

**PLAN NACIONAL DE
SALUD MENTAL
2016 - 2020**

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
2015

INDICE

- I. INTRODUCCION
 - II. ANTECEDENTES
 - III. MARCO CONCEPTUAL
 - IV. PROPOSITO
 - V. PRINCIPIOS
 - VI. OBJETIVOS
 - VII. PRINCIPALES LINEAS DE ACCION
 - 1. Legislación y Derechos Humanos
 - 2. Provisión de Servicios de Salud Mental
 - 3. Financiamiento
 - 4. Monitoreo, Evaluación y Mejora Continua de la Calidad
 - 5. Recursos Humanos y Formación
 - 6. Participación
 - 7. Intersectorialidad
 - VIII. PLANIFICACION OPERATIVA
 - IX. AUTORES Y COLABORADORES
- ANEXOS
- Anexo N°1:
 - Anexo N° 2:
- BIBLIOGRAFIA

BORRADOR

I.- INTRODUCCION
(se desarrolla al final)

“La verdadera riqueza de una nación está en su gente”
Primer Informe de Desarrollo Humano, 1990 (PNUD).

“(…) 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

BORRADOR

II. ANTECEDENTES

En Chile, los problemas de salud mental constituyen la principal fuente de carga de enfermedad. Según el último estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en nuestro país¹, un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISAⁱ) están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas. Para los niños 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 violencias. 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 a la hipertensión arterial y al sobrepeso.

Los problemas de salud mental afectan en mayor medida a las personas con menor nivel educacional², a los más jóvenes³, a las mujeres⁴, impactan de manera particular a personas de pueblos originarios⁵ y empiezan tempranamente en la vida: entre los niños de 4 a 11 años, un 27,8% presenta alguno de estos trastornos^{6,7}.

En la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida, los principales síntomas o problemas de salud declarados por los trabajadores 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%⁸. 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, las ocupaciones familiares no remuneradas, las que trabajan en empleos informales y las trabajadoras del sector público.

Esta realidad 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 específicas⁹:

ⁱ Años de Vida Ajustados por Discapacidad (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

- 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 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 Servicio de Salud, además 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 de la salud.
- La generación de propuestas legales tendientes a proteger los derechos de las personas afectadas por problemas de salud mental.

Este primer Plan facilitó la introducción de prácticas innovadoras que sirvieron de base para formular el segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría¹⁰, en el cual se explicitó la necesidad de implementar un modelo basado en una atención inserta en la comunidad, que permita la integración social de los usuarios, que se respete sus derechos y el de sus familias, que entregue de modo eficiente y sostenido una respuesta como Estado de Chile a todos los ciudadanos 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.

Transcurridos 14 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.

El año 2004, la Unidad de Salud Mental de MINSAL aplicó los criterios OMS para evaluar tanto la formulación del segundo Plan como el cumplimiento, utilizando la metodología de juicio de expertos. Los resultados se presentan en la tabla N°1

Tabla N° 1 Evaluación de Formulación e Implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, según Módulo OMS

ÁREAS RECOMENDADAS POR OMS	CUMPLIMIENTO EN FORMULACIÓN	CUMPLIMIENTO EN IMPLEMENTACIÓN
Financiación	50 a 75%	50 a 75%
Legislación y Derechos Humanos	0%	25 a 50%
Organización de Servicios	75 a 100%	50 a 75%
Recursos Humanos	0	1 a 25%
Promoción, Prev., Trat y Rehab	75 a 100%	50 a 75%
Medicamentos Esenciales	0	25 a 50%
Defensoría (Advocacy)	1 a 25%	25 a 50%
Mejora de Calidad	1 a 25%	25 a 50%
Sistema de Información	0	25 a 50%
Investigación y Evaluación	0	50 a 75%
Colaboración Intersectorial	50 a 75%	1 a 25%

En lo referente a la formulación, 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 Plan. Lo cual 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”ⁱⁱ. Aunque esta metodología¹¹ no es estrictamente de evaluación de

ⁱⁱ 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.

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 2000.

Para el primero de estos estudios¹² la información fue recogida durante el año 2005 en base a datos del año 2004, arrojando entre sus principales resultados los siguientes:

- Si bien se observa un avance considerable en casi todos los indicadores relacionados con la implementación del Plan Nacional, aún persisten insuficiencias importantes en algunos indicadores de atención ambulatoria tales como: tiempo de espera para primera consulta psiquiátrica, N° promedio de atenciones por persona al año, % de personas con intervenciones psicosociales y % de centros con actividades con grupos de usuarios.
- En relación con el financiamiento, solamente el 2,14% del presupuesto total de salud en el sector público es dirigido a la salud mental, cifra muy inferior a la meta del 5% planteada por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000. Esto pone a Chile en un nivel medio bajo en priorización financiera para salud mental en América, por debajo de Uruguay (8%), Costa Rica (8%), Estados Unidos (6%) y Cuba y Jamaica (5%) y muy por debajo de países desarrollados como Australia (9,60%), Reino Unido (10,00%), Suecia (11,00%) y Nueva Zelanda (11,00%).
- Existen muy pocos dispositivos de salud mental específicos para niños y adolescentes (13,2% del total de centros ambulatorios de salud mental y 0,2% del total de camas psiquiátricas), y el porcentaje de esta población tratada en los dispositivos generales de salud mental es bajo (24% en centros ambulatorios y 8% en hospitales generales y clínicas psiquiátricas).
- La tasa de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental es de 32 por 100.000 habitantes, siendo la proporción de enfermeras y asistentes sociales menor que la de otros profesionales. La formación en salud mental de los profesionales de la salud es muy débil, las mallas curriculares de pregrado de las profesiones de salud solo dedican entre el 2 a 5% del tiempo a salud mental.
- En relación a la participación, se desconoce el número exacto de organizaciones de usuarios y familiares y de personas que participan en ellas, sin embargo se sabe que un porcentaje importante de ellas se orientan principalmente a la ayuda mutua para la dependencia de alcohol y drogas.
- La investigación en salud mental es muy baja, sólo el 2% de todas las publicaciones científicas de salud refieren a temas de salud mental, principalmente estudios epidemiológicos en muestras comunitarias y clínicas, evaluaciones clínicas y con cuestionarios de trastornos mentales, intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas, y evaluación de servicios, programas, financiamiento y políticas.

- No se cuenta con una legislación que proteja adecuadamente los derechos humanos de las personas con enfermedad o discapacidad mental, manteniéndose vacíos importantes en relación con la discriminación en el trabajo, el acceso a viviendas y a educación, e incluso la atención en salud en igualdad de condiciones debido a las restricciones que impone el Código Sanitario.

El segundo estudio del Sistema de Salud Mental en Chile¹³ 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 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, sin embargo varias leyes recientes incluyen disposiciones que conciernen a personas con discapacidad mental, pero 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 interdictos, no se les reconoce el derecho a dar consentimiento para procedimientos irreversibles, se permite la hospitalización involuntaria sin la existencia de una autoridad independiente que las fiscalice.
- A pesar de que los dispositivos de salud mental existentes en el sector público casi se triplicaron en los últimos 8 años (de 759 en el 2004 a 2022 en el 2012), el tiempo de espera para la primera consulta psiquiátrica aumentó en el periodo 2014 -2012 (de 24 a 359 días en el caso de los Centros de Salud Mental Comunitaria (ex COSAM) y de 38 a 55 días en el caso de Unidades de Psiquiatría Ambulatorias (CRS, CDT, CAE)) y tampoco aumentó la tasa de personas en tratamiento (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 CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA y de 4,4 a 6,2 en las Unidades de Psiquiatría Ambulatoria (UPA).

En cuanto a las intervenciones psicosociales, estas aumentaron de 67,4% a 84% en los Centro de Salud Mental Comunitaria y disminuyeron de 51,6% a 37,1% en las UPA.

En relación a las 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 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. Por otra parte 3 hospitales psiquiátricos declaran en conjunto 118 camas de mediana estadía al año 2012.

- 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, tanto el porcentaje de médicos de APS capacitados en salud mental como el porcentaje de centros de salud mental con 1 o más médicos capacitados en salud mental disminuyeron en este periodo (de 23,1% de médicos de APS capacitados 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 APS, 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 (tasa de 171,5 por 100.000 habitantes) y el resto de los profesionales y técnicos (psiquiatra 7,0; enfermera 2,0; trabajador social 1,9; terapeuta ocupacional 3,0 por 100.000 habitantes).
- Se estima que alrededor de 8.000 usuarios 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 psiquiatra los que más se han involucrado (19,6%)

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

1. 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
 - Escaso o nulo avance en el proceso de reforma de los hospitales psiquiátricos con excepción del Hospital El Peral, manteniéndose aún 441 personas en servicios de larga estadía y la concentración de camas de corta estadía, inhibiendo el desarrollo de la red de salud mental y psiquiatría, en especial de los servicios de psiquiatría en hospitales generales de sus territorios de referencia.
 - Escasa oferta de atención en salud mental para niños y adolescentes.
 - Escaso acceso a atención de salud mental de población rural y de minorías lingüísticas, étnicas y religiosas.
2. 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 a la APS solo 20%)
 - Diferencias en los recursos destinados a salud mental entre el Gran Santiago Urbano y el resto del país
3. 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
 - Aumentó el uso de medidas de privación de libertad (hospitalizaciones involuntarias, contención física, reclusión en salas de aislamiento) en la atención de salud de personas con enfermedad mental.
4. 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.

5. En la participación de usuarios y familiares
 - Baja presencia y bajo nivel de organización de las agrupaciones de usuarios y de familiares en salud mental.
 - Insuficiente participación de usuarios y familiares en la formulación y evaluación de políticas, planes, programas y funcionamiento de los servicios.

6. En los recursos humanos
 - Existen diferencias en la cantidad y composición de los recursos humanos entre los distintos tipos de dispositivos de salud mental ambulatorios
 - 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 psicólogos
 - Existe una brecha importante en el número de enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales con formación en salud mental.

7. 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 suscripción 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 fueron:

- 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
- Concentrar el trabajo de los prestadores públicos de salud en lo exclusivamente asistencial intrabox.
- Permitir una gestión hospitalaria más flexible, transparente y orientada a los resultados, auto gestionada en el contexto de Red
- Generar protección efectiva a los beneficiarios del 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 19.966ⁱⁱⁱ 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”.

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 en adelante, 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^{iv} 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 entro 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^v 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

ⁱⁱⁱ Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>

^{iv} Disponible en

<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629>

^v Disponible <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=238102>

4º. Ley 19.895^{vi} 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^{vii} 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”¹⁴.
- En el párrafo 8º, artículos 23 al 29, establece adicionalmente, derechos específicos de 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.”¹⁵

El año 2014, el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental^{viii} publicó un diagnóstico sobre el cumplimiento de los derechos establecidos en ésta Convención por parte del Estado de Chile. Para ello revisaron algunos cuerpos legales vigentes en nuestro país, como la Ley 20.422 que Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad y la ratificación de la Convención de Derechos de las

^{vi} Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=214042>

^{vii} Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

^{viii} 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

Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, la ley 18.600 que establece normas sobre los deficientes mentales, la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la ley 20.255 que establece la reforma previsional, 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..."¹⁶

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 inserción social 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.

BORRADOR

III. MARCO CONCEPTUAL

Históricamente, pueden identificarse tres períodos en los modelos o sistemas de atención de la salud mental en el mundo occidental: el asilo, su declive y la reforma de los servicios de salud mental¹⁷.

El proceso de reforma de los servicios de salud mental confluye en lo que hoy conocemos como el modelo comunitario de atención en salud mental, entendido como una atención cercana al hogar de las personas, la cual históricamente ha sido interpretada de cuatro maneras diferentes: (i) atención fuera de las grandes instituciones; (ii) servicios profesionales entregados fuera de los hospitales; (iii) atención realizada por la propia comunidad, o (iv) normalización a través de vivir en la comunidad como cualquier persona¹⁸.

Desviat y Moreno¹⁹ describen los siguientes elementos del modelo comunitario de atención en la salud mental:

- Se acoge al principio de integrar los servicios de salud mental en la atención general de salud y en otros servicios externos al ámbito de la salud (por ejemplo, los de educación, vivienda, empleo, justicia y bienestar social).
- Requiere por consiguiente, de la participación y el compromiso activos, no solo del personal sanitario y de los servicios de salud mental, sino también de los interesados directos y los profesionales de otros sectores, incluidas las organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares, los trabajadores sociales, la policía, los magistrados, jueces, y demás interesados.
- Parte de los recursos informales, y hace hincapié en la atención comunitaria, al tiempo que resta importancia a la atención en centros de salud mental de larga estancia y destaca los nexos necesarios entre los diferentes niveles de los servicios.
- Integra una clínica donde se rompen las dicotomías individual/social, biológico/psicológico, con un paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía. Una clínica ampliada, donde se articula un eje clínico con un eje político. Representa algo más que un cambio de técnicas; implica nuevas actitudes en el quehacer cotidiano de las profesiones sanitarias y, por supuesto, una planificación y ordenación de los sistemas públicos que la posibiliten.

Para describir el modelo comunitario de atención en salud mental se han propuesto los siguientes ejes²⁰:

- Desinstitucionalización: Reemplazo progresivo y sistemático del hospital psiquiátrico

hasta su desaparición y su sustitución por una diversidad de servicios alternativos, articulados entre si y ubicados en la comunidad.

- Promoción y prevención: La complementación de las actividades asistenciales con intervenciones enfocadas a la prevención y promoción de la salud mental²¹
- Protagonismo de la Atención Primaria: El nivel primario se consolida como la puerta de entrada a todo el sistema, y en su operación habitual debería garantizar el abordaje integrador de los problemas psiquiátricos²²
- Territorialización: Definición territorial de la población cubierta por cada dispositivo de salud mental, con un volumen variable (70.000-200.000 habitantes) y no excesivamente amplio, teniendo en cuenta para la sectorización factores de accesibilidad, cultura, geografía , y estructura del sistema sanitario, de servicios sociales, y político-administrativo²³.
- Continuidad de cuidados: Garantía de la continuidad de la asistencia mediante la coordinación entre las distintas unidades y los profesionales implicados en el tratamiento del enfermo a través del seguimiento y la monitorización del mismo²⁴.
- Equipos interdisciplinarios: los equipos de salud mental están formados por profesionales de distintas disciplinas, lo que permitirá un abordaje integral del paciente en todas sus facetas²⁵
- Participación de la comunidad: fomentar la participación del entorno social próximo para el apoyo y ayuda al enfermo mental mediante la creación de asociaciones de pacientes, de familiares, grupos de autoayuda, entre otros²⁶.

La traducción práctica de estos ejes es el desarrollo de una red de servicios sanitarios y sociales integrados y basados en la comunidad. Este enfoque implica un importante cambio de perspectiva en la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental cuyos desafíos de la organización y funcionamiento son²⁷:

- Diversificar la oferta asistencial, adaptarla a la diversidad de los problemas y articularla en niveles de complejidad y especialización progresivas.
- Establecer el núcleo del sistema y el mayor número posible de dispositivos en el ámbito comunitario, en adecuadas condiciones de accesibilidad e integración en la estructura de la población. Esto implica, -entre otras decisiones de gestión-, radicar el nivel especializado ambulatorio en salud mental, en el territorio de su responsabilidad.
- Integrar el conjunto de los servicios de salud mental al sistema sanitario general, en el

nivel que corresponda a cada uno, promoviendo y reforzando el papel fundamental de la Atención Primaria de Salud, y su estrecha relación con el nivel especializado ambulatorio.

- Desarrollar estructuras de coordinación territorial que permitan la actuación integrada del conjunto de dispositivos existentes en un mismo ámbito territorial/poblacional y garantizar la continuidad en la atención a cualquier problema a lo largo de las diferentes situaciones y fases evolutivas

Principios de la psiquiatría comunitaria (Desviat M., Moreno A. 2012)

- Preocupación no solo por “la curación”. Se concibe el acto terapéutico como una acción integradora de la promoción y prevención primaria de la salud, la prevención secundaria y la rehabilitación.
- La integración de los cuidados en la atención sanitaria, social y comunitaria.
- Consideración de la calidad subjetiva de vida del enfermo y de las personas de su entorno (marco ético), de sus derechos y autonomía. Se asumen conceptos como empoderamiento, resiliencia y recuperación.
- La comunidad se organiza para la defensa de los derechos de los pacientes mentales (Advocacy).
- Integración del saber popular (medicina tradicional, grupos de autoayuda...).
- Reconocimiento de la importancia de las actividades intersectoriales entre los diferentes proveedores de servicios: sociales, sanitarios, comunitarios.

IV. PROPOSITO

Contribuir a mejorar la salud mental de la población mediante la identificación, implementación y evaluación de las estrategias y acciones más efectivas en el marco del modelo comunitario de salud mental.

V. PRINCIPIOS

El Plan Nacional de Salud Mental se sustenta en los siguientes principios:

- Concepción del ser humano como un ser integral, biopsicosocial, espiritual y comunitario.
- *Respeto y promoción de los derechos humanos*: los derechos humanos en sí mismos, son protectores y promotores de la salud mental de las personas y comunidades, esto incluye la no discriminación, el combate al estigma y el resguardo de la autonomía de las personas con enfermedades mentales.
- *No hay salud sin salud mental*: la salud mental debe estar integrada en el sistema de salud general, a lo largo de toda la vida y con enfoque de curso de vida. El reconocimiento del ser humano en su integralidad se contrapone a la separación entre salud física y salud mental, por tanto, los servicios de salud mental deben estar integrados a los servicios de salud general.
- *Salud Mental en todas las Políticas*: la promoción y protección de la salud mental en todos los ámbitos de la vida, así como la inclusión social de las personas – en especial aquellas con discapacidad - es responsabilidad de todos los sectores sociales y de la sociedad en su conjunto.
- *Modelo de salud mental comunitaria*: las personas con trastornos mentales deben ser atendidas bajo la forma de atención menos restrictiva posible, utilizando alternativas basadas en cuidados comunitarios en sus territorios de vida y haciendo participe a la comunidad tanto de los cuidados como de su integración.
- *Promoción de la ciudadanía, participación e inclusión social*: el Estado chileno reconoce a las personas el derecho de participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional y establece como deber de las instituciones del Estado, el establecer los espacios de participación necesarios para el ejercicio de este derecho.
- *Accesibilidad, equidad y pertinencia*: La oferta de salud mental debe considerar las culturas locales y los pueblos indígenas así como las poblaciones inmigrantes, deben

acceder a servicios que resulten culturalmente aceptables, contribuyendo activamente en su definición.

VI. OBJETIVOS

Objetivos Generales

1. Promover la salud mental y prevenir la aparición de los trastornos mentales en la población.
2. Garantizar a la población acceso a tratamiento y rehabilitación de la salud mental oportuno y de calidad, a lo largo de todo el ciclo vital.
3. Promover el respeto y ejercicio de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

Objetivos Específicos

- 1.1 Promover estilos de vida saludables, el buen trato y el respeto a los derechos humanos en la población.
- 1.2 Promover una cultura de respeto y no discriminación para todas las personas, particularmente entre los funcionarios del sistema de salud.
- 1.2 Contribuir a reducir los factores de riesgo para enfermedad mental, en especial prevenir el maltrato infantil en todas sus formas.
- 1.3 Contribuir a la organización, desarrollo y autonomía de organizaciones sociales pro salud mental.
- 1.4. Contribuir a prevenir los efectos negativos de los determinantes sociales en la salud mental de la población.
- 2.1 Acercar la atención de salud mental a la población en sus territorios y contextos de vida.
- 2.2 Otorgar atención oportuna, digna y de calidad a las personas con problemas o trastornos mentales, generando para ello un modelo de gestión de los servicios de salud mental.
- 2.3 Garantizar el acceso a la atención de salud mental a poblaciones vulnerables especiales o en situación de vulneración de derechos.

- 2.4. Impulsar la incorporación del componente de salud mental en todas las atenciones y en todos los programas de salud.
- 3.1 Promover una cultura de respeto y no discriminación en la comunidad a personas con trastornos mentales.
- 3.2 Promover el respeto y ejercicio de los derechos humanos en la atención de salud y especialmente en la atención de salud mental.
- 3.3 Favorecer la inclusión social de las personas con discapacidad mental.
- 3.4 Garantizar el acceso a la atención de salud general a las personas con enfermedad mental

VII. PRINCIPALES LINEAS DE ACCION PARA EL PERIODO 2016 - 2020

El Plan Nacional de Salud Mental se centrará en los próximos 5 años, en el desarrollo de las siguientes líneas:

1. Regulación y Derechos Humanos
2. Provisión de Servicios de Salud Mental
3. Financiamiento
4. Monitoreo, Evaluación y Mejora Continua de la Calidad
5. Recursos Humanos y Formación
6. Participación
7. Intersectorialidad

A continuación se describe la situación actual con los logros, incongruencias, falencias o brechas y la incorporación o no de los enfoques transversales como la interculturalidad, género, curso de vida y poblaciones vulnerables, en cada una de las líneas de acción.

Posteriormente se proponen los elementos para la situación óptima deseada, lo que se traduce en los objetivos a alcanzar en cada línea de acción.

Finalmente se presentan las propuestas de acción, las que posteriormente serán el plan de acción para cada línea, definiendo claramente las estrategias, metas e indicadores, actividades, responsables y presupuesto para cada una de ellas.

1. AREA REGULACION Y DERECHOS HUMANOS

1.1 Situación Actual: (Logros, Incongruencias, Falencias/Brechas, Incorporación enfoques transversales: interculturalidad, género, curso de vida y poblaciones vulnerables)

Esta línea de acción incluye el conjunto de instrumentos regulatorios de soporte, que deben orientar el camino hacia la protección y promoción de la salud mental de la población y establecer el marco fundamental en el cual las acciones de salud mental deben llevarse a cabo.

En el nivel más amplio se encuentran los acuerdos y convenios internacionales en materia de derechos humanos, salud mental y discapacidad que Chile ha suscrito, tanto en estándares técnicos como la Declaración de Caracas y en aquellos de carácter vinculante y que constituyen por tanto obligación para el Estado como la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad.

A nivel nacional, el marco regulatorio incluye desde la Carta Fundamental de la República de Chile, los distintos códigos y leyes, hasta los instrumentos regulatorios como reglamentos, normas y orientaciones técnicas, guías de práctica clínica y protocolos de acción, propios de la función de regulación y rectoría de la Salud Pública²⁸.

En el anexo N° x se presentan los principales instrumentos regulatorios y una descripción de los puntos más relevantes en relación con la salud mental de la población y la protección de los derechos de las personas con discapacidad mental.

Del análisis general del marco regulatorio se desprende que:

1. A diferencia de muchos otros países en el mundo, Chile no cuenta con un cuerpo legal integral relativo a salud mental.
2. La actual legislación no considera 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. Aquellos instrumentos regulatorios que incluyen algo relativo a las personas con enfermedad o discapacidad mental, sólo disponen alternativas de sustitución en el ejercicio de derechos.
3. Existe una confusión generalizada entre los conceptos de enfermedad mental, discapacidad, capacidad legal e interdicción, con una tendencia a considerarlos sinónimos, sobre todo en quienes deben aplicar la ley.

4. Inexistencia de un organismo de revisión, autónomo de la autoridad sanitaria, para la protección de los derechos de las personas afectadas por enfermedad mental, con o sin discapacidad.
5. La mayor parte de los documentos regulatorios, se encuentran desactualizados y no consideran los nuevos convenios internacionales suscritos, como tampoco los cambios introducidos por la reforma del sector ni aquellos que se han producido en la red asistencial.
6. Hay insuficiencia de normativa en un número importante de acciones propias de la atención de personas con trastornos mentales, como por ejemplo, el manejo de fármacos psicotrópicos; los procedimientos de atención a pacientes psiquiátricos en servicios de urgencia; los procedimientos de evaluación psiquiátrica y forense a personas víctimas de violencia; el abordaje de trastornos mentales en población privada de libertad, entre otras.

1.2 Situación óptima deseada (Objetivos)

1. Se requiere generar una Ley de Salud Mental que incorpore al menos los siguientes puntos:
 - Asegurar la promoción, protección y recuperación de la salud mental para todos los habitantes de la nación, sin discriminación de ningún tipo, con acciones promocionales y preventivas de carácter intersectorial y una red de atención de salud mental integrada a la red general de salud en todos sus niveles con cobertura financiera.
 - Garantizar el derecho a la integración e inclusión social de las personas con enfermedad mental grave y persistente, con o sin discapacidad, por medio del acceso a la salud general, a la atención y rehabilitación de salud mental de base comunitaria, al apoyo intersectorial para la vivienda, educación, trabajo y otras acciones propias de la vida en comunidad y del ejercicio de la ciudadanía.
 - Proteger el ejercicio de los derechos por parte de las personas con discapacidad, inclusive el de su capacidad legal, promoviendo mecanismos de apoyo graduado para el ejercicio de sus derechos.

- 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 organismos autónomos para la protección de los derechos de las personas, sin perjuicio de las competencias propias de los organismos del Estado relacionados con la salud y otras áreas relacionadas con lo dispuesto por dicha ley.
 - Garantizar el financiamiento para el cumplimiento de estos objetivos, debiendo el presupuesto de salud mental ser progresivo hasta llegar al mínimo de un 5% del presupuesto de la salud en un plazo acotado.
2. Se requiere la instalación de un sistema intersectorial de apoyos graduados al ejercicio de derechos de las personas con discapacidad mental, con sustento normativo y recursos necesarios.
 3. Es necesario actualizar los instrumentos regulatorios vigentes y generar nuevas normativas indispensables para garantizar el acceso a una atención oportuna y de calidad a las personas que presentan trastornos mentales.

1.3 Plan de Acción (Estrategias, Metas e Indicadores, Actividades, Responsables, Presupuesto)

- Elaborar participativamente, un proyecto de ley de salud mental.
- Apoyar la creación de un sistema intersectorial de apoyos graduados a personas con discapacidad mental
- Fortalecer un rol autónomo de la Comisión Nacional y de las Comisiones Regionales de Protección de las Personas con Enfermedad Mental
- Generar instrumentos regulatorios para el sector salud
- Incorporar en la normativa el acceso, dispersión geográfica, concentración poblacional, etnia y determinantes.

- Elaborar normativa que regule el diseño de la red de atención en salud mental y su funcionamiento como red.
- Elaborar reglamentos y protocolos que bajen las leyes a niveles operativos
- Elaborar instrumentos regulatorios que normen el trabajo comunitario.
- Generar instrumentos regulatorios que velen por el respeto de los derechos humanos y la ciudadanía plena.
- Capacitar a asesores jurídicos del sistema de salud y del sector judicial en salud mental con enfoque de derechos
- Estandarizar herramientas de monitoreo y fiscalización del cumplimiento de las normativas vigentes.

BORRADOR

2. ÁREA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

2.1 Situación Actual: (Logros, Incongruencias, Falencias/Brechas, Incorporación enfoques transversales: interculturalidad, género, curso de vida y poblaciones vulnerables)

Desde la suscripción de la Declaración de Caracas en 1990 y la posterior publicación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría el año 2000, Chile ha explicitado la necesidad de avanzar en la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental y psiquiatría, recogiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, los avances obtenidos en el mundo y la evidencia acumulada que demuestran las ventajas de este modelo.

El modelo de salud mental comunitaria implica la creación de redes conformadas por recursos formales e informales que garanticen la continuidad de cuidados como elemento clave y que incluyan acciones promocionales de carácter intersectorial para la creación de entornos que favorezcan el bienestar y la calidad de vida de las personas y disminuyan los factores de riesgo psicosocial, el acceso a actividades de carácter preventivo dirigidas a la detección precoz, el diagnóstico oportuno, el tratamiento temprano y la rehabilitación e inserción social de la persona con enfermedad mental.

Diversificar la oferta de servicios y establecer una nueva forma de organizarlos han sido los pilares en el desarrollo del modelo de salud mental comunitaria en nuestro país. En efecto, la red de servicios de salud mental del sistema público de salud ha experimentado un marcado crecimiento y diversificación en la última década. Al año 2012, la red de servicios de salud mental en el sistema público de salud estaba conformada por:

- 832 Centros de Atención Primaria con atención de salud mental.
- 723 Postas Rurales con atención de salud mental.
- 83 Centros de Salud Mental Comunitaria
- 53 Unidades de Psiquiatría Ambulatoria en Hospitales
- 23 Servicios de Hospitalización de Corta Estadía para adultos en Hospitales Generales
- 28 Servicios de Hospitalización de Corta Estadía para adolescentes en Hospitales Generales
- 45 Hospitales Diurnos
- 51 Centros Diurnos
- 4 Hospitales Psiquiátricos
- 199 Hogares y Residencias protegidas

En comparación con el año 2004, el número de dispositivos de salud mental en la red pública de salud creció en más de un 266% (759 versus 2022). El mayor aumento se produjo en los Centros de Atención Primaria con atención de salud mental, en los Centros de Salud Mental Comunitaria, en los Servicios de Hospitalización de Corta Estadía para adolescentes ubicadas en hospitales generales y en Hogares y Residencias Protegidas.

A pesar de este desarrollo, persisten aún importantes brechas tanto cuantitativas como cualitativas en la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental:

1. Existencia de marcadas inequidades en los distintos territorios respecto de los recursos destinados a la atención de salud mental:
 - Varios Servicios de Salud carecen de algunos dispositivos esenciales para responder a las necesidades de la población. De los 29 Servicios de Salud del país, 6 no cuentan con Centros de Salud Mental Comunitarios, 3 no tienen Hospitales Diurnos, 7 no cuentan con Servicios de Hospitalización de Corta Estadía para Adultos, 21 carecen de Hospitalización de Corta Estadía para Adolescentes y 4 no cuentan con Centros Diurnos.
 - En todos los Servicios de Salud, los dispositivos existentes son insuficientes para las necesidades de atención en salud mental de la población.
 - Menor oferta de servicios de atención de salud mental para la población de niños y adolescentes
 - Acceso inequitativo a la atención de salud mental según geografía, ruralidad, culturas originarias y por tipo de previsión.
2. Existencia de dos modelos divergentes, tanto en la práctica clínica como en la estructura y financiamiento del sistema de salud:
 - Cerca del 40% de los equipos de especialidad ambulatoria siguen ubicados en hospitales generales o en hospitales psiquiátricos. La evidencia muestra que desde dichos espacios no se realiza un trabajo comunitario efectivo y que los territorios no adquieren pertenencia ni identidad en el accionar de la salud mental.
 - Elevada práctica de recursos extremos como la internación no voluntaria o la contención física, los que limitan los derechos de las personas con enfermedad mental.

- Persistencia de 4 hospitales psiquiátricos con un proceso de reestructuración demasiado lento que, con la excepción del Hospital El Peral, inhiben la creación de servicios de hospitalización psiquiátrica de corta estadía en los hospitales generales en el territorio donde se ubican y que concentran una parte importante de los recursos humanos y financieros de salud mental de esos Servicios de Salud y del país.
 - Permanencia de personas con enfermedad mental en dispositivos de “hospitalización” de larga estadía.
 - Utilización de las camas de hospitalización de corta estadía por vía judicial, prolongando los tiempos de hospitalización.
 - Insuficiente número de Centros de Salud Mental Comunitaria y los existentes tienen dependencia administrativa y modelos de gestión muy heterogéneos, lo que influye en el modelo de atención que desarrollan.
 - No se han incorporado agentes comunitarios a los equipos de atención en los distintos dispositivos de la red de servicios de salud mental
 - Insuficiente articulación entre los dispositivos de los distintos niveles de atención en salud mental, con actividades de consultoría de salud mental y de enlace que carecen de la necesaria validación, normativa y mecanismos de incentivo que la consoliden como parte sustancial y articulador del eje del modelo comunitario.
 - La atención de salud mental es mayoritariamente clínica farmacológica desde el enfoque biomédico sin un cambio real al enfoque biopsicosocial, y las experiencias de trabajo comunitario son limitadas.
 - Las personas con enfermedad mental sufren una doble discriminación, por una parte se prioriza la atención de patologías incorporadas en el sistema GES, postergando la atención de personas con patologías no GES, y por otra parte, las personas con enfermedad mental son discriminadas y postergadas en la atención de salud general, principalmente en cirugías.
3. Insuficiente integración de recursos informales y del intersector a la red de servicios de salud mental
- Desconocimiento del rol de la autoridad sanitaria regional como proveedora de servicios, principalmente de vinculación con el intersector y con agrupaciones sociales para el fomento de la participación.

- Las acciones de protección social para las personas con discapacidad mental, en lo que se refiere a soporte residencial intersectorial, previsional, de servicios sociales o de apoyo a la inserción laboral, son aún muy escasas, incluyendo el nivel municipal.
- El desarrollo muy lento de dispositivos comunitarios de soporte.
- Escasa participación de los usuarios y familiares en las acciones de salud mental
- Inexistente participación de la comunidad en la toma de decisiones y como actores fundamentales para la educación comunitaria, la promoción, prevención, tratamiento e inclusión en salud mental.

2.2 Situación óptima deseada (Objetivos)

1. Contar con una red de atención en salud mental que permita la autosuficiencia de los Servicios de Salud en la resolución de las necesidades de salud mental de su población beneficiaria. Esta red de atención en salud mental debe estar integrada a la red de salud general e incluir tanto a la comunidad como a los propios usuarios, sus familiares y al intersector.
2. Consolidar el modelo comunitario como el modelo de atención en salud mental.
3. Contar con instancias de apoyo social para las personas con discapacidad mental, generadas en conjunto con la comunidad y el intersector.

2.3 Plan de Acción (Estrategias, Metas e Indicadores, Actividades, Responsables, Presupuesto)

1. Desarrollar una red de servicios de salud mental en cada Servicio de Salud, que cuente con los dispositivos necesarios en tipo y cantidad, de acuerdo a su población y situación epidemiológica y que cumpla los siguientes criterios:
 - Pertenencia de la red de servicios de salud mental a la red general de salud
 - Autosuficiencia de los Servicios de Salud en la resolución de las necesidades de salud mental de su población beneficiaria, a lo largo de todo el ciclo vital y con adecuación a las distinciones de grupos vulnerables, pueblos originarios, población rural y población inmigrante.

- La organización de la red debe responder a las necesidades de las personas en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, así como para la protección de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres.
- El nivel primario de atención con competencias y resolutiveidad en salud mental insertas en el modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario.
- El nivel de especialidad ambulatoria debe estar estructurado en Centros de Salud Mental Comunitaria de cobertura comunal en interacción permanente y presencial con la atención primaria, constituyendo el eje del sistema de atención de salud mental.
- El nivel de especialidad hospitalaria, debe estar radicado en Hospitales Generales, no excediendo la satisfacción de necesidades de corta estadía y hospitalización diurna el territorio de cada Servicio de Salud.
- El tránsito de los usuarios por la red de atención debe estar determinado por la complejidad de la condición clínica del usuario y la realidad biopsicosocial de las familias y no por las distinciones diagnósticas.
- Salvo para ciertas prestaciones particulares como la psiquiatría forense, no debe existir una referencia que exceda a los territorios de cada Servicio de Salud.
- Asegurar la atención de salud mental en los servicios de urgencia de atención primaria y de hospitales.
- Avanzar en el desarrollo de una red de dispositivos de psiquiatría forense para dar respuesta a la atención particular de esta población.

2. Desarrollar plenamente el modelo comunitario de atención en salud mental, con un funcionamiento articulado en una red de salud mental intersectorial

- Implementar Centros de Salud Mental Comunitaria en todo el territorio nacional, de base comunal y que brinden atención integral en todo el ciclo vital.
- Transferir gradualmente los recursos ambulatorios especializados de psiquiatría a los Centros de Salud Mental Comunitaria en la medida que éstos se vayan implementando en sus territorios de referencia.
- Elaborar y formalizar protocolos de atención y funcionamiento tanto de los distintos dispositivos como del funcionamiento en red, de la red de atención en salud mental (flujograma, manuales de procedimiento).

- Completar el proceso de reestructuración de los 4 hospitales psiquiátricos, los que deben reconvertir su quehacer a prestaciones específicas y validadas que requieran territorios de referencia superiores a los de un servicio de salud.
- Incorporar agentes comunitarios a los equipos de atención en salud mental
- Capacitar a los equipos de atención en salud mental en intervenciones comunitarias efectivas
- Normar y fiscalizar el uso de medidas que limitan los derechos de las personas con enfermedad mental en la atención de salud, haciendo obligatorio el informar regularmente respecto de la magnitud y perfil de estas medidas.
- Integrar profesionales del área social, sociólogos, antropólogos u otros como profesores de educación física, arte, música o líderes de la comunicación a los equipos de salud mental
- Contar con normativa que oriente hacia el modelo de Salud Mental Comunitaria en el conjunto de la red
- Contar con orientaciones para el trabajo comunitario y articulación en red.
- Contar con modelo de gestión para los dispositivos de la red de atención en salud mental
- Asegurar el trabajo conjunto y la coordinación permanente entre la autoridad sanitaria regional y la red de atención

3. Fortalecer el trabajo comunitario e intersectorial en salud mental

- Favorecer y apoyar la conformación y funcionamiento de agrupaciones de usuarios de salud mental y de familiares y amigos de usuarios de salud mental
- Generar mecanismos que faciliten la coordinación y colaboración con el intersector, la comunidad organizada y ONG:s.
- Fomentar participación de usuarios y familiares en consejos técnicos y consejos consultivos.
- Incluir la representación de usuarios y familiares en programación y evaluación de servicios.

- Fomentar el empoderamiento de las comunidades en la evaluación de los servicios.
- Formar a monitores comunitarios en salud mental, física y de rehabilitación, que actúen como agentes de cambio en salud.
- Realizar consejos consultivos de salud mental entre profesionales y usuarios.
- Contar con normativas concordadas con los diversos sectores del Estado para la coordinación y acción intersectorial en los territorios

BORRADOR

3. ÁREA FINANCIAMIENTO

3.1 Situación Actual (Logros, Incongruencias, Falencias/Brechas, Incorporación enfoques transversales: interculturalidad, género, curso de vida y poblaciones vulnerables)

El modelo de financiación de salud debe responder a las características epidemiológicas de la población tanto como al diseño de su red de servicios y al presupuesto de la Nación.

La información con la que Chile cuenta respecto de la asignación presupuestaria y del gasto ejecutado en salud^{ix} se articula bajo las directrices del Presupuesto del sector Público de la Nación. Éste se define como la *estimación financiera de los ingresos y gastos del sector público para un año dado, compatibilizando los recursos disponibles con el logro de metas y objetivos previamente establecidos*^x.

El presupuesto nacional del sector público de salud se organiza siguiendo las mismas directrices del presupuesto para todas las reparticiones del Estado, por subtítulos de ingresos y de gastos. Los gastos deben localizarse en alguna de las siguientes dimensiones de la estructura presupuestaria:

- Gastos en Personal
- Bienes y Servicios de Consumo
- Prestaciones de Seguridad Social
- Transferencias Corrientes
- Reintegros al Fisco
- Otros Gastos Corrientes
- Adquisición de Activos No Financieros
- Adquisición de Activos Financieros
- Iniciativas de Inversión
- Préstamos
- Transferencias de Capital
- Servicio de la Deuda
- Saldo Final de Caja

También los mecanismos de financiación del sistema público de salud son los mismos que los de las demás reparticiones públicas, teniendo un papel relevante en salud los copagos y cotizaciones, por lo que implican para el usuario.

^{ix} Salud se entiende como: Atención directa al paciente, salud preventiva, salud curativa, políticas de salud pública poblacionales, procesos administrativos, medicamentos e insumos, etc.

^x Artículo 11 del decreto ley N° 1.263, de 1975, Ley Orgánica de Administración Financiera del Estado.

Si bien cada una de estos subtítulos se abre en una serie de ítems, no alcanzan a dar cuenta de la especificidad del gasto, por lo que la información es insuficiente para comprender el origen de los recursos así como su destino. La estimación del presupuesto de salud destinado a salud mental no tiene una base sólida, al punto en que no se ha establecido como país, qué se considerará gasto en salud mental y qué no.

Existe una percepción generalizada de que habría un déficit de recursos tanto económicos como de recursos humanos y un desconocimiento del cómo fluyen los recursos financieros para salud mental dentro del sistema de salud. También se percibe una falta de priorización de los temas de salud mental a la hora de definir las asignaciones presupuestarias.

3.2 Situación óptima deseada (Objetivos)

- Es necesario generar consenso sobre cómo contabilizar el gasto por concepto de salud mental. Para ello se requiere una sistematización de la información disponible. Una buena alternativa es contar con un sistema de cuentas nacionales de Salud en la temática de Salud Mental.
- La consecución 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).
- La estrategia de financiación debe incorporar todos los estamentos y niveles del sistema público de salud, incluyendo los procesos de soporte técnicos y de gestión necesarios para otorgar una política sanitaria de excelencia.
- Es necesario definir estrategias para que la salud mental sea priorizada sobre otros problemas de salud para asignación presupuestaria.
- 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 sanitarias.
- 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.

3.3 Plan de Acción (Estrategias, Metas e Indicadores, Actividades, Responsables, Presupuesto)

- Crear un sistema de cuentas públicas de los recursos financieros de la salud mental
- Estimar las brechas de recursos en relación al modelo de red y de atención deseada
- Definir las prestaciones y acciones a financiar de modo de favorecer el accionar de los equipos de un modo coherente con las necesidades de los usuarios en sus territorios.
- Concordar con la autoridad y órganos legislativos una estrategia de cierre de brechas de servicios de salud mental y psiquiatría y de recursos humanos para el decenio.

BORRADOR

4. **ÁREA SISTEMAS DE INFORMACION Y MONITOREO, MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD E INVESTIGACIÓN**

4.1 Situación Actual (Logros, Incongruencias, Falencias/Brechas, Incorporación enfoques transversales: interculturalidad, género, curso de vida y poblaciones vulnerables)

a) **Sistemas de Información y Monitoreo**

La producción y difusión de la información oficial del sector Salud es responsabilidad del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de 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 SNSS (REMSAS); Auditorías de Mortalidad.

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.

Este sistema permite el seguimiento de cada una de las personas, que solicitan atención y cumplen con los criterios de inclusión del GES, a lo largo de todo el ciclo de atención curativa, disponiendo por lo tanto de información individualizada que permitirá mejorar la atención de cada individuo en particular sin dejar de vista la mirada sanitaria integral. Se alimenta de datos que provienen fundamentalmente de formularios diseñados para este objeto, aunque en algunos casos se ha considerado más eficiente el uso de los formularios locales por parte de cada establecimiento.

Sistema de Información y Apoyo a la Gestión de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud RAKIN, cuyo objetivo es el registro individual de las actividades que se realizan en las SEREMI de Salud

Las bases de datos DEIS y SIGGES tienen una cantidad importante de información acumulada sistemáticamente, que se genera desde los servicios locales de salud, sin embargo esta información es difícil de revisar rutinariamente porque muchos

informes se pueden solicitar por períodos cortos de tiempo (mensual) y porque las acumulaciones anuales tienen un grado de latencia de 2 a 3 años.

Por otra parte, no es clara 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.

Los sistemas de registro vigentes no dan cuenta del trabajo comunitario que se realiza y tampoco permiten el seguimiento de los casos. Por otra parte, se tiene la percepción de que no habría conciencia en los profesionales y técnicos de los equipos de salud sobre la importancia de los registros y la importancia de la información para la toma de decisiones en los distintos niveles del sistema.

Una dificultad importante en relación con la información necesaria para definir políticas públicas en salud mental, es que los dispositivos privados no están obligados a este tipo de registro y se dispone de muy poca información sobre ellos. Lo mismo ocurre con la red de atención de las fuerzas armadas y de las mutualidades

b) Mejora Continua de la Calidad

En la atención a la salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si sus acciones son coherentes con las prácticas basadas en la evidencia²⁹.

En el año 2002, el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, define la mejora continua de la calidad de atención, como la estrategia de gestión de calidad, en tanto incorpora aspectos relevantes a considerar para el desarrollo del modelo de salud mental comunitaria. Por ello implementó el Programa de Mejora Continua de la Calidad que contó con la colaboración de destacados profesionales y expertos nacionales e internacionales. Su propósito, fue contribuir a mejorar los estándares de atención y de gestión de los equipos de Salud Mental, desplegados en la extensa red de servicios a lo largo del país.

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 para el logro de los objetivos de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, entre otras:

- La existencia de puntos críticos en los procesos de atención principalmente

vinculados a gestión de recursos y coordinación de actores

- El reconocimiento de las buenas prácticas
- La incorporación y valoración del concepto de calidad y de los procesos de auto evaluación y evaluación de la atención de los usuarios en salud mental
- El desarrollo de una capacidad de respuesta planificada para mejorar los procesos deficitarios detectados en dispositivos evaluados, con seguimiento de éstos entre un período y otro de evaluación
- Reconocimiento de la necesidad y conveniencia de ejecutar planes de mejora continua de la calidad
- Intercambio de prácticas que valoran los aprendizajes entre pares y su replicabilidad posterior en la práctica habitual
- Necesidad de generar un proceso de capacitación en calidad.
- Reconocimiento y valoración de los equipos involucrados en el proceso de evaluación de la calidad
- Posicionamiento de la importancia de reconocer las perspectivas y necesidades de los usuarios externos
- Presencia de factores organizacionales, administrativos, técnicos, de formación y capacitación del personal, que retardan la implantación del nuevo modelo de atención en salud mental
- Necesidad de adecuar algunos criterios de los instrumentos de evaluación continua de la calidad, para dar cuenta de la articulación efectiva de los equipos de salud mental y psiquiatría con la red de salud general.

Adicionalmente, con la reforma del Sector se ha definido un sistema de acreditación de los establecimientos de salud que permite mejorar los procesos generales que se desarrollan en atención primaria y en las unidades hospitalización psiquiátrica.

La autoridad sanitaria regional carece de herramientas para el trabajo de supervisión y asesoría en los procesos de mejora continua de la calidad, por otra parte, los servicios de salud no responden a los informes de supervisión.

c) Investigación en Salud Mental

Sólo el 2% 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, y evaluación de servicios, programas, financiamiento y políticas.

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 información que resultara necesario superar. Tales vacíos de conocimiento 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 es 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 permitan 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 enmarquen en alguno de los siguientes cuatro lineamientos:

- Propuestas que permitan determinar la capacidad actual de los equipos de Salud Mental y del recurso humano que los conforman, a nivel de Atención Primaria de Salud, en relación al potencial de detección y manejo de trastornos mentales y los factores determinantes de éstos.
- Propuestas enfocadas a la Salud Mental Adolescente, destinadas a conocer la factibilidad y dificultades para la implementación de intervenciones efectivas en el contexto nacional, en particular las definidas en los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020.
- Propuestas destinadas a medir el impacto alcanzado por las Garantías Explícitas en Salud– GES, que abordan enfermedades mentales y del comportamiento, como por ejemplo: Esquizofrenia, desde el primer episodio; Depresión, en

mayores de 15 años; Trastornos por consumo de alcohol y drogas, en menores de 20 años; y Trastornos bipolares.

- Propuestas enfocadas a medir el nivel de cumplimiento efectivo de los estándares propuestos por las Guías de Práctica Clínica relativas al abordaje de la problemática de Salud Mental, incluida en las Garantías Explícitas en Salud-GES.

En octubre de 2014 se falló el concurso informándose un total de 14 proyectos presentados y la aprobación de los siguientes 7 proyectos:

- Asociación entre el desarrollo del modelo comunitario de atención en salud mental y mejoría en la calidad de vida de personas que ingresan al programa integral de salud mental en atención primaria.
- Acceso diferencial a tratamiento de salud mental en sujetos con intento de suicidio y suicidio consumado. Un estudio de casos y controles en la red asistencial.
- Efectividad de una intervención breve para disminuir el consumo de alcohol en pacientes con consumo de riesgo según AUDIT realizada por técnico paramédico en atención primaria.
- Adolescencia y suicidio: Construcción subjetiva del proceso suicida en jóvenes LGB sobrevivientes.
- Evaluación integral de la implementación de las garantías explícitas de salud (GES) que abordan enfermedades mentales y del comportamiento: Estudio multi-casos cuali-cuantitativo.
- Competencias profesionales de psicólogos y médicos que trabajan en el programa GES-Depresión de APS y su relación con resultados clínicos.
- Estudio de los padecimientos psicoemocionales en la colectividad de origen indígena en la Región de Tarapacá y diseño de estrategias de intervención desde la atención primaria.

Estos estudios están entregando importante información para el desarrollo de políticas, programas y para la gestión de las redes de salud mental y psiquiatría.

Por otra parte, es preocupante la falta de condiciones 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.

4.2 Situación óptima deseada (Objetivos)

1. Contar con un sistema para recolectar, procesar, analizar, diseminar y usar información relacionada con los servicios de salud mental y con las necesidades de la población usuaria en esta materia, que permita la toma de decisiones en todos los aspectos del sistema de salud mental y no sólo para recoger datos.
2. Contar con un proceso de Evaluación Continua de la Calidad, inserto en la cultura organizacional de los establecimientos prestadores y administradores de servicios de salud mental.
3. Contar con un número suficiente de investigaciones nacionales en salud mental que permita una acertada toma de decisiones para contribuir al cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década.

4.3 Plan de Acción (Estrategias, Metas e Indicadores, Actividades, Responsables, Presupuesto)

1. Revisar los sistemas de información existentes, identificando brechas e inconsistencias con el fin de proponer mejoras que apunten a registrar información útil tanto para la gestión clínica como para la evaluación del desarrollo del modelo comunitario de atención en salud mental.

Establecer un conjunto mínimo de información requerida a nivel nacional, con definiciones específicas de las variables a registrar.

Asignar tiempos específicos para ingresar datos a los sistemas de registro y eliminar los registros manuales

2. Protocolizar los procesos de atención en salud mental de modo de facilitar la definición de estándares de calidad de atención.

Construir indicadores de calidad específicos para los dispositivos de la red de atención en salud mental, que complementen los sistemas de acreditación vigentes.

Elaborar instrumentos estandarizados para evaluar, supervisar y asesorar a los establecimientos y unidades que brindan atención en salud mental

3. Mantener un registro nacional actualizado de las investigaciones realizadas y en curso, relacionadas con salud mental.

Definir y difundir áreas de investigación más relevantes

Realizar diagnósticos participativos periódicos en cada región con indicadores homogéneos para todo el país.

Fortalecer las unidades de epidemiología de la autoridad sanitaria regional y entregar herramientas para investigaciones cualitativas, propiciando la realización de investigaciones en poblaciones específicas.

Fomentar alianzas con Universidades para la realización de estudios e investigación, así como para el análisis de la información existente en los sistemas de registro vigentes.

BORRADOR

5. ÁREA RECURSOS HUMANOS Y FORMACIÓN

5.1 Situación Actual (Logros, Incongruencias, Falencias/Brechas, Incorporación enfoques transversales: interculturalidad, género, curso de vida y poblaciones vulnerables)

En el área de Salud Mental en el Sistema Público de Salud, existe una sub-dotación de recursos humanos, con cargos vacantes por la falta de incentivos apropiados, las plantas están sub dimensionadas y falta oferta en algunas profesiones: médicos psiquiatras, enfermeras y terapeutas ocupacionales. Un alto número de profesionales y técnicos del área están en situación contractual inestable³⁰. Del mismo modo existe falta de formación de pregrado, postgrado y educación continua y capacitación que sigan un plan coherente que impacte en la calidad del trabajo y en su pertinencia con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

La mayor parte de las redes públicas de salud mental, además de tener brechas en el número de dispositivos existentes y las dotaciones asignadas, mantienen vacantes un número importante de horas médicas de especialistas en psiquiatría adultos e infantojuvenil que no han podido contratarse pese los continuos esfuerzos para hacerlo. En lo tocante a otros profesionales, también existe déficit similar en enfermería y terapia ocupacional (MINSAL, 2014). Esto deja de manifiesto la falta de interés de los profesionales por desempeñarse en las condiciones materiales que hoy ofrece el Sistema Público, así como su poca disposición por asumir prácticas que este Sistema requiere.

Entre los principales problemas para atraer profesionales de salud mental al sistema público se puede mencionar la inestabilidad laboral producida por los contratos a honorario, lo que genera una altísima rotación y pérdida de recursos humanos formados; los sueldos por debajo del promedio de mercado y las condiciones de exigencias adicionales que implica el trabajo con personas en situación de crisis.

Adicionalmente, el adecuado funcionamiento de los nuevos dispositivos organizados sobre la base del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental exige nuevos conocimientos y competencias, distintas y más amplias que aquellas que resultan de la formación que entregan actualmente la mayoría de los centros académicos del país.

La necesidad del sistema público de salud no es sólo contar con más médicos especialistas y profesionales en el área de salud mental, sino que estos posean las competencias necesarias para su adecuado desempeño en este contexto. A lo que se suma la importancia de realizar intervenciones comunitarias *in situ*, es decir en el lugar donde vive la persona afectada por un trastornos mental (su familia, su barrio, sus amigos, etc.), actividades que complementan y potencian las acciones que los equipos de salud mental realizan en los dispositivos específicos, y que permiten actuar en forma efectiva sobre los determinantes sociales del

estigma, la discapacidad y la exclusión social, tal como ha sido demostrado por la evidencia científica y la experiencia en países más desarrollados.

En la actualidad, el desarrollo del modelo comunitario de atención en salud mental es escaso, pero más aún, un número importante de profesionales cree erradamente, estar desarrollando el modelo al realizar acciones distintas a la consulta individual en box.

Por otra parte, la definición de metas e incentivos asociados no incluye acciones propias del modelo comunitario, lo que obliga a los profesionales a orientar su quehacer hacia esas metas, perdiéndose por desuso las destrezas en acciones comunitarias.

En nuestro país, la formación de pregrado de médicos y otros profesionales, así como de todos los especialistas tiene lugar fundamentalmente en establecimientos públicos y este solo hecho ya constituye un apoyo material para este fin. Además, el Estado financia la mayor parte de los procesos de especialización médica contratando y remunerando a los médicos en formación y transfiriendo recursos a los centros formadores (Universidades).

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 es una grave omisión cuando enfrentamos un importante cambio en el Modelo de Atención en un área sanitaria prioritaria como lo es en Salud Mental y Psiquiatría.

En lo que respecta al 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 el Modelo Comunitario de Atención de Salud Mental en la mayor parte de las Universidades del país.

En el Postgrado, en un intento por influir en este escenario, en 2003 el Ministerio de Salud publicó *el Programa Académico Referencial para la Formación de Especialistas en Psiquiatría*, elaborado a partir de una iniciativa de su Unidad de Salud Mental desde la cual se concertó para su elaboración a un conjunto de académicos y clínicos con responsabilidad de gestores³¹.

No obstante este Programa no fue asumido por el propio Ministerio como una directriz para su gestión en el tema y los recursos destinados a formación de Psiquiatras siguieron distribuyéndose a los programas tradicionales sin variación alguna.

En lo que respecta a la formación de especialistas médicos, únicamente la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor, en alianza con el Servicio de Salud Metropolitano Sur, y en particular con el Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial Barros Luco, tomó este

Programa Referencial como propio e inició el 01 de Abril de 2006 la formación de Psiquiatras de Adultos en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental^{xi}.

En cuanto a programas de formación continua en el tema, sólo ha tenido regularidad y consistencia el Diploma en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, que se dicta en forma semipresencial desde el año 2002 a petición de la Unidad de Salud Mental del MINSAL, e impartido desde esa fecha por la Unidad de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública y por MEDICHI, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Este programa ya lleva 12 versiones anuales y ha tenido 1.170 alumnos de todas las profesiones de la salud y de todas las regiones del país.

Como complemento a lo anterior, esta misma Unidad de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública, ha impartido un Diploma de Gestión de Servicios de Salud Mental en el Sistema Público, con 4 versiones desde el año 2009, orientado a fortalecer las competencias de los directivos y líderes de estos equipos en los dispositivos de salud mental del sistema público.

En términos prácticos, 24 años después del inicio de las transformaciones y 13 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 e incluso no son considerados en absoluto por los programas en que se forman los médicos que se especializan en psiquiatría adulto e infanto-juvenil. Del mismo modo, estos programas no hacen uso de los escenarios formativos que las redes territoriales públicas ofrecen.

En lo que respecta a otras profesiones, no existen programas de especialización en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, hay iniciativas aisladas que podrían ser ampliadas y profundizadas en el marco de una política pública que se hiciera cargo de la necesidad de desarrollar recursos humanos especializados en salud mental para el sistema público de salud.

De acuerdo al estudio de brechas efectuado por el MINSAL, a septiembre de 2014, el déficit de psiquiatras adulto es de 3124 horas semanales, y 512 horas de psiquiatra infanto-juvenil. Por su parte, faltan 17.087 horas semanales de psicólogo, 10.071 de enfermera, 16.983 de

^{xi} Con base en el Hospital Barros Luco funciona el Programa de Especialización en Psiquiatría Adultos de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor, Acreditado por 5 años por APICE. Se rige por el Programa Académico Referencial para la Formación de Especialistas en Psiquiatría del Ministerio de Salud y que egresa 5 Psiquiatras anuales, completando 40 admisiones y 26 Titulados a la fecha (Octubre 2014). El mismo Programa ha apoyado a una de las Unidades Académicas de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile (Centro-Sur) que egresa 4 Psiquiatras anuales. Todos los Psiquiatras titulados permanecen en el Sistema Público. Este esfuerzo no ha contado con apoyos formales proporcionales a sus logros y potencialidades y una de sus vulnerabilidades en la precaria remuneración que reciben los médicos psiquiatras del Servicio de Psiquiatría, colaboradores docentes indispensables en este esfuerzo. Este Proyecto debiera resolver esta situación

trabajador social, 19.145 de terapeuta ocupacional, 34.776 de técnico en rehabilitación, 7445 de técnico paramédico. Además hay una brecha de 15.448 horas semanales de personal administrativo. Los servicios más carentes de recursos humanos para salud mental son casi todos los de la Región Metropolitana, Maule, Araucanía Sur y Viña del Mar – Quillota.

Dicho estudio está basado en las recomendaciones del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (MINSAL 2001). De acuerdo a ello, existe una brecha 186 equipos especializados a nivel nacional.

En relación con la situación del recurso humano en la autoridad sanitaria regional, se observa una importante brecha, no solo en el número del recurso humano destinado a salud mental sino en la formación en salud pública de los profesionales dedicados al tema. Por otra parte se observa una gran heterogeneidad entre las distintas SEREMI de salud en cuanto al número y tipo de profesionales contratados para el tema de salud mental, y además en el tipo de contrato y la remuneración.

5.2 Situación óptima deseada (Objetivos)

El Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental y Psiquiatría requiere tanto capacitar a los actuales profesionales y técnicos, de modo de que desarrollen las habilidades necesarias para sus nuevas funciones, como transformar los programas de pregrado y postgrado de las carreras de la salud.

Resolver las brechas existentes en recursos humanos tiene implicancias cuantitativas y cualitativas. Debe ampliarse el número de centros formadores y deben utilizarse los mecanismos disponibles para que aquellos programas que reciben recursos públicos adecuen su funcionamiento a modo de entregar a los profesionales en formación las competencias que el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental requiere.

En este sentido, se destacan las siguientes líneas prioritarias:

- Programa de formación en Salud Mental para equipos APS: Capacitación teórica y práctica en Centros APS de las áreas de demostración, de una duración aproximada a 15 días.
- Programa de formación en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria para equipos de nivel de especialidad ambulatoria: Capacitación a distancia (120 horas) y pasantía de una semana en un equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria.

Este módulo sirve de crédito para un programa de Magister en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria.

- Incorporación de la Salud Mental y Psiquiatría en la malla curricular de las carreras de técnico paramédico, enfermería, obstetricia, medicina, psicología y servicio social, en cantidad y calidad suficientes para que los egresados tengan las habilidades para trabajar en este campo a nivel de atención primaria.
- Implementación de la Especialidad de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en las carreras de enfermería, psicología, terapia ocupacional y servicio social. La formación de esta sub especialidad podría hacerse durante un semestre opcional dentro de la formación de pregrado.
- Nuevo Programa Referencial de Especialización en Psiquiatría para médicos, incluyendo el desarrollo de las habilidades necesarias para trabajar en un equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria.
- Creación de la profesión “Técnico en Rehabilitación Psicosocial”, con una formación de 2 años y el desarrollo de las habilidades necesarias para trabajar en un equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria contribuyendo a la rehabilitación de las personas con enfermedades mentales severas e incapacitantes.
- Establecer la carrera funcionaria para todos los funcionarios que trabajan en salud mental, incluyendo la posibilidad de migración entre los distintos niveles del sistema de salud

5.3 Plan de Acción (Estrategias, Metas e Indicadores, Actividades, Responsables, Presupuesto)

1. Desarrollo de Polos docentes-asistenciales de formación de recursos humanos en salud mental

Un criterio fundamental de esta propuesta es que, -reconociendo el rol fundamental de los escenarios formativos para el desarrollo de competencias profesionales-, aquellas redes públicas de dispositivos de salud mental que muestran niveles superiores de desarrollo y funcionamiento, deben ser la base para la ampliación de la oferta de especialización, creando, en alianza con los centros académicos que corresponda, nuevos programas de formación de recursos humanos en salud mental orientados por el Modelo Comunitario de Atención de Salud Mental. Esto implica

trascender ampliamente el concepto de campo clínico y de los intercambios económicos relacionados con éste. Se trata de formalizar alianzas estratégicas entre varias instituciones que, por una parte busquen aprovechar la calidad de las redes existentes y por otra, generar programas de formación especializada para médicos, otros profesionales y técnicos; así como impactar en la calidad y pertinencia de la capacitación y la educación continua de aquellas personas que ya forman parte de estas redes.

Este programa considera la formalización de al menos 5 Polos Docentes-Asistenciales de Formación de Recursos Humanos en Salud Mental en el período 2014 – 2017. 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 y la formación de agentes comunitarios en salud mental que utilizan intervenciones de efectividad demostrada.

2. Regularización de la situación contractual de los funcionarios del sistema público de salud dedicados a la atención en salud mental.
3. Cierre de brecha de recursos humanos para la atención de salud mental
 - Estimar brechas de RRHH en equipos existentes en los tres niveles de atención en relación a los territorios y población asignada.
 - Estimar brechas de RRHH para aquellos territorios que carecen de equipos de salud mental en cada nivel de atención.
 - Diseñar estrategias de cierre de brechas articuladas con diseños territoriales locales, que respondan a las necesidades de la red de salud mental propuesta, evitando desarrollos disfuncionales.

6. ÁREA PARTICIPACIÓN

6.1 Situación Actual (Logros, Incongruencias, Falencias/Brechas, Incorporación enfoques transversales: interculturalidad, género, curso de vida y poblaciones vulnerables)

En sus diversas modalidades, la participación social constituye un derecho ciudadano y una condición imprescindible de la verdadera inclusión. 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, pues una comunidad empoderada y dotada de mecanismos efectivos de participación tiene mayor capital social y más oportunidades para la protección y promoción de la salud mental.

El Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 enfatizó el rol de las agrupaciones de usuarios y de familiares de usuarios de servicios de salud mental, en el acompañamiento y ejercicio de derechos de los usuarios con problemáticas de salud mental, sin embargo, en la actualidad se desconoce el número exacto de estas agrupaciones, así como el número de personas participantes en éstas.

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, 15,6% de familiares y 19,5% mixtas, con participación tanto de usuarios como de familiares, estimándose que existen aproximadamente 8.000 usuarios 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 mentales. (Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe. Santiago de Chile, 2014).

La realidad de las agrupaciones de usuarios y de familiares de usuarios de salud mental es muy heterogénea, en algunos lugares existen muy pocas organizaciones o las existentes están constituidas por un número muy reducido de personas, con poco dinamismo y sin mayores recursos.

Por su parte, 18 Servicios de Salud reportan un total de 485 agrupaciones de salud mental, con un promedio de 27 agrupaciones por Servicio de Salud (dispersión entre 5 y 74), distinguiéndose los Grupos de Autoayuda (57%) que incluyen 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 Adultos Mayores; Grupos Multifamiliares (10%) y Agrupaciones de Usuarios y Familiares (10%).

Entre el 55% y el 70% de los dispositivos de salud mental realizan algún tipo de actividad con las agrupaciones de usuarios y familiares, como 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 mental, entre otras.

De acuerdo a la información reportada por los encargados del Programa de Salud Mental de los Servicios de Salud, uno de los aspectos que dificulta tener una mayor coordinación y trabajo con las Agrupaciones de Salud Mental, es la sobrecarga laboral y la falta de priorización de este tipo de acciones dentro de la cantidad de funciones que desempeñan.

Sólo un 18% de los Servicios de Salud declaran mantener una coordinación constante entre el Encargado del Programa de Salud Mental y el Encargado de Participación y Trato al Usuario, fundamentalmente para realizar 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 de salud mental y articulación de la participación comunitaria en las estrategias de Salud mental Intercultural.

Un 30% de los Servicios de Salud reportan una escasa vinculación, mientras que el 24% refiere mantener una coordinación esporádica, básicamente establecida para coordinar reuniones, dar apoyo a acciones intersectoriales específicas, para organizar actividades promocionales o difusión de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes.

En general los Servicios de Salud a través de las 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 estos grupos no forman parte de los Consejos de Desarrollo Local de cada establecimientos, o de agrupaciones comunales de salud, lo cual no permite ser visualizados desde los referentes de participación social en los Servicios de Salud.

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 dicha vinculación. 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, puestos que éstas deben incluir dos representantes de asociaciones de usuarios de la salud mental o dos representantes de asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual. Otro canal de participación 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 participan escasamente en ellos.

De acuerdo al Estudio FONIS sobre “Evaluación de calidad de atención y respeto de derechos de los pacientes en Servicios de Salud Mental, integrando perspectivas de usuarios y equipos de salud”, existe una falta de mecanismos que permitan a los usuarios/as decidir sobre su propio proceso de recuperación. La preferencia del usuario debe ser prioritaria. (Proyecto FONIS SA12I2073).

Además de las organizaciones formales, existen otras formas de asociatividad no formales, especialmente entre los adolescentes y jóvenes, que requieren ser incorporadas como parte de las estrategias organizativas en los diferentes territorios.

6.2 Situación óptima deseada (Objetivos)

El modelo de salud mental comunitaria demanda la existencia de agrupaciones de usuarios y familiares fuertes, empoderadas y con roles bien definidos. En este sentido es necesario incorporar nuevas y múltiples vías de participación social, trascendiendo el tipo de participación centrada en actividad consultiva, 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 sus propios tratamientos.

Esto 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, posición socioeconómica, discapacidad, ascendencia racial, 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 recogidas a través de procedimientos formales y vinculantes, incidan en las decisiones que afectan la atención que reciben.

Fortalecer y fomentar la participación social en salud requiere incorporar a las culturas locales, en la comprensión de la salud mental y en la definición del abordaje para 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.

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, debieran incorporar áreas de decisiones, de desarrollo y financiamiento en bienestar psicosocial y salud mental.

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 de sus miembros, más allá del ámbito de los ingresos y condiciones de vida o trabajo básicas.

Junto a lo anterior, se requiere generar mecanismos que permitan conocer y fortalecer las organizaciones de usuarios y de familiares de usuarios 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 con las organizaciones de usuarios y de familiares de usuarios 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 de salud mental se debe estimular la participación de los usuarios 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.

Se debe potenciar la coordinación y trabajo conjunto con otros Programas como el Programa de Promoción de Salud y/o Unidades como la Unidad 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.

6.3 Plan de Acción (Estrategias, Metas e Indicadores, Actividades, Responsables, Presupuesto)

1. Promover la creación de nuevas organizaciones y fortalecer las existentes

- Diseño e implementación de un Programa de Salud Mental y Participación Social.
- Gestión de recursos para apoyar el quehacer de las organizaciones de usuarios y de familiares de usuarios de servicios de salud mental y en general, para la ejecución de las diferentes actividades que engloba la participación.
- Fortalecimiento de políticas y normativas para el desarrollo de actividades comunitarias y fortalecimiento de la asociatividad de usuarios y familiares.
- Formación de monitores en Salud Mental en la comunidad, que apoyen la difusión de acciones en el ámbito preventivo.
- Fortalecimiento a representantes de las organizaciones comunitarias mediante capacitación, asesoría e incorporación en Escuela de Líderes en Salud.
- Asesoría a las organizaciones para la obtención de personalidad jurídica y para la participación en proyectos concursables que les permitan desarrollar sus objetivos y actividades al interior de la comunidad.
- Capacitación a las agrupaciones de salud mental para que sus asociados sean referentes de la temática en sus territorios.
- Catastro actualizado de agrupaciones existentes a nivel nacional y en cada territorio, que permita tener un diagnóstico del tipo de agrupación, temáticas que abordan, número de integrantes que participan en ellas y otra información relevante.
- Evaluación periódica del quehacer de las organizaciones de salud mental en cuanto a nivel de influencia en la red local y el nivel de participación al que acceden.
- Identificación y difusión de experiencias exitosas en el quehacer de agrupaciones de usuarios y familiares de usuarios de servicios de salud mental.

- Apoyo a la inclusión transversal de las organizaciones de salud mental en las actividades de participación social, en Comités de Hospital Amigo, en Consejo de Participación Social, Consejos Consultivos de usuarios, Consejos de Atención Primaria, y evaluación del grado de participación de las organizaciones de salud mental en estas instancias.
- Fomentar la incorporación de las agrupaciones en proyectos concursables que les permitan desarrollar sus objetivos y proyectos al interior de la comunidad.
- Incorporación de representantes de las agrupaciones de usuarios y familiares de usuarios de servicios de salud mental en los Consejos Técnicos de Salud Mental.
- Desarrollar la estrategia de presupuestos participativos en salud mental

2. Acciones asociadas al análisis y difusión de Información:

- Recopilación y difusión periódica de información relativa a las instancias de participación existentes en los distintos territorios.
- Generación de paneles informativos y de análisis en los establecimientos con atención en salud mental, donde usuarios, familiares y comunidad en general puedan entregar y recibir información relevante.
- Desarrollo de instancias periódicas de difusión y entrega de información referente a temáticas de interés para los usuarios y familiares (derechos y deberes como usuarios y familiares en salud mental, normativas vigentes, psicoeducación, mecanismos e instancias de participación, fondos públicos a los que se puede postular, etc.)
- Utilización de medios de comunicación masiva para difundir información relevante para usuarios, familiares y comunidad en relación con la salud mental.
- Incorporación de las agrupaciones de familiares y usuarios en los procesos de evaluación de satisfacción usuaria en la temática de salud mental.
- Elaborar lineamientos técnico metodológicos para potenciar el trabajo en participación.

3. Utilización y/o creación de espacios de coordinación y participación:

- Realización de encuentros locales, regionales, macro-zonales y nacionales que permitan compartir experiencias y fortalecer las alianzas entre las agrupaciones de salud mental.
- Inclusión de usuarios y familiares en las instancias de capacitación realizadas por el sector.
- Inclusión de las agrupaciones de salud mental a los diálogos ciudadanos.
- Resguardo de la participación de representantes de las agrupaciones de usuarios y de familiares en la Comisión Nacional y las Comisiones Regionales de Protección de Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales.
- Participación de las agrupaciones de salud mental en la planificación y calendarización de actividades de promoción y participación.
- Utilización de plataformas informáticas para la difusión de las actividades, para las convocatorias y para los registros.
- Utilización de las herramientas instaladas para realizar videoconferencias dentro de los territorios de los Servicios de Salud, Regiones y macro-regiones, en la lógica de la difusión y comparación de las mejores prácticas (benchmarking).

7. ÁREA INTERSECTORIALIDAD

1.1 Situación Actual (Logros, Incongruencias, Falencias/Brechas, Incorporación enfoques transversales: interculturalidad, género, curso de vida y poblaciones vulnerables)

El nivel de salud mental que alcanzan los individuos, los grupos y las comunidades, es el resultado de la interacción en los contextos de vida, existiendo hoy suficiente evidencia sobre la manera en que inciden múltiples factores familiares, sociales, económicos, políticos y ambientales sobre la salud mental (por ejemplo, el tamaño del grupo primario de pertenencia, el apoyo social recibido, la posición social, la desigualdad socioeconómica, el endeudamiento, el nivel de ingreso, la oportunidad y calidad de la educación, las oportunidades y ambiente de trabajo, la calidad de la vivienda y barrios, la disponibilidad de medios de transporte, los factores medioambientales, la alimentación, las oportunidades para desarrollar actividades deportivas y recreativas, etc.)

Resulta evidente que la intervención sobre los diversos factores señalados se encuentra fuera del trabajo habitual del sector Salud, quedando así la salud mental de la población, determinada en gran parte por políticas y decisiones de otros sectores sociales. Por consiguiente, las acciones para proteger y mejorar el nivel de salud mental de la población, son responsabilidad de todos los sectores sociales. Conforme a ello, se requiere de un trabajo intersectorial articulado, de un compromiso genuino por promover estilos de vida saludables, de prácticas y políticas públicas tendientes a fortalecer el desarrollo humano en general y el bienestar psicosocial en particular.

Con el lema “Salud Mental en todas las políticas” se aspira a que todos los sectores del Estado identifique y hagan suya la responsabilidad que tienen, con la promoción de una mejor salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la inclusión de las personas que presentan trastornos mentales. En la actualidad existen varias iniciativas en distintos sectores sociales que apuntan a alguna o varias de estas áreas:

1. Empleo en personas con discapacidad:

- Servicios Sociales del Pro empleo: Es un programa del Ministerio del Trabajo que se desarrolla a través de un Concurso Público y permite a las instituciones de derecho privado sin fines de lucro recibir recursos del Estado para financiar proyectos que beneficien a personas vulnerables desempleadas, incluyendo a las

personas con discapacidad como uno de los grupos de beneficiarios (WHO AIMS, 2014, pág. 84)

- Becas franquicia tributaria: es un subsidio otorgado por el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE), para acceder a capacitación enfocada en las competencias laborales. Durante el año 2012, se entregaron 900 millones de pesos para capacitación de personas con discapacidad. 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. (WHO AIMS, 2014, pág. 84).
- Intermediación laboral: Unidad dependiente del SENCE, la que en conjunto con SENADIS diseñó y desarrolló un Sistema de Intermediación Laboral para personas con discapacidad, articulando 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, pág. 85)
- Formación para el trabajo: Es un programa del SENCE cuyo objetivo es generar competencias laborales con el propósito de aumentar las posibilidades de encontrar empleo. En el año 2012 se apoyó el ingreso de las fundaciones TACAL^{xii} y CHILECAP^{xiii} al registro especial de instituciones de capacitación y apoyo a la inclusión laboral de personas con discapacidad. (WHO AIMS, 2014, pág. 85)
- Programa de Fortalecimiento de las Oficinas Municipales de Información Laboral (OMIL): Convenio entre el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) y el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) para favorecer la colocación laboral de personas con discapacidad. Se entregará capacitación a las OMIL y un incentivo cada vez que logren colocar a una persona con discapacidad. (WHO AIMS, 2014, pág. 85)

2. Alojamiento/viviendas para personas con discapacidad

En el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) existe una oferta de subsidios que incluyen a personas con discapacidad, entregándoles mayor puntaje en la

^{xii} Fundación TACAL (Taller de Capacitación Laboral) es una organización sin fines de lucro que capacita gratuitamente a personas con todo tipo de discapacidad, preferentemente en situación de exclusión social y/o pobreza

^{xiii} La Fundación CHILECAP es una organización sin fines de lucro, cuya finalidad es mejorar las habilidades de las personas con discapacidad, incorporando la inclusión laboral como una estrategia para la plena integración

postulación y asignándole más recursos para la construcción y adecuación de sus casas de acuerdo a la discapacidad que posean. El sistema de postulación no distingue por tipo de discapacidad y la persona debe estar inscrita en el Registro Nacional de Discapacidad para poder postular al subsidio. (WHO AIMS, 2014, pág. 85)

En el año 2011 se modificó la 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 (WHO AIMS, 2014, pág. 86).

Entre enero a octubre 2012, se entregaron un total 1.299 subsidios habitacionales para personas con discapacidad, lo cual representa el 1,8% del total de subsidios. Las personas con discapacidad mental rara vez logran acceder a subsidios para viviendas, no existen disposiciones específicas para ellas en la asignación de estos beneficios y pueden obtener un puntaje menor por no tener pareja y/o no tener hijos, lo cual es más frecuente en estos grupos. (WHO AIMS, 2014, pág. 86).

No existen disposiciones legales o financieras específicas relativas a la protección contra la discriminación en la asignación de viviendas para personas con discapacidad mental y/o trastornos mentales graves. (WHO AIMS, 2014, pág. 85)

3. Salud mental en escuelas

De acuerdo a información recibida del 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^{xiv}, 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.

El Programa Habilidades para la Vida de Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) es la iniciativa más importante en promoción y prevención de salud mental en las escuelas. Orientado inicialmente a la enseñanza básica, se ha extendido en los últimos años a algunos estudiantes de pre-kinder, kinder y enseñanza media, alcanzando una cobertura del 26,7% de las escuelas municipales y 7,2% de las particulares subvencionadas, y en términos de estudiantes beneficia al

^{xiv} Información entregada por el Ministerio de Educación

18,0% de los estudiantes de escuelas municipales y al 3,3% de las particulares subvencionadas. (WHO AIMS 2014, pág. 87)

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) ha implementado dos programas nacionales de prevención del abuso de estas sustancias, “Chile Previene en la Escuela” y “Certificación” de escuelas que cuentan con un plan de acción preventivo. La suma de ambos programas alcanza una cobertura 11,1% de escuelas y 8,9% de estudiantes.

Tanto la Policía de Investigaciones como Carabineros, también desarrollan acciones pro salud mental en las escuelas. En el caso de la Policía de Investigaciones, estas consistieron en talleres de psicoeducación y prevención en materias 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 desarrolló charlas de prevención de consumo abusivo de alcohol y sobre factores protectores del consumo de drogas, varias funciones de una obra de teatro sobre prevención de problemas con alcohol y otra sobre bullying, y un seminario sobre prevención del consumo abusivo de alcohol en Carabineros de Chile. (WHO AIMS, pág. 88)

4. Pensiones de fondos públicos por discapacidad mental

En Chile, desde la Reforma Previsional se incorporaron las Pensiones de Invalidez no previsionales a la Pensión Básica Solidaria para personas mayores de edad con discapacidad. En el caso de aquellas con menos de 18 años, sus familias pueden optar al subsidio de discapacidad. Ello ha significado un importante, aunque insuficiente, aporte monetario a las personas con discapacidad, y en el marco de esta reforma previsional se crearon mecanismos de mantención de la pensión en contextos de contrato laboral proporcional al ingreso recibido. El Instituto de Previsión Social no dispone de información relativa al número de personas con discapacidad mental que reciben Pensiones Básicas Solidarias de Invalidez. (WHO AIMS, 2014, pág. 89)

La articulación con otros sectores sociales forma parte del quehacer habitual en los distintos niveles del sistema público de salud, manteniéndose instancias de trabajo y colaboración formal en áreas como promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales, prevención y tratamiento del abuso de sustancias; sistemas de protección infantil; servicios y programas de apoyo a personas con discapacidad;

sistema de protección social; servicios y programas para adultos mayores; entre otros.

A nivel central se encuentran en desarrollo las siguientes instancias de trabajo intersectorial:

- Mesa SENDA-MINSAL, cuyo objetivo es articular los requerimientos técnicos de un convenio de colaboración en lo que respecta a oferta de atención para personas con problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas.
- Mesa SENDA-MINSAL-SENAME-GENCHI, para articular la oferta de atención a población infanto-adolescente infractora de ley, con problemáticas de consumo de drogas y alcohol.
- Mesa MINSAL, SENAME, SENDA, Depto de Responsabilidad Penal de Justicia y Consejo Nacional de la Infancia, orientada a elaborar una propuesta para dar atención en salud general con énfasis en salud mental a niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal de Adolescentes.
- Mesa MINSAL, MIDESO, SENADIS, MINVU y Ministerio de Bienes Nacionales, para el abordaje de apoyos graduados a personas con discapacidad mental de origen psíquico o intelectual.
- Mesa Aulas de Bien Estar, conformada por MINSAL, MINEDUC, JUNAEB y Consejo Nacional de la Infancia, establecida para fortalecer acciones de promoción, prevención, detección temprana y primera respuesta a problemas de salud, en establecimientos educacionales, en el marco de la Reforma Educacional.
- Mesa Sistema Nacional de Cuidados, coordinada por MIDESO y tiene como objetivo construir intersectorialmente un sistema que brinde apoyo a las personas que requieren de cuidados especiales y a sus cuidadores.
- Mesa MINSAL - Consejo Nacional de la Infancia PLAN DE ACCIÓN INTERSECTORIAL 2015-2017 Transición desde el Acogimiento Residencial hacia un Sistema de Protección Especial de Base Familiar y Comunitaria para la Primera Infancia Vulnerada en sus Derechos.

En el ámbito regional, de acuerdo a la información reportada por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud se mantienen las siguientes instancias de trabajo intersectorial:

- Mesa Técnica de Prevención del Suicidio, en la que participan además de las SEREMI de Salud y los Servicios de Salud, la SEREMI de Educación, la Corporación de Desarrollo Social, SERNAM, INJUV, Universidades, Policías.

- Mesa Intersectorial de Violencia Intrafamiliar, que cuenta con representantes del Consejo Municipal de Desarrollo Social (CMDSD), SERNAM, INJUV
- Mesa Red de Asistencia a Víctimas (RAV), con la participación de Servicios de Salud, SEREMI de Salud, SENAME, SERNAM, Carabineros de Chile, Corporación de Asistencia Judicial (CAJ), Centro de Apoyo a Víctimas (CAVD), Seguridad Pública, SEREMI de Justicia, PDI, Servicio Médico legal.
- Mesa regional de OH y Drogas, integrada por Servicios de Salud, SEREMI de Salud, SENDA, GENCHI
- Mesa Maltrato Adulto Mayor, integrada por SENAMA, SEREMI de Desarrollo Social, Servicios de Salud, SEREMI de Salud, Gobernaciones Provinciales.
- Mesa Calle, en la que participan SEREMI de Desarrollo Social, DIDECO Municipal, Gendarmería, SENADIS, Fundación Caritas, Hogar de Cristo.
- Mesa Infancia y adolescencia, conformada por representantes de la Sociedad civil, Educación, SEREMI y Servicios de Salud.
- Mesa Intersectorial de Discapacidad, en la que participa SENADIS, SEREMI de Educación, Red de Universidades, COMPIN, SEREMI de Salud, Servicios de Salud
- Mesa regional salud mental, integrada por GORE, Carabineros, PDI, SML
- Comisión Regional de Seguridad de Tránsito, integrada por SIAT de Carabineros, SENDA, Escuelas de Conductores, Direcciones de Tránsito de las Municipalidades, MOP, Vialidad, SEREMI de Salud.

Los Servicios de Salud participan en todas las instancias de coordinación y colaboración intersectorial a nivel de las regiones y además han generado otras instancias de trabajo intersectorial, tales como los Consejos Consultivos donde participa la sociedad civil y las organizaciones territoriales, el Comité de Emergencias y Desastres en el que participan además del Servicio de Salud, la ONEMI y la Intendencia.

Si bien las instancias de coordinación y colaboración intersectorial son amplias y variadas, existe una serie de dificultades para desarrollar el trabajo intersectorial, entre las que se destacan^{xv}:

^{xv} Información extraída de los trabajos grupales realizados en la Jornada Nacional de Salud Mental “Salud mental Comunitaria”, construcción de todas y todos”, 2014.

- El trabajo en red no está priorizado y no es explícito
- Existe un déficit de recursos humanos para el trabajo intersectorial. Se requiere la creación de la figura de un facilitador o coordinador intersectorial.
- Falta de sistemas de registros para medir trabajo en red, no existen indicadores de trabajo intersectorial y los indicadores que existen no se evalúan.
- Carencia de coordinación con entidades formadoras.
- Falta de coordinación al interior del propio sistema público de salud, lo que sobrecarga a los equipos.
- La intersectorialidad se verifica más a nivel teórico y de voluntades, pero se dificulta llevarla a la práctica, en parte por la existencia de metas y objetivos parcelados por cada sector y por la falta de una gestión integrada.
- En los distintos sectores la toma de decisiones es centralizada, lo que dificulta el desarrollo de un trabajo intersectorial local.

1.2 Situación óptima deseada (Objetivos)

En el ámbito de la salud mental se requiere coordinación y cooperación intersectorial para:

- Desarrollar acciones que promueven una salud mental óptima, focalizadas en el fortalecimiento de factores protectores para ésta.
- Instalar estrategias preventivas y de detección temprana de factores de riesgo para problemas y/o trastornos mentales.
- Desarrollar acciones tendientes a la inclusión social y reducción de discapacidad asociada en quienes presenten un trastorno mental, mejorando así su calidad vida.

7.3 Plan de Acción (Estrategias, Metas e Indicadores, Actividades, Responsables, Presupuesto)

1. Articulación intersectorial desde el sector salud.

- Institucionalizar una mesa intersectorial de salud mental para el monitoreo de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental
- Establecer protocolos de referencia y contrareferencia intersectoriales, que permitan visualizar flujos y derivaciones

- Realizar diagnósticos regionales intersectoriales actualizados (personas en situación de discapacidad con SENADIS, adultos mayores con SENAMA, personas en situación de calle con MIDESO, niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos con SENAME).
- Generar compromisos de gestión intersectoriales.
- Formalizar programas de capacitación intersectorial en temáticas comunes (IVADEC, Prevención del Suicidio, Protección de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres, Hospitalizaciones no voluntarias, violencia intrafamiliar)
- Incorporar figura del facilitador / coordinador intersectorial.
- Reactivar la Comisión de salud y educación en todos los niveles.
- Capacitación del recurso humano en herramientas para el trabajo intersectorial.

2. Salud mental en políticas intersectoriales:

En Educación:

- Ampliar la capacidad disponible para resolver los problemas de salud mental de la población infantil, mediante una oferta de servicios integrada y coordinada entre el sector de educación y de salud.
- Incluir y/o potenciar a lo largo de la oferta educativa herramientas para la promoción de salud mental y el autocuidado, la autoestima, las habilidades para la vida, la resolución de conflictos y el fomento de la autonomía.
- Incorporar programas de detección e intervención temprana de problemas de salud mental en los ambientes educacionales.
- Perfeccionar modalidades y métodos para la inclusión de niños y adolescentes con problemática psicosocial y portadores de trastornos mentales en los establecimientos y programas educativos, garantizando la no discriminación hacia personas con discapacidad o necesidades educativas especiales.
- Generar iniciativas específicas para evitar la deserción de personas con enfermedades mentales de la educación general, a través de incentivos específicos para ello.

En Trabajo:

- Incorporar la variable de salud mental (cuidado y protección) en las políticas y prácticas laborales generales, a la manera de un “valor agregado en bienestar psicosocial”.
- Aplicar actividades de autocuidado en los distintos ámbitos laborales.
- Implementar mecanismos que garanticen la inclusión y mantención de personas con discapacidad de causa psíquica en el trabajo. Estos contemplan tanto el trabajo con apoyo en empresas “normales”, como a través de la contratación en empresas sociales.
- Generar condiciones legales, económicas y sociales (educación, salud, protección social, trabajo) para la existencia y desarrollo de empresas sociales, incluidas en la actividad económica propiamente productiva y, al mismo tiempo, enmarcadas en un objetivo de alto y preeminente valor social para las personas que en ellas trabajan.
- Establecer métodos de efectividad comprobada en la inclusión laboral, como la Colocación Individual y Apoyo (IPS, por sus siglas en inglés).
- Fomentar el emprendimiento para personas vulnerables y personas con discapacidad de causa psíquica y sus familias, mediante programas especialmente diseñados.

En Justicia:

- Generar mecanismos de apoyo a las personas con discapacidad mental para el ejercicio de sus derechos, en particular de su capacidad legal evitando el mecanismo de sustitución de derechos como es la interdicción..
- Fortalecer los mecanismos y condiciones que protejan la salud mental de la población penal, durante los períodos de reclusión, favoreciendo entornos de rehabilitación, educación adecuada a las necesidades especiales de los infractores, preservación de los vínculos con las familias cuando corresponda, y de reinserción social progresiva y monitoreada.

En Cultura, deporte y recreación:

- Promover el desarrollo de la salud mental positiva a través de actividades deportivas y recreativas de diversa índole, en los distintos escenarios en que se desarrolla la vida cotidiana: escuelas, lugares de trabajo, espacios comunitarios, barrios, entre otros.

En Vivienda:

- Implementar mecanismos de apoyo a personas con discapacidad de causa psíquica que les permita vivir en la comunidad, en forma incluyente e integrada, por medio de la asignación y/o comodato de viviendas de acuerdo a las necesidades y modalidades de apoyo graduado ajustadas a la necesidad de las personas con discapacidad.
- Articular estrategias habitacionales y de atención en salud mental para personas en situación de calle

BORRADOR

REFERENCIAS

- ¹ MINSAL, *Segundo Estudio De Carga De Enfermedad Y Carga Atribuible, Chile 2007*. 2007, Departamento de Epidemiología. Universidad Católica de Chile. Ministerio de Salud. Chile
- ² Vicente P, B., Rioseco S, P., Saldivia B, S., Kohn, R., and Torres P, S., *Estudio Chileno De Prevalencia De Patología Psiquiátrica (Dsm-ii-R/Cidi) (Ecpp)*. Revista médica de Chile, 2002. 130: p. 527-536.
- ³ 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.
- ⁴ 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.
- ⁵ 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.
- ⁶ 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.
- ⁷ 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.
- ⁸ MINSAL, *Primera Encuesta Nacional De Empleo, Trabajo, Salud Y Calidad De Vida De Los Trabajadores Y Trabajadoras En Chile (Enets 2009-2010)*. Informe Interinstitucional. 2011, Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral.
- ⁹ República de Chile. Ministerio de Salud (1993). *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*. Resolución Exenta Nº 568 del 8 de octubre de 1993
- ¹⁰ República de Chile. Ministerio de Salud (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*, Santiago: Ministerio de Salud; 2000.
- ¹¹ 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.
- ¹² Ministerio de Salud, Chile. *Informe WHO AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile*. 2006.
Disponibile en: http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf?ua=1
- ¹³ Ministerio de Salud, Chile. *Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe*. Santiago de Chile, 2014
- ¹⁴ 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.

-
- ¹⁵ 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>
- ¹⁶ Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Santiago, Chile. Disponible en <http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/>
- ¹⁷ Thornicroft, G., & Tansella, M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br J Psychiatry. 2004 Oct;185:283-90.2004
- ¹⁸ Thornicroft G, Tansella M. Better mental health care. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2009.
- ¹⁹ Desviat M, Moreno A. Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En Desviat M, Moreno A (eds.). Acciones de salud mental en la comunidad. Latorre Literaria. Madrid, 2012
- ²⁰ Moreno B, 1998; Funk et al. 2009 **COMPLETAR REFERENCIA**
- ²¹ OMS 2004 a; OMS 2004 b; Herrman, H., Swartz, L, 2007 **COMPLETAR REFERENCIA**
- ²² (OMS/WONCA, 2008 b) **COMPLETAR REFERENCIA**
- ²³ Del Río y Carmona, 2012; Rodríguez et al., 2010 **COMPLETAR REFERENCIA**
- ²⁴ (Tessler & Gamache, 1994) **COMPLETAR REFERENCIA**
- ²⁵ (García, 2004; Fichtner CG, 2001; Ibáñez M L , 2001; Madariaga 2003;) **COMPLETAR REFERENCIA**
- ²⁶ (Correa-Urquiza, 2012 a; Kestel, 2009). **COMPLETAR REFERENCIA**
- ²⁷ (Moreno B, 1998) **COMPLETAR REFERENCIA**
- ²⁸ PAHO. La Salud pública en las Américas [Internet]. 2001 [citado 15 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf
- ²⁹ Organización Mundial de la Salud Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental: Mejora de la Calidad en Salud Mental. 2003
- ³⁰ MINSAL (2014). Brecha de RRHH en la Red de Salud Mental: Equipos de Salud Mental Ambulatoria. Minuta de la Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Septiembre de 2014.
- ³¹ MINSAL (2003). Programa Académico Referencial para la Formación de Especialistas en Psiquiatría. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Santiago de Chile.