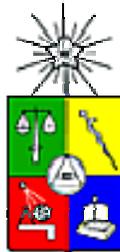


**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN
DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL
AMBULATORIA DE ESPECIALIDAD”**

OLGA C. TORO DEVIA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROF. GUIA DE TESIS: DR. OSCAR ARTEAGA H.

Santiago, Octubre 2007

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	5
I. INTRODUCCIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO	10
II.1. ATENCIÓN DE SALUD MENTAL	10
II.1.1. Epidemiología de la Salud Mental.	10
II.1.2. Modelo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitario.	13
II.1.3. Red de Prestadores de Servicios de Atención de Salud Mental.	17
II.1.4. La resolución especializada de salud mental y psiquiatría ambulatoria.	20
II.2. EVALUACIÓN DE SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD	24
II.2.1. Evaluación del Desempeño en Salud.....	24
II.2.2. Evaluación de Sistemas de Salud Mental.....	32
II.2.3. Evaluación de Sistemas de Salud Mental en Chile.....	42
II.2.4. Evaluación de la gestión de la atención de salud mental ambulatoria especializada.....	43
II.3. RESUMEN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	54
III. OBJETIVOS	57
III.1. OBJETIVO GENERAL	57
III.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57
IV. METODOLOGÍA	58
IV.1. CONSIDERACIONES GENERALES DEL ENFOQUE METODOLOGICO	58
IV.2. TIPO DE ESTUDIO	60
IV.3. DISEÑO DEL EJERCICIO DELPHI	61
IV.4. PANEL DE EXPERTOS	64
IV.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	65
IV.6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	67
IV.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	69
V. RESULTADOS	70
V.1. PRIMERA RONDA DELPHI	70
V.2. SEGUNDA RONDA DELPHI	77
V.3. TERCERA RONDA DELPHI	80

V.4.	CONJUNTO DE INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA AMBULATORIA ESPECIALIZADA VALIDADOS MEDIANTE MÉTODO DELPHI.....	82
VI.	DISCUSIÓN.....	88
VI.1.	EVOLUCIÓN DE LAS PROPUESTAS EN LAS SUCESIVAS RONDAS.....	88
VI.2.	INDICADORES SELECCIONADOS.....	97
VII.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	102
VII.1.	CONCLUSIONES.....	102
VII.2.	RECOMENDACIONES.....	107
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
IX.	ANEXOS	117
	▪ Anexo N°1: Cuestionario Primera Ronda.	
	▪ Anexo N°2: Cuestionario Segunda Ronda.	
	▪ Anexo N°3: Cuestionario Tercera Ronda.	
	▪ Anexo N°4: Resultado de la Priorización de indicadores en la tercera ronda.	
	▪ Anexo N°5: Resultado de la jerarquización de 16 indicadores seleccionados.	

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Constitución del panel de expertos.....	64
Tabla N° 2: Número de indicadores de evaluación de la gestión de unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada propuesto en la primera ronda Delphi, distribuido según ámbito que evalúan.	74
Tabla N° 3: Número de indicadores de evaluación de la gestión de unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada propuesto en la segunda ronda Delphi, distribuido según ámbito que evalúan.	79
Tabla N° 4: Número total de indicadores y criterios para establecer puntos de corte por nivel de consenso definido.	81
Tabla N° 5: Número de indicadores por dimensión seleccionados por el panel de expertos en cada ronda Delphi.....	82
Tabla N° 6: Indicadores de evaluación de la gestión de los centros de atención de salud mental y psiquiatría ambulatoria especializada validados por consenso de expertos mediante método Delphi.....	84
Tabla N° 7: Resultado de la Jerarquización de la cartera de servicios.....	86
Tabla N° 8: Indicadores de evaluación de la gestión de unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada propuesto en la tercera ronda Delphi, distribuido según ámbito que evalúan.	87
Tabla N° 9: Indicadores de evaluación de la gestión de unidades de atención de salud menta ambulatoria especializada validados por expertos.....	103

INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1: Diseño Del Método Delphi Aplicado Al Estudio Sobre Identificación De Indicadores De Gestión De Unidades De Atención Ambulatoria Especializada De Salud Mental.....	63
Cuadro N° 2: Definición de puntos de corte según nivel de consenso.	69
Cuadro N° 3: Definición conceptual de las dimensiones de la gestión consideradas en el estudio.	72

***“Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas,
de pronto,
cambiaron todas las preguntas”
(M. Benedetti)***

AGRADECIMIENTOS

A cada una de las personas que constituyeron el panel de expertos, por su conocimiento y generosidad. También a cada una de las instituciones en donde ellos se desempeñan, las que desde distintas perspectivas contribuyen al desarrollo de mejores servicios de salud mental.

En particular al Dr. Alberto Minoletti, Jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud de Chile, por su confianza y apoyo al desarrollo del estudio.

Al Ministerio de Desarrollo y Planificación, MIDEPLAN, cuya Beca Presidente de la República, me hizo posible cursar el Magister de Salud Pública.

A mi familia, quien una vez más, me acompañó incondicionalmente en este desafío.

RESUMEN

El modelo de salud mental y psiquiatría comunitaria en implementación en Chile, ha traído como consecuencia el desarrollo de una red diversificada de prestadores en dónde existe un particular énfasis en la resolución ambulatoria de los problemas de salud mental. Hoy existen diversos prestadores de salud mental de nivel ambulatorio a nivel hospitalario y comunitario que, aunque comparten un mismo objetivo en la atención, presentan un proceso heterogéneo del desarrollo administrativo y de la gestión, existiendo un escaso grado de estudios o información descriptiva o comparada al respecto.

En virtud de la preocupación de los gestores por una mayor eficiencia de la red ambulatoria, se requiere evaluar su gestión desde variables consensuadas, objetivas y comparables.

La presente tesis tiene por objetivo identificar un conjunto de indicadores para la evaluación de la gestión de las unidades de atención de salud mental de especialidad ambulatoria, en concordancia con el modelo de salud mental y psiquiatría comunitaria.

Para la consecución de este objetivo, se realiza un estudio de aproximación mixta, cuali-cuantitativo, de tipo descriptivo, mediante el uso de la técnica Delphi de construcción de consenso. Para ello se constituyó un panel de 35 profesionales de diversas disciplinas de la salud, expertos en políticas, gestión y/o investigación de

servicios de salud mental comunitarios, quienes en tres rondas de consultas propusieron, priorizaron, consensuaron y validaron un conjunto de 16 indicadores.

El conjunto de indicadores que aquí se proponen, podrán contribuir en orientar el desarrollo de los instrumentos de apoyo a la gestión de estas unidades.

A través de esta aproximación, el análisis no determina científicamente un resultado óptimo en la evaluación de la gestión de los prestadores de salud mental, sino que clarifica la importancia o ponderación de los diversos criterios posibles de evaluar en el desempeño de dicha gestión en el marco del modelo de salud mental comunitaria, facilitando al evaluador orientar su toma de decisiones.

Se espera de este modo, contribuir al mejoramiento de la gestión de los establecimientos ambulatorios de salud mental.

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como fin contribuir a mejorar los servicios de salud mental de especialidad ambulatorios, en concordancia con el modelo de atención definido en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000-2010.

Los trastornos mentales y del comportamiento afectan a una gran proporción de la población, y la carga que estos trastornos provocan, va en aumento.

En Chile desde el año 2000 se ha venido desarrollando un Plan Nacional de Salud Mental, complementario a la Reforma del sector de Salud, que pone el énfasis en el desarrollo de un modelo de salud mental y psiquiatría comunitario en contraposición al manicomial o institucionalizador, lo que ha significado el desarrollo de una red diversificada de prestadores.

Ese modelo enfatiza la resolución ambulatoria de los problemas de salud mental, lo que implica el especial desarrollo del nivel especializado de atención.

Hoy existen diversas instancias de atención ambulatoria especializada en salud mental y psiquiatría: Centro de Diagnóstico y Tratamiento, Centro de Referencia de Salud, Consultorio Adosado de Especialidades en Hospital General, Consultorio Adosado de Especialidades en Hospital Psiquiátrico, Centro de Salud Mental Comunitario, coincidiendo en una misma jurisdicción y aparentemente cumpliendo la misma función. Durante el último tiempo, la política ministerial

evidencia la preocupación por una mayor eficiencia de la red ambulatoria, requiriendo que esos prestadores de salud mental, de una misma jurisdicción, desarrollen acciones complementarias, al mismo tiempo que resguarden la implementación del modelo comunitario. El Gestor de la Red Asistencial requiere evaluar el desempeño de su gestión desde variables consensuadas, objetivas y comparables.

Mediante la realización de la técnica Delphi, el presente estudio tuvo por objeto proponer un conjunto de indicadores para la evaluación de la gestión de las unidades de atención de salud mental de especialidad ambulatoria, validándolos a través del juicio experto, de actores relevantes en el desarrollo y gestión de las redes asistenciales de salud mental comunitarias en Chile.

La motivación para abordar este problema fue generar información que facilite la toma de decisiones en el ámbito de la gestión de servicios de salud mental, permitiendo así contar con criterios de evaluación del desempeño, específicos para prestadores de nivel ambulatorio, los que eventualmente pueden ser la base para el desarrollo posterior de compromisos de gestión, metas de desempeño, estándares de acreditación o monitoreo continuo de la calidad de la atención, todos elementos de la gestión actual de los servicios de salud en Chile, incipientes en este ámbito.

El presente documento de tesis se ha organizado en siete capítulos, los que progresan desde la revisión del estado del arte, objetivos, método, presentación y discusión de los resultados, para terminar con conclusiones y recomendaciones.

En el siguiente capítulo se presentan los hallazgos más relevantes de la revisión bibliográfica del tema en torno al cual se desarrolla esta tesis.

II. MARCO TEÓRICO

Para abordar el marco de referencia teórico, se presentan los conceptos desde lo más general hacia lo más específico, distinguiendo dos ámbitos: la atención de salud mental y la evaluación de sistemas de salud. De esta manera se busca una aproximación contextualizada del tema de investigación para una mejor comprensión del mismo.

II.1. ATENCIÓN DE SALUD MENTAL.

Los sistemas de atención en salud mental se encuentran en procesos de cambio importantes, en parte debido a la tendencia al aumento de estos problemas de salud, pero también en parte a los avances científicos y a la mayor participación de los usuarios. Frente a los nuevos escenarios son necesarias nuevas respuestas.

II.1.1. Epidemiología de la Salud Mental.

Los trastornos mentales y del comportamiento afectan al 20%-25% de toda la población en algún momento de su vida, y se presentan en todos los países y sociedades y a personas de todas las edades. Se calcula que en el 2000 los trastornos mentales y neurológicos fueron responsables de un 12% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos por todo tipo de enfermedades y traumatismos. Se prevé que la carga de estos trastornos habrá aumentado a un 15% para el 2020¹.

El estudio de carga de enfermedad en Chile, revela que los cuadros depresivos ocupan el décimo lugar entre las principales causas de discapacidad en la población general medidos a través de AVISA. Los datos desagregados por sexo muestran que los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar entre las mujeres. Considerando solamente los años de vida perdidos por discapacidad los trastornos depresivos ocupan el tercer lugar general y, el primer lugar entre las mujeres².

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud la prevalencia año de la Depresión en Chile es de 17,5%, siendo más frecuente en mujeres (24,3% y en hombres 10,4%). En la Región Metropolitana es algo mayor al promedio nacional con un 19,1%³.

La esquizofrenia y otras psicosis son responsables del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile⁴. Se estima una prevalencia de 0,5% de la población mayor de 15 años y una incidencia anual de 12 casos nuevos por 100.000 por habitante⁵.

Los trastornos depresivos y la esquizofrenia explican un 60% de todos los suicidios¹.

La dependencia al alcohol constituye una de las más relevantes causas de AVISA en Chile, ocupando el octavo lugar en la población general y el segundo entre los

hombres. Se estima una prevalencia de consumo de alcohol de último mes de un 59,11% de la población total, así como un 3,2% de consumo de drogas ilícitas⁶.

Se calcula que entre un 10% y un 20% de los niños y niñas tienen una o más afecciones mentales o comportamentales¹.

En el mundo se estima que alrededor del 5% de los hombres y el 6% de las mujeres de más de 60 años de edad padecen la enfermedad de Alzheimer¹. En Chile, la demencia afecta aproximadamente a un 5-8% de los individuos de más de 65 años, a un 15-20% de los de más de 75 años y a un 25-50% de los de más de 85 años. La enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente, y supone un 50-75% del total de demencias, con una mayor proporción de pacientes en los grupos de mayor edad⁷.

El Banco Mundial en su informe de 1993 sobre el Desarrollo Mundial, estimó que las violaciones y violencia doméstica en contra de la mujer representan el 5% de los años de vida saludables perdidos por mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo en períodos de transición demográfica. En Chile la mitad de las mujeres, actual o anteriormente casadas, han experimentado situaciones de violencia en la relación de pareja alguna vez en la vida⁸.

En la Región Metropolitana se estima que los problemas de salud mental representan la primera causa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP de 261.846 años) de la población regional, con una importancia relativa del 21%, sobre problemas como el cáncer y cardiovasculares⁹.

En la actualidad, los sistemas de atención de salud mental buscan dar respuesta a esta diversidad de problemas de manera integral y con una mirada biopsicosocial, pero estos enfoques no siempre fueron los dominantes, los sistemas de atención están en evolución hacia modelos basados en la comunidad, situación que también se aprecia en Chile.

II.1.2. Modelo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitario.

La respuesta del sector salud a los problemas de salud mental y psiquiatría por mucho tiempo estuvieron asociados exclusivamente al manicomio. Durante la segunda mitad del siglo XX los avances en el cuidado de personas con trastornos mentales comenzaron a trasladarse desde los grandes Hospitales Psiquiátricos a instancias y programas de atención ubicados en la comunidad. Este ha sido un proceso multifactorial.

La situación descrita, es consecuencia de los movimientos en defensa de los derechos humanos y derechos civiles que han incluido la defensa de los derechos de las personas que padecen enfermedad mental y que fueron reclusos en centros asilares. Por otra parte, se suman los movimientos de los propios

representantes de la psiquiatría, que fueron críticos de las instituciones psiquiátricas y de los servicios sanitarios ofrecidos hasta este momento, con la influencia de la corriente de pensamientos de la década de los setenta representados en los ingleses Cooper y Laing, los franceses Foucault, Deleuze, Guattari y Castel, el estadounidense Goffman, el italiano Basaglia entre otros¹⁰.

Se agregan las causas de origen económico. Se advierte que la asignación de recursos a sistemas de atención extrahospitalario resulta más racional y efectiva desde el punto de vista terapéutico, por lo que se avanza al desarrollo de servicios más costo-efectivos. Esto acompañado de un período de creciente evolución del conocimiento epidemiológico y psiquiátrico. Se advierten enormes avances en la farmacología y en la investigación y desarrollo de nuevas alternativas terapéuticas, que redundan en una mayor posibilidad de efectuar tratamientos ambulatorios.

Sobre la base de una serie de investigaciones se establece que los modelos de atención basados en la comunidad tienen mejores resultados que los basados en la internación de personas en relación con mejoramiento de la sintomatología y evolución de la enfermedad, ajuste psicosocial, recaídas, extensión de las estadías en hospitalización, satisfacción usuaria, disminución en la medicación, empleo, carga familiar, concluyendo que en definitiva los contextos sociales determinan los diversos éxitos clínicos y sociales. La creación de recursos alternativos en la comunidad se convirtió pronto en el objetivo común de todos los procesos de reforma psiquiátrica^{1,10,11}.

En la organización de los servicios de salud mental se evidencian tres desplazamientos centrales: del sujeto enfermo a la comunidad; del hospital a los centros comunitarios; del médico psiquiatra al equipo multidisciplinario¹¹.

En América Latina, se concibe la Declaración de Caracas de 1990, como el acto fundador de la reestructuración de los servicios psiquiátricos en la región. En ella se insta a la promoción de los derechos humanos y civiles de las personas con enfermedad mental y a la reestructuración de los cuidados psiquiátricos basados en la atención primaria inserta en una red¹². Esta declaración tuvo un importante impacto en la década de los noventa, en cuanto se desarrollaron legislaciones orientadas a prohibir la internación de por vida, a regular la hospitalizaciones involuntarias y/o redefinir la organización de servicios asistenciales, existiendo leyes y/o normativas al respecto en Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, México, Nicaragua, Venezuela, República Dominicana y Guatemala¹³.

En Chile, se observan tres etapas históricas que definen a la psiquiatría chilena, la Asilar (1852-1952), la del Hospital Psiquiátrico (1953-1970) y de la Salud Mental de la Comunidad desde 1971 en adelante¹⁴. Con el gobierno militar y sus consecuencias socio-políticas, se produce un quiebre en la evolución de este conjunto de acciones, y sólo a partir de la década de los ochenta, a través de organizaciones no gubernamentales financiadas por agencias extranjeras se vuelven a retomar los proyectos de intervenciones comunitarias, centradas esta vez en una gran gama de problemáticas sociales. Con el advenimiento de la democracia, en 1990 la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud invitó a

todos los equipos multiprofesionales que trabajaban en ese entonces en los Centros de Adolescencia y Drogas, establecimientos organizados y en funciones desde 1982 para la prevención del consumo indebido de sustancias en la población joven, y a otras organizaciones comunitarias de base, a sistematizar y compartir su experiencia en el campo de la salud mental comunitaria, de manera de coordinar y generar un consenso en torno al quehacer práctico en prevención y recuperación de la salud mental en sectores de alto riesgo¹⁵.

En 1993, se propone un primer Plan Nacional que enfatiza un soporte organizacional a través de la creación de unidades de salud mental en todos los Servicios de Salud del país, así como la creación de consejos técnicos. Se plantean como estrategias principales la incorporación de la salud mental en Atención Primaria y en la comunidad, en los programas de salud y en la red de salud general, en la participación social y el trabajo intersectorial.

A partir de 1999, se propone el segundo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, período 2000-2010, que ratifica la implementación del modelo comunitario para Chile, y se funda en los valores del desarrollo humano, el acceso universal, la equidad, el respeto a la diversidad cultural, la participación activa de la comunidad. En él se establecen las prioridades sanitarias de acuerdo a la realidad epidemiológica de nuestra población (Esquizofrenia, Depresión, Alcohol y Drogas, Trastornos mentales asociados a la Violencia Intrafamiliar, maltrato infantil, represión política del período 1973-1990, Trastornos Hipercinéticos y de la

Atención, Alzheimer y otras demencias), y propone una organización de los servicios de atención en red¹⁶.

II.1.3. Red de Prestadores de Servicios de Atención de Salud Mental.

El sistema de atención de salud puede ser definido como la organización de establecimientos de salud, con diferentes niveles de complejidad y cartera de servicios, que participan en los distintos procesos de atención de salud. El sistema de atención de salud en red es el ordenamiento de estos establecimientos, operando dentro de un territorio asignado mediante vínculos institucionales o contractuales y por lo tanto con mutua interdependencia y complementariedad de sus respuestas, cubriendo de esta manera una amplia gama de necesidades de salud^{17,18}. En este caso, ese conjunto de establecimientos están vinculados a partir de los procesos de atención de la salud mental.

A nivel mundial, aunque se reconoce que el nivel idóneo para manejar los trastornos mentales es la atención primaria, se estima que el 87% de los países ofrecen servicios de salud mental en ese nivel, y sólo el 59% ofrecen de hecho tratamiento para los trastornos graves. Se ha demostrado que la atención basada en la comunidad logra mejores resultados terapéuticos que la atención institucional en el caso de los trastornos crónicos, pero sólo un 37% de los países reporta ofrecer este tipo de servicio¹. En relación a la hospitalización, aunque las grandes instituciones psiquiátricas ya no se consideran una solución adecuada para tratar a las personas con enfermedad mental, más del 65% de las camas

para estos pacientes se encuentran aún en grandes hospitales psiquiátricos¹. Se considera fundamental disponer de una cierta cantidad de camas en hospitales generales: en este caso la mediana para la población mundial es de 1,6 camas por 10.000 habitantes, existiendo un rango de 0,24 camas por 10.000 habitantes en los países de ingresos bajos, frente a 8,7 camas por 10.000 habitantes en los países de ingresos altos¹. Finalmente, se reconoce el papel fundamental de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en el desarrollo de actividades de rehabilitación, promoción y sensibilización, especialmente donde la respuesta del sector público ha sido insuficiente, existiendo alrededor de un 88% de países en que existen ONG interviniendo en el campo de la salud mental^{1,19}.

En Chile, el Plan Nacional señala que la red de servicios de salud mental y psiquiatría debe ser parte de la red de salud general, entendiendo que las personas con enfermedad mental requieren y deben contar con acceso expedito a todo el sistema sanitario. Además, la red de servicios debe asegurar que las atenciones se desarrollen en un espacio territorial cercano al domicilio, en la comunidad. Por último, se traslada el eje de la estructura física de un establecimiento determinado hacia las prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud, profesionales y técnicos, y organizaciones de autoayuda, los que incluso pueden tener distintas dependencias administrativas y/o financieras, públicas o privadas. En el caso del sistema público, cada Servicio de Salud definirá su red de prestadores de acuerdo a sus prioridades y recursos¹⁶.

La característica esencial es la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos, el fortalecimiento de la atención primaria, el énfasis en la atención ambulatoria en la comunidad, la prevención de la discapacidad y la rehabilitación psicosocial.

El desarrollo de redes territoriales de servicios en salud mental y psiquiatría, están constituidas por los siguientes componentes:

- Centros de Atención Primaria de Salud.
- Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria (nivel especializado) asignados a territorios y poblaciones específicas: en Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), Centros de Referencia de Salud (CRS), Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) o Consultorio de Atención de Especialidad (CAE) adosado al Hospital General.
- Unidades de Hospitalización de Corta Estadía en los Hospitales Generales
- Hospital de Día de dependencia administrativa de una Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria o de un Servicio Clínico de Psiquiatría
- Urgencia Psiquiátrica integrada a la red de emergencia hospitalaria
- Unidad de Mediana Estadía
- Hogares Protegidos
- Centros Diurnos de Rehabilitación Psicosocial, Clubes de Integración Social, Talleres protegidos, entre otros.

Cada uno de estos prestadores responde a la necesidad de ofrecer atención de acuerdo a distintos niveles de complejidad.

Un proceso fundamental en la atención de salud en Chile, es el inicio desde el año 2005 de un plan de salud universal con garantías explícitas en salud (plan AUGE) que permite transformar en derechos exigibles por ley, el acceso, la oportunidad, la protección financiera y la calidad de la atención en aquellos problemas de salud que la autoridad sanitaria determina mediante decreto ley, a partir de su priorización desde la perspectiva de la salud pública. Este es un proceso en desarrollo, que tensiona a los diversos prestadores de salud a mejorar su gestión y atención para dar cumplimiento a lo definido en la ley²⁰. En el caso de la salud mental, se han incorporado como problemas de salud con garantías explícitas (GES) el primer episodio de esquizofrenia, la depresión en personas mayores de 15 años, y el consumo perjudicial de alcohol y drogas en personas menores de 20 años²¹. En cada uno de ellos el componente de atención ambulatoria especializada es fundamental, otorgando a ese nivel de atención el rol principal en la resolución de estos problemas de salud mental garantizados^{2,5,22}.

II.1.4. La resolución especializada de salud mental y psiquiatría ambulatoria.

En la organización de los servicios de atención de salud mental el principal énfasis está dado en el desarrollo de la atención ambulatoria. La OMS ha sido enfática en declarar que se deben invertir los recursos fuera de los centros psiquiátricos y a

favor de los servicios de salud mental integrados a la red de salud general y los servicios especializados en salud mental en la comunidad¹⁹.

Atención de salud mental comunitaria significa que la gran mayoría de los enfermos mentales que requieren asistencia deben tener la posibilidad de ser tratados a nivel comunitario. No sólo debe ser local y accesible, sino también debe responder a las múltiples necesidades de los pacientes. Independientemente de dónde se dispense, se debe partir de ciertos principios especialmente relevantes y pertinentes para la atención de salud mental: diagnóstico, intervención precoz, empleo racional de las técnicas de tratamiento, continuidad de la asistencia, una amplia gama de servicios, la participación de los consumidores, la cooperación con las familias, la participación de la comunidad local y la integración en la atención primaria^{1,12}. Este tipo de servicios se ha extendido especialmente en países de Europa y América, bajo la forma de centros comunitarios ubicados en territorios urbanos fuera del hospital.

En nuestro país, hasta el año 2005 existían alrededor de 38 Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), y 58 unidades de psiquiatría ambulatoria, las que se desglosan entre las ubicadas en los Centros de Referencia de Salud (CRS), en los Centros Diagnóstico y Terapéutico (CDT) y en los Consultorios Adosados de Especialidad en hospitales generales²³. De acuerdo a información verbal entregada por la Unidad de Coordinación de Redes de Salud Mental, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, para el año 2007 están funcionando 45 COSAM en el país con atención de salud mental y

psiquiatría, de los cuales 34 (75,6%) están ubicados en la Región Metropolitana. Existen además dos de estos centros que sólo ofrecen intervenciones psicosociales. Además, están en proceso de puesta en marcha antes de fin de año otros cinco en el norte y sur del país. Casi la totalidad de los centros operan en habilitaciones de espacios públicos ya existentes, habitualmente municipales (como ex consultorios, ex escuelas, etc.), sin existir una política de inversiones en infraestructura al respecto.

Los Centros de Salud Mental Comunitarios (o equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria) representan el nivel especializado de resolución en un área territorial y con una determinada población beneficiaria de la ley 18.469 (FONASA), requiriéndose un equipo por cada comuna con más de 40.000 beneficiarios. La función principal es realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación ambulatoria desde una perspectiva biopsicosocial y sistémica de los problemas de salud mental de alta complejidad, desarrollando en particular métodos de intervención propios de la salud mental comunitaria²⁴.

Para los fines del modelo, el CRS, el CDT y el CAE desarrollan funciones similares. En ellas se pueden diferenciar dos áreas principales: consulta externa de psiquiatría y Servicios de apoyo, además de preferencia el hospital de día se ubica en este tipo de centros. Se ha propuesto que la función de consulta externa provea tratamiento a personas que presentan enfermedades mentales severas con patología médica. Estos deben mantener una coordinación periódica con los equipos de los Centros de Salud Mental Comunitarios. Las funciones de apoyo

están orientadas a efectuar procedimientos diagnósticos no disponibles en la comuna tales como exámenes de laboratorio, imageneología, EEG, entre otros²⁴.

Estos cuatro tipos de unidades ambulatorias atienden perfiles diagnósticos semejantes: Trastornos por consumo de sustancias, esquizofrenia y Trastornos Delirantes, Trastornos del Humor (Afectivos), Trastornos neuróticos y estrés, Trastornos de personalidad. Sin perjuicio de lo anterior, es posible observar algunas diferencias en la proporción de personas para cada uno de los grupos diagnósticos. Los CDT y CAE tienen un perfil similar con mayor proporción de personas con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos afectivos. Los CRS atienden principalmente personas con Trastornos neuróticos. Los COSAM atienden mayor proporción de personas con abuso de sustancias, menos esquizofrenia y similar al resto de las unidades en los otros diagnósticos²³.

Con la entrada en vigencia de las garantías explícitas en salud, los problemas de salud mental considerados en dicho plan, están recibiendo atención en todas estas unidades.

Aquellas redes asistenciales que tienen la posibilidad de contar paralelamente con estos dispositivos, deben avanzar en evaluar su nivel de desempeño y orientarlas hacia una gestión en red y los resultados.

A continuación se aborda el contexto de la evaluación de los sistemas de atención en salud, para luego focalizar en la evaluación de los sistemas de atención en

salud mental, hasta llegar a describir el estado del arte de los prestadores de atención de salud mental ambulatoria especializada en Chile.

II.2. EVALUACIÓN DE SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD

II.2.1. Evaluación del Desempeño en Salud.

La preocupación por la evaluación del quehacer del sector público y específicamente del sector salud ha estado particularmente presente desde fines del siglo pasado hasta nuestros días. En su informe del año 2000, la organización Mundial de la Salud reconoce a los sistemas de salud como responsables de una gran parte del progreso sanitario en el mundo aunque advierte la importancia de evaluar la brecha entre el desempeño real de estos sistemas y su potencial evidente, y el gasto público para mejorar la situación sanitaria²⁵.

En dicho informe se define a los sistemas de salud, como todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. La preocupación es entonces medir el desempeño actual con el objeto de lograr las mejoras posibles en esos sistemas. Se plantea además, que independientemente de las iniciativas, parece haber algunas conclusiones acerca de las organizaciones, las reglas y los incentivos, que más contribuyen a que un sistema de salud utilice sus recursos para alcanzar sus metas. Se propone un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en cuatro áreas: prestación de servicios;

desarrollo de recursos (humanos, materiales, conceptuales); recursos financieros; vigilancia o rectoría.

Por su parte, el Banco Mundial en su informe sobre las prioridades de la salud del año 2006, enfatiza la importancia de que la investigación en los diversos niveles del sistema de salud sea útil para que los encargados de tomar decisiones las apunten hacia la mayor costo-efectividad tanto en los ámbitos clínicos, de prestación de servicios, así como de la organización de éstos. Plantea como uno de los pilares fundamentales la evaluación de la gestión de los servicios de salud, para lo cual se deben considerar características estructurales de la provisión de los servicios, aspectos del proceso de atención y resultados del mismo. La forma en que los servicios son gestionados repercuten directamente en la costo-efectividad y la equidad de las intervenciones²⁶.

Un importante aporte conceptual en la evaluación de sistemas de salud, es el desarrollado por Avedis Donabedian, quien a partir de la preocupación por la calidad de la atención médica, propone un modelo de mejora continua de la calidad en el cuidado de la salud²⁷.

Este autor plantea que es posible evaluar varios aspectos, que cada evaluador debe decidir: categorías diagnósticas; condiciones de los individuos o poblaciones; procedimientos clínicos; resultados administrativos; resultados adversos.

Además una evaluación debe considerar tres niveles distintos de un sistema de cuidado de la salud: estructura, procesos y resultados.

La estructura hace referencia a las condiciones bajo las cuales se proveen los cuidados a la salud, tales como infraestructura, equipamiento, materiales, número, variedad y calificación del recurso humano, características organizacionales, etc.

El proceso hace referencia a las actividades de cuidado de la salud principalmente efectuados por el personal de salud, pero también por el propio paciente y su familia. Incluye aspectos como el proceso diagnóstico, tratamiento, rehabilitación prevención, etc.

Los resultados se refieren a los cambios, deseados o no deseados, atribuidos a los sistemas de cuidado de la salud, que se producen en las personas y las poblaciones.

Ahora bien, ninguna evaluación es posible sin criterios ni estándares. Los criterios son definidos como los elementos de la estructura, proceso y resultado que nos permiten hacer un juicio sobre la bondad de la atención. Un ejemplo de criterio puede ser el tiempo de espera para primera atención por psiquiatra. Los estándares son declaraciones cuantitativas más específicas que permiten limitar la magnitud o la frecuencia ideales. Siguiendo el ejemplo anterior, un estándar se puede transformar a: máximo 20 días desde sospecha hasta primera atención por psiquiatra.

Uno de los atributos importantes de los criterios y estándares es su validez, que puede ser determinada científicamente (estudios ad-hoc) o por consenso.

En el caso de la validez por consenso, el procedimiento que se sugiere para formular criterios o estándares explícitos, es que un grupo de expertos seleccione aquellos indicadores que garanticen un mínimo de consenso y luego se decida trabajar como comité de expertos o bien haciendo uso de un método más estructurado como el método Delphi o como el “proceso de grupo nominal”. Estas aproximaciones son especialmente útiles en la construcción de los criterios.

En Chile, considerando la complejidad creciente de las acciones del sector público y en el contexto de mayor exigencia a los gobiernos de la responsabilidad por los resultados de las políticas impulsadas y la consecuente utilización de recursos públicos (accountability), a principios de los años noventa se encomendó al Ministerio de Hacienda el desarrollo de un modelo de Control de Gestión y Presupuesto por Resultados²⁸, aplicable a todo el sector público, incluido el sector salud, al que se le dio un nuevo impulso a partir del año 2000.

A partir de este modelo se desarrolló una metodología para la construcción de indicadores de desempeño que permite avanzar en la transparencia, gestión institucional y resultados del uso de los recursos.

La gestión por resultados tiene como elementos esenciales disponer de la necesaria información de desempeño que permita el uso de ésta en los análisis y toma de decisiones en las instituciones, en particular en lo referido a la toma de decisiones de asignación de recursos.

El desempeño puede ser definido como el logro o resultado de las actividades llevadas a cabo según propósitos definidos.

Los indicadores de desempeño, son entonces, una herramienta que entregan información respecto del logro o resultado en la entrega de los productos (bienes o servicios) generados por la institución, pudiendo cubrir aspectos cuantitativos y cualitativos de este logro²⁹.

Estos indicadores deben cumplir algunos requisitos básicos:

- Pertinencia.
- Una razonable independencia de factores externos.
- La comparabilidad.
- Requerir información a costos razonables (ser costo-efectivos).
- Ser confiables.
- Ser simples y comprensivos.
- Constituir información de carácter público.
- El número no puede exceder la capacidad de análisis de quienes lo van a usar.

Los indicadores del desempeño de la gestión pueden referirse a diferentes ámbitos necesarios de controlar en la implementación de políticas y programas públicos:

- a) **Procesos:** Se refieren a actividades vinculadas con la ejecución o forma en que el trabajo es realizado para producir los productos (bienes o servicios), incluyen actividades o prácticas de trabajo tales como procedimientos de compra, procesos tecnológicos y de administración financiera. Los indicadores de proceso ayudan en la evaluación del desempeño en áreas donde los productos o resultados son difíciles de medir.

- b) **Productos:** Se refieren a los bienes y/o servicios producidos o entregados y corresponden a un primer resultado de un programa o acción pública.

- c) **Resultados intermedios:** Se refiere a los cambios en el comportamiento, estado, actitud o certificación de los beneficiarios una vez que han recibido los bienes o servicios de un programa o acción pública. Son resultados de los procesos. Su importancia radica en que su ocurrencia facilita y hace más probable alcanzar los resultados finales, y en consecuencia constituyen una aproximación a éstos.

- d) **Resultados finales o impacto:** Son resultados a nivel del fin de los bienes o servicios entregados e implican un mejoramiento en las condiciones de la población objetivo atribuible exclusivamente a éstos. En algunas oportunidades es difícil disponer de esta mediciones, principalmente, por la

dificultad de aislar los efectos de otras variables externas y/o porque muchos de estos efectos son de largo plazo.

El desempeño, además de los ámbitos de control mencionados, tiene también diferentes dimensiones o focos que son factibles y relevantes de medir a través de indicadores:

- a) **Eficacia:** Se refiere al grado de cumplimiento de los objetivos planteados, es decir, en qué medida el área, o la institución como un todo, está cumpliendo con sus objetivos, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello. Es posible obtener medidas de eficacia en tanto exista claridad respecto de los objetivos de la institución.

- b) **Eficiencia:** Describe la relación entre dos magnitudes: la producción física de un producto (bien o servicio) y los insumos o recursos que se utilizaron para alcanzar ese nivel de producción. En otros términos, se ejecución de las acciones, beneficios o prestaciones del servicio utilizando el mínimo de recursos posibles.

- c) **Economía:** Este concepto se relaciona con la capacidad de una institución para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros en pos de su misión institucional. En el marco de la misión, la administración de recursos institucionales exige siempre el máximo de disciplina y cuidado en el manejo de la caja, del presupuesto, de la preservación del patrimonio y de la capacidad de generar ingresos. Algunos indicadores de economía de

una institución pueden ser su capacidad de autofinanciamiento o la eficacia en la ejecución de su presupuesto.

d) Calidad del Servicio: La calidad del servicio es una dimensión específica del concepto de eficacia que se refiere a la capacidad de la institución para responder a las necesidades de sus clientes, usuarios o beneficiarios. Se refiere a atributos de los productos (bienes o servicios) entregados, tales como: oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega del servicio, comodidad y cortesía en la atención. Algunas relaciones que reflejan este concepto son, por ejemplo, número de reclamos sobre el total de casos atendidos, tiempo de tramitación de beneficios, tiempo de espera en oficinas de atención de público o velocidad de respuesta de cartas, llamadas o reclamos por parte de los usuarios.

Al contar con datos de desempeño de la gestión actual, es posible avanzar posteriormente hacia el establecimiento de metas de desempeño de la gestión. Un objetivo central del desarrollo de esta metodología, es socializar e internalizar el uso de los indicadores de desempeño como instrumento de gestión en las instituciones.

Los indicadores de desempeño en el ámbito específico de la gestión de establecimientos de salud, entregan información cuantitativa y cualitativa respecto del modo de organización, coordinación, movilización y utilización de todos los

recursos del centro de atención: humanos, financieros, de infraestructura y equipamiento, programáticos, técnicos y del conocimiento, entre otros.

En la construcción de indicadores se sugiere considerar elementos como: un nombre, que resume en una frase el significado o resultado de la variable que compone el indicador; alguna una unidad de medida, que es la manera en que se mide el indicador, como habitantes, usuarios, pacientes, días, atenciones, pesos, etcétera; una unidad operacional, como la razón, la proporción, el porcentaje, la tasa, siendo esta última la más recomendable cuando se busca la comparación entre poblaciones. Se debe considerar la periodicidad o intervalo de tiempo en el que se medirá el indicador; se debe considerar las fuentes de información que se requieren, sin perjuicio de que se recomienda la construcción de los indicadores sin la limitante de las fuentes dado que los sistemas de información están en desarrollo por lo que un dato que no sea posible obtener hoy, es posible planificar su obtención mañana; además, todo indicador puede definir la meta o estándar que se quiere lograr, que es la cuantificación deseable o ideal de la variable que se está evaluando²⁹.

II.2.2. Evaluación de Sistemas de Salud Mental.

La OMS releva la importancia de fomentar la investigación en salud mental a lo menos en cinco ámbitos: investigación epidemiológica; sobre los resultados de los tratamientos, prevención y la sensibilización; sobre las políticas y los servicios; estudios económicos; y comparaciones transculturales¹.

Respecto de la investigación sobre políticas y los servicios, plantea que considerando que los sistemas de salud mental están siendo objeto de reformas en muchos países, entre ellos la desinstitucionalización, el desarrollo de servicios comunitarios y la integración en el sistema de salud general, este ámbito de estudio adquiere especial importancia. Hoy es posible contar con información que muestra la eficacia de esta política. No obstante muchos de estos estudios se han llevado a cabo en países desarrollados, por consiguiente es necesario estimular la investigación que permita orientar las actividades de reforma de los países en desarrollo, de acuerdo a sus propias realidades¹.

En esta misma línea, en el año 2001, la OMS inició un proyecto sobre Política y Servicios de Salud Mental³⁰, con el objeto de prestar asesoría a los encargados de la formulación de políticas, los planificadores y evaluadores de servicios y otros interesados. Como primera fase del proyecto se elaboraron un conjunto de guías metodológicas orientadas a desarrollar una estrategia integral para mejorar la salud mental de la población; utilizar los recursos existentes para lograr el máximo de beneficios; prestar servicios eficaces a quienes lo necesiten y mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.

Las guías metodológicas consideran los siguientes temas:

- Políticas, planes y programas.
- Financiación.
- Legislación y Derechos Humanos.
- Organización de Servicios.

-
- Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de los servicios.
 - Mejora de la calidad.
 - Mejora del acceso y uso de medicamentos psicotrópicos.
 - Sistemas de información.
 - Recursos Humanos y formación.
 - Salud Mental en Niños y Adolescentes.
 - Abogacía de la salud mental (Advocacy).
 - Políticas y programas en el ámbito laboral.
 - Investigación y Evaluación.

En cada una de éstos temas se plantean elementos recomendables de recoger y transformar en indicadores para la medición en sistemas de atención locales.

Por su parte, el Plan de Acción de Helsinki de 2005, resultado de la Conferencia Internacional Ministerial de la región de Europa, de la Organización Mundial de la Salud, insta a desarrollar estrategias para desarrollar mejores sistemas de información en salud mental, relevando aspectos como la necesidad de estandarización de la información, desarrollo de indicadores comparables y bases de datos de los servicios de salud mental, los cuales generen información que se difunda y comparta. Sin este proceso difícilmente será posible evaluar sistemas de salud mental³¹. La evaluación es un elemento clave en el desarrollo de servicios de atención de salud mental, así como en la reestructuración de los mismos, en virtud de su eficacia y eficiencia³².

Parte importante de los estudios de servicios de salud mental, se fundan en una mirada sistémica, una visión ecológica, considerando una sistema matricial, propuesto por Tansella y Thornicroft, que permite la descripción y comparación de servicios, en base a la dimensión geográfica o territorial (niveles nacional, regional, local, del establecimiento proveedor hasta llegar al usuario o paciente), al mismo tiempo que una dimensión temporal, considerando insumos, procesos y resultados³³. Cada una de estas dimensiones y sus respectivos niveles aportan, en su medida, con variables e indicadores respectivos, que orientan la implementación y desarrollo de estos servicios de salud.

La OMS recientemente desarrolló el Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS)³⁴, que es una herramienta que permite una evaluación detallada de sistemas de salud mental en países con niveles de desarrollo económico medios y bajos que abarca seis áreas:

1. Política y marco legislativo.
2. Servicios de salud mental.
3. Salud mental en Atención Primaria de Salud.
4. Recursos Humanos.
5. Educación de la población y trabajo con otros sectores.
6. Monitoreo e investigación.

Cada una de estas áreas considera varias secciones y cada sección un número variables de indicadores. Este instrumento fue desarrollado como un proceso que

incluyó la participación de expertos internacionales en la definición del contenido, la validez y la viabilidad del instrumento, así como aplicaciones piloto en las que se incluyó a Chile. Algunos datos requeridos para completar el instrumento a veces son difíciles de obtener, concluyendo que los métodos de consenso como el delphi, pueden resultar muy útiles para determinar los datos e indicadores que se utilizarán en instrumentos de éste tipo. En la dimensión de Servicios de Salud Mental, es posible conocer el número y tipo de de servicios en un país, y en la dimensión de Recursos Humanos es posible conocer la tasa de profesionales por 100.000 habitantes^{34,35}.

Otra aproximación en estudios de sistemas de salud mental es la evaluación de la costo-efectividad de los actuales servicios, las cuales aún cuando hasta ahora han estado fundamentalmente centradas en las intervenciones asistenciales directas, han redundado en un gran impacto en la gestión de dichos servicios, dada la evidente mayor costo-efectividad de las intervenciones ambulatorias que combinan un fuerte componente psicosocial con algunos psicofármacos, lo que argumenta a favor de la desinstitucionalización^{26,36,37}.

Una línea de investigación cuantitativa en servicios de salud mental se focaliza en la descripción y comparación de alternativas de atención, en aspectos como características del servicio, perfil de usuarios, nivel de uso, eficiencia, eficacia, nivel de satisfacción, entre otras, destacando los mejores resultados en aquellos servicios orientados a la ambulatorización del cuidado en salud mental³⁷.

El primer instrumento orientado a la descripción de la organización de servicios de salud mental y a la cuantificación de la provisión de esos servicios en un área territorial determinada es el European Service Mapping Schedule (ESMS) ó Diagrama Europeo de Servicios de Salud Mental. Esta iniciativa surgió a partir de la constatación de la débil evaluación de servicios en el ámbito de la salud mental, sumado a la falta de consenso internacional en la descripción y clasificación de los mismos, incluyendo los de tipo hospitalario, ambulatorio y comunitario, y ha sido liderada por un grupo de trabajo de colaboración internacional conocido como EPCAT (European Psychiatric Care Assessment Team). Este instrumento permite de forma estandarizada, inventariar los servicios de salud mental que atiende a la población adulta con enfermedad mental de un área de cobertura, y compararlos con otras áreas de cobertura. Este sistema se ha aplicado en varias jurisdicciones sanitarias europeas, siendo especialmente fecunda su aplicación en España, en el que participa la red de investigación española PSICOST, asociado al grupo EPCAT^{38,39,40,41}.

Una combinación de las aproximaciones cuantitativa y cualitativa se está desarrollando en la generación de un modelo de evaluación con indicadores de eficiencia en el uso de servicios asistenciales de salud mental residenciales y de cuidado diurno en la comunidad, denominado B-MHCC y que se genera a partir de los estudios con el ESMS en España. Sus resultados permiten determinar comparativamente el grado de eficiencia en el uso de esos servicios, clasificando a algunos como ineficientes; éstos fueron corroborados por opinión de expertos

existiendo un alto grado de coincidencia. Esta propuesta está en desarrollo y sus resultados se encuentran en fase de preparación de publicación y difusión⁴².

Paralelamente, se está desarrollando un estudio internacional, que contempla la consideración del juicio de expertos, que busca determinar indicadores para la calidad de la atención de salud mental a nivel de los sistemas de salud en países europeos, en base al ESMS, de manera de crear un instrumento más breve. Se está solicitando a gestores y tomadores de decisiones de países europeos considerados expertos en servicios de salud mental, que prioricen los indicadores más relevantes del ESMS para la evaluación y comparación de servicios de salud mental de Europa, considerando sus necesidades de información. Este trabajo es desarrollado por el grupo EPCAT en el marco de la Red Europea de Economía de la Salud y apoyado por el Programa de Salud Pública de la Comisión Europea. Estos proyectos relevan la combinación con métodos cualitativos incorporando la opinión del juicio de expertos en la definición de los aspectos relevantes de evaluar en sistemas de salud mental⁴³.

Antes se había desarrollado un estudio para seleccionar consensuadamente, mediante la constitución de un panel de expertos, un set de criterios de calidad de la atención de salud mental en los sistemas de salud de los países de la OECD, arrojando 12 criterios esenciales referidos a la continuidad de los cuidados, a la coordinación de los cuidados, al tratamiento y al resultado en los pacientes en términos de mortalidad. Dichos criterios están fundamentalmente referidos al proceso de hospitalización del usuario⁴⁴.

Más limitada ha sido la investigación en gestión de servicios de salud mental desde la perspectiva del prestador directo. Se plantea que, desde la perspectiva del Centro, la gestión sanitaria se ocupa de coordinar y organizar los recursos de todo tipo para producir atención sanitaria que a su vez mejore la salud de los pacientes adscritos al Centro. En este empeño existen tradicionalmente dos enfoques, el de los clínicos y el de los gestores. Los clínicos se centran en la relación entre actividad, calidad y resultados en la salud, en cambio los gestores se centran en la relación entre inputs y productos intermedios, midiendo la productividad de los recursos del establecimiento; ambos enfoques son parciales y complementarios. La evaluación de la gestión de los Centros es importante, dado que apunta a determinar su eficiencia como organización y se vincula a la asignación de nuevos recursos, sin embargo aún los métodos para medirlos están en desarrollo⁴⁵.

En el ámbito de los servicios de salud mental, es posible observar que se han desarrollado aproximaciones mixtas, cualitativas y cuantitativas, en donde la consideración de actores o expertos está permanentemente presente.

Un área es la determinación de prioridades en la provisión y gestión de servicios. Un estudio en un Estado norteamericano en conjunto con la Asociación Nacional de Directores de Salud Mental de ese país, consultó mediante correo a los directores, a partir de un listado inicial de 62 criterios; finalmente se consensuaron dos prioridades superiores en la provisión, la de desarrollar programas para

enfermos mentales crónicos severos y desarrollar programas de ayuda en la comunidad, a lo que se agregaron los cuidados residenciales y programas para niños y adolescentes. Además, se priorizó la gestión de la certificación y acreditación de los prestadores, la disminución de cuidados basados en la institución y la responsabilidad financiera⁴⁶.

Estudios Delphi se han utilizado para priorizar criterios de atención a personas con enfermedad mental. Uno de ellos consultó a alrededor de 40 expertos clínicos entre psiquiatras, enfermeras y psicólogos, para priorizar los criterios esenciales de la intervención precoz de personas con psicosis, en servicios asistenciales ingleses, en tres rondas de consulta⁴⁷. Otro estudio utilizó el método Delphi para identificar un sistema de categorías que permitiera clasificar las intervenciones más relevantes de un nuevo servicio ambulatorio de atención “case-manager” para personas con esquizofrenia. Se consideró un método apropiado para medir el consenso de los equipos clínicos y clarificar los componentes esenciales del cuidado de ese problema de salud mental. En la primera ronda se les solicitó a los participantes sugerir las categorías en el marco de un modelo de atención específico. Se obtuvieron 78 categorías iniciales, las que disminuyeron a 38 después de la categorización. En dos rondas siguientes definieron la priorización, concretando diez categorías en las áreas de financiamiento, habilidades para la vida diaria, sistema de justicia, salud física, medicación, entre otros⁴⁸.

Se plantea que, dada la complejidad, diversidad y nivel de incertidumbre que implica la toma de decisiones planificada en salud mental, es necesario integrar

diversos enfoques en su aproximación, integrando diversas disciplinas, métodos y técnicas de análisis. Para el desarrollo de un marco de conocimiento de la salud mental basado en la evidencia es importante incorporar a lo menos tres fuentes: los resultados de la gestión, la información generada desde los datos disponibles y los sistemas de apoyo a la toma de decisiones existentes⁴⁹.

Desde la perspectiva del desarrollo del modelo de atención de salud mental comunitaria, la investigación debe contribuir en algo más que a un cambio de técnicas, sino que a orientar la planificación, organización y gestión de servicios de salud mental en función de las necesidades de la sociedad actual, superando el modelo positivista médico hacia modelos orientados por la salud pública, superando la controversia métodos cuantitativos versus métodos cualitativos¹¹. Desde esta perspectiva, los métodos de aproximación mixta son los mejor valorados en el estudio de la gestión de servicios de salud mental.

Desde la perspectiva de la investigación en salud, sin embargo, estos métodos suelen ser menos considerados que los cuantitativos puros. Se plantea que, si bien hay un uso creciente de utilización de métodos cualitativos en la investigación en salud, en Chile estos aún no tienen el peso observado en otras disciplinas con gran desarrollo, probablemente debido al insuficiente conocimiento general de los investigadores en salud⁵⁰.

Sin perjuicio de lo anterior, los métodos de consenso en la construcción de indicadores en salud han sido frecuentemente usados no sólo en salud mental.

Algunos se orientan hacia la evaluación de estructuras, procesos y/o resultados, creando criterios o estándares, en ámbitos como la actividad, la calidad de la atención, el uso de los recursos, tanto a nivel hospitalario como primario. De los métodos de consenso el más recomendado en la generación de indicadores es el Delphi⁵¹. Los métodos de consenso son especialmente útiles para una situación en la cual hay una carencia de la evidencia empírica y los factores decisivos son algo subjetivos; este acercamiento tiene un gran potencial en la supervisión y evaluación de la práctica actual de salud mental. El método Delphi representa una manera eficaz, directa y eficiente desde la perspectiva del tiempo, para la obtención de un consenso en la interfaz entre una propuesta teórica y la implementación práctica de un servicio de salud mental^{52,53}.

II.2.3. Evaluación de Sistemas de Salud Mental en Chile.

En el contexto de la colaboración entre la OMS-OPS y los países, para la planificación, implementación y evaluación de sistemas de salud mental, durante el año 2005 el Ministerio de Salud, realizó un estudio nacional en base a la información del 2004, que evaluó el estado del sistema de salud mental chileno con el WHO-AIMS (World Health Organization-Assessment Instrument for Mental Health Systems)³⁴, mencionado anteriormente.

Se observa un avance considerable en casi todos los indicadores relacionados con la implementación del Plan Nacional para los cuales se disponía de

información en el año 1999, con el se fue posible hacer una comparación. Se aprecia aún un vacío en legislación sobre enfermedad mental y derechos humanos, recursos humanos y capacitación, sistema de información, e Investigación y Evaluación.

De este informe se desprenden siete líneas de trabajo a fortalecer: Mejorar debilidades en la formulación e implementación del Plan Nacional detectados; Desarrollar Centros de Salud Mental Comunitarios como la principal alternativa de atención especializada; Formular una Política Nacional de salud mental infanto-juvenil; Utilizar los resultados del WHO-AIMS como línea base para monitorear el impacto de la reforma de salud en el sistema de salud mental; Incorporar disposiciones que resguarden los derechos humanos de las personas con enfermedades y discapacidades mentales en la legislación chilena; Formular una política de desarrollo de recurso humano en salud mental; Monitorear la participación del intersector en salud mental utilizando los resultados del WHO-AIMS como línea base²³. A continuación se aborda el contexto en el nivel de prestadores de salud mental ambulatorios, revisando su nivel de estudio.

II.2.4. Evaluación de la gestión de la atención de salud mental ambulatoria especializada.

Se considera que el éxito de los servicios de salud ambulatorios es el factor que más contribuye al desempeño de los sistemas de atención de salud en la mayoría de los países en desarrollo. Ese desempeño puede definirse conforme a ciertas variables que son complementarias entre si: el estado de salud de la población, la

protección financiera facilitada a las poblaciones para hacer frente a los gastos de la enfermedad y tratamiento, y la satisfacción de la población con procesos y resultados. La atención de salud ambulatoria puede ser la que más contribuya a una mejora inmediata del estado de salud en los países de bajos ingresos, especialmente entre los pobres⁵⁴.

La intervención ambulatoria que combina algunos tratamientos farmacológicos con intervenciones psicosociales, son las que evidencian mayor costo-efectividad en la atención de los trastornos psiquiátricos, lo que implica la necesidad de una mayor transformación de los servicios de salud mental actuales. Para avanzar en esa transformación, sin embargo, se requieren mejoras generales de la gestión de los servicios ambulatorios^{26,37}.

En Chile, el informe de los resultados del estudio WHO-AIMS, se concluye que si bien hay avances, algunos indicadores para la atención ambulatoria son aún muy deficitarias como: tiempo de espera para primera consulta psiquiátrica, número promedio de atenciones por persona al año; porcentaje de intervenciones psicosociales y porcentaje de centros con actividades con grupos de usuarios. Al mismo tiempo plantea el desarrollo de los Centros de Salud Mental Comunitarios como la alternativa principal de atención ambulatoria, por su mayor cercanía a la gente, la mayor integración con las organizaciones y actividades comunales, el mejor conocimiento de los determinantes sociales de la salud de su población a cargo y mayor articulación con la atención primaria de salud²³.

Estudios que comparan el desarrollo de servicios de salud mental de acuerdo al nivel de desarrollo económico de los países, concluyen que la atención ambulatoria especializada debe transitar desde contar con especialistas externos en la atención primaria en los países de bajos ingresos, la emergencia de equipos de salud mental comunitaria en conjunto con servicios ambulatorios hospitalarios en países de ingresos medios, y la mayor especialización de los diversos servicios ofrecidos en ambos últimos, en los países de ingresos altos⁵⁵.

Actualmente no es posible contar con evaluaciones publicadas acerca de la gestión de estos servicios ambulatorios especializados en Chile. Aunque sí es posible describir parte del estado del arte de la gestión de esas unidades en el país.

Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), las unidades de salud mental y psiquiatría de Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centro Diagnóstico y Tratamiento (CDT), y los tradicionales policlínicos de psiquiatría de hospitales generales o Centros de Especialidad Ambulatoria (CAE), se concentran en localidades urbanas, con una alta proporción en la Región Metropolitana. Aún así, se detecta un mayor déficit en la atención de salud mental ambulatoria territorial, comparado por ejemplo con la brecha en servicios de hospitalización psiquiátrica^{24,56}.

En un contexto de reforma de salud en donde se orienta a una organización de los servicios de salud en red, una de las preocupaciones importantes de las

autoridades de salud en Chile, es que los procesos de planificación y programación de la acción de los diversos prestadores que conforman la red asistencial, así como del monitoreo y evaluación de éstos, sean efectivamente desde una perspectiva de red. De esta manera, se espera que el Gestor de Red en conjunto con el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA)⁵⁷, representado por los directores y representantes del conjunto de prestadores de salud de una red asistencial (Municipales, dependientes de Servicio de Salud, dependientes directos de la Subsecretaría de Redes del Ministerio de Salud o privados en convenio), en un marco de interdependencia, pongan en común sus recursos, tareas y aportes, necesidades y voluntades, para anticipar y predecir en forma sistemática la futura actividad y resolutivez del sistema, con la finalidad de asegurar un mejor estado de salud de la población a cargo. Es esto lo que debe guiar la gestión de cada uno de los prestadores a nivel local, aunque considerando las particularidades de la acción que cada uno desempeña¹⁸.

En el contexto del mejoramiento de la gestión de los Servicios de Salud, el Ministerio de Salud ha desarrollado estrategias de apoyo a la gestión⁵⁸, a través de instrumentos de medición específicos como compromisos de gestión, índice de actividad de la atención primaria, sistema de gestión y reclamos ciudadanos, gestión de las garantías explícitas, gestión del recurso humano, y el control de la gestión financiera y presupuestaria. Estas herramientas han orientado la gestión de los centros de atención primaria y de los establecimientos hospitalarios, no así de los Centros de Salud Mental Comunitaria.

Las unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada en Chile tienen distintas dependencias administrativas. En el caso de las unidades insertas en establecimientos hospitalarios su dependencia administrativa es del Servicio de Salud. En el caso de los Centros Comunitarios de Salud Mental, en una mayor proporción tienen dependencia municipal, aunque existen dependientes de Servicio de Salud o directamente de hospitales, e incluso de administradores privados sin fines de lucro en convenio con el Servicio de Salud.

En el año 1993 se desarrolló la primera norma técnica para Centros Comunitarios de Salud Mental, existiendo una actualización en el año 2006^{15,59}, en el que se corrobora como centro de especialidad ambulatoria. Sin embargo, ambos se encuentran como documentos de trabajo ministeriales, pero no editados como norma con resolución administrativa, lo que deja en la ambigüedad la validez de dicha norma, a la luz del contexto administrativo diverso de dichos centros. El funcionamiento en lugares que han representado una oportunidad para su implementación, más que infraestructuras especialmente diseñadas, trae consigo la falta de diagnóstico del estado de la infraestructura, así como del control y regulación desde la perspectiva de la autorización sanitaria.

En una mesa de coordinación regional metropolitana de salud mental, representada por los Servicios de Salud y coordinada por la Unidad de Coordinación de Redes de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se ha hecho presente que es necesario avanzar en el rol

privilegiado que pueden jugar los COSAM como centros de atención especializada insertos en la comunidad considerando ese contexto administrativo⁵⁶.

Las orientaciones programáticas a las redes asistenciales por parte del Ministerio de Salud, relevan aspectos de la organización y gestión a tomar en cuenta por los centros de atención, como: la importancia de desarrollar una programación en base a un diagnóstico de salud que considere las determinantes sociales de ésta; la atención en red incluyendo a las redes intersectoriales; la efectiva continuidad de la atención en especial el proceso de referencia y contrarreferencia; la gestión de las garantías explícitas en salud; la identificación de la cartera de servicios, y la utilización de guías y protocolos en la práctica clínica; la gestión de los recursos humanos y financieros¹⁸.

En relación a los recursos humanos especializados, como médicos psiquiatras, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales, se observa heterogeneidad en la distribución territorial de éstos, además de la situación contractual en cada una de las unidades ambulatorias en las que se desempeñan. Aquellos integrados a establecimiento hospitalarios pertenecen a la administración pública (Ley 19.664 y Ley 18.834) o bien están en calidad de compra de servicios. En el caso de los COSAM habitualmente están contratados bajo el denominado código del trabajo y como compras de servicios, lo que impide el desarrollo de la carrera funcionaria. Aún cuando la mayoría de los COSAM son administrados por entes municipales, no opera para ellos el marco normativo para la atención primaria, dado su carácter de atención especializada; esto significa que

es ocasional encontrar recurso humano contratado por el estatuto de atención primaria (Ley 19.378). Además se observa el traspaso mediante comisión de servicios del recurso humano entre estos niveles. Esto ha impactado en un proceso heterogéneo en el desarrollo de incentivos a la producción y el acceso a la capacitación del recurso humano.

Desde la perspectiva del financiamiento, también se aprecia heterogeneidad. El presupuesto específico de salud mental de especialidad desde el FONASA, está integrado en su totalidad en el denominado programa de prestaciones valoradas, que asocia financiamiento a diagnóstico bajo la forma de canastas PAD las que a la fecha son 17, a lo que se suman tres problemas de salud mental con garantías explícitas en salud⁶⁰. Sin embargo en la práctica, las unidades de atención operan agregando presupuestos institucionales y presupuestos globales municipales, además de proyectos específicos del sector o del intersector (como Conace, Fonadis, otros). No existe una evaluación publicada respecto de la real estructura de las fuentes de financiamiento, los mecanismos de pago y su impacto en el desarrollo del modelo de salud mental comunitario.

El sistema de financiamiento trae asociado la incorporación al sistema de información denominado SIGES, que obliga a los Servicios de Salud dar cuenta de la atención en todas las canastas de prestaciones de salud mental, incluyendo no sólo los problemas de salud mental con GES. Esto tensionó a la red ambulatoria a incorporarse al sistema, lo que también ha sido un proceso heterogéneo particularmente en relación a la conexión de los COSAM, los que en la práctica

son reconocidos por el FONASA como prestadores, aunque no en todos los Servicios de Salud esto significa que esté con conexión a dicho sistema de información. No existe una evaluación publicada respecto del tipo de sistemas de información actualmente utilizados por la red ambulatoria de salud mental, incluidos instrumentos como las fichas clínicas, ni de su grado de incorporación al sistema SIGES.

Una iniciativa reciente por parte del Ministerio de Salud en conjunto con el programa Ideas para la Salud de la Universidad de Waterloo (Canadá), y con el apoyo de la OPS/OMS, es la evaluación de la conveniencia y viabilidad del Sistema Inter-RAI para la mejora de la gestión clínica en salud mental en Chile. Este es un sistema internacional de organización de la información clínica de los usuarios con estándares de calidad, particularmente desarrollado en Canadá, Holanda y el Reino Unido, compuesto por una serie de instrumentos, para los distintos niveles de atención, que permite entre otras cosas, definir perfiles de pacientes según su complejidad, en el sentido de un *case-mix*⁶¹. Se realizó un estudio piloto en servicios de hospitalización psiquiátrica cerrada y diurna^{62,63}, y está iniciándose durante el 2007 un estudio piloto en centros ambulatorios, con la aplicación de la versión Inter-RAI Salud Mental Comunitaria⁶², lo que se esperan sus resultados preliminares hacia el 2008.

Por otra parte, hoy existen protocolos y guías clínicas editadas y públicas, para la mayoría de los problemas de salud mental priorizados en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría⁶⁵, los que se vieron favorecidos con la implementación

de las GES. La mayor parte de la resolución de estos problemas recae en el nivel ambulatorio, aunque no existe algún estudio publicado que indique el grado de utilización de estas guías en la práctica. Una excepción, es un estudio con representación nacional, respecto de la GES de Primer Episodio de Esquizofrenia, aún como documento de trabajo por parte del Ministerio de Salud, en base a la versión española del instrumento ICMHC (Internacional Classification of Mental Health Care). En él se observó un menor uso de la hospitalización psiquiátrica en aquellas redes asistenciales con dispositivos comunitarios en que no existe hospital psiquiátrico. De acuerdo al estudio, cerca del 43% de los casos de la muestra no tuvieron ningún tipo de hospitalización; las intervenciones psicosociales más frecuentes fueron la psicoeducación al paciente (54,5%) y a la familia (49,1%), así como la intervención familiar de tipo terapéutica (47,3%). En el 49% de los casos se registró al menos una consulta por un psicólogo, la psicometría se realizó en una proporción menor de los usuarios. En el estudio se concluye que la dificultad para lograr obtener bases de datos validos desde el mismo sistema de información pública, redundo en la necesidad de ser especialmente cautos si lo que se quiere es obtener indicadores de prevalencia administrativa, cobertura u otros datos útiles para la planificación⁶⁶.

Otra iniciativa reciente de parte de dicha repartición gubernamental, es la evaluación de cumplimiento de estándares de calidad a los denominados “Centros de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria”, aludiendo indistintamente a las unidades ya mencionadas. Esta iniciativa se enmarca dentro de la preocupación por generar herramientas útiles para la mejora continua de la calidad de la

atención en salud mental, entendiendo por gestión de la calidad el conjunto de acciones destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente, problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen riesgos de los usuarios⁶⁷. Esta iniciativa se vincula al proceso de acreditación que deberán llevar a cabo los prestadores de salud, y que permitirá, entre otras cosas, dar cuenta de la garantía de calidad de la atención contemplada en el plan AUGE.

El instrumento diseñado para los centros ambulatorios, considera 26 estándares fundamentalmente relativos al modelo de atención, es decir a la organización de los procesos sanitarios propiamente tales, agregando a lo menos un estándar sobre recurso humano, planificación, derechos del usuario y participación social. Para la recolección de la información se requiere de observación directa, revisión de fichas clínicas, revisión de instrumentos regulatorios, entrevistas en profundidad con el equipo y con usuarios, además de la opinión y análisis del evaluador. En esta etapa, el instrumento es completado previamente por el equipo para luego recibir una visita de pares quien evalúa. A partir de este proceso el equipo recibe recomendaciones para la mejora de los estándares⁶⁸. Este es un proceso de reciente aplicación, por lo que a la fecha no es posible obtener resultados.

En virtud del estado del arte de estos centros y unidades de atención ambulatoria, dado el suficiente nivel de desarrollo y experiencia de esa red, es posible generar y consensuar criterios para evaluar el desempeño en el ámbito de la gestión. El poder contar con indicadores explícitos y validados en este ámbito es una

necesidad permanente del Gestor de Redes Asistenciales (Servicio de Salud), así como de los encargados y directores de dichos centros prestadores, quienes son responsables de gestionar la institución en conformidad con el modelo de salud mental y psiquiatría comunitaria. Lo anterior cobra aún mayor relevancia en el contexto determinado por la realidad administrativa heterogénea en la que se encuentran los establecimientos de salud mental y en el marco de una reforma del sector con un plan garantizado de salud que incluye problemas de salud mental, con atención en red y una gestión orientada hacia los resultados, todos aspectos que tensionan al gestor hacia determinados propósitos en su gestión.

II.3. RESUMEN Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

En la actualidad los trastornos mentales y del comportamiento constituyen uno de los problemas importantes de salud de la población. Respecto de la respuesta del sector salud a estos problemas, en la organización de los servicios de salud mental se evidencian tres desplazamientos centrales: del sujeto enfermo a la comunidad; del hospital psiquiátrico a los centros comunitarios; del médico psiquiatra al equipo multidisciplinario.

En Chile, desde el año 2000 se ha venido desarrollando un Plan Nacional de Salud Mental, que pone el énfasis en el desarrollo de un modelo de salud mental y psiquiatría comunitario lo que ha significado el desarrollo de una red diversificada de prestadores. El énfasis en la resolución ambulatoria de los problemas de salud mental, implicó invertir especial esfuerzo en la mayor resolutiveidad de la Atención Primaria y en la Atención Ambulatoria de especialidad. Esta última tuvo un proceso particular de desarrollo. Hoy existen diversas instancias de nivel ambulatorio especializado de resolución en salud mental y psiquiatría: Centro Diagnóstico y Tratamiento; Centro de Referencia de Salud; Centro Ambulatorio de Especialidad en Hospital General; Centro Ambulatorio de Especialidad en Hospital Psiquiátrico; Centros de Salud Mental Comunitarios. Estas unidades, aunque comparten un mismo objetivo en la atención, presentan un proceso heterogéneo del desarrollo administrativo y de la gestión, existiendo un escaso grado de estudios o información descriptiva o comparada al respecto.

Durante el último tiempo, la política ministerial ha estado orientada a definir niveles de atención ambulatoria, de manera de que desarrollen acciones complementarias, evidenciando la preocupación por una mayor eficiencia de la red ambulatoria.

En evaluación del desempeño en Salud, existen propuestas conceptuales que permiten definir indicadores de desempeño de la gestión en el ámbito de la estructura, los procesos y los resultados, de estas unidades de atención. Además existen propuestas metodológicas para lograr ese fin. Una de ellas, de aproximación mixta, cuali-cuantitativa, es la técnica Delphi que recoge el juicio de expertos y persigue obtener el consenso, validando en este caso los indicadores.

El presente estudio, de tipo descriptivo, tuvo por objeto desarrollar un conjunto de indicadores para la evaluación de la gestión, de unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada de la red asistencial pública en Chile, a través del método Delphi.

Al abordar este problema se podrá disponer de información que facilite la toma de decisiones en ámbitos como la organización de la atención, el financiamiento, la gestión del recurso humano, entre otros, en la red de prestadores de salud mental ambulatoria de nivel especializado, en concordancia con el modelo de salud mental y psiquiatría comunitaria.

Además, permitirá contar con indicadores específicos para estos prestadores, los que eventualmente pueden ser la base para el desarrollo posterior de compromisos de gestión, metas de desempeño, estándares de acreditación o monitoreo continuo de la calidad de la atención, todos elementos de la gestión actual de los servicios de salud en Chile, que no han sido incorporados en este ámbito.

Finalmente, en la medida que el estudio caracteriza el problema, provee bases para otros estudios descriptivos, sugiere asociación de variables como punto de partida para estudios analíticos, da bases para plantear hipótesis que conduzcan a nuevos problemas de investigación en este ámbito, y permite sentar bases para futuras líneas de estudio que permitan avanzar hacia servicios de salud mental eficientes y de calidad.

III. OBJETIVOS.

III.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar un conjunto de indicadores para la evaluación de la gestión de las unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada de la red asistencial pública, en conformidad con el modelo de salud mental y psiquiatría comunitario.

III.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- a) Identificar criterios y áreas para la evaluación de la gestión de la atención de salud mental de especialidad ambulatoria en el marco del modelo de salud mental y psiquiatría comunitario.
- b) Priorizar un conjunto de indicadores para la evaluación de la gestión de las unidades de atención de salud mental de especialidad ambulatoria en las diferentes áreas identificadas por un grupo seleccionado de expertos.
- c) Validar mediante la participación de expertos el conjunto de indicadores para la evaluación de la gestión de la atención de salud mental de especialidad ambulatoria, en conformidad con el modelo de salud mental y psiquiatría comunitario.
- d) Formular recomendaciones en base a los hallazgos del estudio.

IV. METODOLOGÍA.

IV.1. CONSIDERACIONES GENERALES DEL ENFOQUE METODOLOGICO.

Este estudio se enmarca en el ámbito de la investigación en organización y provisión de servicios de salud. Este ámbito se ha enriquecido con métodos y técnicas desarrolladas desde diversas disciplinas, principalmente de las ciencias de la salud y las ciencias sociales, llevando a los investigadores a adoptar aproximaciones que integran las tradicionales aproximaciones cuantitativas y cualitativas, aun cuando persista el debate epistemológico entre ambos. Las herramientas de estudio recomendados varían en función de los diversos niveles que comprende un sistema de salud, a nivel macro, meso o microsistémico⁶⁹, siendo este último el que considera el estudio a nivel de prestadores de atención en salud mental^{33,69}. En este ámbito de la investigación se describen distintos enfoques y grupos de estudios desarrollados: de la organización misma, de aplicación de métodos epidemiológicos, de psicología organizacional, de análisis a nivel de los individuos que conforman el sistema, análisis de política, evaluación económica, investigación histórica, investigación acción, investigación operativa, entre otras⁶⁹.

La denominada investigación operativa, ha resultado clave para los gestores de salud, permitiéndoles avanzar en respuestas a algunos de los problemas actuales en organización y provisión de servicios. Este tipo de investigación se define como un proceso que contribuye a la toma de decisiones organizacionales, a través de

la construcción de modelos que, describiendo los factores relevantes en la organización y la interacción entre ellos, pueden ser usados para clarificar las implicancias de las decisiones. A través de una aproximación mixta, el análisis no determina científicamente un resultado óptimo pero si clarifica las consecuencias de acciones alternativas⁶⁹.

La literatura organiza este tipo de estudios en tres grupos, de acuerdo a su experiencia y tradición: los clásicos, los intermedios y las nuevas tendencias. Los clásicos apuntan a clarificar problemas de eficiencia de la organización, buscan maximizar el uso de recursos con los resultados en salud. En relación con el uso de estos estudios en salud, las nuevas tendencias están orientadas a estructurar situaciones o problemas en conjunto con los gestores con el objeto de mejorar la comprensión de tal problema. Los intermedios provienen de las limitaciones de los anteriores para definir ciertos problemas, debido a la gran cantidad de información que proviene de individuos y que tienen un origen subjetivo; en este tipo de estudios se incorporan los juicios de los expertos para evaluar riesgos o incertidumbres, o evaluar interacciones que se producen en la ejecución o desempeño de los sistemas, o bien en determinar la importancia o ponderación sobre diferentes aspectos a la hora de evaluar la ejecución o desempeño de la organización. El método Delphi se sitúa aquí, y es un método de generación de consenso entre un grupo de expertos en un tema en particular⁶⁹.

La técnica Delphi o Delfos, es definido como un método de aproximación mixto, es decir cuali-cuantitativo. Ubicado dentro de los métodos de validez por consenso,

el Delphi es caracterizado como un método para estructurar el proceso de comunicación grupal, de modo que ésta sea efectiva para permitir a un grupo de personas tratar con problemas complejos. Su objetivo es obtener la opinión colectiva calificada sobre un determinado asunto. Aunque originalmente se caracterizó al método Delphi como un método de proyección o de estudios del futuro, existe una amplia variedad de otras áreas de aplicación, como es la evaluación de los modelos que tratan con problemas complejos que enfrenta la sociedad, tales como la salud. En un ejercicio Delphi participan dos grupos diferentes. Uno es el grupo investigador, que es el encargado del diseño del ejercicio en todas sus fases, y el otro son los panelistas, los cuales responden las preguntas confeccionadas por el grupo investigador y desde el cual se construye la información⁷⁰.

IV.2. TIPO DE ESTUDIO.

En el presente estudio se utilizará un Delphi de proyección convencional, de tipo descriptivo, caracterizado por la búsqueda del consenso entre las opiniones de un grupo de expertos en gestión de servicios de atención de salud mental en el marco del modelo de salud mental comunitario, y por la participación del investigador tanto en el diseño, como en la evaluación de las respuestas, las que deberán servir de apoyo en la toma de decisiones⁷⁰.

Otras ventajas que hacen recomendable su uso en este estudio son, que el problema abordado puede beneficiarse de juicios expertos sobre bases colectivas

antes que de una técnica analítica precisa; se necesitan más participantes de los que pueden interactuar en forma eficiente en un intercambio cara a cara y por problemas de costo, de tiempo y de distancia geográfica entre los expertos; se desea mantener la heterogeneidad de los participantes a fin de asegurar la validez de los resultados, se prefiere este método a los encuentros cara a cara, por que ahí se evitan los efectos de grupos de dominación por personalidades. Además tal abordaje es recomendado para situaciones donde se carecen de informaciones precisas previas, en donde se requiere la obtención de un consenso en la interfaz entre una propuesta teórica y la implementación práctica, y/o situaciones en las que se desea estimular nuevas ideas⁷⁰.

El Delphi permite comunicación por correo electrónico, lo que reduce significativamente los costos, se resguarda la privacidad de la decisión, existe una retroalimentación formal al grupo, la interacción es estructurada, y la agregación de la información es explícita.

IV.3. DISEÑO DEL EJERCICIO DELPHI.

En el diseño de este estudio, se realizaron tres rondas de consultas. Todas estas rondas se efectuaron a través de cuestionarios comunicados por correo electrónico. De acuerdo a la literatura, en los grupos Delphi la menor dispersión se produce casi siempre entre la primera y quinta ronda, pero los mejores resultados en general se saben en la tercera ronda⁷⁰.

La primera ronda tuvo como objeto el despliegue amplio de propuestas por parte de los expertos, en la segunda ronda se procuró acotar el número de propuestas priorizándolas, y en la tercera ronda se volvió a priorizar, jerarquizando los inicialmente seleccionados, de manera de obtener un grupo manejable de éstos indicadores, a partir del máximo consenso posible entre los expertos. En el Cuadro N° 1 se detallan las tareas de las distintas etapas consideradas en el diseño del estudio.

Cuadro N° 1: Diseño Del Método Delphi Aplicado Al Estudio Sobre Identificación De Indicadores De Gestión De Unidades De Atención Ambulatoria Especializada De Salud Mental

ETAPAS	DESCRIPCIÓN GENERAL
Definición del problema	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizó revisión bibliográfica sobre el tema. 2. Se contextualizó el problema y se constató que se carecen de indicadores consensuados para la evaluación de la gestión del nivel ambulatorio de atención en las redes asistenciales en Chile conforme los objetivos del Plan Nacional SM y Psiquiatría. 3. Se definió el objetivo y método del estudio.
Selección de los expertos y diseño del procedimiento Delphi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se definieron los requisitos del panel de expertos. 2. Se reclutó la participación de los expertos. 3. Se acotó el procedimiento que se siguió para realizar el Delphi, a través de la comunicación por correo electrónico.
<p style="text-align: center;">RONDA 1</p> Pregunta abierta a los participantes del Delphi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se construyó el primer cuestionario con una pregunta abierta. 2. Los panelistas recibieron la pregunta y generaron respuestas en forma individual, las que fueron devueltas a través de correo electrónico. Su procesamiento se realizó en forma anónima. 3. Se agruparon las respuestas y se integraron los comentarios y las sugerencias. 4. Las respuestas se convirtieron en ítems para el cuestionario siguiente.
<p style="text-align: center;">RONDA 2</p> Pregunta de ranking o primera priorización	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los participantes debieron priorizar entre éstos de acuerdo a su importancia. Los expertos siempre pueden sugerir comentarios 2. Se recurrió a la estadística descriptiva, y se seleccionaron los indicadores más seleccionados de acuerdo al porcentaje de votación. Se integraron los comentarios y las sugerencias. 3. Se construyó un tercer cuestionario en que se informa los resultados de esta votación.
<p style="text-align: center;">RONDA 3</p> Segunda pregunta de ranking y jerarquización	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se solicitó al panel una nueva priorización, jerarquizando con un puntaje de 5 a 1 cada uno de los indicadores seleccionados. Los expertos siempre pueden sugerir comentarios.
Análisis, discusión y conclusiones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se recurrió a la estadística descriptiva, incorporando el porcentaje, medidas de posición (media, moda) y de dispersión (desviación estándar) para el análisis del tercer cuestionario. 2. Se definieron los criterios de corte para la selección final de los indicadores con mayor consenso de acuerdo al panel. 3. Se obtuvo un set consensuado de indicadores y se procedió al informe final del estudio.

IV.4. PANEL DE EXPERTOS.

Inicialmente fueron invitados a participar al panel a 39 profesionales, de los cuales 35 aceptaron la invitación. El grupo quedó conformado por Médicos Salubristas y/o Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras, Terapeutas Ocupacionales, Asistentes Sociales, Sociólogo (Tabla N° 1). Todos poseen un alto grado de conocimientos sobre el tema de estudio, con gran experiencia ya sea como investigadores, como docentes, o en funciones públicas vinculadas. Todos ellos han participado de publicaciones, participado como expertos en la elaboración de normativas técnicas públicas en torno al tema, participado como expertos en mesas técnicas de trabajo del Ministerio de Salud, participado como invitados expositores en seminarios y encuentros, así como ejercido funciones públicas, en gestión de servicios de salud mental.

Tabla N° 1: Constitución del panel de expertos según profesión de sus integrantes

Profesión Panelistas	N°	%
Médico Psiquiatra y/o Salubrista	15	43%
Psicólogo	9	26%
Asistente Social	4	11%
Enfermera y/o Matrona	3	9%
Terapeuta Ocupacional	3	9%
Sociólogo	1	3%
Total	35	100%

En la constitución del panel se consideró además el uso que se le quiere dar a los resultados del ejercicio, en términos de su difusión y de la influencia que dichos resultados puedan tener en la toma de decisiones, por lo que los profesionales

integrados, teniendo las características anteriores, forman parte de instituciones y organismos que desde distintas perspectivas de la gestión, están tomando decisiones respecto de servicios de salud mental públicos.

De esta manera los miembros del panel forman parte de:

- Ministerio de Salud: representantes del Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública y representantes de la gestión del programa de salud mental de la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Asesores internacionales OPS/OMS de salud mental para Chile, en coordinación con el Ministerio de Salud.
- Servicios de Salud de la Región Metropolitana: encargados/as del programa de Salud Mental de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana.
- Directores de Centros de Salud Mental Comunitario.
- Superintendencia de Salud, Intendencia de Prestadores.
- Fondo Nacional de Salud (FONASA), Subdepto. de Comercialización.
- Consejo Nacional de Control de Estupefacientes, CONACE
- Expertos docentes e investigadores de Universidades.

IV.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La técnica Delphi considera la construcción de cuestionarios para cada una de las rondas definidas. La evaluación de los cuestionarios se realiza de modo tal, que

sus resultados puedan incorporarse como información, adicional a las preguntas de los cuestionarios siguientes (feedback). Esto les permite a los participantes del ejercicio Delphi poder revisar sus planteamientos, a la luz de la nueva información que se les está entregando.

Para la primera ronda se definió un cuestionario con una ***pregunta abierta*** “*¿Cuáles son los principales criterios/indicadores que el gestor debe considerar en la evaluación de la gestión de las unidades de atención de salud mental ambulatoria?*”, y un listado con trece dimensiones de la gestión que habitualmente se sugieren en la literatura especializada, en base a la revisión bibliográfica incluida en el marco teórico de este informe, así como los documentos normativos de programación del Ministerio de Salud, con el objeto de considerar de la manera más amplia posible los diversos ámbitos de la gestión actual de servicios de atención en salud. Se solicitó al panel de expertos que propusieran un máximo de cinco criterios o indicadores de evaluación de la gestión para cada una de esas dimensiones. Además se dejó abierta la posibilidad de hacer comentarios y sugerencias pertinentes tanto para las dimensiones como para los indicadores (Anexo n° 1).

A partir de las respuestas y comentarios de los panelistas, se construyó un segundo cuestionario de priorización, que en la literatura se conoce como cuestionario con ***pregunta de ranking***⁷⁰, con quince dimensiones de la gestión y sus respectivos criterios para la evaluación, con el objeto de priorizar indicadores.

En este caso se les solicitó a los panelistas que escogieran cinco indicadores en orden de importancia, por cada dimensión (Anexo n° 2).

Para la tercera ronda se entregó la retroalimentación de la priorización y se les invitó a volver a jerarquizar a la luz de los resultados, nuevamente a través de un cuestionario de pregunta de ranking. En este cuestionario se solicitó jerarquizar a cada uno de los 60 indicadores presentados distribuidos en las 15 dimensiones, en una escala de 5 a 1, por orden de importancia decreciente (Anexo n° 3).

El envío de estos tres cuestionarios, así como la obtención de las respuestas y observaciones por parte de los miembros del panel fue a través de correo electrónico.

IV.6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

La opinión del grupo es definida al término de cada ronda, a través de la agregación de opiniones individuales⁷⁰.

Para la primera ronda las respuestas fueron sistematizadas mediante un análisis cualitativo simple por parte de la investigadora, orientado a crear categorías de indicadores, evitando repetición y duplicidad de las respuestas, lo podía ser aceptado o reparado por el panel en las rondas siguientes.

Para las rondas segunda y tercera se recurrió a la estadística descriptiva univariada en el marco de la priorización y validación por método Delphi^{70,71,72}.

En la segunda ronda, se utilizó la distribución de las frecuencias relativas (porcentaje) como criterio de corte, definiendo consenso cuando al menos el 50% del total de votos se concentraron en el indicador, de acuerdo a lo sugerido en el caso de las preguntas de ranking del delphi⁷⁰. Para el caso de las dimensiones de Provisión de Servicios, Recursos Humanos y Sistema de Información, esto significaba seleccionar sólo uno o dos indicadores dado la gran cantidad de respuestas en esas dimensiones y la mayor dispersión de los votos, por lo que se decidió hacer menos exigente el criterio sólo en esos casos, con un 40% de la votación. Esto es posible cuando el número de respuestas es considerado extremadamente elevado y lo que se busca es simplemente acotar el número de éstas, con algún criterio de selección que aunque arbitrario, es racional y explícito⁷⁰.

En la tercera ronda, a la distribución de las frecuencias relativas, se agregaron medidas de posición (media, moda y mediana) y de dispersión (desviación estándar) para definir el nivel de consenso y jerarquización de las respuestas.

Un consenso perfecto implicaría que el 100% de los panelistas presentaran el mismo perfil de votación. En este caso se definieron tres niveles de consenso para seleccionar el conjunto final de indicadores: consenso muy alto, alto y moderado, de acuerdo al Cuadro N° 2.

Cuadro N° 2: Definición de puntos de corte según nivel de consenso.

Consenso	Definición
Muy alto nivel de consenso	Igual o superior al 90% de los votos concentrados en puntajes 5 y 4. Desviación estándar menor a 1. Moda igual a 5 Mediana igual o superior a 4.
Alto nivel de consenso	Menor a 90% de los votos hasta igual o superior al 75% concentrados en puntajes 5 y 4. Desviación estándar menor a 1. Moda igual o superior a 4. Mediana igual o superior a 4.
Moderado nivel de consenso	Igual o superior al 75% de los votos concentrados en puntajes 5 y 4. Desviación estándar entre 1 y 2. Moda igual o superior a 4. Mediana igual o superior a 4.

IV.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El consentimiento se obtuvo al aceptar cada panelista ser parte del panel, una vez que se le explicaron en detalle los objetivos y alcances del estudio. Una de las características de la técnica Delphi es su garantía de anonimato, es decir, la opinión de los miembros del panel es obtenida a través de cuestionarios sin interactuar entre ellos. Se garantizó por escrito a los panelistas, sus respuestas individuales, privadas y anónimas.

V. RESULTADOS

El estudio en base a la técnica Delphi se desarrolló en tres rondas, entre los meses de julio y octubre de 2007, las que permitieron proponer y priorizar un conjunto de indicadores para la evaluación de la gestión de las unidades de atención de salud mental ambulatorias especializadas en Chile, siendo validadas por consenso a través de juicio de expertos.

Este conjunto de indicadores, se definieron como *criterios* de evaluación dado que se refieren a elementos de la estructura, proceso y resultado, que nos permiten hacer un juicio sobre la bondad de la gestión de dichas unidades de atención. No fueron definidos como *estándares*, dado que no contemplan declaraciones cuantitativas más específicas que permitan especificar la magnitud o la frecuencia ideales de dichos indicadores.

El resultado de cada una de las rondas se expone a continuación.

V.1. PRIMERA RONDA DELPHI.

En la primera ronda respondieron 33, de los 35 expertos que accedieron a la invitación (94,3%). El objeto de esta ronda fue obtener, desde las perspectivas individuales de los panelistas, los criterios recomendables de evaluar en el ámbito de la gestión, en el caso de las unidades de atención de salud mental ambulatorias especializadas.

Se recogieron 1.139 respuestas. Si bien, se solicitó un máximo de cinco indicadores por cada una de las 13 dimensiones de la gestión inicialmente propuestas, seis panelistas (18%) propusieron más de los solicitados en las dimensiones de Modelo de Atención, Recursos Humanos y Provisión de Servicios. Además, otros cuatro (12%) solicitaron separar la dimensión de Satisfacción Usuaría y Participación Social en dos.

En la dimensión de Provisión de Servicios, hubo respuestas orientadas a evaluar aspectos de la gestión de los servicios, en cambio otras se refirieron a prestaciones o servicios específicos. Con tal distinción, se propuso la dimensión de “Cartera de servicios” propiamente tal.

Desde la perspectiva de las dimensiones, entonces, se decidieron un total de 15 a partir de esta primera ronda (Cuadro N° 3), cuya descripción se conceptualizó preferentemente en el marco de las definiciones de las orientaciones programáticas del Ministerio de Salud y orientaciones metodológicas de los compromisos de gestión de los Servicios de Salud, por ser los escenarios naturales de las unidades de atención de salud mental de la red asistencial pública^{17, 18, 57}:

Cuadro N° 3: Definición conceptual de las dimensiones de la gestión consideradas en el estudio.

Provisión de Servicios: Se refiere a las características y atributos del modo en la unidad de atención entrega sus productos, relevando los aspectos del acceso y oportunidad de la atención.

Cartera de Servicios: Corresponde a los servicios que la unidad provee a sus usuarios finales, los cuales provienen de su cadena o procesos de producción. La cartera de servicios identifica los productos de la unidad de acuerdo al modelo de atención adoptado y definido para dar respuesta a la demanda de los usuarios. En términos simples es lo que la unidad hace.

Modelo de Atención: Se refiere a la descripción global e integrada de la organización de las acciones propiamente sanitarias, con énfasis en los procesos que las ofertan y producen, de manera eficiente y eficaz. Estas acciones deben responder y satisfacer los requerimientos y demandas asistenciales de la comunidad, así como de aquellas acciones priorizadas por las políticas públicas de salud. En términos simples son los procesos asistenciales de la unidad.

Recursos Humanos: Se refiere a la disponibilidad de profesionales, técnicos y personal de apoyo administrativo responsables de las actividades de la unidad de atención, en cantidad y calidad suficientes, así como de las condiciones laborales en las que se desempeñan.

Sistema de Información: Se refiere a la forma en que la unidad de atención genera conjuntos de datos, información y conocimiento acerca de su propio quehacer, requeridos para su control, retroalimentación e intercambio, con el objeto de tomar las mejores decisiones en el ámbito de la atención y gestión.

Integración a la Red Asistencial: Se refiere a los procesos sistemáticos que permiten a la unidad de atención un ordenamiento con el conjunto de establecimientos de salud de la red asistencial local, operando coordinadamente, mediante vínculos institucionales o contractuales y por lo tanto con mutua interdependencia y complementariedad en sus respuestas a las necesidades de salud de la población.

Satisfacción Usuaría: Se refiere al grado en que los usuarios y familiares de la unidad de atención valoran positiva o negativamente el servicio ofrecido, y los mecanismos de la unidad para conocer esa valoración.

Participación Social: Se refiere al desarrollo de estrategias que permiten incorporar la opinión de los usuarios y la comunidad local en la gestión de la unidad de atención, con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud mental a las necesidades de la población.

Derechos y Deberes del Usuario: Se refiere al contexto legislativo y normativo de las prácticas de la unidad de atención, necesario para proteger los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental, como sector vulnerable de la sociedad, resguardando principios de igualdad, no discriminación, respeto de la privacidad, la autonomía individual, de información y participación.

Financiamiento: Se refiere a la disponibilidad de recursos financieros por parte de la unidad de atención para su correcta operación, incluyendo aspectos como sistema de asignación, disciplina entre ingresos y gastos, responsabilidad social y transparencia en el uso de esos recursos.

Planificación y Programación: Se refiere al uso de una herramienta de gestión que, en función de un diagnóstico, permite anticipar y predecir en forma sistemática la futura actividad y resolutivez de la unidad de atención en el marco de los recursos disponibles, y con el fin de asegurar el mejor estado de salud de la población a cargo.

Gestión Clínica: Se refiere a la codirección de la unidad de atención por parte de los clínicos, potenciando la gestión por procesos clínicos del usuario como centro de la actividad asistencial, persiguiendo eficiencia y calidad de las prestaciones sanitarias propiamente tales.

Evaluación y Control: Se refiere a la implementación de procedimientos que den garantía de cumplimiento de planes, programas y metas definidas, así como de conformidad a las normativas administrativas y asistenciales vigentes, minimizando el riesgo para el usuario, protegiendo los recursos asignados y velando por la transparencia de la gestión.

Intersectorialidad: Se refiere a la articulación y complementariedad de esfuerzos entre la unidad de atención y otras organizaciones e instituciones que desarrollan acciones que impactan directa o indirectamente la salud de las personas a nivel local.

Investigación y Docencia: Se refiere al desarrollo de la actividad de formación académica de recursos profesionales en salud mental comunitaria, así como de investigaciones científicas que contribuyan al desarrollo de la unidad de atención.

Fuentes: MINSAL (2006) Orientaciones para la Programación en Red 2007; MINSAL (2007) Orientaciones para la Programación en Red 2008; MINSAL (2007) Compromisos de Gestión 2007, Orientaciones Técnicas Metodología de Evaluación, con adaptación a la materia en estudio por parte de la investigadora.

Se presentaron 15 respuestas (1,3%) no clasificadas en ninguna de las dimensiones iniciales, dejando la libertad al investigador su clasificación. Estas tuvieron relación con información respecto de variables sociodemográficas de los usuarios, relevando la necesidad de incorporar el conocimiento de los determinantes sociales en la población objetivo de la unidad de atención, lo que fue integrado en la dimensión de Modelo de Atención, dado que también fue sugerido ese tema en dicha dimensión. Otras de estas respuestas fueron del tipo tasa de suicidio y mortalidad de la población, lo que también fue integrado a la dimensión de Modelo de Atención, dado que son considerados resultados finales o de impacto, del modelo.

Luego, el análisis se centró en integrar las respuestas similares evitando la repetición de conceptos en relación a los indicadores, concluyendo en 275 criterios distribuidos en las quince dimensiones, lo que fue sometido al panel en la segunda ronda.

De los indicadores propuestos, la “Cartera de servicios” contempló 17 productos o servicios específicos. El resto de los 258 indicadores, en un 10% son de estructura, en un 62% de proceso, en un 24% de resultados intermedios y en un 3% de resultados finales (Tabla N° 2). Como ya se ha señalado, en ninguno de ellos se ha considerado un estándar, dado que no es objeto de este estudio, por lo que se excluyeron propuestas de estándar sugeridas, aunque sí se conservó el criterio.

Esta clasificación de los indicadores se realizó de acuerdo a las definiciones entregadas por la literatura especializada, mencionada en el marco teórico del presente documento, es decir, estructura, proceso y resultado.

Tabla N° 2: Número de indicadores de evaluación de la gestión de unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada propuesto en la primera ronda Delphi, distribuido según ámbito que evalúan.

DIMENSIÓN	TIPO DE INDICADOR				TOTAL
	Estructura	Proceso	Resultado intermedio	Resultado final	
Provisión de Servicios	4	12	11	0	27
Modelo de Atención	1	24	12	4	41
Recursos Humanos	5	16	4	0	25
Sistema información	8	9	7	0	24
Integración a la Red Asistencial	0	14	0	0	14
Satisfacción Usuaría	0	4	3	1	8
Participación Social	1	12	2	0	15
Derechos y Deberes	0	13	3	0	16
Financiamiento	4	9	8	0	21
Planificación y Programación	1	9	1	0	11
Gestión Clínica	1	17	1	0	19
Evaluación y Control	1	10	3	0	14
Intersectorialidad	0	4	1	3	8
Investigación y Docencia	1	8	6	0	15
TOTAL	27	161	62	8	258
Porcentaje	10%	62%	24%	3%	100%

En el caso de la *Provisión de Servicios*, más de la mitad de los indicadores propuestos (52%) están referidos a evaluar el acceso, el resto de ellos se orientaron a evaluar oportunidad de la atención y resolutivez de la misma.

Para el *Modelo de Atención*, las propuestas se orientaron a evaluar cobertura por tipo de actividad, organización del flujo de pacientes con el nivel primario de atención y con el conjunto de la red, además de evaluar la diversidad, intensidad y

frecuencia de los servicios ofrecidos, así como el grado de participación del usuario y la familia en la definición de los planes terapéuticos.

Respecto de los *Recursos Humanos*, el énfasis estuvo en evaluar lo interdisciplinario del equipo de atención, la disponibilidad en cantidad y calidad suficiente de cada uno de sus miembros, además de aspectos como desarrollo profesional y ambiente laboral.

En relación al *Sistema de Información*, los indicadores enfatizaron la estandarización de los datos y el flujo de éstos, así como en la disponibilidad de los recursos para desarrollar y utilizar sistemas de información, incluyendo la automatización.

En el caso de la *Satisfacción Usuaría*, los indicadores se orientaron a incorporar su medición y consideración efectiva en la gestión.

Respecto de la *Participación Social*, las propuestas apuntaron a evaluar el desarrollo de la organización social en torno a la unidad de atención y asegurar su grado de influencia efectiva en la gestión.

En el caso de los *Derechos y Deberes del Usuario*, sólo se plantearon propuestas en el ámbito de los derechos, las que se orientan a evaluar el grado de conocimiento y difusión de los derechos de las personas con enfermedad mental, así como el resguardo de éstos al interior de la unidad de atención.

En la dimensión del *Financiamiento*, los indicadores apuntaron a evaluar el conocimiento de las fuentes y mecanismos de financiamiento, así como el grado en qué estos garantizan el funcionamiento de la unidad de atención, la distribución de gastos en algunos aspectos (psicofármacos, psiquiatras, actividades comunitarias), así como la vinculación del financiamiento a la producción.

Respecto de la *Planificación y Programación*, las propuestas se orientaron al desarrollo de una planificación estratégica y de una programación anual de metas y actividades, así como del grado de participación en el proceso de elaboración de ellas.

En relación a la *Gestión Clínica*, los indicadores apuntaron a evaluar el grado de conocimiento y utilización de protocolos, guías clínicas y procedimientos estandarizados, así como la gestión de los cuidados ambulatorios y de la continuidad de cuidados, mencionando también la evaluación de la gestión de la calidad asistencial y riesgos del usuario.

En el caso de la *Evaluación y Control*, las propuestas se orientaron a evaluar el grado de cumplimiento de la planificación y metas establecidas, control en el uso de los recursos y la posibilidad de evaluación externa.

Respecto de la *Intersectorialidad*, los indicadores se enfocaron a evaluar el grado de coordinación con el intersector, así como la integración social efectiva de los usuarios de la unidad de atención.

En el ámbito de la *Investigación y Docencia*, las propuestas apuntaron a evaluar el grado de reconocimiento de la unidad de atención como centro de formación, así como el desarrollo y difusión de investigación atinente al desarrollo del modelo de salud mental comunitaria.

Se construyó el segundo instrumento (Anexo nº 2), con el conjunto de 275 indicadores distribuidos en 15 dimensiones. En el caso de éstas últimas, a petición del panel, se agregó la definición utilizada para cada una. De esta manera se dio paso a la segunda ronda.

V.2. SEGUNDA RONDA DELPHI.

Para la segunda ronda respondieron 32 de los 35 panelistas que aceptaron la invitación al estudio (91,4%). El objeto de esta ronda fue iniciar la priorización, solicitando a los expertos que jerarquizaran los cinco indicadores más relevantes para cada una de las quince dimensiones de la gestión propuestos. Esto significó que cada participante escogiera un máximo de 95 indicadores, de un total de 275.

No se expresaron observaciones a las quince dimensiones, las que fueron aceptadas por los panelistas. Algunos panelistas hicieron la observación acerca de

la duplicidad de algunos indicadores o aspectos del indicador, en más de una dimensión. Este fue el caso, por ejemplo, del consentimiento informado o de la cuenta pública, que fueron sugeridos en más de una dimensión. Se decidió dejarlos tal cual, dado que fueron propuestos así, dejando a votación de los expertos la definición del lugar o lugares en que el indicador será preferentemente ubicado.

En esta ronda fueron seleccionados un total de 60 indicadores, de los cuales 5 corresponden a productos de la Cartera de Servicios. Del resto de 55 indicadores, el 84% correspondieron al ámbito de los procesos y el 11% a resultados intermedios (Tabla N° 3). Como se señaló en el capítulo de métodos de la presente tesis, el punto de corte fue de tener al menos el 50% de los votos, con excepción de las dimensiones de Provisión de Servicios, Recursos Humanos y Sistema de Información que debido a su mayor dispersión el criterio fue menos exigente, de un 40% ⁶⁹.

Se obtuvieron doce indicadores que no fueron priorizados por ninguno de los panelistas, de los cuales la mayoría (siete) corresponden al modelo de atención. De estos, no fue seleccionado lo relativo a la disponibilidad de infraestructura adecuada para el funcionamiento de la unidad de atención.

En el caso de la cartera de servicios ningún panelista seleccionó la Psicometría. En relación a la gestión del recurso humano nadie seleccionó el requisito de ingreso a la unidad de atención por concurso público.

Tabla N° 3: Número de indicadores de evaluación de la gestión de unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada propuesto en la segunda ronda Delphi, distribuido según ámbito que evalúan.

DIMENSIÓN	TIPO DE INDICADOR				TOTAL
	Estructura	Proceso	Resultado intermedio	Resultado final	
Provisión de Servicios	0	3	0	0	3
Modelo de Atención	0	2	0	0	2
Recursos Humanos	1	1	1	0	3
Sistema información	1	4	0	0	5
Integración a la Red Asistencial	0	4	0	0	4
Satisfacción Usuaría	0	3	2	0	5
Participación Social	0	3	0	0	3
Derechos y Deberes	0	4	0	0	4
Financiamiento	0	2	1	0	3
Planificación y Programación	0	5	0	0	5
Gestión Clínica	0	3	0	0	3
Evaluación y Control	0	5	0	0	5
Intersectorialidad	0	4	1	1	6
Investigación y Docencia	0	3	1	0	4
TOTAL	2	46	6	1	55
Porcentaje	4%	84%	11%	2%	100%

Se realizaron comentarios relativos a indicadores de población bajo control y cobertura, que quedaron bajo el punto de corte establecido, habiéndose generado el desacuerdo en relación al numerador de dicho indicador (por población beneficiaria, por población inscrita en centros de APS, por habitantes), aún con este disenso la mayor parte optaría por evaluar población inscrita en APS bajo control en la unidad de atención especializada.

Se construyó el tercer cuestionario (Anexo n° 3), considerando las 15 dimensiones ya planteadas, y los 60 indicadores seleccionados, solicitándole al panel que

jerarquizará cada uno de los indicadores propuestos independientemente de la dimensión en la que se ubicaran. A continuación se dio curso a la tercera ronda de consulta.

V.3. TERCERA RONDA DELPHI.

Para la tercera ronda respondieron 31 de los 35 panelistas que aceptaron la invitación al estudio (89%). En esta ronda se solicitó a los expertos que jerarquizaran cada uno de los 60 indicadores obtenidos en la segunda ronda, calificándoles en una escala de 5 a 1 por orden decreciente de importancia, independientemente de la dimensión en donde estuviesen ubicados los indicadores.

Al aplicar el punto de corte definido según los niveles de consenso muy alto, alto y moderado (Tabla N° 4), se seleccionaron un total de 18 indicadores, de los cuales 2 corresponden a productos de la cartera de servicios, los que obtuvieron un muy alto y alto consenso respectivamente. En rigor entonces, se concluye con 16 indicadores de evaluación de la gestión consensuados por el panel de expertos, de los cuales 4 obtuvieron una votación del panel de sobre el 90%. Otros nueve indicadores tuvieron un alto nivel de consenso con más del 75% de las preferencias de los expertos. Se definieron tres indicadores con un nivel de consenso moderado debido a que, aún cuando tuvieron una votación superior al 75% de los panelistas, la desviación estándar fue mayor a uno, por lo el grupo igual presentó mayor dispersión en sus respuestas.

Tabla N° 4: Número total de indicadores y criterios para establecer puntos de corte por nivel de consenso definido.

Consenso	Definición	Número de indicadores seleccionados
Muy alto nivel de consenso	Igual o superior al 90% de los votos concentrados en puntajes 5 y 4. Desviación estándar menor a 1. Moda igual a 5 Mediana igual o superior a 4.	5*
Alto nivel de consenso	Menor a 90% de los votos hasta igual o superior al 75%, concentrados en puntajes 5 y 4. Desviación estándar menor a 1. Moda igual o superior a 4. Mediana igual o superior a 4.	10*
Moderado nivel de consenso	Igual o superior al 75% de los votos concentrados en puntajes 5 y 4. Desviación estándar entre 1 y 2. Moda igual o superior a 4. Mediana igual o superior a 4.	3
Bajo el punto de consenso definido	Bajo el 75% de los votos concentrados en puntajes 5 y 4.	42

*Incluye un producto de la cartera de servicios.

En las dimensiones de *Modelo de atención*, *Planificación y programación*, y *Gestión clínica*, se seleccionaron dos indicadores en cada una; en el resto fue incorporado un indicador por dimensión con excepción de la dimensión de *Intersectorialidad*, que no quedó representada a partir del punto de corte definido (Tabla N° 5). En esta última dimensión, el mayor consenso lo presentó el indicador referido al número y tipo de redes y mesas de trabajo intersectoriales en las que participa la unidad de atención, el que obtuvo un 74% de votos (suma de calificaciones 5 y 4), con una media de 3,86 y una desviación estándar de 1,22, quedando así excluido del conjunto de indicadores finales. El detalle del análisis estadístico descriptivo para cada indicador es posible de observar en el anexo n° 4.

Tabla N° 5: Número de indicadores por dimensión seleccionados por el panel de expertos en cada ronda Delphi

Dimensión	N° de indicadores (criterios)			
	Primera ronda		Segunda ronda	Tercera ronda
	Total respuestas	Indicadores sistematizados		
Provisión de Servicios	112	28	3	1
Cartera de Servicios		17	5	2
Modelo de Atención	108	48	2	2
Recursos Humanos	109	27	3	1
Sistema de Información	83	35	5	1
Integración a la Red Asistencial	84	15	4	1
Satisfacción Usuaría	90	8	5	1
Participación Social		16	3	1
Derechos y Deberes	73	17	4	1
Financiamiento	78	22	3	1
Planificación y Programación	71	12	5	2
Gestión Clínica	101	20	3	2
Evaluación y Control	85	15	5	1
Intersectorialidad	64	9	6	0
Investigación y Docencia	65	15	4	1
Otros	15	0	0	0
Total	1.139	275	60	18

La descripción del conjunto de indicadores seleccionados se realiza en la siguiente sección.

V.4. CONJUNTO DE INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA AMBULATORIA ESPECIALIZADA VALIDADOS MEDIANTE MÉTODO DELPHI.

Los indicadores de evaluación de la gestión que obtuvieron mayor consenso por parte del panel (votación sobre el 90% como primera o segunda prioridad) dicen relación con el modelo de atención, específicamente se propone evaluar que la

unidad tenga a cargo la población de un territorio asignado, y que ese territorio sea conocido desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud mental; además, se propone evaluar el derecho del usuario a ser informado de los tratamientos y procedimientos propuestos de manera de otorgar el consentimiento informado para usarlos; y desde la perspectiva del sistema de información, de contar con una ficha clínica única que considere los datos clínicos y sociodemográficos necesarios para responder a las necesidades e intereses del usuario.

La Tabla N° 6 muestra los 16 indicadores que comprenden el producto final priorizado por los expertos en la tercera ronda Delphi.

Tabla Nº 6: Indicadores de evaluación de la gestión de los centros de atención de salud mental y psiquiatría ambulatoria especializada validados por consenso de expertos mediante método Delphi

Dimensión	Indicador	Muy alto nivel de consenso				
		% votos puntajes 5 y 4	Media	Mo	Md	DS
Modelo de atención	La unidad de atención se hace cargo de los problemas de salud mental de una población asignada territorialmente	94%	4,76	5	5	0,5851
Derechos y deberes del usuario	Los pacientes y/o sus familiares son informados sobre las características de los tratamientos y procedimientos y dan su consentimiento informado para usarlos	94%	4,59	5	5	0,7173
Sistema información	Existe ficha clínica única con conjunto mínimo de datos sociodemográficos y clínicos específicos de salud mental estandarizados y definidos en función de las necesidades e intereses de los usuarios	90%	4,65	5	5	0,6331
Modelo de atención	Existe un diagnóstico territorial que caracterice los determinantes sociales de salud mental de su población asignada: estructura demográfica por edad y sexo; nivel de escolaridad; nivel de ingresos; desocupación laboral; proporción de jefas de hogar; entre otros, en comparación con la media de la red asistencial y nacional.	90%	4,41	5	4	0,6168
Dimensión	Indicador	Alto nivel de consenso				
Planificación y programación	Existe una programación anual de actividades con indicadores para su evaluación	87%	4,64	5	5,00	0,9315
Recursos Humanos	El equipo multidisciplinario está constituido por Médico psiquiatra adultos e infantil, Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Técnico en Rehabilitación, además del personal administrativo y de apoyo	87%	4,30	5	5,00	0,9972
Docencia e investigación	La unidad de atención es reconocida como campo clínico o centro de práctica profesional a nivel de pre y post grado en salud mental comunitaria, por centros de formación universitaria y técnica	84%	4,50	5	5,00	0,9886
Participación social	Se desarrolla la Planificación y Evaluación Participativa (comunidad organizada) en el marco de la planificación anual de actividades	81%	4,64	5	5,00	0,7714
Planificación y programación	Planificación estratégica de la unidad de atención es desarrollada con participación activa del equipo y representantes de los usuarios y familiares	81%	3,95	4	4,00	0,8779
Provisión de servicios	Diversidad de servicios contempla atención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.	77%	4,35	5	5,00	0,7426
Gestión clínica	Existe un procedimiento para la categorización de los usuarios bajo control por nivel de complejidad o severidad de su condición	77%	4,18	5	4,00	0,8861
Gestión clínica	Existe de monitoreo del cumplimiento de guías, protocolos y procedimientos clínicos	77%	4,27	5	4,00	0,7497
Evaluación y control	Grado de cumplimiento de metas de producción programadas	77%	4,18	4	4,00	0,7158
Dimensión	Indicador	Moderado nivel de consenso				
Financiamiento	Mecanismo de financiamiento garantiza la continuidad, oportunidad y calidad de los Programas	90%	4,45	5	5	1,2695
Integración a la red asistencial	La unidad de atención participa de la elaboración de protocolos de referencia y contrareferencia en conjunto con los centros de atención primaria y unidades de hospitalización psiquiátrica diurna y cerrada, de su red asistencial.	77%	4,29	5	5	1,0198
Satisfacción del usuario	Se implementa sistema de información, reclamos, felicitaciones y sugerencias, de acceso libre y expedito al público usuario	77%	4,32	5	5	1,1032

De los indicadores definidos con un alto nivel de consenso, en lo referido a la planificación, se priorizó el contar con una programación anual de actividades y de contar al mismo tiempo con una planificación estratégica participativa por parte del equipo y los usuarios. Esto tiene relación con el indicador de participación social, que considera que la unidad cuente con planificación y evaluación de actividades de forma participativa con la comunidad, y con la evaluación y control, en la que se optó por evaluar el grado de cumplimiento de las metas de producción programadas.

En el ámbito de los recursos humanos se priorizó el contar con un equipo multidisciplinario integrado por médicos psiquiatras adulto e infantil, el equipo psicosocial profesional y técnico, además del apoyo administrativo. En el ámbito de la docencia, se seleccionó el reconocimiento de la unidad como campo de formación profesional de pre y post grado por parte de centros de formación universitaria y técnica.

En relación a la provisión de servicios, el mayor consenso se produjo en el criterio de otorgar diversidad de servicio de atención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario. Como se señaló en forma previa, se priorizaron dos productos de la cartera de servicios, por un lado el diagnóstico y plan de tratamiento integrales, y por otro, la consultoría de salud mental para la atención primaria (Tabla N° 7). Estos indicadores, como se explicó, no están incluidos en los 16 finales.

Tabla N° 7: Resultado de la Jerarquización de la cartera de servicios

Productos	Muy alto nivel de consenso				
	Porcentaje de votos en puntajes 5 y 4	Media	Mo	Md	DS
Diagnóstico y plan de tratamiento integral de salud mental	96%	4,81	5	5	0,7370
Consultoría de salud mental especializada para atención primaria	81%	3,97	4	4	0,7822

Desde la perspectiva de la gestión clínica, se releva evaluar la existencia de un procedimiento de categorización de los usuarios por nivel de complejidad o severidad de su condición, en conjunto con la existencia de monitoreo del cumplimiento de guías, protocolos y procedimientos clínicos establecidos.

Con un nivel de consenso moderado, en el área de financiamiento, dado su mayor nivel de dispersión (desviación estándar mayor a 1, aunque menor que 2) aún cuando su alto grado de votación (sobre el 75%, con media superior a 4, moda y mediana igual a 5), se seleccionó el contar con un mecanismo de financiamiento que garantiza la continuidad, oportunidad y calidad de los programas de la unidad de atención. En la esfera de la integración a la red asistencial, se optó por evaluar que la unidad participe de la elaboración de protocolos de referencia y contrarreferencia con el conjunto de su red asistencial de salud mental. Por último en el ámbito de la satisfacción del usuario, se priorizó evaluar que la unidad cuente con sistema de información, reclamos, felicitaciones y sugerencias expedito al público.

De los indicadores seleccionados, el 75% corresponden a procesos (Tabla N° 8).

El resto se divide en indicadores de estructura y resultados intermedios. No se consideraron indicadores de resultado final o impacto.

Tabla N° 8: Indicadores de evaluación de la gestión de unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada propuesto en la tercera ronda Delphi, distribuido según ámbito que evalúan.

Dimensión	Indicador	Tipo de indicador
Modelo de atención	La unidad de atención se hace cargo de los problemas de salud mental de una población asignada territorialmente	Proceso
Derechos y deberes del usuario	Los pacientes y/o sus familiares son informados sobre las características de los tratamientos y procedimientos y dan su consentimiento informado para usarlos	Proceso
Sistema información	Existe ficha clínica única con conjunto mínimo de datos sociodemográficos y clínicos específicos de salud mental estandarizados y definidos en función de las necesidades e intereses de los usuarios	Estructura
Modelo de atención	Existe un diagnóstico territorial que caracterice los determinantes sociales de salud mental de su población asignada: estructura demográfica por edad y sexo; nivel de escolaridad; nivel de ingresos; desocupación laboral; proporción de jefas de hogar; entre otros, en comparación con la media de la red asistencial y nacional.	Proceso
Planificación y programación	Existe una programación anual de actividades con indicadores para su evaluación	Proceso
Recursos Humanos	El equipo multidisciplinario está constituido por Médico psiquiatra adultos e infantil, Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Técnico en Rehabilitación, además del personal administrativo y de apoyo	Estructura
Docencia e investigación	La unidad de atención es reconocida como campo clínico o centro de práctica profesional a nivel de pre y post grado en salud mental comunitaria, por centros de formación universitaria y técnica	Resultado intermedio
Participación social	Se desarrolla la Planificación y Evaluación Participativa (comunidad organizada) en el marco de la planificación anual de actividades	Proceso
Planificación y programación	Planificación estratégica de la unidad de atención es desarrollada con participación activa del equipo y representantes de los usuarios y familiares	Proceso
Provisión de servicios	Diversidad de servicios contempla atención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.	Proceso
Gestión clínica	Existe un procedimiento para la categorización de los usuarios bajo control por nivel de complejidad o severidad de su condición	Proceso
Gestión clínica	Existe de monitoreo del cumplimiento de guías, protocolos y procedimientos clínicos	Proceso
Evaluación y control	Grado de cumplimiento de metas de producción programadas	Proceso
Financiamiento	Mecanismo de financiamiento garantiza la continuidad, oportunidad y calidad de los Programas	Resultado intermedio
Integración a la red asistencial	La unidad de atención participa de la elaboración de protocolos de referencia y contrareferencia en conjunto con los centros de atención primaria y unidades de hospitalización psiquiátrica diurna y cerrada, de su red asistencial.	Proceso
Satisfacción del usuario	Se implementa sistema de información, reclamos, felicitaciones y sugerencias, de acceso libre y expedito al público usuario	Proceso

VI. DISCUSIÓN

Como una forma de recoger y relevar los aspectos de proceso asociados al desarrollo de la metodología Delphi, así como el resultado final del estudio, el presente capítulo de la tesis, se organiza en dos partes, a saber: *Evolución de las propuestas en las sucesivas rondas* e *Indicadores seleccionados*.

VI.1. EVOLUCIÓN DE LAS PROPUESTAS EN LAS SUCESIVAS RONDAS.

- ***Aspectos generales del proceso.***

El alto grado de participación y permanencia en el panel por parte de sus integrantes, además del gran número de propuestas que hicieron, permitió caracterizar los aspectos globales de la información requerida para evaluar la gestión de unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada, demostrando el grado de interés existente en avanzar en los procesos de evaluación en éste ámbito.

De los resultados obtenidos, emergieron opiniones que permitieron concordar en primer lugar en un conjunto de dimensiones de la gestión. Todas ellas se encuentran, actualmente en desarrollo en el sistema de salud en Chile, algunas de las cuales están aún insuficientemente integradas a la gestión de las redes de salud mental. Al incorporar estas dimensiones, se amplía la esfera de evaluación desde el modelo de atención entendido como la gestión de los procesos asistenciales puros, hacia aspectos como la gestión del recurso humano, de los

sistemas de información, de la satisfacción usuaria, de la gestión clínica, de la planificación, de la gestión de los recursos financieros y presupuestarios, que asumen gran importancia en el marco de la gestión hacia resultados, y que orientan hoy a la red asistencial de salud en su conjunto hacia una mayor eficiencia^{18,28,30,57}.

Al mismo tiempo, se destacan áreas tradicionalmente de gran relevancia en salud mental comunitaria, como la intersectorialidad, la participación social y los derechos del usuario. Esta esfera, que históricamente ha representado uno de los elementos gatillantes de la transformación de los servicios de atención de salud mental, forma parte de la esencia del modelo comunitario, que pone su acento no sólo en el alivio sintomático, sino que en el ejercicio ciudadano pleno por parte de las personas que son portadoras de una enfermedad mental^{10,11,12,13}.

En la dimensión de integración en la red asistencial, siendo ésta también un área de gran desarrollo de la salud mental comunitaria, predominaron las propuestas restringidas a la articulación con las redes asistenciales de salud mental, por sobre la articulación con la red de salud general. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría en marcha, es enfático en señalar que la red de servicios de salud mental y psiquiatría debe ser parte de la red de salud general, entendiendo que las personas con enfermedad mental requieren y deben contar con acceso expedito a todo el sistema sanitario¹⁶. El fenómeno del paralelismo de las redes de salud mental y el resto del sistema de atención en salud no es nuevo, y en parte se ha explicado por la marginación y estigma sobre el enfermo mental dentro del propio

sistema sanitario, además de la necesidad de la implementación de acciones de recuperación y rehabilitación, poco tradicionales para la medicina^{10,11}. Sin perjuicio de lo señalado, en mayor proporción los indicadores se centran en reflejar la vinculación con la atención primaria, a la que se sitúa como puerta de entrada y salida de la unidad ambulatoria especializada, concordante con lo definido para las redes de salud en Chile^{18,19}, con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría¹⁶, y la orientaciones internacionales en la materia^{1,12}.

En el área de la docencia e investigación, la Organización Mundial de la Salud reconoce la importancia de nutrir el conocimiento científico y las prácticas en salud mental y psiquiatría comunitaria a partir de la experiencia desarrollada en la práctica³⁰. El panel inicialmente propuso indicadores para ambos tipos de actividad, aunque en el proceso de priorización relevó la gestión de la actividad de docencia. En el caso de la investigación científica es más frecuente que esté vinculada a universidades, apoyados por organismos de cooperación internacional, los Ministerios de Salud o fondos concursables, dada la necesidad de asignar recursos a esta actividad, la que no está considerada dentro de los presupuestos en estas unidades de atención⁵⁹.

Además de estos aspectos generales, es posible abordar algunas observaciones específicas del proceso de priorización, antes de realizada la jerarquización final.

En virtud de las opiniones que se generaron en más de una ocasión, a veces contrapuestos frente a un mismo indicador o contrarios al grado de votación final

que ese indicador obtuvo, emerge la discusión respecto de cuatro aspectos en particular: *cartera de servicios, población objetivo, infraestructura y consentimiento informado*.

La primera de ellas dice relación con la cartera de servicios, la que se desprendió de la dimensión de *provisión de servicios*. La cartera de servicios es una herramienta solicitada hoy en Chile, a los prestadores hospitalarios y de atención primaria, aunque más enfáticamente a los primeros a través de compromisos de gestión^{18,57}. La propuesta del panel, inicialmente amplia, abarcó prácticamente todas las posibilidades de servicios posibles de ofrecer en un servicio ambulatorio. Sin embargo, en la medida en que se avanzó en la priorización, se seleccionaron servicios más complejos, compuestos a su vez de un grupo de actividades, como por ejemplo el case-manager o administración de caso, el diagnóstico integral o la consultoría, en desmedro de acciones aisladas como la consulta por psiquiatra, ésta última tradicionalmente utilizada como prestación trazadora en las evaluaciones de prestaciones de salud.

La situación descrita se observó en estudios delphi similares, habiéndose priorizado un “programa de atención para enfermos mentales crónicos”⁴⁶ y un “programa de habilidades para la vida diaria en psicosis”⁴⁷, similares a lo descrito en este estudio, en el sentido que apunta a la atención de las personas con problemas psiquiátricos más severos y que requieren una intervención permanente de un equipo multiprofesional, que se ocupa de gestionar la integración social plena del usuario^{5,10}. En este mismo sentido la literatura reporta

que dos tipos de intervención han sido muy frecuentemente desarrolladas por equipos comunitarios, el tratamiento asertivo comunitario y el servicio de intervención temprana en psicosis⁵⁵.

Esta orientación es consistente con nuevas tendencias a plantear la necesidad de desarrollar el concepto de “egreso ambulatorio”, en el sentido de un resultado final compuesto, quizá tipo *case-mix*, que no sólo permita tener un indicador para efectos del financiamiento de las unidades, sino que resguarde el acceso por parte del usuario a un conjunto de acciones multidisciplinarias desde la perspectiva de la calidad de la atención en salud mental, tal como el desarrollado por el sistema de información clínica denominado Inter-RAI^{60,61,62,63}, lo que se acompaña de una clasificación de la complejidad de los usuarios.

Una recomendación de los organismos internacionales competentes, es la de desarrollar productos integrales especializados de tratamiento y cuidado de personas con trastornos mentales severos en la comunidad a cargo de un equipo multidisciplinario^{1,31}. Sin perjuicio de lo anterior, las acciones como consulta psiquiátrica, psicoterapia, psicometría, intervención psicosocial, entre otras, siguen siendo las más frecuentemente usadas a la hora de evaluar prestaciones de salud mental^{23,34,39,65,67}. Han sido la base desde donde se han construido las canastas de prestaciones asociadas a diagnóstico desde el seguro público⁵⁹ y es la forma en que se orienta la programación de atención de salud mental de especialidad por parte del Ministerio de Salud¹⁸.

-
- ***Del debate acerca de cuál población objetivo considerar en los indicadores.***

El segundo aspecto en discusión, dice relación con la dificultad de los panelistas para coincidir en indicadores que tienen como referencia la población, a causa más bien de la definición de población. En estudios internacionales de evaluación de servicios de salud mental, habitualmente se ha utilizado a los habitantes como referencia, con el objeto de comparar entre diversas unidades territoriales, entre ellos el nivel país, incluido Chile^{23,34,39,40,42}. En una evaluación de oferta de servicios de salud mental y sus brechas realizada en 2005, en la Región Metropolitana de Santiago, las tasas por población se construyeron en base a población beneficiaria del seguro público (FONASA, Ley 18.469)²⁴ y no al total de la población.

En la evaluación de la programación de los establecimientos de atención primaria de dependencia municipal, los indicadores ministeriales están contruidos sobre la base de población beneficiaria inscrita en cada centro^{17,18}. Desde la perspectiva de evaluación de servicios, esto podría no pasar de ser sino un asunto metodológico, que se resuelve aclarando el nivel del sistema en que está situado el gestor, macro, meso o micro, a propósito del tipo de decisión que se quiere apoyar a través del indicador^{33,68}. Sin embargo, pareciera que la discusión en torno a la población, más tuviese que ver con la tensión entre las unidades de atención ambulatoria hospitalarias y comunitarias que, al tener diversa dependencia administrativa, tienen distinto criterio de asignación de población a

cargo, lo que se superpone en un mismo territorio, aún cuando desarrollan el mismo servicio especializado.

La situación mencionada ha sido descrita en la literatura, constatada como un debate entre quienes están a favor de proveer servicios de salud mental ambulatorios en hospitales y quienes abogan por esos servicios en la comunidad. La literatura sugiere que esta falsa dicotomía debe ser remplazada por una aproximación complementaria entre ambos tipos de establecimientos y cuyo desarrollo ha estado estrechamente relacionado con el desarrollo económico de los países. En la medida que el nivel de ingresos de los países aumenta, los servicios ambulatorios se diversifican hacia una mayor especialización en la comunidad y también a nivel hospitalario, complementándose en un mismo territorio⁵⁵.

La definición del Plan Nacional de Salud Mental explicita que la red de salud mental y psiquiatría tiene bajo su responsabilidad la atención de los beneficiarios del seguro público, las emergencias y las atenciones convenidas para los afiliados al sistema de seguros de salud privados, y a toda población en acciones de salud pública, pero agrega además que ésta se organiza sectorizadamente dependiendo de la disponibilidad de recursos, por unidades geográficas y se ordenan territorialmente de acuerdo a su complejidad¹⁶.

Para todo el sistema de salud la principal puerta de entrada al sistema debe ser la atención primaria^{17,18}. El Plan Nacional de Salud Mental explicita este criterio y lo

expresa a través de las guías clínicas y protocolos de atención de salud mental editadas^{2,5,6,8,22,65}.

En el estudio que reporta esta tesis se produjo un mayor consenso en considerar que la puerta de entrada es la atención primaria. En otras palabras, la población objetivo de la unidad ambulatoria es aquella inscrita en los centros de atención primaria. Esto plantea la necesidad que entre las unidades de atención ambulatoria de especialidad cuenten con un procedimiento de categorización de los usuarios por nivel de complejidad, junto con enfatizar la asignación territorial de la población, que son justamente los indicadores que finalmente fueron seleccionados.

- ***De los indicadores de infraestructura y la política de inversiones en salud mental.***

Llama la atención el bajo nivel de propuestas y luego de priorización de indicadores que evalúen la disponibilidad de la infraestructura adecuada para el funcionamiento de la unidad de atención, al mismo tiempo que se ha evidenciado la falta de una política de inversiones en particular en el desarrollo de los Centros de Salud Mental Comunitarios. Este hecho nos podría hacer pensar que este sería un tema priorizado por el panel, al contrario de lo que ocurrió. Tal como se mencionó en el punto 4 del capítulo 2, del presente informe, estos centros se siguen desarrollando en Chile, como evidencia la creación de 12 nuevos centros en menos de dos años, preferentemente a instancias de espacios municipales adaptados. Las unidades ubicadas en hospitales suelen seguir el lento proceso

propio de la construcción de un hospital, por lo que los tiempos para la instalación entre uno y otro no se comparan. Para las unidades en recintos hospitalarios rigen las normas sanitarias en materia de infraestructura, que rigen para el hospital en su conjunto. En el caso de los centros comunitarios no se han desarrollado normas ni criterios de evaluación sanitaria exigibles.

- ***De los tipos de consentimiento informado.***

El último de los cuatro aspectos, dice relación con la propuesta del consentimiento informado por parte del usuario, tanto en la dimensión de derechos y deberes, como en la de docencia e investigación. Esto fue observado en el panel en cuanto a que quizá esto no representa sino una duplicación del indicador. Sin embargo, se dejó al criterio de la votación, y ambos tuvieron un grado de selección importante y similar en la segunda ronda (65% y 60%). El consentimiento informado ha sido considerado un elemento fundamental si el objetivo es proveer servicios de salud mental en el marco del respeto de los derechos humanos¹, y al mismo tiempo se considera fundamental en el desarrollo de la investigación científica en un marco ético³² que orienta a los investigadores de salud mental no sólo insertos en las unidades de atención. Ambos énfasis se distinguen y reconocen en los resultados de la primera priorización del panel.

Apoyados en herramientas estadísticas descriptivas simples se priorizaron un total de 16 criterios para la evaluación de la gestión y dos productos de la cartera de servicios, para las unidades de atención de salud mental ambulatoria

especializada, los que se discuten desde la perspectiva de lo que evalúan y de su aplicabilidad. Estos aspectos se discuten en la siguiente sección.

VI.2. INDICADORES SELECCIONADOS.

En términos globales se observa que el conjunto de los indicadores seleccionados dan cuenta de los principales objetivos y metas definidas en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, fundamentalmente en cuanto a los aspectos de modelo de atención, derechos del usuario, financiamiento, planificación y programación, recursos humanos, provisión de servicios y prestaciones, integración a la red y satisfacción usuaria¹⁶. En el plan no se encuentran orientaciones específicas en el ámbito de la gestión clínica, aunque se sugiere el uso de protocolos basados en la mejor evidencia. Cabe recordar que los protocolos y guías clínicas vigentes en salud mental han sido desarrollados posterior al año 2000^{2,5,6,8,22,65}, año en que se formula el plan nacional, siendo el mismo plan quien potenció su desarrollo. La forma operativa de evaluación de los objetivos y metas planteadas es un aspecto que no está desarrollado en el plan.

En relación a las orientaciones para la programación en la red asistencial, por parte del Ministerio de Salud¹⁸, es posible encontrar alta coincidencia en el contenido de los indicadores y el marco contextual de dichas orientaciones. De hecho, los temas y los énfasis son los mismos. Sin embargo, en lo operativo, en las orientaciones programáticas se proponen indicadores referidos sólo a los centros de atención primaria, con un total de 111 indicadores, 28 de los cuales son

específicos para salud mental¹⁸. En tanto, en los documentos referidos al desarrollo de compromisos de gestión con la red asistencial⁵⁸, también hay coincidencia en lo referido al marco contextual de dicho documento, encontrando sólo dos coincidencias entre los 77 indicadores de dicho documento, en el ámbito de la programación anual por especialidad y la satisfacción usuaria para los establecimientos hospitalarios.

En el instrumento de medición de la calidad de la atención de los centros ambulatorios de salud mental⁶⁸, aunque con objetivos distintos al de la presente tesis, de entre los 26 criterios que incluye ese instrumento, están representados cinco indicadores de los seleccionados en este estudio: consentimiento informado como respeto de los derechos del usuario; programación anual de actividades; planificación estratégica; participación de la comunidad en la planificación y evaluación de actividades; elementos básico de la estructura de la ficha clínica única. Además, coinciden en evaluar presencia o ausencia de la consultoría de salud mental en atención primaria, y el diagnóstico y plan de tratamiento integral.

Específicamente en relación a los indicadores seleccionados, el evaluar la asignación territorial de una población a cargo por parte de la unidad de atención, es uno de los aspectos centrales formulados en la organización de servicios ambulatorios de salud mental en el marco del modelo comunitario^{1,12,15,16,19,23,55}, en conjunto con contar con un diagnóstico territorial de los determinantes sociales de la salud mental. La incorporación de los determinantes de la salud en la orientación de la planificación ha tenido un fuerte énfasis en el último tiempo en el

sistema en su conjunto¹⁸, aunque en el modelo de salud general la asignación territorial es un criterio fundamentalmente dado a los centros de atención primaria. Para los hospitales el criterio ha sido más bien el de satisfacer la demanda del conjunto de la red asistencial con la que se está articulado, para lo cual se deben definir productos, flujos y metas de cobertura y producción de esa demanda^{17,18,58}.

En relación al indicador de financiamiento, se observa que éste se encuentra definido en forma amplia. En el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría se definió la necesidad de traspasar los recursos financieros a los gestores basados en el logro de metas claras, en plazos definidos y estudiar formas de incentivo al desempeño colectivo. En el mismo plan se pensó que se debía incorporar el arancel de facturación del denominado nivel secundario a las prestaciones de salud mental ambulatoria en la red¹⁶. Sin embargo a partir de la incorporación del programa de prestaciones valoradas del seguro público, el total del presupuesto de salud mental se comenzó a transferir bajo la modalidad de canastas de prestaciones asociadas a diagnósticos⁶⁰, en el entendido de que esta forma permitiría alcanzar mejor los propósitos antes mencionados en materia de financiamiento. Posteriormente se incorporó el sistema de transferencias del plan garantizado, que opera con lógica similar, pero que al ser de cobertura universal, si bien negocia metas de producción, éstas pueden ser superadas frente a la demanda de atención.

Hoy no existe una evaluación respecto del impacto que estos mecanismos de asignación de recursos han tenido en los prestadores de salud mental y cuáles

incentivos han generado. Es posible que este indicador, aunque descrito de manera amplia, de cuenta del objetivo de fondo en materia de financiamiento. Esto es, que los mecanismos de financiamiento efectivamente garanticen la continuidad, oportunidad y calidad de los programas ofrecidos en la unidad de atención. En este estudio, sin embargo, no se logró una especificación de estos mecanismos.

Una característica de los indicadores seleccionados es que en su mayoría se refieren a evaluar aspectos del proceso de la gestión. En sólo dos casos los indicadores son de estructura, relativos a contar con una dotación específica de recurso humano y de contar con una ficha clínica única. Otros dos indicadores son resultados de procesos, así llamados intermedios, relativos al financiamiento, ya mencionado y a que la unidad de atención sea reconocida como centro docente. Al mismo tiempo, los indicadores están orientados por un lado, a velar por la mejor utilización de los recursos, en el marco de un modelo comunitario que en si mismo se ha descrito como costo-efectivo^{1,19,26,36,54,55}, y por otro lado, a evaluar que efectivamente se estén cumpliendo ciertos objetivos planteados para la atención de salud mental. En este sentido los focos de los indicadores seleccionados están en dar cuenta de la eficiencia y efectividad en la gestión. Esta característica, de concentrar la evaluación en los procesos, en la eficiencia y en la efectividad, es descrita en la literatura como de los aspectos esenciales para los prestadores de salud, particularmente cuando en el sistema de salud se ha avanzado en la separación de funciones de rectoría, aseguramiento y provisión, dejando ésta última a los prestadores que deben velar por ser efectivos en las acciones en las

cuales se han comprometido, al mismo tiempo que responsables con los recursos disponibles⁴⁵.

Desde la perspectiva de ciertos requisitos que se espera que cumpla un indicador²⁸, cabe mencionar que, dado los fundamentos antes mencionados en esta sección, los indicadores seleccionados resultan pertinentes al objeto de evaluación, en este caso de la gestión de unidades de atención de salud mental ambulatoria de especialidad. En la medida en que además se han validado para el conjunto de estas unidades ambulatorias, se puede considerar que cumplirán con el requisito de comparabilidad al ser aplicados en dichas unidades. Para determinar que el costo para obtener la información de estos indicadores sea razonable, aunque a simple vista los datos requeridos son comprensibles, es conveniente su aplicación piloto previa. Esto permitiría también determinar la fórmula operativa del indicador y su medio de verificación o fuente de información.

Este paso se ha propuesto en estudios Delphi similares, en los que el indicador resultante no necesariamente puede ser aplicado directamente, siendo necesario un desarrollo posterior de la fórmula operativa, con otros métodos de aproximación, como los de grupo de discusión cara a cara, o de tipo analíticos⁴⁸. Por último, se estima que el número final propuesto no excede la capacidad de análisis de los gestores, al mismo tiempo que permiten constituir información de carácter público.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VII.1. CONCLUSIONES.

En Chile se está realizando un esfuerzo por mejorar la gestión del sistema de salud, en particular en relación a las redes asistenciales, que conforman los prestadores directos. En el caso de la salud mental, estos prestadores se han diversificado, trasladándose desde el hospital psiquiátrico hacia una red de salud mental, lo que ha implicado un especial énfasis en el desarrollo de la atención ambulatoria especializada en la comunidad. La forma en que los prestadores de salud son gestionados repercute directamente en la eficiencia y efectividad de la atención en salud. Si bien, en Chile se están desarrollando unidades de atención ambulatoria en diversos establecimientos, hospitalarios y no hospitalarios, con una gran heterogeneidad administrativa, el estado actual del conocimiento de su desempeño de la gestión es insuficiente, careciendo el gestor de indicadores explícitos, consensuados y validados para su evaluación.

A través de un método de aproximación mixto, cuali-cuantitativo, concretamente la aplicación de la técnica Delphi de tipo descriptivo, fue posible proponer, seleccionar, consensuar y validar por juicio de expertos, un conjunto de 16 indicadores de evaluación de la gestión para unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada en Chile, en concordancia con el modelo de salud mental y psiquiatría comunitaria.

La Tabla N° 9, resume los indicadores identificados, priorizados y de este modo validados por el conjunto de expertos nacionales e internacionales que aceptaron participar en el estudio Deplhi que reporta en esta tesis.

Tabla N° 9: Indicadores de evaluación de la gestión de unidades de atención de salud mental ambulatoria especializada validados por expertos

Indicador
La unidad de atención se hace cargo de los problemas de salud mental de una población asignada territorialmente
Los pacientes y/o sus familiares son informados sobre las características de los tratamientos y procedimientos y dan su consentimiento informado para usarlos
Existe ficha clínica única con conjunto mínimo de datos sociodemográficos y clínicos específicos de salud mental estandarizados y definidos en función de las necesidades e intereses de los usuarios
Existe un diagnóstico territorial que caracterice los determinantes sociales de salud mental de su población asignada: estructura demográfica por edad y sexo; nivel de escolaridad; nivel de ingresos; desocupación laboral; proporción de jefas de hogar; entre otros, en comparación con la media de la red asistencial y nacional.
Existe una programación anual de actividades con indicadores para su evaluación
El equipo multidisciplinario está constituido por Médico psiquiatra adultos e infantil, Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Técnico en Rehabilitación, además del personal administrativo y de apoyo
La unidad de atención es reconocida como campo clínico o centro de práctica profesional a nivel de pre y post grado en salud mental comunitaria, por centros de formación universitaria y técnica
Se desarrolla la Planificación y Evaluación Participativa (comunidad organizada) en el marco de la planificación anual de actividades
Planificación estratégica de la unidad de atención es desarrollada con participación activa del equipo y representantes de los usuarios y familiares
Diversidad de servicios contempla atención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.
Existe un procedimiento para la categorización de los usuarios bajo control por nivel de complejidad o severidad de su condición
Existe de monitoreo del cumplimiento de guías, protocolos y procedimientos clínicos
Grado de cumplimiento de metas de producción programadas
Mecanismo de financiamiento garantiza la continuidad, oportunidad y calidad de los Programas
La unidad de atención participa de la elaboración de protocolos de referencia y contrareferencia en conjunto con los centros de atención primaria y unidades de hospitalización psiquiátrica diurna y cerrada, de su red asistencial.
Se implementa sistema de información, reclamos, felicitaciones y sugerencias, de acceso libre y expedito al público usuario

Como producto secundario, derivado del proceso de construcción de consenso, también se propusieron y priorizaron dos productos de la cartera de servicios, que estas unidades deben proveer.

En el actual contexto del desarrollo de la gestión, el sector salud se orienta hacia los resultados, para lo que ha generado diversas herramientas de apoyo a la gestión de los prestadores de salud. En los instrumentos ministeriales programáticos y de compromisos de gestión revisados, los fundamentos y contexto de la evaluación de la gestión son concordantes con el enfoque de los indicadores seleccionados en este estudio, en cuanto las dimensiones y variables que abordan. Sin embargo, en relación a los indicadores mismos que esos documentos proponen, son exigidos a la atención primaria, y muy limitadamente a las unidades ambulatorias especializadas ubicadas en establecimientos hospitalarios. En el caso de los Centros de Salud Mental Comunitaria no se han desarrollado esas herramientas de apoyo a la gestión. Si bien se está iniciando un proceso de evaluación de la calidad de la atención en todos estos dispositivos, el objetivo no es el mismo aunque pudiera indirectamente apoyar a la gestión.

El conjunto de indicadores que aquí se proponen, podrán contribuir en orientar el desarrollo de los instrumentos de apoyo a la gestión de estas unidades, siendo los Centros de Salud Mental Comunitarios los que quizá mejor se beneficien de éstos.

Por otra parte, el planteamiento de una cartera de servicios y sus productos, es coincidente con las actuales exigencias a los prestadores de salud, y en el caso de

los dos productos aquí consensuados, vale decir diagnóstico y plan de tratamiento integrales, así como la consultoría de salud mental en atención primaria, concuerdan con la tendencia hacia la integralidad, complejidad y mayor calidad de los servicios de salud mental a nivel ambulatorio.

Se concluye que la técnica Delphi resulta método práctico para consensuar un número manejable de indicadores de evaluación de la gestión en salud mental, permitiendo la participación de un grupo de destacados profesionales en el ámbito de la política, gestión y/o investigación de servicios de salud mental comunitaria, que debido a problemas de distancia geográfica y costos, habría sido imposible de reunir. Resulta ventajoso además, en cuanto la definición del conjunto de indicadores se desarrolla en un contexto en que se está implementado el modelo de atención de salud mental comunitaria en Chile, por lo tanto está en una interfase entre la teoría y la práctica, que se beneficia de la experiencia y conocimiento de los expertos.

La precaución que hay que tomar, sin embargo, es en la conformación del panel de expertos y su mantención en él. Es justamente en la formación del panel donde se juega la validez de los resultados del estudio. Esta suele ser una de las principales dificultades en este tipo de estudios y también el principal foco de crítica al método⁷³. En el caso de esta tesis, coincidió una afortunada mezcla de compromiso, interés y responsabilidad por parte de sus miembros, que sin mediar ningún tipo de incentivo material, se mantuvo dispuesto a completar las rondas.

Una limitación del estudio es su imposibilidad de asegurar que el conjunto de indicadores propuestos pueda ser obtenido directamente en la forma en que está enunciado; es posible que algunos de ellos requieran de desarrollar una fórmula operativa del indicador, así como definir su medio de verificación o fuente de información, tal como ha ocurrido en otras experiencias descritas en la literatura, debido al estado de desarrollo de la información en las propias unidades de atención. De la misma manera será necesario definir estándares para cada uno de los indicadores, si lo que se quiere es evaluar el grado de cumplimiento de éstos en relación a una magnitud ideal. Ambas tareas, sin embargo, serían imposibles, si previamente no se hubiese logrado concretar la formulación de los criterios, lo que este estudio dispone.

En el caso de carecer de datos o fuentes de datos que permitan dar cuenta del indicador, la propuesta puede, al revés, orientar el desarrollo de nuevos sistemas de información para evaluar la gestión de las unidades de atención aquí planteadas.

Cabe mencionar sin embargo, que la mayor limitación de una aproximación mixta de este tipo, es atribuirle objetivos metodológicos para los que no el método no fue desarrollado. A través de esta aproximación, el análisis no determina científicamente un resultado óptimo en la evaluación de la gestión de los prestadores de salud mental, sino que clarifica la importancia o ponderación de los diversos criterios posibles de evaluar en el desempeño de dicha gestión en el

marco del modelo de salud mental comunitaria. Permite al evaluador orientar su toma de decisiones, pero en ningún caso eximirlo de ellas.

La respuesta del sector salud a las necesidades de salud mental de la población se ha transformado, y todo hace prever que esas transformaciones se continuarán profundizando. Parte de las nuevas transformaciones quizá tengan que ver con el desarrollo de herramientas que incentiven la buena gestión del prestador de servicios de salud mental ambulatorio del sector público, recogiendo el interés por la evaluación de su desempeño en este ámbito.

VII.2. RECOMENDACIONES.

La investigación operativa en el ámbito de la organización y provisión de servicios de salud, se ha nutrido de diversas herramientas metodológicas que orientan la toma de decisiones de los gestores.

La primera y más relevante recomendación que surge del estudio que se reporta en esta tesis es, obviamente, el uso de los 16 indicadores identificados, priorizados y validados por expertos, y que se presentan en la Tabla N° 9.

Dado que el objetivo de la tesis fue identificar indicadores de evaluación de la gestión en el ámbito de la salud mental en concordancia con el modelo comunitario, el desarrollo operacional de los indicadores va más allá del alcance de la tesis. Por lo mismo, la propuesta que surge como producto de este estudio,

requiere seguir su desarrollo, pudiendo llegar a incorporarse como herramienta de apoyo a la gestión.

Para ello, es probable que se requiera algunos pasos previos. Una alternativa que se recomienda es definir la forma y medios de verificación que se deberán usar para obtener la información definida en los indicadores, lo que puede continuar desarrollándose con aproximaciones mixtas, realizar un diagnóstico considerando la opinión de un grupo de gestores directos de las unidades de atención como grupos de discusión abierta, en combinación con obtención directa de datos desde los sistemas de información existentes para evaluar la viabilidad de su uso.

Al aplicar los indicadores en una muestra de prestadores, se podrán realizar los ajustes pertinentes, así como detectar necesidades para el sistema de información para la gestión de las unidades. Sería interesante recoger la opinión de los encargados de esas unidades respecto del efecto que estos indicadores tienen en el modo en que hoy gestionan y en sus responsabilidades como encargados, y los posibles cambios en el estilo de gestión.

Es probable que la discusión que se puede seguir generando permita avanzar hacia el desarrollo de un modelo de gestión que incentive el modelo de salud mental comunitaria, en particular para los Centros Comunitarios de Salud Mental, que hasta ahora cuentan con menos herramientas de apoyo a la gestión, comparados con los establecimientos de atención primaria y hospitales.

Posteriormente se podrá avanzar el desarrollo de estudios analíticos orientados a evaluar y comparar el desempeño de la gestión entre las distintas unidades, entre otras cosas, comparando resultados de acuerdo a la dependencia administrativa de los establecimientos o entre redes asistenciales. Sería posible entonces definir una línea base, a partir de la cual implementar la herramienta de los compromisos de gestión, también en este ámbito, para luego poder hacer seguimiento, monitoreo y control de gestión en el tiempo.

Un área que requerirá quizá una línea de investigación específica del ámbito de la economía de la salud, se refiere a los mecanismos de financiamiento adoptados en salud mental y la búsqueda de la fórmula más apropiada para estos prestadores considerando el marco jurídico-administrativo, en Chile. En efecto, la batería de instrumentos de asignación de recursos es variada (pago per capita, pago por prestación, pago por canasta, etcétera). Por lo mismo resulta necesario estudiar cuál o cuales de estos mecanismos sirven de manera más efectiva a las políticas de salud mental que se busca impulsar.

La propuesta que se expresa en la presente tesis, está indudablemente orientada hacia prestadores públicos. Sin embargo, en un sistema de salud que ha incorporado el plan de salud universal como el que se desarrolla con el plan auge en Chile, que entre otras cosas velará por la garantía de calidad de todo tipo de prestadores, habrá que pensar la aplicación de este sistema de evaluación de gestión también con los prestadores privados.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS (2001); Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001, Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas, Organización Mundial de la Salud [on line] 2001, [citado 2006-10-10], disponible en <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>
2. MINSAL (2006); Guía Clínica Tratamiento de Personas con Depresión Garantías Explícitas en Salud; Ministerio de Salud [on line] 2006, [citado en 2006-10-13] disponible en http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas_ges2006/DEPRESIONFIN.pdf
3. MINSAL (2003); Encuesta Nacional de Salud 2003; Ministerio de Salud [on line] 2003, [citado en 2006-09-20] disponible en <http://minsal.cl/ici/destacados/Folleto%20FINAL.pdf>
4. MINSAL (1996), La Carga de Enfermedad en Chile; Ministerio de Salud [on line], 1996; [citado en 2006-09-23] disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/carga/lnffin-carga-enf.pdf>
5. MINSAL (2005); Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia Garantías Explícitas en Salud; Ministerio de Salud [on line] 2005, [citado en 2006-10-13] disponible en http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/EsquizofreniaR_Mayo10.pdf
6. MINSAL (2005); Guía Clínica Detección y Tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria; Ministerio de Salud, Chile.
7. MINSAL (2005), Guía clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de las Demencias, Documento Borrador aún no publicado, Ministerio de Salud, 2005.
8. MINSAL (2005); Orientaciones Técnicas para la Atención Primaria Violencia Intrafamiliar Detección, Diagnóstico y Tratamiento; Ministerio de Salud, 2005.
9. SEREMI DE SALUD Región Metropolitana (2007), Plan Regional de Salud Pública Región Metropolitana 2007, Depto de Salud Pública SEREMI Salud RM.
10. Saraceno, B. (2003); La liberación de los pacientes psiquiátricos, de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible; Editorial Pax México, México.

-
11. Desviat, Manuel (2007); Vigencia del Modelo Comunitario en Salud Mental: Teoría y Práctica; Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria; Año 3; volumen 3; N° 1: 88-96.
 12. OPS (1990); Declaración de Caracas sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Atención Primaria 1990; Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre de 1990.
 13. Bolis, M. (2002); The Impact of the Caracas Declaration on the Modernization of Mental Health Legislation in Latin America and the English-speaking Caribbean; OPS [on line] 2002, [citado en 2007-09-11] disponible en <http://www.paho.org/English/HDP/LEG/BolisPaperMentalHealth-Amsterdam.pdf>
 14. Marconi, Juan (2002); Esbozo Histórico de la Psiquiatría Chilena, en: De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico, editores Medina, E., Escobar E., Quijada, M., Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental.
 15. MINSAL (1996); Orientaciones Técnicas para los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar COSAM; Documento de Trabajo, Ministerio de Salud, Chile.
 16. MINSAL (1999); Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000-2010); Ministerio de Salud [on line] 2000, [citado en 2006-09-20] disponible en www.minsal.cl
 17. MINSAL (2006); Orientaciones para la Programación en Red 2007; Ministerio de Salud [on line] 2006, [citado en 2006-11-30] disponible en http://www.minsal.cl/ici/atencion_primaria/orientaciones_APS_2007_v2.pdf
 18. MINSAL (2007); Orientaciones para la Programación en Red 2008; Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial, División de Atención Primaria [on line] 2007, [citado en 2007-09-25] disponible en <http://webhosting.redsalud.gov.cl/.minsal/archivos/ORIENT070907.pdf>
 19. OMS (2001); Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo; Organización Mundial de la Salud.
 20. Ley 19.966 Régimen General de Garantías en Salud.
 21. Decreto Supremo N° 44 de 9 de enero de 2007, Tercer Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

-
22. MINSAL (2007); Guía Clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años; serie Guías Clínicas MINSAL N° 53; Santiago, Chile.
 23. OMS-MINSAL (2006), Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, Chile.
 24. MINSAL (2005); Plan de Salud Mental y Psiquiatría de la Región Metropolitana: Desarrollo de Servicios de Atención Cerrada y Urgencia; Res. Ex. N° 1067 (16 Nov. 2004), Santiago julio 2005.
 25. OMS (2000), Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud, Organización Mundial de la Salud [on line] 2001, [citado 2006-10-20], disponible en <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>
 26. Banco Mundial (2006); Las Prioridades de la Salud; Informe del Banco Internacional de reconstrucción y Fomento Banco Mundial; documento disponible en PDF en <http://www.dcp2.org>
 27. Donabedian, Avedis (2003); An Introduction to Quality Assurance in Health Care; Oxford University Press.
 28. Ministerio de Hacienda (2005); Aplicación de instrumentos de Evaluación de Desempeño, la experiencia chilena; Documento de la Dirección de Presupuestos [on line] 2005, [citado en 2006-11-26], disponible en <http://www.dipres.cl/publicaciones/Aplicacion Inst EvDesempeno Sep 2005.html>
 29. Malogón-Londoño, G., Morera, G., Laverde, P. (2006); Garantía de Calidad en Salud; Editorial Médica Panamericana, 2ª.edición Colombia.
 30. OMS (2001); Proyecto de Política y Salud Mental, Paquete de Orientación sobre Política y Servicios; Organización Mundial de la Salud [on line] 2001, [citado 2006-11-29], disponible en http://who.int/mental_health/media/en/49.pdf
 31. WHO European Ministerial Conference on Mental Health (2005); Mental health services in Europe: the treatment gap; Finlandia 12-15 January 2005; documento disponible en PDF.
 32. OMS (2006); Evaluation of Mental Health Policies, Plans and Services - Mental Health Policy and Service Guidance Package; disponible en PDF.
 33. Thornicroft, G., Tansella, M. (1999); The Mental Health Matrix, a manual to improve services; Cambridge University Press.

-
34. OMS (2005); World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health System WHO-AIMS 2.1 ; documento disponible en PDF.
 35. Saxena, Sh (2007); WHO's Assessment Instrument for Mental Health Systems: Collecting Essential Information for Policy and Service Delivery; *Psychiatry Service* Vol. 58, pp. 816-821.
 36. Gutierrez-Recacha, P., Chisholm, D., Haro, J.M., Salvador-Carulla, L., Ayuso-Mateos, J.L. (2006); Cost-effectiveness of different clinical interventions for reducing the burden of schizophrenia in Spain; *Acta Psychiatrica Scandinavica* nº 114 (suppl.432), pp. 29-38.
 37. Tyrer, P., Creed, F. (1995); *Community Psychiatry in Action, Analysis and Prospects*; Cambridge University Press.
 38. Johnson, S. y Salvador-Carulla, L. (1998); EPCAT Group: Description and classification of mental health services: a European perspective. *European Psychiatry* 1998; Vol. 13, pp. 333-341.
 39. Salvador-Carulla L, Torres, F., Johnson, S., Kuhlman, R., Vázquez, J.L., Beecham, J. (1997); Versión Española del European Service Mapping Schedule (Diagrama Europeo de Servicios); *Archivos de Neurobiología* 1997; 60: 163-169.
 40. Beperet, M., Nadal, S., Martínez , A., Salvador-Carulla, L., Romero, C., grupo Psicost (2000); Diagrama europeo de servicios de salud mental y su aplicación en el sector IB (Burlada); Publicación electrónica *Anales Sis San Navarra*, Vol 23, suplemento 1, disponible en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple1/suple6a.html>
 41. Laviana-Cuetos, M. (2006); La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario; *Apuntes de Psicología Universidad de Sevilla* 2006, Vol. 24, número 1-3, pp. 345-373.
 42. Salvador-Carulla, L., García-Alonso, C., Gonzalez-Caballero, J.L., Garrido-Cumbrera, M. (2007); Use of an operational model of community care to assess technical efficiency and benchmarking of small mental health areas in Spain; documento en borrador aún no publicado facilitado por el autor.
 43. Johnson, S., Salvador-Carulla, L., Tibaldi, G., Ruud, T., Kallert, T., Adamowski, T., Nawka, P. (2007); Expert Survey on Priorities for Mental Health Mapping, EPCAT Team and Mental Health Economics European Network II; documento borrador aún no publicado facilitado por el autor.

-
44. Hermann, R. , Soeren, M., Members of the OECD Mental Health Care Panel (2004); OECD Health Technical Papers, nº 17, disponible en PDF en www.oecd.org/els/health/technicalpapers
 45. Ribera, J., Gutierrez, J.A., Rosenmöller, M. (2005); Gestión en el Sector de la Salud, Gestión del Sistema y de sus Instituciones, volumen I; Editorial Pearson Educación S.A., España.
 46. Ahr, P., Holcomb, W. (1985); State Mental Health Directors' Priorities for Mental Health Care; Hosp. Community Psychiatry Vól. 36: 39-45.
 47. Marshall, M., Lockwood, A., Lewis, Sh., Fiander, M. (2004); Essential elements of an early intervention service for psychosis: the opinions of expert clinicians; BMC Psychiatry Vol 4:17, documento disponible en PDF en <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/17>
 48. Fiander, M. , Burns, T. (2000); A Delphi Approach to Describing Service Models of Community Mental Health Practice; Psychiatric Services; vol 51, nº 5, pp.656-658.
 49. Salvador-Carulla, L, Haro, J.M., Ayuso-Mateos, J.L. (2006); A framework for evidence-based mental health care and policy; Acta Psychiatrica Scandinavica, nº 114 (suppl.432), pp. 5-11.
 50. Arteaga, O. (2006); Investigación en Salud y Métodos Cualitativos; Ciencia y Trabajo, Año 8, nº 21, pp. 151-153
 51. Campbell S.M., Braspenning, J., Hutchinson, A., Marshall, M.N. (2003); Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care; British Medical Journal, 2003; vol 326, pp 816-819.
 52. Mokkink L.B. , Terwee, C.B., Knol, D.L., Stratford, P.W., Alonso, J., Patrick, D.L., Bouter, L.M., HCW de Vet (2006); Protocol of the COSMIN study: COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments; BMC Medical Research Methodology [on line], 2006; 6:2; [citado 2007-06-22]. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/6/2>
 53. Romm, F.J. and Hulka, B.S.; Developing Criteria for Quality of Care Assessment: Effect of the Delphi technique; Health Services Research [on line] 1979; vol 14 nº4, pp. 309-312; [citado 2007-06-23], disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1072127&blobtype=pdf>
 54. Berman, Peter (2000); Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries; Bull World Health Organ [on line] 2000, vol. 78, nº 6 [citado 2006-11-27], pp.791-

802, disponible en <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=s0042-96862000000600011&lng=es&nm=iso>

55. Thornicroft, G., Tansella, M. (2004); Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care, Overview of systematic evidence; British Journal of Psychiatry, Vól. 185, pp. 283-290.
56. MINSAL (2007); Plan de desarrollo de la red de salud mental y psiquiatría de la Región Metropolitana, Consideraciones Generales; documento de trabajo de la Unidad de Coordinación de Salud Mental y Psiquiatría, del Departamento de Diseño y Operaciones de la División de Gestión de la Red Asistencial DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, agosto de 2007.
57. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Dto N° 140 de 2004, publicado en el Diario Oficial de 21.04.05, Chile.
58. MINSAL (2007); Compromisos de Gestión 2007, Orientaciones Técnicas Metodología de Evaluación; Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud; documento de trabajo Ministerio de Salud.
59. MINSAL (2005); Orientaciones Técnicas para los Centros de Salud Mental Comunitarios; Documento de Trabajo, Ministerio de Salud.
60. FONASA (2007); Canastas PAD de Salud Mental 2007.
61. Perez, E. (2003); Descripción General: interRAI Mental Health; presentación en power point facilitado por el autor.
62. Hirdes, J. , Reidel, K. (2006); Assessments of Patients from Hospital del Salvador based on the interRAI– Mental Health (interRAI-MH); Ideas for Health, January 2006; documento disponible en PDF.
63. Hirdes, J. , Jantzi, M., Reidel, K. (2007); Assessments of Patients from Hospital del Salvador, Salvador de Valparaiso , Sótero del Rio, Hospital Psiquiátrico, based on the interRAI – Mental Health (interRAI-MH); Ideas for Health, April 2007; documento disponible en PDF
64. Instrumento InterRAI SMC (Salud Mental En La Comunidad) versión en español escaneable, disponible en PDF.
65. www.minsal.cl
66. MINSAL (2006); Evaluación de la implementación de la Guía Clínica GES para primer episodio de esquizofrenia; informe final como documento de trabajo julio 2007, Ministerio de Salud, Chile.

-
67. MINSAL (2007); Manual para el proceso de evaluación de la calidad de atención en salud mental; MINSAL Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública y Departamento de Calidad de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, agosto 2007, Ministerio de Salud, Chile.
 68. MINSAL (2007); Instrumento de Evaluación de Criterios y Estándares de Atención de Centros de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria; Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, septiembre de 2007, Ministerio de Salud, Chile.
 69. Fulop, N., Allen, P., Clarke, A., Black, N. (2001); Studying the organisation and delivery of health services, Research methods; Editorial Routledge, London and New Cork.
 70. Linstone, H.A. y Turoff, M. (2002); The Delphi Method, Techniques and Applications, documento disponible en PDF en <http://www.is.njit.edu/pubs/delphibook/>
 71. Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1998); Metodología de la Investigación; Editorial McGraw-Hill Interamericana; Segunda edición, México.
 72. Polit, D. y Hungler, B. (2002); Investigación Científica en Ciencias de la Salud; Editorial McGraw-Hill Interamericana, México.
 73. Bowling, A. (2002); Research methods in health: Investigating health and health services; Buckingham and Philadelphia: Open University Press.

IX. ANEXOS

- **Anexo N°1: Cuestionario Primera Ronda.**
- **Anexo N°2: Cuestionario Segunda Ronda.**
- **Anexo N°3: Cuestionario Tercera Ronda.**
- **Anexo N°4: Resultado de la Priorización de indicadores en la tercera ronda.**
- **Anexo N°5: Resultado de la jerarquización de 16 indicadores seleccionados y cartera de servicios.**

ANEXOS

ANEXO 1

Ejercicio Delphi

Ronda 1



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Santiago, Julio de 2007

Sr(a)
Presente

Estimadx xxxx:

En contexto del Programa de Magíster de Salud Pública de la Universidad de Chile, se está desarrollando una tesis de grado orientada a determinar indicadores para la evaluación del desempeño de las unidades de atención ambulatoria de salud mental. Se espera poder alcanzar este objetivo mediante la realización de un estudio Delphi que permita recoger la opinión de actores relevantes en el desarrollo de las redes asistenciales de salud mental. Por lo mismo, agradecemos su participación, pues sin ella el estudio no se podría realizar.

En Chile, desde el año 2000 se ha venido desarrollando un Plan Nacional de Salud Mental, que pone el énfasis en el desarrollo de un **modelo de salud mental y psiquiatría comunitario** lo que ha significado el desarrollo de una red diversificada de prestadores. El proceso implicó invertir especial esfuerzo en la **atención ambulatoria de especialidad**. Esta última tuvo un proceso particular de desarrollo. En la Región Metropolitana de Santiago hoy existen **diversos tipos de instituciones prestadoras de esta atención** (Centro de Diagnóstico y Terapéutico, Centro de Referencia de Salud, Consultorio Adosado de Especialidades en Hospital General, Consultorio Adosado de Especialidades en Hospital Psiquiátrico, Centro de Salud Mental Comunitario) **coincidiendo en una misma jurisdicción** y aparentemente cumpliendo la misma función.

Durante el último tiempo, la política ministerial evidencia la preocupación por una mayor eficiencia de la red ambulatoria, requiriendo que esos prestadores de salud mental, de una misma jurisdicción, desarrollen acciones complementarias, al mismo tiempo que resguarden la implementación del modelo comunitario. El **Gestor de la Red Asistencial** requiere evaluar su desempeño desde variables consensuadas, objetivas y comparables.

Usted ha sido seleccionado como una persona clave para contribuir desde su conocimiento y experiencia al desarrollo de la nueva política en salud mental y psiquiatría en la provisión de servicios asistenciales comunitarios. Por lo mismo, lo

invitamos a expresar su opinión respecto de la evaluación del desempeño de la gestión de la atención ambulatoria especializada.

En esta **PRIMERA RONDA** le pediremos identificar los indicadores a su juicio más relevantes, que requieren ser considerados en cada una de las siguientes dimensiones de la gestión de servicios asistenciales ambulatorios de salud mental. Sus respuestas serán procesadas en forma anónima y confidencial.

Reiterándole nuestros agradecimientos por haber aceptado participar en este estudio, le solicitamos responder en el formato provisto en la siguiente hoja y enviar su respuesta en el plazo de dos semanas, es decir, el 03 de agosto del presente. La dirección electrónica para remitir su respuesta es: otoro@saludoriente.cl

Le saludan cordialmente,

Oscar Arteaga
Profesor Guía de tesis
Escuela de Salud Pública, Universidad de
Chile

Ps Olga C. Toro Devia
Candidata a Magíster en Salud Pública
Universidad de Chile

Nombre	
---------------	--

A su juicio, ¿Cuáles son los principales criterios/indicadores que el Gestor debe considerar en la evaluación del desempeño de la gestión de las unidades de atención de salud mental ambulatoria? (máximo 5 indicadores por dimensión)

Dimensión	Categoría/Indicador	Comentarios
Provisión de Servicios de salud mental	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Recurso Humano	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Sistema de información	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Integración a la red asistencial	1	
	2	
	3	
	4	
	5	

Satisfacción usuaria, participación social y rendición pública (accountability)	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Modelo de atención	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Financiamiento	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Planificación y Programación	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Gestión clínica	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Evaluación y control de la gestión	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Coordinación intersectorial	1	
	2	

	3	
	4	
	5	
Derechos y deberes del paciente	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Docencia-Investigación	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Otra:	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
Otra:	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
OTROS COMENTARIOS:		

ANEXO 2

Ejercicio Delphi

Ronda 2



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Santiago, Agosto de 2007

Estimado/a integrante
Panel de Expertos:

A continuación se presenta el cuestionario de la segunda ronda delphi, en que se le solicita priorizar los criterios de evaluación del desempeño de una unidad de atención de salud mental ambulatoria especializada.

A partir de lo sugerido en la primera ronda por el panel de expertos se definen 15 dimensiones del desempeño de la gestión que es necesario evaluar en la unidad de atención. Cada una de estas dimensiones tiene un número relativo de criterios propuestos por el panel, analizados y sintetizados por la investigadora a partir de las propuestas y los comentarios, y que aún considerándolos todos relevantes, se requiere priorizar los más significativos.

En **cada una de las dimensiones** se le solicita que escoja **sólo cinco criterios** por orden de prioridad, anotando un número 5 al más importante, luego 4, 3, 2 y hasta el número 1, **sin repetir la calificación**. El resto de los criterios no seleccionados los deberá dejar en blanco.

En la primera ronda se recogieron 1.139 indicadores propuestos. Luego del análisis que implicó integrar criterios similares evitando la repetición de conceptos, se proponen 275 criterios repartidos en quince dimensiones. Como resultado del análisis usted observará que los indicadores propuestos son de estructura, de proceso, de resultados intermedios y finales. En ninguno de ellos se ha considerado un estándar, dado que no es objeto de este estudio, por lo que se excluyeron propuestas de estándar sugeridas.

Si bien usted escogerá sólo cinco por dimensión, a partir del análisis estadístico grupal se determinará un número total de criterios finales posibles de manejar por el gestor, por lo que es importante que efectivamente usted escoja sólo cinco.

Le saludan cordialmente,

Oscar Arteaga
Profesor Guía de tesis
Escuela de Salud Pública, Universidad de
Chile

Ps Olga C. Toro Devia
Candidata a Magíster en Salud Pública
Universidad de Chile

DIMENSIÓN 1: PROVISIÓN DE SERVICIOS

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

PROVISION DE SERVICIOS: <i>Se refiere a las características y atributos del modo en la unidad de atención entrega sus productos, relevando los aspectos del acceso y oportunidad de la atención.</i>	
CRITERIO	Selección
Problemas de salud mental que aborda la unidad ambulatoria/Problemas de salud mental priorizados por el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría	
Tasa de personas en tratamiento por año/población beneficiaria FONASA de un territorio asignado	
Tasa de personas en tratamiento por año/población beneficiaria FONASA inscrita en los centros de APS del territorio asignado	
Cobertura en problemas de salud mental priorizados en Plan Nacional	
Población bajo control en problemas de salud mental priorizados en Plan Nac.	
Población bajo control de todos los problemas de salud mental en tratamiento según grandes categorías diagnósticas CIE	
Cobertura de atención de personas con discapacidad psíquica leve, moderada y severa.	
Cobertura en actividades de prevención y promoción de salud mental.	
Tasa ingresos/egresos en problemas de salud mental priorizados en Plan Nac.	
Tasa ingresos/egresos de todos los problemas de salud mental en tratamiento según grandes categorías diagnósticas CIE	
Período promedio de tiempo entre interconsulta desde APS y primera atención	
Población en espera según número promedio de días (lista de espera)	
Tasa de interconsultas recibidas desde los centros APS/ingresos a tratamiento	
Tasa interconsultas recibidas desde los centros APS/Rechazos	
Diversidad de servicios contempla atención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.	
Diversidad de servicios contempla promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicosocial.	
Cartera de servicios es definida y consensuada en conjunto con la red asistencial local y aprobada por el Gestor de Redes	
El nivel de complejidad de la población usuaria es definido y consensuado en conjunto con la red asistencial local y aprobado por el Gestor de Redes.	
Número de horas diarias abierta a la atención	
Nº promedio de intervenciones de salud mental por persona	
Tiempo promedio de permanencia en tratamiento por persona.	
Brecha entre oferta de servicios/demanda estimada de servicios anuales según demanda histórica de población beneficiaria asignada	
Brecha entre oferta de servicios/demanda estimada de servicios anuales según estándares definidos para atención ambulatoria especializada de salud mental	
Disponibilidad de infraestructura adecuada para la atención y provisión de servicios definidos	
Disponibilidad de arsenal de psicofármacos definido en consenso con la red asistencial local y aprobado por el Gestor de Redes, en concordancia con normativa del Ministerio de Salud	
Disponibilidad de equipamiento e insumos para la atención de salud mental	
El establecimiento o unidad de atención se encuentra registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud mental acreditado	
COMENTARIOS:	

DIMENSIÓN 2: CARTERA DE SERVICIOS

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

CARTERA DE SERVICIOS: <i>Corresponde a los servicios que la unidad provee a sus usuarios finales, los cuales provienen de su cadena o procesos de producción. La cartera de servicios identifica los productos de la unidad de acuerdo al modelo de atención adoptado y definido para dar respuesta a la demanda de los usuarios. En términos simples es lo que la unidad hace.</i>	
CRITERIO	Selección
Diagnóstico y plan de tratamiento integral de salud mental	
Diagnóstico psiquiátrico	
Intervención en crisis de salud mental	
Rehabilitación psicosocial para personas con trastornos de salud mental severos	
Administración de caso (case management) para personas con trastornos de salud mental severos	
Atención médica psiquiátrica del adulto	
Atención médica psiquiátrica infantil	
Psicoterapia individual	
Psicoterapia familiar	
Psicoterapia grupal	
Rehabilitación psicosocial ambulatorio para personas con abuso y dependencia de drogas y alcohol	
Psicoeducación	
Consultoría de salud mental especializada para atención primaria	
Asesoría técnica a usuarios y cuidadores de Hogares Protegidos	
Orientación y consejería en salud mental	
Psicometría	
Asesoría técnica en salud mental a instituciones u organismos de la comunidad.	
COMENTARIOS:	

DIMENSIÓN 3: MODELO DE ATENCIÓN

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

MODELO DE ATENCIÓN: <i>Se refiere a la descripción global e integrada de la organización de las acciones propiamente sanitarias, con énfasis en los procesos que las ofertan y producen, de manera eficiente y eficaz. Estas acciones deben responder y satisfacer los requerimientos y demandas asistenciales de la comunidad, así como de aquellas acciones priorizadas por las políticas públicas de salud. En términos simples son los procesos asistenciales de la unidad.</i>	
CRITERIOS	Selección
La unidad de atención se hace cargo de los problemas de salud mental una población asignada territorialmente	
Existe un diagnóstico territorial que caracterice los determinantes sociales de salud mental de su población asignada: estructura demográfica por edad y sexo; nivel de escolaridad; nivel de ingresos; desocupación laboral; proporción de jefas de hogar; entre otros, en comparación con la media de la red asistencial y nacional.	
La unidad de atención se ubica territorialmente cerca de los beneficiarios asignados	
El modelo de atención de salud mental y psiquiatría comunitario es conocido y compartido por los miembros del equipo	
Tasa de usuarios referidos/usuarios con demanda espontánea	
Tasa de usuarios nuevos referidos (interconsultas) desde centros de atención primaria/total de usuarios nuevos anuales	
Tasa de interconsultas para salud mental y psiquiatría desde los centros de atención primaria/total de interconsultas a especialidad	
Tasa de usuarios nuevos contrareferidos a atención primaria/total usuarios nuevos	
Tasa de usuarios con diagnóstico integral por equipo multidisciplinario/usuarios ingresados a tratamiento	
Tasa de usuarios con plan de tratamiento integral/usuarios ingresados a tratamiento	
Tasa de usuarios con evaluación de discapacidad psíquica/total de usuarios bajo control	
Tasa de usuarios bajo control que tienen control sano (del niño, del adolescente, del adulto ó del adulto mayor) al día en atención primaria/total usuarios bajo control	
Tasa de días de hospitalización psiquiátrica para la población beneficiaria del centro ambulatorio	
Tasa de usuarios con trastorno psiquiátrico severo bajo control con administrador de caso (case management)/total usuarios con trastorno psiquiátrico severo bajo control	
Tasa de usuarios con esquizofrenia bajo control que realiza trabajo remunerado	
La unidad de atención provee atención integral a residentes en hogares protegidos de su jurisdicción de acuerdo a su complejidad	
Tasa de planes terapéuticos definidos en conjunto con el usuario/total usuarios con planes terapéuticos, en unidad de tiempo	
Tasa de usuarios bajo control por tipo de tratamiento (psicosocial, psicofarmacológico, psicoterapia, grupo de autoayuda, visita domiciliaria, rehabilitación psicosocial)/total usuarios bajo control	
Tasa de usuarios bajo control en tratamiento de tipo grupal/total usuarios bajo control	
Tasa de usuarios referidos a hospitalización diurna/usuarios referidos a hospitalización cerrada	
Tasa de usuarios con intervención en crisis derivado a atención de urgencia/total de usuarios con intervención en crisis	

Media de contactos anuales por paciente	
Tasa de usuarios con control de psicofármacos/total de usuarios con indicación de psicofármacos	
Tasa de egresos por altas, altas con mejoría, estabilización/total de egresos	
Tasa de personas con trastornos mentales graves asistidos en centro ambulatorio por 100.000 habitantes	
Tasa de horas profesionales ejecutadas en espacios de la comunidad/total horas profesionales contratadas	
Tasa de horas profesionales ejecutadas en intervenciones domiciliarias/total horas profesionales ejecutadas	
Distribución de horas profesionales destinadas a actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación	
Frecuencia, regularidad y participación en consultorías de salud mental a la atención primaria	
Tasa de usuarios en tratamiento conjunto entre la unidad especializada y la atención primaria/total usuarios en tratamiento	
El equipo conoce y respeta los protocolos y guías clínicas de atención emanadas de la autoridad sanitaria y las generadas a nivel local	
Se incorporan enfoque de género y de interculturalidad	
Indice de deserción y/o abandono de tratamiento	
Indice de recaídas o reingresos	
Tasa de adherencia a tratamiento	
Espacios y boxes de atención son multifuncionales y utilizados según necesidad	
Tasa suicidio (lesiones autoinflingidas) de la población asignada en relación al promedio regional y nacional	
Tasa denuncias por violencia intrafamiliar y maltrato infantil de la población beneficiaria asignada en relación al promedio regional y nacional	
Participación de la familia en el proceso terapéutico o de rehabilitación.	
Distribución de los usuarios bajo control en términos de la severidad de su condición de la salud mental: leve, moderado, grave.	
Tasa usuarios bajo control con nivel moderado y grave de severidad de su condición de salud mental/total usuarios bajo control	
COMENTARIOS:	

DIMENSIÓN 4: RECURSOS HUMANOS

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

RECURSOS HUMANOS: <i>Se refiere a la disponibilidad de profesionales, técnicos y personal de apoyo administrativo responsables de las actividades de la unidad de atención, en cantidad y calidad suficientes, así como de las condiciones laborales en las que se desempeñan.</i>	
CRITERIO	Selección
El equipo multidisciplinario está constituido por Médico psiquiatra adultos e infantil, Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Técnico en Rehabilitación, además del personal administrativo y de apoyo	
Proporción de personal técnico respecto de personal profesional	
Tasa por 100.000 beneficiarios asignados, de cada miembro del equipo	
Tasa por 100.000 beneficiarios asignados, por las horas semanales de cada miembro del equipo	
Tasa de horas efectivamente realizadas en la atención directa según tipo de profesional por 100.000 habitantes /horas contratadas	
Tasa horas profesionales para atención de población infantil/horas profesionales para atención de población adulta	
Brecha entre oferta de recurso humano contratado por cada tipo de profesional/demanda según estándar definido	
Tiempo promedio de experiencia laboral en atención de salud mental por tipo de profesional	
Nº de horas promedio de capacitación en salud mental comunitaria o temas vinculados, por miembro del equipo al año	
El Director o encargado del equipo tiene formación en gestión y/o administración de instituciones de salud	
Tasa de profesionales con formación clínica de postgrado/total de profesionales	
Existe evaluación de satisfacción del usuario interno	
Índice de rotación del recurso humano por tipo de profesional	
Índice de ausentismo laboral del recurso humano por tipo de profesional	
Existe un programa o plan de autocuidado del equipo	
El recurso humano está contratado bajo modalidad que le permite el desarrollo de la carrera funcionaria	
Porcentaje de sueldo asociado a incentivo por producción	
Existe una definición clara del perfil del cargo, de las funciones y roles de cada miembro del equipo, escrita y conocida por todos los miembros del equipo	
Existe un proceso de concurso público para el ingreso al equipo	
Existe un programa de inducción al personal que ingresa a la institución	
Existe un sistema de evaluación del desempeño técnico-funcionario colectivo asociado a incentivos	
Existe un sistema de evaluación del desempeño técnico-funcionario individual asociado a incentivos	
Existe un Plan de Capacitación anual de acuerdo a prioridades y objetivos del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría	
Planes de capacitación a nivel comunal y de Servicio de Salud asociado al diagnóstico de brechas entre competencias y perfil de los cargos	
Existen reuniones clínicas programadas en la que participan todos los profesionales del equipo	
COMENTARIOS:	

DIMENSIÓN 5: SISTEMA DE INFORMACIÓN

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

SISTEMA DE INFORMACIÓN: <i>Se refiere a la forma en que la unidad de atención genera conjuntos de datos, información y conocimiento acerca de su propio quehacer, requeridos para su control, retroalimentación e intercambio, con el objeto de tomar las mejores decisiones en el ámbito de la atención y gestión.</i>	
CRITERIO	Selección
Existe ficha clínica única con conjunto mínimo de datos sociodemográficos y clínicos específicos de salud mental estandarizados y definidos en función de las necesidades e intereses de los usuarios	
Tasa de uso de ficha clínica	
Índice de extravío de fichas clínicas	
Existencia de tarjetero bajo control actualizado	
Integración al registro del sistema sanitario general: REM y SIGES	
Tasa de usuarios atendidos ingresados a sistema sanitario general: REM y SIGES/ total de usuarios atendidos	
Existencia de sistema de registro, seguimiento y cierre de casos con problemas de salud mental GES	
Sistema de registro estandarizado para la referencia y la contrareferencia	
Tasa de usuarios ingresados a atención a través de sistema de referencia	
La unidad de atención garantiza derecho de confidencialidad en el manejo de la información de los usuarios	
Nº de computadores destinados a la gestión clínica y administrativa	
Recurso humano en nº personas y horas semanales destinadas a la gestión de información	
Nº reuniones para analizar datos del sistema de información por equipo al año	
Conjunto mínimo de datos clínicos que permiten integración y complementariedad con información clínica de atención primaria y con los servicios de atención cerrada	
Existe instrumento único estandarizado al egreso de tratamiento (epicrisis)	
Tasa de usuarios egresados con epicrisis/total usuarios egresados según unidad de tiempo	
Grado en que los sistemas de información son de libre acceso al equipo de salud mental y a todos los niveles de la organización	
Información clínica de los usuarios disponible permite retroalimentar los planes de intervención.	
Información generada permite conocer la producción según cantidad y tipo de cada establecimiento	
Información generada permite describir perfil de los usuarios de la unidad de atención incluyendo los diversos grados de complejidad	
Información generada permite generar estudios e investigación aplicada	
Grado en que la información se utiliza para la gestión y la toma de decisiones clínicas y administrativas	
Número y Tipo de fuentes de información automatizadas (informáticas): ficha clínica electrónica, de tarjetero bajo control automatizado, registro diario de prestaciones, sistema de referencia y contrareferencia	
Sistema de información clínico está vinculado alimentando a sistema de información administrativo-financiero	
COMENTARIOS:	

DIMENSIÓN 6: INTEGRACIÓN A LA RED ASISTENCIAL

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

INTEGRACIÓN A LA RED ASISTENCIAL: <i>Se refiere a los procesos sistemáticos que permiten a la unidad de atención un ordenamiento con el conjunto de establecimientos de salud de la red asistencial local, operando coordinadamente, mediante vínculos institucionales o contractuales y por lo tanto con mutua interdependencia y complementariedad en sus respuestas a las necesidades de salud de la población.</i>	
CRITERIO	Selección
N° promedio de Consultorías de Salud Mental por cada centro de Atención Primaria asignado, por unidad de tiempo	
N° promedio de personas con enfermedad mental analizadas en Consultoría de Salud Mental, por unidad de tiempo	
Tasa de personas con enfermedad mental analizadas en Consultoría de Salud Mental/total interconsultas desde los centros de atención primaria asignados	
Las consultorías son efectuadas por equipo multidisciplinario	
La unidad de atención participa de la elaboración de protocolos de referencia y <input type="checkbox"/> referencia en conjunto con los centros de atención primaria y unidades de hospitalización psiquiátrica diurna y cerrada, de su red asistencial.	
Proporción de problemas de salud mental priorizados que cuentan con protocolo de referencia y contrareferencia documentado, conocido y utilizado por el equipo y por quienes conforman su red asistencial	
La unidad de atención participa de la elaboración de protocolos de referencia y contrareferencia en conjunto con unidades de atención ambulatoria, hospitalización diurna y cerrada todas no psiquiátricas (enlace) de su red asistencial.	
La unidad de atención está representada en mesas técnicas de trabajo y/o consejos técnicos que operan en la red asistencial	
Promedio reuniones de coordinación formal efectuadas con otras unidades de atención de la red asistencial, por unidad de tiempo	
Proporción de profesionales del equipo que conocen físicamente las unidades de atención de su red asistencial	
Existencia de procedimiento de coordinación de casos en contingencias no consideradas en protocolos (excepciones, crisis) en conjunto con su red asistencial	
Existencia de procedimiento o programa conjunto para la transición de pacientes desde la unidad de atención y los centros de atención primaria	
Existencia de procedimiento formal y documentado, de transferencia de psicofármacos desde la unidad de hospitalización o hacia los centros de atención primaria, de modo de asegurar continuidad de indicación farmacológica	
Cartera de servicios y criterios de ingreso a la unidad de atención es conocida y aprobada por el CIRA mediante acta y resolución exenta	
COMENTARIOS:	

DIMENSIÓN 7: SATISFACCIÓN USUARIA

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

SATISFACCIÓN USUARIA: <i>Se refiere al grado en que los usuarios y familiares de la unidad de atención valoran positiva o negativamente el servicio ofrecido, y los mecanismos de la unidad para conocer esa valoración.</i>	
CRITERIO	Selección
Se implementa sistema de reclamos, felicitaciones y sugerencias de acceso libre y expedito al público usuario	
Se efectúa encuesta de satisfacción usuaria por un tercero anualmente	
Tasa de alta satisfacción usuaria, medida a través de encuesta	
Tasa de reclamos dirigidos al trato y atención de los profesionales	
Tasa de reclamos contestados/total reclamos efectuados	
Tasa de deserción del usuario después de la primera atención	
Sugerencias de los usuarios implementados/sugerencias de los usuarios	
Cuenta pública considera resultados de evaluación de satisfacción usuaria	
COMENTARIO:	

DIMENSIÓN 8: PARTICIPACIÓN SOCIAL

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

PARTICIPACIÓN SOCIAL: <i>Se refiere al desarrollo de estrategias que permiten incorporar la opinión de los usuarios y la comunidad local en la gestión de la unidad de atención, con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud mental a las necesidades de la población.</i>	
CRITERIO	Selección
Tasa de usuarios y familiares que participan en la programación y evaluación de las intervenciones de salud mental	
Tasa de usuarios y familiares que participan en organizaciones comunitarias	
Número de organizaciones de usuarios y/o familiares vinculadas a la unidad de atención	
Participación de usuarios organizados en la definición de cartera de servicios de la unidad de atención	
Número de grupos de autoayuda y clubes de integración vinculadas a la unidad de atención	
Número y tipo de organizaciones comunitarias vinculadas a la unidad de atención	
Se desarrolla la Planificación y Evaluación Participativa (comunidad organizada) en el marco de la planificación anual de actividades	
Numero de reuniones anuales de directivos de de la unidad de atención con organizaciones comunitarias	
Número de proyectos comunitarios gestionados por la unidad de atención en conjunto con organizaciones de usuarios y familiares	
Se realiza una Cuenta Pública anual que incorpora información acerca de los resultados del plan anual de trabajo, medición de satisfacción usuaria y utilización de recursos financieros	
Las organizaciones de usuarios y familiares vinculadas a la unidad de atención, integran y participan en instancias de coordinación de organizaciones (redes temáticas en infancia, discapacidad, integración social, derechos humanos, violencia intrafamiliar, otras)	
Proporción del presupuesto anual que se asigna a actividades definidas con la comunidad organizada (presupuestos participativos)	
Proporción de los recursos asignados a inversiones definidos a través de la consulta directa con lo usuarios o con organizaciones locales.	
La unidad de atención cuenta con servicio de información y orientación al usuario	
Los usuarios bajo control tienen acceso a servicios culturales, recreacionales, ocupacionales, otros	
COMENTARIOS:	

DIMENSIÓN 9: DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO: <i>Se refiere al contexto legislativo y normativo de las prácticas de la unidad de atención, necesario para proteger los derechos y deberes de las personas con enfermedad mental, como sector vulnerable de la sociedad, resguardando principios de igualdad, no discriminación, respeto de la privacidad, la autonomía individual, de información y participación.</i>	
CRITERIOS	Selección
Las normativas internacionales y nacionales vigentes sobre los derechos de las personas con enfermedad mental son conocidas por el equipo	
La unidad de atención tiene acceso a un comité de ética donde se discuten los problemas de esa índole que surgen del trabajo asistencial	
Los pacientes y/o sus familiares son informados sobre las características de ciertos tratamientos y procedimientos y dan su consentimiento informado para usarlos	
Tasa de usuarios bajo control con consentimiento informado/usuarios bajo control	
El equipo conoce y usa protocolos de contención mecánica y otras restricciones a los derechos fundamentales	
El equipo desarrolla espacios de reflexión conjunta con los usuarios respecto de las decisiones éticas en la práctica asistencial	
La unidad de atención tiene incorporada la estrategia de abogacía en su plan de trabajo	
Número de pacientes con proceso de abogacía (advocacy), por unidad de tiempo	
Presencia de contratos a largo plazo entre profesionales, pacientes y familias, cuando se ponga un diagnóstico de trastorno esquizofrenico o bipolar	
Proporción de psiquiatras que utilizan consentimiento informado en la prescripción de psicofármacos	
La unidad de atención incorpora la estrategia de difusión de derechos de las personas con enfermedad mental como parte de su plan de trabajo anual	
Los usuarios de la unidad de atención conocen los derechos de las personas con enfermedad mental	
Tasa de solicitudes de internación administrativa o forzosa/usuarios con indicación de hospitalización	
Existen mecanismos evaluación, control y sanción en casos en que los derechos del usuario han sido violados	
Se utilizan contratos terapéuticos	
Existe sistema de medición de calidad de vida de los usuarios bajo control	
COMENTARIOS:	

DIMENSIÓN 10: FINANCIAMIENTO

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

FINANCIAMIENTO: <i>Se refiere a la disponibilidad de recursos financieros por parte de la unidad de atención para su correcta operación, incluyendo aspectos como sistema de asignación, disciplina entre ingresos y gastos, responsabilidad social y transparencia en el uso de esos recursos.</i>	
CRITERIOS	Selección
Presupuesto anual total destinado a la unidad de atención, considerando las distintas fuentes de financiamiento existentes	
Proporción del presupuesto anual que proviene del Fondo Nacional de Salud (FONASA)	
Proporción del presupuesto que proviene de copagos de los usuarios beneficiarios	
Proporción del presupuesto proveniente de proyectos autogestionados	
Monto de fondos transferidos a centro de salud/Nº total de personas atendidas (costos promedios de atención)	
Costo per cápita del servicio ofrecido según egresos	
Los presupuestos se negocian junto con los objetivos y metas de producción	
Monto de fondos transferidos asociados a metas de producción y/o resultados/ total montos transferidos	
Monto de fondos transferidos asociados a personas beneficiarias (per cápita)/ total montos transferidos	
Existe un sistema de incentivo financiero al cumplimiento de metas	
Mecanismo de financiamiento garantiza la continuidad, oportunidad y calidad de los Programas	
Proporción del presupuesto que se gasta en psiquiatras	
Proporción del presupuesto que se gasta en medicamentos	
Proporción del presupuesto que se gasta directa o indirectamente en organizaciones de usuarios, familiares y otras organizaciones comunitarias	
Proporción del presupuesto que se gasta en actividades fuera del establecimiento (actividades comunitarias, visitas de salud mental, recursos para movilización tanto del equipo como de los usuarios, etc.)	
Proporción del presupuesto que se gasta en administración	
Equilibrio financiero de la unidad de atención como centro de responsabilidad	
Resultado de la ejecución presupuestaria (tasa monto fondos ejecutados/monto de fondos transferidos)	
Tasa (número de prestaciones efectuadas año n/recursos asignados año n) / (número de prestaciones efectuadas año n-1/recursos asignados año n-1)	
El total del presupuesto, su origen y mecanismos de transferencia son de libre conocimiento del equipo y la comunidad	
La unidad de atención estima su brecha de financiamiento para atender necesidades no cubiertas	
COMENTARIOS:	

DIMENSIÓN 11: PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

PLANIFICACION Y PROGRAMACION: <i>Se refiere al uso de una herramienta de gestión que, en función de un diagnóstico, permite anticipar y predecir en forma sistemática la futura actividad y resolutivez de la unidad de atención en el marco de los recursos disponibles, y con el fin de asegurar el mejor estado de salud de la población a cargo.</i>	
CRITERIOS	Selección
Existe un diagnóstico participativo con la comunidad organizada y otras instituciones del sector	
La unidad de atención cuenta con Planificación Estratégica conocida y aprobada por el CIRA	
Planificación estratégica de la unidad de atención es desarrollada con participación activa del equipo y representantes de los usuarios y familiares	
Existe una programación anual de actividades con indicadores para su evaluación	
Se definen metas de producción anuales	
Existen compromisos de gestión negociados con el Gestor de Redes	
Proporción de miembros del equipo que participan en la elaboración de la programación anual	
La planificación y programación es conocida por todos los miembros del equipo	
Número de horas profesionales asignadas para actividades de planificación y programación	
Proporción de tiempo y actividades de la programación anual destinadas a actividades comunitarias	
Proporción de tiempo y actividades de la programación anual destinadas a visitas domiciliarias	
COMENTARIOS:	

DIMENSIÓN 12: GESTIÓN CLÍNICA

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

GESTION CLINICA: <i>Se refiere a la codirección de la unidad de atención por parte de los clínicos, potenciando la gestión por procesos clínicos del usuario como centro de la actividad asistencial, persiguiendo eficiencia y calidad de las prestaciones sanitarias.</i>	
CRITERIO	Selección
El equipo conoce los protocolos, guías clínicas y procedimientos clínicos vigentes	
Existe de monitoreo del cumplimiento de guías, protocolos y procedimientos clínicos	
Proporción de fichas clínicas con registro de datos mínimos definidos	
Sistema de mejora continua de calidad funcionando y acreditado por Gestor de Redes	
Existe sistema de priorización clínica de ingreso de usuarios	
Frecuencia y periodicidad de reuniones clínicas multidisciplinarias	
Existe procedimiento de gestión de cama para hospitalización definido y conocido por el equipo	
Los usuarios bajo control referidos a hospitalización son visitados y/o supervisados por el equipo responsable de la unidad de atención	
Existe un procedimiento para la categorización de los usuarios bajo control por nivel de complejidad o severidad de su condición	
Disponibilidad permanente de psicofármacos esenciales	
La unidad de atención define procesos clínicos e identifica sus nudos críticos	
Existe gestión de lista de espera	
Existe procedimiento de rescate de usuarios inasistentes o que abandonan el tratamiento	
Tasa usuarios rescatados/total inasistentes o abandono	
Existe monitoreo de recaídas, reingresos y/o rehospitalizaciones de los usuarios bajo control	
Porcentaje de recaídas, reingresos y/o rehospitalizaciones de los usuarios bajo control	
Existe sistema de supervisión clínica al equipo	
Existe comité de gestión de riesgos del paciente	
Existe monitoreo del tarjetero bajo control	
COMENTARIOS:	

DIMENSIÓN 13: EVALUACIÓN Y CONTROL

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

EVALUACION Y CONTROL: <i>Se refiere a la implementación de procedimientos que den garantía de cumplimiento de planes, programas y metas definidas, así como de conformidad a las normativas administrativas y asistenciales vigentes, minimizando el riesgo para el usuario, protegiendo los recursos asignados y velando por la transparencia de la gestión.</i>	
CRITERIO	Selección
Indicadores de Planificación Estratégica evaluados	
Grado de cumplimiento de metas de producción programadas	
Grado de cumplimiento de compromisos de gestión	
Incorporación de la auditoría de fichas clínicas como estrategia permanente de la unidad de atención	
Tasa incumplimiento GES en usuarios de la unidad de atención/total usuarios en plan GES	
Existe control de la ejecución presupuestaria	
Proporción de horas profesionales asignadas a actividades de evaluación y control	
Horas profesionales asistenciales perdidas según causa y tipo de profesional	
Costo promedio anual de la atención por usuario	
La unidad de atención se somete a evaluación externa de pares	
Existe procedimiento de supervisión y vigilancia de solicitudes de hospitalización involuntaria indicada por profesionales de la unidad de atención	
Existe procedimiento de supervisión y vigilancia de solicitudes de atención ambulatoria involuntaria indicada por profesionales de la unidad de atención	
Los resultados de las evaluaciones de planes, programas y auditorías realizadas son conocidas por el equipo, los usuarios, la comunidad organizada y las autoridades sanitarias	
Existe la figura del ombudsman	
CONCLUSIONES:	

DIMENSIÓN 14: INTERSECTORIALIDAD

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

INTERSECTORIALIDAD: Se refiere a la articulación y complementariedad de esfuerzos entre la unidad de atención y otras organizaciones e instituciones que desarrollan acciones que impactan directa o indirectamente la salud de las personas a nivel local.	
CRITERIO	Selección
Número y tipo de redes y mesas de trabajo intersectoriales temáticas en las que participa la unidad de atención (infancia, discapacidad, promoción de salud, buen trato, seguridad ciudadana, derechos humanos, chile solidario, chile crece contigo, otras)	
Número y tipo de proyectos conjuntos realizados por la unidad de atención con otras instituciones del territorio	
Proporción de población escolar con discapacidad psíquica o intelectual en escuelas generales del territorio	
Proporción de trabajadores con discapacidad psíquica o intelectual en empresas del territorio	
Proporción de usuarios con beneficios sociales y subvenciones estatales vigentes	
Proporción del presupuesto de la unidad de atención que proviene de fuentes intersectoriales (no de salud)	
Número y tipo de Instituciones del territorio con capacitación y/o difusión de temáticas de salud mental a cargo de la unidad de atención	
Unidad de atención desarrolla campaña antiestigma en instituciones de su territorio	
CONCLUSIONES:	

DIMENSIÓN 15: INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

Seleccione **sólo cinco criterios** por orden de importancia, anotando el número 5 como el más importante, luego el 4, el 3, el 2 y por último el número 1. Los demás criterios no seleccionados déjelos en blanco.

INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA: <i>Se refiere al desarrollo de la actividad de formación académica de recursos profesionales en salud mental comunitaria, así como de investigaciones científicas que contribuyan al desarrollo de la unidad de atención.</i>	
CRITERIO	Selección
La unidad de atención es reconocida como campo clínico o centro de práctica profesional a nivel de pre y post grado en salud mental comunitaria, por centros de formación universitaria y técnica	
La unidad de atención es aceptada como campo clínico o centro de práctica profesional por parte de los usuarios	
N° de meses de alumnos en práctica al año por tipo de profesional	
La unidad de atención tiene definido un plan de actividades que pueden ser realizadas por alumnos y el tipo de supervisión profesional requerido en cada caso, incluida la tesis de grado	
Existe consentimiento informado de usuarios y familiares previo a su participación en actividades docentes	
Proporción de horas profesionales destinadas a docencia de la unidad de atención/total de horas profesionales contratadas	
Existe sistema de acreditación técnica de los docentes de la unidad de atención (requisitos mínimos)	
N° de investigaciones realizadas al año en el centro por investigadores externos al centro	
N° de investigaciones realizadas al año en el centro por profesionales del centro	
Las investigaciones están en conocimiento, y han sido aprobadas por el gestor de red, previa aprobación por comité de ética respectivo	
Número de profesionales capacitados en investigación y ética	
Número de proyectos presentados a fuentes concursables (CONICYT, FONIS, otros), preseleccionados y/o ganados	
Número de publicaciones en revistas científicas de acceso público y/o masivo (ISI, Scielo, otras)	
El conocimiento generado enriquece el desarrollo del modelo de salud mental comunitario	
La unidad de atención define una estrategia de difusión de los resultados de las investigaciones	
COMENTARIOS:	

ANEXO 3

Ejercicio Delphi

Ronda 3



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Santiago, Octubre de 2007

Estimado/a integrante
Panel de Expertos:

A continuación se presenta el cuestionario de la tercera ronda delphi, en que se le solicita que **jerarquice nuevamente** los indicadores de evaluación del desempeño de la gestión de una unidad de atención de salud mental ambulatoria especializada.

A partir de lo sugerido en la primera ronda por el panel de expertos se definen 15 dimensiones del desempeño de la gestión que es necesario evaluar en la unidad de atención. En esta ronda sólo se consideran aquellos indicadores que obtuvieron a lo menos el 50% de las preferencias, con excepción de tres dimensiones (Provisión de Servicios, Recursos Humanos, Sistema de Información) en que el punto de corte es del 40%. Por cada dimensión, se detalla el porcentaje de preferencias que ha seleccionado cada uno de los expertos, en orden decreciente. En total son 60 indicadores, requiriéndose priorizar un número menor, posible de manejar por parte del gestor.

Se le solicita que jerarquice CADA UNO de los indicadores con una calificación de 5 a 1, siendo cinco el más importante, luego el 4, luego el 3 hasta el 1 como el menos importante, independientemente de la dimensión a la que pertenecen.

Usted observará que los indicadores propuestos son de estructura, de proceso, de resultados. En ninguno de ellos se ha considerado un estándar, dado que no es objeto de este estudio, por lo que se excluyeron propuestas de estándar sugeridas.

Es importante que efectivamente usted envíe sus preferencias en un plazo no mayor a una semana, es decir, para el día 19 de octubre del presente.

Le saludan cordialmente,

Oscar Arteaga
Profesor Guía de tesis
Escuela de Salud Pública, Universidad de
Chile

Ps Olga C. Toro Devia
Candidata a Magíster en Salud Pública
Universidad de Chile

Jerarquice nuevamente los indicadores. Califque cada indicador de 5 a 1, siendo cinco el más importante y el uno el menos importante.

CRITERIO	RESPUESTAS DE LA PRIMERA SELECCIÓN					Califique de 5 a 1 cada indicador
	5	4	3	2	1	
Dimensión: Provisión de Servicios						
Diversidad de servicios contempla promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicosocial.	9%	22%	3%	13%	3%	
Diversidad de servicios contempla atención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.	9%	3%	13%	13%	3%	
Período promedio de tiempo entre interconsulta desde APS y primera atención	0%	6%	3%	16%	16%	
Dimensión: Modelo de Atención						
La unidad de atención se hace cargo de los problemas de salud mental una población asignada territorialmente	35%	23%	10%	0%	3%	
Existe un diagnóstico territorial que caracteriza los determinantes sociales de salud mental de su población asignada: estructura demográfica por edad y sexo; nivel de escolaridad; nivel de ingresos; desocupación laboral; proporción de jefas de hogar; entre otros, en comparación con la media de la red asistencial y nacional.	32%	16%	6%	0%	10%	
Dimensión: Cartera de Servicios						
Diagnóstico y plan de tratamiento integral de salud mental	75%	3%	0%	3%	3%	
Consultoría de salud mental especializada para atención primaria	6%	16%	16%	28%	22%	
Administración de caso (case management) para personas con trastornos de salud mental severos	6%	19%	16%	9%	9%	
Rehabilitación psicosocial para personas con trastornos de salud mental severos	0%	22%	9%	6%	16%	
Rehabilitación psicosocial ambulatorio para personas con abuso y dependencia de drogas y alcohol	0%	3%	22%	16%	13%	
Dimensión: Recursos Humanos						
El equipo multidisciplinario está constituido por Médico psiquiatra adultos e infantil, Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Técnico en Rehabilitación, además del personal administrativo y de apoyo	41%	3%	3%	6%	3%	
Existe una definición clara del perfil del cargo, de las funciones y roles de cada miembro del equipo, escrita y conocida por todos los miembros del equipo	9%	19%	6%	9%	9%	
Brecha entre oferta de recurso humano contratado por cada tipo de profesional/demanda según estándar definido	19%	13%	9%	0%	0%	
Dimensión: Sistema de Información						
Existe ficha clínica única con conjunto mínimo de datos sociodemográficos y clínicos específicos de salud mental estandarizados y definidos en función de las necesidades e intereses de los usuarios	50%	9%	0%	6%	3%	

Conjunto mínimo de datos clínicos que permiten integración y complementariedad con información clínica de atención primaria y con los servicios de atención cerrada	13%	9%	9%	9%	9%	
Información clínica de los usuarios disponible permite retroalimentar los planes de intervención.	13%	13%	9%	13%	3%	
Grado en que la información se utiliza para la gestión y la toma de decisiones clínicas y administrativas	3%	9%	13%	6%	13%	
Sistema de registro estandarizado para la referencia y la contrareferencia	0%	0%	6%	16%	19%	
Dimensión: Integración a la Red Asistencial						
Existencia de procedimiento o programa conjunto para la transición de pacientes desde la unidad de atención y los centros de atención primaria	6%	6%	9%	16%	25%	
La unidad de atención participa de la elaboración de protocolos de referencia y contrareferencia en conjunto con los centros de atención primaria y unidades de hospitalización psiquiátrica diurna y cerrada, de su red asistencial.	25%	3%	9%	6%	6%	
La unidad de atención está representada en mesas técnicas de trabajo y/o consejos técnicos que operan en la red asistencial	13%	13%	9%	9%	6%	
Cartera de servicios y criterios de ingreso a la unidad de atención es conocida y aprobada por el CIRA mediante acta y resolución exenta	19%	6%	9%	6%	9%	
Dimensión: Satisfacción Usuaría						
Se implementa sistema de información, reclamos, felicitaciones y sugerencias, de acceso libre y expedito al público usuario	44%	13%	16%	6%	9%	
Se efectúa encuesta de satisfacción usuaria por un tercero anualmente	22%	38%	9%	9%	3%	
Cuenta pública considera resultados de evaluación de satisfacción usuaria	3%	9%	16%	16%	38%	
Sugerencias de los usuarios implementados/sugerencias de los usuarios	3%	13%	3%	31%	9%	
Tasa de reclamos dirigidos al trato y atención de los profesionales	3%	13%	22%	9%	9%	
Dimensión: Participación Social						
Las organizaciones de usuarios y familiares vinculadas a la unidad de atención, integran y participan en instancias de coordinación de organizaciones (redes temáticas en infancia, discapacidad, integración social, derechos humanos, violencia intrafamiliar, otras)	19%	22%	6%	16%	6%	
Se desarrolla la Planificación y Evaluación Participativa (comunidad organizada) en el marco de la planificación anual de actividades	34%	13%	9%	3%	6%	
Se realiza una Cuenta Pública anual que incorpora información acerca de los resultados del plan anual de trabajo, medición de satisfacción usuaria y utilización de recursos financieros	3%	6%	13%	9%	25%	
Dimensión: Derechos y Deberes del Usuario						

La unidad de atención incorpora la estrategia de difusión de derechos de las personas con enfermedad mental como parte de su plan de trabajo anual	3%	6%	28%	16%	16%	
Los pacientes y/o sus familiares son informados sobre las características de los tratamientos y procedimientos y dan su consentimiento informado para usarlos	19%	31%	9%	0%	6%	
Las normativas internacionales y nacionales vigentes sobre los derechos de las personas con enfermedad mental son conocidas por el equipo	31%	9%	6%	9%	0%	
Existen mecanismos evaluación, control y sanción en casos en que los derechos del usuario han sido violados	6%	3%	6%	16%	25%	
Dimensión: Financiamiento						
Mecanismo de financiamiento garantiza la continuidad, oportunidad y calidad de los Programas	38%	9%	3%	6%	0%	
El total del presupuesto, su origen y mecanismos de transferencia son de libre conocimiento del equipo y la comunidad	0%	9%	9%	13%	19%	
Equilibrio financiero de la unidad de atención como centro de responsabilidad	0%	9%	22%	9%	9%	
Dimensión: Planificación y Programación						
Existe una programación anual de actividades con indicadores para su evaluación	28%	16%	6%	19%	13%	
Existe un diagnóstico participativo con la comunidad organizada y otras instituciones del sector	22%	22%	19%	9%	6%	
Planificación estratégica de la unidad de atención es desarrollada con participación activa del equipo y representantes de los usuarios y familiares	19%	28%	16%	6%	9%	
La planificación y programación es conocida por todos los miembros del equipo	3%	0%	22%	25%	3%	
La unidad de atención cuenta con Planificación Estratégica conocida y aprobada por el CIRA	25%	6%	6%	9%	3%	
Dimensión: Gestión Clínica						
Existe de monitoreo del cumplimiento de guías, protocolos y procedimientos clínicos	19%	13%	9%	3%	13%	
Existe un procedimiento para la categorización de los usuarios bajo control por nivel de complejidad o severidad de su condición	19%	16%	16%	6%	0%	
Sistema de mejora continua de calidad funcionando y acreditado por Gestor de Redes	13%	19%	13%	6%	6%	
Dimensión: Evaluación y Control						
Indicadores de Planificación Estratégica evaluados	34%	13%	13%	6%	3%	
Los resultados de las evaluaciones de planes, programas y auditorías realizadas son conocidas por el equipo, los usuarios, la comunidad organizada y las autoridades sanitarias	16%	3%	6%	16%	25%	
La unidad de atención se somete a evaluación externa de pares	6%	13%	19%	9%	16%	
Grado de cumplimiento de metas de producción programadas	22%	19%	9%	9%	3%	
Incorporación de la auditoría de fichas clínicas como estrategia permanente de la unidad de atención	13%	19%	13%	13%	0%	
Dimensión: Intersectorialidad						

Número y tipo de redes y mesas de trabajo intersectoriales temáticas en las que participa la unidad de atención (infancia, discapacidad, promoción de salud, buen trato, seguridad ciudadana, derechos humanos, chile solidario, chile crece contigo, otras)	47%	16%	13%	0%	9%	
Número y tipo de proyectos conjuntos realizados por la unidad de atención con otras instituciones del territorio	16%	38%	3%	25%	3%	
Número y tipo de Instituciones del territorio con capacitación y/o difusión de temáticas de salud mental a cargo de la unidad de atención	13%	19%	25%	9%	13%	
Proporción del presupuesto de la unidad de atención que proviene de fuentes intersectoriales (no de salud)	6%	6%	6%	25%	13%	
Proporción de usuarios con beneficios sociales y subvenciones estatales vigentes	3%	3%	16%	16%	19%	
Unidad de atención desarrolla campaña antiestigma en instituciones de su territorio	6%	9%	16%	6%	16%	
Dimensión: Investigación y Docencia						
La unidad de atención es reconocida como campo clínico o centro de práctica profesional a nivel de pre y post grado en salud mental comunitaria, por centros de formación universitaria y técnica	53%	3%	6%	6%	3%	
Existe consentimiento informado de usuarios y familiares previo a su participación en actividades docentes	6%	13%	13%	22%	6%	
El conocimiento generado en la unidad de atención enriquece el desarrollo del modelo de salud mental comunitario	13%	13%	3%	3%	16%	
La unidad de atención tiene definido un plan de actividades que pueden ser realizadas por alumnos y el tipo de supervisión profesional requerido en cada caso, incluida la tesis de grado	0%	13%	13%	9%	19%	

¡¡¡¡¡MUCHAS GRACIAS!!!!

ANEXO 4

Resultado Total Tercera Ronda

ANEXO N° 4: RESULTADO DE LA SELECCIÓN DEL TOTAL DE INDICADORES PRESENTADOS EN LA TERCERA RONDA

PROVISION DE SERVICIOS	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Diversidad de servicios contempla promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicosocial.	39%	35%	13%	3%	10%	3,95	4	4,00	1,0650
Diversidad de servicios contempla atención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.	48%	29%	6%	0%	0%	4,35	5	5,00	0,7426
Período promedio de tiempo entre interconsulta desde APS y primera atención	16%	19%	39%	16%	10%	3,19	3	3,00	1,1755
CARTERA	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Diagnóstico y plan de tratamiento integral de salud mental	90%	6%	0%	0%	3%	4,81	5	5,00	0,7370
Consultoría de salud mental especializada para atención primaria	26%	55%	13%	6%	0%	3,97	4	4,00	0,7822
Administración de caso (case management) para personas con trastornos de salud mental severos	10%	42%	26%	6%	16%	3,19	4	3,00	1,2027
Rehabilitación psicosocial para personas con trastornos de salud mental severos	13%	35%	19%	26%	6%	3,23	4	3,00	1,1559
Rehabilitación psicosocial ambulatorio para personas con abuso y dependencia de drogas y alcohol	10%	19%	32%	13%	26%	2,74	3	3,00	1,2943
MODELO DE ATENCIÓN	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
La unidad de atención se hace cargo de los problemas de salud mental de una población asignada territorialmente	77%	16%	6%	0%	0%	4,76	5	5,00	0,5851
Existe un diagnóstico territorial que caracterice los determinantes sociales de salud mental de su población asignada: estructura demográfica por edad y sexo; nivel de escolaridad; nivel de ingresos; desocupación laboral; proporción de jefas de hogar; entre otros, en comparación con la media de la red asistencial y nacional.	48%	42%	10%	0%	0%	4,41	5	4,00	0,6168
RRHH	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
El equipo multidisciplinario está constituido por Médico psiquiatra adultos e infantil, Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Técnico en Rehabilitación, además del personal administrativo y de apoyo	52%	35%	10%	0%	3%	4,30	5	5,00	0,9972

Existe una definición clara del perfil del cargo, de las funciones y roles de cada miembro del equipo, escrita y conocida por todos los miembros del equipo	19%	42%	26%	6%	6%	3,77	4	4,00	0,9011
Brecha entre oferta de recurso humano contratado por cada tipo de profesional/demanda según estándar definido	19%	32%	32%	10%	6%	3,53	3	4,00	1,0873
SISTEMA INFORMACIÓN	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Existe ficha clínica única con conjunto mínimo de datos sociodemográficos y clínicos específicos de salud mental estandarizados y definidos en función de las necesidades e intereses de los usuarios	71%	19%	6%	0%	3%	4,65	5	5,00	0,6331
Conjunto mínimo de datos clínicos que permiten integración y complementariedad con información clínica de atención primaria y con los servicios de atención cerrada	39%	19%	19%	13%	10%	3,64	5	4,00	1,3667
Información clínica de los usuarios disponible permite retroalimentar los planes de intervención.	26%	26%	26%	13%	10%	3,45	5	4,00	1,2659
Grado en que la información se utiliza para la gestión y la toma de decisiones clínicas y administrativas	19%	26%	29%	16%	10%	3,23	3	3,00	1,2104
Sistema de registro estandarizado para la referencia y la contrareferencia	23%	19%	16%	26%	16%	3,06	2	3,00	1,4127
INTEGRACION A LA RED	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Existencia de procedimiento o programa conjunto para la transición de pacientes desde la unidad de atención y los centros de atención primaria	32%	35%	16%	10%	6%	3,82	4	4,00	1,1134
La unidad de atención participa de la elaboración de protocolos de referencia y contraref en conjunto con los centros de atención primaria y unidades de hospitalización psiquiátrica diurna y cerrada, de su red asistencial.	55%	23%	13%	10%	0%	4,29	5	5,00	1,0198
La unidad de atención está representada en mesas técnicas de trabajo y/o consejos técnicos que operan en la red asistencial	19%	23%	39%	10%	10%	3,27	3	3,00	1,2129
Cartera de servicios y criterios de ingreso a la unidad de atención es conocida y aprobada por el CIRA mediante acta y resolución exenta	13%	29%	13%	26%	19%	2,82	4	3,00	1,3361
SATISFACCION USUARIA	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Se implementa sistema de información, reclamos, felicitaciones y sugerencias, de acceso libre y expedito al público usuario	61%	16%	13%	10%	0%	4,32	5	5,00	1,1032

Se efectúa encuesta de satisfacción usuaria por un tercero anualmente	29%	35%	13%	13%	10%	3,77	4	4,00	1,2407
Cuenta pública considera resultados de evaluación de satisfacción usuaria	3%	10%	29%	26%	32%	2,18	1	2,00	1,1535
Sugerencias de los usuarios implementados/sugerencias de los usuarios	10%	23%	23%	39%	6%	2,95	2	3,00	1,1862
Tasa de reclamos dirigidos al trato y atención de los profesionales	6%	23%	26%	19%	26%	2,59	1	3,00	1,2306
PARTICIPACIÓN SOCIAL	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Las organizaciones de usuarios y familiares vinculadas a la unidad de atención, integran y participan en instancias de coordinación de organizaciones (redes temáticas en infancia, discapacidad, integración social, derechos humanos, violencia intrafamiliar, otras)	23%	52%	26%	0%	0%	3,91	4	4,00	0,7329
Se desarrolla la Planificación y Evaluación Participativa (comunidad organizada) en el marco de la planificación anual de actividades	74%	6%	16%	3%	0%	4,64	5	5,00	0,7714
Se realiza una Cuenta Pública anual que incorpora información acerca de los resultados del plan anual de trabajo, medición de satisfacción usuaria y utilización de recursos financieros	0%	16%	48%	19%	16%	2,59	3	3,00	0,9844
DERECHOS Y DEBERES	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
La unidad de atención incorpora la estrategia de difusión de derechos de las personas con enfermedad mental como parte de su plan de trabajo anual	6%	29%	52%	13%	0%	3,32	3	3,00	0,8194
Los pacientes y/o sus familiares son informados sobre las características de los tratamientos y procedimientos y dan su consentimiento informado para usarlos	68%	26%	3%	3%	0%	4,59	5	5,00	0,7173
Las normativas internacionales y nacionales vigentes sobre los derechos de las personas con enfermedad mental son conocidas por el equipo	39%	29%	10%	16%	6%	3,91	5	4,00	1,2026
Existen mecanismos evaluación, control y sanción en casos en que los derechos del usuario han sido violados	26%	23%	29%	19%	3%	3,50	3	3,00	1,1580

FINANCIAMIENTO	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Mecanismo de financiamiento garantiza la continuidad, oportunidad y calidad de los Programas	87%	3%	0%	3%	6%	4,45	5	5,00	1,2695
El total del presupuesto, su origen y mecanismos de transferencia son de libre conocimiento del equipo y la comunidad	16%	29%	26%	26%	3%	3,32	2	3,00	1,1032
Equilibrio financiero de la unidad de atención como centro de responsabilidad	6%	26%	45%	13%	10%	2,91	3	3,00	1,0833
PLANIF Y PROGRAMACION	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Existe una programación anual de actividades con indicadores para su evaluación	74%	13%	3%	6%	3%	4,64	5	5,00	0,9315
Existe un diagnóstico participativo con la comunidad organizada y otras instituciones del sector	26%	32%	26%	13%	3%	3,68	5	4,00	1,1827
Planificación estratégica de la unidad de atención es desarrollada con participación activa del equipo y representantes de los usuarios y familiares	26%	55%	16%	0%	3%	3,95	4	4,00	0,8779
La planificación y programación es conocida por todos los miembros del equipo	35%	13%	19%	23%	10%	3,57	5	4,00	1,2795
La unidad de atención cuenta con Planificación Estratégica conocida y aprobada por el CIRA	23%	16%	19%	16%	26%	2,91	1	3,00	1,5298
GESTION CLÍNICA	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Existe de monitoreo del cumplimiento de guías, protocolos y procedimientos clínicos	32%	45%	19%	3%	0%	4,27	5	4,00	0,7497
Existe un procedimiento para la categorización de los usuarios bajo control por nivel de complejidad o severidad de su condición	45%	32%	16%	3%	3%	4,23	5	4,00	0,8492
Sistema de mejora continua de calidad funcionando y acreditado por Gestor de Redes	39%	29%	26%	0%	6%	3,95	5	4,00	1,0215
EVALUACION Y CONTROL	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Indicadores de Planificación Estratégica evaluados	45%	26%	16%	6%	6%	3,91	5	4,00	1,2760

Los resultados de las evaluaciones de planes, programas y auditorías realizadas son conocidas por el equipo, los usuarios, la comunidad organizada y las autoridades sanitarias	32%	13%	29%	19%	6%	3,22	3	3,00	1,2496
La unidad de atención se somete a evaluación externa de pares	23%	26%	29%	16%	6%	3,17	5	3,00	1,3722
Grado de cumplimiento de metas de producción programadas	23%	55%	10%	6%	13%	4,18	4	4,00	0,7158
Incorporación de la auditoría de fichas clínicas como estrategia permanente de la unidad de atención	23%	23%	29%	16%	10%	3,59	3	4,00	1,1931
INTERSECTORIALIDAD	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Número y tipo de redes y mesas de trabajo intersectoriales temáticas en las que participa la unidad de atención (infancia, discapacidad, promoción de salud, buen trato, seguridad ciudadana, derechos humanos, chile solidario, chile crece contigo, otras)	39%	35%	16%	3%	6%	3,86	5	4,00	1,2171
Número y tipo de proyectos conjuntos realizados por la unidad de atención con otras instituciones del territorio	19%	42%	26%	10%	3%	3,48	4	4,00	0,9722
Número y tipo de Instituciones del territorio con capacitación y/o difusión de temáticas de salud mental a cargo de la unidad de atención	10%	19%	52%	10%	10%	3,14	3	3,00	0,9674
Proporción del presupuesto de la unidad de atención que proviene de fuentes intersectoriales (no de salud)	0%	19%	26%	29%	26%	2,14	1	2,00	0,9674
Proporción de usuarios con beneficios sociales y subvenciones estatales vigentes	0%	13%	23%	10%	55%	1,70	1	1,00	0,9526
Unidad de atención desarrolla campaña antiestigma en instituciones de su territorio	6%	16%	29%	19%	29%	2,52	1	2,00	1,3145
INVESTIGACION Y DOCENCIA	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS

La unidad de atención es reconocida como campo clínico o centro de práctica profesional a nivel de pre y post grado en salud mental comunitaria, por centros de formación universitaria y técnica	68%	16%	10%	3%	3%	4,50	5	5,00	0,9886
Existe consentimiento informado de usuarios y familiares previo a su participación en actividades docentes	35%	26%	23%	13%	3%	3,75	5	4,00	1,1990
El conocimiento generado enriquece el desarrollo del modelo de salud mental comunitario	26%	29%	23%	16%	6%	3,50	4	4,00	1,1902
La unidad de atención tiene definido un plan de actividades que pueden ser realizadas por alumnos y el tipo de supervisión profesional requerido en cada caso, incluida la tesis de grado	10%	26%	23%	32%	10%	3,09	2	3,00	1,0833

ANEXO 5

Set de Indicadores Seleccionados y Jerarquizados según Criterios de Consenso definidos en el Estudio

ANEXO N° 5: SET DE INDICADORES SELECCIONADOS JERARQUIZADOS SEGÚN CRITERIOS DE CONSENSO DEFINIDOS EN EL ESTUDIO.

DIMENSIÓN	INDICADOR	Muy alto nivel de consenso								
		5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Modelo de atención	La unidad de atención se hace cargo de los problemas de salud mental de una población asignada territorialmente	77%	16%	6%	0%	0%	4,76	5	5,00	0,5851
Derechos y deberes del usuario	Los pacientes y/o sus familiares son informados sobre las características de los tratamientos y procedimientos y dan su consentimiento informado para usarlos	68%	26%	3%	3%	0%	4,59	5	5,00	0,7173
Sistema información	Existe ficha clínica única con conjunto mínimo de datos sociodemográficos y clínicos específicos de salud mental estandarizados y definidos en función de las necesidades e intereses de los usuarios	71%	19%	6%	0%	3%	4,65	5	5,00	0,6331
Modelo de atención	Existe un diagnóstico territorial que caracterice los determinantes sociales de salud mental de su población asignada: estructura demográfica por edad y sexo; nivel de escolaridad; nivel de ingresos; desocupación laboral; proporción de jefas de hogar; entre otros, en comparación con la media de la red asistencial y nacional.	48%	42%	10%	0%	0%	4,41	5	4,00	0,6168
DIMENSIÓN	INDICADOR	Alto nivel de consenso								
		5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Planificación y programación	Existe una programación anual de actividades con indicadores para su evaluación	74%	13%	3%	6%	3%	4,64	5	5,00	0,9315

Recursos Humanos	El equipo multidisciplinario está constituido por Médico psiquiatra adultos e infantil, Psicólogo, Enfermera, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Técnico en Rehabilitación, además del personal administrativo y de apoyo	52%	35%	10%	0%	3%	4,30	5	5,00	0,9972
Docencia e investigación	La unidad de atención es reconocida como campo clínico o centro de práctica profesional a nivel de pre y post grado en salud mental comunitaria, por centros de formación universitaria y técnica	68%	16%	10%	3%	3%	4,50	5	5,00	0,9886
Participación social	Se desarrolla la Planificación y Evaluación Participativa (comunidad organizada) en el marco de la planificación anual de actividades	74%	6%	16%	3%	0%	4,64	5	5,00	0,7714
Planificación y programación	Planificación estratégica de la unidad de atención es desarrollada con participación activa del equipo y representantes de los usuarios y familiares	26%	55%	16%	0%	3%	3,95	4	4,00	0,8779
Provisión de servicios	Diversidad de servicios contempla atención a nivel individual, familiar, grupal y comunitario.	48%	29%	6%	0%	0%	4,35	5	5,00	0,7426
Gestión clínica	Existe un procedimiento para la categorización de los usuarios bajo control por nivel de complejidad o severidad de su condición	45%	32%	16%	3%	3%	4,18	5	4,00	0,8861
Gestión clínica	Existe de monitoreo del cumplimiento de guías, protocolos y procedimientos clínicos	32%	45%	19%	3%	0%	4,27	5	4,00	0,7497
Evaluación y control	Grado de cumplimiento de metas de producción programadas	23%	55%	10%	6%	13%	4,18	4	4,00	0,7158
		Moderado nivel de consenso								
DIMENSIÓN	INDICADOR	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS
Financiamiento	Mecanismo de financiamiento garantiza la continuidad, oportunidad y calidad de los Programas	87%	3%	0%	3%	6%		5	5,00	1,2695

Integración a la red asistencial	La unidad de atención participa de la elaboración de protocolos de referencia y contrareferencia en conjunto con los centros de atención primaria y unidades de hospitalización psiquiátrica diurna y cerrada, de su red asistencial.	55%	23%	13%	10%	0%	4,29	5	5,00	1,0198
Satisfacción del usuario	Se implementa sistema de información, reclamos, felicitaciones y sugerencias, de acceso libre y expedito al público usuario	61%	16%	13%	10%	0%	4,32	5	5,00	1,1032

PRODUCTOS DE LA CARTERA	Moderado nivel de consenso									
	5	4	3	2	1	MEDIA	MODA	MEDIANA	DS	
Diagnóstico y plan de tratamiento integral de salud mental	90%	6%	0%	0%	3%	4,81	5	5,00	0,7370	
Consultoría de salud mental especializada para atención primaria	26%	55%	13%	6%	0%	3,97	4	4,00	0,7822	