

## DIFERENCIAS EN PERCEPCIONES DE CALIDAD DE ATENCION Y RESPETO DE DERECHOS EN SALUD MENTAL ENTRE USUARIOS, FAMILIARES Y FUNCIONARIOS

*DIFFERENCES ON PERCEPTIONS OF QUALITY OF CARE AND RESPECT FOR RIGHTS IN MENTAL HEALTH BETWEEN USERS, FAMILY AND STAFF*

**Alberto Minoletti , Olga Toro<sup>1</sup> , Rubén Alvarado<sup>1</sup>, Ximena Rayo<sup>1</sup>**

---

### Resumen

**Antecedentes:** El presente estudio se fundamenta en la insuficiente calidad de atención y respeto de derechos en servicios de salud mental y en las diferencias de percepciones sobre estos aspectos entre usuarios y funcionarios en otros países.

**Objetivos:** Comparar las percepciones de calidad y respeto de derechos entre usuarios, familiares y funcionarios en Chile.

**Método:** En 15 centros especializados de atención ambulatoria, seleccionados al azar, se entrevistaron 146 usuarios, 64 familiares y 148 funcionarios aplicando el instrumento WHO QualityRights. Las entrevistas con usuarios y familiares fueron efectuadas por un usuario y las entrevistas con funcionarios las realizó un profesional, ambos entrevistadores eran externos a los 15 centros y fueron capacitados en el instrumento.

**Resultados:** Los puntajes totales, para el conjunto de 18 indicadores estudiados muestran valores más bajos en usuarios y familiares en comparación con los funcionarios ( $p < 0,001$ ). En tres de las cuatro áreas estudiadas se observaron diferencias significativas, con los usuarios y familiares percibiendo también un menor porcentaje de cumplimiento de estándares que lo que hicieron los funcionarios. El área de derechos a la inclusión en la comunidad fue la que presentó la mayor diferencia entre los tres grupos entrevistados, con los 4 estándares presentando puntajes significativamente más bajos en usuarios y familiares ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Los resultados contribuyen a destacar la importancia de que los servicios de salud mental escuchen efectivamente la voz de los usuarios y familiares, de modo de comprender sus necesidades y expectativas sobre la atención. Se concluye también la necesidad de que los usuarios participen activamente en las decisiones sobre su tratamiento, así como la implementación de intervenciones en la comunidad para favorecer mayor inclusión social.

### Summary

**Background:** This study is based on the inadequate quality of care and respect for rights in mental health services and on differences in perceptions on these issues between users, families and staff in other countries. **Objectives:** To compare the perceptions of quality and respect of rights between users, families and staff in Chile.

**Methods:** In 15 randomized specialized outpatient facilities, 146 users, 64 families and 148 staff were interviewed applying the WHO QualityRights instrument. The interviews with users and families were conducted by a user and the interviews with staff were conducted by a mental health professional, both interviewers were external to the 15 centers and trained in the use of the instrument.

**Results:** Total scores for the set of 18 indicators studied show lower values among users and families compared with staff ( $p < 0.001$ ). In three of the four areas studied significant differences were observed, with users and relatives also perceiving a lower percentage of compliance with standards than did the staff. The area of rights to inclusion in the community was the one with the greatest difference among the three groups

---

Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile  
Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne, Santiago, Chile

interviewed, with the 4 standards having significantly lower scores on users and their families

Conclusions: The results of this study contribute to highlight the importance of mental health services really listening the voice of users and their families, in order to understand their needs and expectations about care. The need for users to actively participate in treatment decisions and implementing community interventions to promote greater social inclusion are also concluded.

**Palabras claves:** Servicios de salud mental comunitarios, evaluación de la calidad de atención en salud, derechos de los pacientes, participación de usuarios, satisfacción usuaria.

**Key words:** Community mental health services, healthcare quality assessment, patients' rights, consumer participation, consumer satisfaction

## Introducción

La implementación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría desde el año 2000 ha permitido disponer en Chile de una red de servicios de salud mental en el sistema público que se extiende por todo el territorio nacional, con una cobertura del 75% de la población (principalmente de sectores socioeconómicos bajos y medios)<sup>1-6</sup>. Una expresión de este desarrollo es el hecho que el número de centros especializados de atención ambulatoria en salud mental aumentó de 41 en el año 2000 a 136 en el 2012<sup>1,6</sup>. A pesar de este avance en la disponibilidad de servicios de salud mental, aún persisten importantes brechas en la calidad de atención<sup>7</sup> y respeto de derechos de los usuarios<sup>8</sup>.

Es ampliamente aceptado que, tanto la calidad de atención como el respeto a los derechos de los usuarios, son aspectos críticos para lograr resultados favorables en el tratamiento y la rehabilitación en salud, evitar efectos indeseables y responder adecuadamente a las expectativas de los usuarios, particularmente en personas con enfermedades mentales<sup>9-13</sup>. Una de las estrategias fundamentales para mejorar calidad es la evaluación del cumplimiento de estándares en los centros de salud mental<sup>12, 14-17</sup>; esta evaluación, en los últimos 30 años, ha incorporado en forma creciente la percepción de los usuarios de servicios sobre la atención recibida<sup>18-22</sup> y, más recientemente, la participación de los usuarios en el diseño y ejecución de evaluaciones y mejoras de la calidad de los servicios de salud mental<sup>23-27</sup>. Consecuentemente con la participación de usuarios en la mejora de calidad y, además, con los fundamentos internacionales de derechos humanos en salud mental, y en especial de la Convención de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad<sup>28</sup>, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado

estándares y una metodología para medirlos<sup>29,30</sup>, los cuales pueden ayudar a los países a realizar avances en estas materias<sup>31-33</sup>. El instrumento de la OMS de calidad y derechos<sup>30</sup> incluye tanto la observación del funcionamiento de los servicios de salud mental como entrevistas a usuarios, familiares de usuarios y funcionarios del centro de atención, y el equipo evaluador está constituido por profesionales y usuarios de servicios de salud mental. Estudios con el instrumento de la OMS y con otras metodologías han mostrado que los usuarios perciben la calidad de los servicios de salud mental en forma más negativa que los funcionarios que trabajan en ellos<sup>34-37</sup>, lo cual constituye un aspecto crítico para los procesos de mejora de la calidad de atención, especialmente en aquellos servicios donde no existen mecanismos regulares para que los usuarios expresen sus percepciones sobre la atención que reciben.

El presente estudio se fundamenta en la insuficiente calidad de atención y respeto de derechos en los centros especializados de atención ambulatoria en salud mental y en las posibles diferencias de percepciones sobre estos aspectos que pudieran existir entre los usuarios, sus familiares y los funcionarios de estos centros en la realidad chilena, tal como se ha encontrado en otros países. Consecuentemente, el estudio tiene como objetivos el conocer la percepción de calidad de atención y respeto de derechos que tiene las personas involucradas en estos centros y el comparar las percepciones en estos temas entre los usuarios, familiares y funcionarios.

## Métodos

Este estudio forma parte de una investigación transversal más amplia que midió diferentes aspectos de la calidad en los servicios y el respeto de

los derechos de los usuarios, en 15 centros especializados de atención ambulatoria en salud mental (pertenecientes a las redes de atención pública y que atienden personas con primer episodio de esquizofrenia). Del total de los 97 centros existentes en el año 2013, se seleccionaron a aquellos que hubieran admitido 20 o más personas con sospecha de primer episodio de esquizofrenia en cualquiera de los 2 años anteriores (2011 y 2012). De esta forma, el universo de este estudio se redujo a 35 centros, y de ellos se eligieron aleatoriamente 15 centros a evaluar y 5 de remplazo. Dos de los 15 centros seleccionados y tres de los 5 centros de remplazo presentaron dificultades que impidieron su evaluación, lo cual da una tasa global de rechazo de 25%.

En cada uno de los centros se aplicó la herramienta de entrevista del instrumento WHO QualityRights<sup>30</sup>, el cual mide la percepción del nivel de calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes. Este instrumento fue elaborado por la OMS con el apoyo de expertos usuarios de servicios y profesionales de diferentes continentes, basado en la Convención ONU de Derechos de las Personas con Discapacidad, cubriendo los derechos a la salud, la capacidad jurídica y libertad, la protección de crueldad y abuso y la inclusión en la comunidad. La evaluación de los centros ambulatorios considera la medición del nivel de cumplimiento de estos cuatro temas, los cuales incluyen un total de 18 estándares y 78 criterios. Este instrumento se encontraba disponible solamente en idioma inglés y requirió traducción al español, evaluación de validez de contenido y pilotaje en un servicio de psiquiatría ambulatorio.

De acuerdo a las orientaciones de la aplicación del WHO QualityRights<sup>30</sup>, en los centros de salud mental con 16 a 40 usuarios en el momento de la evaluación (rango en el que se encuentran 14 de los 15 centros evaluados), se debe entrevistar en cada centro un total de 8 a 12 usuarios, 4 a 6 familiares y 8 a 12 funcionarios. Con el fin de tener una representación igual de sujetos por cada centro se decidió entrevistar un número promedio de estas cifras: 10 usuarios, 5 familiares y 10 funcionarios. Los usuarios fueron seleccionados aleatoriamente de la agenda de personas citadas para el día programado para la evaluación. Se seleccionó al menos un funcionario para entrevistar por cada tipo de profesión u oficio (ej. psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermera, terapeuta ocupacional, recepcionista, técnico en enfermería, etc.), y en los

casos que existieran 2 o más personas por cada categoría, se efectuó una selección aleatoria. Los familiares, por su menor número en estos centros, no fueron seleccionados aleatoriamente sino que solo por su presencia y disponibilidad en el día de la evaluación. Las entrevistas de los usuarios y familiares fueron realizadas por 4 entrevistadores usuarios y las de los funcionarios por 3 entrevistadores profesionales de salud mental, todos los cuales recibieron un entrenamiento teórico y práctico de 20 horas.

A cada una de las personas entrevistadas (usuarios, familiares y miembros del equipo) se les solicitó previamente su consentimiento informado y se tomaron todas las medidas necesarias para resguardar su identidad. El estudio y los formatos de consentimientos informados fueron aprobados por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y, además, en algunos centros por Comités de Ética locales.

Se efectuó un análisis descriptivo y de comparación entre los tres grupos para los puntajes totales y por temas y estándares obtenidos en las entrevistas, aplicándose el test de Kruskal Wallis para la comparación de las distribuciones.

## Resultados

Los números totales de personas entrevistadas en los 15 centros fueron 146 usuarios, 64 familiares y 148 funcionarios, y el porcentaje de rechazos a ser entrevistados fue de 6,4% para los usuarios, 11,1% para los familiares y no hubo rechazos entre los funcionarios. La razón principal para rechazar la participación en la entrevista de parte de los usuarios fue “no desear ser entrevistado”, lo cual alcanzó al 40% de los rechazos en este grupo, y para los familiares “el no tener tiempo para la entrevista”, representando al 50% de este grupo (tabla 1).

**Tabla 1. Razones entregadas para rechazar la participación en entrevistas**

	Usuario		Familiar	
	N°	%	N°	%
No desea ser entrevistado	4	40%	2	25%
No se siente bien para participar	2	20%	1	13%
No tiene tiempo para la entrevista	1	10%	4	50%
Otras razones	3	30%	1	13%

Los puntajes totales, para el conjunto de los 18 indicadores estudiados y expresados como porcentaje del cumplimiento de ellos de acuerdo a la percepción de las personas entrevistadas, muestran valores más bajos en los usuarios y familiares en comparación con los funcionarios, y esta diferencia tiene significancia estadística, con  $p < 0,001$  (figura 1). De los cuatro temas de derechos de los usuarios estudiados (el puntaje de cada tema se determina con la suma de los puntajes de 4 o 5 estándares), en tres se observaron diferencias significativas, con los usuarios y familiares percibiendo un menor porcentaje de cumplimiento de estándares que lo que hicieron los funcionarios (figura 1). Estos tres temas son: derecho a la capacidad jurídica y libertad ( $p < 0,001$ ), protección contra tratos crueles o degradantes y abuso ( $p < 0,001$ ) y derecho a ser incluido en la comunidad ( $p < 0,001$ ).



El tema percibido con el mayor nivel de logro por los tres grupos fue el de protección contra tratos crueles o degradantes y abuso, donde los usuarios consideraron un 85,5% de logro, los familiares un 87,8% y los funcionarios un 90,3%. Por otra parte, el tema percibido con el menor nivel de logro fue el derecho a ser incluido en la comunidad, con los usuarios dando un 55,4% de logro, los familiares 52,4% y los funcionarios 73,4%. Este último tema

es el que tiene la mayor diferencia de percepción de los usuarios y familiares con los funcionarios (figura 1).

El tema sobre derecho a la salud física y mental, en su conjunto, fue percibido por usuarios, familiares y funcionarios, con un cumplimiento de alrededor del 83% (con un rango de 82,9% a 83,4%), siendo el segundo tema con la más alta percepción positiva (figura 1). Sin embargo, al observar la percepción del cumplimiento de los cinco estándares que componen este tema (tabla 2), se aprecian diferencias importantes entre ellos. Es así como el estándar de disponibilidad de tratamiento y apoyo es el mejor evaluado, con un nivel de cumplimiento cercano al 100% (fluctuando entre 94,9% y 98,6%), mientras que el estándar de disponibilidad de servicios adecuados para salud general es el peor evaluado (fluctuando entre 69,9% y 75,3%). Cuatro estándares de este tema siguen la misma tendencia que la mayoría de los estándares de este estudio, con una percepción de cumplimiento más baja para los usuarios y familiares en comparación con los funcionarios, pero sin que estas diferencias alcancen significancia estadística. Por el contrario, uno de los estándares, el relativo al plan de recuperación conducido por el usuario, muestra que los funcionarios lo perciben con menor cumplimiento que los usuarios y familiares, y esta diferencia es estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

En lo referente a los estándares del tema de capacidad jurídica y libertad (tabla 3), todos ellos mantienen la tendencia general de percepción más negativa de parte de los usuarios y familiares, y uno de los estándares, el de apoyo a los usuarios para que ejerzan su capacidad jurídica, presenta esta diferencia con significación estadística ( $p < 0,031$ ). El otro aspecto que destaca en este tema (tabla 3) es la percepción de cumplimiento más bajo en los tres grupos para los estándares de respetar las preferencias de los usuarios sobre el lugar y forma de

Tabla 2. Percepción del nivel de cumplimiento de estándares del derecho a la salud física y mental

	Usuario	Equipo	Familiar	p-value
1. Disponibilidad de tratamiento y apoyo para todo el que lo requiera	96,90%	98,60%	94,90%	0,117
2. Personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad	82,60%	84,20%	84,20%	0,551
3. Plan de recuperación conducido por el usuario y contribuye a vivir con independencia	85,70%	81,50%	84,60%	0,031*
4. Medicación psicotrópica disponible, asequible y se usa apropiadamente	83,90%	84,60%	83,80%	0,458
5. Disponibilidad de servicios adecuados para la salud general	69,90%	75,30%	74,00%	0,226

\* p-value < 0,05

**Tabla 3. Percepción del nivel de cumplimiento de estándares del derecho a la capacidad jurídica y libertad**

	Usuario	Equipo	Familiar	p-value
6. Las preferencias de los usuarios sobre lugar y forma de tratamientos son siempre prioritarias	50,10%	62,20%	49,20%	0,117
7. Resguardos para evitar la detención y el tratamiento sin consentimiento informado	75,00%	85,40%	79,00%	0,551
8. Se les da apoyo a los usuarios que puedan necesitarlo para ejercer su capacidad jurídica	80,90%	89,50%	81,80%	0,031*
9. Derecho de usuarios a la confidencialidad y al acceso a su información de salud personal	52,00%	65,60%	54,80%	0,458

\* p-value &lt; 0,05

tratamiento (rango de 49,2% a 62,2%) y de derecho del usuario a la confidencialidad y al acceso a su información de salud (rango de 52,0% a 65,6%), mientras que los otros dos estándares conjuntamente tienen un rango de 75,0% a 89,5%).

Por su parte, el tema de protección contra tratos crueles o degradantes y contra abuso (tabla 4), que fue el que presentó la percepción más favorable de cumplimiento de los cuatro temas, presenta cuatro estándares con porcentaje alto de percepción de cumplimiento (rango conjunto de 87,1% a 98,2%) y uno, de medidas para prevenir tratos crueles o inhumanos, con porcentaje más bajo (rango de 70,4% a 74,3%). Cuatro de los cinco estándares muestran la tendencia general de percepción de cumplimiento más baja en los usuarios y familiares que en los funcionarios, con dos estándares con diferencias significativas, de no abuso de electroshock, psicocirugía y otros procedimientos ( $p < 0,001$ ) y de no someter a ningún usuario a investigaciones sin su consentimiento ( $p < 0,001$ ), mientras que el estándar restante presentó la tendencia en forma parcial, con la más baja percepción de cumplimiento solamente en los usuarios (tabla 4).

Finalmente, los cuatro estándares del derecho a

ser incluido en la comunidad (tabla 5) tienen una percepción de cumplimiento por parte de usuarios y familiares dentro del rango más bajo encontrado en este estudio (45,2% a 59,8%) y con las mayores diferencias con los funcionarios, las cuales presentan significancia estadística ( $p < 0,001$ ). De estos cuatro estándares, el que tiene la percepción de cumplimiento más alto es el relativo al apoyo a los usuarios para acceso a un lugar donde vivir y disponer de los recursos financieros necesarios (fluctuando entre 58,0% y 88,3%), mientras que el que tiene la percepción más negativa de cumplimiento es el de apoyo a los usuarios a participar en la vida política y pública y a ejercer la libertad de asociación (fluctuando entre 45,2% y 67,6%).

### Discusión

El resultado de este estudio advierte que existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción del cumplimiento de estándares de calidad y respeto de derechos, entre los usuarios de servicios de salud mental ambulatorios, sus familiares y los funcionarios de estos servicios. En 11 estándares se encontraron diferencias significativas de percepción de cumplimiento entre los 3 grupos,

**Tabla 4. Percepción del nivel de cumplimiento de estándares de protección contra tratos crueles o degradantes y abuso**

	Usuario	Equipo	Familiar	p-value
10. Usuarios libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico o emocional	94,10%	96,3%	92,10%	0,368
11. Se usan métodos alternativos al aislamiento y contención (atenuar escalamiento de crisis)	87,10%	91,80%	90,50%	0,625
12. No se abusa de electroshock, psicocirugía y otros procedimientos y solo con consentimiento	88,50%	98,20%	93,30%	< 0,001*
13. No se somete a ningún usuario a investigaciones sin su consentimiento	92,20%	98,10%	93,60%	< 0,001*
14. Medidas para prevenir la tortura o tratos crueles o inhumanos y otras formas de maltrato	70,40%	73,80%	74,30%	0,062

\* p-value &lt; 0,05



Tabla 5. Percepción del nivel de cumplimiento de estándares del derecho a ser incluido en la comunidad

	Usuario	Equipo	Familiar	p-value
15. Apoyo para el acceso a un lugar donde vivir y contar con recursos financieros necesarios	59,80%	88,30%	58,00%	< 0,001*
16. Los usuarios pueden acceder a oportunidades de educación y empleo	51,20%	69,40%	52,50%	< 0,001*
17. Se apoya a usuarios a participar en la vida política y pública y en libertad de asociación	45,30%	67,60%	45,20%	< 0,001*
18. Se apoya a usuarios en actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación	53,30%	67,90%	55,90%	< 0,001*

\* p-value &lt; 0,05

en 10 de ellos los funcionarios consideraron que la calidad y respeto de derechos eran mayores que lo percibido por usuarios y familiares (los cuales tuvieron entre sí puntajes similares), mientras que solo en 1 estándar los funcionarios expresaron que eran inferiores a las de los otros entrevistados. Las mayores diferencias entre los funcionarios y los usuarios y familiares, se encontraron en el derecho a la capacidad jurídica y la libertad, y en el derecho a la inclusión en la comunidad. Este hallazgo es similar a lo que se ha encontrado en varios estudios realizados en otros países, donde se ha demostrado que los usuarios tienden a evaluar los servicios en forma más negativa que los funcionarios<sup>34-37</sup>.

Uno de los factores que puede haber contribuido en el presente estudio a identificar las diferencias de percepciones entre los tres grupos estudiados, es el hecho que las entrevistas a usuarios hayan sido realizadas por usuarios de servicios de salud mental capacitados como entrevistadores. Existe alguna evidencia en la literatura de que usuarios de servicios de salud mental entrevistados por usuarios, entregan más respuestas negativas sobre la atención que han recibido que usuarios entrevistados por miembros del equipo de atención<sup>38</sup>. Es posible, que las entrevistas a usuarios realizadas por sus pares usuarios generen una atmósfera de mayor confianza, seguridad y confidencialidad, que favorece la expresión de percepciones negativas sobre el funcionamiento de los servicios.

La percepción más negativa fue la que tuvieron los familiares para el estándar de apoyo a los usuarios para participar en la vida política y pública y en la libertad de asociación, con un 45,2% de cumplimiento, y la más positiva fue la expresada por los funcionarios para el estándar de disponibilidad de tratamiento y apoyo para todo el que lo requiera, con un 98,6% de cumplimiento.

Las percepciones de cumplimiento de parte de los

usuarios y familiares más bajas fueron para los cuatro estándares del derecho a la inclusión social y para dos estándares del derecho a la capacidad jurídica y libertad, todos con un porcentaje por debajo de 60%. En relación al primero de estos derechos, esta baja evaluación podría interpretarse como necesidades de los usuarios que no han encontrado adecuadas respuestas de parte del equipo de tratamiento y rehabilitación, especialmente en ser apoyados para poder llevar una vida en la comunidad con mayor sentido y calidad de vida, realizando las mismas actividades y estableciendo los mismos tipos de relaciones humanas que cualquier persona. Aspectos tales como apoyo del equipo para tener un lugar donde vivir, acceder a oportunidades de educación, conseguir y mantener un empleo, y participar en actividades diversas en la comunidad (sociales, políticas, religiosas, recreativas, etc.) son componentes esenciales del modelo comunitario de salud mental, los cuales deberían ser reforzados a través de adecuada capacitación e incentivos para los integrantes del equipo de salud mental, así como con legislación pro-inclusión y apoyos sociales que involucren a los diferentes sectores.

Los otros dos estándares que recibieron una evaluación negativa de parte de los tres grupos estudiados fueron la prioridad de las preferencias de los usuarios sobre lugar y forma de tratamiento y el derecho de los usuarios a la confidencialidad y al acceso a su información de salud personal. Ambos estándares se refieren al reconocimiento de la capacidad jurídica de los usuarios dentro de los servicios de salud mental, con la implicancia de ser considerados como ciudadanos que pueden tomar decisiones sobre su salud y sus procesos de tratamiento y rehabilitación, aun cuando presenten enfermedades mentales severas y deterioro de algunas funciones mentales. Si ellos/ellas no reciben el apoyo necesario para ejercer su capacidad jurídica

dentro del espacio de seguridad que representan los servicios de salud mental, difícilmente podrán ejercerla en los espacios comunitarios donde se expresan con mayor fuerza el estigma y la discriminación contra las personas con enfermedades y/o discapacidades mentales.

La principal debilidad de este estudio está relacionada con la muestra utilizada de centros especializados de atención ambulatoria en salud mental, la cual es solo representativa de los establecimientos de atención de salud mental del país que atienden una alta cantidad de usuarios. Queda la interrogante para futuros estudios si las percepciones de cumplimiento de estándares en estos centros es similar o diferente a las que se puedan encontrar en los centros de salud mental comunitarios y en consultorios de especialidad adosados a hospitales generales de ciudades más pequeñas, los cuales tienen un territorio y una población más acotados, donde generalmente se realizan un mayor número de intervenciones comunitarias y donde es posible que se den interacciones con mayor nivel de comunicación de percepciones entre los funcionarios y los usuarios y familiares.

El módulo de entrevista del instrumento de la OMS de calidad y derechos<sup>30</sup> se mostró como una herramienta apropiada para recoger las percepciones tanto de los usuarios y familiares como de los funcionarios de los servicios de salud mental, así como para mostrar las diferencias entre ellos. Se requieren estudios adicionales para determinar si existen diferencias en los resultados entre la aplicación de esta entrevista con entrevistadores profesionales de salud mental y la aplicación con entrevistadores usuarios. La aplicación de este instrumento en Chile, por primera vez en un país Latinoamericano, y su traducción y evaluación de validez de contenido posibilitan su aplicación en otros países de la región, permitiendo comparaciones entre países y la generación de procesos de aprendizaje que contribuyan a la mejora de la calidad de atención y el respeto de los derechos de los usuarios en servicios de salud mental.

### Conclusiones:

Los resultados de este estudio permitieron caracterizar los servicios ambulatorios de salud mental en Chile en cuanto al nivel de cumplimiento de estándares internacionales de calidad y respeto de derechos en salud mental, según las percepciones de los actores involucrados en su funcionamiento. El porcentaje de cumplimiento de los 18 estándares

estudiados tuvo amplias fluctuaciones entre los usuarios, familiares y funcionarios entrevistados.

Mientras los funcionarios perciban que su trabajo es de mayor calidad y con mayor respeto de derechos de los usuarios, que lo que éstos y sus familias perciben, existirá una baja probabilidad de que los equipos de tratamiento y rehabilitación puedan responder adecuadamente a las necesidades de los usuarios. La calidad de atención y el respeto de los derechos de los usuarios, son aspectos fundamentales de los servicios para facilitar los procesos de recuperación de personas con enfermedades y/o discapacidades mentales.

Los resultados de este estudio contribuyen a destacar la importancia de que los sistemas de atención de salud escuchen efectivamente la voz de los usuarios, así como la de sus familiares, de modo de comprender a cabalidad sus necesidades y sus expectativas sobre la atención. Esto implica la incorporación de medidas activas de comunicación entre usuarios y funcionarios, ya sea a través de interacciones cara a cara (ej. asambleas de usuarios y funcionarios, planificaciones participativas con la comunidad, etc.) o de mecanismos de recolección de las percepciones de los usuarios (ej. encuestas de satisfacción usuaria, sistemas de expresión de reclamos y sugerencias, etc.). Pero también implica incorporar la evaluación institucional sistemática con el mismo nivel de estándares, de parte de usuarios, familiares y equipos de salud mental. El instrumento de la OMS que se utilizó en el presente estudio es una de las herramientas adecuadas para este efecto.

En lo específico, se recomienda que los servicios de salud mental pongan un mayor énfasis en garantizar el ejercicio de la capacidad jurídica de los usuarios en los centros de salud, para que puedan participar activamente en las decisiones sobre su tratamiento y rehabilitación, así como en la implementación de intervenciones psicosociales en los espacios comunitarios, de modo de apoyar a los usuarios a vivir en la comunidad con niveles crecientes de autonomía e inclusión social. En relación a las metodologías de investigación en este campo, se recomienda la incorporación de usuarios de servicios como parte de los equipos de investigación.

Correspondencia: Dr. Alberto Minoletti, Av. Independencia 939, Independencia, Santiago, Chile  
Teléfonos 562 2978 6805

Correo: aminoletti2@gmail.com

Este trabajo contó con financiamiento del Fondo Na-

cional de Investigación y Desarrollo de Salud FONIS, proyecto SA12I2073, dependiente de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) del Ministerio de Educación del Gobierno de Chile.

Se agradece el trabajo realizado por los entrevistadores usuarios y encuestadores profesionales, quienes recorrieron el país realizando su trabajo con mucha motivación y calidad técnica, y sin cuya valiosa cooperación no se hubiera podido realizar esta investigación. De igual forma, agradecemos la buena disponibilidad y tiempo invertido de todas las personas que participaron en las entrevistas entregando sus percepciones sobre los servicios de salud mental.

## Referencias

- Minoletti A y Zaccaria A. *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia*. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18 (4/5):346-58.
- Araya R, Alvarado R, Minoletti A. *Chile: An ongoing mental health revolution*. *Lancet* 2009; 374 (22):597-8.
- Minoletti A, Sepúlveda R, Horvitz-Lennon M. *Twenty years of mental health policies in Chile: Lessons and challenges*. *International Journal of Mental Health* 2012;41(1):21-37.
- Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. *Integrating mental health into primary care: Lessons from the experience of Chile*. In: Sorel E, editor. *21st Century Global Mental Health*. Burlington (Ma): Jones & Bartlett Learning; 2012. p. 255-81.
- Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon. *Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica*. *Cadernos Saúde Colectiva* 2012;20(4):440-7.
- Minoletti A, Alvarado R, Rayo X, Minoletti M. *Evaluación de sistemas de salud mental en Chile: Segundo informe*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2014.
- Alvarado R, Minoletti A, Aliste F, Sepúlveda R, Madañaga C, Caro J. *Evaluación de las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia en Chile: Informe general*. Santiago, Chile: Proyecto FONIS SA08I20033; 2010. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Universidad de Chile.
- Minoletti A, Toro O, Alvarado R, Caniglia C, Guajardo A, Montenegro C, et al. *Evaluación de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes en servicios de salud mental, integrando perspectivas de usuarios y equipos de salud. Informe de difusión*. Santiago, Chile: Proyecto FONIS SA12I2073; 2014. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Universidad de Chile.
- Kilbourne AM, Keyser D, Pincus HA. *Challenges and Opportunities in Measuring the Quality of Mental Health Care*. *Can J Psychiatry* 2010;55(9):549-57.
- Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. *Assuring the quality of health care in the European Union: A case for action*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
- Ganju V. *Mental health quality and accountability: The role of evidence-based practices and performance measurement*. *Adm Policy Ment Health* 2006;33:659-65.
- Wobrock T, Weinmann S, Falkai P, Gaebel W. *Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009;259 (Suppl 2):S219-S26.
- Raleigh VS, Foot C. *Getting the Measure of quality: Opportunities and challenges*. London: The King's Fund; 2010.
- Killaspy H, White S, Wright C, Taylor T, Turton P, Schützwohl M, et al. *The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QulRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems*. *BMC Psychiatry* 2011;11:35. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/35>.
- Pincus HA, Spaeth-Rublee B, Watkins KE. *The case for measuring quality in mental health and substance abuse care*. *Health Aff* 2011;30(4):730-6.
- Spaeth-Rublee B, Pincus HA, Huynh PT. *Measuring quality of mental health care: a review of initiatives and programs in selected countries*. *Can J Psychiatry* 2010;55(9):539-48.
- Watkins K, Horvitz-Lennon M, Caldarone LB, Shugarman LR, Smith B, Mannle TE, et al. *Developing medical record-based performance indicators to measure the quality of mental healthcare*. *J Healthcare Quality* 2010; 33 (1): 49-67.
- Cleary PD, McNeal BJ. *Patient satisfaction as an indicator of quality of care*. *Inquiry* 1988;25:25-36.
- Blenkiron P, Hammill CA. *What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life?* *Postgrad Med J* 2003;79:337-40.
- Shiple K, Hilborn B, Hansell A, Tyrer J, Tyrer P. *Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service*. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:330-3.
- Kuosmanen L, Hatonen H, Jyrkinen AR, Katajisto J, Valimaki M. *Patient satisfaction with psychiatric inpatient care*. *J Adv Nurs* 2006;55(6):655-63.
- Edlund MJ, Young AS, Kung FY, Sherbourne CD, Wells KB. *Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care?* *Health Serv Res* 2003;38(2):631-45.
- Lloyd C, King R. *Consumer and carer participation in mental health services*. *Australasian Psychiatry* 2003;11(2):180-4.
- Rose D, Barnes M, Crawford M, Omeni E, MacDonald D, Wilson A. *How do managers and leaders in the National Health Service and social care respond to service user involvement in mental health services in both its traditional and emergent forms? The ENSUE study*. *Health Serv Res* 2014;2(10).
- Palomer E, Izquierdo R, Leahy E, Masferrer C, Flores P. *La experiencia del proyecto EMILIA en Barcelona. El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia*. *Rev Asoc Esp Neuropsi*



siq vol. XXX, 2010;105:109-23.

26. Simpson EL, House AO. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ* 2002;325(7375):1265-9.

27. Marshall SL, Crowe TP, Oades LG, Deane FF, A Kavanagh. Review of consumer involvement in evaluations of case management: consistency with a recovery paradigm. *Psychiatr Serv* 2007;58(3):396-401.

28. Organización de las Naciones Unidas. Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. Santiago, Chile: Ministerio de Relaciones Exteriores; 2008. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar/?idNorma=278018&idVersion=2008-09-17&idParte>

29. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez, E, Katontoka S, et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet* 2011; 378 (9803):1664–75.

30. World Health Organization. WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/QualityRights\\_tool-kit/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_tool-kit/en/)

31. Gobierno del Principado de Asturias. Evaluación de los servicios de salud mental del Principado de Asturias: Evaluación de derechos humanos y calidad en instalaciones con internamiento. Oviedo, Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2010. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=51ee169cb4ff0310VgnVCM10000098030a0aRCRD>

32. Currie J. Evaluación de calidad y derechos humanos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Hargeisa Group en Somalilandia. Comunicación personal. 2012.

33. Nomidou A. Standards in mental health facilities – an in depth case study in Greece using the WHO Quality-Rights tool. *Journal of Public Mental Health* 2013;12(4): 201-11.

34. Barrio C, Palinkas LA, Yamada AM, Fuentes D, Criado V, Garcia P, et al. Unmet needs for mental health services for latino older adults: perspectives from consumers, family members, advocates, and service providers. *Community Ment Health J* 2008;44(1): 57–74.

35. Crane-Ross D, Roth D, Lauber BG. Consumers' and Case Managers' Perceptions of Mental Health and Community Support Service Needs. *Community Ment Health J* 2000;36(2):161-78.

36. Eley D, Young L, Hunter K, Baker P, Hunter E, Hannah D. Perceptions of mental health service delivery among staff and indigenous consumers: it's still about communication. *Australasian Psychiatry* 2007;15(2):130-4.

37. Nomidou A. Evaluación de calidad y derechos humanos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General Serres en Grecia. Comunicación personal. 2012.

38. Clark CC, Scott EA, Boydell KM, Goering P. Effects of client interviewers on client-reported satisfaction with mental health services. *Psychiatr Serv* 1999;50(7):961-3.