



# Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental

2016



# CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>PARTE I</b>	<b>5</b>
<b>1.1. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS</b>	<b>5</b>
<b>1.2. SALUD MENTAL Y EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN</b>	<b>7</b>
1.2.1. Detección y atención de personas con trastornos mentales en atención primaria de salud	9
1.2.2. Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario	9
<b>1.3. CONTINUIDAD DE CUIDADOS</b>	<b>11</b>
1.3.1. Articulación entre el nivel primario y el nivel de atención especializada en salud mental	12
<b>1.4. CONSULTORÍA EN SALUD MENTAL EN CHILE</b>	<b>14</b>
1.4.1. Antecedentes de su desarrollo	14
1.4.2. Aspectos Regulatorios	14
<b>1.5. EFECTIVIDAD DE LAS CONSULTORÍAS DE SALUD MENTAL</b>	<b>16</b>
<b>PARTE II</b>	<b>17</b>
<b>2.1. DEFINICIÓN DE CONSULTORIA EN SALUD MENTAL</b>	<b>17</b>
<b>2.2. OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA EN SALUD MENTAL</b>	<b>17</b>
2.2.1. Objetivos Generales	17
2.2.2. Objetivos Específicos	18
<b>2.3. PARTICIPANTES</b>	<b>18</b>
<b>2.4. PLANIFICACIÓN</b>	<b>18</b>
<b>2.5. LUGAR DE REALIZACIÓN</b>	<b>19</b>
<b>2.6. TELECONSULTORIA Y CONSULTORIA EN LUGARES REMOTOS</b>	<b>19</b>
<b>2.7. RENDIMIENTO Y CONCENTRACIÓN</b>	<b>20</b>
<b>2.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE CONSULTORÍA</b>	<b>20</b>
2.8.1. Priorización por parte del equipo de atención primaria de los casos a tratar en la Consultoría en Salud Mental	20
2.8.2. Preparación del Ambiente	21
2.8.3. Desarrollo de la Actividad	21
2.8.4. Registros	22
<b>2.9. ROL DEL SERVICIO DE SALUD</b>	<b>23</b>
<b>2.10. ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>24</b>
<b>2.11. ANEXO N°1: PLAN DE MONITOREO</b>	<b>27</b>
<b>2.12. ANEXO N°2: PAUTA DE COTEJO PARA SUPERVISAR LA APLICACIÓN DE ORIENTACIÓN TÉCNICA DE CONSULTORÍAS</b>	<b>29</b>
<b>2.13. ANEXO N°3: PAUTA DE COTEJO POR SESIÓN DE CONSULTORÍA</b>	<b>30</b>
<b>EQUIPO EDITOR</b>	<b>31</b>
<b>PROFESIONALES Y TÉCNICOS COLABORADORES</b>	<b>32</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>35</b>

## INTRODUCCIÓN

El sistema de salud chileno se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer –incluido el intersector – y la existencia de sistemas de salud indígena [1].

En este sentido, el sistema ha experimentado un fuerte desarrollo de la atención primaria, nivel de atención que se busca perfeccionar a través de su reorganización progresiva, según el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Convergentemente, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría [2] fortaleció la instalación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental [3] como forma de organizar el desarrollo de la red sanitaria y el trabajo del sistema público de salud, el que exhibe importantes logros y enfrenta grandes desafíos para alcanzar niveles de suficiencia en coherencia, cobertura, calidad y eficiencia.

En ambos modelos, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales. Se promueve una forma de relación de los miembros de los equipos de salud con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se les pone en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, cuyos miembros son activos en el cuidado de su salud.

Este Documento de “Orientaciones Técnicas: Consultoría en Salud Mental” tiene como propósito entregar herramientas técnicas a los equipos para abordar la resolución de problemas de salud mental de las personas en el nivel primario de atención y promover la programación y ejecución de Consultorías de Salud Mental en Atención Primaria de Salud por parte de los Equipos de Salud Mental de especialidad, estableciendo los criterios de calidad que las Consultorías de Salud Mental deben cumplir para asegurar el impacto sanitario que de ellas se espera.

Estas Orientaciones Técnicas son producto de la colaboración de muchos/as profesionales del sector salud que ayudaron, con su visión y experiencia, a enriquecer este documento.

El resultado de la aplicación de estas orientaciones mejorará la capacidad resolutive y optimizará la calidad de la atención de las personas con problemas de salud mental que acuden a los establecimientos de salud del nivel primario y la continuidad de cuidados de quienes llegan a este nivel de atención derivadas desde los equipos de especialidad en salud mental.

## PARTE I

### 1.1. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

#### Relevancia de los problemas de Salud Mental

En 2010, los trastornos mentales y por abuso de sustancias representaron el 7,4% del total de años perdidos por muerte prematura y discapacidad mundial (AVISA) y el 22,8% de los años perdidos por discapacidad (AVD). Los trastornos depresivos representaron el 40% de los AVISA relacionados a trastornos mentales y por abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad un 14,5%, los trastornos por consumo de drogas ilícitas el 10,8%, y los trastornos por consumo de alcohol un 9,5% [4].

Respecto a la carga de enfermedad en Chile la mayor parte está determinada por el grupo de enfermedades no transmisibles representando el 83,9% del total de AVISA para el año 2004, de las cuales las condiciones neuropsiquiátricas representan el subgrupo más importante (23,2%). Entre las causas específicas de AVISA en Chile, los trastornos depresivos unipolares (4,5%) se encuentran en segundo lugar y la dependencia al alcohol en cuarto lugar (3,4%), haciendo evidente la importancia que tienen las patologías psiquiátricas en la pérdida de años por discapacidad y muerte prematura. Al revisar los resultados por sexo se observa que en el caso de los hombres la dependencia al alcohol sube al segundo lugar, mientras que en mujeres, los trastornos depresivos unipolares y los ansiosos ocupan el tercer y cuarto lugar respectivamente [5].

En la población infantil y adolescente, un estudio comunitario de prevalencia de trastornos psiquiátricos, con representatividad nacional para la población de entre 4 y 18 años de edad, mostró que la prevalencia total para cualquier trastorno psiquiátrico, junto con discapacidad psicosocial fue de 22,5%. Los grupos de trastornos con mayor prevalencia fueron los disruptivos (14,6 %), seguidos de los trastornos ansiosos (8,3%). Entre los trastornos afectivos, la gran mayoría presentó depresión mayor (5.1%), La comorbilidad estuvo presente en el 39.3% de los casos, mientras que 10,3% tenían 3 o más diagnósticos. En general, las niñas presentaron significativamente mayor comorbilidad [6].

En relación al suicidio en adolescentes, este ha aumentado en los últimos años en Chile, la tasa en adolescentes de 10 a 19 años aumentó de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre el 2005 y 2010, siendo los adolescentes hombres quienes registran una mayor tasa, casi 3 veces más que en las adolescentes mujeres (10 por 100.000 en hombres, 144 casos; 3,8 x 100.000 en mujeres, 52 casos). A pesar que los adolescentes hombres concentran el mayor número de muertes, las adolescentes mujeres concentran mayor número de intentos suicida [7].

Para la población adulta, el primer estudio de prevalencia de enfermedades psiquiátricas con representación a nivel nacional fue el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica, realizado entre los años 1992 y 1999. En esta investigación, se reveló que un 36% de la población estudiada había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que un 22,6%, había tenido un desorden en los últimos 6 meses. En este estudio, se observó una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia para cualquier desorden y la comorbilidad [7].

La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, muestra que la prevalencia de síntomas depresivos en el último año, pesquisados a través del instrumento CIDI-SF (abreviado), fue de 17,2% en la población general, significativamente mayor en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%), diferencias que se mantienen en los distintos estratos de edad. Los síntomas depresivos fueron significativamente mayores en el nivel educacional más bajo (20,8%) [8].

Si bien los trastornos mentales se asocian preferentemente al desarrollo de discapacidad, por sobre la mortalidad, algunas consecuencias como los suicidios ocupan una posición relevante en el listado de principales causas de muertes en el país. En 2011 ocurrieron 2.027 muertes por suicidio, representando el 25% de todas las muertes por causas externas, muy cercano a las muertes por accidentes de tránsito (26,3%) [9].

En el caso de las personas mayores, los datos del Ministerio de Salud, en su Estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible [10], muestran que las condiciones neuropsiquiátricas en las personas entre 60 y 74 años representan el 17,2% de AVISA, mientras que para las personas de 74 años y más, un 24,9%.

En personas de 65 años y más, se encontró una prevalencia de síntomas depresivos de un 11,2%, inferior a la nacional de 17,2%; significativamente mayor en mujeres (16,9%) que en hombres (4,1%). Pese a presentar una prevalencia de síntomas depresivos menor que el resto de la población, para el año 2009, el grupo de mayores de 65 años, presenta las tasas más altas de suicidio en hombres [11].

La Encuesta Nacional de Salud del año 2009, constató una prevalencia de demencia de 8,5% en las personas de 65 años y más, y de un 32,6% en los mayores de 85 años [11]. Según registros del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del 2014, del total de personas en control en Salud Mental, por Alzheimer y otras demencias, un 67,5% son adultas mayores, con mayor prevalencia en el sexo femenino [12].

El conocimiento respecto a la magnitud en la población que presenta trastornos mentales y conductuales en el nivel primario de atención constituye un imperativo para la acción. Conocer sus características en este contexto da la posibilidad de identificar a los individuos con estos problemas y proporcionarles la asistencia necesaria a este nivel, donde probablemente pueda hacerse de un modo más precoz, más asequible, más aceptable social y culturalmente y más costo efectiva que si la atención de los problemas de salud mental se centrara en el nivel especializado [13][14][15][16]. Del mismo modo, integrar efectivamente el trabajo del nivel primario con el nivel especializado es una obligación ineludible para los sistemas de provisión de servicios sanitarios [17]. Así mismo, su abordaje requiere de otros sectores, como educación, en el ámbito de la prevención y la pesquisa precoz.

La alta prevalencia de trastornos mentales y conductuales en las personas no es el único foco de preocupación, también lo es el impacto que estos tienen sobre los individuos, familias y comunidades. La carga directa sobre las familias al cuidado de un miembro afectado por un trastorno mental o conductual, es muy alta y gravitante [18]. Además de la carga directa, deben considerarse las oportunidades perdidas. Cuando en las familias uno de sus miembros padece un trastorno mental, se efectúan ciertas adaptaciones y concesiones que impiden a otros miembros desarrollar todo su potencial en el ámbito laboral, de las relaciones sociales y del ocio [19].

Los determinantes sociales impactan la prevalencia, aparición y evolución de los trastornos mentales y conductuales. Entre ellos, la pobreza, el sexo, la edad, la etnicidad, el género, los conflictos y desastres, enfermedades físicas graves y el entorno socio familiar. La influencia combinada de estos factores determina el estado de salud de una persona [20].

Por último, el impacto económico de los trastornos mentales es alto y persistente. Incluye costos para los individuos, las familias y las comunidades en su conjunto, algunos de los cuales son evidentes y medibles, pero otros difícilmente cuantificables. Entre los componentes medibles de la carga económica se encuentran las necesidades de servicios de asistencia sanitaria y social, la pérdida de

empleo y el descenso de la productividad, el impacto sobre las familias y el impacto negativo de la mortalidad prematura [21][22][23].

En síntesis [24]:

- Los trastornos mentales representan una parte sustantiva de la morbilidad y la carga de enfermedad, tanto en el mundo, como en Chile, y su prevalencia entre quienes consultan en atención primaria alcanza niveles de hasta el 50%.
- Su impacto no se limita a las personas afectadas por los trastornos sino también sobre sus familias y su entorno.
- Significan un costo elevado para toda la sociedad que supera ampliamente los costos sanitarios directos, y el financiamiento entregado cubre muy parcialmente las necesidades e incluso los planes diseñados para enfrentarlos.

## 1.2. SALUD MENTAL Y EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

Para abordar la salud mental en la atención primaria de Chile, es necesario tener en consideración que el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria es el que organiza el quehacer del Sistema Público de Salud del país. Este se entiende como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige –más que a la persona individual o a la enfermedad como hechos aislados–, a las personas, consideradas en su integridad física y mental, como seres sociales, pertenecientes a diferentes tipos de familias y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. De esta forma, el Modelo de Atención Integral planteado por la Reforma de Salud, sitúa a las personas y sus necesidades como el eje central del quehacer del sistema de salud [25].

El Modelo de Atención Integral de Salud ha sido conceptualizado como: “Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer – incluido el intersector – y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” [1].

Bajo esta perspectiva se considera a la persona como un ser integral indivisible física y mentalmente, en una interacción permanente con un entorno familiar, cultural y comunitario, basándose en el modelo ecológico de Urie Bronfenbrenner [26].

Por otro lado, el enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite comprender cómo los determinantes de la salud interactúan e impactan, tanto positiva, como negativamente en la salud del individuo, a lo largo de su existencia, incluyendo efectos transgeneracionales [27], como consecuencia de esta interrelación y mutua influencia descrita anteriormente.

Situaciones estresantes y traumáticas ocurridas durante la niñez y la adolescencia, repetitivas, recurrentes o mantenidas en el tiempo, tienen efectos acumulativos en la vida adulta, adulta mayor y también en las siguientes generaciones. En este contexto, “el desarrollo de la primera infancia, en particular el desarrollo físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo, determina de forma decisiva las oportunidades en la vida de una persona y la posibilidad de gozar de buena salud, pues afecta la adquisición de competencias, la educación y las oportunidades laborales” [28].

Bajo el enfoque de curso de vida, y determinantes sociales, el nivel primario es el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, dirigidas hacia aquellos factores que determinan un envejecimiento saludable y activo [29][30]. Un ejemplo de ello es el sistema Chile Crece Contigo.

Esta mirada integradora promueve acciones positivas en salud desarrolladas en el nivel primario durante las etapas de gestación, niñez y adolescencia, cuyo efecto positivo indiscutible sobre la salud, con repercusiones en la dimensión de la salud mental de las personas, se observa en el trascurso de la vida. La mirada integradora también obliga a dar cuenta de condiciones de inequidad de género, las que adquieren particular relevancia por las consecuencias que tienen en la salud mental de la población [31].

A la luz de la relevante evidencia disponible que arrojan los estudios, se concuerda que los problemas médicos y las circunstancias de la vida de una persona no afectan solamente una parte del cuerpo, sino a la totalidad del organismo, y cada una tiene su efecto sobre las otras. Como otros problemas médicos, los trastornos de salud mental que afectan a las personas no suceden en forma aislada, sino se expresan en respuesta a muchas situaciones estresantes de la vida y a la exposición a determinantes adversos a la salud, en relación con otros problemas clínicos o junto con estos. Ejemplo de ello son las enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos, o el estrés laboral, relacionado con el 50% de las cardiopatías coronarias, y asociado también a trastornos depresivos. Incluso las enfermedades de causa genética son impactadas por determinantes de la salud, por cuanto su evolución está influenciada por condicionantes como la pobreza, la educación, la participación, los servicios de salud, entre otros [31].

En este sentido las recomendaciones indican que el nivel primario esté orientado, por un lado, a favorecer acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y por otro, a tratar a las personas con problemas y enfermedades de salud mental. Para esto resulta imprescindible que se aborde a la persona, considerando su integralidad en su salud física y mental y su entorno, donde nace, crece, vive y desarrolla todo su potencial productivo.

Enfocándose en forma exclusiva en el rol de la atención primaria de salud respecto a salud mental, en lo que se refiere a la entrega de servicios sanitarios en el primer nivel de atención, este consiste en brindar cuidados primarios en salud mental a las personas con problemas de salud mental, así como abordar los aspectos de salud mental que afectan el bienestar de todas las personas bajo su responsabilidad. Los servicios incluidos en esta definición consideran intervenciones de primera línea incorporadas a los programas de cuidados generales de salud y a los de salud mental, proporcionadas por el equipo de atención primaria calificado, con transferencia técnica y apoyado por parte del nivel especializado para proporcionar servicios de salud mental [32].



### **1.2.1. Detección y atención de personas con trastornos mentales en atención primaria de salud [33]**

En el mundo, las personas con trastornos mentales constituyen una de las principales causas de demanda de atención en el nivel primario. Sin embargo, un porcentaje de ellas no recibe atención oportuna ni apropiada, a pesar de los avances en nuevos tratamientos para las enfermedades mentales (apoyo psicológico, social y farmacológico). Diversos pueden ser los motivos, entre ellos, el estigma hacia las personas con enfermedad mental, que lleva a la resistencia o postergación en la solicitud de ayuda. Otro motivo importante podría ser que los servicios de atención primaria de salud proporcionan formación y destrezas que no sean lo suficientemente adecuadas para la oportuna detección y el tratamiento de las personas con problemas de salud mental. Estudios han mostrado la falta de tiempo y formación de que disponen los médicos generales y trabajadores del nivel primario para evaluar la salud mental de sus usuarios/as, enfoques de abordaje muy centrados en la farmacoterapia, sin un abordaje integral de los condicionantes sociales, culturales, laborales o de género que pueden estar a la base de la enfermedad. Chile no es ajeno a esta realidad mundial.

La detección temprana y oportuna del trastorno mental o de problemas que pueden gatillar un trastorno mental, seguida del tratamiento y plan de gestión adecuados dirigidos a la recuperación y regreso al trabajo, la escuela o su entorno, contribuirían a la reducción de la carga que imponen los trastornos mentales en los sistemas de atención de salud y sociales.

Los estudios en el ámbito de los trastornos mentales han demostrado claramente que la detección temprana e intervención no solo contribuye a la recuperación rápida y completa, sino que también lleva a la persona a una mejor reintegración en la sociedad. En este sentido las recomendaciones internacionales apuntan a que las políticas públicas consideren y utilicen toda la tecnología y herramientas modernas para ampliar los recursos humanos disponibles en el área de salud y bienestar social, entre ellas, la Consultoría.

### **1.2.2. Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario [34]**

Las personas con trastornos mentales graves y complejos, de larga data con o sin discapacidad, tienen necesidades particulares y específicas que requieren sean satisfechas, tanto desde el ámbito sanitario, como desde su entorno familiar, social, laboral y comunitario, pues condicionan la evolución de su enfermedad y su calidad de vida.

En el ámbito sanitario se debe abordar sus necesidades, desde un enfoque de atención integral que se sustente en el ejercicio de sus derechos humanos con el mismo resguardo que todo ser humano necesita.

Este enfoque de atención integral implica identificar sus necesidades de salud física y mental, reconocer su interacción e influencia entre ambas dimensiones y abordarlas integradamente.

Del entorno familiar y social es necesario reconocer el drama y sufrimiento de las personas con trastornos mentales, cuyo proceso salud-enfermedad está instalado en el lugar donde vive, estudia o trabaja, escenario natural de cualquier persona. Sin embargo, para este grupo particular, se presentan condicionantes que complejizan, agravan y afectan negativamente su proceso de recuperación. Entre ellos, el estigma, la marginación social o laboral, el desarraigo social con la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones y ejercer sus derechos de ciudadanía, la negación de la sociedad a reconocerlos como actores de su vida o los sentimientos diversos y a

veces contradictorios que despiertan en el resto de la población (compasión, miedo, distanciamiento, incluso burla); todos ellos fenómenos sociales que requieren ser reconocidos y abordados en la atención de toda persona que tenga un trastorno mental grave. El no considerarlos condicionará aspectos como la adherencia, la respuesta y evolución de la enfermedad, y finalmente, impactará en la calidad de vida de la persona portadora de la enfermedad y su entorno familiar [35][33].

El enfoque de determinantes sociales en salud pública, los progresos experimentados, en los diversos recursos terapéuticos, -biológicos, psicológicos y psicosociales-, así como el avance en relación al respeto de los derechos humanos, han impulsado un cambio en la mirada respecto a las personas con trastornos de salud mental, elevando considerablemente los estándares exigibles para su atención en el sistema de salud y de apoyo social en general, proceso aún en desarrollo.

En este contexto surge el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, que recoge estos conocimientos e intenta superar la reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social, proponiendo una reorganización de servicios integrados al sistema general de salud organizados en niveles, con recursos especializados, diversificados, desconcentrados y territorializados para su atención, reconociendo y utilizando las complejas conexiones con el resto de estructuras no sanitarias que son absolutamente imprescindibles para la atención integral y dar respuestas satisfactorias a las necesidades específicas y especiales de las personas que padecen con trastornos mentales severos y complejos.

Es en este momento en que ambos modelos se encuentran, cuando ambos reconocen que las personas con trastornos mentales son parte de una comunidad determinada, donde existen determinantes que condicionan su enfermedad y su calidad de vida, y donde ambos convergen en un sistema de salud que levanta principios comunes: la integralidad, la territorialización, el ejercicio de derechos humanos, la continuidad de los cuidados en un sistema integrado de atención; y donde el quehacer de ambos se relaciona y complementa, encontrándose finalmente en el espacio donde la persona enferma cursa su vida. Desde una misma perspectiva ambos modelos tienen su especificidad, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, con un énfasis y responsabilidad en la detección, diagnóstico y tratamiento integral adecuado y oportuno de personas que presentan un trastorno mental, con un fuerte enfoque promocional, preventivo y como puerta de entrada al sistema de salud y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, en el abordaje clínico en un marco integral biopsicosocial y de derechos humanos e integración social, donde el proceso de rehabilitación es central para lograr este desafío.

Otro ámbito relevante en que convergen las acciones de ambos modelos es en la participación social, en particular, el empoderamiento y la organización de la población usuaria y de familiares, como parte esencial en la co-construcción del mejor abordaje integral individual y colectivo, donde las personas son sujetos activos de su recuperación y del manejo de su enfermedad, pero también de impulsar aquellas estrategias y acciones orientadas a disminuir el estigma social.

### 1.3. CONTINUIDAD DE CUIDADOS

La organización general del sistema de atención sanitaria según niveles de atención implica, para este, el desafío de asegurar la continuidad en los cuidados que se entregan en los distintos niveles de atención, dado que las personas transitan permanentemente entre ellos a lo largo de su proceso de salud-enfermedad.

Las definiciones de continuidad de cuidados varían en complejidad y enfoque, y se han ido modificando con el tiempo. Bachrach la define como: “Un proceso que implica el movimiento ordenado e ininterrumpido de los pacientes entre los diversos elementos del sistema de prestación de servicios” [36]. Para Cohen y Johnson, la continuidad se puede lograr mediante el suministro de un contacto continuo y consistente con un determinado servicio o equipo, o tratar de garantizar que los servicios sean entregados por la misma persona en un determinado servicio [37] [38].

Con el tiempo, la definición de continuidad de cuidados ha adquirido un nuevo elemento esencial: el punto de vista de los usuarios y su comunidad. Cuando se habla de “continuidad” hace referencia al grado en el que series de eventos del cuidado de salud son experimentados como coherentes, consistentes y conectados con las necesidades médicas del paciente y su contexto personal y social. Es bajo esta premisa que se sostiene que la continuidad de cuidados existe solo cuando la necesidad de cuidado y la atención prestada son las mismas [39].

En el ámbito clínico, la continuidad del cuidado requiere una nueva relación entre la persona y el proveedor, de manera que la atención recibida por esta a lo largo del tiempo sea coherente con sus necesidades y su contexto. La continuidad del cuidado es facilitada por la introducción de mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial. Un aspecto crítico de la coordinación asistencial es la implantación de instrumentos para armonizar las actividades necesarias para atender a la persona. Entre ellos, se pueden identificar mecanismos para diferentes necesidades de coordinación: para compartir la información sobre la persona (coordinación de información), coordinar su cuidado entre los diferentes niveles asistenciales (gestión integrada de la atención) y regular su acceso a lo largo del continuo de la red de servicios de salud (regulación del acceso) [40].

La efectividad de la continuidad tiene impacto en la salud de las personas y en la eficiencia del sistema. Ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona es un reto, por la creciente complejidad de las organizaciones, la habitual fragmentación de los servicios, la amplia variabilidad de la práctica clínica y la orientación tradicional del sistema hacia los profesionales y procesos agudos, con solución de continuidad [41] [42].

Los trastornos mentales no solo son aquellos severos y que requieren cuidado de larga data, sino también los denominados “trastornos mentales comunes” [43]. Estos últimos, que afectan a un número mucho mayor de personas y causan gran impacto clínico, social y económico, están ampliamente representados en las personas que acuden al nivel primario de salud [17] y también implican un desafío respecto a la continuidad de cuidados.

Para efecto de estas Orientaciones, se hará referencia particularmente a la continuidad de cuidados entre el nivel primario y secundario en salud mental.

La forma más visible de la relación entre el nivel primario de atención en salud y el nivel especializado, es el sistema de referencia y contra referencia. La referencia o derivación a través de un formulario físico o electrónico, dirigido a especialista o centro especializado de referencia, en general es conocida como interconsulta.

Entre los nudos críticos más relevantes que afectan la continuidad de cuidados, se identifican los siguientes:

- El registro de información es deficiente, no pertinente, incompleto e ilegible.
- Hay escasa claridad respecto al motivo de derivación.
- Existe insuficiente relación y contacto entre los equipos de los distintos niveles de atención.
- La priorización respecto al carácter de urgencia/no urgencia de la derivación es inadecuada.
- La disponibilidad de fármacos en el nivel de menor complejidad/resolución es inadecuada para dar continuidad al tratamiento farmacológico.
- Existe un alto porcentaje de ausencia a la primera consulta con el especialista (ingreso) influenciado, en buena medida, por tiempos de espera prolongados.
- Focalización de la atención solo en el diagnóstico biomédico sin considerar la complejidad biopsicosocial, que acompaña a la persona con un cuadro clínico (determinantes sociales, por ejemplo: depresión, violencia y pobreza).
- Escasa retroalimentación del nivel secundario.

Por otra parte, en Salud Mental es relevante considerar que los aspectos psicosociales son tan importantes como los aspectos biomédicos, dada su estrecha interrelación en el curso de la enfermedad. Hay evidencia de que los médicos generales no los consideran de ese modo a la hora de decidir la derivación. Además, se observan diferencias de género en la priorización para derivar: los hombres son derivados en un porcentaje mayor [44].

La existencia de antecedentes psiquiátricos opera como una etiqueta para profesionales médicos generales, traduciéndose en una derivación automática al nivel especializado, sin intentar un tratamiento en el nivel primario [44].

En conclusión, las derivaciones habituales a través de interconsultas son de baja eficiencia para garantizar la continuidad de cuidados de las personas afectadas por trastornos de salud mental, en su tránsito, entre el nivel primario de atención en salud y el nivel especializado en salud mental [45]. Para que pueda concretarse la continuidad de cuidados de las personas entre los dos niveles de atención, debe garantizarse la articulación entre ellos [46].

### **1.3.1. Articulación entre el nivel primario y el nivel de atención especializada en salud mental**

En el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, la articulación entre los servicios especializados y el nivel primario de atención de salud es un aspecto crítico en la continuidad de cuidados de las personas con problemas de salud mental.

El impacto de las modalidades de articulación han sido estudiado especialmente en el contexto de programas de tratamiento de los trastornos depresivos dada la relevancia epidemiológica y el impacto social y económico de estos [47].

Se distinguen 4 formas de relación entre estos niveles de atención en salud mental [48]:

- i. Capacitación al equipo de atención primaria: Provisión de conocimientos y habilidades en la identificación y tratamiento de la depresión al profesional de Atención Primaria.
- ii. Consultoría y Enlace: Breve evaluación de los pacientes por un profesional de salud mental para el asesoramiento al profesional de la atención primaria en el manejo (de la depresión).

- iii. Cuidado colaborativo: Enfoque de gestión de caso con un administrador de casos dedicado a trabajar en colaboración con los profesionales de atención primaria en un plan de tratamiento, a través de los protocolos acordados, con seguimiento proactivo con coordinación estructurada y retroalimentación.
- iv. Acoplamiento: Incluir profesionales de salud mental especializada, dentro de los equipos de atención primaria para proveer tratamiento especializado en el contexto de la atención primaria.

La capacitación al médico de atención primaria, como estrategia exclusiva o complementada con guías de práctica clínica, ha mostrado pobres resultados [50][51][52]. Identificándose, además, como un problema mayor en nuestro país la alta rotación de profesionales en el nivel primario de atención, particularmente médicos.

Este documento se centra en la modalidad de Consultoría y Enlace como una estrategia plenamente vigente para optimizar el quehacer en la atención de personas con problemas de salud mental en el nivel primario de atención [53]. Para evitar confusiones respecto a la Psiquiatría de Enlace, cuyo escenario de despliegue es el hospital general, optaremos deliberadamente por hablar de **“Consultoría en Salud Mental<sup>1</sup>”**, y detallaremos los requisitos de calidad que deben cumplir para obtener el impacto sanitario que de ellas se espera en nuestro contexto.

La Consultoría incluye tres componentes [54]:

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

A través de estos componentes incide directamente en:

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

---

<sup>1</sup> Para favorecer su comprensión en el contexto de desarrollo de servicios en salud mental, proponemos su traducción al inglés como “Psychiatric liaison service with primary care”.

## 1.4. CONSULTORÍA EN SALUD MENTAL EN CHILE

### 1.4.1. Antecedentes de su desarrollo

Aunque no hay antecedentes en publicaciones identificables, es sabido que a principios de la década de 1990, surgió la práctica de atención psiquiátrica por algunas horas semanales en algunos centros de nivel primario de atención<sup>2</sup>. Los médicos psiquiatras en su visita a los centros de atención primaria, inicialmente hacían Consulta Psiquiátrica para las personas con trastornos psiquiátricos severos desconcentrados a ese nivel, pero paulatinamente comenzaron a atender demanda hecha desde el mismo centro referida a nuevos pacientes, atendiendo en conjunto con sus tratantes [55], desplazándose así desde una modalidad de “acoplamiento” hacia una de “cuidados compartidos”, según la nomenclatura de Cape et al. [49]

Estas experiencias contribuyeron a que la articulación entre el nivel secundario de atención en salud mental y el primario de atención fuera un tema abordado en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, elaborado en Chile entre los años 1998 y 2000 [2].

### 1.4.2. Aspectos Regulatorios

#### Código Sanitario DFL 725 [56]

Libro V: Del ejercicio de la medicina y profesiones afines.

Art. 112. Solo podrán desempeñar actividades propias de la medicina, odontología, química y farmacia u otras relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud, quienes poseen el título respectivo otorgado por la Universidad de Chile u otra Universidad reconocida por el Estado y estén habilitados legalmente para el ejercicio de sus profesiones.

Asimismo, podrán ejercer profesiones auxiliares de las referidas en el inciso anterior quienes cuentan con autorización del Director General de Salud. Un reglamento determinará las profesiones auxiliares y la forma y condiciones en que se concederá dicha autorización, la que será permanente, a menos que el Director General de Salud, por resolución fundada, disponga su cancelación.

No obstante lo dispuesto en el inciso primero, con la autorización del Director General de Salud podrán desempeñarse como médicos, dentistas, químico-farmacéuticos o matronas en barcos, islas o lugares apartados, aquellas personas que acrediten título profesional otorgado en el extranjero.

Art. 113. Se considera ejercicio ilegal de la profesión de médico-cirujano todo acto realizado con el propósito de formular diagnóstico, pronóstico o tratamiento en pacientes o Consultantes, en forma directa o indirecta, por personas que no están legalmente autorizadas para el ejercicio de la medicina.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, quienes cumplan funciones de colaboración médica, podrán realizar algunas de las actividades señaladas, siempre que medie indicación y supervigilancia médica.

<sup>2</sup> Existen registros de este hecho en el Servicio de Salud Metropolitano Sur en Santiago a principios de la década de 1990, en el marco de un esfuerzo por desconcentrar la atención a pacientes estabilizados psicopatológica y conductualmente que atiboraban el pobremente dotado Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco, para así permitir a este jugar su rol de nivel especializado y recibir oportunamente los nuevos casos y las descompensaciones. También existen antecedentes menos precisos respecto a que en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio en esa misma época existía una iniciativa similar, la que ha resultado más difícil de rastrear.

Asimismo, podrán atender enfermos en caso de accidentes súbitos o en situaciones de extrema urgencia cuando no hay médico-cirujano alguno en la localidad o habiéndolo, no sea posible su asistencia profesional.

Los servicios profesionales del psicólogo comprenden la aplicación de principios y procedimientos psicológicos que tienen por finalidad asistir, aconsejar o hacer psicoterapia a las personas con el propósito de promover el óptimo desarrollo potencial de su personalidad o corregir sus alteraciones o desajustes.

Cuando estos profesionales presten sus servicios a personas que estén mentalmente enfermas, deberán poner de inmediato este hecho en conocimiento de un médico especialista y podrán colaborar con éste en la atención del enfermo.

### Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

Por otra parte, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en el apartado "Actividades para la articulación entre el nivel secundario y primario", incluye como única propuesta la "Consultoría de Salud Mental" y la define como *"actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud de la atención primaria, o de urgencias, en forma de reuniones clínico-técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez por mes por equipo de salud general o de urgencias"* [2].

La implementación del Plan a nivel nacional se sustentó en cuatro grandes estrategias que son (solo para efectos didácticos es posible separar estas estrategias que en la práctica se superponen):

- Ampliación de la cobertura a nivel nacional.
- Desconcentración de la estructura organizacional, diversificando la oferta de servicios tanto en ambulatorio como en hospitalización.
- Descentralización de los recursos financieros y humanos, de acuerdo a las realidades y necesidades locales.
- Normas y regulaciones que acompañaron la diversificación de la oferta.

Específicamente para el nivel primario de atención una de las estrategias que identifica el Plan Nacional son las Consultorías de Salud Mental [2], foco de este documento.

Durante el año 2015, el Ministerio de Salud avanzó en la integración del trabajo entre el nivel primario y el nivel especialidad, incluyendo orientaciones para la programación del nivel de especialidad en el documento Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2016 [57], el que en años anteriores, a pesar de su denominación, se había circunscrito a instruir al nivel primario de atención en salud.

En este documento se incorporaron definiciones, rendimientos y frecuencias de actividades de equipos de especialidad de Salud Mental. La Consultoría es definida como **"la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general de Atención Primaria de Salud, con el propósito de potenciar la capacidad resolutive del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas atendidas en ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de personas con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos"** [57].

## 1.5. EFECTIVIDAD DE LAS CONSULTORÍAS DE SALUD MENTAL

La Consultoría se considera un recurso fundamental para cumplir varios requisitos de la buena operación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, cuyos efectos, entre otros, son:

- i. Mejorar la salud de las personas a lo largo del curso de vida.
- ii. Incrementar la capacidad resolutoria del nivel primario de atención, mejorando la pertinencia de derivación al nivel de mayor complejidad, lo que reduce las listas de espera y la hospitalización.
- iii. Mejorar la integración entre el nivel primario de atención y el nivel especializado de atención en salud mental.
- iv. Favorecer la integralidad de la atención y la continuidad de cuidados [58].

Es difícil encontrar en la literatura especializada estudios referidos a prácticas complejas y de difícil estandarización a los parámetros de la investigación científica, tales como las Consultorías. Sin embargo, en Reino Unido se exploró directamente el impacto de Consultorías sobre la hospitalización psiquiátrica, comparando dos zonas urbanas de Nottingham, una que tempranamente y, previa sectorización, redujo las horas de atención en el ambulatorio adosado al hospital para destinarlas a Consultoría entre servicios de psiquiatría y “general practitioners” (médicos de atención primaria), y otra área con inicio tardío de las mismas prácticas. En un período de 8 años, la zona con inicio temprano de la intervención mostró una caída de la tasa de hospitalización psiquiátrica de 30%, mientras que la de inicio tardío, mostró una caída de tan solo de 9% [59].

Del mismo modo, una investigación efectuada en Chile, incluyendo la totalidad de los centros de atención primaria del país, investigó la asociación entre Consultoría óptima y la tasa de egresos hospitalarios por causas psiquiátricas a nivel comunal [24].

Este estudio registró en sus resultados destacados que:

- i. Un 28,3% de los centros de Atención Primaria de Salud presentaron criterios de Consultoría óptima: periodicidad de Consultoría psiquiátrica de al menos una vez al mes, realizadas por el mismo psiquiatra Consultor, y atención de los usuarios derivados al nivel secundario por el mismo psiquiatra Consultor. A nivel comunal esta cifra alcanzó un 29,1% de las comunas (presencia de Consultoría óptima en más de la mitad de sus centros de APS).
- ii. La presencia de Consultoría óptima a nivel comunal se asoció a menor tasa de egresos hospitalarios por esquizofrenia, otras psicosis, trastornos de personalidad y trastornos ansiosos, independiente de la pobreza, escolaridad y distribución por sexo y edad de las comunas.
- iii. Se observó una disminución entre un 29% y 35% en la tasa de hospitalización en aquellas comunas donde más del 50% de sus centros de nivel primario cuentan con Consultoría óptima. En términos absolutos, esto se traduce en una reducción de la tasa de hospitalizaciones entre 1,01 y 0,25 por cada 10.000 inscritos, en aquellas comunas categorizadas con Consultoría óptima.



## PARTE II

### 2.1. DEFINICIÓN DE CONSULTORÍA EN SALUD MENTAL

Se define como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales.

La Consultoría constituye un recurso de formación, y una instancia de coordinación, diálogo, definición de roles y responsabilidades compartidas, entre el nivel primario de atención y el nivel de especialidad en salud mental.

La experiencia nacional muestra que la Consultoría es efectiva cuando:

- No hay suficiente claridad en el diagnóstico del usuario.
- El usuario no responde adecuadamente a los patrones esperados del Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI) acordado con el usuario/a.
- Se requiere evaluar la pertinencia y priorización de la derivación al nivel de especialidad.
- El usuario ha sido contra-referido desde el nivel especializado, este equipo y/o el equipo de atención primaria consideran necesario abordar en profundidad la situación y su manejo para mejorar la continuidad de su cuidado.

La Consultoría implica un alto grado de responsabilidad, tanto para el equipo de salud mental especializado, como para el equipo del nivel primario, constituyéndose ambos en un *equipo integrado*, que se articula para brindar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios, donde el equipo de salud general asume un rol de Consultante y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria, el rol de Consultor.

Considerando que los fracasos terapéuticos muchas veces tienen que ver con factores psicosociales adversos y acumulativos en la persona con un trastorno mental y su familia, y que impactan en la complejidad del cuadro clínico, cobra relevancia el conocimiento que tienen los equipos de sector de su población para el diseño de intervenciones conjuntas.

### 2.2. OBJETIVOS DE LA CONSULTORÍA EN SALUD MENTAL

#### 2.2.1. Objetivos Generales

1. Optimizar la capacidad resolutoria del equipo de atención primaria para la atención de personas con trastornos mentales a través de su curso de vida.
2. Mejorar la oportunidad, pertinencia y calidad del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y continuidad de cuidados de las personas con problemas de salud mental atendidas en la red de salud, a través de un trabajo articulado y planificado entre los equipos del nivel primario de atención y los equipos especializados de salud mental.

### 2.2.2. Objetivos Específicos

1. Establecer espacios de resolución ante las dificultades en el desarrollo del Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI).
2. Favorecer un proceso de atención integrado en beneficio de la persona atendida.
3. Realizar transferencia técnica entre los equipos del nivel primario de atención y el equipo especializado de salud mental.
4. Favorecer la continuidad de cuidados de las personas referidas y contra referidas entre ambos niveles de atención.
5. Promover la ambulatorización de la atención especializada en salud mental.

### 2.3. PARTICIPANTES

La Consultoría en Salud Mental es efectuada por integrantes del equipo especializado de salud mental y del equipo de salud general del nivel primario. Esto es:

- Psiquiatra Consultor y médico tratante en el nivel primario de atención [56].
- Otros integrantes de ambos equipos. Al menos, uno más del equipo Consultor y dos más del equipo Consultante: un profesional del equipo de sector que atiende al paciente y el coordinador de salud mental del Centro de Atención Primaria.
- Usuarios y/o familiares, en modalidad presencial o a través de revisión de ficha clínica.
- Profesionales de la salud en proceso de especialización en psiquiatría y salud mental, y estudiantes de pregrado de carreras de la salud y ciencias sociales.<sup>3</sup>
- Considerar la eventual incorporación de integrantes de equipos de salud mental del intersector, según sea pertinente, estos equipos pueden ser por ejemplo del Programa Habilidades para la vida de JUNAEB, Programa Vida Nueva, Abriendo Caminos, Salud Mental Calle del Ministerio de Desarrollo Social, otros programas de SENAME, entre otros que estén implementados en la red local.

### 2.4. PLANIFICACIÓN

- a. Ambos equipos deben formalizar en su planificación y programación anual de actividades, el tiempo necesario para la adecuada realización de esta muy importante actividad, expresado esto en una agenda consensuada y conocida por las respectivas jefaturas.
- b. Es imprescindible definir un cronograma anual (fecha y hora) de realización de Consultorías consensuado y formalizarlo administrativamente.
- c. Es necesario hacer una definición consensuada de la población en la que se enfocará la Consultoría, según curso de vida, atendiendo a la disponibilidad del recurso Consultor.
- d. Será responsabilidad del/a Jefe/a de Sector, - o, en el caso de Consultorios que aún no evolucionan a CESFAM, del Encargado o Asesor del Programa de Salud Mental-, que la presentación de las personas incluidas en la Consultoría se haga en términos técnicos y formales adecuados,

<sup>3</sup> La Consultoría es un recurso clave en el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, por lo tanto, es imprescindible que los profesionales en formación conozcan y valoren en detalle su práctica. Esto debe conciliarse con los aspectos éticos y de respeto a los derechos de los pacientes atendidos, que se exponen más adelante en estas orientaciones.

sistematizando previamente toda la información disponible para que los resultados de esta sean adecuados. Aunque la Consultoría requiere indispensablemente la presencia del médico tratante en atención primaria, el equipo de sector en conjunto es el responsable de su presentación. En la programación de sus actividades deberá considerarse el tiempo necesario para una adecuada presentación de sus pacientes a esta instancia.

- e. Es relevante que las personas referidas desde la Consultoría al nivel especializado sean atendidas en este por integrantes del equipo Consultor, en lo posible por el mismo psiquiatra que participó en la Consultoría. De este modo, se resguarda la continuidad de la atención y de cuidados.
- f. Designación de referentes para la coordinación:
  - Se designará un profesional del Centro de Salud del nivel primario, como responsable de la coordinación continua con el equipo territorializado de especialidad en salud mental, tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el periodo entre ellas, para todas las necesidades emergentes o programadas que surjan en este tema.
  - Se designará un/a profesional del equipo territorializado de especialidad en salud mental como coordinador con los Centros de Salud del nivel primario, que se sitúan en el territorio de referencia de este equipo, tanto para efectos de la programación de las Consultorías como durante el periodo entre ellas, como forma de resolver expeditamente los requerimientos surgidos de la necesidad de dar continuidad e integralidad de cuidados a los usuarios que residen en el territorio.

## 2.5. LUGAR DE REALIZACIÓN

La Consultoría debe efectuarse en el lugar de desempeño del equipo de atención primaria, esto es en el Centro de Salud del nivel primario, en el Hospital Comunitario o en otro espacio comunitario definido de manera consensuada.

## 2.6. TELECONSULTORIA Y CONSULTORIA EN LUGARES REMOTOS

La telepsiquiatría se ha desarrollado, en diversos lugares del mundo y en nuestro país, como un recurso para permitir la cooperación entre niveles de complejidad distantes físicamente, permitiendo apoyar con recursos especializados a lugares que no tienen fácil acceso a estos. La telepsiquiatría es una consulta a distancia, sin embargo, no cumple con los criterios para ser sinónimo de teleconsultoría, ya que esta última tiene objetivos más amplios que la primera.

El objetivo de la teleconsultoría va desde la construcción de programas y redes, el traspaso y retroalimentación de competencias entre el nivel primario y secundario, hasta la mejor atención de las personas que acuden al nivel primario.

Teleconsultoría es, entonces, una Consultoría que utiliza medios tecnológicos que permiten alcanzar a lugares remotos, o para los cuales los recursos disponibles no permiten alcanzar presencialmente.

En el marco de estas orientaciones es importante desarrollar mecanismos de coordinación que permitan que el impacto de la teleconsultoría aborde los aspectos de: (i) supervisión y apoyo directo del equipo Consultor al equipo Consultante respecto a un caso clínico, (ii) capacitación respecto a situaciones clínicas, a partir de los casos que se abordan en conjunto y (iii) coordinación clínica y

administrativa respecto a la continuidad de cuidados de pacientes y al funcionamiento del programa en el territorio. Este último componente no debe ser descuidado bajo ninguna circunstancia.

Desarrollar este último aspecto tiene efectos de mediano y largo plazo en la profundización y el desarrollo del programa de salud mental en el territorio, y convierte el procedimiento en un mecanismo que trasciende la colaboración y deviene en una efectiva articulación entre los niveles de atención primario y especializado.

## 2.7. RENDIMIENTO Y CONCENTRACIÓN

En la Consultoría pueden presentarse:

- a. personas que por primera vez son presentados al equipo Consultor,
- b. personas previamente vistas en Consultoría a quienes se decidió controlar en su evolución en esta instancia,
- c. personas ya presentadas en Consultoría que han tenido mala evolución y, por tanto, se presentan nuevamente, y
- d. personas contra referidas, desde el nivel especializado al nivel primario que el equipo de especialidad presenta para conocimiento de quienes brindarán continuidad de cuidados.

Recogiendo la experiencia nacional se sugiere:

- De 4 a 6 revisiones de caso con el 50% en modalidad presencial<sup>4</sup>.
- Para el equipo de especialidad debe considerarse adicionalmente el tiempo de desplazamiento, completando así 4 horas.
- En el registro, en el formulario correspondiente y en la ficha clínica, debe diferenciarse la primera presentación a Consultoría de los eventuales controles en Consultoría.
- Cada Centro de Atención Primaria realiza al menos 1 vez al mes, 1 Consultoría de salud mental sobre población adulta y adulta mayor y 1 de población infanto adolescente.

## 2.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE CONSULTORÍA

### 2.8.1. Priorización por parte del equipo de atención primaria de los casos a tratar en la Consultoría en Salud Mental

- Este proceso debe hacerse por el equipo de atención primaria<sup>5</sup> en reunión previa a la actividad.
- Se sugiere que sea la reunión de equipo de sector el espacio para priorizar y definir las personas beneficiarias de esta actividad.
- La preparación por parte del equipo de salud general de la presentación de los casos es una responsabilidad colectiva, liderada por el /la Jefe/a de Sector en coordinación con el asesor de salud mental.

<sup>4</sup> La consultoría no debe ser copada por controles. El equipo tratante de las personas es el de atención primaria, el equipo especializado actúa como consultor y no como tratante. Si la complejidad o gravedad de la persona lo requiere debe efectuarse la derivación correspondiente y continuar en control por el equipo especializado mientras resulte necesario.

<sup>5</sup> Específicamente, en los CESFAM y CECOSF, es el Equipo de Sector a quien se hace referencia.

- Debe considerar todas las fuentes disponibles y los recursos de apoyo necesarios: ficha clínica, exámenes, informes profesionales (social, nutricional, etc.) power point, impresiones y fotocopias, otros insumos pertinentes. Idealmente elaborar una pauta escrita que contenga la información necesaria. Esto es muy útil para ordenar y hacer más eficiente la actividad.
- Si la persona será presentada en forma presencial, es necesario invitarla formalmente entregándole la información y solicitándole su consentimiento, informándole sobre la eventual presencia de profesionales en especialización y/o estudiantes de pregrado.
- Debe definirse quien o quienes presentarán el caso y la situación clínica.
- Todo lo anterior debe constar en el Acta de Reunión de equipo de sector.

### 2.8.2. Preparación del Ambiente

- Debe estar previamente definida la sala donde se realizará la Consultoría en el establecimiento.
- Ambos equipos deben estar disponibles a la hora indicada.
- Es particularmente importante que el equipo de salud general tenga resguardado el tiempo para la actividad, evitando interrupciones durante la actividad.
- Debe cumplirse el horario establecido de inicio y de término.
- Debe disponerse el apoyo logístico necesario: data show, computador, telón proyección, sillas, mesas.
- Deben estar disponibles los insumos técnicos tales como fichas clínicas, exámenes, tests, informes, etc. Los que deben ser solicitados con antelación y estar disponibles al momento de inicio de la actividad.

### 2.8.3. Desarrollo de la Actividad

#### Encuadre

- Si los equipos aún no se conocen, debe existir una presentación formal que promueva un buen ambiente en el desarrollo de la actividad.
- Se debe evaluar en qué momento se incorpora el usuario y/o familiar a la Consultoría.
- Cuando se incorpore el usuario y/o familiar, debe existir un saludo y presentación formal. Se le debe explicar con un lenguaje claro, sencillo, sucinto y adecuado a su curso de vida, condición de salud y nivel de escolaridad, el objetivo de su presencia en esta actividad.
- Es necesario darle espacio al usuario y/o familiar para que presente sus dudas, inquietudes y temores.

#### Presentación de la situación clínica

##### *Equipo Consultante*

- El/la profesional predefinido/a presenta la situación clínica y lo que motiva la consulta al especialista. Se estima un tiempo de 10 minutos.
- Complementar la presentación con aportes del resto del equipo de salud general presente.
- Si está presente el usuario y/o familiar, dar posibilidad de complementar información.
- Preguntas que surjan en ese momento al usuario/a y/o familiar presente.

*Equipo Consultor*

- Preguntas que surjan para el equipo Consultante.
- Retroalimentación de la presentación.
- Preguntas para usuario/a y/o familiar, si están presentes.
- Propuesta clínica resolutoria de la situación clínica presentada.

Se sugieren algunos elementos a considerar en la presentación:

Elementos del diagnóstico integral, situación actual, antecedentes psicosociales, familiares, escolares, laborales relevantes, respuesta farmacológica al tratamiento, Plan Individual de Tratamiento Integral desarrollado, entre otros.

**Cierre de la Consultoría**

- Consenso de las acciones y actividades a realizar para la situación clínica de la persona beneficiaria de la Consultoría, entre ambos equipos y el usuario y/o familiar si está presente.
- Definir plan de acción como resultado de la Consultoría: intervenciones terapéuticas, tratamiento farmacológico, eventual derivación, relación con otros actores, instancias o servicios involucrados para el mejor resolver.
- Conectar o vincular plan de acción con el Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI).
- Continuidad de las intervenciones: si se mantiene en el Centro de Atención Primaria, debe quedar agendada la próxima hora de control. Si se define derivación al Centro de Salud Mental Comunitaria, al Hospital de Día o inclusive, Hospitalización, se debe gestionar el proceso de ingreso al lugar de derivación, considerando la red y el flujo definido localmente. Lo que no puede ocurrir, es que quede el usuario/a con la responsabilidad de esto, dada la complejidad del cuadro por lo cual fue definida su priorización.
- Se sugiere que el equipo Consultor lleve cupos reservados para resolver eventualidad de derivación de casos graves y urgentes.
- Acuerdos para el seguimiento del plan de acción definido en Consultoría. Este proceso debe ser supervisado por el equipo Consultor y debe ser realizado por el equipo del nivel primario o donde sea referido.
- Aplicación de "Pauta de Cotejo por sesión de Consultoría" (Anexo nº3), en conjunto por los equipos involucrados, para la auto-supervisión respecto a la aplicación de Orientación Técnica en Consultorías, guardando una copia cada uno de ellos (APS y nivel especializado).

**2.8.4. Registros**

- Registro en la Ficha Clínica por parte del equipo APS, de la Consultoría, plan de acción y los profesionales participantes de ambos equipos.
- Registro estadístico tanto por el equipo del nivel primario como el de especialidad:
  - Registro en la hoja de actividades diarias (manual o digital).
  - Registro mensual en el DEIS (REM A 06, sección A 02 para APS y REM A 07 sección E para Médico Psiquiatra).
- Pauta de Cotejo por sesión de Consultoría (Anexo nº3).
- Registro local de Consultorías. Registro manual o digital que debe contener, al menos, esta información básica:

- Nombre.
- Edad.
- RUT.
- Sector.
- Requiere derivación.
- Modalidad de consultoría (presencial o revisión de antecedentes).
- Número de la consultoría para esa persona (primera o reevaluación).
- Quiénes participan de la Consultoría.

## 2.9. ROL DEL SERVICIO DE SALUD

El rol de las direcciones de los Servicios de Salud es de Gestores de Red en su territorio y la Consultoría concebida según los criterios expuestos, es un recurso efectivo de articulación entre los niveles de atención primaria y de especialidad en salud mental, cuya práctica regular y sistemática contribuye a que el trabajo sanitario, en general, y de salud mental, en particular, se fortalezca en el territorio<sup>6</sup>.

El Servicio de Salud evaluará anualmente la aplicación de la Orientación Técnica de Consultoría utilizando pauta de cotejo, adjunta en este documento (Anexo 2) y plan de monitoreo (Anexo 1). Los resultados de esta evaluación deben ser informados a los equipos y establecimientos involucrados y presentada en el CIRA para su discusión y para la planificación de estrategias que permitan ir mejorando la calidad de las Consultorías en el Servicio. El papel de las Direcciones de Servicios de Salud, Subdirecciones Médicas, Jefaturas de los Departamentos Técnico-Programáticos (nivel primario y especialidad) y de los Referentes Técnicos de Salud Mental, respecto a la Consultoría en salud mental, es impulsar la instalación y práctica habitual de esta, y promover el cumplimiento de los criterios de calidad expuestos en estas orientaciones.

Para ello, debe cautelarse su debida inclusión en la planificación y programación en red en ambos niveles de atención, debe monitorizarse su cumplimiento en cantidad y calidad e impulsarse procesos de capacitación y mejoría continua de la calidad.

Es relevante que las Consultorías de salud mental estén formalmente incluidas en los Convenios, cuando los haya, con los administradores de los establecimientos de la red, tanto de la atención primaria como de establecimientos hospitalarios autogestionados en red. Del mismo modo, dada la importancia de promover su conocimiento y desarrollo, debe procurarse su inclusión en los Convenios Docente Asistenciales que se establezcan, sin que de ningún modo esto signifique delegar en entidades académicas la responsabilidad de llevarlas a cabo en los términos establecidos en estas y otras orientaciones técnicas.

Los Consejos Integrados de la Red Asistencial (CIRA) son espacios de formalización de los protocolos que cada Servicio de Salud desarrolle para reforzar el cumplimiento de estas orientaciones adecuándose a la realidad local.

Es fundamental el rol de los Gestores de Red para impulsar la territorialización del nivel especializado de atención en salud mental, de modo de poder dar a la Consultoría su dimensión de continuidad

<sup>6</sup> Esta situación se ve reforzada en el establecimiento de los Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud 2015-2018. Compromiso de Gestión 4: Implementar estrategias para optimizar la Resolutividad de los distintos niveles de atención [60].

de cuidados y cuidadores, con todos los beneficios derivados, tanto para las personas como para la obtención de mejores resultados sanitarios del funcionamiento de la red.

Dada su importancia, la capacitación en Consultorías y la amplia difusión de estas orientaciones son un tema a incluir en los Planes Anuales de Capacitación (PAC) de los Servicios de Salud del país.

Los Servicios de Salud deben, en su rol de Gestores de la Red, favorecer y facilitar, que en aquellos lugares donde cuenten con equipos especializados de salud mental en el territorio, sean estos los encargados de ejecutar las Consultorías<sup>7</sup>. Y en aquellas redes menos desarrolladas donde no se cuente con estos dispositivos, sea el equipo del centro hospitalario quien las ejecute.

## 2.10. ASPECTOS ÉTICOS

En la Consultoría en salud mental aparecen dos aspectos sensibles desde la perspectiva ética: la confidencialidad y el consentimiento.

En salud la confidencialidad de la información clínica se circunscribe al equipo en la totalidad y no a un profesional específico. La información clínica se trasmite de un nivel de salud a otro, o de una especialidad a otra, a través de informes y epicrisis, entre otras formas. Así, el deber de confidencialidad obliga a todos quienes, por participar del proceso asistencial, toman conocimiento de información sensible de los usuarios.

En cuanto al consentimiento, este debe ser solicitado cada vez que se ofrece al usuario la posibilidad de participar presencialmente en una entrevista en Consultoría, donde participarán otras personas ajenas al centro de salud del nivel primario y parte de la red institucional, incluso alumnos de pregrado o postgrado de instituciones en convenio con los establecimientos de salud. Esto último, debiera ser informado a la persona sujeto de la Consultoría.

El consentimiento debe referirse en particular a:

- Participar de una acción clínica diferente, con más personas, de otros niveles de atención, destinada a optimizar el tratamiento de su condición de salud.
- Informar que la confidencialidad de su situación no se ve vulnerada por este hecho.

Adicionalmente, se deben considerar y resguardar otros aspectos contenidos en la Ley de Derechos y Deberes [61] que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, como son:

- Las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.
- Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, no tengan dominio del idioma castellano o solo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible.
- Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.
- Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabacio-

<sup>7</sup> Para cumplir con los criterios de calidad de las Consultorías y con los principios del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, en particular con el criterio de continuidad de cuidados en la red.



nes o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso.

- La atención otorgada por alumnos en establecimientos de carácter docente asistencial, como también en las entidades que han suscrito acuerdos de colaboración con universidades o institutos reconocidos, deberá contar con la supervisión de un médico u otro profesional de la salud que trabaje en dicho establecimiento y que corresponda según el tipo de prestación.
- En el caso de atención a personas pertenecientes a pueblos originarios, es necesario incorporar un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas, el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización en idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura.
- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.
- Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información a que se refiere el párrafo anterior será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados anteriormente.
- Toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible.
- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos.

En relación a la atención en población infanto adolescente, es necesario hacer referencia a la Convención de Derechos Humanos de los Niños [62]:

- Artículo 3º: En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.
- Artículo 5º: Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según

establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.

- Artículo 12º: Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
- Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado, en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.
- Artículo 16º: Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.
- Artículo 30º: En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o personas de origen indígena, no se negará a un niño que pertenezca a tales minorías o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.

## 2.11. ANEXO N°1: PLAN DE MONITOREO

En un proceso de monitoreo, deben identificarse aquellas áreas o procesos relevantes que son necesarios de medir sistemáticamente, mediante indicadores. La sistematicidad en la aplicación de este plan de monitoreo permitirá analizar la tendencia y evaluar las áreas que requieran alguna intervención.

Plan de Monitoreo					
Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad
Estructura	Disponibilidad	Existe Programa Anual de Consultorías	Sí-No	Planificación anual del equipo de nivel primario y especialidad	Anual
Proceso	Eficacia	Porcentaje de Consultorías planificadas realizadas	Nº de Consultorías realizadas x100/ Nº Consultorías planificadas	Registro local de Consultorías Planificación anual del equipo de nivel primario y especialidad	Anual
Proceso	Disponibilidad oferta	Número de personas beneficiarias de Consultoría según sexo, género y curso de vida	Nº de personas beneficiarias según sexo, género y curso de vida, de Consultoría	Registro local de Consultorías	Anual
Proceso	Eficiencia	Cobertura de población bajo control de Salud Mental APS, según sexo, género y curso de vida	Porcentaje de personas beneficiarias por Consultoría, según sexo, género y curso de vida x100 /Población bajo control Salud Mental APS	Registro de población bajo control salud mental APS Registro de Consultorías realizadas	Anual
Proceso	Alineación del sistema y eficiencia	Porcentaje de personas derivadas al nivel de especialidad	Nº personas atendidas en Consultoría derivadas a especialidad x100/Nº total de personas atendidas en Consultoría	Registro de Consultorías realizadas	Anual
Proceso	Eficiencia	Porcentaje de personas derivadas a otros servicios	Nº personas atendidas en Consultoría derivadas a otros servicios x100/Nº total de personas atendidas en Consultoría	Registro de Consultorías realizadas	Anual

Proceso	Eficiencia	Porcentaje de Consultoría con proceso de seguimiento realizado	Nº de Consultorías con proceso de seguimiento realizado x100/Nº total de Consultoría realizado		Anual
Resultado	Efectividad	Porcentaje de personas beneficiarias de Consultoría con resolutivez positiva <sup>8</sup>	Nº de personas beneficiarias de Consultoría con resolutivez positiva x100/ Nº personas atendidas en Consultoría		Anual
Resultado	Eficiencia	Supervisión realizada al año por el SS con resultados presentados al Consejo Técnico de la Red, al menos al 50% de los equipos integrados que realizan Consultoría	Supervisión realizada al año	Pauta de Requisitos de Calidad	Anual
Evento centinela	Efectividad	Número de personas con riesgo <sup>9</sup> suicida al momento de la consulta y/o intento suicida (diferenciándolos), que fueron beneficiarias de Consultoría.	Nº personas con riesgo y/o intento suicida que fueron beneficiarias de Consultoría	Registro de Consultorías realizadas. Registros estadísticos seguimiento de Consultoría	De estudio inmediato
Proceso "Trazador"	Eficacia	Porcentaje de Consultorías en que participa psiquiatra Consultor y médico consultante.	Número de Consultorías realizadas donde participa psiquiatra Consultor y médico Consultante x100/ número total de Consultoría realizadas.	Registro de verificación de asistencia nivel primario y especialidad	Anual

<sup>8</sup> A través de la consultoría se mejoró la adherencia, la respuesta al tratamiento, mejora en los síntomas, se evitó la hospitalización o se resolvió la enfermedad y se produjo el alta.

<sup>9</sup> Riesgo suicida: es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse. Se valora clínicamente y deben considerarse factores epidemiológicos, de antecedentes personales, del estado mental y de los estresantes actuales a los que está sometido el individuo.

## 2.12. ANEXO N°2: PAUTA DE COTEJO PARA SUPERVISAR LA APLICACIÓN DE ORIENTACIÓN TÉCNICA DE CONSULTORÍAS

La supervisión es una herramienta de evaluación externa que constituye un elemento de apoyo para el mejoramiento de la calidad de la atención y la gestión.

Se define como un proceso administrativo, y educador que orienta, guía, dirige la ejecución e implementación de acciones y actividades, permitiendo comparar lo realizado con lo esperado; con el fin de corregir, desarrollar y modificar las áreas deficientes para lograr el máximo de calidad. Este proceso rescata lo positivo, detecta las áreas problema y visualiza oportunidades de mejora y capacitación, aumentando el incentivo y la motivación de los equipos de salud.

Esta pauta de cotejo es un instrumento de supervisión cuyo objetivo es velar por el cumplimiento de una orientación técnica. Es programada, continua, permanente, informada y no sorpresiva.

Si existiese un programa de supervisión se sugiere incorporar esta área. De cualquier modo, se sugiere que la primera supervisión se realice después de los 6 meses de la puesta en marcha de estas orientaciones técnicas.

Pauta Cotejo de Criterios de Calidad para supervisar aplicación de "Orientación Técnica de Consultorías"				
Servicio de Salud:		Fecha de realización		
		Equipo Consultor		
		Equipo Consultante		
Nº	Criterios de Calidad	Sí	No	
1	Existe una programación anual de Consultorías en salud mental.			
2	Existe participación de referente de coordinación de Consultoría en salud mental para el nivel primario y de especialidad.			
3	Existe registro de las Consultorías realizadas al momento de la supervisión.			
4	Se realizan todas las Consultorías planificadas (exceptuando situaciones de Emergencias y Desastres).			
5	Todas las personas beneficiarias de las Consultorías son priorizadas con antelación a la realización de la actividad misma. Consta en acta de reunión de equipo la priorización de los casos.			
6	Al momento de la Consultoría están disponibles todos los insumos necesarios para su realización: sala, apoyo logístico, insumos técnicos.			
7	Existe una presentación preparada con anterioridad por el equipo de salud general.			
8	El equipo Consultor realiza retroalimentación de la presentación de los casos.			
9	El usuario y/o familiar tiene espacio para presentar dudas, inquietudes, temores.			
10	Existe un plan de acción resultado de la Consultoría.			
11	Existe seguimiento, por parte del equipo Consultor, de las Consultorías de salud mental.			
12	Se le informa al usuario/a del objetivo de la Consultoría. Y está su autorización para participar en la actividad, cuando es presencial. Si no es presencial, no aplica este criterio.			
13	Se detectan y resuelven requerimientos de capacitación respecto a situaciones clínicas de las personas beneficiarias de las Consultorías.			
14	Participan siempre en la Consultoría: Psiquiatra consultor y médico tratante. Otros integrantes: al menos uno del equipo consultor y dos del equipo consultante.			
15	Se registra la actividad y los acuerdos en Ficha Clínica de la persona beneficiaria de las Consultorías.			

### Escala de Evaluación

Entre 15 y 14 criterios cumplidos: excelente aplicación de la Orientación Técnica.

Entre 13 y 12 criterios cumplidos: buena aplicación de la Orientación Técnica.

Entre 11 y 9 criterios cumplidos: regular aplicación de la Orientación Técnica.

Entre 8 y menos: mala aplicación de la Orientación Técnica.

## 2.13. ANEXO N°3: PAUTA DE COTEJO POR SESIÓN DE CONSULTORÍA

El objetivo de esta Pauta, que debe ser aplicada en conjunto por el equipo APS y el equipo especializado al concluir cada sesión de Consultoría, es que ambos tomen nota respecto a la medida en que cumplen los criterios de calidad de las orientaciones técnicas, y puedan orientar sus esfuerzos para mejorar en este proceso.

Pauta de Cotejo por sesión de Consultoría. Supervisión de aplicación de Orientación Técnica en Consultorías. Para ser aplicada en cada sesión, en conjunto, por los equipos involucrados.				
Servicio de Salud:		Fecha		
Equipo Consultor				
Equipo Consultante				
Nº	Criterios de Calidad	Sí	No	
1	La Consultoría se efectúa en el Centro de Atención Primaria de origen del equipo Consultante.			
2	Está presente el referente de coordinación de Consultoría en salud mental para el nivel primario.			
3	Está presente el referente de coordinación de Consultoría en salud mental para el nivel de especialidad.			
4	Participan en la Consultoría todos los médicos de atención primaria tratantes de los pacientes presentados.			
5	Participan en la Consultoría el Psiquiatra Consultor asignado al centro de atención primaria.			
6	Participan en la Consultoría al menos otros dos miembros del equipo Consultante.			
7	Participan en la Consultoría al menos otro miembro del equipo Consultor.			
8	Las personas beneficiarias de la consultoría son priorizadas en equipo con antelación a la realización de la actividad misma. Costa en acta de reunión de equipo.			
9	Al momento de la consultoría están disponibles todos los insumos necesarios: sala, apoyo logístico, insumos técnicos.			
10	Existe una presentación preparada de los casos con anterioridad por el equipo de salud general.			
11	Se le informa al usuario/a del objetivo de la Consultoría. Si no es presencial, no aplica este criterio.			
12	Tiene espacio el usuario y/o familiar para presentar dudas, inquietudes, temores.			
13	El equipo Consultor realiza retroalimentación de la presentación de los casos.			
14	Se establece un plan de acción para cada una de las personas evaluadas.			
15	En el caso de pacientes ya vistos en Consultorías anteriores, existe en su ficha clínica constancia de la ejecución por parte del equipo de atención primaria del plan de acción acordado.			
16	Se registra la actividad y los acuerdos en Ficha Clínica de la persona beneficiaria de la Consultoría.			
17	Se detectan requerimientos de capacitación respecto a situaciones clínicas de las personas beneficiarias por las Consultorías.			
<b>PUNTAJE TOTAL DE LA CONSULTORÍA</b>				

### Escala de Evaluación

Entre 17 y 15 criterios cumplidos: excelente aplicación de la Orientación Técnica.

Entre 14 y 12 criterios cumplidos: buena aplicación de la Orientación Técnica.

Entre 11 y 9 criterios cumplidos: regular aplicación de la Orientación Técnica.

Entre 8 y menos: mala aplicación de la Orientación Técnica.

## EQUIPO EDITOR

Nombre	Título o profesión	Cargo actual	Institución
Alvarado Andrade, Roxana	Psicóloga	Unidad Salud Mental	División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
Carniglia Tobar, Claudia	Terapeuta Ocupacional	Unidad Salud Mental	División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
Chacón Sandoval, Susana	Psicóloga	Unidad Salud Mental	División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
Díaz Calderón, Rodrigo	Ingeniero Comercial	Unidad Salud Mental	División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
Estrada Jopia, Carla	Periodista	Unidad Salud Mental	División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
Narváez Espinoza, Patricia	Enfermera y Matrona	Unidad Salud Mental	División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
Saldías Vergara, Mónica	Secretaria	Unidad Salud Mental	División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
Salinas Gallegos, Felipe	Psicólogo	Unidad Salud Mental	División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
Santander Cortéz, Ximena	Psicóloga	Unidad Salud Mental	División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
Sepúlveda Jara, Rafael	Médico-Psiquiatra	Jefe Unidad Salud Mental	División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.
Soto, Gonzalo	Psicólogo	Depto. Modelo de Atención Primaria	División de Atención Primaria, MINSAL.
Valenzuela Azócar, Claudia	Trabajadora Social	Unidad Salud Mental	División Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

## PROFESIONALES Y TÉCNICOS COLABORADORES

Nombre	Título o profesión	Cargo actual	Institución
Alvarado S, Claudia	Psicóloga	Asesora de Salud Mental	Subdirección de Integración de la Red, Servicio de Salud Chiloé
Amaro Imaña, Johana	Psicóloga	Encargada Programa de Salud Mental.	CESFAM Eugenio Petruccelli Astudillo
Aravena Molina, Álvaro	Médico-Psiquiatra	Director COSAM San Ramón	Servicio de Psiquiatría, Hospital Barros Luco
Artigas, Eduardo	Terapeuta Ocupacional	Asesor Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Bravo Nuñez, Claudia	Trabajadora Social	Asesora Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Cantín, Viviana	Asistente Social	Asesora Salud Mental	Servicio Salud Concepción
Carrasco Navarrete, Lucrecia	Asistente Social	Profesional	CESFAM Marco Maldonado
Castro Astete, César	Médico Psiquiatra	Jefe Unidad de Salud Mental	Dirección Servicio de Salud O'Higgins
Cid, Carolina	Trabajadora Social	Asesora Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Curiente, Matilde	Asistente Social	Asesora Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Escalona Pavez, Alex	Psicólogo	Encargado de Salud Mental	Depto. Atención Primaria y Red Asistencial. Dirección Servicio de salud Araucanía Sur
Fernández C., Cecilia	Psicóloga	Asesora Salud Mental	Servicio Salud Concepción
Fuentes Núñez, Humberto	Psicólogo	Profesional Apoyo Salud Mental	Subdirección de Integración de la Red, Servicio de Salud Chiloé
Fuentes Sanhueza, Marjorie	Psicóloga	Asesora de Salud Mental	Depto. Atención Primaria y Red Asistencial. Dirección Servicio de Salud Araucanía Sur
Gallardo, Pierinna	Kinesiólogo	Profesional de Programa de Adulto	Depto. Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades
Gatica Bahamonde, Gabriel	Psiquiatra Infanto Adolescente	Asesor de Salud Mental / Médico Hospital Villarrica	Depto. Atención Primaria y Red Asistencial / Servicio de Salud Mental. Dirección Servicio de salud Araucanía Sur/ Hospital Villarrica
Gómez Chamorro, Mauricio	Médico-Psiquiatra	Jefe Departamento de Salud Mental.	División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría Salud Pública. MINSAL
González Quintana, Eduardo	Psicólogo	Asesor Unidad de Salud Mental	Dirección Servicio de Salud O'Higgins



González, Miriam	Matrona	Profesional del Programa de la Mujer	Depto. Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades
Guzmán, María Paz	Médico Pediatra	Jefe Depto. Ciclo Vital	Depto. Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades
Herrera, Juan	Matrón	Profesional de Programa de Adolescente	Depto. Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades
Herrera, Patricio	Medico Geriatria	Jefe de Programa de Adulto Mayor	Depto. Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades
Hidalgo T., Muriel	Psicóloga	Asesora Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Honores Rojas, Carmen Gloria	Psicóloga	Jefe Programa Salud Mental	CESFAM Las Torres
Hormazábal Aguilar, Claudia	Psicóloga	Asesor Unidad de Salud Mental	Dirección Servicio de Salud O'Higgins
Levi Adrián, Rosa	Psicóloga	Encargada Salud Mental	Unidad Salud Mental Servicio Salud Coquimbo
Ibacache Silva, Luis	Médico Psiquiatra	Médico Psiquiatra, Unidad de Hospitalización	Servicio de Psiquiatría, Hospital Barros Luco
Leyton, Bárbara	Enfermera	Profesional de Programa Infantil	Depto. Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades
Lino Castro, Ignacio	Médico Psiquiatra	Jefe Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental	Hospital San Martín de Quillota
López Fuentes, Ester	Psicóloga	Encargada Unidad Salud Mental	Servicio de Salud Arica Unidad de Salud Mental
Lora, Rocío	Psiquiatra	Jefe Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Molina, Daniel	Psicólogo	Asesor Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Morales Llopis, Ricardo	Médico Psiquiatra Adultos	Asesor médico. InterConsultor en APS.	Unidad de Salud Mental, Dera. Servicio de Salud Ñuble
Moreau Rodríguez, Jeannette	Psicóloga	Encargada Programa de Salud Mental	CESFAM Dr. Amador Neghme Rodríguez
Munizaga Cerda, Pablo	Psicólogo	Director	CESAM Concón
Naranjo Vergara, Claudio	Psicólogo	Profesional	CESFAM Marco Maldonado
Navarrete Bulnes, Cynthia	Psicóloga	Jefe Programa Salud Mental	CESFAM Marco Maldonado
Neumann García, Erna	Psicóloga	Coordinadora Essma Norte	Servicio de Salud Arica. Essma Norte

Ormazábal Lefihual, Marcela	Psicóloga	Asesora Unidad Salud Mental.	Depto. Articulación y Desarrollo de la Red. Servicio de Salud Maule
Prudencio, Consuelo	Socióloga de Programa Infantil	Profesional de Programa Infantil	Dpto. Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades
Quiroz Aravena, Carla	Psicóloga	Coordinadora Essma Sur	Servicio de Salud Arica. Essma Sur
Ramírez, Lorena	Matrona	Jefe de Programa del Adolescente	Depto. Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades
Román Stagnaro, Patricia	Psicóloga	Encargada Programa SM CESFAM Víctor Bertín Soto	CESFAM Dr. Víctor Bertín Soto
Romero Acuña, Pablo	Licenciado en Sociología	Asesor Unidad de Salud Mental	Dirección Servicio de Salud O'Higgins
Segovia Álvarez, Myriam	Psicóloga	Referente Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Arica. Unidad de Salud Mental
Sepúlveda C., Jessica	Psicóloga	Asesora Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Tacussis Oblitas, Javier Zvi	Psicólogo	Referente Unidad de Salud Mental	Servicio de Salud Arica. Unidad de Salud Mental
Tirado Silva, Juan Esteban	Psicólogo	Jefe Unidad de Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota
Valdés, Ana	Psiquiatra	Asesora Salud Mental	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Valdivia Molina, Sabina	Trabajadora Social	Asesor Unidad de Salud Mental	Dirección Servicio de Salud O'Higgins
Venegas, Jenny	Médico	Profesional de Programa de Adulto Mayor	Depto. Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades
Vera Superbi, Cecilia	Médico Psiquiatra Adultos	Profesor Adjunto Depto. Psiquiatría Sur Jefe Servicio Psiquiatría	Facultad de Medicina Universidad de Chile Hospital De Buin
Vergara C., Patricia	Psicóloga	Asesora Salud Mental	Dirección Servicio de Salud Talcahuano
Villagrán Rivera, Marcela	Psicóloga	Encargada de Salud Mental	Departamento de Articulación de la Red. Servicio de Salud Osorno

## REFERENCIAS

- [1] MINSAL and OPS, "Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario." 2013.
- [2] Ministerio de Salud, "Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría." 2000.
- [3] Minoletti, A., Zaccaria, A., "Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia," *Rev Panam Salud Pública Pan Am J Public Health*, vol. 18 (4/5), 2005.
- [4] Whiteford, HA & Ferrari, A, "The burdens of mental disorders in the Global Burden of Disease Study 2010 and the World Mental Health surveys: similarities, differences, and implications for mental health research.," 2013.
- [5] MINSAL, "Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible." 2008.
- [6] Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, y Kohn R, "Salud Mental Infanto-Juvenil en Chile y Brechas de Atención Sanitarias.," 2002.
- [7] B. V. P. Pedro Rioseco S, Sandra Saldivia B, Robert Kohn, Silverio Torres P and Pedro Rioseco S, Sandra Saldivia B, Robert Kohn, Silverio Torres P, "Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI)," *Rev Méd Chile V130 N5*, May 2002.
- [8] MINSAL, Pontificia Universidad Católica de Chile, and Universidad Alberto Hurtado, "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010." 2011.
- [9] MINSAL, "Defunciones y Mortalidad por Causas. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS)." 2012.
- [10] MINSAL, "Informe Final Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible." 2008.
- [11] MINSAL, Pontificia Universidad Católica de Chile, and Universidad Alberto Hurtado, "Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010." 2011.
- [12] Servicio Nacional del Adulto Mayor, "Las Personas Mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez (1st ed)." Maval, 2009.
- [13] OMS, "The World Health Report 2008: primary health care—now more than ever." 2008.
- [14] Ivbijaro G, "Report: WONCA working party on mental health. *Ment Health Fam Med*. 2009 Mar; 6(1):63-4.," 2009.
- [15] OMS/WONCA, "Integrating Mental Health into Primary Care: a global perspective Geneva." 2008.
- [16] Reneses B, Garrido S, Navalón A, Martín O, Ramos I, Fuentes M, Moreno J, López-Ibor JJ, "Psychiatric morbidity and predisposing factors in a primary care population in Madrid," *Int J Soc Psychiatry*, 2014.
- [17] Jenkins R, Kessler M, Riba M, Gunn J y Kauye F, "Public health aspects of integration of mental health into primary care services," in *Companion to Primary Care Mental Health*, WONCA and Radcliffe Publishing., Londrés, 2012.

- [18] Olufolahan V and Olayinka O, "Family Burden in Caregivers of Schizophrenia Patients: Prevalence and Socio-demographic Correlates.," *Indian J Psychol Med*, vol. Jan-Mar; 35(1), pp. 60-66, 2013.
- [19] OMS, "Informe Mundial sobre Salud en el Mundo : Salud Mental Nuevos Conocimientos y Esperanzas." 2001.
- [20] OMS, "Informe Mundial sobre Salud en el Mundo : Salud Mental Nuevos Conocimientos y Esperanzas." 2001.
- [21] Harris M, Legge N, Diminic S, Carstensen Georgia, McKeon G, Siskind Dan, Burgess P, Stewart Gavin & Whiteford H, "Mental health service cost drivers: an international literature review. Final report for Stage B of the Definition and Cost Drivers for Mental Health Services project.," *Univ. Qld.*, vol. Volume 2 St. Lucia, QLD, Australia, 2013.
- [22] Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M. & Galea, A., "Long term conditions and mental health: the cost of co-morbidities." The King's Fund and Centre for Mental Health., 2012.
- [23] Boardman, J. y Parsonage, M., "Delivering the Government's Mental Health Policies: Services, staffing and costs." London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.
- [24] Sepúlveda, R., "Tesis: Impacto de la Consultoría Psiquiátrica en Atención Primaria de Salud: Estudio de su asociación con las tasas de egresos de hospitalización por causa psiquiátrica, a nivel de comunas del país." Universidad de Chile, 2015.
- [25] MINSAL, "Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los Servicios de Salud: planificación, implementación y evaluación." 2012.
- [26] Bronfenbrenner U, *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, España: Paidós, 1987.
- [27] H. T. and Adams K. J., "Aging and life course transitions: an interdisciplinary perspective.," *Guilford Press N. Y.*, 1982.
- [28] OMS, "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud." 2008.
- [29] Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, "Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce." Institute of Medicine of the National Academies, 2008.
- [30] Lu, M. C. and Halfon, N., "Racial and ethnic disparities in birth outcomes: A lifecourse perspective. Maternal and Child Health." 2003.
- [31] OMS, "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud." 2008.
- [32] OMS/WONCA, "Integrating Mental Health into Primary Care: a global perspective Geneva." 2008.
- [33] Federación Mundial para la Salud Mental, "Salud Mental en la Atención Primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental." 2009.

- [34] Margarita Laviana and CuetosServicio Andaluz de Salud, *La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e intengrada en un modelo comunitario.*, vol. 24. Colegio Oficial de Psicología Universidad de Sevilla.
- [35] Martín Correa Urquiza, T. J. Silva, M. M. Belloc, and Angel Martínez Hernández, "La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales.," *Quad. Inst. Català Antropol.*, vol. 22, 2006.
- [36] Bachrach, L.L., "Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis.," *Am. J. Psychiatry*, vol. 138, pp. 1449-1456, 1981.
- [37] Cohen, D. & Sanders, H., "Day-program-based treatment in the Amsterdam city center.," *Int. J. Soc. Psychiatry*, vol. 41, pp. 120-131, 1995.
- [38] Johnson, S., Prosser, D., Bindman, J. & Szmulker, G., "Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures.," *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 32, pp. 137-142, 1997.
- [39] Sytema, S., Micciolo, R. & Tansella, M., "Continuity of care for patients with schizophrenia and related disorders: a comparative South-Verona and Groningen case-register study.," *Psychol. Med.*, vol. 27, pp. 1355-1362, 1997.
- [40] OPS, "Hacia un modelo de atención integral de salud basado en la Atención Primaria de Salud. Propuesta preliminar." 2013.
- [41] Fernández, M., "Continuidad de cuidados: el informe de alta de enfermería en la unidad de Hospital de Salud Mental.," *Medwave 2003 Sep38e2777 Doi 105867medwave2003082777*, 2003.
- [42] Servicio Madrileño de Salud, "Marco Referencial de la Continuidad de Cuidados en el Servicio Madrileño de Salud Comunidad de Madrid." 2014.
- [43] Goldberg, D y Huxley, P, "Common mental disorders: A bio-social model. New York.," *Tavistock/Routledge*, vol. XVI, p. 194 pp, 1992.
- [44] Farmer AE. & Griffiths H, "Labelling and illness in primary care: comparing factors influencing general practitioners' and psychiatrists' decisions regarding patient referral to mental illness services.," *Psychol Med*, vol. Aug; 22(3), pp. 717-23, 1992.
- [45] Méndez E y Gajardo F, "Consultoría Psiquiátrica en Atención Primaria de Salud: Criterios a considerar para una buena práctica en la Red de Salud Pública de Chile. Ensayo final Curso de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad Mayor." 2013.
- [46] Baird M, Riba M, Lee A, Gálvez L y Daneke E, "Managing the interface in primary care mental health clinics. Cap. 7," in *Companion to Primary Care Mental Health*, WONCA and Radcliffe Publishing, 2012.
- [47] Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A., "Collaborative care for depression in primary care Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression.," *Br. J. Psychiatry*, vol. 189, no. 6, pp. 484-493, 2006.
- [48] Cape J, Whittington C, Bower P., "What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis.," *Gen. Hosp. Psychiatry*, vol. 32, no. 3, pp. 246-254, 2010.

- [49] Cape J, Whittington C, Bower P., "What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis.," *Gen. Hosp. Psychiatry*, vol. 32, no. 3, pp. 246-254, 2010.
- [50] Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, Pickering RM, Baker NG, Henson A, Preece J, Cooper D, Campbell MJ., "Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial.," *Lancet*, vol. 355, no. (9199), pp. 185-91, 2000.
- [51] Peveler R., Kendrick T., "Treatment delivery and guidelines in primary care.," *Br Med Bull*, vol. 57, pp. 193-206, 2001.
- [52] Kendrick T. Stevens L, Bryant A et al., "Hampshire depression project: changes in the process of care and cost consequences.," *Br J Gen Pr.*, vol. 51, pp. 911-13, 2001.
- [53] Schreiter, E. A. Z., Pandhi, N., Fondow, M. D. M., Thomas, C., Vonk, J., Reardon, C. L., & Serrano, N., "Consulting Psychiatry within an Integrated Primary Care Model.," *J. Health Care Poor Underserved*, vol. 24, no. 4, pp. 1522-1530, 2013.
- [54] Sepúlveda R, Alvarado R, Minoletti A, Madariaga C y Aliste F, "Evaluación de la actividad de consultoría psiquiátrica en APS, en los servicios de salud mental del sistema público chileno.," presented at the III Congreso Chileno de Salud Pública y V Congreso Chileno de Epidemiología, Santiago, Chile, 2014.
- [55] Ibacache, L., "Antecedentes sobre las Consultorías en APS efectuadas desde el Servicio de Psiquiatría del Hospital Barros Luco a comienzos de la década de 1990." 2014.
- [56] Ministerio de Salud, *Código Sanitario Decreto Fuerza Ley No725*. 1967.
- [57] Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, Chile., "Orientaciones para la planificación y programación en Red, año 2016'." MINSAL, 2015.
- [58] MINSAL, "Continuidad de Cuidados: Articulación de Salud Mental en Atención Primaria con Equipos de Especialidad en Salud Mental. Cap. 4.," in *Salud mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones. Dirigido a los equipos de salud.*, Santiago, Chile, 2015.
- [59] Tyrer P, Ferguson B, Wadsworth J., "Liaison psychiatry in general practice: the comprehensive collaborative model.," *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 81, no. 4, pp. 359-363, 1990.
- [60] Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, Chile., "Orientaciones técnicas y metodológicas Compromisos de Gestión en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud." Minsal.
- [61] Ministerio de Salud, Ley No 20.584 *Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación a las Acciones Vinculadas a su Atención de Salud*. 2012.
- [62] Naciones Unidas, "Convención Derechos del Niño." 1989.

