está conformado por profesionales y técnicos/as de distintas disciplinas, en cuyo quehacer confluyen diversas perspectivas, conformando un equipo terapéutico transdisciplinario.

B. Transdisciplinariedad

Es la participación y confluencia de varias disciplinas que guían la organización y el funcionamiento de los equipos de atención, con el fin de satisfacer los requerimientos de las personas atendidas en el centro. Su trabajo se fundamenta en la cooperación entre sus integrantes y en la conjugación de estrategias de intervención. Implica la combinación y la complementariedad entre profesionales, administrativos, técnicos/as paramédicos y auxiliares de servicio que forman parte de este equipo, ofreciendo un programa terapéutico basado en el concepto de integralidad de la atención.

Este hacer “transdisciplinario” se puede resumir en los siguientes puntos:

- Es la confluencia de distintos modelos teóricos que permiten enriquecer la intervención terapéutica y potenciar el desarrollo de los integrantes del equipo, en el marco del modelo comunitario.
- La intersección de los conocimientos genera 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.
- Implica interactuar sobre una realidad determinada con distintas perspectivas y disciplinas.
- Significa un actuar consecuente si se comprende la salud mental, desde una perspectiva biopsicosocial.
- Cada equipo va construyendo sus formas de funcionamiento transdisciplinario.
- Facilita la supervisión y consulta entre los/as diferentes integrantes del equipo, lo que repercute en una atención con altos estándares de calidad y en resultados esperados.
- Disminuye los aspectos subjetivos que cada profesional aporta a la relación (juicios de valor, estado de ánimo) que influyen en la relación con la persona usuaria, siendo indispensable que sea controlada esta variable. Así mismo, se evitan actitudes rígidas o estereotipadas hacia la persona y familia atendida.
- Es fundamental para un buen resultado, la existencia de una visión, objetivos, metas comunes y cohesión entre los integrantes del equipo.
- Se requiere una organización que articule la tarea para lograr 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 en estos equipos:

- Cada integrante tiene una comprensión clara de las metas y objetivos del centro.
- Existen roles, funciones y responsabilidades claramente definidas para la atención, con la flexibilidad requerida, centrada en las necesidades dinámicas de las personas.
- Existe 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.
- Existe confianza entre los/las integrantes del equipo.
- Debe considerar directrices claras sobre quién estará involucrado en el cuidado de la persona y familia atendida, basadas en las necesidades de la persona usuaria, en relación a su curso de vida, género y orientación sexual, etnia, condicionantes sociales y su estado de salud.
- El equipo trabaja con un enfoque de calidad y mejora continua de la atención.
- 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.

Consideraciones que favorecen los buenos resultados del equipo:

- Reuniones de revisión clínica, al menos, una vez a la semana.
- Asambleas mensuales que incluya a representantes de personas usuarias internos y externos al Centro y del Consejo Ciudadano, para evaluar el funcionamiento de centro.
- Revisión periódica planificada del funcionamiento del equipo.
- Que cada persona usuaria tenga un gestor/a terapéutico, con quien interactúe y comparta más cercanamente su plan de tratamiento, facilitando así la participación activa en su proceso de recuperación.
- Procedimientos definidos y socializados que permitan resolver diferencias técnicas.
- El fortalecimiento permanente de las competencias del equipo.
- Liderazgo positivo.
- Ambiente laboral sano.
- Actividades de cuidado del equipo.
- Protocolo interno de resolución de contingencias.

C. Competencias del recurso humano

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

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

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

D. Cuidado del equipo

El cuidado de los equipos es un tema importante para el área de salud mental, por lo que se hace imprescindible abordarlo de manera seria y planificada en estos equipos. Es importante que los equipos se reconozcan como **“equipos en riesgo”**, e identificar, tempranamente, los factores protectores con los que cuentan, a fin de tomar precauciones frente a situaciones de riesgo de manera oportuna.

Un aspecto relevante a abordar es la prevención del “Síndrome de Burnout” en equipos que trabajan con personas con enfermedad mental. Este síndrome es la resultante de un estado prolongado de estrés laboral que afecta a las personas, cuyo quehacer implica una relación permanente con otros, donde el eje del trabajo es el apoyo y la ayuda en los problemas que se presentan. 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 cuidado en forma planificada, con el respaldo de las autoridades respectivas.

Estrategias para el cuidado [107]

Un buen clima laboral, se relaciona con el funcionamiento dentro de un ambiente de trabajo que facilita el desarrollo personal y grupal, posibilitando la comunicación y las relaciones humanas, a través de:

- Disponer de tiempo para programar, evaluar, analizar y estudiar temas atinentes, con el fin de mejorar competencias, en forma colectiva.
- Que los integrantes del equipo sientan que sus objetivos individuales son coherentes con los objetivos 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. Implica gestionar reemplazos.
- 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.
- Espacios protegidos para el cuidado del equipo.

El cuidado se instala como un hábito en la medida que exista un compromiso individual, colectivo e institucional de hacernos cargo de nosotros mismos para cuidarnos y protegernos.

Espacios de cuidado 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.

Espacios grupales de 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.

Algunas estrategias grupales son:

- Espacios formales para el vaciamiento y descompresión de los equipos en relación con el quehacer con las personas atendidas y las temáticas abordadas, 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 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 calidad, un equipo que trabaja bien logra potenciar las siguientes dimensiones: efectividad, eficacia, eficiencia, seguridad, competencia profesional y continuidad.

- El personal que se desempeña en estos centros 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.

E. Requerimiento de recursos humanos

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 se realiza en base a las acciones que cada uno de los miembros del equipo ejecuta en relación a las personas para el logro de los objetivos terapéuticos del dispositivo. Este cálculo 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 las actividades que se realizan en los diferentes procesos asistenciales del centro; identificar el tiempo asignado de los/las profesionales, técnicos y auxiliares a cada una de ellas; calcular las frecuencias o cantidad de veces que estas actividades deben ser realizadas; y el porcentaje de personas que se necesitarían para la ejecución de cada una de las actividades.

Las horas destinadas por cada recurso humano se clasificaron en 2 categorías:

a. Horas clínicas comunitarias: son las horas que necesita el equipo de "x" profesionales y técnicos para llevar a cabo las actividades que, por definición, dependen del número de personas usuarias del centro.

b. Horas organizacional administrativas: Son las horas que se necesitan por profesional, técnico, administrativo o auxiliar para llevar a cabo las actividades que, por definición, no dependen del número de personas usuarias del centro.

En base a esta metodología se hace una propuesta del número de jornadas necesarias de cada uno de los/las integrantes del equipo transdisciplinario que compone el centro. A continuación, se indica el resumen de la estimación del recurso humano, y en el Anexo N°6, se puede encontrar la tabla completa de actividades de cada uno de los/las profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares que forman parte del centro.

RESUMEN DE ESTIMACIÓN RECURSO HUMANO DEL CENTRO

Recurso Humano Clínico Comunitario del Centro	Nº de jornadas semanales
Horas Médicas	
Psiquiatra Adulto	132 horas semanales
Psiquiatra Infanto Adolescente	66 horas semanales
Químico Farmacéutico	44 horas semanales
Subtotal Horas Médicas	242 horas semanales

Profesionales	
Psicólogo(a)	10 jornadas de 44 horas
Trabajador(a) Social	9 jornadas de 44 horas
Terapeuta Ocupacional	7 jornadas de 44 horas
Enfermera(o)	5 jornadas de 44 horas
Psicopedagogo(a)	1 jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Profesionales	32 cargos
Técnicos	
Técnico en Rehabilitación	6 jornadas de 44 horas
Técnico Social	5 jornadas de 44 horas
Técnico Enfermería	2 jornadas de 44 horas
Técnico en Farmacia	1 jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Técnicos	14 cargos

(*) Se sugiere articular con la APS el acceso de atención médica general o de familia. En los casos en que no haya disponibilidad de médico psiquiatra, se sugiere el acceso a médico general o de familia con formación en salud mental.

(**) Se sugiere articular con la APS y Centros de Rehabilitación Comunitaria el acceso a la atención de kinesiólogo(a), cuando se considere parte del tratamiento terapéutico.

(***) Se sugiere la articulación con la red de salud general, red intersectorial o red territorial, para acceder a la atención de fonoaudiólogo(a), educador(a) diferencial, profesor(a) de educación física, técnico en educación u otro pertinente, cuando se considere parte del tratamiento terapéutico. De no existir recursos en las redes mencionadas previamente para la atención de personas usuarias con Trastornos del Espectro Autista (TEA), el Centro debe incorporar al menos un profesional fonoaudiólogo(a) y educador(a) diferencial en su dotación.

(****) El recurso humano de profesional antropólogo(a) y abogado(a) se desempeña en los Servicios de Salud, los que apoyan las funciones del Centro. Evaluar si es pertinente contar con este recurso humano en aquellas redes territoriales donde se concentra una mayor población de pueblos indígenas, que requieran intervenciones comunitarias más específicas, en colaboración con los facilitadores culturales.

Recurso Humano de Gestión del Centro	Nº de Jornadas Semanales
Profesionales	
Director(a)	1 jornada de 44 horas
Subdirector(a) de Gestión Clínica Comunitaria	1 jornada de 44 horas
Subdirector(a) de Gestión Organizacional y Administrativa	1 jornada de 44 horas
Referente de Finanzas y Recursos Humanos	1 jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Profesionales	4 cargos
Administrativos	
Secretaria/o	1 jornada de 44 horas
Admisión y buen trato al usuario	2 jornadas de 44 horas
Oficina Información, Reclamos y Sugerencias	1 jornada de 44 horas
Sistema de Orientación Médica y Estadística	1 jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Administrativos	5 cargos
Auxiliares	
De Aseo	3 jornadas de 44 horas
De Estafeta	1 jornada de 44 horas
Subtotal Cargos Auxiliares	4 cargos

Calidad contractual y grado de contratación del recurso humano del centro

Para el sector salud, uno de los recursos más importantes y necesarios para asegurar la calidad de la atención es el recurso humano. En Salud Mental, el recurso humano adquiere aún mayor relevancia, debido a la complejidad, severidad y vulnerabilidad de las personas usuarias que son atendidas en el Centro, las que requieren de intervenciones intensivas y especializadas de gran demanda para los equipos. Estas intervenciones, a su vez, producen desgaste, estrés e incluso enfermedad y deserción laboral si no se establecen estrategias para el cuidado del recurso humano, lo que finalmente repercute negativamente en la atención de las personas.

Las condiciones contractuales actuales mantienen a un gran porcentaje del recurso humano a honorarios, y los que están en calidad contrata, se encuentran en grados bajos. Esto ha sido un impedimento para la contratación de equipos con las competencias requeridas y para su continuidad en el tiempo, lo que tiene consecuencias en la calidad de la atención entregada y en la resolutive de las necesidades de salud mental de la población atendida.

De acuerdo con estos antecedentes, es que se recomienda la contratación de profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares del centro en la calidad contractual de contrata, a fin de proveer las condiciones laborales que permitan la continuidad de la atención de las personas usuarias.

Estimación del costo anual del RRHH de un equipo, según remuneraciones promedio nacional año 2016³².

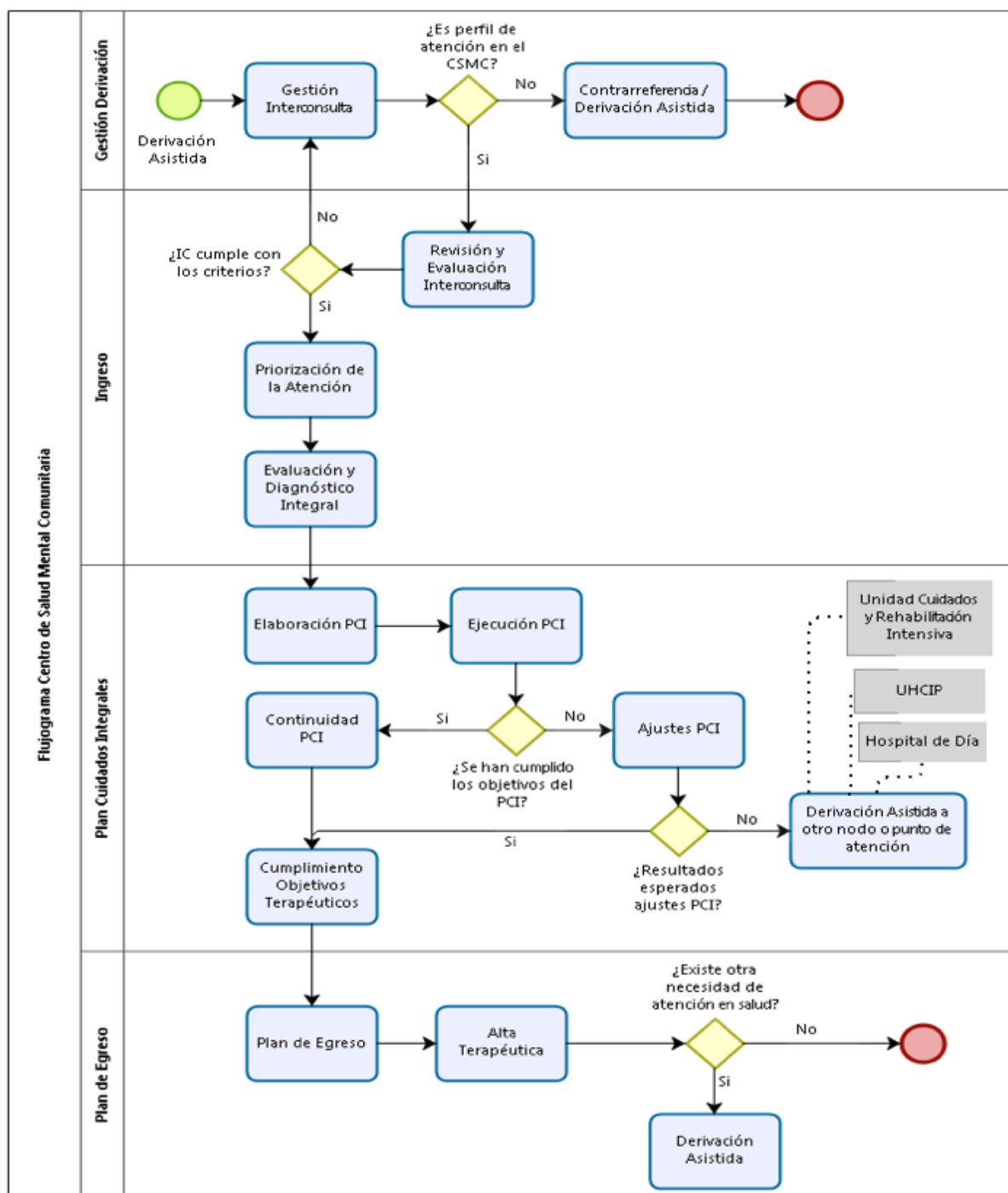
Establecimiento	Meses	Estamento	Detalle Equipo del Centro	Nº Cargos	Total (M\$)	Total RRHH (M\$)
Valorización Recurso Humano Clínico Comunitario del Centro						
Centro de Salud Mental Comunitaria	12	Horas Médicas	Psiquiatra Adulto (22 horas)	6	141.135	258.747
			Psiquiatra Infanto Adolescente (22 horas)	3	70.567	
			Químico Farmacéutico (44 horas)	1	47.045	
		Profesionales	Psicólogo(a)	10	197.640	632.449
			Trabajador(a) Social	9	177.876	
			Terapeuta Ocupacional	7	138.348	
			Enfermera(o)	5	98.820	
			Psicopedagogo(a)	1	19.764	
		Técnicos	Técnico en Rehabilitación	6	40.871	95.367
			Técnico Social	5	34.060	
			Técnico Enfermería	2	13.624	
			Técnico en Farmacia	1	6.812	
Subtotal Recurso Humano Clínico Comunitario del Centro						986.563

³² Estos valores son los que definió el Ministerio de Salud, el año 2016.

Valorización Recurso Humano de Gestión del Centro						
Centro de Salud Mental Comunitaria	12	Profesionales	Director(a)	1	35.201	105.909
			Subdirector(a) de Gestión Clínica Comunitaria	1	25.472	
			Subdirector(a) de Gestión Organizacional y Administrativa	1	25.472	
			Referente de Finanzas y Recursos Humanos	1	19.764	
		Administrativos	Secretaría (OFA Dirección)	1	6.812	34.060
			Admisión y Atención al usuario (OFA Equipo Asistencial)	2	13.624	
			Oficina Información, Reclamos y Sugerencias (OFA OIRS)	1	6.812	
			Sistema de Orientación Médica y Estadística (OFA Estadística SOME)	1	6.812	
		Auxiliares	De Aseo	3	17.198	22.931
			De Estafeta	1	5.733	
Subtotal Recurso Humano de Gestión del Centro						162.899
Valorización Total Recurso Humano del Centro						1.149.462

17. GESTIÓN DE PROCESOS CLÍNICOS

Flujograma Proceso Clínico



17.1. Proceso de ingreso

El proceso de ingreso de la persona usuaria y su familia al Centro de Salud Mental Comunitaria implica desplegar en su organización interna acciones eficientes para la priorización de la atención, como es la circunscripción del centro a la red territorial, en interrelación con los nodos y puntos de atención de referencia, sea esta la red sanitaria o actores del intersector como SENDA y Tribunales

Este proceso debe estar integrado a las estrategias de mejora en la resolutiveidad de la red, como lo son las consultorías y la telemedicina, en tanto se considera que un flujo de ingreso, por sí solo, no garantiza mejorar la pertinencia de la demanda, sino, más bien, son un conjunto de estrategias las que permiten la articulación de los equipos en el contexto de continuidad de los cuidados.

En cuanto a la especificidad de este proceso, su orientación principal es asegurar la accesibilidad y oportunidad de la atención de las personas en el nodo pertinente, con la densidad tecnológica que corresponda.

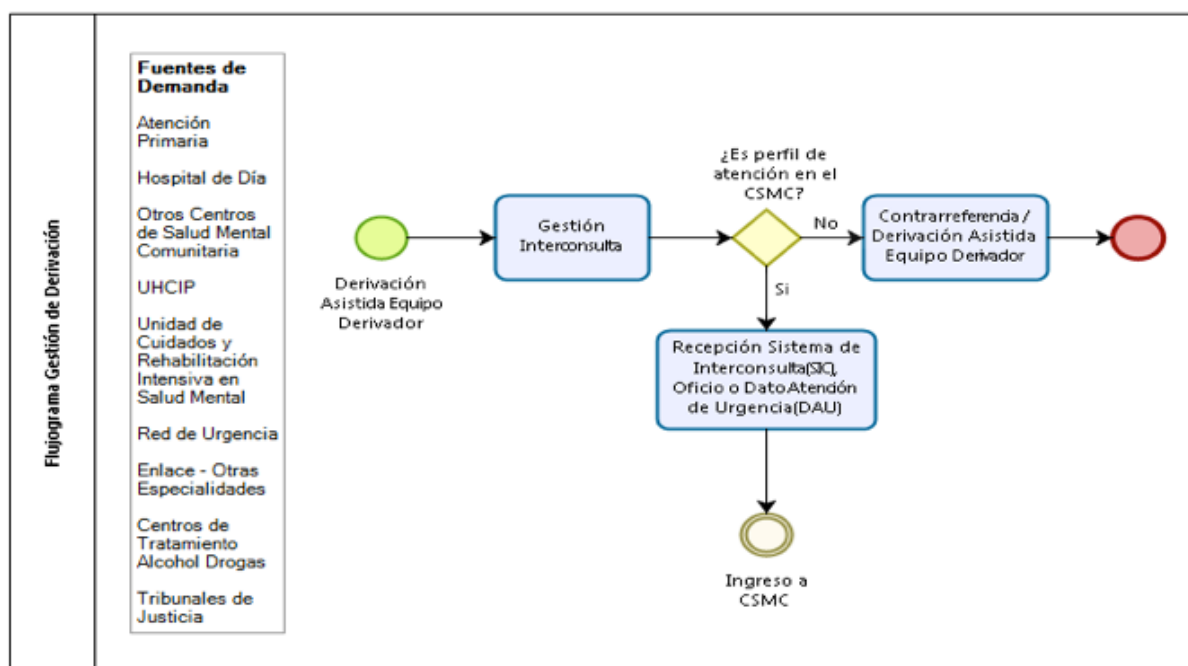
El proceso de ingreso se divide en dos momentos:

1. El primero, da cuenta de las acciones de gestión de la demanda y validación de la solicitud de interconsulta (SIC).
2. El segundo, es cuando se produce el contacto con la persona usuaria, su familia y comunidad, y se inicia el proceso de evaluación e indicaciones iniciales.

Cabe señalar que, durante todo el proceso clínico, que va desde la referencia hasta el egreso, estas acciones deben ser registradas en ficha clínica.

En situaciones de personas, cuyas derivaciones no son pertinentes y deban ser referidas a otro nodo o punto de atención de mayor o menor densidad tecnológica, su derivación debe ser asistida. Si su ingreso al otro nodo se retrasara, se debe realizar un ingreso provisorio durante la gestión de referencia.

Flujograma de Gestión de Demanda



A continuación, se describe cada etapa.

A. Gestión de demanda y validación de la solicitud de interconsulta

Proceso en que la solicitud de interconsulta (SIC) ingresa al módulo³³ del Gestor de Demanda³⁴ quien determina si el documento físico o electrónico cuenta con la información requerida: antecedentes generales y los elementos de **gravedad, complejidad y vulnerabilidad**³⁵ presentes en la condición de salud mental de la persona usuaria, que hacen pertinente su atención en este nodo de especialidad.

Se realiza la acción de asignación de hora para la **entrevista de ingreso de evaluación integral** con los/las profesionales pertinentes, de acuerdo a los antecedentes recepcionados y a la organización del centro. Se aplica un sistema de asignación de horas programadas bajo la responsabilidad del gestor/a de demanda del centro, que asegure el ingreso oportuno, no superior a 7 días, indicando día, hora, lugar y el nombre del profesional o técnico que realizará la atención.

Cuando la condición de salud de la persona no se ajuste a los criterios de ingreso, se debe informar al nodo o punto de atención derivador para que redefina la SIC o bien, evalúe en consultoría u otra instancia de coordinación la derivación a otro nodo y/o punto de atención. Cuando el motivo de consulta no se ajusta a los criterios de ingreso por corresponder a una urgencia, se debe evaluar y derivar a atención cerrada y/o red de urgencia.

En el caso de que la interconsulta no contenga los datos requeridos que den cuenta de la necesidad de derivación, se debe solicitar al nodo o punto de atención derivador que complete la información, en un plazo no mayor a 24 horas, para no afectar la oportunidad de atención de la persona usuaria.

³³ Dispositivo físico u electrónico en el que se almacenan las SIC a la espera de la revisión del gestor de demanda.

³⁴ Es un profesional del equipo.

³⁵ Definido en el apartado N°5. 7 de la primera parte de este Modelo de Gestión.

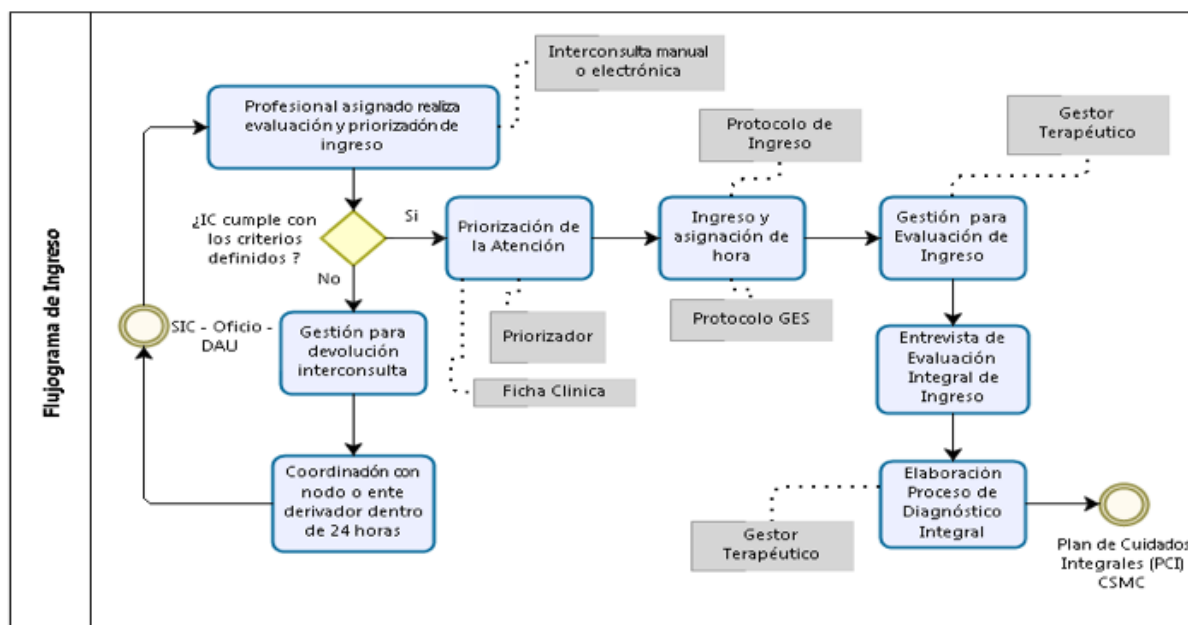
a. Objetivos

- Establecer priorización del ingreso para la atención de la persona usuaria, según el motivo de la interconsulta.
- Asignar hora para entrevista de evaluación integral según gravedad, complejidad y vulnerabilidad, con los profesionales definidos para el ingreso.
- Retroalimentar al nodo o punto de atención derivador.
- Gestionar la contrarreferencia en las situaciones que correspondan.
- Cumplir el proceso de admisión e ingreso en forma pertinente y oportuna, según criterios de gravedad complejidad y vulnerabilidad de la persona derivada.

b. Actividades

- Iniciar el proceso de priorización de la derivación con la recepción de la interconsulta (digital o papel) u oficio, desde los respectivos tribunales. Esta actividad es realizada por enfermera/o u otro profesional con competencia para ello.
- Verificar que la interconsulta contenga, a lo menos, la siguiente información: Nombre completo, Rut, fecha de nacimiento, antecedentes de atenciones, motivo de derivación, factores psicosociales, diagnóstico con antecedentes que den cuenta de la complejidad, severidad y vulnerabilidad de la condición de salud de la persona derivada y datos del último tratamiento farmacológico.
- Resolver la priorización, dentro de 72 horas hábiles, de acuerdo con los criterios definidos en la red y consensuados en el centro. Se deben realizar las acciones de coordinación necesarias con el nodo o punto de atención derivador, ante las dudas que surjan.
- En el caso de oficios provenientes de tribunales, se solicita enunciar el motivo de la derivación y los antecedentes de salud mental de la persona derivada. Se debe propiciar que la puerta de entrada se realice en APS, no obstante, de ser necesario, esto puede evaluarse en consultoría.
- En el caso de que no se cumplan los criterios de ingreso, la interconsulta debe ser devuelta a través de los sistemas formales de derivación (con apoyo telefónico y de correo electrónico) al nodo o punto de atención que generó la derivación, explicitando claramente las razones de esta devolución y entregando orientaciones, si fuese necesario. El equipo derivador debe informar, a la brevedad, a la persona, su familia y/o red de apoyo sobre esta decisión.
- En el caso de las derivaciones que se efectúan desde los tribunales y que no se condicen con los criterios de ingreso ya descritos, se debe generar un oficio informando las razones del no cumplimiento de los criterios de ingreso y dando orientaciones técnicas para la atención, con copia al Servicio de Salud que corresponda.
- Se prioriza el ingreso, de acuerdo a las condiciones de gravedad, complejidad, y vulnerabilidad descrita en la interconsulta.
- Informar al nodo o punto de atención derivador la fecha, hora, lugar y profesional que realizará la entrevista de evaluación integral de ingreso a la persona/familia.
- Desarrollar procesos de evaluación permanente del funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, en relación al centro.
- Ingresar a la plataforma de Sistemas Informáticos de Garantías Explícitas en Salud (SIGES) para las personas derivadas como GES.

Flujograma de Ingreso



B. Evaluación clínica de ingreso

a. Entrevista de Evaluación Integral de Ingreso

Actividad desarrollada por dos o más integrantes del equipo, – uno de los cuales es el médico psiquiatra – a través de una entrevista estructurada. Esta actividad tiene como objetivo recoger la mayor cantidad de información y antecedentes de la persona ingresada, valorar la condición de salud actual de la persona, su familia o red de apoyo, para iniciar un proceso diagnóstico. Así también, mediante esta actividad se deben establecer las primeras medidas terapéuticas que permitan iniciar el proceso de recuperación de la condición de salud que motivó la referencia y la atención de la persona en el centro.

El proceso de evaluación puede o no terminar en esta primera entrevista, así como también podrán realizarse dos o más consultas para finalizar la evaluación diagnóstica, en caso de ser necesario. Los resultados de esta evaluación pueden arrojar la necesidad de una derivación a otro nodo o punto de atención de la red.

b. Objetivos

- Conocer el motivo de consulta de la persona usuaria, familia o red de apoyo.
- Identificar antecedentes personales, familiares y del contexto, incluyendo los determinantes sociales que puedan estar asociados o no, a su condición de salud.
- Identificar signos, síntomas y curso de la enfermedad, para dilucidar una hipótesis o confirmación diagnóstica.
- Determinar el o los focos prioritarios de intervención, para informar a la persona usuaria, familia o red de apoyo acerca del proceso de tratamiento a seguir.

c. Actividades

- Realizar saludo inicial, presentación e información del centro y del equipo entrevistador.
- Iniciar proceso de vinculación terapéutica.
- Revisar motivo de consulta y expectativas de la persona, su familia y/o red de apoyo.
- Conocer la red familiar y de apoyo a través de la construcción de genograma, identificando estructura y dinámica familiar, valores, creencias, cosmovisión de la persona y su familia, evaluación de necesidades especiales, entre otros aspectos.
- Recopilar antecedentes generales que permitan tener una visión panorámica de la situación actual de la persona, considerando su curso de vida.
- Observar el estado de salud general; existencia previa de enfermedades médicas, estado nutricional, hábitos de alimentación y eliminación, hábitos de sueño – descanso, actividad y ejercicio, hábitos saludables, no saludables y de consumo, condiciones de higiene, percepción y manejo de la salud, auto concepto, roles, relaciones, adaptación y/o tolerancia al estrés, autonomía, Actividades de la Vida Diaria (AVD), sexualidad y reproducción.
- Analizar el conjunto de problemas y necesidades que la persona usuaria percibe asociada a su motivo de consulta, así como los factores que influyen positiva y negativamente sobre él o ella.
- Recabar antecedentes familiares de salud general y salud mental.
- Conocer el curso de enfermedad, signos y síntomas de alarma, evaluando el riesgo vital.
- Identificar antecedentes salud mental de la familia.
- Identificar situaciones de riesgo (urgencias que ameriten acciones inmediatas)
- Revisar en conjunto con la persona y su red de apoyo, el Plan de Cuidado Integral realizado en el nodo o punto de atención derivador y con el cual la persona ingresa al centro (en caso de existir).
- Establecer priorización de acciones inmediatas y mediatas según gravedad, vulnerabilidad y complejidad, consensuadas con la persona usuaria, familia y/o red de apoyo.
- Realizar examen físico y mental (si las condiciones clínicas lo permiten).
- Evaluar necesidad de interconsulta a otras especialidades.
- Realizar hipótesis diagnóstica inicial.
- Evaluar farmacoterapia recibida (de acuerdo a guías, protocolos y regulación vigente), adherencia, tolerancia, ingesta, forma de administración fármacos y evaluación de ajuste inmediato.
- Aplicar medidas iniciales de tratamiento construido y consensuado con la persona, familia y/o red de apoyo.
- Informar y consensuar con la persona, familia y/o red de apoyo las actividades que se realizarán y la importancia de cada una de ellas.
- Informar acerca de alternativas de incorporación a agrupación de usuarios y familiares.
- Asignar Gestor/a terapéutico y realizar su presentación, si es posible.
- Informar de manera escrita y verbal de la próxima atención, explicitando de forma clara el día, hora, lugar y nombre del profesional que la realizará. Agendar y coordinar próximas horas de atención en función de la condición de salud de la persona y de otros factores relevantes como el acceso, territorio, residencia, tiempos y características del desplazamiento, entre otros)

- Evaluar si se requiere derivación a Hospital de día u hospitalización cerrada (UHCIP, Programa apoyo clínico de salud mental en domicilio).
- Se sugiere utilización de escala compromiso biopsicosocial.

d. Gestor/a terapéutico

Aunque existe acuerdo respecto a los beneficios de organizar el trabajo terapéutico sobre la base del Plan de Cuidados Integrales (PCI), su implementación efectiva en las redes de salud mental de nuestro país ha resultado difícil y solo es una realidad en unos pocos nodos y puntos de atención. La definición de la figura del gestor/a terapéutico/a es un recurso que personaliza la relación del usuario/a con el equipo a cargo de su atención y cuidado. Este gestor/a terapéutico/a tiene como responsabilidades participar y coordinar la formulación del PCI, supervisar sus avances y pendientes, coordinar su reformulación y promover que al interior del equipo cada uno de los integrantes cumpla las tareas definidas respecto a la persona usuaria que el/ella “representa”.

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

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

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

- Apoyo, acompañamiento y asesoramiento a la persona, familia y/o red, fomentando la autonomía de la persona.
- Promoción de adherencia terapéutica.
- Detección y anticipación ante situaciones de crisis.
- Orientación a actividades y acciones planteadas en el PCI.
- Presentación de avances y condición de salud de la persona en reunión del equipo.
- Interlocución con la familia y otras personas relacionadas, según pertinencia.
- Apoyo en el proceso de coordinación de la persona usuaria con programas del intersector y/o la comunidad para la inclusión sociocomunitaria.
- Coordinación con otros nodos o puntos de atención para la derivación asistida.

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

Actualmente en APS, algunas de estas funciones se están efectuando a través del Programa de Acompañamiento Psicosocial y/o Estudio de Familia, en donde el/la gestor/a terapéutico/a es definido por el equipo de sector, por lo tanto, esta actividad es siempre realizada por un miembro de este equipo y es financiada [108].

e. Elaboración Proceso de Diagnóstico Integral

Este proceso es iniciado en la entrevista de evaluación integral de ingreso. Esta etapa no debe extenderse por más de 7 días desde la primera citación, ya que es clave para iniciar acciones oportunas para la recuperación de la persona.

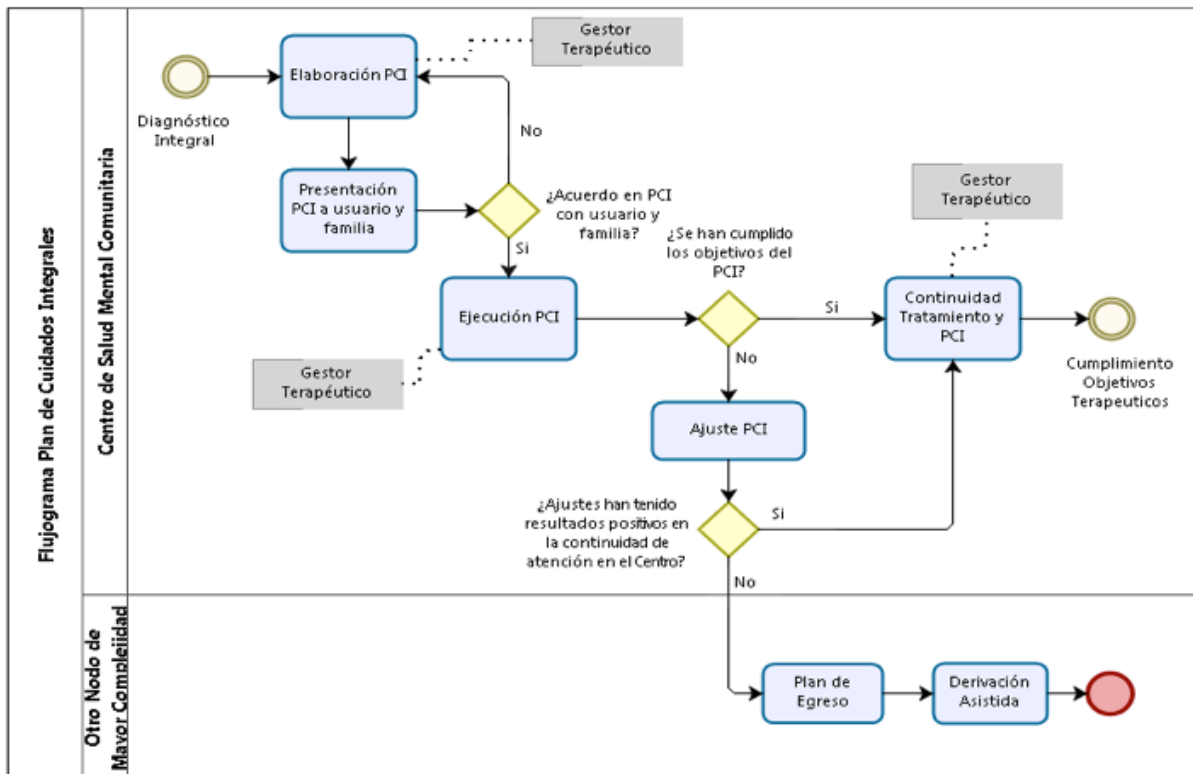
Si bien, se comprende que una evaluación integral incluye las distintas disciplinas de un equipo transdisciplinario, por razones metodológicas se despliegan, a continuación, cada una las áreas que abarca la evaluación integral:

- Área médica:
 - Evaluar condición de salud física y mental.
 - Realizar diagnóstico de enfermedad de Salud Mental.
 - Revisar resultados de exámenes o solicitud de nuevos para diagnóstico diferencial.
 - Evaluar existencia de enfermedades médicas.
 - Evaluar existencia de enfermedad mental en la familia.
 - Identificar inicio, ajuste o continuidad de la farmacoterapia, considerando la adherencia y tolerancia a la farmacoterapia.
 - Evaluar necesidad de interconsulta a otras especialidades u otros nodos de la red de salud general.
- Área enfermería:
 - Evaluar, en profundidad, el estado de salud general, estado nutricional, hábitos (alimentación, eliminación, sueño y descanso, actividad y ejercicio) hábitos saludables, no saludables y de consumo, condiciones de higiene, percepción-manejo de la salud, autopercepción y auto concepto, roles, relaciones, género, sexualidad y reproducción, adaptación y/o tolerancia al estrés.
 - Realizar evaluación complementaria del estado de salud física y mental.
 - Efectuar contacto e información a la familia y a otras instancias pertinentes, en coordinación con el gestor/a terapéutico y el equipo.
 - Evaluar la ingesta y forma de administración fármacos.
- Área psicológica:
 - Realizar entrevista clínica y aplicar instrumentos para el proceso psicodiagnóstico.
 - Establecer hipótesis diagnóstica.
 - Efectuar examen mental.
- Área socio familiar:
 - Identificar características de la familia, genograma estructural y relacional, tipo y dinámica familiar; grado de inclusión social; integración o no en grupos específicos de su comunidad (de recreación, hobby, entre otros); situación socioeconómica; y factores socio familiares que están incidiendo en la atención, el cuidado y evolución de la enfermedad.
- Área escolar:
 - Identificar nivel de escolarización (abandono escolar y ambiente escolar, cuando sea pertinente).

- Solicitar informe sobre rendimiento escolar, conducta en la escuela o del psicopedagogo, en caso de ser necesario.
- Identificar la incorporación o reincorporación para la nivelación escolar.
- Área laboral:
 - Evaluar si trabaja o no, área de desempeño, tipo de trabajo, carga laboral y entorno laboral.
 - Evaluar inclusión laboral.
 - Recopilar historial de licencias médica por causa de enfermedad mental.
 - En situaciones de niños, niñas y adolescentes considerar situación laboral de su red de apoyo.
- Área ocupacional:
 - Evaluar las actividades de la vida diaria básica, instrumental y avanzada.
 - Evaluar las habilidades e intereses propios de la persona.
 - Evaluar el uso del tiempo libre.
- Área intercultural:
 - Identificar características culturales de la persona, su familia o red de apoyo, considerando si pertenecen a pueblos indígenas, o si son migrantes, refugiados, u otros.

17.2. Proceso de Plan de Cuidados Integrales

A. Flujograma de Plan de Cuidados Integrales



B. Elaboración del Plan de Cuidados Integrales, PCI [108]

En la elaboración del PCI debe tenerse en cuenta el conjunto de los riesgos y problemas de salud de las personas y los factores que influyen en estos, los altos niveles de comorbilidad entre enfermedades de salud mental y enfermedades “físicas”, el impacto que unas y otras tienen respecto al curso y pronóstico mutuo, así como la baja tasa de detección y de intervención efectiva en estas comorbilidades por parte de los equipos de salud [109].

El acuerdo entre la voluntad de la persona usuaria y el equipo tratante es un elemento relevante para la elaboración, evaluación y redefinición periódica del PCI. En el caso de los niños, niñas y adolescentes es indispensable considerar su voluntad de acuerdo a su etapa de desarrollo, su proceso de autonomía progresiva, sus intereses y motivaciones, incorporando la opinión de sus padres o adultos responsables de su cuidado.

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

Aunque la construcción conjunta y consensuada de los objetivos supone un acuerdo con la persona usuaria (y su familia y grupo de apoyo), el conocimiento de estos objetivos y la participación en sus logros es una necesidad que debe traducirse en una formulación explícita de estos acuerdos, la que puede adoptar la forma de un contrato terapéutico.

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

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

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

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

El Plan de egreso y apoyo post egreso es un componente relevante del PCI y busca asegurar la mantención de los logros terapéuticos y la adherencia de la persona usuaria al proceso de atención después que ha terminado su atención en alguno de los puntos o nodos de la red. Incluye la Derivación Asistida³⁶ y otras acciones que aseguren la continuidad de cuidados.

Se debe evaluar la ejecución del PCI de manera periódica y los resultados a corto, mediano y largo plazo. Este proceso implicará con toda probabilidad ajustes y modificaciones, fundadas en la expe-

³⁶ La Derivación Asistida es descrita en el punto 18.3 letra e, de la segunda parte de este Modelo de Gestión.

riencia concreta de atención y cuidados de cada persona usuaria y de los cambios que los mismos resultados obtenidos introducen en el contexto.

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

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

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

Un modelo de PCI se encuentra en el Anexo N°8.

C. Proceso de tratamiento y ajuste de PCI

El proceso de tratamiento da cuenta de la ejecución de las actividades indicadas en el PCI y acordados entre la persona, su familia y el equipo, en base a la cartera de prestaciones del Centro de Salud Mental Comunitaria.

El gestor/a terapéutico debe realizar seguimiento a este proceso, a fin de evaluar, en conjunto con el equipo tratante y la persona usuaria, los ajustes o cambios al Plan para la resolución de los ámbitos de gravedad, complejidad y vulnerabilidad, definidos como relevantes.

Objetivos

- Efectuar ejecución de actividades del PCI.
- Cumplimiento de actividades planificadas.
- Efectuar seguimiento del PCI y cumplimiento de plazos por parte del gestor/a terapéutico
- Evaluar el PCI
- Ajustar y/o modificar el PCI de ser necesario.

D. Reevaluación y Ajuste de PCI

En el proceso de ejecución de las actividades del PCI se deben evaluar los cambios esperados dentro de un tiempo estimado (determinado por la evolución de la persona, en un tiempo no mayor a 3 meses) pudiendo ser estos positivos o no, de acuerdo a la condición de salud inicial.

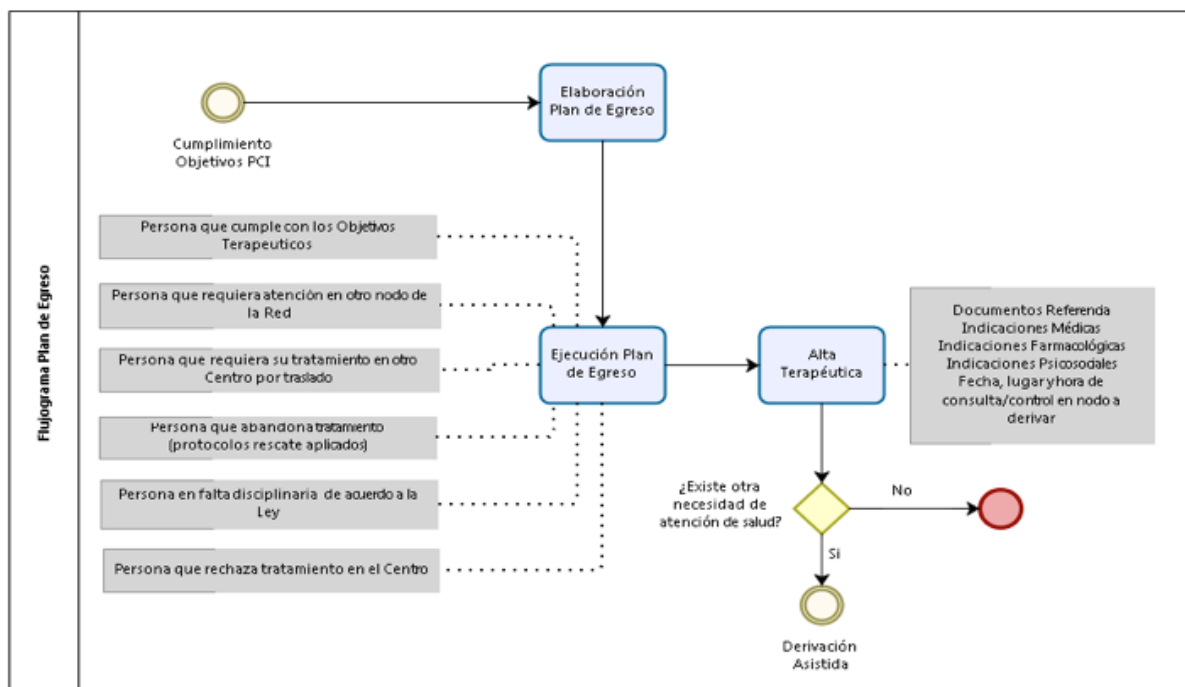
Se debe considerar que, durante el proceso de tratamiento, la persona puede exponerse a situaciones que pueden complejizar su estado de salud mental. Ante estas u otras situaciones, es necesario que el equipo, junto al gestor/a terapéutico/a, realicen ajustes al PCI, evaluando sus aspectos de forma integral y realizando una nueva propuesta a la persona y su red.

Esta actividad puede incluir la incorporación y/o colaboración con otros nodos y puntos de atención, e incluso el traslado a instancias de mayor complejidad en la red.

Dentro de la reevaluación del PCI se deben considerar las inasistencias de la persona y las acciones de rescate a realizar, sean éstas vía telefónica o a través de visitas domiciliarias. Todas ellas, deben ser registradas en ficha clínica.

17.3. Proceso de egreso

A. Flujograma de egreso



B. Elaboración de plan de egreso

El proceso de egreso se plasma en un plan, una vez cumplidos los objetivos terapéuticos consensuados con la persona usuaria, su familia y/o red de apoyo.

a. Objetivos

- Preparar alta terapéutica por parte del equipo, una vez que se han cumplidos los objetivos terapéuticos del PCI.
- Evaluar y activar recursos disponibles de la persona, su familia y la comunidad para el alta clínica.
- Planificar derivación asistida a otro nodo o punto de atención de la red o institución del intersector.
- Planificar el apoyo y los cuidados en residencias del sistema o del intersector (SENAME).
- Asegurar la continuidad de la atención.
- Evaluación de equipo/ definición de alta.
- Realizar alta médica.

El equipo realiza una evaluación que consiste en revisar todo el proceso de atención integral, considerando todas las áreas evaluadas y abordadas en el PCI. La evaluación señalada y la definición del plan de egreso, debe ser consensuada con la persona, su familia o red de apoyo.

La evaluación del equipo se aplica respecto de las siguientes altas: terapéutica; médica; derivación; traslado; abandono de tratamiento; y disciplinaria.

Este plan considera:

1. Recursos individuales, familiares y comunitarios de la persona.
2. Periodo en que se realizará el alta.
3. Responsable o responsables del proceso.
4. Coordinación con el nodo o punto derivador o al cual se refiere.
5. Continuidad de cuidados.
6. Seguimiento.

b. Actividades del Plan

- Definir alta terapéutica y fecha de alta médica del centro.
- Efectuar reunión de equipo con participación de la persona usuaria, su familia y profesionales del otro nodo o punto de atención u otra instancia, según corresponda.
- Asegurar que existan recursos de la persona, familia, comunidad, escuela y trabajo que estén suficientemente activados para su inclusión social.
- Planificar la derivación asistida con el nodo o punto de atención al cual se deriva.
- Realizar reuniones de coordinación con equipo al cual se derivará a la persona, para la continuidad de su atención y cuidados.
- Definir acciones para el seguimiento: visita domiciliaria, contacto telefónico, e información entregada por el equipo del nodo al cual se deriva.
- Establecer reuniones con el gestor/a terapéutico/a que recibirá a la persona y familia en el nodo o punto de atención al cual es derivado.

c. Ejecución del plan de egreso

- Realizar derivación asistida por parte del gestor/a terapéutico/a.
- Informar a la persona, familia y/o red de apoyo acerca de la fecha, hora, lugar de atención, nombre del profesional que realizará la atención, y donde se deriva, cuando corresponda.
- Coordinar con nodo o punto de atención al cual se deriva, visitas domiciliarias de seguimiento.
- Entregar información verbal y escrita a la persona, familia y/o red de apoyo, sobre las indicaciones médicas, farmacológicas y psicosociales, según corresponda.

d. Causas de egreso

Dentro de este proceso de egreso podemos diferenciar distintos tipos de altas, los que se definen a continuación:

1. **Alta terapéutica:** Es el acto que se concreta una vez que la persona, su familia y o red de apoyo ha cumplido con los objetivos e intervenciones planteadas en PCI, dando por resultado una mejoría en la condición de salud mental que motivo el ingreso al Centro.
2. **Alta por derivación:** Es el acto mediante el cual se determina que la persona presenta una condición de salud que hace necesaria su derivación a otro nodo o punto de atención de la red (Hospital de día, UHCIP y otros).
3. **Alta por traslado:** Es el acto que se define cuando una persona, durante el proceso de atención, debe ser derivada a otro Centro por haber cambiado de domicilio o ciudad.

4. **Alta por abandono de tratamiento:** Se produce cuando la persona abandona tratamiento, habiendo tenido 3 inasistencias consecutivas, a pesar de haberse realizado, al menos, 3 rescates domiciliarios y/o llamadas telefónicas dentro de un plazo estimado de 45 días, desde la inasistencia a su última citación. Esto puede ser realizado por cualquier integrante del equipo.
5. **Alta disciplinaria:** Se produce cuando la persona incurre en una conducta de agresión física o verbal con intencionalidad, en contra de cualquier miembro del equipo del Centro.
6. **Alta por rechazo a recibir atención:** Se refiere al alta que se efectúa cuando la persona expresa su voluntad de no querer recibir atenciones en el Centro. Este acto debe constar por escrito en la ficha clínica, con firma de un consentimiento por parte de la persona, familiar o cuidador/a.
7. **Alta por fallecimiento.**

e. Derivación asistida

Es el intercambio de objetivos y estrategias entre el equipo derivador y el equipo que recibe a la persona para asegurar una óptima atención y continuidad de cuidados. Para el éxito de este proceso es necesario el establecimiento de espacios de intercambio y de compromiso en ambos equipos en favor del beneficio de la persona usuaria.

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

Algunos requerimientos en este proceso son:

1. Acompañamiento terapéutico de acercamiento progresivo al nodo o punto de atención al cual será derivada la persona, explicándole previamente los objetivos de su derivación y las condiciones de la nueva atención a recibir³⁷. A su vez, el agente derivador que acompaña a la persona realiza una presentación personalizada de algunos de los miembros estables del equipo del nuevo nodo o punto de atención, lo que posibilita un espacio de contención frente a eventuales dificultades emocionales que la persona pueda presentar en este nuevo escenario.
2. Desarrollo de estrategias de intervención conjunta que faciliten una continuidad de cuidados, considerando todos aquellos aspectos bio-médicos, sociales, familiares y conductuales-afectivos de la persona usuaria.
3. Acompañamiento personalizado de alta frecuencia en una primera etapa, para luego ir chequeando empíricamente la capacidad de ajuste y adaptación de la persona usuaria, en base a la reducción progresiva de este acompañamiento. Su intensidad dependerá de las características individuales de cada persona y de las realidades locales de cada territorio.
4. Entrega de información comprensible, escrita y verbal a la persona y su familia sobre los detalles de la derivación: dónde, cuándo y quién otorgará la atención, considerando las características culturales y de curso de vida de las personas.
5. El apoyo post egreso de la persona para asegurar la continuidad de su cuidado y atención en el sistema de red integrado.

³⁷ En todos los casos se debe considerar la voluntad de la persona para ser derivada a otro nodo o punto de la red, para su continuidad de atención. En el caso específico de derivaciones que se realicen a puntos de la red de atención cerrada, se debe considerar la firma del formulario de consentimiento informado [110] y no así en otros casos.

6. En caso de no estar asegurada la continuidad de la atención en el otro nodo o punto de atención, se deben realizar acciones en el tiempo estimado para que no se produzca una discontinuidad, debiendo quedar establecido en la ficha clínica.
7. El equipo derivador debe informar sobre situaciones que puedan provocar un abandono de tratamiento que impiden la continuidad en otro nodo o punto de la red.
8. Envío de información al equipo de atención (nodo/punto) que recibe a la persona. El documento de contrarreferencia (epicrisis, IC de acuerdo al nodo/punto) debe contar, al menos, con la siguiente información:
 - Identificación de la persona: nombre, RUT, edad, dirección, teléfono, centro de APS.
 - Identificación de la red de apoyo: nombre, teléfono de contacto.
 - Identificación del nodo o punto de atención al que se contrarrefiere (incluir dirección, teléfono y persona a contactar).
 - Diagnóstico integral (informe que incluya ámbito psicosocial, funcional, entre otros)
 - Resultados de las intervenciones realizadas.
 - Sugerencias sobre Plan de Cuidados Integrales para el nodo o punto de atención al cual es referida la persona.
 - Datos del médico especialista que contrarrefiere y gestor/a terapéutico: nombre, RUT y especialidad.
 - Fecha del informe, fecha de ingreso y fecha de alta.

A objeto de velar por el cumplimiento del proceso de derivación asistida tanto por parte del equipo derivador como el equipo que recepciona, se sugiere la aplicación de una pauta de cotejo (Anexo N°9), la que debe ser llenada en forma simultánea por ambos equipos al momento de realizar derivación presencial. El documento debe quedar en la ficha clínica de la persona. Lo anterior permitirá realizar monitoreo de calidad del proceso e implementar las mejoras respectivas.

f. Referencia y contrarreferencia

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

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

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

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

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

En el intertanto, la persona mantendrá sus controles en el nodo o punto de atención que realiza la referencia hasta que su atención se haga efectiva en el lugar al cual fue referido. Esto quiere decir que, durante ese periodo, la persona sigue siendo población bajo control del centro derivador, correspondiéndole recibir todas las acciones clínicas y administrativas que se requieran (controles, continuidad de tratamiento farmacológico, rescate, etc.)

La contrarreferencia se realiza con el objetivo de asegurar el seguimiento y la continuidad de atención y cuidados que se requieran. Este proceso es realizado a través de un protocolo materializado en un documento manual o digital, cuya emisión es responsabilidad del profesional médico con corresponsabilidad administrativa de quien haya sido asignado para realizar el proceso que implica su efectiva contra derivación al lugar indicado.

El sistema de referencia y contrarreferencia debe cumplir con los siguientes requisitos de calidad:

- La asignación de horas para el ingreso no debe superar los 7 días.
- Existen criterios de priorización de ingreso definidos y conocidos por la red.
- Existen protocolos de referencia y contrarreferencia³⁸, con flujos locales de procesos de atención y cuidados, discutidos, consensuados y conocidos por toda la red.
- Toda persona referida a otro nodo o punto de atención es enviada a través de un proceso de derivación asistida.
- Existen protocolos de referencia y contrarreferencia contruidos con comunidades de pueblos indígenas o poblaciones específicas como SENAME entre otros.
- Los profesionales que realizan consultorías deben tener horas asignadas y protegidas para la atención de personas pertenecientes a grupos más vulnerables o alejados territorialmente, a fin de que se garantice el acceso a la atención, en caso de no ser posible la atención en su territorio. Esto permite reducir o eliminar barreras de acceso.

g. Procedimientos clínicos administrativos para el alta

1. Completar documentos de referencia.
2. Entregar indicaciones médicas.
3. Entregar fármacos e indicaciones farmacológicas.
4. Entregar indicaciones psicosociales.
5. Estipular e informar fecha, lugar y hora de consulta/control en el nodo donde se continuará la atención y cuidados de la persona.

³⁸ Protocolo de Referencia y Contrarreferencia: Son instrumentos de aplicación que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de las personas usuarias entre nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental, que deben ser elaborados, validados y socializados por la red territorial en donde se aplican.

h. Seguimiento

Esta es una etapa de mucha relevancia dentro del proceso de alta, ya que permitirá visualizar la incorporación de la persona al nodo o punto de atención de la red derivada, además de generar la continuidad de cuidados.

El seguimiento debe considerar:

- Un periodo de 3 meses post alta.
- Se puede efectuar a través de contacto telefónico, correos electrónicos al lugar de derivación y visitas domiciliarias.
- La frecuencia de las acciones las define cada centro dentro del plan de egreso.

17.4. Gestión del cuidado

Las funciones integrales en el área de enfermería tienen como objetivo dar apoyo y cuidado a la persona, familia, red de apoyo y comunidad para la conservación de la salud, el acompañamiento, la promoción, protección y cuidados en el proceso de recuperación, siempre a modo de acciones complementarias con el equipo transdisciplinario.

Las actividades se llevan a cabo por profesionales de enfermería que cuenten con la preparación necesaria y con habilidades para el desarrollo de acciones en salud mental, como la empatía, asertividad, comunicación, compromiso, entre otras. En este proceso se promueve la salud mental, se previene la enfermedad, se cuida y se colabora estrechamente con la persona, familia y comunidad para su readaptación, luego de haber pasado por la enfermedad.

Las principales actividades son:

- Identificar y valorar las condiciones de salud y de cuidados en lo individual, familiar y comunitario en cada caso.
- Evaluar el nivel de conocimientos y motivación de la persona usuaria, su familia y/o red de apoyo con respecto a la enfermedad mental y en relación con otros problemas de salud presentes, procurando el adecuado manejo y los mejores cuidados.
- Evaluar la salud de la persona en forma integral, incorporando la valoración, el buen manejo y los cuidados de la salud física como complemento de la salud mental.

Se distinguen las siguientes etapas:

A. Gestión de demanda de la solicitud de interconsulta

Ser participe y gestionar la categorización de la demanda, revisar las interconsultas para el ingreso, los tiempos de espera, entre otros aspectos, según normativa vigente. Realizar gestiones administrativas dentro del centro para el ingreso de personas usuarias y coordinaciones con diferentes nodos de la red.

- **Efectuar recepción, categorización y priorización de la atención** a modo de asegurar el cumplimiento de los tiempos de espera. Así mismo, realizar asignación de horas de ingreso y asegurar la coordinación con el nodo derivador para la citación de personas en primera y segunda instancia por inasistencia.

- **Coordinar con la logística administrativa del ingreso**, asignación del número de ficha, rescate de ficha antigua, si corresponde, etc. Lo señalado corresponde al SOME.
- **Gestionar los ingresos de personas** derivadas por orden judicial.

B. Evaluación integral de ingreso ³⁹

En esta etapa se inicia el **proceso de relación terapéutica**, donde las personas pueden presentar algunas dificultades para vincularse con un equipo de salud que no conocen y en un momento de alta vulnerabilidad, inseguridad, ansiedad y angustia. Esto representa una barrera a vencer por el equipo.

Las actividades son:

1. Previamente al encuentro presencial, el profesional de enfermería debe:

- Revisar de ficha clínica o antecedentes entregados (interconsulta, informe de traslado desde otro dispositivo, epicrisis, etc.)
- Realizar análisis de la información, logrando identificar los problemas de enfermería, lo que será necesario corroborar con la persona atendida.
- Promover ambiente terapéutico para la recepción de la persona, familia y/o red de apoyo.

Objetivo: Conocer aspectos generales de la persona, para preparar el primer encuentro de la forma más adecuada, según las necesidades específicas detectadas en colaboración con el gestor/a terapéutico, quien es asignado de forma posterior a la entrevista clínica inicial.

2. Durante el primer encuentro:

- Efectuar presentación del equipo a la persona usuaria, familia o su red de apoyo y reconocimiento espacial del centro.
- Acoger a la persona usuaria, familia y/o red de apoyo, de manera atenta, empática y respetuosa.
- Realizar valoración inicial de la persona, familia, red de apoyo y comunidad en la que se desenvuelve, determinando diagnósticos iniciales de enfermería (entrevista de ingreso).
- Proponer al equipo, los objetivos terapéuticos iniciales de enfermería.
- Promover un ambiente seguro, un espacio de resolución de dudas y de escucha activa en coordinación con el gestor/a terapéutico (definir los roles de cada uno).
- Psicoeducar, en relación a problemas iniciales detectados.
- Realizar examen mental y físico de enfermería (con evaluación de parámetros antropométricos)
- Entregar a la persona, familia y/o red apoyo las normas de funcionamiento del centro.

Objetivo: Promover un espacio de confianza con la persona, familia y/o red de apoyo, dando comienzo al proceso de vinculación terapéutica.

³⁹ Entrevista de Evaluación Integral de Ingreso (con equipo e individual).

Proceso de ingreso: Promover ambiente terapéutico y seguro; Valorar la necesidad educativa del usuario y familia; y compartir con el equipo las impresiones iniciales.

3. Como complemento al Proceso de Diagnóstico Integral:

El Diagnóstico de enfermería resulta fundamental para brindar cuidados en forma metódica a las personas. Debe ser desarrollado con el equipo tratante, el gestor terapéutico y la persona usuaria, familia y/o red de apoyo, según sus propias necesidades de salud.

Desde el punto de vista organizativo, la valoración de enfermería ayuda a mejorar la organización clínica y el manejo terapéutico integral, permitiendo desarrollar intervenciones orientadas a obtener los efectos terapéuticos deseados.

Actividades:

- Evaluar en profundidad del estado de salud general, estado nutricional, hábitos de alimentación y eliminación, hábitos de sueño y descanso, actividad y ejercicio, hábitos saludables no saludables y de consumo, condiciones de higiene, percepción-manejo de la salud, autopercepción y auto concepto, roles, relaciones, genero, sexualidad y reproducción, adaptación y/o tolerancia al estrés.
- Realizar evaluación complementaria de su estado de salud física y mental.
- Contactar e informar a familia y otras instancias pertinentes, en coordinación con el gestor/a terapéutico y el equipo.
- Evaluar la ingesta y forma administración fármacos.
- Identificar las necesidades de autocuidado de la persona, familia y/o red de apoyo.

C. Desarrollo y ejecución del Plan de Cuidado Integral

Desarrollo y seguimiento del tratamiento integral, a través de consulta de salud mental por enfermera/o

Objetivo: Establecer el proceso de continuidad de cuidado y logro de los objetivos propuestos.

- Reevaluar colaborativamente con el equipo los objetivos terapéuticos en conjunto con la persona, familia y/o red de apoyo, propuestos en el diagnóstico.
- Realizar valoración de otros factores que pudiesen aparecer en el proceso, determinando nuevos problemas de enfermería y objetivos atingentes.
- Evaluar mantención de tratamiento, según indicación.
- Identificar y detectar efectos adversos de la farmacoterapia y derivar a médico psiquiatra, según corresponda.
- Apoyar a la persona, familia y/o red de apoyo sobre la toma de decisiones que afectan a la salud, como también en relación a la búsqueda y uso de recursos adecuados para proveerse del autocuidado necesario.
- Realizar psicoeducación de refuerzo.
- Realizar educación para la salud Individual, grupal, familiar y comunitaria.
- Llevar a cabo procesos clínicos, según necesidad, e indicación médica de acuerdo a protocolos vigentes (por ejemplo, toma de exámenes).
- Efectuar Farmacovigilancia.
- Realizar reevaluación antropométrica y nutricional (por existencia de aumento o disminución de peso).

- Promover y reforzar la continuidad y adherencia al tratamiento. Identificar factores desencadenantes de no adherencia al plan de tratamiento.
- Programar las actividades de atención domiciliaria de enfermería, de acuerdo al plan de intervención.
- Coordinar el sistema de toma de muestra de exámenes de laboratorio y su posterior revisión, para las personas usuarias del centro.
- Coordinar el trabajo en red con el nivel primario y terciario de salud mental y salud general, procurando la continuidad de los cuidados, la derivación asistida y la programación de cuidados compartidos entre los dispositivos, cuando se requieran.
- Abordar situaciones de urgencia y crisis, derivando a otros profesionales del equipo, de acuerdo a las contingencias que así lo requieran.
- Efectuar seguimiento al Plan de Cuidado Integral, en relación al quehacer del equipo y del gestor/a terapéutico/a.
- Coordinar con otros miembros del equipo de salud, según las necesidades encontradas en función del PCI.
- Planificar los procesos de atención en el Programa de Atención Clínica Integral e Intensiva de Salud Mental en Domicilio y en la Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental (población adulta y adolescente) que el centro tenga a su cargo, y coordinar con el equipo la ejecución de los mismos,
- Asesorar y apoyar a otras/os enfermeras/os y técnicos en aspectos de salud mental para la prestación integral de los cuidados.

D. Proceso de egreso

Elaboración y ejecución del plan de egreso

Objetivo: Evaluar la resolución de problemas propuestos en procesos anteriores, detectar puntos problemáticos persistentes para el refuerzo psicoeducativo y lograr el empoderamiento de la persona, familia, red de apoyo y comunidad en su autocuidado.

- Colaborar en la elaboración del Plan de egreso.
- Participar en la preparación del alta clínica por parte del equipo, una vez cumplidos los objetivos del PCI. Definir en conjunto con el equipo la fecha de alta terapéutica y fecha de egreso del centro.
- Gestionar el proceso de alta (mediante la realización de epicrisis, gestión de receta, de continuidad de atención, de educación e información a la persona, familia y/o red de apoyo).
- Participar en la evaluación y activación de recursos disponibles de la persona, su familia, red de apoyo y de la comunidad para el alta clínica.
- Planificar derivación asistida en conjunto con el equipo y el nodo o punto de atención de la red de salud o institución del intersector que corresponda.
- Planificar el apoyo a la atención y cuidados al alta, en residencias del sistema de salud o del intersector (SENAME).
- Asegurar la continuidad de la atención.
- Participar en reunión clínica con la persona usuaria, su familia y profesionales del otro nodo o punto de atención u otra instancia de derivación, según corresponda.

- Integrar reuniones de coordinación con profesionales y técnicos, tanto del centro como del nodo o punto al cual se derivará a la persona, para continuar su atención y cuidado.
- Planificar acciones para el seguimiento, de acuerdo a definición de equipo (visita domiciliaria, contacto telefónico, o información solicitada y proveniente del nodo derivador).

18. SISTEMAS DE APOYO [108]

Los sistemas de apoyo son los lugares institucionales de las redes en donde se prestan servicios comunes a todos los puntos de atención en salud, en los campos de apoyo diagnóstico y terapéutico, de los sistemas farmacéuticos y de los sistemas de información en salud. [111]

18.1. Sistemas de apoyo diagnóstico y terapéutico

Este sistema contempla los servicios de:

- Diagnóstico por imágenes
- Medicina nuclear diagnóstica y terapéutica
- Electrofisiología diagnóstica y terapéutica
- Endoscopias
- Hemodinámica
- Patología clínica (anatomía patológica, genética, bioquímica, hematología, inmunología y microbiología y parasitología).

Los sistemas de apoyo son parte relevante del diagnóstico en salud mental ya que existe un número importante de personas que requieren diagnósticos por imágenes para descartar o confirmar patologías de causa orgánica. Por su parte, los exámenes de laboratorio son esenciales en el control de algunos tratamientos farmacológicos.

Se debe organizar la atención de manera eficiente para coordinar la realización de exámenes, procedimientos, controles y consultas con los distintos especialistas y establecimientos de la red de salud general, a fin de dar un enfoque transdisciplinario a la atención y el cuidado, y evitar la mayor cantidad de molestias a las personas usuarias (viajes recurrentes de la persona que requiere atención, especialmente en contextos de ruralidad, alta vulnerabilidad social y/o de difícil acceso y traslado a los centros de salud urbanos)

Estrategias de coordinación con sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico:

- Utilizar protocolos de la red local de salud para acceso a Sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, tanto para la solicitud de horas como para la entrega de resultados.
- Informar a personas usuarias, familia y/o red de apoyo, sobre procedimientos y/o exámenes a realizar, preparación previa, efectos colaterales si existiesen, fecha, hora y lugar donde se efectuará el procedimiento. En caso de procedimientos invasivos, firma de consentimiento informado.
- Organizar los procesos de toma de exámenes y procedimientos con asignación de horas por el sistema.
- Financiar un software para asignación de horas que considere horas para casos de urgencia.

18.2. Servicios farmacéuticos

Los Servicios farmacéuticos entregan el soporte fármaco terapéutico integral a las personas. Buscan dar respuesta para el acceso oportuno de la demanda y necesidades de las personas, sus familias y la comunidad.

Estos servicios deben contar con la conducción de un/a profesional químico/a farmacéutico/a y el apoyo de técnicos en farmacia que tienen la responsabilidad técnica y administrativa sobre insumos y fármacos, especialmente, sobre aquellos medicamentos sujetos a control legal.

Con el fin de garantizar la atención de salud mental en la red, debe existir una coordinación preliminar con todos los actores involucrados para gestionar la prestación y su registro, establecer el financiamiento de los fármacos, definir a los responsables de la emisión de recetas y la continuidad del tratamiento.

Los/as profesionales químicos farmacéuticos (QF) tienen un rol fundamental en el control de los tratamientos farmacológicos de las personas con enfermedad mental. Su presencia en los Centros de Salud Mental Comunitaria representa una oportunidad para su incorporación a los equipos de salud a fin de apoyar en funciones de atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico junto a otras actividades para la correcta gestión del medicamento.

A. Arsenales farmacológicos

El Comité de farmacia y terapéutica es el organismo técnico-asesor en materias relativas a la selección, disponibilidad, uso y utilización de medicamentos e insumos terapéuticos en los establecimientos de la red asistencial de salud pública (definido según la Norma General Técnica N°113)

Este Comité será el encargado de proponer el arsenal farmacológico para el establecimiento de la red de salud de su jurisdicción.

Estrategias para la correcta gestión del Comité:

- Mantener un plan de vigilancia del funcionamiento de otros Comités de farmacia y terapéutica constituidos a nivel de los establecimientos prestadores de servicios de salud de la red.
- La difusión de los arsenales farmacoterapéuticos de los diversos establecimientos de la red.
- Los arsenales ya existentes deben mantener una coherencia para efectos de la derivación de las personas entre los diferentes niveles de atención.
- En el caso de los establecimientos de Atención Primaria de Salud, los arsenales serán regulados por el Comité de farmacia y terapéutica del Servicio de Salud al cual corresponde.

B. Dispensación [108]

Los sistemas de dispensación de fármacos deben garantizar la entrega segura y la conservación de la calidad de los fármacos, el cumplimiento de la farmacoterapia de las personas usuarias y brindarles la información necesaria para el cumplimiento de la indicación médica.

El personal de farmacia debe informar y orientar a las personas usuarias sobre la administración, dosis y uso adecuado del medicamento, así como sobre su interacción con otros medicamentos o alimentos, reacciones adversas y condiciones de conservación; y si es posible, debe proporcionar información adicional como fichas informativas, folletos, trípticos, etc.

Las estrategias consideradas como buenas prácticas de dispensación de medicamentos son las siguientes.

- Lectura crítica de la prescripción.
- Revisar si están completos todos los datos mínimos de la receta para identificar a la persona usuaria, la prescripción/patología y al prescriptor.
- Revisar si el medicamento corresponde al diagnóstico.
- Revisar si la dosis corresponde a las características de la persona usuaria.
- El tiempo del tratamiento corresponde a la patología.
- Verificar que la persona usuaria ha entendido las indicaciones.
- En la dispensación de medicamentos sujetos a control legal se debe cumplir con los requisitos generales de la receta, debiendo someterse a las disposiciones contenidas en el Reglamento de Estupefacientes, Reglamento de Productos Psicotrópicos y demás disposiciones sobre la materia. (Decreto Supremo N° 404 de 1983 del MINSAL, Reglamento de estupefacientes y Decreto Supremo N° 405 de 1983 del MINSAL, Reglamento de Psicotrópicos).

Por tanto:

- La dispensación de medicamentos a las personas se debe efectuar según las disposiciones contenidas en las normativas existentes que rigen para establecimientos: “Normas de funcionamiento de los servicios farmacéuticos en Atención Primaria de Salud” y la Guía de funcionamiento de la atención farmacéutica en los establecimientos pertenecientes al SS.
- En este proceso administrativo, el responsable debe entregar las indicaciones y medicamentos a la persona usuaria si está en condiciones de recibirla, si no a la familia y/o red de apoyo.

C. Atención farmacéutica [108]

El químico farmacéutico puede realizar funciones relativas a la atención farmacéutica (AF), cuyo objetivo es el “buscar, prevenir y resolver problemas relacionados con los medicamentos, para tratar de alcanzar los resultados de salud esperados, y mantener o mejorar la calidad de vida del paciente”.

Esta incluye las siguientes funciones:

1. Seguimiento farmacoterapéutico

Es la práctica clínica de evaluar y monitorizar la terapia farmacológica del usuario de manera continua. Para ello se debe establecer un vínculo entre la persona usuaria y el químico farmacéutico a fin de obtener los mejores resultados clínicos de la farmacoterapia, con decisiones tomadas en conjunto y de manera informada.

Requiere del químico farmacéutico acciones como monitorizar valores clínicos, exámenes de laboratorio y otras herramientas de medición; educar en salud, realizar entrevistas clínicas y trabajar de manera interdisciplinaria con el equipo de salud mental. Para ello, el QF debe trabajar aportando al equipo clínico información relativa al seguimiento de cada persona usuaria, proponiendo y recomendando cambios en los esquemas terapéuticos según sea el caso.

El seguimiento está especialmente orientado a personas usuarias con mayor grado de descompensación, o con alto riesgo asociado a su terapia farmacológica: Polifarmacia, multimorbilidad, entre otros.

2. Asesoría y capacitación al equipo

El químico farmacéutico, como la persona del equipo que más sabe sobre el uso de medicamentos, indicaciones, toxicidad, interacciones, posología y reacciones adversas asociadas, es el llamado a realizar capacitaciones y actualizaciones a todo el equipo de salud y a la comunidad.

3. Farmacovigilancia

Es el conjunto de actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos asociados al uso de los medicamentos. El rol del QF es la detección precoz de efectos secundarios y/o reacciones adversas a medicamentos.

El Instituto de Salud Pública de Chile, mediante el Programa Nacional de Farmacovigilancia, utiliza la notificación espontánea, que consiste en comunicar al profesional de la salud, centro asistencial o titulares de registro sanitario, las sospechas de reacciones adversas a medicamentos de las que éste toma conocimiento, incluidos la dependencia, el abuso, el mal uso y la falta de eficacia. Estas actividades se encuentran en las disposiciones de la Norma General Técnica N°140 sobre el Sistema Nacional de Farmacovigilancia de Productos Farmacéuticos de Uso Humano.

4. Conciliación de tratamientos entre los niveles de atención

Las transiciones entre los distintos nodos y puntos de atención de la red son periodos en que la persona usuaria se encuentra más vulnerable ante errores la prescripción de fármacos. Es por ello que se realiza un proceso formal de conciliación de medicamentos que consiste en comparar los fármacos de uso habitual con los prescritos después de una transición asistencial, con el objetivo de analizar y resolver discrepancias. Es necesario considerar omisiones, duplicidades, posibles interacciones y contraindicaciones. Los errores que sean detectados, si procede, deben ser corregidos y los cambios realizados tienen que ser registrados y comunicados a las personas.

Se recomienda un abordaje sistemático dentro de las organizaciones, asignando un profesional responsable que realice la conciliación de medicamentos en un plazo preestablecido. En el caso de los Centros de Salud Mental Comunitaria, el químico farmacéutico puede participar como consultor experto en la conciliación de tratamiento.

18.3. Sistemas de Información [108]

Los sistemas de información permiten recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar distinto tipo de información referente a salud general o salud mental tanto para fines de diseños de políticas públicas, programas, investigaciones y mediciones de impacto de las acciones de salud, como para conocer la realidad de la red.

A su vez, los sistemas de información favorecen la comunicación entre los distintos nodos y puntos de atención de la red para la entrega de información en el proceso de referencia y contrarreferencia, integrando la información clínica, las intervenciones y acciones realizadas con las personas, familias y comunidades con el objetivo articular un proceso de atención y cuidados integrado. Permiten identificar y superar los nudos críticos en la atención de las personas, a partir de variables de calidad de la atención como: accesibilidad, oportunidad, equidad y continuidad de cuidados y sirven de soporte para el proceso diagnóstico, la emisión de alertas y recordatorios, en la elaboración de Planes de Cuidados Integrales, en la recuperación de la información, en la gestión de procesos clínicos comunitarios y en la coordinación con la red. En resumen, los sistemas de información son esenciales para una buena gestión.

Es responsabilidad del nivel central impulsar sistemas de información alineados con el sistema general de información.

El sistema de información debe contener los siguientes datos:

- Todos los nodos y puntos de atención que componen la red territorial.
- Los nombres de los gestores de horas o de demanda de cada nodo y punto de atención.
- Información sobre los datos para el contacto con cada institución (dirección, teléfono, correo electrónico, página web).
- Las formas de entrada y circulación por la red, criterios de pertinencia (horarios y modalidad de atención de cada nodo y punto de atención).
- Información de la población de acuerdo con el territorio.

A. Necesidades informativas en salud mental [108]

Actores	Necesidades informativas
Personas usuarias con necesidades de atención y cuidados en salud mental.	▸ Información de buena calidad, accesible y comprensible, sobre las estructuras y los procesos de atención y cuidados, y las alternativas existentes. ▸ Privacidad. ▸ Confidencialidad. ▸ Resultados.
Familias y/o grupo primario de apoyo de personas usuarias con necesidades de atención y cuidados en salud mental.	▸ Información de buena calidad, accesible y comprensible, sobre las estructuras y los procesos de atención y cuidados, y las alternativas existentes. ▸ Información sobre roles de la familia y/o red de apoyo en el proceso de atención y cuidados. ▸ Información sobre alternativas de apoyo a la familia y/o grupo primario. ▸ Información sobre los recursos de apoyo disponible para la continuidad de cuidados y la inclusión sociocomunitaria. ▸ Resultados.
Equipos transdisciplinarios.	▸ Plan de Cuidados Integrales (PCI). ▸ Informes clínicos, epicrisis. ▸ Guías terapéuticas. ▸ Procesos de referencia y contrarreferencia. ▸ Recursos disponibles para la atención.
Planificadores, administradores y gestores políticos.	▸ Política y planes de salud mental actuales. ▸ Modelos de gestión de red, de nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental. ▸ Diagnósticos comunitarios y de red local actualizados. ▸ Necesidades de servicios para la población. ▸ Recursos disponibles y brechas para la atención. ▸ Resultados e impacto sanitario.
Intersector	▸ Ministerios de Educación, Desarrollo Social, Deporte, Vivienda, Justicia y otras instancias del Estado como SENAMA, SENAME, etc.

ONG	• Áreas de solapamiento potencial o colaboración con el sector público. • Política y planes de salud mental actuales.
Comunidad	• Modelo de Atención Integral en Salud, Familia y Comunitaria. • Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. • Legislación en salud. • Redes de atención disponibles. • Recursos sociocomunitarios. • Promoción y prevención en salud mental. • Impacto del estigma y auto estigma. • Otros de acuerdo a realidades locales.

Fuente: adaptación de tabla extraída de documento Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud: Planificación, Implementación y Evaluación", Ministerio de Salud [112]

B. Criterios de calidad que deben cumplir los Sistemas de Información en Salud Mental (SISM) [108]

- Que sea una fuente de información precisa y consistente.
- Que ayude a una planificación coherente.
- Que permita la implementación y posterior evaluación de una política.
- Que ayude a los equipos de atención a registrar y supervisar las necesidades de cada persona.
- Que permita informar acerca de las intervenciones integrales que se emplean y su seguimiento, pudiendo así vincularse a la mejora constante de la calidad de la atención entregada.
- Que permita la medición de indicadores.
- Que permita la evaluación de recursos empleados en un determinado nodo y punto de atención.
- Que facilite los procesos de evaluación.
- Que permita a los gestores y equipos de atención tomar decisiones más informadas para mejorar la calidad de la atención.
- Que resguarde la confidencialidad.
- Que permita mantener registros actualizados de las personas en control activo e inasistentes, de manera de realizar el rescate respectivo para asegurar la continuidad del cuidado.
- Que permita desarrollar estrategias locales para disminuir la pérdida de horas.
- Que permita conocer la producción y el rendimiento de cada nodo y punto de atención, cada profesional/técnico, la cantidad de horas programadas, la cantidad de personas programadas para ser atendidas por demanda espontánea, los retrasos en las horas, planificación de vacaciones, etc.

Fuente: adaptación de tabla extraída del documento OMS, Sistemas de Información de Salud Mental (2010) [113]

C. Estrategias y criterios de calidad de los sistemas de apoyo en el Centro de Salud Mental Comunitaria

Estrategia	Criterios de Calidad
Incrementar la capacidad de gestión, de las personas y sus familiares o grupos de apoyo, para demandar y co-construir soluciones frente a eventuales problemas en el proceso de continuidad de atención y cuidados.	- Existen mecanismos de difusión (cartilla, protocolo) sobre el sistema de asignación y utilización de horas, accesible a las personas, familias y comunidades. - Existe señalética de todos los nodos y puntos de atención que componen un territorio.
Usar sistema de mensajes o alarmas que llegan a quienes solicitaron horas, con uno o dos días de anticipación, para evitar la inasistencia de la persona, familia y/o red de apoyo.	Existe sistema de mensajería que avise a las personas acerca de su próxima hora de atención.
Estandarizar procedimientos de farmacia para resguardar la seguridad de las personas usuarias.	- Existe documento donde se describe: almacenamiento, rotulación, prescripción, solicitud de medicamentos, dispensación, devolución de medicamentos y notificación de eventos adversos. - Existe protocolo local de entrega de fármacos a los distintos nodos de la red. - Los equipos reciben actualización de información en esta área.
Asegurar stock mínimo de farmacia por CSMC.	Existencia de sistema de reposición de stock mínimo en unidad de farmacia.
Definir la adquisición de fármacos, de acuerdo a normas técnicas vigentes.	Existe una estructura organizacional de carácter técnico que define la adquisición de medicamentos.

18.4. Sistemas logísticos de las Redes de Atención en Salud [108]

Los sistemas logísticos son soluciones tecnológicas que garantizan una organización racional de los flujos de información, productos y personas en las redes de atención de servicios de salud, permitiendo un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia e intercambios eficientes de productos e informaciones, en todos los nodos y puntos de atención de salud y sistema de apoyo en estas redes.

Para los Centros de Salud Mental Comunitaria los sistemas logísticos a implementar pueden ser:

- **La tarjeta de identificación.** Permite asignar un número de identidad único e incuestionable a cada persona que utiliza el sistema de atención en salud. Vincula la identidad de la persona usuaria con los procedimientos ejecutados, al miembro del equipo que los realizó y centro en que fueron realizados. En nuestro país se utiliza el RUT para articular las atenciones en salud.
- **La ficha clínica** es el instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a la salud de las personas usuarias, a fin de tener registro de la información necesaria en el proceso asistencial de cada persona. Podrá ser electrónica, en papel, o en cualquier otro soporte, siempre que los registros sean completos y se asegure el oportuno acceso, conservación, autenticidad y confidencialidad de los datos.

Toda la información que surja tanto de la ficha clínica como de los estudios y otros documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2º de la ley N°19.628 y el Artículo 12, de la Ley 20.584.

La misma ley 20. 584, señala acerca de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual: la reserva de la información que el profesional tratante debe mantener frente al paciente o la restricción al acceso por parte del titular a los contenidos de su ficha clínica, en razón de los efectos negativos que esa información pudiera tener en su estado mental, obliga al profesional a informar al representante legal del paciente o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre, las razones médicas que justifican tal reserva o restricción.

- **Los sistemas de acceso regulado a la atención de salud** son estructuras operacionales que median la oferta y la demanda por servicios de salud, de manera que el acceso sea racionalizado de acuerdo con grados de riesgos y normas definidas en protocolos de atención de salud y flujos asistenciales. Estos tienen los siguientes objetivos:
 - Organizar el acceso, con foco en la persona, en forma equitativa, transparente y con seguridad.
 - Desarrollar y mantener actualizados los protocolos de atención de salud organizadores del proceso de regulación del acceso.
 - Instrumentalizar y control financiero.
 - Configurar la oferta por centro.
 - Permitir la jerarquización entre las centrales de regulación.
 - Interactuar con otras fuentes o bases de datos.
 - Generar informes operacionales y de gestión.
- **Los sistemas de transporte** tanto de personas usuarias hacia su atención en salud, como de los equipos, del material biológico y de los residuos que generan los servicios. El transporte es central para el acceso de las personas a los servicios de salud, siendo considerado una de las principales barreras para el acceso. El transporte de personas puede ser de urgencia y emergencia o transporte electivo. El apoyo de transporte es un factor muy relevante en el manejo de las urgencias en cualquier nodo o punto de atención.

19. REQUISITOS DE CALIDAD DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN

Nº	Requisitos de Calidad	SÍ	NO
1	El Centro de Salud Mental Comunitaria cuenta con autorización sanitaria vigente.		
2	El Centro de Salud Mental Comunitaria tiene asignado un territorio concordado con la Atención Primaria de Salud.		
3	Las personas usuarias, familiares e instituciones de la comunidad participan en la elaboración y evaluación del plan anual de trabajo del Centro de Salud Mental Comunitaria, y existe constancia por escrito de ello.		
4	Se cuenta con una cartilla de red elaborada y validada con la comunidad, personas usuarias y familiares, que entrega información útil sobre los nodos y puntos de atención que componen la red. Está dirigida a la población y a los equipos de los nodos y puntos de atención de la red.		
5	Existe un Consejo de Participación Ciudadana conformado por representantes de la sociedad civil, personas usuarias y familiares que sesiona de forma regular y vinculado al quehacer del centro.		

6	Existe constancia de que el centro participa en el Consejo Técnico del Servicio de Salud, el que se reúne periódicamente y cuenta con resolución exenta.		
7	El equipo participa, de forma permanente, en las mesas de salud intercultural, tanto comunales como regionales.		
8	Toda persona en proceso de atención y cuidado tiene un carné con información sobre su día, hora, lugar y profesional que le atenderá en su próxima cita.		
9	Existe un sistema de recordatorio de horas, por medio de mensajes o alarmas que llegan a quienes solicitaron turnos, con uno o dos días de anticipación.		
10	Las personas en condición de mayor gravedad/complejidad reciben una atención integrada por parte de los equipos pertinentes.		
11	Existe un sistema de registro y seguimiento riguroso de aquellas madres con enfermedad mental, incorporando el puerperio.		
12	Toda persona egresada del centro es referida a través de un proceso de derivación asistida. Queda registro de ello en la ficha clínica.		
13	Se aplican protocolos de recepción y acogida en el centro, conocidos y validados en toda la red.		
14	Toda persona ingresada al centro tiene asignado un/a gestor/a terapéutico/a y existe registro de ello en la ficha clínica, lo que es informado a la persona usuaria y su familia.		
15	Existe registro en ficha clínica, de las personas y sus familias que pertenecen a pueblos originarios.		
16	Existe un sistema de control de gestión de los recursos, que incorpora el levantamiento de necesidades, la ejecución y evaluación del uso de estos.		
17	Está asegurada la continuidad de tratamiento farmacológico, frente a posibilidad de inasistencia de la persona.		
18	Existe documento donde se describe: adquisición, almacenamiento, rotulación, prescripción, solicitud de medicamentos, dispensación, devolución de medicamentos, reposición de stock mínimo y notificación de eventos adversos, de acuerdo a normas técnicas vigentes.		
19	Existe una evaluación anual de la aplicación de los flujos de atención, o bien, de la evaluación que se realiza en forma inmediata, ante evento adverso de mal funcionamiento. Se aplican planes de mejora.		
20	Existen protocolos de referencia y contrarreferencia con las comunidades de pueblos originarios o poblaciones específicas.		
21	La provisión de servicios está organizada de acuerdo a enfoques de curso de vida, equidad y determinantes sociales.		
22	El centro identifica nudos críticos en el sistema de referencia y contra referencia y aplica soluciones efectivas.		
23	El centro se articula con su red de salud e intersector para desarrollar estrategias de detección precoz e intervención temprana de enfermedades mentales.		
24	El centro utiliza estrategias multisectoriales para promover la salud mental, prevenir las enfermedades mentales y reducir la estigmatización, la discriminación y las violaciones de derechos humanos.		

25	Existe un Programa de Atención Clínica Integral e Intensiva de Salud Mental en Domicilio con criterios consensuados con la red, resguardando la seguridad de la población usuaria y de los equipos.		
26	Existen mecanismos de dispensación farmacéutica en zonas con barreras geográficas de acceso y rurales.		
27	Existe un plan de emergencias y desastres en el centro alineado con la red y normativas vigentes.		
28	Existe un/a coordinador/a de consultorías por territorio y sector del centro de Atención Primaria de Salud y en cada Centro de Salud Mental Comunitaria.		
29	Las consultorías en salud mental se planifican anualmente y se realizan de acuerdo a orientaciones técnicas vigentes.		
30	Toda persona ingresada cuenta con un Plan de Cuidado Integral registrado en ficha clínica.		
31	El equipo tiene acceso a tecnologías de información y comunicación y están capacitados para su uso.		
32	El centro cuenta con personal administrativo con competencias en buen trato al público.		
33	Existe un plan anual de cuidado y capacitación del equipo.		
34	Todo integrante nuevo recibe un proceso de inducción.		
35	Todo el equipo asiste, a un mínimo obligatorio de dos días, a actividades de capacitación u otra definida, cada 6 meses, para mantenerse actualizado en las mejores prácticas.		
36	Existe plan de egreso que contempla el seguimiento y continuidad de cuidados de las personas usuarias y está registrado en ficha clínica.		
37	El centro tiene documento de organización, alineado con normativa vigente.		
38	Existen protocolos para inclusión sociocomunitaria para personas con mayor gravedad complejidad y vulnerabilidad.		
39	El centro tiene identificada y caracterizada la población de forma territorializada, e identificada su demanda atención.		
40	El centro tiene identificados todos los recursos territoriales y comunitarios con los que cuenta, para responder a las necesidades de atención y cuidado de las personas usuarias y familias.		
41	El centro tiene organizados equipos móviles que se desplacen para la atención de poblaciones específicas (población rural, SENAME, comunidades indígenas, escuelas, otros).		
42	El centro tiene información actualizada de los intentos y suicidios consumados entre su población beneficiaria.		
43	El centro participa en las auditorías de los suicidios consumados.		

20. PLAN DE MONITOREO

Indicadores de monitoreo para el Centro de Salud Mental Comunitaria

Tipo indicador	Dimensión de calidad que mide	Nombre indicador	Formato	Fuente de dato	Periodicidad
Proceso	Acceso	% de personas derivadas del primer nivel de atención que cumplen criterios de pertinencia, por rango etario, y sexo	Número de personas derivadas del primer nivel de atención que cumplen criterios de pertinencia por rango etario y sexo X100/ total de personas derivadas del primer nivel de atención Estándar sobre 80%	Registro del sistema de referencia	Trimestral
Proceso	Eficiencia	% de cumplimiento del plan de consultoría por establecimiento del primer nivel de atención, por rango etario y sexo, de acuerdo a Orientaciones técnicas para consultorías en salud mental.	Nº de consultorías efectuadas por establecimiento del primer nivel de atención x100/ Total consultorías planificadas por establecimiento. Estándar sobre 80%	Documento de planificación y de registro de consultorías.	Trimestral
Proceso	Eficiencia	% de personas usuarias que cuentan con plan de cuidado integral registrado en su ficha clínica, por rango etario y sexo.	Nº de personas usuarias que cuenta con plan de cuidado integral registrado en su ficha clínica x100/ Número total personas usuarias Estándar sobre 80 %	Ficha clínica	Trimestral
Proceso	Accesibilidad Responder necesidad de la población	Tasa de personas atendidas de población infanto adolescente	Nº personas menores de 18 años atendidas / población beneficiaria menor de 18 años*1000	Información del Servicio de Salud.	Trimestral
Proceso	Alineación del sistema Continuidad de la atención	% de personas atendidas en el centro y referidas a Hospital de día, por rango etario y sexo.	Nº de personas atendidas en el centro y referidas a Hospital de día x100/ total personas atendidas.	Registros de derivación	Trimestral
Proceso	Alineación del sistema Continuidad de la atención	% de personas atendidas en el centro y referidas a Unidad de Cuidados Intensivos en Psiquiatría desde el CSMC, por rango etario y sexo.	Nº de personas atendidas en el centro y referidas a Unidad de cuidados intensivos en psiquiatría, desde el CSMC x100/ total personas atendidas.	Registros de derivación	Trimestral

Proceso	Oportunidad de la atención	% de personas con pertinencia técnica para ingreso al CSMC que inicien su proceso de atención antes de 7 días desde la evaluación de pertinencia.	Nº de personas con pertinencia técnica que inician su proceso de atención antes de 7 días/ Nº de personas con pertinencia técnica*100 Estándar 90%	Registro del centro	Mensual
Resultado	Responder necesidad de la población	Tasa de personas que cometen suicidios entre la población beneficiaria.	Nº de personas que cometen suicidios/ población beneficiaria *1000 Estándar: tasa año 1/ tasa año 0 <1	Registro del centro Registro SEREMI	Mensual
Resultado	Alineación del sistema Continuidad de la atención	% de personas egresadas por alta terapéutica en atención ambulatoria, según rango etario y sexo	Nº de personas egresadas por alta terapéutica en atención ambulatoria, según rango etario y sexo *100/ total de personas atendidas en el periodo evaluado	Registros REM- DEIS	Trimestral
Resultado	Eficiencia Seguridad Oportunidad de la atención	% de consultorías evaluadas con Pauta de cotejo definida en Orientación Técnica con 12 o más criterios cumplidos.	Numero de consultorías evaluadas con Pauta de cotejo definida en Orientación Técnica con 12 o más criterios cumplidos *100/ Total de consultorías evaluadas con Pauta de cotejo definida en Orientación Estándar 90%	Registro consultorías Informes de evaluación	Trimestral
Resultado	Acceso	Tasa de personas mayores de 18 años con pertinencia técnica, atendidas en el Programa de Apoyo Clínico Integral de Psiquiatría en Domicilio	Nº de personas con pertinencia técnica atendidas en Programa de Apoyo Clínico Integral de Psiquiatría en Domicilio/ Nº de personas con pertinencia técnica *1000	Registro del centro	Trimestral

EQUIPO RESPONSABLE DEL DOCUMENTO. UNIDAD DE SALUD MENTAL, MINISTERIO DE SALUD

Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Alvarado Andrade, Roxana	Psicóloga	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Chacón Sandoval, Susana	Psicóloga Coordinadora Técnica de la Mesa de Trabajo	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Díaz Calderón, Rodrigo	Ingeniero Comercial	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Estrada Jopia, Carla	Periodista	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Narváez Espinoza, Patricia	Enfermera y Matrona Coordinadora Técnica de la Mesa de Trabajo	Departamento Salud Mental, DIPRECE en comisión de servicio en Unidad de Salud Mental, DIGERA.	Ministerio de Salud
Salinas Gallegos, Felipe	Psicólogo	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Santander Cortéz, Ximena	Psicóloga	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Sepúlveda Jara, Rafael	Médico Psiquiatra	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Saldías Vergara, Mónica	Secretaria	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales.	Ministerio de Salud
Valenzuela Azócar, Claudia	Asistente Social	Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud

MESA DE TRABAJO

Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Alfaro Pizarro, Lenka	Trabajadora Social	Encargada de Unidad Salud Mental	Servicio de Salud Coquimbo.
Alvarado Andrade, Roxana	Psicóloga	Unidad de Salud Mental	División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
Aravena, Álvaro	Médico Psiquiatra	Director CESAM San Felipe	Servicio de Salud Aconcagua
Araya Alvarez, María Paz	Psicóloga	Profesional Departamento de Salud Mental	División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL
Artiga, Flor	Médico Psiquiatra	Profesional COSAM Talca	Servicio de Salud Maule
Artiga González, Eduardo	Terapeuta Ocupacional	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Ávila, Carla	Psicóloga	Asesora Salud Mental APS Puente Alto	Municipalidad de Puente Alto
Bustamante Santibañez, Monika	Ingeniero Biomédico	Profesional Departamento Estudios de Preinversión Hospitalaria	División de Inversiones, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
Camplá, Cristóbal	Médico Psiquiatra	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Reloncaví
Campos Muñoz, Álvaro	Psicólogo	Profesional Salud Mental, Departamento de Modelo de Atención Primaria	División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
Carniglia Tobar, Claudia	Terapeuta Ocupacional	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Castro Astete, César	Médico Psiquiatra	Referente Salud Mental	Servicio de Salud O'Higgins
Cerda Lucero, Alicia	Arquitecta	Profesional Departamento Estudios de Preinversión Hospitalaria	División de Inversiones, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
Correa, Magdalena	Terapeuta Ocupacional	Profesional COSAM Ñuñoa	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Fabres Garrido, Paulo	Asistente Social	Director COSAM Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Fernández Cabalín, Cecilia	Psicóloga	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Concepción
Fierro Jordán, Nicolás	Terapeuta Ocupacional	Hospital Barros Luco, Comisión de Servicio Unidad Salud Mental	División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL

Gómez Chamorro, Mauricio	Médico Psiquiatra	Jefe Departamento de Salud Mental	División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL
González Quintana, Eduardo	Psicólogo	Referente Salud Mental	Servicio de Salud O'Higgins
Guerra López, María Isabel	Psicóloga	Directora COSAM Puente Alto	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Gutierrez M., Felipe	Psicólogo	Director COSAM la Florida	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Iribarra Pérez, Paula	Asistente Social	Profesional COSAM Limache	Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota
Jara Gómez, Verónica	Asistente Social	Profesional COSAM Quinta Normal	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Jaramillo, Fabiola	Médico Psiquiatra	Subdirectora de Gestión Asistencial	Servicio de Salud Del Reloncaví
López Fuentes, Ester	Psicóloga	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Arica
Méndez, Viviana	Psicóloga	Directora COSAM Limache	Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota
Narváez Espinoza, Patricia	Enfermera y Matrona Coordinadora Técnica de la Mesa	Unidad de Salud Mental	División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
Navia G., Felipe	Médico Psiquiatra	Director COSAM Talca	Servicio de Salud Maule
Palma San Martín, Julián	Psicólogo	Director COSAM CEIF Puente Alto	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Paredes, Ana	Usuaría		Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Prieto Gajardo, Sebastián	Médico Psiquiatra	Director CESAM Tierras Blancas y Referente Salud Mental	Servicio de Salud Coquimbo
Pumarino Vargas, Marisa	Educadora Diferencial	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Magallanes
Reyes Ruiz, Ángela	Psicóloga	Directora(S) COSAM Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Reyes Pizarro, Juan	Psicólogo	Director COSAM Calama	Servicio de Salud Antofagasta
Riquelme, Alejandra	Psicóloga	Profesional COSAM Conchalí	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Rojas Moreno, Irma	Enfermera	Profesional Departamento de Salud Mental	División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL
Roldán, Cecilia	Médico Familiar	Directora COSAM Ñuñoa	Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Salinas Gallegos, Felipe	Psicólogo	Unidad de Salud Mental	División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
Santander Cortéz, Ximena	Psicóloga	Unidad de Salud Mental	División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
Silva, Cristian	Psicólogo	Director Villa Solidaria ALSINO	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Soto Brandt, Gonzalo	Psicólogo	Profesional Salud Mental, Departamento de Modelo de Atención Primaria	División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
Tabilo Ángel, Jocelyn	Asistente Social	Directora(S) CESAM Las Compañías	Servicio de Salud Coquimbo
Valderrama, Verónica	Psicóloga	Directora COSAM Conchalí	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Valdés, Andrea	Asistente Social	Profesional COSAM Lo Prado	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Valenzuela Azocar, Claudia	Asistente Social	Unidad de Salud Mental	División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
Veliz Fuentes, Horacio	Psicólogo	Director COSAM Quilicura	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Vera Superbi, Cecilia	Médico Psiquiatra	Directora COSAM Buin	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Villane Yáñez, Beatriz	Psicóloga	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Central

COLABORADORES EN LA REDACCIÓN Y EDICIÓN

Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Aravena, Álvaro	Psiquiatra	Director CESAM San Felipe	Servicio de Salud Aconcagua
Fernández, Cecilia	Psicóloga	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Concepción
González, Eduardo	Psicólogo	Referente Salud Mental	Servicio de Salud O´Higgins
Guerra, María Isabel	Psicóloga	Directora COSAM Puente Alto	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Gutierrez, Felipe	Psicólogo	Director COSAM La Florida	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Jara, Verónica	Trabajadora Social	Profesional COSAM Quinta Normal	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
López, Ester	Psicóloga	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Arica
Mendez, Natalia	Psicóloga	Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel	Servicio de Salud Aconcagua
Ortiz, Ana María	Terapeuta Ocupacional	UHCIP, Hospital Barros Luco.	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Palma, Julián	Psicólogo	Director COSAM CEIF Puente Alto	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Prieto, Sebastián	Psiquiatra	Director CESAM Tierras Blancas y Referente Salud Mental	Servicio de Salud Coquimbo
Pumarino, Marisa	Educadora Diferencial	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Magallanes
Reyes, Juan Andrés	Psicólogo	Director COSAM Calama	Servicio de Salud Antofagasta
Silva, Cristián	Psicólogo	Director Villa Solidaria ALSINO	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Valdés, Andrea	Trabajadora Social	Profesional COSAM Lo Prado	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Valderrama, Verónica	Psicóloga	Directora COSAM Conchalí	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Véliz, Horacio	Psicólogo	Director COSAM Quilicura	Servicio de Salud Metropolitano Norte.

COLABORADORES EN ÁREAS ESPECÍFICAS

Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/ Organización
Andrade Uribe, Flora	Enfermera y Psicóloga	Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Docencia DE Pregrado y Postítulo, Universidad de Chile	Universidad de Chile
Améstica Undurraga, María	Enfermera	Enfermera CESAM Paine	Hospital San Luis de Buin, Paine
Arriagada Figueroa, Manuel	Jefe Departamento	División de Gestión y Depto. Calidad y Seguridad de la Atención Desarrollo de las Personas	Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
Castillo Arias, Karina	Asesor Profesional	Departamento de modelo APS	DIVAP - MINSAL
Conejeros Hernandez, Adriana	Enfermera	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Contreras Vásquez, Luis	Enfermero	Académico Escuela de Enfermería Universidad de Santiago de Chile	Universidad de Santiago de Chile
Gamboa Parraguirre, Patricia	Asesor Profesional	Unidad de Fármacos e Insumos	DIGERA - MINSAL
García Vallejos, Gloria	Enfermera	Académica Departamento de Enfermería	Universidad de Chile
González Donoso, Karol	Enfermera	Servicio de Psiquiatría Ambulatorio	Hospital San Luis de Buin
Guerra, Elena	Enfermera	Supervisora Servicio Clínico Corta Estadía	Hospital El Pino
Isla Meneses, Carolina	Asesor Profesional	Unidad de Fármacos e Insumos	DIGERA - MINSAL
Lazcano Garay, Andrea	Enfermera	Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Hospital Psiquiátrico El Peral
López Morales Andrea	Asesor Profesional	Unidad de Fármacos e Insumos	DIGERA - MINSAL
Salas Barría, Lorena	Asesor Profesional	Unidad de Fármacos e Insumos	DIGERA - MINSAL
Valenzuela Saldías, Deborah	Enfermera	Enfermera Clínica UHCE	Hospital Luis Calvo Mackenna

PROFESIONALES, TÉCNICOS Y PERSONAS USUARIAS QUE REVISARON EL DOCUMENTO EN COLOQUIO NACIONAL DESCENTRALIZADO

COLOQUIO SERVICIO DE SALUD ARICA			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Abarca Ayala, Marcela	Trabajadora Social	ESSMA Norte, Infanto Juvenil	Servicio de Salud Arica
Abarca González, Viviana	Trabajadora Social	Reparación DDHH	PRAIS, SDGA
Acevedo Maldonado, Leonardo	Psicólogo	ESSMA Norte, Infanto Juvenil	Servicio de Salud Arica
Acosta Álvarez, Maritza	Psicóloga	CESFAM Víctor Bertín Soto	Municipalidad de Arica
Acuña Rodríguez, Katherine	Técnico	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Antezana Gálvez, Ivonne	Psicóloga	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Astete Méndez, Rodolfo	Presidente Club Adulto Mayor "Renacer"	Sociedad Civil, ESSMA Sur	Club Adulto Mayor Renacer
Ayca Mamani, Elizabeth	Psicopedagoga	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Barrera, Oscar	Psicólogo	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Cáceres I., Carolina	Psiquiatra infanto juvenil	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Carrasco Gutiérrez, Marcela	Psicóloga	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Cousins Hurtubia, Romina	Psicóloga	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Díaz, Sofía	Médico General	ESSMA Norte y Sur	Servicio de Salud Arica
Figuerola A., Benedicta	Representante Agrupación "Luz, Vida y Esperanza"	Sociedad Civil, ESSMA Norte	Agrupación Luz Vida y Esperanza
Gac P., Alexias	Técnico en Rehabilitación	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Gallardo Honores, Natalia	Trabajadora Social	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Gallegos, Elena	Psicóloga	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Garrido, Alejandra	Psicóloga	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Gin Vergara, Viviana	Enfermera	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Godoy, Ana Paulina	Psicóloga	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Gómez, María José	Psicóloga	CESFAM Remigio Sapunar	Municipalidad de Arica
González, Lorena	Psicóloga	CAE- HJNC, Salud Mental	Servicio de Salud Arica

Guajardo, Karin	Psicóloga	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Gutierrez, Karim	Enfermera	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Gutiérrez Fernández, Karim	Psicóloga	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Illanes, Vanessa	Terapeuta Ocupacional	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Letelier Salgado, Carolina	Trabajadora Social	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Madueño I., Irma	Psicóloga	Unidad Rural	Municipalidad de Arica
Martínez, Pablo	Psicólogo	Posta de Salud Rural Codpa	Municipalidad de Camarones
Medina Pérez, Jeannette	Monitora	Hogar Protegido	Servicio de Salud Arica
Meneses, Paolo	Usuario	ESSMA	Servicio de Salud Arica
Meya, Selma	Psicóloga	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Molla, Nancy	Administrativo	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Morean Rodríguez, Jeannette	Psicóloga	CESFAM Amador Neghme	Municipalidad de Arica
Muñoz, Andrea	Psicóloga	CESFAM Eugenio Petriccelli	Municipalidad de Arica
Nikolay Salfate, Mónica	Ex Usuaría	ESSMA Sur, Integrante Grupo Autoayuda	Servicio de Salud Arica
Núñez Soto, Sofía	Trabajadora Social	ESSMA Norte, Salud Mental Adicciones	Servicio de Salud Arica
Olmedo Gutiérrez, Carmen	Psicóloga	ESSMA Norte, Infanto Adolescente	Servicio de Salud Arica
Oróstica Chacón, Álvaro	Administrativo	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Osorio Godoy, Cristian	Psiquiatra	ESSMA Sur, UPFT	Servicio de Salud Arica
Quiroz Aravena, Carla	Coordinadora	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Rojas Escobar, Ma Alejandra	Psicóloga	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Rivas, Lara	Trabajadora Social	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Santander Carvajal, Johana	Coordinadora	Residencia	Servicio de Salud Arica
Toro C., Patricia	Administradora	Hogar Residencia Protegida	Residencia Protegida N° 2
Tacussis, Zvi	Psicólogo	Unidad Salud Mental	Servicio de Salud Arica
Toro Herrera, Claudio	Trabajador Social	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Torres Millas, Luz	Psicóloga	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Vela Jara, Norka	Enfermera	Hospital de Día	Servicio de Salud Arica

Verdugo V. Nataly	Terapeuta Ocupacional	ESSMA Norte	Servicio de Salud Arica
Videla Buguño, Cristian	Trabajador Social	ESSMA Sur, UPFT	Servicio de Salud Arica
Vizcarra Navarro, Bárbara	Técnico en Enfermería	Posta de Salud Rural Visviri	Municipalidad de General Lagos
Yampara G, Sara	Presidenta Agrupación "Delfines del Sol"	Sociedad Civil, ESSMA Sur.	Delfines del Sol
Zuleta Iribarren, Lorenzo	Terapeuta Ocupacional	ESSMA Sur	Servicio de Salud Arica
Zuñiga, Francisco	Psicólogo	CESFAM Iris Veliz Hume	Municipalidad de Arica
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD IQUIQUE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Ara, Horacio	Dirigente	ACOSI	ACOSI
Bahamondes, Yocelyn	Psicóloga	CESFAM "Dr. Pedro Pulgar"	Municipalidad de Alto Hospicio
Barraza Vicencio, Javier	Terapeuta Ocupacional	UHCIP adolescente en medio privativo de Libertad.	Centro de Internación Provisoria/ Centro de Régimen Cerrado
Benavides, Diana	Psicóloga	CESFAM "Cirujano Aguirre"	Corporación Municipal de Desarrollo Social Iquique
Beyzaga, Boris	Psicólogo	CESFAM "Cirujano Guzmán"	Corporación Municipal de Desarrollo Social Iquique
Campos, Brígida	Dirigente agrupación	Nueva Vida	Agrupación Nueva Vida
Campos, Cristian	Psicólogo	CESFAM "Dr. Pedro Pulgar"	Municipalidad de Alto Hospicio
Castro Oporto, Jorge	Médico	COSAM "Dr. Salvador Allende"	Servicio de Salud Iquique
Cortés, Cristian	Terapeuta Ocupacional	SENADIS	SENADIS
Espejo Tarraga, Nury	Psicóloga	COSAM "Dr. Salvador Allende"	Servicio de Salud Iquique
Flores, Basilio	Psicólogo	COSAM "Dr. Salvador Allende"	Servicio de Salud Iquique
Flores Duarte, Susana	Psiquiatra	Hospital Diurno Adulto COSAM Allende	Servicio de Salud Iquique
Francia, Juan	Psicólogo	Salud Mental	SEREMI de Salud Tarapacá
Fuentealba, Lorenzo	Trabajador Social	COSAM Dr. Jorge Seguel	Servicio de Salud Iquique

Gese, María Alejandra	Enfermera	UHCHIP Adultos	Hospital Regional Dr. Ernesto Torres Galdames
González, Rodrigo	Psicólogo	Coordinador consejeros técnicos	Tribunal de familia de Iquique
Ibáñez, Fabiola	Socióloga	Referente Tratamiento e Inclusión social.	SENDA
Jaramillo Bravo, Javiera	Médico	COSAM Dr. Enrique Paris CGR Huara	Servicio de Salud Iquique
Lagos, Angélica	Terapeuta Ocupacional	Hospital de Día del Adulto	Hospital Regional Dr. Ernesto Torres Galdames
Quilodrán, Alicia	Psicóloga	CESFAM Dr. Héctor Reyno, Alto Hospicio	Servicio de Salud Iquique
Rojas, Marco	Psicólogo	CESFAM Cirujano Aguirre.	CORMUDES Corporación Municipal de desarrollo social de Iquique
Romero, Rodrigo	Psicólogo	CESFAM SUR	CORMUDES Corporación Municipal de desarrollo social de Iquique
Ruz, Rodrigo	Psicólogo	COSAM Dr. Jorge Seguel	Servicio de Salud Iquique
Salinas, Vicente	Médico	CESFAM Dr. Héctor Reyno Alto Hospicio	Servicio de Salud Iquique
Santander, Fernanda	Enfermera	COSAM Dr. Jorge Seguel	Servicio de Salud Iquique
Tomé, Mónica	Psicóloga	UHCIP Adultos Hospital de Día del Adulto	Hospital Regional Dr. Ernesto Torres Galdames
Valdebenito, Berta	Terapeuta Ocupacional	Hospital Diurno Adolescente	Servicio de Salud Iquique
Valdés, Rubén	Dirigente	ACOSI	ACOSI
Vargas, José	Psicólogo	CESFAM Cirujano Videla	CORMUDES Corporación Municipal de desarrollo social de Iquique
Vásquez, Ximena	Trabajadora Social	COSAM Dr. Enrique Paris	Servicio de Salud Iquique
Vergara, José	Psicólogo	COSAM Dr. Enrique Paris	Servicio de Salud Iquique
Vicencio, Andrés	Psicólogo	CESFAM Juan Marqués Vizmarra	Municipalidad de Pica
Zarricueta, Mario	Dirigente agrupación	Nueva Vida	Agrupación Nueva Vida
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Álvarez M., Alejandro	Psicólogo	Gestión Clínica COSAM Norte	Servicio de Salud Antofagasta

Aravena, Carlos	Psiquiatra	COSAM Sur	Servicio de Salud Antofagasta
Astudillo A., Juan	Psicólogo	Salud Pública	SEREMI de Salud Antofagasta
Heredia Báez, Osvaldo	Psicólogo	Gestión Clínica COSAM Central	Servicio de Salud Antofagasta
Kobbert M, Myrna	Presidenta	Adsalum Afta, Corfausam	Hospital Regional Antofagasta
Poblete, Andrés	Psicólogo	Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Antofagasta
Núñez, Gina	Asistente Social	Gestión Clínica COSAM Sur,	Servicio de Salud Antofagasta
Rade, Jasna	Asistente Social	Gestión Clínica COSAM Sur,	Servicio de Salud Antofagasta
Reyes, Juan Andrés	Psicólogo	Gestión Clínica COSAM Calama	Servicio de Salud Antofagasta
Siglic T. Patricia	Asistente Social	Gestión de Redes Unidad Salud Mental	Servicio de Salud Antofagasta
Vega M., Alejandro	Psicólogo	Gestión Clínica COSAM Sur, Antofagasta	Servicio de Salud Antofagasta

COLOQUIO SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Adaro, Linzhey	Asistente Social	Gestión Clínica	CESAM Punta Mira
Alfaro, Patricia	Psicóloga	Encargada Area Protección SENAME Regional	SENAME
Alfaro Pizarro, Lenka	Asistente Social	Unidad Salud Mental	Servicio de Salud Coquimbo
Bonilla, Maritza	Asistente Social	Gestión Clínica	CESFAM San Juan
Chaló, Alejandra	Enfermera	Gestión Clínica	CESAM Punta Mira
Chávez, Claudia	Asistente Social	Gestión Clínica	Hospital de Coquimbo
Chilaupa C., Susana	Enfermera	Gestión Clínica	CESAM Las Compañías
Durand, Juan	Psicólogo	Gestión Clínica	CESAM Las Compañías
Durán, Leticia	Asistente Social	Gestión Clínica	CESAM Las Compañías
Gallardo, Catherine	Técnico en Enfermería	Gestión Clínica	CESAM Illapel
Garce, Dina	Usuaría	Agrupación de familiares	Agrupación Fuerza y Voluntad
Garín, Fernanda	Enfermera	Gestión Clínica Infante Juvenil	Hospital Coquimbo
Gremain, Loraine	Psicóloga	Gestión Clínica, APS	CESFAM Tierras Blancas, Coquimbo.

Iribarra, Rodrigo	Psiquiatra	Gestión Clínica, Coordinador	CESAM Las Compañías
Jamett, Maritza	Terapeuta Ocupacional	Gestión Clínica, Coordinadora Hospital Día Coquimbo	Hospital de Coquimbo
Levi, Rosa	Psicóloga	Referente Unidad Salud Mental	Servicio de Salud Coquimbo
Maturana, Rodrigo	Psicólogo	Encargado Area Tratamiento	SENDA Regional
Montecinos B., Jean	Psicólogo	Gestión Clínica, Coordinador.	CESAM Punta Mira
Muñoz, Giovana	Psicóloga	Gestión Clínica	CESAM Illapel
Muñoz, Mariela	Asistente Social	Gestión Clínica	CESAM Ovalle
Norambuena, Gladys	Terapeuta Ocupacional	Gestión Clínica, Coordinadora	CESAM Ovalle
Olivares, Beatriz	Asistente Social	Encargada Salud Mental	SEREMI de Salud Coquimbo
Oñederra C., Paula	Terapeuta Ocupacional	Gestión Clínica	CESAM Las Compañías
Opazo, Daniela	Psicóloga	Gestión Clínica	CESAM Ovalle
Orozco, Sonia	Usuaria	Agrupación Familiares	CESAM Ovalle
Paz S., Patricia	Enfermera	Gestión Clínica, Coordinadora Hospital día Infanto	Hospital de Coquimbo
Pol Orellana, Noemí	Psicóloga	Gestión Clínica, Coordinadora.	CESAM Tierras Blancas
Ramos, Fernanda	Enfermera	Gestión Clínica	CESAM Las Compañías
Rojo Medina, Carolina	Asistente Social	Gestión Clínica	CESAM Illapel
Salas, Alberto	Psiquiatra	Gestión Clínica, Encargado CESAM Hospital San Pablo Coquimbo	Hospital de Coquimbo
Tapia, Vilma	Trabajadora Comunitaria	Salud Mental	Programa Ecológico Multifamiliar
Trujillo S., Eric	Practicante Psicología	Gestión Clínica	CESAM Las Compañías
Valdés, Carmen Gloria	Psicóloga	Gestión Clínica	CESAM Las Compañías
Zenteno, Maria Olga	Psicóloga	Gestión Clínica	CESAM Tierras Blancas
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Apablaza Rojas, Paulina	Psicóloga	CESAM	CESAM La Calera
Barrera Montes, Paulina	Psicóloga	Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota

Bastías Castillo, Eduardo	Médico	Profesional CESAM Limache	Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota
Cardemil Podestá, Carolina	Psicóloga	Programa Salud Mental Integral en APS.	CESFAM Olmué
Contardo Guerra, Brígida	Psicóloga	Profesional CESAM Limache	Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota
Dagnino Brito, Ana María	Psicóloga	Salud Mental	Hospital La Calera
Dodero Barría, Enzo	Psicólogo / Jefe Programa	Programa Salud Mental Integral en APS.	CESFAM Olmué
Gamboa Gamboa, Andrea	Asistente Social	Unidad Clínica de Salud Mental	Hospital Dr. Gustavo Fricke
Hernández Cortés, Patricia	Asistente Social	Programa Salud Mental Integral en APS.	CESFAM Concón
Herrera Morales, Andrea	Asistente Social	CESAM	CESAM La Calera
Iribarra Pérez, Paula	Asistente Social	Profesional CESAM Limache	Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota
Jeldes Inostroza, Marisol	Asistente Social	Unidad Clínica de Salud Mental	Hospital Dr. Gustavo Fricke
Leal Corvalán, María Elena	Enfermera	CESAM	CESAM La Calera
Leiva Munizaga., Carla	Coordinadora	Hospital de Día Psiquiatría Adultos	Hospital de Quilpué
López Maldonado, Paloma	Terapeuta Ocupacional	CESAM	CESAM Concón
Martínez Suazo, Germán	Psicólogo	Profesional CESAM Limache	CESAM Limache SS Viña del Mar Quillota
Méndez Ortiz, Viviana	Psicóloga / Directora	Directora CESAM Limache	CESAM Limache SS Viña del Mar Quillota
Muñoz Fernández, Emmanuel	Psicólogo / Director	CESAM	CESAM La Calera
Muñoz Seguel, Paulina	Médico Psiquiatra / Jefe Unidad	Unidad Clínica de Salud Mental	Hospital Dr. Gustavo Fricke
Ordoñez Vega, Gabriela	Asistente Social / Directora	CESAM	CESAM Concón
Ortega Gómez, Hugo	Médico Psiquiatra / Jefe Unidad	Unidad Clínica de Salud Mental	Hospital Quilpué
Ortúzar Cueto, Pía	Psicóloga	CESAM	CESAM Concón
Pavez Gálvez, Elizabeth	Asistente Social	CESAM	CESAM La Calera
Robles Reyes, Daniela	Terapeuta Ocupacional	Profesional CESAM Limache	Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota

Rojas Masso, Patricio	Psicólogo	Programa Salud Mental Integral en APS.	CESFAM Concón
Sáez Pavez, Gabriel	Psicólogo	CESAM	CESAM Concón
Sagredo Gutiérrez, Karen	Enfermera	CESAM	CESAM Concón
San Martín Tapia, Andrés	Médico Psiquiatra	Unidad Clínica de Salud Mental	Hospital San Martín de Quillota
Silva Godoy, Viviana	Asistente Social	Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota
Tirado Silva, Juan Esteban	Psicólogo /Jefe Unidad	Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota
Torres Ulloa, Enzo	Técnico en Rehabilitación	CESAM	CESAM Concón
Urquieta Carrasco, Paola	Antropóloga	Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota
Vigueras Lobos, Conny	Enfermera	Profesional CESAM Limache	CESAM Limache SS Viña del Mar Quillota

COLOQUIO SERVICIO DE SALUD VALPARAISO – SAN ANTONIO

Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Aguilera R., Claudia	Psicóloga	Equipo Salud Mental	SEREMI de Salud
Cisternas Bórquez, Hellen	Psicóloga	Asesora Interculturalidad En Salud (Pueblos Indígenas Y Migrantes)	Sub departamento Participación Social, Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Contreras Lemus, Victoria	Psicóloga	Gestora de Tratamientos	SENDA
De La Maza Palacios, Rafael	Psicólogo	Dirección	Hospital Psiquiátrico Del Salvador
Duarte Varas, Valentina	Asistente Social	Unidad de Infanto Juvenil	Hospital Psiquiátrico Del Salvador
Farías Cerda, Blanca	Terapeuta Ocupacional	Equipo De Salud	CESFAM Plaza Justicia
García Abbott, Matías	Psicólogo	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Jeria Madrid, Karen	Psicóloga	Equipo Salud Mental	CESFAM Jean Y Marie Thierry
Jiménez Troncoso, Álvaro	Psicólogo	Dirección	CESFAM Plaza Justicia
Larraín, María Jesús	Psicóloga	Encargada De Salud Mental	Hospital Claudio Vicuña
Meneses, María Eugenia	Psicóloga	Unidad Infanto – Juvenil	Hospital Psiquiátrico Del Salvador
Muñoz Martínez, Francisco	Psicólogo	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio

Nova Castillo, Pamela	Psicóloga	Equipo Salud Mental	CESFAM Jean Y Marie Thierry
Olivares Merino, Francisco	Psicólogo	Gestor De Tratamientos	SENDA
Reyes San Martin, Camila	Psicóloga	Encargada De Salud Mental	SEREMI de Salud
Solís Araya, Camila	Psicóloga	Dirección	Centro De Salud Mental Comunitaria, Comuna de Valparaíso
Torres Cortés, Loreto	Psicóloga	Profesional Dirección	SENADIS
Valenzuela, María Pía	Psicóloga	Encargada Programa De Salud Mental	CESFAM Las Cañas
Zamora Rojas, Carlos	Psicólogo	Jefatura	Sub departamento Participación Social Servicio de Salud Valparaíso San Antonio

COLOQUIO SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA

Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Aburto, Norma	Médica psiquiatra	Salud mental adulto	CESAM
Acevedo, Emilio	Psicólogo	Psicólogo sector CESFAM	CESFAM San Felipe del real
Acevedo G., Daniela	Psicóloga	Psicóloga CHCC	Hospital San Juan de Dios de los Andes
Allen, Jorge	Psicólogo	Psicólogo sector CESFAM	CESFAM Dr. Segismundo Iturra t., San Felipe
Alvarez v., Margarita	Psicóloga	Psicóloga sector CESFAM	CESFAM Dr. Segismundo Iturra t., San Felipe
Apablaza O., Ana Maria	Consejo de desarrollo	Representante comunidad	CESFAM Cordillera Andina
Aravena, Álvaro	Médico psiquiatra	Jefe CESAM	CESAM
Araya Godoy, Patricia	Psicóloga	Encargada salud mental - psicóloga sector CESFAM	CESFAM Cordillera Andina
Camerati S., Claudia	Jefa depto. Gestión hospitalaria	Gestión hospitalaria	Servicio Salud Aconcagua
Campos M., Jesús	Psicóloga	Psicóloga sector CESFAM - psicóloga municipio	CESFAM Rinconada
Canales M, Ricardo	Psicólogo	Jefe técnico CESAM - salud mental Infanto-juvenil	CESAM
Contreras Calderón, Luis	Ingeniero	Jefe(s) SOME	CESAM
Covarrubias F., Tomas	Psicólogo	Psicólogo apoyo salud mental hospital	Hospital San Juan de Dios de los Andes

Errecarte, M. Beatriz	Enfermera	Enfermera – referente notificación intentos suicidio	Hospital San Antonio de Putaendo
Espinosa Collado, Roberto	Psicólogo	Encargado salud mental –psicólogo sector CESFAM	CESFAM Pedro Aguirre Cerda
Fuentes B., M. Patricia	Enfermera	Transversal CESAM	CESAM
Gajardo R., Miriam	Psicóloga	Psicóloga sector CESFAM	CESFAM Curimon
Herrera C., Ingrid	T. Ocupacional	Salud mental infanto-adolescente	CESAM
Herrera M. Paulina	Psicóloga	Psicóloga sector CESFAM	CESFAM cordillera andina, Los Andes
Herrera S., Naysa	Psicóloga	Encargada salud mental –psicóloga sector CESFAM	CESFAM Llay Llay
Herrera Severín, Matías	Psicólogo	Salud mental Infanto-adolescente CESAM	CESAM
Ibaceta Farías, Osvaldo	Médico psiquiatra infantil	Salud mental infanto-adolescente CESAM	CESAM
Ibaceta Vicencio, Ángel	Asistente social	Programa acompañamiento	CESFAM Centenario
Labrín, Mario	Asistente social	Coordinador Centro Demencia	CESAM
Lazcano Flores, Lea	Presidenta Junta de vecinos y Codelo	Representante comunidad	CESFAM Dr. Jorge ahumada, Santa María
Lazo M., Inés	Asistente social	Trabajo social hospital	Hospital San Camilo de San Felipe
Lolas M., Salma	Psicóloga	Psicóloga sector CESFAM	CESFAM Dr. Jorge Ahumada Lemus
Maldonado, Fabiola	Presidenta Codelo	Representante comunidad	CESFAM Panquehue
Maldonado G., Maricel	Asistente social	Salud mental adultos	CESAM
Mardones, Rodrigo	Químico farmacéutico	Farmacia y apoyo gestión	CESAM
Marín S., Liliana	Psicóloga	Salud mental adulto	CESAM
Martínez, Soledad	Médica Psiquiatra	Salud mental adulto	CESAM
Maturana, Marta	Médico psiquiatra	Salud mental infanto-adolescente	CESAM
Medina, Susan	Médico	Médico sector CESAM	CESFAM Llay Llay
Montanares I., Cristina	T. Ocupacional	Salud mental adulto CESAM	CESAM
Morales Diaz, Enzo	Ing. Informático	SOME CESAM	CESAM

Olguín c., Benjamín	Psicólogo	Encargado salud mental – psicólogo sector CESFAM	CESFAM Dr. Jorge ahumada, Santa María
Oneto, Silvanna	Psicóloga	Psicóloga sector CESFAM	CESFAM San Esteban
Pallero v., Daniela.	Psicóloga	Encargada salud mental – psicóloga sector CESFAM	CESFAM Panquehue
Retamal Garrido, Jaime	Médico psiquiatra	Director hospital	Hospital Dr. Philippe Pinel de Putaendo
Reyes Muñoz, Walter	Psicólogo	Psicólogo sector CESFAM	CESFAM Dr. Eduardo Raggio L., Catemu
Reyes Reyes, Juan Esteban	Psicólogo	Psicólogo sector CESFAM	CESFAM Dr. Jorge ahumada l., Santa maría
Riquelme, Elizabeth	Asistente social	Asistente social CESAM	CESFAM San Esteban
Sepúlveda, M. Angelica	Presidenta Posenddia	Representante comunidad	CESFAM Panquehue
Silva Gallardo, Freddy	Psicólogo	Coordinador Paris	CESAM
Soto P, Luis	Psicólogo	Psicólogo apoyo salud mental hospital	Hospital San Francisco de Llay Llay
Toledo, Mariela	Representante comunidad	Representante comunidad	CESFAM Pedro Aguirre Cerda, calle larga
Valderas G., Denise	Psicóloga	Encargada salud mental – psicóloga	CESFAM San Esteban
Vásquez Lucero, Carolina	Asistente social	Asistente social	CESFAM Panquehue
Villaseca Lucero, Carolina	Psicóloga	Encargada salud mental servicio de salud	Servicio de Salud Aconcagua
Zuñiga, Mariannela	Asistente social	Asistente social PRAIS – salud mental infanto juvenil	CESAM

COLOQUIO SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS

Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Alegre Navas, Karen	Médico, Encargada Salud Mental	Hospital De Graneros	Servicio De Salud O'Higgins
Antileo Iturra, Paula	Asistente Social Coordinadora COSAM 1	COSAM, Hospital De Rancagua	Servicio De Salud O'Higgins
Aranguiz Pino, Yovana	Enfermera Coordinadora COSAM Doñihue	COSAM Doñihue, Hospital De Rancagua	Servicio De Salud O'Higgins
Arenas, Lorenzo	Psicólogo	CTA La Brújula, Cormún Rancagua	Servicio De Salud O'Higgins
Ávila Castro, Fernando	Psicólogo	Chimbarongo	Servicio De Salud O'Higgins
Avilés C., Daniela	Asistente Social	Hospital Coinco	Servicio De Salud O'Higgins

Carrasco Castro, Ana	Asistente Social	Centro Diurno Demencia	Servicio De Salud O'Higgins
Castro Astete, César	Psiquiatra, Jefe Unidad De Salud Mental	Unidad De Salud Mental	Servicio De Salud O'Higgins
Celis Aguilera, Daniela	Asistente Social	Nancagua	Servicio De Salud O'Higgins
Chávez Paredes, Mónica	Presidenta Agrupación Autoayuda	Hospital De Peumo	Servicio De Salud O'Higgins
Collado R., Aurora	Psicólogo	Centro Diurno Demencia	Servicio De Salud O'Higgins
Díaz Fernández, Sonia	Psicólogo	CESFAM Quinta De Tilcoco	Servicio De Salud O'Higgins
Droguett, Darko	Asistente Social	COSAM 1, Hospital De Rancagua	Servicio De Salud O'Higgins
Fuenzalida Droguett, Claudia	Asistente Social	Rancagua, CESFAM 1	Servicio De Salud O'Higgins
Gómez Mora, Alejandro	Psicólogo Jefe Unidad De Salud Mental	Hospital San Fernando	Servicio De Salud O'Higgins
González Quintana, Eduardo	Psicólogo, Asesor Unidad De Salud Mental	Dirección Servicio De Salud O'higgins, Rancagua	Servicio De Salud O'Higgins
Gutiérrez Fuentes, Fernando	Psicólogo, Jefe Unidad De Salud Mental	Hospital De Rengo	Servicio De Salud O'Higgins
Hernández Aravena, María Soledad	Psiquiatra, Jefa CSMC	CSMC, Hospital De Santa Cruz	Servicio De Salud O'Higgins
Honores Morales, Mariela	Enfermera Coordinadora	Centro Diurno Demencia	Servicio De Salud O'Higgins
Krause, Mariella	Psicólogo	Hospital De Graneros	Servicio De Salud O'Higgins
Milategua C., Julia	Psicólogo, Encargada Salud Mental	CESFAM De Palmilla	Servicio De Salud O'Higgins
Mujica Matas, Alejandro	Psicólogo	Santa Cruz, CESFAM	Servicio De Salud O'Higgins
Muñoz Veliz, Lucia	Asistente Social	Graneros	Servicio De Salud O'Higgins
Parra López, Claudia	Psicóloga	CSMC, Hospital De Santa Cruz	Servicio De Salud O'Higgins
Pérez Madrid, Macarena	Asistente Social Coordinadora COSAM 2	COSAM 2, Hospital De Rancagua	Servicio De Salud O'Higgins
Prieto M., Pamela	Enfermera	COSAM 1, Hospital De Rancagua	Servicio De Salud O'Higgins
Ramírez Ortiz, Alex	Psicólogo	Rengo	Servicio De Salud O'Higgins

Ramírez R., Andrea	Psicólogo	Hospital Pichilemu	Servicio De Salud O'Higgins
Raiteri Flores, Juan	Psicólogo Jefe Unidad De Salud Mental	Hospital De Rancagua	Servicio De Salud O'Higgins
Salvatierra Afandi, María Cristina	Asistente Social	Hospital De Peumo	Servicio De Salud O'Higgins
Sánchez Bravo, Enrique	Psicólogo	CTA, Hospital De Graneros	Servicio De Salud O'Higgins
Sanhueza, Pablo	Psicólogo	Hospital De Graneros	Servicio De Salud O'Higgins
Valdivia Molina, Sabina	Asistente Social, Asesor Unidad De Salud Mental	Dirección Servicio De Salud O'Higgins, Rancagua	Servicio De Salud O'Higgins
Yáñez Contreras, Ana Gabriela	Asistente Social	CSMC, Hospital De Santa Cruz	Servicio De Salud O'Higgins
Zamorano Troncoso, María Pía	Psicólogo, Asesor Unidad De Salud Mental	Dirección Servicio De Salud O'Higgins Rancagua	Servicio De Salud O'Higgins

COLOQUIO SERVICIO DE SALUD MAULE

Personas que colaboraron en la elaboración de este documento

Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Abarca V, Gabriel	Psicólogo	COSAM	COSAM Talca
Albornoz F., Lucía	Trabajadora Social	COSAM	COSAM Talca
Artiga P., Flor	Médico	COSAM	COSAM Talca
Ávila C., Víctor	Psicólogo	COSAM	COSAM Talca
Castillo, Ruth	Enfermera	COSAM	COSAM Talca
Díaz A., Carola	Psicóloga	COSAM	COSAM Linares
Días R., Patricia	Trabajadora Social	COSAM	COSAM Linares
Espinoza E., Aída	Psicóloga	APS	CESFAM Cerro Alto
Leiva P., Jorge	Psicólogo	COSAM	COSAM Talca
Mautesa, Claudia	Psicóloga	COSAM	COSAM Linares
Navia G., Felipe	Médico	COSAM	COSAM Talca
Ormazábal, Marcela	Psicóloga	COSAM	Servicio de Salud Maule
Orrego, Martín	Psicólogo	COSAM	COSAM Linares
Santibáñez G, Roberto	Terapeuta Ocupacional	COSAM	COSAM Linares
Sepúlveda, María de los Ángeles	Psicóloga	Coordinadora	COSAM Linares
Yáñez A., María Teresa	Trabajadora Social	COSAM	COSAM Talca

COLOQUIO SERVICIO DE SALUD ÑUBLE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Ávila, Sofía	Psicóloga	Encargada Programa de Salud Mental	CESFAM Ultra estación
Balmaceda, Loreto	Asistente Social	Programa Salud Mental	HCSF El Carmen
Burgos, Tihare	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Nivel de especialidad	Unidad de Adicciones CADEM
Ferrada, Jessica	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	CESFAM Quinchamalí
Ferrada, Tamara	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	HCSF Bulnes
Garcés, María José	Psicóloga	Programa Salud Mental	HCSF Coelemu
Gutiérrez, Daniel	Psicólogo	Programa Salud Mental	HCSF Yungay
Marín, Ximena	Médico general	Encargada Programa Salud Mental	CESFAM Sol de Oriente
Manríquez, Claudia	Psicóloga	Referente del Programa Salud Mental	Servicio de Salud Ñuble
Mena, Claudia	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	CESFAM los Volcanes
Morales, Lorena	Usuaría	Agrupación de Familiares y Usuarios	Agrupación de Familiares y Usuarios APROE
Morales, Ricardo	Médico Psiquiatra	COSAM San Carlos; Hospital Clínico Herminda Martín; Asesor Programa Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Ñuble
Muñoz, Gabriela	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	CESFAM Coihueco
Navarrete, Daniel	Psiquiatra Adulto / Jefe Servicio de Psiquiatría	Salud Mental Nivel Terciario	UHPCE del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán
Navarrete, Nicole	Psicóloga	Referente del Programa Salud Mental	Servicio de Salud Ñuble
Núñez, Claudio	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental	CESFAM San Ramón Nonato
Opazo, Guillermo	Médico general	Encargado Programa SM	CESFAM Violeta Parra
Perales Zambrano, Lorena	Psicóloga	Salud Mental Nivel de especialidad	Unidad de Adicciones CADEM
Quezada, Claudia	Médico Psiquiatra Infanto juvenil	COSAM San Carlos; Hospital Clínico Herminda Martín; Asesora Programa SM	Servicio de Salud Ñuble

Quijada, María Angélica	Asistente Social/ Directora COSAM Chillán	Salud Mental Nivel de especialidad; Coordinadora Comunal de Salud Mental APS; DESAMU Chillán	COSAM Chillán
Riquelme, Marcela	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	CESFAM Isabel Riquelme
Uribe, Aida	Usuaria	Agrupación de usuarios y familiares COSAM Chillán	COSAM Chillán
Vega Cuesta, Rodrigo	Psicólogo	Salud Mental Nivel de especialidad	Unidad de Adicciones CADEM
Venegas, Camila	Psicóloga	Encargada Programa Salud Mental	CESFAM San Fabián
Vera Moraga, Gabriela	Psicóloga	Salud Mental Nivel de especialidad	Unidad de Adicciones CADEM
Vergara, Dorka	Enfermera / Coordinadora Hospital de Día	Salud Mental Nivel de especialidad	Hospital de Día Chillán
Vigneau, Guillermo	Psicólogo	Encargado Programa Salud Mental	CESFAM Ninhue
Yévenes Soto, Pilar	Trabajadora Social / Coordinadora de Centro	Salud Mental Nivel de especialidad	Unidad de Adicciones CADEM
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD CONCEPCION			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Abarca Aguilar, José	Usuario	Agrupación Usuarios	Agrupación Los Derrepente
Agurto Ortiz, Marcelo	Usuario	Agrupación Usuarios	Agrupación Reluze
Andrade Chandia, Jacqueline	Trabajadora Social	Salud Mental	Servicio de Psiquiatría, Hospital Guillermo Grant Benavente
Arriagada Fuentealba, Alejandra	Trabajadora Social	Salud Mental	Centro Terapéutico Anun
Arriagada Osorio, Cristian	Psicólogo	Programa Salud Mental	Hospital Lota
Badilla Olivares, Bárbara	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Carlos Pinto
Bahamondes Araneda, Sandra	Asistente Social	Programa de Salud Mental	Servicio Salud Concepción
Barahona Matus, Juan Carlos	Asistente Social	Salud Mental	Centro Salud Mental Comunitaria Lota
Campos García, Jorge	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM San Pedro De La Costa

Cantín Caro, Viviana	Asistente Social	Programa de Salud Mental	Servicio Salud Concepción
Carrasco Maldonado, M. Pilar	Enfermera	Encargada IAAPS	Servicio Salud Concepción,
Chacur Kiss, Karima	Psicóloga	Hospital Día	Hospital Guillermo Grant Benavente
Contreras Lobos, Henry	Asistente Social	Salud Mental	Centro Salud Mental Comunitaria Coronel
Ebner Gerschberg, Daisy	Médico Psiquiatra	Programa de Salud Mental	Servicio Salud Concepción
Fernández Cabalín, Cecilia	Psicóloga	Programa de Salud Mental	Servicio Salud Concepción
Gangas Mardones, Felipe	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental	Centro Salud Mental Comunitaria San Pedro De La Paz
Garrido Aguilera, Fernanda	Asistente Social	Salud Mental	Hospital Florida
González Henríquez, Naysa	Asistente Social	Programa Salud Mental	Servicio Salud Concepción
Guerra Ojeda, Rocío	Enfermera	Centro Ambulatorio De Salud Mental infanto juvenil	Hospital Guillermo Grant Benavente
Guajardo Maureira, Nataly	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Yobilo
Jara Matamala, Eric	Asistente Social	Salud Mental	Hospital Santa Juana
Jiménez Fredes, Lorena	Enfermera	Referente Sidra	Servicio Salud Concepción
Lagos Muñoz, Gabriel	Psicólogo	Salud Mental	Centro Salud Mental Comunitaria San Pedro De La Paz
Martínez Salinas, Consuelo	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Pedro De Valdivia
Martínez Soto, Jorge	Médico	Salud Mental	Centro Salud Mental Comunitaria San Pedro De La Paz
Melita, Maria Antonieta	Usuario	Agrupación Usuarios	Asociación Asperger de Concepción
Méndez Tapia, Victoria	Psicóloga	Salud Mental	Servicio Psiquiatría Hospital Guillermo Grant Benavente
Mercado Fajardo, Carolina	Trabajadora Social	Hospital Día	Hospital Guillermo Grant Benavente
Merinas Campos, Karla	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Tucapel
Merino Velozo, Virginia	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Víctor Manuel Fernandez

Monsalve Contreras, Daniela	Usuario	Agrupación Usuarios	Agrupación Reluze
Muñoz Escobar, Alejandra	Psicóloga	Salud Mental	DAS Florida
Oliva Luengo, Eugenio	Usuario	Agrupación Usuarios	Agrupación Reluze
Orellana Camblas, Juan	Usuario	Agrupación Usuarios	Agrupación Porvenir De Lota
Parra Duguet, Cecilia	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental	Servicio Psiquiatría Hospital Guillermo Grant Benavente
Pérez Fierro, Carolina	Asistente Social	Salud Mental	Hogar Protegido Nonguén
Pinto Aguilera, Arnoldo	Usuario	Agrupación Usuarios	Agrupación Rewe
Piumarta Bravo, Aldo	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM Juan Cartes Arias
Provoste Melita, Tania	Kinesióloga	Clínica	Asociación Asperger De Concepción
Rodríguez Flores, Gloria	Enfermera Salud Estudiantil	Salud Mental	Universidad Del Bio Bio
Rojas Cabezas, Doris	Enfermera / Jefe Unidad	Unidad Gestión Hospitalaria	Servicio Salud Concepción
Rojas Garcia, Rosa Maria	Asistente Social	Salud Mental	CESFAM Hualqui
Ruminot Chávez, Claudia	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Santa Sabina
Seguel Cartes, Cinthya	Asistente Social	Programa Salud Mental	Hospital Coronel
Silva Salazar, Macarena	Trabajadora Social	Centro Ambulatorio de Salud Mental infanto juvenil	Hospital Guillermo Grant Benavente
Soto Beltrán, Michael	Asistente Social	Salud Mental	Centro Salud Mental Comunitaria San Pedro De La Paz
Tapia Acuña, Marcela	Asistente Social	Salud Mental	CESFAM Lorenzo Arenas
Torres Monje, Mónica	Usuario	Agrupación Usuarios	Agrupación Rewe
Torres Riquelme, Nataly	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM San Pedro
Ulloa Saravia, Alejandra	Asistente Social	Salud Mental	CESFAM Leonera
Vargas Castillo, M. Carolina	Asistente Social	Programa de Salud Mental	Servicio Salud Concepción
Vásquez Oliva, Gregory	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM Lagunillas
Viveros Mora, Rosa	Usuario	Agrupación Usuarios	Agrupación Rewe

COLOQUIO SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Alarcón, Sergio	Médico	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Araos, Daniel	Psicólogo	CESFAM Los Cermos APS Talcahuano	Servicio de Salud Talcahuano
Bello Cisternas, Claudia	Psiquiatra Adulto	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Bournás, Paula	Psicóloga	Cecosf Centinela	Servicio de Salud Talcahuano
Bravo, Fernando	Psiquiatra Adulto	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Burgos Sanz, Camila	Psiquiatra Adultos	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Camjera, Adriana	Enfermera	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Fabres Garrido, Paulo	Director	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Fernández G., Carolin	Trabajadora Social	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Ferrada, Valeria	Asistente Social	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Hernández, Lucía	Monitora de Salud	Programa RBC, Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Martínez, Carmen Gloria	Psiquiatra Infanto Juvenil	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Melo G., Marcelo	Arquitecto	Dirección Servicio de Salud Talcahuano	Servicio de Salud Talcahuano
Muñoz Sáez, José	Técnico en Rehabilitación	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Núñez Palema	Becada Psiquiatría	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Peña B., Héctor	Trabajador Social	Centro El Faro	Servicio de Salud Talcahuano
Pérez, Marianela	Estudiante en práctica Terapia Ocupacional	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Rebolledo, Daniella	Psiquiatra	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Reyes, Ángela	Psicóloga	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Roasenda, Luis	Psicólogo	Encargado Programa TMS, RBC, Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano

Salazar Zúñiga, Gastón	Trabajador Social	Asesor DST Depto Salud Mental	Servicio de Salud Talcahuano
Salgado, Leonardo	Psicólogo	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Salvatierra, Tania	Psicóloga	CESFAM Talcahuano Sur	Servicio de Salud Talcahuano
San Martín, Adriana	Psicóloga	Jefa Depto Salud Mental	Servicio de Salud Talcahuano
Tapia, Estefany	Técnico en Rehabilitación	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Troncoso, Paulina	Terapeuta Ocupacional	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
Vergara C., Patricia	Psicóloga	Asesora Depto Salud Mental	Servicio de Salud Talcahuano
Vergara, Jasna	Psiquiatra Infanto Juvenil	Cosam Hualpén	Servicio de Salud Talcahuano
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD BIOBÍO			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Álvaro Basualto Bustamante	Psicólogo	Referente de Salud Mental Departamento APS	Servicio de Salud Biobío
Bárbara Garrido Astorga	Psicóloga	Referente del Programa de Salud Mental APS	CESFAM Sur de Los Ángeles
Camila Barrales Belmar	Psicóloga	Equipo de Postas Rurales	Departamento de Salud Municipal Laja
Carolina Irribarra Contreras	Asistente Social	Supervisora del CC Atención especialidad Ambulatoria	CR Salud Mental Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz
Constanza Fuentes Wegner	Psicóloga	Referente de Salud Mental Departamento APS	Servicio de Salud Biobío
Emelina Bahamondez	Psicóloga	Programa Salud Mental APS	Hospital de la Familia y Comunidad Santa Bárbara
Gonzalo Mora Valdebenito	Asistente Social	Profesional Equipo de Salud Mental Departamento APS	Servicio de Salud Biobío
Jacqueline Cilleros Cubillos	Psicóloga	Encargada Programa de Salud Mental APS	CESFAM Nororiente de Los Ángeles
Jessica Lizama Inostroza	Psicóloga	Equipo Clínico Especialidad Ambulatoria	CR Salud Mental Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz
Maria Soledad Pérez	Psicóloga	Encargada Programa de Salud Mental APS	CESFAM Negrete

Paola Campos Barriga	Psicóloga	Encargada Programa de Salud Mental APS	Hospital de la Familia y Comunidad Mulchén
Vania Amigo Duman	Psicóloga	Jefa área Psicosocial	Hospital de la Familia y Comunidad Santa Bárbara
Viviana Velásquez Clavijo	Psicóloga	Referente de Salud Mental Departamento APS	Servicio de Salud Biobío
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Alex Escalona Pavez	Psicólogo	Departamento de Atención Primaria y Redes Asistenciales.	Servicio de Salud Araucanía Sur
Ana Luisa Ibarra Moreno	Enfermera	Atención Especialidad Ambulatoria de Salud Mental	CECOSAM Lautaro
Anne Maria Cuevas Dyharalal	Asistente social	Atención Especialidad Ambulatoria de Salud Mental	CECOSAM Nueva Imperial
Camila Jara Espinoza	Psicóloga	Atención Primaria de Salud Mental	Hospital de Gorbea
Denisse Oliva Fuentealba	Médico Psiquiatra Adultos	Departamento de Atención primaria y redes asistenciales.	Servicio de Salud Araucanía Sur
Eduvina Hueraman Albornoz	Usuaría	Sociedad Civil	Agrupación Autoayuda CECOSAM Padre las Casas
Fernanda Marín Figueroa	Enfermera	Salud Mental	CECOSAM Padre las Casas
Gabriel Gatica Bahamondes	Médico Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia	Atención Especialidad Ambulatoria de Salud Mental	Hospital de Villarrica
Gabriela Sepúlveda Cifuentes	Asistente Social	Departamento de Atención Primaria y Redes Asistenciales.	Servicio de Salud Araucanía Sur
Isabel Antipán Pilgundo	Asistente social	Atención Terciaria de Hospitalización, Servicio Psiquiatría Adulto	Hospital Regional Temuco
Lorena Gallardo San Martín	Psicóloga	Atención de Especialidad Ambulatoria de Salud Mental	CECOSAM Lautaro
Luisa Solís Benites	Psicóloga	Atención Primaria de Salud Mental	Departamento Salud Municipal
Maritza Andrea Ferreira Morales	Usuaría	Sociedad Civil	Agrupación Autoayuda CECOSAM Padre las Casas
Maryorie Echeverría Hueraman	usuaria	Sociedad Civil	Agrupación Autoayuda CECOSAM Padre las Casas

Maryorie Fuentes Sanhueza	Psicóloga	Departamento de Atención primaria y redes asistenciales.	Dirección Servicio de Salud Araucanía Sur
Patricia Valderrama Pereira	Asistente social	Atención Especialidad Ambulatoria de Salud Mental	CECOSAM Padre las casas
Rina Aravena Fernández	Usuaria	Sociedad Civil	CECOSAM Nueva Imperial
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD VALDIVIA			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Alexandra Figueroa	Psicóloga	Subdepartamento Salud Mental	Servicio de Salud Valdivia
Bianka Boettcher	Enfermera	Jefa Subdepartamento Salud Mental	Servicio de Salud Valdivia
Daniela Ulloa	Terapeuta Ocupacional	Subdepartamento Salud Mental	Servicio de Salud Valdivia
Hans Ulloa	Terapeuta Ocupacional	CESAMCO Schneider	Servicio de Salud Valdivia
Loreto Guzmán	Psicóloga	Salud Mental	SEREMI Salud Los Ríos
María José Rojas	Psicóloga	Jefa Técnica UHCE MP Las Gaviotas	Servicio de Salud Valdivia
Pamela Santibáñez	Químico Farmacéutico	Subdepartamento Salud Mental	Servicio de Salud Valdivia
Rocío Bravo	Enfermera	CESAMCO Schneider	Servicio de Salud Valdivia
Viviana Segura	Psicóloga	CESAMCO Las Ánimas	Servicio de Salud Valdivia
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD OSORNO			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Alberto Fernández Marinovic	Psicólogo	Especialidad	COSAM Rahue
Aliny Lobo Sierra	Psicóloga	Atención Primaria de Salud	CESFAM Ovejería
Andrea Pérez Aros	Trabajadora Social	Gestión de redes, Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Osorno
Antonia Caifil Martínez	Terapeuta Ocupacional	Gestión de redes, Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Osorno
Carolina Almonacid Gallegos	Psicóloga	Hospital Comunitario	Hospital Misión San Juan
Carolina Duarte Montiel	Psicóloga	Hospital Comunitario	Hospital Puerto Octay
Cristian Jiménez Rojas	Psicólogo	Atención Primaria de Salud	CESFAM Rahue Alto

Deyanira Caro Godoy	Trabajadora Social	Atención Primaria de Salud	CESFAM Pampa Alegre
Emilia Espinosa Vega	Trabajadora Social	Atención Primaria de Salud	CESFAM Pampa Alegre
Gabriela Yung Villalobos	Psicóloga	Atención Primaria de Salud	CESFAM Río Negro
Gerardo Catalán Tejeda	Monitor de Salud Mental	Rehabilitación de personas con trastorno mental	Centro de Recuperación AMORE
Jaime Escalona Hidalgo	Psicólogo	Atención Primaria de Salud	CESFAM V Centenario
Jorge Álvarez Sandoval	Psicólogo	Atención Primaria de Salud	CESFAM San Pablo
Jovita Maldonado Vega	Trabajadora Social	Atención Primaria de Salud	CESFAM Pampa Alegre
Katherine Filcún	Psicóloga	Atención Primaria de Salud	CESFAM Río Negro
Lorena Milla González	Psicóloga	Atención Primaria de Salud	CESFAM Río Negro
Marcela Villagrán Rivera	Psicóloga	Gestión de Redes, Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Osorno
Milisen Díaz Vidal	Psicóloga	Atención Primaria de Salud	CESFAM Purranque
Natalia Jara Lezama	Psicóloga	Atención Primaria de Salud	CESFAM Puaucho
Natalia Tapia Sobarzo	Terapeuta ocupacional	Rehabilitación de usuarios con patología psiquiátrica	Centro Diurno de Población general Newen
Nicole Venegas Moya	Psicóloga	Rehabilitación personas con discapacidad física	Corporación de Rehabilitación de niños minusválidos
Pablo Aravena Cereceda	Médico Psiquiatra	Gestión de redes, Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Osorno
Paola Ceballos Acuña	Trabajadora Social	Coordinación Sociosanitaria	Servicio de Salud Osorno
Paulina Winkler Cerda	Psicóloga	Tratamiento adicciones en población adolescente infractora de ley. Programa Ambulatorio Intensivo Newenche,	Fundación Tierra Esperanza
Pía Navarro Ortega	Psicóloga	Atención Primaria de Salud	CESFAM Río Negro
Tomás Labbé Herrera	Psicólogo	Especialidad	Centro Diurno de Adultos Mayores con Demencia

Tania Toledo Molina	Psicóloga	Atención Primaria de Salud	CESFAM Marcelo Lopetegui
Valentina Villagrán Cea	Psicóloga	Atención Primaria de Salud	CECOSF Murrinumo
Valeria Hettich Sepúlveda	Psicóloga	Atención Primaria de Salud	CESFAM Purranque
Viviana Delgado Silva	Trabajadora Social	Especialidad	Unidad de Atención Psiquiátrica Ambulatoria- Unidad de hospitalización de Corta estadía
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Águila Rosas, Jacqueline	Psicóloga	CESFAM los Volcanes	CESFAM los Volcanes
Aguilar, Adriana	Psicóloga	P.A.C. Quillagua	P.A.C. Quillagua
Alarcón, Guadalupe	Médico General	CESFAM Calbuco	CESFAM Calbuco
Alcázar M., Daniel	Psicólogo	Equipo de Salud Rural, Puerto Montt	Equipo de Salud Rural, Puerto Montt
Álvarez A., Cinthia	Psicóloga	CESFAM Padre Hurtado	CESFAM Padre Hurtado
Araneda, Alejandra	Médico General	CESFAM Frutillar	CESFAM Frutillar
Arcos M., Sandra	Trabajadora Social	CESFAM Angelmó	CESFAM Angelmó
Barría M., Alida	Psicóloga	CESFAM Frutillar	CESFAM Frutillar
Calderón, Claudia	Psicóloga	CESFAM Los Muermos	CESFAM Los Muermos
Camplá, Cristobal	Psiquiatra	Dirección Servicio de Salud del Reloncaví	Servicio de Salud Del Reloncaví
Campos Reyes, Claudio	Psicólogo	Hospital de Frutillar	Hospital de Frutillar
Cid, Franco	Psiquiatra	Hospital de Puerto Montt	Hospital Puerto Montt
Escobar Ch., Camilo	Terapeuta Ocupacional	Servicio de Salud del Reloncaví	Servicio de Salud Del Reloncaví
Fariña G., Jessica	Trabajadora Social	Hospital de Puerto Montt	Hospital de Puerto Montt
Fuentealba, Ricardo	Psiquiatra	Hospital de Puerto Montt	Hospital Puerto Montt
González O, Marjorie	Psicóloga	CESFAM Carmela Carvajal	CESFAM Carmela Carvajal
González, Mónica	Trabajadora Social	DHC	Pac Quillagua
González, Claudia	Psicóloga	CESFAM A. Varas	CESFAM A. Varas
Jahnsen H., Pilar	Psicóloga	T.P.T., Puerto Montt	T.P.T., Puerto Montt
Jiménez O., Paula	Terapeuta ocupacional	COSAM Puerto Montt	COSAM Puerto Montt

Mansilla, Paola	Trabajadora Social	CESFAM Los Muermos	CESFAM Los Muermos
Martínez C., Ximena	Psicóloga	COSAM Puerto Montt	COSAM Puerto Montt
Morel. M., Nataly	Psicóloga	CESFAM Carmela Carvajal	CESFAM Carmela Carvajal
Nan M, Carolina	Psicóloga	CESFAM Los Volcanes, Llanquihue	CESFAM Los Volcanes, Llanquihue
Puer, Marcela	Psicóloga	CESFAM	CESFAM Alerce
Quintana, Lorena	Trabajadora Social	CESFAM Calbuco	CESFAM Calbuco
Vargas, Marta	Trabajadora Social	Hospital Calbuco	Hospital Calbuco
Rey Pulgar, Sofía	Médico General	CESFAM Alerce	CESFAM Alerce
Schwgrter, Natalia	Psicóloga	Hospital de día Infanto	Hospital de día Infanto
Segovia V., Isabel	Psicóloga	E.S.R. Puerto Montt	E.S.R. Puerto Montt
Soto, Jessica	Terapeuta ocupacional	Hospital de Día Infanto	Hospital de Día Infanto
Soto, Marlene	Trabajadora social	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Del Reloncaví
Tejeda C., Roxana	Trabajadora Social	CESFAM Frutillar	CESFAM Frutillar
Varela M, Andrés	Médico General	PRAIS	Servicio de Salud Del Reloncaví
Vásquez A., Paola	Psicóloga	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Del Reloncaví

COLOQUIO SERVICIO DE SALUD DEL AYSÉN

Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Ávila González, Silvia	Psicóloga	Jefa Programa Salud Mental-CESFAM Alejandro Gutierrez	Servicio de Salud Aysén
Devia González, Mireya	Asistente Social	CESFAM Dr. A. Gutierrez	Servicio de Salud Aysén
Fuentes V., Andrea	Psicóloga	Centro de Salud Mental Comunitaria	Servicio de Salud Aysén
González, Ligia	Monitora T.D.	Hogar Protegido	CARPEDIEM
Haverbeck C., Hans	Psicólogo	Salud mental, dirección salud rural	Servicio de Salud Aysén
Maluenda F., Felipe	Psiquiatra	UHCIP	Hospital regional Coyhaique
Muñoz Gallardo, Isabel	Asistente Social	Referente Salud Mental	Servicio de Salud Aysén
Muñoz Lezana, Danco	Enfermero	Coordinador Hospital de Día	SAMU
Opazo, Loreto	Psicólogo	Centro de Salud Mental Comunitaria	Servicio de Salud Aysén
Salazar Campos, Paula	Psicóloga	Jefe Técnico Hogar Protegido	Hospital regional Coyhaique

Santana Mezas, Cristina	Asistente Social	Hogar Protegido	CARPEDIEM
Schulz Illanes, Yared	Asistente Social	Referente salud mental	SEREMI Salud Aysén
Victoria Riveros	Terapeuta Ocupacional	Centro de Salud Mental Comunitaria	Servicio de Salud Aysén
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Paula Arellano	Enfermera	Salud Mental	COSAM Maipú
Mauricio Castro	Psicopedagogo	Salud Mental	COSAM Maipú
Carmen Gloria Garrido	Asistente Social	Salud Mental	CESFAM N° 1
Mariela Henríquez	Psicopedagoga	Programa Habilidades para la vida	COSAM Maipú
Yorka López	Asistente Social	Dirección	COSAM Maipú
Victoria Ávila	Trabajadora Social	Salud Mental	COSAM Estación Central
Rocío Martínez	Trabajadora Social	Salud Mental	COSAM Cerrillos
Raúl Vega	Técnico en rehabilitación Social	Salud Mental	COSAM Cerrillos
Silvia Albornoz	Psicóloga	Referencia Técnica Salud Mental	DISAM Maipú
Víctor Ponce	Psicólogo	Salud mental	CESFAM Carlos Godoy
Jonathan Carrasco	Psicólogo	Salud mental	COSAM Cerrillos
Bárbara Sotomayor	Psicólogo	Salud mental	CESFAM Insunza
Jorge Carrera	Psicólogo	Salud mental	CESFAM Bachelet
Raquel Alarcón	Psicólogo	Unidad de Corta estadía	HCSBA
Sebastián Prieto	Psiquiatra	Unidad de Corta estadía	HCSBA
Fernando Caiceo	Terapeuta Ocupacional	Hospital de Día	HCSBA
Francisco Muñoz	Trabajador Social	Salud Mental	CESFAM N°5
Catalina Mandiola	Trabajador Social	Área Comunitaria	COSAM Cerrillos
Elisa Arratia	Psicóloga	Dirección	COSAM Santiago
Marcia González	Psicóloga	Salud mental	COSAM Santiago
Matías Molina	Psicólogo	Unidad Adultos	COSAM Santiago
Jaime Herrera	Psicólogo	Unidad Adultos	COSAM Santiago
Fadua Zará	Psicólogo	Asesor Técnico DAP	DAP SSMC
Alison Bustamante	Enfermera	Equipo Ambulatorio Salud Mental	Hospital El Carmen
Evelyn Morales	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental	Hospital El Carmen
Grace Hasler	Psiquiatra	Jefa Servicio Salud Mental	Hospital El Carmen

COLOQUIO SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Castruccio, Carolina	Psicóloga	Subdirectora COSAM y Atención de programa Adultos y VIF	CODESAM Pudahuel
Hernández Parker, Karina		Profesional COSAM Talagante	COSAM Talagante
Cáceres Pozo, Loreto	Psicóloga	Encargada Comunal de Salud mental de Pudahuel y Directora del COSAM	COSAM Municipal Pudahuel
Saldaño, Natalia	Trabajadora Social	Encargada de Adicciones	CODESAM Pudahuel
Salazar Donoso, Maritza	Trabajadora Social	Encargada del Programa Infante Juvenil	COSAM Cerro Navia
Ahumada, Igor	Psicólogo	Atención primaria de Melipilla	Psinapsis Melipilla
Moreno O., Maria Paz	Psicóloga	Encargada Programa Infante Juvenil	COSAM Municipal
Quinteros, Marcela	Psicóloga	Coordinadora Programa Adultos y Adicciones	COSAM Municipal
Castillo, Roxana	Trabajadora Social	Programa de Adultos	CRS-SAG
Ulloa, Natacha	Enfermera	Encargada de Salud Mental Adultos	CRS-SAG
Rojas González, Demis	Psicólogo	Encargado programa de Adicciones	COSAM Peñaflor
Moreno, Mónica	Psicóloga	Encargada Programa Adultos	COSAM Cerro Navia
Núñez Estrella, José	Ingeniero en Gestión pública	Director de COSAM de Cerro Navia	COSAM Cerro Navia
Cortés Soto, Mariela	Psicóloga	Profesional COSAM Quinta Normal	COSAM Quinta Normal
Espinoza Inostroza, Patricia	Psicopedagoga	Encargada Comunal de Salud Mental Quinta Normal	COSAM Quinta Normal
Aravena R., Carlos	Psicólogo	Profesional COSAM Quinta Normal	COSAM Quinta Normal
Medina, Bárbara	Psiquiatra	Neuropsiquiatría infantil	Hospital San Juan de Dios
Silva M., María Paz	Psicóloga	Encargada Programa Infantil	COSAM Melipilla
Veloso, Pietro	Psicólogo	Encargado Programa Adultos	COSAM Melipilla
Salazar Navia	Trabajadora social	Programa Adultos	COSAM Lo Prado
Mora, Tomás	Psicólogo	Programa Adicciones	COSAM Lo Prado

Fernández, Emilio	Psiquiatra	Encargado del centro integral infanto juvenil Dr. Carlos Lorca.	CRS C.
Orellana, Álvaro	Psicólogo	Encargado de Tratamiento Senda Regional	SENDA R.M.
Giavio, Bruno	Psiquiatra	Hospital de Día Infanto Juvenil	COSAM Peñaflor
Rueda, Luz A.	Enfermera	Hospital de Día Infanto Juvenil	Hospital de Día
Aranda, Catalina	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Infantil	CRS SAG
Sepúlveda Vidal, Adriana	Psicóloga	Programa Adicciones	CRS SAG
Rojas, Andrés	Psicólogo	Profesional COSAM Quinta Normal	COSAM Quinta Normal
Navia, Rodrigo	Psicólogo	Director COSAM Quinta Normal	COSAM Quinta Normal
Barra, Diego	Psicólogo	Director COSAM Lo Prado	COSAM Lo Prado
Arancibia H., Francisco	Psicólogo	Profesional COSAM Lo Prado	COSAM Lo Prado
Silva B., Pablo	Médico	Director de Salud	Cerro Navia
Soto, Ingrid	Trabajadora Social	Encargada comunal de Salud Mental	Corporación de Salud Cerro Navia
Vega D., María Soledad	Trabajadora Social	Salud Mental APS	Hospital de Curacaví
González E., Bezabel	Técnico en Rehabilitación	Salud Mental	Hospital de Melipilla
Pavez V., Constanza	Trabajadora Social	Encargada de la unidad de Salud Mental	Hospital de Curacaví
Sánchez, Juan Pablo	Psicólogo	Profesional COSAM Peñaflor	COSAM Peñaflor
Jara G., Verónica	Trabajadora Social	Profesional COSAM Quinta Normal	COSAM Quinta Normal
Valdés, Andrea	Trabajadora Social	Profesional COSAM Lo Prado	COSAM Lo Prado
Hernández V. Carolina	Trabajadora Social	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Vásquez C., Ximena	Psicóloga	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Denisse Villegas	Trabajadora Social	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Occidente

COLOQUIO SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Lerma A., Catalina	Monitora de Salud Mental	Salud Mental – Red comunitaria	CDU CESFAM Madre Teresa de Calcuta
Arriagada, Pamela	Trabajadora Social	Coordinadora Red Intersector, Encargada de Calidad del centro.	COSAM CEIF Puente Alto
Castro E., José	Usuario	Grupos de autoayuda	Grupo de Autoayuda “Cuenta con nosotros”
De La Fuente Pérez, Paula	Terapeuta Ocupacional	Subdirección COSAM	COSAM La Bandera
Child Rojas, Matías	Psicólogo	Salud Mental Adultos	COSAM La Bandera
Valdés Pérez, Ana	Psiquiatra	Coordinadora Red Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Palma San Martín, Julián	Psicólogo	Director COSAM	COSAM CEIF Puente Alto
Riquelme, Alejandro	Psicólogo	Coordinador Técnico Programas de Tratamiento	COSAM Puente Alto
Correa Álvarez, Luis	Psicólogo	Salud Mental Adultos	COSAM San José de Maipo
Gorrini M., Pablo	Psicólogo	Director COSAM	COSAM San José de Maipo
Palacios, Johny	Usuario	Salud Mental – Red comunitaria	Comunidad Mapuche
Sandoval Sanhueza, José	Usuario	Grupos de autoayuda	Grupo Arturo Jorquera La Florida
Valdivia Olivos, Francisco	Usuario	Grupos de autoayuda	Grupo Arturo Jorquera La Florida
Tobar Pérez, Humberto	Usuario	Grupos de autoayuda	Agrupación de monitores de salud mental La Pintana
Encina Zúñiga, Esteban	Psicólogo	Subdirección COSAM	COSAM La Pintana
Valdebenito, María Teresa	Usuaría	Grupos de autoayuda	Agrupación de monitores de salud mental La Pintana
Fromin, Jean Paul	Psicólogo	Director COSAM	COSAM Pirque
Rodríguez Espina, Rodolfo	Trabajador Social	Red Comunitaria APS	CESFAM José Balmaceda, Pirque
Pino Ricardi, Fernando	Trabajador Social	Subdirector COSAM	COSAM CEIF Puente Alto
Curiente Jerez, Matilde	Trabajadora Social	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Guerra López, María Isabel	Psicóloga	Directora COSAM	COSAM Puente Alto

Inostroza, Betzabé	Psicóloga	Referente Salud mental Postas Rurales San José de Maipo.	Corporación Municipal San José de Maipo
Juan Carlos Rojas	Usuario	Usuario Salud Mental – Red comunitaria	COSAM San José de Maipo
Faúndez S., Marcela	Enfermera	Referente Técnica APS ANCORA	Centros de Salud ANCORAS (UC)
Guevara A. Cecilia	Psicóloga	Coordinadora Programa Mujeres adicciones	COSAM La Florida
Gutiérrez, Felipe	Psicólogo	Director COSAM	COSAM La Florida
Artiga González, Eduardo	Terapeuta Ocupacional	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Ana Ferro Bozo	Asistente Social	Directora Cosam	COSAM Pedro Aguirre Cerde
Mauricia Miranda Larrondo	Psicóloga	Subdirectora Cosam	COSAM Pedro Aguirre Cerde
Maria José Cuadra Albornoz	Asistente Social	Salud Mental Infantil	COSAM Pedro Aguirre Cerde
Ester Rosas Sobarso	Asistente Social	Salud Mental Adolescentes	COSAM Pedro Aguirre Cerde
Yessica Villanueva Pineda	Trabajadora Social	Directora	COSAM San Bernardo
Marina Stuardo Carreño	Trabajadora Social	Salud Mental Adultos- Adicciones	COSAM San Bernardo
Oriana Figueroa Valdebenito	Psicóloga	Salud Mental Adultos- Adicciones	COSAM San Bernardo
Paulina Contreras Bustos	Técnico Social	Salud Mental Adultos	COSAM San Bernardo
Javiera Herrera Jorquera	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Infanto- Juvenil	CESFAM San Joaquín
Rodrigo Castillo	Trabajador Social	Adicciones Adolescentes	CESAM San Joaquín
Manuel Martínez	Psicólogo	Salud Mental Adultos	CESAM San Joaquín
Ítalo Sepulveda Varela	Psicólogo	Adicciones Adultos	CESAM San Joaquín
Miguel Fuenzalida A.	Familiar De Usuario	Organización Familiares	CESAM San Joaquín
Veronica Márquez	Terapeuta Ocupacional	Coordinadora	CESAM San Joaquín
Rebeca Acevedo	Dirigente Social	Organización Comunitaria	Junta Vecinal N° 20 Legua Nueva San Joaquín
Angie Sáez	Psicóloga	Salud Mental Infantil	CESAM Lo Espejo
Marco Allendes Pulgar	Psicólogo Terapeuta Ocupacional	Coordinador	CESAM Lo Espejo

Lorena Hyder	Psicóloga	Salud Mental Adultos	CESAM Lo Espejo
Mabel Gutierrez Peña	Usuaria	Organización Usuarios	Agrupación "Esperanza Y Armonía" CESAM Lo Espejo
Karina Hermosilla	Usuaria	Organización Usuarios	Agrupación "Esperanza Y Armonía" Cesam Lo Espejo
Victor Lemus	Usuario	Organización Usuarios	Agrupación "Esperanza Y Armonía" CESAM Lo Espejo
Elizabeth Guzmán	Agente Comunitaria	Salud Mental Comunitaria	CESAM Lo Espejo
Marta Martínez Lizana	Psicóloga	Directora	COSAM El Bosque
Felipe Muñoz Emaldía	Psicólogo	Salud Mental Adultos	COSAM El Bosque
Mario Gutierrez Balcarce	Técnico En Rehabilitación	Salud Mental Adultos	COSAM El Bosque
Paola Muñoz	Representante	Grupo De Autoayuda Y Organización De Familiares	COSAM El Bosque
Rosario Pulido Urzúa	Médico	Directora Salud	Departamento Salud Lo Espejo
Francisca Toro Leyssen	Médico	Asesora Técnica Salud	Departamento Salud Pedro Aguirre Cerda
Roxana Velásquez Vergara	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental APS	CESFAM Barros Luco San Miguel
Johana Rodríguez Valenzuela	Trabajadora Social	Encargada Comunal Salud Mental APS	Corporación Salud San Miguel
Gonzalo Astudillo Marinado	Psicólogo	Salud Mental APS	CESFAM Maipo y Posta Viluco Buin
Pamela Salgado Hormazábal	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Héctor García Buin
Mitzi Castro Pino	Psicóloga	Salud Mental APS	Comuna Lo Espejo
Bárbara Caro Saldías	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Alto Jahuel Buin
Evelyn Sánchez	Trabajadora Social	Salud Mental APS	CESFAM Paine
Valeria Olguín	Trabajadora Social	Salud Mental APS	CESFAM Paine
Carolina Araya	Trabajadora Social	Salud Mental APS	CESFAM Paine
Paula Reyes Calderón	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Hospital Paine

Alejandra Ley Ripoll	Psicóloga	Salud Mental APS	Posta Huelquén Paine
Fernando Mujica Uribe	Psicólogo	Salud Mental APS	CESFAM Recreo San Miguel
Natalia López Contreras	Psicóloga	Salud Mental APS	CESFAM Recreo San Miguel
Hernán Garcés Farías	Enfermero	Director	Hospital Psiquiátrico El Peral
Daisy Martínez Bascur	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Adultos UME - Trastornos Desarrollo	Hospital Psiquiátrico El Peral
Arturo Cifuentes Laffertte	Asistente Social	Salud Mental Adultos UME - Trastornos Desarrollo	Hospital Psiquiátrico El Peral
Natalia Salinas Rodríguez	Asistente Social	Salud Mental Adultos UME - Trastornos Desarrollo	Hospital Psiquiátrico El Peral
Maria de Los Ángeles Gálvez	Asistente Social	Salud Mental Adultos	Hospital San Luis De Buin Unidad Salud Mental Buin
Fernando González	Psicólogo	Coordinador	Hospital San Luis De Buin CESAM Paine
José Luis González Martínez	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Adultos	Hospital San Luis De Buin Unidad Salud Mental Buin
Cesar Moya Pino	Asistente Social	Salud Mental Infanto Juvenil	Hospital San Luis De Buin Unidad Salud Mental Buin
Cecilia Vera Superbi	Médico Psiquiatra	Jefe Servicio Salud Mental	Unidad Salud Mental Hospital San Luis De Buin
Guillermo Vergara	Médico Psiquiatra	Jefe Servicio Salud Mental	Hospital y CRS El Pino
Álvaro Farfán Aibay	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Adultos-Ambulatorio	Hospital y CRS El Pino
Camilo Paillaman	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Adultos - UHCIP	Hospital y CRS El Pino
José Luis Obaid Pizarro	Psicólogo	Salud Mental Adultos-Ambulatorio	Hospital y CRS El Pino
Marco Castillo Ruiz	Asistente Social	Salud Mental Adultos-Ambulatorio	Hospital y CRS El Pino
Consuelo Estadella	Terapeuta Ocupacional	Centro Diurno Demencias	Hospital y CRS El Pino
Camila González Caroca	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Infantil	Hospital y CRS El Pino
Paula Cheres Villarroel	Medico	Salud Mental Infantil	Hospital y CRS El Pino

Pía Yáñez Montenegro	Psiquiatra	Salud Mental Adultos- Hospital de Día	Hospital y CRS El Pino
Manuel Barboza Hinojosa	Psicólogo	Salud Mental Adultos- Adicciones	Hospital y CRS El Pino
Gonzalo Aspee Herranz	Becado Psiquiatría	Salud Mental Adultos	Hospital y CRS El Pino
Flavio Torres	Becado Psiquiatría	Salud Mental Adultos	Hospital y CRS El Pino
Gabriela Vargas Aguilera	Becado Psiquiatría	Salud Mental Adultos	Hospital y CRS El Pino
Leslie Carrasco Hidalgo	Becado Psiquiatría	Salud Mental Adultos	Hospital y CRS El Pino
Nicolás Fierro Jordán	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Adultos Ambulatorio	Complejo Asistencial Barros Luco
Roció Arellano Ibarra	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Adultos Ambulatorio	Complejo Asistencial Barros Luco
Sofía Tapia Ugarte	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Adultos Ambulatorio	Complejo Asistencial Barros Luco
Silvia Palacios Pérez	Enfermera	Salud Mental Adultos Ambulatorio	Complejo Asistencial Barros Luco
Ana Maria Ortiz Araya	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Adultos - UHCIP	Complejo Asistencial Barros Luco
Paula Sáenz	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental Adultos - Adicciones	Complejo Asistencial Barros Luco
Carolina Vildoso	Enfermera	Salud Mental Adultos - Hospital de Día	Complejo Asistencial Barros Luco
Rodolfo Gaete Rojo	Enfermero	Salud Mental Adultos Ambulatorio	Complejo Asistencial Barros Luco
Jeannette Castro Toy	Psicóloga	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Roció Aravena Aravena	Terapeuta Ocupacional	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Carolina Carvallo Pérez De Arce	Psicóloga	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Claudia Carniglia Tobar	Terapeuta Ocupacional	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur
COLOQUIO SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE			
Nombre	Profesión/ Ocupación	Área de desempeño	Institución/Organización
Andrea Bastías Naranjo	Psicóloga	Programa Adultos	COSAM Quilicura
Andrea Carvajal Bustos	Psicóloga	Programa Adultos y Programa Infanto Juvenil	COSAM Quilicura
Cecilia Garbino	Psiquiatra	Programa Adultos	COSAM Quilicura

Claudia Medrano Concha	Técnico en Rehabilitación	Programa Adicciones	COSAM Quilicura
Daniel Pinto Naranjo	Técnico en Rehabilitación	Programa Adicciones	COSAM Quilicura
Daniel Valenzuela	Trabajador Social	Programa Adicciones	COSAM Quilicura
Felipe Granifo	Psicólogo	Programa Adultos	COSAM Quilicura
Gricelda Suazo Gómez	Psicóloga	Programa Infanto Juvenil	COSAM Quilicura
Iván Quiroz	Psiquiatra	Programa Infanto Juvenil	COSAM Quilicura
Jessica Solorza Querelle	Terapeuta Ocupacional	Programa Infanto Juvenil y Programa Trastornos Psiquiátricos Severos	COSAM Quilicura
Horacio Véliz Fuentes	Psicólogo	Coordinador	COSAM Quilicura
Karina Waltemath Cholaque	Psicóloga	Programa Infanto Juvenil	COSAM Quilicura
Leyla Tissavak	Técnico en Administración de Salud	Seguimiento administrativo casos judiciales	COSAM Quilicura
Leonor Lagos	Terapeuta Ocupacional	Programa Adicciones	COSAM Quilicura
Lisette Ahumada	Administrativo	Secretaría	COSAM Quilicura
Marcela Meza Toro	Psicóloga	Programa Infanto Juvenil	COSAM Quilicura
Marco Tobar	Psicólogo	Programa Adicciones	COSAM Quilicura
Mariela Ramírez Celis	Psicóloga	Programa Habilidades para la Vida	COSAM Quilicura
Marietta Alegría	Terapeuta Ocupacional	Programa Adicciones	COSAM Quilicura
Mario Parra Lorca	Psicólogo	Programa Infanto Juvenil	COSAM Quilicura
Marisol Sanhueza	Administrativo	Recepción	COSAM Quilicura
Mauricio Castillo Ríos	Auxiliar de Servicios	Recepción	COSAM Quilicura
Natalia Barrera	Psicóloga	Programa Habilidades para la Vida	COSAM Quilicura
Natalia López	Trabajadora Social	Programa Adultos y Habilidades para la Vida	COSAM Quilicura
Oscar Puebla	Psicólogo	Programa Habilidades para la Vida	COSAM Quilicura
Pamela Sepúlveda Llantén	Administrativo	Estadísticas y SIGGES	COSAM Quilicura
Ricardo Salazar	Auxiliar de Servicio	Conductor	COSAM Quilicura
Romanet Cariman	Trabajadora Social	Programa Infanto Juvenil	COSAM Quilicura
Sandra Marchioni	Psicóloga	Programa Habilidades para la Vida	COSAM Quilicura

Silvana Machado	Psicóloga	Programa Adultos	COSAM Quilicura
Soledad Escobar	Psicóloga	Programa Adicciones	COSAM Quilicura
Soraya González Tarres	Administrativo	Recepción	COSAM Quilicura
Ximena Parra	Psiquiatra	Programa Adicciones y Adultos	COSAM Quilicura
Ximena Torres Escudero	Administrativo	Secretaría	COSAM Quilicura
Ana Castro Díaz	Trabajadora Social Expositora.	Programa Adulto	COSAM Lampa Batuco.
Hernán Tapia Huanchicai	Psicólogo/Terapeuta Familiar. Expositor.	Director	COSAM Lampa Batuco.
Ingrid Uribe Córdova	Psicóloga infantil Expositora.	Coordinadora programa Infanto Juvenil	COSAM Lampa Batuco.
Melody Cáceres Morales	Psicóloga Expositora.	Programa Alcohol y drogas	COSAM Lampa Batuco.
Francisco Aliaga Correa	Terapeuta	Programa Alcohol y drogas	COSAM Lampa Batuco.
Alejandra Baudrand Cavagnola	Psicóloga	Programa Adulto	COSAM Lampa Batuco.
Pamela Pino Pérez	Psicóloga Expositora.	Coordinadora programa Adulto	COSAM Lampa Batuco.
Miguel Ilanca González	Trabajadora Social	Coordinador programa Alcohol y drogas.	COSAM Lampa Batuco.
Syndy Avilés Gómez	Terapeuta Expositora.	Programa Infanto Juvenil	COSAM Lampa Batuco.
Pedro Pérez	Médico	Salud mental	COSAM
Marisol Orellana	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental	COSAM
Alejandra Vargas	Psicóloga	Salud Mental	COSAM
Macarena Leguía	Psicóloga	Salud Mental	COSAM
Juan Vergara	Psicólogo	Salud Mental	COSAM
Elisa Solís	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental	COSAM
Luis Valenzuela	Psicólogo	Salud Mental	COSAM
Paul Durcudoy	Psicólogo	Salud Mental	COSAM
Veronica Maturana	Médico	Salud Mental	COSAM
Macarena González	Psicóloga	Salud Mental	HPV
Catherine Terraza	Administrativo	Salud Mental	COSAM

Gloria Becerra	Administrativo	Salud Mental	COSAM
Gabriela Figueroa	Medico	Salud Mental	COSAM
Mauricio Henriquez	Psicólogo	Salud Mental	HPV
Kevin Betancourt	Psicólogo	Salud Mental	COSAM
Gonzalo Donoso	Psicólogo	Salud Mental	COSAM
Marcela Soto	Psicóloga	Salud Mental	COSAM
Paulette Folatre	Psicóloga	Salud Mental	HPV
Carlos Rojas	Psicólogo	Salud Mental	HPV
Carolina Castro	Asistente Social	Salud Mental	COSAM
Carla Ortiz	Psicóloga	Salud Mental	HPV
Alejandra Araya	Psicóloga	Salud Mental	COSAM
Ivonne Pérez	Técnico Auxiliar de Enfermería	Salud Mental	COSAM
Angelica Soto	Asistente Social	Salud Mental	Salud Mental Calle
Paulina Lara	Psicóloga	Salud Mental	Salud Mental Calle
Catherine Soriano	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental	Salud Mental Calle
Claudia Bastías	Asistente Social	Salud Mental	24 Horas Vida Nueva
Nicolás Pérez	Terapeuta Ocupacional	Salud Mental	24 Horas Vida Nueva
Camila Vidal	Psicóloga	Salud Mental	COSAM
Carlos Flores	Psicólogo	Salud Mental	COSAM
Genny Valencia	Médico	Salud Mental	COSAM
Daniela Rivera	Médico Psiquiatra	Salud Mental	COSAM
Pamela Casanova	Docente	Educación	Escuela Dr. Juan Verdaguer
M. Margarita Riveros	Inspectora	Educación	Escuela Paraguay
Karen Gálvez	Docente	Educación	Centro Educacional José M. Carrera
Ximena Carvajal	Psicóloga	Educación	Escuela Rafael Valdivieso
Claudio Guerrero	Docente	Educación	Liceo Jar
Andrés Zamora	Docente	Educación	Departamento de Educación Municipal
Paulette Caipillán	Docente	Educación	Escuela España
Janet Valdés	Docente	Educación	Escuela Escritores De Chile
Rodrigo Poblete	Licenciado Arte	Oficina Niñez Y Juventud	Oficina Niñez Y Juventud
Janela Garcia	Docente	Educación	Escuela Víctor Cuccuine
Raúl Mellado	Docente	Educación	Liceo Valentín Letelier
Ximena González	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Petrinovic

Katherine Rojas	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Petrinovic
Carmen Morales	Asistente Social	Educación	Departamento de Educación Municipal
Camila Rojas	Docente	Educación	Escuela Puerto Rico
Maria José Pérez	Docente	Educación	Escuela Paraguay
Leslie Barahona	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Patricio Hevia
Ana María Bravo	Docente	Educación	Escuela Marta Colvin
Tania Ruiz	Psicóloga	Social	Centro De La Mujer Recoleta
Cristina Cárdenas	Psicóloga	Social	Centro De La Mujer Recoleta
Claudio Garcia	Docente	Educación	Escuela Pérez Canto
Francisca Contreras	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Cristo Vive
Claudia Olmos	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Cristo Vive
Marcela Castillo	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Cristo Vive
Carla Naranjo	Psicóloga	EDT	Vida Nueva Recoleta
Gabriela Guzmán	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Recoleta
Natalia Riquelme	Docente	Educación	Liceo Juanita Fernández
Lorena Ramírez	Docente	Educación	Liceo Juanita Fernández
Beatriz Vio	Psicóloga	Social	Fundación De La Familia
Ana Maria Reyes	Psicóloga	Salud Mental	CESFAM Recoleta
Miguel Flores	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM Recoleta
Fermín Montes	Psicólogo	Salud Mental	CESFAM Recoleta
Paloma Valenzuela	Alumna En Practica T.O. U. De Chile	Salud Mental	COSAM
Marisel San Martin	Alumna En Practica Psicología U Andrés Bello	Salud Mental	COSAM
Fermín Montes	Asistente Social	Salud	CESFAM Recoleta
Alan Pérez Flores	Psicólogo, encargado programa alcohol y drogas	Clínica/comunitaria	COSAM Til-Til
Erika Oyarce	Psicóloga programa salud mental Adulto	Clínica /comunitaria	COSAM Til-Til
Fernanda López Valencia	Psicóloga Infantil, encargada de programa Infanto-adolescente	Clínica /comunitaria	COSAM Til-Til
Carola Ampuero Campos	Psicóloga, Directora	Gestión	COSAM Til-Til

Belén Tapia Bruna	Trabajadora Social	Comunitaria	COSAM Til-Til
Luisa Urrutia	Psicóloga Clínica	Clínica/comunitaria	COSAM Til-Til
Daniel Patiño	Psicólogo programa GES alcohol y drogas	Clínica /comunitaria	COSAM Til-Til
Laura González	Psicopedagoga	Clínica/comunitaria	COSAM Til-Til
Bárbara Marambio	Terapeuta Ocupacional	Clínica /comunitaria	COSAM Til-Til
Ana Castro Díaz	Trabajadora Social	Programa Adulto	COSAM Lampa -Batuco.
Hernán Tapia Huanchicai	Psicólogo/Terapeuta Familiar.	Director	COSAM Lampa -Batuco.
Ingrid Uribe Córdova	Psicóloga infantil	Coordinadora programa Infanto Juvenil	COSAM Lampa -Batuco.
Melody Cáceres Morales	Psicóloga	Programa Alcohol y drogas	COSAM Lampa -Batuco.
Francisco Aliaga Correa	Terapeuta	Programa Alcohol y drogas	COSAM Lampa -Batuco.
Alejandra Baudrand Cavagnola	Psicóloga	Programa Adulto	COSAM Lampa -Batuco.
Pamela Pino Pérez	Psicóloga	Coordinadora programa Adulto	COSAM Lampa -Batuco.
Miguel Ilanca González	Trabajadora Social	Coordinador programa Alcohol y drogas.	COSAM Lampa -Batuco.
Syndy Avilés Gómez	Terapeuta	Programa Infanto Juvenil	Cosam Lampa -Batuco.
Angélica Dazkalakis Riquelme	Asistente Social	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Eleodoro Iñigo Oyarzun	Psicólogo	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Pablo Ferreira Valenzuela	Psicólogo	Referente de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Marco Barrientos Segura	Psicólogo	Encargado gestión COSAM	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Daniela Rivera Espinoza	Psiquiatra	Programa de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Nathalie Baumgartner	Psiquiatra	Programa de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Ana María Agudelo	Psiquiatra	Programa de Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Norte

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] OPS, "Declaración de Caracas." 1990.
- [2] Naciones Unidas, "Declaración Universal de Derechos Humanos." 1948.
- [3] Acuña C. and Bolis M., "La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas." OPS, 2005.
- [4] Hasen, Felipe, "Salud mental y exclusión social: reflexiones desde una estrategia política de la sanción, hacia la transformación institucional del enfoque comunitario.," EPSYS Rev. Psicol. Humanidades, 2012.
- [5] Allen, J., Balfour, R., Bell, R., and Marmot, M., "Social determinants of mental health," International review of psychiatry., vol. 26, no. 4, pp. 392-407, 2014.
- [6] Word Health Organization, "Equity in Health Care." Geneva, WHO, 1996.
- [7] Ansoleaga, E, Garrido, P., Lucero, C., Martínez, C., and et al., "Patología mental de origen laboral: Guía de orientación para el reintegro al trabajo." Universidad Diego Portales, ACHS.
- [8] Asociación Chilena de Seguridad, "Salud Mental Ocupacional." 2013.
- [9] Ministerio de Salud, "Circular N°21 Reitera instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial." 2012.
- [10] Consejo Nacional de la Infancia, "Diversidad Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes. Propuestas Mesa Técnica." 2016.
- [11] Colombia Diversa, "Provisión de Servicios afirmativos de salud para personas LGBT." 2010.
- [12] Meyer IH, Dietrich J, and Schwartz S, "Lifetime Prevalence of Mental Disorders and Suicide Attempts in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations.," Am J Public Health, vol. 98, no. 6, pp. 1004-6, 2008.
- [13] Ministerio de Salud, "Orientaciones para la Planificación y Programación en Red." 2018.
- [14] Ministerio de Salud, "'Estudio Comparado de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile'. Documento en edición." 2016.
- [15] Kirmayer Laurence, Mac Donald Mary Ellen y Gregory M. Brass, The Mental Health of Indigenous Peoples. Culture and mental Health Research Unit. Mc Gill University, 2000.
- [16] Organización de Naciones Unidas, "Convención sobre el estatuto de los refugiados." 1951.
- [17] Ministerio del Interior y Seguridad Pública, "Lineamientos para un programa de reasentamiento para refugiados sirios." 2016.
- [18] Ministerio de Desarrollo Social, "Orientaciones Técnicas Grupos Específicos: Personas en Situación de Calle." 2016.
- [19] Ministerio de Planificación and División Social, "En Chile todos contamos. Segundo Catastro Nacional Personas en situación de Calle." 2011.
- [20] Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), "Estudio de las condiciones carcelarias en Chile. Diagnóstico del cumplimiento de los estándares internacionales de Derechos Humanos." Santiago de Chile, 2013.
- [21] Ministerio de Salud, "Informe Comisión Asistencial Población Privada de Libertad." Santiago de Chile, 2015.
- [22] Organización Mundial de la Salud, "Prevención del suicidio en cárceles y prisiones." 2007.

- [23] Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), "Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas." Washington: Organización de Estados Americanos, 2011.
- [24] Organización de Naciones Unidas, "Declaración de Estambul sobre el Uso y los Efectos del Aislamiento Solitario. Relator Especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes." 2008.
- [25] Servicio Nacional de Menores, "Anuario Estadístico." 2014.
- [26] Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato de la P. Universidad Católica de Chile (por encargo del Servicio Nacional de Menores), "Estudio relativo al diagnóstico en salud mental de niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del Programa Vida Nueva." 2012.
- [27] Fundación Tierra de Esperanza, "Estudio de Caracterización de adolescentes infractores de Ley Consumidores de Drogas y Judicializados de la Provincia de Concepción, ingresados al Programa Ambulatorio Intensivo 'CreSer Concepción'." 2011.
- [28] Pedro Rioseco S, Benjamín Vicente P, Sandra Saldivia B, Félix Cova S., Roberto Melipillán A, and Patricia Rubi G, "Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes Infractores de Ley. Estudio Caso-Control Prevalence of psychiatric disorder among juvenile offenders. Case-control study," REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2009 47 3 190-200, 2009.
- [29] Observatorio Chileno de Drogas SENDA, "Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2011 8o Básico a 4o Medio." SENDA, 2011.
- [30] SENDA, "Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar. Principales Resultados Nacionales." Jul-2014.
- [31] Ministerio de Salud y Pontificia Universidad Católica de Chile, "Servicio de digitación, construcción de base de datos y elaboración de informe de resultados de ficha CLAP, en el control de salud integral de adolescentes. Informe Final." Jul-2012.
- [32] OMS and Fundacao Calouste Gulbenkian, "Social determinants of mental health." 2014.
- [33] Jadresic, Enrique, "Depresión perinatal: detección y tratamiento.," Rev. Médica Clínica Las Condes, vol. 25, no. 6, pp. 1019-1028, 2014.
- [34] Goodman SH, and Gotlib IH., "Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission.," Psychol. Rev., vol. 106, no. 3, pp. 458-490, 1999.
- [35] Sohr-Preston SL, Scaramella., "Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development.," LV Clin Child Fam Psychol Rev, vol. 9, no. 1, pp. 65-83, 2006.
- [36] Foster CJ, Garber J, and Durlak JA., "Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms.," J Abnorm Child Psychol, vol. 36, no. 4, pp. 527-537, 2008.
- [37] Stein A, Malmberg LE, S. K, Barnes J, L. P, and FCCC team, "The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development.," Child Care Health Dev, vol. 34, no. 5, pp. 603-612, Sep. 2008.
- [38] Q. LA and Silva RA; Godoy R, Jansen K, Matos MB, Tavares Pinheiro KA, Pinheiro RT, "The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months.," Child Care Health Dev, vol. 38, no. 3, pp. 420-4, 2012.

- [39] Lefkovic E, Baji I, Rigó J., "Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment," *Infant Ment Health J*, vol. 35, no. 4, pp. 354-365, 2014.
- [40] Anoop S, et al, "Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: a community based case-control study from South India," *Arch Child*, vol. 84, pp. 325-329, 2004.
- [41] Kingston D, "The Effects of Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress on Child Development: A Systematic Review." Alberta Centre for Child, Family, and Community Research, 31-Mar-2011.
- [42] Kingston, D; Tough, S; Whitfield, H, "Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress and Infant Development: A Systematic Review.," *Child Psychiatry Hum. Dev.*, vol. 43, no. 5, p. 683, Oct. 2012.
- [43] Veena A. Satyanarayana, Ammu Lukose, "Maternal mental health in pregnancy and child behavior.," *Indian J Psychiatry*, vol. 53, no. 4, pp. 351-361, Dec. 2011.
- [44] Michael Weitzman, David G. Rosenthal, and Ying-Hua Liu, "Paternal Depressive Symptoms and Child Behavioral or Emotional Problems in the United States.," *PEDIATRICS*, vol. 128, no. 6, Dec. 2011.
- [45] Peter J Cooper, et al, "Postnatal depression," *BMJ*, vol. 316, no. 7148, pp. 1884-1886, Jun. 1998.
- [46] Pilowsky DJ1, Wickramaratne PJ, et al., "Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study," *J Clin Psychiatry*, vol. 67, no. 1, pp. 126-136, Jan. 2006.
- [47] Ali NS1, Mahmud S, Khan A, Ali BS., "Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study.," *BMC Psychiatry*, vol. 13, no. 274, Oct. 2013.
- [48] Meiser S, Zietlow AL, Reck C, Träuble B, "The impact of postpartum depression and anxiety disorders on children's processing of facial emotional expressions at pre-school age." *Arch Womens Ment Health*, 03-Apr-2015.
- [49] Lynne Murray, Peter J Cooper, "Effects of postnatal depression on infant development.," *Arch Child*, vol. 1997, no. 77, pp. 99-101, 1997.
- [50] UNICEF and Banco Interamericano del Desarrollo, "Chile: Lineamientos de política para la primera infancia (menor de 4 años). Resumen ejecutivo." Oct-2007.
- [51] Oladeji, B, Adesola Mekanjuola V, and Gureje O, "Family-related adverse childhood experiences as risk factors for psychiatric disorders in Nigeria.," *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 193, no. 3, pp. 91-186, Mar. 2010.
- [52] Katie A. McLaughlin, and Ronald C. Kessler, "Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys.," *Br. J. Psychiatry*, vol. 197, no. 5, pp. 378-385, Oct. 2010.
- [53] Elizabeth R. Bell, Daryl B. Greenfield, Rebecca J., Rebecca J. Bulotsky-Shearer, and Daryl B. Greenfield, "Classroom age composition and rates of change in school readiness for children enrolled in Head Start.," *Early Child. Res. Q.*, vol. 28, no. 1, pp. 1-10, 2013.
- [54] Lori G. Irwin, Arjumand Siddiqi, and Clyde Hertzman, "Early Child Development: A Powerful Equalizer." 2007.
- [55] De la Barra, Flora, "Actualización en el diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit atencional / hiperactividad.," *Rev Med Clin Condes*, vol. 16, no. 4, pp. 242-50, 2005.

- [56] De la Barra, F., Vicente B., and Saldivia, S., "Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile, estado actual," *Rev. Médica Clin. Las Condes*, vol. 23, no. 5, pp. 521-529, 2012.
- [57] UNICEF Chile, "4to Estudio de Maltrato Infantil." UNICEF, 2012.
- [58] Benjamin Vicente, Robert Kohn, Pedro Rioseco, Sandra Saldivia, Itzhak Levav, and Silverio Torres, "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study," *Am J Psychiatry*, vol. 2006, no. 163, pp. 1362-1370, 2006.
- [59] Fondo Nacional de la Discapacidad, "Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile." 2005.
- [60] C.-N. Unidas, "CEPAL - Observatorio Demográfico (ex Boletín Demográfico)." [Online]. Available: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/agrupadores_xml/aes50.xml&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl. [Accessed: 19-Apr-2016].
- [61] Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, y Universidad Alberto Hurtado, "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010." 2011.
- [62] SENAMA, "Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores." 2009.
- [63] Ministerio de Salud, "Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en Atención Primaria." 2014.
- [64] Zitko P, Hernández D, and Gómez A., "Epidemiología," in *Prevención del Suicidio. Teoría y Práctica*, A. Gómez, H. Silva, and R. Amón, Eds. 2016.
- [65] OPS/OMS, "Prevención de la Conducta Suicida." Washington, D.C., 2016.
- [66] Ministerio de Salud, "Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género." 2013.
- [67] Ministerio de Salud, "Programa Nacional de Prevención de Suicidio. Orientaciones para su implementación." 2013.
- [68] Florenzano U.R, Valdés C.M, Cáceres C.E, Santander R.S, Aspillaga H.C, and Musalem A.C, "Relation between suicidal ideation and parenting styles among a group of Chilean adolescents," *Rev. Médica Chile*, vol. 139, no. 12, pp. 1529-33, Dec. 2011.
- [69] Ministerio de Salud, "Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud." MINSAL - OPS, 2013.
- [70] Ministerio de Salud, "Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud." MINSAL - OPS, 2013.
- [71] Desviat, M. and Moreno, A., Eds., "Acciones de Salud Mental en la Comunidad." 2012.
- [72] Organización Mundial de la Salud, "Salud mental: fortalecer nuestra respuesta." Centro de Prensa OMS, 2014.
- [73] C. Bang, "Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas," *Psicoperspectivas*, vol. 13, no. 2, pp. 109-120, May 2014.
- [74] Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE) and OPS/OMS, *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica*. 2015.
- [75] Ministerio de Salud, "Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025." 2017.
- [76] OMS, "Informe Mundial sobre Salud en el Mundo: Salud Mental Nuevos Conocimientos y Esperanzas." 2001.

- [77] Ardila, S y Galende, E, "El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria," Salud Ment. Comunidad, pp. 39-50, 2011.
- [78] Joyce, A. et al, "Continuity of Care in Mental Health Services: Toward Clarifying the Construct," Can J Psychiatry, vol. 49, no. 8, pp. 539 - 550.
- [79] Ministerio de Planificación, Ley No 20.422 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. 2010.
- [80] Figueroa, MA e Inostroza, H, Discapacidad y Salud Mental: una visión desde SENADIS. Santiago, Chile: SENADIS, 2015.
- [81] OPS/OMS, "Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud (CIF). Versión abreviada." OPS/OMS, 2001.
- [82] Ministerio de Salud, "Norma Técnica Rehabilitación Psicosocial para Personas Adultas con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad." 2006.
- [83] Marta Rosillo Herrero y Simon Peter K Smith, "La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar," Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, vol. 33, no. 118, pp. 257-271, 2013.
- [84] Æ. G.-I. Larry Davidson, "La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental," No131 Madrid., vol. vol.37, jun. 2017.
- [85] Anthony W, "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s," Psychosoc Rehabil J, vol. 16, no. 4, pp. 11-23, 1993.
- [86] Martinez, V et al, "La Gestión del Conocimiento en los Programas de Proximidad Comunitaria." Artículo en proceso de publicación.
- [87] Fuentes S, "Salud Mental y Vulnerabilidad. Curso I. Psicología y trabajo. Argentina." 2010.
- [88] Priebe S, Omer S, Giacco D, and Slade M, "Resource-oriented therapeutic models in psychiatry. A conceptual review," British Journal of Psychiatry, no. 204, pp. 256-261.
- [89] Eugênio Vilaça Mendes, "Las Redes de Atención de Salud." OPS, 2013.
- [90] OPS, "Serie Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud." 2010.
- [91] Organización Mundial de la Salud, "Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social." 2012.
- [92] OMS, "Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Mejora de la Calidad de la Salud Mental." Editores Médicos, S.A. EDIMSA, 2007.
- [93] Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud, "Evaluación de Sistemas de Salud Mental en Chile: Segundo Informe WHO AIMS." 2014.
- [94] Ministerio de Salud, "Norma Técnica para la implementación y seguimiento de Centros de Salud Mental Comunitaria." 2008.
- [95] Eugênio Vilaça Mendes, "Las Redes de Atención de Salud." OPS, 2013.
- [96] Ministerio de Salud, "Manual de procedimientos de la sección de orientación médica y estadística. SOME." 1988.
- [97] Ministerio de Salud, "Política de Salud y Pueblos Indígenas." 2da edición, 2016.
- [98] Verónica Aguirre Fonseca, "La figura del facilitador intercultural mapuche ¿hacia una verdadera interculturalidad en salud? Memoria para optar al título de la antropóloga social." Universidad de Chile, 2006.

- [99] 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.
- [100] OMS, "Glosario de Promoción de la Salud." 1998.
- [101] OMS, "Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado." 2004.
- [102] OPS/OMS, "Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020." 2013.
- [103] Ministerio de Salud, "Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025." 2017.
- [104] Ministerio de Salud, "Programa Nacional de Prevención de Suicidio. Orientaciones para su implementación." 2013.
- [105] Oficina Nacional de Emergencia, Ministerio de Salud, Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN), and Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA), "Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo. Emergencias, desastres y catástrofes. Documento en construcción." 2017.
- [106] Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, "Informe Comisión Asistencial Población Privada de Libertad." 2015.
- [107] Servicio Andaluz de Salud and Consejería de Salud, "Ambiente Terapéutico en Salud Mental. Análisis de Situación y Recomendaciones para Unidades de Hospitalización." 2018.
- [108] Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, Chile., "Modelo de Gestión de Red Salud Mental en la Red General de Salud" 2018.
- [109] Zitko, P., Markkula, N., Ramírez, J., Pemjean, A., and Borghero, F., "Missed opportunities: treatment gaps in comorbid non-communicable diseases in the Chilean population," En vía de publicación.
- [110] 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.
- [111] OPS, Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. OPS, 2010.
- [112] Ministerio de Salud, "Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los Servicios de Salud: planificación, implementación y evaluación." 2012.
- [113] OMS, "Sistemas de Información de Salud Mental." 2010.
- [114] MINSAL, "Encuesta de Centros Comunitarios." 2013.
- [115] Subsecretaría de Redes Asistenciales and MINSAL, "Modelo de Gestión Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIP). Resolución Exenta nº417." MINSAL, 2016.
- [116] Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile., "Análisis del Marco Jurídico Nacional e Internacional Relativo a Personas con Enfermedad Mental y Discapacidad Psíquica. Proyecto Modelo de Gestión de Centros de Salud Mental Comunitaria y Hospitales de Día Adulto y Adolescente." 2015.
- [117] Vázquez-Bourgon J and Vázquez-Barquero J, "Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves," Actas Esp Psiquiatr, vol. 40, no. 6, pp. 323-32, 2012.
- [118] Thornicroft G, "Balancing community-based and hospital-based mental health care," World Psychiatry, vol. 1, no. 2, pp. 84-90, 2002.

Otra bibliografía revisada

- Generalitat Valenciana, "Salud mental y bioética. Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar" [online] España: Consellería de Sanitat, 2013. Disponible en: http://www.uv.es/gibuv/SaludMental_Bioetica.pdf
- S. Fuentes, "Salud Mental y Vulnerabilidad." Curso I Psicología y Trabajo Social [online] Disponible en: <http://www.ocw.unc.edu.ar/cea/psicologia-y-trabajo-social/actividades-y-materiales-1/salud-mental-y-vulnerabilidad>
- T. L. Beauchamp y J. F. Childress, "Principios de Ética Biomédica" en *Bioética Debat*, vol. 17, no. 64, pp. 1-7, 2011. [online] Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, "Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Documento de trabajo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud." 2005.
- D. Restrepo y J. Jaramillo, "Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública," *Rev Fac Nac Salud Pública Colomb.*, vol. 30, no. 2, pp. 202-211, 2012. [online] Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/10764/20779736>
- G. Jervis, "Manual crítico de psiquiatría." Barcelona: Anagrama, 1977.
- A. Rogers y D. Pilgrim, "A sociology of the mental health and illness." (4th ed.). United Kingdom: McGraw Hill, 2010.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud, "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final" *Journal SA*, 2009. [online] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- M. Marmot, A. Pellegrini Filho, J. Vega, O. Solar, and K. Fortune, "Action on social determinants of health in the Americas," *Rev. Panam. Salud Publica Pan Am. J. Public Health*, vol. 34, no. 6, pp. 379-384, Dec. 2013.
- L. Álvarez, "Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo," *Rev. Gerenc. Políticas Salud*, vol. 8, pp. 69-79. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2009. [online] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>
- G. Ivbijaro, "Companion to Primary Care. Mental Health," London: WONCA and Radcliffe Publishing, 2012. [online] Disponible en: <http://www.stfm.org/FamilyMedicine/Vol46Issue9/Ventres727>
- I. Montero, D. Aparicio, M. Gómez-Beneyto, and et al., "Género y salud mental en un mundo cambiante," *Gac. Sanit.*, vol. 18, no. 4, Barcelona, 2004. [online] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028
- M. Weissman, R. Bland, RP Joyce, S. Newman, JE Wells, and HU Wittchen, "Sex differences in rates of depression: crossnational perspectives," *J Affect Dis*, vol. no. 29, pp. 77-84, 1993.
- National Institute for Health and Care Excellence, "Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline." 2014. [online] Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- W. Bolton and K. Oatley, "A longitudinal study of social support and depression in unemployed men," *Psychol Med*, vol. 17, no. 2, pp. 453-60, 1987.

- D. Dooley, R. Catalano and G. Wilson, "Depression and unemployment: Panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study," *Am J Commun Psychol*, vol. 22, no. 6, pp. 745-65, 1994. [online] Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02521557>
- I. Karsten, E. Geithner, and K. Moser, "Latent Deprivation among People who Are Employed, Unemployed, or Out of the Labor Force.," *J. Psychol.*, vol. 143, no. 5, pp. 477-91, 2009.
- JB. Turner, "Economic Context and the Health Effects of Unemployment.," *J. Health Soc. Behav.*, vol. 36, no. 3, pp. 213-29, 1995.
- K. Glynn, H. Maclean, T. Forte, and M. Cohen, "The association between role overload and women's mental health.," *J. Womens Health*, vol. 18, no. 2, pp. 217-23, 2009.
- M. Hamer, E. Stamatakis, and A. Steptoe, "Dose-response relationship between physical activity and mental health: the Scottish Health Survey.," *Br. J. Sports Med.*, vol. 43, no. 14, pp. 1111-4, 2009. [online] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18403415>
- A. Molarius et al., "Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors--a population-based study in Sweden.," *BMC Public Health*, vol. no. 9, p. 302, 2009.
- SG. Bamberger et al., "Impact of organisational change on mental health: a systematic review.," *Occup Env. Med.*, vol. 69, no. 8, pp. 592-8, 2012. [online] Disponible en: <http://oem.bmj.com/content/69/8/592>
- JE. Ferrie, MJ. Shipley, SA. Stansfeld, and MG. Marmot, "Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study.," *J. Epidemiol. Community Health*, vol. 56, no. 6, pp. 450-4, 2002. [online] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732160/>
- Virtanen M, Kivimaki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, and Vahtera J, "Temporary employment and health: a review.," *Int J Epidemiol*, vol. 34, no. 3, pp. 610-22, 2005. [online] Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article/34/3/610/682271/Temporary-employment-and-health-a-review>
- HD. Witte, "Review of the Literature and Exploration of Some Unresolved Issues," *Eur. J. Work Organ. Psychol.*, vol. 8, no. 2, pp. 155-77, 1999.
- MJ. Colligan, MJ. Smith, and JJ. Hurrell, "Occupational incidence rates of mental health disorders.," *J. Human Stress*, vol. 3, no. 3, pp. 34-9, 1977.
- AH. de Lange, TW. Taris, MAJ. Kompier, ILD. Houtman, and PM. Bongers, "The relationships between work characteristics and mental health: Examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study.," *Work Stress*, vol. 18, no. 2, pp. 149-66, 2004.
- CD. Fisher, "Social Support and Adjustment to Work: A Longitudinal Study.," *J. Manag.*, vol. 11, no. 3, pp. 39-53, 1985. [online] Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/014920638501100304>
- RA. Karasek, "An Analysis of 19 International Case Studies of Stress Prevention Through Work Reorganization Using the Demand/Control Model.," *Bull. Sci. Technol. Soc.*, vol. 24, no. 5, pp. 446-56, 2004.
- B. Netterstrom et al., "The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression.," *Epidemiol Rev*, vol. 2008, no. 30, pp. 118-32, 2008. [online] Disponible en: <https://academic.oup.com/epirev/article/30/1/118/622529/The-Relation-between-Work-related-Psychosocial>

- I. Niedhammer, M. Goldberg, A. Leclerc, I. Bugel, and S. David, "Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort.," *Scand J Work Env. Health*, vol. 24, no. 3, pp. 197-205, 1998.
- J. Siegrist, "Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies.," *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 258, no. Suppl 5, pp. 115-9, 2008.
- SA. Stansfeld, R. Fuhrer, MJ. Shipley, and MG. Marmot, "Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study.," *Occup Env. Med*, vol. 56, no. 5, pp. 302-7, 1999. [online] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757742/>
- SA. Stansfeld, FR. Rasul, J. Head, and Singleton N, "Occupation and mental health in a national UK survey.," *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 46, no. 2, pp. 101-10, 2011. [online] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3034883/>
- T. Theorell et al., "A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms.," *BMC Public Health*, vol. 2015, no. 15, p. 738, 2015. [online] Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4153-7>
- M. Virtanen et al., "Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data.," *BMJ*, vol. 2015, no. 350, p. g7772, 2015. [online] Disponible en: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.g7772.full>
- Ministerio de Salud, Departamento de Salud Ocupacional, "Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo." 2013. [online] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e039772356757886e040010165014a72.pdf>
- KK. Kolappa, DC. Henderson, and SP. Kishore, "No physical health without mental health: lessons unlearned?," *Bull. World Health Organ.*, vol. no. 91, p. 3-3A. 2013.
- V. Ngo, et al, "Grand Challenges: Integrating Mental Health Care into the Non-Communicable Disease Agenda.," *PLOS Med.*, vol. 10, no. 5, May 2013. [online] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653779/>
- MP. Cosgrove, LA. Sargeant, and SJ. Griffin, "Does depression increase the risk of developing type 2 diabetes?," *Occup Med Lond*, vol. 2008, no. 58, pp. 7-14, 2008.
- JS. Gonzalez et al., "Symptoms of depression prospectively predict poorer self-care in patients with Type 2 diabetes.," *Diabet Med*, vol. 2008, no. 25, pp. 1102-7, 2008. [online] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2008.02535.x/references;jsessionid=E11764866869A8D48F44D5FE8872A9C3.f03t03?globalMessage=0>
- MJ. Zvolensky, J. Bakhshaie, C. Sheffer, A. Perez, and RD. Goodwin, "Major depressive disorder and smoking relapse among adults in the United States: a 10-year, prospective investigation.," *Psychiatry Res*, vol. 226, no. 1, pp. 73-7, Mar. 2015.
- K. Lasser, S. Woolhandler, D. Himmelstein, D. McCormick, and D. Bor, "Smoking and mental illness: a population-based prevalence study.," *JAMA*, vol. no. 284, pp. 2606-10, 2000.
- B. Felker, KR. Bush, O. Harel, JB. Shofer, MM. Shores, and DH Au, "Added burden of mental disorders on health status among patients with chronic obstructive pulmonary disease.," *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, vol.no. 12, 2010.
- MJ. Massie, "Prevalence of depression in patients with cancer.," *J Natl Cancer Inst Monogr*, vol. 2004, no. 32, pp. 57-71, 2004.
- J. Giese-Davis, K. Collie, KM. Rancourt, E. Neri, HC. Kraemer, and D. Spiegel, "Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis.," *J Clin Oncol*, vol. no. 29, pp. 413-20, 2011. [online] Disponible en: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2010.28.4455>

- R. Rugulies, "Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis," *Am J Prev Med*, vol. no. 23, pp. 51-61, 2002.
- MA. Whooley and JM. Wong, "Depression and Cardiovascular Disorders," *Annu Rev Clin Psychol*, vol. no. 9, pp. 327-54, 2013.
- W. Whang et al., "Depressive symptoms and all-cause mortality in unstable angina pectoris (from the Coronary Psychosocial Evaluation Studies [COPE])," *Am J Cardiol*, vol. 2010, no. 106, pp. 1104-7, 2010. [online] Disponible en: [http://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(10\)01198-7/fulltext](http://www.ajconline.org/article/S0002-9149(10)01198-7/fulltext)
- H. Nabi et al., "Effects of depressive symptoms and coronary heart disease and their interactive associations on mortality in middle-aged adults: the Whitehall II cohort study," *Heart*, vol. 96, no. 20, pp. 1645-50, Oct. 2010.
- M. Mazza, M. Lotrionte, G. Biondi-Zoccai, A. Abbate, I. Sheiban, and E. Romagnoli, "Selective serotonin reuptake inhibitors provide significant lower re-hospitalization rates in patients recovering from acute coronary syndromes: evidence from a meta-analysis," *J Psychopharmacol*, vol. no. 24, pp. 1785-92, 2010.
- M. Prince et al., "No health without mental health," *Lancet*, pp. 859-77, 2017. [online] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607612380>
- SJ. Genuis and MG. Tymchak, "Approach to patients with unexplained multimorbidity with sensitivities," *Can. Fam. Physician*, pp. 533-8, 2014. [online] Disponible en: <http://www.cfp.ca/content/60/6/533>
- L. Gallego, P. Barreiro, and JJ. López-Ibor, "Diagnosis and Clinical Features of Major Neuropsychiatric Disorders in HIV Infection," *AIDS Rev*, vol. no. 13, pp. 171-9, 2011.
- Royal College of Psychiatrists, "Liaison psychiatry for every acute hospital: integrated mental health and physical health care." 2013.
- M. Parsonage, M. Fossey, and C. Tutty, "Liaison psychiatry in the modern NHS." Centre for mental health., 2012. [online] Disponible en: <https://www.centreformentalhealth.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=90473f35-1f7b-4368-9d4a-26933cf5f62b>
- E. Jadresic, "Depresión perinatal: detección y tratamiento," *Rev. Médica Clínica Las Condes*, vol. 25, no. 6, pp. 1019-1028, 2014. [online] Disponible en: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/23-jadresic.pdf
- SH. Goodman, and IH Gotlib, "Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission," *Psychol. Rev.*, vol. 106, no. 3, pp. 458-490, 1999.
- SL. Sohr-Preston, LV. Scaramella., "Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development," *LV Clin Child Fam Psychol Rev*, vol. 9, no. 1, pp. 65-83, 2006. [online] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6967867_Implications_of_Timing_of_Maternal_Depressive_Symptoms_for_Early_Cognitive_and_Language_Development
- CJ. Foster, J. Garber, and JA. Durlak, "Current and past maternal depression, maternal interaction behaviors, and children's externalizing and internalizing symptoms," *J Abnorm Child Psychol*, vol. 36, no. 4, pp. 527-537, 2008. [online] Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10802-007-9197-1>
- A. Stein, et al., "The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development," *Child Care Health Dev*, vol. 34, no. 5, pp. 603-612, Sep. 2008.

- LA. Quevedo et al. "The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months.," *Child Care Health Dev*, vol. 38, no. 3, pp. 420-4, 2012. [online] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2011.01251.x/full>
- Lefkovic E, Baji, J. Rigó, "Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment," *Infant Ment Health J*, vol. 35, no. 4, pp. 354-365, 2014. [online] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/imhj.21450/full>
- S. Anoop S et al, "Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: a community based case-control study from South India.," *Arch Child*, vol. 84, pp. 325-329, 2004.
- D. Kingston., "The Effects of Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress on Child Development: A Systematic Review." Alberta Centre for Child, Family, and Community Research, 2011. [online] Disponible en: <https://policywise.com/wp-content/uploads/resources/2016/07/TheEffectsofPrenatalandPostpartumMaternalPsychologicalDistressonChildDevelopmentASystematicReviewpdf-Kingston-Dawn.pdf>
- D. Kingston et al, "Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress and Infant Development: A Systematic Review," *Child Psychiatry Hum. Dev.*, vol. 43, no. 5, p. 683, Oct. 2012.
- VA. Satyanarayana, A. Lukose, K.Srinivasan, "Maternal mental health in pregnancy and child behavior.," *Indian J Psychiatry*, vol. 53, no. 4, pp. 351-361, Dec. 2011. [online] Disponible en: <http://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2011;volume=53;issue=4;page=351;epage=361;aulast=Satyanarayana>
- M. Weitzman, DG. Rosenthal, and YH. Liu, "Paternal Depressive Symptoms and Child Behavioral or Emotional Problems in the United States.," *PEDIATRICS*, vol. 128, no. 6, Dec. 2011. [online] Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/128/6/1126>
- PJ. Cooper, et al, "Postnatal depression," *BMJ*, vol. 316, no. 7148, pp. 1884-1886, Jun. 1998. [online] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1113362/>
- DJ. Pilowsky, PJ. Wickramaratne, et al., "Children of currently depressed mothers: a STAR*D ancillary study," *J Clin Psychiatry*, vol. 67, no. 1, pp. 126-136, Jan. 2006.
- NS. Ali, S. Mahmud, A. Khan, BS. Ali, "Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study.," *BMC Psychiatry*, vol. 13, no. 274, Oct. 2013. [online] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3819469/>
- S. Meiser, AL. Zietlow, C. Reck, B. Träuble, "The impact of postpartum depression and anxiety disorders on children's processing of facial emotional expressions at pre-school age." *Arch Womens Ment Health*, 2015. [online] Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-015-0519-y>
- L. Murray, PJ Cooper, "Effects of postnatal depression on infant development.," *Arch Child*, vol. no. 77, pp. 99-101, 1997. [online] Disponible en: <http://adc.bmj.com/content/77/2/99>
- B. Oladeji, et al "Family-related adverse childhood experiences as risk factors for psychiatric disorders in Nigeria.," *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.*, vol. 193, no. 3, pp. 91-186, Mar. 2010.
- C. Ronald et al, "Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys.," *Br. J. Psychiatry*, vol. 197, no. 5, pp. 378-385, Oct. 2010. [online] Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/197/5/378.full>
- ER. Bell, et al, "Classroom age composition and rates of change in school readiness for children enrolled in Head Start.," *Early Child. Res. Q.*, vol. 28, no. 1, pp. 1-10, 2013. [online] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885200612000476>

- F. De la Barra, "Actualización en el diagnóstico y tratamiento del trastorno de déficit atencional / hiperactividad,," Rev Med Clin Condes, vol. 16, no. 4, pp. 242-50, 2005. [online] Disponible en: http://www.clinicalascondes.com/area-academica/pdf/MED_16_4/ActualizacionTratamientoTrastornoAtencional.pdf
- F. De la Barra et al, "Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile, estado actual,," Rev. Médica Clin. Las Condes, vol. 23, no. 5, pp. 521-529, 2012. [online] Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/2_Dra--Flora-de-la-Barra-M.-12.pdf
- UNICEF, "4to Estudio de Maltrato Infantil," Santiago: 2012. [online] Disponible en: https://www.unicef.org/lac/Cuarto_estudio_maltrato_infantil_unicef.pdf
- Ministerio de Salud, "Situación Actual del Suicidio Adolescente en Chile, con perspectiva de género," 2013. [online] Disponible en: <http://bibliodiversa.todomejora.org/wp-content/uploads/2016/12/2-SituacionActualdelSuicidioAdolescente-con-persp-genero.pdf>
- P. Zitko et al, "Epidemiología en Prevención del Suicidio. Teoría y Práctica,," Santiago de Chile, Editorial interamericana, 2017 en prensa.
- UR. Florenzano, et al, "Relation between suicidal ideation and parenting styles among a group of Chilean adolescents,," Rev. Médica Chile, vol. 139, no. 12, pp. 1529-33, 2011.
- Observatorio Chileno de Drogas, SENDA, "Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2011. 8o Básico a 4o Medio,," 2011. [online] Disponible en: <http://docplayer.es/15457228-Observatorio-chileno-de-drogas-noveno-estudio-nacional-de-drogas-en-poblacion-escolar-de-chile-2011-8o-basico-a-4o-medio.html>
- SENDA, "Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar. Principales Resultados Nacionales," 2014. [online] Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2014/07/decimo-escolares-2013.pdf>
- B. Bustos, "Informe II Jornada Nacional Salud Mental y Pueblos Indígenas." 2012.
- J. Vega, O. Solar, A. Irwin, "Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud: Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción." En: Determinantes Sociales de la Salud en Chile: En la Perspectiva de la equidad. 2005.
- L. Kirmayer, ME. Mac Donald y GM. Brass, The Mental Health of Indigenous Peoples. Culture and mental Health Research Unit. Mc Gill University, 2000. [online] Disponible en: <https://www.mcgill.ca/tcpsych/files/tcpsych/Report10.pdf>
- Ministerio de Salud, "Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Osorno," 2012. [online] Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20N%C2%B0%209%20OSORNO.pdf>
- G. Rojas, "Diagnóstico y Factibilidad Global para la Implementación de Políticas Globales de Salud Mental para Inmigrantes de la Zona Norte de la Región Metropolitana (comuna de independencia)." Organización Internacional para las Migraciones sede Chile - OIM, 2008. [online] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b608460e04001011f01239d.pdf>
- SENAME, "Anuario Estadístico 2014." 2014. [online] Disponible en: <http://www.sename.cl/anuario-estadistico2014/ANUARIO-2014.pdf>

- SENAME and Pontificia Universidad Católica, "Estudio Relativo al Diagnóstico en Salud Mental de Niños, Niñas Y Adolescentes Atendidos en el Marco del Programa Vida Nueva." 2012.
- Fundación San Carlos de Maipo, "Estudio de Alternativas para la Atención Integral de la salud Mental de niños, niñas y adolescentes con Compromiso Biopsicosocial Severo." 2010.
- Fundación Tierra de Esperanza, "Estudio de Caracterización de adolescentes infractores de Ley Consumidores de Drogas y Judicializados de la Provincia de Concepción, ingresados al Programa Ambulatorio Intensivo 'CreSer Concepción'." 2011.
- P. Rioseco et al, "Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Adolescentes Infractores de Ley. Estudio Caso-Control Prevalence of psychiatric disorder among juvenile offenders. Case-control study," REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 47 3 190-200, 2009. [online] Disponible en: http://www.academia.edu/25248638/Prevalencia_de_trastornos_psiqui%C3%A1tricos_en_adolescentes_infractores_de_ley_en_Chile
- B. Vicente, M.D, et al, "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study," Am J Psychiatry, vol. no. 163, pp. 1362-1370, 2006. [online] Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.8.1362>
- Fondo Nacional de la Discapacidad, "Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile." 2005.
- Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, and Universidad Alberto Hurtado, "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010." 2011. [online] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- MR. Alvarado and CG. Sanhueza, "Necesidades clínicas y psicosociales en mujeres que ingresan al programa para el tratamiento integral de la depresión en atención primaria, en Chile.," Psiquiatría y salud mental, vol. 22, no. 1-2, pp. 83-92, 2005.
- Ministerio de Salud, Instituto de Seguridad Laboral, and Dirección del Trabajo, "Primera Encuesta Nacional de Empleo, Salud, Trabajo y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile." 2011. [online] Disponible en: <http://www.isl.gob.cl/wp-content/uploads/2011/09/Informe-Final-ENETSInterinstitucional.pdf>
- Ansoleaga, E, Garrido, P., Lucero, C., Martínez, C., and et al., "Patología mental de origen laboral: Guía de orientación para el reintegro al trabajo." universidad Diego Portales, ACHS. [online] Disponible en: http://pepet.udp.cl/wp-content/uploads/2015/10/guia_salud_laboral.pdf
- Asociación Chilena de Seguridad, "Salud Mental Ocupacional." 2013.
- Superintendencia de Seguridad Social, "Análisis de Licencias Médicas de Origen Común.," 2015
- OECD, "Health at a Glance 2011," 2011. [online] Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>
- O. Echávarri, et al, "Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente.," Temas de la Agenda Pública, Centro de Políticas Públicas UC., vol. 10, no. 79, 2015.
- C. Logie, "The Case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to Address Sexual Orientation.," Am J Public Health, vol. 102, no. 7, pp. 1243-6, 2012.
- IH. Meyer, J. Dietrich, and S. Schwartz, "Lifetime Prevalence of Mental Disorders and Suicide Attempts in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations.," Am J Public Health, vol. 98, no. 6, pp. 1004-6, 2008. [online] Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2006.096826>
- MOVILH, "Primera Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual, Derechos Humanos y Ley Antidiscriminación." 2013. [online] Disponible en: <http://docplayer.es/14099058-Primera-encuesta-nacional.html>

- A. Tomicic et al., "Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014).", Aceptada Rev. Médica Chile ISI, 2016. [online] Disponible en: <http://www.revistamedicadechile.cl/ojs/index.php/rmedica/article/viewFile/4475/2168>
- Ministerio de Desarrollo Social, Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental, "Orientaciones Técnicas grupos específicos: Personas en Situación de Calle." 2016.
- Ministerio de Desarrollo Social, "En Chile todos contamos. Segundo Catastro Nacional Personas en situación de Calle." 2011. [online] Disponible en: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/plancalle/docs/En_Chile_Todos_Contamos.pdf
- SENAMA, "Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores." 2009. [online] Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>
- Ministerio de Salud, "Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en Atención Primaria." 2014.
- OMS, "Informe Mundial sobre Salud en el Mundo: Salud Mental Nuevos Conocimientos y Esperanzas." 2001. [online] Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Ministerio de Salud, "Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los Servicios de Salud: planificación, implementación y evaluación." 2012.
- HT. Hareven and KJ. Adams, "Aging and life course transitions: an interdisciplinary perspective.", Guilford Press N. Y., 1982.
- Ministerio de Salud, "Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud," Serie de Cuadernos de Redes, vol. 18. [online] Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
- Institute of Medicine of the National Academies, Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, "Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce." Washington (DC): National Academies Press (US), 2008.
- MC. Lu and N. Halfon, "Racial and ethnic disparities in birth outcomes: A lifecourse perspective. Maternal and Child Health." 2003.
- Federación Mundial para la Salud Mental, "Salud Mental en la Atención Primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental." 2009.
- JL. Haggerty, RJ. Reid, GK. Freeman, BH. Starfield, "Continuity of care: a multidisciplinary review," BMJ, vol. no. 327, pp. 1219-1221, 2003. [online] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC274066/>
- C. Bang, "Estrategias Comunitarias en Promoción de Salud Mental. Construyendo una Trama Conceptual para el Abordaje de Problemáticas Psicosociales Complejas," Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad, vol. Vol 13, no. N°2, p. Pp. 109-120, Buenos Aires: 2014. [online] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242014000200011
- M. Rosillo, M. Hernandez, and SK. Smith, "La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar," Rev Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, vol. 33, no. 118, pp. 257-271, 2013. [online] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n118/03.pdf>
- Programa Especial de Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud (SDE) and OPS/OMS, "Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica," 2015.
- Leppo, et al., "Health in all policies. Seizing opportunities, implementing policies". Finland, 2013. [online] Disponible en: http://searo.who.int/nepal/mediacentre/paho_hiap_book.pdf

- Ley Nº 20.422 que establece “Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad”. Santiago de Chile, 2010. [online] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422>
- Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional de Discapacidad, “Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020.” 2013. [online] Disponible en: <http://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2011/08/Politica-Nacional-para-la-Inclusion-Social-de-las-Personas-con-Discapacidad.pdf>
- J. Pino, M. Ceballos, “Terapia ocupacional comunitaria y rehabilitación basada en la comunidad: hacia una inclusión sociocomunitaria.” Rev. Chil. Ter. Ocupacional, vol. 15, no. 2, 2015. [online] Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/38167/39826>
- JC. González, A. Rodríguez, “Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención.” Madrid, España: Comunidad de Madrid, 2002. [online] Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3DCUADERNO+TECNICO+17++REHAB+PSICOSOCIAL+.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352887219295&ssbinary=true>
- M. Cordero, “Salud mental y psiquiatría: el modelo gravitacional.” Editorial Universidad de Santiago, 1998.
- OPS, “Serie Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud.” Washington, D.C., 2010. [online] Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/MET_GEST_PSS_INTRO_GENERL_2010SPA.pdf
- JL. Orosco, “Ética y calidad en salud: un binomio inseparable,” Acta Bioethica, vol. 17, no. 1, pp. 9-17, 2011. [online] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000100002
- O. Domínguez, C. Manrique, “Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública,” Acta Bioethica, vol. 17, no. 1, pp. 31-36, 2011. [online] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000100004
- M. Herimaimz, F. Santander, “Bioética y salud mental,” Zerb. Gizarte Zerb. Aldizkaria Rev. Serv. Soc., no. 38, p. 1, 2000.
- Ministerio de Salud, “Norma Técnica para la organización de una red de servicios de salud mental y psiquiatría y orientaciones para su aplicación.” 1999.
- Ministerio de Salud, “Orientaciones Técnico- Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental.” 2015.
- PS. Wang et al., “Treated and untreated prevalence of mental disorders: results from the World Health Organization World Mental Health surveys.” Oxf. Textb. Community Ment. Health, 2011.
- Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, “Modelo de Gestión para Centros de Salud Mental Comunitaria y Hospitales de Día Adulto y Adolescente. Servicio de Salud Metropolitano Occidente.” 2015.
- Ministerio de Salud, “Orientaciones Técnicas para el Funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría.” 2002.
- Ministerio de Salud, “Modelo de Gestión Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infante Adolescente (UHCIP). Resolución Exenta nº417.” 2016.

ANEXOS

Anexo N°1. Análisis de los nudos críticos

Área y Nudo Crítico	Descripción
Marco Conceptual del Modelo	
Insuficiente desarrollo del marco conceptual	El insuficiente desarrollo conceptual del modelo ha llevado a una baja comprensión y concordancia con el enfoque comunitario de atención, observándose una no alineación del sistema en relación al desarrollo y organización de la oferta de servicios, particularmente de la función esperada en la red por parte de los COSAM, que satisface las necesidades y expectativas de la población demandante de atención. Por otro lado, la coexistencia de dos enfoques con miradas opuestas, por un lado, el biomédico, y por otro, el biopsicosocial, ha dificultado el poder profundizar en el cambio de paradigma planteado por el modelo comunitario. No existe una mirada integradora de la atención en salud considerando los aspectos biológico, psicosocial, comunitario y espiritual, como parte de un todo que debe ser considerado de forma integral, poniendo el énfasis en la interacción de estos elementos y no en el peso específico de cada dimensión en forma particular. Esta situación ha producido un desarrollo heterogéneo y disarmónico en la implementación y funcionamiento de los Centros en el país, lo que ha impactado en el tipo de atención, los procesos y la población atendida. Además, ha permitido la transinstitucionalización y perpetuación del modelo tradicional.
Marco Normativo	
Ausencia de Ley de Salud Mental.	La ausencia de una Ley de Salud Mental, ha dificultado la asignación de recursos que permita un mayor desarrollo de los dispositivos de la red de salud mental comunitaria a nivel país, esto se traduce en una baja asignación de recursos (2.8% del presupuesto de Salud, muy distante del 5% definido en el Plan Nacional del 2000), y por otro lado, una mala distribución de los mismos, asignando recursos que fortalecen la institucionalización psiquiátrica, en desmedro de los dispositivos comunitarios. Además, su ausencia, no permite resolver las inconsistencias del marco legal nacional, lo que impide una alineación de las leyes en el marco de derechos humanos, en relación a las personas en situación de discapacidad mental. Además de tener leyes nacionales que no son coherentes con las convenciones internacionales que Chile ha ratificado. Esto no ha permitido que exista un amparo legal de las prácticas y políticas en esta área ya no solo, desde la legitimidad, sino que desde un marco jurídico que permita acoplar, tanto leyes en el ámbito de derechos humanos, pueblos indígenas (interculturalidad), como discapacidad, permitiendo desarrollar una mirada desde la salud mental holística y legal para obtener fondos definidos y el cumplimiento de las políticas y planes como deber jurídico.

Inconsistencias del Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 en relación al modelo comunitario	El Plan Nacional de Salud Mental, al no estar acompañado de un plan de financiamiento para su implementación, impactó negativamente en el desarrollo de la Red, entre los cuales, también fue afectado el desarrollo de los COSAM, los que vieron disminuido su expansión. Por otra parte, al definir un estándar de un equipo por 40 mil habitantes, no consideró otras complejidades más allá de un equipo por cantidad de población, como son, niveles de pobreza, dispersión geográfica, entre otras. Es más, en la práctica, se observa que el 87% de los COSAM tiene una población beneficiaria adscrita mayor a 40.000 habitantes (Ministerio de Salud, 2013)⁴⁹, principalmente presentando una población adscrita por sobre 100.000 habitantes, con lo que se afecta la oportunidad, accesibilidad y calidad de la atención. El Plan Nacional de Salud Mental definió una estructura genérica de nivel secundario bajo el nombre de “Equipos de Salud Mental Especializada”, los que podían estar ubicados en COSAM, CRS, CDT, CAE, Hospital General 1,2 y 3, y Hospitales Psiquiátricos, lo que ha debilitado el traslado de la atención desde la estructura hospitalaria hacia establecimientos especializados en la comunidad (COSAM). El no contar con la incorporación del COSAM en el Reglamento Orgánico de Establecimientos del Salud, no se reconocen como establecimientos de la red de salud con todos los impactos que ello implica, políticos, financieros, técnicos, administrativos, logísticos, entre otros.
Normas, Protocolos y Guías Clínicas no actualizadas.	Se observan existencia de guías y orientaciones no basadas en evidencia, guías clínicas no actualizadas que no orientan de forma eficiente el trabajo de los equipos, y procesos administrativos-clínicos de la atención que no están regulados, no contando con procedimientos sistemáticos donde los profesionales de los equipos participen en procesos de inducción para implementarlos. (O’Higgins tiene insumos para nudos críticos)
Ley de derechos y deberes entrapa los procesos de intervención en red, específicamente en torno a la confidencialidad de la información, la que no puede ser utilizada con otras entidades.	Su interpretación afecta el trabajo intersectorial y con la comunidad sustento del modelo comunitario.

⁴⁹ Ministerio de Salud (2013). Encuesta Centros de Salud Mental Comunitarios.

Desigual distribución y ubicación de centros.	Un aspecto asociado a la insuficiente cantidad de dispositivos, es que estos centros no se distribuyen homogéneamente en los territorios en los que habitan sus beneficiarios, concentrándose principalmente en las grandes ciudades y en áreas urbanas, lo cual genera una dificultad de acceso a las personas que residen fuera de los estos espacios, y en especial en aquellos territorios con ruralidad y de alta dispersión geográfica, no contándose con las estrategias suficientes para la atención de esta población, lo que impacta negativamente en la oportunidad de la atención. Pero, además, superando el estándar de un equipo centro por cada 40 mil beneficiarios, existiendo comunas sobre 100.000 o más habitantes con un centro y un equipo. Se suma a lo anterior, que en algunos centros su ubicación se encuentra dentro del recinto de un hospital, en un área municipal, o asociada a un centro de salud familiar de atención primaria, situación que no permite su diferenciación como establecimiento dentro de la red de salud, no contribuyendo al desarrollo de una identidad como centro de especialidad de salud mental en la comunidad. Sin perjuicio de lo anterior, en algunas regiones de nuestro país, existen buenas prácticas que han permitido mediante la presentación de proyectos al FNDR, mejorar la infraestructura de los centros, también se destaca como oportunidad la obtención de terrenos en calidad de comodatos evitando el arriendo de viviendas a particulares.
Inestabilidad organizacional en los Servicios de Salud	Existen constantes cambios organizacionales en los Servicios de Salud, respecto a Jefaturas y el lugar de la Salud Mental en el Servicio (Departamento, Unidad u otro), definición de roles, lo que afecta directamente a la administración de los Centros, por no contar con un gestor de Red estable que pueda dar continuidad a los diseños de red, por lo que estanca los procesos de los cuales forma parte el COSAM. Insuficiente valoración de las jefaturas cuando no son médicos, sin poder acceder a mejoras por responsabilidades de dirección.
Desconocimiento de la población beneficiaria	En general se observa un insuficiente conocimiento de la población beneficiaria que está adscrita y que potencialmente requeriría atención en los dispositivos COSAM, desconociendo sus necesidades y expectativas de atención en salud mental y por lo tanto, de las enfermedades más prevalentes. Esto hace que los equipos definan qué atender solo en base a la demanda satisfecha, y no en base a la caracterización de la población y comunidades específicas existentes. Ausencia de estudios epidemiológicos actualizados con un enfoque de determinantes sociales y una mirada regional que permitan diseños de intervenciones focalizadas y que entreguen insumos a los equipos de la red para nutrir sus diagnósticos locales. La insuficiente identificación de grupos específicos que requieren estrategias diferenciadas de atención impide que se desarrollen acciones promocionales, preventivas y de tratamiento que resuelvan óptimamente las necesidades de estos grupos entre ellos: etnia, diversidad sexual, indigentes, personas en situación de discapacidad psíquica, inmigrantes, grupos poblacionales en extrema pobreza y con alta vulneración de derechos; poblaciones ubicadas, por ejemplo en lugares geográficos y territoriales con serias barreras de accesibilidad.
Heterogeneidad en la Dependencia Administrativa	Los centros de salud mental comunitarios tienen realidades distintas. El grueso de ellos 43% depende administrativamente de Servicio de Salud y un 47% depende del municipio a través de corporación municipal, mientras que un pequeño porcentaje depende de un privado [1.14]. Lo que lleva a una heterogeneidad en su funcionamiento, roles y funciones, perfil del equipo, impactando en el tipo de atención que se brinda. En este sentido, el foco de la atención y quehacer de los Centros queda condicionada a la autoridad municipal y no a las necesidades de la población. Esta situación se ve reflejada en aspectos, como la contratación del RRHH, ya que esta variabilidad en la dependencia administrativa impacta en las condiciones contractuales de los equipos y su continuidad en el tiempo. Así, por ejemplo, los cambios en los gobiernos comunales han definido el término del financiamiento en algunos centros o equipos, problemas en la gestión de remuneraciones, u otros aspectos asociados a variables político-comunales que han provocado una alta rotación en los equipos y otras dificultades en la gestión, lo que va en desmedro de una atención de calidad para los usuarios. Así mismo, en muchos lugares se instala una insatisfacción de los/as trabajadores/as por la nula carrera funcionaria, sueldos dispares e inferiores en especialidad que en APS, falta de políticas de autocuidado. El estatuto de atención primaria no permite tener bajo su dependencia a equipos que cumplan funciones de especialidad, implicando serias dificultades actualmente en la gestión de los COSAM que dependen de Municipios, lo que ha tenido un alto impacto negativo en los equipos. Esto ha llevado al Ministerio a estar desarrollando un proceso de reorientación de la dependencia, de gestión y presupuestaria.

Programación no basada en las necesidades de la población beneficiaria	En algunos casos, la programación se realiza en base al recurso humano disponible y las competencias que este tenga y no en base a las necesidades de la población. Por otro lado, se privilegia la atención de personas cuyos diagnósticos están asociados a un financiamiento y se privilegia a las personas con patologías GES, por tener exigencias administrativas que consumen los recursos que los COSAM pueden ofrecer. Estos hechos distorsionan profundamente el modelo de atención y constituyen una grave barrera de accesibilidad, perpetuando las inequidades en la atención de salud mental.
Oferta programática desigual y desarticulada	Se observa que la realidad de los COSAM muestra una heterogeneidad respecto de la programación de las actividades. Se observan diferencias en las concentraciones y rendimientos de los/las profesionales de los equipos, así como, en lo oferta para resolver el problema de salud de la población atendida. Existen establecimientos que ofrecen una gama de distintas intervenciones desde lo individual hasta lo grupal y en otros solo privilegian las acciones individuales. Así, el grueso del tiempo es dedicado a la atención clínica en box. Este hecho muestra la necesidad de establecer un equilibrio en la oferta de atención respecto de lo individual, grupal y comunitario. También muestra la necesidad de generar estándares de atención mínimos que deberían ser cumplidos por los COSAM, con el fin de asegurar la calidad y la equidad de la atención para toda la población. Actualmente el incentivo está para la atención de box y la cama, manteniendo la mirada en el déficit o la enfermedad. Se estima que los COSAM deben realizar actividades de promoción y prevención en salud mental. Sin embargo, se concordó que será relevante que estas actividades se planifiquen y se ejecuten en conjunto con la APS y que deben estar valorizadas, como también la posibilidad de que se capacite a los equipos de APS y agentes comunitarios para realizarlas. Otro aspecto de alta relevancia es el incipiente y heterogéneo desarrollo en el ámbito de la rehabilitación de los usuarios y sus familias. Las acciones tienden a vincularse principalmente con usuarios/as con discapacidad con un diagnóstico psiquiátrico, como la esquizofrenia y no en el resto de las personas que presentan otras condiciones de salud mental. En este sentido, es necesario integrar una mirada comprensiva de lo que implica la rehabilitación, como un objetivo transversal a cualquier tipo de intervención en salud mental, independientemente del diagnóstico asociado. Si bien es cierto, algunos establecimientos han logrado un desarrollo integral orientado a la inserción familiar, educacional, laboral y comunitaria, la tendencia es a la oferta de talleres socio laborales, con escaso nexo hacia las redes comunitarias, sociales y laborales, que efectivamente permitan la inserción o mantener su integración de la población usuaria y finalmente su inclusión social.

Funcionamiento y coordinación de Red	
Proceso de consultorías en Salud Mental.	Si bien su instalación ha sido progresiva en el tiempo, realizando esta actividad mensualmente se observa que la frecuencia y modalidad de esta acción es heterogénea de un centro a otro, lo cual incide en el resultado de esta acción, como un lugar para mejorar la resolutiveidad de la atención solicitada por la población demandante, y como un espacio de transferencia técnica y resguardo de la continuidad de los cuidados. En muchos casos se tiende a sobre valorar la presencia del profesional psiquiatra en desmedro de un trabajo en equipo, condicionando la realización de esta actividad en virtud de la presencia o no del/la psiquiatra, lo que también afecta el resultado. Por otro lado, los equipos del nivel primario tienden a definir esta acción para derivar usuarios/as y no como una instancia común que mejora la integración de las redes de salud, sino para intentar resolver casos de GES por esta vía, al no tener oportuno acceso al nivel secundario. La cantidad de estas consultorías dirigidas a población Infanto-adolescente es menor que la realizada a población adulta, debido a la menor cantidad de equipos para la atención y el cuidado de esta población. La atención primaria tiende a privilegiar las horas de atención directa de profesionales médicos, en desmedro de su participación permanente en las consultorías. Esta situación es compleja, dada la necesidad que en general presentan los médicos de contar con suficientes competencias para resolver adecuadamente la atención, siendo esta actividad un espacio de fortalecimiento de sus competencias en salud mental.
Referencia y contrarreferencia	Los criterios de referencia y contrarreferencia están definidos desde el nivel de especialidad con sistemas heterogéneos de priorización en cada equipo, teniendo un impacto directo en la oportunidad y continuidad de la atención de las personas que son referidas Sin mecanismos efectivos para la continuidad de la atención entre cada nivel y en cada dispositivo. En cuanto a la relación de los COSAM con el nivel primario de salud, se analiza que los sistemas de referencia y contra referencia actuales, no facilitan el retorno de la persona a su lugar de atención en su comunidad una vez resuelto el motivo que determinó su derivación, quedando generalmente cautiva la población en los COSAM y en los servicios de especialidad de los hospitales, no reconociéndose la posibilidad de una continuidad de la atención y de cuidados en la atención primaria, y entre los factores principales que inciden en esta situación es el que el arsenal farmacológico y la insuficiente formación de los equipos de APS dificulta la continuidad de cuidados. Esta situación, atenta en el trabajo de una red coordinada e integrada, capaz de otorgar cuidados continuos y enlazados hacia su población a cargo. La relación con el nivel de especialidad se basa principalmente en la existencia de protocolos de referencia y contra referencia acordados entre el COSAM y el hospital de referencia, sin un trabajo coordinado en la red. En la Encuesta de Caracterización de los COSAM, realizada en el año 2013 por el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Públicas, solo el 65% de los centros (35 centros) informa contar con un protocolo de referencia y contra referencia con el nivel de hospitalización, mientras que el 35% carece de estos protocolos. Esta situación tiene un impacto negativo en toda red de salud, al producir confusión en el proceso de derivación y atención de la población demandante que requiere ser derivada. Se explica porque en su mayoría son elaborados individualmente por los dispositivos y posteriormente socializados con los dispositivos del nivel anterior, sin que exista necesariamente, un acuerdo de la red.

	Se observa una insuficiente coordinación e integración de la red de salud mental lo que dificulta la continuidad de los cuidados y la provisión de servicios centrados en las necesidades de las personas, constatándose falta de flexibilidad en los distintos dispositivos, lo que resta dinamismo y fluidez a la red. Además, en parte importante de los casos, los protocolos de R-CR están basados en clasificaciones diagnósticas, que no dan cuenta de las necesidades de apoyo de las personas, perpetuando la perspectiva biomédica, centrando la mirada en la enfermedad, y a su vez, inhibiendo, de esta manera, el desarrollo de respuestas desde los servicios sanitarios locales y de las comunidades, a las necesidades de la población de un determinado territorio. Así mismo, los equipos que integran los distintos dispositivos de la red, en general no se relacionan directamente, generándose pocos espacios de trabajo clínico conjunto, lo que dificulta el trabajo colaborativo de manera regular, y en general se observa desconocimiento de parte de los equipos, del trabajo de los otros equipos de otros dispositivos de la red. Esto impide que buenas prácticas de la red sean difundidas, dificulta el tránsito de las personas por la red, se duplican intervenciones, y en general un mal aprovechamiento de los recursos de las redes. No hay suficiente validación del trabajo que realizan los COSAM ante la atención cerrada. Todo lo anterior, impacta negativamente en las personas usuarias de las redes, dado que la lógica anteriormente descrita, fuerza el tránsito de las personas en situación de discapacidad mental, hacia los niveles de atención más complejos, determinando: aumento de las barreras de acceso, dado a que los centros más complejos generalmente se encuentran más distantes de los territorios, y por otra parte, añadiendo una importante carga de estigma, que redunda en segregación y exclusión social, dificultando los esfuerzos de rehabilitación psicosocial y de reconstrucción de ciudadanía.
Insuficiente posicionamiento en la red de salud general.	Respecto a su rol y funciones, se observa una insuficiente claridad de su rol como un dispositivo clínico del nivel de especialidad y, por lo tanto, de las funciones que cumple en la red, en relación a otros nodos y niveles (tanto vertical, como transversal). Esto se explica de alguna manera considerando sus orígenes, los que surgen, desde el nivel primario y con una propuesta principalmente psicosocial, lo que aun en el día de hoy, no se ha resuelto con suficiente decisión política y claridad técnica. Otro aspecto analizado, se relaciona con la cultura instalada en el sistema de salud, en el que se reconoce que la atención de especialidad solo puede ser ubicada en los hospitales, no reconociendo una respuesta de especialidad ambulatoria puesta en la comunidad. En este sentido, no existe una comprensión y suficiente aceptación de ello, tanto por la red en general, como también por algunos grupos del área de la salud mental. Esta situación, se traduce en un menor reconocimiento técnico, pero también en una resistencia al cambio, como también a mirar de una manera objetiva el cómo resolver las barreras que tiene la población para llegar a la atención de especialidad, lograr ser atendida oportunamente, y resolver su problema de salud. Como contrapartida, existe un mayor reconocimiento por parte del nivel primario de atención de este dispositivo, como un establecimiento de la red de especialidad, pero que no es generalizado en todo el país. Este “no posicionamiento en la red”, conlleva a tener equipos de salud mental especializada aislados y marginados, sin una adecuada integración en la red de cada Servicio de Salud o presentándose una seria dificultad de acceso a tratamientos de otras problemáticas “no priorizadas”, quedándose encasillados como “usuarios de salud mental”, lo cual genera estigma y discriminación de parte del mismo sector sanitario y dificulta una adecuada recuperación e inclusión social. Este nudo crítico no se da en todos los COSAM y hay lugares donde se observa una integración y están posicionados en la red, lugares donde se han dado particulares situaciones que son necesarias de mirar y rescatar en el modelo de gestión a proponer. Es primordial que los equipos manejen, comprendan e integren el Modelo Comunitario para favorecer el posicionamiento en la Red, contactándola e integrándola como parte fundamental en el proceso de recuperación y rehabilitación.

Sistema de apoyo a procesos clínicos	
Carencia de sistemas de registros adecuados.	Por no estar constituido en un establecimiento, los COSAM no son reconocidos por el DEIS y su registro queda al alero de hospitales o centros de atención primaria. Sólo algunos centros de los 29 Servicios de Salud han logrado ser reconocidos y obtener un código de registro propio. Esto no es menor a la hora de realizar un análisis de la atención, cobertura demanda satisfecha, demanda no cubierta o realizar una adecuada planificación y programación, lo cual incide en la estimación de la brecha de recursos humanos para resolver cobertura u otros aspectos del proceso de atención. Otro aspecto relacionado con la gestión de información, es la carencia de registros que den cuenta de las acciones específicas de coordinación sectorial e intersectorial, y de gestión de casos de usuarios que realiza cada COSAM, como también la insuficiente visibilización y diferenciación de las actividades de intervención grupal ya sea con familiares o con la comunidad, lo cual, marca realidades acerca de cuáles son las acciones que deben programar y realizar desde cada centro, que marca la cartera de servicios que finalmente entrega cada uno de estos dispositivos y hacia donde se dirigirán los recursos disponibles para la satisfacción de las necesidades de la población adscrita. Existe una cantidad de acciones realizadas que no son registradas. Un tercer aspecto, el cual es transversal a toda la red de salud, es la carencia de un sistema de registro integrado y homogéneo a nivel de toda la red de salud del país, y en particular en la red de COSAM, que permita un adecuado registro de información compartida, que permita un acceso fluido a la información de la persona usuaria y al seguimiento de la población atendida en la red sanitaria. Se torna imposible tener un continuo en la historia de intervenciones, avances y dificultades del trabajo realizado con la población usuaria en la red de salud, lo que se constituye en un grave problema para asegurar la continuidad de los cuidados e intervenciones integrales, dificultándose la coordinación con el resto de los establecimientos de la red, existiendo una pérdida de información, duplicidad de registros y menor eficacia en la atención entregada.
Insuficiente asistencia farmacéutica.	Por no ser establecimientos reconocidos en el sistema, los COSAM en su mayoría no tienen farmacias. Entre las soluciones que se dan en la actualidad en algunos lugares se recurre a botiquines, o en otros lugares, la población atendida con prescripción farmacológica, deben ir al hospital o a establecimientos de atención primaria a retirar sus fármacos, con un mayor costo de tiempo y de dinero para las personas atendidas, pero también afectando su continuidad de tratamiento. Mayor dificultad se presenta en la población rural. No existe un arsenal farmacológico actualizado a nivel nacional, no permitiendo asegurar la continuidad de los tratamientos en caso de traslados de usuarios. Ausencia de un sistema de gestión del cuidado (enfermería), que permita administrar fármacos inyectables, curaciones básicas, sistema de toma de muestras y acceso a un laboratorio.
Gobernanza	
Insuficiente participación de las personas usuarias y sus familiares en la toma de decisiones en general.	Se observa en los COSAM una baja participación real. No está instalada la cultura de participación en los procesos de planificación de cada centro, como tampoco han surgido Consejos de Desarrollo Local en cada uno de estos dispositivos. El poder incorporar a las personas conlleva un trabajo permanente de los equipos, los que se ven enfrentados al costo de tener que parar la atención de estos versus el poder obtener este insumo, lo que está ligado a las brechas de recursos humanos y la falta de recursos económicos para su difusión con la comunidad, dada la necesidad de instaurar los diagnósticos participativos. Asimismo, según los datos del Segundo Estudio de Evaluación del Sistema de Salud Mental Chileno (WHO-AIMS) realizado en el año 2012, dan cuenta que la organización de usuarios y familiares ha bajado respecto a la primera experiencia de evaluación de la salud mental chilena, desarrollada en el año 2006. Entre las personas y la comunidad, mientras están en procesos de cambio terapéutico, muchos están fuera del mundo laboral, y se debilitan los vínculos de identidad y pertenencias sociales. Y si se rige por el principio de que sin salud e inclusión social tampoco hay salud mental. Es importante la posibilidad que desde los COSAM exista un apoyo constante a la generación de asociaciones de las personas y familiares.

Estructura y equipamiento	
Insuficiente cantidad de centros e inadecuada distribución	El principal problema detectado es la cantidad de Centros Comunitarios de Salud Mental distribuidos a nivel país, ya que pese a duplicarse el número de estos dispositivos desde el año 2006 al 2014, pasando de 41 a 87 centros, se presenta una alta brecha en los distintos Servicios de Salud de estos dispositivos, en especial en los Servicios de Salud Maule, Metropolitano Sur Oriente, Metropolitano Occidente, Metropolitano Sur, Viña del Mar Quillota, Metropolitano Central y O'Higgins. Actualmente se encuentran 91 Centros en funcionamiento. Si se suman los centros de especialidad en de Hospitales Generales, se obtiene un total de 146 centros de atención de especialidad a nivel país. Este valor representa el 44% del total de dispositivos que se esperaba según la Norma Técnica de los Centros de Salud Mental Comunitaria, del año 2008, asociada a 40.000 habitantes. Por lo tanto, se presenta una brecha de 187 dispositivos de atención de especialidad de salud mental, situación que genera altos niveles de inequidad y oportunidad de atención para la población beneficiaria de estos centros. Siendo además en muchos lugares las condiciones estructurales de estos centros muy heterogéneas y en ocasiones de gran precariedad estructural y de equipamiento.
Dificultades en infraestructura y equipamiento.	La calidad de la infraestructura de estos centros, pues hasta el momento no se ha desarrollado un Programa Médico Arquitectónico (PMA) unificado que regule las condiciones estructurales para el funcionamiento de los COSAM, funcionando en base a arriendo de casas. Por lo que, a nivel país se presentan diversos tipos de edificación asociadas al funcionamiento de los mismos, presentándose dificultades en cuanto a la cantidad y calidad de los espacios para la atención de la población beneficiaria, si existe o no diferenciación de los espacios de atención para la población adulta y la infanto adolescente, como también para el adecuado desempeño del equipo profesional de estos dispositivos. Sólo se han presentado algunas experiencias de diseño particular de PMA, asociadas a proyectos específicos financiados por FNDR en algunas regiones del país, sin que esto esté incorporado como norma a nivel nacional. En cuanto al tipo de construcción de estos recintos, se presentan una heterogeneidad en este ámbito, pasando desde edificaciones de fibrocemento, a otras de material ligero, como mediaguas de madera, y otras soluciones como containers, las cuales, han ido surgiendo en base a la necesidad de ampliar los espacios para la atención de usuarios y actividades con la comunidad, pero sin contar con un plan de regularización de obras o recursos de inversión pública para la normalización de estos recintos. Así también, asociado a lo anterior, se presentan otras dificultades asociadas a la atención de la población usuaria, como dificultades en privacidad, no contar con los espacios requeridos para brindar una buena atención a usuarios individual como grupalmente, problemas de aislación térmica, dificultades en ventilación y luminosidad y carencia de áreas verdes o espacios para la realización de actividades al aire libre. En cuanto al equipamiento, se presentan dificultades en el estado de conservación y seguridad de equipos entre los distintos centros, los cuales también pueden ser insuficientes o encontrarse en mal estado, debido al escaso financiamiento para equipamiento y la mantención de inmuebles y equipos, tanto por parte de los Servicios de Salud, y de los municipios. Se suma a este aspecto, las dificultades en la administración y la baja posibilidad de gestión directa de recursos financieros que se presentan en estos centros, pues en su mayoría no tienen un centro de costo propio, dependiendo del Servicio de Salud, un Hospital, Corporaciones de Salud o de Departamentos Municipales y de cuan optima sea la gestión y administración de estos recursos en estos diferentes lugares, como la valoración de las autoridades de los mismos hacia la salud mental, pudiéndose presentar dificultades en el acceso a servicios de apoyo, como la disponibilidad de los insumos, oportunidad de reparaciones y reposiciones, entre otros. Otro aspecto que favorece esta situación es la condición de uso de infraestructura en la que funcionan estos centros, pues más allá de la dependencia administrativa de Servicio de Salud o municipal, un porcentaje importante de estos centros opera en propiedades privadas arrendadas, lo cual no permite optar a mayores adecuaciones de los espacios, o al desarrollo de inversiones públicas en infraestructura. En este sentido, pese a que, en la norma técnica de los Centros de Salud Mental Comunitaria del año 2008, se planteaban requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento, en la práctica no se han podido cumplir todos los estándares que la norma contenía.

	Una evidencia de este hecho se refleja en una encuesta desarrollada a estos centros por el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, la cual plantea que los principales requisitos que se cumplían eran los relacionados con box de atención individual, salas de espera y baños de usuarios y personal y en menor medida de salas de atención grupal, salas de reuniones, box multipropósito, cocina y oficina de coordinación. Sin embargo, se presentaban dificultades, respecto a las áreas de atención de enfermería, botiquín, salas de acogida y vestidor de funcionarios, como tampoco en la diferenciación de espacios de intervención para niños y adultos. Otro tema que surge en el ámbito de equipamiento es la carencia y disponibilidad de vehículos u otros recursos que permitan desarrollar actividades de salud mental en la comunidad. Esta situación está definida para el caso de los Servicios de Salud, de acuerdo a las dotaciones de vehículos aprobadas desde Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y Contraloría General de la República, en la que no se puede sobrepasar la planta establecida por éstos, siendo poco factible contar con vehículos propios para la gestión comunitaria de los COSAM y menos de presupuesto para la mantención de los mismos. A nivel municipal, pese a contarse con recursos de administración local, generalmente tampoco se destinan vehículos para los COSAM, sino que son compartidos generalmente con establecimientos de atención primaria. La solución que se ha desarrollado desde los distintos centros para tener acceso a movilización es la compra de servicios a privados con presupuesto de operación, realizando licitaciones con algún proveedor determinado para transporte anual o convenios con empresas de transporte con ticket de movilización. En relación al punto anterior, se deben considerar que en la actualidad no se consideran las necesidades territoriales específicas, sobre todo en regiones donde existe alta ruralidad y dispersión geográfica, lo cual limita el acceso de la población usuaria a los servicios de especialidad en salud mental. Existen buenas prácticas instaladas en varias de estas regiones que han respondido de forma exitosa a estas dificultades (Ej: Reloncaví). En tal sentido, se propone garantizar la capacidad de movilización para los equipos y/o la instalación de equipos de intervención especializada en hospitales comunitarios u otros dispositivos de salud cercanos a la población beneficiaria que lo requiera.
Recursos Humanos.	
Variabilidad de la calidad contractual en un mismo equipo.	Se observa una gran variabilidad en cuanto a la calidad contractual de quienes trabajan actualmente en el nivel de especialidad de atención de salud mental a lo largo de todo Chile, incluso dentro de un mismo centro, lo que podría determinar rotación del recurso humano, y a su vez ser fuente de inequidad. De acuerdo a datos del 20131, en los COSAM a nivel país ningún centro cuenta con enfermera de planta y tanto médicos generales como médicos psiquiatras están vinculados en modalidad a contrata u honorarios. En cambio, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y terapeutas ocupacionales están mayormente en modalidad planta o contrata. De modo similar, el personal técnico y administrativo presenta alta proporción de contrata y honorarios, siendo los técnicos en rehabilitación quienes presentan mayor proporción de vinculación a honorarios, lo que refleja también cierta inequidad en la distribución de los cargos a contrata. Alta rotación atenta en contra de los procesos psicoterapéuticos, la calidad contractual afecta la rotación. Existe canjes o rotación de personal asociados a la estabilidad v/s remuneración, lo que hace disímiles los tipos de profesionales contratados y tipos de contratos, por ejemplo, las dificultades en contrataciones de profesional psiquiatra quienes para tener contratos se les paga con cifras asociadas al servicio privado, sobre todo infanto juvenil, lo que impacta directamente en los procesos de atención.
Insuficiente definición de perfil profesional, Insuficiente definición de funciones y brechas de horas profesionales.	Existe insuficiente número de horas de los distintos profesionales de los centros en general en relación a la población a ser atendida, así como, existe heterogeneidad en perfil y tipo de profesional contratado. Se observa que la contratación de profesionales depende de los distintos convenios que cada centro pueda gestionar. Junto con lo anterior, se constata que en general no existen definiciones de los perfiles profesionales de acuerdo al modelo, y que las funciones y áreas de competencias, en general no están suficientemente definidas. Se observa que existe una gran brecha de horas de enfermería y psiquiatras infanto-adolescente. Además de existir notables disparidades entre las distintas zonas del país.

Déficit competencias de los equipos acorde al Modelo. (Déficit capacitación, formación pregrado, polos docente-asistenciales).	La principal tecnología en salud mental son las competencias, los conocimientos y las actitudes de las personas que componen los equipos de trabajo. Así, los/las profesionales de la salud mental son un componente determinante para alcanzar un mayor estándar de calidad, así como, para impulsar y mantener un proceso de cambio en los sistemas de salud. En este sentido, se observan insuficientes conocimientos y competencias de los/las profesionales que integran los equipos de salud mental, acorde al perfil que un enfoque comunitario exige y el perfil de la población y comunidad a ser atendida. Su explicación entre otros aspectos está dado por una deficiente formación de pregrado, los centros formadores no han incluido dentro de sus currículos, elementos de salud comunitaria, así como los profesionales en su mayoría, en escenarios formativos idóneos. Situación que se mantiene en el postgrado, en general el profesional psiquiatra, se forma en centros que mantienen una lógica hospitalocéntrica asistencialista, y con un enfoque marcadamente biomédico. Además, existe poca oferta formativa de postgrado de acuerdo al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. Tampoco ha existido un lineamiento claro desde el MINSAL respecto a la capacitación de sus equipos, tanto médico, profesional y técnico, ya sea presencial o virtual, que haga transversal los conocimientos del Modelo Comunitario en la Red. Todo esto va en desmedro de la satisfacción de las necesidades y expectativas que pueda tener la población que solicita demanda de atención. En definitiva, no es pertinente el recurso humano formado con las necesidades y requerimiento del sistema público en el ámbito de salud mental.
Conformación de equipos (distintos profesionales) acorde al Modelo Atención y Trabajo en equipo, cuidado de equipo.	En la actualidad se constata la conformación de equipos multiprofesionales, no interdisciplinarios ni transdisciplinarios conformados en cantidad y proporción distinta entre los distintos centros, con roles y funciones específicas también diversas, lo que se traduce en diversidad en el abordaje terapéutico de las personas desde su visión profesional particular, lo que impediría el abordaje integral y centrado en la persona. Se hace necesario avanzar en la definición de equipos interdisciplinarios, a los que deben definirse funciones, cada una de las cuales pueden ser desarrolladas por distintos integrantes de los equipos, lo que permitiría la construcción de una mirada transdisciplinaria, necesaria en el ejercicio de salud mental comunitaria. No existen planes de cuidado de equipo permanentes para los equipos de salud mental, ni protección básica para funcionarios que deben atender situaciones complejas y de riesgo en algunas ocasiones (contar con guardia de seguridad). Considerar incentivos económicos como asignaciones especiales y más días de vacaciones para los equipos de salud mental, ante el desgaste generado por las patologías atendidas en estos centros.
Proceso de Atención Vacíos técnicos importantes en relación a una mira actualizada de la rehabilitación.	Respecto a la temática de rehabilitación, se reconoce que en la práctica existen vacíos importantes, en particular respecto a los aspectos éticos que se relacionan con la visión de rehabilitación desde el modelo de la inclusión. Además de haber escaso conocimiento en los equipos respecto de las acciones de rehabilitación aplicables, existe una conceptualización diversa respecto a este tema, dada la evolución del constructo a través del tiempo. Estas limitaciones generan la reproducción de "lógicas manicomiales ambulatorias", tanto en COSAM, como en Hospitales de Día. Por lo tanto, será significativo dotar a estos Centros de un concepto unificado de rehabilitación y proponer acciones concretas para el trabajo en este ámbito, acorde a los desarrollos actuales en este aspecto e impulsando la coordinación intersectorial, en la lógica de una rehabilitación orientada a la inclusión (recuperación o recovery).

Insuficiente actualización de los enfoques terapéuticos.	En relación a lo anterior y considerando las intervenciones clínicas, los COSAM realizan el diagnóstico del trastorno mental, realizan psicoterapia, farmacoterapia, psicoeducación y desarrollo de habilidades. Sin embargo, la evaluación del pronóstico a largo plazo es escasamente lograda, lo cual incide en la continuidad de la atención y finalmente en la oportunidad de rehabilitación, reinserción e inclusión efectivas, favoreciendo las recaídas Uno de los aspectos que se planteaba en la Norma Técnica de los Centros de Salud Mental Comunitaria es el Monitoreo, Control y Administración de Riesgos (MCAR). En los datos aportados por la encuesta a los COSAM realizada por el Departamento de Salud Mental, esta actividad es la actividad menos desarrollada, al igual que el tratamiento asertivo comunitario. Esta situación tiene como consecuencia que las personas y las familias que lo requieren no puedan beneficiarse de una intervención especializada en terreno, afectando, por tanto, la cobertura y calidad de la atención. Otro punto a reflexionar es el quehacer que realizan estos centros, el cual, va más allá de estar inserto en un territorio de una comunidad determinada, sino que se relaciona con la vinculación que deber realizar desde cada equipo de salud mental de estos centros con su comunidad y otras redes socio sanitarias, como el establecimiento de diagnósticos participativos, planificaciones comunes, espacios de participación u otras instancias de coordinación, para así lograr una atención pertinente y oportuna, que asegure la calidad y continuidad de atención.
Financiamiento.	
Disparidad en el financiamiento.	Actualmente las fuentes principales de financiamiento de los COSAM son el Pago de Prestaciones Valoradas (PPV) entregados por FONASA, relacionadas al tratamiento de problemáticas de salud mental, seguidos por los fondos provenientes del convenio SENDA-MINSAL, enfocado a la atención de personas con consumo problemático de alcohol y drogas. Una tercera vía de financiamiento está asociada a aportes municipales en el caso de dispositivos que tiene este tipo de dependencia y una cuarta alternativa de financiamiento es el aporte mínimo en montos de Pago de Prestaciones Institucionales (PPI) desde los Servicios de Salud. Al respecto, si se consideran las vías de financiamiento principal de PPV y Convenio SENDA-MINSAL, ambas están asociadas al pago de tratamiento por un diagnóstico determinado, centrándose en un trastorno mental, más que un monto global asociado a la salud mental de la población beneficiaria, como lo es la percapitación con base a una población beneficiaria determinada. Este punto marca un punto de inflexión sobre el proceso de atención de los COSAM y genera incentivos perversos en las problemáticas que se atienden, privilegiándose en algunos casos aquellas que reportan un mayor financiamiento en desmedro de otras que tiene una menor valoración. Un ejemplo de lo anterior se aprecia en las diferencias en el pago que se recibe entre un trastorno y otro a nivel ambulatorio, pasando de \$15.850 de la canasta de Demencia y Trastornos Mentales Orgánicos o \$16.030 de Trastornos del Comportamiento en la Infancia, a \$307.230 en un Programa Ambulatorio Intensivo de tratamiento de alcohol y drogas de adultos o \$606.430 en el caso de este mismo plan para población infanto adolescente. Esta diferencia de financiamiento genera inequidades respecto a la atención de las personas, lo cual afecta la disponibilidad de recursos para una adecuada atención. En algunos centros esta situación es subsanada generándose un fondo presupuestario común, el cual financia aspectos ligados al tratamiento de todas las personas con trastornos mentales que se encuentran bajo control en un dispositivo, donde aquellos fondos provenientes de tratamientos de alcohol y drogas colaboran para el financiamiento de otras problemáticas de salud mental. No debería ser pensado en cada patología en particular, sino en la satisfacción usuaria y usar los recursos como un centro de costo para cubrir distintas patologías, los financiamientos deberían ser para el centro no para el convenio en particular. Las inequidades en los convenios de Fonasa (por la valorización de las canastas de prestaciones que no refleja lo que requiere el usuario/a). Si consideramos que existe una gran cantidad de centros con aportes municipales, una de las grandes dificultades es que el financiamiento no siempre está asegurado, dependiendo de voluntades comunales su continuidad.

Financiamiento de acciones individuales intrabox.	Dentro del desglose de todas las canastas, se financian principalmente aquellas acciones que se realizan por el equipo profesional y técnico dentro del contexto de atención individual en un box, en desmedro de las actividades grupales que son menormente valoradas y en especial aquellas de intervención comunitaria, que reciben aún una menor valoración de FONASA. Esta situación marca profundamente el ámbito de acción que realizan los equipos de los COSAM, dificultándose así la consolidación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y el desarrollo de estrategias en el contexto donde habitan las personas, pues los recursos para el realizar acciones en la comunidad tiene un costo mayor que solo la atención individual intrabox, como por ejemplo, intervenciones de dos o más profesionales, traslados (ya que los rendimientos de las visitas domiciliarias no está adecuado al contexto local, en especial aquellas comunas con gran dispersión geográfica), arriendo de infraestructura, gastos en insumos u otros, los cuales en la actualidad no están financiados adecuadamente. El pago de la consultoría es en "paquete" de personas evaluadas, en circunstancias que habitualmente se utiliza mucho tiempo por cada uno para lograr cumplir los objetivos de esta actividad (evaluación, análisis de caso, retroalimentación docente). Por otro lado, tampoco se acepta que la evaluación por especialista en consultoría, tanto GES como no GES equivalga a la que se efectúa en el centro de nivel secundario en circunstancias que es más completo, al estar ambos equipos presentes. Otro aspecto que no está financiado, es el de coordinaciones sectoriales e intersectoriales para la continuidad de cuidados de los beneficiarios de estos centros, lo cual es una labor altamente relevante dentro del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y que en la actualidad realizan en mayor o menor medida los equipos, pero que no están contabilizadas dentro de los rendimientos ni en la programación de la atención de salud mental especializada que realizan estos centros y por lo tanto al no contabilizarse ni estar incluido dentro de cada canasta, no reciben financiamiento. Existe una subvaloración de las canastas asociadas a Salud mental comunitaria, en el ámbito de las actividades con la comunidad, incluidas las de promoción y prevención, las cuales solo aparecen en el REM, pero no reflejan el tiempo y recursos invertidos en ellas. Se deben reevaluar las canastas FONASA de acuerdo a guías clínicas e incorporación de actividades comunitarias.
Altos costos de operación	Un aspecto que también dificulta el financiamiento, es el alto gasto de operación que tiene cada centro, respecto a los recursos con los que se cuenta, pues debido a la brecha de Infraestructura y RRHH contratados, es finalmente del monto asociado a la operación donde se financia el arriendo de infraestructura y el pago mensual, mediante contratación a honorarios, de los profesionales y técnicos que conforman los equipos de cada centro, disminuyéndose así los montos disponibles para otras acciones que son relevantes dentro del proceso de atención de cada usuario y contar con un plan de mantención de la infraestructura o equipamiento que también inciden en la calidad de atención que brinda cada centro. Otro aspecto que trasciende el financiamiento de estos centros es el valor asignado al precio/hora del RRHH, el cual está subvalorado respecto al estándar de mercado, lo que agrava aún más el financiamiento de estos centros y en general de la salud mental a nivel nacional. No existe un liderazgo que permita acuerdos formales con los directivos, que protejan los presupuestos, considerando la atención integral en salud mental. Al ser establecimientos dependientes de los Servicios, hospitales o municipalidades los presupuestos no son íntegramente ocupados en el centro de salud mental. Glosas presupuestarias diferenciadas (marcadas) para facilitar gestión de recursos.

Intersectorialidad y comunidad	
Procesos deficientes de trabajo intersectorial desde los COSAM con los servicios del Estado y las ofertas de desarrollo local a nivel municipal.	Los COSAM no son visualizados desde el intersector, toda vez que su nivel de acción es limitado en términos de recursos y oferta disponible, lo que cual no los hace necesarios e indispensables. Las experiencias de buenas prácticas no han sido validadas lo suficiente, sobre todo aquellos equipos que han gestionado desde distintas intervenciones ya sean localizados por territorios, por diagnóstico por tipo de intervención o modelo de acción, solo se han potenciado a nivel local o a nivel de servicios. No existe una lógica de "buena práctica local, al ser eficiente, poder potenciarla como política pública". A nivel nacional, se cuenta con una muestra interesante de muy buenas prácticas asociadas a procesos de inclusión, modelos medioambientales, acciones culturales, acciones deportivas, cooperativas, agrupaciones de familiares y movimientos de usuarios etc., que buscan cambios en las practicas e instituciones para pasar desde el modelo biomédico al Modelo de Salud Mental Comunitaria, los que contribuyen a la producción, administración, renovación, reestructuración y resignificado del sentido de las acciones sociales. Las buenas prácticas e instituciones desde donde se producen las significaciones, que los sujetos otorgan a su experiencia, les da un sentido de identidad y desde donde se regulan y estructuran las formas en que los sujetos dan sentido a su realidad, por eso es tan importante incluso el nombre con que se reconocen a los COSAM. Esa falta de análisis y poco fortalecimiento de coordinación intersectorial es un sentir desde los integrantes de los equipos COSAM, más aun cuando para hacer un proyecto en común y tener acceso a subvenciones estatales o fondos concursables, y no tener personalidad jurídica, no ser un establecimiento en sí mismo, (no pueden acceder a sus centros de costos, a menos que sean privados) no es posible postular a estos fondos, a menos que los ligados a desarrollos locales y comunales, haciéndolos por medio de la Municipalidad o Corporaciones Municipales y los asociados a servicios de Salud sea realizados vía establecimientos correspondiente, en algunos casos a Hospitales; todo esto hace aún más compleja la posibilidad de hacer red y coordinación intersectorial por medio de postulación a fondos concursables. En algunos Servicios del país se presenta la derivación de población adulta, desde el sistema judicial, para la realización de peritaje, produciendo una sobrecarga de la atención y no siendo pertinente a este Centro. Lo que hace en muchos casos poco entendible el no acceder a fondos que desarrollen ideas creativas, nuevas, a pesar de que las guías y Plan Nacional apunten dentro de su visión y orientación básica como estrategia COSAM que deberían ser el centro estratégico como desarrollo comunal, fortaleciendo los procesos de autogestión. Esta barrera genera espacios insuficientes de organización de usuarios y familiares asociados a los COSAM, ya que los equipos de estos centros no tienen espacios validados y valorados para generar procesos de apoyo financiero y muchos terminan siendo asistencialistas con los grupos de autoayuda, es importante visualizar que quienes deberían ser según consta en la lógica de la salud mental comunitaria, como individuos asumidos como agentes de cambios; ya sea por la toma de conciencia; y la identificación de problemas y necesidades; la elección de vías de acción; y la toma de decisiones, deberían ser en procesos de empoderamientos y no como acciones y espera de metas. No es en el caso de los equipos que han logrado apoyar a sus agrupaciones, ex usuarios o familiares de usuarios que logran tener sus propios proyectos gestionando sus propios recursos. Pero ello se logra con el apoyo del centro en la medida que logran tener su personalidad jurídica que les permite postular a otros fondos ya sean públicos o privados. La literatura asociada a los modelos de salud mental comunitaria manifiesta que quienes no tienen formación profesional y son los llamados agentes comunitarios, que son parte de los equipos de salud mental y en los COSAM destacan de manera importante en las pluralidades de los equipos, ya que más de la mitad de los centros y programas incluye a monitores, animadores comunitarios, animadores de terreno, animadores socioculturales y educadores populares. Esto es de relevancia en relación con el tema de la participación comunitaria, puesto que estos agentes comunitarios son intermediarios relevantes entre la comunidad y los equipos profesionales de los centros y programas, facilitando la comunicación y el trabajo conjunto y coordinado entre ambas partes.

Anexo N°2. Marco legal y normativo

En el enfoque moderno de Salud Pública en el ámbito de la Salud Mental se ha incorporado el tema de los derechos humanos como un componente esencial y esto ha sido consagrado en varios documentos oficiales de las Naciones Unidas y La Organización Mundial de la Salud en los últimos años. Los derechos humanos en Salud Mental, es un concepto de gran influencia en la promoción de la salud y el bienestar de las sociedades [115].

Desde el paradigma comunitario, por su parte, existe una sensibilización cada vez mayor a nivel de la sociedad y el Estado, a la integración social plena, 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 en las personas afectadas por una enfermedad mental, persisten vacíos legales que aún no permiten el pleno resguardo y ejercicio de sus derechos [115].

El examen efectuado a varias normas vinculadas a Salud deja al descubierto, una brecha importante entre Convenios o Tratados Internacionales suscritos y vigentes en Chile, y leyes nacionales. Sin embargo, instancias orgánicas como los Centros de Salud Mental Comunitaria constituyen un foco de importante y potencial avance para facilitar el ejercicio de derechos fundamentales de personas que, por algún trastorno mental severo acceden a prestaciones de carácter social y sanitario otorgadas o canalizadas por los Centros de Salud Mental Comunitaria. Al formar parte de la Red Asistencial de los Servicios de Salud, están ubicados en una posición favorable para llevar adelante programas de salud mental que estén alineados con los objetivos mencionados precedentemente, influyendo hacia un cambio cultural en la sociedad chilena, desde el Sistema Público de Salud [116].

Un adecuado marco jurídico nacional, coherente con los estándares, principios y normas internacionales, facilita espacios de capacidad, autonomía, independencia, inserción en la comunidad y el reconocimiento de la calidad de sujetos de derecho que poseen las personas con alguna discapacidad mental [116].

A. Marco Jurídico Internacional

Declaración de Caracas sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Atención Primaria 1990; Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Organización Panamericana de la Salud. 1990.

Normativa ONU:

- Carta Internacional de Derechos Humanos, constituida por:
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, Naciones Unidas (ONU), 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Convención Internacional sobre la eliminación de todas las Formas de Discriminación racial (ONU), 1965.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (ONU) 1979.
- Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (ONU) 1984.
- Convención sobre Derechos del Niño (ONU) 1989.
- Convención de Derechos de Personas con Discapacidad (ONU) Ratificada por Chile el 2008.

(Decreto 201 de Ministerio de Relaciones Exteriores, de 2008 que Promulga Convención y su protocolo facultativo). Publicación: 25.08.2008.

- Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental
- Protocolo Facultativo de la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad (ONU).
- Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de Naciones Unidas
- 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"
- Observación General N° 9 del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre "Los derechos de los niños con discapacidad"
- Observación General N° 10 del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre "Los derechos del niño en la justicia de menores"
- Observación General N° 12 del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre "El derecho del niño a ser escuchado"
- Observación General N° 14 del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, sobre "sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1)"
- 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)"

Normativa OEA:

- Convención Americana sobre derechos humanos. Suscrita en la conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos
- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador"
- Recomendación de la comisión interamericana de derechos humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental
- Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. (OEA) 1999.
- Declaración de Montreal sobre discapacidad intelectual
- Compromiso de Panamá con las personas con discapacidad en el continente americano.
- Convención Interamericana sobre a Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

Organización Internacional del Trabajo /OIT:

- Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas) núm. 159, y la Recomendación núm. 168
- Convenio 169 de la OIT, sobre Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes. Decreto Promulgatorio del Ministerio de Relaciones Exteriores Núm. 236.- Santiago, 2 de octubre de 2008.

B. Marco Jurídico Nacional

Constitución Política de la República De Chile.

Leyes:

- Código Civil.
- Código de Procedimiento Civil.
- Código Penal.
- Código Sanitario
- Código Procesal Penal. Ley N° 19.696. Establece Código Procesal Penal. Ministerio de Justicia. Publicación: 12.10-2000. (Art 238. Suspensión Condicional del Procedimiento, Letra c).
- Decreto con Fuerza de Ley N°1 de Ministerio de Salud, de 2005. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469. Publicación: 24.04.2006.
- Ley N° 19.937. Modifica el D.L. N°2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana (Sobre Autoridad Sanitaria y Gestión) Publicación: 24.02.2004.
- Ley N° 19.966. Régimen de Garantías en Salud. Publicación: 03.09.2004.
- Ley N° 20.422. Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Publicación: 10.02.2010.
- Decreto con Fuerza de Ley N°725 de Ministerio de Salud, de 1967. Aprueba el Código Sanitario. Publicación: 31.01.1968.
- Decreto con Fuerza de Ley N°1 de Ministerio de Salud, de 1989. Determina materias que requieren autorización sanitaria expresa. Publicación: 21.02.1990.
- Ley N° 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Publicación: 24.04.2012.
- Ley N° 19.925. Sobre expendio y consumo de bebidas alcohólicas. Publicación: 19.01.2004.
- Ley N° 20.084. Establece un Sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la Ley Penal. Publicación: 07.12.2005.
- Ley N° 20.000. Sustituye la ley N°19.366, que Sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas. Publicación: 16.02.2005.
- Ley N° 20.066. Establece Ley de Violencia intrafamiliar. Publicación: 07.10.2005.
- Ley N° 19.968. Crea los Tribunales de Familia. Publicación: 30.08.2004.
- Ley N° 18.834, refundida, coordinada y sistematizada en el Decreto con Fuerza de Ley N° 29 de 2004. Estatuto Administrativo. Publicación: 16.03.2005.
- Ley N° 20.609. Establece medidas contra la discriminación (Ley Zamudio). Publicación: 24.07.2012.
- Ley N° 20.285. Sobre Acceso a la Información Pública (Ley de Transparencia de la función pública y de acceso a la información de la Administración del Estado). Publicación: 20.08.2008.
- Ley N° 20.379. Crea el Sistema Intersectorial de protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección integral a la infancia "Chile crece contigo" Publicación: 12.09.2009.
- Ley N° 19.378: Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Publicación: 13.04.1995.

- DFL N° 1 de Salud, de 2001: Fija el texto refundido del Estatuto para los Médicos Cirujanos, Químicos-farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujanos Dentistas (Ex Ley 15.076, publicada el 08.01.1963). Publicación: 20.11.2001.
- Ley N° 19.253. Establece Normas sobre Protección, Fomento y Desarrollo de los Indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Publicación: 05.10.1993.
- Ley N° 19.664: Establece Normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y Modifica Ley 15.076. Publicación: 11.02.2000.
- Ley N° 19.880: Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los órganos de la Administración del Estado. Publicación: 29.05.2003.
- Ley N° 20.724: Modifica el Código Sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamentos. Ministerio de Salud. Publicación: 14.02.2014.
- Ley N° 20.500: Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Publicación: 16.02.2011.
- Ley 19.628: Sobre Protección de la Vida Privada. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Publicado en: 28.08.1999.
- Ley N° 20.646: Otorga asignación asociada al mejoramiento de trato a los usuarios, para los funcionarios pertenecientes a las plantas de técnicos, administrativos y auxiliares de los establecimientos de los servicios de salud. Ministerio de Salud. Publicación 14.12.2015.
- Ley N° 18.216: Establece medidas que indica como alternativas a las penas privativas o restrictivas de libertad. Ministerio de Justicia. Publicación: 14.05.1983.
- Ley N° 20.603: Modifica la Ley N° 18.216, que Establece Medidas Alternativas a las Penas Privativas o Restrictivas de Libertad. Ministerio de Justicia. Publicación: 27.06.2012.

Decretos:

- Decreto N° 58 de Ministerio de Salud, de 2009. Aprueba normas técnicas básicas para la obtención de autorización sanitaria de los establecimientos asistenciales. Publicación: 18.05.2009.
- Decreto N° 140 de Ministerio de Salud, de 2004. Aprueba Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Publicación: 21.04. 2005.
- Decreto N° 466 de Ministerio de Salud, de 1985. Aprueba Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes farmacéuticos, Botiquines y depósitos autorizados. Publicación: 12.03.1985.
- Decreto N° 15 de Ministerio de Salud, de 2007. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores institucionales de Salud. Publicación: 03.07.2007.
- Decreto N° 4 de Ministerio de Salud de 2013. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.
- Decreto Exento N° 18 de Ministerio de Salud, de 2009. Aprueba los Estándares Generales del Sistema de Acreditación para prestadores institucionales de Salud. Publicación: 19.03.2009.
- Decreto N° 35 de Ministerio de Salud, de 2012. Aprueba Reglamento sobre Procedimiento de Reclamo de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud. Publicación: 26.11.2012.
- Decreto N° 38 de Ministerio de Salud, de 2012. Aprueba reglamento sobre derechos y deberes de las personas en relación a las actividades vinculadas con su atención de Salud. Publicación: 26.12.2012.

- Decreto Nº 40 de Ministerio de Salud, de 2012. Aprueba Reglamento sobre Requisitos básicos que deberán contener los Reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención de salud de las personas de la ley Nº 20.584. Publicación: 26.11.2012.
- Decreto Nº 41 de Ministerio de Salud, de 2012. Aprueba Reglamento sobre Fichas Clínicas. Publicación: 15.12.2012.
- Decreto Nº 31 de Ministerio de Salud, de 2012. Aprueba Reglamento sobre la Entrega de información y expresión de Consentimiento Informado en las atenciones de Salud. Publicación: 26.11.2012.
- Decreto Nº 23 de Ministerio de Salud, de 2012. Crea Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las personas con enfermedades mentales. Publicación: 07.12.2012.
- Decreto Nº 62 de Ministerio de Salud, de 2012. Aprueba Reglamento para la constitución y funcionamiento de Comité de Ética Asistencial. Publicación: 08.07.2013.
- Decreto Nº 30 de Ministerio de Salud, de 2012. Modifica Decreto Nº 114 de 2010, que aprueba Reglamento de la Ley Nº 20.120, sobre la Investigación Científica del ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Publicación: 14.01.2013.
- Decreto Nº 38 de Ministerio de Salud, de 2005. Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor complejidad y de los establecimientos Auto gestionados en Red. Publicación: 29.12.2005.
- Decreto Nº 570 de Ministerio de Salud, de 1998. Aprueba Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. Publicación: 14.07.2000.
- Decreto Nº 250 de Ministerio de Hacienda de 2004. Reglamento de la Ley Nº 19.886 de bases sobre contratos administrativos de suministro y prestación de servicios. Publicación: 24.09.2004.
- Decreto Nº 225 de Ministerio de Salud de 1998. Modifica Decreto Nº 2.298, de 1995, que Aprueba Reglamento Para Establecimientos de Rehabilitación de Personas Dependientes de Sustancias Psicoactivas a través de la Modalidad De Comunidad Terapéutica. Publicación: 29.08.1998.
- Decreto Nº 172 del Ministerio de Salud de 2005. Reglamento del Título II y Artículo 57 de la Ley Nº 19.925.
- Decreto Nº 4 del Ministerio de Salud de 2009. Reglamento de centros de tratamientos y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas
- Decreto Nº 404 del Ministerio de Salud de 1983. Reglamento de Estupefacientes.
- Decreto Nº 405 del Ministerio de Salud de 1983. Reglamento de Productos Psicotrópicos.
- Decreto Nº 3 del Ministerio de Salud de 2010. Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano.
- Decreto Supremo Nº 225 que aprueba el Reglamento sobre el Ejercicio de la actividad de Técnico en Rehabilitación de personas con dependencia de drogas, de 07.04.1998.
- Decreto Exento Nº 254 del Ministerio de Salud de 2012. Norma General Técnica y Administrativa Nº 18 sobre Asignación y Uso de los Campos de Formación Profesional y Técnica en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y Normas de Protección para sus Funcionarios, Académicos, Estudiantes y Usuarios.
- Decreto Nº 42 del Ministerio de Salud de 2004. Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan.

- Decreto Exento Nº 820 del Ministerio de Salud de 2011. Aprueba Norma Técnica Sobre Estándares en Salud.

Normas Generales y Técnicas:

- Resolución Exenta Nº 802 de Ministerio de Salud de 2008. Aprueba Norma Técnica Nº35 para la Organización de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría.
- Resolución Exenta Nº 950 de Ministerio de Salud de 2008. Aprueba Norma general Técnica Nº 106, para la implementación y funcionamiento de Centros de Salud Mental Comunitaria.
- Resolución Exenta Nº 2279 de Ministerio de Salud de 2000. Aprueba Norma General Técnica Nº 53 sobre Hogares Protegidos.
- Resolución Exenta Nº 392 de Ministerio de Salud de 2006. Aprueba Norma General Técnica Nº 87 sobre Residencias Protegidas
- Resolución Exenta Nº 836 de Ministerio de Salud de 2006. Aprueba Norma General Técnica Nº 90 de Rehabilitación Psicosocial para Personas Mayores de 15 años con Trastornos Psiquiátricos Severos y Discapacidad.
- Resolución Exenta Nº 391 de Ministerio de Salud de 2006. Norma Técnica Nº 85 para el tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo de alcohol- drogas y otros trastornos de salud mental.
- Resolución Exenta Nº 1110 del Ministerio de Salud de 2005. Aprueba Norma General Técnica Nº 71 sobre normas de esterilización quirúrgica en personas con enfermedad mental.
- Resolución Exenta Nº 984 de Ministerio de Salud de 2003. Norma General Técnica Nº 65 sobre Contención en Psiquiatría.
- Resolución Exenta Nº 66 de Ministerio de Salud de 2000. Norma Técnica Nº 50 para el uso clínico de Clozapina.
- Resolución Exenta Nº 1472 del Ministerio de Salud de 1997. Aprueba Norma General Técnica Nº 21 sobre Orientaciones Técnicas para el Tratamiento de Trastornos Hipercinéticos en la Atención Primaria.
- Resolución Exenta Nº 2352 del Ministerio de Salud de 2000. Aprueba Norma General Técnica Nº 56 para la atención de Personas Afectadas por la Represión Política Ejercida por el Estado en el Período 1973-1990.
- Resolución Exenta Nº 91 del Ministerio de Salud de 2006. Política de Salud y Pueblos Indígenas.
- Resolución Exenta Nº 261 del Ministerio de Salud de 2006. Aprueba Norma General Administrativa Nº 16 de Interculturalidad en los Servicios de Salud.
- Resolución Exenta Nº 381 del Ministerio de Salud de 2012. Aprueba Norma General Técnica Nº 140 sobre Sistema Nacional de Farmacovigilancia.
- Resolución Exenta Nº 31 del Ministerio de Salud de 2015. Aprueba Norma General de Participación en la Gestión Pública de Salud.
- Resolución Nº254 del Ministerio de Salud de 2012. Aprueba la Norma General Técnica y Administrativa, que regula la Relación Asistencial-Docente y establece criterios para la asignación y uso de los CFPT en el Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Resolución Nº 502 del Ministerio de Salud de 2011. Aprueba Norma Técnica Nº 118 para el Registro de las Listas de Espera. Ministerio de Salud. 2011.

Anexo N°3. Características de los recintos: criterios constructivos

MATERIALES O ELEMENTOS CONSTRUCTIVOS COSAM		
ELEMENTOS CONSTRUCTIVOS	MATERIAL RECOMENDADO	OBSERVACIÓN
PAVIMENTOS	Baldosa microvibrada	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 desmontable (piso flotantes o de madera) y que sean antideslizante, 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, alta resistencia al impacto y monolíticos, es decir, que no sean desmontable, oradables o perforables (no considerar placas de madera, yeso carton, albañilería, fibrocemento, etc)
MUROS Y TABIQUES INTERIORES	Hormigón	Deben tener las siguientes características; que sean ignífugos, es decir, no combustibles y resistentes a golpes, al paso del tiempo y que su mantenimiento y reparación sea lo mas económica posible y que a la vez sean seguros para pacientes, usuarios y familiares (evitar la accidentabilidad o sean elementos de auytoagresion o agresion a otros).
	Fibrocemento de 8 mm	
GUARDAPOLVO O CORNISAS	Metálico	No considerar guardapolvos de ningún material (metálico, PVC, Poliestireno, Madera), debido a que son elementos que pueden ser extraídos por los pacientes
	PVC	
	Poliestireno	
	Madera	
CIELOS	Losa hormigón	Deben cumplir las siguientes características; que sean ignífugos, es decir, no combustibles, resistentes a golpes, no desmontables, monolíticos. Es por ello que quedan excluidos de ser utilizados los cielos de placa o cielos falsos de volcánita 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. De tener algún porcentaje de su superficie traslúcida o transparente esta debe ser un vidrio blindado, con film por ambas caras o en su defecto policarbonato de 8mm. Queda excluido el vidrio simple. Todas las puertas deben abrir por el exterior de los recintos, para tener acceso a estos desde fuera en caso de emergencia.
PUERTAS DE EVACUACIÓN	Metálicas	Su ubicación deberá ser tal que quede a resguardo y control de los encargado y funcionarios de la unidad y alejadas de las áreas de trabajo terapéutico. Sus especificaciones de acuerdo a las indicaciones del fabricante (estandar)
MARCOS DE PUERTAS	Acero	Los marcos de estas deben ser metálicos fijados a muro de hormigón. De baiben 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. Los vidrios deben ser laminados, templados o inastillables o en su defecto policarbonato monolítico de 6mm. Se descarta el vidrio simple.
	Con Protección	
ARTEFACTOS SANITARIOS	Antivandálicos	Los artefactos deben contar con las siguientes características, alta resistencia al impacto e incombustible.
	Acero inoxidable	
	Acero de resina	
PORTAROLLOS, JABONERAS, ESPEJOS, CORTINAS	De PVC	Todos los accesorios de baños deben ser antivandálicos. 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 serán mínima.
	Antivandálicos	
REVESTIMIENTO EN BAÑOS	Pintura Sintética	La instalación de cerámicas en muros no es recomendada por sus características de baja resistencia a impacto, por ello solo se recomienda pintura.
	Esmalte al agua	
CELOCIAS DE VENTILACIÓN	Afianzadas con tornillos inviolables	
	Acero inoxidable	
PINTURAS	Sintéticos	La sugerencia de colores que de acuerdo a estudios de color son los apropiados para estas unidades de la escala cromática, los colores intermedios de azul, verde, Lila, Rosa, amarillos claros, beige y el blanco.
	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 resistente, de alto impacto a golpes e ignífugo.
	Hormigón visto	
	Metálico	
MOBILIARIO INTERIOR AÉREO	Fijados a muros de hormigón.	Mobiliario de almacenamiento de insumos clínicos, instrumental y farmacos con cerradura con llave.
	Fijado a estructura de tabique	
	Ignífugo	
CLOSET	Hormigón	En dormitorio se considera repisa hecha in situ (hormigón) con puertas sin manillas, solo con una sacada en su borde.
CASILLEROS	Metálicos (tipo supermercado)	
TECHUMBRES	Planchas de acero galvanizado	

Anexo N°4. Programa Médico Arquitectónico (PMA) del Centro

CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA - 50.000 Habitantes - Población adulta e infantil						
ÁREAS	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES ASIGNADAS A RECINTOS	CRITERIOS DEFINICIÓN M2 E INSTALACIONES	Nº RECINTOS	SUP. RECINTO	TOTAL	OBSERVACIONES
ADMINISTRACIÓN			122			
Espera Publico	Espera. El criterio es acoger las diferencias de rango etario , actividades (juego de niños), características de la población	Uno para espera adulto y el segundo para espera infantil. Pueden estar contiguos o separados. Mesón de recepción. Mobiliario aparnado a suelo (tándem sillas), con aire acondicionado	2	20	40	
Baños Públicos		1 Baño Universal de 4m2 , 1 baño mujeres de 3m2 , 1 baño hombres 3m2 , mudador plegable	1	10	10	
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)		Es un solo mesón con las dimensiones necesarias para acoger 2 puestos de trabajo. El modulo privado es un recinto cerrado que da a este espacio común o compartido.	1	10	10	
Oficina Coordinación Gestión			1	9	9	
SOME (2 ventanillas de atención 2m2 + almacenamiento fichas+ caja fuerte documentación)			1	12	12	
Fichas (archivo Full Space)			1	32	32	
Oficina de Calidad, seguridad del usuario(a) y gestión del cuidado			1	9	9	

AREA MÉDICO-TÉCNICA					456	
Oficina Director(a) (incluye baño)	Gestiones administrativas		1	12	12	
Secretaría + archivos del año	Gestiones administrativas	Ingreso, egreso, ficha clínica del día. Botón de Pánico, punto de red, voz y datos	1	9	9	
Oficina Subdirector(a) Administrativo			1	9	9	
Oficina Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria			1	9	9	
Oficina Coordinador(a) de Finanzas, Operaciones y Recursos Humanos			1	9	9	
Box Multipropósito Adulto	Actividades de psiquiatra, psicólogo(a), trabajador(a) social, terapeuta ocupacional, enfermera(o) u otro.		2	12	24	
Box Multipropósito Infante Adolescente	Actividades de psiquiatra, psicólogo(a), trabajador(a) social, terapeuta ocupacional, enfermera(o) u otro.		2	15	30	
Oficina Atención Profesional	Actividades de psiquiatra, psicólogo(a), trabajador(a) social, terapeuta ocupacional, enfermera(o) u otro.	Sillones, Bergier, mesa, mobiliario oficina	17	9	153	
Módulo Oficina para Trabajo Administrativo	Oficina planta libre para profesionales y técnicos, informes, trabajo administrativo, entre otros.	Mobiliario de acuerdo a listado de equipamiento. Instalación especial Botón de Pánico, punto de red, voz.	10	6	60	

Sala seguimiento a la entrevista	Seguimiento y visualización de la entrevista o terapia de los profesionales del área.	Sala para seguimiento de terapia y/o revisión casos por equipo	1	15	15	15	
Sala de reuniones (trabajo grupal con usuarios(as) y familiares, reuniones)	Reuniones del equipo de trabajo.		1	50	50	40 personas	
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transporte fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)		La Bodega Activa de Farmacia va aledaña y conectada directamente con el mesón de entrega de recetas, sin embargo, conformada como un recinto cerrado bajo llave, así se resguarda la seguridad de los fármacos y se evita el robo de los mismos.	1	50	50		
Sala de Procedimientos	Aplicación de tratamiento inyectable antipsicóticos, toma de exámenes de sangre y de orina, monitor de signos vitales, closet botiquín de fármacos controlados. Conexión a gases clínicos		1	18	18		
Rack			1	6	6		
Estacionamiento Silla de ruedas			1	2	2		
ÁREA TERAPIAS GRUPALES							179
Sala de computación	4 puntos de computación		1	9	9		
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 + modulo trabajo 6m2)		Por la superficie que el espacio cuenta, es posible que sea subdividido en dos recintos. Se sugiere instalar riel para tabique móvil y generar eventualmente 2 recintos de 25m2 c/u. Este criterio permite la flexibilización en el uso del espacio de acuerdo a número de ocupantes.	1	50	50	8 niños máximo	

Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)		Por la superficie que el espacio cuenta, es posible que sea subdividido en dos recintos. Se sugiere instalar riel para tabique móvil y generar eventualmente 2 recintos de 27m2 c/u. Este criterio permite la flexibilización en el uso del espacio de acuerdo a número de ocupantes.	1	54	54	30 adultos máximo
Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)		Por la superficie que el espacio cuenta, es posible que sea subdividido en dos recintos. Se sugiere instalar riel para tabique móvil y generar eventualmente 2 recintos de 25m2 c/u. Este criterio permite la flexibilización en el uso del espacio de acuerdo a número de ocupantes.	1	50	50	8 niños máximo
Kitchenette	Actividades recreativas (usuarios y familiares, con/sin apoyo de funcionarios)	Mesón, espacio para carros de transporte, microondas, hervidor, refrigerador, contenedor de desechos orgánicos, depósito lavado profundo. El diseño del recinto puede considerar el que éste se conecte en mayor o menor medida en relación a la actividad a desarrollar (pasamuros amplio y puerta con conexión a sala multiuso)	1	12	12	
Área Casilleros Usuarios(as) (10 casilleros de medio cuerpo = 20)		Deben estar empotrados a muro y cielo	1	4	4	
ÁREA APOYO						
Estar Comedor Funcionarios	Espacio para colación y descanso	Mobiliario de acuerdo a listado de equipamiento.	1	20	20	
Baños Funcionario Mujeres		1 Baño Universal de 4m2 , 2 baño mujeres de 3m2	1	10	10	
Baños Funcionario Hombres		1 Baño Universal de 4m2 , 2 baño hombres 3m2	1	10	10	
Duchas y Vestidor Funcionarios Mujeres			2	4	8	
Duchas y Vestidor Funcionarios Varones			2	4	8	

Casilleros Funcionarias mujeres y hombres (10 casilleros de medio cuerpo=20)		10 casilleros demedio cuerpo =20, con llaves y empotrados o fijados a muro o cielo	1	4	4	
Bodega Insumos Generales			1	4	4	
Bodega Insumos Clínicos			1	4	4	
INSTALACIONES						
86						
ELÉCTRICO Y SISTEMAS						
21						
Grupo Electrónico (son 1 equipos)			1	15	15	
Tablero General			1	6	6	
CENTRAL TÉRMICA					45	SE AJUSTA SEGÚN PROYECTO DE ESPECIALIDAD
Sala de Calderas			1	15	15	
Area de Manifold			1	2	2	
Estanques de Agua y Bombas			1	20	20	
Estación de Trabajo			1	6	6	
Closet Eléctricos			1	2	2	
CENTRAL DE GASES CLÍNICOS					14	
Estanque Criogénico de Oxígeno			1	6	6	
Banco de Gases de Respaldo (Cilindros)			1	4	4	
Almacenaje de Cilindros vacíos			1	4	4	
RESIDUOS SÓLIDOS					6	
Área Residuos Comunes			1	1	1	

Área Residuos Patológicos Biológicos			0	0	0	
Area corto punzantes			1	1	1	
Area Tachos y carros transporte			1	1	1	
Area Lavado Tachos			1	1	1	
Closet Insumos aseo			1	1	1	
Area envases (vidrios, cajas, plásticos)			1	1	1	
SUPERFICIE NETA	911					
CIRCULACIONES Y MUROS (45%)					410	
SUPERFICIE TOTAL	1321					
ÁREAS EXTERIORES	294					
ESTACIONAMIENTO GENERAL (según P.R.C.)			1	270	270	17 VEHICULOS APROX. 1/80M2 CRUZAR CON EL PLAN REGULADOR VIGENTE DE LA COMUNA EN QUE SERA EMPLAZADO EL PROYECTO
ESTACIONAMIENTO AMBULANCIA			1	24	24	1 AMBULANCIA
JARDINES (espacios de contemplación para la relajación)			1			POR DEFINIR DE ACUERDO A PROYECTO
PATIO EXTERIOR (Cubierto con cobertizo, tanto para zonas soleadas como lluviosas)			1			POR DEFINIR DE ACUERDO A PROYECTO

CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CONTIGUO A HOSPITAL – 50.000 Habitantes – Población adulta e infantil						
ÁREAS	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES ASIGNADAS A RECINTOS	CRITERIOS DEFINICIÓN M2 E INSTALACIONES	Nº RECINTOS	SUP. RECINTO	TOTAL	OBSERVACIONES
ADMINISTRACIÓN						
					122	
Espera Público	Espera. El criterio es acoger las diferencias de rango etario , actividades (juego de niños), características de la población	Uno para espera adulto y el segundo para espera infantil. Pueden estar contiguos o separados. Mesón de recepción. Mobiliario apernado a suelo (tándem sillas), con aire acondicionado	2	20	40	
Baños Públicos		1 Baño Universal de 4m2, 1 baño mujeres de 3m2, 1 baño hombres 3m2, mudador plegable	1	10	10	
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2+ modulo privado 6m2)		Es un solo mesón con las dimensiones necesarias para acoger 2 puestos de trabajo. El modulo privado es un recinto cerrado que da a este espacio común o compartido.	1	10	10	Espacio a revisar dependiendo del diseño del recinto hospitalario.
Oficina Coordinación Gestión			1	9	9	
SOME (2 ventanillas de atención 2m2 + almacenamiento fichas+ caja fuerte documentación)			1	12	12	Espacio a revisar dependiendo del diseño del recinto hospitalario.
Fichas (archivo Full Space)			1	32	32	Espacio a revisar dependiendo del diseño del recinto hospitalario.
Oficina de Calidad, seguridad del usuario(a) y gestión del cuidado			1	9	9	
AREA MÉDICO–TÉCNICA					429	
Oficina Coordinador(a) Centro	Gestiones administrativas		1	12	12	
Secretaría + archivos del año	Gestiones administrativas	Ingreso, egreso, ficha clínica del día. Botón de Pánico, punto de red, voz y datos	1	9	9	

Oficina Subdirector(a) Administrativo			0	0	0	No considera RRHH. Estas funciones las realizarán desde el hospital.
Oficina Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria			0	0	0	No considera RRHH. Estas funciones las realizarán desde el hospital.
Oficina Coordinador(a) de Finanzas, Operaciones y Recursos Humanos			0	0	0	No considera RRHH. Estas funciones las realizarán desde el hospital.
Box Multipropósito Adulto	Actividades de psiquiatra, psicólogo(a), trabajador(a) social, terapeuta ocupacional, enfermera(o) u otro.		2	12	24	
Box Multipropósito Infante Adolescente	Actividades de psiquiatra, psicólogo(a), trabajador(a) social, terapeuta ocupacional, enfermera(o) u otro.		2	15	30	
Oficina Atención Profesional	Actividades de psiquiatra, psicólogo(a), trabajador(a) social, terapeuta ocupacional, enfermera(o) u otro.	Sillones, Bergier, mesa, mobiliario oficina	17	9	153	
Módulo Oficina para Trabajo Administrativo	Oficina planta libre para profesionales y técnicos, informes, trabajo administrativo, entre otros.	Mobiliario de acuerdo a listado de equipamiento. Instalación especial Botón de Pánico, punto de red, voz.	10	6	60	
Sala seguimiento a la entrevista	Seguimiento y visualización de la entrevista o terapia de los profesionales del área.	Sala para seguimiento de terapia y/o revisión casos por equipo	1	15	15	
Sala de reuniones (trabajo grupal con usuarios(as) y familiares, reuniones)	Reuniones del equipo de trabajo.		1	50	50	40 personas

Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2, bodega almacenamiento cajas transporte fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)		La Bodega Activa de Farmacia va aladaña y conectada directamente con el mesón de entrega de recetas, sin embargo, conformada como un recinto cerrado bajo llave, así se resguarda la seguridad de los fármacos y se evita el robo de los mismos.	1	50	50	De considerar que la entrega de fármacos para usuarios(as) del Centro se realizará en farmacia externa del recinto hospitalario, no se debe considerar este espacio.
Sala de Procedimientos	Aplicación de tratamiento inyectable antiesicóticos, toma de exámenes de sangre y de orina, monitor de signos vitales, closet botiquín de fármacos controlados. Conexión a gases clínicos		1	18	18	
Rack			1	6	6	
Estacionamiento Silla de ruedas			1	2	2	
ÁREA TERAPIAS GRUPALES						
Sala de computación	4 puntos de computación		1	9	9	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 + modulo trabajo 6m2)		Por la superficie que el espacio cuenta, es posible que sea subdividido en dos recintos. Se sugiere instalar riel para tabique móvil y generar eventualmente 2 recintos de 25m2 c/u. Este criterio permite la flexibilización en el uso del espacio de acuerdo a número de ocupantes.	1	50	50	8 niños máximo
Sala Multiuso adulto (salas 45m2 + closet equipamiento 9m2)		Por la superficie que el espacio cuenta, es posible que sea subdividido en dos recintos. Se sugiere instalar riel para tabique móvil y generar eventualmente 2 recintos de 27m2 c/u. Este criterio permite la flexibilización en el uso del espacio de acuerdo a número de ocupantes.	1	54	54	30 adultos máximo

Sala Multiuso Infanto adolescente 30m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupación y psicopedagogía)		Por la superficie que el espacio cuenta, es posible que sea subdividido en dos recintos. Se sugiere instalar riel para tabique móvil y generar eventualmente 2 recintos de 25m2 c/u. Este criterio permite la flexibilización en el uso del espacio de acuerdo a número de ocupantes.	1	50	50	8 niños máximo
Kitchenette	Actividades recreativas (usuarios y familiares, con/sin apoyo de funcionarios)	Mesón, espacio para carros de transporte, microondas, hervidor, refrigerador, contenedor de desechos orgánicos, depósito lavado profundo. El diseño del recinto puede considerar el que éste se conecte en mayor o menor medida en relación a la actividad a desarrollar (pasamuros amplio y puerta con conexión a sala multiuso)	1	12	12	
Área Casilleros Usuarios(as) (10 casilleros de medio cuerpo = 20)		Deben estar empotrados a muro y cielo	1	4	4	
ÁREA APOYO						
Estar Comedor Funcionarios	Espacio para colación y descanso	Mobiliario de acuerdo a listado de equipamiento.	1	20	20	
Baños Funcionario Mujeres		1 Baño Universal de 4m2 , 2 baño mujeres de 3m2	1	10	10	
Baños Funcionario Hombres		1 Baño Universal de 4m2 , 2 baño hombres 3m2	1	10	10	
Duchas y Vestidor Funcionarios Mujeres			2	4	8	
Duchas y Vestidor Funcionarios Varones			2	4	8	

Casilleros Funcionarios mujeres y hombres (10 casilleros de medio cuerpo=20)		10 casilleros demedio cuerpo =20, con llaves y empotrados o fijados a muro o cielo	1	4	4	4	
Bodega Insumos Generales			1	4		4	
Bodega Insumos Clínicos			1	4		4	
INSTALACIONES							38
ELÉCTRICO Y SISTEMAS							6
Grupo Electrógeno (son 1 equipos)			0	0	0	0	
Tablero General			1	6		6	
CENTRAL TÉRMICA							SE AJUSTA SEGÚN PROYECTO DE ESPECIALIDAD
Sala de Calderas			0	0	0	0	
Area de Manifold			0	0	0	0	
Estanques de Agua y Bombas			1	20		20	
Estación de Trabajo			0	0	0	0	
Closet Eléctricos			1	2		2	
CENTRAL DE GASES CLÍNICOS							4
Estanque Criogénico de Oxígeno			0	0	0	0	
Banco de Gases de Respaldo (Cilindros)			1	4		4	
Almacenaje de Cilindros vacíos			0	0	0	0	
RESIDUOS SÓLIDOS							6
Área Residuos Comunes			1	1	1	1	

Área Residuos Patológicos Biológicos			0	0	0	
Area corto punzantes			1	1	1	
Area Tachos y carros transporte			1	1	1	
Area Lavado Tachos			1	1	1	
Closet Insumos aseo			1	1	1	
Area envases (vidrios, cajas, plásticos)			1	1	1	
SUPERFICIE NETA					836	
CIRCULACIONES Y MUROS (45%)					376	
SUPERFICIE TOTAL					1212	
AREAS EXTERIORES					294	
ESTACIONAMIENTO GENERAL (según P.R.C.)			1	270	270	17 VEHICULOS APROX. 1/80M2 CRUZAR CON EL PLAN REGULADOR VIGENTE DE LA COMUNA EN QUE SERA EMPLAZADO EL PROYECTO
ESTACIONAMIENTO AMBULANCIA			1	24	24	1 AMBULANCIA
JARDINES (espacios de contemplación para la relajación)			1			POR DEFINIR DE ACUERDO A PROYECTO
PATIO EXTERIOR (Cubierto con cobertizo, tanto para zonas soleadas como lluviosas)			1			POR DEFINIR DE ACUERDO A PROYECTO

Anexo N°5. Equipo y equipamiento del centro

CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA - POBLACIÓN 50.000 BENEFICIARIOS							
ÁREAS	Nº RECINTOS	SUP. RECINTO	TOTAL	Equipos/ Equipamiento	Cantidad	Observaciones	
ADMINISTRACIÓN			122				
Espera Publico	2	20	40	Bancas espera	-	Obra. Cantidad de asientos determinado por obra. Debe ir anclado a piso.	
Espera Publico	2	20	40	Monitores	1	Sistema de circuito CCTV. TICS	
Espera Publico	2	20	40	Mueble revistero	1	Para libros y folletos	
Espera Publico	2	20	40	Mobiliario infantil	1	Revisar tipo, son de obra.	
Espera Publico	2	20	40	Basurero	1	REAS	
Baños Públicos	1	10	10	Mudador		Obra	
Recepción 4m2+ OIRS (mesan 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	Mesón	1	Atención, en obra	
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	Mueble archivo	1		
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	Computador	2	TICS	
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	Teléfono	1	TICS	
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	Silla ergonómica	2		
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	Botón de pánico	1	sistema de seguridad interna. Obra	
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	Silla ergonómica	1		
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	Silla visita	2		
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	Estación de trabajo	1	con cajonera con llave	

Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	10	Mueble biblioteca	1	1	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	10	Computador	1	1	TICS
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	10	Basurero	1	1	REAS
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	10	Impresora	1	1	TICS
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	10	Teléfono	1	1	TICS
Recepción 4m2+ OIRS (mesón 4m2 + modulo privado 6m2)	1	10	10	10	Botón de pánico	1	1	OBRA
Oficina Coordinación Gestión	1	9	9	9	Silla ergonómica	1	1	
Oficina Coordinación Gestión	1	9	9	9	Silla visita	2	2	
Oficina Coordinación Gestión	1	9	9	9	Estación de trabajo	1	1	con cajonera con llave
Oficina Coordinación Gestión	1	9	9	9	Mueble biblioteca	1	1	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Oficina Coordinación Gestión	1	9	9	9	Computador	1	1	TICS
Oficina Coordinación Gestión	1	9	9	9	Mesa de reunión	1	1	pequeña
Oficina Coordinación Gestión	1	9	9	9	Sillas visita	4	4	
Oficina Coordinación Gestión	1	9	9	9	Basurero	1	1	REAS
Oficina Coordinación Gestión	1	9	9	9	Teléfono	1	1	TICS
Oficina Coordinación Gestión	1	9	9	9	Botón de pánico	1	1	OBRA
SOME (2 ventanillas de atención + 2 módulos)	1	12	12	12	Mesón	2	2	Atención, cantidad definida en diseño, pero deben ser 2 ventanillas, en obra
SOME (2 ventanillas de atención + 2 módulos)	1	12	12	12	Mueble archivo	1	1	pueden ser 2 pero depende de la cabida en el recinto

SOME (2 ventanillas de atención + 2 módulos)	1	12	12	Computador	2	TICS
SOME (2 ventanillas de atención + 2 módulos)	1	12	12	Basurero	1	REAS
SOME (2 ventanillas de atención + 2 módulos)	1	12	12	Teléfono	1	TICS
SOME (2 ventanillas de atención + 2 módulos)	1	12	12	Silla ergonómica	2	
SOME (2 ventanillas de atención + 2 módulos)	1	12	12	Botón de pánico	1	sistema de seguridad interna. Obra
SOME (2 ventanillas de atención + 2 módulos)	1	12	12	Caja fuerte	1	
Fichas (archivo Full Space)	1	32	32	Estante	1	Puede ser tipo full space o estantería para fichas, revisar de acuerdo al proyecto. Puede ir como mobiliario de obra.
Oficina de Calidad, seguridad del usuario(a) y gestión del cuidado	1	9	9	Silla ergonómica	1	
Oficina de Calidad, seguridad del usuario(a) y gestión del cuidado	1	9	9	Silla visita	2	
Oficina de Calidad, seguridad del usuario(a) y gestión del cuidado	1	9	9	Estación de trabajo	1	con cajonera con llave
Oficina de Calidad, seguridad del usuario(a) y gestión del cuidado	1	9	9	Mueble biblioteca	1	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Oficina de Calidad, seguridad del usuario(a) y gestión del cuidado	1	9	9	Computador	1	TICS
Oficina de Calidad, seguridad del usuario(a) y gestión del cuidado	1	9	9	Basurero	1	REAS
Oficina de Calidad, seguridad del usuario(a) y gestión del cuidado	1	9	9	Teléfono	1	TICS
Oficina de Calidad, seguridad del usuario(a) y gestión del cuidado	1	9	9	Botón de pánico	1	OBRA

AREA MÉDICO-TÉCNICA				456			
Oficina Director(a) (incluye baño)	1	12	12	12	Silla ergonómica	1	
Oficina Director(a) (incluye baño)	1	12	12	12	Silla visita	2	
Oficina Director(a) (incluye baño)	1	12	12	12	Estación de trabajo	1	con cajonera con llave
Oficina Director(a) (incluye baño)	1	12	12	12	Mueble biblioteca	1	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Oficina Director(a) (incluye baño)	1	12	12	12	Computador	1	TICS
Oficina Director(a) (incluye baño)	1	12	12	12	Mesa de reunión	1	pequeña
Oficina Director(a) (incluye baño)	1	12	12	12	Sillas visita	4	
Oficina Director(a) (incluye baño)	1	12	12	12	Basurero	1	REAS
Oficina Director(a) (incluye baño)	1	12	12	12	Teléfono	1	TICS
Oficina Director(a) (incluye baño)	1	12	12	12	Botón de pánico	1	OBRA
Secretaria + archivos del año	1	9	9	9	Silla ergonómica	1	
Secretaria + archivos del año	1	9	9	9	Desfibrilador externo automático (DEA)	1	Desfibrilador automático
Secretaria + archivos del año	1	9	9	9	Silla visita	2	
Secretaria + archivos del año	1	9	9	9	Estación de trabajo	1	con cajonera con llave
Secretaria + archivos del año	1	9	9	9	Mueble biblioteca	2	o estante colgante. Con puertas con llave.
Secretaria + archivos del año	1	9	9	9	Basurero	1	REAS
Secretaria + archivos del año	1	9	9	9	Computador	1	TICS
Secretaria + archivos del año	1	9	9	9	Set Psicológicos	1	Al menos 5. El Set contiene: Test de Rorschach, WAIS 4, WISC 4, Raven de Matrices Progresivas, I.A.T., C.A.T., T.R.O. (Test de relaciones objetales de Phillipson), BENDER Koppitz y WIPPSI)

Secretaría + archivos del año	1	9	9	9	Set estimulación cognitiva	1	Al menos 5
Secretaría + archivos del año	1	9	9	9	Impresora	1	TICS
Secretaría + archivos del año	1	9	9	9	Teléfono	1	TICS
Secretaría + archivos del año	1	9	9	9	Botón de pánico	1	OBRA
Oficina Subdirector(a) Gestión Administrativa	1	9	9	9	Silla ergonómica	1	
Oficina Subdirector(a) Gestión Administrativa	1	9	9	9	Silla visita	2	
Oficina Subdirector(a) Gestión Administrativa	1	9	9	9	Estación de trabajo	1	con cajonera con llave
Oficina Subdirector(a) Gestión Administrativa	1	9	9	9	Mueble biblioteca	1	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Oficina Subdirector(a) Gestión Administrativa	1	9	9	9	Computador	1	TICS
Oficina Subdirector(a) Gestión Administrativa	1	9	9	9	Basurero	1	REAS
Oficina Subdirector(a) Gestión Administrativa	1	9	9	9	Teléfono	1	TICS
Oficina Subdirector(a) Gestión Administrativa	1	9	9	9	Botón de pánico	1	OBRA
Oficina Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria	1	9	9	9	Silla ergonómica	1	
Oficina Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria	1	9	9	9	Silla visita	2	
Oficina Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria	1	9	9	9	Estación de trabajo	1	con cajonera con llave
Oficina Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria	1	9	9	9	Mueble biblioteca	1	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Oficina Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria	1	9	9	9	Computador	1	TICS

Oficina Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria	1	9	9	9	Basurero	1	REAS
Oficina Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria	1	9	9	9	Teléfono	1	TICS
Oficina Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria	1	9	9	9	Botón de pánico	1	OBRA
Oficina Coordinador(a) de Finanzas, Operaciones y Recursos Humanos	1	9	9	9	Silla ergonómica	1	
Oficina Coordinador(a) de Finanzas, Operaciones y Recursos Humanos	1	9	9	9	Silla visita	2	
Oficina Coordinador(a) de Finanzas, Operaciones y Recursos Humanos	1	9	9	9	Estación de trabajo	1	con cajonera con llave
Oficina Coordinador(a) de Finanzas, Operaciones y Recursos Humanos	1	9	9	9	Mueble biblioteca	1	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Oficina Coordinador(a) de Finanzas, Operaciones y Recursos Humanos	1	9	9	9	Computador	1	TICS
Oficina Coordinador(a) de Finanzas, Operaciones y Recursos Humanos	1	9	9	9	Basurero	1	REAS
Oficina Coordinador(a) de Finanzas, Operaciones y Recursos Humanos	1	9	9	9	Teléfono	1	TICS
Oficina Coordinador(a) de Finanzas, Operaciones y Recursos Humanos	1	9	9	9	Botón de pánico	1	OBRA
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	24	Silla ergonómica	2	
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	24	Silla visita	4	
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	24	Escritorio	2	con cajonera con llave. Menor tamaño que una estación de trabajo
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	24	Mueble biblioteca	2	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	24	Computador	2	TICS
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	24	Basurero	2	REAS

Box Multipropósito Adulto	2	12	24	Teléfono	2	TICS	
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	Botón de pánico	2	OBRA	
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	Escabel	2		
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	Camilla de examen	2		
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	Balanza adulto con tallímetro	2		
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	Monitor PANI con oximetría	2		
Box Multipropósito Adulto	2	12	24	Analizador de Glucosa	2	portátil	
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Silla ergonómica	2		
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Silla visita	4		
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Escritorio	2	Con cajonera con llave. Menor tamaño que una estación de trabajo	
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Mueble biblioteca	2	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.	
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Computador	2	TICS	
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Basurero	2	REAS	
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Teléfono	2	TICS	
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Botón de pánico	2	OBRA	
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Escabel	2		
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Camilla de examen	2		
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Balanza adulto con tallímetro	2		
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Monitor PANI con oximetría	2		
Box Multipropósito Infanto Adolescente	2	15	30	Analizador de Glucosa	2	portátil	

Oficina Atención Profesional	17	9	153	Silla ergonómica	17	
Oficina Atención Profesional	17	9	153	Silla visita	34	
Oficina Atención Profesional	17	9	153	Estación de trabajo	17	con cajonera con llave
Oficina Atención Profesional	17	9	153	Poltrona	8	o sillón de 1 cuerpo lavable, de material resistente
Oficina Atención Profesional	17	9	153	Sillón	8	2 cuerpos, material resistente y lavable
Oficina Atención Profesional	17	9	153	Mueble biblioteca	17	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Oficina Atención Profesional	17	9	153	Computador	17	TICS
Oficina Atención Profesional	17	9	153	Basurero	17	REAS
Oficina Atención Profesional	17	9	153	Teléfono	17	TICS
Oficina Atención Profesional	17	9	153	Botón de pánico	17	OBRA
Módulo Oficina para Trabajo Administrativo	10	6	60	Silla ergonómica	10	
Módulo Oficina para Trabajo Administrativo	10	6	60	Silla visita	20	
Módulo Oficina para Trabajo Administrativo	10	6	60	Estación de trabajo	10	con cajonera con llave
Módulo Oficina para Trabajo Administrativo	10	6	60	Mueble biblioteca	10	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Módulo Oficina para Trabajo Administrativo	10	6	60	Computador	10	TICS
Módulo Oficina para Trabajo Administrativo	10	6	60	Basurero	10	REAS
Módulo Oficina para Trabajo Administrativo	10	6	60	Teléfono	10	TICS
Sala seguimiento a la entrevista	1	15	15	Basurero	1	REAS
Sala seguimiento a la entrevista	1	15	15	Sillas	15	apilables
Sala seguimiento a la entrevista	1	15	15	Mesa empotrada	1	OBRA

Sala seguimiento a la entrevista	1	15	15	Data	1	TICS
Sala seguimiento a la entrevista	1	15	15	Telón	1	TICS
Sala seguimiento a la entrevista	1	15	15	Computador	1	TICS
Sala de reuniones	1	45	45	Mesa de reunión	1	para 30 personas
Sala de reuniones	1	45	45	Sillas de reunión	13	
Sala de reuniones	1	45	45	Equipo de Videoconferencia	1	TICS
Sala de reuniones	1	45	45	Basurero	1	REAS
Sala de reuniones	1	45	45	Computador	1	TICS
Sala de reuniones	1	45	45	Telón	1	Obra
Sala de reuniones	1	45	45	Data	1	TICS
Sala de reuniones	1	45	45	Mesa de apoyo	1	
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2, bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50	Silla ergonómica	1	
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2, bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50	Silla visita	2	
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2, bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50	Estación de trabajo	1	con cajonera con llave

Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50			Mueble biblioteca	1	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50			Computador	1	TICS
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50			Basurero	1	REAS
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50			Teléfono	1	TICS
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50			Silla ergonómica	1	
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50			Silla visita	2	

Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50	Estación de trabajo	1	con cajonera con llave
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50	Mueble biblioteca	1	o estante colgante. Si lleva puertas es con llave.
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50	Computador	1	TICS
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50	Basurero	1	REAS
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50	Teléfono	1	TICS
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50	Mueble con llave	1	medicamentos controlados

Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50	Refrigerador	1	Con llave, medicamentos controlados
Farmacia (Modulo Químico Farmacéutico 6m2 + técnico farmacia 6m2 + closet fármacos controlados 2m2 , bodega almacenamiento cajas transportes fármacos 12m + bodega activa de farmacia 18m2 + mesón entrega recetas 6m2)	1	50	50	Cajas de transporte	2	Para visitas en terreno, contenedores de polipropileno, con tapas abisagradas, con la posibilidad de sellar con cinto seriado (para asegurar la inviolabilidad de la caja) y reutilizar. La medida es según el volumen que se requiera. Si existe la necesidad de trasladar fármacos que requieran refrigeración u otras necesidades, se deben incorporar otros elementos a las cajas (cooler y marcador de temperatura loger).
Sala de Procedimientos	1	18	18	Mobiliario	1	area limpia/area sucia en obra
Sala de Procedimientos	1	18	18	Camilla Transporte	1	
Sala de Procedimientos	1	18	18	Lámpara de exámen	1	
Sala de Procedimientos	1	18	18	Escabel	1	
Sala de Procedimientos	1	18	18	Carro de procedimiento	1	
Sala de Procedimientos	1	18	18	Monitor PANI con oximetría	1	y temperatura
Sala de Procedimientos	1	18	18	Mesa mayo	1	
Sala de Procedimientos	1	18	18	Mobiliarios fármacos	1	con llave, medicamentos controlados
Sala de Procedimientos	1	18	18	Carro paro	1	
Sala de Procedimientos	1	18	18	Monitor desfibrilador	1	
Sala de Procedimientos	1	18	18	Oto-Ofthalmoscopia	1	

Sala de Procedimientos	1	18	18	18	Test de drogas	*	Mantener Stock
Sala de Procedimientos	1	18	18	18	Set de curación	*	Mantener Stock, desechable
Sala de Procedimientos	1	18	18	18	Set de cirugía menor	*	Mantener Stock, desechable
Sala de Procedimientos	1	18	18	18	Electrocardiógrafo	1	
Sala de Procedimientos	1	18	18	18	Balanza adulto con tallímetro	1	
Sala de Procedimientos	1	18	18	18	Adipometro	1	
Sala de Procedimientos	1	18	18	18	Negatoscopio	1	
Sala de Procedimientos	1	18	18	18	Basurero	1	REAS
Sala de Procedimientos	1	18	18	18	Botón de pánico	1	OBRA
Estacionamiento Silla de ruedas	1	2	2	2	Silla de rueda	2	una adulto y una pediátrica
ÁREA TERAPIAS GRUPALES					179		
Sala de computación	1	9	9	9	Silla ergonómica	5	
Sala de computación	1	9	9	9	Computador	4	TICS
Sala de computación	1	9	9	9	Impresora	1	TICS
Sala de computación	1	9	9	9	Mesón empotrado	-	Obra
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Mesa	1	6 puestos
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Silla	6	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Viga de equilibrio	1	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	piscina de pelotas	1	

Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Set de juegos de mesa	1	Dominó, Juego de Letras, Bingo para niños, Memoria, entre otro.
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Set de juguetes	1	Caja Organizadora, Caja para materiales, muñecos bebes, accesorios muñecos bebes, juego de set médico, legos, familia de animales (salvajes y domésticos), 3 autos, 3 aviones, soldaditos, set de cocina, cubos de diferentes tamaños, retazos de tela y trapos, pelota chica, manta de polar, títeres de distintos oficios, casa de madera, caja de arena, familia de trapo, cranium.
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Escritorio	1	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Silla ergonométrica	1	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Botón de pánico	1	No va por proyecto de habilitación.
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Colchonetas	10	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Mesón	1	Obra
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Mueble	1	Con puertas con llave.
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Vestibulador	1	

Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 + modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Plataforma columpio	1	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Tunel sensorial	1	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Trapezio	10	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Estructura para trepar	1	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Trampolin sensorial	1	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Bloques blandos	1	
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Mesa infantil	1	4 personas
Sala de estimulación Integración Infantil (área de actividades 44m2 +modulo trabajo 6m2)	1	50	50	50	Sillas infantiles	4	
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	54	Sillas	30	apilables
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	54	Set de balones	4	medicinales, gimnasia, pilates, esponja (un set de cada uno, aproximadamente 4 balones por set)
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	54	Cuerdas para ejercicios	6	
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	54	Parlantes con puerto USB	1	
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	54	Pizarra	4	Acrílica. De obra. Que cubra la pared

Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	Pizarra	4	Corcho. De obra.
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	Espejo	4	De obra. No astillable.
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	Televisor	4	42"
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	Data	4	TIC
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	Telón	4	TIC
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	Set de juegos de mesa	1	La ruleta alternativa, Hablemos Jugando, El Gran Santiago, Dominó, Juegos de Cartas, entre otros.
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	Mesa	2	4 personas
Sala Multiuso adulto (sala 45m2 + closet equipamiento 9m2)	1	54	54	Set general	6	Set de Arte o de música (según definición del Centro): Atriles de pintura, pinceles, tempera, plastilina, gresca, masa para moldear, guitarra, flauta u otro.
Sala Multiuso Infante adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	Set general	2	Set de Arte o de música (según definición del Centro): Atriles de pintura, pinceles, tempera, plastilina, greda, masa para moldear, guitarra, flauta u otro.
Sala Multiuso Infante adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	Sillas de reunión	25	apilables
Sala Multiuso Infante adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	Set de balones	4	medicinales, gimnasia, pilates, esponja (un set de cada uno, aproximadamente 4 balones por set)

Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	50	Cuerdas para ejercicios	8	
Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	50	Parlantes con puerto USB	1	
Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	50	Pizarra	1	Acrílica. De obra. Que cubra la pared
Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	50	Pizarra	1	Corcho. De obra.
Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	50	Espejo	1	De obra. No astillable.
Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	50	Televisor	1	42"
Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	50	Data	1	TIC
Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	50	Telón	1	TIC
Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	50	Set de juegos de mesa	1	Dominó, Juego de Letras, Bingo para niños, Memoria, entre otro.

Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	Mesa	2	4 personas
Sala Multiuso Infanto adolescente 34m2 + Modulo psicopedagogo 6m2+ closet archivo 4m2 + closet materiales 6m2 (Terapia ocupacional y psicopedagogía)	1	50	50	Sillas	8	Apilables
Kitchenette	1	12	12	Refrigerador	1	MEL
Kitchenette	1	12	12	Mueble Kitchenette	1	obra
Kitchenette	1	12	12	Hervidor	1	MEL
Kitchenette	1	12	12	Basurero	1	REAS
Kitchenette	1	12	12	Botón de pánico	1	Obra
Kitchenette	1	12	12	Microondas	1	MEL
Área Casilleros Usuarios/as (10 casilleros de medio cuerpo= 20)	1	4	4	Casillero	10	casilleros de 1/2 cuerpo
Área Casilleros Usuarios/as (10 casilleros de medio cuerpo= 20)	1	4	4	Paragüero	2	
ÁREA APOYO		68				
Estar Comedor Funcionarios	1	20	20	Mesa comer	4	6 puestos
Estar Comedor Funcionarios	1	20	20	Silla comedor	24	
Estar Comedor Funcionarios	1	20	20	Microondas	2	
Estar Comedor Funcionarios	1	20	20	Botón de pánico	1	OBRA
Baños Funcionario Mujeres con ducha	1	10	10			
Baños Funcionario Hombres con ducha	1	10	10			
Duchas y Vestidor Funcionarios Mujeres	2	4	8	banca	2	obra
Duchas y vestidor Funcionarios Varones	2	4	8	banca	2	obra

Casilleros mujeres y hombres (10 casilleros de medio cuerpo=20)	1	4	4	4	Casillero	10	casilleros de 1/2 cuerpo
Bodega de insumos generales	1	4	4	4	Estante	-	Obra
Bodega Insumos Clínicos	1	4	4	4	Estante	-	Obra
INSTALACIONES	86						
SUPERFICIE NETA	911						
CIRCULACIONES Y MUROS (45%)				410			
SUPERFICIE TOTAL	1321						
AREAS EXTERIORES	294						
ESTACIONAMIENTOS GENERALES	1	270	270	270			
ESTACIONAMIENTO AMBULANCIA	1	24	24	24			
JARDINES							Por definir de acuerdo a proyecto

Anexo N°6. Recursos Humanos de un Centro de Salud Mental Comunitaria

Psiquiatría Adulto

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748
Porcentaje de personas mayores de 20 años (Población Beneficiaria 2014)	72,5%

Horas Variables Psiquiatra Adulto según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Consulta de Ingreso Integral en Salud Mental	1	1	0,5	271,15	5,21
Evaluación Diagnóstica Individual	1	1	0,5	271,15	5,21
Evaluación Diagnóstica Familiar	0,75	1	0,5	203,36	3,91
Elaboración PTI con el usuario	1	1	0,5	271,15	5,21
Consulta de salud mental	0,5	6	1	1626,90	31,29
Visita Domiciliaria Integral	2	1	0,2	216,92	4,17
Intervención Grupal	1	2	0,2	216,92	4,17
Intervención Familiar (Incluye Consejería)	0,75	2	0,2	162,69	3,13
Intervención Comunitaria	1	2	0,5	542,30	10,43
Intervención en crisis	0,75	1	0,05	20,34	0,39
Enlace	0,5	1	0,30	81,35	1,56
Evaluación del PTI con el usuario	0,5	1	0,5	135,58	2,61
Plan de Egreso (Alta, Derivación Asistida y Seguimiento) (con el usuario)	0,5	2	0,5	271,15	5,21
Intervención Asertiva Comunitaria	4	260	0,0001	56,40	1,08
Atención en domicilio	2	1	0,05	54,23	1,04
Subtotal Horas Actividades Psiquiatra Adulto					84,65

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	1	1
Labores Administrativas	3	1	0,33	1
Actividades de difusión	1	1	0,05	0,05
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,2	0,8
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,2	0,6
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				8,24
Número de Jornadas de 22 horas de Psiquiatra Adulto				6

Psiquiatra Infanto Adolescente

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748
Porcentaje de personas menores de 20 años (Población Beneficiaria 2014)	27,5%

Horas Variables Psiquiatra Infanto Adolescente según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Consulta de Ingreso Integral en Salud Mental	1	1	0,5	102,85	1,98
Evaluación Diagnóstica Individual	1	3	0,5	308,55	5,93
Evaluación Diagnóstica Familiar	0,75	3	0,5	231,41	4,45
Elaboración PTI con el usuario	1	1	0,5	102,85	1,98
Consulta de salud mental	0,5	6	1	617,10	11,87
Visita Domiciliaria Integral	2	2	0,2	164,56	3,16
Intervención Grupal	2	4	0,2	329,12	6,33
Intervención Familiar (Incluye Consejería)	0,75	2	0,2	61,71	1,19
Intervención Comunitaria	1	2	0,5	205,70	3,96
Intervención en crisis	0,75	1	0,05	7,71	0,15
Enlace	0,5	1	0,30	30,86	0,59
Evaluación del PTI con el usuario	0,5	1	0,5	51,43	0,99
Plan de Egreso (Alta, Derivación Asistida y Seguimiento) (con el usuario)	0,5	2	0,5	102,85	1,98
Intervención Asertiva Comunitaria	4	260	0,0001	21,39	0,41
Atención en domicilio	2	2	0,05	41,14	0,79
Subtotal Horas Actividades Psiquiatra Infanto Adolescente					45,75

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	1	1
Labores Administrativas	3	1	0,33	1
Actividades de difusión	1	1	0,05	0,05
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,2	0,8
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,2	0,6
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				8,24
Número de Jornadas de 22 horas de Psiquiatra Infanto Adolescente				3

Químico Farmacéutico

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748

Horas Variables Químico Farmacéutico según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Consulta de Ingreso Integral en Salud Mental (Atención Farmacéutica, Evaluación Ingreso, conciliación (paciente/familiar según corresponda))	1	1	0,2	149,60	2,88
Consulta de salud mental (Atención Farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico (paciente/familiar según corresponda))	0,5	2	0,5	374,00	7,19
Dispensación de Medicamentos: Realizar y asegurar su correcta dispensación, de acuerdo al historial de despachos del paciente y el correcto registro de cada receta en el sistema.	0,25	6	0,5	561,00	10,79
Intervención Individual Psicoeducación de Fármacos: Refuerzo de la información entregada al usuario en cada despacho, a fin de favorecer la correcta adherencia al tratamiento farmacológico	1	2	0,5	748,00	14,38
Intervención Familiar (Psicoeducación, farmacovigilancia, revisión de caso de sospecha de reacción adversa a medicamentos e ingreso de notificación a la web)	1	1	0,3	224,40	4,32
Plan de Egreso (Alta, Derivación Asistida y Seguimiento) (con el usuario)	1	1	0,3	187,00	3,60
Subtotal Horas Actividades Químico Farmacéutico					43,15

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0	0
Labores Administrativas	3	1	0,5	1,5
Actividades de difusión	1	1	0,2	0,2
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,16	0,16
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,16	0,16
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,16	0,16
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,16	0,16
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,16	0,64
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,16	0,48
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				7,46
Número de Jornadas de 44 horas de Químico Farmacéutico				1

Psicólogo(a)

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748

Horas Variables Psicólogo(a) según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Consulta de Ingreso Integral en Salud Mental	1	1	0,5	374,00	7,19
Evaluación Diagnóstica Familiar	0,75	1	0,5	280,50	5,39
Psicodiagnóstico: Psicometría, administración, revisión y elaboración informe	3	4	0,3	2692,80	51,78
Elaboración PTI con el usuario	1	1	0,5	374,00	7,19
Consulta de salud mental	0,5	4	1	1496,00	28,77
Psicoterapia Individual	0,75	12	0,2	1346,40	25,89
Psicoterapia Grupal	2	12	0,2	3590,40	69,05
Psicoterapia Familiar	1	3	0,20	448,80	8,63
Visita Domiciliaria Integral	2	2	0,2	598,40	11,51
Visitas en Escuelas, Trabajos, u otros	2	2	0,05	149,60	2,88
Intervención Psicosocial Individual	1	1	0,2	149,60	2,88
Intervención Psicosocial Grupal (Talleres)	2	4	0,4	2393,60	46,03
Intervención Psicosocial Familiar (Incluye Consejería)	0,75	2	0,2	224,40	4,32
Intervención Comunitaria	2	3	0,5	2244,00	43,15
Intervención en crisis	0,75	1	0,05	28,05	0,54
Evaluación Psicológica e Informe Psicológico para Tribunales	2	1	0,02	29,92	0,58
Evaluación del PTI con el usuario	0,5	1	0,5	187,00	3,60
Gestor Terapeutico	0,5	6	0,2	448,80	8,63
Plan de Egreso (Alta, Derivación Asistida y Seguimiento) (con el usuario)	2	2	0,5	1496,00	28,77
Intervención Asertiva Comunitaria	6	260	0,0001	116,69	2,24
Atención en domicilio	2	1	0,05	74,80	1,44
Subtotal Horas Actividades Psicólogo(a)					360,46

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,5	0,5
Labores Administrativas	3	1	1	3
Actividades de difusión	1	1	0,2	0,2
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,1	0,4
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,1	0,3
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				9,2
Número de Jornadas de 44 horas de Psicólogo(a)				10

Trabajador(a) Social

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748

Horas Variables Trabajador(a) Social según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Consulta de Ingreso Integral en Salud Mental	1	1	0,5	374,00	7,19
Evaluación Socio Familiar	0,75	1	0,5	280,50	5,39
Elaboración PTI con el usuario	1	1	0,5	374,00	7,19
Consulta de salud mental	0,5	6	1	2244,00	43,15
Visita Domiciliaria Integral	2	3	1	4488,00	86,31
Visitas en Escuelas, Trabajos, u otros	2	2	0,1	299,20	5,75
Intervención Psicosocial Individual	1	1	1	748,00	14,38
Intervención Psicosocial Grupal (Talleres)	2	4	0,4	2393,60	46,03
Intervención Psicosocial Familiar (Incluye Consejería)	0,75	3	0,3	504,90	9,71
Intervención Comunitaria	2	3	0,5	2244,00	43,15
Intervención en crisis	0,75	1	0,05	28,05	0,54
Evaluación Social e Informe Social para Tribunales	2	1	0,02	29,92	0,58
Evaluación del PTI con el usuario	0,5	1	0,5	187,00	3,60
Gestor Terapeutico	0,5	6	0,2	448,80	8,63
Plan de Egreso (Alta, Derivación Asistida y Seguimiento) (con el usuario)	2	2	0,5	1496,00	28,77
Intervención Asertiva Comunitaria	6	260	0,0001	116,69	2,24
Atención en domicilio	2	1	0,05	74,80	1,44
Subtotal Horas Actividades Trabajador(a) Social					314,07

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,5	0,5
Labores Administrativas	3	1	1	3
Actividades de difusión	1	1	0,2	0,2
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,14	0,14
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,14	0,14
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,14	0,14
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,14	0,14
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,14	0,56
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,14	0,42
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				9,24
Número de Jornadas de 44 horas de Trabajador(a) Social				9

Terapeuta Ocupacional

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748

Horas Variables Terapeuta Ocupacional según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Consulta de Ingreso Integral en Salud Mental	1	1	0,5	374,00	7,19
Evaluación Ocupacional	0,75	1	0,5	280,50	5,39
Elaboración PTI con el usuario	1	1	0,5	374,00	7,19
Consulta de salud mental	0,5	6	1	2244,00	43,15
Visita Domiciliaria Integral	2	2	0,2	598,40	11,51
Visitas en Escuelas, Trabajos, u otros	2	2	0,05	149,60	2,88
Intervención Terapia Ocupacional Individual	1	1	0,2	149,60	2,88
Intervención Grupal (Talleres)	2	4	0,4	2393,60	46,03
Intervención Familiar (Incluye Consejería)	0,75	3	0,3	504,90	9,71
Intervención Comunitaria	2	3	0,5	2244,00	43,15
Intervención en crisis	0,75	1	0,05	28,05	0,54
Salidas comunitarias (rehabilitación psicosocial)	1	3	0,10	224,40	4,32
Evaluación del PTI con el usuario	0,5	1	0,5	187,00	3,60
Gestor Terapeutico	0,5	6	0,2	448,80	8,63
Plan de Egreso (Alta, Derivación Asistida y Seguimiento) (con el usuario)	2	2	0,5	1496,00	28,77
Intervención Asertiva Comunitaria	6	260	0,0001	116,69	2,24
Atención en domicilio	2	3	0,05	224,40	4,32
Subtotal Horas Actividades Terapeuta Ocupacional					231,50

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,25	0,25
Labores Administrativas	3	1	1	3
Actividades de difusión	1	1	0,2	0,2
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,1	0,1
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,1	0,1
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,2	0,8
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,2	0,6
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				9,45
Número de Jornadas de 44 horas de Terapeuta Ocupacional				7

Enfermera(o)

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748

Horas Variables Enfermera(o) según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Consulta de Ingreso Integral en Salud Mental	1	1	0,5	374,00	7,19
Evaluación Enfermería	0,75	1	0,5	280,50	5,39
Elaboración PTI con el usuario	1	1	0,5	374,00	7,19
Consulta de salud mental	0,5	6	1	2244,00	43,15
Visita Domiciliaria Integral	2	2	0,2	598,40	11,51
Visitas en Escuelas, Trabajos, u otros	2	2	0,05	149,60	2,88
Intervención Enfermería Individual (Elaboración PAE)	1	1	0,2	149,60	2,88
Intervención Grupal	2	2	0,2	598,40	11,51
Intervención Familiar (Incluye Consejería)	0,75	3	0,3	504,90	9,71
Intervención Comunitaria	2	2	0,2	598,40	11,51
Intervención en crisis	0,75	1	0,05	28,05	0,54
Procedimientos Clínicos de enfermería	0,5	3	0,10	112,20	2,16
Evaluación del PTI con el usuario	0,5	1	0,5	187,00	3,60
Gestor Terapeutico	0,5	6	0,2	448,80	8,63
Plan de Egreso (Alta, Derivación Asistida y Seguimiento) (con el usuario)	2	2	0,5	1496,00	28,77
Intervención Asertiva Comunitaria	6	260	0,0001	116,69	2,24
Atención en domicilio	2	3	0,05	224,40	4,32
Subtotal Horas Actividades Enfermera(o)					163,17

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,5	0,5
Labores Administrativas	3	1	1	3
Actividades de difusión	1	1	0,2	0,2
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Reunión de gestor de la Red (Cuidados Compartidos y Gestión del Cuidado)	3	1	0,5	1,5
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,5	0,5
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,5	0,5
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,2	0,2
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,5	2
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,5	1,5
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				14,1
Número de Jornadas de 44 horas de Enfermera(o)				5

Psicopedagogo(a)

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748
Porcentaje de personas menores de 20 años (Población Beneficiaria 2014)	27,5%

Horas Variables Psicopedagogo(a) según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Consulta de Ingreso Integral en Salud Mental	1	1	0,5	102,85	1,98
Evaluación Psicopedagógica	0,75	1	0,5	77,14	1,48
Elaboración PTI con el usuario	1	1	0,5	102,85	1,98
Consulta de salud mental	0,5	4	0,5	205,70	3,96
Visita Domiciliaria Integral	2	1	0,2	82,28	1,58
Visitas en Escuelas, Trabajos, u otros	2	3	0,25	308,55	5,93
Intervención Psicopedagógica Individual	1	1	0,2	41,14	0,79
Intervención Psicopedagógica Grupal (Talleres)	2	3	0,4	493,68	9,49
Intervención Psicopedagógica Familiar	0,75	2	0,3	92,57	1,78
Intervención Comunitaria	2	1	0,5	205,70	3,96
Evaluación Psicopedagógica e Informe Psicopedagógico para Tribunales	2	1	0,02	8,23	0,16
Evaluación del PTI con el usuario	0,5	1	0,5	51,43	0,99
Plan de Egreso (Alta, Derivación Asistida y Seguimiento) (con el usuario)	2	1	0,5	205,70	3,96
Intervención Asertiva Comunitaria	6	260	0,0001	32,09	0,62
Atención en domicilio	2	1	0,05	20,57	0,40
Subtotal Horas Actividades Psicopedagogo(a)					39,05

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0	0
Labores Administrativas	3	1	0,5	1,5
Actividades de difusión	1	1	0	0
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	1	1
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	1	1
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,5	0,5
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,5	0,5
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,5	2
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,5	1,5
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				12
Número de Jornadas de 44 horas de Psicopedagogo(a)				1

Técnico en Rehabilitación

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748

Horas Variables Técnico en Rehabilitación según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Consulta de Ingreso Integral en Salud Mental	1	1	0,5	374,00	7,19
Evaluación Diagnóstica Familiar	0,75	1	0,5	280,50	5,39
Elaboración PTI con el usuario	1	1	0,5	374,00	7,19
Consulta de salud mental	0,5	6	1	2244,00	43,15
Visita Domiciliaria Integral (Intervención y Rescate)	2	3	0,3	1346,40	25,89
Intervención Individual	1	1	1	748,00	14,38
Intervención Grupal (Talleres)	2	4	0,4	2393,60	46,03
Intervención Familiar	0,75	3	0,3	504,90	9,71
Intervención Comunitaria	2	3	0,5	2244,00	43,15
Intervención en crisis	0,75	1	0,05	28,05	0,54
Test Screening	0,25	1	0,5	93,50	1,80
Gestor Terapeutico	0,5	6	0,2	448,80	8,63
Plan de Egreso (Alta, Derivación Asistida y Seguimiento) (con el usuario)	2	2	0,5	1496,00	28,77
Intervención Asertiva Comunitaria	6	260	0,0001	116,69	2,24
Atención en domicilio	2	1	0,05	74,80	1,44
Subtotal Horas Actividades Técnico en Rehabilitación					245,52

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0	0
Labores Administrativas	3	1	0,5	1,5
Actividades de difusión	1	1	0,2	0,2
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0	0
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0	0
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,16	0,16
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,16	0,16
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0	0
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0	0
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				6,02
Número de Jornadas de 44 horas de Técnico en Rehabilitación				6

Técnico Social

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748

Horas Variables Técnico Social según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Evaluación Diagnóstica Familiar	0,75	1	0,5	280,50	5,39
Consulta de salud mental	0,5	2	1	748,00	14,38
Visita Domiciliaria Integral	2	3	1	2244,00	43,15
Visitas en Escuelas, Trabajos, u otros	2	2	0,1	299,20	5,75
Intervención Grupal (Talleres)	2	4	0,4	2393,60	46,03
Intervención Familiar	0,75	3	0,3	504,90	9,71
Intervención Comunitaria	2	3	0,5	2244,00	43,15
Intervención en crisis	0,75	1	0,05	28,05	0,54
Intervención Asertiva Comunitaria	6	260	0,0001	116,69	2,24
Plan de Egreso (Alta, Derivación Asistida y Seguimiento) (con el usuario)	0,5	2	0,5	374,00	7,19
Subtotal Horas Actividades Técnico Social					177,56

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0	0
Labores Administrativas	3	1	1	3
Actividades de difusión	1	1	0,3	0,3
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0	0
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0	0
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,3	0,3
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,3	0,3
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0	0
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0	0
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				7,9
Número de Jornadas de 44 horas de Técnico Social				5

Técnico en Enfermería

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748

Horas Variables Técnico en Enfermería según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Apoyo Evaluación Enfermería	0,75	1	0,5	280,50	5,39
Apoyo consulta de salud mental	0,5	6	1	1122,00	21,58
Visita Domiciliaria Integral	2	2	0,2	598,40	11,51
Apoyo Intervención Enfermería Individual (Elaboración PAE)	1	1	0,2	149,60	2,88
Apoyo Intervención Grupal	2	2	0,4	1196,80	23,02
Apoyo Intervención Familiar	0,75	3	0,3	504,90	9,71
Intervención Comunitaria	2	2	0,2	598,40	11,51
Intervención en crisis	0,75	1	0,1	28,05	0,54
Apoyo Procedimientos Clínicos de enfermería	0,5	3	0,1	112,20	2,16
Atención en domicilio	2	3	0,05	224,40	4,32
Subtotal Horas Actividades Técnico en Enfermería					92,60

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0	0
Labores Administrativas	3	1	0,5	1,5
Actividades de difusión	1	1	0,2	0,2
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0	0
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0	0
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,5	0,5
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,5	0,5
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0	0
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0	0
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				6,7
Número de Jornadas de 44 horas de Técnico en Enfermería				2

Técnico en Farmacia

Población Asignada	50.000
Prevalencia de personas con trastornos mentales (Vicente)	22%
Porcentaje de personas que requieren atención de especialidad ambulatoria (Huxley)	6,8%
Población Bajo Control del Centro	748

Horas Variables Técnico en Farmacia según atenciones de usuarios

Actividades	Rendimiento (horas)	Frecuencia (Cantidad de veces al año por usuario)	% de personas que requiere la actividad	Horas al año	Horas a la semana
Apoyo consulta de salud mental (Atención Farmacéutica, seguimiento farmacoterapéutico (paciente/familiar según corresponda))	0,5	2	1	374,00	7,19
Apoyo dispensación de medicamentos: Realizar y asegurar su correcta dispensación, de acuerdo al historial de despachos del paciente y el correcto registro de cada receta en el sistema.	0,25	12	0,3	673,20	12,95
Visita Domiciliaria Integral	2	2	0,1	299,20	5,75
Apoyo Intervención Grupal (Talleres)	1	2	0,4	598,40	11,51
Apoyo Intervención Familiar (Psicoeducación, farmacovigilancia, revisión de caso de sospecha de reacción adversa a medicamentos e ingreso de notificación a la web)	1	1	0,3	224,40	4,32
Intervención en crisis	0,75	1	0,05	28,05	0,54
Subtotal Horas Actividades Técnico en Farmacia					42,25

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas

Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0	0
Labores Administrativas	3	1	0,5	1,5
Actividades de difusión	1	1	0,2	0,2
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0	0
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0	0
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,5	0,5
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,5	0,5
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0	0
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0	0
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				6,7
Número de Jornadas de 44 horas de Técnico en Farmacia				1

Horas Actividades Director(a) del Centro			
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Total Horas Semanales
Planificar el proceso de elaboración del Plan Estratégico y Plan anual de actividades: Participar en la elaboración, implementación y evaluación del Plan Estratégico y Plan anual de actividades, junto a usuarios y familiares; presentar planes a autoridades, comunidad e intersector; coordinar instancias asesoras; monitorear registros, producción y rendimiento.	1	3	3
Organizar la estructura interna del Centro acorde al Modelo de Gestión, normas e instrucciones ministeriales: Representar al Centro en instancias institucionales y sectoriales; coordinar asignar y acordar las tareas de sus dependencias; elaborar normas internas, manuales y protocolos de funcionamiento, coordinar y resolver todo lo relativo a procesos administrativos.	1,5	3	4,5
Resguardar el cumplimiento de las estrategias de articulación para la continuidad de cuidados en la Red: Realizar evaluaciones periódicas de las estrategias de articulación, analizar y resolver situaciones críticas, definir y conducir acciones de mejora continua, supervisar la aplicación de protocolos de referencias y contrareferencia.	1	5	5
Conducir el proceso de formulación presupuestaria del Centro: Elaboración conjunta del presupuesto del Centro, elaborar solicitudes presupuestarias y necesidades identificadas, supervisión de la ejecución presupuestaria del Centro.	1,5	2	3
Conducir los procesos de gestión docente e investigación en el Centro: Visar el plan de formación acorde al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y liderar la suscripción de convenios docente asistenciales del Centro.	2	1	2
Conducir la gestión del recurso humano del Centro: Liderar la elaboración de la descripción de funciones y perfil de competencias del equipo, planificar las actividades de cuidado de equipo, participar en la elaboración del plan de capacitación y formación continua del equipo, participar en los procesos administrativos de la gestión del recurso humano, supervisar sistemas de información para la gestión del recurso humano, evaluación individual de los profesionales según normativa.	1,5	5	7,5
Conducir el proceso interno de mejora continua del Centro: Liderar el proceso de mejora continua del Centro y los procesos de satisfacción usuaria.	2	1	2
Subtotal Horas Actividades Director(a)			27

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas				
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,00	0
Labores Administrativas	3	1	1,00	3
Actividades de difusión	1	1	1,00	1
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1,00	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1,00	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,20	0,2
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,20	0,2
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	1,00	4
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	1,00	3
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				17,4
Número de Jornadas de 44 horas de Director(a) del Centro				1

Horas Actividades Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria del Centro			
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Total Horas Semanales
Planificar, implementar, coordinar y supervisar los procesos de atención clínico comunitarios: calendarizar reuniones, coordinaciones y supervisiones en planificación anual, participar en reuniones con el intra e inter sector, evaluar cumplimiento garantías AUGÉ, auditar PTI y procesos terapéuticos.	1	5	5
Implementar, supervisar y evaluar la atención y cuidado de acuerdo a estándares y criterios de calidad: calendarizar jornadas y otras que permitan evaluación internamente, planificar y ejecutar jornadas de calidad.	1,5	3	4,5
Mantener y utilizar información epidemiológica para la planificación del Centro: asesorar a la Dirección, Consejo Técnico y Ciudadano, actualizar información para focalizar estrategias, difundir información con la red.	2	1	2
Adaptar e implementar los protocolos de atención del Ministerio de Salud y Servicio de Salud: conducir el proceso de adaptación de procesos nacionales a la realidad local, presentarlos a la red y supervisarlos, elaborar e implementar flujos y protocolos locales de atención clínico comunitarios	1,5	2	3
Coordinar y evaluar la estrategias de articulación para la continuidad de cuidados en la Red: supervisar la ejecución de consultorías, participar en la evaluación del sistema de referencia y contrareferencia de la red, supervisar la atención y cuidados con otros nodos de la Red, supervisar el sistema de derivación asistida, evaluar la eficiencia del gestor terapéutico.	1,5	5	7,5
Liderar los procesos de formación de recurso humano y gestión docente asistencial, como también desarrollar y participar de los procesos de investigación: Planificar las pasantías, horas y espacios para la formación, intercambios de buenas prácticas, identificar necesidades sectoriales e intersectoriales, elaborar junto a la red un plan de capacitación, elaborar necesidades de investigación.	1,5	2	3
Mantener estrategias de participación social que aseguren la gobernanza; participar en reuniones periódicas con organizaciones sociales y la comunidad, sociabilizar acuerdos tomados.	2	1	2
Subtotal Horas Actividades Referente			27

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas				
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,00	0
Labores Administrativas	3	1	1,00	3
Actividades de difusión	1	1	1,00	1
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1,00	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1,00	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,20	0,2
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,20	0,2
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	1,00	4
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	1,00	3
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				17,4
Número de Jornadas de 44 horas de Subdirector(a) Gestión Clínica Comunitaria del Centro				1

Horas Actividades Subdirector(a) Gestión Organizacional y Administrativa del Centro			
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Total Horas Semanales
Velar por el cumplimiento de las políticas y normativas relativas a la gestión de los recursos humanos, recursos financieros y recursos físicos disponibles para el desarrollo de las actividades del Centro de Salud Mental Comunitaria	1,5	5	7,5
Supervisar los procesos financieros, de recursos humanos, operaciones, docente asistenciales y de investigación del Centro	1,5	5	7,5
Implementar y mantener un sistema integrado de registro de la información definido por la Red, alineado al sistema general de registro del Servicio de Salud y Ministerio de Salud	2	1	2
Liderar y supervisar la elaboración, ejecución y revisión del Plan Estratégico del Centro	1,5	1	1,5
Liderar y supervisar la elaboración, ejecución y revisión del Plan Anual de Actividades del Centro	1,5	1	1,5
Participar en los procesos de capacitación, monitoreo y mejora continua liderados por el Servicio de Salud	1,5	1	1,5
Mantener los mecanismos de coordinación y comunicación con otros nodos de atención de la red de salud y red temática que aseguren la continuidad de cuidados y la integración de la atención	1,5	5	7,5
Mantener sistemas de información hacia la comunidad, como facilitar las instancias de coordinación de la comunidad	2	1	2
Subtotal Horas Actividades Referente			31

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas				
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,00	0
Labores Administrativas	3	1	1,00	3
Actividades de difusión	1	1	1,00	1
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1,00	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1,00	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,20	0,2
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,20	0,2
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,50	2
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,20	0,6
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				13
Número de Jornadas de 44 horas de Subdirector(a) Gestión Organizacional y Administrativa del Centro				1

Horas Actividades Referente Finanzas y Recursos Humanos del Centro			
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Total Horas Semanales
Levantamiento y análisis de líneas de expansión presupuestaria: calendarización presupuestaria, presupuesto de continuidad, costos y recursos asociados expansión y preparación documento de solicitud al Servicio	1	2	2
Planificación, seguimiento y evaluación del presupuesto del Centro: Presentación presupuesto anual y su planificación, seguimiento y monitoreo de su ejecución, elaboración de informes mensuales de ejecución, redistribución según áreas evaluadas y presentación a la comunidad	1	5	5
Planificación, seguimiento y evaluación del presupuesto intersectorial del Centro: Convenios con SENDA, SENADIS, municipios y otros	0,5	5	2,5
Supervisión y seguimiento de los procesos de compra de insumos, equipamiento y gastos de mantención del Centro	3	1	3
Gestión de proyectos de inversión del Centro: Identificar necesidades, elaborar y presentar proyectos, ejecución y evaluación de los proyectos aprobados, implementar plan de mantenimiento de los recursos físicos y equipamiento del Centro: Elaborar, ejecutar y evaluar plan, proponer mejoras	3	1	3
Gestionar procesos operativos del Centro: Gestionar el proceso de adquisiciones y abastecimiento del Centro: Identificar necesidades, cotizar, licitar y adjudicar, implementar plan de vigilancia y seguridad, establecer mecanismos de transporte de los equipos, establecer mecanismos para asegurar traslado de usuarios, implementar y coordinar plan de emergencias y desastres	1	3	3
Mantener sistema de administración, gestión e información del recurso humano del Centro, respecto de contrataciones, remuneraciones, permisos, licencias médicas, entre otros	2	1	2
Mantener un sistema de descripción de las funciones y perfil de competencias del recurso humano del Centro: elaboración, revisión y sociabilización de manual de descripción de funciones y competencias, participar en la definición de perfiles según cambios en la población, protocolo de inducción para nuevos miembros del equipo	2,5	1	2,5
Planificar y desarrollar acciones de cuidado del equipo: evaluación de clima laboral, programa anual de cuidado del equipo, coordinación con acciones programadas por el Servicio de Salud	2	2	4
Aplicar sistema de evaluación de funcionarios	2	2	4
Planificar y gestionar plan de capacitación y mejora continua del recurso humano del Centro: identificación de las necesidades de capacitación, priorizar y planificar procesos de capacitación, coordinar pasantías y otros procesos con el Servicio de Salud y otros nodos de la Red, mantener un programa de educación continua	2	1	2
Mantener actualizada la dotación de recursos humanos del Centro: identificación de brechas, coordinación con el equipo para su priorización, presentación de brechas al Servicio de Salud, participación en procesos de selección del nuevo recurso humano	2	1	2
Coordinar con área docente asistencial e investigación, respecto al recurso humano asociado a cada de estas áreas, planificación de sus actividades, entre otras	1,5	2	3
Subtotal Horas Actividades Referente			38

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas				
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,00	0
Labores Administrativas	3	1	0,30	0,9
Actividades de difusión	1	1	0,00	0
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1,00	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	1,00	2
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,25	1
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,20	0,6
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				7,5
Número de Jornadas de 44 horas de Referente Finanzas y Recursos Humanos del Centro				1

Horas Actividades Oficial Administrativo Dirección del Centro			
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Total Horas Semanales
Realizar una adecuada y oportuna gestión de la documentación del Centro: Mantener organizados y actualizados los archivos de la documentación administrativa del Centro, elaborar memorándum, oficios, permisos administrativos, vacaciones, licencias médicas, entrega de correspondencia, entre otros	2	5	10
Organizar la agenda de la Dirección y de la coordinación administrativa del Centro	2	5	10
Realizar coordinaciones administrativas con la Red de Salud e Intersectorial, en cuanto a actividades de la Dirección o Subdirección del Centro	2	5	10
Mantener una base de datos y sistemas de registro actualizados de la red de salud y de la red intersectorial con los cuales el Centro se coordina	2	2	4
Mantener stock de materiales e insumos de oficina necesarios para la ejecución de las funciones del personal administrativo	2	1	2
Trabajo Administrativo: estadísticas mensuales, gestión telefónica, agendamiento de reuniones y toda gestión vinculada a la dirección del Centro	1	2	2
Subtotal Horas Actividades Oficial Administrativo Dirección del Centro			38

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas				
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,00	0
Labores Administrativas	3	1	0,00	0
Actividades de difusión	1	1	0,00	0
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1,00	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	0,00	0
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,50	2
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,50	1,5
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				6
Número de Jornadas de 44 horas de Oficial Administrativo Dirección del Centro				1

Horas Actividades Oficial Administrativo Equipo Asistencial del Centro			
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Total Horas Semanales
Atender y orientar de forma respetuosa y eficiente a los usuarios(as) y familiares del Centro	3	5	15
Realizar una eficiente admisión de usuarios(as), apertura de ficha clínica, registro de las atenciones realizadas y actualización de los datos de identificación del usuario(a)	2	5	10
Gestionar la agenda del Centro: Agendar horas de atención, confirmación de horas de atención, mantener actualizada la agenda de los profesionales y técnicos del equipo e informar cualquier situación que afecte la atención al usuario(a)	4	5	20
Coordinar administrativamente con el resto de la Red, resguardando la atención de los usuarios(as): Recepción de interconsultas y órdenes de atención, envío de documentos de referencia y contrareferencia con la Red y apoyo social según Plan de Tratamiento	2	5	10
Trabajo Administrativo: Completar registros diarios, fichas clínicas, estadísticas mensuales, gestión telefónica, agendamiento de reuniones, gestión de la documentación, transcripción de informes u otros, entrega de correspondencia y toda gestión vinculada a la gestión de la atención del los usuarios(as)	4	5	20
Subtotal Horas Actividades Oficial Administrativo Equipo Asistencial del Centro			75

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas				
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,00	0
Labores Administrativas	3	1	0,00	0
Actividades de difusión	1	1	0,00	0
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1,00	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	0,50	1
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,25	1
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,33	1
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				5,5
Número de Jornadas de 44 horas de Oficial Administrativo Equipo Asistencial del Centro				2

Horas Actividades Oficial Administrativo OIRS del Centro			
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Total Horas Semanales
Informar al usuario en relación al funcionamiento y prestación de servicios, plazos, requisitos, procedimientos y horarios de los distintos establecimientos de salud, así como de documentos requeridos para acceder de forma expedita y oportuna a las diversas prestaciones de salud	2	5	10
Orientar a las personas en todas las materias relacionadas con los servicios del sector salud y en la competencia de otros organismos de la administración pública	1	5	5
Recibir, gestionar y responder todas las solicitudes, reclamos, sugerencias y felicitaciones en relación a la atención de salud o respecto de alguno de sus funcionarios(as) u otros, que afecten los intereses del usuario(a). Estudiar las sugerencias que los usuarios(as) presenten para mejorar la atención de salud en el establecimiento	2	5	10
Difundir la Ley de Derechos y Deberes del Paciente en el establecimiento y en la comunidad	1	5	5
Apoyar al personal administrativo encargado de atención y admisión	2	5	10
Subtotal Horas Actividades Oficial Administrativo OIRS del Centro			40

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas				
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,00	0
Labores Administrativas	3	1	0,00	0
Actividades de difusión	1	1	0,00	0
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1,00	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	0,50	1
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,00	0
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,00	0
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				3,5
Número de Jornadas de 44 horas de Oficial Administrativo OIRS del Centro				1

Horas Actividades Oficial Administrativo Estadística y SOME del Centro			
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Total Horas Semanales
Realizar la recopilación y consolidación de la información estadística: Realizar diariamente la estadística del personal en sistema computacional definido, entregar datos estadísticos a los miembros del equipo que lo solicitan, revisión mensual de la coincidencia de los datos, mantener un orden de la información.	3	5	15
Realizar todo tipo de procesos administrativos relacionados con sistemas de información: fichas clínicas y tarjetones, revisión de requisitos para inscripción de usuarios y documentos asociados.	1,5	5	7,5
Recaudar ingresos y manejo de procesos administrativos cuando corresponda.	1	5	5
Apoyar y coordinar acciones con OFA Equipo Asistencial, Dirección y OIRS del Centro: Interconsultas, entrega de información a usuarios y familiares, gestión de horas u otra acción determinada por la Dirección del Centro.	2	5	10
Subtotal Horas Actividades Oficial Administrativo Estadística y SOME del Centro			37,5

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas				
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,00	0
Labores Administrativas	3	1	0,00	0
Actividades de difusión	1	1	0,00	0
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1,00	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	0,50	1
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	0,25	0,25
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,25	1
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,33	1
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				5,5
Número de Jornadas de 44 horas de Oficial Administrativo Estadística y SOME del Centro				1

Horas Actividades Auxiliar de Aseo del Centro			
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Total Horas Semanales
Realizar diariamente el aseo de los diferentes recintos interiores del Centro: Pisos, superficies, muros, vidrios, equipos, bodegas y otros.	9	5	45
Realizar diariamente el aseo de los diferentes recintos exteriores del Centro: Pisos, superficies, muros, vidrios, equipos, recintos exteriores, jardín, veredas, patios, bodegas y otros.	6	5	30
Conocer la normativa de desechos, utilizar los elementos necesarios para su protección personal y realizar aseo terminal de recintos indicados semanalmente.	3	1	3
Abrir y cerrar el Centro, vigilando cierre de puertas, desconexión de aparatos de calefacción, computadoras, conexión de almas.	2	5	10
Vigilar los lugares de acumulación de público para atender alguna necesidad y prevenir la ocurrencia de hechos que afecten la seguridad de los usuario, familias y miembros del equipo.	3	5	15
Subtotal Horas Actividades Auxiliar de Aseo del Centro			103

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas				
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,00	0
Labores Administrativas	3	1	0,00	0
Actividades de difusión	1	1	0,00	0
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1,00	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	0,00	0
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,00	0
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,00	0
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				4
Número de Jornadas de 44 horas de Auxiliar de Aseo del Centro				3

Horas Actividades Auxiliar Estafeta del Centro			
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Total Horas Semanales
Guardar y ordenar diariamente todo tipo de material necesario para el funcionamiento del Centro.	3	5	15
Vigilar los lugares de acumulación de público para atender alguna necesidad y prevenir la ocurrencia de hechos que afecten la seguridad de los usuario, familias y miembros del equipo.	1	5	5
Realizar las labores de estafeta que se le asignen en el Centro.	2	5	10
Prestar apoyo o soporte con las acciones realizadas por el personal administrativo y profesional del Centro.	1	5	5
Subtotal Horas Actividades Auxiliar Estafeta del Centro			35

Horas Fijas Actividades Organizacional y Administrativas				
Actividades	Rendimiento (horas)	Cantidad (semana)	Factor Participación	Total Horas Semanales
Consultoría (1 al mes de 4 horas por Centro de Atención Primaria)	4	0,25	0,00	0
Labores Administrativas	3	1	0,00	0
Actividades de difusión	1	1	0,00	0
Reunión Administrativa de Equipo	1	1	1,00	1
Reunión Clínica de Equipo	2	1	0,00	0
Participación en reuniones del intrasector (Consejo Técnico y con el Servicio de Salud) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Participación en reuniones del intersector (Con otros sectores y con la red territorial) (1 al mes de 4 horas)	4	0,25	0,00	0
Autoformación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Capacitación (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Actividades Docente Asistenciales e Investigación	4	1	0,00	0
Actividades de Investigación y Sistematización de Prácticas	3	1	0,00	0
Actividades de cuidado del equipo (1 al mes de media jornada 4 horas)	4	0,25	1,00	1
Subtotal Horas Actividades Organizacional y Administrativas				4
Número de Jornadas de 44 horas de Auxiliar Estafeta del Centro				1

Anexo N°7. Programa de Atención Clínica Integral e Intensiva de Salud Mental en Domicilio

Fundamentación:

El acceso oportuno, la resolutiveidad, la continuidad de cuidados y la adherencia a los procesos terapéuticos son problemas transversales en el área de la salud mental. Cuando estas condiciones no se dan, se afectan los resultados terapéuticos, empeora el curso y pronóstico, y se amplían los riesgos de discapacidad.

Cuando una persona presenta una situación de crisis o descompensación aguda se requieren cuidados intensivos. Habitualmente, se piensa que estos únicamente pueden proveerse mediante la hospitalización cerrada (UHCIP), la que brinda la posibilidad de proporcionar estos cuidados en un contexto de contención estructurado y con acceso a servicios hospitalarios complementarios.

Sin embargo, existen personas que requiriendo tratamiento intensivo no están dispuestas a ingresar a una UHCIP, y no cumplen con las condiciones para ser atendidas en Hospital de Día, pero sí aceptan la posibilidad de un tratamiento intensivo sin la disminución de libertades tales como rutinas diarias, obligación de permanencia en la unidad de hospitalización, acceso limitado a familiares y relaciones sociales, entre otras.

También debe tenerse en cuenta que un sistema de atención en salud mental que cautela el respeto a los derechos de las personas debe garantizar la existencia de oferta de prestaciones que impliquen un mínimo de restricciones personales, por lo que el uso de UHCIP debe reducirse a casos en que constituye una estricta necesidad.

Esto plantea la necesidad de que una red de servicios de salud mental se adecúe a las necesidades y perfil de demanda de las personas usuarias, incluyendo el Programa de Atención Intensiva en Salud Mental en Domicilio.

Para que este servicio pueda materializarse es necesario que el sistema de apoyo primario o que convive con la persona usuaria cuente con características que permitan su coparticipación indispensable en este tipo de atención y que el lugar de residencia cumpla condiciones de seguridad. En cualquier caso, la puesta en práctica de esta estrategia requiere una adecuada evaluación de riesgos y beneficios que garantice que la seguridad de la persona usuaria y su familia estarán cauteladas.

Este tipo de servicios resulta más aceptable para muchas personas, porque produce menos estigma respecto a su situación. Además, debe tenerse en cuenta que una familia o sistema de apoyo primario que se involucra junto con el equipo de salud en esta estrategia de atención, durante el proceso desarrolla experiencias y competencias relevantes que pueden ser un factor diferencial positivo respecto al control oportuno de eventuales crisis futuras, mejorando la continuidad de cuidados, la adherencia terapéutica y el curso y pronóstico de la enfermedad.

Se ha optado por no usar la denominación “hospitalización domiciliaria en psiquiatría”, porque esta estrategia podría ser utilizada por distintos nodos y puntos de atención de la red temática de salud mental, tales como Centros de Salud Mental Comunitaria y Hospitales de Día, además de equipos UHCIP, a diferencia de la “hospitalización domiciliaria”, que actualmente es concebida en la red general de salud como una prestación que solo es parte de la cartera de servicios de los hospitales.

El Programa de Atención Intensiva en Salud Mental en Domicilio es una estrategia de Cuidados Compartidos en la red temática de salud mental, en la cual el equipo de especialidad en salud mental

trabaja en articulación con el equipo de sector del Centro de Atención Primaria en el cual está inscrita la persona usuaria. Si bien ambos equipos participan en la construcción del Plan de Cuidados Integrales (PCI), la ejecución de este servicio es responsabilidad del equipo de especialidad con el apoyo de APS.

Evidencia que respalda los cuidados intensivos en domicilio

1. La evidencia muestra que como estrategia de tratamiento en el área de la salud mental se asocia una significativa reducción en los porcentajes de ingresos psiquiátricos hospitalarios, alcanzando esta reducción el 37,5% de los ingresos. Además, se ha visto que la intervención en crisis mediante tratamiento intensivo domiciliario reduce el nivel de sobrecarga familiar ante la enfermedad mental aguda, siendo una forma satisfactoria de asistencia tanto para las personas, como para las familias. [117]
2. Revisión sistemática Cochrane, evidencia como una estrategia terapéutica viable y efectiva para alrededor del 55% de las personas usuarias que de otro modo deberían ser ingresados en una unidad de hospitalización cerrada agudo convencional, demostrando su costo efectividad.
3. Thornicroft y Tansella, tanto la evidencia científica disponible, como la experiencia clínica acumulada hasta el momento, demuestran que las estrategias de provisión de cuidados intensivos y agudos para las enfermedades mentales graves que es posible desarrollar en el nivel hospitalario y en la comunidad no son incompatibles. [118]

Definición	Es un programa enfocado a proporcionar, en el domicilio, diagnóstico y tratamiento de salud mental a través de un proceso de atención y cuidados intensivo, periódico y protocolizado. Este programa se prestará de forma transitoria a personas en situación de crisis o descompensación aguda de su enfermedad mental, sin riesgo vital, que cuentan con red de apoyo que permita realizar el proceso terapéutico en coordinación entre el nivel de especialidad en salud mental y la atención primaria, con el acuerdo y la activa participación de la familia o grupo primario de apoyo. Esta modalidad de atención intensiva tendrá la duración estrictamente necesaria para superar la situación de crisis o descompensación aguda y deberá articularse la continuidad de atención y cuidados con el resto de los recursos y modalidades de intervención disponibles en la red. Este programa debe proporcionar una respuesta clínica precoz, eficaz y rápida, accesible cuando se requiera⁴¹, ejecutada por profesionales y técnicos competentes, articulados en un equipo transdisciplinario para atender a la persona usuaria que requiere esta forma de atención. Para cada persona usuaria incluida en esta modalidad de atención, uno de los miembros del equipo a cargo deberá asumir la función de gestor/a terapéutico/a de modo de preservar la integralidad y continuidad de la atención y cuidado. Este proceso deberá alinearse estratégicamente con el Plan de Cuidado Integral elaborado expreso o actualizando un plan preexistente. Es un programa integrador, compatible con los nodos y puntos de atención existentes de la Red Temática de Salud Mental y que busca la utilización eficiente de los recursos disponibles para la mejor atención y cuidado de estas personas y sus familias en el mejor lugar posible.
-------------------	--

⁴¹ Puede implicar diversas modalidades que amplíen la disponibilidad en jornada administrativa habitual, por ejemplo: jornada extendida por 12 horas, atención de 24 horas, atención articulada formalmente con atención de urgencia en salud mental, etc

Población objetivo	Personas beneficiarias del sistema de salud público, que presentan una situación de crisis emocional o descompensación aguda de su enfermedad mental, sin riesgo vital, que requieren atención y cuidados intensivos de forma transitoria. Para estas personas, el apoyo clínico integral en salud mental en el domicilio resulta una alternativa viable y preferible considerando los siguientes requisitos: 1) Persona y familia o grupo de apoyo primario que estén dispuestos a recibir apoyo clínico integral de salud mental en domicilio. 2) Persona que cuente con familiar o acompañante que pueda hacerse cargo de su cuidado durante el periodo de hospitalización. 3) Condiciones de seguridad adecuadas para la persona usuaria y familia en el domicilio en que se dispensarán los cuidados. 4) Persona y familia estén bajo la responsabilidad territorial del equipo que brinda el servicio. Perfiles de persona usuaria: • Persona en situación de crisis o descompensación aguda de su enfermedad que se niega a acudir a un nodo de atención. • Persona con enfermedad mental grave con historia de descompensaciones frecuentes, que abandona el proceso de atención y que no logra ser reincorporado pese a reiterados intentos de rescate. • Persona con enfermedad mental grave que tras la compensación efectuada en UHCIP se evalúa con alto riesgo de abandono inmediato del proceso de atención en la transición hospital domicilio. • Persona con enfermedad mental grave que acepta el ingreso a UHCIP solo para el control de la sintomatología crítica, pero que requiere continuidad de atención intensiva para complementar los resultados terapéuticos necesarios para asegurar su estabilización y no se encuentra en condiciones de asistir a Hospital de Día.
Objetivo General	Proporcionar en el domicilio, diagnóstico y tratamiento de salud mental a persona en situación de crisis o descompensación aguda de su enfermedad, sin riesgo vital, través de un proceso de atención y cuidados intensivo, periódico y protocolizado.
Objetivos Específicos	Proporcionar en el domicilio una respuesta clínica precoz, eficaz y rápida, accesible cuando se requiera⁴², ejecutada por un equipo transdisciplinario. Otorgar atención y cuidados intensivos de forma transitoria para superar la situación de crisis emocional o descompensación aguda de la enfermedad mental. Ofrecer a la persona y su familia una alternativa de hospitalización, apoyo en domicilio, distinta a la Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP). Acortar tiempo de hospitalización para el control de sintomatología crítica, requiriendo continuidad de atención intensiva para complementar los resultados terapéuticos. Desarrollar en la familia o grupo primario de apoyo experiencias y competencias relevantes para el control oportuno de eventuales crisis futuras.

⁴² Puede implicar diversas modalidades que amplíen la disponibilidad en jornada administrativa habitual, por ejemplo: jornada extendida de 12 horas, atención de 24 horas, atención articulada formalmente con atención de urgencia en salud mental, etc.

Dependencia técnica y administrativa	Centro de Salud Mental Comunitaria u Hospital de Día. En caso de pertinencia de acuerdo a realidad de cada red y orientaciones técnicas vigentes, puede depender de otro nodo o punto de atención del nivel de especialidad de salud mental.
Equipo técnico	Compuesto por Enfermera(o), Médico psiquiatra y/o general, Psicólogo(a), Terapeuta Ocupacional, Trabajador(a) social, Técnico Paramédico.
Criterios de exclusion	- Persona y familia que no cumpla con los requisitos definidos en la Población Objetivo. - Persona con riesgo elevado de suicidio o heteroagresividad. - Persona que requiera contención física o farmacológica para su seguridad y del entorno que se brinda en UHCIP. - Persona que presente otra patología de salud que requiera atención y cuidado necesariamente en ambiente hospitalario.
Funciones principales	Actividades principales
Atención y cuidados intensivos.	Intervención en crisis. Evaluación inicial para construir o adecuar el Plan de Cuidados Integrales (PCI), considerando los recursos de apoyo social. Cuidados de enfermería (constantes vitales, dietas alimenticias, control de peso, higiene, toma de exámenes). Administración, supervisión y educación del uso de psicofármacos, y seguimientos farmacológicos diversos (H.T.A., diabetes, etc.). Promover el uso de los recursos personales y familiares para el cuidado y la adherencia al proceso de atención.
Desarrollo de estrategias de apoyo social	Identificar necesidades de apoyo a los familiares y grupo primario que actúan como cuidadores y vincularlos con los recursos de la comunidad. Identificar y vincular con recursos comunitarios e institucionales intersectoriales, relevantes según el Plan de Cuidados Integrales (PCI), favoreciendo el espacio local. Realizar acciones que favorezcan la permanencia de la persona en su entorno, evitando el desarriago y reduciendo la estigmatización.
Vinculación con la Red Temática de Salud Mental y la red general de salud.	Construir consensuadamente con la persona, familia o grupo primario de apoyo, un plan de acción que permita prevenir e intervenir oportunamente en eventuales crisis futuras, y conocer los nodos y puntos de atención de la red a los que corresponde vincularse para la continuidad de atención y cuidados. Efectuar acciones de articulación con el equipo de sector del Centro de Atención Primaria para mantener controles de salud al día, toma de muestras en el domicilio, entrega de fármacos, entre otros. Establecer acciones de articulación con los nodos y puntos de atención de especialidad de la Red Temática de Salud Mental para mantener información actualizada sobre las personas ingresadas en el programa y sus eventuales necesidades de atención.

Anexo N°8. Plan de Cuidado Integral, PCI

Está basado en el proceso de evaluación y diagnóstico integral que realiza el equipo tratante y se expresa a través del establecimiento de hipótesis diagnósticas (individuales, familiares y/o contextuales).

Las áreas de diagnóstico son: salud física y mental con su diagnóstico psiquiátrico específico, desarrollo psicoemocional, familiar considerando dinámica, estructura y otros relacionados, socialización, funcionalidad, área ocupacional - laboral y modulación de conductas transgresoras, e integración social.

Su formulación y elaboración se lleva a cabo en reunión clínica con la participación de todo el equipo a través del análisis de la condición de salud de la persona. Este plan debe ser consensado con la persona, su familia o red de apoyo, a su vez ser flexible con posibilidades de modificación y ser utilizado por todos los integrantes del equipo tratante.

La ejecución de este plan se lleva a cabo de acuerdo a las actividades identificadas como puede ser de tipo individual, familiar o con su entorno o red de apoyo y a nivel comunitario. El gestor terapéutico es el responsable de la coordinación de las acciones para el cumplimiento del PCI.

Por otra parte, se debe evaluar la ejecución de este plan de manera periódica (de acuerdo a estimación del equipo) y los resultados a corto, mediano y largo plazo, con posibilidad de modificar dicho plan, en el proceso evaluativo debe ser incorporada la persona, familia y/o red de apoyo.

Es relevante que en el PCI se busquen las mejores estrategias para incorporar activamente a la persona, su familia y red de apoyo en su elaboración, ejecución y evaluación como sujetos de atención.

En este plan deben identificarse y registrarse los objetivos terapéuticos deseados, las actividades y las estrategias definidas en los ámbitos individuales, familiares y comunitarios y el resultado de las evaluaciones periódicas que se realicen. Debe, además, estar registrado íntegramente en la ficha clínica de la persona tanto el plan de cuidado integral como cada una de las acciones realizadas.

Debe incluir la especificación de:

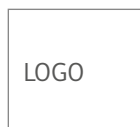
- Objetivos terapéuticos
- Estrategias de intervención y actividades a realizar
- Asignación de responsabilidades
- Plazos estimados
- Mecanismos y criterios de monitoreo del plan

Aspectos por considerar:

- Participación de todo el equipo tratante, con su gestor terapéutico asignado durante todo el desarrollo del PCI.
- Incorporar a la persona, familia y/o red de apoyo en todo momento (elaboración, ejecución, evaluación, modificación y otro).
- Tener disponible ficha clínica de la persona, con todos sus antecedentes, y hojas de evolución clínica disponibles para registro.
- Contar con talonarios de órdenes de atención, órdenes de exámenes, recetas, formularios de interconsultas, consentimientos, boletines y otros específicos.

- Disponibilidad de las evaluaciones realizadas.
- Contar con lugar adecuado para la realización de reuniones, revisiones periódicas y entrevistas.

Propuesta de formato:



MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD...

Unidad ...

PLAN DE CUIDADO INTEGRAL

Antecedentes Generales:

Nombre	
Fecha de Nacimiento	
Estado Civil	
Escolaridad	
Lugar de Procedencia	
Fuente de derivación	
Fecha de ingreso	
N° de ficha	
Domicilio	
Teléfono	

Antecedentes de su Red:

Cuenta con Familiar o Red de apoyo	SI:	NO:
¿Quién? Nombre Completo		
Rut		
Fecha de Nacimiento		
Estado Civil		
Escolaridad		
Domicilio		
Teléfono		
Tipo de relación o parentesco		

Genograma:

--

Antecedentes Médicos:**a. Salud Mental:**

Diagnóstico de ingreso: _____

Diagnóstico actual: _____

Tratamiento Farmacológico

Medicamento	Dosificación	Posología	Función

b. Salud Física – Somática:

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Otros: _____

Plan de intervención integral**Gestor Terapéutico:** _____

OBJETIVO TERAPEUTICO	ACTIVIDAD	A QUIEN VA DIRIGIDO	QUIEN LO REALIZA	PLAZOS	CUMPLIMIENTO

Monitoreo del proceso:

Fecha de Elaboración:	
Fecha de presentación en reunión clínica:	
Fecha de presentación a la persona:	
Fecha de presentación a la familia y/o red de apoyo:	
Fecha 1ºrevisión por equipo:	
Fecha 2º revisión por equipo:	
Fecha 3º revisión por equipo:	

 Firma de la persona

 Firma del familiar y/o red de apoyo

 Firma gestor terapéutico
Registro de modificaciones:

Fecha	Modificación	Página	Aprobado por:	Firma Responsable

Anexo N°9. Pauta de cotejo para supervisar cumplimiento de derivación asistida

Nombre persona derivada	
Nombre del equipo que realiza derivación y persona que la realiza	
Nombre del equipo que recepciona derivación y persona que la realiza	
Fecha de aplicación pauta de cotejo	

Aspectos evaluados	SÍ	NO
Equipo derivador informa a persona, familia y/o red de apoyo sobre proceso de derivación asistida y queda registro en ficha clínica.		
El informe de derivación incluye Identificación de la persona: nombre, Rut, edad, dirección, teléfono, centro de APS, identificación de la red de apoyo.		
El informe de derivación incluye diagnóstico integral, resultados de las intervenciones realizadas, plan de continuidad del cuidado y la atención, para el nodo o punto de atención al cual es referida la persona.		
Se realiza una vinculación y coordinación formal y efectiva con el nodo o punto de atención, al cual se deriva por medio de contacto telefónico, correos electrónicos y presenciales para presentar antecedentes.		
Se realizan reuniones entre equipos, para asegurar la continuidad de cuidados y atención de la persona referida.		
Los espacios de intercambio de información son formales y de mutuo acuerdo respecto a fechas y horario.		
Se desarrollan estrategias de intervención conjunta, que faciliten una continuidad de cuidados, considerando todos aquellos aspectos bio-médicos, sociales, familiares, y conductuales-afectivos de la persona usuaria.		
Equipo que recibirá a la persona referida informa sobre hora de ingreso e información sobre acceso a nodo o punto de atención y documentación requerida al equipo derivador.		
Equipo que recibirá a la persona referida informa sobre hora de ingreso e información sobre acceso a nodo o punto de atención a persona, familia y/o red apoyo.		
Se realiza acompañamiento progresivo a las personas que lo requieran.		
Se cumplen criterios de egreso definidos y conocidos por la red.		
Se cumplen criterios de ingreso definidos y conocidos por la red.		
Entre ambos equipos coordinan el seguimiento de la persona para asegurar la continuidad de su cuidado y atención en el sistema de red integrado.		
En caso de no estar asegurada la continuidad de la atención en el otro nodo o punto de atención, se realizan acciones en el tiempo estimado para que no se produzca una discontinuidad, debiendo quedar establecido en la ficha clínica.		



APRUEBA MODELO DE GESTIÓN: CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

EXENTA N° 323

SANTIAGO, 07 MAR 2018

VISTO: estos antecedentes; lo dispuesto en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el D.F.L. N° 725, de 1967, Código Sanitario; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de dicha Secretaría de Estado; ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, ley N° 20.422, establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, la convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo promulgado por decreto N° 201 de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores; la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, promulgado por decreto N° 808 de 1988, del Ministerio de Relaciones Exteriores, en la Resolución N° 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la República; y

CONSIDERANDO:

1.- Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma.

2.- Que, con la implementación de los Planes de Salud Mental de 1993 y 2000, se generaron avances significativos en salud mental en el área de la salud pública, los que se plasmaron en hechos concretos, tales como el fortalecimiento de la atención en unidades de psiquiatría dentro de hospitales generales a lo largo de todo el país, y la simultánea potenciación de la atención ambulatoria de las personas con enfermedad mental con la puesta en marcha de "Centros Comunitarios de Salud Mental" y "Hospitales de Día".

3.- Que, el despliegue de los centros de salud mental ha sido insuficiente en cantidad (91 centros, al año 2016) para dar una respuesta satisfactoria a la población en cuanto al acceso, oportunidad y calidad de la atención. Esto ha significado, por una parte, que la población se atienda en centros no vinculados a la comunidad (CDT, CAE, CRS, Policlínicos de Especialidades), y por otra, una sobredemanda dirigida a los Centros ya existentes, especialmente alta, de población infanto-adolescente que requiere de atención.

4.- Que, ante esta situación, se requiere desarrollar un modelo de gestión que organice la atención y estandarice el funcionamiento de los Centros de Salud Mental Comunitaria, bajo los ejes y principios del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, el que tiene por centro responder a las necesidades de salud mental de las personas, familias y comunidades, sin dejar de considerar las realidades territoriales, las variables culturales, étnicas y de género, en coherencia con el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental como parte de la red de salud general.

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