

A large, faint, light blue graphic of a tree with many hands as leaves and butterflies as birds, serving as a background for the title.

PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL 2017 -2025

**MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
2017**



INDICE

PRESENTACIÓN.....	7
I.- INTRODUCCIÓN	9
II. ANTECEDENTES	8
III. MARCO CONCEPTUAL	29
IV. PROPOSITO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL	38
V. VALORES Y PRINCIPIOS.....	38
VI. LINEAS DE ACCIÓN	41
1) LINEA DE ACCIÓN: REGULACIÓN Y DERECHOS HUMANOS	43
2) LÍNEA PROVISIÓN DE SERVICIOS	55
3) LÍNEA FINANCIACIÓN	85
4) LINEA GESTIÓN DE LA CALIDAD, SISTEMAS DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN	99
5) LINEA RECURSOS HUMANOS Y FORMACIÓN.....	116
6) LINEA PARTICIPACIÓN	130
7) LINEA INTERSECTORIALIDAD.....	144
VII. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN.....	167
VIII. AUTORES Y COLABORADORES	173
IX. ANEXOS	203
Anexo N° 1: Atributos de la Red Temática de Salud Mental.....	203
Anexo N° 2: Financiación y Medios de Pago de Salud en el Mundo y Financiamiento del Sector Público de Salud en Chile	205
Anexo N° 3: ¿Qué se entiende por participación social?	208
Anexo N° 4: Temáticas vinculadas al ámbito de la salud mental que es necesario abordar intersectorialmente.....	212
X. REFERENCIAS	220



NO HAY SALUD SIN SALUD MENTAL

PRESENTACION

El presente documento recoge los principales desafíos que, como sector tenemos para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la población que habita en el territorio nacional. Desafíos que surgen de un análisis detallado de la situación actual de la salud mental en nuestro país y que contempla tanto la situación epidemiológica como legislativa, intersectorial, financiera, así como la realidad de la red asistencial y de los recursos humanos del sector público de salud que trabajan en salud mental.

El proceso para elaborar este nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría ha sido ampliamente participativo, convocando no sólo a profesionales y técnicos de la salud mental del sector público de salud, sino también a representantes de la Academia, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Organizaciones No Gubernamentales, otros sectores del Estado y por supuesto a Organizaciones de Usuarios y de Familiares de Usuarios de Salud Mental.

Este nuevo Plan propone objetivos estratégicos y metas a cumplir entre los años 2017 y 2025 en siete líneas de acción complementarias y sinérgicas entre sí, en las áreas de Regulación y Derechos Humanos, Provisión de Servicios de Salud Mental, Financiación, Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación, Recursos Humanos y Formación, Participación e Intersectorialidad.

Sin duda el cumplir con estos objetivos y metas propuestas implica un gran desafío para el sector público de salud y para todos y cada uno de quienes día a día aportan con su trabajo a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas en nuestro país. Pero también representan un compromiso de seguir avanzando en el cuidado y protección de la salud mental de la población y de la atención de las personas con enfermedades mentales y/o con discapacidad de causa mental.

La tarea ahora es elaborar conjuntamente entre todos los niveles del sistema de salud, involucrando a otros sectores del Estado y a la sociedad civil, planes anuales de implementación con enfoque territorial para cumplir las metas propuestas y así aportar a mejorar la salud mental de nuestra población.

DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD
SANTIAGO, OCTUBRE 2017



I.- INTRODUCCION

“La verdadera riqueza de una nación está en su gente”

Primer Informe de Desarrollo Humano. PNUD, 1990.

“(…) Los recursos económicos, aunque importantes, con seguridad no son lo único que importa para la calidad de vida de una persona. Son relevantes también los sentimientos de la gente, su estado de salud y sus capacidades, la calidad de sus actividades diarias en el trabajo y traslados, las condiciones de vivienda y de su entorno local, su participación en la vida política y la capacidad de respuesta de las instituciones públicas a sus demandas, sus conexiones sociales y los riesgos (tanto personales como económicos) que conforman su sensación de seguridad (...).”

Mejores políticas para el desarrollo. Perspectivas OCDE sobre Chile, 2011.

En los últimos años, a nivel mundial se han producido cambios profundos en la forma de entender la salud mental y los trastornos mentales, tanto en la organización y gestión de los servicios como también en la investigación, en la orientación formativa, en la integración de saberes populares y medicinas complementarias, entre otros.

El marco normativo del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, estableció un modelo basado en una atención inserta en la comunidad que permitiera la inclusión social de usuarios y usuarias, donde se respetaran sus derechos y el de sus familias, y que entregara de modo eficiente y sostenido una respuesta como Estado de Chile a todos los ciudadanos y ciudadanas que sufren enfermedades mentales.

Nuestro país ha logrado importantes avances en la incorporación de políticas de salud mental en la agenda pública y en la implementación del Plan, extendiendo una amplia red de servicios integrada a la red general de salud, aun cuando persisten significativas brechas e inconsistencias en su aplicación.

Pese a los avances registrados en la pesquisa, acceso y calidad de los servicios de salud mental, la población chilena mantiene altas prevalencias de trastornos ansiosos, abuso y dependencia de sustancias, y depresión. Por su parte, las tasas de suicidio han descendido después de un ascenso preocupante, pero se mantienen en un número elevado y las licencias médicas por trastornos mentales ocupan el primer lugar como causa de reposo médico.

Es preciso entonces considerar que el problema trasciende las buenas políticas emanadas desde la autoridad sanitaria, el esfuerzo de los equipos de salud, así como de los diversos grupos,

organismos no gubernamentales y organizaciones sociales ligados al proceso de transformaciones en la gestión de los problemas y trastornos mentales. El problema es más complejo y se relaciona con lo que la OMS ha definido como los determinantes sociales de la salud.

Nuestro país está en un proceso de transición demográfica y en el grupo de países con mayores índices de desigualdad del mundo. En la medida que los países avanzan hacia el desarrollo, en el actual sistema se profundiza la distancia entre pobres y ricos, siendo los habitantes de estratos socioeconómicos bajos quienes presentan mayores tasas de trastornos mentales y mayor severidad de los mismos¹. Se trastocan los valores, se tensionan las relaciones entre clases, grupos y personas, siendo la desigualdad social uno de los fenómenos que mayormente produce trastornos y afecta la conducta de muchas personas. La desigualdad afecta principalmente la salud mental de los niños y niñas², quienes ostentan las mayores cifras de pobreza y tienen menos acceso a atención especializada.

La desigualdad se manifiesta también en el acceso a los servicios de salud mental. En su estudio de 2006, Araya y cols.³ concluyen que “las reformas de salud que han alentado el crecimiento del sector de la salud privada en Chile también han aumentado la segmentación de riesgos dentro del Sistema de Salud, lo que acentúa las desigualdades en la prestación de asistencia sanitaria”. Por otro lado, hay desigualdad de acceso para las personas residentes en localidades apartadas y quienes habitan en las grandes urbes.

Aun cuando Chile cuenta hoy con planes y programas de salud mental, éstos se deben actualizar y articular en una práctica de políticas públicas coherentes, de calidad y de aplicación universal, con respeto de los derechos ciudadanos. Es imperativo profundizar el modelo comunitario de salud mental, cerrando las brechas existentes, resolviendo las incoherencias y necesidades insatisfechas, alcanzando los estándares de calidad requeridos.

El gasto público en salud de nuestro país es muy bajo en relación a los países desarrollados y en salud mental llega sólo al 2,4% del gasto total en salud, muy lejos de la recomendación mínima de la OMS. Esto reduce la cobertura y obliga a desarrollar tareas principalmente curativas, genera gastos de bolsillo a las personas, aumenta la automedicación de psicofármacos y sobrecarga a los equipos de salud primaria y especializada, entre otras consecuencias.

Chile ratificó la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) el año 2008, lo cual instala nuevos desafíos en las políticas y normativas relativas al respeto de derechos de las personas con discapacidad mental. Del mismo modo, Chile adhiere a los Planes de Acción en Salud Mental de la OMS/OPS, los cuales relevan la importancia de la armonización de la Legislación,

Políticas y Planes de Salud Mental a los estándares de Derechos Humanos. Pese a ello, es uno de los pocos países de América que no han actualizado sus políticas y planes de salud mental en los últimos años, y también es parte del 40% de países del mundo que no tiene Ley de Salud Mental.

Finalmente, asistimos a una preocupante discordancia entre el ideal de la gestión basada en el modelo comunitario de salud mental y las exigencias de una gestión basada en gran medida en el cumplimiento de metas cuantitativas en todos los niveles de complejidad que no necesariamente corresponden a las necesidades de la población. Esto distrae la atención de las autoridades locales, desplaza las acciones de promoción y prevención, y limita la participación efectiva de la comunidad en las acciones de salud.

En virtud de la dinámica social, política y económica del país, y tras 16 años de aplicación, se hace imprescindible formular participativamente un nuevo Plan Nacional de Salud Mental, en un proceso objetivo, crítico, creativo y participativo.



II. ANTECEDENTES

Las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) han aportado al conocimiento sobre la percepción del estado de salud que tiene la población en Chile, y sobre la presencia de factores determinantes de la salud, como algunos factores asociados a estilos de vida, a las redes y apoyo social, y a las condiciones de los diversos entornos en que los individuos y las familias se desenvuelven y que influyen en su nivel de salud y por ende en su calidad de vida.

En la segunda ENCAVI⁴, la mayoría de los encuestados declaró sentirse bien (52,2%) o muy bien (12,4%) en relación con su bienestar mental o emocional, al igual que con la relación de pareja donde el 55,3% declaró sentirse bien y el 25,7% muy bien. En relación con la vida familiar, el 57,6% respondió sentirse bien y el 25,7% muy bien; y sobre su satisfacción con la vida en general el 73,6% respondió bien (60,0%) o muy bien (13,6%).

En relación con la percepción sobre el uso de redes de apoyo social, el 51,2% de los entrevistados declaró contar “siempre” con alguna persona en quien confiar, pedir ayuda o consejos. En cuanto a la autopercepción sobre los estilos de vida (la forma de relacionarse, trabajar, recrearse, alimentarse, etc.), el 58,6% consideró que era “bueno”, mientras que el 24,5% lo consideró “regular”⁴.

Por otra parte, los problemas y trastornos mentales constituyen en Chile la principal fuente de carga de enfermedad. Según el último Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible⁵ realizado en nuestro país, un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA)ⁱ están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas. Para los niños y niñas entre 1 y 9 años un 30,3% de los AVISA se deben a estas condiciones, proporción que se incrementa a un 38,3% entre los 10 a 19 años.

En las mujeres, los trastornos depresivos unipolares y los trastornos ansiosos se encuentran entre las primeras cinco causas de AVISA. En los hombres, los trastornos por consumo de alcohol juegan un rol preponderante, junto a los accidentes y violencia externa. Cuando se consideran los factores de riesgo que subyacen a las diversas enfermedades para ambos sexos, el consumo de alcohol alcanza el 12% de la atribución de peso más determinante de la carga de enfermedad, duplicando el peso de la hipertensión arterial y al sobrepeso. Por otra parte, las mujeres víctimas

ⁱ Años de Vida Perdidos para la Salud (AVISA) es un indicador compuesto, que utiliza indicadores epidemiológicos, como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente calidad de vida). Los AVISA para una causa específica, corresponden a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM), por esa causa específica, más los años de vida vividos con discapacidad (AVD), para los casos incidentes, de la misma causa específica: AVISA = AVPM + AVD. A través de los AVISA se mide la pérdida de salud que se produce a raíz de la enfermedad, discapacidad o muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (años). Esta característica permite identificar los problemas de salud prioritarios, a través de un indicador sintético que cuantifica el impacto de cada una de estas condiciones

de violencia por parte de sus parejas o ex parejas, tienen casi el doble de probabilidades de presentar trastorno depresivo unipolar o trastornos por consumo de alcohol en comparación con las mujeres no víctimas de violencia⁶.

Alrededor del 30% de las mujeres embarazadas sufre síntomas de depresión y/o ansiedad. Si se consideran únicamente los trastornos depresivos, la prevalencia de depresión en este período es cercana al 10%⁷. Estudios nacionales y extranjeros señalan que la depresión y la angustia durante el embarazo, y los antecedentes depresivos previos serían los factores de riesgo más importantes para la depresión post parto. Asimismo, se han relevado los factores que implican un mayor estrés psicosocial y cuya presencia condicionarían un mayor riesgo de depresión post parto, entre ellos, la disconformidad respecto del propio cuerpo con posterioridad al parto, un alto nivel de sobrecarga relacionada con el cuidado del bebé, los antecedentes de violencia intrafamiliar, una pobre relación interpersonal con la pareja o con el padre del recién nacido y el nivel socioeconómico. La depresión durante la gestación y el periodo post parto, está asociada con problemas en los niños y niñas en distintos aspectos del desarrollo, tales como dificultades en el desarrollo del lenguaje, psicomotricidad, cognición, apego, aspectos emocionales, funcionamiento interpersonal, problemas conductuales, anomalías en el electroencefalograma, de malnutrición y neuroendocrinas^{8,9,10,11,12,13,14}.

El estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infantil chilena, realizado por De la Barra y Cols.,¹⁵ ha encontrado una mayor prevalencia de trastornos afectivos en niños y niñas con historia de abuso sexual, psicopatología familiar, vivir con un solo progenitor o con otras personas en comparación con el grupo sin estos antecedentes. Así mismo, el maltrato, los antecedentes de abuso sexual, vivir con un solo padre o con otras personas, aumentaron el riesgo de padecer trastornos disruptivos. Vivir bajo la línea de la pobreza y la deserción escolar se relacionaron con mayor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias. El grupo de 4 a 11 años presentó mayor prevalencia de cualquier trastorno mental en comparación con el grupo de 12 a 18 años (27.8% versus 16.5%), determinado principalmente por el Trastorno por Déficit atencional/hiperactividad, el cual presenta una prevalencia de 15.5% en este grupo etario.

Por otra parte, el 69.1% de niños, niñas y adolescentes bajo sistema de protección de derechos presenta al menos un trastorno mental (45,3% riesgo de suicidio, 40% dependencia de drogas, 25.7% trastornos de conducta disocial y 23.5% trastorno negativista desafiante), existiendo una brecha asistencial de 88,9% para ellos¹⁶. El 86.3% de los adolescentes entre 14 y 17 años que se encuentran en centros privativos de libertad por la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente presentan algún trastorno mental, de los cuales el 75,5% corresponde a consumo de sustancias, el 37,8% trastornos disruptivos y 25,4% déficit atencional; 67,7% con comorbilidad psiquiátrica¹⁷.

En el caso de las personas adultas privadas de libertad, el año 2007 se realizó un “Estudio de Evaluación de la Población de Imputados y Condenados con Problemas y Trastornos mentales”, en el cual se indica que la prevalencia de trastornos mentales en las personas imputadas es de 34.1% y de 23,6% en quienes se encuentran cumpliendo condena. De las personas adultas recluidas en recintos carcelarios los trastornos más frecuentes son los derivados del consumo de sustancias (12,2%), seguidos por los trastornos de ansiedad (8,3%) y afectivos (8,1%)¹⁸.

Según el Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle¹⁹, realizado en el año 2011, el 16.6% de las personas encuestadas declararon tener una dificultad psiquiátrica, mental o intelectual de carácter permanente.

Los problemas y trastornos mentales afectan en mayor medida a las personas con menor nivel educacional²⁰, a los más jóvenes²¹ y a las mujeres²²; asimismo, impactan de manera particular a personas de pueblos originarios²³ y se ha constatado que empiezan tempranamente en la vida: entre los niños y niñas de 4 a 11 años, un 27,8% presenta alguno de estos trastornos²⁴.

La pobreza infantil es un factor de riesgo para enfermedades mentales a lo largo de la vida²⁵ y en Chile la pobreza infantil en el grupo comprendido entre los 0 y 18 años alcanza al 22,4%, en comparación con el 12.7% de las personas entre los 18 y 59 años²⁶.

La adolescencia es otro momento crítico donde se establecen los cimientos del desarrollo físico, cognitivo, emocional y social. El ajuste al mundo adulto, dado por los cambios corporales y cognitivos, implica desafíos en el nivel emocional y social para la persona. Estas tareas se vivirán de distinto modo dependiendo del acervo acumulado en las etapas anteriores, así como de los recursos sociales, las normas culturales y las expectativas. Es una de las etapas más vulnerables 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, mala nutrición y actividad sexual sin protección²⁷.

Un estudio realizado por UNICEF²⁸ mostró que el 71% de la población adolescente, 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. Según De la Barra y cols.¹⁵, entre el grupo de adolescentes de 12 a 18 años la prevalencia de cualquier trastorno llega a 16,5%, siendo los más frecuentes los trastornos disruptivos (8%), los trastornos ansiosos (7,4%) y los trastornos depresivos (7%).

La última Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública realizada el año 2013, revela que 3 de cada 4 niños, niñas y adolescentes declara haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su padre, madre o cuidador/a. Asimismo, indica que el 31,9% de las mujeres chilenas entre 15 y 59 años que han tenido alguna relación de convivencia ha sufrido violencia intrafamiliar; de éstas, 30,7% sufrieron violencia psicológica, 15,7% violencia física y 6,3% violencia sexual²⁹.

Si bien el suicidio no es una enfermedad mental, uno de sus principales factores de riesgo es la presencia de un trastorno mental³⁰. Las tasas de suicidio en Chile³¹ han fluctuado de modo importante desde el año 2000, cuando desde una tasa ajustada de 9,75 por 100.000 hab. subió hasta 12,36 el año 2008, para descender posteriormente en forma progresiva llegando a 9,32 por 100.000 hab. el año 2014. La tasa de suicidios en el grupo de adolescentes entre 10 a 14 años, aumentó de 0,96 el año 2000 a 2,15 por 100.000 hab. el año 2008. Del mismo modo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de suicidio aumentó de 8,6 a 12,9 por 100.000 hab. en el mismo periodo, posteriormente han descendido gradualmente hasta 1,71 y 8,17 al año 2014 en los respectivos grupos etarios.

El Estudio Comparado de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile, muestra que el 25,5% de los suicidios en población indígena ocurre en jóvenes menores de 20 años, proporción superior a la observada en la población no indígena; además, en esta población, los suicidios se producen a edades más tempranas que en la población no indígena. De hecho el suicidio es la causa de 2 de cada 10 muertes en jóvenes indígenas de 10-24 años, segmento etario donde constituye la primera causa de defunciones³².

En la adolescencia frecuentemente comienza la exploración de drogas lícitas e ilícitas. En relación al consumo de alcohol, en población escolar chilena se observan tasas de consumo del último mes de 35,6% en hombres y 35,7% en mujeres. Entre los que consumen, sobre el 60% reportó haber bebido 5 o más tragos por vez³³. El 37% de los escolares ha consumido marihuana alguna vez en la vida y casi el 19% en el último mes. Este indicador ha mostrado una tendencia sostenida al alza desde el año 2005³⁴. El consumo de cocaína y pasta base en escolares ha mostrado tendencias estables desde 2001, llegando a una prevalencia de vida de 6% y 4% respectivamente y de último mes de 1.6% y 1.1%.

En la adultez, las exposiciones a factores de riesgo en etapas previas y a inequidades en salud, frecuentemente se expresan en forma de deterioro de la condición de salud física y/o mental. En promedio, las personas adultas pasan la mitad del tiempo que están despiertas en el trabajo, razón por la cual las condiciones laborales no son neutras, sino que tienen un importante impacto sobre la vida de las personas. En la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida,

los principales síntomas o problemas de salud declarados por los trabajadores y trabajadoras se refieren al ámbito de la salud mental, destacando la sensación continua de cansancio con un 30,3% y el haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses con un 21%³⁵. Estas cifras presentan variaciones importantes según el género, tipo de ocupación y nivel ocupacional, siendo las más afectadas las mujeres que laboran en el servicio doméstico, en ocupaciones familiares no remuneradas, en empleos informales y trabajadoras del sector público. Por otra parte, trabajadores de ambos sexos que están en desempleo tienen un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos.

Las licencias médicas por enfermedad mental ocupan, desde el año 2008, el primer lugar entre las causas de licencia médica. De acuerdo a FONASA, las licencias por salud mental dan cuenta del 27% de los días totales de licencias autorizados y del 30% del gasto total de las licencias médicas. En el sistema ISAPRE, entre 2009 y 2014 se autorizó en promedio el 46,7% de días sobre el total de días solicitados por licencia médica por salud mental, mientras que para las licencias por enfermedades no mentales, se autorizó en promedio 80,5% de los días solicitados. En el sistema ISAPRE las licencias de salud mental dan cuenta del 21,2% del total del costo de las licencias³⁶.

Entre los trabajadores con contrato formal y seguridad social, las enfermedades mentales causadas directamente por factores del trabajo ocuparon el primer lugar de las enfermedades profesionales reconocidas bajo el régimen de la ley 16.744, en el año 2016³⁷. La Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida identifica algunos factores psicosociales del trabajo que pueden influir en este resultado: situaciones de acoso laboral, altos niveles de exigencia con bajos niveles de autonomía, alta precariedad laboral³⁵. También identifica al apoyo social en el trabajo como un factor protector para la salud mental.

El Estudio de Epidemiología Psiquiátrica de Vicente y cols. 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 meses³⁸. La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010³⁹, mostró una prevalencia de síntomas depresivos de último año de 17,2% en población general, significativamente mayor en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%), así como en el nivel educacional más bajo (20,8%).

La acumulación de exposiciones a factores protectores, de riesgo y ambientales durante el curso de vida, influirá en las condiciones del envejecimiento. El fin de la etapa laboral supone un cambio importante en la vida de las personas. Sin embargo, este cambio en Chile es bastante gradual. El Estudio Nacional de la Dependencia de las Personas Mayores (2009)⁴⁰ mostró que la participación en el mercado laboral de las personas mayores se mantiene ampliamente hasta los 69 años. En

el intervalo desde los 60 a los 69 años el 76% se encuentra ocupado, disminuyendo a 21,7% entre 70 a 79 años llegando a tan solo el 2,3% en el grupo mayor de 80 años.

El deterioro cognitivo y las demencias van aumentando su presencia a medida que aumenta la edad. Se estima que actualmente en Chile el 1,06% de la población total del país presenta algún tipo de demencia. El 7,1% de las personas de 60 años y más (7,7% en mujeres y 5,9% en hombres) presenta deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 años muestra un aumento exponencial, alcanzando 13% en las personas entre 75 -79 años y 36,2% en los mayores de 85 años⁴⁰. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, el 10,4% de personas mayores de 60 años presenta deterioro cognitivo, sin diferencias significativas por sexo, evidenciando también una importante progresión a mayor edad y una prevalencia que es casi 6 veces mayor en personas con bajo nivel educacional comparadas con aquellas con nivel de educación alto y medio³⁹.

En relación a los trastornos mentales en personas mayores, las personas sobre 65 años tienen una prevalencia 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%)³⁸. La Encuesta Nacional de Salud³⁹ por su parte 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%). En cuanto al suicidio, las personas mayores presentan las más altas tasas de suicidio, las que han fluctuado en rangos de 15,1% a 18,5% por 100.000 habitantes entre los años 2000 y 2012, descendiendo posteriormente hasta 15,7% el año 2013. El suicidio es casi 10 veces más frecuente en hombres que en mujeres mayores.

El Primer Estudio Nacional de la Discapacidad⁴¹, establece que en Chile hay 348.057 personas en situación de discapacidad mental, correspondiente a un 2,2% de la población. Así también, este estudio muestra que la discapacidad es 4 veces más frecuente en la adultez que en la infancia 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. Por su parte, el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad⁴² mostró que el 20% de la población adulta se encuentra en situación de discapacidad y un 64,4% de éstas son mujeres. Del total de personas adultas en situación de discapacidad el 5,4% presenta Dificultad Mental o Intelectual como condición permanente y/o de larga duración, mientras que el 4,1 presenta alguna dificultad psiquiátrica. Además, el 59% de las personas en situación de discapacidad declararon tener un trastorno mental y del comportamientoⁱⁱ, de acuerdo a las definiciones de la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

ⁱⁱ No significa que su situación de discapacidad sea causada por el trastorno mental y del comportamiento

La interacción con el medio social es un elemento relevante en la generación de discapacidad en las personas. La situación de pobreza se transforma en un factor adicional de vulnerabilidad que incrementa el riesgo de exclusión social tanto de las personas que tienen Discapacidad Mental, como de sus familias. Además, cuando estas personas y sus familias, no cuentan con acceso garantizado a los servicios pertinentes y tampoco cuentan con los dispositivos de apoyo social requeridos, participan de un círculo vicioso de doble exclusión que empobrece a la persona y a su grupo familiar.

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”⁴³ es la base para que todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad mental, puedan gozar de un nivel de salud que les permita desarrollarse en sociedad y experimentar bienestar, favoreciendo su calidad de vida y la de los demás. Así mismo, “la salud mental (...) es necesaria para los derechos humanos, porque su deterioro hace más difícil que las personas ejerzan plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales”⁴⁴.

Sin embargo, la posibilidad de las personas con enfermedades mentales de proveerse sustento mediante el trabajo e, incluso, sistemas de protección social, son menores, en comparación con personas sin enfermedad mental⁴⁵. Entre las personas con trastornos mentales severos, la cesantía es aproximadamente 6 a 7 veces mayor que entre las personas sin trastornos mentales. Los estudios muestran un alto grado de estigmatización y discriminación de las personas con esquizofrenia para acceder al mundo laboral, donde cerca de un 75% de los empleadores señalan tener dificultades para contratar a personas con esquizofrenia⁴². Además, ellas por lo general no reciben ayuda para conseguir empleo por parte de distintos agentes sociales.

Esta realidad de la salud mental ha demandado el desarrollo de estrategias de salud pública por parte del Estado, traducidas en la formulación e implementación de dos planes nacionales de salud mental y psiquiatría. El primero de ellos formulado en 1993 planteó como estrategias específicas⁴⁶:

- La integración de contenidos de salud mental en todos los programas de salud y la formulación de un Programa de Salud Mental integrado para los 3 niveles de atención.
- La incorporación en la estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud, de un soporte organizacional que permitiese la adecuada implementación del Plan, constituido por Unidades de Salud Mental tanto a nivel central como en los Servicios de Salud, además de un Consejo Técnico de Salud Mental y un Consejo Intersectorial de Salud Mental en cada

uno de estos Servicios.

- El desarrollo de la atención de salud mental en la Atención Primaria de Salud.
- La capacitación continua de los equipos de salud en temas y contenidos de salud mental, así como la protección de la salud mental de los trabajadores y trabajadoras de la salud.
- La generación de propuestas legales tendientes a proteger los derechos de las personas afectadas por problemas y trastornos mentales.

Este primer Plan facilitó la introducción de prácticas innovadoras que sirvieron de base para formular el segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría⁴⁷, en el cual se explicitó la necesidad de implementar un modelo basado en una atención inserta en la comunidad, que permitiera la integración social de los usuarios y usuarias, y que respetara sus derechos y el de sus familias, junto con entregar de modo eficiente y sostenido una respuesta como Estado de Chile a todos los ciudadanos/as que sufren enfermedades mentales. Entre sus ejes principales incluyó:

- La incorporación de la atención de problemas y trastornos mentales en atención primaria y el aumento de la capacidad resolutoria de ésta, a través de la consultoría de salud mental.
- La diversificación de la oferta de servicios impulsando la creación de Hospitales Diurnos, Centros Diurnos, Hogares Protegidos, Clubes Sociales, Talleres Laborales y Talleres Ocupacionales Protegidos, entre otros.
- La desinstitucionalización de personas desde los hospitales psiquiátricos.
- La ampliación y fortalecimiento de la hospitalización de corta estadía en hospitales generales.
- El desarrollo de centros de salud mental comunitaria.
- El refuerzo de la participación de familiares y usuarios y usuarias.

Transcurridos 15 años desde la formulación del segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, se ha logrado desarrollar una amplia red de servicios de salud mental integrada a la red de salud general, y se ha aumentado considerablemente el número de personas con problemas o trastornos mentales que acceden a la atención; sin embargo, el desarrollo no ha sido homogéneo a lo largo del país, constatándose importantes brechas e inconsistencias tanto en la oferta de servicios como en la coherencia de éstos con el modelo propuesto.

En lo referente a la formulación del Plan, las áreas más deficitarias son las de legislación y Derechos Humanos, Recursos Humanos y capacitación, medicamentos esenciales, sistema de información e investigación y evaluación, con la consiguiente escasa implementación de acciones en estas áreas. Junto a Recursos Humanos, el área de intersectorialidad muestra un bajo nivel de implementación a pesar de estar bastante bien incorporada en la formulación del Plan⁴⁸. Esto refleja la escasa coordinación intersectorial en las políticas públicas en dicho periodo. Sólo en los últimos años se ha instalado un ambiente más receptivo y fértil para la articulación intersectorial de las políticas.

Posteriormente, el Ministerio de Salud a través del Departamento de Salud Mental, llevó a cabo 2 estudios diagnósticos del “Sistema de Salud Mental de Chile”, utilizando los “Instrumentos de Evaluación de Salud Mental”ⁱⁱⁱ. Aunque esta metodología no es estrictamente de evaluación de Planes Nacionales de Salud Mental, la información obtenida en ambos estudios permite monitorear el progreso en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría iniciada en el año 2000⁴⁹.

Para el primero de estos estudios⁵⁰ la información fue recogida durante el año 2005 en base a datos del año 2004, mientras que el segundo estudio del Sistema de Salud Mental en Chile⁵¹ se realizó el año 2013 con información existente al año 2012 y se planteó como uno de sus objetivos, comparar la información recolectada con aquella obtenida en el estudio anterior. Entre los principales resultados cabe mencionar los siguientes:

- El porcentaje del presupuesto total del sistema público de salud destinado a salud mental se mantuvo estable (2,14% el año 2004, 3,1 el año 2008 y 2,16% el año 2012), aún por debajo del 5% establecido como meta en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.
- Se mantiene la falta de una legislación específica sobre salud mental, aun cuando varias leyes recientes incluyen disposiciones que conciernen a personas con discapacidad mental, se mantienen falencias importantes en la protección de los derechos de las personas con enfermedad o discapacidad mental. Por ejemplo, no se les reconoce el derecho a la capacidad jurídica, pueden ser declarados/as interdictos/as, no se les asegura el derecho a dar consentimiento para procedimientos irreversibles, se permite la hospitalización involuntaria sin la existencia de una autoridad independiente que las fiscalice.

ⁱⁱⁱ Herramienta generada por la OMS conocida más frecuentemente por su sigla en inglés WHO- AIMS, que define indicadores de evaluación en 6 áreas: política y marco legislativo; servicios de salud mental; salud mental en APS; recursos humanos; educación de la población y trabajo con otros sectores; monitoreo e investigación.

- A pesar de que los dispositivos con oferta de salud mental (de atención primaria, especialidad abierta y cerrada, dispositivos de rehabilitación y de apoyo residencial) existentes en el sector público casi se triplicaron en los últimos 8 años (de 759 en el 2004 a 2022 en el 2012), y que en el período 2005 a 2013 la población bajo control por problemas de salud mental en atención primaria y especialidad se expandió de 269.909 a 730.584 personas, el tiempo de espera para la primera consulta psiquiátrica aumentó en el periodo 2004 -2012 (de 24 a 35 días en el caso de los COSAM y de 38 a 55 días en el caso de Unidades de Psiquiatría Ambulatorias -CRS, CDT, CAE). Tampoco aumentó la tasa de personas en tratamiento especializado (en el año 2004, la tasa por 100.00 habitantes de personas tratadas en Centros Ambulatorios de Salud Mental fue 1.633, mientras que la del año 2012 fue 1.573). En cambio se registra un importante aumento en el promedio de atenciones por persona al año (5,5 a 9,8 en los COSAM y de 4,4 a 6,2 en las Unidades de Psiquiatría Ambulatoria, UPA). En cuanto a las intervenciones psicosociales, éstas aumentaron de 67,4% a 84% en los COSAM y disminuyeron de 51,6% a 37,1% en las Unidades de Psiquiatría Ambulatoria.
- El aumento de oferta ha sido principalmente en base al incremento (casi 4 veces) de centros de Atención Primaria de Salud (APS) con oferta de salud mental, en cambio los dispositivos de especialidad ambulatoria aumentaron en un 40%, en base a centros de salud mental comunitaria. Datos preliminares del año 2016 dan cuenta de una población bajo control por problemas de salud mental de 666.202 en atención primaria y de 146.643 en especialidad, totalizando 812.845 personas³¹.
- Los indicadores muestran que entre los años 2004 y 2012, las personas que se atienden en los Centros de Salud Mental Comunitaria tienen menos días de espera, reciben más atenciones por año y más intervenciones psicosociales. A su vez, estos Centros realizan más atenciones a las personas fuera de los establecimientos, todo ello en comparación con las Unidades de Psiquiatría Ambulatoria instaladas en Hospitales, que inmersas en la institucionalidad del hospital, tienen una lógica de funcionamiento menos coherente con el Modelo Comunitario.
- En relación al número de camas en los hospitales psiquiátricos, se mantiene la tendencia a la disminución, principalmente en las camas de larga estadía (de 781 en el 2004 a 441 en el 2012). Paralelamente ha aumentado en estos hospitales, el número de camas destinadas a psiquiatría forense (de 86 el año 2004 a 209 el año 2012).
- Las camas de corta estadía han aumentado de 773 a 863, especialmente en hospitales generales y en base a camas destinadas a población infanto-juvenil. Actualmente hay más camas de corta estadía en hospitales generales que en hospitales psiquiátricos (534 y 329 respectivamente) y ha mejorado considerablemente su distribución territorial.

- La oferta en hogares y residencias protegidas aumentó de 103 a 199 dispositivos, subiendo de 974 a 1.544 plazas en el período 2004 - 2012. Al año 2015 las plazas de apoyo residencial ascienden a 1.737 superando con creces la reducción de camas de larga estadía de los hospitales psiquiátricos.
- Como se mencionó, el desarrollo de la atención de salud mental en Atención Primaria también tuvo una evolución positiva, pero con gran variabilidad entre los Servicios de Salud. El porcentaje de centros de atención primaria que cuentan con psicólogo aumentó de 89,5% a 99,6% y el promedio de psicólogos por centro creció de 1,7 a 2,5 al igual que el promedio de horas semanales de psicólogo por centro (de 47,3 el 2004 a 83,6 el 2012). Por otra parte, el porcentaje de médicos de atención primaria capacitados en salud mental y el porcentaje de centros de salud mental con 1 o más médicos capacitados en salud mental disminuyeron en este periodo (de 23,1% el 2004 a 18,6% el 2012 y de 65,1% de centros de APS con 1 o más médicos capacitados en salud mental el 2004 a 57,4% el 2012).
- La consultoría de salud mental se ha instalado como una práctica regular en más del 80% de los centros atención primaria, sin embargo, al interior de éstos es aún bajo el porcentaje de médicos que participan de ella, evidenciando una falta de instalación de la salud mental en el modelo de salud familiar.
- La tasa de profesionales y técnicos dedicados a salud mental en el sistema público de salud aumentó en un 57% (de 26,4 por 100.000 beneficiarios FONASA el año 2004 a 41,5 el año 2012), sin embargo, a nivel nacional se mantiene la desproporción entre la cantidad de psicólogos/as (tasa de 171,5 por 100.000 hab.) y el resto de los y las profesionales y técnicos (psiquiatra 7,0; enfermera/o 2,0; trabajador/a social 1,9; terapeuta ocupacional 3,0 por 100.000 hab.).
- Se estima que alrededor de 8.000 usuarios/as y cerca de 5.000 familiares participan en organizaciones de salud mental, lo que representa una leve baja en relación a la cifra del año 2004.
- El porcentaje de publicaciones científicas sobre salud mental aumentó de 2,0% promedio en los años 2000-2004 al 9,6% promedio en los años 2008-2012, sin embargo, los profesionales del sistema público de salud participan en un bajo porcentaje en investigaciones, siendo los psiquiatras los que más se han involucrado (19,6%).
- Se estima que la cobertura de tratamiento, de acuerdo a los estudios de prevalencia de trastornos mentales disponibles, es de cerca de un 20% de las personas afectadas.

Según los resultados del Segundo Estudio del Sistema de Salud Mental en Chile⁵¹, los principales nudos críticos en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental son:

a) En la provisión de servicios de salud mental:

- Aumento del tiempo de espera para primera consulta con psiquiatra.
- Disminución de la tasa nacional de personas en tratamiento especializado asociado a un incremento del promedio de atenciones especializadas por usuario, y aumento de personas bajo control de salud mental en atención primaria.
- Insuficiente y desigual avance en el proceso de reforma de los hospitales psiquiátricos. Se mantienen aún 441 personas en servicios de larga estadía y persiste la concentración de camas de corta estadía en 3 de ellos, inhibiendo el desarrollo de la red temática de salud mental y psiquiatría, en especial de los servicios de psiquiatría en hospitales generales de sus territorios de referencia, a excepción del Hospital El Peral, que ha aportado con sus recursos a la creación de servicios de psiquiatría en la red general de salud.
- Escasa oferta de atención en salud mental para niños, niñas y adolescentes.
- Escaso acceso a atención de salud mental de población rural y de minorías lingüísticas, étnicas y religiosas.

b) En los recursos destinados a salud mental:

- Bajo porcentaje del presupuesto de salud asignado a salud mental con una disminución del peso porcentual de éste entre los años 2008 y 2012, de 3,1 a 2,16%.
- Alto porcentaje del presupuesto de salud mental destinado a la atención especializada tanto ambulatoria como de hospitalización (cerca del 60% y solo 20% a atención primaria).
- Diferencias en los recursos destinados a salud mental entre el Gran Santiago Urbano y el resto del país.

c) En la protección de los derechos de las personas con enfermedad o discapacidad mental:

- Falta de reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad mental en la legislación chilena e incumplimiento de lo establecido en la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por Chile en el año 2008.
- Aumento del uso de medidas de privación de libertad (hospitalizaciones involuntarias) y elevado uso de contención física y reclusión en salas de aislamiento en la atención de salud de personas con enfermedad mental.

- d) En el monitoreo, evaluación y calidad de la atención:
 - Tanto el acceso como la calidad de la atención en salud mental presentan grandes variaciones entre los distintos Servicios de Salud e incluso entre las distintas comunas, y centros de atención primaria.
 - No se realiza regularmente, supervisión y evaluación de la calidad de los servicios de salud mental desde las autoridades regionales o nacionales.
 - Bajo porcentaje de profesionales y técnicos del sistema público de salud involucrados en investigación en salud mental y bajo porcentaje de publicaciones científicas en salud mental.
- e) En la participación de usuarios/as y familiares:
 - Baja presencia y bajo nivel de organización de las agrupaciones de usuarios y de familiares en salud mental.
 - Insuficiente participación de usuarios/as y familiares en la formulación y evaluación de políticas, planes, programas y funcionamiento de los servicios.
- f) En los recursos humanos:
 - Diferencias en la cantidad y composición de los recursos humanos entre los dispositivos de salud mental ambulatorios de los diferentes Servicios de Salud a nivel nacional.
 - El mercado de la formación profesional genera una desproporción en el número de los distintos profesionales de salud mental que se forman cada año, con un crecimiento desproporcionado del número de psicólogos
 - Brecha importante en el número de enfermeras/os, trabajadores/as sociales y terapeutas ocupacionales con formación en salud mental.
- g) En la intersectorialidad:
 - Baja cobertura de actividades de salud mental en otros sectores sociales.
 - Bajo involucramiento intersectorial en actividades promocionales, preventivas y de inclusión social en salud mental.

Además de los avances y brechas en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, dos hechos importantes reafirman la necesidad de un nuevo Plan de Salud Mental: la

Reforma de Salud y la ratificación de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En el año 2005 se inició la última Reforma de Salud en nuestro país, cuyos objetivos centrales fueron⁵²:

- Mayor equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud
- Eficacia en las acciones realizadas
- Adecuada protección financiera frente a los eventos de enfermedad
- Mayor y mejor respuesta a las expectativas de la población
- Mayor participación de la población.

Entre los principales elementos abordados por la reforma se encuentran:

- Fortalecer las atribuciones del Ministerio de Salud y de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, separando y concentrando los ámbitos de competencia.
- Dotar al Ministerio de Salud de las funciones de rectoría, regulación y fiscalización del sistema público y privado de salud.
- Establecer un nuevo modelo de atención en Red, gestionada por el Servicio de Salud, con una atención primaria altamente resolutive y hospitales que resolverán las derivaciones del primer nivel, privilegiando las actividades ambulatorias.
- Permitir una gestión hospitalaria más flexible, transparente, orientada a los resultados, y auto gestionada en el contexto de Red.
- Generar protección efectiva a las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- Generar incentivos al personal para el cumplimiento de los nuevos paradigmas.

Esta reforma del Sistema de Salud se sustenta en 5 leyes específicas:

1º. Ley 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud, fue promulgada el 25 de agosto de 2004 y publicada en el diario oficial el 3 de septiembre del mismo año, definiendo “Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente” (artículo 2).

A la fecha son 80 patologías o problemas de salud que se encuentran garantizadas a través de esta normativa, 4 de las cuales son de salud mental: esquizofrenia desde el primer episodio, depresión en personas de 15 años y más, consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas en jóvenes y adolescentes menores de 20 años con bajo compromiso psicosocial y trastorno bipolar en personas de 15 años y más.

2º. Ley 19.937 que Modifica el D.L. Nº 2.763, de 1979, con la Finalidad de Establecer una Nueva Concepción de La Autoridad Sanitaria, Distintas Modalidades de Gestión y Fortalecer la Participación Ciudadana. Fue promulgada el 30 de enero de 2004, publicada en el Diario Oficial el 24 de febrero del mismo año y entró en vigencia el 1 de enero del 2005.

En lo sustancial, esta Ley norma 3 áreas específicas:

- La Autoridad Sanitaria: fijando las facultades, funciones y estructura del Ministerio de Salud; creando dos Subsecretarías, la de Salud Pública y la de Redes Asistenciales; otorgando facultades de autoridad sanitaria local a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y creando la Superintendencia de Salud.
- La Gestión de la Red: definiendo la Red Asistencial; estableciendo normas para la gestión de la Atención Primaria y de los establecimientos de Autogestión en Red y los de menor complejidad.
- La Gestión del Recurso Humano: fijando incentivos de carácter remuneratorios; modificando la Carrera Funcionaria; regulando aspectos de dotación y estableciendo un programa especial de incentivo al retiro.

3º. Ley 20.015 que Modifica la Ley Nº18.933, Sobre Instituciones de Salud Previsional, promulgada el 3 de mayo de 2005 y publicada en el Diario Oficial el 17 de mayo del 2005.

4º. Ley 19.895 que Establece Diversas Normas de Solvencia y Protección de Personas Incorporadas a Instituciones de Salud Previsional, Administradoras de Fondos de Pensiones y Compañías de Seguros, promulgada el 14 de agosto de 2003 y publicada en el diario oficial el 28 de agosto del mismo año.

5º. Ley 20.584 que Regula Los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud, promulgada el 13 de abril de 2012, publicada en el Diario Oficial el 24 de abril de 2012 y con vigencia a partir del 1 de octubre del mismo año, establece entre otros:

- El derecho de toda persona a “recibir acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación en forma oportuna y sin discriminación alguna y que la atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se

encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad”⁵³.

- En el párrafo 8º del Título II, artículos 23 al 29, establece adicionalmente, disposiciones específicas para las personas con discapacidad psíquica o intelectual, regulando las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles; las hospitalizaciones involuntarias; el uso de medidas de aislamiento o contención física y farmacológica; los tratamientos involuntarios y la participación en investigaciones científicas. Además crea y define la conformación, funciones y atribuciones de la Comisión Nacional y de las Comisiones Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales.

El 29 de julio de 2008 Chile ratificó la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, comprometiéndose así a “...asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad”⁵⁴.

El año 2014, el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental^{iv} publicó un diagnóstico sobre el cumplimiento de los derechos establecidos en ésta Convención por parte del Estado de Chile, para lo cual revisaron algunos cuerpos legales vigentes en nuestro país, llegando a la conclusión que “...la legislación que se encuentra vigente en nuestro país está en clara contravención a los principios de la CDPD y sus disposiciones concretas...”⁵⁵

A la luz de los antecedentes presentados se hace evidente la necesidad de actualizar y reformular el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que oriente los esfuerzos y la inversión de recursos en materia de protección y cuidado de la salud mental de la población, el tratamiento de las personas con problemas y trastornos mentales y la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria de las personas con discapacidad mental, en concordancia con los principios establecidos en la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad y con el desarrollo alcanzado por nuestro país.

^{iv} Organización creada a fines del año 2012, con el objeto de recoger y mantener actualizada información, desarrollar y difundir conocimiento, contribuir a perfeccionar la legislación chilena y, en general, realizar diversas actividades dirigidas a visibilizar y promover el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental



III. MARCO CONCEPTUAL

Salud y Salud Mental

En la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, se definió la salud como “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁵⁶, reemplazando la noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades. Más adelante, la propia OMS agregó a esta definición “y en armonía con el medio ambiente” y estableció una serie de componentes que integran la salud, además de declarar que “la salud es parte de la responsabilidad de los gobiernos”.

Aunque esta definición inicial sigue siendo la definición más utilizada, ha sido objeto de varias críticas. Una de las principales dice relación con que la salud se debe entender, más que como un estado, como un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio. Esta concepción implica que para mantener ese equilibrio se requiere de un “conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones”⁵⁷.

Este conjunto de factores se denominan *determinantes sociales de la salud* y son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local.

El interés por el análisis de las estructuras y modelos sociales que permiten que las personas puedan gozar de una buena salud⁵⁸, surgido en las décadas de 1970 y 1980, dio lugar al *enfoque socioeconómico*, que introduce la noción de “*modo de vida*” como una instancia determinante en los procesos de salud – enfermedad. De esta manera, la distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es un fenómeno “natural”, sino el resultado de una combinación de políticas y programas sociales deficientes e insuficiente voluntad política⁵⁹.

Con este enfoque se supera la concepción que centra exclusivamente en el individuo la responsabilidad de detentar una “buena salud” y se releva la importancia fundamental que tienen las influencias sociales y económicas que enmarcan y determinan las condiciones de vida y asimismo, las posibilidades que dentro de éstas se otorgan para que las personas puedan gozar de una vida saludable. Así es como se entiende que los modos de vida de las personas están mediados por estilos de vida condicionados por las posibilidades que da el contexto y no sólo por las decisiones y comportamiento de cada ser humano. En este marco, las conductas relacionadas con la salud o los mal llamados “estilos de vida” no provienen de elecciones estrictamente

personales y libres. Tres cuartas partes de la humanidad (unos 4.500 millones de seres humanos) no disponen de la opción de elegir libremente factores fundamentales para la salud como seguir una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable o tener un trabajo gratificante que no sea nocivo para la salud. Así pues, la salud no la elige quien quiere sino quien puede⁵⁸.

La distribución de la riqueza, la pertenencia a un determinado sexo, el género, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja tienen impactos desiguales sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población, generando *inequidades en salud*, es decir, diferencias injustas en salud que pueden ser evitables o remediabiles entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente⁶⁰.

Incorporar el enfoque de determinantes sociales de la salud en la planificación e implementación de políticas, planes y programas de salud, implica considerar las condiciones sociales y su impacto en la exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciadas para la salud de las personas y comunidades. En consecuencia las acciones con enfoque de determinantes sociales de la salud, se orientan a reducir la exposición a los factores que afectan directamente la salud o a intervenir sobre los mecanismos causales asociados a ellos, mediante políticas integradas e intersectoriales que generen equidad en salud⁶¹, es decir, equidad en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios de calidad, según las necesidades sanitarias de grupos específicos. En este sentido, la *equidad en salud* es un valor ligado a los Derechos Humanos y a la justicia social⁶².

El efecto de los determinantes sociales sobre la salud de las personas y comunidades es acumulativo a lo largo de la vida por lo cual se requiere una mirada longitudinal sobre la vida de las personas y sus etapas vitales. Esta mirada se logra a través del *enfoque de curso de vida*, el que representa un salto de un enfoque evolutivo a un enfoque interrelacional, vinculando una etapa de la vida con las siguientes.

En el contexto de los determinantes sociales de la salud, el enfoque de curso de vida se relaciona con la acumulación de factores que a la larga generan riesgo o determinan la ausencia o presencia de una o varias enfermedades. El curso de vida explica que la acumulación de factores a largo plazo, genera riesgos y contribuye a determinar la ausencia o presencia de una enfermedad, entre otros problemas de salud. Según este enfoque, invertir en atenciones 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 anterior⁶³.

En este marco, las enfermedades, entendidas como una "... alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por

síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”⁵⁶, son sólo una de las causas y formas de comprender las alteraciones en la salud.

La OMS define *salud mental* como “... un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”⁶⁴

Para el Ministerio de Salud de Chile, Salud Mental^v es “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”⁶⁵.

Tal y como ocurre con la salud en general, los entornos sociales, económicos y físicos moldean la experiencia de salud mental de las personas, constituyendo factores de riesgo que están ligados a desigualdades sociales. La prueba más evidente de esto se relaciona con el riesgo de padecer enfermedades mentales asociado con indicadores de pobreza, incluidos los bajos niveles de educación, la violencia de género y, en algunos estudios, con las malas condiciones de vivienda y de bajos ingresos⁶⁶. La violencia de género aumenta el riesgo de sufrir depresión al doble, en 87% de sufrir trastornos por consumo de alcohol y en 4 veces el riesgo de morir por suicidio entre mujeres que la padecen⁶⁷.

El contexto comunitario - que incluye factores del ambiente natural, del ambiente construido por el hombre, así como del acceso a los servicios (sanitarios, de transporte, comunicaciones, etc.) - y un nivel *político*, que dé cuenta de las políticas públicas (sociales, económicas y ambientales), que determinan la estructura social o aquellas destinadas a reducir las inequidades en el ingreso, acceso a salud, educación, vivienda y de factores culturales y normas sociales particulares del contexto, serán factores que sumarán su influencia en la vida de las personas y contribuirán significativamente tanto a moldear su nivel de salud mental como la expresión de una enfermedad mental.

De este modo, el concepto de salud mental es más amplio que la medicina y la psiquiatría, entendiéndose la *psiquiatría* como la especialidad médica que se relaciona con las enfermedades o trastornos mentales, desde su detección hasta la recuperación⁶⁸. Así, desde la psiquiatría el *trastorno o enfermedad mental* es concebido como una alteración de tipo emocional, cognitivo o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, etc., y que dificulta la adaptación de la persona al entorno cultural y social donde vive, creando alguna forma de malestar subjetivo⁶⁹. En una visión

^v Adaptado del concepto desarrollado por el Ministerio de Salud de Canadá

más enfocada en el desarrollo de capacidades humanas, los trastornos mentales estarían asociados a obstáculos para la manifestación de las capacidades humanas, (intelectuales, emocionales, afiliativas, morales, etc.) y por tanto más que enfermedades serían grupos de comportamientos que co-varían.

Los conceptos de salud mental y enfermedad o trastorno mental no son equivalentes, pero tampoco opuestos. La relación entre ambos se explica a través del *modelo de dos continuos*, donde el nivel de salud mental se representa en un eje vertical que va desde un “bajo nivel de salud mental” hasta una “salud mental óptima”, y un eje horizontal que abarca desde la ausencia de diagnóstico y/o sintomatología de enfermedad mental, hasta la presencia de una enfermedad mental grave y compleja. Ambos ejes forman cuatro cuadrantes que representan los niveles de salud mental por los que las personas pueden transitar a lo largo de su vida⁷⁰.

Este modelo permite explicar por qué algunas personas que no cursan con una enfermedad mental presentan un bajo nivel de salud mental, si es que no tienen oportunidades de realización, relaciones sociales nutritivas ni competencias personales para lidiar con problemas cotidianos. A la inversa, es posible que personas que sufren una enfermedad mental, incluso severa, puedan gozar de un nivel alto de salud mental si, además de recibir tratamiento adecuado, cuentan con acceso a vivienda, trabajo y educación dignos, formas de protección social adecuadas, y un clima social y cultural de aceptación y respeto por las diferencias⁷¹.

El modelo de dos continuos nos permite superar las limitantes del continuo salud-enfermedad, incorporar el marco de los determinantes sociales y de la promoción de salud al trabajo en salud mental, y avanzar en la identificación de metas de una construcción social de la misma. Esto es particularmente importante dada la variedad de factores relacionados al bienestar psicosocial.

Del mismo modo, el enfoque de *curso de vida* permite comprender cómo los determinantes de la salud interactúan e impactan, tanto positiva, como negativamente en la salud mental del individuo a lo largo de su existencia, incluyendo efectos transgeneracionales, generando riesgo o produciendo o no enfermedad mental; esto, porque la gradiente de determinantes sociales es acumulativa desde, incluso, el desarrollo prenatal⁷².

El enfoque de *curso de vida* enfatiza las perspectivas social y temporal, buscando a lo largo de la vida de una persona o de cohortes, experiencias de una o varias generaciones que den pistas sobre patrones actuales de salud y enfermedad, entendiendo que, tanto el pasado como el presente deben comprenderse en contextos sociales, económicos y culturales amplios⁷³. Su propósito es comprender como los riesgos sociales y físicos durante las etapas de la vida se acumulan y contribuyen al riesgo de desarrollar enfermedades, identificando procesos biológicos,

comportamentales y psicosociales que operan subyacentemente a través de las trayectorias vitales⁷⁴ y como el efecto de éstos, impacta en aumentar o atenuar el riesgo sobre la salud en el largo plazo. Estos efectos de largo plazo pueden ocurrir en el transcurso de una vida o intergeneracionalmente⁷⁵.

“La investigación ha destacado la interacción entre la predisposición genética y gatillantes ambientales, y las influencias ambientales actuando directamente sobre la expresión génica. Estas interacciones gen-ambiente pueden conferir efectos de riesgo o protectores que son adicionales a los riesgos genéticos o ambientales por separado”⁷⁶.

Uno de los factores de especial relevancia que afecta a las personas con enfermedades mentales es el *estigma*, es decir, la atribución de características negativas a una persona o grupo de personas de la población, basándose en particularidades que ésta posee, no necesariamente negativas en sí mismas, pero a las cuales se les atribuye un significado negativo desde quien observa. Es la catalogación dentro de estereotipos, hacia los cuales existen prejuicios negativos, lo que lleva a que estas personas sean discriminadas.

El estigma es un fenómeno multidimensional, que se relaciona muchas veces con el desconocimiento y el temor al otro. En el caso de las personas con enfermedades mentales, el estigma es un hecho históricamente documentado que se ha reflejado en exclusión social, maltrato y falta de oportunidades, debido al estereotipo de que ellas son peligrosas, impredecibles e indeseables y, por lo tanto deben ser temidas, y excluidas, limitando su posibilidad de participar en la vida social y acceder a tratamientos.

Las repercusiones negativas del estigma en las personas con trastornos mentales se suman a las complicaciones propias de la enfermedad mental, dificultando aún más las condiciones de vida de quienes las padecen y aportando a la condición de discapacidad, entendida ésta como la resultante de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras del entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La estigmatización, discriminación y marginación de que son objeto las personas con discapacidad mental, sea psíquica o intelectual, se traduce en “relaciones sociales y condiciones de vida marcadas por el desempleo y la falta de recursos económicos, menores oportunidades de educación, desiguales condiciones para el ejercicio de derechos ciudadanos, aislamiento social e incluso, situaciones de vida en la calle, malos tratos y encierros en instituciones formales o informales”⁵⁵.

De este modo se hace evidente que el porvenir de las personas con discapacidad mental depende más de la inclusión social y el ejercicio de la ciudadanía que de la atención psiquiátrica, con lo cual el *enfoque de derechos* en las políticas de salud mental se vuelve imprescindible.

El enfoque de derechos tiene su origen en la necesidad de redefinir el desarrollo social y humano mediante políticas públicas basadas en el respeto del derecho internacional de Derechos Humanos. Apunta al establecimiento de relaciones sociales basadas en el reconocimiento y respeto mutuo y en la transparencia, de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas y colectividades, sin excepción alguna, constituya una obligación jurídica y social, “buscando construir mecanismos jurídicos y políticos que transformen las instituciones, y consecuentemente la vida social y cotidiana de las personas con base en una nueva ética del desarrollo humano”⁷⁷.

En el enfoque de derechos se reconoce a las personas como sujetos titulares de derechos, superando la visión de personas con necesidades objeto de protección, que deben ser asistidas. Lo que les permite demandar a los gobiernos y al Estado, tanto la ejecución de acciones y prestaciones como la participación en la definición de éstas.

Coherente con este enfoque de derechos, las estrategias de rehabilitación de personas con discapacidad mental han transitado desde los talleres protegidos y la terapia industrial al interior de las instituciones hacia un conjunto articulado de acciones orientadas al soporte para la vida en comunidad con apoyos graduados de acuerdo a las necesidades personales, en contextos reales de vivienda, trabajo, educación y otras dimensiones de la participación ciudadana.

El desafío actual tiene que ver con el enfoque de “recuperación”, que en los últimos años le ha dado una nueva fuerza y perspectiva al modelo comunitario y a la participación de los usuarios en los servicios de salud mental, saltando desde el rol pasivo de pacientes al proactivo de “expertos” en el manejo de las enfermedades mentales y en el funcionamiento de los servicios de salud mental. Una participación efectiva de los usuarios requiere de un cambio cultural en la forma que el equipo de salud mental se relaciona con sus usuarios, de modo que éstos puedan acceder a un mayor nivel de poder en el control de sus vidas y del dispositivo de atención. El siguiente listado, extraído desde el sistema de salud mental nueva zelandés (Mental Health Advocacy Coalition 2008), resume adecuadamente las cualidades que debe tener el equipo de salud mental para promover la “recuperación”⁷⁸:

- Promueve la autonomía como principio fundamental de la recuperación.
- Sabe “ver” a las personas en su amplio contexto de vida (no sólo a través de la enfermedad).

- Está familiarizado con el concepto de la resiliencia y los principios de la medicación de adultos.
- Ayuda a los usuarios a que vivan de la forma que han escogido (les ayudan a encontrar vivienda adecuada, en el manejo de las responsabilidades cotidianas, en el establecimiento y mantenimiento de relaciones significativas).
- Es capaz de integrar los diferentes enfoques y tratamientos de los trastornos mentales en los diferentes servicios y adaptar esta información para promover la recuperación.
- Tiene habilidades para informar a los usuarios sobre las múltiples opciones orientadas hacia la recuperación.
- Sabe detectar y manejar el estigma internalizado por los usuarios.
- Tiene habilidades para articular acciones contra los actos discriminatorios (sea en el ámbito laboral, de salud, familiar, de ocio, legislativo).
- Conoce y protege activamente los derechos de los usuarios.
- Conoce y promueve los principios de autonomía y autodirección, el derecho a recibir tratamiento y a rechazarlo.
- Conoce las asociaciones/movimientos de usuarios y entrega apoyo para que las personas participen.
- Conoce las diferentes formas de participación de los usuarios (por ejemplo, sabe trabajar en colaboración con ellos, escoger a representantes de su perspectiva, “ve” a los usuarios como expertos a través de la experiencia con la enfermedad, apoya las iniciativas llevadas a cabo por los usuarios en forma independiente).
- Conoce y apoya a los familiares y sus perspectivas.

Modelos de Atención

A partir de la reforma del sector en 2005, el Sistema Público de Salud chileno se organiza sobre la base del *Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria*, entendido éste como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que a la persona individual o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integridad física y mental, como seres sociales, pertenecientes a diferentes tipos de familias y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural⁷⁹.

Este modelo sitúa a las personas y sus necesidades como el eje central del quehacer del Sistema de Salud y se sustenta en el modelo ecológico de Bronfenbrenner⁸⁰, que considera a la persona como un ser integral e indivisible física y mentalmente, en una interacción permanente con un entorno familiar, cultural y comunitario.

Por su parte, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría⁴⁷ fortaleció la instalación progresiva del *Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental* como forma de organizar el desarrollo de la red sanitaria y el trabajo del sistema público de salud, intentando superar la reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social que padecen las personas con enfermedades mentales, proponiendo una reorganización de servicios integrados al sistema general de salud organizados en niveles, con recursos especializados, diversificados, desconcentrados y territorializados, reconociendo y utilizando las complejas conexiones con las estructuras no sanitarias que son absolutamente imprescindibles para la atención integral y dar respuestas satisfactorias a las necesidades de las personas que padecen trastornos mentales.

Para las personas con trastornos mentales, cuyo proceso salud-enfermedad está instalado en el lugar donde vive, estudia o trabaja, escenario natural de cualquier persona, se presentan condicionantes que complejizan, agravan y afectan negativamente su proceso de recuperación, como el estigma, la marginación social o laboral, el desarraigo social con la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones y ejercer sus derechos de ciudadanía, la negación de la sociedad a reconocerlos como actores de su vida o los sentimientos diversos y a veces contradictorios que despiertan en el resto de la población (compasión, miedo, distanciamiento, incluso burla); todos ellos fenómenos sociales que requieren ser reconocidos y abordados en la atención de toda persona que tenga un trastorno mental grave^{81, 82}.

Por ello, en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, lo comunitario no lo define el espacio físico, sino que se refiere fundamentalmente a prácticas de intervención que reflejan una serie de interacciones entre las diferentes redes sociales que constituyen la vida de un barrio determinado. Significa que la atención de salud mental está inmersa y participa de esa realidad comunitaria y de su complejidad lo que le permite localizar recursos y crear alianzas para la salud mental de la población⁸³. Así, este Modelo permite comprender la importancia del contexto en la recuperación de la persona, favorece su inclusión social y provee de las condiciones para el pleno ejercicio de sus derechos con el fin de mejorar su calidad de vida.

Tanto el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria como el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, entienden la salud 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. En ambos modelos se promueve una forma de relación de los miembros de los

equipos de salud con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se les pone en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, cuyos miembros son activos en el cuidado de su salud⁸⁴.

Asimismo, los dos modelos convergen en un Sistema de Salud que levanta principios comunes como la integralidad, la territorialización, el ejercicio de Derechos Humanos, la continuidad de los cuidados en un sistema integrado de atención; y donde el quehacer de ambos se relaciona y complementa, encontrándose finalmente en el espacio donde la persona que presenta una enfermedad cursa su vida, reconociendo que las personas con trastornos mentales son parte de una comunidad determinada, donde existen determinantes que condicionan su enfermedad y su calidad de vida.

Concordante con ello, para ambos modelos es fundamental la participación social y en particular el empoderamiento y la organización de la población usuaria y de sus familiares, como parte esencial en la co-construcción de un mejor abordaje integral individual y colectivo, donde las personas son sujetos activos de su recuperación y del manejo de su enfermedad, pero también de impulsar estrategias y acciones orientadas a disminuir el estigma social.

Es por ello que la integración de ambos modelos se implementa en la Red Temática de Salud Mental, inserta en el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria.



IV. PROPOSITO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL

Contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario.

V. VALORES Y PRINCIPIOS

1) RESPETO Y PROMOCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Principios:

- **Concepción del ser humano como un ser integral:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria, deben tener en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y comunitarios de las personas y tratarlos como una integralidad indivisible.
- **Promoción de la ciudadanía:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria, deben promover, fomentar y fortalecer el desarrollo de la libertad de escoger y de actuar, aumentando la autoridad y el poder de los y las habitantes sobre los recursos y las decisiones que afectan a su vida. Atención orientada no solo al alivio de síntomas, sino que a la “recuperación”, en la que la persona tenga oportunidades de vivir una vida significativa, satisfactoria y con propósito, como también de ser un miembro valioso de la comunidad.
- **Participación e inclusión social:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben fomentar que las personas sean sujetos activos y responsables de sus propios procesos vitales, contribuyendo a potenciar una ciudadanía activa que se implique tanto en lo que le afecta individualmente como en lo comunitario. Para ello es necesario apoyar a los usuarios para vivir incluido en la comunidad, para acceder a oportunidades de vivienda, educación, empleo, a los beneficios pecuniarios a que tengan derecho y para participar en organizaciones y actividades políticas, sociales, culturales, religiosas y de recreación. 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.

- **Igualdad jurídica:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas y en especial entregar apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica de los usuarios con discapacidad mental, promoviendo el respeto de su dignidad inherente, evitando la hospitalización y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado.
- **Autonomía y autodeterminación:** La búsqueda del mayor grado de autonomía posible es una cuestión de derechos, intrínseco a la condición de persona. Todas las personas tienen el derecho a ser autónomas, a tomar decisiones acerca de cómo quieren vivir su vida. Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios, que contribuyen a la capacidad para vivir con independencia en la comunidad, deben asegurar el ejercicio de este derecho, con planes de “recuperación” individuales, contruídos con los usuarios, enfatizando en aquellas personas más vulnerables y con mayor riesgo de ser excluidas.
- **Calidad de la atención:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria” deben asegurar que sus acciones otorguen el mayor beneficio posible a sus usuarios, reduciendo al mínimo posible todo aquello que pueda resultar en un incremento de riesgos para las personas, a su integridad y la posibilidad de sufrir tratos inhumanos o degradantes.

2) LA PERSONA COMO UN SER INTEGRAL E INDIVISIBLE FÍSICA Y MENTALMENTE

Principios:

- **Indivisibilidad de la salud mental y la salud general:** Los trastornos mentales son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades transmisibles y no transmisibles y contribuyen a lesiones accidentales y no accidentales. Muchas condiciones de salud aumentan el riesgo de trastorno mental, o alargan episodios de enfermedad mental. La comorbilidad resultante complica la búsqueda de ayuda, el diagnóstico, la calidad de la atención prestada, el tratamiento y la adherencia, y afecta los resultados del tratamiento

para las condiciones físicas, incluida la mortalidad relacionada con la enfermedad.

- **Integralidad de la atención:** La atención de salud mental debe incluir una gama de diferentes servicios coordinados, gestionar las necesidades agudas y crónicas de salud y abordar las necesidades de Inclusión sociocomunitaria a más largo plazo en coordinación con otros sectores.
- **Servicios de salud mental integrados a la red general de salud:** La atención de los problemas y trastornos mentales debe estar incluida en los Nodos y puntos de atención que conforman la red de salud (pública y privada). En los Nodos y puntos de atención de Atención Primaria, la atención de salud mental es entregada por el equipo de cabecera o equipo de sector. Cuando sea necesaria la hospitalización por razones de enfermedad mental, ésta debe realizarse en los hospitales generales.
- **Atención de salud mental centrada en la persona, su familia o red de apoyo:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben reconocer que cada individuo es un experto en su propia vida y que la “recuperación” consiste en trabajar en alianza con los individuos y sus familias para prestar apoyo de una manera que tenga sentido para ellos, deben por tanto escuchar a las personas y a sus familias, para aprender de ellos y actuar de acuerdo a lo que ellos comunican acerca de lo que es importante para cada individuo.
- **Continuidad de apoyos y cuidados:** La mayoría de los trastornos mentales, especialmente los de curso crónico se manejan mejor mediante el modelo de cuidado continuo, el que además enfatiza la necesidad de abordar la totalidad de las necesidades de los pacientes, incluyendo sus requerimientos sociales, ocupacionales y psicológicos.
- **Atención basada en la comunidad:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben brindar la atención en espacios comunitarios (hogar, barrio, lugar de estudio y trabajo, etc.) y con participación de recursos de la comunidad (familia, vecinos, profesor, agentes de salud, religiosos, laborales, deportivos, culturales, etc.) y deben orientarse a la inclusión sociocomunitaria de los usuarios.

3) EQUIDAD

Principios:

- **Accesibilidad:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria, deben estar disponible localmente y ser asequibles y aceptables para toda la población, sin importar su situación geográfica, su estatus económico, raza o condición social. Además la atención de salud mental en la red asistencial debe estar en igualdad con los servicios generales de salud.
- **Pertinencia:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria, deben considerar las particularidades de la población a la que están destinados, incluyendo los enfoques de género, interculturalidad y vulnerabilidad.
- **Cobertura universal:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben estar disponibles para toda la población que habita en el territorio nacional y a lo largo del curso de vida.
- **Intersectorialidad:** Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben entregarse de forma coordinada entre los distintos sectores del Estado y con organizaciones de la sociedad civil.

VI. LINEAS DE ACCION

1. Regulación y Derechos Humanos
2. Provisión de Servicios de Salud Mental
3. Financiación
4. Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación
5. Recursos Humanos y Formación
6. Participación
7. Intersectorialidad



1) LINEA DE ACCIÓN: REGULACIÓN Y DERECHOS HUMANOS

Normar la acción pública y privada en miras a resguardar los Derechos Humanos y mejorar las condiciones de salud de las personas, es una labor fundamental. De este modo, la regulación y rectoría es una función esencial de la Salud Pública⁸⁵.

En la actualidad el enfoque de derechos es una exigencia ineludible que sigue las normativas acordadas por la comunidad de las naciones⁸⁶, existiendo diversos mecanismos regulatorios y normativos para ello. Las leyes, los decretos, reglamentos y otras normativas mandatan seguir determinados cursos de acción frente a su materia de regulación, mientras que las orientaciones y guías específicas, dan lineamientos para orientar las prácticas cotidianas.

La LÍNEA DE ACCIÓN REGULACIÓN Y DERECHOS HUMANOS del Plan Nacional de Salud Mental tiene por objetivo *definir las necesidades regulatorias para la protección de la salud mental de la población, el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales y la adecuada atención sanitaria de aquellos/as que padecen un problema o trastorno de salud mental, así como también aumentar el grado de conciencia de las personas sobre sus derechos en materias de salud mental y definir mecanismos para la exigibilidad de éstos.*

La línea incluye los cuerpos legales a desarrollar, modificar, reglamentar, junto a aquellas acciones necesarias de regular, las normativas, orientaciones y guías que se requiere actualizar, en miras a resguardar los derechos de las personas afectadas por una enfermedad mental y mejorar la provisión de servicios de salud mental.

Principales normativas internacionales vinculantes en materia de derechos de personas con enfermedad/discapacidad mental.

- ✓ Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948
- ✓ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966
- ✓ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966
- ✓ Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, 1965
- ✓ Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 1979
- ✓ Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes (1984)
- ✓ Convención sobre los Derechos del Niño, 1989
- ✓ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006
- ✓ Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2015

Esto significa armonizar todos los cuerpos normativos bajo un mismo estándar, acorde a los compromisos asumidos y que se deben reflejar desde la Constitución de la República hasta las orientaciones técnicas.

Del enfoque de derechos deriva una nueva concepción del rol del sujeto individual y social en el proceso salud - enfermedad mental - atención: el ciudadano en plenitud de derechos para demandar al Estado la satisfacción de sus necesidades de salud. La restitución de la salud como derecho, y no sólo el derecho al acceso a ésta, implica la “salud mental como derecho”.

Importa también la demarcación conceptual entre “salud como derecho humano” y “salud como derecho social”. Mientras la primera apunta a los derechos individuales del ciudadano frente al Estado, entendido integral e indivisiblemente como sus derechos civiles y políticos, y los económicos, sociales culturales, la segunda apunta a la categoría de derechos colectivos, derechos de grupos sociales, de entidades culturales, étnicas, de clases, generacionales, territoriales y geográficos, de género, de las diversidades, etc. En esta dimensión se da el espacio de diálogo intercultural y de encuentro entre el sector salud y salud mental, por una parte, y el ciudadano-actor, sociedad civil constituida en ciudadanía social por la otra.

La importancia de los enfoques de determinantes sociales en salud y curso de vida, es que iluminan sobre las consecuencias en el bienestar, el malestar y el enfermar, que ejercen las condiciones estructurales, de los sistemas intermedios y en el nivel proximal de las familias y las comunidades. Así la desigualdad socioeconómica, los entornos sanitarios, laborales y educativos, la calidad de vida en la infancia, la adultez y el envejecer están íntimamente relacionados, e impactando de manera transgeneracional sobre la salud y salud mental de las personas y las comunidades.

La actualización normativa en el amplio campo de la salud mental, implica la armonización con enfoque de derechos que abarca desde los aspectos legislativos, para permear las regulaciones sectoriales e intersectoriales, cuyo fin último es que el ejercicio de derechos individuales y sociales sea promovido, respetado y escuchado.

1.1 Situación Actual

Chile ha suscrito varios acuerdos internacionales en materia de derechos humanos en general y derechos de las personas con discapacidad, en particular, lo cual representa un avance en materia del reconocimiento de la importancia de este tema. Sin embargo, varios de los derechos resguardados por estos tratados no cuentan con un soporte normativo local o con políticas

públicas que faciliten la exigibilidad de un conjunto de derechos, existiendo áreas de conflicto con ciertas regulaciones nacionales.

Mediante dos Estudios, uno de revisión de la legislación chilena en Materia de Salud Mental⁸⁷ y otro Estudio Comparado de Leyes Internacionales de Salud Mental⁸⁸ se logró visualizar aquellos puntos conflictivos entre la legislación chilena y la normativa internacional. Adicionalmente, el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental presentó un diagnóstico al respecto el año 2014. En específico, estos informes se refieren al rol del Estado como garante de la posibilidad de que los ciudadanos con enfermedad y/o discapacidad mental ejerzan sus derechos en una o más de las siguientes materias, en consonancia con la normativa internacional de derechos humanos, de carácter vinculante:

- Derecho a atención sanitaria.
- Derecho a vivir en la comunidad.
- Derecho a la libertad y seguridad.
- Derecho de acceso a la información.
- Derecho a la autonomía.
- Derecho a mantener la capacidad jurídica.
- Derecho a mantener un nivel de vida que asegure la salud y el bienestar.
- Derecho al trabajo y a la educación.
- Derecho a la integridad y protección de tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- Derecho a la salud sexual y reproductiva
- Derecho a casarse y formar una familia.
- Derecho a la participación.

Chile no cuenta con un solo cuerpo normativo articulado y coherente, que sea marco y soporte suficiente para el conjunto de las acciones de mejoramiento de la salud mental contenidas en el presente Plan. Así también, la mayor parte de los documentos regulatorios sectoriales relacionados con personas con trastornos mentales y discapacidad mental se encuentran desactualizados y no consideran los nuevos convenios internacionales suscritos, como tampoco los cambios introducidos por la reforma del sector o aquellos que se han producido en la red asistencial.

La Constitución Política del Estado garantiza el derecho al acceso a la salud, más no el derecho a la salud, lo cual afecta directamente el derecho a la salud mental.

El Código Civil (1857) define en su artículo Nº 1447 que “*son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y los sordos o sordomudos que no pueden darse a entender claramente*”. El acto jurídico que puede devenir de esta normativa es la Interdicción, mediante la cual una persona es privada de actuar por sí misma jurídicamente. Por este acto, la persona es sustituida por un curador en la celebración de actos, contratos y todo tipo de convenios. Con ello, la persona pierde su autonomía y poder de decisión⁸⁹.

La ley 18.600 estipula un procedimiento de interdicción definitiva que se puede catalogar de simplificado para personas con discapacidad mental. Esta solicitud solo puede ser realizada por el padre o la madre que tenga el cuidado definitivo de esta persona, toda vez que se encuentre inscrita en el Registro Nacional de Discapacidad^{vi}. Además, la ley 18.600 norma la curaduría provisoria, la cual es menos exigente en requisitos, pero al no establecer una periodicidad de revisión de la curaduría provisoria, en la práctica, puede volverse definitiva^{vii}. En esta ley se autoriza la contratación de la persona con discapacidad con sueldo inferior al mínimo legal, disposición actualmente en trámite parlamentario para su derogación. El año 2013, el Departamento de Evaluación de la Ley de la Cámara de Diputados emitió un lapidario informe sobre este cuerpo legal⁹⁰.

^{vi} Artículo 4º.- (...) Cuando la discapacidad mental de una persona se haya inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad, su padre o madre podrá solicitar al juez que, con el mérito de la certificación vigente de la discapacidad, otorgada de conformidad al Título II de la ley Nº 19.284, y previa audiencia de la persona con discapacidad, decreta la interdicción definitiva por demencia y nombre curador definitivo al padre o madre que la tuviera bajo su cuidado permanente. Si el cuidado permanente lo ejercen los padres de consuno, podrá deferir la curaduría a ambos. El juez procederá con conocimiento y previa citación personal y audiencia del discapacitado. En caso de ausencia o impedimento de los padres, los parientes más cercanos podrán proceder de igual forma (...). La suma de dinero que se asigne al discapacitado para sus gastos personales podrá ser fijada prudencialmente por el mismo curador, de acuerdo con su grado de discapacidad. La persona interdicta podrá celebrar contratos de trabajo con la autorización del curador.

^{vii} Artículo 18 bis.- Las personas naturales o jurídicas que se encuentren inscritas en el Registro Nacional de la Discapacidad y que tengan a su cargo personas con discapacidad mental, cualquiera sea su edad, serán curadores provisorios de los bienes de éstos, por el solo ministerio de la ley, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- 1) Que se encuentren bajo su cuidado permanente. Se entiende que se cumple dicho requisito:
 - a) cuando existe dependencia alimentaria, económica y educacional, diurna y nocturna, y
 - b) cuando dicha dependencia es parcial, es decir, por jornada, siempre y cuando ésta haya tenido lugar de manera continua e ininterrumpida, durante dos años a lo menos.
- 2) Que carezcan de curador o no se encuentren sometidos a patria potestad.
- 3) Que la persona natural llamada a desempeñarse como curador provisorio o, en su caso, los representantes legales de la persona jurídica, no estén afectados por alguna de las incapacidades para ejercer tutela o curaduría que establece el párrafo 1º del Título XXX del Libro Primero del Código Civil.

Si las circunstancias mencionadas en el inciso anterior constaren en el Registro Nacional de la Discapacidad, bastará para acreditar la curaduría provisoria frente a terceros el certificado que expida el Servicio de Registro Civil e Identificación.

La curaduría provisoria durará mientras permanezcan bajo la dependencia y cuidado de las personas inscritas en el Registro aludido y no se les designe curador de conformidad con las normas del Código Civil.

Para ejercer esta curaduría no será necesario el discernimiento, ni rendir fianza, ni hacer inventario. Estos curadores gozarán de privilegio de pobreza en las actuaciones judiciales y extrajudiciales que realicen en relación a esta curaduría y no percibirán retribución alguna por su gestión. Las disposiciones del Código Civil sobre los derechos y obligaciones de los curadores se aplicarán en todo lo que resulte compatible con la curaduría que en este artículo se señala.

Las personas declaradas en interdicción pueden ver afectados una serie de derechos, entre ellos el derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley, a la igualdad, a la autonomía e independencia, derechos sexuales y reproductivos, a optar por el matrimonio, a adquirir bienes, a vivir en forma independiente y ser incluido en la comunidad, a ejercer los derechos a la vida política y pública.

De la misma manera, se ha constatado por distintas organizaciones⁵⁵, que el Estado ha fallado en el principio de Igualdad y No discriminación^{viii}, especialmente en lo relativo al resguardo de los derechos de personas pertenecientes a diversos grupos al momento de tener una enfermedad mental:

- Niños, niñas y adolescentes, en especial aquellos en condición de vulnerabilidad
- Mujeres
- Personas pertenecientes a minorías sexuales
- Personas mayores
- Personas con discapacidad
- Personas pertenecientes a pueblos indígenas
- Personas inmigrantes internacionales
- Personas en situación de calle
- Personas privadas de libertad

Es una tarea pendiente la protección integral de los derechos de las personas, tanto adultas como menores de edad, afectadas por una enfermedad mental al momento de entrar en conflicto con la justicia por este motivo, o de aquellas personas condenadas en procesos penales que presentan una enfermedad mental pre existente o sobreviniente, además de la continuidad de los cuidados en salud mental cuando una persona es privada de libertad o bien cuando es puesto en libertad.

Existe una percepción de que la relación entre los sectores de salud y justicia está insuficientemente regulada. Es sentido por los equipos de salud que las definiciones de evaluación, tratamiento u hospitalización de una persona pueden y deberían ser acordadas y no emitidas unilateralmente por la instancia judicial. La necesidad de dar respuesta a lo requerido

^{viii} Este principio tiene relación con la protección de los derechos de personas que tienen una o más condiciones que los hacen más sensibles a la vulneración de sus derechos. El grupo de personas con enfermedades mentales es un grupo de mayor vulnerabilidad y cuando esta condición se complementa con otra(s), como las listadas, aumentan las posibilidades de que se encuentren en situaciones en los que sus derechos no son respetados.

por el sistema judicial y la insuficiente capacidad de respuesta diferenciada para las necesidades forenses del sistema de salud, aumenta los tiempos de espera y afecta derechos de los/as demás usuarios/as. Muchas veces los tiempos definidos por la justicia exceden los tiempos necesarios para los objetivos clínicos y necesidades de la persona, generando dificultades de gestión de los servicios e iatrogenia hacia el/la usuario/a. Otro punto a este respecto es la necesidad de los equipos de obtener respaldo legal y administrativo, frente a situaciones complejas^{ix}.

Las hospitalizaciones involuntarias y el eventual rol de la justicia como garante de derechos en el proceso de su instrucción no están suficientemente normadas, ejerciendo actualmente la Contraloría General de la República un control de legalidad administrativa de las resoluciones de hospitalización involuntaria. El estándar internacional es que exista la participación de organismos de carácter judicial o cuasi judicial de preferencia con competencias específicas, y en Chile este procedimiento de privación de libertad es decidido íntegramente al interior del sector salud.

Otro aspecto sensible y que puede resultar disarmónico con los estándares internacionales y con la propia Ley 20.422, son los procedimientos y tratamientos irreversibles (esterilización y psicocirugía) en personas con discapacidad mental sin capacidad para consentir, permitidos por la ley 20.584 bajo ciertos presupuestos.

La regulación de la disponibilidad de la información de la ficha clínica establece restricciones para el propio usuario/a aquejado/a de una discapacidad psíquica o intelectual. En el párrafo octavo, artículo 23 señala que:

“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.”

Este artículo posibilita al profesional negar el acceso a la información propia consignada en la ficha clínica, de manera unilateral y no establece temporalidad ni mecanismo de apelación a dicha definición.

Las comisiones de protección de las personas con enfermedad mental, tanto nacional como regionales, no tienen los recursos, atribuciones ni autonomía suficientes para ejercer un efectivo rol de protección de estas personas, lo cual afecta sus funciones en tanto organismo de revisión

^{ix} Este problema fue relevado fuertemente por los grupos participantes en la consulta del documento convocante para la elaboración del Plan Nacional de Salud mental.

para proteger los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales, de acuerdo a los estándares internacionales en la materia⁹¹.

La normativa vigente puede resultar insuficiente o desactualizada en algunas acciones propias de la atención de personas con trastornos mentales, como por ejemplo, el manejo de algunos fármacos psicotrópicos, los procedimientos de atención a pacientes psiquiátricos en servicios de urgencia, los procedimientos de evaluación psiquiátrica y forense a personas víctimas de distintos tipos de violencia, y el abordaje de trastornos mentales en población privada de libertad.

La financiación en el Sistema Público de Salud de las acciones de salud mental en paridad con la salud física, así como la discriminación que ejercen los seguros de salud privados a personas con trastornos de salud mental -antiguos o actuales- mediante el encarecimiento de planes o restricción de beneficios, son temas que deben ser regulados.

La oferta de hogares y residencias protegidas con financiamiento de salud ha carecido de un carácter intersectorial, y persisten centenares de personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y otras muchas en condiciones de institucionalización informal en la comunidad.

En materia de inclusión social, la actual legislación no considera en forma efectiva, mecanismos de apoyo gradual al ejercicio de los derechos que consideren las condiciones particulares de cada persona en un momento dado de la evolución de su condición y de su etapa del ciclo vital.

Se requiere mayor regulación de la responsabilidad de los diferentes sectores del Estado, y de éste en su conjunto, en la promoción de la salud mental, la prevención de enfermedades mentales y la inclusión social de las personas afectadas por una enfermedad mental.

1.2. Situación óptima deseada

Chile promoverá la salud mental y el bienestar de la población por medio del desarrollo de acciones promocionales y preventivas, de carácter sectorial e intersectorial, con un fuerte énfasis en los determinantes sociales de la salud, además de asegurar una respuesta a las necesidades de atención de la población, con servicios de salud mental comunitaria, integrados a la red general de salud en todos sus niveles, que considere las necesidades de hombres y mujeres a lo largo del curso de vida.

La protección de los derechos de las personas con enfermedad mental, se alcanzará contando con normativas acordes a los estándares de los tratados y convenciones suscritos en esta materia.

Es necesaria la promulgación de una Ley de Salud Mental que proporcione un marco legal para enfrentar cuestiones cruciales, como la promoción y protección de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad, el acceso a tratamiento, rehabilitación y seguimiento, y que las personas con trastornos mentales tengan una integración plena en la comunidad. Una Ley de Salud Mental permitirá armonizar el conjunto de la normativa nacional en materia de discapacidad mental, de acuerdo a los estándares de derechos humanos vigentes, para ello se deben otorgar mecanismos de apoyo graduado que hagan factible el respeto y ejercicio de estos derechos, incluyendo su capacidad legal. Adicionalmente, debe resguardar los derechos de las personas en las situaciones en que, debido a una enfermedad mental, puedan ver comprometidas su integridad, libertad y autodeterminación en las acciones de salud que requieran.

En consonancia a lo anterior, la Ley debe garantizar el derecho a la inclusión social de las personas con enfermedad mental, por medio del acceso a la salud general, a la atención y rehabilitación de salud mental de base comunitaria, y a acciones intersectoriales para el apoyo social para la vivienda, educación, trabajo y otras acciones propias de la vida en comunidad y del ejercicio de la ciudadanía. Esto incluye terminar con la institucionalización psiquiátrica formal e informal de personas en razón de su discapacidad, apoyando su derecho a la vida en comunidad.

Las personas privadas de libertad requieren de un Sistema de Salud Mental basado en la colaboración y articulación intersectorial con Justicia, Gendarmería de Chile y otros sectores del Estado, que permita realizar los peritajes, continuar los tratamientos de salud mental de personas que inician un proceso judicial y en el transcurso de éste son privadas de libertad, acceder a acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación durante la privación de libertad y dar continuidad a los procesos de tratamiento una vez en medio libre. Este sistema debe considerar a las personas imputadas, condenadas y aquellas en que se ha dictado una medida de seguridad en razón de su inimputabilidad por enfermedad mental.

El acceso a la información personal contenida en la ficha clínica debe ser permitido para el propio interesado, y en caso de restricciones basadas en criterios clínicos, ellas deben estar sujetas a eventuales plazos, salvaguardas y mecanismos de apelación. Por ello requiere reformulación el artículo 23º del párrafo octavo de la Ley Nº 20.584.

Asimismo se debe garantizar el derecho de las personas a no ser sometidas a procedimientos irreversibles como esterilización o psicocirugía sin su consentimiento.

Un aspecto fundamental es que la Ley deberá garantizar el financiamiento para la salud mental, debiendo su presupuesto ser progresivo, hasta cubrir las brechas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud mental, eliminando discriminación de

cobertura en los seguros público y privado, y garantizando paridad con las enfermedades de otro tipo.

La Ley debe definir los mecanismos de monitoreo y revisión de la implementación y cumplimiento de lo dispuesto por ella misma, por medio de un organismo autónomo para la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental.

Es necesario mantener actualizados los instrumentos regulatorios vigentes y desarrollar las regulaciones necesarias para resguardar los derechos de las personas con enfermedad mental, en lo relativo al acceso a la salud, calidad de servicios, exigibilidad del derecho a la atención de salud mental, haciendo énfasis en visibilizar en estas regulaciones que hay grupos más susceptibles de ser marginados o de ver limitado su acceso a servicios. Estos grupos (niños y niñas en situación de riesgo social y/o bajo protección, personas mayores, personas con discapacidad, pueblos indígenas, inmigrantes internacionales, personas en situación de calle y personas privadas de libertad, entre otros) deben ser explícitamente visualizados en las orientaciones y normativas que regulen el trabajo de salud mental.

1.3. Plan de Acción

Objetivo Estratégico N°1: Contar con una Ley de Salud Mental y sus reglamentos.

Estrategias:

- a) Formulando de forma participativa y patrocinando o enviando a trámite legislativo un proyecto de Ley de Salud Mental desde el poder ejecutivo con los siguientes objetivos:
 - Armonizar el conjunto de la normativa nacional en materia de discapacidad mental de acuerdo a los estándares de derechos humanos vigentes y promover el respeto y ejercicio de los derechos por parte de las personas con discapacidad mental, inclusive el de su capacidad legal, creando mecanismos de apoyo graduado para el ejercicio de éstos.
 - Promover la salud mental de los habitantes de la nación, con acciones promocionales y preventivas de carácter sectorial e intersectorial.
 - Asegurar una respuesta a las necesidades de atención de la población, con una red de atención en salud mental y psiquiatría comunitaria e integrada a la red general de salud en todos sus niveles y territorios, que considere las necesidades de la ciudadanía a lo largo de todo el ciclo vital.
 - Garantizar el derecho a la inclusión social de las personas con enfermedad mental grave y persistente, por medio del acceso a la salud general, a la atención y rehabilitación de salud mental de base comunitaria, y a acciones intersectoriales para el apoyo social para la

vivienda, educación, trabajo y otras acciones propias de la vida en comunidad y del ejercicio de la ciudadanía.

- Garantizar el derecho al reposo laboral y al apoyo a la plena reintegración al trabajo de personas que han sido afectadas por enfermedad mental, con independencia del origen de la misma, protegiendo contra la vulneración de derechos y el estigma.
 - Resguardar los derechos de las personas en las situaciones en que debido a una enfermedad mental grave puedan ver comprometidas su integridad, libertad y autodeterminación en las acciones de salud que requieran.
 - Proteger los derechos de las personas afectadas por una enfermedad mental al momento de entrar en conflicto con la justicia por este motivo, así como los derechos de aquellas personas condenadas en procesos penales que presentan una enfermedad mental sobreviniente.
 - Definir los mecanismos de monitoreo y revisión de la implementación y cumplimiento de lo dispuesto por esta ley, por medio de un organismo autónomo para la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental.
 - Garantizar el financiamiento para la salud mental, debiendo su presupuesto ser progresivo hasta cubrir las brechas de prevención primaria, secundaria y terciaria de salud mental, eliminando discriminación de cobertura en los seguros público y privado, y garantizando paridad con las enfermedades de otro tipo.
- b) Realizando abogacía en el conjunto de la sociedad para relevar la necesidad de una Ley de Salud Mental.

Metas:

Al año 2020, Chile cuenta con una Ley de Salud Mental y sus reglamentos.

Objetivo Estratégico N°2: Fortalecer la autonomía de la Comisión Nacional y de las Comisiones Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental, constituyéndolas en un órgano de revisión eficiente con suficientes atribuciones y autonomía de acuerdo a los estándares internacionales.

Estrategias:

- a) Desarrollando modificaciones normativas que aseguren la autonomía y atribuciones efectivas de la Comisión Nacional y Comisiones Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental.

- b) Otorgando carácter vinculante a las resoluciones de las Comisiones de Protección.

Metas:

Al año 2020, contar con una normativa que defina la dependencia y facultades (de atribuciones, recursos y autonomía), de la Comisiones Nacional y Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, que permita el cumplimiento cabal de su misión.

Objetivo estratégico N°3: Mantener actualizados los instrumentos regulatorios vigentes y desarrollar las regulaciones necesarias para resguardar los derechos de las personas con enfermedad mental, en lo relativo al acceso a la salud e inclusión social, incorporando en la normativa consideraciones respecto de derechos humanos y de determinantes sociales tales como nivel socioeconómico, dispersión geográfica, género, discapacidad, población migrante internacional y pertenencia a pueblos indígenas, así como de poblaciones vulnerables como personas mayores niños, niñas y adolescentes en riesgo psicosocial y en sistemas de protección y personas privadas de libertad^x.

Estrategias:

- a) Evaluando regularmente cada 3 años los documentos normativos.
- b) Constituyendo grupos de trabajo que informen de vacíos regulatorios de forma periódica.
- c) Constituyendo grupos consultivos para evaluar pertinencia de la normativa en reconocer e incorporar el respeto a los derechos humanos, la dispersión geográfica, pertenencia a pueblos indígenas, género, personas migrantes internacionales, poblaciones vulnerables, entre otros determinantes sociales.

Metas:

A partir del año 2020 se revisará el 100% de los instrumentos regulatorios de salud mental cada 3 años, procediendo a su actualización cuando resulte necesario.

^x Según distintas circunstancias, los grupos de personas que podrían estar en condiciones de vulnerabilidad son entre otras, personas con discapacidad, personas migrantes internacionales, personas privadas de libertad, jóvenes infractores de ley, personas beneficiarias PRAIS, cuidadoras y cuidadores de personas en situación de discapacidad, personas LGTBI, personas pertenecientes a pueblos indígenas, niños, niñas y adolescentes bajo protección en SENAME, mujeres que sufren violencia y que presentan algún problema o trastorno mental, personas en situación de calle entre otras.

Objetivo estratégico N° 4: Contar con una normativa que promueva y regule el desarrollo y funcionamiento de la red temática de salud mental y los servicios que la conforman, integrada en el modelo de salud integral, familiar y comunitaria.

Estrategias:

- a) Elaborando las normas de diseño y funcionamiento de los distintos dispositivos que presten servicios en salud mental y del conjunto de la red temática de salud mental, con énfasis en la calidad.
- b) Regularizando normativamente los Centros de Salud Mental Comunitaria y otros dispositivos.
- c) Manteniendo actualizadas dichas normativas cada 5 años.

Metas:

Al año 2020 se cuenta con el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental y sus normativas, que promuevan el derecho a la participación, atención, rehabilitación e inclusión social y que considere las variables territoriales como demografía, caracterización socioeconómica, vulnerabilidad ambiental, entre otras.



2) LÍNEA PROVISIÓN DE SERVICIOS

Los servicios de atención en salud mental son la vía por la cual los sistemas de salud proveen atención y cuidados en salud mental a las comunidades, familias y personas. La forma en que se diseñan, organizan y planifican estos servicios, determinará en gran parte la efectividad de la atención y el cuidado entregado y el impacto en la salud mental de la población⁹². Es evidente entonces, que el desarrollo de estrategias para planificar, implementar y evaluar los servicios de salud mental está en el centro de las responsabilidades del sector salud.

Los servicios de salud mental deben ser coherentes con lo señalado por la Organización Mundial de la Salud⁹² respecto de articular la provisión de servicios de salud mental en torno al Modelo Comunitario de Atención. La red temática de salud mental es parte de la red de servicios sanitarios de Chile y ésta se organiza de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el que 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.

En este modelo, la Atención Primaria de Salud aborda los problemas de salud, incluidos los de salud mental, por un equipo multidisciplinario de sector que realiza el acompañamiento efectivo a las personas, familias y comunidades en su tránsito por la red sectorial e intersectorial, asignándole así un rol fundamental a la Atención Primaria de Salud (APS), pero también a la integración de los niveles de atención, a la territorialización de la atención especializada y al predominio de la atención ambulatoria.

En Chile, la Red Asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por todos los establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenios con el Servicio de Salud, los que deben complementarse entre sí para dar respuesta efectiva a las necesidades de salud de la población. La red asistencial de cada Servicio de Salud se organiza con “un primer nivel de atención primaria y otros niveles de mayor complejidad que solo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos”⁹³.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha promovido la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), con el propósito de contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la Atención Primaria con servicios más accesibles, equitativos, eficientes, de mayor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos⁹⁴. El Sistema de Salud chileno ha transitado en esa misma dirección para combatir la fragmentación en la atención de

las personas, la pérdida de integralidad, las altas barreras de acceso y una pobre continuidad del cuidado.

Estas redes han sido definidas como organizaciones que agrupan un conjunto de servicios de atención en salud, vinculados entre sí por una misión única, objetivos comunes y una acción cooperativa e interdependiente, cuyo propósito es ofertar una atención continua e integral a determinada población, coordinada por un nivel primario de salud fortalecido que proporcione atención y cuidados en el momento oportuno, en el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada, equitativa y con responsabilidad sanitaria y económica⁹⁵.

En las Redes Integradas de Servicios de Salud, la organización jerárquica es sustituida por una organización horizontal de atención de salud con distintas densidades tecnológicas^{xi} y sistemas de apoyo. Se comparten objetivos comunes entre los distintos actores e intercambian recursos a partir del supuesto de que la cooperación es la mejor forma de alcanzarlos. Todos los nodos de atención^{xii} son igualmente importantes para el cumplimiento de los objetivos de las redes de atención de salud, los que están en función de las necesidades de la población o la comunidad, diferenciándose únicamente por los distintos niveles de densidad tecnológica que los caracterizan⁹⁵.

La Red Temática de Salud Mental debe considerar todos los elementos anteriormente descritos para que, de forma coherente, genere una organización de su quehacer en integración con la red de salud general y coordinada con el intersector, para responder a las necesidades y expectativas de las comunidades, familias y personas, cumpliendo con estándares de calidad.

El objetivo de la LÍNEA PROVISIÓN DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL es definir lineamientos y generar estrategias para una adecuada provisión de servicios de salud mental en base a las necesidades de la población. Incluye la articulación de la oferta existente y los lineamientos para incorporar oferta pertinente a las nuevas necesidades de la población, en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

^{xi} 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 comunidades⁹⁵.

^{xii} Nodo de atención. Son parte de la estructura operacional de la red y comprenden: APS como centro de comunicación, los puntos de atención de salud secundarios y terciarios y los sistemas de apoyo (sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, sistema de asistencia farmacéutica y sistema de información en salud). En las redes poliárquicas o redes malladas, existen varios nodos, cada nodo está conectado a varios otros, estando las ramas interconectadas y permitiendo recorrer caminos diferentes entre los nodos⁹⁵.

2.1 Situación Actual

El año 1999, el Ministerio de Salud publicó la norma que establece que los servicios de salud mental deben desarrollarse en una red coordinada, a fin de responder eficientemente a las necesidades de las personas usuarias, brindando una atención oportuna, adecuada y equitativa a las personas con problemas y/o trastornos de mentales, como también para promover la salud mental de la población⁹⁶.

El Plan Nacional de Salud Mental del año 2000, enfatiza como base de la organización de la red, el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y propone acciones específicas en los tres niveles de resolución, impulsando preferentemente una atención ambulatoria, entregando respuesta más costo efectivas y de calidad a las personas, en el marco del ejercicio pleno de sus derechos.

Nivel Primario

La atención de salud mental en la Atención Primaria de Salud se ha ido desarrollando progresivamente. Al año 2012 aumentaron en un 76% los establecimientos de APS con atención de salud mental respecto al año 2004, esto es de 472 a 1.555 establecimientos⁵¹. Al año 2015, la totalidad de los 2.027 establecimientos cuentan con el Programa de Salud Mental, 577 son Centros de Salud de Salud Familiar (CESFAM), 176 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 1.176 Postas de Salud Rural y 98 Hospitales Comunitarios.

A nivel programático, a partir del año 1992 se van incorporando e implementando en la APS un conjunto de programas de salud mental. En 1992 se incorpora el “Programa Psicosocial en APS”; el año 2001 el “Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en APS”, y el “Tratamiento de niños y adolescentes con trastornos hipercinéticos”. El año 2004 el “Programa de Prevención y Tratamiento del Consumo y/o Dependencia de Alcohol y Drogas en la Atención Primaria”; el año 2005 el “Programa de Tratamiento Integral de la Violencia Intrafamiliar”. Por otro lado, el año 2006 se incorpora al Régimen de Garantías Explícitas en Salud la atención por depresión en mayores de 15 años y en el 2007 la atención de menores de 20 años con consumo perjudicial de alcohol y drogas. Asimismo, el año 2007 se crea el Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo por el Ministerio de Desarrollo Social, con ello y para asegurar el desarrollo integral de niños y niñas, se desarrollaron múltiples estrategias y programas, uno de ellos fue la incorporación en MINSAL del “Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial de niños, niñas y sus familias”. Uno de los contenidos del programa es la incorporación de prestaciones preventivas de salud mental, algunas de ellas dirigidas a familias con gestantes y otras a familias con padres y/o cuidadores de niños y niñas.

Por otro lado, el año 2008 se consolidan en un solo programa las distintas estrategias implementadas bajo el programa de Salud Mental Integral en APS. Posteriormente, el año 2011 se incorpora el Programa Vida Sana Alcohol en APS, hoy Programa de Detección, Intervención, y Referencia por el consumo de alcohol, drogas y tabaco (DIR), que considera intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol de riesgo con una cobertura parcial a nivel comunal (150 comunas). Posteriormente, el año 2015 se rediseñó el Programa de Salud Mental Integral en la APS, a partir del cambio de la modalidad de financiamiento, transitando del sistema de Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria al sistema de financiamiento Per Cápita. Así se transforma en un programa de cobertura nacional, en el que las actividades de salud mental en la APS se reorganizaron en dos componentes, uno de acciones de prevención y promoción de la salud mental, y otro componente de detección precoz, diagnóstico y la entrega de una atención integral, accesible, oportuna y eficaz, a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con trastornos mentales.

A partir del año 2016 se han incorporado cuatro nuevos programas de salud mental en la APS, con una cobertura parcial a nivel comunal. Uno de ellos es el Programa de Acompañamiento Psicosocial a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en alto riesgo psicosocial en la APS. Este programa se despliega con prestaciones de acompañamiento en el territorio, en la comunidad, en el colegio, o en el domicilio, además de prestaciones telefónicas y con el apoyo de un gestor comunitario (Agente Comunitario) en 180 comunas. Otro programa que se incorpora el año 2016 bajo el marco de la extensión del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, es el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) para el reforzamiento de las acciones ya desplegadas por el programa de salud mental integral en la APS (23 comunas). Posteriormente, el año 2017 se incorporan los últimos dos nuevos programas, el Programa de Demencia bajo el Plan Nacional de Demencia, que incorpora en APS acciones de diagnóstico y tratamiento de personas con demencia, y el Programa de Reforzamiento de Salud integral, con énfasis en Salud Mental, de niños, niñas, adolescentes y jóvenes del programa del Servicio Nacional de Menores (SENAME) en seis Servicios de Salud del país.

Respecto a la situación actual de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), la última evaluación realizada el año 2015 abarcó al 33.7% de los establecimientos, de los cuales el 94,8% fueron certificados en el modelo⁹⁷.

Por otra parte, a través de la implementación de los nuevos Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), los facilitadores interculturales, los facilitadores lingüísticos, el programa de acompañamiento y el programa de demencia, se ha incorporado a la APS la estrategia de gestores comunitarios para fortalecer el trabajo de articulación y desarrollo comunitario. Específicamente el programa de acompañamiento focaliza su accionar en personas y familias que presentan alto

riesgo psicosocial y presentan dificultades en la adherencia a sus tratamientos. Al año 2017 se cuenta con 165 gestores comunitarios ligados al programa de acompañamiento psicosocial.

Otra estrategia relevante son los grupos de autoayuda o grupos de pares, que se reúnen como una instancia de apoyo mutuo vinculados a temáticas de salud mental, depresión o consumo de alcohol y otras sustancias. Actualmente hay actividad con grupos de autoayuda en 291 establecimientos de APS.

Nivel Secundario

En relación con la atención de especialidad ambulatoria, al año 2016 existen 153 equipos de especialidad en el país, distribuidos en 96 Centros de Salud Mental Comunitaria^{xiii} y 57 equipos en Centros Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría. Solo hay 3 Servicios de Salud que realizan toda la atención de especialidad ambulatoria en los Centros de Salud Mental Comunitaria y 4 Servicios de Salud que no cuentan con estos Centros. La tasa de Equipos de Especialidad Ambulatoria de Salud Mental x 100.000 beneficiarios varía entre Servicios de Salud con casi 3 equipos hasta otros con menos de un tercio de equipo⁹⁷.

En el año 2016, de los 96 Centros de Salud Mental Comunitaria que existen en el país, el 47% tiene dependencia municipal (45 Centros), el 51% tiene dependencia de Servicio de Salud (49 Centros) y el 2% son administrados por privados (2 Centros). De los 45 Centros de Salud Mental Comunitaria que tienen dependencia municipal, 40 se encuentran en la Región Metropolitana lo que refleja las importantes diferencias entre Santiago y el resto del país y la heterogeneidad en la red temática de salud mental entre los Servicios de Salud, impactando directamente en el tipo de atención que reciben las personas usuarias⁹⁷.

La mayor parte de los recursos humanos destinados a la atención en 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 Sur Oriente, Maule y Viña del Mar/Quillota. Por otra parte, un alto porcentaje del recurso humano de salud mental radica 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 psicólogo/a, 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 auxiliares⁹⁷.

^{xiii} Los Centros de Salud Mental Comunitaria se refieren a los actuales COSAM, ESMA, COSAMCO, CESAM, etc.

A partir del Plan Nacional de Salud Mental del año 2000, se constituyeron como parte fundamental del modelo, los Centros de Salud Mental Comunitaria (ex - COSAM). Los indicadores muestran que entre los años 2004 y 2012, las personas que se atienden en estos centros tienen menos días de espera, reciben más atenciones por año y más intervenciones psicosociales, a su vez, se observa que son los que realizan más atenciones a las personas fuera de los establecimientos, en comparación con las Unidades de Psiquiatría Ambulatoria instaladas en Hospitales⁵¹, las que, subordinadas a la lógica de gestión hospitalaria, tienen un funcionamiento menos coherente con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Al año 2017 existen un total de 54 *Hospitales de Día*, 47 para población adulta y 9 para población infante - adolescente (Unidad de Salud Mental, MINSAL 2017). Dos Servicios de Salud no cuentan con Hospital de Día para población Adulta, y 20 no cuentan con hospital de día para población adolescente.

Esta estrategia tiene amplia evidencia de su impacto, evita y acorta hospitalizaciones, reduce tiempos de crisis, favorece la integración de la familia a los procesos terapéuticos y favorece los procesos de rehabilitación psicosocial. Además constituyen escenarios privilegiados para la formación de recursos humanos en lo que respecta a trabajo interdisciplinario e intervenciones intensivas en personas con episodio agudo de descompensación.

Nivel Terciario

El año 2015, se elaboró un Modelo de Gestión para las *Unidades de Hospitalización de Corta Estadía*, modificando la nomenclatura existente por *Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP)*, definiendo con mayor claridad su rol tanto al interior del Hospital General como en la Red territorial a la que pertenece, proporcionando una base para homogeneizar los procesos de funcionamiento, aspectos estructurales y de estándares de recursos humanos de estas unidades⁹⁸.

En relación con las camas de hospitalización psiquiátrica, éstas han experimentado un aumento y mejor distribución territorial, estando hoy en su mayoría en hospitales generales de la mayor parte de Servicios de Salud del país. El año 2016 existía un total de 1.150 camas en 451 Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), desagregadas en 965 camas para adulto y 185 camas para niños/as y adolescentes. 28 de los 29 Servicios de Salud del país cuenta con camas de hospitalización psiquiátrica para adultos y 15 cuentan con camas para población adolescente, estando próxima a abrirse la UHCIP infante adolescente del nuevo Hospital Exequiel González Cortés (Servicio de Salud Metropolitano Sur).

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

En Chile, en el proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica hacia el modelo comunitario de salud mental, los hospitales psiquiátricos han avanzado gradualmente y de forma diferenciada. En conjunto, se ha logrado una importante disminución de personas residentes en servicios de larga estadía, con diferencias entre los cuatro establecimientos. De los cuatro Hospitales Psiquiátricos, el Hospital Psiquiátrico “Del Salvador” ha completado el compromiso de externalización hacia dispositivos comunitarios de todos los pacientes de larga estadía; el Hospital Psiquiátrico “El Peral” es el que ha externalizado a más personas y ha contribuido con recursos a la creación de Servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales, y dispositivos residenciales en las redes territoriales con las cuales se relaciona más directamente; y el hospital “Philippe Pinel” y el Instituto “Dr. José Horwitz” han generado una importante oferta en psiquiatría forense; sin embargo aún mantienen una importante población de personas en larga estadía bajo su dependencia (éste último incluyendo clínica privada en convenio).

La creación de las unidades de mediana estadía es una estrategia, inicialmente implementada desde el año 2000 en el Hospital Psiquiátrico El Peral, para entregar tratamiento intensivo y rehabilitación a personas institucionalizadas con condiciones clínicas de alta complejidad, por refractariedad a tratamiento asociada a conductas de alto riesgo, de modo de posibilitar su egreso a la comunidad, con sus familias o en dispositivos residenciales. Posteriormente dicha oferta, exitosa, se abrió a personas no institucionalizadas. Luego se sumaron a esta estrategia el Hospital del Salvador y el Hospital Philippe Pinel, éste último amplió el año 2014 su capacidad de mediana estadía (de 30 a 110 camas) como una modificación esencialmente administrativa. El Instituto Horwitz no desarrolló estas unidades.

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

Luego de la puesta en marcha de la Ley 20.084, el Ministerio de Salud en colaboración con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)

y el Servicio Nacional de Menores (SENAME) acordaron la instalación de 5 unidades de hospitalización en medio privativo de libertad, de referencia nacional. A la fecha ya se implementaron estas *Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) Medio Privativo*, en Iquique (6 camas), Coronel (5 camas), Valdivia (5 camas), Til-Til (10 camas) y Limache (8 camas).

A fines de 1998, con participación de los Ministerios de Justicia y Salud, Gendarmería de Chile, el Servicio Médico Legal y los Servicios de Salud, se da inicio al Sistema Nacional de Psiquiatría Forense como una respuesta a los requerimientos del sector Justicia para la aplicación del Código Procesal Penal en cuanto a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, de toda persona en conflicto con la ley. Se estableció una Macro Red de Psiquiatría Forense para población adulta, de referencia nacional donde se distinguen dos tipos de dispositivos: los destinados a dar respuesta a las medidas de seguridad impuestas a aquellas personas declaradas inimputables (alta, mediana y baja complejidad forense) y aquellas destinadas a la evaluación e inicio de tratamiento de pacientes imputados para determinar la presencia de un trastorno mental y su eventual declaración de inimputabilidad (Unidad de Evaluación de Pacientes Imputados (UEPI) y Unidades Psiquiátricas Forenses Transitorias, (UPFT))⁹⁷.

La mayor parte de las camas de psiquiatría forense se encuentran ubicadas en el Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel (Servicio de Salud Aconcagua), que cuenta con 20 camas de UEPI, 50 camas de mediana complejidad y 20 camas de alta complejidad; y el Instituto Psiquiátrico Horwitz (Servicio de Salud Metropolitano Norte), que cuenta con 40 camas de UEPI y 40 camas de mediana complejidad. Las camas de UPFT se encuentran ubicadas al interior de las cárceles de Arica (14 camas) y Valparaíso (13 camas), al igual que la Unidad de Psiquiatría Forense Hospitalaria Intrapenitenciaria (UPFHI) de Magallanes (6 camas). Las Unidades UEPI de Temuco (10 camas) y de Mediana Complejidad de Concepción (23 camas) se encuentran en dispositivos de salud. Las Residencias Protegidas Forenses están ubicadas en 3 Servicios de Salud (Metropolitano Norte con 58 plazas, Araucanía Sur con 28 plazas y Valdivia con 8 plazas), y cuentan en total con 94 plazas a nivel país.

Apoyo en la Comunidad

El proceso de desinstitucionalización ha implicado la creación de numerosas plazas en dispositivos de apoyo residencial - Hogares Protegidos y Residencias Protegidas - para otorgar soporte social a estas personas en un entorno comunitario, promotor de la inclusión social. Los *Hogares Protegidos* son una alternativa de vivienda y soporte social para personas con discapacidad mental e insuficiente o nula red de apoyo. Luego de esto, y atendiendo al perfil de la demanda, se implementan las *Residencias Protegidas*, con el propósito de dar cuenta de las necesidades “de

cuidado” de personas con discapacidad mental severa y con mayores niveles de dependencia, diferenciándose “de un Hogar Protegido por el mayor grado de complejidad técnica y psicosocial”⁹⁹.

Al año 2016, 1.786 personas viven en 151 Hogares Protegidos con 1.144 plazas totales y en 57 Residencias Protegidas con un total de 642 plazas. Todos los Servicios de Salud cuentan actualmente con oferta de Hogares Protegidos, mientras, 6 Servicios de Salud no cuentan con oferta de Residencias Protegidas (Antofagasta, Atacama, O’Higgins, Araucanía Norte, Aysén y Magallanes). El desarrollo de estos dispositivos explica buena parte de la reducción de camas de larga estadía, que estaban ocupadas por personas con promedios de estadía de cerca de 20 años, permitiéndoles una mejor calidad de vida en la comunidad.

En cuanto a los dispositivos o instancias de rehabilitación psicosocial, al año 2015 se contaba con 90 *Espacios o Programas de Rehabilitación (Centro Diurno)*, con un total de 2.580 plazas (2.487 para población adulta, 63 para población adolescente y 30 plazas no asignadas según tramo etario en el SS Valdivia). El 46% de éstos son de dependencia de Servicio de Salud (41 Centros), el 28% tiene dependencia municipal (25 Centros) y el 27% son centros privados en convenio (24 Centros).

Atención por Consumo de Sustancias.

El trabajo de salud mental en el área de Atención por Consumo de Sustancias, quedó incluido en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000 como una línea prioritaria de acción. El Estado de Chile, al igual que otros países, decidió para esta población proveer servicios de salud mental gestionados desde el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, a través del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Posteriormente, el año 2011 se convirtió en Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Para la atención de personas con problemas y trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, el *Programa de Atención en Alcohol-Drogas* considera oferta de intervenciones y tratamiento en los diferentes niveles de complejidad. Además, el Ministerio de Salud ha establecido 2 convenios de colaboración con SENDA y otros sectores del Estado. El primero de ellos (Convenio SENDA - MINSAL) con el propósito de implementar planes de tratamiento y rehabilitación en consumo perjudicial de drogas en la Red Asistencial del Ministerio de Salud, y el segundo MINSAL, SENDA, SENAME y Gendarmería de Chile (GENCHI) para generar una oferta de tratamiento especializada para la atención de adolescentes y jóvenes ingresados al sistema penal por la Ley N°20.084, que presentan consumo problemático de sustancias. El año 2015, se establecieron convenios con 305 centros de tratamiento, 205 públicos y 100 privados, lo que implicó instalar 79.285 meses de planes de tratamiento, de los cuales 9.754 meses son para

mujeres. Para población adolescente, se establecieron convenios con 104 programas o centros de tratamiento, 23 públicos y 81 privados, lo que implicó instalar 28.472 meses de planes de tratamiento, de los cuales el 12,98% fueron ejecutados en la red pública.

Atención de urgencias de Salud Mental

En la actualidad la atención de urgencia de salud mental no se encuentra incorporada plenamente a la atención de las urgencias en la red general de salud. Existen obstáculos para el traslado, para la atención efectiva y para la continuidad de cuidados de los usuarios que necesitan este tipo de atención. Existe atención por psiquiatra de urgencia en el Instituto Psiquiátrico (Servicio de Salud Metropolitano Norte) y en el Complejo Asistencial Barros Luco (Servicio de Salud Metropolitano Sur), ambos en la región metropolitana.

Nudos Críticos

Se ha identificado un conjunto de nudos críticos a través del proceso de construcción del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red de Salud, impulsado por la Subsecretaría de Redes, que se efectuó el año 2016, con la activa participación de los equipos de los Servicios de Salud y diversas agrupaciones de usuarios del país.

- A nivel de toda la red, se observa que la oferta ambulatoria sigue siendo insuficiente en cuanto a la calidad de la atención, y aunque hay experiencias relevantes de trabajo en continuidad de cuidados, en general no existe un acompañamiento articulado y compartido en la red que se haga cargo de la salud mental de las personas, familias y comunidades durante todo el curso de vida.
- La resolutividad de las atenciones en los distintos niveles de atención sigue siendo limitada, situación que se traduce en un bajo número de altas e insuficientes intervenciones psicosociales y de rehabilitación, así como una escasa referencia entre los distintos niveles asistenciales, lo cual puede resultar en la institucionalización de los usuarios vinculados en condición de dependencia a un dispositivo ambulatorio.
- En especial, se destaca la dificultad de acceso y baja resolutividad de las atenciones de salud mental en servicios de urgencia, sin haberse normado ni instalado la atención de urgencia de salud mental y psiquiatría en la red general de urgencias, ni el rol de la especialidad psiquiátrica en ella. Especial mención requiere la atención de las personas con conducta suicida y su continuidad de cuidados.
- Asimismo, se observa una fragmentación de la red de servicios de salud mental en los distintos niveles asistenciales, con falta de protocolos de referencia y contra referencia contruidos en red y de instancias de integración entre los distintos niveles de atención para

abordar casos específicos, lo que se traduce en la insuficiente implementación de procesos de derivación asistida y seguimiento de las personas, familias y comunidades en la red. Por otra parte, en muchos casos tampoco hay una interrelación y articulación armónica entre los distintos dispositivos de la red temática de salud mental y la red general de salud, produciendo segmentación de la atención, excesiva burocracia en la entrega de servicios y dificultades en el tránsito expedito de las personas en la red, afectando la continuidad de la atención de salud mental.

- La insuficiencia en herramientas de gestión que favorezcan la supervisión, el monitoreo y la evaluación del funcionamiento de la red complejizan la posibilidad de identificar falencias o brechas, y por ende, establecer estrategias para mejorar la gestión, teniendo como consecuencia un desarrollo inorgánico que dificulta la implementación de la red temática de atención en salud mental en el territorio de los Servicios de Salud del país.
- A su vez, es posible constatar que existe escasa integración de elementos con pertinencia cultural en los modelos de atención vigentes y en la formación de recursos humanos en salud. Se observan dificultades por parte de los equipos a incorporar estos elementos a la atención de salud de las personas, familias y comunidades. Se destaca la falta de mayor desarrollo técnico en la incorporación del enfoque de género, interculturalidad, migrantes y diversidad sexual⁹⁷.
- Representantes de los Servicios de Salud y de usuarios y familiares han planteado también que existe una insuficiente participación de usuarios y sus familiares en los dispositivos de salud, donde la atención y relación con las personas usuarias se establece principalmente a partir del diagnóstico y el problema de salud actual, sin considerar su participación como sujeto activo en el centro de salud. Además, existe una organización vertical de las acciones en salud mental, donde estas son estructuradas desde los dispositivos de la red y no desde y con la población de un territorio. Se observa una tradición paternalista del sistema de salud, con pocas instancias de participación efectiva de la comunidad en la planificación en salud, lo cual ocurre de igual forma en salud mental.

Nudos críticos en el Nivel Primario

- A nivel de las coberturas de tratamiento, la situación actual muestra una baja cobertura de atención de personas con trastornos mentales en la APS, llegando a un 19% de ellas. Y por otro lado, el número de prestaciones de salud que se entregan a estos usuarios también son insuficientes, llegando a un promedio de 4,2 atenciones de salud mental por persona, con variaciones importantes entre regiones y Servicios de Salud.

- La consultoría de salud mental en APS aún no se efectúa con regularidad y se verifica un descenso en el porcentaje de médicos de APS por Servicio de Salud que participan en consultoría⁵¹. También se observó una disminución en el porcentaje de médicos de atención primaria capacitados en salud mental y en el porcentaje de centros con al menos un médico capacitado⁵¹.
- En los centros de APS no se privilegian las consultorías. La gran demanda asistencial hacia médicos y otros profesionales, sumado a las metas de gestión, ha restringido la participación de los equipos en instancias de consultoría, subvalorando la importancia de esta estrategia para la articulación y resolutiveidad de la red.

Nudos Críticos en el Nivel de Especialidad

- Los Centros de Salud Mental Comunitaria son insuficientes en cantidad para dar una respuesta satisfactoria a la población en cuanto al acceso, oportunidad y calidad de la atención, lo que se agudiza más en la población infanto-adolescente, donde la oferta es aún menor, existiendo una brecha de 99 Centros
- El desarrollo de los Centros de Salud Mental Comunitaria ha sido heterogéneo a lo largo del territorio nacional, existiendo notables diferencias en su implementación. Esto se ha traducido en prácticas diversas, que se expresan en desarrollos variados, que van desde un enfoque comunitario territorial con ejercicio de derechos hasta los que responden a una mirada tradicional de atención. Estos grados de desarrollo pueden explicarse por la falta de un marco técnico que regule el funcionamiento de los Centros, que a su vez puede asociarse a la falta de priorización de la temática de salud mental en la política pública. No obstante, es posible relevar la capacidad de los distintos equipos para resolver nudos críticos en diversas áreas, tanto administrativos, financieros, recursos humanos, de infraestructura, entre otras⁹⁷.
- El despliegue de los Centros ha sido insuficiente en cantidad para dar una respuesta satisfactoria a la población en cuanto al acceso, oportunidad y calidad de la atención, lo que ha significado que la población se atienda en centros no vinculados a la comunidad (CDT, CAE, CRS, Policlínicos de Especialidades), y por otro lado, la sobredemanda en los Centros de Salud Mental Comunitaria existentes, lo que se agudiza más en la población infanto-adolescente, donde hay más listas de espera⁹⁷.
- La atención de salud mental de niños, niñas y adolescentes presenta importantes brechas en todos los niveles, especialmente en la especialidad ambulatoria, tensionando las redes de salud con otros sectores como el de protección de la infancia, educación y tribunales para lograr una resolución más oportuna.

- Existe también una importante brecha de plazas de hospital de día tanto para adultos como para población infanto-adolescente.
- En el nivel de especialidad, la asignación estandarizada de recursos basada en el número de beneficiarios y beneficiarias no considera las variables geográficas y culturales que producen diferencias en el costo de las atenciones en salud mental. Como consecuencia de esto, la oferta disponible se concentra principalmente en zonas urbanas, quedando sin cobertura territorios que son de difícil acceso por las características geográficas del país, por lo cual la equidad en la distribución de los recursos en salud mental, acorde a los principios del Modelo Comunitario, es un tema aún pendiente.
- Se destaca la falta de mayor desarrollo técnico en la atención y cuidados de personas con problemas de alcohol y drogas incorporando el enfoque de género, interculturalidad, migrantes y diversidad sexual⁹⁷. Por otro lado, se evidencia una brecha de programas comunitarios intensivos para adolescentes con consumo problemático de alcohol y/o drogas, cercanos a los territorios donde viven los jóvenes.

Nudos críticos en la Atención Terciaria

- Existen 3 Servicios de Salud que no poseen UHCIP Adulto y solo 14 de los 29 Servicios de Salud poseen UHCIP Infanto-adolescente. Cerca del 50% de la oferta de camas de UHCIP tanto para adultos como para población infanto-adolescente se encuentra en la Región Metropolitana.
- Si bien se ha avanzado en la instalación de UHCIP en Hospitales Generales, aún existe un importante porcentaje de la oferta de estas camas al interior de Hospitales Psiquiátricos (40% adultos y 26% infanto-adolescente). En 3 de los 4 Servicios de Salud que aún cuentan con Hospitales Psiquiátricos, toda la oferta de camas de UHCIP para población adulta está concentrada en dichos establecimientos, haciendo presumir un efecto inhibitorio sobre el desarrollo de Servicios de Psiquiatría en los Hospitales Generales de la Red de Salud.
- Las personas que se encuentran actualmente en las Unidades de Hospitalización de Mediana Estadía muchas veces provienen de zonas alejadas. Ello conlleva la gran dificultad de trabajar su rehabilitación e inclusión sociocomunitaria en sus comunidades de origen, tanto mientras está hospitalizada en la unidad, como para darle continuidad a su proceso de rehabilitación a su egreso, por el desarraigo natural que se produce. Sumado a esto, se observan deficiencias en la continuidad de cuidados de los equipos ambulatorios en los lugares de origen y brechas en residencias y hogares, impactando en los resultados de la atención entregada en las unidades de Mediana Estadía. Por tanto, no se justifica el ingreso de personas referidas desde territorios alejados a estas unidades, siendo necesario crear respuestas locales a las necesidades de usuarios con este perfil.

- En relación al perfil de población usuaria de las unidades de mediana estadía, se observa que en estas unidades se encuentran hospitalizadas personas que presentan diversas complejidades psicopatológicas, en condiciones sociales de abandono o sin redes de apoyo que, una vez estabilizadas clínicamente, no pueden ser dadas de alta, precisamente, por no contar con un soporte familiar y/o de apoyo que facilite su inclusión social. Esto ha significado que las plazas de Mediana Estadía sean ocupadas como larga estadía, siendo el sistema sanitario el que ha tenido que cubrir esta brecha de desigualdad social, lo que disminuye las posibilidades de ingreso a otras personas afectadas por problemáticas de salud mental que lo requieren.
- Finalmente, aún existen personas que por largos años han vivido en los hospitales psiquiátricos, que aún no han egresado a dispositivos comunitarios. Ellas ocupan 372 camas de larga estadía en 3 de los hospitales psiquiátricos y Clínica Raquel Gaete, donde permanecen 146 personas hospitalizadas en convenio con el Instituto Horwitz.

Nudos críticos en la Atención por Consumo de Sustancias.

- Aún la atención de personas con consumo de sustancias se gestiona de manera fragmentada en la red de salud, lo que dificulta la atención integral de las personas y la continuidad de sus cuidados.
- La financiación por parte de SENDA de una parte importante de la oferta de atención por consumo de sustancias psicoactivas, ha generado dificultades en la integración de los equipos adscritos a los convenios, a la red de salud, lo cual, tiene un impacto en el acceso a una atención integral en salud, así como diferencias de índole administrativo que no permiten el acceso del personal a honorarios a las instancias de capacitación disponibles para el personal a contrata y titular.

Nudos críticos en la Atención de urgencias de Salud Mental

- En la actualidad la atención de urgencia de salud mental no se encuentra incorporada plenamente a la atención de las urgencias en la red general de salud. Existen obstáculos para el traslado, para la atención efectiva y para la continuidad de cuidados de los usuarios que necesitan este tipo de atención.

2.2 Situación Óptima Deseada

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.

Los servicios de salud mental promoverán la participación protagónica de la persona usuaria en todos los procesos de su atención, planes individualizados con participación y respeto por las preferencias de los usuarios, así como en sus propios procesos de recuperación, de acuerdo al estándar OMS.

La atención y el cuidado en salud mental se sustentan en la identificación y abordaje de los determinantes sociales tanto en el diseño de las políticas públicas, como en su implementación. En cada nodo de atención de la Red Temática de Salud Mental, las acciones que se realicen deberán garantizar el ejercicio de los derechos humanos y de ciudadanía de las comunidades, familias y personas.

El desafío de hoy es lograr que la Red Temática de Salud Mental, a partir de una organización y funcionamiento eficiente y eficaz en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, promueva la salud mental y resuelva, con estándares de calidad, las necesidades de salud mental de la población, asegurando el acceso a la atención, favoreciendo la inclusión sociocomunitaria y el ejercicio pleno de los derechos de las personas.

La organización de la atención y el cuidado en cada nodo de atención de la Red Temática de Salud Mental, funcionará sustentado en un modelo de gestión, basado en criterios y estándares de calidad, y en el conocimiento de su población adscrita que oriente la adecuación de sus acciones a las necesidades de una comunidad que vive en un territorio con particulares características y pertinencia cultural. Así también, esta red temática estará enfocada en brindar atenciones oportunas y pertinentes a los grupos excluidos o en condiciones de vulnerabilidad social.

Los nodos de atención se organizan en redes territoriales, permitiendo desplegar acciones de atención y cuidados en salud mental, de manera integral e integrada. El desarrollo de la Red Temática de Salud Mental tendrá como objeto lograr que los nodos de atención se encuentren organizados y articulados en función de resolver y satisfacer las necesidades en salud mental de las personas, sus familias y comunidades, considerando las características epidemiológicas, sociodemográficas, económicas, culturales y geográficas con identificación de aquellos grupos con mayores inequidades que requieren estrategias diferenciadas para superarlas, como son por ejemplo los niñas, niños y adolescentes en sistema de protección social, las personas en situación de calle, la población inmigrante, población LGTBI y otras.

Cada Servicio de Salud organiza sus recursos de acuerdo a una planificación con el conocimiento de sus diversas comunidades y diagnóstico de sus necesidades, en concordancia al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y

Comunitario. La organización de esta red temática permite a cada Servicio de Salud ser autosuficiente y contar con oferta adecuada para todas las personas, en cada uno de los nodos de atención de los territorios bajo su responsabilidad. Solo excepcional y exclusivamente para necesidades de gran complejidad y escasa representación epidemiológica es aceptable la resolución a nivel regional^{xiv}, que exceda el territorio del servicio de salud.

Desde el nivel central se elaboran los lineamientos técnicos adecuados para el funcionamiento de las redes, los que deben ser construidos participativamente con actores claves. Para optimizar su operación y permitir los avances en su desarrollo, los Servicios de Salud deben adaptar los lineamientos técnicos a sus realidades locales.

En cuanto a la Provisión de Servicios óptimos en Salud Mental, se requiere que cada línea del Plan cumpla con sus objetivos, pues es imposible crecer en oferta sin financiamiento, mejorar la calidad de las intervenciones sin procesos de calidad apoyados en planes institucionales, relevar los derechos de las personas sin los marcos jurídicos apropiados y, dar prestaciones óptimas sin recursos humanos competentes y suficientes, y sin la participación de las personas, la comunidad y el intersector.

La Red Temática de Salud Mental se organiza en torno a un primer nivel de atención de salud que se focaliza en el fomento a la salud, apoyo a la resolución de problemas y a la atención y cuidados de la mayoría de las personas con trastornos mentales. Este nodo es el centro comunicador de las redes de atención de salud a través del cual se define la demanda de atención hacia los otros nodos de mayor densidad tecnológica y se coordinan los flujos del sistema por donde transitan las personas. La ubicación estratégica de este primer nivel de atención, permite a la red temática de salud mental organizar sus acciones de acuerdo a las necesidades y características de la población, optimizando el uso de recursos y proveyendo servicios equitativos y de calidad.

En este nivel el rol de la Atención Primaria incluye la promoción de la salud mental en diferentes contextos: familia, escuela, trabajo y comunidad, focalizando en diversos grupos a través del curso de vida, y actuando en todos los contactos y atenciones que realiza con su población a cargo. Acciones encaminadas por ejemplo al desarrollo de habilidades parentales, trabajo intersectorial para el desarrollo emocional y social de los niños en la escuela, promoción de la participación comunitaria, etc. y potenciando las variables que mejoran el bienestar social y comunitario, tales como la habilidad para disfrutar de la vida, la capacidad de enfrentar los desafíos de la vida, el bienestar emocional y espiritual; las relaciones sociales y el respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal.

^{xiv} En el anexo N°1 se explicitan los atributos que debe tener la Red Temática de Salud Mental.

El abordaje de los factores psicosociales por el equipo de salud de cabecera, deben ser reforzados tanto como las acciones de promoción, prevención y detección precoz en salud mental a lo largo del curso de vida. También es importante reforzar estrategias para involucrar a la comunidad en la elaboración de un diagnóstico en salud que permita valorar y responder a las necesidades percibidas por la población usuaria⁹⁷.

Las estrategias de apoyo a la formación y desarrollo de grupos de autoayuda y de incorporación de gestores comunitarios, son implementadas, en todos los centros de atención primaria.

Por su parte, los nodos de especialidad ambulatoria de la Red Temática de Salud Mental, se centrarán en la atención y cuidados de las personas con trastornos mentales en situación de gravedad, complejidad y vulnerabilidad, cuyo contexto familiar y comunitario requiere de una red territorializada con despliegue de estrategias y acciones que promuevan su bienestar, recuperación e inclusión social. El Centro de Salud Mental Comunitaria es el nodo intercomunicador entre el primer nivel de atención y los nodos de atención cerrada.

La efectividad del tratamiento ambulatorio en términos clínicos, así como en términos de desempeño y funcionalidad está ya probada. Esto ha orientado la tendencia mundial hacia la definición de sistemas de salud mental principalmente ambulatorios, con servicios de hospitalización episódicos en casos de descompensaciones. Estos servicios se han planificado integrados en los servicios hospitalarios generales, con el fin de mejorar la atención de salud integral de las personas con enfermedades mentales y evitar el estigma asociado a las instituciones monovalentes.

De acuerdo a los criterios de salud pública que subyacen al modelo de salud mental comunitaria la atención ambulatoria de especialidad en salud mental debe estar establecida en el territorio de los usuarios. De este modo los procesos de continuidad de cuidados, articulación con la atención primaria, la incorporación de las variables culturales locales y de los recursos psicosociales locales para mantener la condición de salud y permitir la recuperación e inclusión sociocomunitaria de las personas, serán optimizados. Esto implica que los hospitales deben dejar de tener policlínicos de especialidad adosados y que la atención de especialidad debe establecerse en el territorio. Es por ello, que el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental plantea que los dispositivos adecuados son los Centros de Salud Mental Comunitaria, adecuadamente dotados para realizar el conjunto de actividades que el trabajo de la especialidad en salud mental requiere.

Los actuales Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) deben transitar hacia los ya proyectados “Centros de Salud Mental Comunitaria”, así como los consultorios de atención primaria están transitando a los centros de salud familiar. Estos, denominados CESFAM, encarnan un nuevo modelo de atención, mucho más personalizado, centrados en la atención de equipos de sector, y van de la mano de nueva infraestructura y un nuevo diseño de sus actividades. Del mismo modo los Centros de Salud Mental Comunitaria permiten la real expresión del modelo comunitario en el territorio.

Estos Centros de Salud Mental Comunitaria ya están en proceso de implementación, vinculados al Modelo de Gestión de Centros de Salud Mental Comunitaria, y sobre esa base se ha hecho la asignación de recursos.

Los actuales Centros Comunitarios de Salud Mental y los equipos ambulatorios de salud mental de los hospitales, deben transformarse en este tipo de centros, para lo cual se diseñará un proceso de acompañamiento para la transformación o la normalización de estos dispositivos, dotándolos adecuadamente de recursos humanos, de operación y de infraestructura. Se requiere un plan de gestión del cambio, que implique modificar sus procesos de atención y de vinculación con las redes.

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

La prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del Estado y de la sociedad en su conjunto, y asimismo, un derecho de las personas con discapacidad y de su familia. 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.

En este sentido, es preciso incorporar acciones que prevengan la discapacidad en la Atención Primaria de Salud, desde el primer contacto de las personas con problemas o enfermedad mental en la red, introduciendo la rehabilitación y la recuperación (recovery) en todo el continuo de atención de las personas en la red temática de salud mental, y no restringiendo estas acciones únicamente a ciertos nodos de atención.

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 merman la calidad de vida de estas personas y sus redes de apoyo. Debe estar centrada en la persona y en su contexto de vida, durante el tiempo que sea necesario. Comprende 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.

La hospitalización en salud mental debe desarrollarse en los hospitales generales de Mediana y Alta Complejidad, debiendo ser resolutivos de las necesidades de hospitalización de su población a cargo, trabajando integradamente con los otros nodos de la red para la continuidad del cuidado, en consonancia con el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. Esto sin perjuicio de aquellas hospitalizaciones que sean necesarias, pertinentes, convenientes y sustentables en hospitales que no cuenten con camas de hospitalización psiquiátrica.

Para completar el compromiso compartido de desinstitucionalización, se planifica la transformación de los hospitales psiquiátricos en el contexto de sus territorios de influencia, proceso que se debe dar articuladamente con los Servicios de Salud y el nivel central.

En concordancia con el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, los hospitales psiquiátricos deben avanzar en reconvertir sus recursos en los componentes de la red territorial. Es decir, las Unidades de Mediana Estadía que funcionan en los hospitales psiquiátricos, deberán convertirse en Unidades de Rehabilitación Intensiva y Tratamiento Integral Comunitarias, o bien instalarse como Unidades al interior de hospitales generales, dependiendo del estado de desarrollo de la red del Servicio de Salud al cual pertenecen. La elaboración de este modelo ha sido clave para determinar la cartera de servicios y la dotación de recursos humanos adecuada para responder a las necesidades de salud mental de las personas atendidas y llevar a cabo el quehacer técnico de alta intensidad que se requiere para la recuperación de estas personas. Aspectos que finalmente impactan en los requerimientos de infraestructura, en términos funcionales, espaciales y arquitectónicos, como también, en el enfoque de atención y cuidados integrales para la rehabilitación intensiva.

La atención de urgencia de salud mental estará incorporada plenamente a la atención de las urgencias en la red general de salud. Existirán protocolos para garantizar el traslado, la atención efectiva, el soporte psiquiátrico y la continuidad de cuidados de los usuarios que necesitan este tipo de atención.

Los requerimientos de psiquiatría forense se resolverán en una subred especializada, con resolutiveidad regional salvo excepciones fundadas, que funcionará articulada con el resto de la red de salud y la red temática de salud mental, y se centrará en la oferta terapéutica por sobre la pericial. La Comisión de Psiquiatría Forense será un recurso efectivo de coordinación intersectorial y de definición de las responsabilidades de cada actor institucional involucrado.

2.3 Plan de Acción

Objetivo estratégico N°1: Instalar un Modelo de Gestión de la Red Temática de salud mental dentro de la red pública de salud.

Estrategias:

- a) Oficializando un modelo de gestión de la red temática de salud mental dentro de la red de salud.
- b) Desarrollando procesos de Gestión del Cambio en Salud Mental y fortaleciendo en las redes de los Servicios de Salud la capacidad de gestión en salud mental.
- c) Fortaleciendo el rol de la autoridad sanitaria regional en materia de salud mental y la colaboración de ésta con los Servicios de Salud para la instalación del modelo de gestión.
- d) Evaluando periódicamente la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental.

Metas:

- Al año 2018 se encuentra formalizado el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental por parte del MINSAL.
- Al año 2018 el MINSAL ha apoyado el proceso de gestión del cambio en la implementación del modelo a través de asesoría en terreno y jornadas macrozonales.
- Al año 2020 el MINSAL ha efectuado un estudio sobre la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental, de alcance nacional con representatividad a nivel de centro de Atención Primaria.

Objetivo estratégico N°2: Promover la salud mental en la población general y en grupos específicos.

Estrategias:

- a) Reforzando y fortaleciendo estrategias de promoción de la salud mental en APS, en el marco del plan comunal de promoción.
- b) Promoviendo acciones de promoción de la salud mental en otros sectores y colaborando con ellas en el marco del plan comunal de promoción.
- c) Involucrando a los distintos nodos de la Red Temática de Salud Mental en las actividades del plan comunal de promoción.
- d) Potenciando la participación de la comunidad en los aspectos de salud mental del plan comunal de promoción.
- e) Incorporando gestores comunitarios a los centros de APS, para fortalecer el trabajo de articulación y desarrollo comunitario.

Metas:

Al año 2025, el total de los nodos de atención ambulatoria de la Red Temática de Salud Mental incorporan la promoción de la salud mental y participan activamente en los planes comunales de promoción en el 75% de las comunas.

Objetivo estratégico N°3: Prevenir la aparición, promover la detección precoz de los trastornos mentales en las personas y minimizar los efectos negativos de la enfermedad en la persona, su familia y comunidad

Estrategias:

- a) Reforzando y fortaleciendo estrategias de prevención de trastornos mentales con enfoques de curso de vida y de género, con énfasis en la APS.
- b) Reforzando las acciones de prevención en colaboración con otras áreas de la salud y otros sectores.
- c) Desarrollando acciones de prevención de conductas de riesgo en salud mental orientado hacia la población general.
- d) Actuando sobre los determinantes sociales en las comunidades.
- e) Difundiendo y apoyando el ejercicio de derechos de las personas con trastornos mentales.
- f) Erradicando el estigma y la discriminación.

- g) Potenciando la organización de usuarios y familiares en las comunidades.
- h) Apoyando la formación y desarrollo de grupos de autoayuda en los centros de APS

Metas:

- Al año 2020, al menos 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 la organización 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, los distintos nodos y la comunidad.

Objetivo estratégico N°4: Incorporar al mundo del trabajo como sector relevante para la promoción, prevención y protección de la salud mental.

Estrategias:

- a) Desarrollando en la Red de Salud la capacidad de pesquisa, diagnóstico precoz, tratamiento e intervención de la enfermedad 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.
- b) 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.
- c) Generando acciones de vinculación con empresas y trabajadores organizados para la promoción y prevención en salud mental, incluyendo acciones contra el estigma.

Metas:

- Al año 2020, un 50% de los Servicios de Salud han incorporado 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 diagnóstico precoz, tratamiento e intervención de enfermedades mentales de origen laboral.

Objetivo estratégico N°5: Mejorar el acceso oportuno de las personas a la atención ambulatoria en Salud Mental mediante la implementación del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental

Estrategias:

- a) Rediseñando la red temática de salud mental con enfoque territorial para superar las barreras de acceso con énfasis en poblaciones en situación de vulnerabilidad, para quienes los mecanismos habituales de atención resultan insuficientes o incompatibles
- b) Fortaleciendo la provisión de servicios de salud mental en la Atención Primaria de Salud.
- c) Potenciando la atención ambulatoria de especialidad, a través del desarrollo de Centros de Salud Mental Comunitaria, basado en los modelos de gestión de la Red de Salud Mental y de este nodo.
- d) Cerrando la brecha de dispositivos y recursos de atención ambulatoria de especialidad en salud mental.

Metas:

- Al año 2018, el 100% de los Servicios de Salud ha actualizado su diseño de Red Temática de Salud Mental de acuerdo al Modelo de Gestión de la Red Temática, y ha elaborado un Plan de Implementación para la resolución de sus brechas estructurales, funcionales y conceptuales.
- Al año 2025, el 100% de los Servicios de Salud tienen implementado al menos el 80% del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, de acuerdo a los indicadores de su plan de implementación.
- Al año 2025 se habrá aumentado a un 40% la cobertura de atención de las personas con trastornos mentales en la APS, con énfasis en subpoblaciones con barreras de acceso, como son los niños y adolescentes institucionalizados, pueblos originarios, migrantes, personas en situación de calle, y otras.
- Al año 2020, al menos el 15% de los Centros de Salud Mental Comunitaria actuales cuentan con su Modelo de Gestión implementado^{xv}.
- Al año 2025, al menos el 50% de los Centros de Salud Mental Comunitaria actuales tienen el Modelo de Gestión implementado.

^{xv} Se entenderá que un nodo o punto de atención de la red tiene su Modelo de Gestión implementado cuando se haya normalizado de acuerdo a las orientaciones del Modelo de Gestión respectivo: infraestructura, recursos humanos, equipamiento y operación, así como funcionamiento en coherencia con el Modelo de Atención.

- Al año 2025, se habrá disminuido la brecha de Centros de Salud Mental Comunitaria considerando la implementación de al menos, 5 nuevos Centros anualmente.

Objetivo estratégico N°6: Mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de la atención y cuidados brindados a las personas en la Red Temática de salud Mental con enfoque de derechos humanos.

Estrategias:

- a) Mejorando las competencias en salud mental del equipo de la Atención Primaria de Salud.
- b) Fortaleciendo las consultorías en salud mental de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes.
- c) Estableciendo mecanismos de articulación entre los centros especializados de salud mental y los centros rurales de la Atención Primaria de Salud, tales como protocolos, equipos móviles, incorporación de salud mental en las rondas, tele-psiquiatría.
- d) Aumentando la atención a personas con trastornos psiquiátricos severos compensados en los Centros de Atención Primaria.
- e) Relevando el enfoque de derechos humanos en la atención de personas con enfermedad mental.
- f) Implementando de forma transversal estrategias de prevención de la discapacidad, de rehabilitación e inclusión sociosanitaria, en conjunto con el intersector.
- g) Relevando el enfoque de “recuperación” (recovery) en la atención de personas con enfermedad mental, en el que ellas son “expertas” en el manejo de su enfermedad, y pueden acceder a un mayor nivel de poder en el control de sus vidas y de su proceso de atención.

Metas:

- Al año 2020, las redes temáticas de salud mental del 100% de los Servicios de Salud efectúan regularmente al menos una capacitación al año en el ámbito de la salud mental, con enfoque de ejercicio de derechos, y de recuperación e inclusión sociocomunitaria, dirigida a los equipos de la Atención Primaria de Salud y al conjunto de la Red.
- Al año 2020, en el 100% de los establecimientos de APS se ejecuta consultorías de acuerdo a las Orientaciones Técnicas para Consultorías.

- Al año 2020 se habrá aumentado en un 20%, respecto de la línea base del año 2017, la atención a personas con trastornos psiquiátricos severos compensados en los Centros de Atención Primaria.
- Al año 2020, del total de personas que se atienden por salud mental en cada Servicio de Salud, el 85% de ellas se atienden en la APS.
- Al año 2025, del total de personas que se atienden por salud mental en cada Servicio de Salud, el 90% de ellas se atienden en la APS.
- Al año 2025, el 100% de los Servicios de Salud tienen establecidos protocolos de articulación entre los centros especializados urbanos y los centros rurales de la Atención Primaria de Salud.

Objetivo estratégico N°7: Asegurar la continuidad de los cuidados.

Estrategias:

- a) Asegurando que el componente de salud mental de la planificación y programación en red entre los distintos niveles de atención se lleve a cabo.
- b) Implementando sistemas de comunicación e información integrados.
- c) Estableciendo un sistema que asegure la asignación de horas de control, coordinación, confirmación y seguimiento de la población atendida en salud mental.
- d) Elaborando e implementando protocolos de atención que promuevan la continuidad de cuidados, integrando en el proceso de elaboración a los distintos niveles de atención.
- e) Estableciendo el vínculo entre el usuario y el equipo de salud, con un enfoque centrado en la persona, comprendiendo su motivo de consulta y las necesidades como él/ella las percibe, favoreciendo su participación activa en el proceso de atención, apoyando su propio proceso de recuperación (recovery) e inclusión sociocomunitaria, en un trabajo conjunto con el intersector, y evaluando los resultados de la atención de acuerdo los objetivos que él/ella se ha fijado.
- f) Implementando protocolos que aseguren la continuidad de cuidados en la red a las personas con riesgo suicida, especialmente a las detectadas en la atención de urgencia.
- g) Implementando nuevas estrategias de cuidados, tales como acciones de rescate, apoyo clínico integral de psiquiatría en el domicilio, y gestor terapéutico como parte de los equipos de salud mental.
- h) Estableciendo un sistema de servicios farmacéuticos que garantice el acceso de las personas a los fármacos que requieren para el tratamiento de salud mental, en su lugar de vida.

- i) Implementando tele-psiquiatría en todos los Servicios de Salud con alta dispersión geográfica
- j) Generando mecanismos de gestión de espera y continuidad de cuidados para el acceso a todos los nodos de la Red Temática de Salud Mental.
- k) Generando mecanismos de prevención y gestión de las hospitalizaciones administrativas.

Metas:

- Al año 2020, el 100% de los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental de los Servicios de Salud tienen implementado un sistema de asignación de horas de control, coordinación, confirmación y seguimiento de su población atendida.
- Al año 2020, todos los Servicios de Salud cuentan con protocolos de atención vigentes y en uso efectivo, para los principales problemas de salud mental, incluyendo el riesgo suicida, que promueven la continuidad de cuidados en la red, elaborados en conjunto por los distintos niveles de atención.
- Al año 2020, el 100% de los Servicios de Salud cuentan con servicios farmacéuticos para salud mental, que garantice el acceso de las personas a los fármacos que requieren, en su lugar de vida.
- Al año 2020, el 50% de los dispositivos han incorporado el enfoque centrado en la persona, de acuerdo a estándares fijados por MINSAL.
- Al año 2025, existen programas de Apoyo Clínico Integral de Psiquiatría en Domicilio, evaluados y validados en el 50% de los Servicios de Salud.

Objetivo Estratégico N°8: Mejorar el acceso oportuno y pertinente, con enfoque de derechos humanos, a la atención intensiva tanto ambulatoria como cerrada de especialidad.

Estrategias:

- a) Cerrando las brechas de dispositivos de atención intensiva, ambulatoria y cerrada en salud mental, con énfasis en Hospitales Diurnos, Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) en Hospitales Generales, y Unidades de Rehabilitación Intensiva Comunitaria y Tratamiento Integral.
- b) Completando el proceso de desinstitucionalización de las personas residentes en hospitales psiquiátricos y clínicas de larga estadía en convenio.
- c) Promoviendo la gestión intersectorial de los apoyos residenciales para personas con discapacidad de causa mental.

- d) Implementando acciones de supervisión de derechos humanos en los dispositivos de hospitalización, realizados por las Comisiones de Protección de Personas con Enfermedad Mental.

Metas:

- Al año 2020, al menos el 15% de los Hospitales de Día Adultos e Infanto-Adolescentes actuales cuentan con su Modelo de Gestión implementado.
- Al año 2025, al menos el 50% de los Hospitales de Día Adultos e Infanto-Adolescentes actuales tienen el Modelo de Gestión implementado.
- Al año 2025, considerando la implementación de al menos 6 nuevos Hospitales de Día Adultos e Infanto-Adolescentes anualmente, existirán al menos 42 nuevos Hospitales de Día en el país.
- Al año 2018, todos los proyectos hospitalarios de mediana y alta complejidad en etapa de diseño incorporan UHCIP adulto e infanto-adolescente de acuerdo al modelo de gestión y diseño de su red.
- Al año 2025, el 100% de los Servicios de Salud cuentan con capacidad de resolver en su territorio las necesidades de hospitalización en UHCIP de adultos e infanto-adolescentes en hospitales generales.
- Al año 2025, el 100% de los Servicios de Salud cuentan con Unidades de Rehabilitación Intensiva Comunitaria y Tratamiento Integral para población adulta y adolescente.
- Al año 2025, el 100% de las personas que vivían en los hospitales psiquiátricos y clínicas de larga estadía, residen con sus familias o en dispositivos comunitarios autorizados, de acuerdo a sus necesidades.
- Al año 2025, el 100% de los dispositivos de hospitalización tienen al menos una visita de supervisión de derechos humanos al año, por parte de las Comisiones de Protección de Personas con Enfermedad Mental.

Objetivo Estratégico N° 9: Integrar la atención de las urgencias de salud mental en la red de urgencia general

Estrategias:

- a) Definiendo protocolos de categorización en la atención de urgencia que establezcan la priorización de las personas con trastornos mentales con o sin conductas perturbadoras, con especial atención a personas con conducta suicida, para garantizar así su acceso oportuno y procedimientos que aseguren la continuidad de cuidados en la red.

- b) Instalando el soporte psiquiátrico especializado a la red de urgencias general.
- c) Estableciendo protocolos de traslado que definan los procedimientos de protección de salud, seguridad del paciente y del equipo, manejo de conductas perturbadoras o de riesgo con enfoque de derechos^{xvi}, y los eventuales roles y responsabilidades de las fuerzas públicas de seguridad y orden, en miras a garantizar los derechos humanos de las personas.

Metas:

- Al año 2018 se contará con un protocolo para la atención de Urgencia y de traslado para personas con trastornos mentales con o sin conductas perturbadoras.
- Al año 2020 el 100% de las redes de Urgencia del país ha implementado el protocolo de procedimiento de atención de Urgencia, traslado y continuidad de cuidados en la red para personas con trastornos mentales con o sin conductas perturbadoras.

Objetivo Estratégico N°10: Mejorar la vinculación entre la salud general y la salud mental.

Estrategias:

- a) Promoviendo la capacitación en salud mental del conjunto de profesionales y técnicos del equipo de sector en los centros de atención primaria.
- b) Promoviendo la formación en salud mental para médicos generales, médicos en destinación y formación, médicos en especialización en Medicina Familiar y en especialización en Urgencias.
- c) Promoviendo la formación en Psiquiatría de Enlace de Médicos Psiquiatras de Adultos y de Infanto-Adolescentes y la creación de equipos de Psiquiatría de Enlace en los hospitales generales del país, que se desempeñen con enfoque de red sanitaria.

Metas:

- Al año 2018, el MINSAL generará una orientación técnica para el desarrollo de las Unidades de Psiquiatría de Enlace, psicología de la salud y medicina psicosomática en los hospitales generales de alta y mediana complejidad.
- Al año 2025, en el 100% de los Servicios de Salud existen y operan programas de capacitación en salud mental para el conjunto de profesionales y técnicos del equipo de sector en los

^{xvi} Siempre iniciando por la contención psicológica.

centros de atención primaria, y al menos el 70% de profesionales y técnicos de la dotación vigente de APS han sido capacitados en el período 2016 - 2025.

- Al año 2025, se habrá pactado que el 100% de los Programas de especialización en Medicina Familiar y en especialización en Urgencias que se desarrollan en campos clínicos del sistema público de salud y cuentan con alumnos financiados por el Ministerio de Salud, incluyen formación teórica y práctica reglada respecto a salud mental.
- Al año 2025, el 50% de los hospitales generales de alta y mediana complejidad cuenta con equipos de Psiquiatría de Enlace, que se desempeñan con enfoque de Red sanitaria.
- Al año 2025 existen en el país Programas de Sub-especialización en Psiquiatría de Enlace para Médicos Psiquiatras de Adultos e Infanto-Adolescentes, que se desempeñan con enfoque de red, capaces de satisfacer en su oferta formativa las necesidades del sistema público de salud.

Objetivo Estratégico N°11: Desarrollar una subred de psiquiatría forense, con resolutiveidad regional, integrada a la red de salud y la red temática de salud mental.

Estrategias:

- a) Definiendo las responsabilidades sectoriales de salud en el ámbito de la psiquiatría forense como centradas en el trabajo terapéutico.
- b) Fortaleciendo el trabajo de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense.
- c) Promoviendo la suficiencia resolutive en psiquiatría forense a nivel de cada región del país, promoviendo la colaboración inter Servicios de Salud a nivel regional.
- d) Garantizando el desarrollo coherente de los dispositivos forenses en el marco de la Red Temática de Salud Mental.
- e) Promoviendo la capacitación en psiquiatría forense en armonía con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Metas:

- Al año 2019, se habrán definido institucionalmente las responsabilidades sectoriales de salud en el ámbito de la psiquiatría forense como centradas en el trabajo terapéutico.
- Al año 2020, se incluirá de manera coherente, la resolución de las necesidades de psiquiatría forense de la población a cargo, en los rediseños de la Red Temática de Salud Mental de los Servicios de Salud, en el marco de la definición de las responsabilidades sectoriales al respecto.

- Al año 2019, se habrá definido institucionalmente un plan de desarrollo de la oferta de salud en el ámbito de la psiquiatría forense con resolutiveidad regional, y se incluirá su ejecución progresiva en los presupuestos anuales del sector.
- Al año 2019, se habrá conveniado la existencia en el país Programas de Capacitación en Psiquiatría Forense para Médicos Psiquiatras de Adultos y de Infanto-Adolescentes y para Profesionales y técnicos en ambos ámbitos, orientados con enfoque de Red sanitaria, capaces de satisfacer en su oferta formativa las necesidades del sistema público de salud.
- Al año 2020 se habrá conveniado la existencia en el país Programas de Subespecialización Médica en Psiquiatría Forense, que garanticen su desempeño con enfoque de Red sanitaria, capaces de satisfacer en su oferta formativa las necesidades del sistema público de salud.



3) LÍNEA FINANCIACIÓN

La financiación es más que un presupuesto, es un medio para conseguir un fin. Según lo planteado en Financiación de la Salud Mental, *“la financiación es el mecanismo por el cual los planes y las políticas se transforman en actuaciones mediante la asignación de recursos. Con una financiación adecuada, se puede crear una base de recursos para las operaciones y la prestación de servicios, el desarrollo y despliegue de una fuerza de trabajo entrenada, así como las infraestructuras y tecnologías sanitarias. La financiación es un bloque fundamental sobre el que descansan otros aspectos claves del sistema”*¹⁰⁰.

La línea de financiación tiene relación con la generación de información relativa al gasto en salud mental, al uso racional de recursos y a la gestión para financiar las acciones en salud mental, de forma tal que se logre disminuir la brecha de recursos, pero también apoyar con recursos el desarrollo de estrategias de mejora de servicios que impacten en los usuarios y usuarias.

Es relevante recalcar la importancia del sistema de financiación y su relación directa con el modelo comunitario de atención en salud mental, ya que debe permitir asignar los recursos en base a las prioridades definidas en este modelo, asegurando a los/as usuarios/as un acceso oportuno a la atención, cobertura y protección financiera, una atención integral en el sistema sanitario, continuidad de cuidados en el tránsito a través de la red y permitiendo una completa rehabilitación e inclusión en su comunidad. En el anexo N° 2 se presentan algunos modelos de Financiación y Medios de Pago de Salud en el Mundo y se describe el financiamiento del sector público de salud en Chile.

Por ende, el objetivo de la LÍNEA DE FINANCIACIÓN es, “Desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que provea de una cantidad y tipo de recursos que permitan realizar acciones costo-efectivas y modificaciones organizacionales definidas por el Plan Nacional de Salud Mental en el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental”.

Esto implica determinar los tipos de recursos necesarios para las actividades asistenciales, de gestión, normativa-reguladoras, de soporte y administrativas, así como elaborar estrategias para impulsar que dichos recursos sean otorgados por el Estado y que se utilicen de forma eficiente y efectiva, con el objetivo de mejorar la calidad de atención hacia los/as usuarios/as y su relación en la comunidad.

3.1. Situación Actual

Las acciones de Salud Mental incorporan un amplio espectro de prestaciones y servicios, tanto preventivos como promocionales, de tratamiento y rehabilitación. Estos servicios son

implementados por distintos actores, tanto del sector salud como fuera de éste. En el ámbito público, el gasto en salud mental ejecutado por estos actores es financiado por el Estado.

El Estado financia acciones de salud mental que son ejecutadas por diversos entes públicos, sin a veces contar con la supervisión técnica de Salud. Por lo tanto, se debe separar el gasto en salud mental que es ejecutado por Salud, del gasto total en salud mental que realiza el Estado. Además, hay acciones de salud mental que ejecutan privados en convenio con el Estado, de carácter lucrativo o no lucrativo (ej. fundaciones, ONG).

Determinar el presupuesto nacional destinado a salud mental presenta la dificultad de definir qué acciones son las que se contabilizarán. Existen brechas de información en esta materia que son relevantes, ya que por una parte se invisibilizan ámbitos en los cuales se requiere reforzamiento financiero, y por otra, generan duplicidad de intervenciones en grupos y poblaciones determinadas.

La información respecto de los sectores del Estado que ejecutan presupuesto en acciones de salud mental, fue recogida mediante un cuestionario dirigido a 166 instituciones públicas en 2014. De 83 instituciones que respondieron, 48 no pertenecen al sector salud, y de estas, 25 ejecutan presupuesto en acciones de salud mental. De las 83 instituciones que respondieron, el 78% realiza acciones de promoción de la salud mental, el 72% de mejoramiento de la calidad de vida, el 51% realiza acciones dirigidas a prevenir el consumo de alcohol, el 48,8% a la prevención del consumo de drogas, el 41,5% a la prevención de la violencia y un 42,7% realiza acciones de mejoramiento del clima escolar o laboral.

En lo relativo al tratamiento, el 36,6% realiza acciones de tratamiento de personas que consumen alcohol o drogas, 35,4% de personas con problemas y trastornos mentales y un 28% de personas víctimas/victimarios de violencia. Un 24,4% de las instituciones que respondieron dispensan fármacos para tratar enfermedades mentales o consumo de sustancias. Finalmente, un 32,9% realiza acciones para la integración social de personas con discapacidad de causa psíquica.

Para el desarrollo de estas acciones, un 87,1% de las instituciones ejecuta presupuesto propio, un 21,2% transfirió presupuesto a entidades ejecutoras públicas y un 24,7% ejecuta presupuesto transferido por otras instituciones.

La imputación presupuestaria del gasto ejecutado por estos actores es mayoritariamente gasto en bienes y servicios de consumo y gastos en personal. El detalle se presenta en la siguiente tabla:

Tipo de Gasto	% de Instituciones
21 Gastos en Personal	54,1%
22 Bienes y Servicios de Consumo	65,9%
23 Prestaciones de Seguridad Social	8,2%
24.1 Transferencias Corrientes al Sector Privado	15,3%
24.2 Transferencias Corrientes al Sector Público	23,5%
29 Adquisición de Activos No Financieros	7,1%
Otro	27,1%

El gasto en salud mental ejecutado por el sector salud incorpora todo el presupuesto destinado a financiar las acciones promocionales, preventivas, de tratamiento y rehabilitación, así como también las acciones de gestión programática en el nivel central, regional, de Servicio de Salud y comunal, además de las acciones de salud pública en materia de salud mental, como estudios, vigilancia epidemiológica, y otros.

Existen acciones en el sector salud, que no necesariamente se determinan por los programas de salud mental, sino que forman parte de una atención integral de las personas, y que conllevan por tanto un componente de salud mental. Por ejemplo el programa “Más adultos mayores autovalentes”, una estrategia integral y transversal, que incluye salud mental, pero en la cual no se puede dimensionar fácilmente la cantidad de recursos asociados.

Para estimar el gasto en salud mental ejecutado por el sector salud, se cuenta con información proveniente de los distintos mecanismos de financiación del sector. Dentro de las líneas o programas que financian las actividades de salud mental, se pueden identificar las siguientes: Pago por prestaciones valoradas especialidad No GES, Pago por prestaciones valoradas especialidad GES, Salud Mental en APS (Apoyo al desarrollo biopsicosocial Chile Crece Contigo, Salud Mental Integral Municipal, Salud Mental Integral Servicio de Salud y Vida Sana Alcohol), Ley de alcoholes, Fondo Centros de Alcoholismo y Fondos del Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA) para prevención y tratamiento de drogas y alcohol (Especialidad y APS). La evolución desde los años 2011 a 2015 es la siguiente:

Presupuesto de Salud Mental en el Sistema Público										
Item Presupuestario Salud Mental	Fondo Asignado por Año (M\$)									
	2011		2012		2013		2014		2015	
	Monto	% por Item	Monto	% por Item	Monto	% por Item	Monto	% por Item	Monto	% por Item
Pago por prestaciones valoradas especialidad No GES	\$ 29.899.574	43,7%	\$ 48.131.994	52,0%	\$ 51.379.052	48,2%	\$ 55.159.053	47,2%	\$ 60.024.401	46,6%
Pago por prestaciones valoradas especialidad GES	\$ 4.562.830	6,7%	\$ 7.094.193	7,7%	\$ 7.459.148	7,0%	\$ 8.457.366	7,2%	\$ 8.243.112	6,4%
Apoyo al desarrollo biopsicosocial Chile Crece Contigo (APS)	\$ 4.067.941	5,9%	\$ 4.181.843	4,5%	\$ 4.303.116	4,0%	\$ 4.397.752	3,8%	\$ 4.695.541	3,6%
Salud Mental Integral Municipal (APS)	\$ 5.440.905	7,9%	\$ 5.702.377	6,2%	\$ 6.007.755	5,6%	\$ 6.187.987	5,3%	\$ 7.534.951	5,8%
Salud Mental Integral Servicio de Salud (APS)	\$ 3.742.402	5,5%	\$ 3.834.047	4,1%	\$ 3.949.195	3,7%	\$ 4.067.671	3,5%	\$ 4.189.703	3,2%
Vida Sana Alcohol (APS)	\$ 756.694	1,1%	\$ 911.747	1,0%	\$ 1.787.838	1,7%	\$ 2.218.768	1,9%	\$ 2.255.262	1,7%
Ley de alcoholes	\$ 1.059.342	1,5%	\$ 935.350	1,0%	\$ 1.022.392	1,0%	\$ 801.860	0,7%	\$ 834.311	0,6%
Fondo centros de alcoholismo	\$ 144.613	0,2%	\$ 150.968	0,2%	\$ 152.974	0,1%	\$ 156.338	0,1%	\$ 161.026	0,1%
Fondo SENDA para prevención y tratamiento de drogas y alcohol (Especialidad y APS)	\$ 18.788.375	27,4%	\$ 21.665.358	23,4%	\$ 30.439.112	28,6%	\$ 35.436.800	30,3%	\$ 40.994.819	31,8%
Presupuesto Total Salud Mental	\$ 68.462.676	100,0%	\$ 92.607.877	100,0%	\$ 106.500.582	100,0%	\$ 116.883.595	100,0%	\$ 128.933.126	100,0%
Presupuesto Total Salud	\$ 3.921.803.728		\$ 4.301.644.923		\$ 4.713.209.055		\$ 5.217.428.088		\$ 6.059.568.716	
Porcentaje de Salud Mental del Total de Salud con SENDA	1,75%		2,15%		2,26%		2,24%		2,13%	
Porcentaje de Salud Mental del Total de Salud sin SENDA	1,27%		1,65%		1,61%		1,56%		1,45%	

Si consideramos que en Chile la cobertura de atención alcanza a poco más del 20% de las personas afectadas por trastornos mentales, que dicha cobertura en países de medianos ingresos alcanza aproximadamente al 50% y que contamos con importantes brechas en la oferta de servicios con pertinencia territorial y de curso de vida en los tres niveles de atención, es posible apreciar que el presupuesto destinado a salud mental el año 2015 (1,45% del presupuesto de salud, sin considerar el aporte SENDA, con el cual el porcentaje llega al 2,13%), es insuficiente para la resolución de la brecha de atención del Sistema de Salud en Chile.

Este cálculo no incluye el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), ya que no resulta posible precisar cuánto de éste se destina a salud mental; sin embargo, es posible suponer que es muy inferior a lo que estas prestaciones representan respecto del presupuesto global de salud. Si se le aplica a salud mental el aproximado 40% que las PPI representan en el presupuesto de los Servicios de Salud, el presupuesto de salud mental se elevaría al 3%.

El PPI financia mayoritariamente recurso humano de salud mental. No existe un cálculo exacto del valor presupuestario del subtítulo 21 de salud mental, pero se ha intentado hacer una aproximación a ello, considerando todos los recursos humanos de especialidad de salud mental en la red de salud al año 2015, excluyendo los equipos que trabajan en atención primaria, por estar considerados dentro del presupuesto per cápita, y los equipos de nivel central, direcciones de Servicios de Salud y Secretaria Regional Ministerial, por no haber recogido dicha información. El valor financiero de los recursos humanos de salud mental en la red de salud el año 2015 se calculó en base a la renta promedio nacional, utilizada por el Ministerio de Salud (División de Gestión de las Personas), para solicitud presupuestaria anual. El valor estimado es el siguiente:

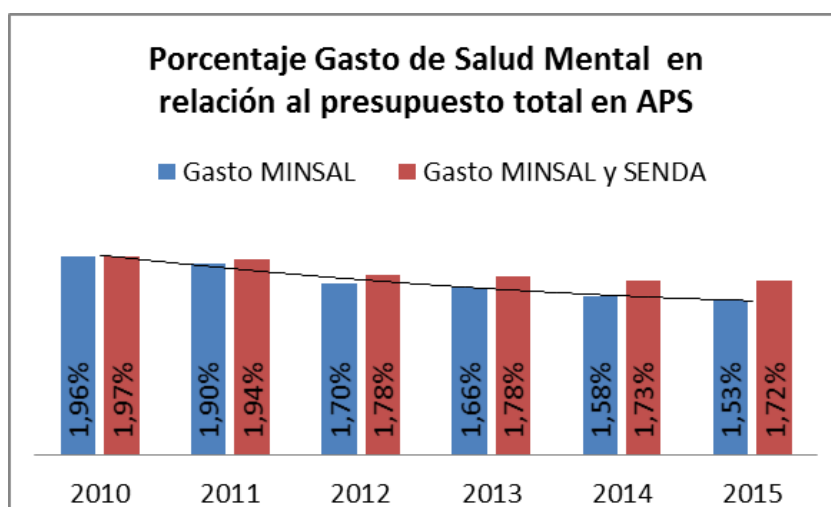
Sueldo Promedio País Año 2015	Médico 22 hrs. \$ 1.883.005		Profesional 44 hrs. \$ 1.582.134		Técnico 44 hrs. \$ 545.302		Administrativo 44 hrs. \$ 545.302		Auxiliar 44 hrs. \$ 458.910		Total
Dispositivo	N° Cargos	Monto M\$2015	N° Cargos	Monto M\$2015	N° Cargos	Monto M\$2015	N° Cargos	Monto M\$2015	N° Cargos	Monto M\$2015	
Centros Comunitarios de Salud Mental	273	\$ 6.176.941	777	\$ 14.756.564	196	\$ 1.284.632	224	\$ 1.465.623	99	\$ 545.060	\$ 24.228.820
Especialidad Ambulatoria Hospitalaria (CAE-CDT-CRS)	331	\$ 7.471.079	432	\$ 8.206.098	132	\$ 866.881	73	\$ 480.064	34	\$ 187.986	\$ 17.212.108
Hospital de Día Adulto	22	\$ 497.113	109	\$ 2.069.431	48	\$ 311.120	23	\$ 147.975	19	\$ 102.128	\$ 3.127.768
Hospital de Día Infante Adolescente	4	\$ 87.303	19	\$ 351.234	9	\$ 56.216	4	\$ 26.174	5	\$ 27.284	\$ 548.211
UHCE Adulto	90	\$ 2.039.808	210	\$ 3.995.608	354	\$ 2.316.889	16	\$ 106.185	124	\$ 681.857	\$ 9.140.347
UHCE Infante Adolescente	13	\$ 302.993	56	\$ 1.057.585	76	\$ 494.936	3	\$ 19.631	20	\$ 109.387	\$ 1.984.532
UHME Adulto	5	\$ 117.089	21	\$ 393.951	53	\$ 346.812	4	\$ 26.174	44	\$ 242.304	\$ 1.126.331
UHLE Adulto	3	\$ 56.490	10	\$ 187.267	38	\$ 248.658	2	\$ 13.087	32	\$ 176.221	\$ 681.724
UHCEmp Infante Adolescente	2	\$ 45.192	25	\$ 465.147	28	\$ 181.437	2	\$ 14.574	12	\$ 66.083	\$ 772.434
UEPI-UPFT-Mediana y Alta Complejidad	11	\$ 251.638	42	\$ 798.259	72	\$ 471.141	5	\$ 32.718	42	\$ 231.291	\$ 1.785.046
Centro Diurno-PAB-PAI-Residencia OH	15	\$ 327.643	202	\$ 3.841.565	97	\$ 633.096	49	\$ 320.935	23	\$ 125.908	\$ 5.249.147
Total	769	\$ 17.373.289	1.903	\$ 36.122.708	1.102	\$ 7.211.817	405	\$ 2.653.142	453	\$ 2.495.511	\$ 65.856.467

Es importante mencionar que los montos señalados no pueden ser sumados en su totalidad, debido a que el gasto en recursos humanos podría también estar reflejado en el PPV.

Respecto al gasto de salud mental en APS desde el año 2010 a la fecha, la información es la siguiente:

Gasto Salud Mental en la Atención Primaria de Salud								
Presupuesto Anual Salud			2010	2011	2012	2013	2014	2015
Presupuesto total de salud en la Atención Primaria (MINSAL), M\$			\$ 636.107.372	\$ 737.343.124	\$ 861.510.513	\$ 968.721.756	\$ 1.068.605.934	\$ 1.218.982.583
Presupuesto total de salud en la Atención Primaria (MINSAL y SENDA), M\$			\$ 636.177.146	\$ 737.670.844	\$ 862.269.468	\$ 969.920.684	\$ 1.070.286.353	\$ 1.221.357.921
Gasto Anual Salud Mental								
Gasto total de los programa de salud mental en la APS (MINSAL), M\$			\$ 12.493.428	\$ 14.007.942	\$ 14.630.014	\$ 16.047.904	\$ 16.872.178	\$ 18.675.457
Gasto total de los programa de salud mental en la APS (MINSAL y SENDA), M\$			\$ 12.563.202	\$ 14.335.662	\$ 15.388.969	\$ 17.246.832	\$ 18.552.597	\$ 21.050.795
Gasto Anual Salud Mental								
Apoyo al desarrollo biopsicosocial, Chile Crece Contigo	Prevención		\$ 3.937.987	\$ 4.067.941	\$ 4.181.843	\$ 4.303.116	\$ 4.397.752	\$ 4.695.541
Salud Mental Integral, dependencia municipal	Tratamiento		\$ 4.687.982	\$ 5.440.905	\$ 5.702.377	\$ 6.007.755	\$ 6.187.987	\$ 7.534.951
Salud Mental Integral dependencia de Servicios de Salud	Tratamiento		\$ 3.867.459	\$ 3.742.402	\$ 3.834.047	\$ 3.949.195	\$ 4.067.671	\$ 4.189.703
Vida Sana Alcohol; Intervenciones breves consumo riesgo alcohol	Prevención		\$ 0	\$ 756.694	\$ 911.747	\$ 1.787.838	\$ 2.218.768	\$ 2.255.262
Subtotal Gasto MINSAL			\$ 12.493.428	\$ 14.007.942	\$ 14.630.014	\$ 16.047.904	\$ 16.872.178	\$ 18.675.457
Detección e intervención consumo riesgo drogas-alcohol (DIT) M\$	Prevención		\$ 0	\$ 0	\$ 391.648	\$ 323.262	\$ 616.009	\$ 792.912
Programa Ambulatorio Básico de Alcohol y Drogas (PAB) M\$	Tratamiento		\$ 26.582	\$ 280.477	\$ 308.624	\$ 685.281	\$ 863.931	\$ 1.224.179
Programa Ambulatorio Intensivo de Alcohol y Drogas (PAI) M\$	Tratamiento		\$ 43.192	\$ 47.243	\$ 58.683	\$ 190.385	\$ 200.479	\$ 358.247
Subtotal Gasto SENDA			\$ 69.774	\$ 327.720	\$ 758.955	\$ 1.198.928	\$ 1.680.419	\$ 2.375.338
Gasto Total APS			\$ 12.563.202	\$ 14.335.662	\$ 15.388.969	\$ 17.246.832	\$ 18.552.597	\$ 21.050.795
Porcentaje Gasto Salud Mental del presupuesto total en APS- MINSAL			1,96%	1,90%	1,70%	1,66%	1,58%	1,53%
Porcentaje Gasto Salud Mental del presupuesto total en APS MINSAL-SENDA			1,97%	1,94%	1,78%	1,78%	1,73%	1,72%

La tendencia del gasto de salud mental en APS se puede observar en el siguiente gráfico:



El grupo de trabajo para una Ley de Salud Mental realizó una estimación de cierre de brechas, considerando la cobertura actual y la necesidad de expandir la oferta en APS y especialidad para llegar a un 40% de cobertura de la población potencialmente necesitada de atención, además del refuerzo de acciones promocionales y preventivas.

En base a la cobertura actual de atención de salud mental, cercana al 20% de la prevalencia, se estima que para alcanzar una cobertura propia de país de medianos ingresos, de un 40 - 45%, se debe duplicar el gasto en tratamientos de salud mental en APS. Sin embargo, no sólo la atención de personas enfermas debe ser incrementada, también las acciones promocionales y preventivas. En base a ello se estima necesario triplicar el gasto en salud mental en el nivel primario, para cubrir el ámbito de tratamiento y promocional - preventivo del quehacer de APS.

Asimismo, en base a los datos obtenidos sobre el recurso humano asociado a salud mental en los servicios de salud, y estimando un 20% de gasto en bienes y servicios y considerando las expansiones necesarias de servicios de salud mental y recurso humano, tanto para nuevos servicios como para regularizar los existentes de acuerdo a estándares, se realizó una simulación de la expansión necesaria en este aspecto a 10 años.

Las conclusiones son que el presupuesto de salud mental debe incrementarse de forma progresiva, alcanzando un porcentaje muy superior al presupuesto de salud mental actual, para cubrir las necesidades de la población, de forma plenamente integrada al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Si bien es posible estimar globalmente los recursos necesarios para cubrir las brechas existentes en acciones de salud mental, existen brechas de información que deben ser resueltas para elaborar un programa de financiación, entre las cuales es posible mencionar las siguientes:

- Gasto en promoción y prevención: El gasto en estrategias promocionales y preventivas de salud mental no está identificado, y se requiere para estimar el costo-beneficio de dichas acciones.
- Gasto de Salud Mental en el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI): Se desconoce el detalle del presupuesto destinado a Salud Mental que forma parte de este componente presupuestario de los Servicios de Salud.
- Gasto en acciones comunitarias: No se tienen cuantificados los recursos utilizados en intervenciones en la comunidad.
- Gasto en medicamentos: Si bien hay datos disponibles, existe déficit de información respecto del uso y gasto en los medicamentos disponibles para los beneficiarios y beneficiarias del sistema público, tanto por patologías GES como NO GES.
- Gasto en capacitación: Existen brechas de información respecto de las competencias de los equipos de la Red temática de salud mental en los tres niveles de atención, en consonancia con lo propuesto en el Plan de Recursos Humanos y Formación, necesario para estimar aspectos cuantitativos y cualitativos de la formación continua del recurso humano de la red temática de salud mental.
- Gasto por grupos poblacionales: No existe información diferenciada respecto al gasto en Salud Mental para niños y niñas, adolescentes, hombres, mujeres, personas adultas mayores, población indígena, población inmigrante, etc. Cada uno de estos grupos tiene perfiles epidemiológicos distintos y requiere acciones sanitarias diferentes, asegurando la continuidad de cuidados.
- Gasto por patologías: Se desconoce el gasto que se realiza para el tratamiento integral de determinadas patologías en los distintos niveles y componentes de la red. Esto es importante para identificar acciones costo-efectivas, como también para identificar qué acciones realizan los equipos de los distintos niveles de la red asistencial, para abordar distintos grupos de usuarios/as.
- Gasto en Prestadores Privados con y sin fines de lucro: Existen organismos privados que implementan acciones promocionales y preventivas, así como de tratamiento y rehabilitación a personas con enfermedades mentales, pero tanto sus acciones como sus presupuestos son desconocidos, y no cuentan con el apoyo técnico, supervisión ni orientaciones desde el sector salud.

- Gasto en Salud Mental por otros agentes públicos: Si bien existe claridad en los montos traspasados a Salud desde SENDA o el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), no existe información sobre el gasto en salud mental que ejecutan las redes comunales de educación, aportes municipales para la atención, los programas ni los dispositivos de diversos sectores y servicios del Estado (Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Gendarmería de Chile (GENCHI), Servicio Nacional de Menores (SENAME)).
- Gasto en Gestión de Salud Mental: No se ha estimado el gasto en salud mental en gestión a nivel central, de Servicios de Salud ni de SEREMI de Salud.

Además aún restan por subsanar una serie de desafíos en los medios de financiación de la salud mental:

- Las acciones que forman parte de las actuales canastas PPV de Salud Mental no dan cuenta del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, ya que tienen un énfasis en la atención intra-box en desmedro de las actividades comunitarias y de un abordaje integral de la enfermedad mental y sus factores de riesgo.
- Los recursos destinados a realizar acciones de salud mental no son suficientes para un desarrollo estable de la salud mental en la APS.
- No existen recursos permanentes destinados a la investigación en salud mental, pertinente a las necesidades de las políticas públicas, que informen sobre tecnologías sanitarias, factores de riesgo, modelos de atención, situación epidemiológica, estudios de costo y de impacto, por mencionar algunas necesidades. La Encuesta Nacional de Salud actualmente en desarrollo, entregará importante información epidemiológica de trastornos mentales.
- No existen recursos ni un plan de normalización del recurso humano contratado a honorarios en los equipos de salud mental, buena parte del cual proviene de programas financiados por SENDA, ni tampoco para que la dotación de cada uno de los equipos sea la especificada en los estándares ministeriales, ni que las unidades de gestión de los Servicios de Salud, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI Salud) y Nivel Central tengan una estructura y conformación que permita un desarrollo permanente de la respuesta a las necesidades de salud mental de la población.
- Los procesos de gestión de recursos, tanto a nivel central como regional y en los Servicios de Salud, no están completamente estandarizados ni coordinados, lo que repercute en que existan solicitudes presupuestarias parcializadas, generando un proceso presupuestario menos eficiente.

- No existen recursos regulares para un proceso de gestión de calidad y mejora continua, tanto a nivel central, de los servicios de salud y SEREMI, como en la Red Asistencial.

3.2. Situación óptima deseada

Se busca contar con un sistema eficiente de financiación que permita, por una parte, identificar el presupuesto del Estado destinado a Salud Mental y detectar brechas, pero que permita también reconocer avances y beneficios, tanto en la cantidad de usuarios que están accediendo a una atención, como en la variedad y frecuencia de las intervenciones que éstos reciben, además de los resultados y la capacidad de las personas de volver a un estado de bienestar que les permita reinsertarse en la comunidad.

Para ello, es necesario generar consenso sobre cómo contabilizar el gasto por concepto de salud mental. Para esto se requiere una sistematización de la información disponible.

El logro de los objetivos del Plan Nacional de Salud Mental requiere de un adecuado sistema de gestión de recursos, con mecanismos de flexibilización para la utilización y gestión presupuestaria. Esto implica claridad respecto de los recursos necesarios o brechas, así como también de la mejor manera de proveer y utilizar los recursos existentes (administración financiera).

Es indispensable que exista un sistema de gestión de recursos que garantice las acciones de salud mental necesarias. Por una parte, en atención primaria, bajo la modalidad per cápita que permita otorgar dichas acciones, y vía programas de reforzamiento; y por otra parte, en atención de especialidad, proveyendo recursos para la contratación de los recursos humanos y medios de pago (por ejemplo, el Pago por Prestaciones Valoradas) que incorporen las acciones pertinentes al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Para entregar condiciones de infraestructura estandarizadas a los equipos de salud mental, se debe generar un plan de inversión pública en establecimientos de salud mental comunitaria, acorde al Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.

Un sistema de financiación eficiente deberá trabajar sobre la base de indicadores trazadores de gasto y encontrar el balance adecuado entre precisión y costo de la información, además de reflejar el énfasis comunitario del modelo de atención. La salud mental debe tener indicadores de impacto relevantes para la sociedad y el mejoramiento de dichos indicadores deben ser los trazadores de la política pública de financiación de la salud mental. La costo-efectividad de las

acciones sanitarias debe ser evaluada al momento de priorizar determinadas tecnologías sanitarias¹⁰¹.

Contar con una estrategia de financiación, implica visibilizar e incorporar todos los estamentos y niveles del sistema público de salud, incluyendo los procesos de soporte, técnicos, de salud pública y de gestión necesarios para otorgar una política sanitaria de excelencia, además de estrategias para que la salud mental sea priorizada para la asignación de recursos.

De acuerdo a las estimaciones de cierre de brecha en APS, Centros de Salud Mental Comunitaria, Hospitales de Día, Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, Unidades de Rehabilitación Intensiva, dispositivos residenciales, entre otros de la Red, como también las estrategias de formación, intersectorialidad, participación, calidad y legislativas, es posible indicar que el presupuesto de salud mental debiera superar el 6% del presupuesto de salud, permitiendo cubrir las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, cuyo fin es colaborar que las personas, familias y comunidades alcancen el mayor nivel de bienestar posible. Adicional a este 6% se deberán considerar los recursos de inversión necesarios para la construcción de nuevos centros, y para la transformación o normalización de la infraestructura de los actuales centros de salud mental comunitaria en los nuevos Centros de Salud Mental Comunitaria de acuerdo al Modelo de Gestión de estos.

Esto permitirá contar con los recursos necesarios para que los equipos de salud mental de la red asistencial, los gestores y gestoras de la red temática de salud mental de Servicios de Salud y SEREMI, como también las y los referentes a nivel central, tengan una situación contractual y laboral estable, normalizar la situación de brecha de recursos humanos para salud mental, una inversión pública en establecimientos de salud mental, generar un programa de competencias de recursos humanos, a corto y mediano plazo, implementar procesos de gestión de calidad y mejora continua, y contar con recursos permanentes para la investigación en salud mental, la que debe estar alineada con el Modelo de Atención y debe permitir el diseño e implementación de políticas públicas hacia la comunidad.

3.3. Plan de Acción

Objetivo estratégico N°1: Reducir la brecha de información sobre recursos de salud mental.

Estrategias

- a) Implementando un sistema de cuentas satélites^{xvii} en salud mental¹⁰², que permita identificar los recursos sectoriales e intersectoriales de salud mental, y la priorización y generación de solicitudes presupuestarias de Salud Mental de los siguientes componentes:
- Promoción y prevención
 - Atención Primaria
 - Especialidad
 - Acciones comunitarias
 - Medicamentos
 - Capacitación y formación continua
 - Grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad
 - Gestión en salud mental
 - Regulación y fiscalización
 - Acciones intersectoriales

Metas:

- Al año 2020, contar con un sistema de cuentas satélites en salud mental, que permita identificar los recursos de los componentes de APS, especialidad y grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad.
- Al año 2025, contar con un sistema de cuentas satélites en salud mental, que permita identificar los recursos de todos los componentes de salud mental.

^{xvii} Proporcionan un estándar para clasificar los gastos de salud de acuerdo a consumo, provisión y financiación. Proporciona tres elementos centrales: Un marco de los principales agregados relevantes para las comparaciones internacionales de gastos en salud y análisis de sistemas de salud; Una herramienta replicable por países individuales, que pueda producir datos útiles para el seguimiento y análisis del sistema de salud; y definir fronteras armonizadas internacionalmente para el seguimiento de los gastos sobre el consumo (OECD- WHO 2011).

Objetivo estratégico N°2: Fortalecer los mecanismos existentes para financiar acciones de salud mental e identificar nuevos mecanismos.

Estrategias

- a)** Fortaleciendo los mecanismos existentes mediante la inclusión de variables de prevalencia de enfermedades mentales, factores de riesgo, determinantes sociales y resultados sanitarios, para el recálculo de mecanismos financieros actuales, entre otros:
 - La financiación per cápita para salud mental integrada en el Plan de Salud Familiar.
 - Los programas de prestaciones institucionales (con foco en poblaciones vulnerables).
 - El pago por prestaciones valoradas.
- b)** Identificando nuevos mecanismos de financiación asociados a los resultados sanitarios en usuarios y usuarias: Grupos de Diagnóstico Relacionado (GRD)

Metas:

- Al año 2018, contar con una estimación de los recursos destinados a salud mental dentro del financiamiento per cápita APS, para estimar la brecha de recursos respecto de las acciones de promoción, prevención y coberturas de atención (40%) proyectadas en salud mental.
- Al año 2018, contar con una revisión de las canastas y prestaciones PPV de Salud Mental que permitan ajustar su valorización
- Al año 2018, contar con la propuesta de financiación mediante GRD para la atención hospitalaria.
- Al año 2020, contar con el diseño de al menos 3 programas focalizados (migrantes, pueblos indígenas, persona en situación de calle, entre otros).
- Al año 2020, al menos el 30% de las canastas y prestaciones PPV de Salud Mental deben financiarse de acuerdo al valor ajustado
- Al año 2020, al menos se habrá reducido en un 30% la brecha de recursos para salud mental en Atención Primaria.
- Al año 2025, al menos el 80% de las canastas PPV de Salud Mental deben financiarse de acuerdo al valor ajustado
- Al año 2025, se llegará al menos al 6% del presupuesto de Atención Primaria destinado a la salud mental.

Objetivo estratégico N°3: Aumentar el marco presupuestario para el cierre de brechas de acciones de salud mental en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

Estrategias

- a) Generando un plan de que permita que en el más alto nivel de la agenda política se visibilicen los requerimientos y necesidades de financiación de Salud Mental.
- b) Generando un plan de cierre de brechas de servicios de salud mental, involucrando a la autoridad ejecutiva y legislativa en su generación e implementación, que incluya los recursos necesarios para cerrar las brechas de recursos humanos, de infraestructura, equipamiento y operación de los establecimientos y dispositivos de la red, como también tecnologías de la información, investigación, calidad y mejora continua.
- c) Mejorando y alineando la gestión de los mecanismos para la obtención de recursos e incentivos, en el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.
- d) Distribuyendo adecuadamente los recursos destinados a salud mental acorde al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, y al Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.

Metas:

- Aumentar el porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental en un 0,65% al año a partir del año 2019, llegando al 2025 al menos al 6% del presupuesto de salud destinado a la operación en régimen del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.
- Financiar las inversiones necesarias para la transformación y normalización de infraestructura para los Centros de Salud Mental Comunitaria de acuerdo a Modelo de Gestión de estos.

Objetivo estratégico N°4: Asegurar que todo aumento del marco presupuestario de salud mental esté en concordancia con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.

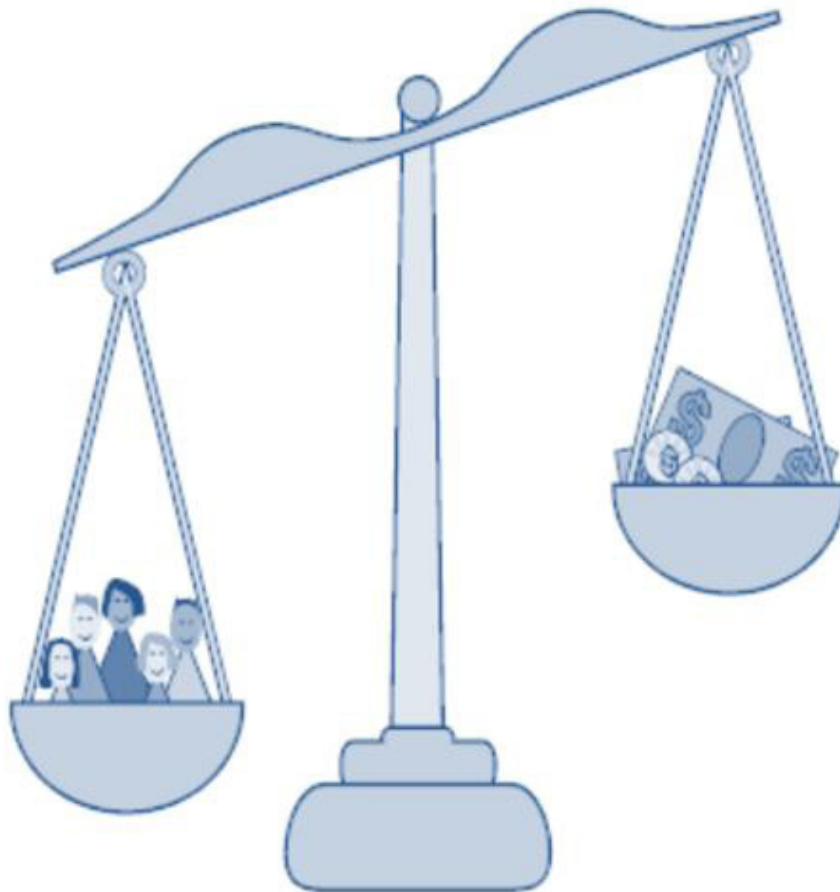
Estrategias

- a) Fortaleciendo los recursos en la APS.

- b) Resguardando que los recursos destinados a la especialidad ambulatoria sean dirigidos a los Centros de Salud Mental Comunitaria y Hospitales de Día.
- c) Resguardando que los recursos destinados a la especialidad cerrada (Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría) sean dirigidos a Hospitales Generales.
- d) Asegurando que cualquier otro recurso de expansión en salud mental esté en concordancia con el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.

Metas:

Desde el año 2018 en adelante, el 100% de los recursos de expansión del marco presupuestario de salud mental están en concordancia con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.



4) LINEA GESTIÓN DE LA CALIDAD, SISTEMAS DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

La implementación de un modelo de organización de servicios de salud mental asentado en las Redes de Atención en Salud, implica el desafío de su evaluación y mejora continua de su calidad, además de sistemas de registros y estudios de investigación atinentes que lo retroalimenten y permitan la toma de decisiones y construcción de políticas, acordes a las necesidades de la población.

La presente línea de acción integra tres ámbitos fundamentales de los sistemas de salud que, como propósito en común, apuntan a la mejora de la calidad de los servicios y a la toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema, a saber: la Gestión de la Calidad; los Sistemas de Información y Monitoreo; y la Investigación.

En este sentido, la LINEA GESTIÓN DE LA CALIDAD, SISTEMAS DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN tiene como objetivo señalar los avances en cada uno de estos ámbitos y definir objetivos y estrategias que favorezcan en primer lugar, la implementación de un sistema de evaluación y mejora continua de la calidad como parte de la cultura organizacional de los servicios, en segundo lugar, a mejorar y potenciar la información continua que se genera de manera rutinaria a través de registros y otros sistemas de monitoreo, y en tercer lugar, a fomentar y coordinar la investigación con el desarrollo de políticas públicas.

La *Gestión de la Calidad* es un conjunto de acciones sistematizadas y continuas destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible, o que incrementen riesgos de los usuarios, colocando sus 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. Por su parte, la *acreditación* se entiende como un proceso de evaluación periódico, respecto del cumplimiento de estándares mínimos fijados por el Ministerio de Salud, y la *mejora continua de la calidad* como un proceso permanente que incrementa la responsabilidad e implicación de los trabajadores en la gestión del servicio para alcanzar normas óptimas, donde se puede aprovechar los mismos estándares y criterios del proceso de acreditación.

La calidad implica aspectos estructurales, de procesos y de resultados, y su evaluación y mejora comprende entre otros posibles ámbitos, el Respeto a la Dignidad del Paciente, Gestión de la Calidad, Gestión Clínica, Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención, Competencias del Recurso Humano, Registros, Seguridad del Equipamiento, Seguridad de las Instalaciones y Servicios de Apoyo. Es importante decir, que esta línea no pretende señalar cuáles son los criterios

o variables que definen a un servicio u organización como de calidad, ya que estos aspectos deben ser abordados en documentos específicos para cada uno de ellos.

Si bien las herramientas actuales para la Gestión de la Calidad apuntan mayormente a la evaluación y mejora de cada establecimiento, un enfoque de calidad debe comprender de manera integral la red pública de salud, es decir como un todo en sí mismo además de como un conjunto de componentes que interaccionan entre sí.

Por otra parte, los sistemas de información, tienen como objetivo recoger, almacenar, analizar y difundir datos que permitan generar información. En salud pública, el acceso oportuno y confiable a la información, impacta de forma decisiva en la toma de decisiones y en la coordinación y control de la organización. Es importante considerar, que si bien, se proponen estrategias particulares de salud mental en este ámbito, existen cambios del Sistema de Salud en general que se espera tengan un mayor desarrollo en estos años y que por lo tanto conduzcan a avances sustantivos en los sistemas de información decisivos para la gestión de calidad y la toma de decisiones en salud mental.

La investigación en salud y particularmente en salud mental, es un elemento fundamental de cualquier propuesta para mejorar los sistemas de salud y la atención directa de las personas, y la integración de ésta con la práctica, garantiza una mayor calidad de los servicios, además de un cuidado más ético y eficaz en salud mental.

4.1. Situación Actual

Con la reforma del Sector y a partir de la Ley N° 19.966 sobre el Régimen General de Garantías en Salud (GES), se establece la Garantía Explícita de Calidad a través del registro de profesionales y técnicos y del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales^{103, 104}.

El Sistema de Acreditación de los Establecimientos de Salud, es un proceso periódico de evaluación destinado a medir el nivel de cumplimiento mínimo que deben tener las prácticas relacionadas con la seguridad en la atención de salud en una institución determinada, comparándolas con un estándar de calidad definido por el Ministerio de Salud. Actualmente, sólo existen estándares de acreditación específicos en salud mental para Instituciones de Atención Psiquiátrica Cerrada, específicamente hospitales psiquiátricos, y los estándares definidos para los centros de atención ambulatoria y hospitales generales no incluyen integralmente todos los aspectos que permitan evaluar el cumplimiento mínimo de estándares de calidad con particularidades en la atención de salud mental.

En relación a la obtención de autorización sanitaria, como requisito mínimo para el funcionamiento de un establecimiento de salud y para su posterior acreditación, se observan algunas dificultades, entre estas: la derogación del párrafo VIII referido a establecimientos de psiquiatría del Reglamento de Hospitales y Clínicas¹⁰⁵, que establece las disposiciones generales del funcionamiento de dichos dispositivos; la falta de estándares específicos para la atención de salud mental ambulatoria y la necesidad de un marco regulatorio específico que permita la autorización sanitaria de centros de atención de especialidad ambulatoria comunitaria en salud mental.

De acuerdo a lo señalado anteriormente, un prerrequisito para la acreditación de centros como prestadores GES es la autorización sanitaria. Se espera que al año 2019 todos los prestadores GES ambulatorios estén acreditados, siendo entonces inminente la necesidad de que los Centros de Salud Mental Comunitaria cuenten con autorización sanitaria para iniciar el proceso de acreditación y cumplir con la normativa.

En el año 2002, el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Mental, desarrolló una experiencia en gestión de calidad en salud mental, implementando la mejora continua de la calidad de atención, como estrategia que incorpora aspectos relevantes a considerar para el desarrollo del modelo de salud mental comunitaria. Su propósito, fue contribuir a mejorar los estándares de atención y de gestión de los equipos de salud mental.

Los resultados del proceso de aplicación de instrumentos en las diversas unidades y establecimientos de la red, realizado entre los años 2002 al 2007, permitieron algunas reflexiones relevantes a ser incorporadas en acciones para el logro de los objetivos planteados en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, entre estos: identificación de puntos críticos en los procesos de atención; reconocimiento de las buenas prácticas y su replicabilidad; incorporación y valoración del concepto de calidad y de los procesos de auto evaluación y evaluación de la atención de los usuarios y usuarias; capacidad de respuesta planificada para mejorar los procesos deficitarios detectados; ejecución de planes de mejora; proceso de capacitación en calidad; posicionamiento de la importancia de reconocer las perspectivas y necesidades de los/as usuarios/as.

Además, SENDA en conjunto con MINSAL han desarrollado un sistema de gestión de calidad de centros de tratamiento y rehabilitación de alcohol y otras drogas, centrado en 3 procesos fundamentales: el monitoreo de indicadores trazadores de la calidad de los procesos de atención; la evaluación anual del cumplimiento de estándares definidos en cada programa con los consiguientes planes de mejora; y la asesoría continua a los equipos tratantes sobre la gestión y procesos de atención.

Por otra parte, el Decreto 24/2013 del Ministerio de Salud, otorga una asignación asociada al mejoramiento de trato a los/as usuarios/as, para los funcionarios y funcionarias regidos por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal¹⁰⁶. Es una asignación anual que se paga luego de un proceso de evaluación del mejoramiento en la calidad del trato. De acuerdo a informe 2013 de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile¹⁰⁷ la evaluación de la percepción del trato de usuarios de establecimientos de atención primaria es “muy buena”. Es importante señalar que no es una evaluación de satisfacción usuaria y que fue realizada posterior a recibida la atención en el centro.

Del proceso de mejora continua realizado entre el 2002 y 2007, y en coherencia con el diagnóstico actual de la red de servicios de salud mental en base a revisión del Documento Convocante Plan Nacional y a los nudos críticos levantados en la construcción del Modelo de Organización de servicios en salud mental, se concluye lo siguiente:

- Presencia de factores organizacionales, administrativos, financieros, técnicos, de formación y capacitación del personal, que retardan la implementación del modelo de atención en salud mental comunitario.
- Que el modelo de atención no promueve incentivos para la atención de calidad, estando más bien centrado en cumplimiento de metas de cobertura.
- Que tanto la Autoridad Sanitaria Regional como los Servicios y Equipos de Salud carecen de directrices, herramientas y recursos para impulsar los procesos de mejora continua de la calidad.
- Que se requiere una mayor utilización de los sistemas de información para monitoreo y retroalimentación del quehacer.

Por otra parte, y en relación a la Gestión Clínica, no existen espacios asegurados para la retroalimentación y mejora de los procesos clínicos, así como también una importante brecha en el diseño, transferencia técnica y utilización de orientaciones y guías clínicas basadas en la mejor evidencia disponible y con pertinencia en enfoque de derechos, género e interculturalidad.

Actualmente, al igual que en la red general de salud, en salud mental las enfermedades de larga data se abordan con una mirada de atención aguda, sin el resguardo suficiente de los procesos de atención y de gestión que aseguren la continuidad de la atención, llevando a la fragmentación en la atención de las personas, perdiendo la integralidad y perpetuando barreras de acceso, evidenciando una pobre continuidad de cuidados y en consecuencia una pérdida de sentido del sistema. Por lo tanto, existe la gran necesidad de una organización de servicios en salud mental que impulse la mejora continua de calidad, en el marco de un modelo de Redes Integradas de Salud.

En relación con la información en salud, el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud es el responsable de la producción y difusión de la información oficial del sector Salud.

Las principales fuentes desde las cuales DEIS produce la información son: Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM); Indicadores de la Red Asistencial; Estadísticas Vitales; Egresos Hospitalarios, Estadísticas de Enfermedades de Notificación Obligatoria; Enfermedades por Alimentos; Actividades de la Autoridad Sanitaria; Estadísticas de Establecimientos no pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (REMSAS); y Auditorías de Mortalidad.

La Autoridad Sanitaria Regional cuenta con el Sistema de Información y Apoyo a la Gestión de Salud (RAKIN) que permite conocer información en línea sobre las acciones que realizan las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sus oficinas provinciales y demás dependencias; facilita la transmisión de información y las comunicaciones entre sus equipos de trabajo, así como la emisión de documentos diversos que emanan de sus actividades, optimizando el uso de los recursos; contribuyendo a su vez a la obtención de indicadores para la gestión de la Autoridad Sanitaria en todos sus niveles.

Paralelamente, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), mantiene el Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud (SIGGES), cuyo objetivo es monitorear el cumplimiento de las garantías de oportunidad establecidas por los Decretos de Garantías Explícitas en Salud (GES) y apoyar la gestión local de los procesos del ciclo de la atención curativa de las personas.

Además existe el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM) del Programa Chile Crece Contigo (CHCC), como herramienta que permite registrar y monitorear el proceso de desarrollo de los niños y niñas desde su gestación, así como de las mujeres gestantes y factores de riesgo asociados tales como como violencia de género, conflictos con la maternidad, síntomas depresivos, etc., generando las alertas necesarias para la activación oportuna de acciones y prestaciones integrales que favorezcan su óptimo desarrollo; y permitiendo el registro y monitoreo de la activación de las acciones y prestaciones intersectoriales del programa, de carácter universal y de apoyo diferenciado.

Existen otras fuentes de información en salud, que escasamente se han analizado y utilizado en salud mental, tales como el registro de Sistema de Lista de Espera no GES y el Sistema de Calidad y Gestión Hospitalaria (SIS-Q).

Entre las dificultades detectadas, se señala que si bien se genera información desde los servicios locales, que son consolidados a nivel de DEIS y SIGGES, el manejo de aquella información se hace difícil porque los informes solicitados solo reportan cortos periodos de tiempo (mensual) y porque la información anual requiere de dos años para poder publicarse. Dado lo anterior, la información es poco utilizada para la toma de decisiones y no permite retroalimentar a los equipos sobre su desempeño, sin perjuicio de que también existe poca capacidad de gestión de la información disponible. El hecho de que la información no siempre esté disponible o esté desactualizada dificulta la comparación internacional de servicios de salud mental.

Además, existen dudas acerca de la calidad de la información y no hay mecanismos de revisión y control de la información ingresada en los distintos sistemas de registro, debiendo explorarse más detalladamente para determinar su confiabilidad. Posiblemente relacionado con lo anterior, otros nudos críticos detectados son la falta de tiempo destinado a digitar la información, falta de equipos computacionales en buenas condiciones, e insuficiente capacitación formal sobre el tema.

No solo existen dudas acerca de la calidad del registro, sino también de cuán fiel es el reflejo del quehacer de los equipos en Salud Mental, considerando que hoy dichos registros no dan cuenta del trabajo comunitario ni del seguimiento de las personas que reciben atención en salud mental. En este sentido, el sistema no está alineado con el modelo comunitario.

En algunos casos, erróneamente estos sistemas de información son utilizados como sistemas de vigilancia epidemiológica.

Por otra parte, la falta de identificación de casos en el registro impide, por un lado, el seguimiento de la trayectoria de las personas en el Sistema de Salud con una mirada de gestión de riesgos, y por otro, el cruce de datos para el trabajo intersectorial. En relación a esto último, existe poca claridad sobre los datos posibles de compartir entre los diferentes sectores, tanto a nivel de la atención directa, como para los niveles de gestión y desarrollo de políticas públicas.

Una dificultad importante en relación con la información necesaria para conocer la situación actual y definir políticas públicas en salud mental, es la insuficiente información que se maneja respecto del sector privado de salud. Esta información no se solicita rutinariamente y pese a que existen datos obligatorios a informar, como enfermedades de notificación obligatoria y datos de la Ley de Urgencia, el acceso a estos es dificultoso, disponiendo de muy poca información sobre ellos. Por ejemplo, el número de personas atendidas por diagnóstico no está disponible. Lo mismo ocurre con la red de atención de la Fuerzas Armadas y de las Mutualidades.

En relación con la investigación en salud mental, sólo el 9,6% de todas las publicaciones científicas de salud en Chile se refieren a temas de salud mental. Las publicaciones se focalizan principalmente en estudios epidemiológicos en muestras comunitarias y clínicas, evaluaciones clínicas y con cuestionarios de trastornos mentales, intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas. El 22% de estas publicaciones tratan sobre evaluación de servicios, programas, financiamiento y políticas. La mayoría de esta investigación se realiza por los mismos equipos en algunas universidades a nivel central. Los equipos más pequeños no acceden a financiamiento (e.j. Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud - FONIS).

Aún persiste una falta de conexión de la investigación con la Política Pública y el Modelo Comunitario en Salud Mental. Al mismo tiempo, se requiere fortalecer los mecanismos para que los tomadores de decisiones puedan acceder, interpretar y operacionalizar la evidencia científica en políticas públicas.

El año 2012, el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Salud Mental, inició un proceso de consulta y reflexión, dirigido a diferentes actores directamente involucrados en el área de la salud mental, para identificar un primer conjunto de brechas de conocimiento que resultara necesario superar. Tales vacíos fueron traducidos en preguntas u objetivos concretos a resolver, a través de iniciativas de investigación y posteriormente priorizados conforme a su potencial relevancia.

La información obtenida sirvió de base para generar un presupuesto especial en el Fondo Nacional para la Investigación en Salud (FONIS), creándose el año 2014, el Primer Concurso Temático Nacional de Proyectos de Investigación y Desarrollo en Salud Mental.

El objetivo de este concurso temático fue dar respuesta a vacíos de conocimiento identificados en el área de salud mental y fortalecer la investigación relevante para una acertada toma de decisiones, que permitiese contribuir al logro de las metas propuestas por la Estrategia Nacional de Salud 2011 – 2020 para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década, a través de proyectos de investigación que se enmarcasen en cuatro lineamientos: determinar capacidades del recurso humano en salud mental; salud mental de los adolescentes; medir el impacto de las Garantías Explícitas en Salud (GES de salud mental); y medir el nivel de cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica relativas al abordaje de la problemática de Salud Mental, incluidas en las Garantías Explícitas en Salud- GES.

En octubre de 2014, finalizado el concurso se informó de un total de 14 proyectos presentados y la aprobación de 7. Estos estudios están entregando importante información para el desarrollo de políticas, programas y para la gestión de los servicios de salud mental.

Por otra parte, preocupa la falta de condiciones técnicas y administrativas para realizar estudios e investigaciones tanto a nivel de los prestadores de servicio como a nivel de gestión en los Servicios de Salud y en las SEREMI de Salud.

Auspiciosamente, como parte de la Encuesta Nacional de Salud 2016, se aplicó una entrevista de salud mental, con varios módulos del *Composite International Diagnostic Interview*, (CIDI) a una muestra representativa a nivel regional y nacional. Este estudio va a entregar, por primera vez en Chile, datos de prevalencia de las principales patologías mentales, obtenidos con métodos psicométricos válidos en una muestra representativa nacional.

Finalmente, existe divergencia respecto a lo establecido en la Ley 20.584, que señala que “ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica” (artículo 28). Por un lado, hay quienes consideran que ninguna persona puede participar de una investigación sin dar su consentimiento, en favor de proteger su derecho a decidir sobre sí mismo, y por otro lado, quienes justifican la realización de investigación en personas sin capacidad de consentir, considerando que hallazgos positivos podrían tener efectos beneficiosos y mejoras en la calidad de vida de éstas.

4.2. Situación óptima deseada

Una cultura de calidad debe ser impulsada para todo el Sistema de Salud, desde quienes diseñan y gestionan la política pública, hasta quienes la ejecutan.

Asimismo se espera avanzar hacia una organización de servicios en salud mental de calidad, es decir basado en un Modelo de Red de Atención en Salud, que comprende un conjunto de atributos (ver anexo N°1), para los cuáles es esencial definir estándares e indicadores que permitan monitorear y mejorar su cumplimiento.

Para mejorar la calidad de los servicios de salud mental y dar cumplimiento a estándares de funcionamiento de los dispositivos que los otorgan, se requiere avanzar en los procesos de autorización sanitaria y acreditación, ya sea incorporando las especificidades de la atención de salud mental en las normativas generales de salud, como desarrollando normativas y manuales de acreditación específicos en salud mental.

Asimismo, se espera contar con un proceso único y permanente de evaluación y mejora continua de la calidad en cuanto a estructura, procesos y resultados, comprendiendo entre las dimensiones de evaluación el Respeto a la Dignidad del Paciente, Gestión de la Calidad, Gestión Clínica, Acceso,

Oportunidad y Continuidad de la Atención, Competencias del Recurso Humano, Registros, Seguridad del Equipamiento, Seguridad de las Instalaciones y Servicios de Apoyo.

Dicho proceso debe estar inserto en la gestión organizacional de la red y de los establecimientos que entregan servicios de salud mental que la conforman, con el fin de responder de forma oportuna, accesible, continua, efectiva, con participación de las personas, familias y comunidades que los requieren, con pleno respeto a los derechos humanos.

El diseño e implementación de un sistema de calidad, con estándares y mecanismos de evaluación y mejora, permite una cultura de reflexión y retroalimentación permanente inter e intra equipos, considerando las particularidades del entorno en que se desenvuelven. Así mismo, un sistema de calidad debe promover la participación de usuarios y usuarias respecto de la evaluación de los servicios en salud mental, en el marco del ejercicio de sus derechos, así como también en el desarrollo de propuestas de mejora.

Se pretende contar con una permanente evaluación y mejora de la práctica clínica, que disponga de documentos de orientación técnica basados en evidencia y con pertinencia de género e interculturalidad, asegurando instancias de retroalimentación y reflexión en torno a la práctica diaria de los equipos.

Paralelamente, es necesario propender al desarrollo de sistemas de registro e información en salud que resguarde el acceso, la calidad, la oportunidad, la consistencia y la validación de ésta, además de la confidencialidad y protección de datos personales.

A nivel de Salud Pública, esto permitirá caracterizar la población, evaluar la magnitud, frecuencia y gravedad de diversos fenómenos que afectan a la salud mental de las personas, y finalmente contribuir a formular políticas sanitarias, desde lo promocional a la inclusión social.

A nivel de las redes asistenciales, sistemas adecuados de información, permitirán manejar los datos de recursos, producción y brechas; gestionar más adecuadamente los recursos y la organización de los servicios que se otorgan. Finalmente, esto conlleva a la generación de sinergias y la mejora en los procesos, en la administración de costos, en la asignación de recursos y en evaluación, seguimiento y mejora de los procesos de atención y gestión. El monitoreo de calidad se potencia con los sistema de información y la información producida aporta a la investigación.

Por último, a nivel intersectorial, es importante contar con sistemas de información que permitan la coordinación, seguimiento, monitoreo y análisis de casos, tanto para favorecer los procesos

clínicos, como para la toma de decisiones a nivel más macro. En este último punto, se espera avanzar respecto de los datos posibles de compartir entre los diferentes sectores, tanto a nivel de la atención directa, como para los niveles de gestión y desarrollo de políticas pública, en el marco de las normativas existentes.

Así mismo, se hace fundamental contar con sistemas de registro de un conjunto de datos que respondan a los estándares internacionales de información comparativa en salud mental, entre estos: gobernanza (políticas y legislación sobre salud mental); recursos financieros y humanos (tipo, cantidad, capacitaciones); disponibilidad de servicios (ambulatorios, hospitalarios); programas de promoción y prevención. Lo anterior, considerando las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir del Atlas de Salud Mental y el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (WHO AIMS).

Finalmente, se espera contar con evidencia oportuna, de buena calidad, transferible y adecuada a los requerimientos del nivel nacional y local sobre epidemiología, determinantes sociales, factores de riesgo y de protección de los problemas y trastornos mentales, sistemas de gestión, eficacia de intervenciones, buenas prácticas y experiencias de usuarios, que apoyen la creación de políticas públicas y contribuyan al desarrollo de un sistema moderno y permanentemente actualizado de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social. En este sentido, es fundamental desarrollar instancias de cooperación y coordinación entre la investigación, el modelo de salud mental comunitaria y las políticas de salud mental del país.

4.3. Plan de Acción

Objetivo Estratégico N° 1: Contar con indicadores trazadores que den cuenta del cumplimiento de los estándares de calidad del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental y que permitan hacer un seguimiento periódico de la red de servicios, además de realizar procesos de retroalimentación a los equipos.

Estrategias:

- a) Definiendo e incluyendo en los sistemas de registro vigentes, indicadores cuantitativos y cualitativos trazadores para monitoreo de los estándares de calidad de la Red Temática de Salud Mental.
- b) Monitoreando periódicamente la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud mental.
- c) Realizando retroalimentación anual del estado de la Red Temática de Salud Mental de acuerdo a los estándares definidos.

Metas:

- Al año 2020 se contará con indicadores trazadores para monitoreo de los estándares de calidad de la Red Temática de Salud Mental
- Al año 2025 se contará con un sistema de retroalimentación de los indicadores trazadores para monitoreo.

Objetivo estratégico N° 2: Implementar el proceso de Mejora Continua de la Calidad, inserto en la gestión organizacional de los nodos de la Red Temática de Salud Mental, con la participación de usuarios y usuarias, en relación al respeto y ejercicio de sus derechos, así como también en el desarrollo de propuestas de mejora.

Estrategias:

- a) Definiendo y monitoreando estándares de calidad específicos para el ámbito de salud mental, que complementen los sistemas de acreditación, evaluando aspectos de estructura, procesos y resultados e incluyendo en este proceso la opinión y requerimientos de los usuarios.
- b) Materializando los estándares de calidad, a través de instrumentos estandarizados de monitoreo y evaluación continua para evaluar y asesorar a los establecimientos y servicios que brindan atención en salud mental, considerando el contexto geográfico donde se ubica el servicio.
- c) Incluyendo los resultados de las evaluaciones en los objetivos de la planificación estratégica de los Servicios de Salud mental.
- d) Manteniendo actualizados los documentos técnicos que orientan la práctica clínica, en base a la evidencia científica y experiencias locales efectivas, considerando aspectos como: género, interculturalidad, inmigración extranjera, ruralidad, y poblaciones en condición de vulnerabilidad como personas privadas de libertad, con vulneración de derechos, en situación de calle, entre otros.
- e) Incorporando en el desarrollo de guías de práctica clínica, orientaciones y normas técnicas, estándares de evaluación de calidad e indicadores de procesos y resultados.
- f) Incluyendo horas de reunión clínica en la agenda de los equipos tratantes para la evaluación de planes de intervención y retroalimentación de la práctica clínica, propiciando la gestión clínica, con resguardo de datos sensibles.
- g) Contando con horas de recurso humano para coordinar y asegurar los procesos de gestión de la calidad en cada Servicio de Salud.

- h) Analizando y difundiendo experiencias exitosas tanto en la atención como en la gestión en salud mental.
- i) Formando a los usuarios, usuarias y familias acerca de la calidad e incorporarlos como agentes activos en los procesos de evaluación.
- j) Incorporando instrumentos de evaluación de satisfacción usuaria y específicamente en relación al respeto y protección de los derechos, como por ejemplo el Quality Rights (OMS).
- k) Implementando un sistema de evaluación de daños y necesidades de salud mental en situaciones de emergencias, desastres y catástrofes.

Metas:

Al año 2025, los Servicios de Salud tienen implementado en al menos el 75% de sus nodos de la Red Temática de Salud Mental el proceso de mejora continua de la calidad y evaluación de derechos humanos en salud mental.

Objetivo Estratégico N°3: Avanzar en la acreditación de establecimientos que otorgan servicios de salud mental.

Estrategias:

- a) Implementando el proceso de acreditación para los centros de atención ambulatoria de especialidad en salud mental, definiendo estándares de calidad específicos para éstos, de manera colaborativa y con enfoque en la intervención comunitaria.
- b) Complementando los procesos de acreditación vigentes (atención ambulatoria, atención primaria y hospitales), a través de la construcción e incorporación de estándar de calidad específicos para la atención en salud mental.

Metas:

90% de Centros de Salud Mental Comunitaria que cuentan con autorización sanitaria están acreditados al año 2025.

Objetivo Estratégico N° 4: Contar con información de calidad, confiable y actualizada en los registros en salud mental.

Estrategias:

- a) Generando mecanismos de validación de información en momentos críticos (producción del dato, ingreso del dato y extracción del dato).
- b) Incorporando en el Manual de Registro estadístico Mensual los criterios de calidad que debe cumplir la información para ser ingresada.
- c) Generando, en conjunto con DEIS, procedimientos estándares de evaluación periódica de la calidad de la información.
- d) Resguardando tiempo destinado al registro y procesamiento de datos dentro de las programaciones de actividades definidas de los diferentes nodos de la Red Temática de Salud Mental.

Metas:

Contar al año 2020 con los procesos de validación de datos instalados.

Objetivo Estratégico N° 5: Alinear la información de los sistemas de registro e información, para que permitan el monitoreo y gestión de la calidad, en el marco de la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental.

Estrategias:

- a) Incorporando o complementando el sistema de registro con aquellos indicadores de estándares de calidad definidos por los modelos de gestión de la Red Temática de Salud Mental, con el fin de permitir la gestión del proceso de mejora continua de la calidad.
- b) Incorporando y complementando con registros que permitan la gestión clínica en el contexto de la red temática de salud mental. La identificación de casos en los sistemas de registro sanitarios es una condición para el mejor desarrollo de esta estrategia.

Metas:

Al año 2020 el sistema de información incluye los registros que permiten el monitoreo y gestión de la calidad.

Objetivo Estratégico N° 6: Desarrollar un Repositorio Nacional de Información para Salud Mental.

Estrategias:

- a) Determinando un conjunto mínimo de estándares de información para la toma de decisiones. Este conjunto de estándares debe responder a los estándares internacionales de información comparativa en salud mental.
- b) Determinando brechas de los sistemas de información actuales para el cumplimiento de los estándares requeridos.
- c) Contando con un sistema centralizado de información que permita recepción en línea, validación y procesamiento de datos, haciéndolos disponibles para uso diario y que provea reportes periódicos de análisis de información a nivel central, regional, de servicios de salud y de establecimientos, según corresponda.
- d) Desarrollando mecanismos para contar con la información del sector privado de salud y fuerzas armadas, requerida según los estándares definidos.

Metas:

Contar al año 2025 con un repositorio nacional de información en salud mental.

Objetivo Estratégico N° 7: Propiciar el desarrollo de sistemas de información que favorezcan el intercambio intersectorial de datos para optimizar los procesos de atención y su gestión.**Estrategias:**

- a) Detectando los nudos críticos, brechas y vacíos legales para avanzar en el conocimiento de información intersectorial relevante para los procesos de atención.
- b) Desarrollando convenios interinstitucionales para el traspaso de información.
- c) Relevando la importancia del desarrollo de sistemas integrados intersectoriales para el seguimiento y gestión de casos, con los resguardos necesarios para proteger la confidencialidad de las personas.
- d) Incorporando en los sistemas de registros del sector salud, existentes y nuevos, campos para registrar la realización de actividades de coordinación intersectorial que se desarrollan en los distintos organismos y establecimientos de la red asistencial.

Metas:

Contar al año 2025, con un plan de traspaso de información en salud mental con otros sectores.

Objetivo Estratégico N°8: Instalar una relación de colaboración continua entre la investigación y las necesidades de diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en materia de salud mental.

Estrategias:

- a) Determinando e informando cada dos años las áreas temáticas que requieren ser investigadas para la toma de decisiones en salud mental a través de un procedimiento sistemático, que incluya la participación de investigadores y tomadores de decisiones y que considere estudios en poblaciones específicas de mayor vulnerabilidad.
- b) Desarrollando y manteniendo una plataforma nacional actualizada que contenga las necesidades de investigación identificadas, los estudios realizados y los que se encuentran en curso, en diferentes instituciones.
- c) Estableciendo vinculación permanente a través de actividades para compartir entre los tomadores de decisión, academia e investigadores, como por ejemplo, desarrollando una jornada anual de presentación y discusión de resultados de investigaciones.
- d) Sistematizando, analizando y difundiendo experiencias exitosas tanto en la atención como en la gestión en salud mental.
- e) Disponiendo de las herramientas pertinentes para transformar los datos de la investigación en conocimiento y desarrollo de políticas públicas en salud mental.

Metas:

- Al año 2025, el 20% de la investigación en salud mental realizada con fondos públicos, responde a las necesidades de diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en materia de salud mental.
- Al año 2025, se aumentará al 15% la investigación en salud mental.

Objetivo Estratégico N° 9: Disponer de los recursos adecuados para la investigación en salud mental.

Estrategias:

- a) Realizando gestiones para reservar anualmente al menos un porcentaje de fondos del FONIS (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud), FONDEF (Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico) y FONDECYT (Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico) en salud equivalente a la carga de enfermedad de los problemas y trastornos mentales (~15%).

- b) Realizando gestiones para que dentro de la asignación de puntajes a los fondos públicos de investigación se asigne puntuación particular a las propuestas de investigación en salud mental que apoyen el desarrollo o evaluación de políticas públicas.
- c) Promoviendo la vinculación de los establecimientos de salud con universidades o investigadores (nacionales o internacionales) para la generación de información, de conocimiento conjunto y de utilización de información ya disponible, con fines de investigación en salud mental.
- d) Promoviendo cursos de capacitación en postulación a fondos de investigación concursables, destinados a clínicos de equipos de salud mental.
- e) Promoviendo tiempos protegidos para el desarrollo de investigación y sistematización de prácticas efectivas, en profesionales de equipos salud mental.

Metas:

Al año 2025 se habrá gestionado que, al menos 15% de los fondos FONIS, FONDEF y FONDECYT para investigación en salud mental

Objetivo Estratégico N° 10: Asegurar un mínimo de evidencia epidemiológica a nivel poblacional, requerido para el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en salud mental.

Estrategias:

- a) Realizando cada 10 años un estudio poblacional de trastornos de salud mental y sus factores de riesgo al menos con representatividad regional y nacional, diferenciado por sexo en todos los grupos etarios.
- b) Realizando encuestas de salud mental específicas relativas a género e interculturalidad.
- c) Incorporando en otras encuestas nacionales, sectoriales y de otros sectores del Estado, el componente de salud mental.

Metas:

Al año 2025 Chile cuenta con una Encuesta Nacional de Salud Mental



5) LINEA RECURSOS HUMANOS Y FORMACIÓN

El principal recurso para la intervención en salud mental son las personas. Definir con claridad el sentido del trabajo, el tipo de intervenciones y las competencias del equipo humano idóneo para llevarlas a cabo, así como los soportes técnico-administrativos necesarios, son parte de los desafíos para la década.

Algunos de los principales desafíos para quienes prestan servicios en salud mental son pasar del trabajo segmentado por nichos profesionales a la sinergia del trabajo interdisciplinario, construido desde la sólida formación de cada profesión; desarrollar la capacidad de traspasar el conocimiento sobre el colectivo a planes de tratamiento y apoyo, individualizados y dinámicos según las condiciones de las personas usuarias; adquirir habilidades de negociación y colaboración intersectorial, así como de gestionar con perspectiva estratégica.

Otro desafío no menos importante es incorporar efectivamente la perspectiva del usuario, flexibilizando los criterios aprendidos en la educación formal y generando nuevas formas de trabajo colaborativo y sinérgico, que impacten en la calidad, la pertinencia, la adherencia, entre otras dimensiones del proceso de atención y cuidados^{xviii}.

El desarrollo del área de salud mental en el sistema sanitario chileno se inició con medio siglo de retraso respecto al núcleo central del sistema de salud en general. Su desarrollo actual es parcial. Es responsabilidad del conjunto de los decisores y gestores procurar que complete adecuadamente su desarrollo y no se eternicen situaciones insatisfactorias que por sus limitaciones actúen como factores confundentes respecto a sus posibilidades de impacto sanitario y en la calidad de vida de las personas cuando se desenvuelve en condiciones adecuadas de recursos, orientaciones técnicas y regulaciones.

La LINEA DE RECURSOS HUMANOS Y FORMACIÓN tiene por objetivo aportar estrategias para aumentar la dotación en los niveles clínicos-asistenciales, de gestión y salud pública, el mejoramiento de las condiciones laborales de quienes trabajan en salud mental, de modo de incrementar su positiva contribución a la salud mental de la población y al incremento creciente de competencias, que impacten en la calidad de vida de las personas, así como también en la calidad de los tratamientos.

^{xviii} Nos referimos a la incorporación de perspectivas tales como las de usuario experto y recovery, entre otras.

5.1 Situación Actual^{xix}

La dotación de la red temática de salud mental ha presentado un aumento sustantivo entre los años 2004 y 2012⁵¹, alcanzando un aumento de 63% en el lapso de 8 años^{xx}. Este aumento no es homogéneo, ni entre profesiones ni entre regiones. Las menores tasas de profesionales son de enfermeras/os y terapeutas ocupacionales de salud mental, seguido por psiquiatras. Además la mayoría de los y las profesionales se concentra en el Gran Santiago urbano, no sólo en términos absolutos, sino también en tasa por habitantes.

Determinar el recurso humano que se requiere y donde, ha sido una labor prioritaria durante los últimos años. En el año 2015 se realizó un estudio¹⁰⁸ para definir los ejes principales de un modelo de gestión para los Centros de Salud Mental Comunitaria y para los Hospitales de Día, definiéndose estándares por tipos de dispositivos de salud que otorgan prestaciones en salud mental (APS, COSAM, Hospitales generales, etc.), a partir de los cuales se estimó la dotación requerida para otorgar a los usuarios las prestaciones de salud mental con una calidad adecuada, en el marco del modelo integral de salud familiar y comunitaria y del modelo comunitario de atención en salud mental comunitaria. De acuerdo al diagnóstico realizado en el mencionado estudio, la brecha estimada para profesionales médicos, no médicos, técnicos y administrativos es de 10.202 cargos a nivel país^{xxi}.

La Red Temática de Salud Mental, además de tener brechas en el número de dispositivos existentes y las dotaciones asignadas a éstos, mantiene vacantes un número importante de horas médicas de especialistas en psiquiatría adultos e infanto-adolescente, que no han podido contratarse pese a los continuos esfuerzos para hacerlo. Situación similar ocurre con la contratación de enfermeras/os y terapeutas ocupacionales⁵¹.

La dotación para funciones de salud mental en la autoridad sanitaria regional es también insuficiente para desempeñar sus tareas. En la mayoría de las SEREMI de Salud un mismo profesional se desempeña como referente de salud mental y como referente de otros programas (4 a 9 programas), lo que resta aún más las posibilidades de desarrollar acciones de salud pública en salud mental a nivel regional. Los Servicios de Salud presentan una realidad similar. Los y las profesionales encargados/as de realizar la gestión programática, frecuentemente son insuficientes, con lo que no alcanzan para realizar a cabalidad sus labores de apoyo, acompañamiento ni supervisión técnica. Esta realidad se replica a nivel central, donde en ambas

^{xix} La mayoría de los puntos señalados, son compartidos por todos los ámbitos de la salud. Esta situación implica que alcanzar el óptimo va a depender de cambios estructurales mayores, propiciados por el sector en materia de su política de recursos humanos.

^{xx} La tasa de profesionales y técnicos por cada 100.000 beneficiarios de FONASA pasó de 26,4 a 41,5.

^{xxi} Estos cargos contemplan la regulación de los recursos humanos en los dispositivos ya existentes, más el recurso humano necesario en los nuevos dispositivos que habría que implementar para lograr cumplir con el diseño de la red temática de salud mental.

subsecretarías, la dotación es insuficiente para realizar las labores de gestión de políticas públicas, así como de acompañamiento a las regiones que se requieren dados los importantes desafíos en salud mental.

Las condiciones de trabajo son uno de los problemas del sistema público para atraer, retener y desarrollar la carrera de profesionales y técnicos. La inestabilidad laboral producida en muchos casos por el trabajo a honorarios, sumado al nivel de remuneraciones asociado a contrataciones en grados bajos de las escalas, es una condicionante del desempeño en la red pública de salud, que sumado a la ausencia de incentivos coherentes con las exigencias adicionales que implica el trabajo en el modelo de salud mental comunitario y con personas en situación de crisis, menoscaba la capacidad de incentivar a profesionales para desempeñarse en forma estable en la red temática de salud mental.

La ejecución de la política pública de tratamiento en alcohol y drogas ha propiciado la contratación de un contingente profesional significativo en la red de prestadores públicos, pero lamentablemente, ha significado su desempeño laboral en condiciones precarias, con vinculaciones laborales flexibles, una situación que ya por muchos años afecta a estos equipos profesionales y técnicos en todos los niveles del Sistema Pública de Salud, incluidas la red asistencial y el nivel ministerial.

Además, el no contar con una definición clara de los roles y funciones de los distintos equipos de salud mental y sus miembros, en el marco del trabajo interdisciplinario construido desde la formación de cada profesión, ha dificultado que los procesos de selección encuentren postulantes adecuados a los requerimientos específicos para ciertos tipos de trabajo, así como también que las remuneraciones ofrecidas consideren la progresión de competencias que se requieren. Esto es transversal a todos los niveles de la red de atención, desde la gestión hasta los equipos que prestan servicios en materias de salud mental.

La necesidad del sistema público de salud no es sólo contar con más médicos y profesionales en el área de salud mental, sino que aquellos tengan las competencias adecuadas para desempeñarse en el contexto de un red de dispositivos organizados sobre los Modelos Comunitario de Atención en Salud Mental y de Salud Familiar y Comunitario. Esto exige nuevos conocimientos y habilidades, distintas y más amplias que aquellas que resultan de la formación que entregan actualmente la mayoría de los centros académicos del país.

Actualmente, en muchos equipos el trabajo se desarrolla aún de forma segmentada por campos profesionales. Esto dificulta que los planes de intervención incorporen la riqueza de intervenciones transdisciplinarias, programas de apoyos individualizados y dinámicos según las

condiciones de usuarios y usuarias, así como que los miembros de los equipos puedan poner en juego competencias de negociación, colaboración intersectorial y gestión con perspectiva estratégica.

En lo que respecta a la formación de pregrado de medicina y de otras carreras de la salud, la situación es similar: escasos contenidos y escenarios formativos no apropiados para conocer y valorar los modelos Comunitario de Atención de Salud Mental y de Salud Familiar y Comunitario en la mayor parte de las universidades del país.

La oferta de especialización en el modelo de salud mental comunitaria es escasa. Los centros formadores de pregrado de profesionales de carreras del área de la salud y afines a la salud, no lo tienen incorporado en su marco curricular, lo que implica que las personas deben llegar a “aprenderlo en la práctica” o no lo aprenden. En la formación de postítulo y postgrado la oferta es igualmente escasa.

En nuestro país, la formación clínica de pregrado y postgrado de médicos y otros/as profesionales, así como de especialistas tiene lugar fundamentalmente en la red de prestadores públicos. Asimismo, el Estado financia la mayor parte de los procesos de especialización médica contratando y remunerando a los médicos en formación y transfiriendo recursos a universidades. Sin embargo, esta inversión no va aparejada de una intervención activa en la definición de las competencias que los médicos en especialización debieran adquirir como resultado de este proceso. Esta omisión se replica en la formación de médicos psiquiatras, especialmente cuando enfrentamos un importante cambio en el modelo de atención en un área sanitaria prioritaria, como Salud Mental.

La formación de especialistas en psiquiatría no ha incorporado como directriz la formación en el modelo de salud mental comunitaria, a pesar del *“Programa Académico Referencial para la Formación de Especialistas en Psiquiatría”* de 2003¹⁰⁹. En términos prácticos, 24 años después del inicio de las transformaciones y 16 años después de la oficialización del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, los requerimientos del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, salvo precisas excepciones, no constituyen criterios de referencia para los programas en que se forman médicos que se especializan en psiquiatría adulto e infanto-adolescente. Del mismo modo, estos programas no hacen uso de los escenarios formativos que las redes territoriales públicas ofrecen, sino que están centrados en hospitales, lo que es favorecido porque los criterios de acreditación de los Programas de Especialización en Psiquiatría se centran en la vinculación de éstos a dispositivos cerrados y no consideran como requisito su vinculación a redes territoriales^{xxii}.

^{xxii} En España, por ejemplo, el financiamiento público de los Programas de Especialización en Psiquiatría a través del MIR y el Programa Referencial, releva el concepto de “escenarios formativos”, equiparando su importancia al de los conocimientos, habilidades y destrezas. Estos escenarios

En términos de la especialización de funcionarios/as en ejercicio, la oferta de becas y capacitaciones muchas veces es desconocida por éstos, lo que se suma a otras barreras al acceso tales como la distancia geográfica para programas presenciales, precios de los cursos, obstáculos administrativos para participar o asistir a actividades formativas, y ausencia de programas de formación continua para funcionarios/as. En términos específicos, los funcionarios y funcionarias reportan necesidad de más formación para el abordaje de casos de infancia y adolescencia, envejecimiento, abuso sexual, violencia intrafamiliar, adicciones, crisis y agitación psicomotora, traumatización extrema y daño transgeneracional^{xxiii}.

Respecto de la definición de roles profesionales dentro de los equipos de salud mental en atención primaria, especialidad ambulatoria y hospitalización, no se cuenta con una descripción de cargos y funciones para los distintos miembros de un equipo de salud mental comunitaria dependiendo de su nivel de acción, así como tampoco con procesos de inducción que permitan a los nuevos integrantes de los equipos identificar su lugar en la red asistencial.

Las instancias de autocuidado son otro aspecto relevante en lo relativo al recurso humano que desempeña funciones en el ámbito de salud mental. El trabajo con personas en situaciones de crisis y sufrimiento es desgastante y los equipos a menudo no cuentan con espacios ni lineamientos definidos institucionalmente para el autocuidado.

5.2 Situación óptima deseada

El objetivo principal es contar con equipos que cuenten con conocimientos y competencias generales de salud pública, adecuadamente dotados, apoyados institucionalmente y constituidos por profesionales calificados para realizar acciones de salud mental en el marco de los modelos comunitario de atención en salud mental y familiar y comunitario, e impulsar la ampliación, perfeccionamiento y consolidación de la oferta de servicios a las personas, en todos los niveles de atención de salud, con un respaldo institucional íntegro.

Mejorar las condiciones laborales de profesionales, técnicos y administrativos es un gran desafío pendiente. La regularización de los contratos, del monto y estructura de las remuneraciones y las oportunidades de desarrollo profesional, son déficits claves que se deben abordar con urgencia para subsanar las brechas de recursos humanos.

deben constituir imperativamente una red diversa (Unidades de Hospitalización, Hospitales de Día, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Atención Primaria, etc.). En Inglaterra, la especialización se hace en el NHS, Sistema de Salud pública, y en el caso de la formación de Psiquiatras tiene como base los Community Mental Health Teams.

^{xxiii} Recopilado la revisión y aportes al documento convocante para la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental.

El desarrollo progresivo que ha vivido la salud mental en Chile, requiere tanto capacitar a profesionales y técnicos que ya se desempeñan en salud mental, de modo que complementen sus habilidades para asumir nuevas y distintas funciones, como también transformar a los programas de pre y postgrado de las carreras de la salud, para que sean sinérgicos con el diseño de la red y con las orientaciones ministeriales. De esta forma, la política sanitaria podrá mejorar el servicio provisto en materia de salud mental.

La ejecución de la política pública de tratamiento en alcohol y drogas debe armonizarse con la legislación laboral, para resolver la precariedad laboral que afecta a los equipos profesionales y técnicos, en todos los niveles del sistema, en el marco del convenio SENDA-MINSAL.

Se debe contar con un plan de cierre de brechas en recursos humanos. Cuantitativamente ha de aumentar la cantidad de equipos adecuadamente dotados, con profesionales y técnicos, para ampliar la cobertura, disminuir los tiempos de espera y aumentar la frecuencia de las intervenciones, así como para implementar intervenciones grupales y en terreno. Este plan debe contemplar el cierre de brechas en los niveles de gestión y de acciones de salud pública de las SEREMI, Servicios de Salud y del nivel central.

Cualitativamente, es imprescindible alinear con los modelos de atención todo el ciclo de formación, ejercicio y carrera profesional, lo que requiere definiciones de perfiles, remuneraciones, asignaciones y otros incentivos, incidencia en la formación de pre y postgrado y organización de un modelo de educación continuada.

Se trata de definir colaborativamente los perfiles de competencias más adecuados para satisfacer las necesidades de las personas, usuarios/as y trabajadores/as, en una perspectiva de salud pública y en el marco del modelo de salud integral, con enfoque comunitario y familiar y del modelo comunitario de atención en salud mental. Ello se deberá materializar en descripciones de cargos, procesos de inducción y de desarrollo de carrera.

La formación profesional de especialización debe construirse en el contexto de redes de atención que funcionen en el marco de los modelos de salud mental comunitaria y familiar y comunitario, asumiendo el impacto fundamental que tienen los escenarios formativos en los que se imparten los programas -tanto de formación profesional, de especialización y postgrado- sobre las competencias adquiridas y las expectativas de desempeño posterior. Para potenciar la capacidad formadora de estas redes es necesario, en una primera etapa, priorizar la destinación de profesionales en formación hacia ellas, generando un efecto multiplicador, que en una etapa siguiente beneficiará a todas las redes en conjunto, al constituirse en la base para la ampliación de la oferta de especialización pertinente al modelo comunitario, en alianza con los centros

académicos, rediseñando y ampliando programas existentes o creando nuevos programas de formación de recursos humanos en salud mental.

Esto implica trascender el concepto de “*campo clínico*” y de sus intercambios económicos, movilizándose hacia formalizar alianzas estratégicas entre instituciones, para aprovechar y potenciar las redes comunitarias existentes. Permite avanzar más allá de los programas de formación especializada para médicos, incorporando la formación clínica de otros/as profesionales y técnicos, tanto en pre como en postgrado, impulsando también formación de agentes comunitarios en salud mental. Genera condiciones favorables para mejorar la calidad y pertinencia de la capacitación y la educación continua de aquellas personas que ya forman parte de las redes. Estas redes de formación en salud mental comunitarias serán denominadas “Polos docente-asistenciales de formación de recursos humanos en salud mental”.

Se deberá elaborar perfiles de profesionales y técnicos que presten servicios en salud mental en los distintos dispositivos de la red de salud, a nivel de gestión de los Servicios de Salud, SEREMI de salud y equipos del nivel central, en conjunto entre las diversas reparticiones ministeriales involucradas, con participación activa de los distintos niveles de la red de salud, los colegios profesionales, usuarios y los centros de formación. En esta definición la consideración de la perspectiva de usuarios expertos y la necesidad de incorporar perspectivas flexibles de trabajo, tales como la de Recovery, deben tener especial peso. Todo ello permitirá definir colaborativamente las competencias óptimas y suficientes para satisfacer las necesidades de las personas, usuarios/as y trabajadores/as, en una perspectiva de salud pública y el marco del modelo de salud integral, con enfoque comunitario y familiar y del modelo comunitario de atención en salud mental. Estos perfiles deberán guiar la provisión de nuevo personal, su inducción y los procesos de capacitación y la educación continua de quienes ya trabajan en el sistema.

La capacitación y formación continua deberá idealmente fomentar el desarrollo de competencias y habilidades en línea con los modelos de salud mental comunitario y de salud familiar y comunitaria. Por ello, los organismos capacitadores considerarán en su oferta aquellos lineamientos emanados del Ministerio en materia de salud mental.

Los equipos de todos los niveles de la red asistencial contarán con orientaciones técnicas basadas en la evidencia, respecto de programas y acciones de calidad de vida laboral, autocuidado y de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo, para ser desarrolladas institucionalmente en forma sistemática y permanente.

5.3. Plan de Acción:

Objetivo Estratégico N°1: Cerrar la brecha de recursos humanos en salud mental tanto a nivel de atención, como de gestión y salud pública en un horizonte de 10 años.

Estrategias:

- a) Formalizando modelos de gestión actualizados de los distintos dispositivos de la red de salud que prestan servicios de salud mental con funciones y dotaciones específicas asociadas.
- b) Definiendo los perfiles para los distintos cargos y funciones del personal que se desempeñan en salud mental, tanto en gestión, como en acciones de salud pública y atención.
- c) Generando un plan de regularización progresiva de dotación, tanto en los dispositivos existentes como en las direcciones de Servicios y SEREMI de Salud.
- d) Generando un programa de cierre de brecha que funcione en distintos escenarios presupuestarios.
- e) Promoviendo la formación de profesionales para satisfacer los requerimientos evidenciados en el proceso de cierre de brecha.
- f) Resguardando que todo dispositivo se implemente con la dotación de RRHH completa de acuerdo a la norma.
- g) Gestionando el proceso de formación y destinación de los recursos de médico psiquiatra adulto e infanto-adolescente, articulado sinérgicamente con las necesidades dinámicas de las redes asistenciales.
- h) Promoviendo la creación de nuevos Programas de Especialización Médica en Psiquiatría Adultos e Infanto-Adolescente, que desde su origen se orienten a formar profesionales para el sistema público de salud, en coherencia con el modelo de salud integral con enfoque comunitario y familiar y con el modelo comunitario de atención en salud mental, y generen “Polos docente-asistenciales de formación de recursos humanos en salud mental”.

Metas:

Completar la dotación de recursos humanos tanto en establecimientos y dispositivos de salud mental, como en los niveles de gestión y salud pública de acuerdo a los estándares en un plazo de 10 años.

Objetivo Estratégico N° 2: Regularizar la situación contractual de funcionarios y funcionarias del sistema público de salud dedicados a salud mental.

Estrategias:

- a) Elaborando y manteniendo actualizado un catastro de las condiciones laborales de funcionarios/as de equipos de salud que prestan servicios de salud mental en la red pública de salud.
- b) Promoviendo que las contrataciones de RRHH vinculado a la atención y tratamiento en alcohol y drogas se armonice en función del estatuto administrativo.
- c) Monitoreando los cargos asignados a los Secretarías Regionales Ministeriales y Servicios de Salud para que se destinen efectivamente a salud mental.
- d) Promoviendo por la regularización de funcionarios y funcionarias a honorarios de salud mental en el plan general de regularización del personal a honorarios, actualmente en ejecución.

Metas:

- Al año 2020 los convenios de colaboración intersectorial que aportan recursos humanos, incorporan los resguardos laborales de los funcionarios/as que se desempeñan en este marco y aseguran la continuidad y periodicidad en la transferencia de recursos.
- Mantener un registro actualizado de la dotación del recurso humano por nodo, establecimiento, Servicio de Salud y SEREMI, según profesión y tipo de cargo, que permita contar con información vigente respecto a la cantidad y calidad del recurso humano existente y de la brecha en la situación contractual.

Objetivo Estratégico N° 3: Implementar polos docentes-asistenciales de formación de recursos humanos en salud mental, para reducir los déficit cuanti- y cualitativos de recursos humanos.

Estrategias:

- a) Formalizando alianzas estratégicas entre redes públicas de salud y programas de especialización.
- b) Adecuando las bases jurídico administrativas para que sean coherentes con los propósitos y que resuelvan obstáculos administrativos actuales.
- c) Aprovechando y potenciando la calidad de las redes existentes, propiciando pasantías de los profesionales de salud en formación por los nodos de la red temática de salud mental.

- d) Promoviendo la creación de nuevos Programas de Especialización Médica en Psiquiatría Adultos e Infanto-Adolescentes, que desde su origen se orienten a formar profesionales para el sistema público de salud, en coherencia con el modelo de salud integral, con enfoque comunitario y familiar y del modelo comunitario de atención en salud mental, y que en su origen incluyan en su programa de desarrollo dar origen a “Polos docente-asistenciales de formación de recursos humanos en salud mental”.
- e) Destinando recursos financieros a estimular la capacidad de organización y gestión de cada polo docente-asistencial.

Metas:

Formalizar al menos 5 Polos Docentes-Asistenciales de Formación de Recursos Humanos en Salud Mental^{xxiv} en el período 2017 – 2020.

Objetivo Estratégico N° 4: Mejorar los procesos de reclutamiento, selección, inducción y retención de los integrantes de los equipos que prestan servicios de salud mental.

Estrategias:

- a) Definiendo los modelos de gestión de establecimientos y dispositivos.
- b) Definiendo los perfiles de competencias para distintos profesionales y técnicos en los diversos niveles de atención^{xxv}, así como la composición de los equipos.
- c) Definiendo un proceso de inducción general a dispositivos de nivel primario, secundario y terciario en el marco del desempeño en salud mental comunitaria.
- d) Estableciendo sistemas de incentivos que apunten a la retención del recurso humano en los nodos de la red temática de salud mental.
- e) Mejorando los estándares de concursos para la provisión de cargos que desempeñarán funciones en salud mental, en todos los niveles del sistema público de salud.

Metas:

- Contar al año 2020 con una definición de perfiles de competencias para los/las distintos/as profesionales y técnicos que trabajan en los diversos nodos de la Red Temática de Salud

^{xxiv} Estos Polos trascienden la especialización médica y la carrera de Medicina, incluyendo otras profesiones de la salud en pregrado y postgrado, así como la educación continua y capacitación.

^{xxv} Se trata de definir perfiles en dos niveles: uno para profesionales en determinados puntos de la red, por ejemplo en especialidad ambulatoria y otro nivel específicamente asociados a la profesión.

Mental, que oriente los procesos de reclutamiento, inducción, promoción, la capacitación continua.

- Contar con un programa de inducción operando plenamente para nuevas contrataciones y cumpliendo con el plan que se haya definido para normalizar a los funcionarios y funcionarias antiguos/as al año 2020.

Objetivo Estratégico N° 5: Promover el trabajo colaborativo y conjunto con Universidades y Centros de Formación Técnica para construir y ejecutar un programa de fortalecimiento de las competencias para todos los trabajadores y trabajadoras de la red temática de salud mental pública del país, independientemente de su calidad contractual.

Estrategias:

- a) Sugiriendo mallas curriculares de capacitación para funcionarios/as que aborden temas de salud mental.
- b) Definiendo contenidos adecuados para la especialización de funcionarios en temas de salud mental, incluyendo temáticas relacionadas con pobreza multidimensional, vulnerabilidad y exclusión social, protección social, particularidades y necesidades de grupos específicos.
- c) Certificando proveedores que cumplan con los requisitos de contenidos para generar formación en salud mental.
- d) Otorgando incentivos -de apoyo financiero y administrativo- a proveedores que entreguen formación pertinente.
- e) Aumentando incentivos a programas de formación semipresenciales o remotos.
- f) Generando un programa de formación especial sobre Gestión Integral del Riesgo en situaciones de emergencias y desastres

Metas:

Contar al año 2020 con un plan de desarrollo progresivo de competencias, que incluya diagnóstico, brecha y plan de desarrollo de oferta pertinente.

Objetivo Estratégico N° 6: Orientar técnicamente y garantizar el espacio institucional para las prácticas de autocuidado de los equipos de salud mental.

Estrategias:

- a) Orientando técnicamente y en base a la evidencia las prácticas de autocuidado.

- b) Implementando las políticas de programas de calidad de vida laboral.
- c) Implementando programas de detección y prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo.
- d) Generando el soporte administrativo para garantizar el espacio institucional para dichas acciones.
- e) Contando en cada nodo de la red temática de salud mental con un programa de cuidado y atención de la salud mental de sus funcionarios en casos de emergencias, desastres y catástrofes.

Metas:

Contar al año 2020 con una orientación técnica de autocuidado de funcionarios/as que prestan servicios de salud mental.

Objetivo Estratégico N° 7: Incorporar, en un trabajo colaborativo con las Universidades, en la formación de pregrado, contenidos y desempeños formativos clínicos relativos a salud mental comunitaria.

Estrategias:

- a) Elaborando una orientación para la incorporación de la Salud Mental y Psiquiatría en las mallas curriculares de carreras afines^{xxvi} y algunos conceptos básicos en mallas de carreras que no están necesariamente relacionadas con salud, por ejemplo profesores.
- b) Sugiriendo y promoviendo contenidos curriculares en cantidad y calidad suficientes para que los egresados y egresadas tengan las habilidades para trabajar en este campo.
- c) Incorporando contenidos y prácticas de Salud Mental Comunitaria en las carreras de medicina, enfermería, psicología, terapia ocupacional y trabajo social.
- d) Promoviendo que en la relación docente asistencial se generen condiciones que permitan la incorporación de contenidos y prácticas de Salud Mental Comunitaria en las carreras de medicina, enfermería, psicología, terapia ocupacional y trabajo social.
- e) Generando un plan de sensibilización de docentes claves de las carreras de salud de pregrado.

^{xxvi} Técnico paramédico, enfermería, obstetricia, kinesiología, medicina, psicología y trabajo social.

Metas:

Contar con una propuesta curricular para formación de profesionales en materias de salud mental comunitaria al año 2020.

Objetivo Estratégico N° 8: Promover el fortalecimiento de las capacidades de gestión y de ejercicio de la autoridad sanitaria en los diversos niveles del sistema público de salud.**Estrategias:**

- a) Estableciendo alianzas con centros académicos para desarrollar capacidades docentes y programas de formación pertinentes y de calidad, orientados al fortalecimiento de las capacidades de gestión y de ejercicio de la autoridad sanitaria de los profesionales de salud mental en los diversos niveles del sistema público de salud, en coherencia con el modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, y el modelo comunitario de atención en salud mental

Metas:

- Al año 2020 el país contará con capacidades docentes y programas de formación pertinentes y de calidad, orientados al fortalecimiento de las capacidades de gestión y de ejercicio de la autoridad sanitaria de los profesionales de salud mental en los diversos niveles del sistema público de salud, en coherencia con el modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, y el modelo comunitario de atención en salud mental, capaces de satisfacer la demanda de formación requerida.
- Al año 2025 el 80% de los profesionales con responsabilidades de gestión y de ejercicio de la autoridad sanitaria, hasta el nivel de dispositivos en las redes, habrá recibido formación pertinente en gestión y salud pública, en coherencia con el modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, y el modelo comunitario de atención en salud mental.



6) LINEA PARTICIPACIÓN

El concepto “participar” significa “tomar parte en algo”. Dentro de los usos del concepto se encuentran, “tomar parte en algo, recibir una parte de algo, compartir opiniones o ideas, tener parte en una sociedad o negocio, dar parte, noticiar, comunicar”¹¹⁰.

Es obvio, pero no poco relevante remarcar que no es posible participar solo o sola. Participar requiere de otros/as y de un marco de relaciones sociales. Igual que la salud y la salud mental, no puede ser alcanzada sola, aislada.

La participación social ha sido un componente fundamental en el modelo comunitario de atención en salud mental, ya desde sus albores en la década de 1950. Así, por ejemplo, Maxwell Jones en Gran Bretaña, lideró un proceso de desarrollo de comunidades terapéuticas al interior de los hospitales psiquiátricos, planteando la democratización y libertad de comunicaciones, análisis interpersonal de lo que sucede en la institución (reuniones diarias de pacientes y personal), tendencia a destruir las relaciones de autoridad tradicionales, actividades colectivas y presencia de toda la comunidad en las decisiones administrativas del servicio. Este proceso es expandido por Franco Basaglia, en Italia, al interior de los hospitales en la década de 1970, generando amplios movimientos sociales, primero antimanicomiales, para transformar estas instituciones en redes de servicios comunitarios de salud mental, y luego, para favorecer la formación de empresas sociales y abrir espacios de sociabilidad para las personas con enfermedades mentales¹¹¹.

Con el avance de los procesos de desinstitucionalización y desarrollo de servicios comunitarios a partir de la década de 1980, en países desarrollados, la participación social en salud mental ha estado vinculada principalmente a la movilización y organización de usuarios/as, ex-usuarios/as y familiares que luchan por el ejercicio de sus derechos ciudadanos en los servicios de salud mental y en la comunidad, expresan una influencia creciente en la formulación de políticas y legislación relacionadas con su salud mental, y se transforman, en el mejor de los casos, en actores protagónicos en sus propios procesos de tratamiento y rehabilitación y en la gestión de los servicios de salud mental¹¹².

En Chile, la participación social en los programas de salud mental también cuenta con antecedentes muy importantes. Entre muchos otros es posible citar, por una parte, la experiencia del Centro de Demostración de Medicina Integral de Quinta Normal, entre 1958 y 1965, y del Programa de Medicina Preventiva integrada en las Clínicas, entre 1963 y 1969 en el Hospital San Borja, que sirvió de base para que, en el marco del Programa de Desarrollo Socio-Cultural, instalado en 1970 (que se enmarcaba en el proceso general de cambio social instalado por el gobierno de la Unidad Popular, dirigiéndose hacia la búsqueda de participación y poder popular,

tendiente a la democratización interna del Servicio Nacional de Salud y estimulando la inclusión de las comunidades en las tareas de diseño, implementación y control o evaluación de las acciones de salud) se generara el Programa de Salud Mental Poblacional¹¹³.

Por otro lado, el Programa de Psiquiatría Intracomunitaria, entre 1968 y 1973, donde se desarrolló un modelo para el abordaje comunitario del alcoholismo, primero, y luego de las neurosis y la privación socio-cultural en niños y niñas, incorporando a líderes comunitarios, la comunidad organizada y la comunidad en general en el diseño e implementación de los programas^{114, 115}.

Estos programas, dan cuenta de una rica organización social vinculada a la salud mental, posiblemente gestándose antes o, al menos, paralelamente a las iniciativas institucionales (universitarias o del Servicio de Salud). Es el caso de organizaciones sociales vinculadas directa o indirectamente con los problemas y trastornos mentales, como Clubes de Abstemios, clubes de vacaciones, grupos de alimentación solidaria, ramas deportivas, jardines infantiles populares, etc., así como también de Consejos de Salud a nivel de consultorios y hospitales, con la participación de pobladores/as, trabajadores/as y funcionarios/as de salud.

El enfoque de “recuperación” (*recovery*) le ha dado una nueva fuerza y perspectiva a la participación de usuarios y usuarias en los servicios de salud mental, pasando desde el rol pasivo de pacientes al proactivo de “expertos/as” en el manejo de las enfermedades mentales y en el funcionamiento de los servicios de salud mental^{116, 117}.

Una participación efectiva de usuarios/as y familiares requiere de un cambio cultural en la forma que los equipos de salud – en los niveles de salud pública y redes asistenciales, así como atención primaria, Centros de Salud Mental Comunitaria, Servicios de Psiquiatría y Salud Mental, etc. se relacionan con sus usuarios/as, de modo que éstos/as puedan acceder a un mayor nivel de poder y autonomía en el control de sus vidas y un rol activo (no solo como “pacientes”) en los establecimientos de salud¹¹⁸.

Más allá de estos enfoques específicamente vinculados a la participación en el marco de programas de salud mental, la participación social – en sus diversos niveles y formas – debe constituir un derecho ciudadano y una condición imprescindible de la verdadera inclusión social. La participación efectiva posibilita ejercer la plena ciudadanía, constituyéndose en un bien en sí mismo. Del mismo modo, la asociatividad, la cohesión y la participación social son factores protectores de la salud mental – posibilitan la salud mental, son condiciones básicas de la salud. Una comunidad fortalecida y dotada de mecanismos efectivos de participación tiene mayor capital social y más oportunidades para la protección y promoción de la salud mental, y, solo en

el marco de relaciones sociales (y por lo tanto afectivas) y comunitarias, las personas pueden ser saludables.

Es preciso también señalar que, por sobre el campo particular de la salud y la salud mental, durante los últimos años la participación social también ha sido relevada dentro de las políticas públicas.

Es así que durante el año 2011 se promulga la Ley Nº20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, que consagra el derecho que todas las personas tienen de asociarse libremente para la consecución de fines lícitos, lo cual comprende la facultad de crear asociaciones que expresen la diversidad de intereses sociales e identidades culturales¹¹⁹.

En esta misma dirección, en el año 2014 se entrega un Instructivo Presidencial para la participación ciudadana en la gestión pública. La Participación Ciudadana es definida allí como *“el proceso de cooperación mediante el cual el Estado y la ciudadanía identifican y deliberan conjuntamente acerca de problemas públicos y sus soluciones, con metodologías y herramientas que fomentan la creación de espacios de reflexión y diálogos colectivos, encaminados a la incorporación activa de la ciudadanía en el diseño y elaboración de las decisiones públicas”*¹²⁰.

En este instructivo se establecen una serie de compromisos en materia de fortalecimiento de la sociedad civil y de participación ciudadana, en pos de la ampliación y distribución de la democracia, mediante la participación ciudadana efectiva, fomentando espacios de reflexión y diálogos colectivos, que apuntan a la incorporación activa de la ciudadanía en el diseño y elaboración de las decisiones públicas. Para lo anterior se instruye a los organismos del Estado, revisar y actualizar normas de participación ciudadana, crear Unidades de Participación Ciudadana, establecer Consejos de la Sociedad Civil, desarrollar Cuentas Públicas Participativas, elaborar un Registro Nacional de Personas Jurídicas. Además se plantea la implementación de nuevos mecanismos entre los que se encuentra, las Audiencias Públicas, Presupuestos Participativos, Cabildos Ciudadanos Territoriales y Sectoriales, Encuentros de Diálogos Participativos y Plataformas Digitales Participativas¹²⁰.

Sobre esta base, el Ministerio de Salud elabora la Política Nacional de Participación Social en Salud, cuyos ejes estratégicos son el fortalecimiento de los vínculos con la sociedad civil, la incorporación del enfoque de derechos en salud y el ejercicio del control social sobre la gestión pública de salud, mediante las estrategias de transversalización de la participación social en las políticas de salud, la validación de todas las formas de participación en un marco de respeto por los derechos de las personas y el apoyo a la conformación de instancias y mecanismos de participación de carácter informativo, consultivo, deliberativo y decisorio¹²¹.

Estos aspectos están plasmados en la Norma Técnica N°31 de Enero de 2015, la cual establece la Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud, aplicable al Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, SEREMI, Servicios de Salud y sus establecimientos, FONASA, Instituto de Salud Pública y CENABAST¹²², y en la que se define la Participación Ciudadana en Salud como la *“capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos”* (p.1)¹²².

En esta línea, se presenta una propuesta que incorpora acciones en los diferentes niveles y formas en que se puede entender la “participación”, en la perspectiva de contribuir al cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Salud Mental.

El objetivo de LA LÍNEA DE PARTICIPACIÓN es “desarrollar espacios de participación social efectivos – en los niveles ejecutor, consultivo y decisor – sobre políticas, planes, programas e intervenciones de salud mental, por parte de la sociedad civil y la comunidad, con especial énfasis en usuarios, usuarias y familiares, y en aquellos grupos más vulnerables, postergados y excluidos”.

En el anexo N° 3 se define el concepto de participación social y se describen los distintos niveles de participación.

6.1 Situación Actual

El Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 desarrolló la participación social, principalmente enfatizando el rol de las agrupaciones de usuarios/as y de familiares de usuarios/as de servicios de salud mental, en el acompañamiento y ejercicio de derechos de usuarios y usuarias con problemáticas de salud mental. En la actualidad se pueden reconocer avances al respecto, sin embargo, hay muchas brechas al respecto que muestran el camino por el cual debe avanzar el nuevo Plan Nacional de Salud Mental. La vinculación entre servicios de salud mental y organizaciones o agrupaciones en salud mental es discontinua, así como la información es parcial, por ejemplo, en cuanto al estado actual de la organización social en salud mental, el número exacto de estas agrupaciones, su funcionamiento, participantes, etc.⁴⁷.

El Segundo Informe de Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile, logró recoger información de 77 de estas agrupaciones, de las cuales el 63,6% corresponden a agrupaciones de usuarios/as, 15,6% de familiares y 19,5% mixtas, con participación tanto de usuarios/as como de

familiares, estimándose que existen aproximadamente 8.000 usuarios/as y 5.000 familiares que participan en estas agrupaciones en todo el país. El 57,1% de las agrupaciones señaló haber recibido algún financiamiento del Estado en los últimos 2 años, mientras que solamente el 13,0% señala haber participado en la formulación o ejecución de planes de salud mental y el 11,7% participó en alguna actividad de la Comisión de Protección de Personas con Enfermedad Mental en el mismo periodo. El 45,5% declaró haber realizado actividades de apoyo a las personas con enfermedades mentales⁵¹.

Por su parte, un levantamiento de información realizado con la participación de 18 Servicios de Salud^{xxvii, 123} reportó un total de 485 agrupaciones de salud mental, con un promedio de 27 agrupaciones por Servicio de Salud (en una amplia dispersión entre 5 y 74). Respecto de los tipos de agrupaciones, se distinguían Grupos de Autoayuda (57%) –incluyendo grupos específicos de depresión, alcohol y drogas, violencia intrafamiliar u otras problemáticas de Salud Mental – Agrupaciones Comunitarias (26%) – entre las que se incluyen Agrupaciones de Monitores en Salud Mental, Consejos de Desarrollo Local, Mesas de Temáticas de Salud Mental, Agrupaciones Sociales y Culturales, Juntas de Vecinos, Clubes de Mujeres o Personas Mayores – Grupos de Autoayuda Multifamiliares (10%) y Agrupaciones de Usuarios y Familiares (10%).

Según el mismo diagnóstico, entre el 55% y el 70% de los dispositivos de salud mental realizaban algún tipo de actividad con las Agrupaciones de Usuarios y Familiares. Entre estas acciones está la entrega de información, la participación en reuniones de trabajo, la planificación de actividades para el abordaje de temáticas específicas, los encuentros de Salud Mental, la formación de Red de Agrupaciones de Salud Mental, la planificación y ejecución conjunta de actividades promocionales o preventivas en salud mental¹²³.

En relación con la coordinación de redes y otras instancias relacionadas con la gestión de participación a nivel local, sólo un 18% de los Servicios de Salud que fueron parte del levantamiento de información declararon mantener una coordinación constante entre el encargado del Programa de Salud Mental y el encargado de Participación y Trato al Usuario. Esa relación fundamentalmente tuvo como resultados la realización de actividades como encuentros de salud mental, reuniones mensuales de Red de Agrupaciones del Servicio de Salud, compromisos de gestión compartidos, operativos de Salud Mental, coordinación de actividades masivas y con agrupaciones, participación en la Mesa sobre Personas en Situación de Calle y en la Mesa sobre Violencia Intrafamiliar, elaboración de cartillas informativas a ser difundidas en los espacios de participación de la comunidad organizada, organización y participación en Plazas Ciudadanas, reuniones mensuales de la Sociedad Civil en donde se socializan temas y estrategias

^{xxvii} Sobre un total de 29 Servicios de Salud del país.

de salud mental y articulación de la participación comunitaria en las estrategias de Salud Mental Intercultural¹²³.

Del resto de los Servicios, un 30% reportaron una escasa vinculación, mientras que el 24% refirió mantener una coordinación esporádica, básicamente para coordinar reuniones, dar apoyo a acciones intersectoriales específicas, para organizar actividades promocionales o difusión de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes¹²³.

En general, los Servicios de Salud a través de sus Unidades de Participación Ciudadana y Trato al Usuario, realizan una gran cantidad y variedad de actividades con organizaciones de la comunidad, sin embargo, las agrupaciones de salud mental tienen una escasa vinculación con estas acciones, principalmente debido a que es común que estas agrupaciones no formen parte de los Consejos de Desarrollo Local de cada establecimiento, o de las organizaciones comunales de salud, lo cual no les permite ser visualizadas desde los referentes de participación social en los Servicios de Salud¹²³.

A nivel de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), la relación que se establece con las agrupaciones es diversa, tanto en el número de entidades con las que se vinculan como en la naturaleza de dicho contacto. En la mayoría de las SEREMI de Salud, la vinculación se da en el marco de las Comisiones Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, puesto que éstas deben incluir dos representantes de asociaciones de usuarios/as de la salud mental o dos representantes de asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual¹²⁴.

Otros canales de participación posibles, a nivel de la autoridad sanitaria regional, son los Consejos Asesores Regionales (CAR), los Consejos Consultivos de Adolescentes, la Mesa de Trata de Personas, el Comité Técnico Asesor de Seguridad Ciudadana. Sin embargo, las agrupaciones de salud mental escasamente participan en estos espacios¹²⁴.

El entramado de organizaciones y agrupaciones de usuarios/as, familiares y otros relacionados a salud mental es rico y muy heterogéneo. Asimismo, es posible identificar múltiples formas de relación entre estas organizaciones y las redes de salud mental. No obstante, una primera debilidad que es posible señalar, en el área de participación social en salud mental, es que desde la política pública en salud no se ha logrado instalar un trabajo de coordinación y relación sistemática y constante, que permitan el fortalecimiento y potenciación de las agrupaciones, en todo los niveles de la gestión pública, desde los centrales a los locales.

Ciertamente, la participación social y la salud mental constituyen un campo complejo y que presenta diversos desafíos. Por una parte, de acuerdo a la información reportada por los encargados del Programa de Salud Mental en los Servicios de Salud y en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, uno de los aspectos que dificulta tener una mayor coordinación y trabajo con las Agrupaciones de Salud Mental, por parte de quienes trabajan en dispositivos de salud, es la sobrecarga laboral y la falta de priorización de este tipo de acciones dentro de la cantidad de funciones que desempeñan^{123, 124}.

Por otro lado, es preciso sortear la percepción de poca horizontalidad en las organizaciones institucionales que promueve el Estado y de instrumentalización de los espacios de participación generados a partir de la Ley N°20.500¹²⁵.

A esto se suma la gran complejidad que existe en materia de discapacidad mental, donde la situación de pobreza multidimensional^{xxviii, 126} y vulnerabilidad en que viven muchas personas con discapacidad mental y sus familias, dificultan aún más la participación. El aislamiento, desgaste de las/os cuidadoras/es, la precariedad económica y el acceso a servicios en zonas rurales, resultan en una mayor desconexión con los espacios de participación, imposibilitando en ocasiones su incorporación en organizaciones que les permitan promover y defender sus derechos. La participación social, no obstante, tiene diversos niveles y formas, dentro de las cuáles el desarrollo y fomento de las organizaciones y la coordinación de redes, son solo partes. Es necesario profundizar en estas modalidades de participación, pero también avanzar consistentemente en las otras.

En un estudio realizado sobre una muestra representativa de servicios de salud mental en CAE, CRS y CDT de Chile, aplicando el Instrumento de Calidad y Derechos (Quality Rights) de la OMS, se encontró una correlación significativa entre la mayor participación de los/as usuarios/as en sus planes de tratamiento y la adherencia al tratamiento en personas con primer episodio de esquizofrenia¹²⁷.

Como se señaló en un principio, se debe enfatizar que la participación es un medio a partir del cual las personas pueden mejorar su calidad de vida y también una condición en sí misma de la salud mental.

^{xxviii} La pobreza multidimensional es un concepto que recoge los cambios en la concepción de pobreza, desde un enfoque basado en la falta de ingresos, a otro que concibe la pobreza como el resultado de privaciones en diversas dimensiones (como, por ejemplo, educación, salud, vivienda, empleo, empoderamiento, discriminación, seguridad personal) que a la vez afectan de manera diversa en relación con factores (como, por ejemplo, distribución regional, género, etnia, etc.) (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

6.2 Situación óptima deseada

El Plan Nacional de Salud Mental espera avanzar sobre aspectos concretos en diversos niveles de participación, superando la línea base de la participación meramente instrumental. Por una parte, desarrollando un sistema de comunicación de información dirigida a usuarios/as, familiares y comunidad en general, así como fortaleciendo la creación y el funcionamiento de organizaciones sociales de usuarios/as, familiares y otros asociados a salud mental (participación ejecutora).

Por otro lado, desarrollando espacios de encuentro y coordinación, sistemáticos y estables, entre equipos de salud – con un enfoque territorial, en todos los niveles: central, regional, comunal y barrial y la comunidad y sociedad civil, para favorecer la participación consultiva.

Por último, la participación decisoria, se aborda a partir del objetivo de fortalecer la implementación de espacios para la toma de decisiones de usuarios y usuarias en relación con sus propios tratamientos, así como desarrollar otros espacios sistemáticos para la toma de decisiones en las políticas, planes y programas de salud mental, por parte de agentes sociales.

La participación social debe estar inscrita en la relación amplia entre salud mental y procesos sociales. Es necesario visualizar y abordar no sólo la participación de usuarios/as y familiares en grupos y organizaciones bajo el objetivo central de la salud mental, sino también la participación social amplia de estos – y de las personas con problemas y trastornos mentales, aun no siendo usuarios/as propiamente tales – en la vida comunitaria, social y política en general, que constituye su entorno.

De esta manera, el modelo de salud mental comunitaria demanda la existencia de agrupaciones de usuarios, usuarias y familiares fuertes, empoderadas y con roles bien definidos. En este sentido, es necesario incorporar nuevas y múltiples vías de participación social, superando las formas de participación meramente instrumentales y trascendiendo el tipo de participación centrada en actividad consultiva, dirigiéndose hacia una participación vinculante, que incida en la toma de decisiones, tanto en la formulación, ejecución y evaluación de programas de salud mental como en las decisiones referentes a los tratamientos de los y las usuarios/as¹²⁸.

Por supuesto, se requiere generar mecanismos que permitan conocer y fortalecer las organizaciones de usuarios/as y de familiares de usuarios/as de servicios de salud mental, apoyar la creación de nuevas organizaciones y favorecer la incorporación de representantes de éstas en las instancias de participación formal establecidas.

El trabajo de apoyo y fortalecimiento de las agrupaciones y organizaciones de usuarios/as, familiares y otras personas relacionadas a la salud mental, debe incluir el apoyo técnico y financiero, en un marco de acción continua. Al mismo tiempo, debe priorizarse el resguardo y protección de la autonomía de las organizaciones¹²⁹.

El trabajo con las organizaciones de usuarios/as y de familiares de usuarios/as debe entenderse como una tarea fundamental en todos los niveles del sistema público de salud, para lo cual es necesario generar normativa y capacitación en la materia. Del mismo modo, desde el quehacer de la red temática de salud mental se debe estimular la participación de los usuarios y usuarias en la vida social, comunitaria y política, que permita el mejoramiento de sus condiciones y calidad de vida, la inclusión social y el desarrollo personal.

A nivel de los Servicios de Salud y red de salud en general, se debe potenciar la coordinación y trabajo conjunto con otros Programas como el Programa de Promoción de Salud y/o Unidades como la de Participación Ciudadana y Trato al Usuario, de manera de lograr una sinergia y potenciación de los esfuerzos desplegados por las distintas instancias en pro de la participación. Fortalecer la participación social en salud mental, implica la generación de espacios sociales que faciliten el ejercicio de la ciudadanía de todas las personas, especialmente de aquellas en riesgo de exclusión, sin distinciones de sexo, edad, posición socioeconómica, discapacidad, etnia o pertenencia a pueblos originarios, preferencia política o religiosa. Por ende, se debe garantizar la participación activa – de la comunidad en general y de las agrupaciones de salud mental en particular – en la planificación, implementación y evaluación de servicios de salud mental, facilitando así que las necesidades de los usuarios y usuarias recogidas a través de procedimientos formales y vinculantes, incidan en las decisiones que afectan la atención que reciben.

También es preciso considerar que además de las organizaciones formales, existen otras formas de asociatividad no formales, especialmente entre adolescentes y jóvenes, que requieren ser incorporadas como parte de las estrategias organizativas en los diferentes territorios. Estas nuevas formas de asociatividad en ocasiones no tienen la forma de organizaciones o agrupaciones, sino de colectivos, sin jerarquías o representaciones formalmente establecidas o definidas. Esto dificulta por momentos su incorporación en espacios institucionales de participación, no obstante, es preciso enfatizar el desafío de la red de salud – en los niveles centrales, regionales, comunales y barriales – de lograr una vinculación e inclusión con estos actores.

La publicación reciente de un Manual de Derechos en Salud Mental, a partir del trabajo de uno de estos colectivos en el marco de un proyecto de investigación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile financiado por FONIS/CONICYT (Comisión Nacional de Investigación

Científica y Tecnológica), es un ejemplo de las posibilidades y potencialidades de estas formas de asociatividad¹³⁰.

Fortalecer y fomentar la participación social en salud requiere también incorporar a las culturas locales, en la comprensión y promoción de la salud mental, así como en las definiciones para el abordaje de los trastornos mentales. Esto significa que las diferentes culturas rurales y urbanas, indígenas, religiosas, y de cualquier índole puedan contribuir con sus puntos de vista respecto de la salud mental y de los trastornos mentales y estos sean considerados necesariamente por la red de salud.

De igual manera, es fundamental fortalecer los vínculos y los espacios dados a los practicantes de medicinas tradicionales y populares, además de otros sectores informales en la entrega de servicios vinculados a mejorar el bienestar psicosocial de las personas, así como el autocuidado de la salud mental.

Los gobiernos regionales y comunales, en la medida que perfeccionan sus mecanismos de representación ciudadana efectiva y las indicaciones de la Ley N°20.500, deben incorporar áreas de decisiones, de desarrollo y financiamiento en bienestar psicosocial y salud mental.

Por su parte, las organizaciones de base vecinal y las de carácter gremial o sindical, laboral, estudiantil y otras, se enriquecerían tanto en sus aspiraciones y demandas, como en su representatividad y adhesión, si incorporaran objetivos en bienestar psicosocial y salud mental de sus miembros.

Por último, las redes y establecimientos de salud mental debe contribuir a que los usuarios y usuarias participen en sus procesos de tratamiento y recuperación a través de la generación de un ambiente participativo en el que todos/as pueden ser escuchados/as y puedan opinar, donde los/as profesionales se salen del “rol de expertos” y establecen relaciones más igualitarias y de colaboración con los/as usuarios/as, en las que los/as usuarios/as pueden tomar decisiones sobre sus tratamientos, las actividades del centro en las que desean participar y, en general, sobre todos los aspectos de sus vidas, y en las que el equipo del centro apoya a los usuarios y usuarias de acuerdo a las dificultades particulares que puedan tener para participar activamente. Existe evidencia que la participación de usuarios y usuarias en los Centros de Salud Mental Comunitaria puede favorecer la participación e integración en la comunidad, así como alcanzar niveles más altos de inclusión social^{131, 132}.

La participación protagónica de usuarios y usuarias en los procesos de tratamiento y rehabilitación es planteada además por la OMS en los estándares de calidad y respeto de

derechos de los/as usuarios/as para los servicios de salud mental, señalando que uno de los criterios que debe tenerse en cuenta es que “los planes de “recuperación” son conducidos por el/la usuario/a, reflejando sus opciones y preferencias para la atención, los cuales son puestos en práctica y son revisados y actualizados periódicamente por el/la usuario/a y un miembro del personal”¹³³.

Junto con lo anterior, es fundamental que en el marco de los programas y servicios de tratamiento y rehabilitación social, se incorpore como objetivo, la habilitación de usuarios y usuarias para participar de su vida comunitaria, social y política, y en específico, para su incorporación en organizaciones y agrupaciones de usuarios/as y familiares.

6.3 Plan de Acción

Objetivo estratégico N°1: Fortalecer la creación y funcionamiento de organizaciones sociales de usuarios/as, familiares y otras personas asociadas a salud mental.

Estrategias:

- a) Diseñando e implementando un Programa de Participación Social en Salud Mental, que incorpore apoyo técnico y financiero continuo para la creación, funcionamiento y permanencia en el tiempo de organizaciones sociales de usuarios/as, familiares y otras personas asociadas a salud mental.
- b) Mejorando y desarrollando normativas, reglamentos y orientaciones técnicas para la realización de actividades comunitarias y el fortalecimiento de la asociatividad de usuarios/as y familiares, desde la red de salud.
- c) Formando y entregando apoyo técnico y soporte permanente a agentes de Salud Mental en la comunidad^{xxix}, que apoyen el desarrollo de acciones en los ámbitos de promoción, prevención y rehabilitación, incorporando actores de organizaciones sociales, así como otros/as informales y no organizados.
- d) Realizando un levantamiento sistemático de información diagnóstica acerca del estado de la asociatividad y agrupaciones existentes a nivel barrial, comunal, regional y nacional, que permita conocer, por ejemplo, tipos de agrupación, formas de asociación, temáticas abordadas, integrantes y participantes, recursos y necesidades, etc.

^{xxix} Con “agentes de salud mental en la comunidad” se hace referencia a personas de la comunidad, que viven en ella y que son reconocidos y valorados por sus miembros, interesados en el mejoramiento de las condiciones de salud mental de su comunidad, con competencias para ejercer liderazgo democrático manejar información, llevar registros y diligenciar apoyos, a través de su contacto directo con las personas sus familias, cuidadores y las organizaciones que las representan, orientando y acompañando la identificación de sus necesidades en todos los ámbitos (social, económico, educativo, recreativo, cultural, vivienda, etc.) (Ministerio de Salud de Colombia. Componente Intersectorial y Comunitario de la Estrategia de Gestión del Riesgo en Salud Mental. Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental. 2014)

- e) Incluyendo activa y transversalmente a las organizaciones de salud mental en las actividades de participación social definidas por la red temática de salud mental, como por ejemplo, Consejos de Desarrollo Local, Consejos Consultivos, Comités de Hospital Amigo, Consejo de Participación Social, Consejo Integrador de Redes Asistenciales, etc.
- f) Incorporando activamente a representantes de las agrupaciones de usuarios/as y familiares de usuarios de servicios de salud mental en los Consejos Técnicos de Salud Mental.
- g) Incorporando temas y objetivos de salud mental a los procesos de presupuestos participativos en salud, o bien, desarrollar la estrategia de presupuestos participativos en salud mental, de acuerdo a la realidad local.
- h) Abogando sistemáticamente por la incorporación de temas y objetivos de salud mental y bienestar psicosocial en organizaciones territoriales de base vecinal, gremiales o sindicales, laborales, estudiantiles y otras, a nivel central, barrial, comunal y regional.
- i) Integrando activamente y reconociendo a los grupos de autoayuda como soporte social en el territorio.

Metas:

Contar al año 2020 con una red de organizaciones sociales de usuarios/as, familiares y otras personas asociadas a salud mental, reconocida y vinculada de manera sistemática a la gestión de políticas públicas en salud mental, en los niveles barrial, comunal y regional.

Objetivo estratégico N° 2: Desarrollar un Plan de Difusión y Comunicación eficiente en Salud Mental, dirigido a usuarios, usuarias, familiares y comunidad en general.

Estrategias:

- a) Recopilando y difundiendo periódicamente información relativa a las instancias de participación social en salud mental existentes en los distintos territorios.
- b) Evaluando y difundiendo periódicamente las mejores prácticas de participación para fomentar su replicabilidad.
- c) Difundiendo sistemáticamente información relacionada con temáticas de interés, nuevos conocimientos o material de referencia para los usuarios, usuarias y familiares, con especial énfasis en la promoción de los derechos de las personas con discapacidad mental, en conjunto con estigma y salud mental.
- d) Implementando un plan de uso de medios de comunicación masiva, incluyendo una página web propia y participación en redes sociales, para difundir información relevante para usuarios, usuarias, familiares y comunidad en relación con la salud mental, con especial énfasis en los derechos de las personas con discapacidad mental, y, estigma y salud mental.

Metas:

Contar al año 2020 con un Plan de Difusión y Comunicación en Salud Mental, construido con usuarios, usuarias, familiares y comunidad en general.

Objetivo estratégico N° 3: Fortalecer los procesos de participación consultiva, instalando espacios sistemáticos y establecidos de encuentro y coordinación entre red temática de salud mental – a nivel central, regional, comunal y barrial – y usuarios, usuarias, familiares, y comunidad y sociedad civil en general.

Estrategias:

- a) Realizando encuentros locales, regionales, macro-zonales y nacionales que permitan compartir experiencias, necesidades, recursos y fortalecer las alianzas entre la red de salud – en todos los niveles territoriales – y los usuarios, usuarias, familiares y comunidad y sociedad civil en general.
- b) Incluyendo a usuarios, usuarias y familiares en instancias de capacitación realizadas por el sector.
- c) Incluyendo a actores sociales y agrupaciones de usuarios/as y familiares a los Diálogos Ciudadanos.
- d) Incorporando a agentes sociales, usuarios, usuarias y familiares en los espacios definidos de encuentro técnico en salud mental, como Consejos Técnicos de Salud Mental, Consejos Consultivos en Salud, etc.
- e) Incorporando activamente a usuarios, usuarias, familiares y otras personas relacionadas con salud mental, en la elaboración de Guías, Orientaciones Técnicas, Protocolos y otros documentos técnicos, tanto en los grupos de expertos que se constituyen, como en otros procesos de desarrollo.
- f) Incorporando a agrupaciones sociales de salud mental en la planificación, ejecución y evaluación de actividades de promoción y participación de la red de salud y los equipos de salud.

Metas:

- Contar al año 2020 con espacios sistemáticos y establecidos de encuentro y coordinación entre red de salud – a nivel barrial, comunal, regional y central – y usuarios, usuarias, familiares, y comunidad y sociedad civil en general.

- Al año 2025, el 100% de los Centros de Salud Mental Comunitaria cuentan con un Consejo de Desarrollo Local o Consejo Consultivo
- Al año 2025, el 100% de los consejos consultivos de salud a nivel regional y de Servicios de Salud, incorporarán la temática de salud mental a través de la participación de usuarios, usuarias, familiares, y comunidad y sociedad civil en general.

Objetivo estratégico N° 4: Garantizar los espacios e instancias de toma de decisiones de los usuarios y usuarias en relación con sus procesos de tratamiento y recuperación.

Estrategias:

- a) Desarrollando e implementando Orientaciones Técnicas para promover y asegurar prácticas e intervenciones de resguardo de la toma de decisiones, opciones y preferencias de los usuarios y usuarias respecto de sus procesos de tratamiento y recuperación.
- b) Desarrollando y asegurando estándares de calidad y respeto de los derechos de los usuarios y usuarias para los servicios de salud mental, incorporando la toma de decisiones de los/as usuarios/as sobre sus procesos de tratamiento y recuperación.
- c) Implementando procesos específicos de participación de usuarios en la gestión de los servicios y establecimientos de salud mental, siendo incorporados a Consejos, Comités y reuniones de planificación y evaluación.
- d) Fortaleciendo la participación activa de representantes de agrupaciones de usuarios, usuarias y familiares de usuarios/a y de representantes de otras organizaciones o instituciones de la sociedad civil definidas por la Ley N° 20584, en la Comisión Nacional y las Comisiones Regionales de Protección de Derechos de las Personas con Enfermedad Mental.
- e) Incorporando objetivos y acciones de fortalecimiento, habilitación y estímulo a la participación de los usuarios y usuarias en la vida social, comunitaria y política, en los planes y programas de rehabilitación social.
- f) Incorporando la participación de los usuarios/as en los flujogramas de atención

Metas:

Al año 2025, el 100% de los nodos de la red temática de salud mental cuentan con mecanismos formalizados de toma de decisiones de usuarios y usuarias sobre sus procesos de tratamiento y recuperación.



7) LINEA INTERSECTORIALIDAD

Desde una perspectiva biopsicosocial, la salud mental de una persona se constituye de la interdependencia de condiciones fisiológicas, factores genéticos, características personales y experiencias de vida, siendo relevante las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven y envejecen. En el marco de los determinantes sociales de la salud las características de los entornos cotidianos pueden favorecer o dificultar el desarrollo de potencialidades, el modo de afrontar las demandas, desafíos y estresores propios de la vida, así como los estilos de vida que se adoptan. Así, el bienestar biopsicosocial se ve afectado por variables tales como el género, el nivel socio económico, el acceso y calidad de la educación, las oportunidades laborales, la calidad de la vivienda y de los barrios, los factores medioambientales, la disponibilidad de medios de transporte, las oportunidades para desarrollar actividades deportivas y recreativas, el tamaño y dinámicas familiares, la convivencia escolar, la atmosfera laboral, las redes y servicios de apoyo existentes, entre otros¹³⁴.

Resulta evidente que la intervención sobre los diversos factores señalados trasciende la labor exclusiva del sector Salud, quedando la salud mental de la población sujeta también a políticas y decisiones de otros sectores. Es entonces crucial generar alianzas de trabajo, sinergia y articulación con todos aquellos sectores y organismos que inciden en el desarrollo humano, calidad de vida y bienestar psicosocial¹³⁵.

En la literatura especializada existe una diversidad de términos para hacer referencia al trabajo coordinado o de integración de políticas públicas¹³⁵; no obstante, el concepto de intersectorialidad en el campo de la salud suele asociarse a la expresión “Salud en Todas las Políticas”, entendido como *“un enfoque para abordar las políticas públicas a través de todos los sectores, que tiene en cuenta, de manera sistemática, las consecuencias de las decisiones sobre la salud, busca sinergias y, al mismo tiempo, evita los efectos negativos para la salud de las políticas públicas, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud”*¹³⁶.

En concordancia con lo anterior, para los efectos del presente Plan, la LÍNEA DE INTERSECTORIALIDAD tiene como objetivo generar estrategias colaborativas entre el sector salud, otros sectores del Estado y de la Sociedad Civil, para abordar temáticas comunes en el ámbito de la salud mental, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas, fomentando factores protectores, detectando tempranamente factores de riesgos y promoviendo la inclusión social de las personas que presentan situación de discapacidad asociada a problemas o trastornos mentales.

Es posible distinguir distintos grados de colaboración intersectorial, dentro de los cuales se encuentran¹³⁵:

- a) relaciones basadas en el intercambio de información, que incluye el proceso de construcción de un lenguaje común para comprender la lógica de trabajo y prioridades de otros e identificar áreas de trabajo conjunto;
- b) relaciones basadas en la cooperación, en las que el trabajo conjunto entre los sectores busca lograr una mayor eficiencia de las acciones de cada sector;
- c) relaciones basadas en la coordinación, que implica el ajuste de las políticas y programas de cada sector en la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia; y,
- d) relaciones basadas en la integración, lo que implica la definición, formulación, ejecución y financiamiento de políticas o programas con otros sectores.

Cabe señalar que la participación de familiares y personas con problemas o trastornos mentales, en la planificación, gestión e implementación de políticas, planes y programas públicos en materia de salud mental, es abordada en la línea “Participación” del presente Plan.

7.1 Situación Actual

Comprendiendo que las acciones para mejorar y proteger el nivel de salud mental es responsabilidad de todas las instituciones y organizaciones públicas y privadas cuyas actividades se relacionan con las condiciones de vida de la población y la convivencia social, el trabajo intersectorial ya fue instalado como estrategia esencial para el abordaje de la salud mental en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría elaborado el año 2000 donde se definieron cuatro ámbitos de acción, que aún siguen vigentes como líneas a desarrollar⁴⁷:

- a) promoción, orientada a optimizar la salud mental y el bienestar, reducir los determinantes de riesgo, actuando sobre los condicionantes de la salud;
- b) prevención, dirigidas a evitar, retrasar la aparición o atenuar la severidad y duración de los trastornos de salud mental en personas y grupos con mayor riesgo;
- c) detección temprana y facilitación del acceso y continuidad del tratamiento y rehabilitación en personas y grupos que presentan trastornos mentales y sus familias; y,
- d) reinclusión sociocomunitaria de las personas con enfermedades mentales, evitando la estigmatización y marginación, y creando redes de apoyo para ellas y sus familias.

Si bien el trabajo con otros sectores se ha incorporado paulatinamente en el quehacer de las distintas instancias y organismos del sistema público de salud (equipos del nivel central del Ministerio de Salud, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud, Centros de Salud Mental Comunitaria, Centros de Salud Familiar y otros servicios de la red de salud); aún se desarrollan muchas acciones más bien basadas en el intercambio de información o se establecen cooperaciones específicas, que no alcanzan un impacto poblacional. Sin embargo, en algunos casos la cooperación intersectorial alcanza un carácter estratégico en tanto pretende impactar en la trayectoria de grupos vulnerables y de riesgo. En el ámbito de la salud mental, este tipo de vinculaciones, con variados grados de impacto, ocurren en función de temáticas tales como: protección integral a la infancia, consumo de alcohol y otras drogas, prevención del suicidio, violencia intrafamiliar; promoción y prevención en salud mental en establecimientos educacionales; respuesta a víctimas de delito, respuesta integral en situaciones de emergencias y desastres; reducción de la mortalidad, lesiones y daños generados por accidentes de tránsito y maltrato hacia las personas mayores (ver detalle en Anexo N° 4).

Para alcanzar un trabajo intersectorial de mayor impacto, que avance hacia la integración de políticas y programas que favorezcan la salud mental de la población, se requiere superar la concepción de que los problemas vinculados a la salud son de responsabilidad exclusiva del propio sector salud, de manera tal que los distintos actores del Estado adopten un rol activo en la promoción de la salud mental y calidad de vida, desde sus propios ámbitos de acción.

Hay suficiente evidencia con respecto al impacto que generan los determinantes sociales en los procesos de salud-enfermedad. Sus efectos se expresen tanto a nivel de la salud general como a nivel de la salud mental en particular, como lo indica la OMS, desde un enfoque basado en los Derechos Humanos, todas las política y estrategias de salud deben ser diseñadas con el objetivo de mejorar progresivamente el goce al derecho a la salud de toda la población, considerando también los otros derechos humanos asociados a ella, como lo son las condiciones sanitarias, alimentación, vivienda, información, educación, entre otros. Cuando se respetan y protegen los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, adicionalmente se genera un clima propicio para una óptima salud mental¹³⁷.

Conforme a lo anterior, uno de los principales desafíos como Estado es generar estrategias para reducir las inequidades existentes, en cuanto a la exposición a diversos factores de riesgo para la salud -general y mental-, que tienen un efecto acumulativo de desventajas y que pueden ser evitables si se toman las medidas pertinentes.

En lo que respecta al Sistema de Salud, es necesario avanzar cada vez más desde un enfoque biomédico hacia un enfoque biopsicosocial; que considere de manera relevante los factores

contextuales, familiares, sociales y culturales que inciden los procesos de salud/enfermedad. Esta mirada implica generar planes de intervención que consideren el trabajo con otras instancias del Estado y de la comunidad que impactan en los estilos de vida de las personas. El enfoque biopsicosocial también posibilita avanzar desde un abordaje centrado en dar respuestas curativas a las enfermedades hacia el desarrollo de acciones promocionales y preventivas. Para esto último sigue siendo prioritario realizar acciones intersectoriales, como por ejemplo con el sistema educacional, trabajo, vivienda, municipios, redes comunales, entre otros actores. Para lograr cambios sustanciales en las respuestas que da el Estado en materia de salud mental, se requiere realizar estrategias conjuntas, en base a acciones sinérgicas y complementarias. En efecto, actualmente no existen mecanismos claros de planificación intersectorial, cada sector cuenta con metas propias, las que son evaluadas de manera aislada.

En lo que respecta al tipo de intervenciones que realizan los equipos sanitarios, actualmente la mayoría de las prestaciones que se otorgan ocurren al interior de los establecimientos de la red asistencial, por lo que es necesario incrementar acciones comunitarias e intersectoriales, en los espacios habituales en donde transcurre la vida de las personas. De igual manera, los sistemas de registro de las acciones realizadas por el sector salud, deben incrementar el tipo de actividades de esta índole. Adicionalmente, como Estado existe el desafío de generar sistemas de registros integrados, que permitan compartir información necesaria para la respuesta y los apoyos que se brindan.

A continuación se describen las principales temáticas que requieren un abordaje intersectorial:

Salud mental en las escuelas

Desde un enfoque de curso de vida, es fundamental entregar a niños, niñas y adolescentes las condiciones ambientales, afectivas y sociales necesarias para que desarrollen sus potencialidades y alcancen una condición de bienestar biopsicosocial. Como señala la Organización Mundial de la Salud el desarrollo cerebral y biológico durante los primeros años de vida depende de la calidad de la estimulación que el niño o niña recibe de su entorno (familia, comunidad y sociedad); siendo necesario crear las condiciones adecuadas desde el periodo prenatal hasta los ocho años, para el óptimo desarrollo de aspectos físicos, socio-afectivos y lingüístico-cognitivos¹³⁸.

A su vez, la etapa entre los 6-10 años también constituye una oportunidad importante para el desarrollo de la salud mental porque los síntomas y los trastornos detectados en este período pueden evitar la continuidad de los mismos y generar trastornos concomitantes. Si bien en el marco de la extensión del Sistema de Protección a la Primera Infancia Chile Crece Contigo ha establecido acciones que permiten detectar factores de riesgo para el desarrollo infantil hasta los 9 años, actualmente existe el desafío de fortalecer estrategias específicas para los niños y niñas

mayores de 5 años, siendo los establecimientos educacionales un espacio privilegiado para la promoción de factores protectores, así como para prevenir, detectar tempranamente, derivar a atención de salud y generar acciones de inclusión social de los niños, niñas y adolescentes con problemas o trastornos mentales.

El Programa Habilidades para la Vida de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), realiza una importante labor en esta materia, no obstante se requiere ampliar su cobertura y mejorar los mecanismos de articulación con el sector salud. Al año 2016 Habilidades para la Vida I, para estudiantes desde prekinder a 4° básico, se ejecutó en 2.227 escuelas de 168 comunas del país, alcanzando una cobertura del 68,3% de estudiantes de escuelas públicas y 13,4% de estudiantes de escuelas particulares subvencionadas; mientras que Habilidades para la Vida II, para estudiantes desde 5° a 8° básico, se ejecutó en 967 escuelas de 99 comunas del país, alcanzando una cobertura de 31,7% de estudiantes de escuelas públicas y 4,4% de estudiantes de escuelas particulares subvencionadas¹³⁹.

Salud mental y trabajo.

“El trabajo tiene enormes implicancias positivas en la salud mental de las personas, representando una fuente de estímulo para el desarrollo cognitivo, emocional y conductual, favoreciendo la inclusión sociocomunitaria y la asignación de roles, generando medios económicos y autonomía, y reforzando los aspectos más saludables y constructivos de los seres humanos. Sin embargo, si el trabajo no se realiza en condiciones adecuadas o es discordante con el proyecto de vida personal puede transformarse en una fuente de estrés, conflictos interpersonales, y obligaciones monótonas y escasamente gratificantes”⁴⁷.

La promoción del bienestar de los trabajadores y trabajadoras aún es un desafío en nuestro país. Se requiere impulsar políticas públicas orientadas a generar contextos laborales saludables y reducir los factores condicionantes de problemas o trastornos mentales, tales como exposición permanente a estrés, falta de participación, sobrecarga laboral, discriminación, no reconocimiento, entre otros. Si bien el sector salud debe impulsar que estas políticas ocurran, es fundamental generar estrategias con y desde otros organismos, como el Ministerio del Trabajo, empresas sociales, empresas privadas, mutualidades, organizaciones de trabajadores, entre otros actores.

El Ministerio de Salud, en el ámbito de la Salud Mental Ocupacional ha regulado la evaluación de Riesgo Psicosocial a través del Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo, en todas las empresas del país; su enfoque es hacia la promoción, prevención, diagnósticos colectivos, eventos centinela y mejora continua.

En lo que respecta a la inclusión laboral de las personas con discapacidad, la Ley 20.422¹⁴⁰ indica que el Estado debe fomentar la inclusión y no discriminación laboral, fomentando y difundiendo prácticas laborales de inclusión y no discriminación, promoviendo procedimientos, tecnologías, productos y servicios laborales accesibles, implementando programas de acceso al empleo para personas con discapacidad y difundiendo instrumentos jurídicos y recomendaciones sobre el empleo de las personas con discapacidad, aprobados por la Organización Internacional del Trabajo, siendo labor del Estado implementar planes, programas, incentivos e instrumentos que favorezcan la contratación de personas con discapacidad en empleos permanentes¹⁴⁰. En contradicción a ello, la Ley 18.600 incentiva la contratación de personas con discapacidad mental con sueldos inferiores al mínimo legal.

Si bien han surgido importantes iniciativas para incluir a las personas con discapacidad en espacios laborales, tales como el Programa Servicios Sociales del Pro Empleo, Becas de Franquicia Tributaria, Formación para el Trabajo, Sistema de Intermediación Laboral, Programa de Fortalecimiento de las Oficinas Municipales de Información Laboral (OMIL); es necesario avanzar en generar mecanismos específicos para apoyar la inclusión social en las personas con discapacidad de origen mental. Esta labor debe ser desarrollada en conjunto con el Ministerio del Trabajo, Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional de la Discapacidad, entre otros.

Reducción de discapacidad asociada a trastornos mentales.

En respuesta a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁵⁴, en el año 2010 se promulgó en nuestro país la Ley 20.422, que tiene como objetivo “asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad” (artículo 1°)¹⁴⁰.

Desde el marco de esta Ley, la discapacidad ocurriría cuando una persona que presenta una o más deficiencias físicas, mentales 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 personas (artículo 5°)¹⁴⁰, de manera que el Estado, a través de sus distintos organismos y sectores, debe generar los mecanismos necesarios para promover la inclusión social.

En el caso de la personas con discapacidad de origen mental son esenciales los Servicios de Apoyo, entendidos como “toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar

barreras de movilidad o comunicación, todo ello, en condiciones de mayor autonomía funcional” (artículo 6°, letra c) ¹⁴⁰.

Vinculado a lo anterior, otro importante desafío intersectorial es generar programas orientados a dar apoyo a familiares o cuidadoras/es. De acuerdo al Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad desarrollado el año 2015, el 41,2% de las personas en situación de discapacidad cuenta con la asistencia de otras personas para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y un 4,9% de personas no cuenta con dicho apoyo aun cuando lo requieren. El 73,9% de las cuidadoras son mujeres, y en su mayoría no reciben una remuneración¹⁴¹. Actores relevantes en esta materia son el Servicio Nacional de la Discapacidad, el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados principalmente del Ministerio de Desarrollo Social, de reciente creación y el Ministerio de Salud.

Apoyos para la vivienda

Si bien el Ministerio de Vivienda y Urbanismo cuenta con una oferta de subsidios que otorga mayores puntajes en las postulaciones de las personas en situación de discapacidad y entrega recursos adicionales para la construcción y adecuación de viviendas; no existen disposiciones específicas para personas con discapacidad de causa psíquica o intelectual⁵¹. Para avanzar en procesos de inclusión se requiere incrementar las alternativas habitacionales de personas en situación de discapacidad de causa psíquica, considerando apoyos para la vida independiente, así como ampliar las ofertas habitacionales para personas que carecen de redes de apoyo familiar y social.

Actualmente existe un importante número de personas que, pese a encontrarse psiquiátricamente estables, se encuentran aún en unidades de larga estadía de hospitales psiquiátricos, y otras muchas viven en instituciones informales en la comunidad. El programa de Hogares y Residencias Protegidas financiadas por el sector salud ha permitido a centenares de personas salir de los hospitales psiquiátricos y a otras muchas acceder a este soporte habitacional estando en la comunidad, por carecer de redes de apoyos. En estos casos el sector salud brinda soporte social, otorgando una alternativa habitacional y servicios de apoyo a quienes lo requieren. Si bien la implementación de esta estrategia ha permitido una mejora significativa en la calidad de vida para la mayor parte de usuarios y usuarias, existe dificultad para dar una respuesta integral a los diversos ámbitos de necesidades de sus residentes (desenvolvimiento en la vida cotidiana, inclusión laboral, acceso educacional, participación ciudadana, recreación, etc.), por lo que se requiere generar estrategias y planes intersectoriales conjuntos, para que cada sector colabore dentro de sus ámbitos de acción.

Consumo de alcohol y otras drogas.

El consumo de alcohol y otras drogas es actualmente abordado tanto por el sector salud (Servicios de Salud, Establecimientos de la red y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud) como por el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA). Si bien existen convenios de colaboración intersectoriales para dar una respuesta conjunta, se debe avanzar hacia una real integración de servicios en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, desde un enfoque de salud pública. Adicionalmente, tomando en consideración la alta prevalencia de consumo de alcohol en nuestro país, se requieren fortalecer los planes de acción intersectoriales en el marco de la Estrategia Nacional sobre Alcohol, de manera de responder a las necesidades locales.

Protección de la salud mental en situaciones de emergencia y desastre

Nuestro país se caracteriza por estar expuesto a situaciones de catástrofes, emergencias y desastres, como sismos, erupciones volcánicas, inundaciones, incendios, entre otras; los que han ocurrido con bastante frecuencia en los últimos años. Conforme a lo anterior, el año 2012 se elaboró un Manual para la Protección y Cuidado de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres, con el objeto de promover un modelo de protección y cuidado de la salud mental basado en el trabajo en red, colaborativa con los distintos actores, que permitiere gestionar integralmente el riesgo presente en estas situaciones¹⁴². Adicionalmente el año 2014 la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior (ONEMI) generó una Política Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres, con el objetivo de *“otorgar al Estado de Chile un instrumento o marco guía que permita desarrollar una gestión integral del riesgo de desastres donde se articulen la política general con las políticas transversales y las políticas sectoriales, y en donde se lleven a cabo las acciones de prevención, respuesta y recuperación ante desastres, dentro del marco del desarrollo sustentable”*¹⁴³.

Si bien hay importantes avances en estructura, los mecanismos necesarios para dar respuestas integrales y eficaces, centradas en el fortalecimiento Institucional, de los sistemas de monitoreo y alerta temprana, en el fomento de una cultura preventiva y de auto aseguramiento y en la reducción de los Factores Subyacentes del Riesgo¹⁴³; aún queda la tarea de implementar estas estrategias en las situaciones de emergencias efectivas. Es así como, desde el ámbito de la salud mental, existe el desafío de incorporar la protección de la salud mental en los planes de gestión de riesgo que se desarrollen, particularmente en los Servicios de Salud, SEREMI de Salud y establecimientos de la red asistencial.

Poblaciones específicas que requieren de un abordaje intersectorial especial, para responder a sus necesidades en materia de salud mental

- *Niños, niñas y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a Ley de Responsabilidad Penal Adolescente:* Pese a las altas prevalencias de trastornos mentales existen nudos críticos que deben ser superados para dar una respuesta oportuna y de calidad a esta población. De acuerdo a análisis realizados por los equipos de SENAME y del sector Salud, se deben generar protocolos consensuados y validados para detectar y derivar desde los Programas de SENAME a los establecimientos de la Red de Salud, se requiere de estrategias para hacer frente a la reducida oferta de especialistas para la atención de salud mental infanto-adolescente y se debe contar con recursos humanos capacitados para dar una respuesta integral a niños, niñas y adolescentes con alto riesgo psicosocial¹⁴⁴.
- *Adultos privados de libertad:* El Estudio de Evaluación de la Población de Imputados y Condenados con Problemas y trastornos mentales¹⁸ determinó que Chile requiere de una política pública integral y sistémica para dar respuesta a las necesidades particulares de esta población, la que debe ser concordante con el respeto a los derechos humanos, enfatizando criterios de rehabilitación y reinserción a la comunidad. En términos de articulación intersectorial también se recomendó el desarrollo de mecanismos que permitan un mayor acercamiento y funcionamiento articulado entre el Ministerio Público, Poder Judicial, Defensoría Penal Pública, Servicio Médico Legal, Sistema Público de Salud Mental y Gendarmería de Chile, para brindar servicios de mayor calidad a las personas con problemas y trastornos mentales que han cometido delitos, así como incrementar la dotación de profesionales especializados en materia forense y de tratamiento clínico de enfermedades mentales en el Servicio Médico Legal, Sistema Público de Salud Mental y Gendarmería de Chile. Otra importante tarea pendiente detectada alude a desarrollar planes de capacitación a los operadores de los sistemas de justicia penal y de salud mental en los temas específicamente relacionados con los procedimientos penales contra imputados con problemas mentales graves, que permitan a cada sistema conocer e interactuar de manera adecuada.
A nivel operacional, también se plantean recomendaciones para superar los nudos críticos detectados, entre las cuales se encuentran: definir a nivel de cada Servicio de Salud un interlocutor único con el sistema judicial, que cuente con los apoyos administrativos que permita monitorear el proceso que siguen los casos demandados de justicia a salud, implementar reuniones de coordinación sobre psiquiatría forense a nivel del Servicio de Salud, destinar horas profesionales al menos para las primeras respuestas ambulatorias (evaluación por Psiquiatra y por Psicólogo), desarrollar planes de capacitación organizados, entre otras¹⁸.
- *Personas en situación de calle:* También resulta importante abordar el estado de salud mental de las personas que se encuentran en situación de calle, las que presentan vulnerabilidad producto a la falta de cohesión e inclusión. Dentro de los factores vinculados a la situación de

calle se encuentra la pobreza, la falta de vivienda, educación y trabajo, problemas familiares, ruptura de vínculos en su entorno social, carencia de redes de apoyo, entre otros, por lo que requieren de un abordaje multidimensional e interdisciplinario. Actualmente es posible identificar barreras de acceso a la atención en salud mental y salud general, tales como: carecen de domicilio permanente, dificultad para solicitar previamente una hora de atención y asistir puntualmente a ella, dificultades para adherir a un tratamiento, prejuicios por parte de los equipos de salud por su presentación personal e higiene, carencia de redes de apoyo, entre otros¹⁴⁵. Tomando en consideración que la situación de calle es una problemática social, que incide en el estado de salud general y de salud mental en particular, se deben generar estrategias intersectoriales que permitan dar un abordaje integral.

- *Personas mayores:* La condición de salud mental de las personas mayores también merece ser abordada intersectorialmente, es en esta etapa de la vida donde se producen cambios importantes, relativos a pérdidas y nuevos roles. De acuerdo a la encuesta CASEN del año 2013, en Chile las personas mayores representan el 16,7% de la población, equivalente a 2.885.157. El índice de envejecimiento a partir de las estimaciones y proyecciones de CELADE, muestra que el año 2005 había 46,5 personas mayores por cada cien niños entre 0 y 14 años. Diez años después esta cifra aumenta prácticamente en un 50%, alcanzando 72,9 de personas mayores por cada cien niños/as entre 0 y 14 años. El año 2025 estas poblaciones quedarán prácticamente igualadas, con una leve alza de las personas mayores.

La esperanza de vida en el país ha presentado aumentos importantes y permanentes, alcanzando en la actualidad los 79,1 años en promedio, siendo de 76,1 años para los hombres y 82,2 años para las mujeres. Es importante hacer notar dos fenómenos, el primero es la feminización de la vejez, las mujeres viven más y lo hacen en peores condiciones, superados los ochenta años hay prácticamente dos mujeres por cada hombre. Y el segundo hecho significativo es que a partir del año 2020 se producirá un aumento importante de las personas de ochenta y más años, lo cual es llamado el envejecimiento de la vejez. Chile hoy tiene una vejez centrada en los grupos poblacionales más jóvenes, vale decir, entre los 60 y 75 años.

Frente a estas cifras de envejecimiento, el Estado debe generar políticas integrales y coordinadas que promuevan planes de acción que permitan aumentar el bienestar de las personas mayores y mejorar su calidad de vida, considerando a este grupo como sujetos de derecho y no objetos de protección, e incorporando tanto a las personas mayores autovalentes como dependientes. Estas acciones deben contar con los recursos necesarios para dar respuesta ante la presencia de problemas o trastornos mentales.

Los determinantes socio económicos, el apoyo familiar y social, las oportunidades educativas y el aprendizaje continuo durante toda la vida, el buen trato y protección frente a la violencia y el abuso, la participación e inclusión social, los cuidados de largo plazo en domicilio e institucionales, la superación de los estigmas y la imagen negativa de la vejez, así como el

envejecimiento activo son factores protectores de la salud mental, que trascienden al sector salud, por lo que deben ser abordados intersectorialmente.

- *Población Migrante, Solicitante de Refugio, Refugiada y Desplazada:* Según la encuesta CASEN 2015, el 2,7% de la población en Chile es inmigrante, lo que equivale a 465.319 persona¹⁴⁶. Por su parte, desde que se inició el Programa de Reasentamiento en Chile el año 1999, nuestro país ha albergado a cerca de 6.000 refugiados y solicitantes de asilo provenientes de diferentes países de América Latina, África, Asia y Europa¹⁴⁷.

A nivel mundial hay consenso en considerar a la migración como un determinante social de la salud, puesto que las condiciones involucradas en el proceso migratorio vuelven a las personas migrantes potencialmente más vulnerables a riesgos sanitarios. Al momento de emigrar, las personas se ven enfrentadas a los peligros y el estrés propios del desplazamiento y a las dificultades para insertarse en el nuevo país como problemas de lenguaje y comunicación, situación de pobreza y marginación, escaso o nulo acceso a prestaciones sociales y servicios de salud, la separación familiar, ausencia de redes, procesos de aculturación, etc.¹⁴⁸.

Diversos estudios han demostrado la relación entre las condiciones de vida que deben enfrentar las personas migrantes y los problemas de salud mental¹⁴⁹. El estudio sobre la salud mental de inmigrantes en la zona norte de la Región Metropolitana mostró que “la disfunción familiar, la violencia y el consumo excesivo de alcohol son factores de vulnerabilidad para la salud mental propia y de la familia”¹⁵⁰.

Todos estos determinantes de la salud de los migrantes enfatizan la necesidad de establecer políticas intersectoriales que faciliten la coordinación de los distintos esfuerzos que se realizan en el trabajo con la población inmigrante, de modo de minimizar las consecuencias negativas del proceso migratorio en la salud mental de las personas migrantes.

El Departamento de Extranjería y Migraciones del Ministerio de Interior, el Ministerio de Vivienda, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Desarrollo Social, la Policía de Investigaciones (PDI), FONASA, Municipios, ONGs y otras Instituciones o entidades civiles que favorezcan la vinculación con la población inmigrante, son algunos de los sectores con los cuales salud debe coordinarse para responder a las necesidades de salud mental de la población migrante.

- *Población perteneciente a Pueblos Indígenas:* Según la Ley 19.253, el Estado de Chile reconoce 9 principales etnias indígenas (Mapuche, Aimara, Rapa Nui o Pascuenses, Atacameña, Quechua, Colla, Diaguita, Kawashkar o Alacalufe y Yámana o Yagán). Según la encuesta CASEN 2015, el 9% de la población declara pertenecer a alguno de estos 9 pueblos indígenas, lo que equivale a 1.585.680 personas.

En relación con la situación de salud mental de las personas pertenecientes a pueblos indígenas, diversos estudios epidemiológicos han mostrado una alta prevalencia de

enfermedades mentales, con un perfil epidemiológico diferente al del resto de la población, siendo la depresión, el suicidio, el consumo perjudicial de alcohol y el estrés, los problemas de salud mental que más los afectan¹⁵¹. Estos problemas de salud mental están en directa relación con factores sociales, materiales, medio ambientales, históricos y culturales asociados a las situaciones históricas y de violencia estructural que afecta a los pueblos indígenas como la discriminación, el desarraigo familiar y territorial y la falta de oportunidades laborales¹⁵², entre otras, por lo tanto, es necesario entenderlos en el marco de los determinantes sociales de la salud.

Por ello es fundamental la coordinación intersectorial y un trabajo articulado a nivel territorial para apoyar el desarrollo de las comunidades indígenas existentes, reforzando su identidad cultural y compatibilidad con la medicina tradicional y generando aportes técnicos más integrales en el abordaje de los problemas de salud mental de las personas pertenecientes a pueblos indígenas.

La coordinación intersectorial debe incluir, además del trabajo con organismos como la Corporación Nacional Forestal (CONAF), Comisión Nacional de Medio Ambiente (CONAMA), Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Educación, la coordinación con las propias organizaciones indígenas en los diversos territorios¹⁵³.

Intersectorialidad y Organizaciones no Gubernamentales.

En Chile existe una nutrida historia de desarrollo de iniciativas de profesionales y técnicos organizados en torno a proyectos de carácter psicosocial, en especial en ámbitos de inclusión social y rehabilitación. Muchas de estas ONG han desarrollado interesantes experiencias, en algunos casos pioneras, y han acompañado el proceso de reforma de la atención psiquiátrica desde sus inicios, otras muchas no han logrado permanecer entre otras razones, dado el precario apoyo que en ocasiones reciben.

Las propias ONG han planteado dificultades en la relación que establecen con el Estado, cuando actúan como organismos colaboradores por medio de la compra de servicios, argumentando:

- Carencia de estándares mutuamente acordados.
- Dificultades en la relación técnica con la red de salud, muchas veces con poca validación por parte de ésta como colaboradores complementarios en el proceso de la continuidad de cuidados, rehabilitación e inclusión social.
- Disparidad entre exigencias y retribución económica.

- Riesgo para las ONG de asumir compromisos que terminan afectando su equilibrio, sustentabilidad y consecuente subsistencia.

Por otra parte, para la red temática de salud mental resulta una oportunidad contar con organizaciones técnicamente competentes, sin fines de lucro, alineadas con el modelo comunitario y de derechos, insertas en el territorio y que permitan amplificar su acción.

Conforme a lo anterior, las relaciones de colaboración que se establecen con las Organizaciones no Gubernamentales que implementan programas dirigidos a las personas con problemas o trastornos mentales, en especial cuando ellas implican convenios, requieren ser fortalecidas, con el objeto de optimizar los estándares de su trabajo, favorecer un quehacer sólido y permanente y que el resultado de dicha colaboración signifique un beneficio para los usuarios y su inclusión social.

7.2 Situación óptima deseada

Para mejorar el nivel de salud mental y bienestar de las personas y de las comunidades se debe contar con políticas, planes y programas intersectoriales, contruidos, implementados y financiados por los distintos sectores del Estado, que inciden en calidad de vida y consecuentemente, en la salud mental de las personas.

Dentro de sus ámbitos de acción, se espera que los distintos sectores del Estado:

- Desarrollen acciones que promuevan una salud mental óptima, focalizadas en el fortalecimiento de condiciones individuales, familiares, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicológico y el bienestar.
- Instalen estrategias preventivas y de detección temprana de factores de riesgo para desarrollar problemas y/o trastornos mentales, así como también para disminuir el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y comunidades.
- Generen estrategias de coordinación para dar respuesta oportuna a las necesidades de atención de salud mental de poblaciones que no tiene acceso a ella de manera habitual, como son los niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos, poblaciones privadas de libertad, personas en situación de abandono o calle, personas afectadas por violencia de género, entre otras.
- Desarrollen acciones tendientes a la inclusión social y reducción de discapacidad asociada en quienes presenten un trastorno mental, disminuyendo las barreras presentes en el entorno que impiden o restringen su participación plena y efectiva en la sociedad, mejorando así su calidad vida.

Todas estas acciones deben estar en el marco del modelo adoptado por el Sistema Público de Salud, para el abordaje de la salud mental, plasmados en el Presente Plan y en los distintos documentos regulatorio, orientaciones y directrices técnicas vigentes, basadas en la evidencia disponible y en las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud.

Para lograr una intersectorialidad efectiva se espera que el sector salud cuente con mecanismos institucionales que prioricen y faciliten la gestión intersectorial en los distintos niveles del Sistema de Salud: niveles centrales, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Direcciones de los Servicios de Salud y establecimientos de la red. Los equipos deben contar con horas e instancias de trabajo validadas para la coordinación intersectorial, así como también con sistemas de registros idóneos para dar cuenta del desarrollo de estas actividades.

Desde los niveles centrales de los distintos sectores y organismos del Estado se espera que se co-construyan estrategias generales de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales, mecanismos de vinculación con la red de salud y planes de inclusión de las personas que presentan trastornos mentales. Estas estrategias deberán adecuarse a las necesidades y realidades regionales y comunales. Para ello, a nivel regional y local se espera que existan espacios de planificación intersectorial, orgánicamente definidos, basados en diagnósticos regionales y comunales, que consideren las necesidades específicas de las poblaciones, ofertas programáticas existentes, brechas de atención, nudos críticos, entre otros ámbitos atingentes. Adicionalmente se deberá contar con protocolos de referencia y contra-referencia intersectoriales, que permitan visualizar flujos y derivaciones.

Así también se espera contar con planes de capacitación intersectoriales en temáticas comunes, tales como Prevención del Suicidio, Protección de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres, hospitalizaciones no voluntarias, violencia intrafamiliar y violencia de género, entre otras, tanto para generar un lenguaje común como para prácticas de intervención sinérgicas.

Resulta fundamental que tanto el sector salud como las demás instancias intersectoriales superen la comprensión de los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva netamente biomédica, y avancen hacia una comprensión basada en el impacto que generan los determinantes sociales en estos procesos, desde donde todos los sectores cumplen un importante rol.

En los próximos 10 años se debe incrementar el número de establecimientos educacionales promotores de la salud mental, con estrategias definidas para mejorar los espacios de convivencia escolar, detectar tempranamente problemas o trastornos mentales y contar con flujos efectivos

de vinculación con la red asistencial y otras ofertas existentes a nivel comunal. Por su parte, se espera que los equipos de salud tengan mayor presencia en los establecimientos educativos para realizar acciones promocionales y preventivas en materia de salud mental y que puedan dar una respuesta más eficiente y oportuna para la evaluación e intervención según corresponda. Adicionalmente, se espera que los establecimientos implementen políticas y prácticas inclusivas, no discriminatorias, hacia todos los niños, niñas y adolescentes, y especialmente hacia quienes presentan una discapacidad de origen físico, sensorial, intelectual, psíquico o de otro origen.

En lo que respecta al ámbito laboral se espera avanzar en la promoción del bienestar de los trabajadores y trabajadoras, impulsando la generación de políticas públicas que propicien contextos laborales saludables, el desarrollo integral de las personas, la no discriminación y que favorezcan la inclusión sociocomunitaria de quienes presentan un problema o trastorno mental.

Con el objeto de promover la inclusión de las personas en situación de discapacidad de origen mental, se espera contar con servicios de apoyo personal adecuados a las necesidades particulares de esta población, que tiendan a promover una mayor autonomía de la persona, para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, participar en el entramado social, acceder a la oferta de servicios públicos y actividades comunitarias. Adicionalmente se espera contar con programas orientados a dar apoyo a los familiares o cuidadoras/es de personas que presentan discapacidad de origen mental, acorde con sus propias necesidades.

Con respecto a las alternativas habitacionales, se espera que las personas con discapacidad de origen mentales puedan acceder y conocer las ofertas existentes para todas las personas con discapacidad, independientemente de su origen, tales como subsidios para personas autovalentes, subsidio de ampliación, reparación o acondicionamiento de la vivienda, entre otros, que actualmente están mayoritariamente vinculadas a la discapacidad de origen físico o sensorial.

Adicionalmente se espera ampliar las ofertas habitacionales para personas con discapacidad de origen mental que carecen de redes apoyo familiar y social, actualmente focalizada en Hogares y Residencias Protegidas financiadas y administradas por el sector Salud, a través de alianzas con MINVU y SENADIS y otros organismos idóneos, de manera de reducir considerablemente las listas de espera para el ingreso de las alternativas residenciales vigentes, disminuir el número de personas viviendo en camas de larga estadía de hospitales psiquiátricos e instituciones informales, personas en situación de calle vinculada con trastorno mental u otras en similares condiciones.

El abordaje y respuesta al consumo de alcohol y otras drogas debe ser conjunto e integrado entre SENDA Y MINSAL, en sus distintos ámbitos de acción: en promoción, prevención, recuperación y

rehabilitación, desde un enfoque de salud pública. Adicionalmente, se deberá contar con planes de acción regionales en el marco de la Estrategia Nacional sobre Alcohol.

Adicionalmente se espera que los planes de gestión de riesgo elaborados para afrontar situaciones de emergencia y desastres consideren la protección de la salud mental como una estrategia relevante, desarrollando acciones anticipatorias y dando respuestas oportunas, acordes con los lineamientos elaborados por el sector salud, en conjunto con los otros organismos del Estado competentes en esta materia.

Con el objeto de dar respuestas oportunas, en el ámbito de salud mental, a poblaciones que se encuentran en condiciones especiales, para las cuales resulta insuficiente o improcedente emplear los mecanismos habituales de atención del Sistema de Salud y de otros sectores del Estado, tales como los niños, niñas, adolescentes con vulneración de derechos, imputados/as o privados/as de libertad, personas adultas privadas de libertad, personas en situación de calle y personas adultas mayores, entre otras; se espera contar con políticas públicas y planes de acción elaborados y ejecutados intersectorialmente, donde todos los actores relevantes hagan los ajustes necesarios para dar una respuesta integral y de calidad a sus necesidades.

Particularmente se espera mejorar los contextos de vida de estas personas, vincularlas a la red pública de salud, realizar de manera oportuna acciones promocionales de la salud, prevenir y detectar oportunamente posibles problemas o trastornos mentales, y dar la atención de salud mental, incluyendo acciones de rehabilitación comunitaria, cuando lo requieran.

Actores relevantes con los cuales se debe trabajar mancomunadamente son: Servicio Nacional de Menores, Consejo Nacional de la Infancia, Ministerio de Desarrollo Social, Servicio Nacional de la Discapacidad, Ministerio de Justicia, Gendarmería, Carabineros de Chile, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Ministerio de Educación, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Oficina Nacional de Emergencias, Servicio Nacional de Capacitación y Empleo, Servicio Nacional del Adulto Mayor, entre otros.

En cuanto a las relaciones con las Organizaciones no Gubernamentales, es necesario avanzar hacia una colaboración centrada en las necesidades de los usuarios, en especial en el área de la inclusión social de las personas con discapacidad. Para ello es necesario definir estándares técnicos con enfoque de derechos para las distintas prestaciones, valorizar adecuadamente las prestaciones de modo de asegurar que la organización sea capaz de implementarla de acuerdo a los estándares definidos sin amenazar su sustentabilidad. Las ONG deben incorporarse al quehacer de la red temática como un par validado con inserción territorial.

7.3 Plan de Acción

Objetivo Estratégico N° 1: Instalar mecanismos institucionales que prioricen y faciliten la gestión intersectorial en los distintos organismos y establecimientos del sector salud.

Estrategias:

- a) Incorporando el trabajo intersectorial dentro de las funciones principales de las SEREMI de Salud, Servicios de Salud y establecimiento de la red asistencial, incorporando esta función en las descripciones de cargos, validando las instancias de trabajo para la coordinación intersectorial, otorgando horas de dedicación exclusiva para esta tarea, entre otras acciones.
- b) Incorporando en los sistemas de registros del sector salud, existentes y nuevos, campos para registrar la realización de actividades de coordinación intersectorial que se desarrollan en los distintos organismos y establecimientos de la red asistencial.
- c) Generando compromisos de gestión y metas asociadas a la gestión intersectorial, vinculadas al ámbito de la salud mental

Metas:

Al año 2025, el 100 % de las SEREMI, Servicios de Salud y nodos de la red temática de salud mental, cuentan con instancias de trabajo intersectorial para la promoción de la salud mental, prevención problemas o trastornos mentales, así como para el tratamiento e inclusión social de las personas con discapacidad de origen mental.

Objetivo Estratégico N° 2: Elaborar e implementar planes de acción intersectoriales para dar respuesta a las necesidades en salud mental, particularmente en el caso de poblaciones específicas, para quienes los mecanismos habituales de atención resultan insuficientes o incompatibles, tales como niños, niñas y adolescentes con vulneración de derecho o en conflicto con la justicia, personas en situación de calle, personas inmigrantes internacionales, personas de pueblos indígenas, y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Estrategias:

- a) Promoviendo que los sectores que tienen mayor injerencia en las condiciones de vida de las personas, desarrollen acciones para mejorar sus contextos y calidad de vida.

- b) Generando estrategias basadas en la coordinación e integración de políticas y programas públicos, considerando definición, formulación, ejecución y financiamiento complementario.
- c) Implementando mecanismos intersectoriales para facilitar la inscripción y vinculación de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, con la red pública de salud, considerando sus realidades y necesidades particulares.
- d) Generando las articulaciones intersectoriales y adecuaciones necesarias para garantizar que las poblaciones en condiciones especiales reciban acciones promocionales, preventivas, de detección temprana de problemas o trastornos mentales, y atención de salud mental, incluyendo acciones de rehabilitación comunitaria, cuando lo requieran.
- e) Desarrollando programas de capacitación intersectorial en temáticas comunes, tales como prevención del suicidio, protección de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres, promoción del bienestar, promoción de relaciones igualitarias entre las personas, estrategia nacional sobre alcohol, violencia intrafamiliar y de género, el consumo abusivo de alcohol, marihuana y tabaco entre otras.

Metas:

- Al año 2020 se encuentra plenamente implementado, con todos sus componentes, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio.
- Al año 2025, se cuenta con planes intersectoriales para responder a las necesidades en salud mental de poblaciones que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad.
- Al año 2025, el 100% de los nodos de la red temática de salud mental han incorporado el enfoque intercultural en la atención, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas para la Atención de Salud Mental con Pueblos Indígenas.

Objetivo Estratégico N° 3: Contribuir a que los establecimientos educacionales desarrollen acciones vinculadas al ámbito de la salud mental.

Estrategias:

- a) Apoyando a los establecimientos educacionales para que promuevan la salud mental, prevengan y detecten tempranamente posibles problemas o trastornos mentales.

- b) Asesorando a los establecimientos educacionales para la generación de estrategias de inclusión escolar y manejo adecuado de niños, niñas y adolescentes con problemáticas socioemocionales o trastornos mentales.
- c) Promoviendo la inclusión de contenidos de salud mental en los sistemas de capacitación propios del sistema educacional.
- d) Incorporando programas preventivos de suicidio en los establecimientos educacionales.
- e) Promoviendo la continuidad de estudios de personas con enfermedad mental en tratamiento médico u hospitalización, a través de un trabajo conjunto entre Educación y Salud.

Metas:

- Al año 2025 el 100% de los controles de salud escolar incorporan el componente salud mental.
- Al año 2025 el 100% de las SEREMI han desarrollado el componente de educación del Programa Nacional de Prevención del suicidio.

Objetivo Estratégico Nº 4: Incorporar acciones de cuidado y protección de la salud mental en las políticas y prácticas laborales.

Estrategias:

- a) Poniendo a disposición de las instituciones y empresas estrategias efectivas de cuidado en el ámbito laboral y promoviendo su implementación.
- b) Promoviendo en el ámbito laboral condiciones físicas mínimas adecuadas, ambientes descontaminados, seguros, térmicamente y acústicamente confortables, sin barreras a discapacidades, sin hacinamiento, con espacios de descanso mínimos.
- c) Procurando que todas las empresas evalúen los factores de riesgo psicosociales existentes en ellas y que implementen planes de mejora para superar los riesgos detectados.
- d) Realizando campañas de sensibilización sobre el impacto que generan los entornos laborales en la salud mental de las personas.
- e) Realizando campañas para evitar la estigmatización de los trabajadores y trabajadoras que presentan problemas emocionales o trastornos mentales.
- f) Procurando el respeto por la licencia médica de origen mental, la no restricción arbitraria y las políticas de reintegro después del reposo médico de causa mental al ambiente laboral.

- g) Fomentando estrategias para la inclusión y mantención de personas con discapacidad de origen mental (psíquico o intelectual) en el trabajo, considerando la generación de proyectos de emprendimiento personales o familiares, puestos de trabajo en empresas habituales y empresas sociales o en otras actividades productivas, y difundiendo los cupos de empleabilidad existentes para personas con trastornos mentales.

Metas:

Al año 2025 se cuenta con un plan de acción intersectorial para la inclusión laboral de personas con trastornos mentales.

Objetivo Estratégico Nº 5: Fortalecer la integración de servicios intersectoriales para el abordaje del consumo de alcohol y otras drogas, generando estrategias basadas en la coordinación e integración de políticas y programas públicos, considerando definición, formulación, ejecución y financiamiento complementario.

Estrategias:

- a) Optimizando una respuesta integrada entre SENDA y MINSAL en promoción, prevención y recuperación del consumo de alcohol y otras drogas, desde un enfoque de salud pública.
- b) Desarrollando y fortaleciendo alianzas intersectoriales con otros sectores del Estado^{xxx}, para realizar acciones de prevención y detección precoz, recuperación e inclusión social de poblaciones específicas.
- c) Desarrollando planes de acción intersectoriales, a nivel regional, para el cumplimiento de los objetivos propuestos en las Estrategias Nacionales sobre Alcohol y otras Drogas.

Metas:

Al año 2025, el 100% de las regiones han implementado planes intersectoriales para el abordaje del consumo de alcohol y otras drogas

Objetivo Estratégico Nº 6: Incorporar la protección de la salud mental en los planes de gestión del riesgo en situaciones de emergencia y desastres.

^{xxx} En especial con SENAME, INJUV, SENDA

Estrategia:

- a) Incorporando el componente de salud mental en los planes de gestión del riesgo desarrollados por las SEREMI de Salud, Servicios de Salud y distintos establecimientos de la red asistencial.

Metas:

El 100% de las SEREMI de Salud, Servicios de Salud y dispositivos de la red asistencial incorporan el componente de protección de la salud mental en sus planes de gestión de riesgo.

Objetivo Estratégico N° 7: Otorgar apoyos a personas con discapacidad de origen mental, acordes a sus necesidades, que les permitan vivir de manera inclusiva en la comunidad.

Estrategias:

- a) Incrementando servicios de apoyo para que las personas con discapacidad de origen mental puedan realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político; promoviendo una mayor autonomía funcional.
- b) Generando programas y acciones de apoyo a familiares y cuidadoras/es de personas con discapacidad de origen mental, que repercuta positivamente en ellos, en la persona cuidada y en su entorno familiar.
- c) Implementando acciones que conlleven a superar el modelo de sustitución de la voluntad de la persona con discapacidad de origen mental por un sistema de apoyos para el ejercicio efectivo de sus derechos.
- d) Incrementando las alternativas habitacionales de personas en situación de discapacidad de causa mental, considerando apoyos para la vida independiente tales como subsidio de apoyo al arriendo, mejoramiento de vivienda, ampliación, reparación o acondicionamiento de la vivienda, etc.
- e) Sensibilizando a organismos públicos, privados y de la comunidad en materias de inclusión social.
- f) Contando con equipos de trabajo específicos que fomenten la reinclusión sociocomunitaria de las personas con discapacidad de causa mental y favorezcan la generación y mantención de servicios de apoyo.
- g) Implementando una estrategia intersectorial que permita dar respuesta integral a las necesidades habitacionales, servicios de apoyo en la vida cotidiana y atención en salud, a

personas en situación de discapacidad de causa mental, que carecen de redes de apoyo, como lo pueden ser personas en camas de larga estadía de hospitales psiquiátricos, personas en instituciones informales, personas en situación de calle, personas que por su edad deben egresar de alternativas residenciales otorgadas por SENAME, entre otras.

- h) Establecer relaciones de colaboración con los Organismos No Gubernamentales (ONG), a través de la generación de catastros territoriales de los servicios entregados por éstas y la vinculación de los usuarios del sector salud con las mismas.
- i) Fortalecer la vinculación con los Organismos no Gubernamentales (ONG) que otorgan servicios en convenio con el sector salud, a las personas con enfermedad y/o discapacidad mental, en especial en el área de la inclusión social, a través de la generación de estándares de calidad de los servicios comunitarios y con enfoque de derechos, estableciendo aranceles acordes con los servicios requeridos, generando planes de capacitación conjuntos, con plena integración a la red temática de salud mental, implementando sistemas de acompañamiento, supervisión y monitoreo, entre otras acciones.

Metas:

Al año 2025 se cuenta con un sistema intersectorial de apoyos graduados para personas en situación de discapacidad de origen mental.



VII. PROCESO DE ELABORACION DEL PLAN

En septiembre del año 2014, se inicia el proceso de elaboración de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental que responda a los nuevos desafíos y permita continuar avanzando en los desarrollos alcanzados gracias al Plan Nacional de Salud Mental del año 2000.

El 8 de septiembre de 2014 se realizó una jornada de trabajo que contó con la participación de los equipos de la Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y del Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, representantes del gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública, División de Atención Primaria, Departamento de Ciclo Vital, además de invitados de los equipos clínicos de la red temática de salud mental y de la academia.

En esa jornada y con el objetivo de analizar el contexto para un nuevo Plan Nacional de Salud Mental, se revisaron y analizaron los siguientes documentos:

- Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile, elaborado por el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Enfermedad Mental
- Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe WHO AIMS
- Estudio sobre el respeto a los derechos humanos en la atención de salud de las personas con enfermedad mental, basados en Quality Rights de la OMS.
- Documento borrador Política Nacional de Salud Mental, elaborado el año 2010.
- Conclusiones de la Jornada Nacional de Salud Mental realizada en junio de 2014 y que contó con la participación de coordinadores de salud mental de atención primaria, encargados de salud mental de los Servicios de Salud, Referentes de Salud Mental de las SEREMI de Salud, representantes de usuarios/as y de familiares de usuarios/as de salud mental, representantes del intersector y de la academia.
- Propuestas del Capítulo Salud Mental Libro Blanco (propuesta para salud en el programa de gobierno).

Se acordó dar inicio a un proceso lo más participativo posible para elaborar el próximo Plan Nacional de Salud Mental, para lo cual se definieron siete líneas de análisis, cada una a cargo de un coordinador que conformaría un grupo de trabajo para realizar un diagnóstico de la situación actual, propuestas de objetivos, estrategias y acciones, cuyos resultados se consolidarían en un documento convocante que sería difundido ampliamente, como inicio del proceso participativo de construcción del Plan Nacional de Salud Mental.

Las líneas de análisis propuestas fueron Legislación y Derechos Humanos, Modelo de Gestión y Organización de Servicios, Financiamiento, Monitoreo y Evaluación, Mejora Continua de la Calidad, Recurso Humano y Formación, Participación, e Intersectorialidad.

Se acuerda que cada tema debe incluir en el análisis las temáticas transversales de interculturalidad, enfoque de género, y poblaciones vulnerables. Además se debe incluir la mirada de curso de vida y de determinantes sociales de la salud mental, protección de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres y el continuo de promoción – prevención - tratamiento - rehabilitación.

En marzo de 2015, los grupos de trabajo enviaron sus aportes en cada tema al comité redactor, quienes elaboraron un documento convocante que fue revisado y analizado en las Jornadas Nacionales de Salud Mental realizadas durante el mes de junio por la Unidad de Salud Mental con los encargados y encargadas de salud mental de los Servicios de Salud, y las Jornadas realizadas por el Departamento de Salud Mental con los y las referentes de salud mental y jefaturas de salud pública de las SEREMI de Salud.

Con todos estos aportes se elaboró un documento convocante que fue enviado a las SEREMI de Salud del país para que iniciasen el proceso de difusión y participación. El propósito de esta etapa de la elaboración del Plan fue el de garantizar la mayor participación posible en la revisión y discusión de los contenidos del documento convocante y recoger aportes para la construcción del Plan Nacional de Salud Mental. Sus objetivos fueron:

- Lograr una difusión lo más amplia posible del documento convocante.
- Garantizar el acceso expedito al documento convocante, a toda persona interesada.
- Promover y facilitar la participación de toda persona interesada, en al menos una instancia colectiva de discusión y análisis del documento convocante.
- Generar mecanismos y canales expeditos para recolectar las observaciones y aportes de todos los interesados.

Para cumplir con los objetivos propuestos se asignó a las SEREMI de Salud las siguientes funciones: liderar el proceso a nivel regional, distribuir ampliamente el documento convocante, estimular la más amplia participación en la revisión del documento convocante, orientar el proceso de revisión y discusión, convocar a jornadas regionales y consolidar los aportes en una propuesta regional que sería enviada al equipo redactor.

Por su parte, las Direcciones de los Servicios de Salud tuvieron el rol de facilitar la distribución del documento convocante a todos los establecimientos de la red asistencial, estimular la más amplia

participación al interior de la Red Asistencial, incluyendo a las organizaciones sociales presentes en los territorios de cada establecimiento y/o comuna y convocar a jornadas del Servicio de Salud con representantes de toda su red asistencial.

Para el desarrollo del proceso, el equipo redactor elaboró una Pauta de Revisión del Documento Convocante y se estableció el mes de noviembre de 2015 como plazo para completar la etapa de difusión y revisión del documento convocante.

Paralelamente, el nivel central convocó a representantes de:

1) Otros sectores del Estado:

- Servicio Nacional de Menores (SENAME)
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)
- Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM)
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)
- Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS)
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo
- Ministerio de Educación
- Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI)
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)
- Ministerio de Desarrollo Social
- Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI)
- Ministerio del Deporte
- Gendarmería de Chile
- Ministerio de Justicia
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social
- Instituto Nacional de la Juventud (INJUV)
- Subsecretaría de Previsión Social
- Consejo de la Cultura y las Artes

2) Colegios Profesionales:

- Colegio Médico de Chile A.G.
- Colegio de Psicólogos de Chile
- Colegio de Asistentes Sociales de Chile
- Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile
- Colegio de Enfermeras de Chile
- Colegio de Matronas y Matrones de Chile
- Colegio de Abogados de Chile
- Colegio de Laboratoristas Dentales de Chile
- Colegio de Químico-Farmacéutico de Chile
- Colegio de Tecnólogos de Chile
- Colegio de Kinesiólogos de Chile
- Colegio de Profesores de Chile

3) Sociedades Científicas

- Sociedad Chilena Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía – SONEPSYN
- Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia – SOPNIA
- Sociedad Chilena de Salud Mental
- Sociedad Chilena de Psicología Clínica
- Sociedad Chilena de Psicología Comunitaria
- Sociedad Chilena de Pediatría
- Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile
- Sociedad de Genética de Chile
- Sociedad Médica de Santiago
- Sociedad Chilena de Calidad Asistencial
- Academia Chilena de Medicina
- Sociedad Chilena Para el Desarrollo de la Psiquiatría – SODEPSI
- Observatorio de Salud Mental Infantil
- Observatorio de DD.HH. de personas con Discapacidad Mental

4) Organizaciones No Gubernamentales ligadas a salud mental:

- Comunidad Terapéutica de Peñalolén – CORDES
- ONG Bioscorpore
- ONG Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer – CEANIM
- ONG Corporación Programa La Caleta
- ONG Centro de Salud Mental y Derechos Humanos – CINTRAS
- ONG Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos – ILAS
- ONG de Desarrollo Programa de Atención Caleta Sur
- Fundación Rostros Nuevos
- Fundación Crescendo
- Fundación para la ayuda y rehabilitación de Discapacitado
- Fundación Orden hospitalaria hermanos de San Juan de Dios
- Fundación Tacal
- Fundación Paréntesis
- Fundación Educacional Belén Educa
- Fundación de Ayuda al Niño Limitado – COANIL
- Corporación de ayuda al paciente mental
- Corporación Educacional de Beneficencia Cristo Joven
- Corporación Programa Poblacional Servicio La Caleta

5) Departamentos de Psiquiatría Universidades:

- Depto. de Psiquiatría de la Universidad Católica de Chile
- Depto. de Psiquiatría de la Universidad de Chile
- Depto. de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de la Universidad de Chile
- Depto. de Psiquiatría de la Universidad de Valparaíso
- Postgrado en Psiquiatría de la Universidad de Santiago de Chile
- Depto. de Psiquiatría de la Universidad Diego Portales
- Depto. de Psiquiatría de la Universidad de Concepción
- Depto. de Psiquiatría de la Universidad Andrés Bello

- Depto. de Psiquiatría de la Universidad de Los Andes
- Postgrado en Psiquiatría de la Universidad Mayor
- Depto. de Psiquiatría de la Universidad Católica del Norte
- Depto. de Psiquiatría de la Universidad Católica del Maule

6) Departamentos y/o Escuelas de: Trabajo Social, Enfermería, Psicología y Terapia Ocupacional de las Universidades chilenas.

7) Agrupaciones de Usuarios y Familiares de usuarios de salud mental con representación nacional (CORFAUSAM, ANUSSAM, Agrupación de padres de niños/as discapacitados PANAUT, Agrupación de padres, profesionales y amigos de personas con autismo y síndrome de Asperger, Organización de padres y amigos de niños/as con Síndrome de Down).

Entre agosto y noviembre de 2015, se realizaron reuniones con representantes de las instituciones y organizaciones mencionadas. La primera de éstas fue masiva y el objetivo fue invitarles a participar del proceso e informar de la metodología de participación. Posteriormente se realizaron reuniones con cada grupo de trabajo para consensuar los aportes al documento convocante.

A fines de noviembre de 2015 se recibieron los resultados de los procesos realizados a nivel local, regional y nacional y se comenzó el proceso de sistematización e integración de los aportes recibidos. Esta sistematización fue enviada a los grupos de trabajo conformados inicialmente con el objetivo de que desarrollasen las 7 líneas de acción definidas para el Plan, trabajo que se desarrolla entre enero y junio de 2016.

Durante junio de 2016 se redacta el primer borrador del Plan Nacional de Salud Mental, el que se envía a las mismas personas, organizaciones e instituciones que participaron en el proceso de revisión del documento convocante. Entre julio y noviembre de 2016 se realiza un proceso amplio de revisión del borrador, con participación de representantes de todas las instituciones y organizaciones convocadas y jornadas intersectoriales realizadas por las SEREMI de Salud. Durante noviembre y diciembre de 2016 se incorporan los aportes recibidos en este último proceso participativo y se redacta un nuevo borrador que se entrega a las autoridades para su revisión y formalización. Una vez revisado por las autoridades y por todos las Divisiones, Departamentos, Unidades y Programas del Minsiterio de Salud, se elabora un nuevo borrador que es enviado a consulta pública a través de la página web de MINSAL hasta el 14 de julio de 2017. Finalmente, con los aportes recibidos en la consulta pública se redacta el presente documento

VIII. AUTORES Y COLABORADORES

COORDINACIÓN Y REDACCIÓN PRINCIPAL:

Irma Rojas Moreno, Profesional Asesora Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.

COORDINACIÓN DEL TRABAJO EN LAS LÍNEAS DE ACCIÓN:

Natalia Dembowski S., Profesional Asesora Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública. Coordina la Línea Acción Regulación y Derechos Humanos

Claudia Valenzuela A., Profesional Asesora Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales. Coordina la línea Provisión de Servicios de Salud Mental

Rodrigo Díaz C., Profesional Asesor Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales. Coordina la Línea Financiación

María Paz Araya A., Profesional Asesora Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública. Coordina la Línea Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación.

Rafael Sepúlveda J., Jefe Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales. Coordina la Línea Recursos Humanos y Formación

Pablo Norambuena C., Profesional Asesor Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública. Coordina la Línea Participación.

Cecilia Zuleta C., Profesional Asesora Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública. Coordina la Línea Intersectorialidad.

PARTICIPAN EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

Mauricio Gómez Ch., Jefe Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública

Rafael Sepúlveda J., Jefe Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales. Coordina la Línea Recursos Humanos y Formación

Javiera Erazo L., Profesional Asesora Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública.

María Teresa Abusleme L., Profesional Asesora Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública.

Niina Markkula, Profesional Asesora Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública.

Cynthia Zavala G., Profesional Asesora Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública.

Roxana Alvarado A., Profesional Asesora Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales.

Susana Chacón S., Profesional Asesora Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales.

Carla Estrada J., Profesional Asesora Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales.

Patricia Narváez E., Profesional Asesora Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales.

Felipe Salinas G., Profesional Asesor Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales.

Ximena Santander C., Profesional Asesora Unidad Salud Mental, Subsecretaría Redes Asistenciales.

Gonzalo Soto B., Profesional Asesor Departamento de Modelo de Atención Primaria. División de Atención Primaria. Subsecretaría Redes Asistenciales.

Alvaro Campos M., Profesional Asesor Departamento de Modelo de Atención Primaria. División de Atención Primaria. Subsecretaría Redes Asistenciales.

Vania Yutronic I., Profesional Asesor Departamento Modelo de Atención Primaria. División de Atención Primaria.

Cecilia Vera S., Jefa Servicio de Psiquiatría Hospital de Buin, Servicio de Salud Metropolitano Sur

Alberto Minoletti S., Docente Escuela Salud Pública, Universidad de Chile.

Alfredo Pemjean G., Docente Departamento Psiquiatría Universidad Diego Portales.

Ximena Rayo U., Profesional Asesora Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública.

Belén Vargas G., Profesional Asesora Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública.

PARTICIPAN EN LA REVISIÓN DEL DOCUMENTO CONVOCANTE Y/O DEL DOCUMENTO BORRADOR

- Macarena Gré Briones, Profesional Unidad de Género, Gabinete Ministra, Ministerio de Salud
- Daniel Del Río Brombley a nombre de la División de Presupuestos, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
- Pilar Monsalve Castillo, Chile Crece Contigo, Departamento Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud
- Manuel Arriagada Figueroa a nombre del Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Ministerio de Salud
- Monika Bustamante S., a nombre del Departamento de estudios pre inversionales, División de Inversiones, Redes Asistenciales, MINSAL
- Daniela Navarrete Heckersdorf, Salud Funcionaria, Departamento de Calidad de Vida y Relaciones Laborales, DIGEDEP/Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
- Matías Tobar Lahosa, Departamento de Arquitectura, División de Inversiones, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
- Ximena Neculhueque Zapata, Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud
- Hilda Toro Madariaga a nombre del Departamento de Capacitación y Desarrollo de Recurso Humano, DIGEDEP, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
- Carmen Gloria González a nombre del Departamento de Promoción de la Salud, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud
- Olga Toro Devia, Unidad Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile
- Carlos Madariaga Araya, Unidad Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile
- Ruben Alvarado Muñoz, Unidad Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile
- Fernando Voigt Claus, Médico Psiquiatra Región de Valparaíso
- Vilma Olave Garrido, Directora Servicio de Salud Aconcagua
- Marcela Páez Contreras, Trabajadora Social Hospital Felix Bulnes

- Sandra Saldivia Borquez, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Universidad de Concepción
- Mario Villanueva Olmedo, Profesional Hospital El Peral
- Jorge Ramírez Flores, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile
- Andrea Jara Rojas, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de Arica y Parinacota
- Juan Francia Rivera, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de Tarapacá
- Juan Francisco Astudillo Arias, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de Antofagasta
- Richard González Gálvez, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de Atacama
- María Beatriz Olivares Ansieta, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de Coquimbo
- Jessica Gallardo Ayala, Profesional Salud Mental SEREMI de Salud de Coquimbo
- Camila Reyes San Martín, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de Valparaíso-San Antonio
- Romina Oro Lavín, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de Región Metropolitana
- Soledad Valderrama Rojas, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de O'Higgins
- María Constanza Muñoz Quintero, Referente Salud Mental SEREMI de Salud del Maule
- Andrea Salgado Poblete, Referente Salud Mental SEREMI de Salud del Bío Bío
- Nolberto Silva Vera, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de La Araucanía
- Loreto Guzmán Berkhoff, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de Los Ríos
- Ximena Oettinger Palma, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de Los Lagos
- Yared Schulz Illanes, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de Aysén
- Maribel Bustos Costa, Referente Salud Mental SEREMI de Salud de Magallanes
- Ignacio A. Lino Castro, Jefe Unidad Psiquiatría y Salud Mental, Hospital San Martín de Quillota
- Juan Andrés Mosca Arestizabal, Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián
- Eladio Recabarren Hernández, Servicio Nacional de la Discapacidad

- Jorge Chuaqui Kettlun, Instituto de Sociología, Universidad de Valparaíso
- Jubitzza Cereceda Ortega, Médico FOREAPS, Sexto año de Especialización en Psiquiatría Adultos, USACH
- Ana María Ortiz Araya, Servicio de Psiquiatría, Hospital Barros Luco
- Karin Velásquez Osorio, becada tercer año Psiquiatría Adultos, USACH
- Michael Johane Moreno Ghirardelli, Red de Salud Mental San Benito Menni
- Ana Muñoz Carcamo, Red de Salud Mental San Benito Menni
- Ana María Squicciarini Navarro, Programa Habilidades para la Vida, JUNAEB
- Roberto Ruiz Lizama, UHICIP-Adolescente Hospital regional de Concepción
- María Avaria Benapres, Neuropediatra, Hospital Roberto del Río
- Daniel Jiménez Zulic, Subdepto. Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Católica del Maule
- Fresia Fernández Valenzuela, CORFAUSAM
- Directiva de CORFAUSAM
- Verónica Wagner Guillot a nombre de la Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo
- SONEPSYN
- Departameto de Salud, Gendarmería de Chile
- Departamentos de Operaciones y Departamento de Diseño Metodológico, División de Promoción y Protección Social, Subsecretaría de Servicios Sociales, Ministerio de Desarrollo Social.
- Teresa Quintana Püschel a nombre del Departamento Psicología Clínica, Universidad Adolfo Ibáñez
- Yasna M. Sanhueza Cortés a nombre del Servicio de Bienestar, Departamento de Gestión y Desarrollo de las Personas, Consejo Nacional de la Cultura y las Artes
- Nathan Arenas Pardo a nombre del Grupo Kinesiólogos de Salud Mental, Colegio de Kinesiólogos

- Mónica Oyarzún Salinas a nombre de la Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad Central
- Carla Basaure Avendaño a nombre de la Academia de Protección Civil, ONEMI
- Cecilia Gaete Gaete a nombre de la Escuela Terapia Ocupacional, Universidad San Sebastián
- Eladio Recabarren Hernández a nombre del Servicio Nacional de la Discapacidad
- Olga Véliz Ramos a nombre de la Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andrés Bello

PARTICIPARON EN LAS JORNADAS REGIONALES PARA REVISIÓN DEL DOCUMENTO CONVOCANTE Y/O DEL DOCUMENTO BORRADOR

Región de Arica y Parinacota:

- Dulia Farias, CORFAUSAM
- Carolina Letelier, Profesional ESSMA Sur
- Myriam Segovia, Profesional Unidad Salud Mental Servicio de Salud Arica
- Víctor Escobar, Profesional CESFAM
- Ricardo Osore, Profesional ESSMA Norte
- Jeannette Moreau, Profesional CESFAM
- Lorena Gonzalez, Profesional Hospital Regional
- Rodolfo Astete, Organización de usuarios Renacer
- Pablo Meneses, Organización de usuarios Arcoíris
- Alejandra Lagos, Profesional Hospital de Día
- Yasmina Condori, Profesional Unidad Psiquiatría Forense Transitoria – UPFT
- Ennio Vivaldi, Profesional Unidad Psiquiatría Forense Transitoria – UPFT
- Waldo Navia, Profesional CESFAM
- Camila Rodríguez, Profesional CESFAM
- Ivette Brown, Profesional Hospital Regional
- Iván Sanso, Comisión Regional de Protección de Derechos de Personas con Enfermedad Mental
- Marcela Abarca, Profesional ESSMA Norte
- Norka Vela, Profesional Hospital de Día
- Carla Quiroz, Profesional ESSMA Sur
- Maritza Acosta, Profesional CESFAM
- Daniela Chacón, Organización de usuarios CC Discapacidad
- Miriam Vásquez, Organización de usuarios Delfines del Sol

- Francisco López, Organización de usuarios Club Arcoíris
- Selva Meza, Profesional ESSMA Sur
- Ester López, Jefa Unidad Salud Mental Servicio de Salud Arica
- Jeannette Valenzuela, Profesional PRAIS Arica
- Mario Mera, Profesional CESFAM
- Fanny Aníñir, Profesional CESFAM
- Ortencia Concle, Organización usuarios Hospital de Día
- Elena Gallegos, Profesional ESSMA Sur
- Zvi Tacusis, Profesional Unidad Salud Mental Servicio de Salud Arica
- Andrea Muñoz, Profesional CESFAM
- Marcela Vergara, Profesional CESFAM
- María José Gómez, Profesional CESFAM
- Julio del Río, Profesional CESFAM
- Rosa Phillips, Organización de usuarios Hospital de Día
- Nataly Verdugo, Profesional ESSMA Norte
- Mei-Lyng Zavala, Profesional ESSMA Norte
- Lorena Urzúa, Profesional CESFAM
- Gabriel Silva, Comisión Regional de Protección de Derechos de Personas con Enfermedad Mental
- Guillermo Zabathi, Organización de usuarios Renacer
- Marlyn López, Comisión Regional de Protección de Derechos de Personas con Enfermedad Mental
- Anneliese Núñez, Comisión Regional de Protección de Derechos de Personas con Enfermedad Mental
- Gloria MIGUELES, Comisión Regional de Protección de Derechos de Personas con Enfermedad Mental
- María Alejandra Rojas, ESSMA Norte
- Pablo Martínez, Posta de Salud Rural
- Rogelio Moraga, Profesional PRAIS Arica
- Lea Gonzalez, Profesional CESFAM
- Estudiantes Carreras de psicología y terapia ocupacional de Universidad Santo Tomás
- Docentes Carreras de Psicología y Terapia Ocupacional de Universidad Santo Tomás

Región de Tarapacá

- Leticia Gonzalez, COSAM S. Allende.
- Susana Flores, COSAM S. Allende.
- Jorge Rivera, CESFAM C. Guzmán.
- Rodrigo Ruz, COSAM J. Seguel.

- Daniela Reveco, COSAM J. Seguel.
- Maria Santander, COSAM J. Seguel.
- Yerko Matthews, COSAM S. Allende.
- Luz Alvarez, Unidad de Hospitalización Corta Estadía Medio Privativo.
- Jose Vargas, CESFAM C. Videla.
- Fabiola Colina, CESFAM Videla.
- Marjorie Pizarro, CESFAM Guzmán.
- Monica Rabuco, Hospital de día del adulto.
- Franco Casanne, Centro diurno Casa Club.
- Nicole Pelayo, Centro diurno Casa Club.
- Roberto Silva, Hospital de día del adulto.
- Manud Pomareda, Hospital de día del adulto.
- Vicente Salinas, CGU H. Reyno.
- Javiera Jaramillo, CGR Huara.
- Jorge Vilchez, CESFAM Sur
- Pablo Lira, CESFAM Sur.
- Alex Cáceres, COSAM E. Paris.
- Monica Tome, Unidad de Hospitalización Corta Estadía Psiquiatria Adulto.
- Ximena Vázquez, COSAM E. Paris
- Militza Cabrera, Hospital de día del adolescente.
- Rodolfo Sepulveda, Hospital de día del adulto.
- Claudia Enríquez, Unidad de Hospitalización Corta Estadía Medio Privativo.
- Guillermo Polanco, CGU H. Reyno.
- Maria Argandoña, CGR Huara.
- Eduardo Yañez, CESFAM P. Pulgar.
- Maria Salgado, Unidad de Hospitalización Corta Estadía Psiquiatria Infanto Adolescente.
- Pamela Contreras, Unidad de Hospitalización Corta Estadía Psiquiatria Infanto Adolescente.
- Guisella Stevens, CGR Camiña.
- Diana Benavides, CESFAM Aguirre.
- Ximena Piyano, CGR Pozo Almonte.
- Miranda Iñija, CGR Pozo Almonte.
- San-Yun Anch, Depto. Salud Mental Servicio de Salud Iquique.
- Pablo Imaña, Presidente FADISE.
- Juana Reyes, Junta de Vecinos Ramón Perez O.
- Ana Córdova, Junta de Vecinos Ramón Perez O.
- Maria Espejo, Junta de Vecinos Dunas Norte.
- Pedro Muñoz, Junta de Vecinos Dunas Norte.

- Verónica Aguirre, Consejo Consultivo Pozo Almonte.
- Silvia Prieto, Presidenta ARDEC.
- Leila Pizarro, Presidenta AFADIP.
- Elizabeth Reyes, AFANEA.
- Susan Valdez, Centro Cultural y Social Asperger.
- Rubén Valdez, ACOSI
- Lesly Zapata, APANDIA
- Lidia Sierra, APANDIA
- Cecilia Perez, Consejo de Desarrollo Local C. Sur
- Rosamery Bachs, Consejo de Desarrollo Local C. Sur
- Rafael Voeda, Consejo de Desarrollo Local H. Reyno.
- Elena Castro, IPS
- Cristian Guerrero, Consejo Desarrollo Local Pozo Almonte.
- Fabiola Ibañez, SENDA
- Macarena Ruiz, INJUV
- Paola Muzzato, Universidad de Tarapacá.
- Maria Carla Morales, Universidad de Tarapacá.
- Susana Jorquera, Universidad de Tarapacá
- Luz Maria Muñoz, CAPSI Universidad de Tarapacá.
- Christian Cortez, SENADIS.
- Yasna Guerrero, Colegio de Psicólogos.

Región de Antofagasta

- Mery Villarroel, CESFAM Central Oriente, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Gonzalo Ramirez, CESFAM Central Oriente, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Carmen G. Rojas, CESFAM Centro Sur, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Marcela Maya, CESFAM Corvallis, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Evelyn Flores, CESFAM Rendic, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Barbara Osorio, CESFAM Norponiente, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Calama
- Andrea López, CESFAM Enrique Montt, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Calama
- Rosa Trigo, CESFAM Enrique Montt, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Calama
- Cynthia Carcamo, CESFAM Central, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Calama

- Loreto Estay, CESFAM Alemania, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Calama
- María Ormazabal, CESFAM San Pedro de Atacama, Municipalidad de San Pedro de Atacama
- Ingrid Martínez, Consultorio General Rural de María Elena, Municipalidad de María Elena
- Camila Jara, Hospital de Taltal, Servicio de Salud Antofagasta
- Pedro Olivares, Hospital de Tocopilla
- Paulina Carvajal, COSAM Norte
- Karen Fierro, Hospital Diurno de Calama
- Yasna González, Servicio de Psiquiatría, Hospital Regional de Antofagasta
- Myrna Kobbert, Agrupación de familiares y Amigos de Salud Mental de Antofagasta
- Jacqueline Toro, Comunidad Terapéutica TABOR, Antofagasta
- Claudia Molina, Comunidad Terapéutica CEPAS, Calama
- Matilde López, Comunidad Terapéutica CEPAS, Calama
- Carolina Piceo, Comunidad Terapéutica CEPAS, Calama
- Angélica Melendez, Comunidad Terapéutica CEPAS, Calama
- Tamara Ledezma, Clínica Portal Oriente, Antofagasta
- Juan Veliz, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Antofagasta
- Alejandro Aguirre, Director Regional, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol Antofagasta
- Patricia Cadena, Secretaria regional Ministerial MINVU Región de Antofagasta
- Roxana Carrasco, Secretaría Regional Ministerial de Salud Región de Antofagasta
- Pamela Samit, CESFAM Juan Pablo II Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Alejandra Godoy, CESFAM Juan Pablo II Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Eduardo Letelier, CESFAM Central Oriente Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Paola Ochoa, CESFAM Rendic, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Godfrey Tuohy, CESFAM Corvallis, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Alejandro Vargas, CECOF La Chimba Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Mario Ogalde, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- Maylin Avalos, Dpto. Psicosocial Corporación Municipal de Desarrollo Social de Antofagasta
- María Gómez, CESFAM Alemania, Corporación Municipal de Desarrollo Social de Calama
- Paulina Vargas, Hospital de Taltal
- Cinthia Ríos, COSAM Central

- Jessica Durán, Servicio de Psiquiatría, Hospital Regional de Antofagasta
- Patricia Siglic, Unidad Salud Mental Servicio de Salud Antofagasta
- Elizabeth Cataldo, Agrupación de familiares y Amigos de Salud Mental de Antofagasta
- Alice Fuster, Area Salud, Dirección Gestión Estudiantil, Universidad Católica del Norte
- Camila Oda, Area Salud, Dirección Gestión Estudiantil, Universidad Católica del Norte
- Carolina Alda, Area Salud, Dirección Gestión Estudiantil, Universidad Católica del Norte
- Gerardo Valencia, Instituto Nacional del Deporte
- Loreto Nogales, Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social Región de Antofagasta
- Nestor Maizares, Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social Región de Antofagasta
- Ximena Arancibia, Servicio Nacional de la Discapacidad, Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social Región de Antofagasta

Región de Atacama

- Kelly Vergara Cortés, CESFAM Candelaria de Rosario, Copiapó
- Erick Álvarez Araya, CESFAM Candelaria de Rosario, Copiapó
- Daniela Kuhnnow, CESFAM Paipote, Copiapó
- Carolina Becerra, CESFAM Armando Ossa, Copiapó
- Alejandra Vega Álvarez, Universidad de Atacama, Copiapó
- Catalina Recabarren, CES Juan Verdaguer, Huasco
- Estefanía Servela Pérez, Departamento de Salud Municipal, Tierra Amarilla
- Yorka Urqueta Torrejón, CESFAM Baquedano, Vallenar
- Yasna Molina Tamblay, CESFAM Hermanos Carrera, Vallenar
- Evelin Garín Fernández, Departamento de Salud Municipal, Vallenar
- Lorna Villalobos, SEREMI de Salud Atacama, Copiapó
- María Inés Viera, SEREMI de Salud Atacama, Copiapó
- Guillermo Urzúa García, Hospital de Diego de Almagro
- Diego González, Hospital Manuel Magalhaes, Huasco
- Priscilla Tillería, CESFAM Manuel Rodríguez, Copiapó
- Marcela Caro, CESFAM Manuel Rodríguez, Copiapó
- Andrea Villegas Ángel, CESFAM Santa Elvira, Copiapó
- Maritza Marambio Avilés, CESFAM Armando Ossa, Copiapó
- Eduardo Días, Hospital Manuel Magalhaes, Huasco
- Zingra Román, CESFAM Bernardo Mellibovsky, Copiapó
- Susana Chepilla, CESFAM Paipote, Copiapó
- Paulina Pérez, CESFAM Rosario Corvalán, Caldera
- Paulina Scola, CESFAM Rosario Corvalán, Caldera
- Isabel González, Hospital Provincial del Huasco, Vallenar

- Luz Franco, Hospital Provincial del Huasco, Vallenar
- Raúl Álvarez, CESFAM Juan Martínez, Copiapó
- Beatriz Bañados, Servicio de Salud Atacama, Copiapó
- Marcela Román Rojas, CESFAM Santa Elvira, Copiapó
- María Cecilia Paz Galleguillos, CESFAM Bernardo Mellibovsky, Copiapó
- Carol Toro Castillo, CESFAM Tierra Amarilla
- Katherine Varas Castro, CESFAM Juan Martínez, Copiapó
- Cecilia Díaz Seriche, Hospital de Diego de Almagro
- Luís González Araya, Seremi de Salud Atacama, Copiapó
- Lidia Ubilla Bravo, Departamento de Salud Municipal de Copiapó
- Mariela Román, CESFAM Santa Elvira, Copiapó
- Natalia Paredes, Seremi de Salud Atacama, Copiapó

Región de Coquimbo

- Carlos Zevallos Vargas, Universidad de Aconcagua
- Verónica Pérez Godoy, SERNAMEG
- María Javiera Ramírez, FONASA
- Valeria Cortés Aguirre, SENDA
- Ana María Vera, Servicio de Salud Coquimbo
- Sergio Pizarro, SEREMI Desarrollo Social
- Sandra Corvalán Castro, SEREMI de Justicia
- Jose Sandoval, CESAM Pta. Mira
- Noemi Pol Orellana, CESFAM Tierras Blancas
- Jessica Toledo Biewer, CESFAM Sta. Cecilia
- Ana Castillo Gonzalez, CESAM Tierras Blancas
- Karol Vivencio Cortes, Hospital Dia Adultos
- Patricia Viñales, Psiquiatria Hospital Coquimbo
- Maritza Janett Rodriguez, Hospital Día Adultos
- Claudia Chavez, Unidad Infanto Juvenil Hospital Coquimbo
- Loraine Germain, CESFAM Tierras Blancas
- Angelica Roman Navarrete, CESFAM Paihuano
- Eduardo Aguirre, APS La Serena
- Carla Diaz Vergara, CESFAM Pedro Aguirre Cerda
- Carmen Perez San Francisco, DESAM Vicuña
- Carlos Morales, Hospital Vicuña
- Mariana Figueroa, Hospital Vicuña
- Maria Luisa Carabantes, Hospital La Serena
- Evelyn Pinto Lopez, Hospital La Serena

- Evelyn Diaz Villalobos, Hospital La Serena
- Karina Meneces Egaña, CESFAM Raul Silva Henriquez
- Vilma Tapia Trujillo, Programa Ecológico
- Lenka Alfaro, Servicio de Salud Coquimbo
- Marcela Cortes, APS Limari
- Laura Avalos Cortes, Hospital de Combarbala
- Rodrigo Iribarren, CESAM La Serena
- Carlos Ramón Silva, Fundación Sain Germain
- Jorge Ovalle Quiroz, Servicio de Salud Coquimbo
- Carolina Rojo Martinez, CESAM Illapel
- Pamela Muñoz Munizaga, CESAM Ovalle
- Cesar Vega, Hospital Salamanca
- Javier Alvarez, DESAM Salamanca
- Humberto Fuentes, Hospital Illapel
- Cecilia Ponce Salinas, Hospital Illapel
- Evelyn Soto, Casa De La Esperanza
- Oriana Rocco, Casa De La Esperanza
- Osvaldo Cabezas, Hospital Combarbala
- Paulina Alvarez, Casa De La Esperanza
- Domenica Ramos, Hospital Andacollo
- Karen Tapia, Psiquiatria Hospital La Serena
- Maria Beatriz Olivares, SEREMI de Salud
- Jubica Koscina, CESFAM Cardenal Caro
- Ruth Arredondo, DESAM Los Vilos
- Patricia Paz, Hospital Día Coquimbo
- Leonardo Torres, DESAM Salamanca
- Greta Espinoza Aguirre, CESFAM Monte Patria
- Maria Rebeca Chávez, CESFAM El Palqui
- Oscar Pinto, CESFAM Paihuano
- Tatiana Ficca, CESFAM Santa Cecilia
- Natalia Guzman Gomez, CESFAM Paihuano
- Karen Humeres, DESAM Combarbala
- Viviana Leyton, DESAM Vicuña
- Sandra Rojas, Fundación Sain Germain
- Sergio Morales, CESFAM Raul Silva Henriquez
- Maria Eugenia Rivera, Hospital Día La Serena
- Ingrid Vergara Garcia, Depto. Salud Choapa
- Marcelo Muñoz Lopez, Fundación Sain Germain

- Paula Fuenzalida Cerda, CESFAM Juan Pablo II
- Fernando Cortes, Consultorio San Juan
- Luis Cid, Departamento de Salud de Coquimbo
- Ignacio Ugarte Vicencio, CESFAM Tongoy
- Paola Gomez, CESFAM Juan Pablo II
- Viviana Yañez Hidalgo, Casa de La Esperanza
- Sofia Flores Rojas, Hospital de Coquimbo
- Jean Montecinos, CESAM Pta. Mira
- Jocelyn Santander, CESFAM Las Compañías
- Nathaly Leiva Ossandon, CESFAM Cardenal Caro
- Ingrid Guerra Garcia, Dpto. Salud Choapa
- Margarita Santander Dublas, Hospital La Serena Infanto Juvenil
- Karina Guzman Lopez, Hospital Andacollo
- Cristobal Jorquera Acuña, CESFAM San Juan
- Isable Schimdt, CESFAM Las Compañías

Región de Valparaíso

- Germán Cortés E., Hospital del Salvador
- Mariana Mateluna, Centro Diurno Abriendo Fronteras
- Sussy Arancibia T., JUNJI
- Silvia González C., CESFAM Algarrobo
- Camila Díaz, Hospital Santo Tomás de Limache
- Karina Novoa J., SEREMI de Salud
- Rosalía Díaz B., Hospital San José, Casablanca
- Sybil Pau Ben Hernandez, Hospital Claudio Vicuña
- María Jesús Campos G., CESFAM Rinconada
- Paula Solervicens S., Hospital G. Fricke
- Gloria González H., Corporación TUKUYPAJ-Chile
- Cristian Pizarro G., Hospital G. Fricke
- Fanny serrano L., CESFAM Hijuelas
- Carla Zubicueta J., CESFAM Hijuelas
- Rodolfo Pérez de Arce P., Centro de Tratamiento Residencial Clotario Blest
- Rodrigo Pérez P., Hospital del Salvador
- María Francisca Mendoza C., CESFAM Dr. Juan Carlos Baeza
- Roberto Espinosa C., CESFAM Pedro Aguirre Cerda de Calle Larga
- Pamela Dysli G., DESAM La Ligua
- Claudia Escudero Cerda, Servicio de Salud Aconcagua
- María Paz Acevedo M., INJUV

- Lorena Miranda L., SEREMI Salud
- Jorge Chuaqui, Universidad de Valparaíso
- Victor Lermonda S., Universidad Andrés Bello
- Pamela Canabes H., Servicio de Salud Aconcagua
- C. Navarrete, CESFAM Marcos Maldonado
- Alvaro Jiménez T., CESFAM Plaza Justicia
- Leyla Massú L., Hospital La Ligua
- Silvana Oneto L., CESFAM San Esteban
- Francisco Olivares M., SENDA
- Barbara Valencia B., Centro de Tratamiento Ambulatorio Quilpué
- Alejandra Corvalan, Escuela Psicología Universidad de Playa Ancha
- Loreto Barraza G., CESFAM Miraflores
- Daniela Robles R., CESFAM Limache
- Constanza Cortese S., Comisión Regional de Protección de Personas con Enfermedad Mental
- Carla Leiva M., Hospital Quilpué
- Mitzi Contreras G., Hospital del Salvador
- María Paulina Herrera Y., CESFAM Cordillera Andina
- Soledad Henríquez P., Ministerio de Justicia
- María Isabel Pérez, CESFAM Las Torres
- Alvaro Baús S., CESFAM El Quisco
- Andrea Gamboa G., Hospital G. Fricke
- María Jesús Campos G., CESFAM Rinconada
- Emmanuel Muñoz F., CESFAM La Calera
- Paola Urquieta C. Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
- Carlos Pizarro G., Servicio de Salud Aconcagua
- Daniela Ibacache Q., Corporación Municipal de Quilpué
- Francisco Protasonvicki, Corporación Municipal de Viña del Mar
- Loreto Torres C., SENADIS
- Gabriela Lucero Córdova, Servicio de Salud Aconcagua
- Bernandino Arellano I., Salud Mental Loncura
- María Eugenia Arenas, SENAMA
- Priscila Calderón C., CESAM Curimón
- Marisol Cerón P., SEREMI Desarrollo Social
- Ana María Dagnino B., Hospital La Calera
- Natalia Ahumada T., Hospital G. Fricke
- Carolina Torres D., Centro Diurno Abriendo Fronteras
- Alonso Castillo M., CESFAM Lusitania

- Gastón Ocampo V., Gendarmería de Chile
- Oscar Alvarado A., Centro de Salud Silva Henríquez
- Javier Morales C., CESFAM Con Con
- Alexis Cortés M., Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel
- Carolina Cardemil P., CESFAM Olmué
- María Elena Barraza C., CESFAM Gomez Carreño
- Paola Contreras H., CESFAM Brigida Zavala
- Cecilia Hernandez C., SEREMI de Justicia
- Luis Soto P., Hospital de Llay Llay
- Hugo Ortega G., Hospital de Quilpué
- Daniel Tordecilla H., Ilustre Municipalidad de casa Blanca
- Christian Haring G., Hospital Salvador
- Claudia Zamora A., Instituto Nacional del Deporte
- Rosa Alvarez S., Hospital Diurno Quilpué
- María Luisa Rivera P., Universidad Santo Tomás
- Alonso Castillo M., CESFAM Lucitana
- María Soledad de la Rosa, CESFAM
- Alejandra Jaramillo M., KAPLAN CMVM
- David Herrera G., CESFAM Santa Julia
- Belén Quezada C., SEREMI MINVU
- Rosa Pavez M., CFT Santo Tomás
- Sybil Paulaeu H., Hospital Claudio Vicuña
- Rosalia Díaz P., Hospital San José
- Margarita Alvarez V. CESFAM Dr. Segismundo Iturra Taito

Además participaron en las reuniones de revisión de los borradores, representantes de:

- Salud Mental Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
- Departamento de Acción Sanitaria SEREMI de Salud
- CESAM La Calera
- CESAM Con Cón
- CESAM San Felipe
- CSMC Domingo Asún Salazar
- Hospital San Juan de Dios de Los Andes
- Hospital de Día Aconcagua
- Hospital Carlos Van Buren
- CESFAM Juan Bautista Bravo Vega
- CESFAM Nogales
- CESFAM Zapallar

- CESFAM Calle Larga
- CESFAM Nueva Aurora
- CESFAM Dr. Jorge Kaplan
- CESFAM Cordillera Andina
- CESFAM Valle Los Libertadores
- CESFAM Panquehue
- CESFAM Centenario
- CESFAM Dr. Eduardo Raggio
- CESFAM San Felipe El Real
- CESFAM Llay Llay
- CESFAM Curimón
- CESFAM Cartagena
- CESFAM Santo Domingo
- CESFAM Jean & Marie Thierry
- Consultorio General Rural El Tabo
- DESAM La Calera
- Programa Salud Mental Hospital La Calera
- Unidad de Psiquiatría Ambulatoria Hospital G. Fricke
- Unidad de Psiquiatría Ambulatoria Hospital Quilpué
- Unidad de Psiquiatría Ambulatoria Hospital Quillota
- Unidad de Psiquiatría Ambulatoria Infanto Adolescentes Hospital Fricke
- Administradores de Hogares y Residencias Protegidas Hospital del Salvador
- Representantes de familiares y usuarios/as
- Centro de Rehabilitación psicosocial CASA CLUB
- Corporación Bresky
- Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuevo Renacer
- Multifamiliar CTA Villa Alemana
- Centro Diurno Renacer.
- Corporación Municipal de Quilpué
- Corporación Municipal de Viña del Mar
- Departamento de Salud Municipal Casablanca
- Ilustre Municipalidad de Casablanca
- Corporación Municipal de Valparaíso
- Departamento de Salud Ilustre Municipalidad de San Antonio

Región Metropolitana

- Claudia Carniglia, Salud Mental, Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Beatriz Villane, Salud Mental, Servicio de Salud Metropolitano Central.

- Horacio Veliz Fuentes, COSAM Quilicura.
- Angélica Dazkalaskis, Salud Mental, Servicio de Salud Metropolitano Norte.
- Patricia Bravo Ibarra, Servicio de Sanidad, Carabineros de Chile.
- Alberto Carvajal Aravena, Agrupación de Familiares, Directiva CORFAUSAM.
- Denisse Villegas, Salud Mental, Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
- Patricia Espinoza, Salud Mental APS Quinta Normal.
- Marjorie Brauiff, Salud Mental APS, Servicio de Salud Metropolitano Occidente
- Sebastián Prieto, UCE Hospital Clínico San Borja Arriaran.
- Andrea Carvajal, SENADIS Región Metropolitana.
- María Eugenia Sierra, Agrupación Independencia.
- Carla Leal, Justicia Juvenil, SENAME Regional.
- Nora Pantoja, Salud Mental, Gendarmería de Chile.
- Oscar Maureira, Policía de Investigaciones de Chile.
- Nury Sesnic, Salud Mental, Gendarmería de Chile.
- Francisco Ojeda, COSAM La Pintana.
- Matilde Curriarte, Servicio de Salud metropolitano Sur Oriente.
- Maragarita Arias, monitora Salud mental, Servicio de Salud metropolitano Sur Oriente.
- Alicia Puen, COSAM El Bosque.
- Manuel Barra, COSAM El Bosque.
- Ana Lopez, Programa Aquí Presente, SEREMI de Educación.
- Claudia Vallejos Nuñez, Área de Tratamiento SENDA Regional.
- Patricia Bravo Ibarra, Servicio de Sanidad, Carabineros de Chile.
- Marcela Velasquez Peralta, SEREMI de Justicia R.M.
- Francisco Somarriva Pinto, Colegio de Psicólogos.
- Kristina Weil Parodi, Departamento Psiquiatría, Facultad Medicina Universidad de Los Andes.
- Juan Pablo Tagle, Programa Salud Mental, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
- Daniel Molina Mena, Salud Mental, Departamento Ciclo Vital y Programas de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
- Rocío Aravena Aravena, Salud Mental, Departamento Técnico de Salud Servicio de Salud Metropolitano Sur.
- Marco Cuevas Parra, Programa “Aquí, Presente” Secretaría Regional Ministerial de Educación Región Metropolitana
- María Elisa Molina Pavez, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo.
- Loreto Rodríguez, Subsistema Chile Crece Contigo, SEREMI de Desarrollo Social Región Metropolitana.
- Daniela Tapia Sepúlveda, Salud Mental Servicio de Salud Metropolitano Occidente.
- Karen Navarrete, SEREMI de Desarrollo Social Región Metropolitana.

- Ximena Susñar Velásquez, DRM Servicio Nacional de Menores
- Belén Anderson Madariaga, CESFAM El Monte.
- Carolina Paz Castruccio Álvarez, Sub directora Cosam Pudahuel

Además, participan en las reuniones de revisión de los documentos borradores y/o enviaron aportes, representantes de:

- Consejo de las Artes y la Cultura
- COSAM Pudahuel
- COSAM San José de Maipo
- Fundación Todo Mejora
- Instituto Chileno de Terapia Familiar
- JUNAEB
- JUNJI
- Corporación de Asistencia judicial (CAJ)
- Defensoría Penal Pública (DPP)
- Servicio Médico Legal (SML)).
- SEREMI de vivienda y urbanismo
- SERNAM Regional

Región del Libertador Bernardo O'Higgins

- Ernestina Gonzalez, AFADIPS
- Carolina Fernandez, AFADIPS
- Lia Muñoz, AFAPS
- Sandra Correa, Agrupación Coltauco
- Jose Fierro, Apoyo Discapacidad Coinco
- Hector Diaz, ASPADEM
- Carmen Rojas, Bienestar Mostazal
- Ana Gonzalez, Centro Integral y Lab. Rgua
- Eliana Sandoval, Centro Integral y Lab. Rgua
- M^a Isabel M. Gonzalez, Centro Oriente San Fernando
- Alan Taylor, CESFAM Mostazal
- Mariella Krause, Cesfam Norte
- Alejandro Mujica, CESFAM Santa Cruz
- C. Manriquez, Consejo Para la Discapacidad Codegua
- Eloy Orellana, Consejo Para la Discapacidad Codegua
- Claudio Aguilera, CT. Nuestra Casa
- Ana Carrasco, DSS Centro Diurno
- Eduardo Gonzalez, DSS O'Higgins
- M^a Pia Zamorano, DSS O'Higgins

- M^a Aurora Collado, DSS O'Higgins
- Mariela Honores, DSS O'Higgins
- Dr. Cesar Castro, DSS O'Higgins
- Veronica Farias, Escuela Especial Acuarela
- M^a Fernanda Madrid, Fundación INTEGRA
- Marcela U., Gendarmeria
- Fernanda Avila, Hospital Chimbarongo
- Lucia Muñoz, Hospital Graneros
- Pablo Saavedra, Hospital Graneros
- Felipe Faúndez, Hospital Graneros
- Enrique Sanchez, Hospital Graneros
- Gabriela Campos, Hospital Litueche
- Fernando Escobar, Hospital Nancagua
- Paz Santenter, Hospital Nancagua
- Rodrigo Cartagena, Hospital Peumo
- Andrea Ramirez, Hospital Pichilemu
- Carlos Bravo B., Hospital Rengo
- Fernando Gutierrez, Hospital Rengo
- Marcelo Fuentes, Hospital San Fernando
- Maribel O., Hospital Santa Cruz
- F. Valdes, Hospital Santa Cruz
- Macarena Perez, HRR
- Blanca Cornejo, HRR
- Christian Piña, Instituto AIEP
- Patricia Zapata, Instituto AIEP
- Margarita Guzman, JJUV Graneros
- Leyla T., Ministerio del Desarrollo Social
- Marcelo Pavez, Municipalidad Coinco
- Carolina Galaz, Municipalidad Malloa
- Ximena Rojas, Municipalidad Peumo
- R. Rojas, Municipalidad Peumo
- Ana Molina, OIRS SEREMI Salud
- Maria Duran, Por Amor A La Vida post.
- Blanca Lizama, Por Amor A La Vida post.
- Roberto Mora, SENADIS
- Elizabeth Perez, SENADIS
- Nilda Perez, SENAME
- Sergio P., SENDA

- Marcela Illanes, SENDA Previene Machali
- Jazmin Cadiz, SENDA Previene Machali
- Claudia Rojas, SENDA Previene Machali
- Maria Bustos, SEREMI Salud
- Susana Campos, SEREMI de Salud
- Kira Leon, SEREMI de Salud
- Doris Sepulveda, SEREMI de Salud
- Paula Naranjo, SERNAMEG
- Tamara Carmona, Servicio Nacional del Adulto Mayor
- Daniela Correa, USM San Fernando
- Paola Smith, USM San Fernando
- Juan G. Bravo, AFADIPS
- Ana Maria Silva Ibarra, CESFAM Malloa/Pelequen
- Marcela Vial López, CESFAM San Vicente Tagua Tagua
- Loreto Fredes Veliz, Departamento de Salud Pichidegua
- Loreto Cruz Cortés, CESFAM La Esperanza
- Pilar Vega, CESFAM Rengo
- Yuve Yanten Carreño, CESFAM Rosario
- Maria Ines Pinto Aranda, CESFAM Las Cabras
- Denisse Belmar Castro, Quinta Del Tilcoco
- Denis Gonzalez Herrera, CESFAM Chépica
- Julia Paz Milategua Cornejo, Consultorio de Palmilla
- Pia Rojas Reyes, Hospital Pichilemu
- Jimena Cornejo Flores, Dpto. de Salud Municipal
- Sebastián Ortiz Pérez, CESFAM
- Nataly Isabel Cespedes Escobar, Hospital de Litueche
- Yorka Pamela Acuña Olmedo, CESFAM
- Consuelo Andrea Fernández López, CESFAM Paredones
- Monica Barriere Toronto, Hospital de Marchigue
- Fayva Riquelme Llantén, CESFAM Santa Cruz
- María Soledad Hernandez, COSAM Santa Cruz
- Ximena Perez Quilaqueo, CESFAM Jose Diaz Correa (Cunaco)
- Fernando Escobar Lara, Hospital de Nancagua
- Luis Cornejo Arechavala, Hospital de Nancagua
- Fernanda Avila Castro, Hospital de Chimbarongo
- Felipe Sepulveda, Departamento de Salud Chimbarongo
- Inelia Silva Milla, CESFAM Centro
- Maria Paula Rodriguez Corral, CESFAM Oriente

- Alejandro Gomez, Hospital San Fernando
- Andrea Ebensperguer Benavides, CESFAM Placilla
- Juan Raiteri Psicologo, Jefe Salud Mental y Psic. Hrlbo
- Paula Antileo Iturra, COSAM N°1
- Macarena Perez Madrid, COSAM N°2
- Yovana Aranguiz Pino, COSAM Sur-Doñihue
- Mariella Krause, CESFAM Norte - Graneros
- Javier Dager, CESFAM Codegua
- Edison Navarro A., CESFAM Olivar
- Ramon Rubio Ortiz, CESFAM Lo Miranda-Doñihue
- Maureen Jimenez, CESFAM Doñihue
- Daniel Peluffo, CESFAM Coltauco
- Victor Verdugo Veliz, CESFAM Requinoa
- Bernardo Gutierrez, Hospital Coinco
- Daniela Aviles Cordova, Hospital Coinco
- Claudio Bozo, CESFAM N°1
- Soledad Ruz, CESFAM N°2
- Paulina Macias, CESFAM N° 3
- Lissel Alvarez, CESFAM N°4
- Maria Loreto Nazarre, CORMUN y CESFAM N° 5
- Carlos Mena, CESFAM N° 6
- Claudia Garcia Caroca, CESFAM Machali
- Karen Alegre Navas, Hospital De Graneros
- Pablo Saavedra, Hospital De Graneros

Región del Maule

Participaron en las reuniones de revisión de los documentos borradores y/o envviaron aportes, representantes de:

- Servicio de Salud del Maule
- SENDA
- PDI
- CARABINEROS
- Sociedad Civil
- Grupo Adulto Mayor representante Región del Maule
- SENADIS
- Grupo intercultural/Indígena/Consejo consultivo Maule
- Comisión Regional de Protección de pacientes con enfermedad Mental
- Grupo AFADSI (usuarios de Salud Mental)

- Universidad de Talca

Región del Bío Bío

- Carolina Alarcón Fuentes, SS Talcahuano
- Pavel Guiñez Nahuelñir, SS Talcahuano
- Alejandra Riquelme Hermosilla, SS Talcahuano
- Andrés Henríquez, SS Talcahuano
- Yessica Morales (Hualpén), SS Talcahuano
- Selva Fernández (Lirquén), SS Talcahuano
- Luisa Cartes (Tomé), SS Talcahuano
- María Soledad Rodríguez, SS Talcahuano
- Paulina Cabrera, SS Talcahuano
- Amanda Valenzuela, SS Talcahuano
- Rossana Muñoz, SS Talcahuano
- Ernestina Pérez, Agrupación Razón de Vivir
- Marcela Espinoza Espinoza, Universidad Del Bio-Bio
- D. Francisco Piña, Corporación Voces
- Victor Victoriano, AESAM
- Ena Castro, CAPEF
- Claudio Riquelme Neira, Facultad de Comunicación, Historia y Cs.
- Priscilla Mellado Reyes, Policía de Investigaciones de Chile
- Estefanía Manosalva, Facultad de Psicología UDD
- Silvia Hernández Campos, Agrupación CESFAM Hualpén
- María Inés Coloma, Gendarmería
- Jaime Lavín, Universidad Andrés Bello
- Katherine Rossel, Universidad de Las Américas
- Verónica Contreras, Carabineros de Chile
- Arturo Álvarez, Universidad San Sebastián
- Paula Espinoza Palacios, SERNAMEG Bio-Bio
- Silvia Burdiles, Agrupación Razón de Vivir
- María Machuca, Agrupación Sol Naciente
- Jaqueline Burkat, Agrupación Sol Naciente
- Ruth Mella, Agrupación Razón de Vivir
- Doris Álvarez, PRAIS (no indico Servicio de Salud)
- Yasna Leiva, SENDA
- Ignacio Utreras, Gendarmería de Chile
- Pamela Grandón, Comisión Regional de Protección de la Personas Afectadas por Enfermedad Mental y representante de la UDEC.

- Priscilla Mellado Reyes, PDI
- Belén Espinoza Yévenes, PDI
- Jorge Castillo Bravo, Universidad Santo Tomás
- Gino Benedetti Reiman, INJUV
- Elena Escobar, Dirección Provincial de Educación
- Jessica Poblete Medel, SERNAM
- Andrea Zárate Paz, SEREMI del Deporte
- Adriana Mansilla Rubilar, INACAP
- Claudio Jiliberto Muñoz, SENADIS
- Claudia García Córdova, SENAME

Región de La Araucanía

Participaron en las reuniones de revisión de los documentos borradores y/o enviaron aportes, representantes de:

- Club de Discapacitados “Arcoíris” Gorbea
- Club de Discapacitados “Lucero” Quitratúe
- Club de Discapacitados “Lastarria”
- Club Rehabilitador de Diabéticos “El Aromo” Gorbea
- Agrupación Discapacitados Unido de Melipeuco (ADUM)
- Consejo Comunal de la Discapacidad de Cunco
- Agrupación de Padres con Niños en Situación de Discapacidad
- Asociación de Discapacitados de Lautaro ADIL
- Agrupación Sueños y Esperanzas de Lautaro
- Agrupación de Discapacitados Génesis, Lautaro
- Agrupación de Apoyo a la Discapacidad Esperanza, Galvarino
- Consejo de Padres Para la Salud de Niños de Galvarino
- Luz Eterna de San Ramón, Padre Las Casas
- Los Gladiadores, Padre Las Casas
- Flor Naciente, Padre Las Casas
- Folil Ayun Mapu, Padre Las Casas
- Manos Unidas, Padre Las Casas
- Ule Kintun, Padre Las Casas
- Newen Truyen, Padre Las Casas
- Agrupación Inclusión Laboral, Padre Las Casas
- Agrupación Kim Kantun RUKU, Padre Las Casas
- Agrupación de Familiares y Amigos Nueva Vida, Curarrehue
- ADIL, Lautaro
- Agrupación de Padres y Tutores de Niños con Capacidades Distintas, Lautaro

- Agrupación Sociocultural de Personas con Discapacidad Psíquica Sembradores de Esperanza, Temuco
- Sueños de un Ángel, Villarrica
- Escuela Hospitalaria, Villarrica
- CLUDIVI, Villarrica
- Nueva Esperanza, Villarrica
- Agrupación Down, Villarrica
- Agrupación Deportiva Sol Naciente, Villarrica
- Unión Comunal de Discapacidad, Angol
- Agrupación Usuarios Hospital de Día, Angol

Región de los Ríos

- Andrea Urrea C., Comunidad Terapéutica La Roca
- Sergio Vivar, Comunidad Terapéutica La Roca
- Carolina Araya, Comunidad Terapéutica Aiwin
- Cristian Guajardo, Comunidad Terapéutica Aiwin
- Andrés Reinoso, Comunidad Terapéutica Calle Calle
- Cesar Olavarria, Comunidad Terapéutica Auhelemu
- Yolanda Ojeda, Agrupación Unidos por la Discapacidad
- Raquel Soliz, Agrupación Unidos por la Discapacidad
- Gladys Muñoz, Agrupación Discapacidad Física
- Gloria Núñez, Agrupación Bella Existencia
- Francisco Baldini, Agrupación Bella Existencia
- Berta Fernandez, Agrupación Arcoíris
- Abel Manríquez, Quinihuen
- Pablo Almonacid, JUNJI
- Gerardo García, JUNJI
- Patricia Leiva, Agrupación Down 21
- Rosa Oyarzun, Agrupación Arcoíris
- Victor Troncoso, SEREMI de Salud
- Alexandra Figueroa, Servicio de Salud Valdivia
- Zelma Gallegos, Agrupación Downs Los Lagos
- Roxana Gálvez, SERMED Carabineros de Chile
- Cristian Paredes, CESFAM Lago Ranco
- Tamara Miranda, Escuela Terapia Ocupacional Universidad Santo Tomas
- Sandra Leiva P., JUNAEB
- Yésica Sandoval, DESAM Valdivia
- Danae Schoenmakers, DESAM Valdivia

- Yorthy Peña, Gendarmería de Chile
- Fabián Valenzuela, SENAME
- María Paz Morales A., Carabineros de Chile
- Carmen Rojas, Escuela de Psicología, Universidad Austral de Chile
- Loreto Taladuz, CESFAM Dr. Jorge Sabat
- Tomás Baader, Universidad Austral de Chile
- Paola Cubides, CESFAM Mafil
- Rodrigo Oyarzún, Hospital Corral
- Patricia Behne, Servicio Médico Legal
- Jorge Carranza, CESFAM Los Lagos
- José Molina, Servicio Médico Legal
- Diego Gómez, CONADI
- Karina Riquelme, SENADIS
- Joaquín Bastias, Hospital Lanco
- José Gómez, Fundación INTEGRA
- Paola Peña, Instituto Seguridad Laboral (ISL)
- Paola Oyarse, Gendarmería de Chile
- Paula Jauregui, Hospital de Los Lagos
- Mayra Mellado, SERNAM
- Teresa Rivez, SENAMA
- Nidia Azocar, Hospital Lanco
- Gloria Cea, Instituto Seguridad Laboral
- Fernando Gormaz, CESFAM Río Bueno
- Ruben Solis, Consejo Consultivo Jóvenes Río Bueno
- Jonatan Toro, Consejo Consultivo Jóvenes Río Bueno
- Francisca Gallardo A., Consejo Consultivo Jóvenes Valdivia
- Amalia Gallardo, Consejo Consultivo Jóvenes Paillaco
- Rocio Aguilera, Consejo Consultivo Jóvenes Paillaco
- Sandra Barrientos, Consejo Consultivo Jóvenes Paillaco
- Fernando Gallegos, Consejo Consultivo Jóvenes Los Lagos
- Brian Bustos, Consejo Consultivo Jóvenes Los Lagos
- Leandro Tapia, Liceo Gabriela Mistral
- Elizabeth Saéz, Liceo Gabriela Mistral
- Arielle Contreras, Colegio Bernardo Felmer
- Scarleth Altamirano, Liceo Carlos Haverbeck
- Allison Nuñez, Consejo Consultivo Jóvenes Valdivia

Región de Los Lagos

- Ronald Werner N., Prefectura Carabineros Llanquihue.
- Solange Ruz U., Policlínico de Gendarmería.
- Jessica Soto G., Hospital Rayen Milla, Pto. Montt.
- Mercedes Maldonado, SENAME Regional.
- Jacqueline Sánchez B., Servicio de Salud Chiloé.
- Cristóbal Figueroa L., Seremi del Deporte.
- Elsa Saldías C., Policía De Investigaciones.
- Fabiola Fernández G., Autoridad Sanitaria Castro
- Consuelo Escobar Ch., Servicio de Salud del Reloncaví.
- Saúl Moncada R., Comisión Regional de Protección de Personas con Discapacidad Psíquica.
- Marcela Villagrán R., Servicio de Salud Osorno.
- Lutgarda López S., Autoridad Sanitaria Osorno.
- Priscilla Ramos C., SEREMI de Justicia y DDHH.
- Carolina Almonacid O., SEREMI de Justicia y DDHH.
- Cecilia Guzmán O., SEREMI de Salud.
- Andrea Castillo R., SENDA.
- Mónica Almonacid B., Carabineros de Chile.
- Liliana Acuña A., SENDA.
- Juanita Soto Paredes, SEREMI de Salud.
- Rudi Torres T., Cesfam Carmela Carvajal.
- Mónica González, PAC Quillagua.
- Hernán Morales A., URACH.
- Fernando Uribe, Corporación Clubes Rehabilitadores de Alcohólicos (CORCRA Los Lagos).
- Margarita Águila, CRA Nuevo Despertar.
- Elba Igor, CRA Ilusión de Vivir.
- Sandra Hidalgo, CRA Ilusión de Vivir.
- Sandra Arcos M., Cesfam Angelmó.
- Alicia Scolari, Consejo de Salud Hospital de Frutillar.
- Nancy Calderón, Cesfam Antonio Varas.
- Francisco Muñoz M., Servicio de Salud Osorno.
- Alejandra Ruzek, Servicio de Salud del Reloncaví.
- Carlos Ovalle, COSAM Pto. Montt.
- Luisa Abarca M., Servicio de Salud del Reloncaví.
- Evelyn Alvarado, Servicio de Salud Chiloé.
- Carolina González, SENAMA.
- Carlos Ovando R., Hospital de Frutillar.
- Pilar Cisternas, SENDA.

- María Eugenia Jaramillo O., Consejo de la Sociedad Civil, Serv. De Salud Osorno.
- Juan Carlos Vergara, MIDESO
- Francia Torres B., Bienestar MOP.
- Rosa Marambio A., Bienestar MOP.
- Johanna Ramos Q., SERNAMEG.
- Yohanna Guzmán, Hospital Base Pto. Montt.
- Carmen Vargas, Consejo Consultivo Hospital Pto. Montt.
- José Vásquez R., Cesfam Padre Hurtado.
- Camila Barrera, Agrupación de usuarios, familiares y amigos CARPE DIEM, Osorno.
- Lidia Muñoz, Agrupación de usuarios, familiares y amigos CARPE DIEM, Osorno.
- Marcela Pérez T., Cesfam Alerce.
- Alex Oyarzo Cuevas, Referente Programas Adulto Mayor, Discapacidad, Rehabilitación. SEREMI de Salud.

Región de Aysén

- Roberto Verdugo, Hospital Puerto Aysén
- María Eugenia Cárcamo, Centro de La Mujer Rayen
- Silvia Ávila, CESFAM Dr. Alejandro Gutiérrez
- María Isabel Muñoz, Servicio Salud Aysén y Taller Los Helechos
- Alejandra García, Hospital Chile Chico
- Paula Salazar, Hospital de Día (Coyhaique)
- Silvia Ávila, Grupo Auto ayuda asociado a CESFAM Dr. Alejandro Gutiérrez
- Hector Toloza, Comisión Regional de Protección para las Personas con Enfermedad Mental
- Mirna Avilez, Taller Tai Chi
- Sibila Fernandez, Escuela Especial España
- Beatriz Alarcon, SENSE
- Gabriela Araya, Centro Rehabilitación Club de Leones
- Luis Gomez Arroyo, Taller Patagonia, Unión Comunal
- Carolina Contador, Mesa de Discapacidad
- Patricia Baeza, SENADIS
- Liliana Molina, Teletón
- Pilar Retamal, SEREMI Desarrollo Social
- Margarita Arizmendi, Consejo Desarrollo Hospital Regional Coyhaique
- Miriam Navarro Cárdenas, Junta de Vecinos Los Álamos
- Victor Soto Guzman, Club Deportivo El Blanco
- Oscar Millalonco Millalonco, Corporación Municipal de Deportes
- Ramona Vera Guineo, Junta de Vecinos Pedro Aguirre Cerda
- Luis Bastidas Portales, Junta de Vecinos General Marchant

- Nury Hernández Cuni, Agrupación Mil Soles
- Carmen Guichapani Alvarado, Corporación de Ayuda al Enfermo Renal
- Sonia Mortecinos Araya, PRAIS
- Pedro Mora, Liceo Municipal Adventista
- Camila Castro, Profesional de apoyo a Programa de la Mujer de la Seremi de Salud
- Alberto Gutiérrez, Encargada Programa VIH y Mujer de la SEREMI de Salud
- Ana María Navarrete, SEREMI de Salud de la Región de Aysén
- Manuel Alvarez, Encargado de Participación Social de la SEREMI de Salud Aysén

Además, participan en las reuniones de revisión de los documentos borradores y/o enviaron aportes, representantes de:

- JUNJI
- SENAME
- Salud Rural
- Hospital Regional Coyhaique
- Consultorio Alejandro Gutiérrez
- SENADIS
- SEREMI EDUCACIÓN
- Ministerio Público
- Instituto Seguridad Laboral
- Dirección de Salud Rural de región de Aysén
- IND
- Unidad de Corta Estadía del Hospital Regional
- CONACE
- Carabineros de Chile
- Taller Socio ocupacional
- Trabajo grupal terapéutico con Adolescente
- Taller de competencias parentales
- Chile Crece contigo
- Encargado Participación Social de la SEREMI de Salud Aysén
- Asamblea Consejo Asesor de la SEREMI de Salud

Región de Magallanes

- Katia Kusch Miranda, SEREMI Salud Magallanes
- María Francesca Aguilar, Consejo Nacional de la Cultura y las Artes
- Fernanda Hernández Navarro, Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género, SERNAMEG
- Matilde Tribusios Navarro, Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género, SERNAMEG

- Alejandra Ruiz Ovando, Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género, SERNAMEG
- Patricia Carreño, Junta Nacional de Jardines Infantiles, JUNJI
- Barbara Havliczek Garrido, Dirección General Gendarmería de Chile
- Jeraldine Gálvez Muñoz, Gendarmería de Chile
- Carolina Ulloa Jaquello, Unidad Salud Mental, Servicio de Salud Magallanes
- Luis Alvarez Siron, Unidad Salud Mental, Servicio de Salud Magallanes
- Carol Farias, Unidad Salud Mental, Servicio de Salud Magallanes
- Marisa Pumarino, Unidad Salud Mental, Servicio de Salud Magallanes
- María de Los Angeles González, Centro Diurno, Servicio de Salud Magallanes
- Jurguen Hener, Programas en convenio SENDA_ MINSAL, Servicio de Salud Magallanes
- Oscar Poblete Vargas, Programa en convenio SENDA-MINSAL, CAUDA
- Daniela Bizama, Participación, Servicio de Salud Magallanes
- Milena Yankovic, Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS
- Jessica Navarro, Instituto Nacional de Deportes, IND
- Raúl Caiguara, Instituto Nacional de Deportes, IND
- Nelson Silva, Fundación INTEGRA
- Alejandra Pichuncheo Ruiz, Fundación INTEGRA
- Jorge Ojeda Cárdenas, Fondo de Solidaridad e Inversión Social, FOSIS
- Carolina Vera Covarrubias, Fondo de Solidaridad e Inversión Social, FOSIS
- Elizabeth Aedo Gallardo, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA
- Joaquin Robledo Oliva, Junta de Auxilio Escolar y Becas, JUANEB
- Carla Castillo Bórquez, Comisión Regional de Protección de Personas con enfermedad mental
- Andrea Urquieta Marabolí, SEREMI del Trabajo
- Juan Becerra Ramirez, UPFHI
- Claudia Barriento Manríquez, Centro de Formación Técnica Santo Tomás
- Claudia Eterovic, Carrera de Enfermería, Universidad de Magallanes
- Silvana Estefó, Carrera de Enfermería, Universidad de Magallanes
- Marcela Mardones Barría, Servicio Nacional de Menores, SENAME
- Rodrigo Trujillo Peters, Colegio Regional de Psicólogos

IX. ANEXOS

Anexo N° 1: Atributos de la Red Temática de Salud Mental

- **Centrada en la satisfacción de necesidades y expectativas en salud mental de la población.** El conocimiento de las prioridades y necesidades en salud mental de las personas determina la oferta de servicios requeridos para esa comunidad. Incluye servicios oportunos de salud pública, en promoción, prevención, atención y cuidados.
- **Sistema de gobernanza participativo.** Participación activa de la comunidad en la gestión de la red y toma de decisiones.
- **Gestión territorial.** Implica el conocimiento e involucramiento activo con su población/territorio a cargo, con estrategias diferenciadas para poblaciones específicas, lo que conlleva una capacidad de adaptación y flexibilidad de la red para dar respuesta a las necesidades de las comunidades, familias y personas.
- **Oferta de atención preferentemente ambulatoria, descentralizada y focalizada en la comunidad.** Implica organizar los centros de atención en salud mental, de tal manera que permita eliminar las barreras de acceso y las brechas de cobertura. Los servicios de especialidad se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios, de forma ambulatoria y acorde a los principios del modelo comunitario, considerando siempre las necesidades de salud mental de las comunidades, familias y personas.
- **Atención Primaria de Salud multidisciplinaria que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.** En una Red integrada de servicios de salud (RISS), el primer nivel no se limita a la provisión de los servicios en los centros de salud. El equipo de salud multidisciplinario puede moverse a través de toda la red de servicios y proveer cuidados en diferentes sitios tales como hogares, escuelas, lugares de trabajo y la comunidad en general.
- **Gestión para la continuidad de la atención y cuidados.** Existencia de mecanismos de integración del cuidado y la atención a lo largo de toda la red de servicios.
- **Centrada en un enfoque de calidad y mejora continua.** Implica la definición de requisitos de calidad de cada nodo de atención, lo que conlleva cumplir con estándares y evaluaciones periódicas, cuantitativas y cualitativas, como parte del plan de mejora continua de la red.

- **Dotada de recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos** para resolver y satisfacer las necesidades de salud mental de las comunidades, familias y personas, basados en los distintos modelos de gestión de los nodos de atención.
- **Gestión por resultado.** Implica asegurar que los procesos de gestión permitan el logro de los resultados esperados en la población atendida, en coherencia con los objetivos del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y considerando una gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico.
- **Coordinación Intersectorial.** Trabajo coordinado con el extra sistema que promueva y apoye la atención y continuidad de los cuidados de forma articulada, eficiente y eficaz.

Anexo N° 2: Financiación y Medios de Pago de Salud en el Mundo y Financiamiento del Sector Público de Salud en Chile

1. Financiación y Medios de Pago de Salud en el Mundo.

Los sistemas sanitarios en el mundo poseen una diversidad de mecanismos para recaudar fondos y medios para pagar por los servicios de salud que se realizan, y la mayoría de los casos de estudio es una mixtura de fuentes de financiamiento para asegurar la respuesta sanitaria.

Las acciones sanitarias son financiadas por los Estados, los usuarios y usuarias o ambas partes en distinta proporción. Los Estados disponen de multitud de mecanismos para recaudar fondos: impuestos, cobros a los usuarios, disposiciones de pago o subvenciones extranjeras. Como también, cada persona tiene la posibilidad de financiar la atención sanitaria individual: cotizaciones privadas individuales (pagos al contado y seguros), cotizaciones privadas colectivas (seguros privados) y financiación pública¹⁰⁰.

Las acciones de salud conceptualizadas como gratuitas, no tienen cobro al/ a la usuario/a, pero igualmente son pagadas por el Estado, el que tiene distintas formas de traspasar los recursos a los prestadores para que estos desarrollen acciones sanitarias.

Las principales formas de pago son las siguientes:

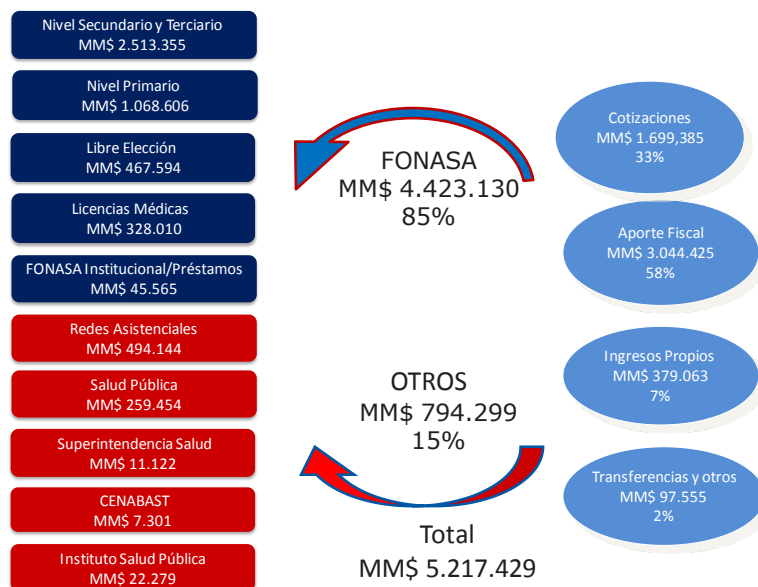
- Presupuesto: Se entregan recursos fijos para entregar determinado servicio en plazos definidos. Sus ventajas son que permite flexibilidad en la asignación de recursos y control eficiente de los costos, y sus desventajas son que puede discriminar población con costos asociados más altos que el promedio y limita los servicios a entregar por la restricción presupuestaria¹⁰⁰.
- Capitación: Se entrega una tarifa fija por cada persona inscrita para cubrir todos los costos asociados para cubrir la provisión de servicios de salud definida. Sus ventajas son la eficiencia y un control eficiente de los costos, y sus desventajas son limitar el acceso y uso de los servicios¹⁰⁰. Una forma de mitigar los efectos adversos de este método es el ajuste de riesgos, mediante el cual se entrega una prima adicional, de acuerdo a criterios basados en modelos demográficos (edad, sexo, región, etc.), modelos de diagnósticos (prevalencias de territorios o poblaciones definidas) o modelos de encuestas de salud¹⁵⁴.
- Tarifa por Caso: Se entrega una cantidad fija por cada caso y la tarifa se calcula estimando los gastos medios esperables por usuario/a. La ventaja es que permite asignar los recursos a un conjunto de usuarios/as, pero la desventaja es que algunos/as usuarios/as que requieran mayores servicios no serán atendidos/as óptimamente¹⁰⁰.

- Pago por Acto: Se entregan recursos cada vez que alguien ingresa al sistema, generando incentivos para proporcionar acceso a salud a todas las personas necesitadas, pero no genera incentivos para contener los costos¹⁰⁰.
- Grupos de Diagnósticos Relacionados (GRD): Permiten clasificar al paciente relacionando la tipología y el proceso de atención al que se le somete, y teniendo en cuenta la complejidad casuística, tanto en términos de complejidad clínica como de recursos consumidos¹⁵⁵.

2. Financiamiento del Sector Público de Salud en Chile.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), el seguro público de salud, financia el accionar de la red pública de prestadores de salud mediante 4 fuentes: aportes fiscales (58%), cotizaciones de trabajadores y trabajadoras (33%), aportes usuarios y usuarias (copago) modalidad de libre elección e ingresos de operación (transferencias corrientes).

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), impone a sus beneficiarios y beneficiarias cotizantes un plan estándar único del 7% de sus remuneraciones brutas recaudadas en las cotizaciones de sus asegurados/as, pero además percibe un importante aporte fiscal, cuya contribución es mayor que el generado por vía de las cotizaciones, lo que se muestra en el esquema siguiente:



El 85% de los recursos del sector público provienen de FONASA, y su asignación está distribuida de la siguiente forma:

Distribución de los Recursos Asignados a FONASA, Año 2015	
Distribución	MM\$
Nivel Secundario y Terciario	\$ 2.513.355
Nivel Primario	\$ 1.068.606
Libre Elección	\$ 467.594
Licencias Médicas	\$ 328.010
FONASA Institucional/Préstamos	\$ 45.565
Total FONASA	\$ 4.423.130

Estos recursos financian el nivel central de gestión, los diferentes niveles de atención, la libre elección y el pago de licencias médicas no laborales, y pueden ser destinados a recursos humanos (subtítulo 21), gastos operaciones (subtítulo 22), equipos y equipamiento (subtítulo 29), inversiones (subtítulo 31), entre otros ítems identificados para estos fines.

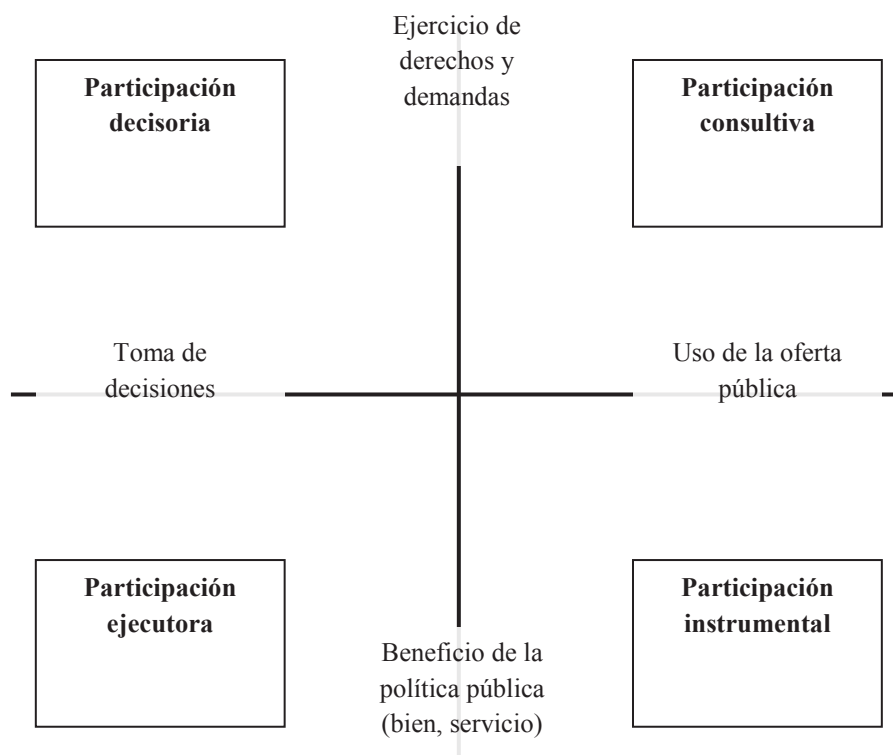
Anexo N° 3: ¿Qué se entiende por participación social?

Existen variados modelos de análisis para comprender la participación social, pero todos dan cuenta de la necesidad de incorporar diversos niveles o componentes de la participación. Uno de estos modelos, consiste en una “matriz” para el análisis de la participación, sobre dos ejes.

Como eje horizontal se ubica el grado de influencia de la ciudadanía (usuarios, comunidad, vecindad) sobre la política pública, su administración e implementación. En este sentido, la influencia va desde la participación activa en la toma de decisiones hasta la acción no decisoria de participar en la implementación de políticas públicas a través de canales y espacios ya definidos (se limita al acceso y uso de mecanismos de la oferta pública)¹⁵⁶.

Como eje vertical, se ponen los objetivos de la ciudadanía frente al proceso de participación, sus beneficios y utilidad. Estos van desde un polo en que la participación tiene como consecuencia el ejercicio de los derechos y fortalecimiento del capital social, tejido organizacional y redes sociales, a otro en que la participación tiene una función instrumental, en que el beneficio está directamente relacionado con el bien o servicio que otorga la política pública respectiva¹⁵¹.

A partir de los ejes y sus coordenadas resultantes es posible distinguir distintas formas de participación ciudadana y relación con la gestión pública.



La **participación instrumental** reúne el beneficio de la política pública con el uso de la oferta pública. Interesa, entonces, en la medida que permite el acceso a recursos particulares.

La participación instrumental utiliza la oferta tal como está predefinida por la administración pública y desde los canales establecidos formal e institucionalmente. Este tipo de participación es el de los ciudadanos y ciudadanas como “usuarios/as-clientes” de la política pública, pero sin influencia sobre ésta¹⁵¹.

La **participación ejecutora** (o administrativa) combina la toma de decisiones en la gestión pública con su beneficio instrumental. En este sentido, esta participación es la de los ciudadanos y ciudadanas como gestores/as de programas públicos para dar respuesta a los problemas que demandan solucionar. Este tipo de participación tiene la posibilidad de la intervención de la ciudadanía en el completo ciclo metodológico que implica la acción pública, desde el diagnóstico hasta su ejecución y evaluación¹⁵¹.

En la **participación consultiva** se interceptan el ejercicio de derechos con la utilización de la oferta pública particular, de manera que se plantea como opinión y control sobre el cumplimiento de los objetivos definidos por la administración pública. Como prerrequisito para la participación consultiva, en todos los casos, está el acceso a la información por parte de la ciudadanía¹⁵¹. A este tipo de participación corresponde la implementación de experiencias como cabildos o consultas masivas locales, que abren espacios para el diálogo sobre temas que convoca la autoridad.

Por último, la **participación decisoria** combina la toma de decisiones con ejercicio de derechos y demandas, logrando proponer temas al Estado, influir directamente en la toma de decisiones y utilizar su capacidad de negociación e interlocución con el sector público. En esta modalidad, el sujeto participante es co-productor y garante respecto de la gestión pública. El ejercicio de la participación, de esta manera, tiene relación con garantizar que las decisiones tomadas en la administración pública se realicen en función de los intereses generales definidos conjuntamente.

La participación decisoria tiene la perspectiva de influir respecto de un tema específico, desarrollando de esta manera una co-construcción, a través de un proceso de negociación entre partes que resulta en acuerdos de carácter vinculante¹⁵¹. Si bien la participación decisoria es el nivel de mayor compromiso al que la política pública debiera aspirar, es solo en la consideración de todas las modalidades y niveles de la participación que es posible conseguir la noción de “ciudadano/a participante”, o “agente de salud” en nuestro campo, comprendido como co-productor/a en la gestión pública en salud y no solo como cliente/a de esta. De la misma manera, la política pública debe ser entendida no como un conjunto de acciones asistenciales, sino también como una instancia que promueve, fortalece y, en el mejor de los casos, garantiza la inclusión de la sociedad civil en la toma de decisiones.

El Instructivo Presidencial para la participación ciudadana del año 2014 menciona los siguientes mecanismos de participación ciudadana^{119,120}:

- Cuentas Públicas Participativas. Son mecanismos que vinculan a las autoridades de los órganos de la administración del Estado con la ciudadanía, donde se espera que se realice un evento público de presentación de la cuenta, en la que puedan formularse observaciones, planteamientos o consultas. En éstas se debe incluir al menos información sobre políticas, planes y programas, presupuestos, formas concretas de acceso a la información pública, etc.
- Consejos de la Sociedad Civil. Son órganos de carácter representativo y participativo en el que actores sociales inciden en la gestión pública. Todos los órganos del Sistema deberán asegurar el funcionamiento de, al menos, los consejos de la sociedad civil señalados en la ley o en la normativa vigente, asegurando la autonomía, representatividad territorial y funcional, diversidad y efectividad de los referidos consejos, debiendo rendir cuenta de ello y contando con un reglamento interno para su funcionamiento.
- Consejos Consultivos y Otras Instancias de Participación Social. Existen en funcionamiento en el Sistema, diferentes instancias creadas de acuerdo a la Ley de Autoridad Sanitaria, entre ellas los Consejos Consultivos de Hospitales Auto-gestionados en Red; Consejos de Integración de la Red Asistencial (CIRA), los Consejos Asesores Regionales (CAR); el Consejo Asesor Interreligioso creado en virtud de la Ley de Culto, así como; los Consejos de Desarrollo Local, Consejos de Desarrollo Hospitalario, Comités Locales de Salud, entre otras, todas ellas creadas en virtud de las normativas relacionadas con las políticas de participación social emanadas desde el Ministerio de Salud.
- Acceso a la Información Pública. Los órganos del Sistema de Salud, deberán asegurar el acceso a la información pública en los términos señalados por la Ley y su Reglamento, debiendo existir un Comité de Transparencia y mecanismos de monitoreo de su funcionamiento.
- Presupuestos Participativos. Contienen en sí mismos, un proceso deliberativo en el que la ciudadanía decide sobre el uso de los recursos públicos, basado en la transparencia de la gestión pública y en el ejercicio democrático, que busca apoyar la asignación de recursos sectoriales hacia ofertas programáticas orientadas a resolver problemas de salud tanto en las áreas de prevención, promoción de la salud, mejoría de la calidad de los servicios y a la satisfacción usuaria, proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento que contribuyan a la satisfacción de necesidades y expectativas de la población.
- Diálogos y Consultas Ciudadanas. Con el fin de asegurar la pertinencia en la toma de decisiones sobre planes, programas, proyectos específicos en salud, los órganos del Sistema, podrán desarrollar consultas ciudadanas en relación a temas emergentes, modificaciones legales, incorporación de nuevas tecnologías, modificaciones en cuerpos normativos, y en general, decisiones que afectan a la población, las cuales se espera tiendan a generar relaciones de carácter vinculante, para asegurar la incidencia en la toma de decisiones de la población.

- **Comités y Mesas de Trabajo.** Una modalidad de trabajo colaborativo puede expresarse en la conformación de comités y mesas territoriales con participación de representantes de la sociedad civil y actores relevantes en los diferentes ámbitos de diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud. Esta modalidad de trabajo permite apoyar el logro de objetivos sanitarios, vinculando la mirada sectorial con las características particulares de los distintos territorios. Permite llegar a acuerdos y compromisos de trabajo conjunto en distintas áreas de interés común y pueden ser complementarias al desarrollo de otros mecanismos e instancias de participación social.
- **Apoyo al Voluntariado en Salud.** Vinculado a distintas temáticas de salud, se ha conformado un significativo número de grupos y organizaciones de voluntariado que desarrollan acciones que facilitan el acceso a la oferta de servicios, contribuyen a la humanización de la atención, constituyen una red de apoyo especialmente importante en relación a población más vulnerable y aportan al desarrollo de acciones vinculadas al cuidado del medio ambiente, al manejo de factores de riesgo y determinantes de la salud.
- **Estrategias Comunitarias para Apoyar las Acciones en Salud.** En el marco del trabajo colaborativo entre equipos de salud y comunidades locales, han resultado de gran eficacia y eficiencia, las estrategias comunitarias desarrolladas especialmente en lo que respecta a enfermedades crónicas no transmisibles, así como también, en apoyo a la implementación de campañas sanitarias para el control de enfermedades transmisibles.
- **Audiencias Públicas.** Las audiencias públicas son un espacio de diálogo entre las autoridades de salud y la ciudadanía, para que la ciudadanía participe dialogando con la autoridad institucional, exponga su opinión, comentarios y preguntas acerca de aspectos vinculados con la gestión en salud.
- **Cabildos Ciudadanos Territoriales y Sectoriales.** Se entiende por Cabildo una reunión entre autoridades sectoriales o territoriales y vecinos/as de los diversos sectores de la comunidad de un territorio determinado, organizada de manera especial con el propósito de proponer ideas, proyectos para ese espacio territorial o para la población en general, buscando soluciones consensuadas a los problemas que afectan a una comunidad o población determinada desde la vivencia de esta comunidad o sector de la población.
- **Sistema Integral de Atención Ciudadana - SIAC/OIRS.** La ciudadanía se relaciona con el Sector Salud a través de diferentes puntos de contacto ya sean virtuales, telefónicos, presenciales, medios escritos.
- **Plataformas Digitales Participativas.** Los órganos del sistema procurarán contar con plataformas digitales que permitan ampliar la participación directa en procesos de consulta ciudadana, acceso a información relevante, vinculación con redes de intercambio y organizaciones de la sociedad civil, participación en procesos de colaboración con el sector salud en distintas materias, retroalimentación permanente del sistema, ejercicio de derechos garantizados por distintos marcos legales vigentes.

Anexo Nº 4: Temáticas vinculadas al ámbito de la salud mental que es necesario abordar intersectorialmente.

Mesas de trabajo intersectorial más ampliamente desarrolladas a nivel nacional		
Temáticas lideradas por el Sector Salud		
Temática	Descripción	Participantes
Consumo de alcohol y otras drogas en población general.	Tanto a nivel central como regional existen mesas de trabajo para articular la oferta de atención para personas con problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas.	- SENDA - MINSAL
	Adicionalmente existen mesas de trabajo intersectoriales para generar planes de acción promocionales y preventivos, donde la Estrategia Nacional sobre Alcohol ha orientado el quehacer en esta materia.	- SENDA - MINSAL - Carabineros de Chile - Otros actores relevantes
Consumo de alcohol y otras drogas población infanto-adolescente infractora de ley.	En el marco del Convenio de Colaboración Técnica para la implementación de un Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y Otros Trastornos Mentales, funciona permanentemente una mesa técnica nacional y mesas regionales.	- SENDA - MINSAL - SENAME - GENCHI
Prevención del Suicidio.	El Programa Nacional de Prevención de Suicidio se ha implementado paulatinamente a lo largo del país. Dentro de sus líneas de acción considera la generación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio e intervenciones en los colegios. La mesa de trabajo es convocada por la SEREMI de Salud	SEREMI de Salud, Servicios de Salud, SEREMI de Educación, Corporaciones de Desarrollo Social, SERNAM, INJUV, Universidades, Carabineros de Chile, Otros actores relevantes según los perfiles de riesgo y realidad regional.
Abordaje de la Violencia Intrafamiliar	En la mayoría de las regiones del país existen equipos intersectoriales que coordinan acciones para dar respuesta a situaciones de Violencia Intrafamiliar.	SEREMI de Salud, Servicios de Salud, Consejos Municipales de Desarrollo Social, SERNAM, INJUV, entre otros.

Fortalecer acciones de promoción, prevención, detección temprana y primera respuesta a problemas de salud, en establecimientos educacionales	En el marco de la Reforma Educacional, se desarrolla la estrategia Aulas de Bien Estar, con el objeto de articular la vinculación de los establecimientos educacionales con las prestaciones vinculadas al ámbito de la salud.	- Ministerio de Salud - Ministerio de Educación - JUNAEB - Consejo Nacional de la Infancia.
Protección de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual	Con el objeto de proteger los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, en las distintas modalidades de atención (comunitaria, ambulatoria, hospitalaria o de urgencia), a nivel nacional y regional se encuentran en funcionamiento Comisiones de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental, las cuales cumplen las funciones que les han sido encomendadas en la Ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud. Estas Comisiones tienen sede en el gabinete ministerial o de la SEREMI de Salud.	Autoridad Sanitaria, Asociaciones gremiales de profesionales del área de la salud mental, Asociación gremial de abogados con mayor número de adherentes, Sociedades científicas del área de la salud mental, Asociaciones de usuarios de la salud mental, Asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual
Dar respuesta a las necesidades de salud general y de salud mental en particular a niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal de Adolescentes.	Tomando en consideración la alta prevalencia de trastornos mentales en NNA con riesgo biopsicosocial y la necesidad de evaluar, diagnosticar y tratada oportunamente sus requerimientos de salud, se ha constituido una mesa de trabajo intersectorial, desde los niveles centrales de los organismos pertinentes, para generar una respuesta conjunta a dichos requerimientos. El desarrollo de esta línea de trabajo se irá implementando progresivamente en el quehacer regional.	- Ministerio de Salud - Ministerio de Justicia / SENAME - Consejo Nacional de la Infancia.
Construir un sistema de apoyos graduados a personas con discapacidad mental de origen psíquico o intelectual	Con el objetivo de Impulsar cambios en la política pública, que permitan incrementar el bienestar e inclusión social de las personas en situación de discapacidad de origen mental, se encuentra en desarrollo una mesa de trabajo orientada al desarrollo de 6 líneas de acción: servicios de apoyo personal, atención de salud, apoyo a familiares y/o cuidadores, participación y acceso a oportunidades, apoyo legal y apoyo a la vivienda. Si bien este trabajo se ha iniciado desde	- Ministerio de Salud - Ministerio de Desarrollo Social, - Ministerio de Vivienda y Urbanismo - SENADIS

los niveles centrales de las instituciones indicadas, se espera un desarrollo e implementación progresiva a lo largo del país.

Mesa temática de salud mental	En algunas regiones del país se han constituido mesas de trabajo abocadas particularmente a generar estrategias vinculadas al ámbito de la salud mental.	SEREMI de Salud, Servicios de Salud, Gobiernos Regionales, Carabineros y Policía de Investigaciones de Chile, Servicio Médico Legal, entre otros
-------------------------------	--	--

Temáticas lideradas por otros sectores del Estado		
Temática	Descripción	Participantes
Trabajo intersectorial vinculado a la Red de Asistencia a Víctimas (RAV).	Las mesas de trabajo son convocadas por el Ministerio del Interior y tienen como objetivo establecer coordinaciones para dar una respuesta institucional de los distintos actores hacia las víctimas de delito y atenuar los procesos de victimización secundaria.	SEREMI de Salud, Servicios de Salud, Servicio Nacional de Menores (SENAME), Servicio Nacional de la Mujer, Carabineros de Chile, Corporación de Asistencia Judicial, Centro de Apoyo a Víctimas, Seguridad Pública, Justicia, PDI, Servicio Médico legal, entre otros
Coordinación intersectorial para dar respuesta a las necesidades de las personas que se encuentran en situación de calle.	Estas instancias de trabajo son convocadas por el Ministerio y SEREMI de Desarrollo Social.	SEREMI de Salud, Servicios de Salud, Direcciones de Desarrollo Comunitario Municipales, Gendarmería, SENADIS, Fundación Caritas, Hogar de Cristo, entre otros actores relevantes
Actualización e implementación de estrategias para afrontar situaciones de Emergencias y Desastres.	La ONEMI es la institución encargada de coordinar y ejecutar las acciones destinadas a prevenir o solucionar situaciones de emergencias y desastres.	- ONEMI - SEREMI de Salud - Servicio de Salud - Intendencia
Funcionamiento del Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo	Coordinado por el Ministerio de Desarrollo Social, Chile Crece Contigo tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente a todos los niños y niñas que habitan en el territorio nacional, dando una respuesta intersectorial y territorial a sus necesidades y a las de sus familias.	- SEREMI de Desarrollo Social - SEREMI de Salud - Servicios de Salud - SEREMI de Educación

	Dicho Ministerio organiza, coordina y monitorea la red integrada de programas y prestaciones a nivel nacional y local, donde el abordaje de los factores psico-social que inciden en el desarrollo integral es prioritario.	- JUNJI - Integra - JUNAEB - Red comunal - Municipio (DIDECO, DIDESO, otros) - Otros departamentos y/o servicios locales
Elaboración e implementación de un Sistema Nacional de Apoyos Cuidados.	Esta instancia es coordinada por el Ministerio de Desarrollo Social. El Sistema va dirigido a personas en situación de dependencia y discapacidad, personas mayores y cuidadoras(es).	Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, SENADIS, SENAMA, SERNAM, Entre otros
Elaboración e implementación de un Plan de Acción Intersectorial para la Transición desde el Acogimiento Residencial hacia un Sistema de Protección Especial de Base Familiar y Comunitaria para la Primera Infancia Vulnerada en sus Derecho.	La estrategia está siendo coordinada por el Consejo Nacional para la Infancia. Tiene como objetivo desinternar a los niños, niñas y adolescentes que actualmente se encuentran en residencia de administración directa de SENAME o administradas por Instituciones Colaboradoras del Servicio, producto a encontrarse en situaciones de vulneración de derechos.	- Consejo Nacional de la Infancia - Ministerio de Desarrollo Social - Ministerio de Justicia - SENAME - Ministerio de Salud - Entre otros
Comisión Nacional y Comisión Regional de Seguridad de Tránsito.	Las Comisiones tienen la tarea de contribuir a reducir la mortalidad, lesiones y daños materiales generados por accidentes de tránsito. Entendiendo que esta problemática es de carácter multisectorial, dónde el consumo de alcohol y drogas es una temática de relevancia, se incorpora en ellas a representantes de dicha temática.	SEREMI de Salud, Servicios de Salud, Sección de Investigación de Accidentes en el Tránsito (SIAT) de Carabineros de Chile, SENDA, Escuelas de Conductores, Direcciones de Tránsito de las Municipalidades, Ministerio de Obras Públicas (MOP), sector educación, Vialidad
Maltrato hacia las personas adultas mayores.	Habitualmente estas mesas son convocada por el Servicio Nacional del Adulto mayor (SENAMA).	SEREMI de Salud, Servicios de Salud, SEREMI de Desarrollo Social, Gobernaciones

Acciones desarrolladas por otros sectores del Estado que inciden positivamente en la salud mental de las personas		
Empleabilidad en personas con discapacidad		
Acción	Descripción	Organismo
Programa Servicios Sociales del Pro empleo	El Programa se desarrolla a través de Concurso Público, permitiendo a las instituciones de derecho privado, sin fines de lucro, a recibir recursos del Estado para financiar proyectos que benefician a personas vulnerables desempleadas, incluyendo a las personas con discapacidad como uno de los grupos de beneficiarios. (WHO AIMS, 2014)	Ministerio del Trabajo
Becas de Franquicia Tributaria	Subsidio otorgado para que las personas puedan acceder a capacitación enfocada en las competencias laborales. En los últimos años se ha efectuado un cambio en la metodología de levantamiento de necesidades, con mayor vinculación a las necesidades laborales de los sectores productivos que contratan a personas con discapacidad, donde se incluye la discapacidad de origen mental. (WHO AIMS, 2014).	El Servicio Nacional de Capacitación y Empleo
Formación para el Trabajo	Tiene como objetivo generar competencias laborales para aumentar las posibilidades de una persona de encontrar empleo. (WHO AIMS, 2014).	Servicio Nacional de Capacitación y Empleo
Sistema de Intermediación Laboral	Articula redes público privadas que generan, apoyan y fomentan la contratación de personas con discapacidad, así como su mantención en el puesto de trabajo. (WHO AIMS, 2014).	Servicio Nacional de Capacitación y Empleo en conjunto con el Servicio Nacional de la Discapacidad
Programa de Fortalecimiento de las Oficinas Municipales de Información Laboral (OMIL)	El Programa busca favorecer la colocación laboral de personas con discapacidad, para ello se entrega capacitación a las OMIL e incentivo cada vez que logra instalar a una persona con discapacidad en un empleo. (WHO AIMS, 2014)	Servicio Nacional de Capacitación y Empleo en conjunto con el Servicio Nacional de la Discapacidad

Salud mental y educación		
Acción	Descripción	Organismo
Inclusión de profesionales vinculados a la salud mental en establecimientos de educación	De acuerdo a información reportada por el Ministerio de Educación, el 13,7% de las escuelas primarias y secundarias del país tienen al menos un profesional de salud mental a tiempo parcial o completo, incluyendo orientador familiar, psicólogo, psicopedagogo y terapeuta ocupacional. Entre las escuelas municipales, el 18,4% cuenta con este tipo de profesionales a diferencia de las particulares pagadas donde sólo el 4,6% cuentan con ello. (WHO AIMS, 2014)	Escuelas primarias y secundarias
Programa Habilidades para la Vida	El Programa Habilidades para la Vida es la iniciativa más importante en promoción y prevención de salud mental en las escuelas. El programa inicialmente estuvo orientado a la enseñanza básica, sin embargo se ha extendido en los últimos años a estudiantes de pre-kinder, kinder y enseñanza media, alcanzando una cobertura de 26,7% de las escuelas municipales y 7,2% de las particulares subvencionadas. En términos de estudiantes beneficia al 18% de los estudiantes de escuelas municipales y al 3,3% de las particulares subvencionadas. (WHO AIMS 2014)	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)
Chile Previene en la Escuela	El Programa tiene como objetivo prevenir el consumo de alcohol y otras drogas, violencia escolar y la deserción escolar, focalizado en la promoción de factores protectores y reducción de factores de riesgo. (WHO AIMS 2014)	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)
Certificación	El programa otorga certificación a las escuelas que cuentan con un plan de acción preventivo de consumo de alcohol y otras drogas.	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)

Acciones preventivas en establecimientos educativos, vinculadas a la salud mental	En el caso de la Policía de Investigaciones realizan talleres de psicoeducación y prevención en materias tales como violencia intrafamiliar, grooming y cyberbullying, sexualidad, depresión, intervención en crisis, apego, déficit atencional, educación de las emociones, habilidades sociales, desarrollo personal, resiliencia, autocuidado, etc. Por su parte Carabineros de Chile realiza charlas y funciones de teatro para la prevención de consumo abusivo de alcohol y drogas, bullying, entre otras temáticas. (WHO AIMS, pág. 88)	Policía de Investigaciones y Carabineros de Chile
--	--	---

Pensiones de fondos públicos por discapacidad mental		
Acción	Descripción	Organismo
Pensiones de Invalidez no previsionales	En Chile, desde la Reforma Previsional se incorporaron las Pensiones de Invalidez no previsionales a la Pensión Básica Solidaria para personas con discapacidad mayor de edad. En el caso de aquellas con menos de 18 años, sus familias pueden optar al subsidio de discapacidad. Ello ha significado un importante, aunque no suficiente, aporte monetario a las personas con discapacidad. En el marco de dicha Reforma se crearon mecanismos de mantención de la pensión en contextos de contrato laboral proporcional al ingreso recibido. El Instituto de Previsión Social no cuenta con registros de la cantidad de personas con discapacidad de origen mental que reciben Pensiones Básicas Solidarias de Invalidez. (WHO AIMS)	Instituto de Previsión Social

Habitabilidad		
Acción	Descripción	Organismo
Subsidios y construcción	El Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) cuenta con una oferta de subsidios que consideran puntajes mayores para personas que están inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad y asigna recursos adicionales para la construcción y adecuación de viviendas, de acuerdo al origen de la discapacidad que las persona posea. En el año 2011 se modificó la	Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU)

normativa que regula los programas habitacionales, incluyendo requerimientos de accesibilidad universal para las viviendas en general y mejorando los puntajes, monto de subsidios y exigencias técnicas de los proyectos en el caso de las personas con discapacidad.

Mejoramiento de entornos y espacios públicos				
Acción			Descripción	Organismo
Programa Barrio"	"Quiero	Mi	El Programa de Recuperación de Barrios, busca contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de barrios que presentan problemas de deterioro urbano, segregación y vulnerabilidad social, a través de un proceso participativo de recuperación de los espacios públicos y de los entornos urbanos de las familias. (Decreto Supremo Nº 14, (V. y U.), de 2007. Reglamenta Programa de Recuperación de Barrios.	Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU)
			Las mejoras se desarrollan junto a las personas y los municipios locales, a través de un proceso participativo.	
Programa de Protección del Patrimonio Familiar			El programa ofrece subsidios habitacionales a las familias, para mejoramiento de entorno y ampliación o mejoramiento de viviendas. Va dirigido a personas propietarias o asignatarias de una vivienda social o cuyo valor de tasación no supere las 650 UF.	Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU)
Programa de Mejoramiento de Condominios Sociales			El Programa tiene como objetivo mejorar la calidad de los bienes comunes de los condominios sociales que presentan alto nivel de deterioro y vulnerabilidad. Las mejoras se definen con los vecinos.	Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU)
Plan Chile Área verde			El Plan considera la construcción de parques urbanos, mejoramiento de Plazas y espacios Públicos y conservación parques urbanos.	Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU)

X. REFERENCIAS

- ¹ Melzer D, Fryers T, Jenkins R. Social Inequalities and the Distribution of Common Mental Disorders. Hove: Psychology Express; 2004.
- ² Jiménez A., Abarzúa M. Deuda pendiente: Desigualdad y trastornos mentales de niños. Serie sobre la salud mental de niños y jóvenes en Chile. Ciperchile.cl. Publicado: 26.03.2014
- ³ Araya R, Rojas G, Fritsch R, Frank R, Lewis G. Inequities in Mental Health Care After Health Care System Reform in Chile. *Am J Public Health* 2006; 96: 109-13.
- ⁴ Ministerio de Salud, 2006. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria. Santiago, Chile: MINSAL; 2006.
- ⁵ Ministerio de Salud. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago, Chile: MINSAL; 2007.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Ginebra: OMS; 2013.
Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
- ⁷ Jadresic, Enrique. Depresión perinatal: detección y tratamiento. *Rev. Médica Clínica Las Condes*, vol. 25, no. 6, pp. 1019 – 1028, 2014.
- ⁸ 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.
- ⁹ 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.
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ Stein A, Malmberg LE (último), 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.
- ¹² Q. LA and Silva RA; Godoy R. 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.

- ¹³ 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.
- ¹⁴ Dawn Kingston. 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.
- ¹⁵ de la Barra M, F. Epidemiología De Trastornos Psiquiátricos En Niños Y Adolescentes: Estudios De Prevalencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 2009. 47: p. 303-314.
- ¹⁶ Centro de Estudios de Promoción y Estudios del Buen Trato de la Escuela de Psicología UC. Estudio Diagnóstico en salud mental de niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del programa Vida Nueva. Servicio Nacional de Menores. Santiago: PUC; 2012.
- ¹⁷ Gaete, Jorge y cols. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Población Adolescente Delictual en Santiago de Chile. *Revista médica. Chile* vol.142 no.11. Santiago nov. 2014
- ¹⁸ Universidad de Chile. Informe Final “Estudio Evaluación de la Población de Imputados y Condenados con Problemas de Salud Mental.” Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana Instituto de Asuntos Públicos; 2007.
- ¹⁹ Ministerio de Desarrollo Social y Universidad Alberto Hurtado. “En Chile todos contamos: Segundo catastro nacional de personas en situación de calle”. Santiago; 2012.
- ²⁰ Vicente P, B., Rioseco S, P., Saldivia B, S., Kohn, R., and Torres P, S. Estudio Chileno De Prevalencia De Patología Psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (Ecpp). *Revista médica de Chile*, 2002. 130: p. 527-536.
- ²¹ Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., De La Barra, F., Valdivia, M., Melipillan, R., Zúñiga, M., Escobar, B., and Pihan, R. Epidemiología De Trastornos Mentales Infanto Juveniles En La Provincia De Cautín. *Revista médica de Chile*, 2010. 138: p. 965-973.
- ²² Vitriol G, V., Cancino A, A., Florenzano U, R., Ballesteros T, S., and Schwartz P, D. Eficacia y Costos Asociados a Un Tratamiento Ambulatorio En Mujeres Con Depresión Severa Y Trauma Temprano. *Revista médica de Chile*, 2010. 138(4): p. 428-436.
- ²³ Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., and Torres, S. Psychiatric Disorders among the Mapuche in Chile. *Int J Soc Psychiatry*, 2005. 51(2): p. 119-27.
- ²⁴ De la Barra M, F., Toledo D, V., and Rodríguez T, J., *Estudio De Salud Mental En Dos Cohortes De Niños Escolares De Santiago Occidente: Iv: Desordenes Psiquiátricos, Diagnóstico Psicosocial Y Discapacidad*. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 2004. 42: p. 259-272.
- ²⁵ Ivbijaro, Gabriel. Companion to Primary Care Mental Health. CRC Press; Edición: 1 (30 de junio de 2012)
- ²⁶ Ministerio de Desarrollo Social. Situación de la Pobreza en Chile. CASEN; 2013.

-
- ²⁷ Ministerio de Salud de Chile 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.
- ²⁸ UNICEF Chile, “4to Estudio de Maltrato Infantil.” UNICEF; 2012.
- ²⁹ Ministerio del Interior y Seguridad Pública. 2013, Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales. Adimark GfK; julio 2013.
- ³⁰ Ministerio de Salud de Chile. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su Implementación. MINSAL; 2013. R.E. Nº 750, del 29 de octubre de 2013, aprueba Norma General Administrativa Nº 027, sobre Programa Nacional de Prevención del Suicidio).
- ³¹ Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estadísticas e Información en Salud – DEIS 2015 y 2016.
- ³² Ministerio de Salud de Chile, “‘‘Estudio Comparado de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile’’. Documento en edición”; 2016.
- ³³ Observatorio Chileno de Drogas SENDA, “Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2011 8o Básico a 4o Medio.” SENDA; 2011.
- ³⁴ Servicio Nacional de Drogas y Alcohol, SENDA, “Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar. Principales Resultados Nacionales”; Jul-2014.
- ³⁵ Ministerio de Salud de Chile, Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de Los Trabajadores Y Trabajadoras En Chile (ENETS 2009-2010). Informe Interinstitucional. Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral; 2011.
- ³⁶ Superintendencia de Seguridad Social. “Estadísticas de Licencias Médicas de Origen Común”; 2015.
- ³⁷ Superintendencia de Seguridad Social. Informe anual. Estadísticas de Seguridad Social 2016; Abril 2017.
- ³⁸ Vicente, Benjamin M.D., Ph.D., Robert Kohn, M.D., Pedro Rioseco, M.D., Sandra Saldivia, Ph.D., Itzhak Levav, M.D., and Silverio Torres, B.A. 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.
- ³⁹ Ministerio de Salud de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado. “Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010”; 2011.
- ⁴⁰ Servicio Nacional de Adulto Mayor, SENAMA, “Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores”; 2009.

-
- ⁴¹ Fondo Nacional de la Discapacidad. Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile. FONADIS; 2005.
- ⁴² Ministerio de Desarrollo Social. Segundo Estudio Nacional de Discapacidad. Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS; 2015.
- ⁴³ Organización Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos; 1948.
- ⁴⁴ 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*.
- ⁴⁵ Organización Mundial de la Salud. Breaking the vicious cycle between mental ill health and poverty. World Health Organization; 2007.
- ⁴⁶ Ministerio de Salud de Chile. Políticas y Plan Nacional de Salud Mental. Resolución Exenta Nº 568 del 8 de octubre de 1993.
- ⁴⁷ Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago: Ministerio de Salud; 2000. (R.E. Nº 544, del 1º de marzo de 2000)
- ⁴⁸ Ministerio de Salud. Evaluación de Formulación e Implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Juicio de profesionales del Departamento de Salud Mental aplicando Módulo OMS. MINSAL; 2008.
- ⁴⁹ Organización Mundial de la Salud. Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental (WHO-AIMS, Versión 2.1). Ginebra: OMS; 2005. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf y
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=445&Itemid=1106&lang=es.
- ⁵⁰ Ministerio de Salud, Chile. Informe WHO AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile; 2006. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf?ua=1
- ⁵¹ Ministerio de Salud, Chile. Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe WHO AIMS. Santiago de Chile: MINSAL; 2014.
- ⁵² Superintendencia de Salud. Evaluación de la Reforma de Salud y Situación del Sistema ISAPRES. Diseño Metodológico y Definición de Líneas Basales. 2007. Disponible en
http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-2727_recurso_8.pdf
- ⁵³ Diario Oficial de la República de Chile. Núm. 40.245.- Año CXXXV - Nº 320.108 (M.R.). Cuerpo I, pags. 1 – 6. Abril 24 de 2012. Ley 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con acciones vinculadas a su Atención en Salud.

-
- ⁵⁴ Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Resolución aprobada por la Asamblea General 61/106. Nueva York, 13 de diciembre de 2006. Disponible en <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/500/82/PDF/N0650082.pdf?OpenElement>
- ⁵⁵ Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Santiago, Chile; 2014. Disponible en <http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/>
- ⁵⁶ Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100).
- ⁵⁷ Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud. Glosario. OMS; 1998.
- ⁵⁸ Organización Mundial de la Salud. 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”. OMS; 2005.
- ⁵⁹ Restrepo, DA and Jaramillo, JC. 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.
- ⁶⁰ Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414; 1990).
- ⁶¹ Organización Mundial de la Salud. Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud, Subsanan las desigualdades en una generación. Informe Final. OMS; 2009.
- ⁶² Vega, Janette, Solar, Orielle, and Irwin, Alec, “Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción.” Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud; s.f.
- ⁶³ Organización Mundial de la Salud. Social determinants of mental health. OMS and Fundacao Calouste Gulbenkian; 2014.
- ⁶⁴ Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. OMS; 2004
- ⁶⁵ Health and Welfare Canada. Mental health for Canadians: Striking a balance. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada; 1988.
- ⁶⁶ 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.
- ⁶⁷ WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. Extraído el 27 de octubre de 2016 desde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

-
- ⁶⁸ Alonso-Fernández F. Fundamentos de la psiquiatría actual. Tomo I. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1972.
- ⁶⁹ Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
- ⁷⁰ Canadian Institute for Health Information. *Improving the Health of Canadians: Exploring Positive Mental Health*. Ottawa: CIHI; 2009.
- ⁷¹ Gerben J. Westerhof Æ Corey L. M. Keyes. Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *J Adult Dev* (2010) 17:110–119 DOI 10.1007/s10804-009-9082-y
- ⁷² H. T. and Adams K. J. Aging and life course transitions: an interdisciplinary perspective. New York: Guilford Press; 1982.
- ⁷³ World Health Organization. The implications for training of embracing. A Life Course Approach to Health. WHO; 2000.
- ⁷⁴ Kuh D. and Ben-Shlomo Y. A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology. New York: Oxford University Press; 1997.
- ⁷⁵ Davey Smith, G., D. Gunnell, and Y. Ben-Shlomo. Life-Course Approaches to Socio-Economic Differentials in Cause-Specific Adult Mortality. In *Poverty, Inequality, and Health*, edited by D.A. Leon and G.Walt, 88–124. New York: Oxford University Press; 2001.
- ⁷⁶ O’Connell M., Boat T., Warner K., eds. Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Washington DC: National Academies Press; 2009.
- ⁷⁷ Guendel, Ludwig. La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los Derechos Humanos: la búsqueda de una nueva utopía. San José: UNICEF-Costa Rica; 1999.
- ⁷⁸ Mental Health Advocacy Coalition. Destination: Recovery. Te Unga ki Uta: Te Oranga. Wellington, New Zealand: Mental Health Foundation of New Zealand; 2008. Retrieved from http://www.mentalhealth.org.nz/page/mhf_16.php
- ⁷⁹ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria, “Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud”. Santiago: MINSAL – OPS; 2013.
- ⁸⁰ Bronfenbrenner, U. La ecología del desarrollo humano. Madrid: Paidós; 1987.
- ⁸¹ Federación Mundial para la Salud Mental, “Salud Mental en la Atención Primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental”; 2009.
- ⁸² Jeannie L Haggerty, Robert J Reid, George K Freeman, Barbara H Starfield, “Continuity of care: a multidisciplinary review,” *BMJ*, vol. 2003, no. 327, pp. 1219 –1221, 2003.

-
- ⁸³ Levav I. Temas de Salud Mental en la Comunidad. Washington DC: OPS-OMS; 1992 (Serie Paltext).
- ⁸⁴ Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, Chile, División de Atención Primaria, “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; s.f.
- ⁸⁵ Muñoz P., Fernando, López-Acuña, Daniel, Halverson Paul, et all. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000
- ⁸⁶ Nogueira Alcalá, Humberto. Aspectos de una Teoría de los Derechos Fundamentales: La Delimitación, Regulación, Garantías y Limitaciones de los Derechos Fundamentales. Revista Ius et Praxis, 11 (2): 15 - 64, 2005
- ⁸⁷ Cisternas Reyes, María Soledad. Informe Sobre Legislación Chilena en Salud Mental. Documento no Publicado. Santiago: MINSAL; 2006.
- ⁸⁸ Díaz Muñoz, Erika. Estudio Comparado De Leyes De Salud Mental, Internacionales. Documento no publicado. Santiago: MINSAL; 2015.
- ⁸⁹ Ministerio de Desarrollo Social. Discapacidad y Salud Mental: una visión desde SENADIS. Santiago: SENADIS; 2015.
- ⁹⁰ Cámara de Diputados de Chile. Departamento de Evaluación de la Ley. Evaluación de la Ley N° 18.600, Establece Normas sobre Discapacitados Mentales. Marzo 2013
- ⁹¹ Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación. OMS; 2006.
- ⁹² Organización Mundial de la Salud. Organization of Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. OMS; 2003.
- ⁹³ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 19.937 que modifica el D.L. n° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria; 2004.
- ⁹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS; 2010.
- ⁹⁵ Vilaça, E. Las Redes de Atención de Salud. OPS; 2013.
- ⁹⁶ Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica para la organización de una red de servicios de salud mental y psiquiatría y orientaciones para su aplicación. Santiago: MINSAL; 1999.

-
- ⁹⁷ Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Modelo de Gestión de Red Salud Mental en el contexto de la Red General de Salud (documento en elaboración). MINSAL 2016.
- ⁹⁸ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Modelo de Gestión Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría para Población Adulta e Infanto Adolescente (UHCIP). Santiago: MINSAL; 2015
- ⁹⁹ Ministerio de Salud, Unidad Salud Mental, Chile. Norma Técnica sobre Hogares Protegidos. Santiago: MINSAL; 2006.
- ¹⁰⁰ Organización Mundial de la Salud. Financiación de la Salud Mental (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental). OMS; 2009.
- ¹⁰¹ Ministerio de Salud de Chile. Propuesta de un modelo de implementación e institucionalización de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile. Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Santiago: MINSAL; 2013.
- ¹⁰² OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts. OECD Publishing; 2011.
- ¹⁰³ Intendencia de Prestadores, Sub departamento de Gestión de Calidad en Salud. Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud. Decreto Supremo N° 15 del Ministerio de Salud. Publicado en Diario Oficial de Chile, 03.03.2007.
- ¹⁰⁴ Ministerio de Salud de Chile. Reglamento de Certificación de las Especialidades y Subespecialidades de los Prestadores Individuales de Salud y de las Entidades que la Otorgan. Decreto N° 57 de 2007. Publicado en Diario Oficial 06.11.2008.
- ¹⁰⁵ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Decreto N° 161 Aprueba Reglamento de Hospitales y Clínicas. Ministerio de Salud. Publicado en Diario Oficial 19.11.1982.
- ¹⁰⁶ Ministerio de Salud de Chile. Decreto N°24 de 2013, Aprueba Reglamento a que se refiere el artículo 3° de la Ley N° 20.645. Publicado en Diario Oficial de 14.09.2013.
- ¹⁰⁷ Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública. Estudio nacional de evaluación de percepción del trato a usuarios en establecimientos de salud municipal del Sistema público de salud. Informe Final de resultados 2013.
- ¹⁰⁸ Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública. Proyecto Modelo de Gestión de Centros de Salud Mental Comunitaria y Hospitales de Día Adulto y Adolescente (ID 1288-112-LP14). MINSAL; 2015. No publicado
- ¹⁰⁹ Ministerio de Salud de Chile. Programa Académico Referencial para la Formación de Especialistas en Psiquiatría. Chile. 23p. (WM19.5/M665). 2002.
- ¹¹⁰ Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Madrid: España; 2014.

-
- ¹¹¹ Desviat, M. *La reforma psiquiátrica*. Madrid: DOR; 1994.
- ¹¹² Tomes, N. The Patient as a Policy Factor: A Historical Case Study of the Consumer/Survivor Movement in Mental Health. *Health Affairs*. 2006; 25 (3), 720–729.
- ¹¹³ Weinstein, L. *Salud mental y proceso de cambio. Hacia una ideología de trabajo en prevención primaria*. ECRO: Buenos Aires; 1975.
- ¹¹⁴ Marconi, J. La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, XIX (1) 17-33; 1973b.
- ¹¹⁵ Marconi, J. Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago. Bases teóricas y operativas para su implementación (1968-1970). *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, XVII (3), 255-264; 1971.
- ¹¹⁶ Cook, J.A., Copeland, M.E., Jonikas, J.A., Hamilton, M.M., Razzano, L.A., Grey, D.D., Floyd, C.B., Hudson, W.B., Macfarlane, R.T., Carter, T.M., Boyd, S. Results of a Randomized Controlled Trial of Mental Illness Self-management Using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*. 2012;38(4), 881–891.
- ¹¹⁷ Mental Health Foundation of New Zealand. Mental Health Advocacy Coalition *Destination: recovery. Te unga ki uta: te oranga*. Auckland; 2008.
- ¹¹⁸ Sepúlveda, R. Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiatría en Chile. *Cuadernos Médico-Sociales*. 1998; XXXIX (3-4), 16-21.
- ¹¹⁹ Ley Nº 20.500 “Sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública”. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 16 de febrero de 2011.
- ¹²⁰ Gobierno de Chile. *Instructivo Nº 7 para la Participación Ciudadana en la gestión pública*. Santiago: Gobierno de Chile; 2014.
- ¹²¹ Ministerio de Salud. *Política Nacional de Participación Social en Salud*. Santiago: Ministerio de Salud; 2014b.
- ¹²² Ministerio de Salud. *Noma Técnica Nº 31 Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud*. Santiago: Ministerio de Salud; 2015c.
- ¹²³ Ministerio de Salud. *Levantamiento de información acerca organizaciones de salud mental vinculadas a los Servicios de Salud. Documento de trabajo*. Santiago: Ministerio de Salud; 2015b.
- ¹²⁴ Ministerio de Salud. *Levantamiento de información acerca organizaciones de salud mental vinculadas a los Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Documento de trabajo*. Santiago: Ministerio de Salud; 2015a.

-
- ¹²⁵ Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. *Sin nosotros no hay derechos. Primer encuentro Nacional por los Derechos Humanos de las Personas en situación de discapacidad mental*. Santiago: Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental; 2015.
- ¹²⁶ Ministerio de Desarrollo Social. *Documento metodológico: Nueva Metodología de Medición de la Pobreza por Ingresos y Multidimensional*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; 2015.
- ¹²⁷ Minoletti, A., Toro, O., Alvarado, R., Carniglia, C., Guajardo, A., Rayo, X. *Evaluación de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes en servicios de salud mental, integrando perspectivas de usuarios y equipos de salud: Informe General. Proyecto Fonis SA12I2073*. Santiago: Escuela Salud Pública Salvador Allende, Universidad de Chile; 2014.
- ¹²⁸ Funk, Faydi, Drew, Minoletti. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En Rodríguez, J (Ed.) *Salud mental en la comunidad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
- ¹²⁹ Escuela de Salud Pública. *Diagnóstico de la situación actual del modelo de gestión en los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC)*. Santiago: Escuela de Salud Pública Salvador Allende, Universidad de Chile; 2015.
- ¹³⁰ Colectivo Locos por Nuestros Derechos. *Manual de Derechos en Salud Mental*. Santiago: Escuela de Salud Pública Salvador Allende, Universidad de Chile; 2015.
- ¹³¹ Elstad, T.A., Eide, A.H. User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2009; 23, 674–681.
- ¹³² Elstad, T.A., Hellzén, O. Community mental health centres: A qualitative study of professionals' experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2010; 19, 110–118.
- ¹³³ World Health Organization. *WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities*. Geneva: World Health Organization; 2012.
- ¹³⁴ Organización Mundial de la Salud. 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.
- ¹³⁵ Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica. Washington, D.C.: OPS – OMS; 2015.
- ¹³⁶ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Helsinki sobre la incorporación de la salud a todas las políticas. OMS (WHA67.12); 2014.

-
- ¹³⁷ Organización Mundial de la Salud. Promoción la Salud Mental. OMS; 2004.
- ¹³⁸ Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. OMS; 2016. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/es/
- ¹³⁹ JUNAEB. Resumen Ejecutivo Programa Habilidades para la Vida. Santiago de Chile: JUNAEB, 2017.
- ¹⁴⁰ Ley 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Ministerio de Planificación; 2010.
- ¹⁴¹ Ministerio de Desarrollo Social. Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad. MIDESO; 2015.
- ¹⁴² Ministerio de Salud de Chile. Manual para la Protección y Cuidado de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres. Ministerio de Salud y Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) Oficina en Chile; 2012.
- ¹⁴³ ONEMI. Política Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres. Santiago: Ministerio de Interior y Seguridad Pública; 2014.
- ¹⁴⁴ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Salud Mental en colaboración con el Ministerio de Justicia - SENAME y Ministerio del Interior - CONACE. Orientaciones Técnicas Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales, Usuarios del Servicio Nacional de Menores. 2007.
- ¹⁴⁵ Ministerio de Desarrollo Social. Bases Técnicas Programa Piloto Salud Mental Calle. Disponible en <https://docgo.org/12-programa-piloto-salud-mental-calle-minsal-2012>.
- ¹⁴⁶ Ministerio de Desarrollo Social Subsecretaría de Evaluación Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. CASEN 2015
- ¹⁴⁷ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Disponible en <http://www.acnur.org/donde-trabaja/america/chile/>
- ¹⁴⁸ Cabieses B / Bernalles M / McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Universidad del Desarrollo. 2017
- ¹⁴⁹ International Organization for Migration, Ministerio de Salud de Chile. Migración y salud en Chile. Estudio de Salud Mental en población inmigrante en la comuna de Independencia 2008.
- ¹⁵⁰ Rojas C. Graciela Universidad de Chile, Clínica Psiquiátrica. Diagnóstico y Factibilidad Global para la Implementación de Políticas Globales de Salud Mental para Inmigrantes de la Zona Norte de la Región Metropolitana. MINSAL 2008.

-
- ¹⁵¹ Ministerio de salud. Serie análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Chile N° 1. Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Arica (pp. 71), 2006.
- ¹⁵² Pedrero Malva-marina. La salud Mental de los jóvenes indígenas, un desafío pendiente. Extracto de Salud de la Población Joven Indígena de América Latina. Un Panorama General, 2010.
- ¹⁵³ Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas Para La Atención De Salud Mental Con Pueblos Indígenas: Hacia Un Enfoque Intercultural. MINSAL 2016.
- ¹⁵⁴ Ministerio de Salud. Revisión de Literatura y Sistematización de Información Disponible sobre la Asignación de Recursos a Nivel Comunal. MINSAL; 2012.
- ¹⁵⁵ Universitat Pompeu Fabra. Centre de Recerca en Economia i Salut. Sistema de Pago de los Egresos Hospitalarios Informe para FONASA-MINSAL. Universitat Pompeu Fabra s.f.
- ¹⁵⁶ Ministerio Secretaría General de la Presidencia. *Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Marco Conceptual*. Santiago de Chile: Ministerio Secretaría General de la Presidencia; 2001.

